



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Diplomová práce

Hodnocení rizika vzniku dekubitů u dětí na vybraných dětských pracovištích

Vypracovala: Bc. Martina Hudecová
Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Fendrychová, Ph.D.

České Budějovice 2016

ABSTRAKT

Diplomová práce zabývající se prevencí dekubitů u dětí na vybraných dětských pracovištích je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnuje současnému stavu problematiky dekubitů u dětí jak na úrovni vybraných nemocnic, tak i na celostátní úrovni. Tu reprezentuje Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky č. 6/ 2009 Sb. a nově vzniklý portál www.dekubity.eu, který probírá příčiny vzniku dekubitů, jejich klasifikaci a prevenci. Rovněž popisuje lokální léčbu dekubitů pomocí přípravků vlhkého hojení ran, nekrektomie přístrojem Sonic One a působením larev Bzučivky zelené. Teoretická část práce zmiňuje také nutriční podporou pacienta jak při prevenci vzniku, tak i při hojení již vzniklého dekubitu. Práce nevynechá ani ekonomické aspekty ošetřování a léčby dekubitů a nahlíží i do legislativy určené všeobecným sestram, které se zabývají ošetřováním nehojících se ran.

Empirickou část práce tvoří kvalitativní výzkum, který má čtyři cíle. První dokumentuje nejčastější poškození kůže u dětí ve vybraných dětských nemocnicích. Druhý cíl zjišťuje způsoby hodnocení stavu kůže na vybraných dětských odděleních a využívání (či nevyužívání) hodnotících škál. Třetí cíl dokumentuje používané metody prevence poškození kůže u dětí a čtvrtý zjišťuje způsoby léčby a ošetřování dekubitů. Výsledky jsou zpracovány na základě polostrukturovaného rozhovoru vedeného s všeobecnými sestrami z vybraných dětských oddělení. Výstupem empirické části je brožura pro péči o dekubity a prevenci jejich vzniku a její distribuce jednotlivým oddělením.

Klíčová slova: Dekubity. Klasifikace. Hodnocení. Hodnotící škály. Hojení ran a dekubitů. Prevence.

ABSTRACT

The thesis is dealing with prevention of children's pressure ulcers in selected pediatric clinics and is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part discusses the current state of the pressure ulcers problem in selected hospitals as well as on the nationwide level. The latter is represented by the Bulletin of the Ministry of Health of the Czech Republic no. 6/2009 Coll. and by the newly created web portal www.dekubity.eu, which describes causes of pressure ulcers, their classification and prevention. It also explains the topical treatment of pressure ulcers using moist wound healing products, necrectomy device Sonic One and by applying maggots of *Lucilia sericata* flies. The theoretical part is also mentioning the nutritional support of the patient in the prevention and later in the process of healing already existing pressure ulcers. The thesis does not forget about the economical aspects of the medical care and treatment and also looks into legislation designated for general nurses, looking after treating non-healing wounds.

The practical part of thesis is consisting of qualitative research which has four objectives. The first is to document the most common children's skin lesions in selected pediatric hospitals. The second goal is to look for ways to perform skin assessment at selected children's medical units and use (or non-use) of rating scales. The third objective is documenting the methods used to prevent children's skin damage and the fourth is to find out forms of treatments and treating of pressure ulcers. The results are processed on the basis of semistructured interviews conducted with general nurses from selected pediatric units. The final outcome of the practical part is the brochure focused on the pressure ulcers treatment and preventing their occurrence, followed with its distribution to the relevant medical departments.

Key words: Pressure ulcers. Classification. Evaluation. Rating Score. Healing of wounds and pressure ulcers. Prevention.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejích internetových stránkách, avšak se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práci Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....
Bc. Hudecová Martina

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí diplomové práce paní Mgr. Jaroslavě Fendrychové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady, trpělivost a pomoc při psaní práce. Dále děkuji všem všeobecným sestřám, které se zúčastnily výzkumného šetření.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD..... | 8 |
| 1 SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY | 10 |
| 1.1 Dekubity jako ošetrovatelský problém | 12 |
| 1.1.1 Ekonomické zvládání dekubitů..... | 13 |
| 1.1.2 Faktory ovlivňující vznik dekubitů..... | 14 |
| 1.1.3 Klasifikace dekubitů | 16 |
| 1.1.4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů..... | 18 |
| 1.1.5 Přehled nejpoužívanějších hodnotících škál | 19 |
| 1.2 Prevence dekubitů..... | 22 |
| 1.2.1 Snižování tlaku | 24 |
| 1.2.2 Blokování zevních mechanických vlivů | 25 |
| 1.2.3 Prevence dekubitů u dětí a mladistvých | 26 |
| 1.2.4 Dětsí pacienti vyžadující speciální péči..... | 27 |
| 1.3 Léčba dekubitů..... | 28 |
| 1.3.1 Hojení ran | 29 |
| 1.3.2 Nutriční podpora | 33 |
| 2 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE | 38 |
| 2.1 Cíle práce | 38 |
| 2.2 Průzkumné otázky..... | 38 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3 | METODIKA PRÁCE | 39 |
| 3.1 | Charakteristika výzkumného souboru | 39 |
| 4 | VÝSLEDKY PRÁCE | 40 |
| 4.1 | Identifikační údaje respondentek | 40 |
| 4.2 | Přepis rozhovorů s respondentkami | 41 |
| 4.3 | Výsledky rozhovorů se sestrami | 56 |
| 5 | DISKUSE | 70 |
| 6 | ZÁVĚR | 75 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ..... | 80 |
| | PŘÍLOHY..... | 85 |

ÚVOD

S dekubity u dětských pacientů se setkáváme i přes veškerou snahu zdravotníků a moderních antidekubitních pomůcek. V České republice nejsou dostupná žádná validní statistická data k problematice dekubitů u dětí. Národní registr, který je pověřen Ministerstvem zdravotnictví ke sledování dekubitů na národní úrovni, umožňuje zápis pacientů pouze od 18 let výše (Věstník MZ ČR, 2009).

Prevence dekubitů patří již od dávných dob k základním metodám práce zdravotníků na odděleních pro dospělé. U dětských pacientů se tato péče komplexně objevuje až od druhé poloviny 20. století (Mukherjee, 2010). V této práci jsme vedle teoretického rozboru situace chtěli zjistit zejména úroveň povědomí o výskytu dekubitů u dětí mezi všeobecnými sestrami na standardních odděleních a na jednotkách intenzivní a resuscitační péče.

Dekubity vznikají působením řady faktorů. Ne všechny lze v ošetrovatelském procesu ovlivnit, je ale možné výrazně snížit riziko jejich výskytu výběrem vhodných antidekubitních pomůcek a přípravků, a rovněž vhodným polohováním pacienta, jinými slovy vhodnou prevencí. V současné době se pořádá mnoho seminářů věnujících se prevenci dekubitů a modernímu hojení ran a všeobecné sestry mají tedy množství příležitostí se v této oblasti vzdělávat a získávat nové teoretické i praktické zkušenosti.

V diplomové práci se v teoretické části věnujeme etiologickým faktorům vzniku dekubitů a seznamujeme se s možností využívání hodnotících škál pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů. Informujeme o stupnicích, podle kterých lze hodnotit již vyvinutý dekubitus a dále se zabýváme hodnocením nutričního stavu pacienta, prevencí a léčbou dekubitů.

Výzkumnou metodu empirické části tvoří polostrukturované rozhovory se všeobecnými sestrami na vybraných dětských odděleních. Cílem práce bylo zjistit, jaké mají sestry znalosti dané problematiky a jaké pomůcky využívají k prevenci vzniku poškození kůže u dětí a k léčbě již vzniklých dekubitů. Výzkum byl realizován

po schválení hlavní sestrou nemocnice a vrchní sestrou daného oddělení ve třech různých nemocnicích, na třech standardních odděleních, na jedné jednotce intenzivní péče a na jedné jednotce intenzivní a resuscitační péče. Data jsou zpracována a převedena do vizuální reprezentace ve formě diagramů.

1 SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY

Za hlavní příčinu vzniku dekubitů považujeme kompresi měkkých tkání mezi kostí a tvrdou podložkou, při které dochází k nedostatečnému prokrvení. Kůže (epidermis a dermis), podkoží (hypodermis) a svalová tkáň trpí nedostatkem výživy a kyslíku, a tak postupně nastává jejich odumírání (Ondriová, Fertařová, 2013). Normální krevní tlak v kapilárách měří 32 mm Hg. Pokud na tkáň působí tlak vyšší, dochází k poruše mikrocirkulace, zástavě průtoku krve krevním řečištěm a tkáň trpí hypoxií (Jirkovský, 2012). Závažnost projevů se pohybuje od lokálního kožního zarudnutí až po závažné poškození tkáně, svalu nebo kosti (Wong, Kaufman et al, 2015).

Prevalence dekubitů je u 2 – 4 % akutně hospitalizovaných, u nemocných v dlouhodobé péči se vyskytuje v 10 – 20 % případů. U rizikových osob se může dekubitus vytvořit již v průběhu několika hodin (Ondriová, Fertařová, 2013). Pokud se rána hojí sekundárně a i přes terapii trvá zhojení rány déle než 4 týdny, jedná se o ránu chronickou (Stryja, 2010).

Hlášení dekubitů patří mezi povinnosti každé všeobecné sestry a jejich četnost výskytu na odděleních je jedním z indikátorů kvality ošetrovatelské péče, neboť právě zdravotnický personál svojí kvalitní a profesionální péčí může jejich výskyt minimalizovat (Meluzínová, 2007). Hlášení dekubitů se provádí přes interní počítačové sítě a výsledky sleduje v první řadě management nemocnice. Pokud je nemocnice zapojena do národního sledování dekubitů, získaná data jsou zasílána Národnímu referenčnímu centru v Praze (Kožený, 2010).

Přes veškeré pokroky v medicíně a výzkumu v této problematice jsou dekubity stále velkým ošetrovatelským problémem (Ondriová, Fertařová, 2013). V některých případech je jejich výskyt přičítán pouze selhání ošetrovatelské péče (Ulrych, 2011). Vedou ke značnému nepohodlí pacienta, prodloužení jeho hospitalizace, navýšení nákladů za hospitalizaci a v některých případech i k úmrtí pacienta.

Nezisková organizace Joint Commission International, která akredituje organizace a programy zdravotní péče ve Spojených státech, uvádí, že kvalitní péče má být včasná, efektivní, vhodná, kontinuální, úspěšná, dostupná a odborná. Taková péče by měla vést ke zlepšování zdraví a kvality života (Pokorná, 2010). Za účelem jejího dosažení je potřeba zavést standard, neboli mít stanoveny požadavky na jednotlivé postupy, související s ošetřováním rizikového pacienta nebo pacienta s dekubitem. Neméně důležité je dostatečné vzdělání všeobecných sester v dané problematice, vymezení kompetencí jednotlivých zdravotníků v péči o chronickou ránu a dekubitus a v neposlední řadě i standardizace ošetřovatelských intervencí (Pokorná, 2010). Kvalitní péče musí zahrnovat všechny dílčí činnosti, které zdravotnický personál vykonává s vysokou profesionalitou a snaží se o minimalizaci rizik pro hospitalizované pacienty v souladu s ošetřovatelskými standardy a s ohledem na stále obsáhlejší očekávání pacientů (Mikula, Müllerová, 2008).

Zatímco dekubitům u dospělých je věnována značná pozornost, stejný jev u dětí byl dříve často podceňován či přehlížen (Kottner et al., 2013). Ještě ve 20. století mnozí zdravotničtí pracovníci věřili, že dětských pacientů se dekubity netýkají, což vedlo ke špatné prevenci, opožděné diagnostice a neúčinné léčbě (Mukherjee, 2010). Nejvíce ohrožená skupina dětí – novorozenci – má epidermální vrstvy kůže tenčí a funkčně nezralé v porovnání s batolaty či staršími dětmi (Schindler, 2013). Proto jsou pro vznik dekubitů mnohem rizikovější, zvláště pak, pokud jsou hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče. Ze statistik plyne, že výskyt dekubitů u dětí v intenzivní péči se pohybuje od 18 do 27 % oproti standardním oddělením, kde se vyskytuje u 0,29 až 7,2 % hospitalizovaných pacientů (Lyvonne et al., 2013).

1.1 Dekubity jako ošetrovatelský problém

Přes veškerou snahu zdravotnického personálu a moderní antidekubitní prostředky i ve 21. století dekubity stále vznikají. Proto další výzkum v této problematice nepozbývá na důležitosti.

V roce 2008 byl zahájen projekt prevalenčního sledování dekubitů na národní úrovni Ministerstvem zdravotnictví České republiky (MZ ČR) v rámci zvýšení kvality a bezpečí pacientů. Mezi hlavní výstup patří vypracování jednotné metodiky, která byla zveřejněna ve Věstníku č. 6/2009 ve formě metodického doporučení. Nemocnice se mohou k tomuto projektu připojit podle jejich zájmu, jde o dobrovolný proces. Účelem věstníku je zejména sjednotit sběr dat z různých míst, jejich praktické vyhodnocení a doporučení dalších postupů. V roce 2009 MZ ČR pověřilo převzetím projektu „Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče“ na národní úrovni Národní referenční centrum (Ternbachová, 2014). Pro automatizované třídění a zpracování dat byl vyvinut specializovaný software. Hlavními součástmi jsou:

- metodika hodnocení rizika vzniku dekubitů,
- metodika hodnocení stupně postižené tkáně u dekubitu,
- metodika sběru dat,
- definice, standardizace ukazatelů a jejich použití (Věstník MZ ČR, 2009).

Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů převzalo MZ ČR modifikovanou škálu dle Nortonové. Věstník obsahuje i podrobný návod, jak s touto škálou pracovat. Pro hodnocení stupně postižené tkáně u dekubitů je převzata škála dle Hibbové. V oblasti sběru dat a v jejich zpracování jsou vypsána pracoviště, kterých se tento sběr a zpracování týkají, a kde se informace o pacientech a jejich dekubitech shromažďují. Vlastní sběr dat musí být prováděn v konkrétní den a hodinu, volba termínu je ponechána na pracovištích. Do systému Národního registru jsou zapisovány pouze informace o pacientech od 18 let výše (Věstník MZ ČR, 2009).

V lednu roku 2015 byl v České republice spuštěn internetový server www.dekubity.eu. Jedná se o portál věnovaný problematice dekubitů a je jedním z výsledků kulatých stolů, které se schází pod záštitou Hlavní sestry České

republiky (ČR) za účelem vyřešení prevence vzniku dekubitů. Portál je rozdělen do dvou částí – první je určena laické veřejnosti, druhá zdravotnickému personálu (Hofštetřová-Knotková et al., 2015). Portál poskytuje například informace o kongresech zabývajících se problematikou dekubitů. Na rok 2015 byla plánovaná 18. konference Evropského poradního panelu pro otázky dekubitů v Belgii, v ČR v Třinci se v polovině června 2015 uskutečnila 8. konference s mezinárodní účastí na téma hojení chronických ran, kožních defektů a reparací tkání. Portál dále přináší odkazy na doporučené publikace

i na další formy vzdělávání v této oblasti, které nabízí například Národní registr ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) Brno, Ostravská univerzita v Ostravě, Ústřední vojenská nemocnice v Praze a další organizace (Hofštetřová–Knotková et al., 2015).

21. listopad byl vyhlášen Světovým dnem dekubitů a zároveň se ve stejný den koná akce „STOP DEKUBITŮM“. V roce 2015 šlo již o třetí ročník této akce. Jde jednak o příležitost pro zdravotnický personál načerpat nejnovější poznatky z oblasti, tak i možnost pro veřejnost, seznámit se s problematikou vzniku a prevence výskytu dekubitů. Formy se mohou lišit, například Ústřední vojenská nemocnice v Praze zřizuje ve svém areálu, konkrétně v prostorách, kudy prochází nejvíce lidí na cestě do ambulancí, infostánek, kde se veřejnost může seznámit se základy této problematiky (Kubátová, Masár, 2015).

1.1.1 Ekonomické zvládnání dekubitů

Finanční náklady na léčbu dekubitů se pohybují od 180 Kč až po 159 Kč za den. Je dokázáno, že dekubity představují velkou zátěž jak pro pacienta, jeho rodinu, tak i pro zdravotnický personál. Pacient s dekubitem vyžaduje delší hospitalizaci a léčba dekubitů je nejen zdlouhavá časově, ale náročná i materiálně a finančně. Proto se klade velký důraz na prevenci. V několika posledních letech některé nemocnice za účelem zefektivnění péče zavádějí cílený monitoring dekubitů (Wojnarová, Jarošová, 2011).

Informace získané sledováním výskytu dekubitů představují cenný zdroj dat pro střední a vyšší management nemocnic. Ty pak mohou přijímat preventivní opatření,

kteřá zvýší kvalitu ošetřovatelské péče, zkrátí dobu hospitalizace a tím sníží náklady (Ternbachová, 2014). Antidekubitní pomůcky a matrace jsou finančně náročné, ale pokud jsou správně použity u rizikových pacientů, výskyt dekubitů se významně snižuje. Pokud přes všechny snahy dekubitus vznikl, je rovněž nutné pro jeho léčbu použít vhodné prostředky (Mikula, Müllerová, 2008).

1.1.2 Faktory ovlivňující vznik dekubitů

Vznik a vývoj dekubitů je multifaktoriální a podílí se na něm řada zevních a vnitřních faktorů. Mezi ty zevní patří tlak, střižné síly, tření a vlhkost pokožky a jejich působením dochází k poškození kůže mechanicky, chemicky a infekcí. Nelze zapomenout ani na tělesnou teplotu pacienta a nedostatečně upravené lůžko. Velká pozornost by měla být věnována zejména predilekčním místům, tj. takovým, která jsou dekubitem nejčastěji postižena – místa kostních prominencí (Wong, Kaufman et al., 2015). Mezi pacienty ohrožené rizikem vzniku dekubitů patří zejména ti se sníženou pohyblivostí, případně úplně nehybní, neurologicky nemocní, po operaci, inkontinentní v moči i stolici, mající špatnou nutriční a hydratační nebo jsou ohroženi zvýšeným tlakem či třením. Jedná se o všechny věkové kategorie včetně novorozenců (Cassidy, 2015).

- **Tlak – jeho intenzita a doba působení**

Tlak představuje klíčový rizikový vnější faktor pro vznik a rozvoj dekubitů. Ty mohou vzniknout buď krátkým působením vysokých kontaktních tlaků, nebo delším působením tlaků nízkých (Mikula, Müllerová, 2008). Vlivem snížené mikrocirkulace mezi prominujícími kostmi a podložkou, na které pacient leží, dochází ve tkáňových buňkách k nedostatečnému zásobování kyslíkem a živinami. Působením přetrvávajícího tlaku dochází k deformaci buněk, což vede k jejich smrti po 1 – 2 hodinách. Pokud dojde k přerušení tlaku polohováním pacienta, nastane ve tkáni stav reperfúze, neboli obnovení krevního průtoku, což vede k produkci reaktivních forem kyslíku a dusíku a následně k hojení tkáně (Grofová, 2009).

- **Střížné síly, tření a vlhkost pokožky**

Střížné síly vznikají buď působením gravitace, která táhne celé tělo v nakloněném lůžku směrem dolů, přičemž kůže zůstává na podložce, nebo při nesprávné manipulaci s pacientem na lůžku během jeho popotahování směrem nahoru bez předchozího nadzvednutí. V takových případech dochází k poškození podkoží, k ohýbání a napínání cév a tím ke zhoršení prokrvení tkáně.

Tření vzniká při pohybu samotné kůže po podložce. Poškozená či oslabená kůže je potom náchylná k dalším oděrkám a k riziku vzniku infekce. Tření kůže se zvyšuje se vzrůstající vlhkostí a teplem, například vlivem inkontinence pacienta nebo febrilie (Mikula, Müllerová, 2008).

Působením chemických vlivů moči, potu a stolice se opět narušuje povrchová vrstva pokožky a dochází k její maceraci (Mikula, Müllerová, 2008). Nejvíce trpí pokožka v oblasti genitálu a anu, a proto je třeba ji chránit a ošetřovat tak, aby nebyla příliš vlhká a naopak ani příliš vysušená, aby tak nedocházelo k ragádám a jiným traumatickým poraněním při manipulaci s pacientem (Pokorná, 2015).

- **Nevhodné použití zdravotnických pomůcek**

Mezi zevní faktory řadíme nedostatečně upravené lůžko, které lze považovat za ošetřovatelské selhání (Meluzínová et al., 2006). Všechny zdravotnické pomůcky by měly být správně umístěny a měly by pacientovi vyhovovat. Více než 50 % dekubitů mají na svědomí zdravotnické pomůcky, jako je například nesprávně umístěná manžeta na měření tlaku, kyslíkové brýle, tracheostomie, nasogastrické sondy či dlahy (Mukherjee, 2010).

Ve třinácti švýcarských nemocnicích proběhla studie na 204 dětech ve věkovém rozmezí od 1 do 18 let. U 26,5 % dětských pacientů se objevil dekubitus, převážně 1. stupně. Třetina těchto dekubitů vznikla působením externích zdravotnických pomůcek – manžety na měření tlaku, saturačního čidla, dlahy, sondy, močového katetru a dalších (Schlüer et al, 2014).

- **Vnitřní faktory**

Mezi vnitřní faktory, ovlivňující vznik dekubitů, patří odolnost tkáně vůči tlaku. Z anatomického hlediska vyplývá, že nejméně odolná je tuková vrstva, neboť jde o nepevnou složku s řídkou cévní sítí. Tužší a tím odolnější jsou svaly a nejlépe tlaku odolává vazivo a kůže. Je dokázáno, že náchylnější na vznik dekubitů jsou ženy než muži. Meluzínová et al. (2006) řadí mezi vnitřní faktory věk pacienta, akutní chorobu, chronické onemocnění, poruchy vědomí jak kvantitativní, tak i kvalitativní, neurologické choroby, periferní a cévní onemocnění pacientů, bolest, výživu, léky a inkontinenci (Meluzínová et al., 2006).

1.1.3 Klasifikace dekubitů

Pro zhodnocení dekubitů se využívá několik klasifikací od různých autorů. Liší se převážně dobou svého vzniku a v určitých detailech, jinak si jsou poměrně podobné.

- **Mezinárodní NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) /EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) systém klasifikace dekubitů**

Pro hodnocení dekubitu je důležité znát jeho lokalizaci, zbarvení a bolestivost tkáně, rozsah a hloubku poškození, přítomnost puchýře, nekrózy, sekrece nebo povlaku rány.

Dekubitus I. stupně se vyznačuje zarudnutím kůže, která je neporušená, ale po stisku nebledne. Vyskytuje se převážně nad kostním výčnělkem (prominencí). Místo je oproti okolní tkáni bolestivé, teplejší nebo naopak chladnější. K rozpoznání I. stupně dekubitů se využívá takzvaný „skin tolerance test“. Umožní rozpoznat rozdíl mezi obyčejným zarudnutím kůže (hyperemií) a prvním stádiem dekubitu. Test by se měl provádět na všech místech těla, kde se objevilo zarudnutí a spočívá v lehkém přitlačení bříškem prstu na dané místo po dobu 15 sekund. Pokud místo po odeznění tlaku zbledne, nejedná se o dekubitus (Parnham, 2012).

Dekubitus II. stupně se vyznačuje již částečnou ztrátou kožního krytu, kdy vzniká mělký vřed s růžovočervenou spodinou, ale bez povlaku. Může vypadat také jako prasklý puchýř, který byl naplněn serózní tekutinou.

Dekubitus III. stupně se projevuje jako úplná ztráta kožního krytu, kdy lze vidět i podkožní tuk, ale kosti, šlachy a svaly ještě nejsou obnaženy. Hloubka je závislá na místě, kde se dekubitus vyskytuje. Například na nose, uchu či zátylku bude dekubitus mělký, naopak v krajině křížové lze předpokládat, že bude tvořit hlubší ránu.

Dekubitus IV. stupně je diagnostikován jako úplná ztráta kůže a podkoží. Dochází k ohrožení kosti, šlachy nebo i svalu, ve spodině se objevuje povlak nebo nekróza. Rána bývá většinou podmínovaná (na povrchu je krytá rána menšího tvaru, která se směrem do hloubky rozšiřuje a je přítomna hnisavá sekrece) a vyskytují se i sinusy (dutiny v ráně), (Guiedeline, 2014).

- **Stupnice dekubitů dle Torrance**

Klasifikace dekubitů dle Torrance byla navržena v roce 1983 a je rozdělena do pěti stupňů. To, že považuje blednoucí začervenání kůže za první fázi dekubitu, je jeho unikátnost. Většina ostatních škál považuje takové začervenání jen za varovné znamení, přirozenou reakci těla na tlak.

Stupeň 1a: blednoucí hyperemie, tlak prstu na poškozené tkáni zanechává blednoucí místo, kůže je intaktní.

Stupeň 1b: neblednoucí hyperemie, po stlačení v místě erytému přetrvává zarudnutí, může být přítomno poškození kůže.

Stupeň 2: je poškozena kůže i podkoží tkáň, vzniká vředový defekt kůže.

Stupeň 3: rozšíření vředu do podkožní tukové vrstvy, fascie nejsou poškozeny.

Stupeň 4: rozpad tkáň do šířky i hloubky, na spodině fascie je přítomna infekční nekróza (Vorlíček, Abrahámová et al., 2012).

- **Seilerovo posuzování vzhledu dekubitu**

Seilerovo posuzování vzhledu dekubitu bylo uvedeno do praxe v roce 1979. Je rozděleno do tří stupňů podle závažnosti:

Stupeň A: čistá granulující rána bez nekróz.

Stupeň B: rána špinavá, povleklá, se zbytky nekróz, okolí není infikováno.

Stupeň C: rána jako ve stadiu B, ale s infiltrací okolí rány a/nebo s projevy celkové infekce, sepse (Vorlíček, Abrahámová et al, 2012).

- **Klasifikace dekubitů dle Hibbsové**

V roce 1988 Hibbsová publikovala, že 95 % dekubitů se dá zabránit prevencí a tím ušetřit finance i lidské zdroje. Stanovila celkem čtyři stádia dekubitů:

I. stádium: překrvení, které je patrné i po delším stisku, celistvost kůže není porušena.

II. stádium: dochází k poškození kůže, vidíme puchýř nebo mělký důlek.

III. stádium: poranění kůže i podkoží, je patrná šedá až černá krusta.

IV. stádium: ztráta kůže, poranění proniká do hloubky a je postižena funkční struktura svalů, fascií, cév, nervů, přiléhajících kostí, dochází k nekróze tkáně (Šeflová, Beránková, 2006).

1.1.4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Kroky prevence vzniku dekubitů, které uvádí Meluzínová et al. (2006), jsou následující. V první řadě je třeba zhodnotit riziko vzniku dekubitů a pravidelně kůži kontrolovat. U ležících pacientů, pokud to lze, je důležitá včasná mobilizace – alespoň po osmi hodinách se doporučuje zařadit krátkou chůzi. Nemělo by se zapomínat na polohování pacienta, nejméně po dvou hodinách podle denního rozpisu. Autorka dále zmiňuje nutnost zmenšení tlaku v predilekčních místech. Tato místa je vhodné vypodložit antidekubitními podložkami či polštáři. Důležité je také zabránit poranění kůže například třením nebo napínáním. A v neposlední řadě věnovat pokožce takovou péči, která by ji sama neměla poškozovat, např. neměla by kůži odmašťovat, dráždit, vysušovat, apod. (Meluzínová et al., 2006).

Používání hodnotících škál umožňuje včas zavést vhodnou prevenci vzniku dekubitů a jde o velmi důležitý aspekt ošetrovatelské péče. Zhodnocení pacienta není nijak obtížné a záleží na dané nemocnici nebo oddělení, kterou ze škál si vybere a zavede do praxe. Vždy by ale měla přihlížet k věku a stavu pacienta (Vytejková et al, 2015). Při výběru vhodné škály je třeba se rovněž zaměřit na její:

- vysokou citlivost, což znamená, že škála musí mít schopnost správně rozpoznat rizikového pacienta;
- dobrou prediktivní schopnost, která udává pravděpodobnost správné předpovědi budoucího vývoje pacienta, ať už dekubitů vznikne, anebo ne;
- snadnou použitelnost, což znamená, že škála bude vhodná pro veškerý zdravotnický personál bez ohledu na jeho dosavadní zkušenosti s touto problematikou;
- srozumitelnost a jednoznačná kritéria, která musí vyloučit nekonzistenci v posuzování různými sestrami;
- využitelnost v různých ošetrovatelských prostředích, tj. musí stejně fungovat v domácí péči či nemocnicích, na pediatrických odděleních i na jednotkách intenzivní péče (Bou et al, 2006).

Kvalitu jednotlivých hodnotících škál zkoumá několik studií s nejednotnými výsledky, což problematiku dekubitů u dětí dále komplikuje. Jako příklad uvedeme dvě různé studie týkající se Glamorganské škály (Willock et al., 2007). První z nich proběhla v univerzitní nemocnici v Německu v roce 2010. Týkala se 30 dětí s mediánem jejich stáří 5,5 roku. Hodnocení, které provádělo 27 sester, se od sebe výrazně lišilo. Sestry nebyly schopny správně posoudit jednotlivé pacienty, a tudíž nedokázaly poskytnout relevantní informace o riziku vzniku dekubitů. Proto zmíněná studie používání Glamorganské škály nedoporučuje (Kottner et al, 2012). Ve druhé studii z University Hospital of Wales hodnotilo dětské pacienty 15 sester, které se stoprocentně shodly ve většině okruhů, kromě nedostatečné nutrice. Na základě předmětné studie byla Glamorganská škála prohlášena jako spolehlivá (Willocková et al, 2008).

1.1.5 Přehled nejpoužívanějších hodnotících škál

- **Škála dle Waterlowové**

Vznikla v roce 1985 ve Velké Británii jako výstup ze studie Waterlowové, která sledovala rozšířenost výskytu dekubitů a zjistila, že do té doby používaná škála

Nortonové nezahrnuje všechny rizikové skupiny pacientů. Navrhla tedy novou škálu, která hodnotí celkem deset oblastí. Jedná se o stavbu těla (průměrná, nadprůměrná, obézní), typ kůže v ohrožené oblasti, věk a pohlaví pacienta, zvláštní rizika, kam patří terminální stádium onemocnění, kachexie, srdeční selhání, anémie, kouření, vaskulární poruchy. Dále hodnotí kontinenci, neurologické poruchy, pohyblivost pacienta, chuť k jídlu, možné operace či trauma a medikaci. Škála původně nebrala v potaz dětský věk, a proto byla v roce 1992 opět Waterlowovou a Forshavovou modifikována a doplněna o další pojmy, např. v okruhu „Typ kůže v ohrožené oblasti“ bylo doplněno „Opružená“, v okruhu „Věk, pohlaví“ přibyla kategorie „Novorozenec“ a další. Jednotlivým indikátorům byly přiděleny body, přičemž platí, že čím vyšší je jejich součet, tím vyšší je riziko vzniku dekubitů (Waterlow, 2007).

- **Dětská škála pro hodnocení rizika poškození kůže – škála dle Bedi**

Vznikla rovněž adaptací škály Waterlowové v roce 1993. Bedi a kol. ji vypracovali v jedné londýnské nemocnici a vytvořili také standard pro ošetřování dekubitů u dětí. Pacient je hodnocen v jedenácti oblastech, ke kterým patří typ jeho kůže, věk, zvláštní rizika (malnutrice, kachexie, cévní onemocnění, diabetes, hypoxémie, infekce), kontinence, mobilita, přítomnost cyanózy (celkové vyšetření), neurologické problémy, medikace, chuť k jídlu a délka chirurgických zákroků. Čím vyšší je součet jednotlivých bodů, tím vyšší je riziko vzniku dekubitů (Fendrychová, 2014).

- **Škála dle Bradenové**

Bradenová a Bergstromová vytvořily v roce 1985 škálu jako součást výzkumného ošetřovatelského projektu, jehož účelem bylo vylepšení škály Nortonové pro dospělé pacienty. Základ tvořilo konceptuální schéma etiologických faktorů, mezi které patřil tlak na tkáň. Dále popsaly šest parametrů, které by mohly být rizikové a hrozí vznikem dekubitu. Quigleyová a Curleyová v roce 1996 tuto škálu modifikovaly a vytvořily tak Braden Q Scale. Respektovaly vývojové rozdíly dětského pacienta, poměrně častý výskyt podávání stravy nasogastrickou nebo transpylorickou sondou a další neinvazivní technologie používané v akutní péči na dětských odděleních. Modifikace zahrnuje

intenzitu a trvání tlaku, toleranci kůže a podpůrných struktur. Škála hodnotí pacienta v sedmi oblastech. Jedná se o pohyblivost, aktivitu, smyslové vnímání, vlhkost pokožky, tření a střížné síly, stav výživy, tkáňovou perfúzi a oxygenaci. Celkové skóre dosahuje maxima 28 bodů a riziko vzniku poškození kůže je tím větší, čím méně bodů vyjde po součtu všech položek. Obecně platí, že pokud je výsledné skóre menší jak 23 bodů, jedná se o rizikového dětského pacienta (Fendrychová, 2014).

Podle Schlüer et al se Braden Q Scale hodí pro děti starší 21 dnů a mladší 8 let (Schlüer et al., 2014).

V roce 2012 proběhla studie provedená sestrou Cassidyovou z dětského oddělení Christchurch Hospital na Novém Zélandu, která ukázala, že Braden Q Scale nebere dostatečně v úvahu potenciální dopad používaných přístrojů. Proto navrhla používat v Christchurch Hospital místo toho Glamorganskou škálu (Cassidy, 2015).

- **Glamorganská škála**

Tato škála byla vytvořena Willockovou a jejími spolupracovníky v roce 2007 na základě analýzy statistických dat získaných hodnocením dětských pacientů, které proběhlo formou dotazníků v Glamorganské univerzitní nemocnici. Otázky v dotazníku byly formulovány na základě přehledu literatury zabývající se vznikem dekubitů u dětí a dospělých a také rozsáhlou diskusí s dětskými sestrami, majícími zkušenosti s ošetřováním dekubitů. Má dvanáct rizikových faktorů, které jsou bodově ohodnoceny. Jedná se převážně o faktory týkající se pohyblivosti pacienta, povrchu, na kterém leží, anémie, výživy, hmotnosti a kontinence. Opět platí, že čím vyšší počet bodů, tím vyšší je riziko poškození kůže (Fendrychová, 2014).

Glamorganská škála jako jediná zahrnuje do hodnocení i vliv zdravotnických pomůcek (Schlüer et al, 2014).

Výzkumní pracovníci Slovenské republiky provedli průzkum hodnotících škál stanovujících riziko vzniku dekubitů. Porovnávali mezi sebou škálu Waterlowové, Nortonové a Bradenové. Škála Bradenové je dle jejich výsledků nejpoužívanější škálou pro hodnocení dekubitů v USA. Škálu Waterlowové využívají nejvíce ve Velké Británii

a Irsku. V České a Slovenské republice se hodnotí riziko vzniku dekubitů nejčastěji podle Nortonové. Výzkum probíhal od dubna do srpna roku 2014 a bylo do něj zapojeno 100 pacientů vyžadujících dlouhodobou péči. V této slovenské studii byla nejvíce validní škála Bradenové, následovaná s velmi malým odstupem škálou Nortonové a na třetím místě se umístila škála Waterlowové (Šáteková et al, 2015).

Škály pro posuzování rizik jsou velmi důležitou složkou pro správné posouzení rizika vzniku dekubitů a pro správnou ošetrovatelskou péči (Fendrychová, 2014).

1.2 Prevence dekubitů

Existují různé strategie prevence a léčby dekubitů. V ČR však neexistují jednotné postupy či standardy ošetrovatelské péče v péči o dekubity, proto každé zdravotnické zařízení používá své vlastní (Wojnarová, Jarošová, 2011). I přes veškeré snahy zdravotnického personálu může ke vzniku dekubitu dojít a proto je v průběhu léčby důležitá spolupráce mezi všemi členy multidisciplinárního týmu (lékař, nutriční terapeut, fyzioterapeut, všeobecné sestry, příbuzní pacienta).

Všeobecná sestra musí znát faktory, které jsou za vznik dekubitů zodpovědné a důsledně zhodnotit pohyblivost pacienta, stav jeho kůže, výživy, kontinenci, rizika vzniku tlaku, tření a střižných sil. Zdravotnický personál si často neuvědomuje, že vysoký věk pacienta není determinujícím faktorem.

Rizikové faktory vzniku dekubitů u dětí jsou podobné těm u dospělých, přitom stále platí, že jde o oblast poměrně neprozkoumanou. Studie z roku 2007 v nemocnici v Oak Lawn v Chicagu, zabývající se znalostmi pediatrických sester týkajícími se prevence vzniku dekubitů u dětí, odhalila, že 5 % sester považuje prevenci za ztrátu času (Butler, 2007).

U dětí se v porovnání s dospělými liší místa, kde dochází nejčastěji k poruše integrity kůže. V Royal Children's Hospital v Melbourne byla v roce 2008 provedena studie, podle které je u dětí do 3 let nejvíce ohroženou oblastí zátylek, u dětí starších pak sacrum (oblast kostrče) a paty (Jones, 2012). Závislost mezi věkem a místem

nejčastějšího vzniku dekubitů u dětí způsobuje skutečnost, že děti do 3 let věku mají větší hlavu v poměru ke zbytku těla a tudíž i jiné rozložení hmotnosti.

Dle základního doporučení National Pressure Ulcer Advisory Panel (2014) je v první řadě třeba posoudit pacienta hodnotící škálou daného pracoviště. Tento krok je nutné provést nejpozději do osmi hodin od přijetí na oddělení a opakovat jej při jakémkoliv změně zdravotního stavu pacienta a vše řádně zaznamenat do dokumentace. V případě, že zjistíme, že pacientovi hrozí riziko vzniku dekubitů, vytvoříme plán prevence a vzhledem ke skutečnosti, že možné příčiny vzniku dekubitů známe, můžeme jim i velmi dobře předcházet. Péče o pacienty musí být komplexní, koordinovaná a zahrnovat multioborovou spolupráci. Hlavní pravidlo péče o dekubity říká, že nezlepší-li se celkový stav nemocného a jeho výživa, ostatní preventivní opatření budou účinná jen velmi málo (Mikula, Müllerová, 2008). Mezi základní preventivní opatření patří:

- snížení tlaku na tkáň pacienta v predilekčních oblastech,
- blokování zevních mechanických vlivů,
- dokonalá hygiena,
- normalizace celkového stavu,
- vhodná výživa,
- organizace prevence ve zdravotnickém zařízení (Mikula, Müllerová, 2008).

NPUAP (2014) nabízí také další možnosti:

- ovlivňování mikroklimatu – speciální matrace, povlečení na matraci, odlehčovací pomůcky. Je důležité si uvědomit, že teplo zrychluje metabolismus, pacient se potí, a tím se snižuje i tolerance tkání k tlaku.
- profylaktické krytí – například vhodné použití polyuretanové pěny na kostní výčnělky.

Doporučení pro ošetřování dětského pacienta s rizikem vzniku dekubitů by se dalo shrnout do několika hesel:

- používat validní hodnotící škálu pro hodnocení rizika u dětských pacientů,
- provádět kontrolu kůže stejně jako u dospělých,
- polohovat alespoň po čtyřech hodinách, lépe po dvou

- nepoužívat jódové přípravky a gázový materiál při léčbě dekubitů u novorozenců a dětí (Neilson, 2014).

1.2.1 Snižování tlaku

Mezi nejrizikovější faktory vzniku dekubitů patří tlak působící na tkáň pacienta, proto se za klíčový úkol ošetrovatelské péče považuje jeho snížení a tím zabránění ischemii tkáně, která by vedla k nekróze. Snížit tlak můžeme několika způsoby. První představuje pasivní polohování pacienta nebo jeho vertikalizace. Pasivní polohování musí mít pravidelné intervaly a řád, které jsou stanoveny podle potřeb pacienta. Intervaly se mohou lišit od 20 minut až po 4 hodiny. Pokud pacienta ponecháme v jedné poloze 4 hodiny a po otočení zjistíme zarudnutí kůže v místě působení tlaku, je nutné intervaly polohování zkrátit.

Pro ošetrovatelský personál, ale i pro pacienta je polohování mnohdy fyzicky náročné, a proto se doporučuje využít k tomu vytvořené a v současnosti již snadno dostupné polohovací pomůcky. Ideální pomůcky musí být lehce omyvatelné a snadno obsluhovatelné. Podle způsobu ovládání se dělí na elektrické a mechanické. Elektrická polohovací lůžka jsou ve srovnání s mechanickým vhodnější, a to jak pro zdravotnický personál, tak i pro pacienta, neboť polohování je snadnější a činí tedy pacienta méně závislým na personálu – může si polohu měnit samostatně. K mechanickým pomůckám patří různé zvedáky, podložky, matrace či sedací polštáře. Moderní matrace napodobují přirozené fyziologické pohyby pacienta a opakovaně v intervalech střídají působení tlaku na tělo (Mikula, Müllerová, 2008).

Jednoznačný univerzální návod na správné polohování pacienta zatím nemáme, a tak je třeba vycházet z fyziologie pohybu a respirační mechaniky. Imobilní pacient je odkázán plně na péči zdravotnického personálu a nemůže sám změnit svou polohu, zatímco zdravý člověk mění svou pozici například ve spánku každých 10 minut, čímž předchází ischemickému poškození měkkých tkání (Tomsová, Zelená, 2014).

1.2.2 Blokování zevních mechanických vlivů

Druhé preventivní opatření představuje blokování zevních mechanických vlivů. Podmínkou je suché, dokonale upravené lůžko s měkkou antidekubitní matrací a napnutým prostěradlem bez záhybů a nerovností. Shrnuté prostěradlo nebo špatně umístěná plena mohou být příčinou atypicky uložených dekubitů, tzn. vyskytujících se v místech, kde žádné kostní prominence nejsou. Důležité je používání vhodných příkrývek, propustných pro páru (Mikula, Müllerová, 2008).

Kromě upraveného lůžka je dále nutné zajistit správnou polohu pacienta, takovou, při které nedochází ke tření tkáně o podložku a střížnému efektu. Pacienta ve zvýšené poloze je třeba zajistit proti smýkání způsobenému pomalým sjížděním dolů a v případě změny jeho polohy je nutné jej nejprve nadzvednout a teprve potom posunout výše nebo níže. Rovněž se doporučuje zajistit dostatečně vlhký vzduch v místnosti, ideální teplota by se měla pohybovat okolo 23° C. Při větrání se musí zabránit působení rozdílných teplot na dekubitus, neboť i malá změna teploty v okolí rány může negativně ovlivnit její léčbu (Mikula, Müllerová, 2008).

Další vhodnou metodu prevence představuje léčebná rehabilitace. Doporučuje se k ní přistoupit až tehdy, kdy odezní pacientovy bolesti. V opačném případě je třeba nejprve snížit bolest působením analgetik, rehabilitace poté bude mnohem účinnější. Mezi hlavní prvky rehabilitačního ošetřování patří opět polohování a vertikalizace (vysoký, podepřený sed, kdy je pacient podepřen tak, aby nesjížděl dolů, posazení na kondičním lůžku se spuštěnými bérce, nácvik stoje u lůžka a nácvik chůze). K polohování lze využít tabulky, obsahující čas, kdy má být pacient polohován a jakou polohu má zaujímat (Parnham, 2012). Dále k metodám rehabilitace patří pasivní pohyby a cvičení, aktivní cvičení a výcvik či výchova k soběstačnosti. Za tímto účelem sestra využívá zachovalých funkcí pacienta a kompenzačních pomůcek. Jedná se o chodítka, berle, francouzské hole, mechanické vozíky, koupelnové zvedáky, hrazdičky, nástavce na WC, protiskluzové podložky, podavače a obouvače ponožek. (Langová, Brabcová, 2014).

Do oblasti prevence dekubitů patří správná hygiena pacienta, zejména zabránění nepříznivého působení stolice, moči a potu na pokožku. Po každém umytí se doporučuje

pokožku důkladně vysušit vhodným způsobem, ale zároveň zamezit jejímu tření, aby nevznikla mikrotraumata a oděrky. Udržujeme ji vláčnou k tomu určenými regeneračními přípravky (krémy, lotia), které jsou snadno roztíratelné a nebrání svou barvou ani konzistencí v kontrole stavu pokožky. U dětí musíme brát v potaz také nedráždivost těchto přípravků – dětská pokožka je totiž mnohem citlivější, a tím také rizikovější (Slaninová et al, 2012).

Nezapomínáme ani na příkrývky a materiály na kterých pacient leží. Ty by měly být jemné, bavlněné a dobře prodyšné, zabraňující či minimalizující zapaření pokožky (Mikula, Müllerová, 2008).

Poslední složku komplexní prevence dekubitů tvoří promazávání, ale nikoliv masírování predilekčních míst. Trh nabízí mnoho vhodných přípravků a záleží na zvyklostech a zkušenostech daného oddělení, který z nich si vybere. Používá se například Cremor leniens, Emspoma, Excipial, Dermawed či Menalind (Jirásek, Šípková, 2010). Na základě výše uvedených poznatků se péče o pacienta neustále vyvíjí a zlepšuje.

1.2.3 Prevence dekubitů u dětí a mladistvých

Parnhamová et al. (2012) ve svém článku Pressure ulcer risk assessment and prevention in children uvádí kroky preventivních postupů u dětí:

- Při příjmu dítěte na oddělení je nutné provést vyhodnocení rizika vzniku dekubitů, a to nejlépe do dvou hodin.
- Pro ohrožené děti je nutné zavést preventivní plán, jak předejít vzniku dekubitů.
- Při každém polohování zkontrolovat pokožku a věnovat zvýšenou pozornost nejvíce rizikovým místům u dětí - zátylku, kostrči a patám. Polohování provádět v závislosti na rizikových faktorech.
- Tam, kde je polohování nemožné, zvážit použití speciálních antidekubitních pomůcek – matrací, gelových podložek a polštářků.
- U neklidných dětí dávat pozor na tření.
- U dětí starších 8 let používat posuvné podložky pro minimalizaci střihových sil.

- Žádné tvrdé předměty, jako jsou například kabely od monitorovacích přístrojů, nitrožilní kanyly, nasogastrické sondy, močové cévky nebo epidurální katetry, nesmí tlačit na pokožku.
- Sondy, permanentní močový katetr, arteriální katetr na měření tlaku a další podobné pomůcky nepřilepovat k tělu pacienta lepicí páskou. V pravidelných intervalech je nezbytné je přemísťovat.
- Potenciálním viníkem vzniku dekubitu mohou být i identifikační náramky či přívěsky (Parnham, 2012).

V případě aplikace imobilizačních prostředků – dlah, krčních límců a podobně – je třeba vyhodnotit i s nimi spojené riziko vzniku dekubitů. Podle Cameron et al. jsou imobilizovaní pacienti obzvláště ohroženi rizikem vzniku dekubitů. Špatně umístěný límec může způsobit otláčeniny na krku a ušních boltcích (Cameron et al., 2006).

1.2.4 Dětsí pacienti vyžadující speciální péči

Dětsí pacienti se speciální péčí představují nejohroženější skupinu, pokud jde o riziko vzniku dekubitů, a péče o ně je proto mnohem náročnější. Patří sem například pacienti s diagnózou spina bifida (vývojová vada páteře, kdy jde o prolaps obsahu páteřního kanálu), novorozenci, tělesně či neurologicky postižení, děti se srdečními vadami, pacienti na jednotkách intenzivní péče, s kombinovanými zdravotními vadami a děti prožívající bolest tišenou analgetiky. U dlouhodobě rizikových pacientů je kromě vlastní péče důležité edukovat zejména rodiče v prevenci vzniku dekubitů a ošetřování ran. Informace musí být podávány jasně a srozumitelně, preferuje se jejich opakování či vlastnoruční předvedení, v ideálním případě doplněné vhodnou písemnou formou, například brožurou (Mukherjee, 2010).

Dětsí pacienti s onemocněním srdce jsou náchylnější ke vzniku dekubitů z důvodu sníženého nasycení krve kyslíkem a omezení srdečního výdeje. Následující ošetrovatelské intervence, které vytvořily sestry z kardiochirurgické intenzivní péče v Massachusetts v Bostonu, mají přispět k zabránění vzniku dekubitu v perioperačním období. Patří k nim předoperační posouzení dětského pacienta, zahrnující věk, umístění na percentilovém růstovém grafu, předpokládaná doba operace a stupeň již existující

cyanózy. Perioperační pokyny zahrnují záznam o vzhledu pokožky před a po výkonu. Součástí péče v tomto období je i zajištění predilekčních míst speciální fólií nebo gelovými vycpávkami, to vše za účelem snížení působení tření a tlaku na pokožku. Pooperační péče zahrnuje umístění pacienta na antidekubitní matraci. K hodnocení rizika vzniku dekubitů využívají Braden Q Scale (Lincoln et al, 2008).

Na jednotkách intenzivní péče se doporučuje polohovat pacienta každé 2 hodiny. V průběhu operace by se měly používat antidekubitní pomůcky, které umožní rozložit hmotnost pacienta (Mukherjee, 2010). Na anesteziologicko-resuscitačních odděleních hraje důležitou roli i délka intubace dětského pacienta – pro zajištění správné ventilace je dítě omezeno v pohybu, a to zejména v oblasti hlavy. Podávaná sedativa brání spontánním změnám polohy těla, což opět přispívá ke zvýšenému riziku vzniku dekubitů.

V případech, kdy se polohování ukazuje být jako problematické – například u hemodynamicky nestabilních pacientů, u dětí s akutní respirační tísní (ARDS), u pacientů s hrozící desaturací vlivem změny polohy hlavy, nebo u pacientů s poraněním páteře – se doporučuje uložit pacienta ihned při příjmu na lůžko vybavené antidekubitní matrací a využívat i další antidekubitní pomůcky, které sníží tření, sřížné síly, působení tlaku a podporují proudění krve do tkání (Butler, 2007).

1.3 Léčba dekubitů

Léčba dekubitů je velmi náročná a nákladná. Doporučení pro léčbu pediatrických pacientů vznikaly extrapolací z dospělé populace, ale v posledních letech se prosazují nové poznatky, které vycházejí z probíhajících výzkumů (Mukherjee, 2010).

Péče vyžaduje multidisciplinární přístup a jednotlivé kroky v léčbě musí být přesně stanoveny a postupy na sebe musí logicky navazovat. V procesu hojení ran se zdravotnický personál dělí podle kompetencí a taktéž je zde nutné určit jeho zodpovědnost.

Vyhláška č. 424/2004 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v paragrafu 4, odstavci 1 říká, že sestra bez odborného

dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu, přitom zejména vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, a to i za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy). Dále hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, tj. zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných či tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility (Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 1).

Sestra tedy disponuje určitým prostorem, v rámci kterého může péči poskytovat. Problém nastává až s výběrem materiálu a přípravků použitých pro hojení ran, neboť toto patří mezi kompetence lékaře. Závisí tedy na domluvě sestry s lékařem či na zvyklostech oddělení, jak při výběru materiálů a přípravků postupovat. Všeobecná sestra v ČR není při výskytu komplikací nijak právně chráněna (Koutná, 2010; Pokorná, Mrázová, 2012).

1.3.1 Hojení ran

Hojení ran je fyziologický proces, při němž dochází k obnově porušené kůže. Jde o proces reparační, kdy je poškozená tkáň nahrazena vazivovou, která se posléze mění v jizvu (Pokorná, Mrázová, 2012).

Proces hojení prochází třemi fázemi: zánětlivou (exudativní, katabolickou), která má za úkol odstranit všechny nežádoucí složky z rány. V místě se rozvíjí zánět a často v defektu vzniká nekróza, nedovolující ráně se uzavřít, a aby došlo ke zhojení rány, je nutné nekrózu odstranit. Druhá fáze se nazývá granulační (proliferální, anabolická) a dochází během ní k neoangiogenezi a tvorbě granulační tkáně. V tomto období je kriticky důležité dodržet optimální vlhkost a teplotu tkáně. Třetí fáze se označuje jako epitelizační a jde o fázi konečnou, během níž dochází k epitalizaci rány buď od okraje směrem do středu, nebo z epitalizačních ostrůvků uvnitř rány směrem k jejímu okraji (Pokorná, Mrázová, 2012).

Pro hojení ran se jako nejvhodnější ukázalo být vlhké prostředí, které přirozeně aktivuje tkáňové enzymy, podílející se na regenerační a remodelační fázi hojení (Kantorková, 2009). Proces hojení ovlivňují různé faktory. Jedná se především o prvotní příčinu poruchy integrity kůže, věk pacienta, nutriční stav, farmakoterapii, hematologické poruchy, centrální hypoxii, hloubku, velikost, spodinu, okraje a okolí rány, mikrobiální infekci, imunitu, spánek pacienta a jeho psychický stav, jakož i přidružená onemocnění, systémovou infekci, teplotu rány a maceraci v jejím okolí. Pokorná a Mrázová (2012) ve své knize Kompendium hojení ran pro sestry uvádějí, že nehojící se rána je multioborová záležitost a představuje závažný zdravotní a ekonomický problém. Nehojící se rána má špatný vliv na psychiku pacienta i jeho rodiny (Pokorná, Mrázová, 2012).

Dekubity bývají často infikovány viry, plísněmi či bakteriemi. Nejčastěji se setkáváme s bakteriální infekcí, která odráží flóru oddělení, na kterém pacient leží. Infikovaný dekubit lze odhalit podle příznaků, především bolesti, zvýšené teploty, začervení v okolí rány, otoku, zápachu a sekrece z rány. Pokud nedojde k časnému ošetření, hrozí sepse a u vážně nemocného pacienta i smrt. Mezi nejčastější osídlení rány patří *Staphylococcus Aureus*, který se projevuje smetanově žlutým sekretem bez zápachu. Infikaci streptokokem poznáme podle žlutohnědého zapáchajícího sekretu a v ráně můžeme také najít anaerobní organismy, jako jsou například *Clostridia* (Bobál, 2012).

Efektivní diagnosticko-terapeutický postup spočívá, jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, v objektivním zhodnocení pacienta a jeho rány (Pokorná, Mrázová, 2012). Eventuální bolest, mající za následek zvýšení krevního tlaku, stresových hormonů a kortizolu a z toho plynoucí nepříznivé působení na proces hojení, musí být kontrolována a eliminována. Dále zhodnotíme (ne)přítomnost infekce, včetně možnosti provést její kultivaci. Ke každé ráně by měla být pořízena dokumentace, zaznamenávající proces jejího hojení v různých časových intervalech (Pokorná, Mrázová, 2012). Vstupní hodnocení mimo detailního popisu vlastní rány zahrnuje:

- Anamnézu rány (etiologie, lokalizace, velikost, atd.).

- Předchozí lokální terapii (včetně primárního a sekundárního krytí, tolerance nemocným atd.).
- Faktory ovlivňující hojení rány (komorbidity, abúzus – nikotinismus, kofeinismus, farmakologickou anamnézu - cytostatika, antikoagulační, apod.).
- Hodnocení nutričního stavu nemocného včetně nutriční podpory.
- Další důležitá vyšetření ve vztahu k procesu hojení rány (cévní, mikrobiologické vyšetření atd.).
- Významné terapeutické postupy ve vztahu k procesu hojení rány (kompresní terapie, fyzioterapie, fototerapie aj.).
- Informace o možné fotodokumentaci (Pokorná, Mrázová, 2012).

Neodmyslitelný krok v procesu hojení ran představuje rovněž výběr vhodného materiálu. Každý z nich má svá pozitiva, ale i negativa. Materiály jsou mimo jiné rozděleny podle jednotlivých fází hojení a podle toho, zda je rána suchá, secernující, povleklá, infikovaná a jiná. Záleží i na hloubce rány. Ne všechny materiály jsou vhodné pro děti, a proto je třeba si umět zvolit vhodný materiál, aby se léčba rány zbytečně nekomplikovala a tím neprodloužila. Vlhké hojení patří v současné době k nejpoužívanější metodě léčby ran. K němu jsou vhodné následující materiály:

- Hydrogely čisté (Askina gel, Inrasite gel, Hydrosorb gel) se používají při nekrózách.
- Hydrogely obohacené (Nu-gel, Flamigel, Flaminal, Prontosan gel) naleznou využití opět u nekróz a secerujících ran. V případě použití těchto přípravků musíme dávat pozor na maceraci v okolí rány.
- Hydrokoloidy podporují granulaci a epitalizaci a používají se při slabě až středně secernující ráně (Askina Hydro, Suprasorb A, Hydrocoll, Granuflex).
- Polyuretanové pěny, takzvané hydropolymery, (Allevyn adhesive, Polymen, Cutinova) jsou vhodné pro secernující, chronické, akutní, povrchové, ale i hluboké rány ve fázi granulace a epitalizace.
- Antiseptika (Inadine, Atrauman AG, Iodosorb mast) se používají jako prevence vzniku infekce.

- Při přítomnosti infekce v ráně přichází na řadu hydropolymer se stříbrem (Allevyn Ag).
- Pro rány se sekrecí či rány infikované a podmínované se používají takzvané kalcium algináty (Askina Sorb, Suprasorb A, Sorbalgon).
- Pro rány secernující, zapáchající, nekrotické či infikované se používají přípravky s aktivním uhlím (Carbonet, Askina Carbosorb, Actisorb Plus).
- Na rány, které jsou velmi silně infikované, a při kterých je zároveň nutné podávat i antibiotickou léčbu, se používají přípravky se stříbrem (Astrouman Ag, Algisite Ag, Askin Calgistol Af).
- Oplachy rány lze provádět Prontodermem, který je ale nesterilní, a proto se používá spíše na laváže a odstranění inkrustovaného krytí. Mezi přípravky na oplach patří i Prontosan, Dermacyn, Betadine (Pokorná, Mrázová, 2012).

Moderní antiseptické přípravky jsou jen velmi slabě toxické a oplachy a dezinfekce by mohly na tkáň působit stabilně. Při dlouhodobém používání a nedostatečné ochraně zdravé tkáň v okolí dekubitu však může docházet k maceracím. Proto by doba, po kterou tyto přípravky působí, neměla překročit dvě až tři minuty (Slaninová et al, 2012).

Základní marker pro nehojící se ránu představuje přítomnost nekrotické tkáň. Pro úspěšnou léčbu musí být nekróza odstraněna takzvanou nekrektomií. K tomu existuje několik metod, které se navzájem prolínají a lze je mezi sebou kombinovat (Čurdová, Škočová, 2014). V minulosti se nekrotická tkáň odstraňovala mechanicky manuálně za pomoci chirurgických nůžek a pinzet, nyní se čím dál častěji používají moderní metody, jako například přístroj Sonic One, který odstraňuje avitální tkáň pomocí ultrazvukových vln. Přístroj přeměňuje elektrické napětí na ultrazvukové vibrace, které rozrušují nekrotickou tkáň. Nástroj je dutý, aby do rány mohla proudit kapalina a odplavovat odstraněnou tkáň, bakterie a výpotek pryč z rány. Ošetření je díky neustálému zvlhčování minimálně bolestivé, přesto se doporučuje podat pacientovi před výkonem analgetika či přidat anestetikum do oplachového roztoku (Čurdová, Škočová, 2014).

V některých českých nemocnicích se k hojení ran využívají larvy Bzučivky zelené. Jsou vhodné na nehojící se rány, které byly povleklé a kde nepomohla chirurgická ani enzymatická léčba (Novotná, Červnovská, 2013). Léčba je bezbolestná

a má velmi dobré výsledky. Bzučivka zelená je moucha, jež v přírodě klade vajíčka do hniјících těla odumřelých živočichů. Larvy, velké asi 2 mm, se z vajíček při vhodných podmínkách líhnou již za 8 hodin a živí se mrtvou tkání následujících zhruba 5 dní (Mocková, 2012). Larvy vhodné pro léčbu se připravují za sterilních podmínek ve speciálních malých kontejnerech zhruba po 300 kusech. Přiloží se na hnisající odumřelou tkáň prostřednictvím jemné mřížky a rána se sterilně překryje vrstvou zvlhčeného a svrchní vrstvou suchého mulu a zaváže. Okraje rány (zdravá pokožka) se kryjí ochranným krémem, aby se zabránilo jejich maceraci. Larvy ránu vyčistí od nekrotické tkáně, zbaví ji mikroorganismů, a tím napomůžou hojení. K odstranění larev z rány po ukončení procesu se používá oplach fyziologickým roztokem. Od října roku 2003 jsou larvy Bzučivky zelené Vědeckou radou MZČR schváleny jako léčebná metoda a od roku 2008 léčbu larvami plně hradí zdravotní pojišťovna. Výkon je uveden kódem 13071 (537 bodů), který lze vykázat u odbornosti diabetologie a všeobecné chirurgie. Pacient musí být alespoň jeden den hospitalizovaný. Celý set pro aplikaci 300 larev stojí přibližně 3 300 Kč, menší dávka 150 larev vyjde na 2 466 Kč (Novotný, 2013).

1.3.2 Nutriční podpora

Přijímaná strava má na proces hojení ran velký vliv. Při hodnocení pacienta s dekubitem je proto nezbytné zjistit i stav jeho výživy. Za tímto účelem se kromě běžných antropometrických měření provádějí i krevní testy, u kterých se sleduje celá řada markerů. Nejdůležitější z nich je pre-albumin, který podává nejpřesnější obraz současného stavu výživy. Vedle něj můžeme hodnotit i albumin a transferin (Šteřlová, Dojčáková, 2010).

Pro zhodnocení stavu nutriční lze použít také několik za tímto účelem vytvořených škál, například Mini Nutritional Assessment (MNA), Subjective Global Assessment (SGA), Nutriční rizikový screening – Nutritional Risk Screening (NRS) a Malnutriční univerzální screeningový nástroj (MUST) (Grořová, 2012).

- **Mini Nutritional Assessment**

Tato škála byla vypracována ve Francii v roce 1994 a v ČR ji známe pod názvem Škála pro hodnocení stavu výživy. Test se skládá ze čtyř částí: antropometrických měření, hodnocení stravovacích návyků, globálního posouzení pacienta, které zjišťuje soběstačnost, mobilitu, pravidelně užívané léky, psychický stav, změny na kůži a vážná onemocnění a ze subjektivního posouzení, zabývajícího se vnímáním vlastního zdraví a výživy. Podle výsledného skóre se vyhodnocuje adekvátní stav výživy, malnutrice a vystavení riziku podvýživy. Nejdůležitější z nich je zmiňovaná informace týkající se možné podvýživy, kterou lze správnými a včasnými intervencemi podchytit a zajistit tím stabilizaci pacientovy nutrice. Tato škála by měla být používána u rizikových hospitalizovaných a u nesoběstačných pacientů (Kozáková et al, 2011).

- **Subjective Global Assessment**

Dotazníková metoda založená na anamnéze a fyzikálním vyšetření. V testu nejsou otázky hodnoceny body, spoléhá se na klinickou praxi ošetrovatelského personálu. Škála rozpozná již probíhající nutriční deficit, má ovšem problém odhalit teprve počínající problém malnutrice. Výsledné hodnocení dělí pacienty do tří kategorií. V té první se nacházejí pacienti s klinicky nevýznamnou podvýživou, kteří zhubli méně než 10 % své tělesné hmotnosti za poslední měsíc a hubnutí již dále nepokračuje. V druhé se jedná o středně závažnou podvýživu, kdy pacient zhubl o více jak 10 % a hubnutí dále nepokračuje. Třetí kategorie představuje jedince s těžkou podvýživou, kteří zhubli o více jak 10 % své hmotnosti a hubnou dále (Kozáková et al, 2011).

- **Nutritional Risk Screening**

V roce 2003 vydala The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism škálu nutričního hodnocení, nazvanou NRS2002. Používá se k předvídání malnutrice a její dotazník se skládá ze dvou částí – z primárního screeningu a stanovení rizika ze základní choroby a z její léčby. Maximální počet bodů je 6, od 3 bodů výše se jedná o nutričně rizikového pacienta (Kozáková et al, 2011).

- **Malnutrition Universal Screening Tool**

Nástroj vyvinula Britská společnost parenterální a enterální výživy. Skládá se ze tří částí. První reprezentuje hodnota BMI, druhá je zaměřena na ztrátu hmotnosti za uplynulé časové období 3 až 6 měsíců a poslední část se zabývá současným onemocněním pacienta. Hodnocení se provádí opakovaně každý týden, a čím vyšší výsledný součet bodů vyjde, tím intenzivněji je pacient postižen malnutricí (Kozáková et al, 2011).

Nechtěné zhubnutí pacienta (neboli hladovění) znamená nedostatečný příjem stravy. U hospitalizovaných pacientů zpravidla nebývá podvýživa diagnostikována včas (Kozáková et al, 2011), pacient sám o sobě nemusí pociťovat hlad, ale přesto hladoví a ztrácí na hmotnosti. Potvrdit či vyloučit tento stav lze jednoduše prostřednictvím pravidelného vážení, sledování a zapisování příjmu stravy. Proč pacient hladoví? V první řadě může za úbytek hmotnosti základní onemocnění. Mezi další potenciální důvody můžeme zařadit nemocniční stravu, která pacientovi nechutná. Pacientovi nemusí vyhovovat ani doba, kdy je jídlo podávané, nedostatek času na konzumaci stravy či nucená nekomfortní poloha při jídle. Nelze ani vyloučit situaci, kdy se pacient přijímání potravy a tekutin vyhýbá proto, aby se nemusel často přemisťovat na toaletu. Poruchy polykání a ztráta chuti k jídlu patří k dalším významným faktorům (Grofová, 2012).

Řetězení vyšetření či operace způsobuje opakované lačnění. Pacient často trpí bolestmi a nechutenstvím, způsobeným strachem z nemoci či výkonu. Pacienti v kritických stavech a se závažnou diagnózou hladoví i z důvodu zvýšeného stresu. Řešení výše uvedených potíží spočívá v individualizaci stravy, využití sippingu, parenterální výživě a podobně. Zavedení protipatření musí předcházet včasné objevení potíží (Grofová, 2012).

Nedostatečný perorální příjem lze doplnit sippingem, tj. pomalým popíjením nutričních přípravků. Mezi ně patří například Nutridrink protein nebo Cubitan. Oba přípravky se podávají po jídle nebo mezi jídly (v podobě druhé večeře či přesnídávky) a je nutné dodržet metodu, kdy pacient napřed pozře plnohodnotnou stravu a až poté

doplní nesnědenou porci doplňky. Přípravky se podávají vychlazené a popíjí se pomalu, aby se živiny lépe vstřebaly.

Nutridrink protein je vhodný i pro pacienta s pouhým rizikem vzniku dekubitů, neboť obsahuje vysoký podíl bílkovin a energie. Pacient má pít 1 až 3 lahvičky denně po dobu nejméně 14 dní. Jedna lahvička obsahuje 20 g bílkovin a 300 kcal energie, což představuje polovinu porce plnohodnotného hlavního jídla. Vyrábí se v řadě příchutí, například lesní ovoce, čokoláda, vanilka a další.

Cubitan se podává nemocnému s již vyvinutým dekubitem a je určen k podpoře jeho hojení. V jedné lahvičce se nachází zvýšené množství bílkovin, aminokyselina arginin, vitamíny a důležité stopové prvky, které podporují hojení rány. Dávkování se určuje podle stupně dekubitu. Běžně lze vypít 1 až 3 lahvičky Cubitanu denně a doporučuje se jeho užívání do doby, než dojde k úplnému zhojení dekubitu. Nabízí se ve třech příchutích – vanilka, jahoda a čokoláda (Janáková et al, 2010).

U zdravého člověka, který má dostatečný perorální příjem a dostatek svalstva a energie, zpravidla hojení ran nečiní potíže. V průběhu hojení využívá tělo své vlastní energetické a stavební složky, zejména kosterní svalstvo, které je největším dodavatelem bílkovin (Sobotka, 2010). Problém s hojením rány nastává tehdy, když má pacient nedostatečné zásoby bílkovin a energie a nejčastěji se tudíž objevuje u pacientů trpících podvýživou. V případě nedostatku energetických substrátů dochází k prodloužení hojení rány a trvalejší existence rány způsobuje u pacienta chronický systémový zánět, který může resultovat v nechutenství. Obtížně hojící se rána znamená zvýšenou zátěž pro organismus a v některých případech i ztrátu pohybu. Tím vzniká začarovaný kruh, který pokud není včas narušen, může skončit až smrtí pacienta (Sobotka, 2010).

Pacient trpící chronickou nebo obtížně se hojící ránou musí mít ve stravě dostatek energie i proteinů nejen pro udržování tělesné hmotnosti, ale i pro hojení rány. Pokud není schopen uživit se perorálním příjmem, je potřeba zvolit speciální postupy (Grofová, 2009).

Nároky na přísun vody do organismu s nehojící se ránou či dekubitem jsou vyšší než za normálních podmínek, proto se doporučuje, pokud to pacientův stav dovoluje,

vypít 30 – 35 ml tekutin na 1 kg své aktuální hmotnosti za 24 hodin. Taktéž energetické a výživové nároky se s nehojící se ránou navyšují. Lze doporučit 30 – 35 kcal na 1 kg tělesné hmotnosti a 1 – 1,5 g bílkovin na 1 kg tělesné hmotnosti, taktéž během 24 hodin (Grochalová, 2015).

2 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

2.1 Cíle práce

V diplomové práci byly stanoveny čtyři cíle. Prvním bylo zdokumentovat nejčastější poškození kůže u dětí na vybraných dětských pracovištích. Druhý cíl zjišťoval způsoby hodnocení stavu kůže a důvody nevyužívání hodnotících škál. Třetí cíl zjišťoval používané metody prevence poškození kůže u dětí. Ve čtvrtém cíli měli respondenti popsat způsoby léčby a ošetřování dekubitů na vybraných dětských pracovištích.

2.2 Průzkumné otázky

V návaznosti na cíle bylo stanoveno šest průzkumných otázek:

- Jaká jsou nejčastější poškození kůže u dětí na vybraných dětských pracovištích?
- Jakým způsobem hodnotí sestry na vybraných dětských pracovištích stav kůže a riziko vzniku dekubitů?
- Jaké hodnotící škály pro stav kůže a riziko vzniku dekubitů sestry na vybraných dětských pracovištích znají?
- Jaké hodnotící škály sestry na vybraných dětských pracovištích skutečně používají?
- Jaká preventivní opatření sestry na vybraných pracovištích používají?
- Jaké metody léčby a ošetřování dekubitů sestry na vybraných dětských pracovištích používají?

3 METODIKA PRÁCE

Pro získání potřebných dat v empirické části byly použity polostrukturované rozhovory, které probíhaly ve čtyřech záměrně vybraných českých nemocnicích. Povolení ke sběru dat bylo získáno od vrchních sester dětských oddělení a náměstkyň ošetrovatelské péče.

Rozhovor se skládal ze dvou částí. První se zabývala identifikačními údaji respondentek, celkem se jednalo o pět otázek. Druhá část rozhovorů se týkala hodnocení rizik, prevence a léčby dekubitů. Tam bylo položeno dvanáct otázek.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Vzorek respondentů tvořilo 12 cíleně vybraných sester pracujících na dětském oddělení ve třech nemocnicích. V každé z těchto nemocnic byly dotazovány tři sestry pracující zde na standardních odděleních či na jednotkách intenzivní péče. Identifikačními údaji byly délka jejich praxe, nejvyšší dosažené vzdělání, specializace, typ pracoviště a průměrný počet pacientů, o který ve službě pečují. Všechny respondenty svolily k tomu, že jejich odpovědi budou zaznamenávány a použity v rámci výzkumu této diplomové práce.

4 VÝSLEDKY PRÁCE

4.1 Identifikační údaje respondentek

| Respondentka | vzdělání | specializace | oddělení | praxe | pacienti |
|--------------|----------|--------------|----------|--------|----------|
| R1 | Bc. | ano | standard | 9 let | 7 dětí |
| R2 | SZŠ | ano | standard | 12 let | 6 dětí |
| R3 | VOŠ | ne | standard | 1 rok | 5 dětí |
| R4 | SZŠ | ano | standard | 21 let | 8 dětí |
| R5 | Bc. | ne | standard | 3 roky | 10 dětí |
| R6 | SZŠ | ano | standard | 21 let | 7 dětí |
| R7 | SZŠ | ano | standard | 37 let | 10 dětí |
| R8 | Mgr. | ano | JIP | 25 let | 2 dětí |
| R9 | VOŠ | ano | JIP | 11 let | 2 dětí |
| R10 | VOŠ - ZZ | ne | JIRP | 3 roky | 2 dětí |
| R11 | SZŠ | ano | JIRP | 15 let | 2 dětí |
| R12 | Bc. - ZZ | ne | JIRP | 5 let | 2 dětí |

Vysvětlení zkratk: R – respondentka; Bc. – bakalářské vzdělání; SZŠ – střední zdravotnická škola; VOŠ – vyšší odborná škola; Mgr. – magisterské vzdělání; ZZ – zdravotnický záchranář; JIP – jednotka intenzivní péče; JIRP – jednotka intenzivní a resuscitační péče

Nejvyšším ukončeným vzděláním pěti respondentek bylo absolvování SZŠ. Čtyři respondentky z těchto měly specializaci Dětská sestra a z nich jedna respondentka měla specializaci ARIP v pediatrii (Anestezie, resuscitace a intenzivní péče, R11). Osm respondentek mělo vysokoškolské vzdělání v oboru Všeobecná sestra nebo Zdravotnický záchranář. Pouze tři z těchto měly specializaci ARIP nebo Dětská sestra. Délka praxe respondentek byla rozdílná, od jednoho roku na pracovišti až po dobu 37 let. Výzkumný soubor je složen ze sedmi sester pracujících na standardním oddělení a pěti sester pracujících na dětském JIP, JIRP oddělení. Na standardním oddělení se

sestry starají v průměru o 7 – 8 dětských pacientů. Na JIP a JIRP pečují vždy o 2 dětské pacienty.

4.2 Přepis rozhovorů s respondentkami

Respondentka 1

Respondentka R1 má bakalářské vzdělání a specializaci Dětská sestra. Pracuje na standardním dětském oddělení 9 let a průměrně se stará o sedm pacientů.

Respondentka hodnotí stav kůže při příjmu dítěte na oddělení a taktéž každý den při večerní hygieně, popřípadě při vizitě.

Při příjmu dítěte zhodnotí i riziko vzniku poškození kůže. Žádnou škálu za tímto účelem nepoužívá. Kůži hodnotí pouze pohledem a „zdravým rozumem“ a podle toho rozhodne, zda je, či není dítě ohroženo rizikem vzniku dekubitů. Ohrožené děti dekubitem kontroluje při celkové hygieně.

Respondentka sice zná dvě škály (Nortonové a Bradenové), ale u nich na oddělení zavedené nejsou.

Mezi nejčastější poranění kůže na jejich oddělení patří intertrigo, operační rány a úrazy. Dekubity se vyskytují minimálně, jedná se o jeden či dva případy za rok, a to pouze o první stupeň dekubitu – začervenání kůže. Pokaždé je dítě přeloženo z jiného oddělení – ARO, JIP.

Respondentka každý den zapisuje stav kůže do dokumentace. Pokud má pacient kůži poškozenou, zapisuje velikost rány a popřípadě také známky infekce. Ránu hodnotí opět pouze pohledem, v některých případech ránu i změří či vyfotí k porovnání s odstupem času.

Na otázku, jakým způsobem a kam informace o ráně zapisuje, odpovídá, že zaznamenává problém do dekurzu, neboli denního hlášení sester, a tvoří ošetřovatelské diagnózy. Do dokumentace zapíše čas, kdy ránu hodnotí, a slovy popíše, jak rána vypadá.

U dětí hodnotí rovněž stav nutriční, a to při příjmu a změně zdravotního stavu. V interní síti mají flexibilní formuláře, kam vyplňuje výšku, hmotnost a obvod paže

dítěte, ten následně vypočítá hodnoty nutriční. Dle výsledku respondentka volá nutričního terapeuta.

Standard zabývající se prevencí a léčbou dekubitů mají na oddělení v tištěné podobě a lze ho najít i na interní síti v počítači.

V případě rizika vzniku dekubitů respondentka edukuje o této problematice rodiče, vysvětluje jim problém a učí je dítě polohovat.

Vlastní léčbu ran přenechávají lékaři, který sám určí, čím se bude rána krýt. Nejčastěji využívají vlhké hojení. V případě potřeby svolají lékařské konzilium z kožního oddělení.

Jako prevenci vzniku dekubitů na oddělení používají antidekubitní matrace, polohovací lůžko, pomůcky z molitanu a kuličkového mikrogranulátu a pacienta dostatečně hydratují.

Respondentka 2

Respondentka pracuje na standardním dětském oddělení 12 let. Vystudovala SZŠ s maturitou a má specializaci Dětská sestra. Pečuje většinou o 6 pacientů současně.

Aktuální stav kůže hodnotí při příjmu dítěte na oddělení. U kojenců a batolat hodnotí každý den při koupeli, u větších dětí pouze při příjmu nebo při zhoršení jejich zdravotního stavu.

Při příjmu hodnotí riziko vzniku poškození kůže pouze pohledem. Na oddělení nepoužívají žádnou škálu pro hodnocení rizika vzniku poškození kůže.

Respondentka ani žádnou vhodnou škálu nezná.

Mezi nejčastějšími poškozeními kůže na jejich oddělení vyjmenovává v první řadě úrazy, infekce kůže a operační rány. Dekubity se u nich dle jejích slov vůbec nevyskytují.

Stav kůže hodnotí pouze pohledem, u ran si všímá barvy, velikosti a známek infekce.

Informace o poškození kůže zapisuje respondentka do denního hlášení sester, kam píše čas a popíše, jak rána v daný okamžik vypadá.

Stav nutrice hodnotí u všech dětí, ne jen u těch s poškozením kůže. Využívá flexibilních formulářů na interní síti nemocnice, kde se vše zapíše do grafů a vyhodnotí se riziko. Podle výsledné hodnoty volá dietní sestru.

Standard zabývající se dekubity mají na oddělení v tištěné podobě i v elektronické na intranetu.

Edukaci rodičů o prevenci vzniku dekubitů provádí pouze u některých hospitalizovaných dětí. Respondentka tvrdí, že dítě zvládá polohovat sama a rodiče by narušili její systém.

Léčbu rány přenechává na lékaři oddělení či na kožním lékaři, sama se do léčby nezapojuje, plní pouze příkazy lékaře. K léčbě využívají nejčastěji vlhké hojení.

K prevenci vzniku dekubitů respondentka používá antidekubitní matraci, polohování a dostatečnou hydrataci pacienta.

Respondentka 3

Třetí respondentka vystudovala VOŠ a specializaci Dětské sestry zatím nemá. Pracuje na standardním oddělení 1 rok a průměrně se stará o 5 dětí.

Stav kůže hodnotí při příjmu dítěte na lůžko a také každý den při večerní hygieně.

Riziko vzniku poškození kůže zjišťuje při příjmu dítěte. Na dotaz, zda ještě někdy přehodnocuje riziko poškození kůže, odpověděla, že ne, že to není potřeba. Kůži kontroluje pohledem.

Žádnou škálu pro hodnocení rizika vzniku poškození kůže běžně nepoužívá, ale je s ní obeznámená a umí pracovat se škálou Nortonové. Jiné škály nezná.

Na jejich oddělení se vyskytují nejčastěji poranění kůže z důvodu operační rány, úrazu, popálenin či opařenin. O dekubitus zatím na oddělení nepečovala.

Poškozenou kůži hodnotí pohledem, změří velikost rány popřípadě její hloubku, hodnotí spodinu rány a její okraje.

Všechny získané informace o vzhledu rány a o čase vzniku spolu se slovním popisem zapisuje do denního dekurzu dítěte.

Hodnocení stavu nutrice provádí pouze u rizikových dětí, které rozezná pohledem během příjmu na oddělení. Pro hodnocení využívá flexibilní formulář dostupný z interní sítě v počítači. Podle výsledku informuje nutričního terapeuta.

Standard péče je respondentka schopna ukázat v písemné formě, kterou mají k dispozici na oddělení. Zmiňuje, že je k nalezení i na interních stránkách nemocnice, ale neví přesně kde.

Edukaci rodičů o prevenci vzniku dekubitů provádí ústně a její součástí tvoří i výuka rodičů v polohování dítěte. Rodičům také doporučuje přípravky na promazávání predilekčních míst (Linovera nebo Empsoma), které mají dostupné na oddělení.

Léčbu ran přenechává lékaři, sama plní pouze jeho ordinace. Nejčastěji zde používají vlhké hojení ran.

Na pracovišti používají jako prevenci vzniku dekubitů antidekubitní matrace, polohování (po 2 hodinách přes den, po 3 hodinách v noci), v případě nutnosti zavedou polohovací plán. Predilekční místa preventivně ošetřují ochrannými roztoky.

Respondentka 4

Čtvrtá respondentka pracuje na standardním dětském oddělení u větších dětí již 21 let. Vystudovala SZŠ s maturitou v oboru Dětská sestra. V průměru se stará o 8 pacientů.

Stav kůže u dětí hodnotí vždy při příjmu na oddělení a dále dle vyvíjejícího se zdravotního stavu pacienta.

Riziko vzniku poškození kůže stanovuje, nepoužívá však žádné hodnotící škály, neboť na oddělení nemají žádné zavedené.

Kůži hodnotí pouze pohledem a riziko určuje podle vlastního úsudku.

Žádné škály pro hodnocení rizika vzniku poškození kůže respondentka nezná. Na otázku, co jí říká například škála Nortonové, Bradenové, Waterlowové, respondentka nereaguje, neví, že se jedná o škály hodnotící riziko vzniku dekubitů.

Nejčastější poškození kůže na jejím oddělení představují ekzémy v typické lokalizaci v loketní a podkolení jamce, rány způsobené sebepoškozováním, úrazy a operační rány. Dekubitus se u nich na oddělení nevyskytuje

Poškození kůže zapisuje nejprve do denního dekurzu dítěte, kam píše typ poškození, zda jde o ekzém, začervení kůže nebo operační ránu. Následuje vypsání zvláštního dokumentu, kde ránu detailněji specifikuje.

Při příjmu na oddělení lékař hodnotí stav nutrice u každého pacienta pomocí BMI indexu. Sestry v případě, že se BMI nalézá pod normální hodnotou, volají nutričního terapeuta. Jedenkrát za týden, pokud je dítě hospitalizované déle než 14 dní, nutriční terapeut přichází zkontrolovat a naplánovat stravu rizikového pacienta.

Na standardním oddělení větších dětí nemají dostupný standard zabývající se prevencí a léčbou dekubitů. Mají ho k dispozici pouze na jednotce intenzivní péče, odkud si ho mohou v případě potřeby vyžádat.

Edukaci rodičů či dětí v prevenci vzniku dekubitů respondentka neprovádí. Odpovídá: „Pokud přijde ležící dítě z domácí péče, rodiče vědí lépe než sestry, jak se o dítě starat, a nepotřebují další informace. Doma jim také dekubitus nevznikl.“ Jedná-li se o dítě, u kterého se změnil zdravotní stav a nyní musí ležet, provádí veškerou prevenci sestra sama a rodiče do péče nezahrnuje. Tvrdí, že nemá čas je příslušně edukovat, a že péče o daného pacienta probíhá rychleji, pokud si ji sestra provádí sama.

Léčbu ran přenechávají lékaři. Pokud potřebují ošetřit ránu, volají staniční sestru z jednotky intenzivní péče a ta se o ni postará, například převazem dle ordinace lékaře. V případě, že staniční sestra není k dispozici, o ránu pečuje lékař, sestra pouze asistuje.

Respondentka využívá k prevenci vzniku dekubitů polohování po 2 hodinách a to u všech dlouhodobě ležících pacientů a antidekubitní pomůcky – matraci a antidekubitní podložku pod paty. Predilekční místa promazává Menalindem.

Respondentka 5

Respondentka pracuje 3 roky na standardním oddělení větších dětí. Vystudovala bakalářský stupeň vysoké školy. V současné době studuje specializaci Dětská sestra. V průměru pečuje o 10 dětských pacientů.

Stav kůže hodnotí u každého dítěte při příjmu na oddělení a při večerní hygieně. V případě předpokládané hospitalizace delší jak dva dny, změně zdravotního stavu – po

několika hodinové operaci, úrazu páteře, u fyzicky i psychicky postižených dětí a dalších diagnózách, které dítě nutí ležet na lůžku, stav kůže přehodnocuje.

Riziko vzniku poškození kůže hodnotí podle Nortonové, kterou si její nemocnice přizpůsobila i pro použití pro dětské pacienty. Dále zjišťuje i míru soběstačnosti daného dítěte, jež v případě změny zdravotního stavu přehodnocuje. Kůži dítěte při večerní hygieně kontroluje pohledem.

Respondentka zná kromě Nortonové i škálu Bradenové a Waterlowové, pracovat s nimi ale moc neumí.

Nejčastějším poškozením kůže na jejich pracovišti jsou operační rány a rány vzniklé úrazem. S dekubitem se již na oddělení několikrát setkala, vyskytuje se v průměru u tří dětí ročně. Většinou však vznikají na jiném pracovišti, ve většině případů se jednalo o děti přeložené z anesteziologicko-resuscitačního oddělení, pouze jednou se setkala s dekubitem v krajině křížové po šestihodinové operaci.

Poškození kůže způsobené operační ránou či ránou vzniklou úrazem, které se hojí per primam, hodnotí pouze pohledem. Jedná-li se o ránu hojící se per sekundam změřjí její rozměry, zhodnotí hloubku, spodinu a okraje a ránu vyfotografuje do dokumentace. O získaných informacích informuje lékaře. Stupeň dekubitu vyhodnotí dle Torrance a vše nahlásí do systému v interní síti jako mimořádnou událost.

Záznamy o ráně zapisuje do denního hlášení sester. Jedná-li se o dekubitus, zaznamenává vše do zvláštního dokumentu a nahlásí mimořádnou událost.

Stav nutriční hodnotí dle obvodu paže dítěte. Hodnota je porovnávána s percentilovým grafem. Pokud je nižší než desátý percentil, volá na oddělení dietní sestru. Ta od tohoto okamžiku přebírá péči o výživu pacienta.

Standard zabývající se prevencí a léčbou dekubitů na oddělení mají, respondentka je schopna jej ukázat. Kromě toho je umístěn na interní počítačové síti, kde ho respondentka taktéž umí najít.

Edukaci rodičů v prevenci vzniku dekubitů provádí pouze tehdy, pokud jsou rodiče u hospitalizovaného pacienta přítomni. Rodiče jsou po edukaci schopni pacienta polohovat a promazávat mu predilekční místa, respondentka v případě potřeby pouze

dohlíží či pomáhá při polohování a hygieně pacienta. Během své služby jednou zkontroluje stav kůže dítěte.

Při léčbě dekubitu 1a. dle Torrance používá respondentka kromě polohování také Linoveru na prokrvení postiženého místa. Pokud je dekubitus 2. stupně, využívá Flamigel nebo Flaminal a místo sterilně kryje, ránu dezinfikuje Betadinem. Vše řádně zapíše do dokumentace a informuje lékaře.

Pokud respondentka vyhodnotí pacienta jako ohroženého vznikem dekubitů, využívá antidekubitní podložku pod záda a sacrum a antidekubitní botičky pod paty pacienta. Pacienta pravidelně polohuje po 2 hodinách ve dne, v noci po 3 - 4 hodinách podle zdravotního stavu dítěte. Predilekční místa promazává Menalindem.

Respondentka 6

Respondentka pracuje na standardním oddělení 21 let. Vystudovala SZŠ v oboru Dětská sestra. Běžně se stará o 7 dětských pacientů.

U všech dětí při příjmu zhodnotí aktuální stav kůže. Při večerní hygieně hodnotí všechny pacienty, u kterých se na základě praxe domnívá, že jsou riziková.

Riziko vzniku poškození kůže hodnotí pouze pohledem a na základě vlastního úsudku.

Žádnou škálu na oddělení nepoužívají.

Respondentka žádnou škálu nezná. Při opakovaném dotazování a nápovědě si respondentka vzpomněla na škálu Nortonové a Bradenové.

Na oddělení se nejčastěji setkává s ekzémy, operační ránou, úrazy a se zraněními způsobenými sebepoškozováním. Dekubitus se u nich nevyskytuje.

Pokud se jedná o operační ránu, hodnotí ji pouze pohledem. Jde-li o ránu vzniklou sebepoškozením, ránu změří a zhodnotí její okraje.

Získané informace o vzniklé ráně (ne operační) zapíše respondentka do dekurzu dítěte a vystaví speciální dokument týkající se péče o ránu, kde ji do detailu popíše.

Stav nutriční respondentka nehodnotí. Při příjmu dítěte vyhodnotí lékař BMI index a pokud se nachází v hodnotách pod normou, respondentka volá nutriční terapeutku,

kteřá jednou tředně dochází na oddělení přehodnotit stav nutriče a upravit případně výživu pacienta.

Na oddělení nemají standard zabývající se prevencí a léčbou dekubitů. Lze ho však najít na jednotce intenzivní péče. Ani na interní síti ho není schopna respondentka najít.

Edukaci rodičů neprovádí, neboť se zvládá o všechny pacienty postarat sama a rodiče by ji pouze zdržovali od práce.

Léčbu ran přenechává plně na lékařích či na staniční sestře jednotky intenzivní péče, kterou si v případě nutnosti může kdykoliv zavolat.

Pokud prohlásí pacienta za rizikového, využívá všech dostupných antidekubitních pomůcek a zavádí polohování ve dvouhodinových intervalech přes den, v noci pak po 4 hodinách. Na predilekčních místech provádí promazávání a vypodložení antidekubitními pomůckami (antidekubitní matrace, botičky, kolečka).

Respondentka 7

Respondentka vystudovala SZŠ ve studijním oboru Dětská sestra. Pracuje na standardním oddělení 37 let a pečuje v průměru o 10 dětí.

Stav kůže hodnotí vždy při příjmu dítěte, když vypisuje ošetřovatelskou anamnézu a následně průběžně během služby.

Riziko vzniku poškození kůže hodnotí pohledem a využívá škálu Nortonové. Respondentka zná také škálu Bradenové.

Na oddělení se vyskytují nejčastěji poškození kůže z důvodu úrazu, odřenin, operační rány, tržné rány. Dekubitus mívají maximálně dvakrát do roka. Pokaždé ale vznikl na jiném oddělení. Jedná se o překlad z anesteziologicko- resuscitačního oddělení či jednotky intenzivní péče.

Poškození kůže v případě operační rány respondentka hodnotí pohledem. Jedná-li se o ránu vzniklou úrazem či hojící se per sekundam tak ránu změří a zhodnotí její barvu, okraje a spodinu. Dekubity hodnotí podle Torrance. Popřípadě ránu vyfotografuje do dokumentace.

Poškození kůže zapíše do denního dekurzu dítěte a do speciálního tiskopisu pro hodnocení rány, následně vypíše mimořádnou událost.

Stav nutrice hodnotí u každého dítěte přijatého na oddělení. Podle zdravotního stavu a délky hospitalizace ho přehodnocuje. Stav nutrice zjišťuje podle obvodu paže, který zanesse do grafu a pokud se hodnota nachází pod 10. percentilem volá dietní sestru. Ta následně přebírá péči ve výživě o toto rizikové dítě.

Na oddělení mají standard zabývající se prevencí a léčbou dekubitů v tištěné podobě a na interní počítačové síti. Respondentka ví, kde tento standard nalezne.

Edukaci rodičů o prevenci vzniku dekubitů provádí pokaždé u rizikových hospitalizovaných dětí. Vysvětluje jim důležitost polohování a promazávání predilekčních míst. Poskytne jim Linoveru na promazávání a názorně ukáže, jak dítě polohovat. Následně pouze kontroluje stav kůže u dítěte. Popřípadě pomáhá rodičům při polohování a hygieně.

Při ošetřování ran využívá vlhké hojení, kdy používá Flamigel nebo Flaminal a sterilní krytí, popřípadě mastný tyl, aby se krytí nepřichytilo k ráně. Rány oplachuje Prontosanem nebo dezinfikuje Betadine roztokem.

Respondentka používá antidekubitní podložky, molitanové věnečky pod paty, antidekubitní botičky a Askina gel na paty a sacrum.

Respondentka 8

Respondentka absolvovala magisterské studium a získala specializaci Dětská sestra v oboru resuscitační péče. Pracuje na JIP 25 let a v průměru se stará o dvě, maximálně tři děti.

Stav kůže hodnotí vždy při příjmu dítěte na oddělení a několikrát v průběhu pracovní směny.

Pro hodnocení rizika vzniku poškození kůže používá škálu Nortonové, která je upravená nemocnicí pro dětské pacienty. Kůži kontroluje pohledem.

Respondentka zná škály Waterlowové a Bradenové, není s nimi ale blíže seznámena a neumí s nimi pracovat.

Nejčastější poškození kůže vyskytující se na JIP jsou operační rány, rány po drénech, stomie, rány vzniklé úrazem, sebepoškozováním i suicidním chováním, nebo hrudním sáním. Dekubitus se vyskytuje v průměru dvakrát za půl roku, v nadpoloviční většině se jedná o překlad z anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Pokud dekubitus vznikl u nich na oddělení, jednalo se o pacienty po dlouhých těžkých hodinových operacích, nebo po závažných úrazech.

Ránu hodnotí respondentka pohledem a využívá měřicí techniky. Jedná-li se o operační rány nebo o menší rány vzniklé úrazem, hodnotí je pouze pohledem, zda se hojí per primam. Pokud je rána rozsáhlejší, hojící se per sekundam, nebo se jedná o dekubitus, ránu změří, zhodnotí její velikost, zápach, hloubku, spodinu rány a její okraje. K hodnocení využívá stupnice podle Torrance.

Všechny získané informace o ráně zaznamená do denního dekurzu a do speciální listiny – péče o dekubity a kožní defekty. Pokud došlo k poškození kůže na oddělení, hlásí mimořádnou událost přes interní síť nemocnice.

Při příjmu dítěte na oddělení zhodnotí stav jeho nutrice. Pokud se jedná o překlad pacienta ze standardního oddělení po operacích, informace má zjištěné a popřípadě i zajištěnou nutriční terapeutku. Pokud je dítě přijato akutně na JIP, zjišťuje jeho BMI a měří obvod paže. Pokud je jedna z hodnot nižší, volá nutriční terapeutku, která přebírá po domluvě s lékaři péči o výživu pacienta.

Standard zabývající se prevencí vzniku dekubitů mají na oddělení k dispozici v tištěné podobě a taktéž na intranetu nemocnice. Respondentka ví, kde ho nalezne.

Edukaci rodičů v prevenci vzniku dekubitů provádí velmi často. Záleží na diagnóze pacienta a na schopnostech rodičů, zda péči o pokožku v době návštěv přebírají sami, nebo zda jim respondentka pomáhá. Rodiče seznamuje s polohováním, promazáváním predilekčních míst, postupnou mobilizací a úpravou lůžka. Pokud jsou takto rodiče zapojeni do péče o své dítě, mají radost, že mu mohou v této těžké situaci nějak pomoci.

Každou ránu nejprve nahlásí lékaři. Ten ji zhodnotí a vše zapíše do dokumentace. K léčbě a k ošetřování poškozené kůže využívají Mepilex, vlhké hojení ran (Flamigel, Flaminal + sterilní krytí), mastný tyl. K velmi velkým poraněním využívají VAC systém. Pro dezinfekci rány využívají Betadine roztok nebo Prontosan gel a roztok.

Proti vzniku dekubitu používají polohování v pravidelných intervalech podle zdravotního stavu, antidekubitní podložky, Linoveru na promazávání predilekčních míst, pravidelnou hygienu, upravené lůžko a edukaci rodičů.

Respondentka 9

Respondentka vystudovala VOŠ a má specializaci Dětská sestra. Pracuje na JIP 11 let.

Aktuální stav kůže hodnotí při přijetí dítěte na lůžko a minimálně dvakrát v průběhu dvanáctihodinové pracovní směny.

Riziko poškození hodnotí u všech dětských pacientů pohledem a pomocí upravené škály Nortonové. Umí také pracovat se škálou Waterlowové.

Na oddělení se nejčastěji vyskytují operační rány, rány vzniklé úrazem či po autonehodách, rány po drénech či hrudním sání, opruzeniny, popřípadě i rány po sebevražedných činech. Dekubitus se na oddělení vyskytuje pětikrát do roka, především u dětí přeložených z resuscitační péče, ale již se setkala i s dekubitem vzniklým u nich na oddělení. Děti, u kterých vznikl dekubitus přímo na oddělení, byly po velmi těžkých onkologických operacích či po autonehodách a jiných vážných úrazech.

Respondentka ránu nejprve zhodnotí pohledem a potom ji změří. Pokud se nejedná o nehojící se ránu či dekubitus nebo ránu vzniklou suicidním chováním, dále ji již nehodnotí. Je-li poškození kůže způsobené dříve uvedenými mechanizmy, zhodnotí jeho okraje, barvu, zápach, spodinu, velikost a hloubku.

Zápis o ráně provádí do dekurzu dítěte a do speciálního záznamu o dekubitech a kožních defektech. Pokud se jedná o dekubitus, vše nahlásí pomocí interní sítě jako mimořádnou událost.

U každého dítěte přijatého na JIP hodnotí nutriční pomocí BMI a podle obvodu paže. Pokud je obvod paže pod hodnotou 10. percentilu, volá nutriční terapeutku. Dietní sestra nadále po domluvě s ošetřujícím lékařem přizpůsobuje stravu dětského pacienta.

Respondentka ví, kde nalezne standard zabývající se prevencí a léčbou dekubitů. Mají ho na oddělení v tištěné podobě a na interní síti nemocnice.

Edukaci rodičů v prevenci vzniku dekubitů provádí vždy, když to dovoluje zdravotní stav dítěte a rodiče by zvládali péči o pokožku. Informuje je o nutnosti

polohování dítěte a seznamuje je s polohovacím plánem. Vysvětluje jim a ukazuje, co jsou predilekční místa a jak je vypočkládat antidekubitními pomůckami, a poskytne jim Linoveru pro promazávání těchto míst. Pokud pacient může být mobilizován, s rehabilitační sestrou ukazují rodině, jakou rehabilitaci s ním mohou provádět. Dále je upozorňuje na nutnost úpravy lůžka, to znamená, aby nebylo vlhké a shrnuté.

Léčbu dekubitu prvního stupně zahajuje sama vlhkým hojením. Jedná-li se o poškození druhého či třetího stupně, informuje lékaře a teprve poté zahajuje léčbu rány. K tomu využívá již zmíněné vlhké hojení (Flamigel, Flaminal + sterilní krytí), Mepilex, mastný tyl. Jde-li o velké poranění kůže a tkání, využívají VAC systém. Rány dezinfikují Betadine a Prontosan roztokem.

Z antidekubitních pomůcek využívají kolečka pod paty, lokte či hlavu, gelové podložky pod sacrum, dekubu, antidekubitní polštáře, polohování podle plánu a stavu dítěte, pravidelnou hygienu, dostatečnou hydrataci dítěte.

Respondentka 10

Respondentka vystudovala VOŠ, obor zdravotnický záchranář. O jinou specializaci zatím nemá zájem. Pracuje 3 roky na JIRP a v průměru se stará o dva pacienty.

Při příjmu každého dítěte zhodnotí aktuální stav kůže. Následně kůži hodnotí i při polohování pacienta, které probíhá každé dvě hodiny.

Riziko vzniku poškození kůže respondentka hodnotí pohledem, žádnou hodnotící škálu na oddělení nepoužívá.

Respondentka nezná žádnou škálu zabývající se rizikem vzniku dekubitu u dětských pacientů. Po dalším dotazování si vzpomněla na škálu Nortonové.

Mezi nejčastěji se vyskytující poškození kůže na JIRP udává rány po úrazech, invazivních vstupech a po těžkých operačních výkonech. Dekubitus se na oddělení vyskytuje přibližně pětkrát během půl roku a objevuje se nejčastěji u dětí ohrožených na životě nebo v kritických stavech.

Poškození kůže hodnotí v první řadě pohledem a pohmatem, dále měří vzniklou ránu, přičemž hodnotí velikost, hloubku, spodinu a okraje rány. Respondentka

vyjmenovala stupně poškození kůže, které odpovídají klasifikaci dle Torrance, ale neví, že se takto jmenuje.

Poškození kůže zaznamenává do dekurzu dítěte. Jedná-li se o dekubitů, vystaví speciální formulář pro hodnocení dekubitů.

Stav nutrice hodnotí podle BMI indexu a obvodu paže. Pokud je jedna z hodnot nižší než tabulková, volá nutričního terapeuta a ten ve spolupráci s lékařem upravuje výživu dítěte.

Standard zabývající se prevencí a léčbou dekubitů mají na oddělení. Respondentka je s ním dobře seznámena a ví, kde ho nalezne ve formě tištěné i elektronické na interní síti nemocnice.

Edukaci rodičů provádí, pokud to dovolí zdravotní stav dítěte. Jedná-li se o děti v kritickém stavu, edukaci rodičů neprovádí a celou ošetrovatelskou péči provádí sama. V případě dítěte schopného manipulace edukuje rodiče o potřebě polohování, úpravy lůžka, zvýšené hygieny, promazávání a kontroly predilekčních míst a využívání vhodných antidekubitních pomůcek.

Léčbu ran přenechává lékaři vzhledem k zdravotnímu stavu dítěte. Z léčebných prostředků využívá vlhké hojení ran, Flamigel a Flaminal. U vážných poranění přichází do úvahy VAC systém.

Na oddělení mají všechna lůžka vybavena antidekubitními matracemi, které doplňují antidekubitní botičky, kolečka pod paty, lokte a hlavu. Každého pacienta pravidelně polohuje po dvou hodinách a podle aktuálního zdravotního stavu promazává predilekční místa. V průběhu celé směny věnuje pozornost kůži pacienta.

Respondentka 11

Respondentka vystudovala SZŠ v oboru Všeobecná sestra. Má specializaci ARIP (anesteziologická resuscitační péče) v pediatrii. Pracuje 15 let na dětské JIRP. V průměru se stará o dva pacienty.

Aktuální stav kůže dítěte hodnotí při jeho příjmu na oddělení a několikrát během denní služby v průběhu polohování.

Respondentka hodnotí riziko poškození kůže pohledem a pohmatem. Žádnou škálu nevyužívá, na oddělení není žádná škála dostupná.

Respondentka zná škálu Nortonové, Bradenové a Waterlowové a umí s nimi pracovat.

Mezi nejčastější poškození kůže na JIRP patří rány po úrazech, zejména autonehodách a invazivních vstupech – drény, hrudní sání, operační rány. Dekubitus se na oddělení vyskytuje přibližně pětkrát během půl roku u pacientů kriticky nemocných, po vážných úrazech či těžkých operačních výkonech.

Ránu hodnotí pohledem a změří její velikost, hloubku. Kontroluje také spodinu a okraje rány a hodnotí i její barvu, zápach, případně sekreci. K hodnocení dekubitů využívá stupnici dle Torrance.

Veškeré zjištěné informace respondentka zapisuje do denního dekurzu dítěte a do speciálního dokumentu. Zapiše čas hodnocení a do detailu ránu popíše tak, aby se daly sledovat její změny – jak vývoj k lepšímu, tak k horšímu.

Respondentka hodnotí stav nutrice dítěte podle obvodu jeho paže, neboť BMI nelze často přesně zjistit. Při příjmu dítěte nelze výšku a hmotnost aktuálně zjistit, tyto informace má pouze od rodičů či dítěte. Dále ve spolupráci s lékařem hodnotí stav nutrice podle laboratorních nutričních parametrů, zjišťovaných rozbořem krve pacienta.

Standard zabývající se prevencí a léčbou dekubitů mají na oddělení v tištěné podobě a dále ho lze nalézt v elektronické podobě v interní síti nemocnice.

Edukaci rodičů příliš často neprovádí, z důvodů komplikovaného zdravotního stavu dětí. Pokud začíná dítě mobilizovat, edukaci provádí. Rodiče seznamuje s polohováním, rehabilitací, promazáváním predilekčních míst, hygienou dítěte, úpravou lůžka a používáním antidekubitních pomůcek.

V případě výskytu dekubitu I. nebo II. stupně přenechává léčbu ran sestře-specialistce v této oblasti. Léčbu závažnějších ran mají v kompetenci ARO lékaři. K léčbě využívají vlhké hojení (Flamigel, Flaminal), ránu dezinfikují Betadinem nebo Prontosanem. U vážných poranění a ran s nekrózou využívají VAC systém.

K prevenci využívají antidekubitní matrace a podložky, kolečka pod hlavu a lokte, podložky Dekuba. Dítě polohuje dle potřeby většinou po dvou hodinách, dbá na

zvýšenou hygienu, úpravu lůžka, výživu a hydrataci dítěte a zvýšenou péči věnuje predilekčním místům.

Respondentka 12

Respondentka vystudovala bakalářský stupeň na vysoké škole v oboru Zdravotnický záchranář. Specializaci ARIP ani Dětská sestra dle jejich slov nepotřebuje a nebude si je dodělávat. Na oddělení dětské JIRP pracuje 5 let. V průměru se stará o dva pacienty.

Stav kůže hodnotí respondentka při příjmu dítěte na oddělení a při každém předávání služby. V průběhu polohování věnuje zvýšenou pozornost predilekčním místům.

Riziko poškození kůže hodnotí pouze pohledem a na oddělení není dostupná žádná hodnotící škála.

Respondentka zná dvě škály, konkrétně Nortonové a Bradenové.

Nejčastějším poškozením kůže vyskytujícím se u pacientů na dětské JIRP jsou úrazy, operační rány, rány po invazivních vstupech, po suicidním chování a popáleniny. Dekubity se na oddělení také vyskytují, jedná se v průměru o čtyři za půl roku u dětí ve vážném zdravotním stavu.

Poškození kůže u dětí hodnotí respondentka vizuálně, změří hloubku a velikost rány. Pohledem zjišťuje zbarvení, sekreci, kontroluje spodinu a okraje rány. Stupeň dekubitu hodnotí podle Torrance.

Všechny získané informace o ráně zapisuje respondentka spolu s časem hodnocení do denního dekurzu dítěte, zároveň vypíše speciální dokument pro záznam dekubitů a nahlásí vznik dekubitu jako nežádoucí událost prostřednictvím interní počítačové sítě.

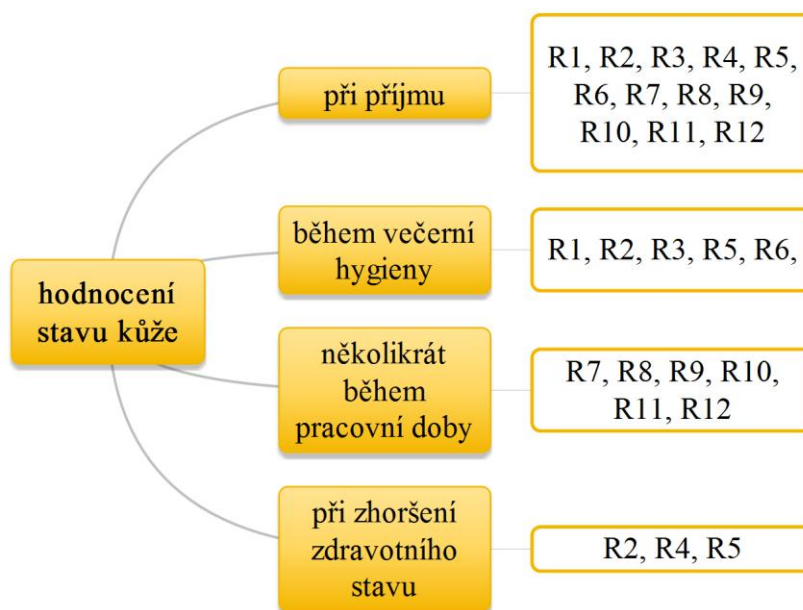
Stav nutriční hodnotí respondentka dle obvodu paže dítěte. Lékař hodnotí stav nutriční v závislosti na laboratorních výsledcích. Na základě nich se v případě potřeby zahajuje léčba malnutriční.

Edukaci rodičů respondentka neprovádí vzhledem k obtížnému zdravotnímu stavu dětí. Péči o dětské pacienty zvládá sama.

Léčbu ran zahajuje ve spolupráci se sestrou specializovanou na rány, případě s lékařem. Na oddělení využívají vlhké hojení (Flamigel, Flaminal), nekrektomii, případně VAC systém.

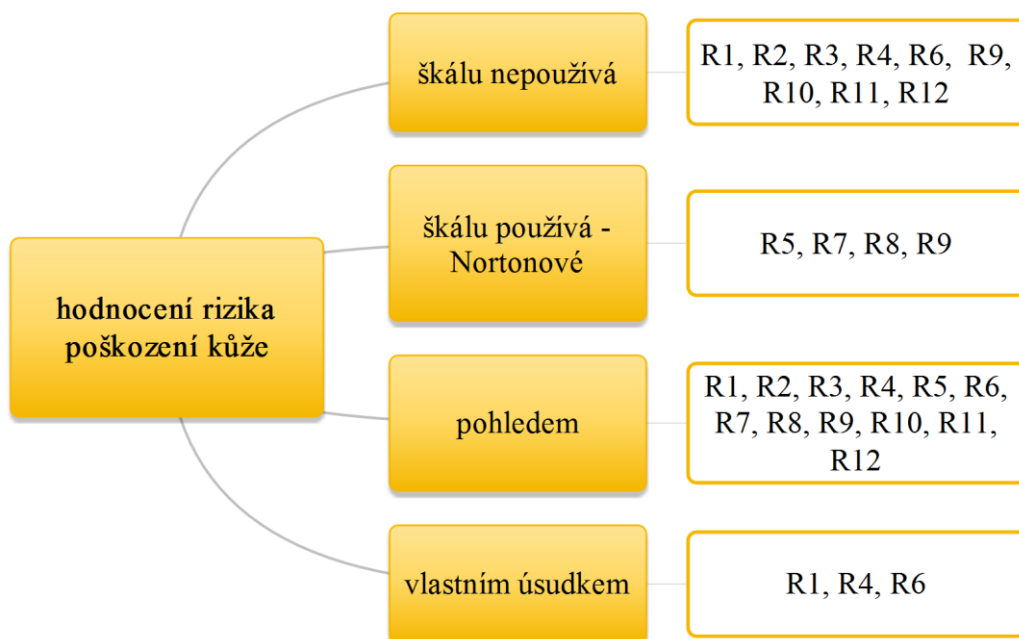
4.3 Výsledky rozhovorů se sestrami

Schéma 1 Hodnocení stavu kůže



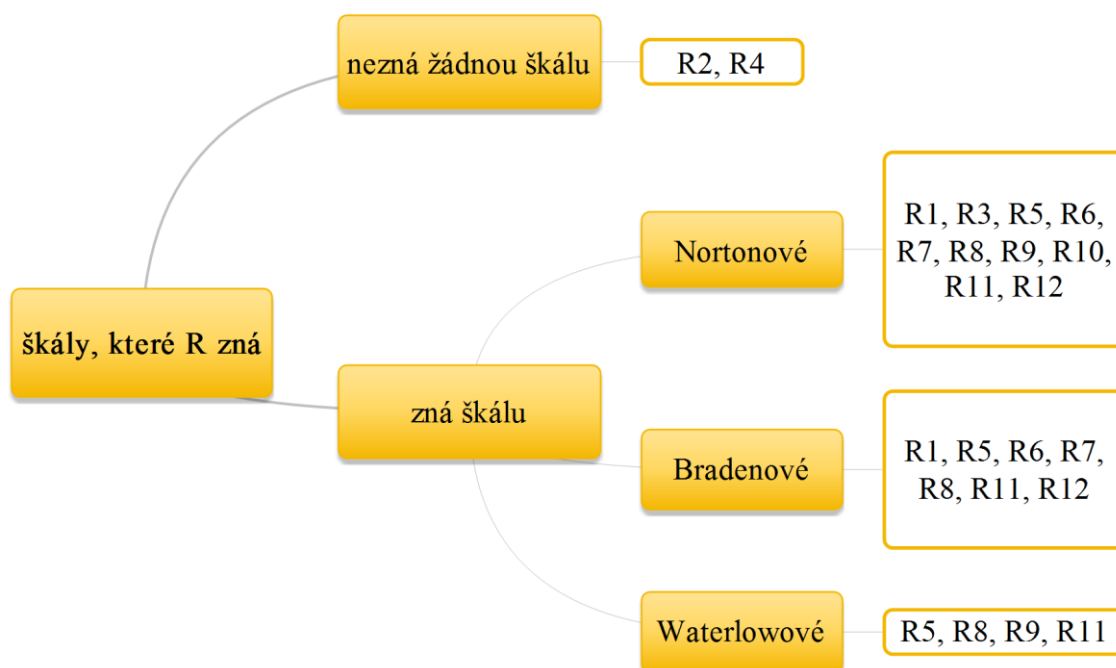
Aktuální stav kůže dítěte hodnotí všechny respondentky při příjmu dítěte na oddělení. Na standardních odděleních hodnotí respondentky stav pokožky při večerní hygieně nebo při změně zdravotního stavu dítěte. Na JIP a JIRP kontrolují kůži několikrát v průběhu pracovní doby, nejčastěji při polohování pacienta, provádění hygieny či mobilizaci. Pouze jedna respondentka ze standardního oddělení přehodnocuje stav kůže vícekrát za den.

Schéma 2 Hodnocení rizika poškození kůže



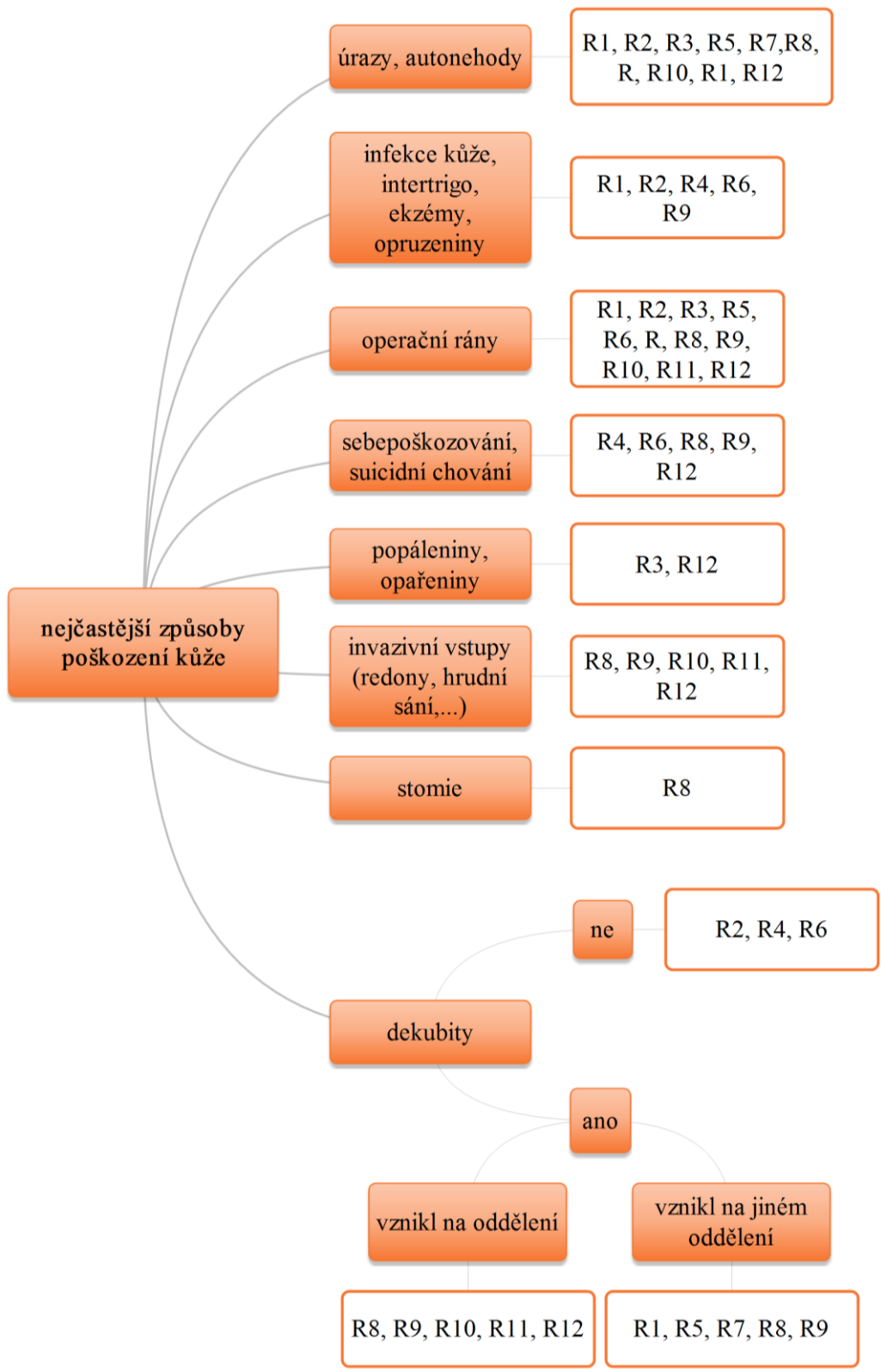
Riziko poškození kůže hodnotí všechny respondentky pohledem. Tři z nich navíc i vlastním úsudkem. Většina nemocnic nemá zavedeny škály pro hodnocení rizika vzniku poškození kůže, proto jen čtyři respondentky z dvanácti používají konkrétně škálu Nortonové, kterou si jejich nemocnice sama upravila pro dětské pacienty.

Schéma 3 Hodnotící škály



Většina respondentek zná některou ze škál, určených pro hodnocení rizika vzniku dekubitů, a to i přesto, že žádnou škálu na oddělení nepoužívají. Nejznámější je škála Nortonové, kterou zná devět respondentek, pět je seznámeno se škálou Bradenové a taktéž pět respondentek zná škálu Waterlowové. Dvě respondentky neznají žádnou škálu týkající se hodnocení rizika vzniku dekubitů, naopak tři respondentky znají všechny tři zmiňované škály.

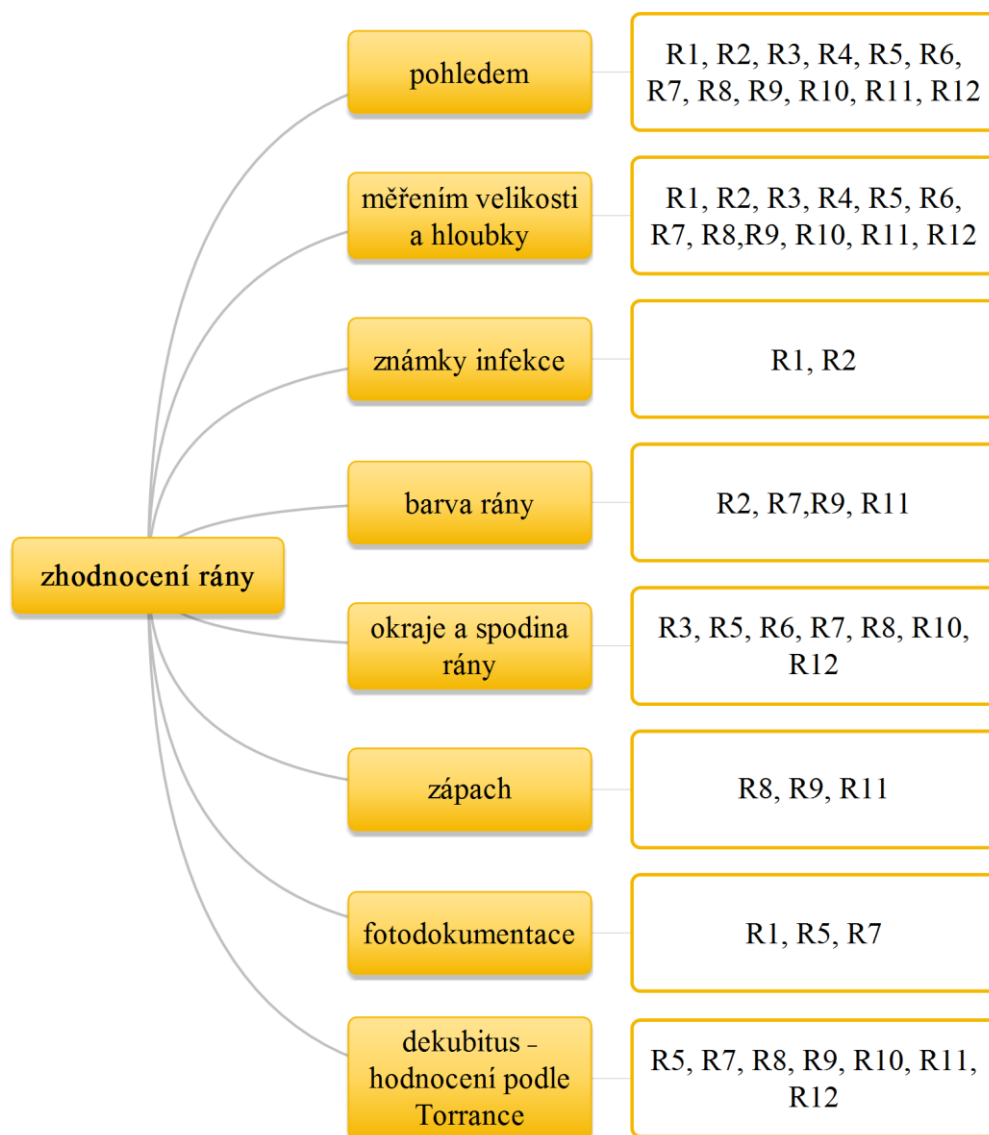
Schéma 4 Nejčastější způsoby poškození kůže



Mezi nejčastějšími způsoby poškození kůže uvádí všechny respondentky operační rány, rány vzniklé úrazy či zranění způsobená autonehodami. V dalším dělení lze vyzorovat rozdíl mezi standardním oddělením a JIP, JIRP. Na standardním oddělení dochází nejčastěji k poškození kůže ekzémy, kožními infekcemi, opruzeninami a méně často se vyskytují i sebevražedná poškození a popáleniny. Na JIP a JIRP se setkávají respondentky s poškozením kůže v důsledku invazivních vstupů, sebepoškozováním a suicidním chováním, stomiemi a dekubity.

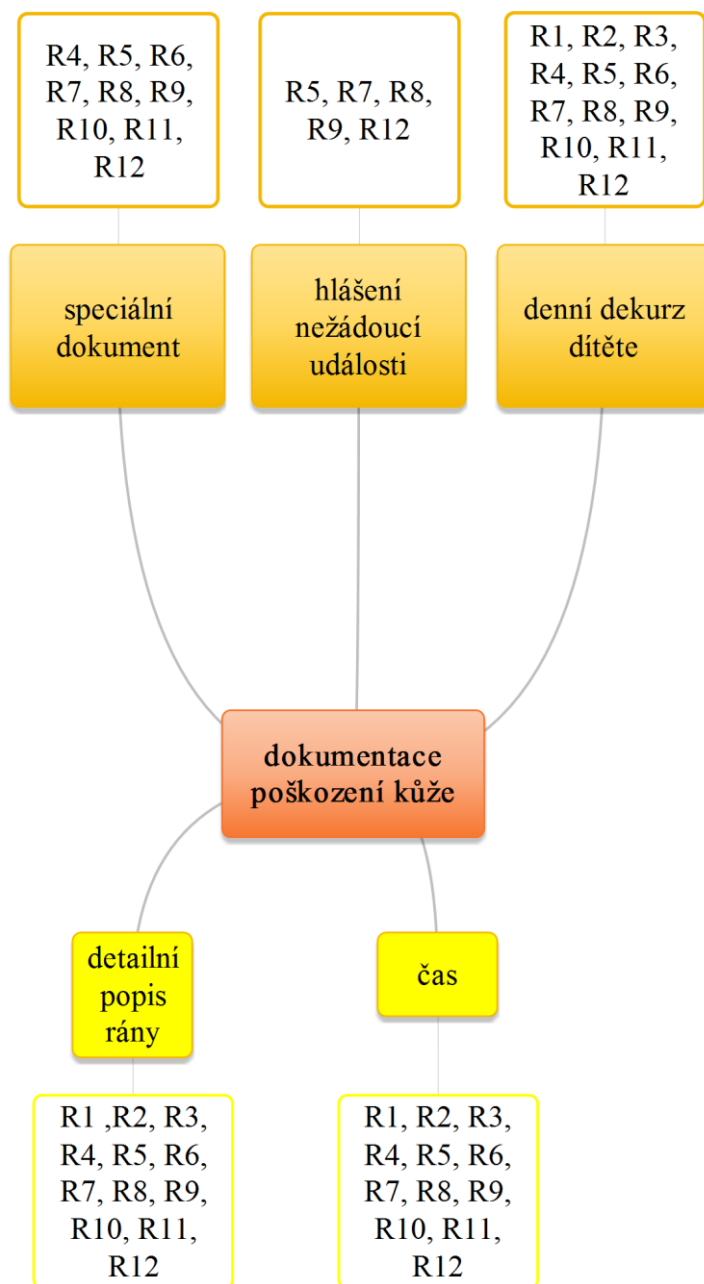
Dekubitus na standardních odděleních nevzniká, jedná se pokaždé o překlad z JIP nebo z anesteziologicko-resuscitačního oddělení (ARO). Na JIP a JIRP dekubitus vzniká u dětí v kritickém stavu po operacích či vážných úrazech. Na JIP jsou také překládány děti s dekubitem vzniklým na dětském ARO.

Schéma 5 Zhodnocení rány



Všechny respondentky měří velikost a hloubku rány. Dvě respondentky hodnotí známky infekce, čtyři respondentky barvu rány. Sedm respondentek hodnotí okraje a spodinu rány a tři také zápach. Tři respondentky pořizují k ráně fotografickou dokumentaci a sedm respondentek hodnotí stupeň dekubitu dle Torrance.

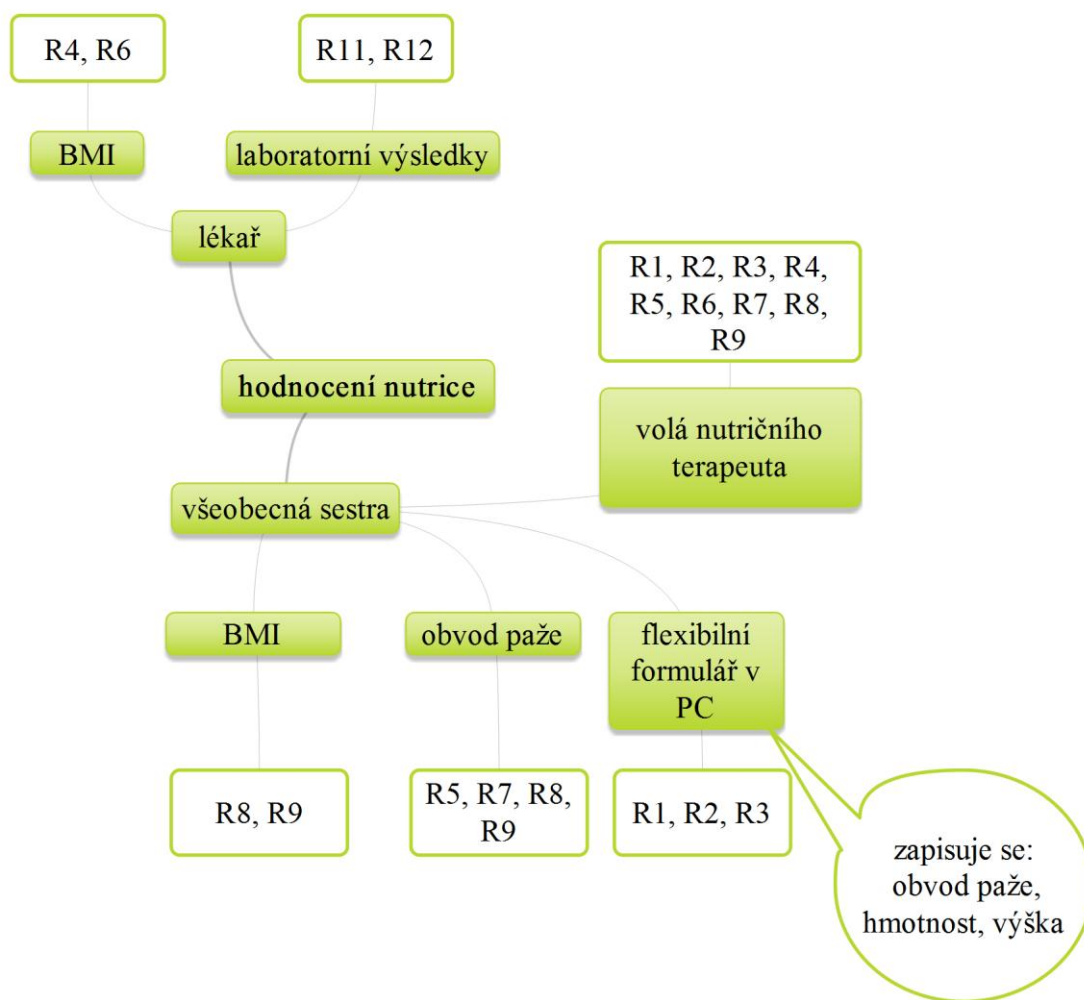
Schéma 6 Dokumentace poškození kůže



Způsob dokumentace poškození kůže závisí na standardech dané nemocnice. Všechny respondentky zapisují poškození kůže do denního dekurzu dítěte. Vždy napíší čas a do detailu popíší ránu, některé přiloží fotografii rány. Některá oddělení disponují zvláštním

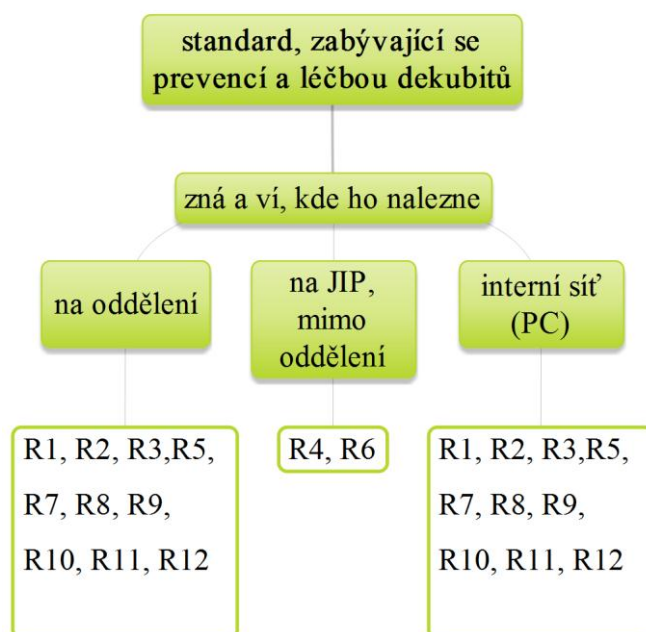
dokumentem týkajícím se ran, který přikládají k ostatní dokumentaci. Ve dvou nemocnicích se vznik dekubitů hlásí jako mimořádná (nežádoucí) událost.

Schéma 7 Hodnocení nutrice



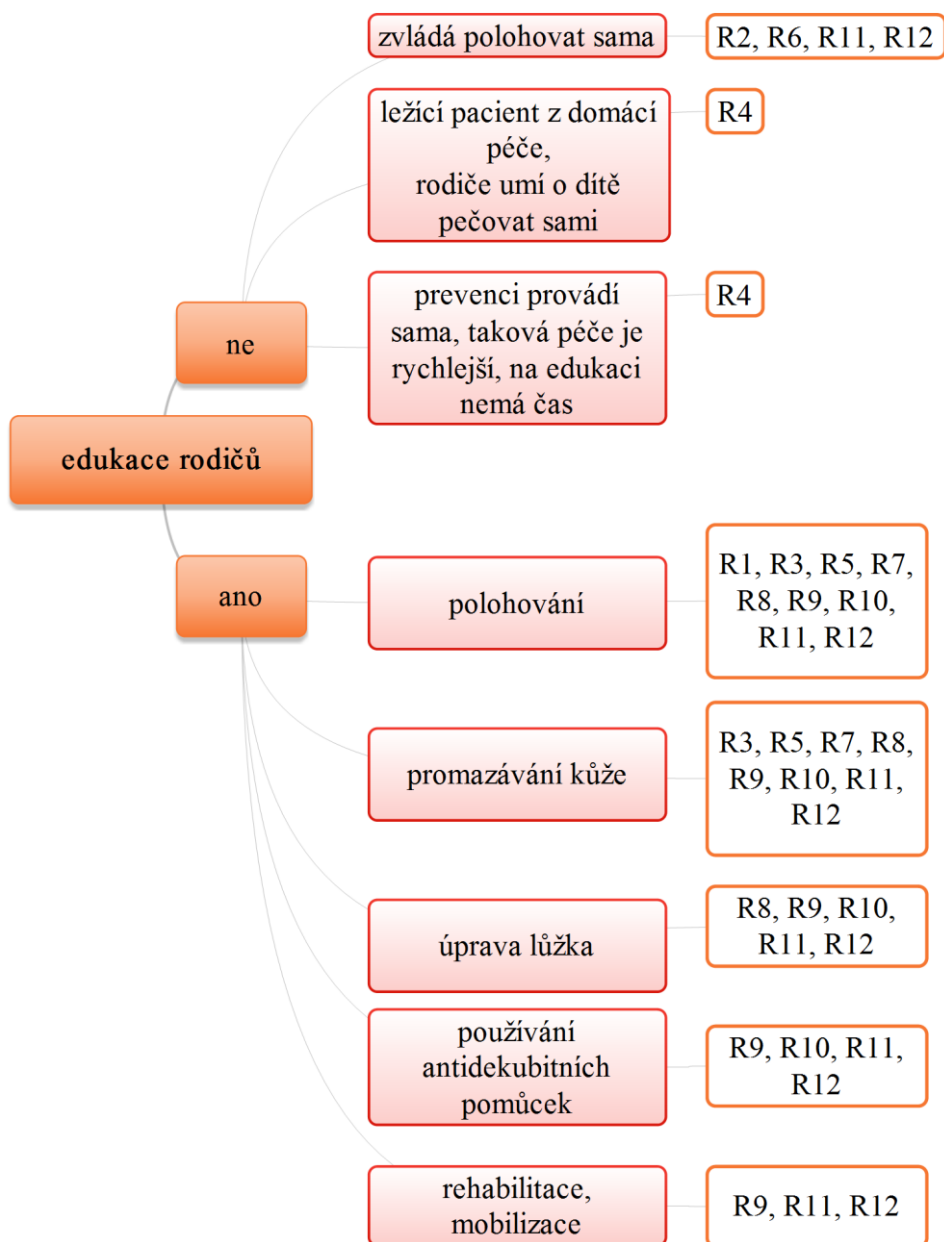
Na všech dětských odděleních se hodnotí stav nutrice. Dvě respondentky ze standardního oddělení uvádějí, že nutrici hodnotí pouze lékař, zbylé respondentky hodnotí stav nutrice samy podle BMI (normální hodnota 18,5 – 25), obvodu paže (10. percentil) nebo flexibilních formulářů v počítači, do kterých vyplní výšku, hmotnost, obvod paže dítěte a program spočítá příslušné hodnoty nutrice. Podle výsledků volají všechny respondentky nutričního terapeuta.

Schéma 8 Standard zabývající se prevencí a léčbou dekubitů



Standard zabývající se prevencí a léčbou dekubitů znají všechny respondentky. Deset respondentek má standard dostupný v tištěné podobě na oddělení a na interní síti nemocnice, zbývající dvě respondentky ho na oddělení nemají a musí si jej vyžádat na JIP, kde je k dispozici v tištěné podobě; na intranetu ho nemají.

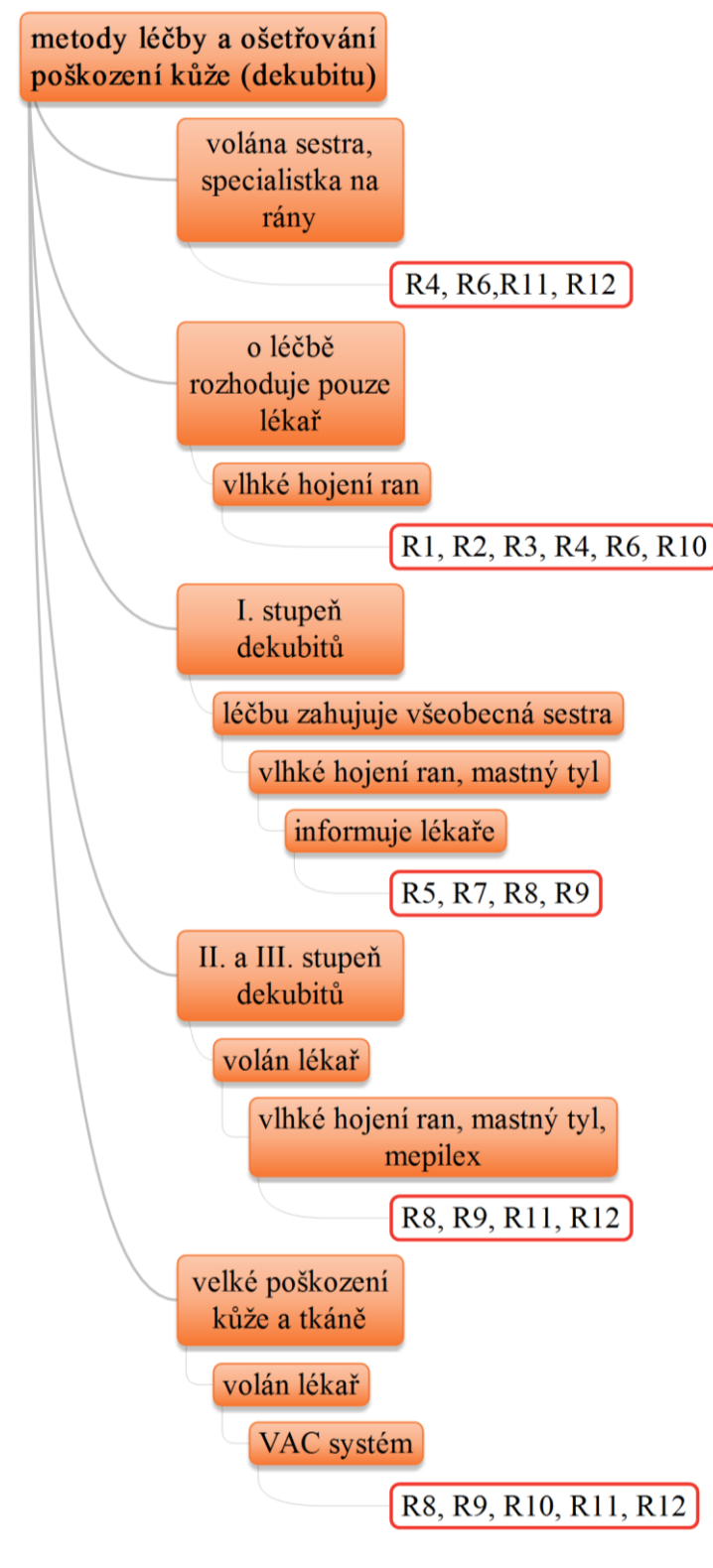
Schéma 9 Edukace rodičů



Tři respondentky ze standardního oddělení neprovádějí edukaci rodičů, zvládají pečovat a polohovat dítě samy. Jedna uvádí, že pokud k nim nepohyblivé dítě přejde z domácí péče, rodiče zvládají potřebnou péči sami. Pokud se dítě stane nepohyblivým v důsledku nehody, ošetřuje respondentka dítě sama, neboť péče vlastními silami je rychlejší a na edukaci nemá čas. Dvě respondentky z JIRP edukaci neprovádí tehdy,

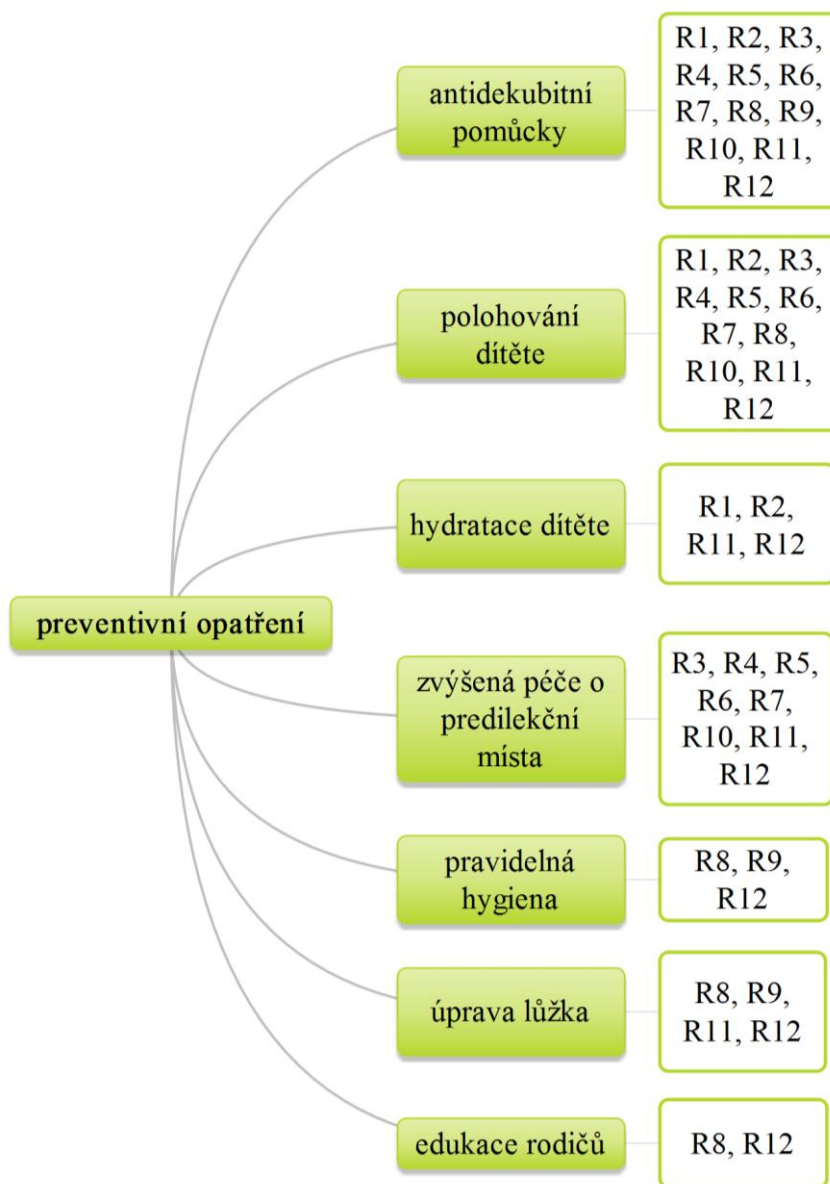
když je dítě ve vážném zdravotním stavu. Osm respondentek provádí edukaci rodičů v prevenci vzniku dekubitů zejména v oblasti polohování a promazávání kůže. Sestry pracující na JIP a JIRP dále vzdělávají rodiče i v oblasti hygieny dítěte, úpravy lůžka, využívání antidekubitních pomůcek, mobilizace a rehabilitace.

Schéma 10 Metody léčby a ošetřování poškození kůže



Léčba dekubitů se liší podle zvyklostí daného oddělení. Pět respondentek přenechává péči o ránu plně lékařům, případně zavolají sestru se specializací pro ošetřování ran. Pouze čtyři respondenty zahajují léčbu rány u I. stupně dekubitu samy a většinou se jedná o vlhké hojení. Lékaře o vzniklém poškození pouze informují. Pokud se jedná o rány většího rozsahu, jako je dekubitus II. a III. stupně či jinou ránu, která způsobuje poškození tkáně, volají respondenty lékaře, který zahajuje léčbu nejčastěji vlhkým hojením, v případě specifických poranění (v pěti případech) nasadili VAC systém.

Schéma 11 Preventivní opatření



Respondentky využívají antidekubitních pomůcek, mezi které řadí antidekubitní matrace a podložky, molitanové pomůcky, kuličkový mikrogranulát, antidekubitní botičky, Askina gel, gelové podložky a antidekubitní polštáře. Všechny respondentky v pravidelných intervalech dětského pacienta polohují. Nadpoloviční většina uvádí, že věnuje zvýšenou péči predilekčním místům. Čtyři respondentky kontrolují úpravu lůžka, výživu a hydrataci pacienta. Dvě respondentky uvedly jako prevenci vzniku dekubitů i edukaci rodičů v této oblasti.

5 DISKUSE

Problematika dekubitů představuje diskutovaný celosvětový problém, a proto výzkum v této oblasti nepozbývá ani po letech na důležitosti. U dospělých pacientů se tomuto poškození kůže, způsobeném zejména tlakem na měkké tkáně, věnuje velké množství pozornosti, naproti tomu je u dětských pacientů tento problém mnohdy neúmyslně přehlížen. Za účelem prevence a léčby dekubitů se pořádají kongresy, konference a semináře.

První otázka polostrukturovaného rozhovoru se týkala hodnocení aktuálního stavu kůže hospitalizovaných dětí. Meluzínová et al. (2006) uvádí, že nejdůležitějším krokem v prevenci vzniku dekubitů je hodnocení rizika vzniku dekubitů a pravidelná kontrola kůže. Všechny respondentky hodnotí stav kůže při přijetí pacienta na oddělení. Pět respondentek hodnotí stav kůže každý večer při večerní hygieně, šest respondentek průběžně přehodnocuje stav kůže i během pracovní doby a tři respondentky přehodnocují stav kůže jen při zhoršení zdravotního stavu dítěte. National Pressure Ulcer Advisory Panel (2014) doporučuje vyhodnotit pacienta škálou daného pracoviště nejpozději do osmi hodin od přijetí na oddělení, Parnham (2012) u dětských pacientů doporučuje vyhodnotit riziko vzniku dekubitů nejpozději do dvou hodin po příjmu. Výsledky rozhovorů ukázaly, že české sestry splňují výše uvedená doporučení, což svědčí o jejich dobrých znalostech problematiky a kvalitním standardu zdravotnické péče. Nevyhovují ale ve druhé části, kterou autoři v souvislosti s hodnocením kůže uvádějí, a tou je hodnocení rizika poškození kůže podle k tomu určených škál.

Při hodnocení rizika vzniku poškození kůže vycházejí všechny respondentky ze zvyklostí konkrétní nemocnice. Škálu Nortonové upravenou pro dětské pacienty využívají čtyři respondentky ze stejné nemocnice, zbývajících osm respondentek provádí pouze vizuální zhodnocení stavu kůže dítěte v kombinaci s vlastním úsudkem či zkušenostmi z praxe. Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u dětí existuje celosvětově mnoho škál. Jak jsme výše uvedly, ze tří sledovaných nemocnic využívá konkrétní

škálu pouze jedna, a to ještě škálu určenou dospělým, i když interně modifikovanou pro děti. Vytečková et al. (2015) uvádí, že škála by měla přihlížet k věku a stavu pacienta. Měla by být nejen snadno použitelná a srozumitelná, ale měla by mít i jednoznačná kritéria. Škály jsou podle Fendrychové (2014) důležitou složkou pro posouzení rizika vzniku dekubitů a pro kvalitní ošetrovatelskou péči. Skutečnost, že mohou být dekubity u dětí podceněny, vyplývá i z informace, že Ministerstvo zdravotnictví zahájilo v roce 2008 projekt prevalenčního sledování dekubitů a k hodnocení rizika vzniku dekubitů převzalo modifikovanou škálu Nortonové, vhodnou pro dospělé pacienty, a tedy úplně vynechává ze svého sběru dat a sledování dekubitů pacienty mladších osmnácti let. Nedostatečné používání hodnotících škál vypadá při vnějším pohledu jako chybné, ale na druhou stranu skutečnost, že se na standardních odděleních dekubity zatím nevyskytují, tento nedostatek částečně omlouvá.

V další otázce polostrukturovaného dotazníku jsme se ptali, zda respondentky znají nějakou jinou hodnotící škálu, kromě Nortonové. S výjimkou dvou respondentek, ostatní znaly ještě dvě, a to škálu Bradenové a Waterlowové. V souvislosti s těmito odpověďmi si myslíme, že zařazení dětských hodnotících škál do standardů péče na dětských odděleních by pomohlo ještě více zvýšit úroveň péče o dětského pacienta, neboť všeobecné sestry v námi vybraných nemocnicích prokázaly dobrou informovanost v dané problematice.

Mezi nejčastější poškození kůže, se kterými se respondentky u dětí setkávají, patří operační a úrazové rány. Na dalším místě se pak umístily rány po invazivních vstupech a po sebepoškozování či suicidním chování. Dekubity se na standardních odděleních nevyskytovaly a na JIP a JIRP vznikaly jen u velmi vážných stavů. Lyvonne et al. (2013) uvádí ve svém článku, vycházejícím ze statistických dat, že výskyt dekubitů je na JIP vyšší zhruba o 10 až 20 % v porovnání se standardními odděleními. Pokud se dekubitus vyskytne u dětských pacientů, jedná se bez výjimky o děti ohrožené na životě či v kritickém stavu. Přestože jsme naše výsledky statisticky nezpracovávali, výsledky máme podobné.

Všechny respondentky detailně zapisovaly poranění kůže do dokumentace dítěte společně s časem hodnocení. Postupovaly tedy v souladu s doporučením NPUAP

(2014) a stejný názor na problematiku má i Pokorná a Mrázová (2012). Obě autorky dále uvádějí, že by měl být ke každé ráně vystaven speciální dokument, kde by se popisovalo v přesných časových intervalech její hojení. Devět respondentek z našeho souboru tak skutečně činilo. Pět respondentek ze dvou nemocnic navíc hlásilo vznik dekubitu jako mimořádnou událost prostřednictvím interní sítě nemocnice. Z našeho zkoumaného vzorku tedy lze vyvodit, že české sestry jsou zvyklé zapisovat poškození kůže do denního dekurzu dítěte a v případě, že to nemocnice vyžaduje, i vystavit speciální dokument pro hojení ran, což je v souladu s doporučeními, která uvádějí publikace.

Pro hodnocení stavu nutrice respondentky využívaly nejčastěji BMI, dále pak obvod paže, nebo vyplňovaly příslušný formulář na interní síti nemocnice. Pouze dvě respondentky uvedly, že stav nutrice hodnotí lékař na základě výsledků laboratorních testů. Ani jedna z respondentek neuvedla pro hodnocení stavu nutrice možnost využití škál. Grofová (2012) vyjmenovává hned několik vhodných hodnotících nutričních škál (Mini Nutritional Assessment, Subjective Risk Screening a Malnutriční univerzální screeningový nástroj). Šteflová, Dojčáková (2010) stav nutrice doporučují hodnotit podle antropometrických markerů a laboratorních výsledků, především hladiny prealbuminu, albuminu či transferinu. Dále pak respondentky podle výsledků získaných antropometrickým měřením volají nutričního terapeuta, který příslušně upraví výživu dítěte. Myslíme si, že v problematice nutrice u dětí by bylo vhodné zvýšit informovanost všeobecných sester o možnost využití hodnotících škál a laboratorních výsledků, které včas pomohou odhalit případný problém v oblasti výživy pacienta.

Další otázkou bylo zjišťováno, zda jsou na dětských odděleních dostupné ošetrovatelské standardy zabývající se prevencí a léčbou dekubitů. Deset respondentek mělo standard dostupný přímo na oddělení, dvě respondentky si jej musely vyžádat z JIP. Pokorná (2010) a Mikula s Müllerovou (2008) se shodují na tom, že standardizace ošetrovatelských intervencí v prevenci i léčbě ran a dekubitů je velmi důležitá. Ve všech třech nemocnicích, kde probíhal průzkum, měli dostupné standardy v tištěné podobě i ve formě elektronické na interní síti nemocnice. I když není standard

jednotný napříč všemi zkoumanými nemocnicemi, můžeme říci, že prevence i péče o rány a dekubity probíhají všude podobně.

Naše práce se zabývá dětskými pacienty, proto sem patří i otázka vhodné spolupráce sester s rodiči. Zjišťovali jsme, zda sestry dostatečně edukují rodiče v oblasti prevence vzniku dekubitů. Tři respondentky ze standardního oddělení nepodávaly rodičům žádné informace, dvě respondentky z JIRP edukovaly rodiče v závislosti na zdravotním stavu pacienta – u závažných případů prováděly prevenci samy. Rodiče vzdělávaly v oblasti polohování, pravidelné hygieny, úpravy lůžka, mobilizace a rehabilitace jejich dítěte. Je pro ně velmi důležité, aby se o své dítě dokázali postarat alespoň částečně, a tím mu pomohli v procesu uzdravování a ve zvládnutí rehabilitace.

Kantorková (2009) uvádí, že nejvhodnějším prostředím pro léčbu dekubitů je vlhké prostředí. Přestože v České republice není sjednocená péče o dekubity, v této práci všechna námi zkoumaná dětská oddělení používala vlhké hojení ran. Jediným rozdílem bylo, kdo léčbu zahajoval. Na některých odděleních to byla všeobecná sestra, která o svém postupu následně informovala lékaře, převažoval však přístup, kdy léčbu zahajoval pouze lékař. Na JIP a JIRP s úspěchem používaly také podtlakovou léčbu VAC systémem.

Poslední oblast, která nás v rozhovorech zajímala, se týkala prevence v podobě využívání antidekubitních pomůcek. Zjistili jsme, že dětské kliniky v dotazovaných nemocnicích jsou vybaveny antidekubitními pomůckami a sestry s nimi umí pracovat. Po seznámení se s výsledky průzkumu, který v roce 2007 v Chicagu testoval vědomosti všeobecných sester v oblasti prevence vzniku dekubitů, a podle kterého 5 % sester považovalo prevenci za ztrátu času (Butler, 2007), jsme byli v mírném očekávání obdobného výsledku i v rámci dotazovaných českých nemocnic. Tento názor se nám však nepotvrdil, všechny sestry účastníci se výzkumu zvýšenou péčí prevenci vzniku dekubitů věnují. Jedním z důkazů je již zmiňovaný nulový výskyt dekubitů na standardních odděleních a minimální množství vzniklých dekubitů na jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Můžeme tedy říci, že prevence vzniku dekubitů, hodnocení kůže a péče o ránu v námi vybraných nemocnicích na dětských odděleních

probíhá podle vytvořených standardů dané nemocnice a je v souladu s mezinárodní praxí a doporučeními.

6 ZÁVĚR

Práce byla zaměřena na hodnocení rizika vzniku dekubitů u dětí, na jejich prevenci a léčbu a také na znalosti sester dané problematiky. V empirické části byly stanoveny čtyři cíle, které měly za úkol zjistit nejčastější důvody poškození kůže u dětí, metody, kterými všeobecné sestry hodnotí stav kůže a jaké hodnotící škály za tímto účelem používají. Dále nás zajímal způsob a četnost provádění preventivních opatření v souvislosti s rizikem vzniků dekubitů, stav péče o již vzniklý dekubitus a úroveň edukace rodičů sestrami vybraných dětských pracovišť.

K dosažení těchto cílů bylo použito polostrukturovaných rozhovorů. Všechny cíle práce byly splněny a všechny průzkumné otázky zodpovězeny. Výzkumný soubor byl tvořen 12 respondentkami, které byly vybrány záměrně a pracují na lůžkových dětských odděleních.

Z výzkumného šetření vyplynulo několik závěrů. Oproti očekávání jsme zjistili, že v nadpoloviční většině respondentky nevyužívaly k hodnocení rizika poškození kůže žádnou běžně dostupnou škálu, neboť v daných nemocnicích dosud nebyly zavedeny. Pouze v jedné nemocnici ze tří sledovaných využívaly škálu Nortonové, kterou si interně upravily pro dětské pacienty. Již existující a ve světě užívané dětské hodnotící škály dotazované respondentky neznaly. Přesto byly schopny poznat rizikového pacienta a navrhnout a uplatnit správná preventivní opatření, zabraňující poškození.

Respondentky v oblasti prevence a léčby ran a dekubitů postupovaly podle standardů dané nemocnice, které se v převážné většině shodoval s doporučeními zahraničních studií či NPUAP. V těchto oblastech nebyl shledán žádný problém.

Výstupem práce je brožura, která v první části v několika krocích popisuje postupy, které by měly na sebe navzájem navazovat a měly by odhalit riziko poškození kůže u dětí. Druhá část brožury se zabývá preventivními opatřeními zabraňujícími vzniku dekubitů, které by všeobecná sestra měla znát. Pokud i přes všechna opatření dekubitus vznikne, je v brožuře popsána také NPUAP klasifikace dekubitů.

Výstupem diplomové práce bylo vytvoření brožury pro všeobecné sestry s informacemi týkajícími se problematiky výskytu dekubitů u dětských pacientů. Brožura bude mít formát A4 přeložený na třetiny. Obsah jednotlivých třetin bude následující.

1. Úvodní strana

Světový den STOP dekubitům. Praktický rádce pro všeobecné sestry pracující na dětských odděleních.

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů

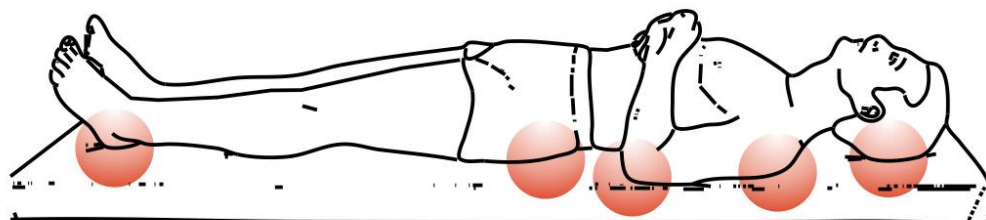
Při příjmu pacienta na oddělení:

- detailně zhodnoťte všechna rizika
- zhodnoťte celkový zdravotní stav dítěte
- k hodnocení použijte vhodné škály
- zhodnoťte také stav nutrice

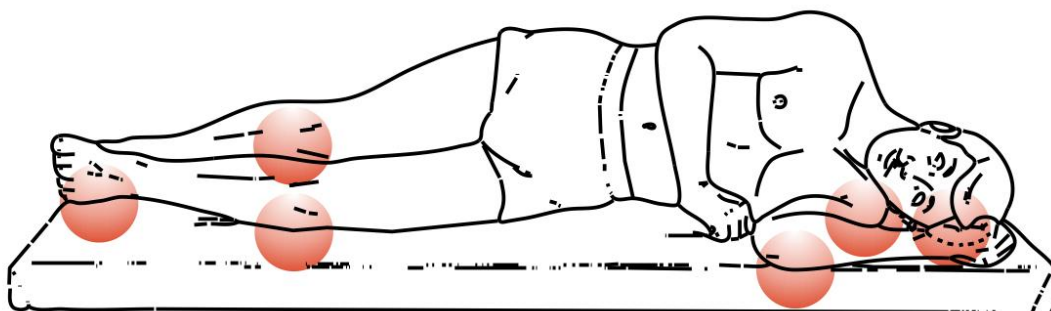
3. Prevence dekubitů

- pravidelně dítě polohujte, nejlépe po dvou hodinách
- využijte vhodné antidekubitní pomůcky
- pro přemísťování dítěte používejte vhodné pomůcky
- pečujte o pokožku dětského pacienta (hygiena, promazávání)
- zvýšenou pozornost věnujte predilekčním místům
- podle potřeby doplňte stravu o nutriční doplňky (formou sippingu)
- přehodnocujte stav kůže a zdravotní stav dítěte
- vše řádně zapisujte do dokumentace
- edukujte pacienta a jeho rodinu o prevenci dekubitů

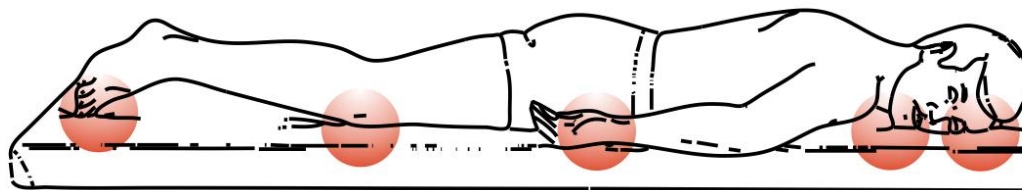
4. Místa nejvíce ohrožená vznikem dekubitu (predilekční místa)



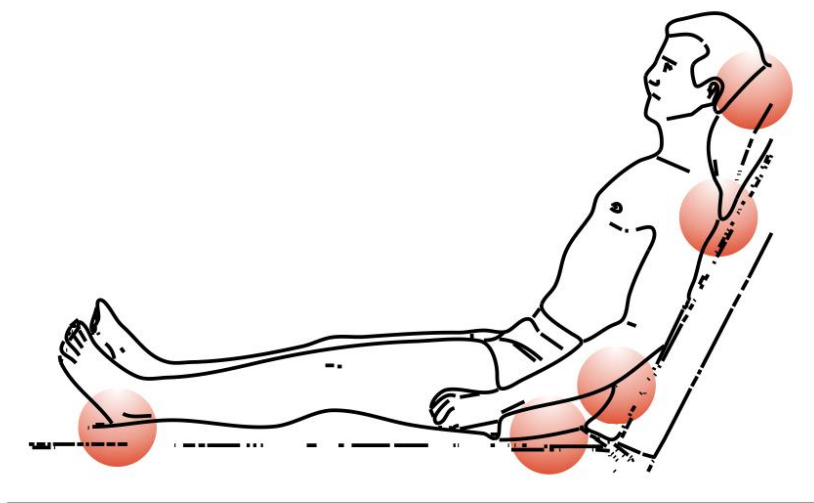
(paty, kostrč, lokty, lopatky, trn 7. krčního obratle, záhlaví)



(kotníky, vnější i vnitřní strana kolen, hřeben kosti kyčelní, loket, rameno, spánková oblast)

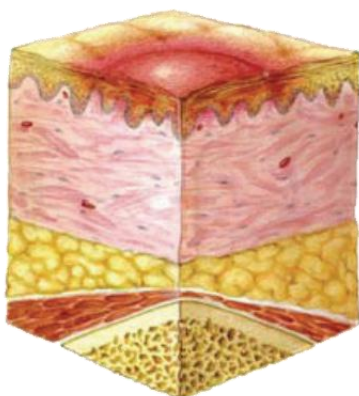


(palce, nártý, přední strana kolen, trny kosti kyčelní, ramena, brada, čelo)

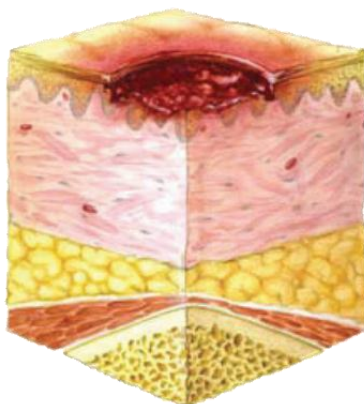


(paty, hýždě, kostrč, ramena, zátylek)

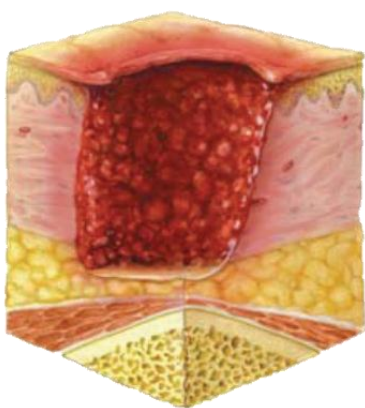
5. Klasifikace dekubitů podle EPUAP/NPUAP



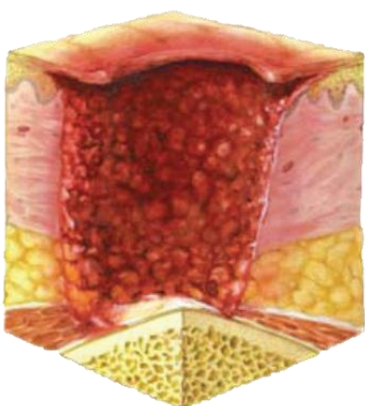
Dekubitus I. stupně – zarudnutí kůže



Dekubitus II. stupně – částečná ztráta
kožního krytu



Dekubitus III. stupně – úplná ztráta
kožního krytu



Dekubitus IV. stupně – úplná ztráta kůže a
podkoží

6. Další informace o léčbě dekubitů lze získat na:

- <http://www.dekubity.eu/>
- <http://www.epuap.org/>
- <http://www.hojeniran.cz/>
- <http://www.merudia.cz/>
- <http://www.csarim.cz>

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BUTLER, T. C. 2007. Pediatric skin care: guidelines for assessment, prevention, and treatment. *Dermatology Nursing*. n. 5, p. 471–485. ISSN 1060-3441.
- CAMERON, P. et al. 2006 *Textbook of Paediatric Emergency Medicine*. UK: Isevier Health Sciences, ISBN: 978–07–020–3368–1.
- CASSIDY, S. et al. 2015. Preventing pressure injuries in children. *Nursing New Zealand*. n. 3, p. 25-26. ISSN 1173–2032
- ČURDOVÁ, K., D. ŠKOCHOVÁ. 2015. Zkrácení procesu hojení pomocí ultrazvuku. *Ošetrovatelská péče*. č. 2, s. 30–31. ISSN: 2336-1603.
- DEKUBITY. [online]. 2015. [cit. 2015-06-19]. Dostupné z: <http://www.dekubity.eu/>
- FENDRYCHOVÁ, J. 2013. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. Brno: NCONZO, ISBN 978-80-7013-560-0.
- FIEDLEROVÁ, L. 2008. Sledování dekubitů jako indikátor kvality péče ve Fakultní nemocnici Plzeň. [online]. 2015. [cit. 2015-012-21]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/sledovani-prevalence-dekubitu-jako-indikatoru-kvality-pece-ve-fa-397981>
- GROFOVÁ, Z. 2009. Dekubity z pohledu evropského poradního panelu (EPUAP). [online]. [cit. 2015-12-19]. Dostupné z: Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_02_09.pdf
- GROFOVÁ, Z. K. 2012. Hladovění v nemocnici. *Interní medicína pro praxi*. č. 1, s. 38-39. ISSN: 1212-7279.
- HOFŠTEFROVÁ-KNOTOVÁ, M. et al. 2015. Nový portál pro prevenci dekubitů – dekubity.eu. *Zdravotnictví a medicína*, č. 3, s. 21. ISSN: 2336-2987.
- JIRÁSEK, R. a V. ŠÍPKOVÁ, 2010. Péče o kůži rizikových pacientů. *Farmi news*. č. 3, s. 38. ISSN: 1214-5017.

- JIRKOVSKÝ, D. et al. 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence*. [online]. [cit. 2016-19-01]. Dostupné z: <http://stary.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/uo/projekty/inouceb.pdf>
- JONES, CH. 2012. Assessment and management of a child with suspected acute neck injury. *Nursing Children & Young People*. n. 3, p. 29–33, ISSN 2046.2336
- KANTORKOVÁ, M. 2009. Moderní materiály pro vlhké hojení ran v domově odpočinku ve stáří. *Sestra*. č. 5, s. 64-65. ISSN: 1210-0404.
- KOTTNER, J. et al. 2012. Interrater agreement, reliability and validity of the Glamorgan Paediatric Pressure Ulcer Risk Assessment Scale. *Journal of Clinical Nursing*. n. 4, p.17–23. ISSN: 0962-106.
- KOUTNÁ, M. 2010. Kompetence sester v hojení ran. *Florence*. č. 3. s. 28–37. ISSN: 1801-464X.
- KOZÁKOVÁ, R. et al. 2011. Nástroje k hodnocení nutričního stavu hospitalizovaných pacientů. *Hygiena*. č. 1, s. 18–21. ISSN: 1802-6281.
- KOŽENÝ, P. 2010. Šetření dekubitů na národní úrovni. *Sestra*, č. 7–8, s. 13. ISSN 1210-0404.
- KUBÁTOVÁ, L., D. L. MASÁR. 2015. Světový den boje proti dekubitům v ÚVN Praha. *Florence*. č. 1-2, s. 30–31. ISSN: 180-1464X.
- LANGOVÁ, P., I. BRABCOVÁ. 2014. Využití kompenzačních pomůcek u pacientů s dekubity ve vybraných zařízeních ČR a SRN. *Geriatric a gerontologie*. č. 1, s. 29–35. ISSN: 798991883
- LINCOLN, P. et al. 2008. An Initiative to Diminish the Occurrence of Pressure Ulcers in Pediatric Cardiac Surgery Patients. *Critical Care Nurse*. n. 2, p. 28. ISSN 0279-5442.
- LYVONNE, N. T. 2013. The prognostic ability of early Braden Q Scores in critically ill children. *Nursing in critical care*. n. 2, p. 98–103. ISSN: 1362-1017
- MELUZÍNOVÁ, H. 2006. Dekubitus – jak dále v diagnostice, prevenci a léčbě? *Klinická farmakologie a farmacie*. č. 3, s. 144–149. ISSN 1212-7973.
- MELUZÍNOVÁ H. et al. 2007. Dekubitus – jak dále v diagnostice, prevenci a léčbě? *Medicína pro praxi*. č. 11, s. 458–463. ISSN: 12148687.

- MIKULA, J., N. MÜLLEROVÁ, 2008. *Prevence vzniku dekubitů*. Praha: Grada, ISBN: 978-80-247-2043-2.
- MOCKOVÁ, M. 2012. Léčba larvami bzučivky zelené. [online]. [cit. 2016-14-01]. Dostupné z: <http://vysetreni-a-leky.zdrave.cz/lecba-larvami-bzucivky-zelene/>
- MUKHERJEE, S. et al. 2010. Common skin problems in children with special healthcare needs. *Pediatric Annals*. n. 4, p. 206-215, ISSN 0090-4481.
- NEILSON, J. 2014. Using a National Guideline to Prevent and Manage Pressure Ulcers. *Nursing Management*. n. 2, p. 18–21, ISSN 1354-5760.
- NOVOTNÁ, J., A. ČERNOVSKÁ. 2013. Hojení chronických ran a dekubitů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. č. 3, s. 32–34. ISSN: 1801-134.
- NOVOTNÝ, K. 2013. Bioknife –léčba larvami. [online]. [cit. 2016-14-01]. Dostupné z: <http://www.larvy.cz/postup.html>
- ONDŘIOVÁ, I. T. FERTALOVÁ. 2013. Dekubity jako indikátor kvality péče. *Sestra*, č. 1, s. 48-51. ISSN: 1210-0404.
- PARNHAM, A. et al. 2012. Pressure ulcer risk assessment and prevention in children. *Nursing Children & Young People*. n. 3, p. 24–29, ISSN 2046-2336.
- POKORNÁ, A. 2010. Standardy hojení ran. s. 6–11. [online]. [cit. 2015—12.12.]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/88/02.pdf>
- POKORNÁ, A. 2015. Možnosti diferenciální diagnostiky tlakových lézí a lézí v důsledku inkontinence. *Postgraduální medicína*. č. 2, s. 217–220. ISSN: 1212-4184.
- POKORNÁ, A., R. MRÁZOVÁ. 2012. *Kompendium hojení ran*. Praha: Grada, ISBN: 978-80-3371-5.
- SCHINDLER, CH. A. et al. 2013. Under pressure: preventing pressure ulcers in critically ill infants. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. n. 1, p. 18–21. ISSN 1354-5760
- SCHLÜER, A. B. et al. 2014. Risk and associated factors of pressure ulcers in hospitalized children over 1 year of age. *Pediatric Nursing*. n. 1, p. 80–89. ISSN 1539-0136.

- SLANINOVÁ, I. et al. 2012. Prostředky k prevenci a léčbě dekubitů pohledem farmaceuta. *Praktické lékárenství*. č. 5, s. 236–241. ISSN: 1801-2434.
- SOBOTKA, L. 2010. Nutriční intervence a hojení ran. *Medical tribune*. č. 3, ISSN: 1214-891.
- STRYJA, J. 2010. Moderní postupy v léčbě nehojících se ran. *Remedia*, č. 3, s. 180-184, ISSN 0862-8947.
- ŠÁTEKOVÁ, L. et al. 2015. Predictive Validity of the Braden Scale, Norton Scale and Waterlow Scale in Slovak Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. n. 3, p. 283–290. ISSN 2336-3517.
- ŠEFLOVÁ, L., I. BERÁNKOVÁ. 2006. Management ošetřování dekubitů. *Interní medicína pro praxi*. č. 5, s. 252–256. ISSN: 1212-7299.
- ŠTEFLOVÁ, Z., DOJČÁKOVÁ, V. 2010. Vliv stravy na hojení ran. *Sestra*. č. 6, s. 71–72. ISSN: 1210-0404.
- TERNBACHOVÁ, K. 2014. Šetření dekubitů na národní úrovni – prevalenční sledování výskytu a rizika dekubitů. *Geriatric a gerontologie*, č. 3, s. 113–117. ISSN: 798991883.
- TOMSOVÁ, J., A. ZELENÁ. 2014. Polohování – nedílná součást terapie a každodenní péče o pacienta. *Geriatric a gerontologie*. č. 3, s. 118–122. ISSN: 798991883.
- ULRYCH, O. 2011. Rizika vzniku dekubitů. *Sestra*, č. 5, s. 54–56. ISSN: 1210-0404.
- VĚSTNÍK Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 6/ 2009 Sb. *Metodika prevalenčního sledování dekubitů na národní úrovni*.
- VORLÍČEK, J., J ABRAHÁMOVÁ et al. 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3742-3.
- VYTEJČKOVÁ, R. et al. 2015. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III. Praha: Grada, ISBN 978-80247-3421-7.
- WATERLOW, J. 2007. *Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention*. [online]. [cit. 2016-19-01]. Dostupné z: <http://www.judy-waterlow.co.uk/>

- WILLOCK, J. 2008. Inter-rater reliability of Glamorgan Paediatric Pressure Ulcer Risk Assessment Scale. *Paediatric Nursing*, n. 7, p. 14–19, ISSN: 0962-9513.
- WOJNAROVÁ, D., D. JAROŠOVÁ. 2011. Analýza vybraných klinických doporučených postupů a standardů péče o dekubity. *Kontakt*. č. 4, s. 396–403. ISSN: 1212-4117.
- WONG, H., J. KAUFMAN et al. 2015. *Efficacy of a pressure-sensing mattress cover system for reducing interface pressure: study protocol for a randomized controlled trial*. [online]. [cit. 2016-08-01]. Dostupné z: <http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-015-0949-x>

PŘÍLOHY

Příloha I Škála dle Bedi

Příloha II Škála Braden Q Scale

Příloha III Glamorganská škála

Příloha IV Škála Nortonové

Příloha V Polostrukturovaný rozhovor

Příloha VI Speciální dokument na rány (dekubitus)

Příloha I Škála dle Bedi

(Zdroj: Fendrychová, 2013, s. 91)

| Hmotnost | body | Typ kůže | body | Věk | body | Zvláštní rizika | body |
|---|------|------------------------------|------|--------------------------|------|-----------------------------------|------|
| Průměrná vzhledem k věku | 0 | Tmavá | 0 | Novorozenecký | 3 | Malnutrice tkání, terminální | 8 |
| Nižší než porodní hmotnost | 2 | Světlá | 1 | Kojenecký | 1 | kachexie | 5 |
| Nižší vzhledem k věku | 3 | Citlivá | 2 | Batolecí | 1 | Cirkulačně/cévní onemocnění | 4 |
| Nadváha | 3 | Poškozená/ Skvrnitá | 3 | Předškolní | 1 | Diabetes | 5 |
| | | | | 12 let a více | 1 | Hypoxémie | 3 |
| | | | | | | Inotropní podpora | 2 |
| | | | | | | Infekce | |
| Kontinence | body | Mobilita | body | Celkové vyšetření | body | Neurologické problémy | body |
| Kontinentní | 0 | Plná | 0 | Generalizovaná cyanóza | 5 | Bezvědomí | 5 |
| Katetrizované | 1 | Neklid/vrtění | 1 | Mírná cyanóza | 3 | Opožděný vývoj | 2 |
| Inkontinentní (u dětí nad 4 roky) | 2 | Sedace/bránění pohybu | 2 | Akrocyanóza | 1 | Normální vývoj | 2 |
| Nosí pleny | 2 | Znehybnění | 4 | Bez příznaků | 0 | | |
| Je opružené | 3 | | | | | | |
| Enuretické | 3 | | | | | | |
| Medikace | Body | Chut' k jídlu | body | | | Chirurgické zákroky/trauma | body |
| ATB působící průjem/ opružení/plíseň | 3 | Dobrá | 0 | | | Délka operace > 2 hodiny | 5 |
| | | Slabá | 1 | | | Délka operace > 5 hodin | 7 |
| | | NG* sonda, pouze tekutiny | 2 | | | | |
| | | Malabsorbce | 3 | | | | |
| | | Neprospívání | 3 | | | | |
| | | Nic per os, dehydratace | 3 | | | | |

*NG = nasogastrická sonda

Hodnocení: > 10 → riziko
 > 15 → vysoké riziko
 > 20 → velmi vysoké riziko

Příloha II Škála Braden Q Scale (Zdroj: Fendrychová, 2013, s. 94)

| Intenzita trvání tlaku | | | | | Skóre |
|---------------------------------------|---|--|--|--|-------|
| Celkový fyzický Stav | 1. gestační věk ≤ 28. týden | 2. gestační věk mezi 28. – 33. týdnem | 3. gestační věk mezi 33. – 38. týdnem | 4. gestační věk > 38. týden | |
| Pohyblivost | 1. úplně omezená (žádný pohyb, ani změny polohy končetin) | 2. velmi omezená (občas jemný pohyb) | 3. lehce omezená (otáčí hlavičku, mění polohu končetin) | 4. bez omezení | |
| Aktivita | 1. úplně omezená (nelze zvedat, polohovat) | 2. velmi omezená (toleruje změny polohy) | 3. lehce omezená (možné zvedat, chovat) | 4. bez omezení | |
| Smyslové vnímání | 1. úplně omezená (nereaguje na žádné stimuly) | 2. velmi omezené (netoleruje hluk, světlo, dotek) | 3. lehce omezená (snadno lze vyrušit) | 4. neporušené | |
| Tolerance kůže a podpůrných systémů | | | | | |
| Vlhkost pokožky | 1. stále vlhká | 2. velmi vlhká | 3. občas vlhká | 4. zřídka vlhká | |
| Tření a strážné síly (smýkání) | 1. významný problém (agitace vedoucí k téměř konstantnímu tření pokožky hlavy, kolenou, končetin) | 2. problém (časté sjíždění ze zvýšené polohy) | 3. možný problém příležitostně smýkání) | 4. bez problému (možné zvedat, nosit měnit polohu) | |
| Stav výživy | 1. velmi špatný (*TPV > 5 dnů, albumin < 2,5 mg/dl) | 2. nedostatečný (sonda, TPV, albumin < 3mg/dl) | 3. přiměřený (sonda/TPV nebo p.o. příjem přibývá 20g/kg/den) | 4. dobrý (normální p.o. příjem, trvale přibývá 20g/kg/den) | |
| Tkáňová perfúze a oxygenace | 1. velmi špatná (hypotenze *MAP < 40 mmHg u novorozenců, generalizované edémy, potřeby *HFV) | 2. špatná (saturace < 95%, Hb < 100, pH < 7,4 kapilární návrat > 2 s, nestabilní TT) | 3. přiměřená (saturace < 95%, Hb < 100, normální tlak, TT, pH, i Hb) | 4. dobrá (saturace > 95%, Hb v normě, kapilární návrat < 2 s, stabilní TT) | |
| Celkem skóre | | | | | |

*HFV = High Frequency Ventilation (vysokofrekvenční ventilace), *TPV = totální parenterální výživa,

*MAP = Mean Arterial Pressure (střední arteriální tlak)

Hodnocení: skóre < 20 → riziko

Příloha III Glamorganská škála

(Zdroj: Fendrychová, 2013, s. 96)

| Rizikové faktory (pokud nejsou data dostupná, napište N a hodnotíte 0) | skóre | datum a čas hodnocení | | | | |
|--|--------------|------------------------------|--|--|--|--|
| S dítětem nemůže být hýbáno z důvodu velké obtížnosti nebo rizika zhoršení stavu/celková anestézie | 20 | | | | | |
| Nemožnost měnit polohu bez asistence/nemožnost kontrolovat pohyby těla | 15 | | | | | |
| Občasná pohyblivost, redukováná věkem | 0 | | | | | |
| Normální pohyblivost odpovídající věku | 15 | | | | | |
| Zařízení/předmět/tvrký povrch tlačí nebo dře kůži | 1 | | | | | |
| výrazná anémie (Hb < 90 mg/l) | 1 | | | | | |
| Persistentní pyrexie (teplota > 38 °C déle jak 4 hodiny) | 1 | | | | | |
| Snížená periferní perfúze (studené končetiny/kapilární návrat > 3s/chladná mramorovaná kůže) | 1 | | | | | |
| Nedostatečná výživa (při pochybách prodiskutujte s nutričním terapeutem) | 1 | | | | | |
| Nízký albumin v séru (<35 g/l) | 1 | | | | | |
| Hmotnost pod 10 percentilem | 1 | | | | | |
| Inkontinence (neodpovídající věku) | 1 | | | | | |
| celkové skóre | | | | | | |

Hodnocení: > 10 → riziko

> 15 → vysoké riziko

> 20 → velmi vysoké riziko

Příloha IV Škála Nortonové

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

| Schopnost spolupráce | Věk | Stav pokožky | Další nemoci | Tělesný stav | Stav vědomí | Pohyblivost | Inkontinence | Aktivita | |
|----------------------|-------------|---------------|--|-----------------------------|-------------------|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| Úplná | 4 00-10 | 4 Normální | 4 Žádné | 4 Dobry | 4 Dobry | 4 Úplná | 4 Není | 4 Chodí | |
| Malá | 3 11-30 | 3 Alergie | 3 Horečka Diabetes Anemie Karcinom | Podle závažnosti nemoci 3-1 | 3 Zhoršený | 3 Apatický | 3 Částečně omezená | 3 Občas | 3 Doprovod |
| Částečná | 2 31-60 | 2 Vlhká | 2 Kachexie Obezita On.cév A jiné | | 2 Špatný | 2 Zmatený | 2 Velmi omezená | 2 Převážně močová | 2 Sedačka |
| Žádná | 1 nad 60 | 1 Suchá | 1 | | 1 Velmi špatný | 1 Bezvědomí | 1 žádná | 1 Stolice i moč | 1 Upoután na lůžko |

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

Upravená škála Nortonové – čím nižší hodnota, tím vyšší riziko dekubitů

| fyzičský stav | vědomí | aktivita | pohyblivost | inkontinence | | | |
|---------------|--------|--------------|-------------|------------------|---|---------------|---|
| dobry | 4 | chodí | 4 | úplná | 4 | není | 4 |
| zhoršený | 3 | s doprovodem | 3 | částečně omezená | 3 | občas | 3 |
| špatný | 2 | sedačka | 2 | velmi omezená | 2 | moč | 2 |
| velmi špatný | 1 | leží | 1 | žádná | 1 | moč + stolice | 1 |

Příloha V Polostrukturovaný rozhovor

Identifikace dotazovaných sester:

- Nejvyšší ukončené vzdělání:
 - Střední škola s maturitou
 - Vyšší odborná škola
 - Vysoká škola Bc.
 - Vysoká škola Mgr.
- Specializace:
 - Dětská sestra
 - ARIP v pediatrii
 - Ošetrovatelská péče v pediatrii
 - Jiná.....
- Typ oddělení, na kterém pracujete:
 - Standardní
 - IMP
 - JIP/JIRP
- Délka praxe na daném oddělení
 -
- O kolik pacientů průměrně ve směně pečujete?
 -

1. Hodnotíte aktuální stav kůže dítěte na Vašem oddělení?

- Denně před/při koupeli
- Denně při vizitě
- Pouze při příjmu dítěte
- V případě zhoršení stavu dítěte
- Pouze při propouštění dítěte
- Nikdy
- Jiná odpověď.....

2. Hodnotíte také riziko vzniku poškození kůže?

- Ano
- Ne (sdělte proč?)

3. Pokud ano, jaké hodnotící škály pro riziko vzniku poškození kůže (event. dekubitů) na Vašem oddělení používáte?

- Škála Nortonové
- Škála Waterlowové
- Škála Bradenové

- Jiná škála.....
- Žádnou škálu nepoužíváme

4. Jaké hodnotící škály pro riziko vzniku poškození kůže (dekubitů) znáte, přestože je na Vašem oddělení nepoužíváte?

- Škála Nortonové
- Škála Waterlowové
- Škála Bradenové

Jiná škála.....

5. Jaká jsou nejčastější poškození kůže u dětí na Vašem oddělení?

- Operační rána
- Rána vzniklá úrazem
- Dekubitus
 - Jak často se vyskytuje u vás na oddělení?
 - Vznikl u vás na oddělení?
 - Pacient s dekubitem přišel z jiného oddělení?
- Popálenina, opařenina
- Extravazace, infiltrace
- Jiné.....
- Žádná poškození kůže u dětí nemáme

6. Jakým způsobem hodnotíte skutečné poškození kůže (např. dekubity) u dětí na Vašem oddělení?

- Pouze pohledem bez jakýchkoliv technik nebo škál
- Měřením velikosti, hloubky, spodiny, okrajů, apod.
- Používáním škál – jakých?:
 - podle EPUAP/ NPUAP klasifikace
 - Stupnice podle Torrance
 - Stupnice dle Hibbové
 - Jiná stupnice
- Nehodnotíme
- Jiná odpověď

7. Jakým způsobem a kam zapisujete, jak poškození kůže vypadá?

- do denního dekurzu dítěte
- do zvláštní dokumentace pro rány

- jiná odpověď

8. Hodnotíte u dítěte s poškozením kůže také stav jeho nutrice?

- Ano (kdy a jak?)
- Ne (proč ne?)

9. Máte na oddělení standard zabývající se prevencí a léčbou dekubitů?

- Ano, jsem s ním seznámena a vím, kde ho naleznu (prosím ukázat)
- Ne, nemáme
- Nevím

10. Provádíte edukaci rodičů či dítěte v prevenci vzniku dekubitů?

- Ano provádíme (jakým způsobem?)
- Ne neprovádíme

11. Jaké metody léčby a ošetřování poškození kůže (dekubitů) na Vašem oddělení používáte?

- Standardní (mulové čtverce, masti, krémy, roztoky dle ordinace lékaře)
- Vlhké hojení ran dle ordinace lékaře (pediatra, chirurga)
- Vlhké hojení ran dle ordinace specialisty (stomasestry, ranhojičky)
- Jiné metody

12. Jaká preventivní opatření proti poškození kůže u dětí na Vašem oddělení používáte?

- Antidekubitní pomůcky (jaké?)
- Polohování (podle čeho určujete, jak budete pacienta polohovat?)
- Predilekční místa potíráme ochrannými roztoky, event. kryjeme pěnovými materiály
- Jiné metody

