



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Porovnání managementu hojení ran v akutní a následné péči

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Veronika Štefflová

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Porovnání managementu hojení ran v akutní a následné péči*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 13.5.2019

.....

Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce PhDr. Andree Hudáčkové, Ph.D. za podporu, trpělivost, cenné rady a nesmírnou ochotu při vedení práce. Velké poděkování patří samozřejmě všem ochotným respondentům a nepochybně mým nejbližším, kteří mi byli ohromnou oporou po celou dobu studia. V neposlední řadě bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Lucii Pohlové za obrovskou spolupráci na mé diplomové práci. Mé obrovské díky patří také PaedDr. Václavě Petrgálové.

Porovnání managementu hojení ran v akutní a následné péči

Abstrakt

Cíl práce: Diplomová práce se zabývá porovnáním managementu hojení ran v akutní a následné péči. V teoretické části jsou prezentovány poznatky o akutních a chronických ranách, hojení ran a jejich fáze. Dále se práce zabývá způsoby léčby ran. V poslední kapitole teoretické části se pojednává o managementu a roli sestry v péči o pacienta s ránou. V empirické části bylo prvním cílem zjistit, zda všeobecné sestry z nemocnic Královehradeckého kraje znají dělení a typy ran. Druhým cílem bylo zmapovat, jaké možnosti mají všeobecné sestry k hojení ran. Dalším cílem bylo porovnat rozdíly mezi hojením ran v akutní a následné péči. Čtvrtý cíl mapoval znalosti všeobecných sester o materiálech k hojení ran. Následujícím cílem bylo zjistit, jaké materiály pro ošetřování ran jsou dostupné na odděleních nemocnic Královehradeckého kraje. Šestáým cílem bylo porovnat ekonomickou a časovou náročnost při hojení ran na odděleních akutní a následné péče. Posledním cílem práce je vypracovat seminář v rámci celoživotního vzdělávání všeobecných sester na téma efektivní hojení ran. Ke splnění cílů práce bylo formulováno 5 hypotéz a 2 výzkumné otázky.

Způsob dosažení cíle: Stanovených cílů bylo dosaženo pomocí kvantitativního dotazníkového průzkumu a kvalitativního výzkumu pozorování a rozhovoru, které byli zvoleny jako doplnění k ucelení výsledků. Zkoumaný soubor zahrnoval všeobecné sestry pracující na interním oddělení, chirurgickém oddělení, oddělení jednotky intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitačním oddělení a odděleních následné péče v nemocnicích Královehradeckého kraje. Celkový počet respondentů činil 120.

Vědecké přínosy práce: Z celkového výzkumu vyplývá, že všeobecné sestry mají sice dostatek znalostí o ranách a jejich léčbě, ale jsou stále patrné nedostatky v některých oblastech. Dále z výzkumného šetření vyplývá, že všeobecné sestry nemají na pracovištích dostatek terapeutického materiálu k jejich léčbě. Oslovený soubor všeobecných sester uvedl, že si myslí, že moderní obvazové materiály mají pozitivní vliv na hojení ran. Výsledky práce mohou být využity pro praxi, v nemocničních i jiných zdravotnických zařízeních ke zkvalitnění hojení ran.

Získané poznatky a závěry: Ve sledovaném souboru jsme ověřili, že se liší délka ošetřování ran na lůžkách akutní a následné péče ($p = 0,002$), z výsledků je patrné, že na následné péči se průměrný čas převazu rány prodlužuje. Naopak dostupnost převazových materiálů na příslušných odděleních se nelišila ($p = 0,159$). Dále jsme zjistili, že ekonomická náročnost je na lůžkách následné péče nižší, i přesto, že je zde provedeno více převazů ran než v péči akutní.

Klíčová slova: rána, hojení ran, léčba ran, krycí materiál, management, management ve zdravotnictví, akutní péče, následná péče.

Comparison of wound healing management in acute and follow-up care

Abstract

Thesis objectives: The thesis deals with the comparison of wound healing management in acute and subsequent care. The theoretical part presents the knowledge of acute and chronic wounds, wound healing and their phases. Furthermore, the thesis deals with methods of wound treatment. The last chapter of the theoretical part deals with management and the role of a nurse in caring for a patient with a wound. In the empirical part, the first goal was to find out whether nurses from the Hradec Králové Region hospitals know the division and types of wounds. The second goal was to map out the possibilities for nurses to heal wounds. Another aim was to compare the differences between wound healing in acute and subsequent care. The fourth goal mapped the knowledge of nurses about wound healing materials. The following aim was to find out which materials for wound care are available at the hospital of the Hradec Králové Region. The sixth goal was to compare the economic and time-consuming wound healing at the acute and aftercare departments. The last goal of the thesis is to elaborate a seminar within the framework of lifelong education of general nurses on the topic of effective wound healing. Five hypotheses and two research questions were formulated to meet the goals of the thesis.

Method for achieving the objectives: The set goals were achieved through quantitative questionnaire research and qualitative observation and interview research, which were chosen to complement the results. The sample included general nurses working in the internal department, the surgical department, the intensive care unit, the anesthesiology-resuscitation department and the aftercare departments in the hospitals of the Hradec Králové region. The total number of respondents was 120.

Scientific benefits of the thesis: Overall research shows that nurses have sufficient knowledge of wounds and their treatment, but deficiencies in some areas are still evident. Furthermore, the research shows that nurses do not have enough therapeutic material to work on their workplaces. The interviewed group of general nurses said they think that modern dressing materials have a positive effect on wound healing. The results of the work can be used for practice, in hospital and other health care facilities to improve wound healing.

The findings and conclusions: In the tracked file, we verified that the length of treatment of wounds on beds of acute and subsequent care differs ($p = 0.002$); the results show that the average time of wound dressing is prolonged in subsequent care. Conversely, the availability of dressing materials in the respective departments did not differ ($p = 0.159$). Furthermore, we found that the economic intensity of the after-care beds is lower, despite the fact that more wound dressings are done than in the acute care.

Keywords: wound, wound healing, therapy wound, cover material, management, health care management, acute care, follow-up care

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Definice rány.....	11
1.2 Dělení ran.....	11
1.3 Akutní rány.....	12
1.3.1 Druhy akutních ran	12
1.4 Chronické rány	13
1.4.1 Druhy chronických ran	13
1.5 Hojení ran.....	15
1.5.1 Historie hojení ran	15
1.5.2 Fáze hojení ran	16
1.5.3 Faktory ovlivňující proces hojení.....	17
1.6 Léčba ran.....	18
1.6.1 Débridement	18
1.6.1.1 Metody débridementu.....	19
1.6.2 Vlhké hojení ran	22
1.7 Management.....	25
1.7.1 Manažerské techniky	27
1.7.2 Manažer	28
1.7.3 Činnosti a funkce manažera.....	29
1.7.4 Management ve zdravotnictví	29
1.8 Role sestry v hojení ran.....	31
1.8.1 Zásady provedení převazu rány.....	32
1.8.2 Postup při převazu	32
2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Hypotézy	35
2.3 Výzkumné otázky.....	35
2.4 Operacionalizace pojmů.....	36
3 METODIKA	37
3.1 Metodika sběru dat.....	37

3.2 Výzkumné soubory	39
3.3 Kritéria pro výběr výzkumného vzorku	39
3.4 Organizace průzkumu	40
3.5 Metodika statistického zpracování dat	40
4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	41
4.1 Výsledky kvantitativního průzkumu-popisná statistika	41
4.2 Statistické testování a ověřování hypotéz	63
4.2.1 Testování hypotézy č. 1	64
4.2.2 Testování hypotézy č. 2	65
4.2.3 Testování hypotézy č. 3	67
4.2.4 Testování hypotézy č. 4	69
4.2.5 Testování hypotézy č. 5	71
4.3 Kazuistiky	73
4.3.1 Kazuistika č. 1	73
4.3.2 Kazuistika č. 2	78
4.4 Výsledky doplňujícího rozhovoru s managementem jednotlivých oddělení	84
5 DISKUZE	91
6 ZÁVĚR	102
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	104
8 SEZNAM PŘÍLOH	109
9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	116

ÚVOD

V současné době se stále více hovoří o problematice akutních a chronických ran, které jsou často spojeny se stále narůstajícím stárnutím populace. Je stále více úrazů ve vyšším věku u polymorbidních pacientů, což způsobuje dlouhodobější léčbu a s tím spojenou vysokou finanční náročnost na léčbu. Zdravotnictví se stále více zaměřuje na léčbu pomocí nových moderních metod, terapeutické materiály a technologie se stále rozvíjejí. Tato práce se tedy zabývá porovnáním managementu v akutní a následné péči. Hledání efektivního způsobu léčby ran a volbě vhodného terapeutického materiálu, který je při léčbě ran velmi důležitý. Hovoří o moderních převazových materiálech, vlhkém hojení, které se v České republice začalo používat v 90. letech minulého století.

Dále se práce vrací do historie, jak probíhalo léčení a hojení ran kdysi a jak probíhá nyní, jak se techniky měnily a s postupem času rozvíjely nové metody a prostředky k efektivní léčbě akutních a chronických ran. Popisuje také ty, které zůstaly stejné. Jsou v práci popsány také metody, které nejsou v současné době ještě natolik prozkoumány a užívány v České republice jako součást léčby akutních a chronických ran. Zaměřuje se na techniky invazivního i neinvazivního rázu. Popisuje se zde metoda vlhkého i suchého krytí.

V neposlední řadě je diplomová práce zaměřena na management, který je směřován na vedoucí pracovníky jednotlivých oddělení. Zabývá se problematikou efektivity hojení akutních a chronických ran a na jejím financování. Jak jsou jednotlivá oddělení vybavena převazovými materiály a které léčebné prostředky nejčastěji používají. Na efektivitu hojení ran navazuje neméně důležitá role sestry v péči o rány, která se přímo opírá o tuto problematiku. Jsou zde popsány činnosti a metody, které zdravotní sestry v praxi vykonávají a přispívají tak k efektivnímu hojení defektů. Práce byla zvolena za účelem odhalit nejčastěji užívané metody a prostředky k léčbě a hojení ran v současné době, porovnání jejich efektivity a zároveň prozkoumat nejčastěji užívané prostředky na akutních a následných lůžkách ve zdravotnických zařízeních Královehradeckého kraje, které se na jednotlivých odděleních mohou lišit. Je proto velmi důležité, aby všeobecné sestry měly dostatek informací a znalostí o této problematice a znaly metody a materiály používané k léčbě ran.

1 SOUČASNÝ STAV

Léčba, prevence a správná diagnostika chronických a akutních ran se v současné době stala středem zájmů sester i lékařů. Ranou je rozuměno porušení integrity kůže, může se jednat o ránu úmyslnou, která byla způsobena z důvodu chirurgického zákroku či o neúmyslnou, ta může vzniknout z několika odlišných příčin. V posledních letech se diagnostické, terapeutické postupy a techniky v léčbě ran posunuly kupředu. Do praxe se zavádějí novější metody v oborech chirurgických i plastické chirurgie a farmaceutické průmysly rozvíjejí a vynalézají nové produkty a obvazové materiály.

1.1 Definice rány

Ránou rozumíme porušení celistvosti kůže, ať už vzniklou mechanickým poškozením čili traumatickým, chemickým, termickým nebo radiačním. V tomto případě hovoříme o ráně akutní. Tu můžeme dělit na ránu uzavřenou, povrchovou, prorůstající či komplikovanou. V případě chronické rány hovoříme o dlouhodobější a komplikovanější léčbě. Literatura ji definuje jako druhotně hojící se ránu. Rána je tedy definována dle Stryji (2011) jako poškození kůže či ostatních tkání těla fyzikálním působením, v některých případech může dojít až ke ztrátě části některé z tkání. Rány lze dělit hned dle několika kritérií, např. kritéria dle příčiny vzniku, průběhu, umístění či rozsahu defektu. Průběhem rozumíme dělení na chronickou a akutní ránu, jak uvádí ve své publikaci Kouřilová (2010).

1.2 Dělení ran

Defekty posuzujeme dle stavu, zajímá nás, jak rána vznikla a jaký je rozsah jejího poškození, tedy rozměr, hloubka defektu včetně svalů, šlach apod. Dále stav okrajů, zda jsou hladké či nerovné. Stav spodiny v ráně, ta může být nekrotická, nebo zde může být přítomen mikrobiální povlak či kontaminace rány. Zajímat by nás měla také sekrece z rány, zda je krvácející, hnisavá nebo serózně krvavá o tom píše například Brož (2012) nebo Dušková (2009). Důležitým aspektem při posuzování stavu rány je také to, zda v ráně je či není přítomna infekce, v neposlední řadě, lokalizace defektu. Nakonec zjišťujeme, jak je rána stará, tedy kdy k defektu došlo a kdy byl ošetřen, zda se jedná o ránu akutní, nebo se již jedná o ránu chronickou (Ihnát, 2017).

1.3 Akutní rány

Jedná se o poškození kůže či ostatních tkání, normální zdravé tkáně, které je způsobeno úrazem neboli traumatem či operačním zákrokem. Hojení defektu probíhá bez komplikací a fyziologicky v přijatelném čase. Léčba akutní rány bývá často nenáročná a hojí se primárně, tedy bez přítomnosti infekce v defektu, jak se píše v publikaci od Janíkové (2013) (Vodička, 2014).

Stavba vazivové tkáně je v tomto případě minimální a kost, sliznice nebo pojivová tkáň se plně obnoví. Rána se většinou zhojí do 6 týdnů a bez závažnějších komplikací (Janíková, 2013).

1.3.1 Druhy akutních ran

Akutní rány jsou děleny dle způsobu a délky hojení na ránu hojící se primárně (per primam), která se hojí lépe, kratší dobu a bez přítomnosti zánětu v ráně, a na ránu hojící se sekundárně (per secundam), u které je hojení komplikovanější a dlouhodobější z důvodu zánětu v ráně či za přítomnosti jiných komplikací. Hojení a zároveň dělení akutních ran uvádí Pospíšilová a Franců (2008) a je popsáno následovně (Slezáková et al., 2010).

Hojení rány per primam

Ideální způsob hojení akutní rány popisuje Ihnát (2017) jako ten primární, tedy per primam. V případě, že je rána bez přítomnosti infekce a její okraje se dotýkají, nastává primární hojení. V průběhu primárního hojení se uskutečňuje hned několik patofyziologických mechanismů a těmi jsou: hemokoagulace neboli krevní srážlivost, débridement buněčného dendritu, děje, které se odehrávají při typickém akutním zánětu, novotvorba krevních kapilár, epitelizace a remodelace pojivových tkání (Pospíšilová a Franců, 2008).

Hojení rány per secundam

K hojení rány per secundam dochází z důvodu komplikace, jako je zánět či nahromadění časně sekrece z rány. Dojde k oddělení okrajů rány od sebe neboli tzv. dehiscenci (rozpadu) rány. Ihnát (2017) uvádí, že takový to defekt se pak hojí pomaleji, pozvolným růstem granulační tkáně, která vyrůstá ze spodiny rány a z okrajů roste epitelizační tkáň

a s ním souhlasí i Zeman a Krška (2011). V tomto případě mluvíme o hojení sekundárním neboli per secundam.

1.4 Chronické rány

Chronickou ránu popisuje Kouřilová (2011) jako defekt, který se hojí sekundárně, tedy velmi pomalu a komplikovaně. V případě chronické rány musí dojít k přestavbě tkáně na novou tkáň, tedy kompletní rekonstrukci. Léčba je proto náročnější a o mnoho protáhlejší, než je tomu u ran akutních, hojení trvá převážně déle nežli 6-8 týdnů.

K chronické ráně může dojít také z rány akutní, u které se objeví komplikace a její léčba se protáhne a tím zkomplikuje. K přechodu do chronicity může dojít ve kterékoliv hojící fázi. Matějková a Bureš (2009) uvádějí, že chronické rány nejčastěji vznikají na podkladě rozsáhlých porušení tkání z důvodu cévních onemocnění různých příčin, jako jsou například diabetes mellitus, tumorová onemocnění, defekty, které vznikly působením záření či lokální poškození tlakem (Shai et al., 2010).

1.4.1 Druhy chronických ran

U dělení chronických ran je zohledňován charakter spodiny rány. Stryja (2008b) ve své publikaci uvádí dělení na rány nekrotické, granulující, epitelizující či povleklé. Dělení je také podle přítomnosti infekce na ránu infikovanou či bez přítomnosti infekce čili neinfikovanou, a to jak u povrchových, tak hlubokých defektů. Rány se obvykle dělí podle hloubky, příčiny vzniku a charakteru jejich poškození.

Dekubitus

Mezi nejčastější druhy chronických ran patří dekubitus neboli laicky proleženina, která vzniká v místech tzv. predilekčních, tlakem na podložku, na které pacient sedí nebo leží např. matrace na nemocničním lůžku. Mezi predilekční místa patří sacrum, lokty, paty, ale třeba i ušní boltce a u kachektických pacientů se dekubity mohou vyskytnout prakticky kdekoliv (Riebelová et al., 2000).

Rozlišujeme 4 základní stupně, které popisují Mikula a Müllerová (2008) určují se dle hloubky poškození kožní a podkožní tkáně. **Prvním stupněm** je zarudnutí neboli neblednoucí erytém, u **druhého stupně** již dochází k částečné ztrátě kožního krytu, na rozdíl od **třetího stupně**, kde je úplná ztráta kožního krytu. Ve **čtvrtém stupni** dochází

k úplné ztrátě kůže, ale i podkoží, což nazýváme hluboký dekubitální vřed (NPUAP, 2016).

Je samozřejmě uváděno mnoho dalších definic ze zahraničních zdrojů, vždy se ovšem shodují v tom, že jde právě o tlak, který je příčinou vzniku dekubitální léze. Dekubity nejčastěji vznikají v místech, kde je nejmenší vrstva podkožního tuku, to uvádějí Hůsková a Kašná (2009). Dochází ke sníženému průtoku krve či úplnému nedokrvování tkáně a následně k nekróze z důvodu nedostatečného přísunu živin do příslušné tkáně, protože cévy zajišťují tkáním buněčný metabolismus. Tlak, střížná a třecí síla jsou podle Hůskové a Kašné (2009), ale také podle Haeslera et al. (2014) hlavní příčinou vzniku proleženin. Dalšími rizikovými faktory pro vznik dekubitální léze jsou stav výživy pacienta, imobilita, přidružená onemocnění, nadměrná vlhkost pokožky a vnitřní a vnější prostředí. Gefen (2017) ale uvádí, že podle nové studie při vzniku dekubitů tlak nehraje takovou roli, dává důraz spíše na deformující se tkáně a buňky.

Bércový vřed

Bércový vřed neboli ulcerus cruris můžeme definovat jako částečnou až úplnou ztrátu podkoží na dolních končetinách. Může zasahovat i do hloubky, obsahovat exsudátu a zapáchat. Vlivem narušení kožní integrity může dojít ke vzniku infekce a následným komplikacím v hojení rány (Pospíšilová a Franců, 2008).

Ulcus cruris je chronické onemocnění, které se hojí per secundam, často dochází k recidivám a léčba defektu je velice nákladná. Nejčastěji postihuje seniory, a to s prevalencí až 5 %, přičemž právě u seniorů vlivem onemocnění dochází k problémům sociálním, ekonomickým i psychickým, neboť bércový vřed značně snižuje kvalitu života o to se píše v publikaci Karen a Švestkové (2007) (Pospíšilová a Franců, 2008).

Podle Baručákové a Vantuchové (2010) vznikají bércové vředy převážně na podkladě vnitřních a vnějších příčin. Za **vnitřní příčiny** se považuje onemocnění cévního systému (např. křečové žíly, flebotrombóza, embolie cév, ischemická choroba dolních končetin), dále onemocnění krve (např. anemie), poruchy látkové výměny v organismu (např. DM, renální insuficience), onemocnění nervového systému (např. skleroza multiplex) aj. K **vnějším příčinám** řadíme fyzikální a chemické vlivy, které působí na pokožku

(např. teplo, tlak, kyselina, léky) a infekční choroby (např. erysipel, osteomyelitida, syfilis) (Hlinková et al., 2019).

Syndrom diabetické nohy

V tomto případě jde o defekt, který vzniká jako pozdní komplikaci diabetu mellitu, při které je pacient ohrožen infekcí či sepsí. Může dojít, až k amputaci končetiny. V publikaci Stryji (2011) je uvedena definice syndromu diabetické nohy, jako ulcerace či poškození hlubokých tkání nohy na opačné straně kotníku a následně i s kotníkem. Penetrující rána, která zasahuje do všech vrstev kůže, je označována jako diabetický vřed. Rizikové pro vznik diabetální léze jsou traumata na dolních končetinách, přítomnost neuropatií či nedostatečné prokrvení končetin. Důležitá pro léčbu je včasná diagnostika a kompenzovaný diabetes. Zpočátku je snaha o kauzální léčbu příčiny vředu, později musí být přistoupeno k chirurgickému výkonu. (Sujata, 2012)

1.5 Hojení ran

Hojení ran, ať už akutních či chronických je náročný proces. Je třeba spousty obvazových materiálů a znalostí o typech a charakteru ran. Hojení prochází několika fázemi, a i ty je zapotřebí dobře znát. První nastupuje fáze zánětlivá neboli exsudativní, která bývá většinou první 3 dny od vzniku poranění a objevuje se u všech typů ran. Pak postupně přechází ve fázi proliferativní, ta trvá převážně 7-14 dnů a začíná se vytvářet granulační tkáň. Ve třetí a poslední fázi, dochází k remodelaci tkáně, která je časná a nastupuje 6. - 10. den. Pozdní remodelační fáze dosahuje svého maxima asi 21. den od poškození kůže, kdy dochází k tvorbě jizvy (Koutná, 2015).

1.5.1 Historie hojení ran

O hojení ran se mluví již řadu let, provází člověka už od jeho zrodu, například staří Egypťané používali metodu jednoduchých stripů či uzavření ran za pomoci sutury. Na záněty užívali jednoduchá antiseptika jako například cukr či med. O důležitosti potlačení zánětu v ranách hovoří ve svých zápiscích Hippokrates, který je považován za otce medicíny. Dále zde popisuje kompresní léčbu užívanou při bércových vředech s venózní příčinou. Dalším důležitým milníkem je život Auluse Corneliuse Celsuse,

ve svých encyklopediích jako první popsal 4 příznaky poukazující na zánět a těmi jsou: dolor (bolest), calor (teplota), tumor (otok), rubor (zarudnutí), až o něco později byla zařazena ještě functio laesa neboli porušení funkce. Ve středověku zase věřili, že za pomoci stříbrných mincí vyčistí vodu. Válečná zranění se až do 16. století vypalovala za pomoci rozžhavených kusů železa, až chirurg Ambroise Paré to odmítl a zavedl nové metody v ošetřování úrazových amputací a válečných zranění. V jeho spisech se také poprvé dočítáme o larvoterapii, což je čištění defektů za pomoci larv, o kterých se také zmiňují Koutná a Šeflová (2010) (Pokorná, 2012).

Obrovským objevem v chirurgii bylo nalezení antiseptiky a aseptiky o tom se zmiňuje Resl (1997). Zde se můžeme bavit o známých jménech, jako jsou: Robert Koch, Louis Pasteur, Carl Siegmund, Franz Credé a mnoho dalších. Dusičnan stříbrný sloužil v 19. století jako antiseptikum u popálenin. Velkým objevitelem byl Alexandr Fleming, který představil objev penicilinu, prvního antibiotika, což mělo obrovský význam v terapii ranných infekčních onemocnění. Antibiotika postupně vytlačovala z léčby chronických ran lokální antiseptika a débridement (Rovee, 2004).

V historii se také mluví o tak zvané vlhké terapii, za jejímž vznikem stojí profesor Winter, který ve 20. století popisuje ve svých zápiscích vliv udržování vlhkého prostředí v ráně na rychlejší reepitelizaci. Jako první se v moderních materiálech na druhotně se hojící defekt představují hydrokoloidy, píše Stryja (2011), které se začaly používat ve druhé polovině 20. století (Shai and Maibach, 2010).

Postupem let narůstá odolnost bakterií vůči některým druhům antibiotik, do ran se tedy začíná užívat aplikace stříbra. Ta se poté rozmohla více na přelomu století a začaly se užívat k léčbě ran více materiály s obsahem stříbra. Dnešní medicína je na velmi vysoké úrovni a stále se rozvíjí velmi rychle. Jsou známy nové postupy v uzavírání ran, mnoho druhů nových krycích materiálů, růstové faktory apod. Jejich využití v praxi ovšem ještě není tak daleko jako jejich objev a vznik (Pokorná a Mrázová, 2012).

1.5.2 Fáze hojení ran

Pokorná a Mrázová (2012) uvádějí fáze hojení, které jsou rozděleny a jednotlivě popsány, tak jak jdou po sobě při procesu hojení, některé se mohou opakovat. První fází je exsudativní neboli zánětlivá, jinak také čistící, která probíhá vždy a její snahou je eliminovat vedlejší účinky. Druhou fází je proliferační nebo také granulační, ta nastává

v okamžiku, kdy se v ráně začnou obnovovat krevní cévy. Poslední je fáze epitelizační, ta zakončuje celý proces hojení (Pospíšilová et al., 2010).

Exsudativní fáze

Exsudativní nebo třeba také zánětlivá fáze je fází čištění rány. Spouští se při vzniku rány nebo při komplikacích, fyziologicky trvá přibližně 3 dny. Dochází ke zvýšenému vyplavování krevní plazmy do intersticia, a to díky rozšíření cév a zvýšené propustnosti kapilár. Organismus má ochrannou odezvu na různé fyzikální, chemické či bakteriální procesy, které působí na organismus, a tou je zánětlivá reakce. Tato reakce se odehrává v každé ráně, a to i v té s intaktním povrchem. Intenzivnější je ovšem u defektů otevřených, kde dochází k bakteriálnímu znečištění a je tím pádem potřeba v ráně mikroorganismy zredukovat (Koutná et al., 2015).

Proliferativní fáze

Dále také granulační, pozvolna navazuje na fázi exsudativní, začíná tedy většinou 4. den a poté probíhá několik dní. Dochází k přesunům a novotvorbě fibroblastů, vyplavování růstových faktorů a novotvorbě cév a tkání. Vytvářejí se nové cévy a defekt se vyplní granulační tkání, tak jak popisuje Stryja (2015).

Diferenciační fáze

Neboli fáze epitelizační, která začíná přibližně kolem 6. až 10. den, celý proces trvá poté několik dní. Její součástí je přeměna fibroblastů na fibrocyty, ke smršťování rány a k výstavbě nového epitelového povrchu neboli epitalizaci. Defekt se smršťuje, v granulační tkáni je méně vody a cév. Je silnější a dochází k přeměně na jizevnatou tkáň, poté se vytvoří jizva. Jizevnatá tkáň je ovšem o mnoho sušší než tkáň v okolí a je proto důležité nezapomínat na ošetřování už vzniklé jizvy, aby nedošlo k recidivě (Stryja, 2015).

1.5.3 Faktory ovlivňující proces hojení

Proces hojení se objeví vždy, když se vytvoří defekt. Je přirozenou ochrannou reakcí, kterou organismus spustí. U chronické rány její hojení negativně ovlivňují vnitřní faktory, nedostatečné prokrvení příslušné tkáně, snížená imunitní reakce spojená například s infekčním onemocněním, obezita, některé léky, jako například protizánětlivé léky, které potlačují příznaky infekce, a dále třeba nedostatek některých vitamínů a minerálů

v organismu. Všechny tyto procesy mají negativní dopad na hojení defektu, a tak ho prodlužují (Kouřilová, 2011).

U starších osob je tomu ještě hůře, jelikož dochází k závažným změnám kůže. Snižuje se elasticita kůže, mění se také imunitní reakce, a to jak protilátkové, tak i buněčné imunity. Mění se počet a funkce T – lymfocytů, čímž dojde ke zhoršené tvorbě protilátek (Pokorná a Mrázová, 2012).

Problémem je také hypohydratace a malnutrice, která bývá u starších osob velmi častá, tím může docházet k imunodeficitu. Z toho vyplývá, že u starších pacientů je vyšší riziko infekcí a poklesu obranyschopnosti. Stryja (2011) uvádí, že problémovým faktorem je také polymorbidita, což znamená, že se u pacienta vyskytuje hned několik onemocnění najednou. Například arterioskleróza, snížená funkce jater nebo atrofie kožních kapilár. Docházet může také k poklesu leukocytů a erytrocytů, což vede k omezenému uvolňování kyslíku, který je důležitý ke stavbě nových epitelových buněk, to je způsobeno nedostatečnou nutriční výživou.

1.6 Léčba ran

Na léčbu je důležité se zaměřit a předem promyslet, co je na danou ránu vhodné. Existuje řada obvazových materiálů a je třeba s nimi umět pracovat, jak píše Sujata (2012). Výběr vhodného terapeutického materiálu bývá nelehký, ale jeho znalost a zvládnutí představuje značnou část úspěchu v léčbě ran. Existuje mnoho terapeutických prostředků, žádný z nich však není univerzální, je tedy kladen velký důraz na vhodně zvolený obvazový materiál tak, aby nedošlo ke zhoršení léčebného procesu. Stryja (2008a) uvádí, že správně zvolený terapeutický materiál může předejít mnoha komplikacím a zabránit prodlužující se léčbě (Katsambas, 2003).

1.6.1 Débridement

Débridementem rozumíme odejmutí cizího materiálu a odstřední znečištěných a nekrotických částí tkáně z infikované nebo traumatické rány. Podstatou débridementu je co nejlépe očistit ránu tak, abychom odhalili co největší část zdravé tkáně a podpořili tak hojení traumatu (Stryja, 2015).

Z definice Kouřilové (2011) tedy jasně vyčteme, že débridement je daleko rozsáhlejší než například nekteromie, která zahrnuje pouze ojevení odumřelých tkáně. Nekrózou

rozumíme odumřelou tkáň, která vznikla na podkladě nedokrevnosti tkáně. Příčin vzniku tzv. nekrózy může být hned několik, nejčastěji k ní dochází například u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin či u osob s diabetem mellitem, kteří mají neuroischemický vřed. Dochází u nich k nedostatečnému prokrvování a následné odúmrtí tkáně z důvodu nedostatečného okysličení a výživě tkání. Postup provádění débridementu dělíme do dvou částí (Granick a Teot, 2012).

1.6.1.1 Metody débridementu

Jsou to metody, které se dělí do čtyř skupin a slouží k odstranění povlaků a nekrotických tkání.

Mechanický débridement

Tato metoda débridementu se užívá již řadu let a většinou je indikována u ran s rozsáhlou nekrotickou tkání. Její výhody jsou uvedeny v literatuře od Stryji (2011) jsou jimi rychlost provedení a nízká finanční náročnost. Naopak nevýhodou je, že může dojít k poškození zdravé tkáně. Používané metody v tomto débridementu jsou chirurgický débridement neboli konzervativní ostrý, který bývá nejrychlejší formou, je aplikován u nekrotických tkání, které je třeba chirurgicky odstranit. Dále se zde užívá hydroterapie jako whirlpool, hydrochirurgie-ošetřování krytím wet-to-dry, pulzní laváž nebo vysokotlaká irigace a užívají se také kompresivní bandáže (Baranoski a Ayello, 2012).

Autolytický débridement

V tomto případě se užívá metoda kontrolovaným podtlakem např. V.A.C. Terapie, o které se zmiňuje Stryja (2009a). Tato metoda je nejčastěji užívána při čištění ran při používání vlhké léčby. Aplikuje se k léčbě ran, které nejsou infikované a u pacientů, kteří nesou jiný agresivnější débridement. Výhodou tohoto débridementu je její snadné užití a bezpečnost. Nevýhodou je dlouhodobější časová náročnost, oproti ostatním débridementům, o které píše Šimek a Bém (2013).

Patří sem osmolitický débridement, při kterém se používají hyperosmolární látky (materiály s hyperosmolárním NaCl nebo produkty s obsahem přírodního medu). Dále je užívána metoda V.A.C. neboli uzavření rány pomocí podtlaku. Jedná se o neinvazivní metodu, která se poprvé objevila v USA a západní Evropě na konci 20. století. Užívá se při léčbě akutních i chronických ran. Funguje na podkladě podtlaku, který je vytvořen

v ráně a odpadní látky jsou z rány odváděny pomocí speciální pěny a systému hadic, které terapeutický materiál obsahuje. Tato metoda urychluje celkové čištění rány a zbavuje defekt bakteriální mikroflóry. (Stryja, 2009b).

Chemický débridement

Tato metoda se užívá stejně jako mechanický débridement k odstraňování nekrotické tkáně ovšem na jiném způsobu účinku. Používá k tomu chemických sloučenin, jako jsou kyseliny salicylová či benzoová, 40 % urea či chlornany, ty rozloží odumřelou tkáň při nízkém pH. Nevýhodou je, že mohou způsobit maceraci rány či podráždit okolí rány. Tato metoda se neuvádí u čistých a neinfikovaných ran, má neblahé účinky na již granulojící tkáň, na kterou působí chemické sloučeniny toxicky (Stryja, 2011).

Enzymatický débridement

Do této metody se řadí metoda enzymů v externí a larvoterapie. Enzymy v externí, v této metodě k čištění ran užívá enzymů, které jsou z vnějšku. Tyto enzymy pomáhají rozkládat bílkoviny mrtvých tkání u ran způsobených popálením či nekrotických tkání. Aplikuje se k odstranění eschary a rozlehlých nekrotických tkání, kteří nesnesou jiné metody débridementu. Nepoužívá se u ran infikovaných mikroorganismy. Užívají se všemožné preparáty, které jsou ve formě past a mastí. Nevýhodou je vyšší cena a častější provádění převazů (Chládková, 2009).

Druhou metodou je larvoterapie, ke které se používají sterilní larvy bzučivky zelené, ty se nanesou na defekt a překryjí. Pomocí svých trávicích enzymů rozpouštějí nekrotickou tkáň, kterou se živí, aby nepoškozovaly tkáň živou. Mají schopnost zahubit bakterie včetně těch, které jsou rezistentní na antibiotickou léčbu, čímž snižují riziko vzniku časně infekce rány. Dále také podporují prokrvení v ráně, stimulují spodinu a podporují růst granulační tkáně. Nevýhody enzymatického débridementu popisuje Stryja (2011), může sem patřit odmítnutí tohoto léčebného postupu pacientem a vysoká finanční náročnost. Tato metoda je více popsána níže.

Hydrochirurgie

Hydrochirurgie patří v poslední době do moderní péče o pacienty s chronickými defekty, jak uvádí ve své publikaci Stryja (2008a), který ji také definuje jako souhrn úplně nových postupů, které užívají proudící sterilní fyziologický roztok, který čistí ránu.

Nejefektivnější je systém, kde dochází k čištění defektu za pomoci proudu tekutiny, který je aplikován do rány pomocí speciální trysky. Kapalina proudem odlučuje odumřelou tkáň a uvolňuje ji ze spodiny rány i s raným infekčním exsudátem. Je indikována například u venózní ulcerace, neuropatických či ischemických příčinách nebo u komplikací syndromu diabetické nohy, kde je vyžadován débridement (Stryja a Říha, 2010).

U úrazových ran a akutních ran, kde došlo ke komplikovanému pohmoždění měkkých tkání a vzniku nekrózy po okrajích a na spodině rány. Nevýhodou je, že tento typ débridementu je nutné provádět v místní či celkové anestézii. Měl by se provádět na zákrokovém nebo lépe operačním sále, kde bude o pacienta dobře postaráno a bude zde vyšší komfort jak pro operátora, který výkon provádí, tak pro pacienta. Další nevýhodou je vysoká finanční náročnost, o které se zmiňuje Kouřilová (2011) (Flanagan, 2013).

Larvoterapie

Larvoterapie či larvální débridement využívá larvy určitých druhů dvoukřídlého hmyzu (Diptera), nejčastěji však bzučivky zelené (*Lucilia Sericata*). Jedná se o metodu, kterou popisuje Stryja (2015), kde larvy pomocí svých trávicích enzymů rozkládají nekrotickou tkáň a pohlí ji, přičemž následný baktericidní efekt a rozklad trávicího traktu larvy vede k antiseptickým účinkům a tím dochází k podpoře hojení rány. Larvy dvoukřídlých se dodávají sterilně, proto není možné, aby se touto metodou do rány zanesla infekce (Jirkovská, 2006).

Tato metoda je prospěšná nejen rychlým débridementem postižené oblasti, kdy je možno rány vyčistit během čtyř dnů, ale zároveň potlačuje rozvoj infekce v ráně, eliminuje zápach a slouží zároveň i jako prevence nefrektomií postižené oblasti. Dle Whitakera (2007) navíc celkově snižuje nemocniční náklady spojené s léčbou a terapii lze provádět i ambulantně, takže se předchází hospitalizaci.

Podle Stryji (2015) lze považovat za kontraindikace v léčbě rány, které komunikují s orgánem, či tělní dutinou, značně krvácející rány, defekty, které se vyskytují poblíž velkých cév a septická artritida.

Hyperbarická oxygenoterapie

Hyperbarická oxygenoterapie spočívá v aplikaci 100 % kyslíku při vyšším tlaku, než je atmosférický tlak, tako léčebná metoda se inhaluje. Kontroverzní a nejasná je tato léčba při aplikaci u pacientů s bérčovým vředem. Zaměřilo se na to také mnoho studií a jejich výsledky jsou kladné, avšak jiné studie zase tvrdí, že lze bérčový vřed léčit i bez užití hyperbarické oxygenoterapie (Hájek a Koliba, 2011).

Kyslík, který se dostává do krve a tam se rozpouští, proniká přes kapiláry do okolí a zajistí tak zvýšené okysličení poškozených tkání. Kyslík je velmi potřebný pro tvorbu granulační tkáně, jak uvádějí Hájek a Koliba (2011). Česká republika nabízí 13 zařízení, kde léčbu hyperbarickou oxygenoterapií nabízejí.

1.6.2 Vlhké hojení ran

Tato metoda je v současnosti nejpoužívanější metodou v léčbě ran. Tzv. vlhká terapie je postavena na podkladě teorie, která uvádí, že se defekty hojí lépe ve vlhkém prostředí. Je důležité pro dobrou granulaci a poté i epitelizaci, umožní provedení netraumatického débridementu defektu (Peate et al., 2015).

Vlhká terapie vnáší do léčby jak akutních, tak chronických ran nové možnosti a kvalitu léčby. Zmírňuje bolest, dochází k časnějšímu hojení ran, mohou se prodlužovat intervaly mezi převazy a snižuje se také sekrece z rány. Co se týká komfortu pacienta, jak už bylo uvedeno, dochází ke zmírnění bolestí, ale také ke snížení zápachu z defektu. Z ekonomického hlediska je podle Pospíšilové et al. (2010) vlhká terapie výhodnější, dochází ke snížení nákladů na léčbu, protože nejsou nutné časté převazy rány (Stryja, 2008b).

Metodu vlhkého hojení používali již ve starověké Mezopotámii, nejedná se tedy o úplnou novinku, užívala se k terapii chronických ran. Byl k tomu užíván med a pryskyřice, které měly ránu zvlhčit. Výhody této léčby jsou např. podpora stimulace fyziologické sekrece, čištění rány a podpora rychlejšího obnovení tkáně. Vlhké hojení má i řadu odpůrců, ať už ze strany zdravotnického personálu či pacienta samotného, a to především z důvodů mýtů a nepravd o této léčbě. Nejčastějším důvodem je pravděpodobně počáteční ekonomická nákladnost na tuto léčbu o tom se zmiňuje Stryja (2016). Také je velkým problémem, že tuto léčbu musí schvalovat revizní lékař, a to je často s velkým množstvím administrativy (Baranoski, 2012).

1.6.2.1 Druhy vlhkého hojení ran

V dnešní době existuje několik druhů vlhkého hojení, ať už jde o terapeutické obvazy či oplachové roztoky, které se pak následně ještě dělí na různé preparáty. Nezbytným předpokladem pro úspěšnou léčbu a následné zhojení rány je jistě vhodně zvolený terapeutický materiál o čemž píše Nováková (2011). To záleží především na stavu defektu, zda je již hojící se či jde o povleklý defekt apod. Dále také záleží na stavu pacienta, jeho pokožce, druhu defektu a přidruženým onemocněním. Na každou ránu je třeba užití jiného terapeutického přípravku, a proto je velmi důležitá znalost zdravotnického personálu o těchto přípravcích (Mepilex Border, © 2018).

Terapeutické obvazy

Zajišťují vhodné vlhké prostředí v ráně, v současnosti je na trhu nabízena celá řada různých obvazových materiálů pro různé typy ran v různých fázích hojení, některé z nich popisuje Páral (2008). Vhodně zvolený obvaz zajišťuje optimální vlhkost v ráně pro úspěšné hojení, měl by udržovat přiměřenou teplotu v ráně, snižovat úbytek tekutin a absorbovat škodlivé produkty z defektu. Nezpůsobovat jiná poškození kůže, chránit okolí rána a umožnit výměnu plynů mezi vnějším a vnitřním prostředím. Obvazy jsou nabízeny ve více než osmi set variantách a u každého z nich je uvedena možná indikace (Stryja, 2011).

U **hydrogelů** se jedná o gely do dutin či semiokluzivní obvaz, které obsahují polyuretanové polymery s vodou, které absorbují velké množství tekutin z rány. Podporují granulaci a epitelizaci rány, vstřebají přebytečný sekret, chladí a snižují bolestivost spojenou s poškozením kůže. Užívají se jak u ran suchých, tak i u ran s nekrotickou tkání či ran s povleklou spodinou. Nevýhoda těchto přípravků k léčbě je možné riziko vzniku macerace v okolí defektu nebo hypergranulace. Defekt jimi může být překryt 3-7 dnů (Koutná a Šeflová, 2010).

Další preparáty jsou **algináty**, které jsou vyrobeny z mořských řas a mají vysokou absorpci s nepřilnavým povrchem. Obsahují kalcium-natrium alginátová a kalcium alginátová vlákna. Sekret z rány změní vlákna obsažená v obvazu na viskózní a nepřilnavý povrch, který překryje spodinu a funguje jako vlhké krytí. Odumřelé buňky a mikroorganismy jsou jím pojímány, má tedy bakteriostatický účinek. Alginátové preparáty jsou vhodné k ošetření mělkých i hlubokých ran se střední či silnou sekrecí.

Mohou být v ráně ponechány 2-3 dny, musí být ovšem překryty sekundárním krytím (Pejznochová, 2010).

Zástupce antiseptického krytí z nedráždivého materiálu, který je nasátý **aktivním uhlím**, je uložen v polyamidové síťce vyrobené z netkané textilie, která má vysokou schopnost absorpce. Pohlcuje zápach, toxiny a bakterie. Urychluje zástavu krvácení a podporuje fyziologické čištění ran. Je indikováno u ran s kontaminací, infekcí v ráně či silně zapáchajících a povleklých ran. Nevýhodou je, že u krytí může dojít k přischnutí k ráně. Výměna je většinou po 3 až 7 dnech, záleží ovšem na množství sekrece a intenzitě zápachu (Stryja, 2016).

Preparáty **hydrokoloidní** jsou složeny z dvouvrstvého okluzivního materiálu. Vnější strana krytí je vyrobena z hydrofóbní polyuretanové pěny, která je nepropustná, vnitřní obsahuje hydroaktivní částice, ty reagují na časnou sekreci a vytvářejí gelovou vrstvu a tím zajišťují vhodné vlhké prostředí v ráně. Aplikují se na rány v granulační fázi hojení a neinfikované rány. Neužívají se v případě infikovaných ran. Nevýhoda u těchto preparátů je vyšší finanční náročnost, možné riziko vzniku infekce a zápachu. Výměna po 3-5 dnech, ale opět záleží na množství sekretu (Pejznochová, 2010).

Materiály se **stříbrem** je krytí s obsahem ionizovaného stříbra v kombinaci s jinými materiály-polyuretanem, aktivním uhlím, které je antimikrobiální. Je velmi účinný při infekci rány rezistentními kmeny mikroorganismů (MRSA). Jak atomy stříbra reagují s DNA mikroorganismů a spustí reakci, která způsobí apoptózu buněk mikroorganismu vysvětluje Pejznochová (2010) ve své publikaci. Tyto materiály jsou aplikovány především na velmi infikované rány, tam kde se vyskytují masivní kolonie mikroorganismů. Nežádoucími účinky jsou opět bolestivost a riziko okolní macerace. Maximální délka ponechání krytí je 7 dnů.

Polyuretanové filmové obvazy jsou preparáty s obsahem polyuretanu, které jsou polopropustné a adhezivní. Jsou propustné pro vodní páry, kyslík, ale nepropustné bakterie a vodu. Vytvářejí vhodné podmínky pro obnovu epidermis a vytvářejí bariéru proti vstupu bakterií do rány. Jejich využití je především k sekundárnímu krytí a užívají se i jako prevence a ochrana kůže v určitých predisponovaných místech. Riziková je častá výměna krytí, při které může dojít ke způsobení traumatu (Pospíšilová et al., 2010).

Oplachové roztoky

Pomocí roztoků probíhá výplach ran, který pomáhá při čištění defektu od pozůstatků časného sekretu, odumřelé tkáně, krevních koagul, mikroorganismů, hnisu či toxinů. Dále napomáhá perfúzi spodiny rány a následné granulaci a poté epitelizaci. Indikace oplachových materiálů je při převazech nekrotických ran či ran infikovaných mikroorganismy, v čistých ranách je jejich užití zbytečné. Použít se mohou také při převazu primárního a sekundárního krytí, když dojde k přischnutí obvazového materiálu k ráně. Užívají se buď jako koupel končetin, klasický výplach defektu, nebo se mohou nanést na tampón a použít ke zvlhčení rány. Proč je důležité sledovat celkový stav pacienta při aplikaci roztoku, popisuje Pejznochová (2010). a to z důvodu možné bolestivosti, alergické reakce apod. Nejčastěji se z roztoků užívá klasický fyziologický roztok, pitná voda o teplotě mezi 36 a 37 stupni celsia nebo Ringerův roztok a další. Mezi nevhodné roztoky pro výplachy patří roztoky s obsahem jódu nebo např. peroxid vodíku, kde je riziko vzniku vzduchové embolie (Pospíšilová a Franců, 2008).

1.7 Management

Management, manage (řídít) je převzato z anglického jazyka a má hned několik významů. Těmito významy jsou vedení lidí určitým způsobem, činnosti a dovednosti člověka či jako vědecká disciplína, tedy předmět výzkumu a studia. Plevová (2012) popisuje management různými způsoby. Nejčastěji jako proces udržování a tvoření prostředí, kde jedinci pracují ve skupinách společně a docilují stanovených cílů. Jiná definice od Jarošové a Plevové (2013) zase tvrdí, že řízením můžeme rozumět dosahování vybraných cílů za pomoci lidí v organizovaných formálních skupinách.

Management systematického plánování, kontrolu a vedení lidí a organizaci popisuje Bělohávek (2008). Blažek (2011) definuje management jako schopnost pomoci, pomocí které lze vykonat uloženou práci za pomoci práce jiných. Proces, jak docílit stanovených cílů pomocí hlav a rukou jiných lidí.

Jiná definice od Lojdy (2011) popisuje management jako průběh plánování, personalistiku, vedení a kontrolu lidí a jejich činnosti v organizacích, takovým způsobem

za pomoci, kterého dosahuje daných cílů. Management je používán a prolíná se s mnoha obory, dal by se tedy definovat mnoha způsoby, z mnoho oblastí řízení a vedení lidí.

Řízení a vedení má své funkce, složky a kroky a nejde pouze o jednorázovou záležitost. Blažek (2011) uvádí proces řízení, jeho funkci a strukturu v několika krocích. Patří sem funkce plánování, která zahrnuje stanovení cílů, výběr úkolů a činností, které jsou třeba k dosažení zvolených úkolů. Funkce rozhodování je dalším krokem v procesu řízení, zde se uplatňuje projektování, plánování, formování cílů, prostředky a metody k dosahování zadaných cílů a úkolů. V tomto kroku jde o to, co se má a jakým způsobem vykonat (Lojda, 2011).

Další je organizační funkce, do které patří činnosti, pomocí kterých se seskupují a uspořádávají prostředky, které jsou důležité a potřebné pro dosažení stanovených cílů. Z toho vznikne organizace, tedy organizační systém, který se vytvoří z lidí a věcí. Je časově omezen, ale může se opětovně a úspěšně používat nebo se může měnit, a to i při plnění zadaného úkolu. Následující funkcí je funkce operativního řízení, někdy se také nazývá procesem kontroly a řízení. Je charakterizována komunikací mezi řídicí složkou a lidmi, kteří se příkazy řídí, hovoří se o vedení lidí, tedy personalistice. Nejedná se tedy o řízení, ale o vedení. Poslední funkce je kontrola, zde dochází ke zpětnému toku informací a reakcí celého systému na regulovací zásahy managementu. Dělí se na jednorázovou, která se děje na konci procesu a průběžnou, která se dělá v průběhu celého procesu (Bělohávek, 2008).

Funkce řízení popisuje také Hospodářová (2008), která je rozděluje pouze na dvě úrovně, těmi jsou operativní řízení, které je zaměřeno na funkce a činnosti uvnitř organizací a činnosti nejbližších partnerů organizace. Má stále stejný charakter a zaměřuje se na konkrétní problémy a úkoly. Řeší pouze malé problémy a rozhodování často spočívá pouze v rozdělování práce, přidělování zdrojů a koordinaci činností. Druhou funkcí je strategická, která má širší charakter a zahrnuje celistvý (holistický) náhled na organizaci. Zaměřuje se také na vztahové porozumění organizace k prostředí a jejich společným vlivům.

Základním principem managementu ve zdravotnictví je poskytovat co nejkvalitnější péči pacientům za co nejméně peněz. Úspěch ve vedení a řízení organizace závisí na schopnostech organizace uspokojovat navyšující se stále se měnící potřeby celé populace, a to prostřednictvím účinného managementu zdrojů, spolu s kontrolou spotřeby zdrojů. Nemocniční management ovlivňují různé faktory a těmi jsou např. nové

požadavky na zdravotnické služby nebo třeba stárnutí populace, také jsou navýšené nároky na poskytování zdravotní péče, vyšší nároky na personál v oblasti kvalifikace, novější a modernější technologie atd. (Plevová, 2012).

1.7.1 Manažerské techniky

Tvoří je analytické a systematické metody, které používají manažeři při vykonávání činností, které se k tomu vztahují a vedou ke zvýšení a zlepšení výkonnosti a zkvalitnění podniku. Tvoří základní nástroj pro manažerské řízení, jak je manažer uplatní, záleží zejména na jeho dovednostech a schopnostech. Od lidí na manažerské pozici se očekává stále více, od jejich schopností se samostatně rozhodovat, hlavně na základě logického uvažování a důkladné analýzy (Bělohávek, 2008).

Jak uvádí Blažek (2011), techniky manažerů jsou používány ve všech hlediscích vedení, kontroly, organizování a plánování. Takto se manažerské techniky liší od manažerských dovedností, které naopak záleží na dovednostech, které se rozvíjejí výcvikem a zkušenostmi. Jsou také rozdílné od postupů, které jsou složeny z pestrých administrativních úkolů, návodů a systémů, ty jsou potřebné pro dobře vykonanou práci. Dále se liší i od činností, ve kterých jsou prováděny úkoly za užití dovedností a postupů, tak aby bylo docíleno požadovaného výsledku.

Obecný management je disciplína, kde se uplatňují spíše dovednosti nežli techniky. Efektivita a dovednosti tohoto managementu jsou docíleny pomocí široké škály manažerských technik, např. analýzou SWOT, která se řadí do základních metod strategické analýzy, je zaměřená na vyhodnocení vnějších a vnitřních faktorů, které ovlivňují úspěšnost (Hospodářová, 2008).

Marketingový management, tato disciplína vyžaduje spíše činnosti, které jsou klíčové pro každý podnik. Je velmi závislá na průzkumu trhu, prognózování, nástrojích marketingového mixu, výrobové analýze a jiných technikách (Plevová, 2012).

Provozní management k dosažení výsledku plánuje, užívá a kontroluje zdroje, při čemž k tomu používá manažerských technik, jako jsou např. TQM neboli total quality management, což znamená komplexní řízení jakosti (Bělohávek, 2008).

Finanční management hraje také důležitou roli. Zde se zastávají rozpočtové, analytické, plánovací a kontrolní techniky, které se využívají pro plánování finančních prostředků, jejich ekonomickém užití a získání, o čemž píše Plevová (2012).

Personální management využívá různých technik, např. audit lidských zdrojů, kariérové plány, analýzy pracovních pozic atd. Vše pro to, aby se zjistil počet kvalifikovaných, motivovaných, a hlavně kompetentních pracovníků, které daný podnik potřebuje (Blažek, 2011).

Vědecký management užívá technik operačního výzkumu jako např. ABC analýzu, která umožňuje firmám soustředit se na to, co je pro ně důležité. Užívá technik, které jsou nápomocny při plánování, řešení problémů a rozhodování se (Bělohlávek, 2008). Výkonnost a efektivita, k jejich zlepšení vede mnoho technik, jako jsou např. audit řízení, monitorování výkonnosti organizace či techniky, které vedou k nápravě snižování nákladů (Plevová, 2012).

Pomocí technik je tedy zajišťováno zkvalitnění, zlepšení a optimální poskytování služeb v daném podniku a udržení či zlepšení pozice podniku na trhu nabízených služeb a udržení či navýšení zájmu zákazníků o nabízené služby. Manažerské přístupy a metody tím pádem musí být k technikám nápomocné, jak uvádí Hospodářová (2008), ale musí zachovávat platná pravidla a všeobecné zásady, které jsou dány dosavadním rozvojem managementu.

1.7.2 Manažer

Manažer je definován jako vedoucí řídicí pracovník podniku či organizace. Podle Bělohlávka (2008) je manažer hlavně profesí a ten kdo tuto pozici zastává, nese zodpovědnost za splnění stanovených cílů danou organizací, pro kterou pracuje a která daný cíl stanovila. Kterého dosáhne pomocí kolektivu, který mu byl svěřen organizací pro splnění úkolu (Plevová, 2012).

Manažeři se dělí do různých úrovní a to následovně, na vrcholku jsou vrcholoví manažeři neboli top management, ti jsou zodpovědní za celkový chod podniku či organizace. Dále jsou zde manažeři střední neboli střední třída (middle class), zodpovídají za manažery, kteří jsou o linii pod nimi, tedy liniovní manažeři, případně i za řadové pracovníky. Plní plány a uskutečňují strategické cíle, které byly stanoveny a to tak, že řídí a vedou zaměstnance k dosažení a splnění těchto cílů a úkolů. Liniovní manažeři neboli first line management, jsou zodpovědní za vedení řadových zaměstnanců, kteří plní každodenní úkoly a řeší problémy, které se běžně vyskytují (Bělohlávek, 2008).

1.7.3 Činnosti a funkce manažera

Manažerské činnosti jsou úlohy, které pověřený vedoucí zaměstnanec podniku vykonává během své funkce v průběhu řízení organizace, a i při vedení zaměstnanců firmy. Jsou to takové činnosti či aktivity, díky kterým zabezpečuje a dosahuje úspěšně stanovených cílů. Manažerské funkce se dělí na funkci cyklickou, pod kterou spadá organizování, plánování, kontrola a vedení lidí, a na funkci paralelní neboli průběžnou, do které spadá komunikace, analýza, monitorování a rozhodování, takto to popisuje Jarošová (2004). Manažer by měl zvládat požadavky, jako účelnost, provádět správné věci správně, účinnost, tedy správným způsobem. Dále vše provádět s minimální finanční náročností, tedy hospodárně, a hlavně odpovědně a to tak, že by vše mělo být provedeno správně a právně správně.

1.7.4 Management ve zdravotnictví

Pro ošetrovatelství je hlavní cíl uspokojovat komplexně a systematicky požadavky a potřeby lidí a respektovat jejich individualitu, zachovávat kvalitu jejich života, tak aby to vedlo k udržení, navrácení zdraví či umožnit důstojný, psychicky i fyzicky bezbolestný odchod ze života, tuto definici uvádí Plevová et al. (2012). Jarošová a Plevová (2013) píší o efektivním rozvoji poskytovaných zdravotnických služeb a rozvoji ošetrovatelské péče, na které se aktivně podílejí všichni zúčastnění. Tak, aby byla poskytována pacientům kvalitní a špičkově prováděná péče, musí mít organizace efektivní a kvalifikované vedení. Vedoucí pracovníci na manažerských pozicích se vyskytují ve zdravotnickém zařízení ve všech oblastech. Mohou to být pracovníci zodpovědní za vedení klinických pracovišť, vedení statutárního orgánu či na jiných pracovištích, kde zastávají vedoucí funkci. Jsou na ně kladeny vysoké nároky, hlavně musejí být svědomití, důvěryhodní a zodpovědní ke své práci. Každé zdravotnické zařízení si své vedoucí pracovníky určí a musí spolu s nimi zajistit fungující a efektivní chod zařízení, tak aby došlo k poskytování kvalitních služeb pro pacienty. Správně zvolené vedení by mělo postupně odbourávat, bariéry, které vnímá okolí a úspěšně řešit vzniklé komunikační problémy. V procesu řízení kvality jde především o zvýšení kvality poskytovaných služeb, které umožní zkvalitnění výsledků péče o pacienty. Od manažerů ve zdravotnictví, stejně jako od manažerů z jiných podniků, které poskytují služby lidem, se očekává ustálený etický postoj ke všem rozhodnutím, která provede. Specifikem ve zdravotnickém managementu, jak uvádí Plevová (2012) je, že se úzce opírá a nejzákladnější a nejdůležitější hodnoty člověka, jako

jsou život a jeho kvalita a také celkové zdraví. V různých etapách života člověk prožívá různé problémy a potíže týkající se jeho zdraví a kvality života. Podstupuje preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační či ošetrovatelské procesy, které mu poskytuje zdravotnické zařízení a jsou prováděny kvalifikovaným pracovníkem (Jarošová, 2004).

Zdravotnický obor je sledován více než jiné obory, čímž je manažer pracující ve zdravotnictví ovlivněn. Zdravotnický manažer má ve většině případů zdravotnickou způsobilost, musí dodržovat platné etické kodexy a je vázán etiketou. Nároky na manažery ve zdravotnictví jsou obzvláště vysoké. Manažer v tomto oboru by měl umět ovládat své chování, měl by disponovat nezávislou osobností s morálním sebevědomím, jen takovým způsobem může vykonávat svou práci správně a dobře. Důležitá vlastnost u manažera ve zdravotnictví je také schopnost pracovat v týmu, jelikož ve zdravotnických zařízeních se pracuje převážně v týmech složených z různých odborníků. Dále by měl být důvěryhodný, spolehlivý, měl by se umět rychle rozhodovat, měl by být konstruktivní, flexibilní a měl by se umět přizpůsobit situaci (Jarošová a Plevová, 2013).

Ošetrovatelství uvádí dva pojmy, které se na první pohled mohou zdát stejné, mají ovšem odlišný význam. Jsou to pojmy management v ošetrovatelství a ošetrovatelský management. V managementu v ošetrovatelství jsou obsaženy různé úrovně řízení, které se v ošetrovatelství aplikují, kdežto v ošetrovatelském managementu jde o řízení práce sester, jinak také o řízení celého ošetrovatelského procesu u pacientů, který sestra plánuje a následně vykonává na organizačně nejnižší úrovni managementu (Plevová, 2012).

Odlišnost zdravotnického managementu od toho profesionálního, tkví také ve filozofii poskytovaných služeb. Je potřeba jedinečný postoj a přístup, protože ošetrovatelství nese zodpovědnost za zdraví či nemoc jedince, rodin a komunit. Pro management v ošetrovatelství jsou specifické dva cíle, a těmi jsou kvalitní personál a kvalita poskytovaných služeb (Jarošová, 2004).

1.8 Role sestry v hojení ran

Nejspíš tou nejdůležitější součástí v léčbě rány je její převaz, dochází k výměně primárního a sekundárního krycího materiálu (Pokorná a Mrázová, 2009).

Na přípravě pacienta k převazu rány záleží na jeho celkovém rozsahu, o kterém rozhoduje většinou lékař, a to podle stavu spodiny. Zodpovědnost nese lékař také za dobře provedený débridement a naplánování dalšího postupu léčby defektu. O všeobecných sestrách, které se specializují na ošetřování ran a v praxi se podílejí na plánování léčebného postupu a volby krycího materiálu a spolupracují s lékařem píše Kouřilová (2011). Stav rány, její vzhled a charakter, provedené úkony a užitý krycí materiál a mnoho dalšího, co bylo u pacienta během převazu provedeno, je důležité zaznamenat do dokumentace, tak by měli učinit všichni, kteří se na léčení rány podílejí (Pokorná a Mrázová, 2009).

Hlavním cílem převazů rány je její zhojení, zmenšení nebo zkrácení doby její léčby o tom píše Bužgová a Plevová (2011). U chronických a stagnujících ran je důležitá také léčba příznaků, které mohou pacientovi značně snížit kvalitu života. Druhotnými cíli jsou sledování spodiny rány, kontrola okolí rány a zajištění vhodného prostředí k hojení rány s minimalizací traumatizace, která je spjata s převazem. Dalšími cíli jsou zamezení vysušování rány, ale také naopak zabránit její maceraci, kontrola efektivity léčby, snížení finanční nákladnosti a poskytnutí pacientovi co nejvyššího komfortu.

Všeobecná sestra i lékař mají za povinnost o celém průběhu převazu informovat pacienta a vše mu popsat a vysvětlit. Za předpokladu, že v rámci léčení defektu bude užitá invazivní terapie, jako např. nekrektomie či drenáž, je nutné s pacientem sepsat souhlas o prováděném výkonu informovat ho o podstatě plánovaného výkonu. Samotná příprava na převaz pak spočívá v odstranění původního krycího materiálu z rány, k tomu může být použito oplachového roztoku ke zvlhčení a snazšímu odejmutí sekundárního i primárního krytí (Stryja, 2011).

1.8.1 Zásady provedení převazu rány

Převazy probíhají v místnostech k tomu určených a vybavených. Na převazových vyšetřovnách se většinou nachází lehátko nebo polohovatelné křeslo, na kterém převaz probíhá. Zdravotnický personál, který bude převaz provádět je povinen si před i po provedeném převazu odezinfikovat ruce. Ve zdravotnických zařízeních k převazům většinou užívají převazový vozík, který je vybavený potřebným materiálem a pomůckami, které jsou třeba při převazu rány. Užívá se na převazových vyšetřovnách či na pokojích pacientů, pokud není možné z nějakého důvodu pacienta přepravit na vyšetřovnu. Převaz probíhá za aseptických podmínek, tak aby nedošlo ke kontaminaci rány z okolí. Převazový vozík bývá vybaven sterilními převazovými nůžkami, pinzetou, exkochleární lžičkou, peánem, toulcem s podávkovými kleštěmi, převazovými nůžkami, sterilními i nesterilními mulovými a buničitými čtverci různých rozměrů, tampóny, vatovými štětičkami, dřevěnými špachtlemi, elastickými obinadly, náplastí. Dále jsou zde umístěny terapeutické přípravky jako masti, roztoky, krémy a zásypy, také oplachové roztoky. Sterilní i nesterilní rukavice, emitní misky, sety na odběr vzorku z rány ke kultivačnímu vyšetření a sterilní i nesterilní krycí roušky (Stryja, 2015).

1.8.2 Postup při převazu

Všeobecná sestra připraví pacienta na převaz, o všem ho informuje, odvede ho na vyšetřovnu, podá v dostatečném předstihu analgetika, která naordinoval lékař. Uloží pacienta do vhodné polohy a dbá na dodržování zachování intimity a soukromí pacienta. Lékař i sestra si před výkonem odezinfikují ruce a navléknou rukavice. Všeobecná sestra nachystá pomůcky a materiál, který bude lékař potřebovat při převazu rány, vše musí být sterilní, musí tedy dbát na aseptické podmínky. U infikovaných a pacientů s infekčním onemocněním dbají sestra i lékař zvýšené opatrnosti a používají ochranné pomůcky – ústenka, jednorázový plášť apod. Stryja (2015) ve své publikaci upozorňuje, že zdravotnický personál se před použitím dezinfekční i jiných terapeutických přípravků musí vždy ujistit, že pacient není alergický na žádnou ze složek, které přípravek obsahuje. Dále sestra pomalu a opatrně odstraní nejdříve sekundární a poté i primární krytí rány, při čemž sleduje pacienta, zda nemá bolesti nebo mu výkon není nějak nepříjemný. Lékař s pomocí sestry zhodnotí a zaznamená do dokumentace velikost a stav rány, její charakter, případný sekret, stav spodin, její okolí atd. Vše musí

být dobře zaznamenáno, jak do lékařské dokumentace, tak do té ošetrovatelské. Poté se provede dezinfekce rány a případně její výplach, lékař odstraní případné nečistoty či nekrózu, pokud je v ráně přítomna. Dále si lékař zvolí způsob dalšího ošetření a terapeutický materiál, který nanese na ránu, buď on, anebo sestra. Použije primární sterilní krytí, kterým ránu překryje a poté přiloží sekundární krytí, a nakonec ránu zafixuje, to provádí buďto sám, nebo převaz nechá dokončit sestrou. Všeobecná sestra je lékaři vždy po ruce a během celého výkonu mu asistuje. Po ukončeném převazu sestra vrátí pacienta zpět na pokoj a dá mu na dosah signalizační zařízení pro případ, že by pacient něco potřeboval. Dále sestra sleduje reakce pacienta, zda nemá bolesti a zda rána neprosakuje nebo není-li obvaz příliš utažený, monitoruje tedy pokožku v okolí apod. Nakonec si sestra opět odezinfikuje ruce a uklidí vyšetřovnu, vše odezinfikuje a připraví k dalšímu převazu. Použité pomůcky připraví a odešle ke sterilizaci (Řezaninová et al., 2008).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit, zda všeobecné sestry znají dělení a typy ran.

Cíl 2

Zmapovat jaké možnosti mají všeobecné sestry k hojení ran.

Cíl 3

Porovnat rozdíly mezi hojením ran v akutní a následné péči.

Cíl 4

Zmapovat znalosti všeobecných sester o materiálech k hojení ran.

Cíl 5

Zjistit jaké materiály pro ošetřování ran jsou dostupné na odděleních nemocnic Královéhradeckého kraje.

Cíl 6

Porovnat ekonomickou a časovou náročnost při hojení ran na odděleních akutní a následné péče.

Cíl 7

Vypracovat seminář v rámci celoživotního vzdělávání všeobecných sester na téma efektivní hojení ran.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1

Časová náročnost v hojení ran se neliší u akutní a následné péče.

Hypotéza 2

Neexistují rozdíly v počtu provedených převazů ran během směny v akutní a následné péči.

Hypotéza 3

Na lůžkách akutní péče je stejně dostupných preparátů k léčbě ran jako na lůžkách následné péče.

Hypotéza 4

Názor na efektivitu moderních metod a preparátů k léčbě ran se nebude liší u všeobecných sester vzhledem k délce jejich odborné praxe.

Hypotéza 5

Docházka na semináře o nových převazových metodách je stejná u všeobecných sester s kratší i delší odbornou praxí.

2.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

V čem se liší léčba ran v následné a akutní péči?

Výzkumná otázka 2

Jaká je finanční náročnost převazových materiálů a preparátů k léčbě ran v akutní a následné péči?

2.4 Operacionalizace pojmů

Chronická rána – jedná se o druhotně hojící se ránu, která i při správné léčbě nevykazuje během 6–9 týdnů známky hojení. Zdali se defekt při vhodné terapii nehojí, lze předpokládat, že v ráně došlo k porušení standardního hojícího se procesu (Stryja, 2016)

Management – jde o proces uspořádaného plánování, pořádání, rozhodování, vedení a kontrolování. Jedná se o proces řízení zdrojů za určitým účelem, který vede k efektivnímu plnění stanovených cílů. Zároveň se jedná o vědní obor, který je multidisciplinární. Využívá statistiku, matematiku, ale i psychologii a sociologii. Nejedná se pouze o vědu, ale také o umění (Blažek, 2011).

Akutní péče – porušení kůže nebo ostatních tkání, normální zdravé tkáně, které je způsobeno úrazem neboli traumatem či operačním výkonem. Hojení rány probíhá bez komplikací a fyziologicky v přijatelném časovém úseku. Léčba akutní rány bývá většinou nenáročná a hojí se prvotně neboli primárně, to znamená, že je zde absence infekčních agens (Vodička, 2014).

Následná péče – následná péče je poskytována lidem, u kterých bylo diagnostikováno základní onemocnění a došlo ke stabilizaci jejich zdravotního stavu nebo při zhoršení jejich chronického onemocnění a je u nich ještě třeba doléčení či následná rehabilitace. Nebo je tato péče nabízena lidem, kteří už se o sebe neumějí, nechtějí nebo nemohou postarat. Celostní služby, které jsou poskytovány během celého léčebného procesu či po jeho skončení. Napomáhá pacientovi vytvářet vhodné podmínky k péči, aby dál mohl fungovat alespoň z části jako doposud (Janíková a Zeleníková, 2013).

Hojení ran – jedná se o proces, kdy dochází k postupnému překrývání buněčných aktivit, které posouvají hojení defektu krok za krokem k jeho zhojení. Jde o proces, kdy kůže regeneruje epitelovou tkáň a znovu obnovuje tkáň podpůrné a vazivové. Hojení se dělí na kvantitativní, kam patří hojení per primam, což znamená, že se rána hojí rychle bez větších komplikací a per sekundam, kde se délka hojení prodlužuje, a to většinou z důvodu přítomnosti infekce v ráně. Dále se rozlišuje hojení dle mechanismu vzniku na traumatické rány způsobené úrazem, chemické či termické a rány vředového typu. A hojení ran akutních a chronických, které se rozlišují dle délky hojení (Kouřilová, 2011).

3 METODIKA

Diplomová práce se zabývá porovnáním managementu hojení ran v akutní a následné péči. V práci byly zjišťovány postupy, vedoucí k efektivnímu hojení ran na jednotlivých odděleních akutní a následné péče v nemocničních zařízeních Královéhradeckého kraje. Následné kapitoly se zabývají popisem prováděného výzkumu, metodikou sběru dat, následným zpracováním dat a stručnou charakteristikou respondentů.

3.1 Metodika sběru dat

Metodika sběru dat probíhala pomocí smíšené metodologie, konkrétně se jednalo o kvantitativní sběr dat pomocí nestandardizovaného dotazníkového šetření, dále formou pozorování a kvalitativního rozhovoru v nemocničních zařízeních Královéhradeckého kraje. Dotazníkové šetření má své určité výhody i nevýhody. Výhoda je ku příkladu možnost provedení sběru relativně velkého množství dat a oslovení dostatku respondentů za poměrně krátkou dobu. Za jisté nevýhody by šlo během výzkumného šetření považovat nespolupráci některých respondentů s vyplňováním dotazníku, či jeho nepochopením. Taktéž se nedá zcela zabránit opisování odpovědí z již vyplněných dotazníků (Kutnohorská, 2009).

Pozorování (viz podkapitola 4.3) a kvalitativní rozhovor (viz podkapitola 4.4) byli zvoleny jako doplnění k ucelení výsledků

K provedení sběru dat byl vytvořen nestandardizovaný dotazník, který bylo možné vyplnit dobrovolně a zcela anonymně (viz příloha č. 1). Dotazník byl distribuován na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, jednotky intenzivní péče, interní oddělení, chirurgické oddělení a oddělení následné péče. Před samotnou distribucí proběhla pilotní studie, která zamezila případným potížím s pochopením dotazníku.

Začátek dotazníku obsahoval informace o tématu diplomové práce a instrukce k vyplnění dotazníku. Úvodní otázky (konkrétně otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6) byly zaměřeny na demografické údaje o respondentech, kde jsme se zaměřovaly především na pohlaví, věk, dosažené vzdělání, délku klinické praxe, pracoviště a zda respondent prodělal nějaké specializační vzdělání. Otázky 7, 9, 10 byly znalostní, kde jsme se respondentů ptali na správnou variantu léčby bércových vředů, definici chronické rány dle České společnosti pro léčbu rány a zda vědí, jaké jsou jednotlivé fáze hojení rány a jak na sebe navazují. Položka č. 8 nám zjišťovala četnost výskytu jednotlivých typů ran na pracovišti respondenta. Otázka č. 11 byla zaměřena na využívání preparátů k léčbě ran s možností

uvedení četosti využívání na stupnici 1 = nikdy nepoužívají až 5 = vždy, u každého pacienta používají. Položky č. 12, 13, 14 zjišťovaly, zda si respondenti myslí, že na jejich oddělení je k dispozici dostatečné množství preparátů a léčba na daném pracovišti podléhá indikaci lékaře, či všeobecná sestra volí vhodnou metodu léčby a také jsme se tázali, zda na pracovišti mají k dispozici pracovníka, který dohlíží na průběh a vhodnost léčby ran. Otázky č. 15 a 16 zjišťovaly využití negativního podtlaku V.A.C. a larvoterapie na pracovišti respondenta. Otázka s číslem 17 se zabývala docházkou respondentů na vzdělávací semináře se zaměřením na léčbu ran. Položky č. 18, 19 a 20 byly zaměřeny na obložnost lůžek na daném oddělení, na čas strávený u pacienta při převazu rány a na množství provedených převazů během směny. Poslední otázka č. 21 zjišťovala souhlas s tvrzením, že při používání moderních metod k léčbě ran lze urychlit proces hojení. Na závěr dotazníku byl vymezený prostor pro případné názory a připomínky k tématu od respondentů.

Položky, kde respondenti volili jednu možnou odpověď, byly s číslem: 1, 3, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 19 a 20. U otázek s číslem 2, 4, 5, 6, 8, 11 mohli respondenti dopisovat či zvolit variantu „jiné“. Položky č.: 12, 17, 21 obsahovaly Likertovu škálu, přičemž číslo 1 = určitě souhlasím a číslo 5 = určitě nesouhlasím. U otázek č.: 8, 11 respondenti mohli uvádět i více odpovědí a zároveň u otázky č. 11 uváděli frekvenci použití léčebných preparátů na stupnici od 1 do 5, přičemž 1 = nikdy nepoužívají a 5 = vždy používají.

Druhou metodou pro sběr dat bylo zvoleno pozorování, jehož výsledky byly zaznamenány v kazuistikách, kde jsme sledovali porovnání metod léčby ran v akutní a následné péči viz podkapitola 4.3. Výzkumné šetření probíhalo na odděleních následné a akutní péče, přesněji pak na lůžkách léčebny dlouhodobě nemocných a na interním oddělení nemocnic Královehradeckého kraje, kde byli vybráni 2 respondenti, kteří splňovali námi zvolená kritéria. Tato výzkumná metoda byla zvolena jako doplňující k ucelení výsledků výzkumného šetření.

Poslední zvolenou výzkumnou metodou byla kvalitativní forma pomocí rozhovoru, který byl taktéž realizován ve vybraných nemocnicích Královehradeckého kraje. Respondenty v této části výzkumného šetření byly 4 vrchní sestry, které pracovaly na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných, interního oddělení a zároveň jednotky intenzivní péče, chirurgického oddělení a anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Rozhovor byl taktéž zvolen jako doplňková výzkumná metoda k ucelení výsledků výzkumného šetření.

Vrchní sestry odpovídaly na předem připravené otázky (viz příloha č. 2). Otázky se zaměřovaly na obsazenost jednotlivých výše zmiňovaných oddělení, počet provedených převazů ran během 3 měsíců, nejčastěji užívané preparáty a převazové materiály k léčbě ran a finanční nákladnost spojenou s léčbou ran na odděleních akutní a následné péče. Negativně může být rozhovor ovlivněn mnoha okolnostmi, jako například osobnost a vystupování tazatele či místem a časem rozhovoru. Otázky rozhovoru by měly být ideálně formulovány tak, aby je tazatel nemusel respondentovi dovysvětlovat (Kutnohorská, 2009).

3.2 Výzkumné soubory

Cílů bylo dosaženo formou kvantitativního nestandardizovaného dotazníkového průzkumu a pozorováním daných oddělení akutních a následných lůžek. Dotazníkové šetření zahrnovalo všeobecné sestry pracující na oddělení akutní a následné péče, konkrétně se jednalo o anesteziologicko-resuscitační oddělení, jednotku intenzivní péče, interní oddělení, chirurgické oddělení a oddělení následné péče v Královéhradeckém kraji. Oslovených respondentů bylo 160 (40 dotazníků nebylo navraceno). Celkem bylo respondentů tedy 120 (75 % návratnost). Celé výzkumné šetření, včetně fotodokumentace, bylo schváleno vedoucími pracovníky nemocnic a jednotlivých oddělení. Všechny snímky byli pořízeny autorem diplomové práce. Kvalitativní forma výzkumu pomocí rozhovoru byla realizována se 4 vrchními sestrami jednotlivých oddělení v akutní a následné péči. Výzkum pomocí pozorování byl realizován na 2 respondentech, kteří splňovali námi stanovená kritéria.

3.3 Kritéria pro výběr výzkumného vzorku

Kritériem pro výběr respondentů bylo minimální dosažené **vzdělání** středoškolské, vyšší odborné či bakalářské – Všeobecná sestra. Dále respondenti museli pracovat na **oddělení** akutní a následné péče. Kritériem pro výběr respondentů pro kvalitativní rozhovor bylo vykonávání profese vrchní sestry na jednom z uvedených oddělení, jednalo se o oddělení následné péče, chirurgické a interní oddělení, jednotku intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitační oddělení v nemocnicích Královéhradeckého kraje. Kritériem pro výběr respondentů pro výzkumné šetření formou pozorování bylo, být imobilním pacientem hospitalizovaným na lůžkách následné a akutní péče se stejným typem rány, přičemž respondent musel být starší sedmdesátí let.

3.4 Organizace průzkumu

Před samotnou distribucí dotazníku byla provedena pilotní studie u 10 respondentů, aby se zamezilo případné nesrozumitelnosti dotazníku. Po upravení drobných nedostatků bylo zažádáno o možnost provedení výzkumného šetření v nemocničních zařízeních Královéhradeckého kraje, konkrétně v Oblastní nemocnici Jičín a. s. a nemocnici Nový Bydžov. Poté byla provedena distribuce dotazníku na oddělení anesteziologicko-resuscitační, jednotku intenzivní péče, interní oddělení, chirurgické oddělení a oddělení následné péče. Celkem bylo distribuováno 160 dotazníků. Dále bylo provedeno i pozorování na pracovištích následné péče a na standardním interním oddělení.

Výzkumné dotazníkové šetření probíhalo v červnu 2018.

Kvalitativní rozhovor a pozorování probíhalo v období od dubna 2018 do března 2019.

3.5 Metodika statistického zpracování dat

Při statistickém zpracování dat a ověřování výzkumných otázek byly použity počítačové programy MS Excel a MS Word. Získaná data byla konzultována a vyhodnocena odborníkem.

Samotné testování bylo provedeno pomocí Personova chí-kvadrát testu při hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Jde o neparametrickou statistickou metodu, při které dochází k prokazování vzájemného vztahu u dvou jevů, které jsou zjištěny nominálním měřením (Kutnohorská, 2009).

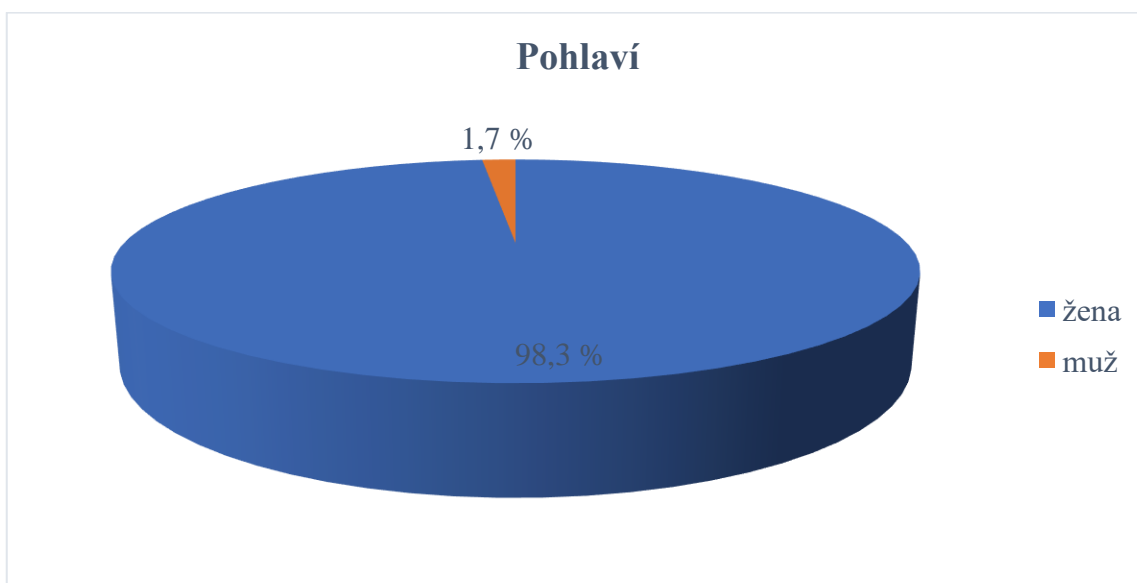
V rámci pozorování byla získaná data od pacientů z následné péče a ze standardního interního oddělení. Výsledky byly zaznamenány v kazuistikách Odpovědi respondentů kvalitativního rozhovoru byly následně podrobně popsány v tabulkách.

4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

4.1 Výsledky kvantitativního průzkumu-popisná statistika

V této kapitole jsou podrobně popsány výsledky provedeného výzkumu. Pro přehlednost byla zvolena metoda grafů a tabulek. Z celkového počtu 160 dotazníků, jich bylo navraceno 120 (75 %) a tento počet je ve výzkumu považován za 100,0 % souboru.

Graf 1: Pohlaví respondentů



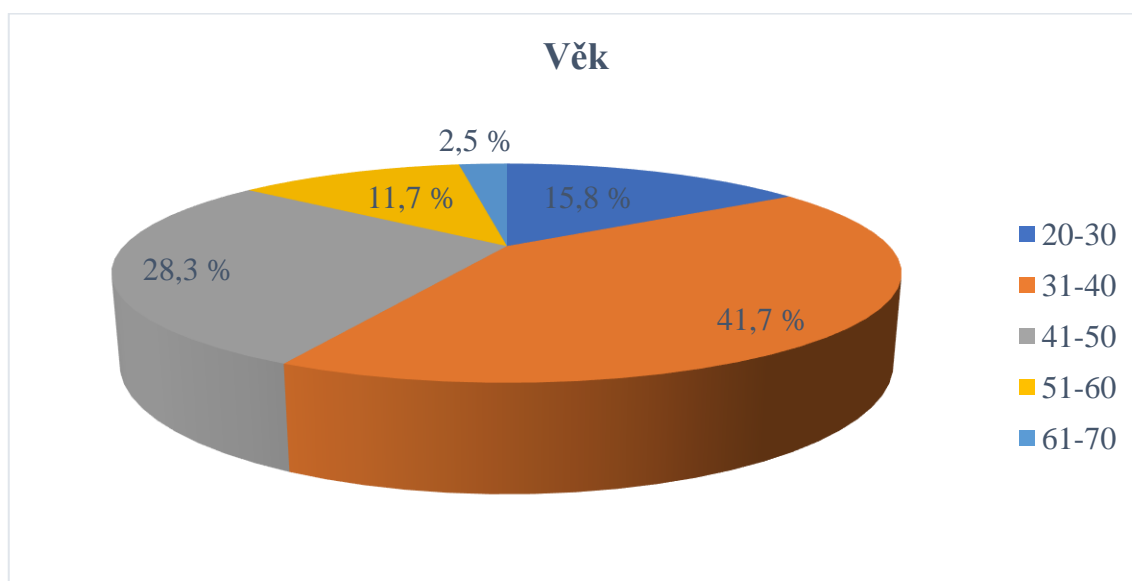
Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žena	118	98,3
Muž	2	1,7
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Z celkového počtu 120 respondentů (100,0 %), bylo nejvíce žen 118 (98,3 %) a pouze 2 muži (1,7 %).

Graf 2: Věk respondentů



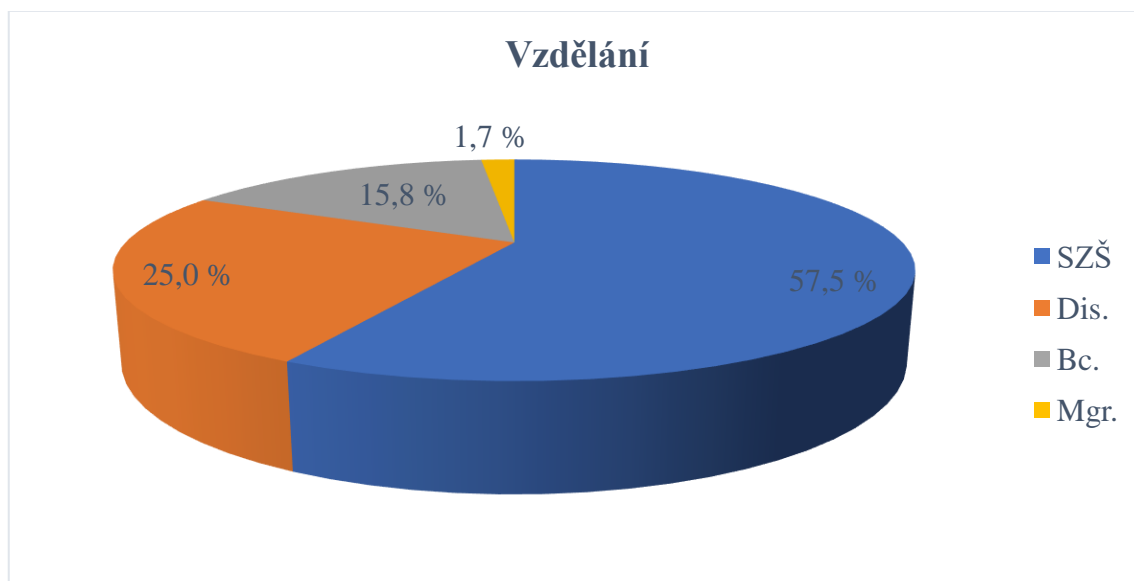
Tabulka 2: Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
20–30	19	15,8
31–40	50	41,7
41–50	34	28,3
51–60	14	11,7
61–70	3	2,5
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Tabulka č. 2 zobrazuje věk respondentů, přičemž 19 (15,8 %) dotazovaných bylo ve věkové kategorii 20–30 let, 50 (41,7 %) respondentů bylo ve věku 31–40 let. V kategorii 41–50 let bylo 34 (28,3 %) dotazovaných. Udávaný věk v rozmezí 51–60 uvedlo 14 (11,7 %) dotazovaných a kategorie 61–70 let byla zastoupena celkovým počtem 3 (2,5 %) dotazovaných. Respondentům bylo v průměru 38,9 let, nejčastěji 31 let, nejmladšímu dotazovanému bylo 21, nejstaršímu respondentovi bylo 64 let.

Graf 3: Vzdělání



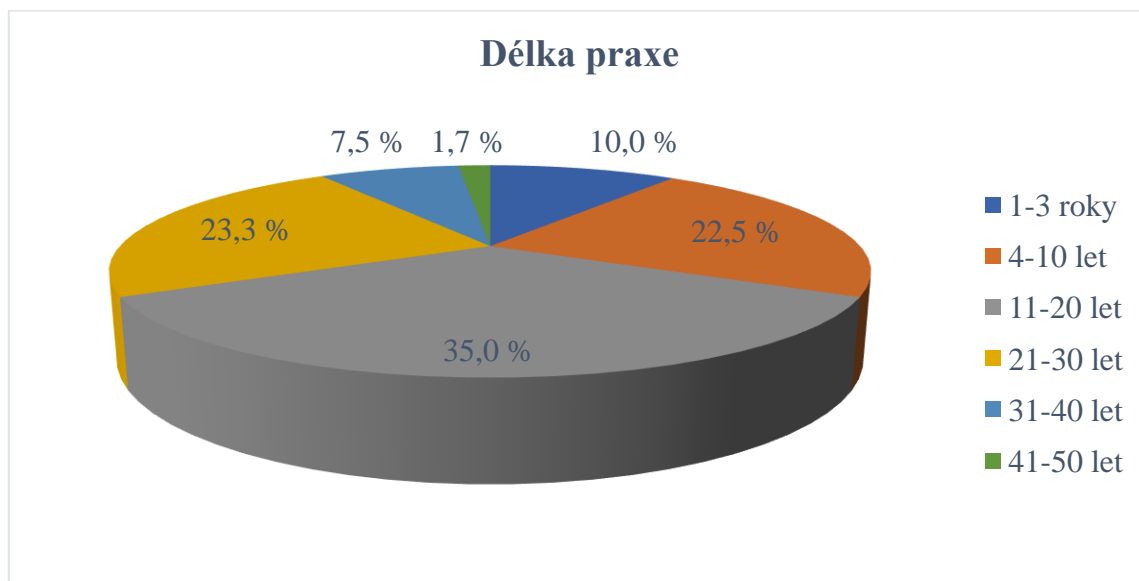
Tabulka 3: Vzdělání

Vzdělání respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
SZŠ – praktická sestra	0	0,0
SZS – všeobecná sestra	69	57,5
VZŠ – všeobecná sestra (Dis.)	30	25,0
VŠ – všeobecná sestra (Bc.)	19	15,8
VŠ – všeobecná sestra (Mgr.)	2	1,7
VŠ – všeobecná sestra (PhDr./Ph.D)	0	0,0
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Rozdělení respondentů podle vzdělání ukazuje graf 3. Z grafu je patrné, že respondenti nejčastěji vystudovali střední odborné vzdělání, obor všeobecná sestra (69 odpovědí; 57,5 %). Vyšší odborné vzdělání (Dis.) má 30 respondentů (25,0 %). 19 respondentů má vysokoškolské vzdělání na úrovni bakaláře (15,8 %), pouze 2 respondenti mají vysokoškolské vzdělání na úrovni magistra (1,7 %). Nikdo z respondentů neuvedl možnost vzdělání SZŠ – praktická sestra, ani doktorské vzdělání.

Graf 4: Délka odborné praxe



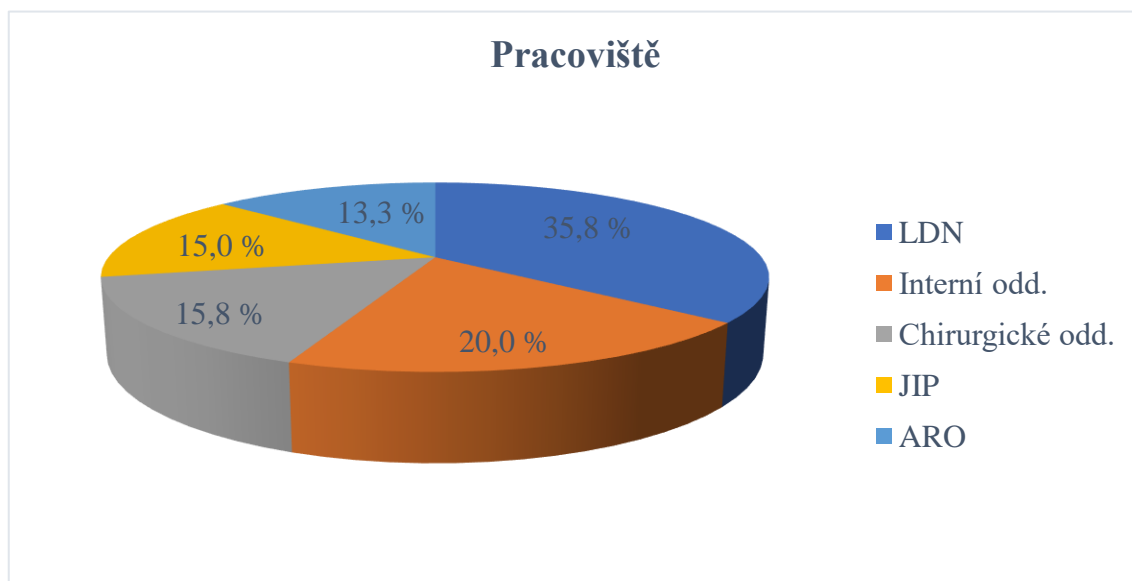
Tabulka 4: Délka odborné praxe

Délka odborné praxe	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1–3 roky	12	10,0
4–10 let	27	22,5
11–20 let	42	35,0
21–30 let	28	23,3
31–40 let	9	7,5
41–50 let	2	1,7
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Z celkového počtu respondentů bylo 12 (10,0 %) sester v odborné klinické praxi 1-3 roky, 27 (22,5 %) dotazovaných uvedlo, že jsou v praxi 4–10 let. Nejpočetnější byla kategorie 11–20, kde tuto možnost uvedlo celkem 42 (35,0 %) dotazovaných. Délka praxe 21–30 let byla respondenty uvedena celkem 28 (23,3 %), 31–40 let v praxi uvedlo 9 (7,5 %) dotazovaných a dokonce 2 (1,7 %) respondentů uvedlo celkovou odbornou praxi v rozmezí 41–50 let. V průměru respondenti v klinické praxi pracují 16,2 let, nejčastěji 12 let. V dotazníku se však můžeme setkat s respondenty, kteří pracují v odborné klinické praxi pouze 1 rok a maximálně 44 let.

Graf 5: Pracoviště respondentů



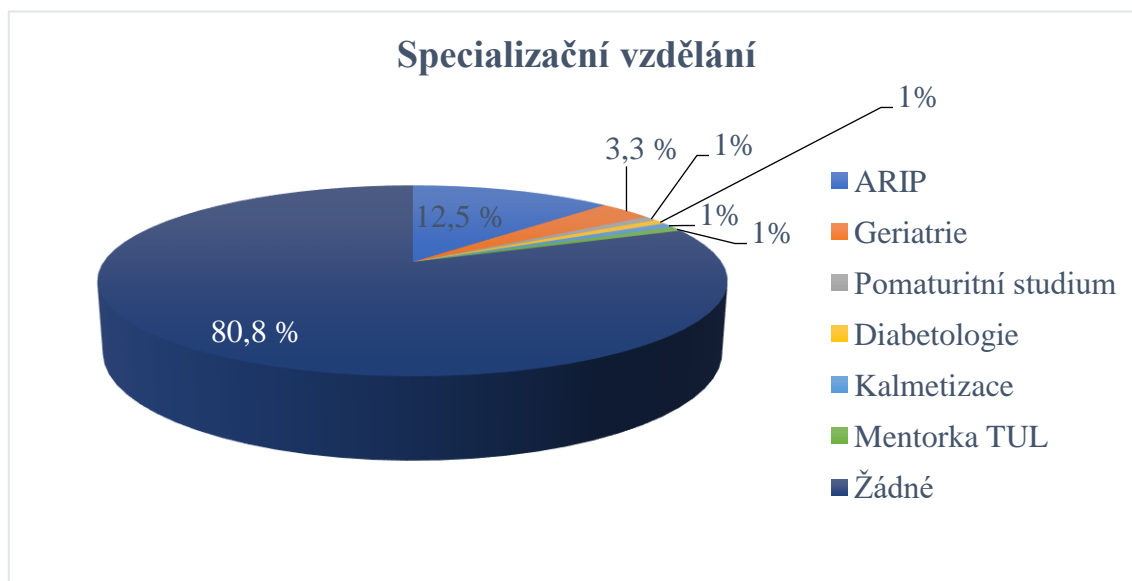
Tabulka 5: Pracoviště respondentů

Pracoviště respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
LDN	43	35,8
Interní odd.	24	20,0
Chirurgické odd.	19	15,8
JIP	18	15,0
ARO	16	13,3
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Na grafu č. 5 můžeme vidět rozdělení respondentů podle oddělení, kde momentálně pracují. Nejčastěji respondenti pracují na LDN (43 odpovědí; 35,8 %), druhým nejčastějším oddělením je interní, které bylo zastoupeno počtem 24 odpovědí (20,0 %). Na chirurgickém oddělení pracuje 19 (15,8 %) dotazovaných, oddělení JIP bylo uvedeno v 18 (15,0 %) případech a na oddělení ARO pracuje 16 (13,3 %) dotazovaných.

Graf 6: Specializační vzdělání respondentů



Tabulka 6: Specializační vzdělání respondentů

Specializační vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ARIP	15	12,5
Geriatric	4	3,3
Pomaturitní studium	1	0,8
Diabetologie	1	0,8
Kalmetizace	1	0,8
Mentorka TUL	1	0,8
Žádné	97	80,8
Celkem	120	100,0

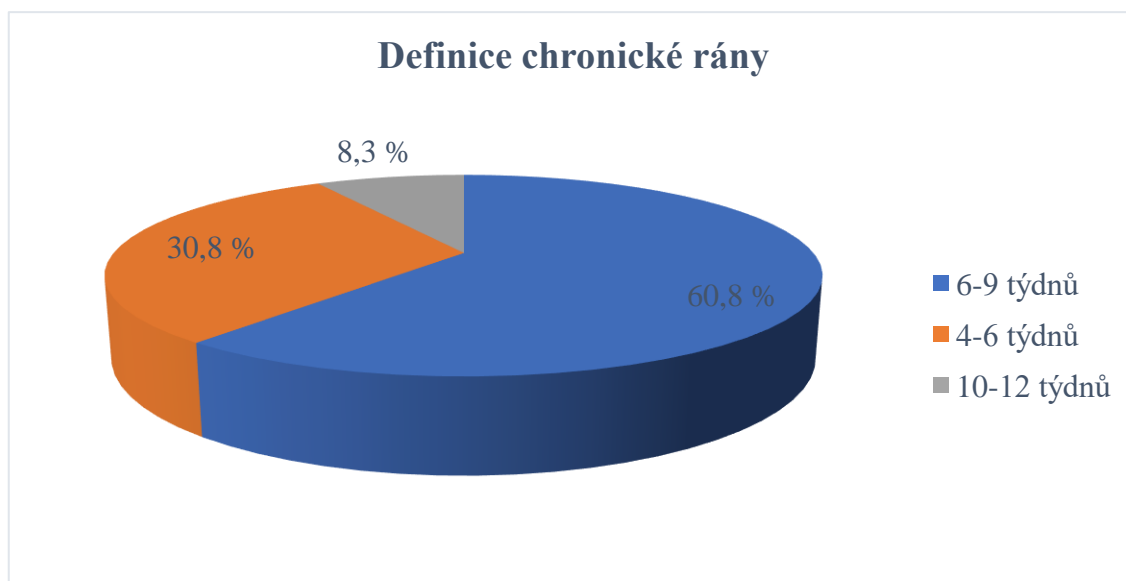
Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Na tuto otázku celkem 97 (80,8 %) respondentů odpovědělo, že nemají žádné specializační vzdělání. Specializační vzdělání ARIP uvedlo 15 (12,5 %) dotazovaných, 4 (3,3 %) respondentů uvedlo jisté vzdělání v oblasti geriatric, a jeden (0,8 %) respondent uvedl vzdělání diabetologie. Nízké zastoupení vždy po jednom respondentu (0,8 %) byly uvedeny kurzy, které ale přímo nespádají do kategorie specializačních kurzů. Konkrétně se jednalo o pomaturitní studium (bez bližší specifikace), kalmetizace a mentorka.

Znalosti všeobecných sester v oblasti dělení a typů ran

Následující část vyhodnocení dotazníků se zajímá o to, zda všeobecné sestry znají dělení a typy ran. Této části se týkaly 2 otázky – „Znáte znění definice chronické rány dle České společnosti pro léčbu rány“ a „Víte, jak jdou jednotlivé fáze hojení po sobě, resp. kterou hojení začíná, pokračuje a končí?“.

Graf 7: Znalost definice chronické rány



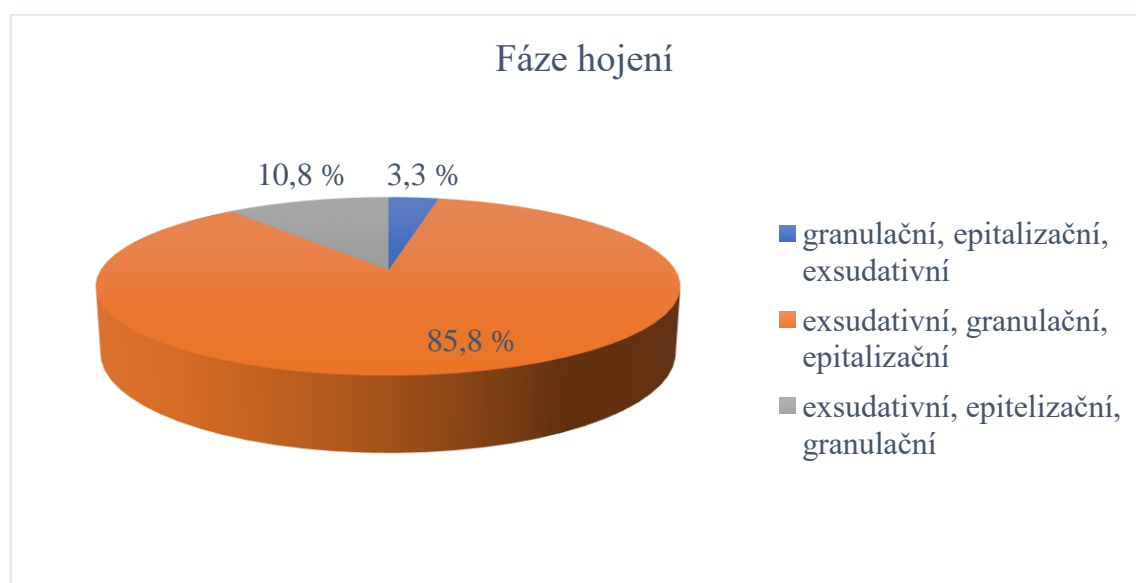
Tabulka 7: Znalost definice chronické rány

Znalost definice chronické rány	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Sekundárně se hojící rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 6-9 týdnů tendenci k hojení	73	60,8
Sekundárně hojící se rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 4-6 týdnů tendenci k hojení	37	30,8
Sekundárně se hojící se rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 10-12 týdnů tendenci k hojení	10	8,3
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

V tabulce č. 7 můžeme vidět rozdělení správných odpovědí na uvedenou otázku. Správná odpověď je označena tučně, tj. „Sekundárně se hojící rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 6-9 týdnů tendenci k hojení“. Správně odpovědělo 73 (60,8 %) dotázaných. 37 (30,8 %) respondentů uvedlo variantu odpovědi „Sekundárně hojící se rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 4-6 týdnů tendenci k hojení“. Nejméně byla zastoupena odpověď „Sekundárně se hojící se rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 10-12 týdnů tendenci k hojení“ a to 10 (8,3 %) respondenty.

Graf 8: Znalost fází hojení



Tabulka 8: Znalost fází hojení

Znalost fází hojení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
granulační, epitelizační, exsudativní	4	3,3
exsudativní, granulační, epitelizační	103	85,8
exsudativní, epitelizační, granulační	13	10,8
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

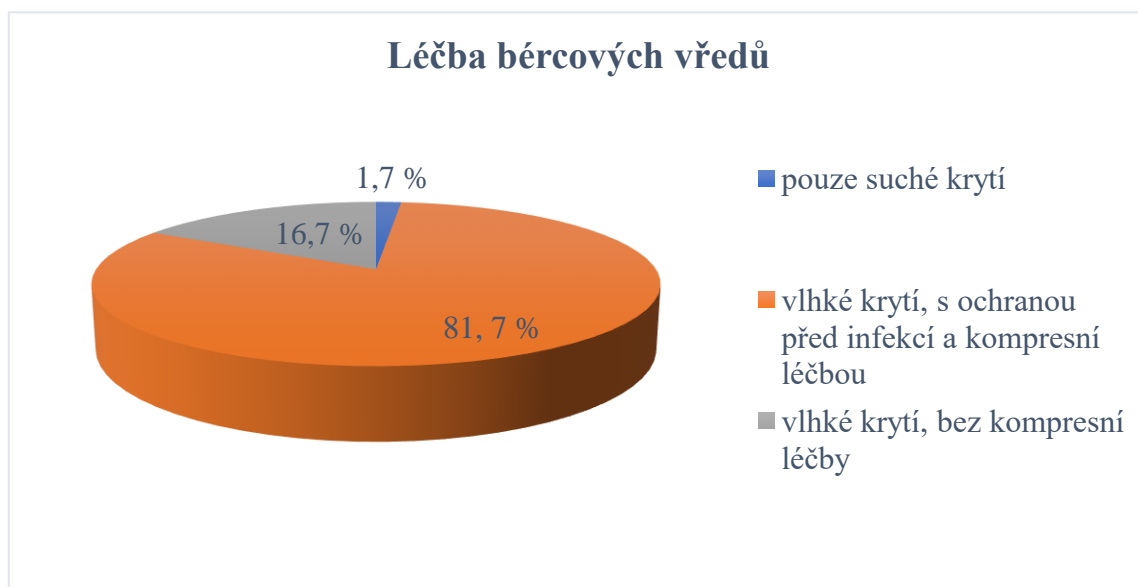
V této tabulce můžeme vidět rozdělení správných odpovědí na otázku „Víte, jak jdou jednotlivé fáze hojení po sobě, resp. kterou hojení začíná, pokračuje a končí?“. Správná odpověď je opět označena tučně, tj. „exsudativní, granulační, epitelizační“. Tuto odpověď zvolilo 103 (85,8 %) respondentů. Variantu odpovědi „granulační, epitelizační,

exsudativní“ uvedlo celkem 4 (3,3 %) respondenti a 13 (10,8 %) dotazovaných uvedlo možnost „exsudativní, epitelizační, granulační“.

Možnosti všeobecných sester k hojení ran

Další část otázek dotazníku sledovala, jaké mají všeobecné sestry možnosti k hojení ran.

Graf 9: Léčba bércových vředů



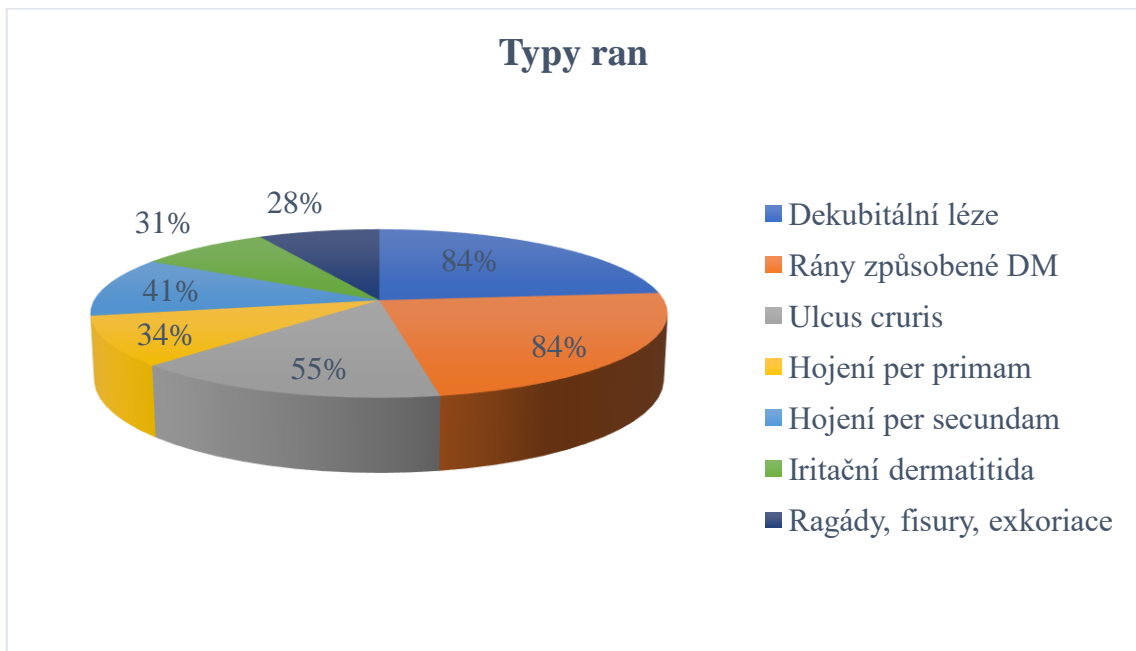
Tabulka 9: Léčba bércových vředů

Léčba bércových vředů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
vhodné k léčbě bércových vředů je pouze suché sterilní krytí, aby nedošlo ke zmokvání rány	2	1,7
vhodné je vlhké krytí, které zajistí ochranu před infekcí a ideální vlhké prostředí pro úspěšné hojení v kombinaci s kompresní léčbou	98	81,7
vhodné je vlhké krytí, nikdy však není indikováno kompresní bandáž či kompresní punčochy z důvodu nedostatečného prokrvování dolních končetin	20	16,7
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

První otázka z této části nejprve zjišťovala, zda respondenti dokážou určit správnou odpověď k léčbě bércových vředů. Výsledky můžeme vidět v tabulce č. 9. Správná odpověď je opět označena tučně, tj. „vhodné je vlhké krytí, které zajistí ochranu před infekcí a ideální vlhké prostředí pro úspěšné hojení v kombinaci s kompresní léčbou“. Správnou odpověď zvolilo 98 (81,7 %) respondentů. 20 (16,7 %) dotazovaných uvedlo možnost „vhodné je vlhké krytí, nikdy však není indikováno kompresní bandáž či kompresní punčochy z důvodu nedostatečného prokrvování dolních končetin“ a 2 (1,7 %) dotazovaní uvedli variantu „vhodné k léčbě bércových vředů je pouze suché sterilní krytí, aby nedošlo ke zmokvání rány“.

Graf 10: Nejčastější typy ran



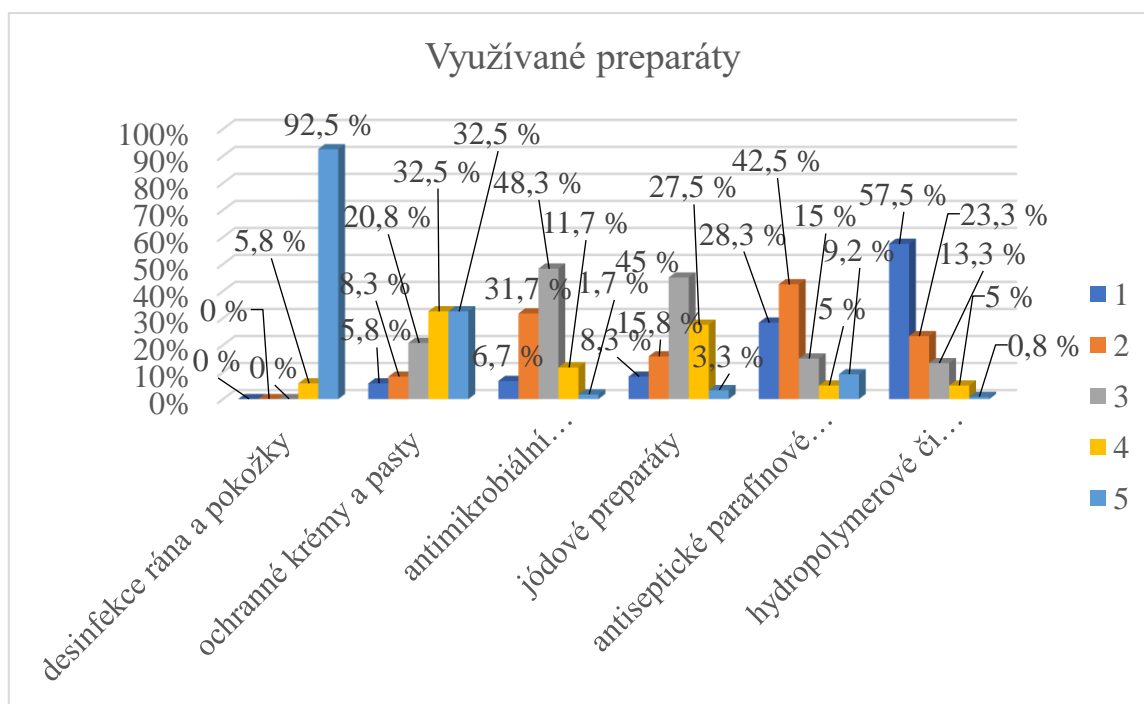
Tabulka 10: Nejčastější typy ran

Typy ran	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dekubitální léze	101	84,2
Rány způsobené DM	101	84,2
Ulcus cruris	66	55,0
Hojení per primam	41	34,2
Hojení per secundam	49	40,8
Iritační dermatitida	37	30,8
Ragády, fisuly, exkoriace	34	28,3
Celkem	429	357,5

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Následující otázka sledovala, s jakými typy ran se respondenti na jejich oddělení setkávají nejvíce. Respondenti mohli samozřejmě uvést více odpovědí. Rozdělení odpovědí můžeme vidět v tabulce č. 10. Nejčastěji, a to ve 101 (84,2 %) případech, respondenti uvádějí, že se nejčastěji setkávají s dekubitálními lézemi, stejný počet respondentů se také setkává s ranami způsobené komplikace diabetu mellitu. Nejméně respondentů se setkává s ragádami, fisurami a exkoriacemi, konkrétně v 34 (28,3 %) případech. Bércový vřed byl zastoupen počtem 66 (55,0 %) případy, 41 (34,2 %) respondentů uvedlo hojení per primam a hojení per secundam uvedlo celkem 49 (40,8 %) dotazovaných. Výskyt iritační dermatitidy uvedlo 37 (30,8 %) dotazovaných.

Graf 11: Užívané preparáty



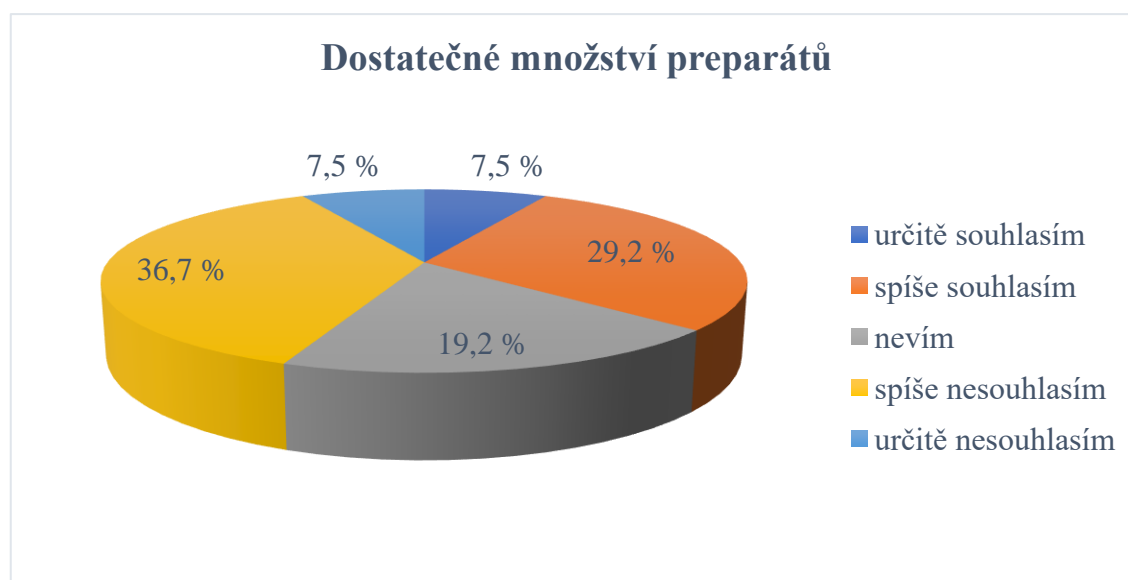
Tabulka 11: Jaké preparáty respondenti využívají

Jaké preparáty respondenti používají	Nikdy nepoužíváme 1	2	3	4	Vždy používáme 5	Průměr
Desinfekce rány a pokožky	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	7 (5,8 %)	111 (92,5 %)	4,9
Ochranné krémy a pasty	7 (5,8 %)	10 (8,3 %)	25 (20,8 %)	39 (32,5 %)	39 (32,5 %)	3,6
Antimikrobiální alginátové preparáty	8 (6,7 %)	38 (31,7 %)	58 (48,3 %)	14 (11,7 %)	2 (1,7 %)	2,1
Jódové preparáty	10 (8,3 %)	19 (15,8 %)	54 (45,0 %)	33 (27,5 %)	4 (3,3 %)	2,7
Antiseptické parafinové preparáty	34 (28,3 %)	51 (42,5 %)	18 (15,0 %)	6 (5,0 %)	11 (9,2 %)	1,4
Hydropolymerové či hydrokoloidní preparáty	69 (57,5 %)	28 (23,3 %)	16 (13,3 %)	6 (5,0 %)	1 (0,8 %)	1,2

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

V této souhrnné tabulce jsou znázorněny jednotlivé preparáty, které respondenti v rámci hojení ran uváděli. Dotazovaní odpovědi označovali na stupnici 1–5, přičemž 1 = nikdy nepoužíváme a 5 = vždy používáme. Na základě průměrného hodnocení výskytu jednotlivých preparátů k léčbě ran můžeme říci, že nejčastěji respondenti využívají desinfekce rány a pokožky, konkrétně u 111 (92,5 %) respondentů a to vždy, u každého pacienta. Ochranné krémy a pasty jako např. Višněvského balzám deklaruje použití u každého pacienta jen 39 (32,5 %) respondentů. Nejméně používané preparáty jsou hydropolymerové či hydrokoloidní preparáty (př. Tielle) a to v 69 (57,5 %) případech v kategorii „nikdy nepoužíváme“. Respondenti mohli uvést i jiné používané prostředky. Mezi jiné preparáty, které respondenti využívají k léčbě ran, byly uvedeny Hemagel a hydrocol. Jednalo se však pouze o 2 (1,7 %) případy.

Graf 12: Dostatečné množství preparátů



Tabulka 12: Souhlas s tvrzením o dostatečném množství preparátů na hojení ran

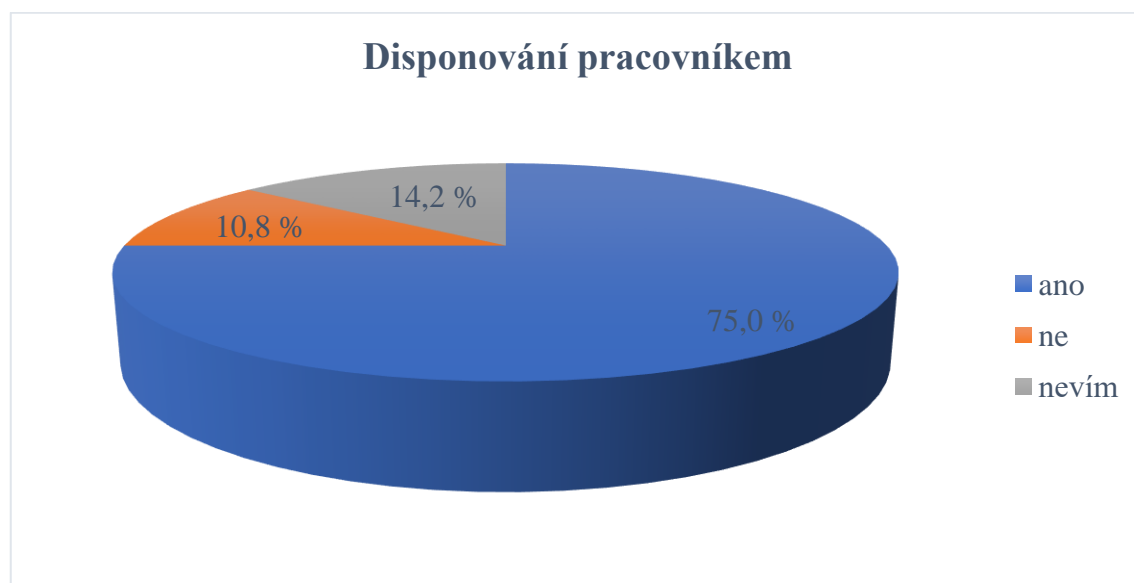
Souhlas s tvrzením	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Určitě souhlasím	9	7,5
Spíše souhlasím	35	29,2
Nevím	23	19,2
Spíše nesouhlasím	44	36,7
Určitě nesouhlasím	9	7,5
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Další otázka z části týkající se možností sester k hojení ran se zajímala o to, zda se respondenti domnívají, že na jejich oddělení je dostatečné množství preparátů k léčbě

ran. Výsledky vidíme v tabulce č. 12. Z tabulky je patrné, že respondenti určitě a spíše nesouhlasí s tvrzením, že by na jejich oddělení bylo dostatečné množství preparátů k léčbě ran, a to konkrétně v 53 (44,2 %) případech. Za dostatečné množství čili respondenti, kteří odpovídali „určitě souhlasím“ a „spíše souhlasím“, je považuje 44 (36,7 %) respondentů. 23 (19,2 %) respondentů tuto otázku neumělo rozhodnout.

Graf 13: Disponování pracovníkem



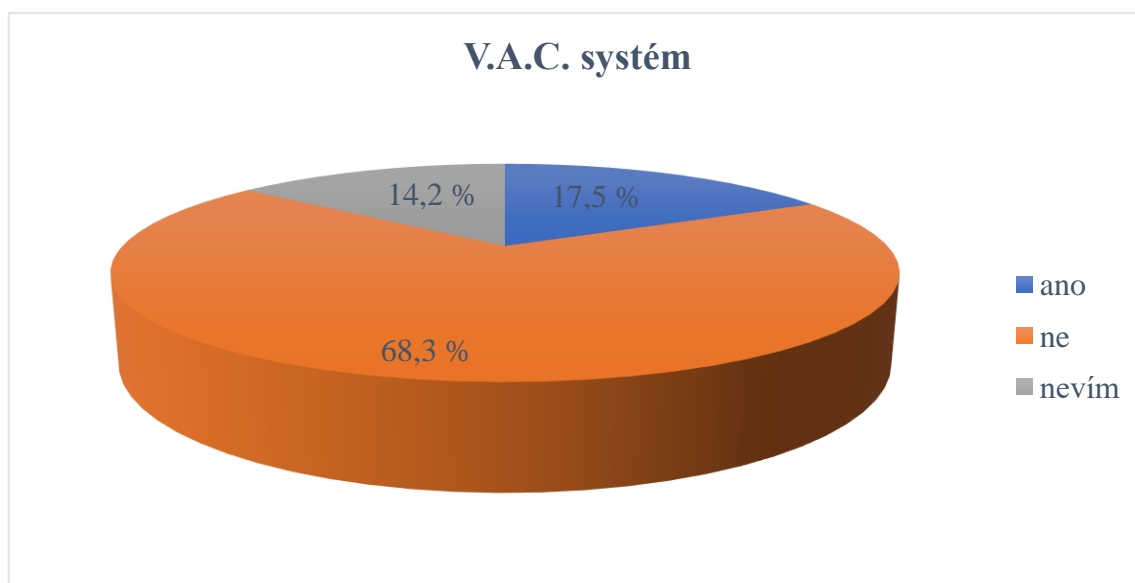
Tabulka 13: Disponování pracovníkem

Disponování pracovníkem	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	90	75,0
Ne	13	10,8
Nevím	17	14,2
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

V souvislosti s mapováním možností, jaké mají všeobecné sestry k hojení ran, byla položena otázka, zda respondenti, tj. všeobecné sestry mají na jejich oddělení, resp. v nemocnici k dispozici pracovníka (lékaře, specializovanou sestru), který dohlíží na průběh a vhodnost léčby ran. Výsledky ukazuje tabulka 13. Z tabulky je patrné, že 90 (75,0 %) respondentů má na oddělení nebo v nemocnici k dispozici pracovníka, který dohlíží na průběh léčby ran. 13 (10,8 %) respondentů takového kolegu nemá a 17 (14,2 %) dotazovaných uvedlo, že neví.

Graf 14: Využívání V.A.C. systému



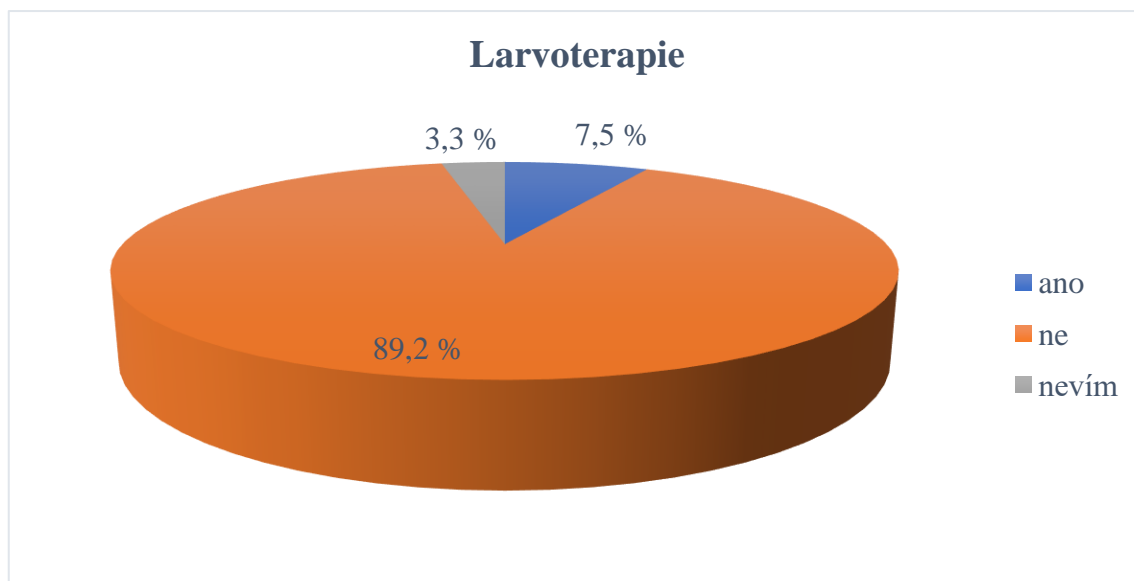
Tabulka 14: Využívání V.A.C. systému

Využívání V.A.C. systému	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	21	17,5
Ne	82	68,3
Nevím	17	14,2
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Následující otázka zjišťovala, zda respondenti využívají na jejich oddělení i léčbu ran pomocí podtlakové terapie V.A.C. 82 (68,3 %) respondentů uvedlo, že tuto léčbu na svém oddělení nevyužívají, pouze 21 (17,5 %) respondentů uvedlo, že tuto léčbu na svém oddělení používají a celkem 17 (14,2 %) dotazovaných nevědělo.

Graf 15: Využívání larvoterapie



Tabulka 15: Využívání larvoterapie

Využívání larvoterapie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	9	7,5
Ne	107	89,2
Nevím	4	3,3
Celkem	120	100,0

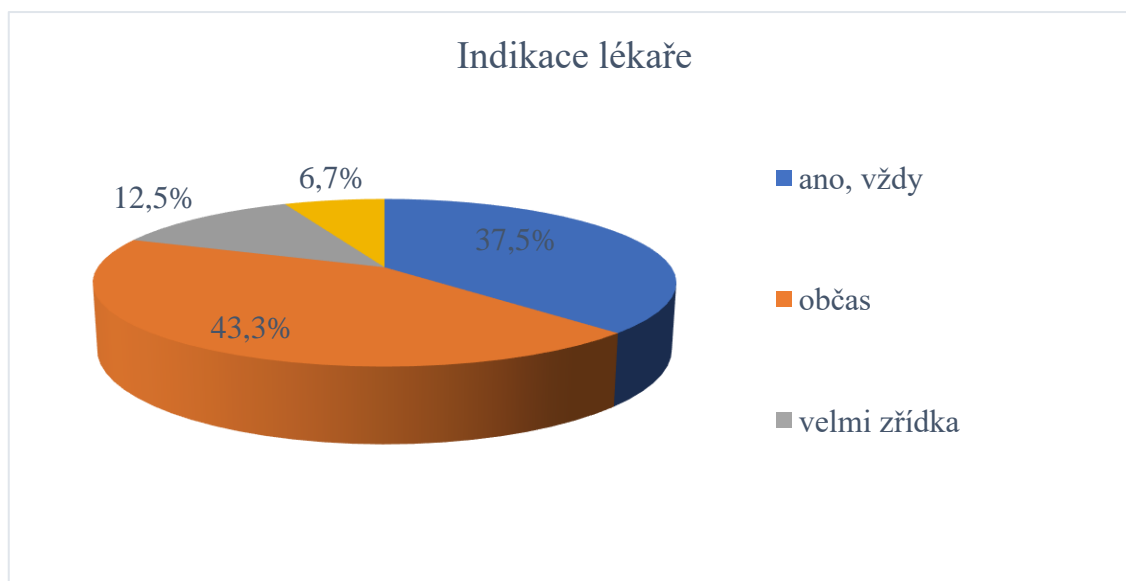
Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Poslední otázka v bloku týkající se možnosti všeobecné sestry k hojení ran byla otázka, zda respondenti na svém oddělení používají i léčbu ran pomocí larvoterapie. Výsledky můžeme vidět v tabulce č. 15. 107 (89,2 %) respondentů na svém oddělení tuto léčbu nevyužívají, pouze 9 respondentů (7,5 %) uvedlo, že léčbu pomocí larvoterapie na jejich oddělení využívají. 4 (3,3 %) dotazovaných nevědělo, zda se na jejich oddělení tato metoda využívá.

Mapování časové náročnosti při léčbě hojení ran

Ve čtvrté části vyhodnocení otázek dotazníku se zaměříme na mapování časové náročnosti při léčbě hojení ran.

Graf 16: Indikace lékaře



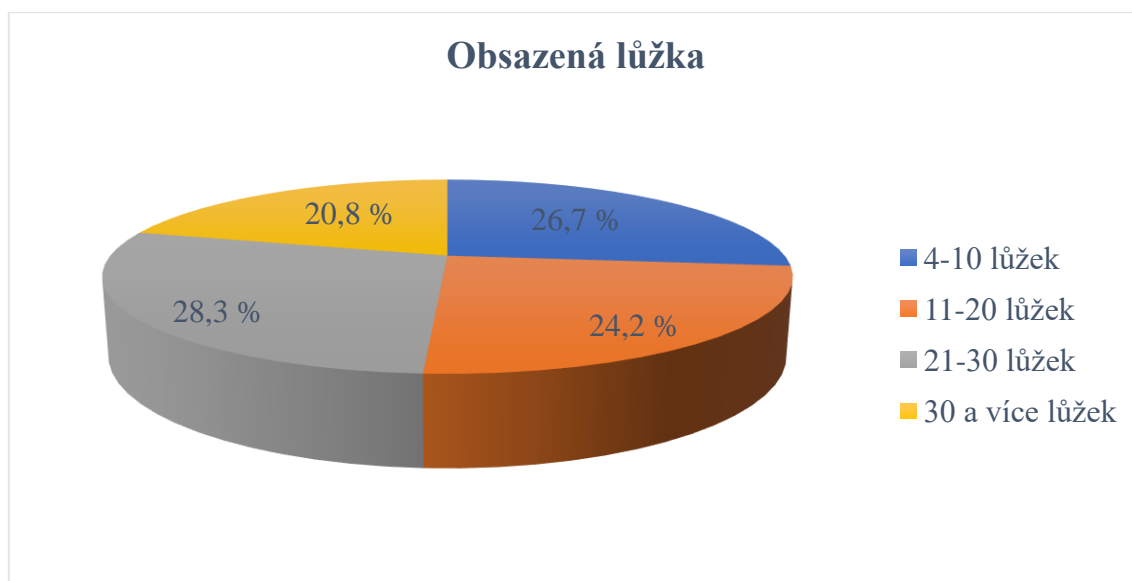
Tabulka 16: Ošetřování ran dle indikace lékaře

Ošetřování ran dle lékaře	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	45	37,5
Občas	52	43,3
Velmi zřídka	15	12,5
Ne, rány ošetřuji samostatně dle vlastního uvážení	8	6,7
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

První otázka, kterou jsem do této skupiny zařadila, se týká toho, zda je ošetřování ran na oddělení respondentů závislé na indikaci lékaře. Tabulka č. 16 nám ukazuje, že nejčastěji respondenti uvádějí, že je ošetřování ran na jejich oddělení občas závislé na indikaci lékaře, a to konkrétně v 52 (43,3 %) případech, vždy je závislé na indikaci lékaře v 45 (37,5 %) případech. Rány, samostatně dle vlastního uvážení, bez indikace lékaře ošetřuje pouze 8 (6,7 %) respondentů a 15 (12,5 %) dotazovaných uvedlo, že indikaci lékaře podléhají velmi zřídka.

Graf 17: Obsazená lůžka



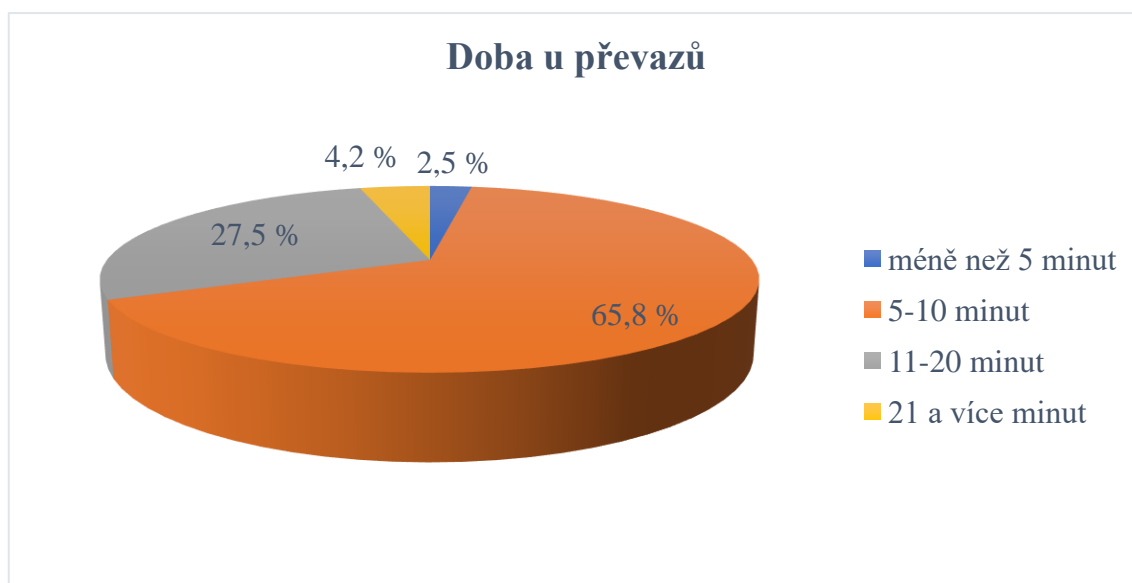
Tabulka 17: Obsazená lůžka

Obsazená lůžka	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
4–10 lůžek	32	26,7
11–20 lůžek	29	24,2
21–30 lůžek	34	28,3
30 a více lůžek	25	20,8
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Následující otázka zjišťovala, jak moc je oddělení respondentů zatíženo, resp. kolik mají v průměru obsazených lůžek. Výsledky nám ukazují, že rozdělení odpovědí na tuto otázku je velmi vyrovnané. Nejčastěji respondenti pracují na oddělení, které má 21 až 30 lůžek, a to konkrétně v 34 (28,3 %) případech. Respondenti uváděli i malou vytíženost oddělení a to 4–10 lůžek v zastoupení 32 (26,7 %) odpovědí. 11–20 lůžek uvedlo 29 (24,2 %) respondentů a variantu 30 a více lůžek uvedlo celkem 25 (20,8 %) dotazovaných.

Graf 18: Doba strávená u převazů



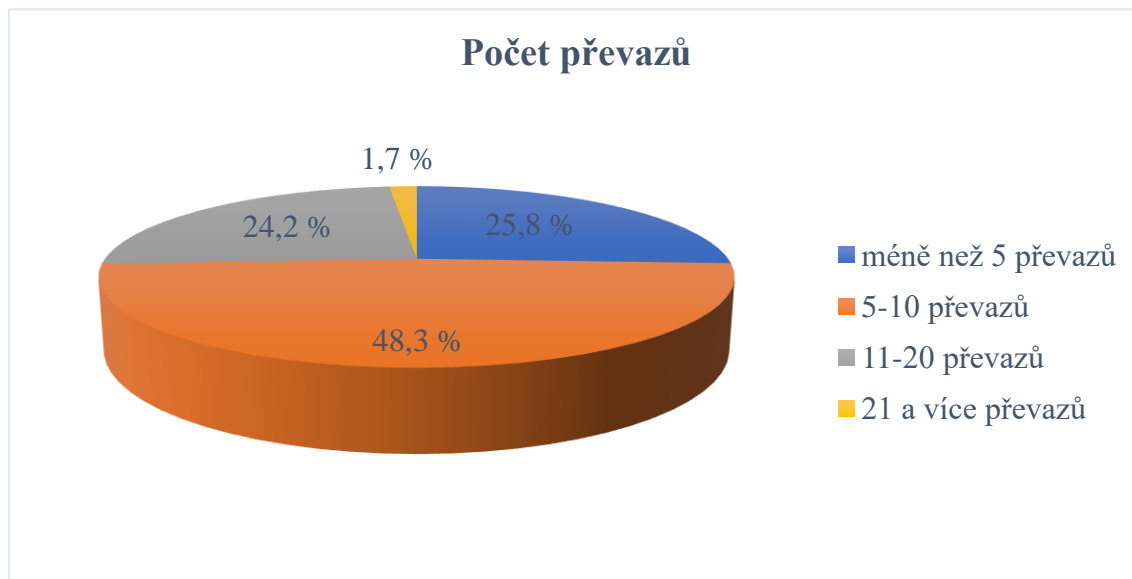
Tabulka 18: Průměrná doba strávená u převazu

Průměrná doba	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 5 minut	3	2,5
5–10 minut	79	65,8
11–20 minut	33	27,5
21 a více minut	5	4,2
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Další otázka v této části dotazníku sledovala, kolik času průměrně respondenti stráví při převazu rány u pacienta. Výsledky můžeme vidět v tabulce č. 18. Nejčastěji respondenti u pacienta stráví 5 až 10 minut s celkově 79 (65,8 %) uvedenými odpověďmi, v 5 (4,2 %) případech se jedná i o více jak 21 minut. Do 5 minut převaz rány zvládají pouze 3 (2,5 %) respondenti 33 (27,5 %) dotazovaných uvádí, že při převazu rány u pacienta stráví průměrně 11–20 minut a 21 a více minut u pacienta stráví 5 (4,2 %) respondentů.

Graf 19: Počet převazů



Tabulka 19: Počet převazů během směny

Počet převazů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 5 převazů	31	25,8
5–10 převazů	58	48,3
11–20 převazů	29	24,2
21 a více převazů	2	1,7
Celkem	120	100,0

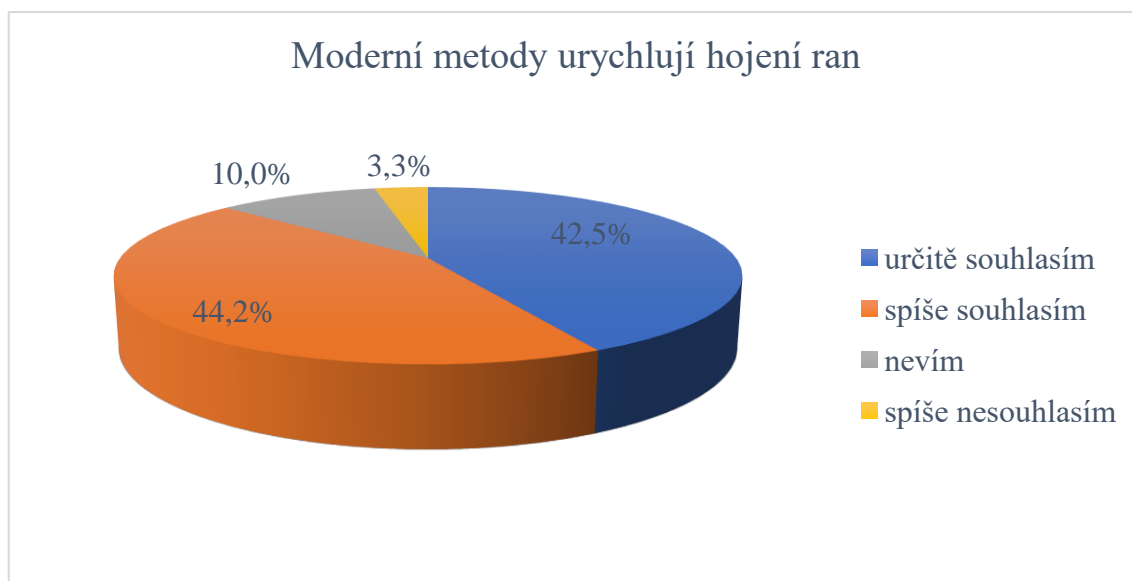
Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Poslední otázka tohoto bloku zjišťovala, kolik převazů ran během směny respondenti provedou. Respondenti nejčastěji provedou 5 až 10 převazů a to zastoupením 58 (48,3 %) odpovědí, provedení méně než 5 převazů uvedlo celkem 31 (25,8 %) respondentů. Více jak 21 převazů během směny provedou pouze 2 (1,7 %) respondenti. 11–20 provedených převazů během směny uvedlo 29 (24,2 %) dotazovaných.

Celoživotní vzdělávání všeobecných sester

Poslední část dotazníku se věnovala celoživotního vzdělávání všeobecných sester v oblasti léčby hojení ran.

Graf 20: Používání moderních metod



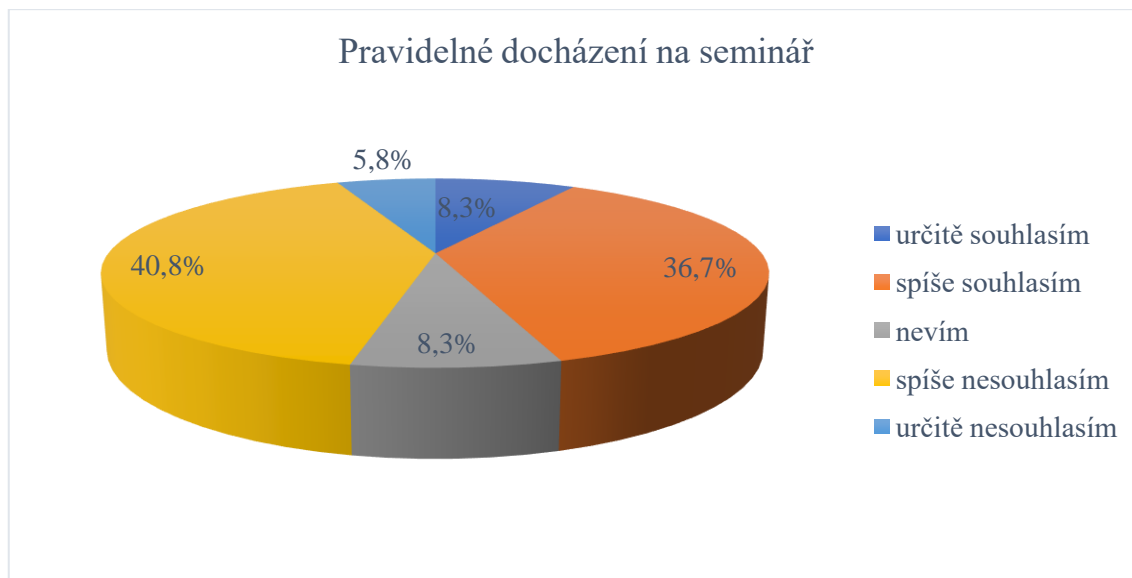
Tabulka 20: Používáním moderních metod lze urychlit proces hojení

Souhlas s tvrzením	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Určitě souhlasím	51	42,5
Spíše souhlasím	53	44,2
Nevím	12	10,0
Spíše nesouhlasím	4	3,3
Určitě nesouhlasím	0	0,0
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

První otázka tohoto bloku zjišťovala, zda respondenti souhlasí s tvrzením, že při používání moderních metod a preparátů k léčbě ran lze urychlit proces hojení. Výsledky můžeme vidět v tabulce č. 20. Z tabulky je patrné, že s výrokem určitě souhlasí 51 (42,5 %) respondentů a 53 (44,2 %) respondentů spíše souhlasí. Variantu odpovědi „nevím“ uvedlo celkem 12 (10,0 %) dotazovaných a spíše nesouhlasili 4 (3,3 %) respondentů. V šetření se neobjevil žádný respondent, který by určitě nesouhlasil.

Graf 21: Docházení na semináře



Tabulka 21: Pravidelné docházení na seminář

Souhlas s tvrzením	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Určitě souhlasím	10	8,3
Spíše souhlasím	44	36,7
Nevím	10	8,3
Spíše nesouhlasím	49	40,8
Určitě nesouhlasím	7	5,8
Celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

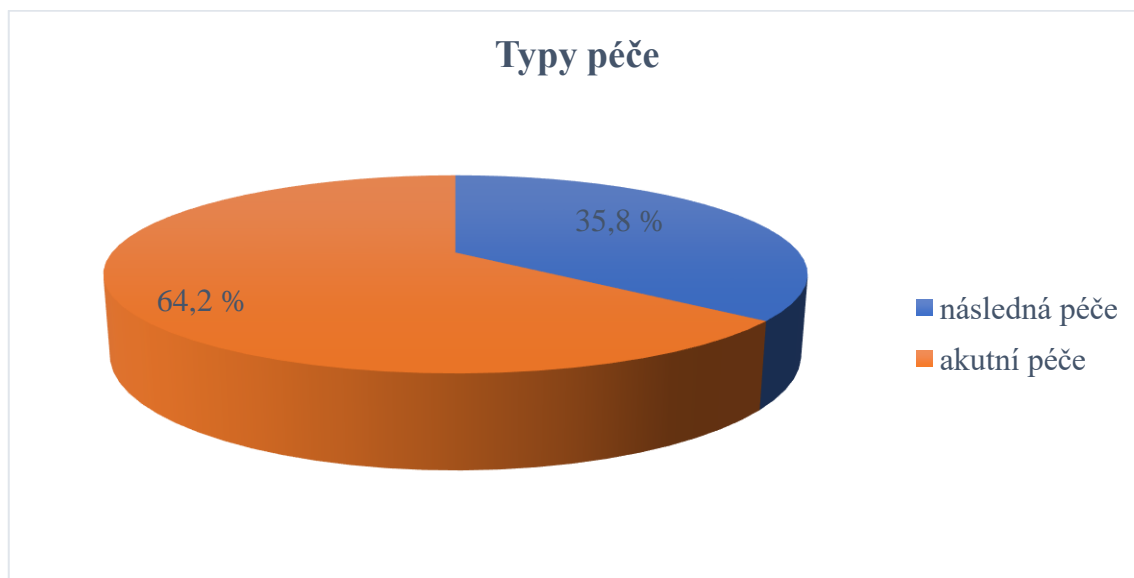
Další otázka se zajímala, zda respondenti pravidelně docházejí na semináře se zaměřením na nové metody a preparáty v léčbě. 10 (8,3 %) respondentů určitě souhlasí s tvrzením, že pravidelně dochází na vzdělávací semináře, 44 (36,7 %) dotazovaných spíše souhlasí s tímto tvrzením. Variantu odpovědi „nevím“ celkem uvedlo 10 (8,3 %) dotazovaných a spíše nesouhlasilo 49 (40,8 %) respondentů. S tvrzením určitě nesouhlasilo dalších 7 (5,8 %) dotazovaných.

4.2 Statistické testování a ověřování hypotéz

První předkládaná hypotéza pracuje s tím, že existují statisticky významné rozdíly mezi hojením ran v akutní a následné péči.

Pro ověření této hypotézy jsme upravili otázku týkající se oddělení, kde respondenti pracují. Jedná se o spojení oddělení Interna, Chirurgie, ARO a JIP INT do kategorie – „akutní péče“ a oddělení LDN do kategorie – „následná péče“. S touto novou proměnnou „Péče“ budeme nadále pracovat. Rozdělení počtů respondentů v nové proměnné ukazuje tabulka 22. V tabulce vidíme, že 77 respondentů (64,2 %) je v akutní péči, 43 respondentů (35,8 %) je ve skupině následné péče.

Graf 22: Typy péče



Tabulka 22- Rozdělení respondentů podle typů péče

Typ péče	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
následná péče	43	35,8
akutní péče	77	64,2
celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Pro porovnání rozdílů mezi hojením ran v akutní a následné péči jsme vybraly následující otázky, kde porovnáme rozdíly mezi sledovaným typem péče. Jedná se o otázky:

Ot19 – Kolik času průměrně strávíte u pacienta při převazu rány?

Ot20 – Kolik převazů ran během směny průměrně provedete?

Ot12 – Domníváte se, že na Vašem oddělení je dostatečné množství preparátů k léčbě ran?

Jelikož jsou všechny sledované proměnné kvalitativního, tj. slovního charakteru, sledovaná závislost bude ověřena pomocí X^2 – testu nezávislosti v kontingenční tabulce.

4.2.1 Testování hypotézy č. 1

Hypotéza 1 – Existují statisticky významné rozdíly mezi typem péče v průměrné době, kterou všeobecné sestry stráví u pacienta při převazu rány?

První sledovanou hypotézu ověříme pomocí proměnné „Péče“ a otázkou č. 19 – „Kolik času průměrně strávíte u pacienta při převazu rány“. Testované hypotézy jsou ve tvaru:

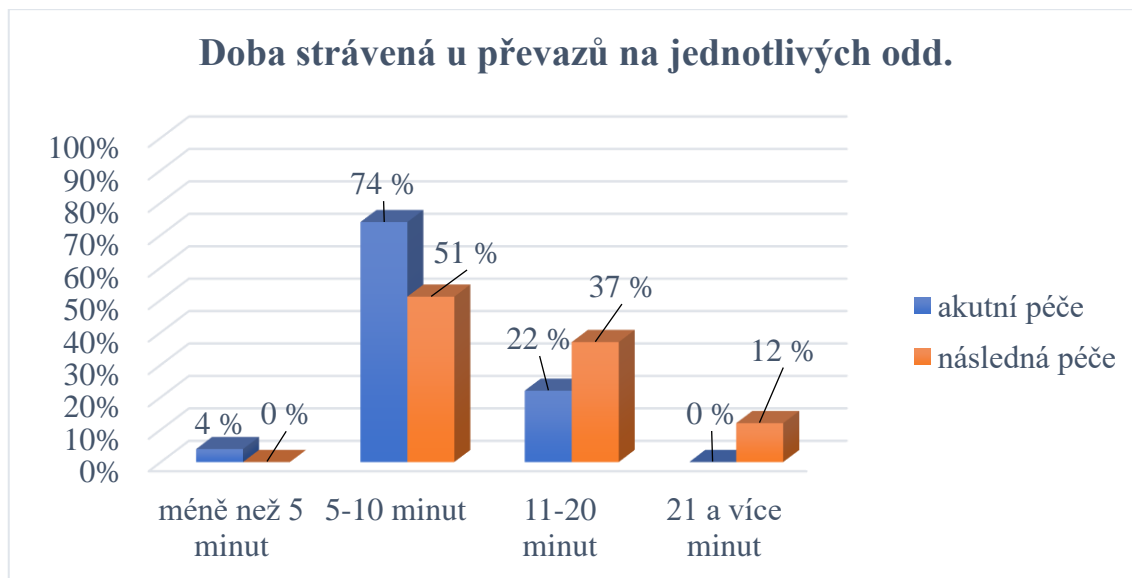
H_0 : Neexistují rozdíly v době strávené u pacienta při převazu rány v různých typech péče

H_1 : Existují rozdíly v době strávené u pacienta při převazu rány v různých typech péče

Výslednou kontingenční tabulku vidíme v tabulce 23. Na základě provedeného testu, kdy testové kritérium vyšlo 15,117 a p-hodnota, která vyšla 0,002, byla nižší než námi zvolená hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, testovanou hypotézu o stejném průměrném času u pacientů v různých typech péče zamítáme, tj. prokázali jsme, že v akutní a následné péči existují statisticky významné rozdíly v době strávené u pacienta při převazu rány.

Z tabulky 23 můžeme vidět, že v následné péči se průměrný čas u pacienta při převazu rány prodlužuje. V akutní péči zvládne 74 % respondentů (57 odpovědí) být u pacienta 5 až 10 minut. A v případě doby 21 a více minut zde již není žádný respondent. V následné péči je dokonce 5 respondentů (12 %), kteří jsou u pacienta v průměru 21 a více minut.

Graf 23: Doba strávená u převazů na akutní a následné péči



Tabulka 23 – Kontingenční tabulka mezi typem péče a průměrným časem u pacienta při převazu rány

		Typ péče		Celkem
		následná péče	akutní péče	
Průměrný čas u pacienta při převazu rány	méně než 5 minut	0 %	4 %	3 %
	5–10 minut	51 %	74 %	66 %
	11–20 minut	37 %	22 %	28 %
	21 a více minut	12 %	0 %	4 %
Celkem		100 %	100 %	100 %

G = 15,117, p-hodnota = 0,002

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

4.2.2 Testování hypotézy č. 2

Hypotéza 2 – Existují statisticky významné rozdíly mezi typem péče a počtem převazů, které během směny všeobecné sestry provedou?

Druhou sledovanou hypotézu ověříme pomocí proměnné „Péče“ a otázkou č. 20 – „Kolik převazů ran během směny průměrně provedete“. Testované hypotézy jsou ve tvaru:

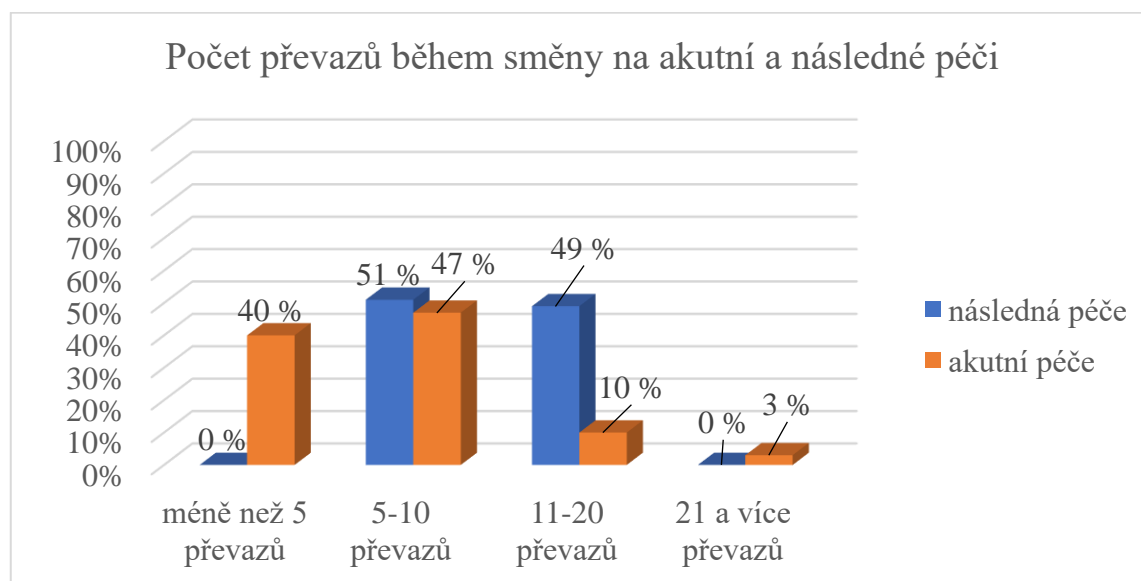
H₀: Neexistují rozdíly v počtu převazů ran během směny v různých typech péče

H₁: Existují rozdíly v počtu převazů ran během směny v různých typech péče

Výslednou kontingenční tabulku vidíme v tabulce 24. Na základě provedeného testu, kdy testové kritérium vyšlo 35,417 a p-hodnota, která vyšla 0,000, byla nižší než námi zvolená hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, testovanou hypotézu o stejném průměrném počtu převazů ran v různých typech péče zamítáme, tj. prokázali jsme, že v akutní a následné péči existují statisticky významné rozdíly v počtu převazů ran během směny.

Z tabulky 24 můžeme vidět, že v akutní péči je častější menší počet převazů. 40 % respondentů v průměru během směny provede méně než 5 převazů (31 odpovědí), 47 % respondentů (36 odpovědí) provede 5 až 10 převazů, zatímco v následné péči 51 % respondentů (51 %) provede 5 až 10 převazů, dalších 21 respondentů (49 %) provede 11 až 20 převazů.

Graf 24: Počet převazů během směny na akutní a následné péči



Tabulka 24 - Kontingenční tabulka mezi typem péče a průměrným počtem převazů ran během směny

		Typy péče		Celkem
		následná péče	akutní péče	
Průměrný počet převazů ran během směny	méně než 5 převazů	0 %	40 %	26 %
	5–10 převazů	51 %	47 %	48 %
	11–20 převazů	49 %	10 %	24 %
	21 a více převazů	0 %	3 %	2 %
Celkem		100 %	100 %	100 %
G = 35,417, p-hodnota = 0,000				

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

4.2.3 Testování hypotézy č. 3

Hypotéza 3 – Existují statisticky významné rozdíly mezi typem péče a hodnocením, zda je na oddělení respondentů dostatečné množství preparátů k léčbě ran?

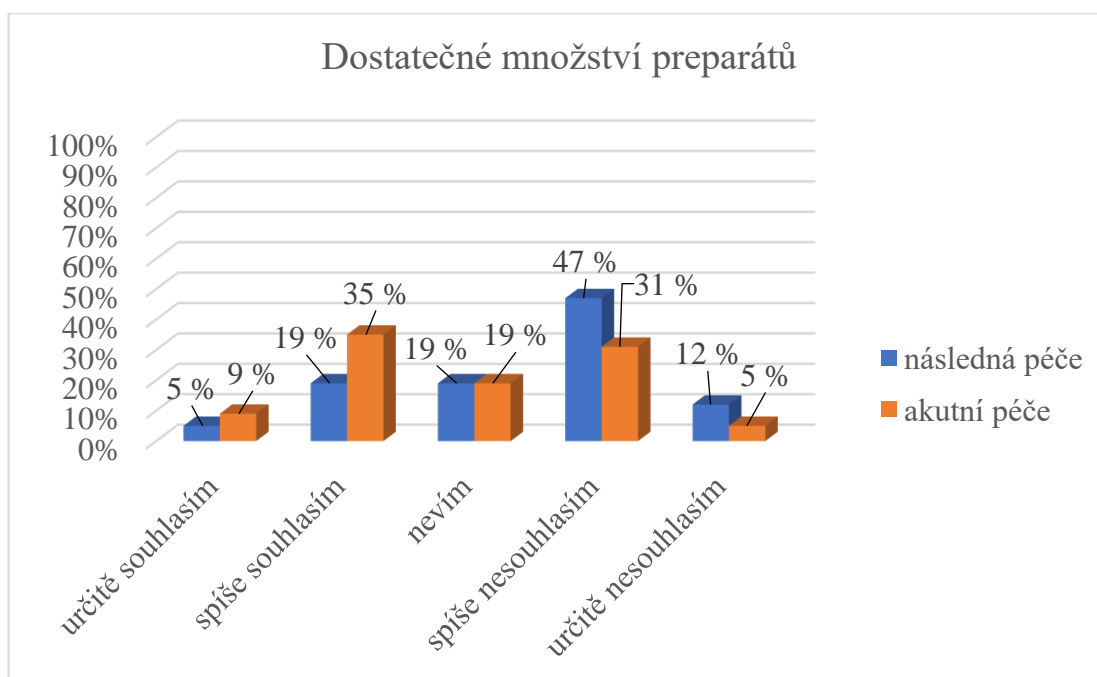
Třetí předkládaná hypotéza pracuje pomocí proměnné „Péče“ a otázkou č. 12 – „Domníváte se, že na Vašem oddělení je dostatečné množství preparátů k léčbě ran?“. Testované hypotézy jsou ve tvaru:

H_0 : Neexistují rozdíly v hodnocení dostupnosti preparátů k léčbě ran v různých typech péče

H_1 : Existují rozdíly v hodnocení dostupnosti preparátů k léčbě ran v různých typech péče

Výslednou kontingenční tabulku vidíme v tabulce 25. Na základě provedeného testu, kdy testové kritérium vyšlo 6,593 a p-hodnota, která vyšla 0,159, byla vyšší než námi zvolená hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, testovanou hypotézu o stejném hodnocení dostupnosti preparátů k léčbě ran v různých typech péče nezamítáme. Neprokázáli jsme, že by respondenti z akutní a následné péče statisticky rozdílně hodnotili dostatečnost množství preparátů k léčbě ran na jejich oddělení.

Graf 25: Dostatečné množství preparátů



Tabulka 25 - Kontingenční tabulka mezi typem péče a hodnocením dostupnosti preparátů k léčbě ran na oddělení respondentů

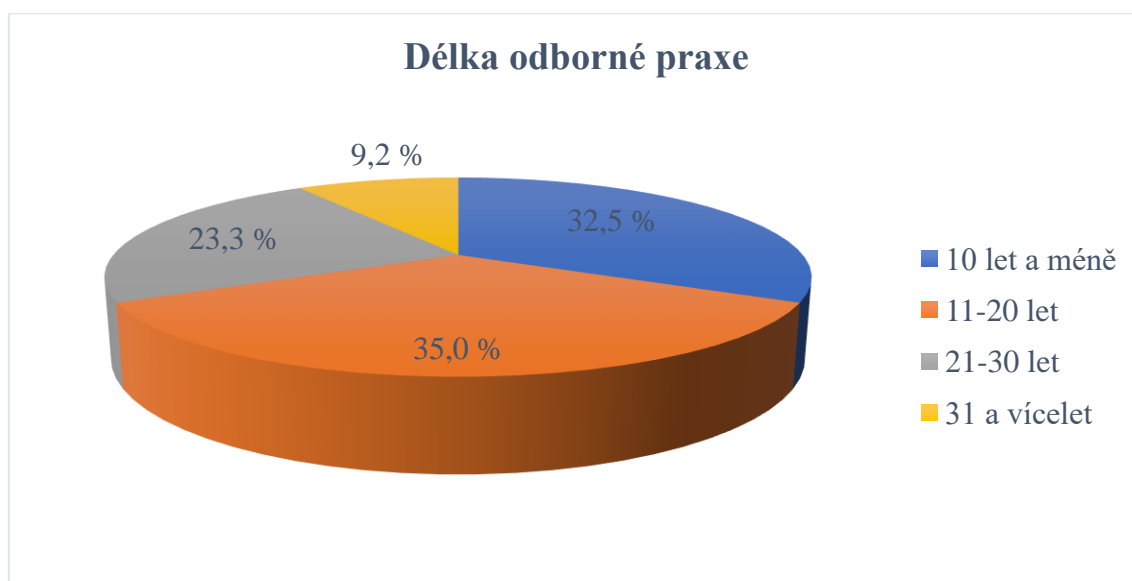
		Typ péče		celkem
		následná péče	akutní péče	
Domníváte se, že na Vašem oddělení je dostatečné množství preparátů k léčbě ran?	určitě souhlasím	5 %	9 %	8 %
	spíše souhlasím	19 %	35 %	29 %
	nevím	19 %	19 %	19 %
	spíše nesouhlasím	47 %	31 %	37 %
	určitě nesouhlasím	12 %	5 %	8 %
celkem		100 %	100 %	100 %

G = 6,593, p-hodnota = 0,159

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Třetí předkládaná hypotéza pracuje předpokládá, že existují statisticky významné rozdíly v délce odborné klinické praxe a ochotou se učit a používat nové metody a preparáty k léčbě ran. Stejnou závislost bychom mohli sledovat i na proměnné věk, která s délkou praxe samozřejmě statisticky významně souvisí (Pearsonův korelační koeficient = 0,913; p-hodnota=0,000). Pro naše účely použijeme proměnnou délka praxe, kterou jsme převedli na intervalovou proměnnou (praxe_int). Výsledky rozřazení respondentů do jednotlivých intervalů ukazuje tabulka 26.

Graf 26: Délka odborné praxe



Tabulka 26: Rozdělení respondentů do intervalů délky odborné praxe.

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
10 let a méně	39	32,5
11–20 let	42	35,0
21–30 let	28	23,3
31 a více let	11	9,2
celkem	120	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

Pro vyhodnocení námi stanovené hypotézy jsem vybrala 2 otázky, které nám ji pomohou zodpovědět, otázky jsou následující:

Ot21 – Souhlasíte s tvrzením, že při používání moderních metod a preparátů k léčbě ran lze urychlit proces hojení?

Ot17 – Docházíte pravidelně na semináře se zaměřením na nové metody a preparáty v léčbě ran?

Jelikož jsou všechny sledované proměnné kvalitativního, tj. slovního charakteru, sledovaná závislost bude opět ověřena pomocí X^2 – testu nezávislosti v kontingenční tabulce.

4.2.4 Testování hypotézy č. 4

Hypotéza 4 – Existují statisticky významné rozdíly v přijímání nových metod a preparátů k léčbě ran na délce odborné praxe respondentů?

Čtvrtou sledovanou hypotézu ověříme pomocí proměnné „praxe_int“ a otázkou č. 21 – „Souhlasíte s tvrzením, že při používání moderních metod a preparátů k léčbě ran lze urychlit proces hojení?“. Testované hypotézy jsou ve tvaru:

H_0 : Neexistují rozdíly v přijímání nových metod a preparátů k léčbě ran na délce odborné praxe respondentů.

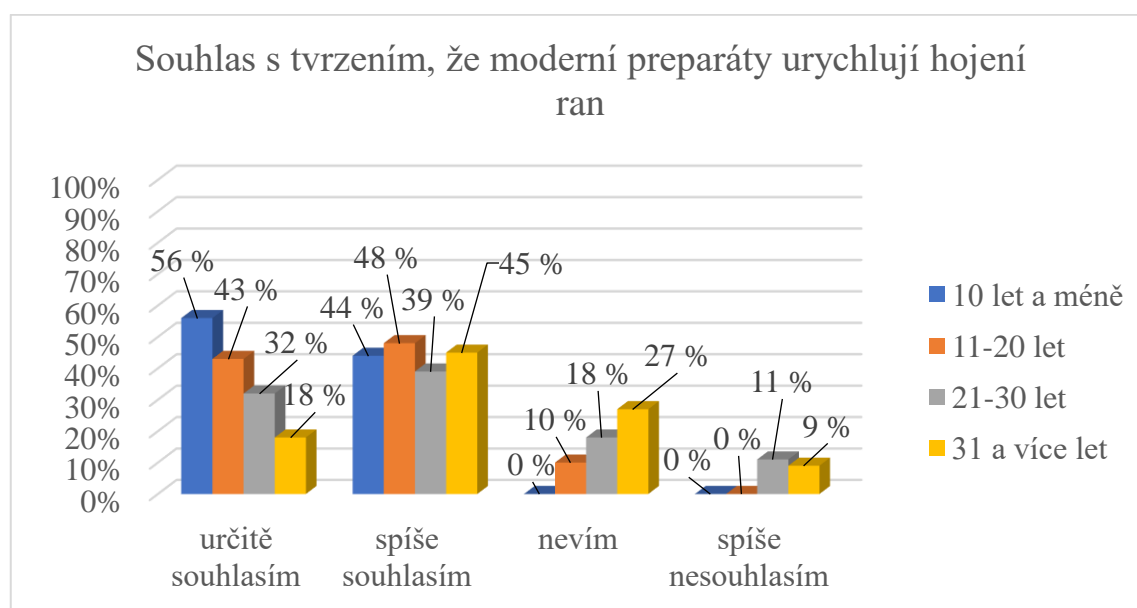
H_1 : Existují rozdíly v přijímání nových metod a preparátů k léčbě ran na délce odborné praxe respondentů.

Výslednou kontingenční tabulku vidíme v tabulce 27. Na základě provedeného testu, kdy testové kritérium vyšlo 21,576 a p-hodnota, která vyšla 0,010, byla nižší než námi zvolená hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, testovanou hypotézu o stejném přijímání nových metod a

preparátů k léčbě ran u respondentů s různou délkou odborné praxe respondentů zamítáme, tj. prokázali jsme, že existují rozdíly v přijímání nových metod a preparátů k léčbě ran na délce odborné praxe respondentů.

Z tabulky 27 můžeme vidět, že tvrzení, že moderní metody a preparáty mohou urychlit proces hojení, odmítají spíše respondenti, kteří mají delší odbornou praxi, zatímco respondenti s kratší délkou praxe s daným tvrzením častěji souhlasí.

Graf 27: Souhlas s tvrzením, že moderní preparáty urychlují hojení



Tabulka 27 – Kontingenční tabulka mezi délkou odborné praxe a souhlasem, že používání nových metod a preparátů urychluje proces hojení

		Délka odborné praxe				Celkem
		10 let a méně	11–20 let	21–30 let	31 a více let	
Souhlasíte s tvrzením, že při používání moderních metod a preparátů k léčbě ran lze urychlit proces hojení?	určitě souhlasím	56 %	43 %	32 %	18 %	43 %
	spíše souhlasím	44 %	48 %	39 %	45 %	44 %
	nevím	0 %	10 %	18 %	27 %	10 %
	spíše nesouhlasím	0 %	0 %	11 %	9 %	3 %
Celkem		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

G = 21,576, p-hodnota = 0,010

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

4.2.5 Testování hypotézy č. 5

Hypotéza 5 – Liší se ochota docházet pravidelně na semináře se zaměřením na nové metody a preparáty k léčbě ran na délce odborné praxe respondentů?

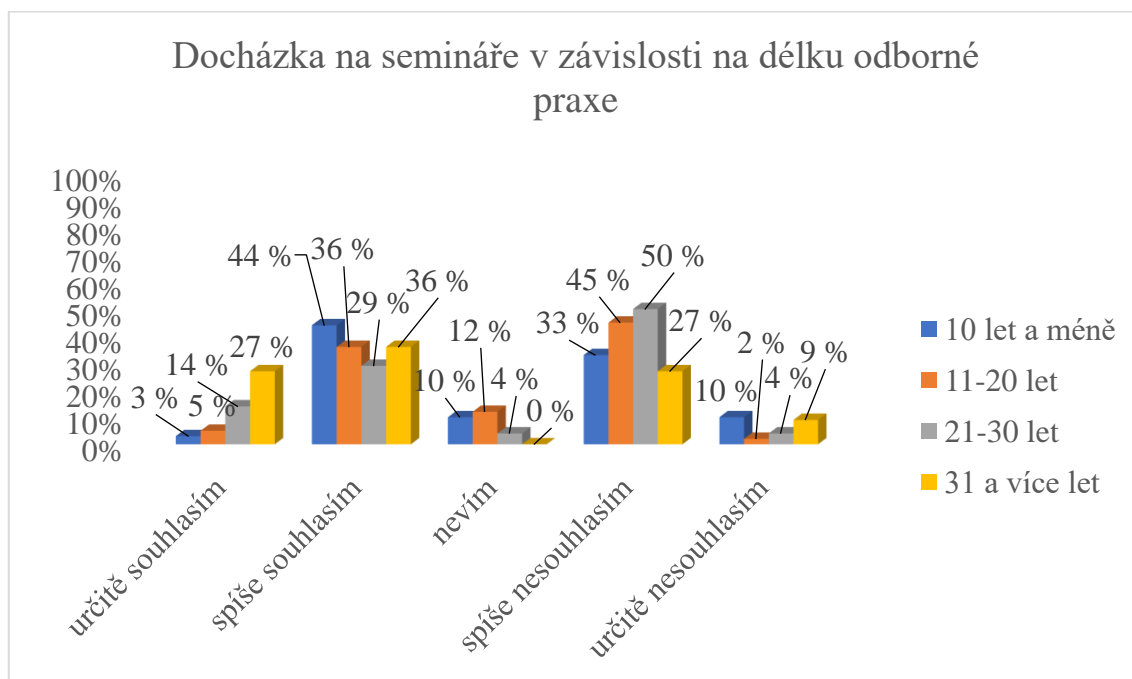
Pátou sledovanou hypotézu ověříme pomocí proměnné „praxe_int“ a otázkou č. 17 – „Docházíte pravidelně na semináře se zaměřením na nové metody a preparáty v léčbě?“. Testované hypotézy jsou ve tvaru:

H_0 : Pravidelná návštěva seminářů se zaměřením na nové metody nezáleží na délce praxe respondentů.

H_1 : Pravidelná návštěva seminářů se zaměřením na nové metody záleží na délce praxe respondentů.

Výslednou kontingenční tabulku vidíme v tabulce 28. Na základě provedeného testu, kdy testové kritérium vyšlo 16,061 a p-hodnota, která vyšla 0,188, byla vyšší než námi zvolená hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, testovanou hypotézu o stejné návštěvnosti seminářů podle délky praxe nezamítáme. Neprokázali jsme, že by pravidelná návštěva seminářů se zaměřením na nové metody záležela na délce praxe respondentů.

Graf 28: Docházka na semináře v závislosti na délce praxe



Tabulka 28 Kontingenční tabulka mezi délkou odborné praxe a pravidelnou docházkou na semináře zaměřené na nové metody a preparáty v léčbě ran

		praxe_int				celkem
		10 let a méně	11–20 let	21–30 let	31 a více let	
Docházíte pravidelně na semináře se zaměřením na nové metody a preparáty v léčbě ran?	určitě souhlasím	3 %	5 %	14 %	27 %	8 %
	spíše souhlasím	44 %	36 %	29 %	36 %	37 %
	nevím	10 %	12 %	4 %	0 %	8 %
	spíše nesouhlasím	33 %	45 %	50 %	27 %	41 %
	určitě nesouhlasím	10 %	2 %	4 %	9 %	6 %
celkem		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

G = 16,061, p-hodnota = 0,188

Zdroj: Vlastní výzkum, 2018

4.3 Kazuistiky

4.3.1 Kazuistika č. 1

paní A. Ž. 72 - letá pacientka přijata pro dušnost na interní oddělení

Hospitalizace od 18. 2. 2019 do 18. 3. 2019

Anamnéza:

FA: Euthyrox 75 mg tbl. 1-0-0

Betaloc 25 mg tbl. 1-0-0

Invega 6 mg tbl. 1-0-0

Baclofen 25 mg tbl. 1-1-1

Duphalac 667 mg/ml tbl. 0-0-10

Lazurex 15 mg 2-0-0

Ocuflash gtt. 1-1-1-1

Acidum foliculum 10 mg tbl. 1-0-0

Buprenorphine 52/5 mcg/h a 3 dny 0-1-0

Clexane 4000IU s.c. a 24 hodin 0-0-1

NaCl 0,9 % 100 ml + 10 ml Kcl 7,45 % + 1 amp Degan 10 mg i.v. 1-1-1

Furosemid 20 mg i.v. 1-0-0

Plasmalyte i.v.

AA: prach

RA: otec + 46 let CMP, matka + 45 let Ca dělohy

Abusus: nekuřačka, alkohol t.č. nepije

GA: nechodí na kontroly

PA: neznámá

SA: t.č. hospitalizace v psychiatrické léčebně Kosmonosy, dříve LDN Lomnice nad Popelkou

Funkční stav: ležící

Objektivní nález:

TK: 100/75

TF 120/min

SpO₂ 96 % bez O₂

TT: 36,8 °C

výška: nelze

hmotnost: nelze

BMI: nelze

stav výživy: pacientka je krmena, jí velmi málo ¼ porce, občas ½ porce/ sipping cubitan

dieta: 9M

Dg.: pacientka přijata pro dušnost

Dg. souhrn:

- nozokomiální pneumonie vlevo
- hypokalémie na substituci, hypernatrémie
- dekubity IV. Stupně v oblasti sakra a levé paty
- anémie makrocytární
- rekurentní močové infekce
- schizoafektivní porucha smíšeného typu
- arteriální hypertenze
- diabetes mellitus 2. typu na PAD
- hypotyreosa

- ischemická choroba srdeční
- stav po operaci hemoroidů

Při příjmu pacientky na oddělení zjištěn dekubit IV. stupně na sacru o velikosti 10x8 cm

Celkový stav kůže: suchá

Obecné faktory prodlužující hojení: imobilita

Antidekubitní pomůcky: antidekubitní matrace, antidekubitní pomůcky, pacientka polohována a 2 hod. s noční pauzou, v lůžku pasivní.

Snímek ze dne 18. 2. 2018



Foto: autor, 2019

Vzhled defektu: sakrum – 10x8 cm-nekrotická tkáň, místy granulace, hnisavá sekrece, okraje neohraničené

Ošetření: oplach (Aqvitox), mastný tyl (Lomatuell h), sterilní krytí, sekundární krytí

Snímek ze dne 28. 2. 2019



Foto: autor, 2019

Vzhled defektu: sakrum – 10x6 cm-nekrotická tkáň, místy granule, mírná hnisavá sekrece, okraje neohrazené, spodina klidná

Ošetření: oplach (Aqvitox), WoundEx, sterilní krytí, sekundární krytí

Snímek ze dne 18. 3. 2019



Foto: autor, 2019

Vzhled defektu: sakrum – 8x6 cm-bez nekrotické tkáně, mírná sekrece, granule, epitelizace

Ošetřeno: oplach (Aqvitox), Hemagel, mastný tyl (Lomatuell h), sterilní krytí, sekundární krytí

Tabulka 29: kazuistika č. 1

Akutní péče				
Dekubit IV. Stupně na sakru				
	Datum	Vzhled	Velikost	Použitý materiál
I.	18.2.19	nekrotická tkáň, místy granulace, hnisavá sekrece, okraje neohraničené	10x8 cm	Aqvitox, mastý tyl (Lomatuell h), sterilní krytí, sekundární krytí
II.	28.2.19	nekrotická tkáň, místy granulace, mírná hnisavá sekrece, okraje neohraničené, spodina klidná	10x6 cm	Aqvitox, WoudEx, mastný tyl (Lomatuell h), sterilní krytí, sekundární krytí
III.	18.3.19	bez nekrotické tkáně, mírná sekrece, granulace, epitelizace	8x6 cm	Aqvitox, Hemagel, mastný tyl (Lomatuell h), sterilní krytí, sekundární krytí

Zdroj: vlastní výzkum, 2019

4.3.2 Kazuistika č. 2

paní H. M. 86 - letá pacientka přivezena sanitou, přeložena z interního oddělení na léčebnu dlouhodobě nemocných

Hospitalizace od 1. 8. 2018 do datum neznámé

Anamnéza:

FA: Agen 5 mg tbl. 1-0-0

Euthyrox 100 mg tbl. 1,5-0-0

AA: Biseptol

RA: nevýznamná

Abusus: exkuřačka

GA: nechodí na kontroly

PA: starobní důchodce, dříve pracovala na pile

SA: žije se synem

Funkční stav: ležící

Objektivní nález:

TK 165/90

TF 90/min

SpO2 94 % bez O2

TT: 36,9 °C

výška: 159 cm

hmotnost: 65 kg

BMI: 25,71

stav výživy: dobrý, pacientka jí celé porce/ sipping cubitan

dieta: 3M

Dg.: pacientka přijata pro bolesti na hrudi (Akutní infarkt myokardu)

Dg souhrn:

- Akutní koronární syndrom – NSTEMI laterálně
- urosepse – Escherichia Coli
- Akutní bronchitida
- Infekce močových cest
- Dušnost a bolesti na hrudi
- Adenom L nadledviny
- Arteriální hypertenze
- Hypothyreóza v substituci
- Porucha glukózové tolerance – nalačno vyšší glykémie
- Polytopní vertebrogenní algický syndrom při denegerativních změnách + psych.

Nadstavba

- osteoporóza
- Gonartróza bil., artrza drobných ručních kloubů
- Halluxy valgy výraznější levý, kladívkové prsty, porušená klenba nožní
- Pankreatopatie, gastropatie
- Stp. Appendektomii, cholecystektomii
- anxiózně-depresivní syndrom
- dyslipidemie
- hypacusis
- hypermetropie, presbyopie

Pacientka upadla 2. 6. 2018 – zlomenina krčku kosti stehenní (subcapitální fraktura krčku pravého femuru s dislokací do zkrácení o 40 mm)

Po pádu pacientka plně ležící, komplexní ošetrovatelská péče, AD péče.

Celkový stav kůže: Suchá

Obecné faktory prodlužující hojení: Imobilita

Antidekubitní pomůcky: antidekubitní matrace, antidekubitní pomůcky

Odmítala polohování, stále se stáčela na záda

Snímek ze dne 1. 8. 2018



Foto: autor, 2018

Vzhled defektu: Levá hýždě – 11x5 cm – rozsáhlá nekrotická tkáň, žlutý exsudát, mírný zápach, okraje klidné

Pravá hýždě – 11,5x5 cm – spodina čistá, bez sekrece, okolí klidné

Ošetřeno: Betadine sol., Flamigel ung., sterilní krytí, sekundární krytí

Snímek ze dne 6. 9. 2018



Foto: autor, 2018

Vzhled defektu: Levá hýždě – 7x4 cm – žlutý exudát, mírný zápach, okraje klidné

Pravá hýždě – 5x3 cm a 3x1 cm spodina čistá, bez sekrece,

Ošetřeno: Betadine sol., Flamigel ung., sterilní krytí, sterilní krytí

Snímek ze dne 2. 10. 2018



Foto: autor, 2018

Vzhled defektu: Levá hýždě – 4x4 cm – hnisavá sekrece, mírný zápach, místy nekrotická tkáň

Pravá hýždě – 3x3 cm – hnisavá sekrece, mírný zápach, místy nekrotická tkáň

Ošetřeno: Betadine sol., Flamigel ung., sterilní krytí, sekundární krytí

Tabulka 30: kazuistika č. 2

Následná péče				
Dekubit IV. Stupně na obou hýždích				
	Datum	Vzhled	Velikost	Použitý materiál
.I	1.8.18	Levá hýždě – rozsáhlá nekrotická tkáň, žlutý exudát, mírný zápach, okraje klidné Pravá hýždě – spodina čistá, bez sekrece, okolí klidné	Levá hýždě – 11x5 cm, Pravá hýždě – 11,5x5 cm	Betadine sol., Flammigel ung., sterilní krytí, sekundární krytí
II.	6.9.18	Levá hýždě – žlutý exudát, mírný zápach, okraje klidné Pravá hýždě – spodina čistá, bez sekrece	Levá hýždě – 7x4 cm Pravá hýždě – 5x3 cm, 3x1 cm	Betadine sol., Flammigel ung., sterilní krytí, sekundární krytí
III.	2.10.18	Levá hýždě – hnisavá sekrece, mírný zápach, místy nekrotická tkáň Pravá hýždě – hnisavá sekrece, mírný zápach, místy nekrotická tkáň	Levá hýždě – 4x4 cm Pravá hýždě – 3x3 cm	Betadine sol., Flammigel ung., sterilní krytí, sekundární krytí

Zdroj: vlastní výzkum, 2018

Závěr kazuistik:

V tabulkách 29 a 30 můžeme vidět stručný souhrn obou kazuistik. V první kazuistice je popisován dekubit IV. stupně, který byl zjištěn při příjmu pacientky na oddělení akutních lůžek. Vzhled viz kazuistika č. 1-ošetřeno oplachem Aqvitox, mastným tylem, přiloženo sterilní krytí a sekundární krytí. Takto byl dekubit ošetřován do 19. 2. 2019, poté byl na dekubit přiložen WoundEx. Další snímek byl pořízen 28.2. 2019, z fotografie je zjevné, že došlo k vyčištění rány. Dále byl do dekubitu aplikován Hemagel, převazy byly dělány každý den a pacientka byla polohována po 2 hodinách s noční pauzou. Celková léčba dekubitu do posledního snímku a zároveň přeložení pacientky na léčebnu dlouhodobě nemocných byla jeden měsíc. Defekt je viditelně čistší a zmenšený.

V případě druhé kazuistiky jde o pacientku hospitalizovanou v léčebně dlouhodobě nemocných. Dekubity na hýždích měla, již při příjmu na oddělení, vzhled defektů viz podrobná kazuistika č. 2. První ošetření bylo 1. 8. 2018, rány byly vyfotografovány a ošetřeny Betadine sol., Flamigel ung. a překryty sterilním a sekundárním krytím. Následující snímek je ze dne 6. 9. 2018, ošetření bylo doposud stejné jako předešlé dny a nadále se v něm pokračovalo až do nadcházejícího snímku, který byl pořízen 2. 10. 2018. Jak je zřejmé ze snímku z tohoto dne, rána je čistší a menší.

Jak je zřejmé z fotografií obou kazuistik došlo k poměrně značnému a viditelnému zlepšení, avšak v rozlišném časovém úseku. V prvním případě došlo ke změně během pouhého jednoho měsíce, kdež to v druhém případě trvala léčba 3 měsíce a vzhled defektů je velmi podobný. Z toho lze usuzovat, že na akutních lůžkách je léčba efektivnější a rychlejší, lze se domnívat, že je tomu tak z dostatku moderních materiálů, které jsou v tomto případě dostupnější v případě první kazuistiky, a to na akutních lůžkách, kde byly preparáty a převazové materiály během léčby obměňovány.

4.4 Výsledky doplňujícího rozhovoru s managementem jednotlivých oddělení

Ke kvalitativnímu rozhovoru byly sestaveny 2 výzkumné otázky, zajímalo nás, v čem se liší léčba ran na lůžkách akutní a následné péče a jaká finanční náročnost spadá na jednotlivá oddělení nemocnic Královehradeckého kraje. Ptali jsme se na obsazenost lůžek, průměrný počet provedených převazů, jednotlivé užívané preparáty k léčbě ran a jejich ceny.

V následujících tabulkách jsou uvedeny užívané preparáty a převazové materiály na jednotlivých odděleních, ceny za kus, počet užitých kusů za 3 měsíce a celkové částky za jednotlivé materiály a celková částka vynaložená k léčbě ran na jedno oddělení v období 3 měsíců. Všechny uvedené částky jsou v průměru, jelikož nebylo možné určit přesný počet provedených převazů na jednotlivých odděleních.

Odpovědi na otázky z anesteziologicko-resuscitačního oddělení:

8 lůžek

336 převazů za 3 měsíce/ 4 za den

Viz tabulka

Viz tabulka

Viz tabulka

Tabulka 31: Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Anesteziologicko-resuscitační oddělení			
Prostředky/ převazový materiál	cena za kus/balení	počet kusů	cena
Suchý převaz (1x anatomická pinzeta, 3x stáčený tampón 20x20 cm, 3x gázová komprese 7,5 cm x 7,5 cm)	17,00 Kč	55	935,00 Kč
Sterilní čtverec 10x10 cm	2,00 Kč	700	1 400,00 Kč
Sterilní čtverec 10x20 cm	4,00 Kč	700	2 800,00 Kč
Grassolind 7,5x10 cm	36,00 Kč	30	1 080,00 Kč
Inadine 9,5x9,5 cm	38,00 Kč	125	4 750,00 Kč
Aqvitox 5 l	1 352,00 Kč	1	1 352,00 Kč
Hemagel	797,00 Kč	4	3 188,00 Kč
Allevyn Life 10,3x10,3 cm	72,00 Kč	20	1 440,00 Kč
Allevyn Life 12,9x12,9 cm	106,00 Kč	20	2 120,00 Kč
Náplast Cosmopor E 10x8 cm	3,00 Kč	125	375,00 Kč
Omnisilk 2,5x5 cm	15,00 Kč	40	600,00 Kč
Chlorhexidine barevný	132,00 Kč	5	660,00 Kč
Kompres absorbční 15x25 cm	14,00 Kč	20	288,00 Kč
Celkem			20 988,00 Kč

Odpovědi na otázky z interního oddělení:

24 lůžek/odd.

504 převazů za 3 měsíce/ 6 za den

Viz tabulka

Viz tabulka

Viz tabulka

Tabulka 32: Interní oddělení

Interní oddělení			
Prostředky/ převazový materiál	cena za kus	počet kusů	cena
Aqvitox5 I	1 352,00 Kč	1	1 352,00 Kč
Lomatuell h 10x20 cm	11,00 Kč	30	330,00 Kč
Lomatuell h 10x10 cm	6,00 Kč	150	900,00 Kč
Cosmopor 10x6 cm	3,00 Kč	75	225,00 Kč
Dermafólie	6,00 Kč	45	270,00 Kč
Sterilní čtverec 10x10 cm	2,00 Kč	600	1 200,00 Kč
Sterilní čtverec 10x20 cm	4,00 Kč	300	1 200,00 Kč
Obinadla 10 cm x 5 m	6,00 Kč	540	3 240,00 Kč
Micropore 1,25 cm x 9 m	7,00 Kč	12	84,00 Kč
Micropore 2,5 cm x 9 m	15,00 Kč	12	180,00 Kč
Omniplast 2,5 cm x 9 m	23,00 Kč	12	276,00 Kč
Hydrocol 20x20 cm	263,00 Kč	3	789,00 Kč
Haemagel 100 g	797,00 Kč	1	797,00 Kč
Braunovidon 100 g	116,00 Kč	2	232,00 Kč
Cutozink 10 %	168,00 Kč	5	840,00 Kč
Alfasilver spray	266,00 Kč	5	1 330,00 Kč
Celkem			13 245,00 Kč

Odpovědi na otázky z LDN:

30 lůžek

1092 převazů za 3 měsíce/ 13 za den

Viz tabulka

Viz tabulka

Viz tabulka

Tabulka 33: Léčebna dlouhodobě nemocných

Léčebna dlouhodobě ležících			
Prostředky/ převazový materiál	cena za kus	počet kusů	cena
Betadine ung 10 % 20 g	74,00 Kč	6	444,00 Kč
Obinadla 8 cm x 5 m	6,00 Kč	660	3 960,00 Kč
Cutozink 10 %	168,00 Kč	6	1 008,00 Kč
Omniplast 2,5 cm x 9 m	23,00 Kč	6	138,00 Kč
Micropore 1,25 cm x 9 m	7,00 Kč	20	140,00 Kč
Micropore 2,5 cm x 9 m	15,00 Kč	18	270,00 Kč
Aqvitox 5 l	1 352,00 Kč	3	4 056,00 Kč
Lomatuell h 10x10 cm	6,00 Kč	225	1 350,00 Kč
Lomatuell h 10x20 cm	11,00 Kč	60	660,00 Kč
Cosmopor 10x6 cm	3,00 Kč	150	450,00 Kč
Sterilní čtverec 10x10 cm	2,00 Kč	900	1 800,00 Kč
Sterilní čtverec 10x20 cm	4,00 Kč	450	1 800,00 Kč
Celkem			16 076,00 Kč

Odpovědi na otázky z chirurgického oddělení:

24 lůžek

840 převazů za 3 měsíce/ 10 za den

Viz tabulka

Viz tabulka

Viz tabulka

Tabulka 34: Chirurgické oddělení

Chirurgické oddělení			
Prostředky/ převazový materiál	cena za kus	počet kusů	cena
Aqvitox 5 l	1 352,00 Kč	3	4 056,00 Kč
Lomatuell h 10x10 cm	6,00 Kč	300	1 800,00 Kč
Lomatuell h 10x20 cm	11,00 Kč	250	2 750,00 Kč
Cosmopor 10x6 cm	3,00 Kč	350	1 050,00 Kč
Sterilní čtverec 10x10 cm	2,00 Kč	1200	2 400,00 Kč
Sterilní čtverec 10x20 cm	4,00 Kč	900	3 600,00 Kč
Micropore 1,25 cm x 9 m	7,00 Kč	24	168,00 Kč
Micropore 2,5 cm x 9 m	15,00 Kč	24	360,00 Kč
Omniplast 2,5 cm x 9 m	23,00 Kč	20	460,00 Kč
Hydrocol 20x20 cm	263,00 Kč	3	789,00 Kč
Haemagel 100 g	797,00 Kč	3	2 391,00 Kč
Braunovidon 100 g	116,00 Kč	9	1 044,00 Kč
Cutozink 10 %	168,00 Kč	3	504,00 Kč
Alfasilver spray	266,00 Kč	6	1 596,00 Kč
Phlegmoton 250 g	133,00 Kč	8	1 064,00 Kč
Melgisorb 10x10 cm 9 g	136,00 Kč	30	4 080,00 Kč
Braunol 500 ml	180,00 Kč	3	540,00 Kč
Novikov 80 g	86,00 Kč	15	1 290,00 Kč
Allevyn Life 10,3x10,3 cm	72,00 Kč	15	1 080,00 Kč
Allevyn Life 12,9x12,9 cm	106,00 Kč	15	1 590,00 Kč
Celkem			32 612,00 Kč

Závěr kvalitativního rozhovoru:

Kvalitativní rozhovor byl zvolen jako doplnění výzkumného šetření k ucelení výsledků výzkumu. Zaměřoval se na vedoucí pracovníky jednotlivých oddělení, přesněji na vrchní sestry z interního oddělení a zároveň jednotky intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitačního oddělení, chirurgického oddělení a oddělení následné péče. Zajímal se počet lůžek na jednotlivých odděleních, průměrný počet převazů za 3 měsíce, užívané preparáty a materiály k léčbě ran na jednotlivých odděleních, počet použitých převazových materiálů a léčebných preparátů a jednotlivých cen za kus. Z těchto dat byly vytvořeny tabulky z jednotlivých oddělení, kde jsou uvedeny užívané materiály, ceny za kus, průměrný počet použitých materiálů za 3 měsíce, celková částka za jednotlivé preparáty za 3 měsíce, a nakonec konečná částka, která je vynaložena na převazové materiály a preparáty k léčbě ran.

Jak můžeme vidět v tabulkách výše, nejvyšší částku na převazové materiály za 3 měsíce vynaloží chirurgické oddělení, to můžeme přisuzovat, vysokému počtu převazů, které jsou provedeny na tomto oddělení, zároveň užívají k léčbě ran nákladnější převazové materiály viz tabulka 34 chirurgické oddělení. Druhou nejvyšší částku můžeme vidět v tabulce 31 anesteziologicko-resuscitačního oddělení. To vynaloží částku 20 988,00 Kč na převazové materiály a preparáty k léčbě, což vyplývá opět z nákladnějších preparátů, které jsou užívány na tomto oddělení. Zároveň, ale nemají tolik lůžek jako například na chirurgickém oddělení, z toho můžeme usuzovat, že finanční náročnost léčby ran na anesteziologicko-resuscitačním oddělení je srovnatelná, ne-li vyšší než například na chirurgickém oddělení.

Dalším zkoumaným oddělením bylo oddělení následné péče, kde se celková částka za převazové materiály v období 3 měsíců vyšplhala v průměru na 16 076,00 Kč. Vzhledem k nejvyššímu počtu lůžek (30lůžek/odd.) a zároveň nejvyššímu počtu provedených převazů ran (1092), je tato částka v porovnání s ostatními odděleními velmi nízká, což může být přisuzováno, používáním především základních a levnějších převazových materiálů a léčebných preparátů, než je tomu například na chirurgickém oddělení.

Posledním oddělením zařazeným do výzkumného šetření bylo interní oddělení, kam spadá i jednotka intenzivní péče, proto vrchní sestra uvedla pouze interní oddělení, jelikož

průměrný počet provedených převazů a užitých materiálů je obdobný. Na interním oddělení za 3 měsíce vynaloží na preparáty k léčbě ran celkovou částku 13 245,00 Kč a provedou 504 převazů v období 3 měsíců na jednom oddělení. Jak můžeme vidět v tabulce interní oddělení, užívají obdobné převazové materiály jako na lůžkách následné péče, a i pravděpodobně proto je vynaložená částka nejnižší ze všech oddělení, vzhledem k nižším cenám jednotlivých preparátů.

5 DISKUZE

Diplomová práce se zaměřovala na porovnání managementu hojení ran v akutní a následné péči. Zaměřovala se na znalosti všeobecných sester o ranách, jejich léčbě a hojení. Na časovou a ekonomickou náročnost při hojení ran na odděleních akutní a následné péče a na vybavenost převazovými materiály jednotlivých oddělení. Teoretická část se také zaměřovala na dělení a typy ran, jejich léčbu a hojení, protože v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních se setkáváme s defekty různého charakteru velmi často, proto je vhodné znát jejich rozdělení a charakteristické rysy, jak uvádí Stryja (2016). Empirická část se zaměřuje na znalosti všeobecných sester, o ranách, jejich dělení, hojení a léčbě. Dále se zaměřuje na vybavenost jednotlivých oddělení převazovými materiály a preparáty k léčbě. Dále se zajímá o informovanost sester o moderních metodách léčby ran a docházkách na semináře a přednášky o těchto léčebných metodách. Především se, ale zajímá o rozdíly, které jsou v akutní a následné péči v péči o rány.

Výzkumné šetření probíhalo v nemocnicích Královehradeckého kraje na odděleních akutní péče, kam patřilo interní oddělení, chirurgické oddělení, jednotka intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitační oddělení a odděleních následné péče, kam patřila léčebna dlouhodobě nemocných. Průzkum byl realizován jednak formou dotazníkového šetření, tak formou pozorování a kvalitativního rozhovoru, tyto dvě formy byly zvoleny jako doplněk k ucelení výsledků výzkumu, viz podkapitola 4.3 a podkapitola 4.4. Jak už bylo uvedeno výše, dotazníky byly distribuovány na oddělení akutní a následné péče. Distribuováno bylo celkem 160 dotazníků a z toho bylo navraceno 120 dotazníků (75 %). Dotazníkový formulář (viz příloha č. 1) byl sestaven celkem z 21 otázek, které byly důležité k dosažení stanovených cílů a pro testování sestavených hypotéz. Pozorování bylo též realizováno na oddělení následné péče a na oddělení akutní péče, avšak pouze na vybraných odděleních, k porovnání efektivity léčby a užitých materiálů k léčbě v porovnávaných péčích. Kvalitativní rozhovor byl realizován na všech výše zmíněných odděleních akutní a následné péče, k tomuto výzkumnému šetření byly sestaveny dvě výzkumné otázky. Dotazovány byly vrchní sestry jednotlivých oddělení, výsledky doplňujícího výzkumného šetření rozhovoru jsou zaznamenány v podkapitole 4.4. Výzkumné dotazníkové šetření bylo rozděleno na několik částí, dle stanovených cílů.

První dotazníková otázka se zajímala o pohlaví respondentů viz tabulka 1, odpověď žena zvolilo 118 (98,3 %) respondentů a pouze 2 (1,7 %) možnost muž. Tento výsledek nebyl zase natolik překvapující, jelikož se stále jedná spíše o ženskou profesi.

Další dotazníková otázka se zaměřovala na věk respondentů, kde nejčastěji volenou odpovědí byla možnost 31-40 let, kterou zvolilo 50 (41,7 %). Ostatní možné odpovědi byly voleny méně viz tabulka 2. Nejméně volenou odpovědí v této otázce byla poslední možná odpověď a tou bylo 61-70 let, kterou zvolili pouze 3 (2,5 %) respondenti, tato odpověď se zdá logická, vzhledem k výšce věkového rozmezí, která se v České republice blíží k hranici důchodového věku. Hyráková (2013) naopak píše ve svém výzkumu, že všeobecné sestry z Krajské nemocnice Tomáše Bati nejčastěji volily možnost v rozmezí 21-29 let. Z těchto odpovědí můžeme usuzovat, že na vybraných odděleních akutní a následné péče pracují spíše mladší všeobecné sestry. Průměrný věk respondentů byl 38,9 let. Nejčastěji zastoupený věk respondentů byl 31 let. Nejmladšímu dotazovanému bylo 21 let a nejstaršímu 64 let.

Následující dotazníková otázka se zajímala o nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných viz tabulka 3. Nejvíce zastoupenou odpovědí byla možnost všeobecná sestra vystudovaná na střední zdravotnické škole, což se nám zdá logické vzhledem k předešlé otázce, kde všeobecné sestry nejčastěji volily odpověď 31-40 let, jelikož v té době mohli studenti/ky ukončit toto studium s maturitou a stát se sestrou pracující samostatně. Obdobné výsledky jsou popsány také v diplomové práci Dvořákové (2011), která uvádí, že možnost SZŠ zvolilo 104 (50,0 %) z celkového počtu 208 dotazovaných. V současné době ukončit studium s profesí všeobecná sestra na střední škole s maturitní zkouškou, již není možné, student/ka buďto musí pokračovat ve studiu nebo pracovat pod odborným dohledem. Nejméně volenou odpovědí byla možnost magisterské studium, kterou zvolili pouze 2 (1,7 %) dotazovaní. Nulové zastoupení v odpovědích našeho dotazníku v této otázce měla možnost SZŠ – zdravotnický asistent/praktická sestra a vysokoškolské vzdělání (PhDr./Ph.D.).

Po této otázce následovala otázka na délku odborné praxe na odděleních akutní a následné péče v nemocnicích Královehradeckého kraje (viz tabulka 4). V dotazníkovém šetření všeobecné sestry volily období v určitých časových rozmezích. První možnou odpovědí bylo rozmezí 1-3 roky, kterou zvolilo 12 (10 %) dotazovaných respondentů. Dále mohli zvolit odpověď 4-10 let, v tomto rozmezí délky odborné práce pracuje na odděleních

akutní a následné péče v nemocnicích Královehradeckého kraje 27 (22,5 %) všeobecných sester. Možnost 11-20 let odborné praxe zvolilo 42 (35,0 %) dotazovaných respondentů, což byla zároveň nejčastěji volená odpověď v této otázce. S obdobnými výsledky se potýká ve své práci také Zezulová (2017), kde respondenti nejčastěji volili délku odborné praxe, více než 10 let. Zbylé dvě možnosti 31-40 let zvolilo 9 (7,5 %) respondentů a možnost 41-50 let pouze 2 (1,7 %) dotazovaní. Respondenti v nemocnicích Královehradeckého kraje pracující v akutní a následné péči mají délku odborné praxe v průměru 16,2 let. Dokonce se v našem dotazníkové šetření můžeme setkat s respondenty, kteří jsou v odborné klinické praxi již 44 let. Což je velmi pozitivní zjištění vzhledem k současnému nedostatku všeobecných sester v nemocnicích a ostatních zdravotnických zařízeních.

Zajímali jsme se o konkrétní pracoviště jednotlivých respondentů (viz tabulka 5). Možnost LDN neboli léčebnu dlouhodobě nemocných zvolilo 43 (35,8 %) z celkového počtu 120 respondentů, tato možnost byla jako jediná z možností v této otázce zařazena do následné péče. Následující oddělení byla zařazena do péče akutní. Toto dělení bude více popsáno dále. Na interním oddělení pracuje 24 (20,0 %) dotazovaných. Dalším možným oddělením, které mohli respondenti zvolit bylo chirurgické oddělení, tuto možnost označilo 19 (15,8 %) dotazovaných. Na jednotce intenzivní péče pracuje 18 (15,0 %) z dotazovaných všeobecných sester. Poslední možnou odpovědí bylo anesteziologicko-resuscitační oddělení. Tato možnost byla zvolena 16 (13,3 %) respondenty.

Poslední otázkou, která se zabývala socio-demografickými faktory byla otázka na specializační vzdělání sester (viz tabulka 6). Většina 97 (80,8 %) ze 120 dotázaných respondentů uvedla, že žádné specializační vzdělání nemají. Ty všeobecné sestry, které uvedly, že specializační vzdělání mají, nejčastěji uváděli ARIP, 15 (12,5 %) respondentů. Dále byla uvedena geriatric, toto specializační vzdělání mají 4 (3,3 %) všeobecné sestry. Respondenti dále uváděli diabetologii, pomaturitní studium, kalmetizace a mentorka, všechny tyto možnosti byly uvedeny pouze 1 (0,8 %). Lze usuzovat, že specializační vzdělání mají především sestry pracující na jednotce intenzivní péče či anesteziologicko-resuscitačním oddělení, a to hlavně proto, že na těchto odděleních jsou tyto specializační vzdělávací programy často po všeobecných sestrách požadovány.

Hlavním cílem diplomové práce bylo porovnat rozdíly mezi hojením ran v akutní a následné péči, ale také zmapovat znalosti všeobecných sester o ranách, jejich hojení a léčbě v nemocnicích Královehradeckého kraje, zjistit znalosti všeobecných sester o nových a moderních metodách k léčbě ran a zjistit jejich zájem o vzdělávání v této oblasti nových moderních metod a porovnat vybavenost a časovou náročnost při hojení ran na jednotlivých odděleních akutní a následné péče. Výzkumné šetření bylo dle těchto stanovených cílů rozděleno na několik částí. První částí, základním rozdělením respondentů jsme se věnovali výše, následuje část, která se zajímá o znalosti všeobecných sester o ranách. Další část se zajímá, jaké možnosti mají všeobecné sestry k hojení ran. Čtvrtá část mapuje časovou náročnost při léčbě v hojení ran a poslední část dotazníku se zaměřila na celoživotní vzdělávání všeobecných sester. K hlavnímu cíli této diplomové práce bylo sestaveno sedm dílčích cílů, pět hypotéz a dvě výzkumné otázky.

Cílem č. 1: bylo zjistit, zda všeobecné sestry znají dělení a typy ran. Zajímali nás znalosti všeobecných sester pracujících v nemocnicích Královehradeckého kraje v akutní a následné péči, přesněji pak všeobecných sester z oddělení následné péče, chirurgického a interního oddělení, jednotky intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačního oddělení. K tomuto cíli se vztahují dotazníkové otázky č. 9 a č. 10 z dotazníku viz příloha č. 1, které zjišťují znalosti všeobecných sester o ranách a jejich léčbě a hojení. Otázka č. 9 se zaměřovala na chronickou ránu, zda respondenti znají správné znění definice chronické rána. Správnou odpověď zvolilo 73 (60,8 %) respondentů viz tabulka 7, tento výsledek nás velmi nepotěšil, jelikož se všeobecné sestry dle výsledků výzkumu ve své praxi shledávají s chronickými ranami velmi často. V otázce č. 10 měli dotazovaní zvolit správnou odpověď na otázku: Víte, jak jdou jednotlivé fáze hojení po sobě, resp. kterou hojení začíná, pokračuje a končí? V tomto případě byli respondenti úspěšnější, správnou odpověď zvolilo 103 (85,8 %) respondentů ze 120 dotazovaných. Když se podíváme například do práce Zezulové (2017), zjistíme, že respondenti v tomto případě ve znalostech o ranách byli o něco úspěšnější. V případě otázky, z jejího dotazníkového šetření, která se týkala definice chronických ran, označilo správnou odpověď 46 (82,1 %) z celkových 56 oslovených respondentů. Myslíme si, že v této oblasti by se respondenti měli dále vzdělávat, protože vzhledem k narůstající věkové hranice úmrtnosti obyvatelstva je stále více pacientů, kteří zůstávají upoutáni na lůžko a potřebují odbornou ošetrovatelskou péči vzhledem k polymorbiditě, a s tím často spojené imobilitě. Je u nich

tím pádem vyšší riziko vzniku dekubitální léze, která velmi často přechází do chronicity, jak uvádí Kouřilová (2011) a je tedy důležité, aby měli všeobecné sestry o ranách a jejich léčbě dostatečné znalosti.

Cílem č. 2: bylo zmapovat možnosti všeobecných sester k hojení ran. První otázka (otázka č. 7) k tomuto cíli nejprve zjišťovala, zda respondenti znají správnou odpověď na otázku o vhodné léčbě bércových vředů viz tabulka 9. Správnou odpověď, tedy je vhodné aplikovat vlhké krytí, které zajistí ochranu před infekcí a ideální vlhké prostředí pro úspěšné hojení v kombinaci s kompresní léčbou, zvolilo 98 (81,7 %) respondentů. V této znalostní otázce si respondenti vedli vcelku dobře, i přesto si myslíme, že by počet respondentů, kteří uvedli správnou odpověď mohl být vyšší. Další otázka k tomuto cíli zjišťovala, se kterými ranami se všeobecné sestry na svých odděleních nejčastěji setkávají viz tabulka 10. Nejčastěji uváděnými byly dekubitální léze a rány způsobené komplikací diabetu mellitu, tyto výsledky nás vůbec nepřekvapili. Podobné zjištění zaznamenala ve výsledcích svého výzkumného šetření také Krejsková (2013), která se ve své práci však zabývala pouze chronickými ranami. Naopak nás utvrdily v už dříve řečeném a to, že se všeobecné sestry na svých odděleních s těmito ranami setkávají velmi často. Možnost dekubity a rány způsobeny diabetem mellitem uvedlo 101 (84,2 %) respondentů. Další otázkou, která se vztahovala k tomuto cíli, byla otázka č. 11. Tato otázka se respondentů ptala, jaké užívají preparáty k léčbě ran. Respondenti mohli uvést míru používání jednotlivých preparátů uvedených v dotazníkové položce č. 11., kde číslo 1 znamenalo „nikdy nepoužívané a naopak číslo 5 znamenalo „vždy používané“. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce 11, kde můžeme vidět, že většina respondentů nejčastěji používá desinfekci rány a pokožky, tuto možnost, jako vždy využívanou zvolilo 111 (92,5 %) respondentů. Velmi používanými jsou dále také ochranné krémy a pasty (př. Višněvského balzám), tyto preparáty užívá vždy 39 (32,5 %) respondentů z celkového počtu oslovených. Naopak jako nejméně používané preparáty k léčbě ran, respondenti udávají hydropolymerové či hydrokoloidní preparáty, tuto možnost označilo 69 (57,5 %) respondentů, jako nikdy nepoužívanou. Tato otázka je probírána dále také v souvislosti s cílem číslo pět kde se přímo zajímáme, jaké preparáty a převazové materiály jsou dostupné v nemocnicích Královehradeckého kraje. Další otázkou vztahující se k možnostem sester k hojení ran byla dotazníková položka č. 12. Zde nás zajímalo, zda všeobecné sestry považují materiální vybavenost k léčbě ran na jejich oddělení, jako dostačující. V tabulce 12 můžeme vidět, že s tímto tvrzením 44 (36,7 %)

dotazovaných všeobecných sester spíše nesouhlasí. Možnost, určitě souhlasím s dostatečnou vybaveností našeho oddělení převazovými materiály a preparáty k léčbě ran, zvolilo pouze 9 (7,5 %) ze všech oslovených respondentů. Tato otázka bude dále probírána v porovnání rozdílů akutní a následné péče, kde zjišťujeme, zda existují významné rozdíly v různých typech péče. V souvislosti s mapováním možností všeobecných sester k hojení a léčbě ran jsme se také v otázce č. 14, respondentů ptali, zda mají na svém oddělení či alespoň v nemocnici specializovaného pracovníka, který dohlíží na průběh a vhodnost léčby ran. Tyto výsledky nás velice potěšili, protože jak můžeme vidět v tabulce 13 (disponování pracovníkem), zvolilo 90 (75,0 %) respondentů možnost ano, 17 (14,2 %) uvedlo, že neví, zda v nemocnici či na oddělení takového pracovníka mají a pouze 13 (10,8 %), zvolilo možnost ne.

Cílem č. 3: bylo porovnat rozdíly mezi hojením ran v akutní a následné péči. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza č. 1, která ověřovala, zda se časová náročnost v hojení ran v akutní a následné péči neliší. Zajímalo nás, kolik respondenti průměrně stráví během směny času u převazů v akutní péči a kolik v následné péči. Předpokládali jsme, že čas strávený u převazů v akutní a následné péči se lišit nebude. Výsledná data jsou zaznamenána v kontingenční tabulce 23, kde můžeme vidět, že existují rozdíly v době strávené u pacienta v různých typech péče. Tato hypotéza tedy byla zamítnuta, protože jsme prokázali, že existují rozdíly v době, kterou všeobecné sestry stráví u převazů v akutní a následné péči. V tabulce 23 můžeme vidět, že respondenti pracující v následné péči stráví u převazů během směny v průměru více času, 12 % z nich uvedlo, že během směny stráví u převazů i 21 a více minut, kdežto z akutní péče tuto možnost nezvolil nikdo. Tuto skutečnost můžeme přisuzovat nejvyššímu počtu lůžek na oddělení, které uvedla vrchní sestra následné péče (viz tabulka 33) a uvedenému počtu provedených převazů během 3 měsíců, protože jak můžeme vidět v odpovědích na otázky, které uvedla vrchní sestra léčebny dlouhodobě nemocných, počet provedených převazů je na oddělení následné péče ze všech dotazovaných oddělení nejvyšší.

Dále se k tomuto cíli vztahovala hypotéza č. 2, která porovnávala četnost převazů v akutní a následné péči viz tabulka 24, s tím, že neexistují/ existují rozdíly v počtu provedených převazů ran během směny v různých typech péče. Ověření hypotézy bylo realizováno na základě získaných dat z provedeného dotazníkového šetření a statisticky zpracováno. Testovaná hypotéza tvrdila, že na lůžkách následné péče všeobecné sestry neprovedou více převazů nežli všeobecné sestry na lůžkách akutních. V tabulce 24 můžeme vidět,

že všeobecné sestry v akutní péči provedou častěji menší počet převazů, 31 (40 %) respondentů z akutní péče zvolilo možnost méně než pět převazů a 36 (47 %) respondentů možnost 5 až 10 převazů, zatímco v následné péči provede 5 až 10 převazů 51 % respondentů a zbylých 49 % respondentů uvedlo možnost s počte převazů 11 až 20. Na základě provedeného testu, kdy nám kritérium vyšlo 35,417 a p-hodnota, která nám vyšla 0,000 a byla nižší než námi zvolená hladina významnosti. Tím pádem tuto testovanou hypotézu o stejném průměrném počtu převazů ran v různých typech péče zamítáme. Prokázali jsme, že existují rozdíly v počtu provedených převazů během směny v akutní a následné péči.

Třetí sledovanou hypotézou k tomuto cíli byla hypotéza č. 3, kde jsme zjišťovali, zda respondenti v akutní péči a následné péči rozdílně hodnotí vybavenost jejich oddělení, resp. zda existují významné rozdíly ve vybavenosti převazovými materiály a preparáty v různých typech péče. Námi stanovená hypotéza tvrdila, že neexistují rozdíly ve vybavenosti převazovými materiály a preparáty k léčbě ran. Výslednou kontingenční tabulku vidíme v tabulce 25. Testové kritérium na základě provedeného testu nám vyšlo 6,593 a p-hodnota, která nám vyšla 0,159, byla vyšší než námi zvolená hladina významnosti, a proto testovanou hypotézu o stejném hodnocení vybavenosti převazových materiálů a preparátů k léčbě ran, nezamítáme. Jelikož jsme neprokázali, že by respondenti pracující v akutní a následné péči hodnotili vybavenost jejich oddělení rozdílně. Tato skutečnost nás překvapila, vzhledem k výsledkům uvedeným v tabulkách z rozhovorů (viz podkapitola 4.4), kde nám vrchní sestry uvedly používané preparáty na jednotlivých odděleních, které se v některých položkách velmi liší a zdá se, že některá oddělení jsou vybavena dostatkem vhodných a kvalitních preparátů k léčbě ran a defektů, ale i přesto většina všeobecných sester hodnotí vybavenost jako nedostačující. Zároveň jsou, ale některá oddělení vybavena převážně základními a levnějšími preparáty k léčbě ran, o tom vypovídají i výsledky našeho výzkumu, kde 47 % respondentů z následné péče zvolilo možnost spíše nesouhlasím a 12 % dokonce možnost určitě nesouhlasím, v tomto případě nás volené odpovědi respondentů z následné péče tolik nepřekvapili. Jak můžeme vidět v tabulce preparátů z oddělení léčebny dlouhodobě nemocných, používají převážně základní převazové materiály a preparáty k léčbě ran, což se odráží také v celkové částce, kterou vynaloží na ošetřování ran viz tabulka 33 a vysokému počtu převazů.

K tomuto cíli se také váže provedené pozorování, kde jsou popsány a porovnány kazuistiky z následné a akutní péče (viz podkapitola 4.3).

Cílem č. 4: Zmapovat znalosti všeobecných sester o materiálech k hojení ran. K tomuto cíli se vážala hypotéza č. 4 a hypotéza č. 5. Hypotéza č. 4 tvrdí, že neexistují rozdíly v přijímání nových metod a preparátů k léčbě ran vzhledem k délce odborné praxe. K tomu se vážala otázka z dotazníkového šetření č. 21, kde se respondentů ptáme, zda souhlasí s tvrzením, že při používání moderních metod a preparátů lze urychlit proces hojení. Výsledky otázky č. 21 jsou zaznamenány v tabulce 20, kde 51 (42,5 %) respondentů uvedlo, že určitě souhlasí a 53 (44,2 %) dotazovaných uvedlo, že spíše souhlasí. A však ve výsledné kontingenční tabulce 27, kde se zaměřujeme na souhlas respondentů s efektivnější léčbou a rychlejším hojení ran za pomoci moderních převazových metod a porovnááme ho vzhledem k délce praxe, kdy se domníváme, že většina respondentů bude s tímto tvrzením souhlasit a nebude záležet na délce praxe, jasně vidíme, že tomu tak není. Žádný z dotazovaných respondentů s odbornou klinickou praxí 10 let a méně neuvedl nesouhlas s tímto tvrzením, zatímco respondenti s délkou praxe 21-30 let tuto možnost volilo v 11 %. Z tohoto důvodu naši hypotézu zamítáme, jelikož na základě provedeného testu, vyšlo testové kritérium 21,576 a p-hodnota vyšla nižší než námi zvolená hladina významnosti. Prokázali jsme, že existují rozdíly v přijímání nových metod vzhledem k délce odborné praxe. Oslovení respondenti s kratší délkou odborné praxe, s tímto tvrzením častěji souhlasí.

Hypotéza č. 5 zkoumala, zda se liší ochota docházet na semináře se zaměřením na nové metody a preparáty k léčbě ran na délce odborné praxe. V dotazníkovém šetření se v otázce č. 17, ptáme respondentů, zda pravidelně dochází na semináře zaměřené na nové metody a preparáty v léčbě ran. 49 (40,8 %) ze všech dotazovaných respondentů uvedlo možnost spíše nesouhlasím, což může být způsobeno nedostatkem času či nezájmem se v této oblasti dále vzdělávat, ale i nedostatkem seminářů či workshopů v okolí jejich zaměstnání. To už je, ale předmětem dalšího zkoumání, kterým jsme se v této práci dále nezabývali, a proto můžeme o důvodech pouze spekulovat. U této hypotézy jsme nepředpokládali, že by respondenti s kratší délkou odborné praxe docházeli na semináře pravidelněji. Porovnání docházky na semináře vzhledem k délce praxe viz tabulka 28. V této kontingenční tabulce můžeme vidět, že v tomto případě na délce klinické praxe opravdu nezáleží.

Na základě provedeného testu, kdy nám testové kritérium vyšlo 16,061 a p-hodnota, která vyšla 0,188 a tím pádem byla vyšší než námi zvolená hladina významnosti, tuto hypotézu nezamítáme. V tomto případě jsme neprokázali, že by pravidelná docházka

záležela na odborné délce klinické praxe respondentů.

Cílem č. 5: bylo zjistit jaké materiály pro ošetřování ran jsou dostupné na odděleních nemocnic Královehradeckého kraje. Dále nás zajímalo, zda mají na jednotlivých odděleních pracovníka, který se zabývá ošetřováním ran a zda využívají moderní metody k ošetřování a léčení ran. K tomuto cíli se stahovali otázky z dotazníkové formuláře (viz příloha č. 1) č. 11, č. 12, č. 15, č. 16. Ptali jsme se respondentů, které preparáty k léčbě ran využívají viz tabulka 11. Jako nejčastěji používaný preparát zvolilo 111 (92,5 %) dezinfekci na rány a kůži. Naopak jako nejméně používaný preparát k ošetřování a léčbě ran zvolili hydropolymerové či hydrokoloidní preparáty (př. Tielle), v tomto případě spíše volila většina dotazovaných nikdy nepoužíváme. Četnost užívání preparátů hodnotili respondenti na stupnici od jedné do pěti, kdy jednička znamenala nikdy nepoužíváme a pět, vždy používáme. Hyráková (2013) se ve své práci, též ptala respondentů, které preparáty nejčastěji používají, zaměřila se však pouze na léčbu chronických ran a jako nejčastěji používané respondenti volili Inadine z nabízených možností. Další otázka k tomuto cíli se respondentů ptala, zda se domnívají, že je na jejich oddělení dostatečné množství preparátů a převazových materiálů k léčbě a ošetřování ran. Nejvíce respondentů uvedlo možnost spíše nesouhlasím, tuto možnost zvolilo 44 (36,7 %) a určitě nesouhlasím uvedlo 9 (7,5 %). V součtu uvedlo 53 (44,2 %) alespoň částečný nesouhlas. Za to odpověď určitě souhlasím uvedlo pouze 9 (7,5 %) respondentů. Někteří respondenti 23 (19,2 %) se u této otázky nemohlo rozhodnout. Otázka č. 15 a č. 16 se věnovala modernějším způsobům léčby. Ptali jsme se zde, zda respondenti na svých odděleních využívají léčbu pomocí larvoterapii viz tabulka 15, možnost ano uvedlo pouze 9 (7,5 %) a léčbu pomocí V.A.C systému viz tabulka 14 pouze 21 (17,5 %), tento výsledek nás mrzí, jelikož o pozitivěch léčby se velmi hovoří a píše o ni např. i Stryja (2016). Mnohem pozitivnějších výsledků v používání moderní metody V.A.C. systému dosáhla ve své diplomové práci Dvořáková (2011), kdy se respondentů ptala, zda tuto metodu používají na svých odděleních, více než polovina z nich uvedla, že ano a to 105 (50,5 %) z celkového počtu 208 respondentů. K otázce dostupnosti materiálů v nemocnicích Královehradeckého kraje se dále vztahuje první námi sestavená výzkumná otázka, kde jsme se zajímali v čem se liší léčba ran na akutních a následných lůžkách. Zajímali nás počty provedených převazů ran za 3 měsíce, průměrná obsazenost lůžek, jednotlivé preparáty užívané na lůžkách akutní a následné péče. Podle nás je nejlépe vybaveno oddělení anesteziologicko-resuscitační, kde užívají modernější převazové materiály,

dalším velmi dobře vybaveným oddělením moderními převazovými materiály je chirurgické oddělení, zde je také provedeno více převazů než například na interním oddělení, což nám přijde logické, protože se jedná o oddělení s vysokým počtem provedených operací a s tím spojených akutních ran. Jak je vidět v tabulce (viz tabulka 34), chirurgické oddělení za 3 měsíce v průměru vynaloží na léčbu ran nejvyšší částku ze všech zmiňovaných oddělení. Nejhůře vybavené je podle nás oddělení následné péče, kde používají spíše základnější převazové materiály a preparáty k léčbě ran (viz tabulka 33). Odpovědi na jednotlivé otázky jsou zaznamenány v podkapitole 4.4, některé z nich jsou zaznamenány v tabulkách.

Cílem č. 6: bylo porovnat ekonomickou a časovou náročnost při hojení ran na odděleních akutní a následné péče. V tomto cíli jsme se zaměřili na mapování časové náročnosti při léčbě a hojení ran. První otázka, kterou jsme k tomuto cíli zařadili bylo, zda je ošetřování ran závislé na indikaci lékaře. Odpovědi respondentů jsou uvedeny v tabulce 16. Nejčastěji volenou odpovědí bylo občas, tuto odpověď zvolilo 52 (43,3 %) respondentů. Ošetřování ran vždy dle indikace lékaře uvedlo 45 (37,5 %) dotazovaných a svévolně, dle vlastního uvážení, provádí 8 (6,7 %) všeobecných sester. Dále nás v souvislosti s tímto cílem zajímala vytíženost jednotlivých oddělení, kolik mají na jednotlivých odděleních v průměru obsazených lůžek viz tabulka 17. U této otázky respondenti nejčastěji udávali možnost 21-30 lůžek, tato varianta byla zvolena 34 (28,3 %) respondenty. Druhou nejčastěji volenou možností byla varianta 4-10 lůžek, vzhledem k odpovědím vrchních sester viz podkapitola 4.4 z JIP a ARO usuzujeme, že tyto možnosti volily převážně všeobecné sestry pracující na těchto odděleních. Následující otázka vztahující se k tomuto cíli byla položka z dotazníkového formuláře č. 19, která se zaměřovala na délku času strávenou u převazů během směny. Tady měli respondenti uvést kolik času průměrně stráví u převazů během své směny, většina z nich 79 (65,8 %) zvolila druhou možnou variantu a tou bylo rozmezí 5-10 minut, tato odpověď se nám zdá zajímavá, vzhledem k tomu, kolik uváděli průměrně převazů během své směny viz tabulka 19, která také souvisí s tímto cílem. Zde totiž uváděli nejčastěji možnost 5-10 převazů provedených během směny, zvolilo 58 (48,3 %) respondentů, to by znamenalo, že u jednoho převazů stráví přibližně jednu minutu, což se nám zdá málo pravděpodobné. Pouze 2 (1,7 %) respondenti uvedli, že provedou během směny v průměru 21 a více převazů, i toto zjištění nás velice překvapilo vzhledem k průměrné obsazenosti lůžek viz tabulka 17 a uvedeným počtem lůžek na jednotlivých odděleních, které nám uvedly vrchní sestry v rozhovorech.

K tomuto cíli se dále vztahovala výzkumná číslo dvě, kde se zajímáme o finanční zátěž jejich oddělení. Ptali jsme se vrchní sester na finanční zátěž jejich oddělení. Zajímali nás ceny jednotlivých preparátů a celková částka, kterou vynaloží na léčbu ran na jednom oddělení za 3 měsíce. Jak můžeme vidět v tabulce 34, chirurgické oddělení vynaloží na léčbu ran nejvyšší částku, která činí 32 612,00 Kč za 3 měsíce. Naopak nejmenší náklady na léčbu ran má interní oddělení, hned za ním je s částkou 16 076,00 Kč léčebna dlouhodobě nemocných, i přesto, že provedou za 3 měsíce nejvíce převazů ze všech porovnávaných oddělení. Tuto skutečnost přisuzujeme hlavně druhům užitých materiálů, které patří k těm levnějším, když je porovnáme s ostatními materiály, které používají na odděleních akutní péče.

V diskuzi je zřejmé, že v oblasti akutní a následné péče jsou drobné rozdíly v léčení a hojení ran, avšak nemyslíme si, že by byli nějak zvlášť veliké. Největší rozdíl je asi v počtu provedených převazů během směny, kdy jsme mohli vidět, že všeobecné sestry provedou více převazů a v průměru stráví u pacienta s ranou více času než sestry z následné péče. Dále je zřejmé, že všeobecné sestry mají drobné nedostatky v některých oblastech znalostí a informací o ranách.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na porovnání managementu hojení ran v akutní a následné péči a s tím spojenou léčbou a časovou náročností. Práce byla rozdělena na dvě části. Na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část byla dělena na jednotlivé části. V první části byli popsány dělení a typy akutních a chronických ran, jejich léčba a hojení. V další části byli vyjmenovány a popsány některé přípravky a metody sloužící k léčbě ran, které napomáhají rychlejšímu a efektivnějšímu hojení ran. Dále je v teoretické části popisován management jako takový a management zdravotnictví, který se zaměřuje na zdravotnická zařízení. V poslední části je popsána práce sestry a její role v hojení a léčení ran, která je v tomto procesu, procesu hojení a léčby defektů velmi důležitá. Jelikož všeobecná sestra je důležitou součástí celého zdravotnického týmu a hraje důležitou roli v péči o rány. V druhé části diplomové práce, tedy v části empirické bylo cílem zjistit znalosti všeobecných sester o ranách a jejich léčbě v nemocnicích Královehradeckého kraje formou nestandardizovaného dotazníkového šetření. Dalším cílem bylo zjistit a porovnat časovou a ekonomickou náročnost a zjistit rozdíly v hojení ran mezi akutní a následnou péčí. Zároveň zjistit, zda jsou akutní a následné péče v Královehradeckém kraji dostatečně vybaveny převazovými materiály pro vhodnou a efektivní léčbu ran. Cíle byli zjištěny za pomoci nestandardizovaného dotazníkového šetření. Jako doplňkové výzkumné šetření bylo zvoleno pozorování a rozhovor.

Ze zrealizovaného výzkumného šetření bylo zjištěno, že znalosti všeobecných sester o ranách, jejich hojení a léčbě se zdají dostačující, avšak jsou zde patrné nedostatky v některých oblastech. Ne všechny všeobecné sestry znají definici chronické rány, 73 (60,8 %) z nich zvolilo správnou odpověď. Dalším zjištěným nedostatkem byla ochota docházet na semináře 56 (46,7 %) respondentů zvolilo možnost spíše nesouhlasím či určitě nesouhlasím, avšak bylo zjištěno, že docházka na semináře nezávisí na délce odborné praxe, jak jsme se domnívaly.

Vzhledem k těmto výsledkům shledáváme za vhodné pořádat vzdělávací semináře, které se budou věnovat problematice hojení a léčby ran a budou prezentovat nové moderní metody, které napomáhají efektivně zlepšovat kvalitu léčby a hojení ran, jelikož

jak už bylo zmíněno výše stále jsou mezery a nedostatky ve znalostech o ranách a jejich léčbě. V oblasti moderních převazových materiálů a léčebných preparátů je třeba stále všeobecné sestry informovat a edukovat o nových materiálech, protože preparáty k léčbě ran se stále posouvají a jsou zdokonalovány. Proto je důležité, aby znaly jednotlivé nové moderní převazové materiály a jejich vliv a účinnost na ránu.

Věříme, že poznatky, které jsou obsaženy v této diplomové práci budou přínosné a třeba i přinesou nové poznatky a znalosti stávajícím, ale třeba i budoucím všeobecným sestram pracujícím v akutní či následné péči a nejen jim, ale všem zdravotnickým pracovníkům, kteří se zajímají o hojení a léčbu ran.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARANOSKI, S., AYELLO E., 2012. *Wound care essentials: practice principles*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 467 s. ISBN 978-1-4511-1304-4.
2. BARUČÁKOVÁ, L., VANTUCHOVÁ, Y., 2010. *Kombinovaná léčba bércových ulcerací*. [online]. Olomouc: Solen 12(6), 312-315. [cit. 2018-25-09]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2010/06/05.pdf>
3. BĚLOHLÁVEK, F., 2008. *Jak vést svůj tým*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1975-7.
4. BLAŽEK, L., 2011. *Management: organizování, rozhodování, ovlivňování*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-3275-6.
5. BROŽ, L., 2012. *Chirurgie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. 196 s. ISBN 978-80-87553-61-9.
6. BUŽGOVÁ, R., PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
7. DUŠKOVÁ, M., 2009. *Úvod do chirurgie: učební text pro studenty 3. LF UK*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. 139 s. ISBN 978-80-254-4656-0.
8. DVOŘÁKOVÁ, A., 2011. *Znalosti všeobecných sester o moderních způsobech léčby chronických ran*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.
9. FLANAGAN, M., 2013. *Wound healing and skin integrity: principles and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell. 312 s. ISBN 978-0-470-65977-9.
10. GEFEN, A., 2017. Why is the heel particularly vulnerable to pressure ulcers? *British Journal of Nursing*. 26(20), 62-74. doi: 10.12968/bjon.2017.26.Sup20.S62.
11. GRANICK, M., TEOT, L., 2012. *Surgical wound healing and management*. Thieme Medical Publishers. 2. edition. 250 s. ISBN 9781626235496.
12. HAESLER, E., 2014. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. 2. vydání. Western Australia: Cambridge Media. 72 s. ISBN 13: 978-0-9579343-6-8.
13. HÁJEK, M., KOLIBA, M., 2011. *Hyperbarická oxygenoterapie v léčbě syndromu diabetické nohy*. [online]. Olomouc: Solen. 250-254 [cit. 2018-05-07]. Dostupné z:

<https://www.internimedica.cz/artkey/int-201106->

0006_Hyperbaricka_oxygenoterapie_v_lecbe_syndromu_diabeticke_nohy.php

14. HLINKOVÁ, E., et al. 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-271-0620-2
15. HOSPODÁŘOVÁ, I., 2008. *Kreativní management v praxi*. Praha: Grada. 130 s. ISBN 978-80-247-1737-1.
16. HŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P., 2009. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 1. vydání. 96 s. ISBN 978-80-247-2853-7.
17. HYRÁKOVÁ, A., 2013. *Kompetence všeobecných sester v ošetrování chronických ran*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati.
18. CHLÁDKOVÁ, L., 2009. Moderní trendy hojení ran a defektů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 5(6), 10. ISSN 1801-1349.
19. IHNÁT, P., 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada Publishing. 152 s. ISBN 978-80-271-0334-8.
20. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studiu*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
21. JAROŠOVÁ, E., 2004. *Sociální psychologický výcvik v přípravě na řídicí práci*. Disertační práce. Praha: FF UK.
22. JAROŠOVÁ, D., PLEVOVÁ, I., 2013. *Management v ošetrovatelství: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 73 s. ISBN 978-80-7464-304-0.
23. JIRKOVSKÁ, A., 2006. *Syndrom diabetické nohy: komplexní týmová péče*. Praha: Maxdorf. 397 s. ISBN 80-7345-095-x.
24. KAREN, I., ŠVESTKOVÁ, S., 2007. *Chronický vřed dolních končetin. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Veverská Bitýška: Hartmann-Rico. ISBN 80-86998-18-5.
25. KATSAMBAS, A., D., LOTTI T., M., 2003. *European handbook of dermatological treatments*. New York: Springer 2. vydání. 804 s. ISBN 3540008780.
26. KOUŘILOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetrování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 76 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
27. KOUŘILOVÁ, I., 2011. *Stručná příručka zdravotní sestry k péči o chronicky nemocné*. Veverská Bitýška: Hartmann-Rico. 2. vydání. 131 s. ISBN 978-80-254-9105-8.

28. KOUTNÁ, M., ŠEFLOVÁ, L., 2010. Výběr terapeutických krytí v jednoduchém přehledu (podle stádia chronických ran). *Medicína pro praxi*. 7, 189-195. ISSN 1214-8687.
29. KOUTNÁ, M., et al., 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén. 200 s. ISBN 978-80-7492-190-2.
30. KREJSKOVÁ, K., 2013. *Nové trendy v hojení chronických ran*. Diplomová práce. České Budějovice: JCU ZSF.
31. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
32. LOJDA, J., 2011. *Manažerské dovednosti*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3902-1.
33. MATĚJKOVÁ, A., BUREŠ, I., 2009. *Chronické rány u geriatrických pacientů*. [online]. Medical Tribune. [cit. 2018-07-19]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/15375-chronicke-rany-u-geriatrickych-pacientu>.
34. *Mepilex Border*, © 2018. [online]. Molnlycke Health Care. [cit. 2018]. Dostupné z: <http://www.molnlycke.cz/produkty-pro-moderni-osetrovani-ran/penova-kryti/mepilex-border/>
35. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
36. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech. Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada Publishin. 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
37. *NPUAP Pressure Injury Stages*, 2016. [online]. NPUAP. [cit. 2018]. Dostupné z: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
38. PÁRAL, J., 2008. *Malý atlas obvazových technik*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2255-9.
39. PEATE, I., GLENCROSS, W., 2015. *Wound care at a glance*. England: Oxford. 114 s. ISBN 9781118684672.
40. PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 1. vydání. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
41. PLEVOVÁ, I., 2012. *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

42. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2009. Nové trendy ve výuce sester k získání zvláštní odborné způsobilosti k péči o chronické rány a defekty. *Sestra*. 11(19), 52. ISSN 1210-0404.
43. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
44. POSPÍŠILOVÁ, A., FRANČŮ, M., 2008. Akutní a chronické rány – etiologie, rozdíly v hojení a léčba. *Česko-slovenská dermatologie*. 83(5), 232-245. ISSN 1210-0404.
45. POSPÍŠILOVÁ, A., et al., 2010. *Léčba ran a péče o pokožku*. Olomouc: Solen. 90 s. ISBN 978-80-87327-36-4.
46. RESL, V., 1997. *Hojení chronických ran*. Praha: Grada. 425 s. ISBN 80-7169-239-5
47. RIEBELOVÁ, V., et al., 2000. *Dekubity: prevence, konzervativní a chirurgická terapie*. Praha: Galén. 159 s. ISBN 80-7262-033-9.
48. ROVEE, D., et al., 2004. *The epidermis in wound healing*. Boca Raton: CRC Press. 408 s. ISBN 0849315611.
49. ŘEZANINOVÁ, L., et al., 2008. Úloha sestry při aplikaci nových metod v léčbě ulcerací syndromu diabetické nohy. *Medicína pro praxi*. 11(5), 449-450. ISSN 1214-8687.
50. SHAI, A., MAIBACH, H., 2010. *Wound Healing and Ulcers of the Skin Diagnosis and Therapy-the Practical Approach*. Springer Berlin Heidelberg. 270 s. ISBN 978-36-4205-957-5.
51. SLEZÁKOVÁ L., et al., 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
52. STRYJA, J., 2008a. Hydrochirurgie – nový nástroj pro chirurga? *Medical Tribune*. 4(4), C6. ISSN 1214-8911.
53. STRYJA, J., 2008b. Repetitorium hojení ran. Semily: Geum. 200 s. ISBN 978-80-86256-60-3.
54. STRYJA, J., 2009a. Autolytický débridement v terapii ran. *Medical Tribune*. 5(15), B7-B8. ISSN 1214-8911.
55. STRYJA, J., 2009b. Kontrolovaný podtlak v léčbě ran. *Hojení ran*. 3(2), 13-17. ISSN 1802-6400.

56. STRYJA, J., ŘÍHA, D., 2010. Možnosti hydrochirurgie v rámci komplexní léčby ischemické choroby dolních končetin. *Hojení ran*. 4(5), 11-19. ISSN 1802-6400.
57. STRYJA, J. et al., 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: Geum. 380 s. ISBN 978-80-86256-79-5
58. STRYJA, J., 2015. *Débridement a jeho úloha v managementu rány: jak vyčistit ránu rychle a efektivně*. Semily: Geum. 168 s. ISBN 978-80-87969-13-7.
59. STRYJA, J., 2016. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: Geum. 377 s. ISBN 978-80-87969-18-2.
60. SUJATA, S., 2012. *Principles and practice of wound care*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical. 1. edition. 592 s. ISBN 978-93-50258-64-4.
61. ŠIMEK, M., BÉM R., 2013. *Podtlaková léčba ran*. Praha: Maxdorf. 231 s. ISBN 978-80-7345-352-7.
62. VODIČKA, J., 2014. *Speciální chirurgie*. Praha: Karolinum. 2. vydání. 316 s. ISBN 80-246-1101-5.
63. WHITAKER, I. 2007. *Larval therapy from antiquity to the present day: mechanisms of action, clinical applications and future potential*. [online] Postgraduate Medicine Journal. 409–413 s. [cit. 2018-06-21]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2600045/?tool=pubmed>>.
64. ZEMAN, M., KRŠKA, Z., et al., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.
65. ZEZULOVÁ, A., 2017. *Znalosti všeobecných sester o moderních způsobech hojení chronických ran*. Bakalářská práce. Pardubice: UPCE FZS.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2 Otázky k rozhovoru

Dotazník

Vážené kolegyně, kolegové,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako součást diplomové práce, zaměřené na problematiku hojení ran v rámci výzkumu s názvem: *Porovnání managementu hojení ran v akutní a následné péči*. Vyplnění dotazníku vyžaduje časovou dotaci cca 10 minut. Prosim o udávání pouze pravdivých odpovědí tak, aby i výsledky průzkumu mohly být použity pro zkvalitnění péče o pacienty.

V případě potřeby (dotazy, doporučení apod.) mne můžete kontaktovat cestou elektronické pošty: veronikastefflova@seznam.cz

Velice děkuji za vyplnění a zejména za Vaše upřímné odpovědi, které napomohou ke zmapování aktuální a reálné situace na sledovaných pracovištích.

Bc. Veronika Štefflová

1. Jste:

- a) žena
- b) muž

2. Uveďte Váš věk:(uveďte v celých letech)

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) střední odborné vzdělání (SZŠ – zdravotnický asistent/praktická sestra)
- b) střední odborné vzdělání (SZŠ – všeobecná sestra)
- c) vyšší odborné vzdělání (Dis.)
- d) vysokoškolské vzdělání (Bc.)
- e) vysokoškolské vzdělání (Mgr.)
- f) vysokoškolské vzdělání (PhDr./Ph.D.)

4. Jaká je délka vaší celkové odborné klinické praxe:(uved'te v celých letech)

5. Na jakém oddělení NYNÍ pracujete:

Uved'te jaké.....

6. Absolvoval/a jste specializační vzdělání:

a) ano (uved'te jaké)

b) ne

7. Léčba bércoových vředů: (Označte správné tvrzení)

a) vhodné k léčbě bércoových vředů je pouze suché sterilní krytí, aby nedošlo ke zmokvání rány

b) vhodné je vlhké krytí, které zajistí ochranu před infekcí a ideální vlhké prostředí pro úspěšné hojení v kombinaci s kompresní léčbou

c) vhodné je vlhké krytí, nikdy však není indikováno kompresní bandáž či kompresní punčochy z důvodu nedostatečného prokrvování dolních končetin

8. S jakými typy ran se na Vašem oddělení setkáváte nejvíce? (Možno uvést více odpovědí)

a) operační rány s hojením per primam

b) operační rány s hojením per sekundam

c) rány způsobené komplikací diabetu mellitu

d) dekubitální léze

e) ulcus cruris

f) iritační dermatitidy

g) ragády, fisury, exkoriace

h) jiné, uved'te.....

9. Znáte znění definice chronické rány dle České společnosti pro léčbu rány: (Označte správné tvrzení)

a) sekundárně se hojící rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 6-9 týdnů tendenci k hojení

b) sekundárně hojící se rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 4-6 týdnů tendenci k hojení

c) sekundárně se hojící se rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 10-12 týdnů tendenci k hojení

10. Víte, jak jdou jednotlivé fáze hojení po sobě, resp. kterou hojení začíná, pokračuje a končí? (Označte správné tvrzení)

- a) granulační, epitelizační, exsudativní
- b) exsudativní, granulační, epitelizační
- c) exsudativní, epitelizační, granulační

11. Uveďte, jaké preparáty k léčbě ran využíváte: (možno uvést více odpovědí)
Označte na stupnici 1–5; 1 = nikdy nepoužíváme 5 = vždy, u každého pacienta

- a) desinfekce rány a pokožky 1–2–3–4–5
- b) ochranné krémy a pasty (př. Višněvského balzám) 1–2–3–4–5
- c) antimikrobiální alginátové preparáty (př. Silvercel, Actisorb, Nu-gel) 1–2–3–4–5
- d) jódové preparáty (př. Inadine) 1–2–3–4–5
- e) antiseptické parafínové preparáty (př. Bactigras, Jelonet) 1–2–3–4–5
- f) hydropolymerové či hydrokoloidní preparáty (př. Tielle) 1–2–3–4–5
- h) jiné (uveďte).....

12. Domníváte se, že na Vašem oddělení je dostatečné množství preparátů k léčbě ran?

označte na stupnici 1 = určitě souhlasím, 5 = určitě nesouhlasím

1	2	3	4	5
určitě souhlasím	spíše souhlasím	Nevím	spíše nesouhlasím	určitě nesouhlasím

13. Ošetřování ran na Vašem oddělení je závislé na indikaci lékaře?

- a) ano, vždy
- b) občas
- c) velmi zřídka
- b) ne, rány ošetřuji samostatně dle vlastního uvážení

14. Máte na Vašem oddělení/nemocnici k dispozici pracovníka (lékaře, specializovanou sestru), který dohlíží na průběh a vhodnost léčby ran?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Využíváte na Vašem oddělení i léčbu ran pomocí podtlakové terapie V.A.C.?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16. Využíváte na Vašem oddělení i léčbu ran pomocí larvoterapie?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Docházíte pravidelně na semináře se zaměřením na nové metody a preparáty v léčbě ran?

označte na stupnici 1 = určitě souhlasím, 5 = určitě nesouhlasím

1	2	3	4	5
určitě souhlasím	spíše souhlasím	Nevím	spíše nesouhlasím	určitě nesouhlasím

18. Jak moc je Vaše oddělení zatíženo, resp. kolik máte v průměru obsazených lůžek?

- a) 4-10 lůžek
- b) 11-20 lůžek
- c) 21-30 lůžek
- d) 30 a více lůžek

19. Kolik času průměrně strávíte u pacienta při převazu rány?

- a) méně než 5 minut
- b) 5–10 minut
- c) 11–20 minut
- d) 21 a více minut

20. Kolik převazů ran během směny průměrně provedete?

- a) méně než 5 převazů
- b) 5–10 převazů
- c) 11–20 převazů
- d) 21 a více převazů

Příloha č. 2

Otázky ke kvalitativnímu rozhovoru:

1. Počet lůžek na jednom oddělení?
2. Četnost převazů za 3 měsíce?
3. Používané obvazové materiály a prostředky na ošetřování ran?
4. Počet kusů převazových materiálů a prostředků k ošetřování ran za 3 měsíce?
5. Ceny za jednotlivé produkty?

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Atd.	A tak dále
Aj.	A jiné
ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
Bc.	Bakalář
Č.	Číslo
DiS.	Diplomovaný specialista
JIP	Jednotka intenzivní péče
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
Mgr.	Magistr
Např.	Například
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
Odd.	Oddělení
PhDr./Ph.D	Doktor
Resp.	Respektive
S.	Strana
SWOT	Strenghts, Weaknesses , Opportunities , Threats
SZŠ	Střední zdravotnická škola
Viz.	Vizuálně
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola