Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Studies

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

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

Bakalářská práce

Antidekubitární péče jako ošetřovatelský problém

Vypracoval: Monika Křížová
Vedoucí práce: Mgr.František Dolák,Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Každá sestra se při výkonu svého povolání setká s problematikou vzniku dekubitů a s tím spojené antidekubitární péče. Můžeme tedy říci, že výskyt dekubitů slouží i jako indikátor kvality poskytované ošetřovatelské péče. Mnoho lidí si myslí, že jde o problém především u starších pacientů. Mnohdy jsou ale postiženi i mladí lidé, kteří zůstanou upoutáni na lůžku například po úrazech a nehodách, a tato komplikace snižuje jejich kvalitu života. Toto téma tedy nikdy nepřestane být aktuální. Záleží na ošetřujícím personálu, jak kvalitní antidekubitární a samozřejmě i další péči zajistí. Je všeobecně známo, že prevence je levnější než léčba.

Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části je popsána anatomie kůže a její funkce, definován dekubitus, popsáno klasifikační dělení dekubitů, jejich lokalizace, charakteristika predilekčních míst a nastínění komplikací u dekubitů. Dále se teoretická část věnuje antidekubitární péči. Je rozdělena do podkapitol o polohování, antidekubitárních pomůckách, ošetřovatelských intervencích a je zde popsáno poslání Evropského poradního sboru pro otázky proleženin. Samostatnou kapitolu tvoří hodnocení rizik vzniku dekubitů, jako je např. stupnice Nortonové a další. Poslední kapitola obsahuje popis konzervativního a chirurgického řešení dekubitů.

V praktické části je popis výzkumného šetření a následné zpracování výsledků.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda sestry vnímají antidekubitární péči jako ošetřovatelský problém, a zmapovat názor sester na poskytování antidekubitární péče.

Pro dosažení cílů jsme si stanovili tři výzkumné otázky: v čem vidí sestry úskalí ošetřovatelské péče, jaké oblasti jsou zanedbávány v rámci antidekubitární péče a jak je poskytována antidekubitární péče na vybraných lůžkových odděleních.

Výzkum byl realizován na vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s. v období únor až duben 2014. Výzkumný soubor tvořili všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti. Prvně bylo provedeno skryté zúčastněné pozorování a poté byly sestrám rozdány dotazníky s 15 otázkami, které byly vesměs uzavřené a polootevřené. Dotazníků bylo rozdáno celkem 45 a navrátilo se jich 31. Všech 31 mohlo být

zpracováno pro výsledky. Celková návratnost dotazníků byla tedy 69%. Otázky do dotazníku vycházely z pozorovacích kritérií.

Zúčastněné skryté pozorování bylo zpracováno do pozorovacího archu a následně kategorizačně vyhodnoceno. Dotazníky byly po navrácení zkontrolovány a vyhodnoceny graficky.

Všechny výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel, kde byly sestaveny do grafů s přiřazením slovního popisu.

Zpracováním a porovnáním výsledků jsme zjistili, že v některých oblastech se názor sester odlišuje od skutečně prováděné antidekubitární péče. Může to být například i tím, že antidekubitární péče je časově velmi náročná a skládá se z mnoha ošetřovatelských intervencí. Důležité jsou také vybavení oddělení dostatečným množstvím pomůcek, ať preventivních nebo léčebných a organizace této péče.

V současnosti se narůstáním doby strávené u vyplňování dokumentace zkracuje čas, který sestry mohou využít pro kontakt s pacientem a plnění jeho veškerých potřeb. Přitom stav pacienta a jeho spokojenost je vizitkou naší péče.

Po předchozí domluvě budou výsledky našeho výzkumného šetření předány vrchním sestrám vybraných lůžkových odděleních, kde výzkumné šetření probíhalo.

Abstract

Antidecubital Care as a Nursing Problem

This thesis deals with the issue of providing antidecubital care and observes the fulfilment of nursing interventions in the care about non-self sufficient patients.

During performing her duties, every nurse encounters the issue of decubitus ulcers formation and with this related antidecubital care. Thus, it can be stated that the occurrence of decubitous ulcers serves also as the indicator of the quality of provided nursing care. A lot of people think that the problem develops particularly in elders, but young people who are bedridden after injuries and accidents are also affected and this complication degrades the quality of their life. Therefore, this subject will be always topical. The quality of antidecubital care depends on the nursing staff and naturally, it is followed by further care. It is generally known that prevention is cheaper than treatment.

The thesis is divided into theoretical and empirical parts. The theoretical part describes the anatomy of skin and its function, decubitus and classification of decubitus ulcers are defined, their localization with characteristics of predilection sites are specified, outlining complications in decubitus ulcers. The theoretical part pursues antidecubital care with the division into subheads on positioning, antidecubital aids, nursing interventions, and the mission of the European Pressure Ulcer Advisory Panel is described. The separate chapter includes the risk assessment of decubitus ulcers formations, as is e.g. Norton scale, etc. The last chapter embraces the specification of conservative and surgical treatment of pressure sores.

The account of the research examination and following processing of results are given in the practical part.

The aim of the research examination was to determine whether the nurses perceived antidecubital care as a nursing problem and to map the opinions of the nurses relating to antidecubital care.

Three research questions were set to achieve the objectives: first, what the pitfalls of nursing care were on the part of the nurses, secondly, what areas within antidecubital care were neglected and finally, how antidecubital care at selected inpatient wards was provided.

The research was implemented at the chosen inpatient wards in České Budějovice Hospital, PLC, from the period of February to April 2014. The research file consisted of the general nurses and the medical assistants. A hidden participant observation was conducted and then questionnaires with 15 questions that were closed or semi-closed were distributed to the nurses. 45 questionnaires were handed out, 31 handed back and all 31 questionnaires could be processed. Thus, the total return of the questionnaires was 69%. Questions in the questionnaire were based on the observation criteria.

The hidden participant observation was processed and plotted on the observation sheet and then classified according to the given criteria. After delivery, the returned questionnaires were checked and evaluated graphically. All results were processed using Misrocoft Office Excel program, were plotted in graphs with keys and descriptions.

By processing and comparing the results, we ascertained that in some fields the opinion of the nurses was different from the practice that was really performed. It could be also caused by the fact that antidecubital care is very time-consuming, demanding and comprises a lot of nursing interventions. Sufficient number of aids with which the ward is equipped is relevant as well, be it preventive aids or medical ones. And last but not least the organization of the care.

At present, the time spent on completing documentation is increasing and the time that can be used by nurses for contacting a patient and satisfy his/her needs is decreasing. Nevertheless, the patient´s state and his/her contentment reflect and demonstrate our care.

After previous arrangement, the results of our research examination will be communicated to the ward sisters at the selected inpatient wards where the research examination was performed.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Antidekubitární péče jako ošetřovatelský problém jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2.5.2014 ……

Monika Křížová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala především Mgr.Františkovi Dolákovi,Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce a za poskytování cenných rad a připomínek a za to, že mi nechal volný časový plán pro mou práci.

Dále chci poděkovat hlavní sestře Nemocnice České Budějovice, a.s., Mgr.Monice Kyselové,MBA a jejímu sesterskému personálu za vstřícnou a ochotnou spolupráci při spolupráci na výzkumném šetření.

A v neposlední řadě děkuji mé rodině za podporu, zázemí, rozptýlení a za to, že se nezlobí, že jsem tak málo byla doma.

Obsah

ÚVOD **10**
1. SOUČASNÝ STAV **11**
1.1 Anatomie a fyziologie **11**
1.1.1 Stavba kůže 11
1.1.2 Funkce kůže 12
1.2 Dekubitus – charakteristika **13**
1.2.1 Etiologie vzniku 13
1.2.2 Klasifikace 16
1.2.3 Lokalizace 18
1.3 Antidekubitární péče **20**
1.3.1 Polohování 20
1.3.2 Antidekubitární pomůcky 23
1.3.3 Ošetřovatelské intervence 23
1.3.4 EPUAP a jeho poslání 25
1.4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů **26**
1.5 Léčba **28**
1.5.1 Konzervativní léčba 29
1.5.2 Chirurgická léčba 30
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY **32**
2.1 Cíle práce **32**
2.2 Výzkumné otázky **32**
2.3 Výzkumný problém (ad cíl 2) **32**
3. METODIKA **33**
3.2 Charakteristika výzkumného souboru **33**
4. VÝSLEDKY **34**
4.1 Výsledky skrytého zúčastněného pozorování na vybraných lůžkových oddělení **34**
4.2 Výsledky nestandardizovaného dotazníku pro sestry z pozorovaných oddělení **39**

oddělení 39
5. DISKUZE 49
6. ZÁVĚR 58
7. KLÍČOVÁ SLOVA 60
8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 61
9. SEZNAM PŘÍLOH 64

ÚVOD

Antidekubitární péče je stále velmi diskutované téma, i když je vypracováno mnoho intervenčních postupů, jak tomuto ošetřovatelskému problému předcházet, a je vyrobeno ještě více antidekubitárních pomůcek. Výskyt dekubitů je také jedním z indikátorů kvality poskytované ošetřovatelské péče. Kdekdo si s tímto problémem také spojuje mnohá nemocniční oddělení nebo oddělení následné péče. Mnoho lidí se také domnívá, že dekubity se týkají pouze starých osob. Mnohdy jsou postižení i mladí lidé, kteří zůstanou upoutáni na lůžko nebo na invalidní vozík z důvodu úrazu. Je tedy pouze na sestrách a pomocném zdravotnickém personálu tento názor obyvatelstvu vyvrátit. Léčba dekubitů je také velmi náročná ekonomicky, protože komplikují celkový stav pacienta. Představují tedy i psychickou zátěž a to nejen pro pacienta, ale také pro rodinu nemocného. Platí zde tedy pravidlo „Prevence je levnější než léčba“.

Každý ošetřovatelský personál by měl být dostatečně informován o prvcích antidekubitární péče, a to od důležitosti upraveného lůžka až po péči u vzniklých dekubitů. Pacient upoutaný na lůžko, který je nesoběstačný, není schopen při dyskomfortu sám změnit polohu a často ani tuto skutečnost pro svůj stav nemůže ošetřujícímu personálu říci. Je tedy důležité věnovat se těmto pacientům v určených časových intervalech a průběh péče zaznamenávat do dokumentace. Důležitý je také sběr ošetřovatelské anamnézy, kdy sestry podle používaných stupnic hodnotí riziko vzniku dekubitů. Antidekubitární péče tak může být zahájena před prvními příznaky tvořící se proleženiny.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou poskytování antidekubitární péče a má za cíl zmapovat názor sester na tuto péči a zjistit, zda antidekubitární péče pro sestry představuje problém jak znalostní, tak praktický. Práce se bude snažit vyřešit výzkumný problém, zda názor sester odpovídá skutečnému stavu provádění antidekubitární péče.

Sběr dat pro vyhodnocení probíhal především zúčastněným skrytým pozorováním, kdy jsem spolupracovala s ošetřovatelským personálem. Pro doplnění informací byly rozdány všeobecným sestrám dotazníky.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie

Kůže (lat. cutis, řecky derma) je s povrchem přibližně 1,8 m^2 největším orgánem lidského těla a váhou může dosáhnout i 4,5 kg. Nejtenčí kůžička se nachází na očních víčkách a nejtlustší vrstvu máme na chodidlech a na dlaních. Během našeho života se její pružnost mění, se stářím se pružnost snižuje a vznikají vrásky. K přídatným orgánům kůže patří mazové a potní žlázy, nehty a vlasy (1,2).

1.1.1 Stavba kůže

Celkově se kůže skládá z pokožky, škáry a podkožního vaziva.

Pokožku (epidermis) tvoří mnohovrstevný, dlaždicový epitel s mnoha buňkami. Epidermis nemá cévy. Spodní živé buňky se neustále dělí a tlačí na starší zrohovatělé vrstvy na povrchu, které se odlupují. V hlubokých vrstvách je uloženo kožní barvivo melanin, který nás ochraňuje před UV zářením a dále svým množstvím, prokrvením a hloubkou uložení zajišťuje zbarvení kůže. Nejméně je ho na dlaních a chodidlech. Pokožka na své hranici se škárou, jako další částí kůže, tvoří bradavčité výběžky, které do sebe zapadají s výběžky ze škáry. Vznikají zde vlasy, vousy, chlupy, nehty a kožní žlázy – přídatné orgány, které mají základ ve škáře (1,3).

Škára (corium) je pružná, vazivová vrstva, která obsahuje hmatová tělíska a ta na povrchu pokožky je můžeme vidět jako složité obrazce, tzv. dermatoglyfy. Vlákna škáry zabezpečují pružnost, roztažitelnost, pevnost a štěpitelnost ve směrech, které musejí být respektovány např. při volbě kožních řezů. Nacházejí se zde nervy, krevní a mízní cévy a jsou zde uloženy váčky přídatných orgánů s potními a mazovými žlázami. Jsou zde nerovnoměrně rozmístěny i receptory chladu, tepla a bolesti (1).

Podkožní vazivo (tela subcutanea) tvoří síť vazivových vláken s rozesetými vazivovými buňkami. Jeho řídkost umožňuje pohyblivost kůže např. na krku či čele. Ukládají se zde tukové kapénky vytvářející tukovou tkáň jako zásobárnu energie a

tepelnou izolaci. Najdeme zde tělíska Vater-Paciniho jakožto receptory čití tlaku a tahu (souvislost se vznikem dekubitů) (1,3).

Přídatné kožní orgány tvoří vlasy, chlupy, nehty a kožní žlázy. Vlasy spolu s chlupy vyrůstají z váčků, které jsou spojené s mazovými žlázkami a ty jsou ovlivňovány snopečky hladkých svalových vláken. Mazové žlázy chybí akorát na dlani a ploskách nohou. Výměšek nazýváme kožní maz a jeho funkcí je zvláčňování a ochrana pokožky, vlasy a chlupy chrání před vysycháním a lámáním. Potní žlázy jsou v pokožce rozloženy nerovnoměrně a je jich přibližně 2,5 milionu. Nejvíce jich najdeme na dlani, v podpaží, na čele a ploskách nohou. Pot se skládá až z 99% vody, z 0,6% NaCl a rozpuštěných organických látek a tvoří se z tkáňového moku. Vliv na pocení má teplota prostředí a tělesná námaha. Potní žlázy se uplatňují při řízení tělesné teploty a zasahují do hospodaření s vodou v těle. Dále ke kožním žlázám můžeme přiřadit apokrinní (sexuální, pachové) žlázy a žlázu mléčnou, která je největší kožní žlázou v těle a embryonálně se zakládá u obou pohlaví (1,4).

1.1.2 Funkce kůže

Hlavní funkcí kůže je to, že jde o specializovanou hraniční vrstvu s velikou styčnou plochou pro oddělení vnitřního prostředí organismu od prostředí zevního (5).

Dalším důležitým úkolem kůže je ochrana před proniknutím cizích škodlivých látek do prostředí organismu. Tvoří kryt před mechanickými, chemickými a fyzikálními vlivy a zabraňuje proniknutí infekce. (Při vzniku dekubitu je kůže porušená a může nastat infekce, protože dekubitus je vstupní branou pro infekci.) (5).

Zajišťuje také smyslovou funkci, neboť v kůži jsou uloženy receptory pro vnímání tepla, chladu, hmatových vjemů a bolesti. Funkce termoregulační využívá podkožního vaziva, které má dobré izolační schopnosti pro zabránění tepelných ztrát. Nejvíce se tato funkce projevuje při sportu. Skladovací funkce je zajištěna podkožním vazivem, kde je uloženo množství tuku a slouží jako energetická zásobárna. Nachází se zde vitamíny rozpustné v tucích, jako A, D, K a E. V neposlední řadě jde o vylučovací funkci, která je zajišťována především mazovými a potními žlázami. Pot a maz ochraňují kůži a pot

svou kyselostí omezuje růst mikroorganismů. Můžeme tedy říci, že má dezinfekční účinky. Je třeba uvést i vstřebávací funkci. Ta je poměrně malá, ale díky ní můžeme aplikovat látky rozpuštěné v tukových rozpouštědlech nebo v tucích, které lze do kůže vtírat. Např. popáleniny mají ale velikou resorpční schopnost a organismus tak může být zaplavován mikroorganismy (4).

Různé funkce, velikost a hmotnost značí, že každé větší poškození kůže je závažným zraněním, neboť se do organismu dostávají odpadové látky, které narušují stálost vnitřního prostředí (1).

1.2 Dekubitus – charakteristika

Dekubitus nebo také proleženina, z latinského cubo = ležet, je léze zapříčiněná dlouhotrvajícím působením tlaku nebo třecích sil na tzv. predilekční místa. Jde o lokalizované poškození kůže a přiléhajících struktur, a to od trvalého erytému až po postižení částí pohybového aparátu (svaly, šlachy, kosti). Oblast je ochuzená o živiny a kyslík a může dojít k ischemii, až k odumření tkáně, kdy je zapotřebí chirurgického řešení. Tlakové síly a jiné rizikové faktory narušují regeneraci kůže a způsobují zpomalení krevního průtoku s následným vznikem dekubitu. Tyto defekty se hojí sekundárně. Synonymem pro dekubitus je též prosezenina, tlaková léze nebo vřed (6,7,8).

1.2.1 Etiologie vzniku

Protože naše tělo je fyziologicky určeno pro pohyb, vznik dekubitů je celkově spojený s dlouhodobým upoutáním pacienta na lůžko nebo s jeho sníženou hybností. Do této rizikové skupiny můžeme zařadit pacienty se špatným zdravotním stavem, osoby s malnutricí a osoby se sníženou pohyblivostí, a to zejména starší pacienty (9).

Jiné rozdělení určuje jako omezení hybnosti genetické vlivy, degenerativní onemocnění, pooperační stavy nebo akutní onemocnění s následnou imobilitou (10).

Příčiny vzniku dekubitů můžeme rozdělit do dvou hlavních skupin, a to na zevní a vnitřní faktory.

Mezi zevní vlivy řadíme vlivy chemického působení. Jde o dlouhodobý kontakt potu, moče a stolice s kůží. Povrchová část kůže je porušená a dochází k tzv. maceraci. Kůže ztrácí na své pružnosti a povrchové vrstvy se rozpadají. Je tedy poškozená přirozená bariéra proti vniknutí infekce. Z toho vyplývá, že velmi často jsou postižení pacienti inkontinentní, kteří leží v plenách. Dekubity řadíme vždy k infikovaným ranám, infekce se přenáší z blízkého okolí, hematogenně ze vzdálených ložisek a v neposlední řadě se dekubity infikují mezi sebou. Rizikovým ročním obdobím je léto, kdy dochází k nadměrnému pocení. Dalším problémem jsou pak horečnaté stavy u dlouhodobě ležících. Dekubitus může také vzniknout vlhkostí při hnisavých poraněních, kdy nedochází k odvětrávání rány (6,8,11).

Vznik dekubitů je také zapříčiněn vlivy mechanickými. Jde o střižné síly a tření. Tyto vlivy působí tam, kde je s pacienty nesprávně manipulováno, například jsou popotahováni po matraci. Střižné síly působí nejvíce v poloze polosedu, neboť trup se sune silou níže a cévy jsou velmi namáhány. Snižuje se průtok krve cévami, které jsou napínány a je přerušena jejich celistvost. Tkáně pak nejsou dostatečně zásobovány krví a vzniká ischemie. Špatnou manipulací může také dojít k oddělení níže uložených svalových vláken od tkáně podkožní a ke vzniku krevních sraženin, které opět způsobují nedostatečné prokrvení. Při sunutí po podložce lůžka dochází k poškození rohové vrstvy kůže, přirozená obrana tak klesá a vstup pro infekci je snadnější. Komplikací je zde vlhkost nebo teplo. Zdravotnický personál by si tak měl dát pozor na přesuny pacienta z lůžka na lůžko, z lůžka na vozík, z vozíku na WC atd. Neméně důležitá je úprava lůžka. Pozor se musí dát též na přiložené obvazy, je třeba kontrolovat, zda pod pacientem nejsou shrnuty (6,8).

Důležitou příčinou je také působení a intenzita tlaku, která se soustřeďuje na kostní prominence, tzv. tlakové body. I když působí na tkáně vysoký tlak, je to pro ně fyziologický proces, protože po přerušení tlaku dochází k opětovnému roztažení cév a okysličení tkání. Jan Mikula uvádí, že fyziologická hodnota kapilárního tlaku je 32 mm Hg a pokud je tato hranice vyšší a tlak je trvalý, vznikají kapilární poruchy. Kapiláry

jsou stlačené a tkáň je ochuzená o kyslík a živiny, ale naopak se v ní hromadí odpad z metabolismu a tím dochází k odumření tkáně. Při působení dlouhodobého tlaku dochází k ireverzibilním změnám a reaktivní hyperemie jako kompenzace nestačí. Česká chirurgická společnost uvádí, že při překročení tohoto limitu dochází k zástavě krevního oběhu formou ischemie nebo kapilární stáze s následným poškozením až odumřením tkáně, která leží mezi kostním výčnělkem a podložkou. A protože dekubity vznikají do dvou hodin, v extrémních případech i do třiceti minut, je nutné aktivní polohování rizikových skupin pacientů. Doba působení zde hraje hlavní roli (6,8).

Druhou skupinou příčin vzniku dekubitů jsou vnitřní faktory. Řadíme sem inkontinenci, neboť kyseliny ve výkalech a moči způsobují chemickou popáleninu. Integrita kůže je tak poničená a dá se předpokládat vznik defektu a infekce. Také častým používáním mýdla u inkontinentních dochází k odstraňování kožního mazu jako přirozené bariéry těla, kůže je suchá a snáze tak dochází k jejímu poničení (6,11).

Velmi důležitá je stabilní hydratace pacienta, protože ke vzniku dekubitu může dojít jak při hyperhydrataci, tak při dehydrataci. Při dehydrataci je snížené kožní napětí, netvoří se kožní řasy, tzv. kožní turgor, kůže je vysušená a zvyšuje se její citlivost. Pokud je kůže hyperhydratovaná, kožní napětí se zvyšuje, vznikají otoky a je poničená i její celistvost (6).

Důležitou roli má i výživa, a to zejména na hojení je potřeba vyšší energetická spotřeba. Důležitými složkami se stávají makronutrienty a antioxidanty. K významným nutrietům pak řadíme bílkoviny, arganin, zinek, vitamin C a vitamin E. Všechny tyto složky obsahuje tzv. sipping. Je nutné zvážit pacientovu schopnost přijímat potravu per os nebo sondou (6,7,11,12).

Mezi cévní faktory patří jak porucha průtoku, tak i snížený objem krve. Obojí snižuje odolnost kůže. Tkáně nejsou zásobeny krví a při přerušení její dodávky dlouhý čas vzniká ischémie a tkáň odumírá. Třením potom dochází k porušení mikrocirkulace (6,9).

Protože dekubity se vyskytují jako komplikace imobilizačního syndromu, je jasné, že vliv na jejich vznik má hybnost pacienta. Pokud se zdravému člověku leží nepohodlně, sám aktivně změní polohu pro uvolnění tlaku a napětí. Avšak pacienti např.

s poškozením mozku či nervů, s letargií, v anestezii, za operace, při poruchách vědomí sami polohu nezmění. Jak již bylo řečeno, pro vznik proleženiny stačí i krátká doba (6).

Vznik dekubitů souvisí i s tělesnou hmotností. Riziko vzniku stoupá při jakékoliv odchylce od ideální tělesné hmotnosti, tedy jak při podvýživě, tak při obezitě. Kachektičtí pacienti jsou ohroženi z důvodu nedostatečné vrstvy tukové tkáně, která slouží jako ochrana svalů před tlakem. Obézní lidé jsou zase těžko pohybliví a jejich polohování je velmi obtížné. Mají špatné stravovací návyky, což má za následek špatný stav kůže a trpí poruchami krevního oběhu (6,11).

S věkem přibývá snížení elasticity a pevnosti kůže při tahu a tím je kůže zranitelnější. Porucha v mikrocirkulaci zabraňuje dobrému hojení ať už dekubitů nebo jakýchkoliv jiných ran. Uvádí se, že u seniorů je až dvacetkrát větší riziko vzniku dekubitů než u lidí ve věku 20 - 40 let. Až 71% pacientů s dekubitem je starší sedmdesáti let. Protože ženy mají větší tukové vrstvy než muži, jsou ke vzniku proleženiny náchylnější (6).

Důležitá je odolnost tkáně vůči tlaku. Nejméně odolná je pro svou řídkou cévní síť s nepravidelnými tukovými zrny tkáň tuková. Z měkkých tkání odolává velmi dobře kůže a vazivo. U kostní tkáně se přesně neví, zda za změny může infekce nebo i tlakové změny. Na snížené odolnosti cév na tlak se do jisté míry také podílejí aterosklerotické pláty (8).

Česká společnost chirurgů ještě zmiňuje jako příčiny vzniku dekubitů poruchy mozkové činnosti u některých duševních chorob, depresí, intoxikací léky a farmaky. Snižuje se nebo zcela omezuje možnost pacienta svévolně změnit polohu (8).

1.2.2 Klasifikace

Pro určování stupně tlakového poškození je důležité si uvědomit, že tlakové léze postupují z hloubky na povrch. Proto i malá známka na kůži může značit velké poškození pod povrchem. Doba a průběh vzniku proleženiny je u každého pacienta individuální a i proto je důležité orientovat se v jejich klasifikaci (6).

Česká společnost pro léčbu ran zaštiťuje ve většině zdravotnických zařízení klasifikaci Evropského poradního sboru pro otázky proleženin (EPUAP), který doporučil na kongresu v Tampere v roce 2003 rozdělení do čtyř skupin (13).

Prvním stupněm je tlaková léze bez poškození kůže nebo-li také erytém. Příznakem je zarudnutí kůže, mírný otok a postižená plocha je na pohmat zduřená. Jde o změny reverzibilní, tedy vratné, ale přesto mohou na podkoží zůstat změny v podobě vazivové přeměny. Tuková tkáň kolikvuje a kosti naléhají přímo na kůži. Může se udělat i píštěl nebo flegmona se šířením do okolí. Vše je velmi nenápadné, neboť na povrchu je pouze zmíněný otok se zarudnutím (6,8).

Tlakové léze s částečným poškozením kůže jsou druhým stupněm proleženiny. Oblast je zatvrdlá zmnožením vaziva, kůže je bledá a po stlačení tohoto místa se neobjeví kapilární návrat. Může být přítomný puchýř a někdy je obnažena i škára v podobě hluboké oděrky. Podkoží je postiženo primárně, a protože je postižena i část cév, které vyživují kůži, dochází k jejímu sekundárnímu odumírání. Anatomicky je postižena epidermis a dermis (6,8,13).

Třetím stupněm je nekróza. Tlaková léze zcela ničí tkáň mezi kostí a pokožkou. Dekubitus je pokryt suchou černou nekrózou nebo také rozbředlou nekrotickou masou. Tato nekróza se týká všech vrstev mezi kostní částí a podložkou. Defekt podkoží má větší rozsah než defekt kůže, vznikají tak vředy se široce podmiňovanými okraji a podklad tvoří obnažená kost. Jizva se tak při působení tlaku opakovaně rozpadá a vzniká chronický vřed. Postižena je tedy epidermis, dermis a subcutis (6,13).

Posledním, čtvrtým stupněm je tlaková léze doprovázená komplikovanými ostitidami kostních prominencí a artritidami sousedních kloubů. Tento typ může být stejný jako u předešlých stupňů, ale mohou být přítomny i infikované klouby, např. sakroiliakální, kyčelní, kolenní, loketní a další. Vyskytovat se mohou píštěle komunikující např. s močovým měchýřem, s dutinou břišní nebo retroperitoneem. V tomto případě se defekt konzervativní cestou již nezahojí (6,8).

Při tlakových lézích po sádrových a jiných obvazech a po použití protetických pomůcek se kombinuje tlak edémové tekutiny se stagnací v krevním i lymfatickém oběhu. Defekty jsou taktéž lokalizovány nad kostními výběžky a pod různými

nerovnostmi. Důsledkem je tzv. Volkmannova kontraktura, protože menší odolnost svalů a podkoží vůči tlaku způsobuje jejich vazivovou přeměnu a následné deformity v podobě kontraktur, tedy chorobného stažení svalů a poruchy přirozené pohyblivosti kloubů (8).

Druhou často používanou klasifikací je pětistupňová Danielova klasifikace. První stupeň popisuje dekubitus jako zarudnutí kůže, druhý stupeň jako povrchové kožní vředy, třetí stupeň jej charakterizuje jako nekrózu podkožního tuku, ve čtvrtém stadiu jde o postižení všech hlubších struktur kromě kostí. A pátý stupeň je definován jako rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, sekvestrací kostí nebo destrukcí kloubů (13).

1.2.3 Lokalizace

Oblasti, na které působí tlak v určitém časovém intervalu, nazýváme predilekční místa. Nacházejí se nad kostními vyvýšeninami, které jsou z hlediska vzniku proleženin nejrizikovější. Tato místa jsou charakterizována menší tukovou vrstvou a velkou styčnou kloubní nebo kostní plochou krytou kůží, což omezuje rovnoměrné rozkládání tlaku (13).

Na predilekčních místech hodnotíme denně stav kůže, posuzujeme změny na kůži, jako třeba tmavočervené skvrny, odřeniny, otok nebo citlivost na dotyk a teplotu postižené oblasti ve srovnání s okolní teplotou (14).

Místa s vysokou rizikovostí jsou okcipitální krajina, lokty, lopatky, žebra, spinální výběžky obratlů, iliacké spiny ventrální i dorzální, sacrum, trochanterická oblast, sedací hrboly, patelární okrsky, mediální kondyly femurů a tibií, hlavice lýtkových kostí, přední hrany tibií, kotníky, paty a tlakové body plosek (8).

V poloze na zádech nebo v sedu, jsou nejvíce zatěžovány paty, sakrální oblast, kostrč, lopatky, obratle a okcipitum (15).

V poloze na boku jsou postiženy chodidla v oblasti prstů přiléhajících k podložce, kotníky, kolena, trochantery. Na hrudníku jsou to žebra a lopatky, ramenní klouby a spánková krajina v oblasti hlavy (15).

V poloze na břiše jde na dolní končetině o postižení prstů, kolen, přední hrany holenní kosti, distálního konce humeru, velké trochantery, okraje lopatky kosti kyčelní. Otlačeno může být sternum, spánková oblast a obličejové kosti (15).

Mimo jiné ale musíme také myslet na dekubity v místech dlouhodobě zavedených intravenózních kanyl, drénů, katétrů, při sádrové fixaci nebo při nevhodně přiložené elastické kompresivní bandáži (15).

1.2.4 Komplikace

K proleženinám přistupujeme vždy jako k infikovaným ranám. Rána s poruchou prokrvení je ideální živná půda pro bakterie. Pokud si organismus s toxiny neporadí, tak pronikají hlouběji do rány, poškozují tkáň a po rozmnožení vyvolávají zánětlivou, tzv. ranou infekci. U proleženin vyššího stupně provádíme stěr biologického materiálu k bakteriologickému vyšetření. Nejvyšší koncentrace bakterií je na okrajích rány a v její hloubce. Infekce můžeme rozdělit na několik druhů. Stafylokokové charakterizuje smetanově žlutý sekret bez zápachu. Streptokokové infekce mají řídký, žluto šedý sekret. Infekci dále způsobují pseudomonasy s nasládle páchnoucím sekretem modrozelenavé barvy a Escherichia coli má nahnědlý sekret, který páchne po fekáliích, neboť bývá u proleženin v sakrální oblasti (5,6).

K místním komplikacím dekubitů můžeme zařadit například hematomy, vytvoření seromu nebo abscesu v ráně. Seromy jsou specifické zejména pro sakrální dekubity. Někdy se při odstraňování těchto komplikací neobejdeme bez rozevření rány a zavedení drénu (6).

Mezi celkové komplikace zahrnujeme zvláště septické stavy. Organismus tak reaguje na infekci. Horečnaté stavy s dlouhodobějším trváním, které pacienty vyčerpávají a jsou tak nebezpečné pro život, značí hromadění hematomu nebo hnisu v ráně, za což mohou např. ostitidy nebo i nedobrá exstirpace píštělí a chobotů. Komplikací může být též infekce v močových cestách (8,16).

1.3 Antidekubitární péče

Protože jsou dobře známy příčiny vzniku proleženin, můžeme jim účinně předcházet. Dobře zajištěná a kvalitní ošetřovatelská činnost má velký význam při prevenci vzniku dekubitů, a to jak ve zdravotnickém zařízení, tak v domácím prostředí. V podstatě jde o využívání jednoduchých, ale účinných rehabilitačních úkonů. Své nezastupitelné místo zde mají i antidekubitární pomůcky, výživa, prevence otoků, hygiena nebo ochrana před infekcí. Péče o pacienta ve zdravotnickém zařízení je komplexní, koordinovaná a musí fungovat dobrá spolupráce celého týmu a kontinuita péče. Důležité je zajistit také potřeby psychické i sociální, spoluúčast rodiny a počítat s individualitou každého jedince. Obecnými zásadami pro prevenci jsou snížení působení tlaku na tkáně, omezení mechanických vlivů, dostatečná hygiena, stabilizace stavu a dobrá organizace prevence. Tato pravidla musí být pro efektivní účinek aplikována po celých 24 hodin s ohledem na stav pacienta (9,17).

1.3.1 Polohování

Jedná se o základ aplikovaných terapeutických aktivit, protože pro mnoho pacientů je velmi těžké samovolně změnit svou polohu na lůžku. Mimo jiné jde o základ rehabilitačního ošetřovatelství. Vše je zajišťováno sestrami. Pacient je správně uložen, změny poloh se provádí v přesném časovém intervalu a péče je věnována i správnému uložení končetin. Takto prováděné změny polohy snižují tlak na tkáň, která je lépe okysličována a prokrvována, jde tedy o základní a nejúčinnější prevenci vzniku dekubitů. Pacient je polohován preventivně také proti bolesti, zhoršení ventilace plic, vzniku deformit, kontraktur a omezení rozsahu pohybu v kloubech. Vyžaduje tedy každodenní činnost sester a pomocného zdravotnického personálu. Časové rozmezí mezi změnami polohy závisí na aktuálním stavu pacienta a intervaly tak mohou kolísat mezi 20 minutami až 2 hodinami. Vše je zaznamenáváno do přesného písemného denního plánu polohování. U pacientů na vozíku nebo posazených na židli by měl být časový úsek mezi změnou polohy kratší, přibližně 30 minut až 1 hodina, protože při

sezení je vyvinut vyšší tlak na ohrožené oblasti. Intervaly mezi polohováním dokážou prodloužit speciální sedací polštáře, kvalitní matrace nebo polohovací lůžko s laterálním náklonem. Je tak navíc snížena fyzická námaha pro ošetřující personál nebo členy rodiny. Pokud však vznikne nově dekubitus nebo je pokožka jinak poškozená, je potřeba časový interval mezi změnami poloh zkrátit. Kontraindikací pro polohování je lobektomie, pneumonektomie nebo chronické onemocnění plic a nikdy se nesmí polohovat na vzniklý dekubitus (6,9,17,20,21,22).

Pokud to pacientův stav dovolí, pro přípravu na mobilizaci se používá tzv. bridging nebo-li poloha v mostu. Pacient ležící na zádech zkouší se skrčenýma nohama a pevně opřenými chodidly do podložky nadzvednout pánev. Tento cvik slouží k dosažení udržení rovnováhy v sedu, ve stoji a při chůzi. Díky tomuto cviku může pacient při změně polohy v posteli sám pomáhat (23).

Při polohování se používají antidekubitární pomůcky, odlehčují se predilekční místa a udržuje se správná poloha. Pacienti s poraněním páteře jsou polohování za pomoci Stryckerova rámu (24).

Při polohování se střídají polohy na zádech, boku, břiše a sed s polosedem, hlava a horní i dolní končetiny mají v různých polohách dané své postavení, které je důležité dodržovat. S polohováním pak úzce souvisí manipulace s pacientem jakožto pohybová aktivita. Vhodné je upravit polohování tak, aby pacient byl v době oběda v poloze v sedu nebo polosedu (17,20).

Při poloze na zádech podkládáme hlavu tak, aby se brada nedotýkala hrudníku a ani nezapadala dozadu, paže je v různém úhlu upažení, loket je střídavě ohýbán a natahován. U zápěstí a ruky střídáme zvednutí ruky hřbetem nahoru s prsty pokrčenými nebo nataženými. Do dlaně jako prevenci kontraktur vložíme např. molitanový míček a palec stavíme proti ostatním prstům. Kyčelní kloub může být natažen, ale musíme bránit zevnímu vytáčení zakládáním polohovací pomůckou nebo střídáme různé úhly pokrčení. Koleno je ukládáno do mírného pokrčení s podložením nebo větším pokrčením (17).

V poloze na boku je lůžko ve vodorovné poloze, a hlava je v prodloužení páteře a trup po celé délce zakládáme např. válcem nebo klínem. Horní končetina, na které je

pacient přetočen, je předsunuta tak, aby na ní nespočívala pacientova váha, a paže je v různém úhlu upažení, ale maximálně do devadesáti stupňů. U lokte se střídá natažení a ohnutí, ale předloktí je na lůžku a ruka je natočena dlaní vzhůru. Svrchní horní končetina je dlaní zapřena o matraci před pacientem, může se také pokládat přes válec nebo stočený polštář, na kterém musí být i zápěstí s prsty, a paže je vůči trupu uložena v různém úhlu. Spodní dolní končetina je v kyčelním i kolenním kloubu v mírném ohnutí a vrchní dolní končetina je pokrčena maximálně do devadesáti stupňů, uložena před pacientem a podložena po své délce. Pozor dáváme na polohu špičky, která nesmí přesahovat podložení (17).

V poloze na břiše nesmí být hlava podložena polštářem, střídáme její otočení vlevo nebo vpravo, může být také opřena o čelo, které je položeno např. na stočeném ručníku, aby pacient mohl dýchat. Břicho podkládáme malým polštářkem, který zabrání bolestivému prohnutí v bederní páteři. Paže jsou položené u hlavy do tzv. svícnu s lokty do pravého úhlu nebo jsou rovně natažené podél těla s dlaněmi nahoru. Dolní končetiny jsou natažené v kyčelním i kolenním kloubu a špičky volně visí přes okraj matrace. Pokud to však není možné, podkládáme je např. stočeným ručníkem. Pro střídání pokrčení v kolenou podkládáme bérce (17).

Pokud pacienta posazujeme, musíme zvednout zádovou část lůžka a záhlaví podložit polštářem proti zapadávání vzad. Aby nemocný nesklouzával níže, zakládáme chodidla např. bedničkou, kolena jsou mírně pokrčena. Tato poloha je vhodná pro zlepšení ventilace a prokrvení po operacích hrudníku, při astmatu, při chronické obstrukční plicní nemoci, při pneumonii nebo infekci hrudních orgánů. Dále snižuje riziko dušnosti a minimalizuje riziko aspirace (9,17).

Jestliže je třeba přetočit pacienta, ale hrozí riziko dalšího poškození, volíme metodu otáčení klády, kdy je pacient přetáčen jako jednotka. Jde o složitý proces, kterého se dohromady účastní sedm lidí. Jedna sestra stojí u hlavy, druhá drží pacienta od ramen do pasu, třetí má paže na břichu a pacientových stehnech v horní části a další spolu sestra navíc drží kolena. Pátá má ruce položené na stehnech a kolenech, šestá drží chodidla a poslední sestra zajišťuje další potřebné věci. Všichni zúčastnění otáčejí pacienta najednou a udržují páteř v rovině (9).

Nedůležitější však je, aby se ošetřující personál vcítil do pocitů a pozice pacienta a to zvláště u těch, kteří nemohou komunikovat, neboť při známkách dyskomfortu je třeba polohu změnit (21).

1.3.2 Antidekubitární pomůcky

Při polohování pacienta používáme antidekubitární pomůcky, které brání vzniku proleženin a také udržují pacienta v dané poloze podle polohovacích hodin. Je tedy důležité, aby lůžko imobilního pacienta bylo těmito pomůckami vybaveno a každá pomůcka by měla mít měnitelný bavlněný povlak. Základem je matrace, protože na ní pacient stráví během hospitalizace veškerý čas. Na trhu jsou moderní aktivní antidekubitární matrace, kde se např. v časovém rozmezí mění působení tlaku a odlehčují predilekční místa pro obnovení prokrvení. Na trhu jsou dokonce matrace s cirkulací vody, nebo vzduchu. Do základu lůžka můžeme zastlat tzv. dekubu, což je deka z ovčího rouna, vložit podložky s granulovou, gelovou nebo pěnovou výplní. Dále používáme polštáře s molitanovou drtí k podložení pánve, ramen nebo krční páteře. Molitanové přířezy se používají pro podložení dolních končetin v poloze na boku. Měkký válec se dává v poloze na zádech pod pokrčená kolena a pod nárty v poloze na břiše. K dalším pomůckám patří pískové vaky, klínky, válce, bedýnky nebo podpatěnky, které mohou mít podobu otevřené boty (12,16,20,24,25).

1.3.3 Ošetřovatelské intervence

Proleženiny by neměly být reklamou pro farmaceutické firmy. I přes velký pokrok způsobují pacientům utrpení a ohrožují jejich stav. Proto patří ke kritériím, podle kterých se v našich nemocnicích hodnotí kvalita ošetřovatelské péče. Dekubity jsou tak považovány za výsledek závislý na aktivním přístupu členů ošetřovatelského týmu. Péče o takto postiženého pacienta je náročná a finančně drahá, a proto je kladen důraz na prevenci, která je levnější. Významnou roli zde má kvalitně organizovaná ošetřovatelská péče nejen v nemocnici, ale i v domácí péči (10,12,21).

Ošetřovatelské intervence jsou takové činnosti, které ošetřující personál vykonává při činnostech za 24 hodin a kterými tak zamezuje vzniku jakýchkoliv komplikací. Péče je zaměřena na polohování a jinou aktivizaci, hygienu a péči o pokožku, úpravu lůžka, péči o invazivní vstupy, výživu a hydrataci. Intervence můžeme rozdělit ještě na preventivní a léčebné. Prvním předpokladem pro správnou léčbu, je dodržování veškerých preventivních opatření (11).

V poskytování preventivních ošetřovatelských intervencí kontrolujeme u pacientů, jimž hrozí riziko vzniku dekubitů, alespoň jedenkrát denně kůži a sliznici. Pozornost věnujeme kostním výčnělkům, tedy predilekčním místům. Tuto činnost lze nejlépe aplikovat při polohování. Pokud zjistíme možné riziko vzniku proleženiny, je zapotřebí aplikovat preventivní opatření a ne jen výsledek zapsat do dokumentace. Pro omezení nepříznivých mechanických vlivů z prostředí využíváme antidekubitární pomůcky. Hygienu provádíme u pacientů dle potřeb, pravidelně odstraňujeme nečistoty (stolice, moč), čímž znemožňujeme působení chemických a infekčních vlivů a minimalizujeme působení vlhkosti na pokožku. Nejlepší je provádění hygieny dvakrát denně, ráno a večer, pokožku je třeba promazat, vhodnější než mýdlo, jsou mycí emulze jako Menalind nebo Abena pěna. Pozor musíme dát na horkou vodu. Základem prevence je také dobře ustlané lůžko, kdy prostěradlo je dostatečně napnuté, nikde nejsou žádné nečistoty a hrboly. Kostní výčnělky nemasírujeme celou plochou dlaně, protože hrozí poškození celistvosti, místo toho volíme poklepovou masáž. Pokud má pacient alespoň trochu zachovanou pohyblivost kloubů, dbáme na jeho udržení, popřípadě zajistíme rehabilitační terapii. Pozor musíme dát i na takové věci, jako je přiložení manžety od tonometru nebo saturačního čidla, kontrolujeme kabely a okruh od dýchacího přístroje, sledujeme otlaky při zavedení nasogastrické sondy, u perkutánní endoskopické gastrostomie, u tracheostomie, permanentních žilních a močových nebo centrálních žilních katétrů. Kontrolujeme sádrové obvazy nebo derotační boty. Samozřejmostí je stabilizace celkového stavu, další důležité faktory jsou úprava vnitřního prostředí organismu, krevní oběh, zvládání infekce a výživa. Pro dokonalý léčebný proces je důležitý nutriční monitoring, protože vznik dekubitů je přímo úměrný nedostatečné výživě, riziko je velké při nízkém přijmu bílkovin. Měření BMI, váhy a výšky

provádíme alespoň jedenkrát týdně a dle ordinace lékaře se kontroluje stav prealbumínu v krvi. Důležitý je dostatečný příjem tekutin (10,11,21,24,26).

Při léčebných ošetřovatelských intervencích dbáme na proces hojení rány a to tak, aby se nevyskytly žádné komplikace. Ránu je důležité udržovat v suchu a čistotě a pravidelně provádíme sterilní převazy, využíváme při nich moderní léčebné metody. Z blízkosti rány musíme zcela vyřadit neprodyšné materiály, jako jsou třeba gumové podložky, a včas vyměňujeme vlhké lůžkoviny (11). Dle ordinací lékaře odebíráme z rány vzorky na bakteriologické vyšetření (11).

Není tak důležité mít drahé vybavení a pomůcky, ale je důležité přemýšlet a vcítit se do potřeb pacienta, svou práci dělat poctivě a svědomitě, protože pacienti s dekubity jsou vizitkou naší ošetřovatelské péče (27).

1.3.4 EPUAP a jeho poslání

European Pressure Ulcer Advisory Panel je Evropský poradní sbor pro otázky proleženin, jehož cíl byl definován na ustanovujícím zasedání v Londýně roku 1996 a říká, že je důležité zajistit úlevu osobám, které trpí proleženinami nebo jsou ohroženi jejich vznikem. Tohoto cíle chtějí dosáhnout především formou výzkumů a informovaností veřejnosti. Deklarace z Rio de Janeira z října roku 2011 ukazuje na problematiku dekubitů a přibližuje jejich možné dopady. Tím prevenci dekubitů stanovuje jako jedno ze základních lidských práv. Dekubity označuje jako významný zdravotní problém, který vede k invaliditě nebo až ke smrti. Proleženiny také zvyšují náklady na zdravotní péči, a jsou velkou komplikací zdravotního stavu a ohrožují bezpečí pro pacienta. K úspěšnému zvládnutí proleženin je důležité zavést opatření, která vedou k prevenci vzniku dekubitů, zajistit dostupnost kvalitní zdravotní péče a pomůcek pro všechny, aplikovat metody, které vycházejí z nejnovějších výzkumů, zajistit vznik odborných pracovišť pro léčbu rány a v neposlední řadě je důležité podpořit zdravotní sestry, které antidekubitární péči zajišťují (15,18,19).

1.4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Při sběru ošetřovatelské anamnézy hodnotí sestra také stav kůže a faktory, které se vztahují ke vzniku proleženin. Toto hodnocení je součástí dokumentace pacienta. Protože rizikové faktory pro vznik dekubitů jsou známy, byly na tomto podkladě vytvořeny tabulky pro hodnocení rizika jejich vzniku (11,13).

Celosvětově existuje sedmnáct hodnotících škál, ale v České republice je hojně využívána rozšířená stupnice Nortonové. Hodnotí se v ní celkem devět aspektů ve čtyřech stupních, a to věk, stav pokožky, další nemoci, tělesný stav, stav vědomí, pohyblivost, inkontinence a aktivita. Maximum výsledku je 36 bodů, riziko vzniku dekubitů vzniká při součtu 25 bodů a méně (13,28).

Další stupnicí je Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám, kdy stav možného vzniku dekubitů přichází se součtem bodů vyšším než 12. Kritéria jsou všeobecný stav zdraví, mentální stav, aktivita, pohyblivost, inkontinence, příjem výživy a tekutin per os a náchylnost k chorobám, jako je diabetes, neuropatie, onemocnění cév nebo anémie. Boduje se od 0 do 3 a některá kritéria jsou hodnocena dvojnásobně (11).

Škála Waterlow je považována za nejpřesnější. Parametry pro hodnocení rizika proleženin jsou stavba těla/váha a výška, typ kůže postižené oblasti, pohlaví, věk, zvláštní rizika, jako jsou poruchy výživy, srdeční nebo krevní onemocnění, kontinence, neurologické poruchy, pohyblivost, chuť k jídlu, operace a traumata, a medikace, kde hodnotíme užívání cytostatik, steroidů nebo protizánětlivých léků. Možnost vzniku proleženiny je dána vyšším bodovým skórem (13,28).

Podle některých autorů je za nejsenzitivnější škálu k rozpoznání vzniku dekubitů považována stupnice Bradenové. Zahrnuje senzorickou percepci se schopností respondovat s nepohodlím, stupeň vlhkosti, fyzickou aktivitu a chůzi, mobilitu se schopností kontrolovat polohu těla a měnit ji, výživu a tření kůže v souvislosti s manipulací se špatně pohyblivým pacientem. Maximální skóre je 23 bodů, 16 bodů značí riziko vzniku proleženiny (11,13).

Stupnice Shannon posuzuje parametry, jako jsou například duševní stav, kontinence, mobilita, aktivita, výživa, medikace, a setkáváme se zde i s hodnocením cirkulace a hlavně tělesné teploty. Hranicí pro riziko dekubitu je 16 bodů (14).

Primární zhodnocení pacientů akutně hospitalizovaných by mělo dle doporučení být provedeno nejdéle do 24 hodin, popřípadě do 48 hodin při provádění života zachraňujících výkonů. Pokud je pacient hospitalizován dlouhodobě, měl by se provádět rescreening dvakrát do týdne ve čtyřtýdenních cyklech. Obecným postupem pro hodnocení může být používání standardně doporučené škály k vyhodnocování, provedení záznamu do dokumentace, seznámení ošetřujícího lékaře s možným rizikem vzniku proleženiny, příprava plánu opatření, seznámení s poskytovanou péčí o pacienta a vysvětlení režimových opatření dle zdravotního stavu, možná je i nutriční konzultace, u pacienta je třeba zavést polohovací záznam a připravit antidekubitární pomůcky. Provedený záznam musí obsahovat lokalizaci místa, velikost, popis spodiny rány a jejího okolí a aplikované léčebné prostředky (11,28,30).

Základními ošetřovatelskými diagnózami bude porucha kožní integrity, a to potenciální nebo aktuální, u vytvořené proleženiny. Další diagnózy mohou být z oblasti poruchy výživy a příjmu tekutin, dále může jít o poruchu tkáňového prokrvení, poruchu hybnosti a sebepéče, močovou inkontinence nebo inkontinence stolice nebo poruchu termoregulace (31).

Kromě toho byly vyvinuty i zobrazovací techniky pro hodnocení struktury, funkce a metabolismu tkání, které jsou pro poškození velmi citlivé (30).

1.5 Léčba

Tyto rány jsou hojící se per sekundam, to znamená, že představují větší zátěž pro pacienta i ošetřující personál. Vše je zapotřebí řádně zaznamenat do dokumentace. Co se týká terapie dekubitů, jde o velmi složitý komplex opatření ohledně celkového stavu pacienta i samotných tlakových lézí. Hojení je často komplikováno nekrózami a bakteriálními kolonizacemi s rozvinutou infekcí. Dalším nepříznivým faktorem je jejich hloubka a nepravidelný tvar. Celkově se tedy terapie zabývá omezením působení tlaku, odstraněním nekrózy z defektu, zamezením vzniku infekce, péčí o ránu a minimalizací rizikových faktorů (6,8,18,32).

Při hojení ran rozeznáváme primární a sekundární hojení. Primární hojení nastává po sešití okrajů s minimální ztrátou tkáně, granulační a jizevnatá tkáň se tvoří minimálně. Celý proces má tři stupně a to defenzivní (obranný), rekonstrukční a dozrávající, kdy se mění jizva a dochází k úplnému zhojení. Dekubity se však hojí sekundárně a to znamená především delší čas hojení, tvorba většího zajizvení a hlavně je zde větší náchylnost pro opakovaný vznik infekce (17).

Při ošetřování a hodnocení ran pozorujeme celkový vzhled rány, tedy okraje, zanícení, maceraci okolní tkáně, dehiscenci (rozestup), velikost, hloubku, sekreci a její charakter, místa výskytu sekretu, jeho množství, jestli zapáchá nebo zda je rána suchá. Dále hodnotíme otok rány, bolestivost, nebo jestli se nehromadí v okolí rány krev (17).

Organismus je u chronických dekubitů jakožto infekčních ložisek dlouhodobě ochuzován o bílkoviny pro zanícení rány a tvorbu protilátek, může dojít k oslabení krevních řad a k dehydrataci. Je proto důležité i v bezpříznakových obdobích dbát na dostatečný přísun bílkovin ve stravě a dostatečnou hydrataci. Všechny tyto elementy přitom kontrolujeme krevními testy (8).

Pro léčbu se nyní hojně používají prostředky zajišťující vlhké hojení. Materiál je připraven pro použití již od výrobce a manipulace s nimi je tak jednodušší. Mezi jeho další výhody patří nepropustnost pro mikroorganismy, termoregulace rány nebo možnost výměny vodních par a plynů. Podle charakteru můžeme tyto prostředky rozdělit na okluzivní a semiokluzivní a poté na permeabilní a semipermeabilní (32).

1.5.1 Konzervativní léčba

Léčebné postupy u jednotlivých stupňů proleženin můžeme rozdělit dle stupně dekubitů:

U proleženin prvního stupně stačí eliminovat čas působení tlaku, kdy odstranění tohoto faktoru může vést k úplné regeneraci tkáně, což souvisí s prevencí, tedy pravidelným polohováním. Pacient může být uložen na antidekubitární matraci a mohou být využity i další antidekubitární pomůcky. Postiženou pokožku oplachujeme fyziologickým roztokem s dezinfekčními prostředky a kůži dostatečně promašťujeme (8).

Při druhém stupni nastává léčebný problém, neboť hojení je pomalé. Postiženou oblast je potřebné zcela odlehčit a ránu chránit před infekcí. Vzniklé puchýřky se šetrně odstraní a ošetří genciánovou violetí nebo brilantovou zelení pro vytvoření krusty na korium. V lepším případě dochází k epitelizaci. Mohou však vznikat krusty se sekretem. Tehdy se krusta odstraní a přikládají se obklady. Pořád musíme dbát na ochranu před infekcí, neboť obnažené korium rychle nekrotizuje a dochází k rozvoji rány. Z dostupných léčebných prostředků můžeme využít transparentní polyuretanové krycí filmy, které na ráně mohou zůstat i několik dní a jejichž průhlednost umožňuje sledovat stav postižené oblasti. Jejich výhodou je ochrana před macerací a hlavně infekcí, jsou voděodolná a zamezují průchodu bakterií, jsou propustné pro vodní páry a tím je umožněn i průchod kyslíku. Nesmí se však použít na ránu ani s minimální sekrecí. Zástupci jsou např. OPSITE od Smith+ Nephew nebo BIOCLUSIVE od Johnson & Johnson (6,8,32).

U třetího stupeně můžeme rozlišit ránu nekrotizující, granulační a stenózující chronický dekubitus. Primární záležitostí je uložení pacienta na dynamickou antidekubitní matraci, která minimalizuje působení tlaku na predilekční místa. Pokud je rána pokryta nekrózou, která zabraňuje hojení, je důležitá nekrektomie, protože pacient je ohrožen vznikem infekce a flegmóny. Z léčebných prostředků můžeme aplikovat sterilní vazelínu, borovou mast nebo Braunoviderm pro snadné odstranění mrtvé tkáně a pro odtok sekretu z hloubky. Dále lze použít NU-GEL z řad hydrogelových obvazů,

které obsahují velké množství vody, ránu chladí, tlumí bolest a hlavně pomáhají k odloučení nekrotické tkáně. Lze využít i enzymovou nekrektomii, ale ta není dostatečně účinná, uplatní se pouze pro odstranění zbytkové odumřelé tkáně, příkladem může být Fibrolan nebo Chymotrypsin (8,32).

Při granulaci ránu vyčistíme a podporujeme epitelizaci, přičemž dbáme na tlumení infekce, sekreci z rány a hlavně nepoškozování tvorby nové granulace a epitelizace. K léčbě jsou využívány obklady, zejména schopnosti vlhkého mulu nebo Tender-Wet z řady polyakrylátových obvazů. Tento obvaz se před použitím smáčí Ringrovým roztokem, který se po dobu terapie uvolňuje do rány (8,32).

Stenozující chronický dekubiust patří mezi velké opakující se komplikace zejména u ochrnutých pacientů. Zástupcem je dekubitus vakovitý, ischiální a trochanterický nebo vyjímečně také sakrální. Zužují, až úplně uzavírají vstup do vředového vaku, dochází k retenci hnisu a septické stavy se stále opakují. Zásadou je zabránit uzavření rány, když není zlikvidována dutina vředu. Pro odtok sekretu se používají masťové obklady, a pokud dojde k uzavření vstupu, musí se chirurgicky rozšířit ještě před septickým stavem. Celkově však tento stav indikuje k radikálnímu řešení (6,8).

Čtvrtý stupeň proleženiny se uzavře pouze operativním řešením. Udělá se celková excize vzniklého vředu a někdy je zapotřebí i osteotomie. Nejpřijatelnější je řešení, kdy se aktivuje zdravá tkáň, ale není-li toto možné, je pacientovi udělána transplantace nebo laloková plastika rotací tkáně. Hrozí však hematom, nekróza vytvořených laloků nebo infekce. Nyní se často také používají tzv. myokutánní laloky, kdy se přesune svalový blok i s cévním zásobením. Vyplnění defektů je lepší. Hojení je tak úspěšnější a riziko infekce není tak vysoké (6).

1.5.2 Chirurgická léčba

Indikací k chirurgické léčbě jsou dekubity trvale se nehojící nebo opakovaně recidivující. Chirurgická terapie představuje úskalí a nebezpečí především v omezené znalosti etiologie, patologie a celkové nemoci z proleženin, a proto je důležité plánování operace operačním týmem a jeho přístup. Nejde pouze o řešení defektu laloky, ale je

potřeba věnovat se i kostnímu podloží. Před každým operačním řešením by tak měl lékař znát pacientovy individuální potřeby a jeho životní režim. Po operačním zákroku se kvůli možným komplikacím dodržují kontroly rány i v delších časových intervalech. Tato léčba se týká především starých pacientů po operacích a zlomeninách a také plegiků. Do obecných zásad léčby patří excize vředu, jizev a nekróz do zdravé tkáně s odstraněním píštělí, které mohou komplikovat hojení. Odstraňují se též kostní hrboly, které jsou součástí dekubitu. Vzniklá dutina se vyplňuje přenosem svalu, který také slouží k zástavě krvácení a zajišťuje výživu poškozeného místa. Pro snížení zjizevnatění operovaného místa je vhodnější používat větší laloky a sutury by měly vést mimo místa, kde nejvíce působí tlak. Ty jsou navíc dělány ze vstřebatelného materiálu, aby nedaly vznik abscesům nebo píštělím. K odsávání krve se do rány zakládají Redonovy drény. U dekubitů 3. a 4. stupně může mít výborné výsledky nekrektomie odumřelé tkáně. Tato metoda, pokud by byla provedena před vznikem infekce či při ní, by neměla znamenat pro organismus tak velkou zátěž. Pokud se na ráně vytvoří nekróza, jde již o poslední staádium tlakových změn. V septickém stavu není dobré zákrok provádět. Je třeba zdůraznit, že jakákoliv nekrektomie musí být provedena na operačním sále. Zákrok může být doprovázen silným krvácením ze zánětem postižené tkáně, a počítat se tak musí i s podáním krevních derivátů. Rána se po nekrektomii ponechává otevřená a ošetřuje se přípravky udržující ránu vlhkou. Až zhruba po třech týdnech se rána sešije nebo se mohou pro uzavření použít epitelové štěpy. Předoperační příprava spočívá ve vyčištění rány obklady (8).

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, zda je pro sestry antidekubitární péče ošetřovatelský problém.
2. Zmapovat názor sester na poskytování antidekubitární péče.

2.2 Výzkumné otázky

1. V čem vidí sestry úskalí antidekubitární péče?
2. Jaké oblasti jsou zanedbávány v rámci antidekubitární péče?
3. Jak je poskytována antidekubitární péče na vybraném oddělení?

2.3 Výzkumný problém (ad cíl 2)

1. Odpovídá názor sester skutečnému stavu provádění ošetřovatelské péče?

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

Ke sběru dat byly použity dvě metody, které se doplňovaly. Prvně bylo na vybraných odděleních provedeno skryté zúčastněné pozorování. Toto pozorování probíhalo při ranní a večerní hygieně a také během denní služby při plnění ostatních ošetřovatelských intervencích. Během tohoto pozorování jsem se zapojovala do práce s ošetřovatelským personálem a výsledky si poté zaznamenávala do pozorovacího archu k vyhodnocení. Při pozorování jsem také pracovala se sesterskou dokumentací, kdy jsem pozorovala vyplnění stupnice Nortonové pro hodnocení rizika vzniku dekubitů a popřípadě i rescreening této stupnice. Pozorovala jsem vyplňování polohovacího záznamu, a zda zaznamenaná poloha souhlasí s aktuální polohou pacienta, také jsem si všímala, kdy sestry tento záznam vyplňují. Nakonec byly pozorovací archy přepracovány po jednotlivých odděleních do výsledkových grafů.

Druhou zvolenou metodikou bylo kvantitativní šetření v podobě nestandardizovaných dotazníků. Na odděleních, kde probíhalo pozorování, byly všeobecným sestrám a zdravotnickým asistentům rozdány dotazníky, celkem 45. Otázky byly uzavřené nebo polootevřené. Dohromady se dotazníků vrátilo 31, tedy 69% návratnost. Přičemž žádný nemusel být vyřazen a pro vyhodnocení jich mohly být všechny zpracovány. Nakonec byly dotazníky po jednotlivých odděleních zpracovány do výsledkových grafů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

V rámci kvalitativního i kvantitativního šetření byli pozorovaným výzkumným souborem všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti na vybraných lůžkových odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s. se svolením náměstkyně pro ošetřovatelskou péči Mgr. Monikou Kyselovou, MBA.

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky skrytého zúčastněného pozorování na vybraných lůžkových oddělení

1. Provádění večerní hygieny u nesoběstačných pacientů dle standardů ošetřovatelské péče

Ano	2	12%
Ne	14	88%
Celkem	16	100%

Z celkově provedených 16 pozorování (100%) při večerní hygieně, byla hygiena dle standardů ošetřovatelské péče provedena pouze ve 2 případech (12%) a to z důvodu převazu rozsáhlého dekubitu v sakrální krajině. Při ostatních 14 pozorováních (88%), byla hygiena provedena pouze výměnou inkontinentních pomůcek, péčí o predilekční místa v podobě ošetření pokožky a úpravou lůžka.

2. Používání šetrných mycích prostředků

Ano	32	100%
Ne	0	0%
Celkem	32	100%

Z celkově provedených 32 pozorování (100%), bylo ve všech 32 šetřeních (100%) zjištěno používání šetrných mycích prostředků k očištění pokožky.

3. Péče o predilekční místa u nesoběstačných pacientů

Ano	18	56%
Ne	14	44%
Celkem	32	100%

Z celkově provedených 32 pozorování (100%), provedly sestry při poskytování antidekubitární péče ošetření predilekčních míst v 18 případech (56%) a v dalších 14 případech (44%) o tato místa nepečovaly.

4. Vedení polohovacího záznamu

Ano	24	91%
Ne	3	9%
Celkem	27	100%

Z celkově provedených 27 pozorování (100%), mají nesoběstační imobilní pacienti zaveden polohovací záznam ve 24 případech (91%). 3 pacienti (9%) polohovací záznam založený neměli.

5. Aktuální poloha pacienta se shodou v polohovacím záznamu

Ano	8	25%
Ne	24	75%
Celkem	32	100%

Z celkově provedených 32 pozorování (100%), souhlasila u nesoběstačných imobilních pacientů aktuální poloha s polohou zaznamenanou v polohovacím záznamu pouze v 8 případech (25%). V ostatních 24 pozorováních (75%) poloha nesouhlasila.

6. Polohování v pravidelných časových intervalech

Ano	0	0%
Ne	32	100%
Celkem	100	100%

Z celkově provedených 32 pozorování (100%) nedošlo nikdy (0%) k pravidelnému polohování nesoběstačných imobilních pacientů v pravidelném časovém rozmezí á 2-3 hodiny.

7. Používání antidekubitárních pomůcek

Ano	26	81%
Ne	6	19%
Celkem	32	100%

Z celkově provedených 32 pozorování (100%) byly antidekubitární pomůcky používány u nesoběstačných imobilních pacientů celkem 26 (81%). V dalších 6 případech byli pacienti polohováni bez použití těchto pomůcek.

8. Kontakt sestry s pacientem při hodnocení rizika vzniku dekubitů

Ano	22	67%
Ne	11	33%
Celkem	33	100%

Z celkově provedených 33 pozorování (100%) u příjmu pacienta na oddělení, provedlo 22 sester (67%) hodnocení rizika vzniku dekubitů po přímém kontaktu s pacientem (např.rozhovor, pohled). Zbylých 11 sester (33%) riziko vzniku dekubitů u přijímaných pacientů hodnotí pouze sběrem informací z dokumentace.

9. Rescreening stupnice pro hodnocení rizika vzniku dekubitů

Ano	9	28%
Ne	23	72%
Celkem	32	100%

Z celkově provedených 32 pozorování (100%), byla stupnice pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů znova přehodnocena v 9 případech (28%). Celkem ve 23 případech (72%) stupnice obnovena nebyla a to ani v případech jednotky intenzivní péče, kde je stupnice pro hodnocení rizika vzniku dekubitů součástí denního ošetřovatelského plánu.

10. Vedení záznamu o ošetření dekubitů

Ano	15	83%
Ne	3	17%
Celkem	18	100%

Z celkově provedených 18 pozorování (100%), provedlo 15 sester (83%) po ošetření dekubitu záznam o ošetření do dokumentace pacienta. Ve 3 případech (17%) nebyl záznam proveden.

11. Vedení bilance tekutin u nesoběstačných pacientů

Ano	22	69%
Ne	10	31%
Celkem	32	100%

Z celkově provedených 32 pozorování (100%), byla bilance tekutin u nesoběstačných imobilních pacientů zaznamenávána ošetřujícím personálem ve 22 případech (69%). Takto učiněno nebylo v 10 případech (31%).

12. Aktivní podávání tekutin nesoběstačným pacientům

Ano	8	25%
Ne	24	75%
Celkem	32	100%

Z celkově provedených 32 pozorování (100%), bylo aktivní nabízení tekutin sestrami zaznamenáno v 8 případech (25%). Při 24 pozorováních (75%) se sestry aktivního nabízení tekutin nesoběstačným imobilním pacientům nezúčastnily.

13. Opakované zaznamenávání váhy pacientů

Ano	8	25%
Ne	24	75%
Celkem	32	100%

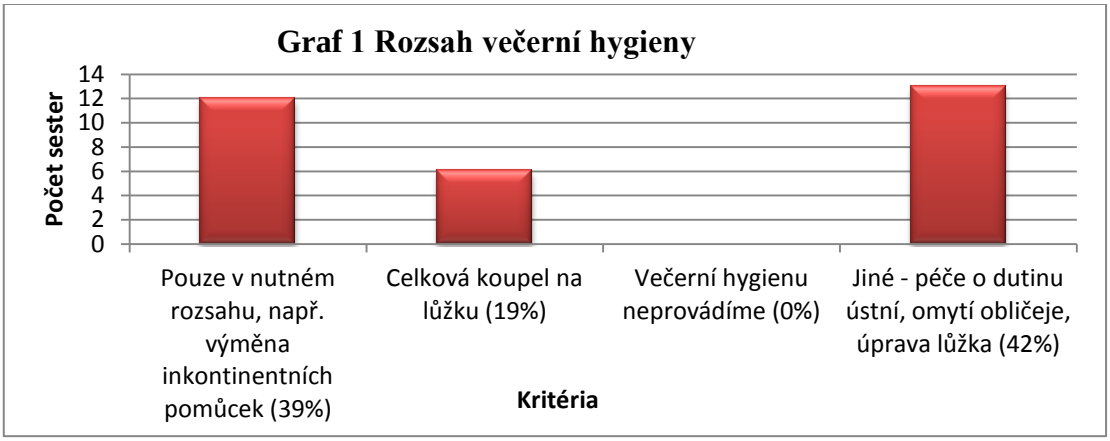
Z celkově provedených 32 pozorování (100%), byla u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů váha opakovaně zjišťována v 8 případech (25%). Ve 24 případech (75%) ne.

14. Dostatek čistých lůžkovin na odděleních

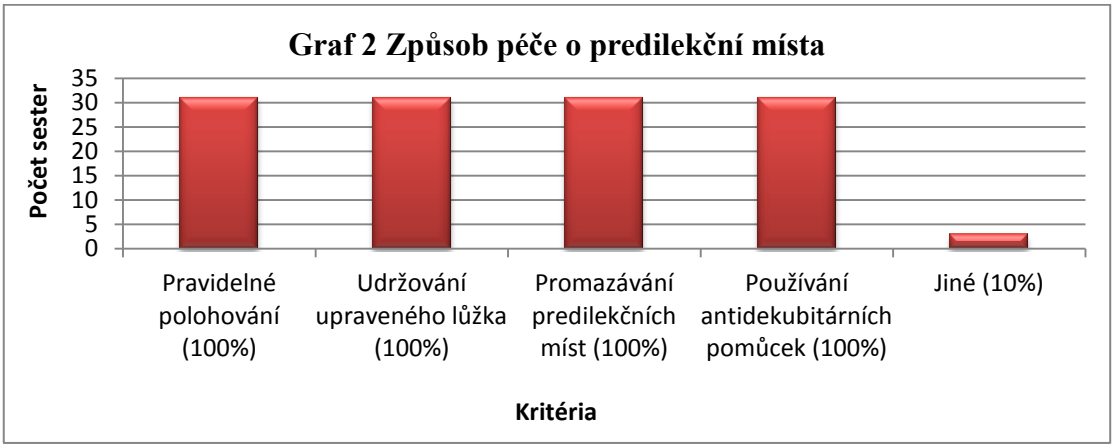
Ano	17	53%
Ne	15	47%
Celkem	32	100%

Z celkově provedených 32 pozorování (100%), jsme při 17 pozorováních (53%) měli dostatek čistých lůžkovin, pro udržování čistého základu lůžka a pacienta. V 15 případech (47%) jsme museli lůžko převléci pouze v nejnutnějším případě nebo pacienta obléci do starého anděla. Dostatek čistých lůžkovin se mění v průběhu týdne, nedostatek je zejména o víkendech.

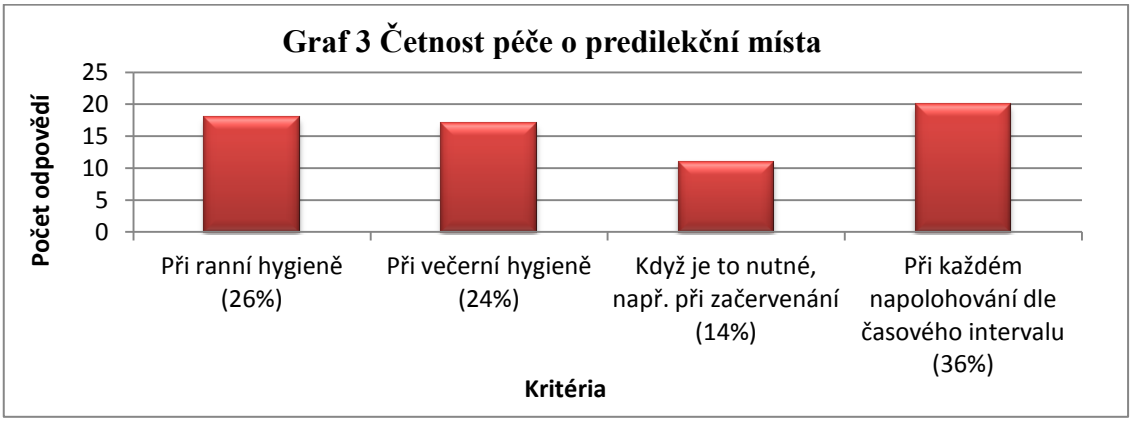
4.2 Výsledky nestandardizovaného dotazníku pro sestry z pozorovaných oddělení



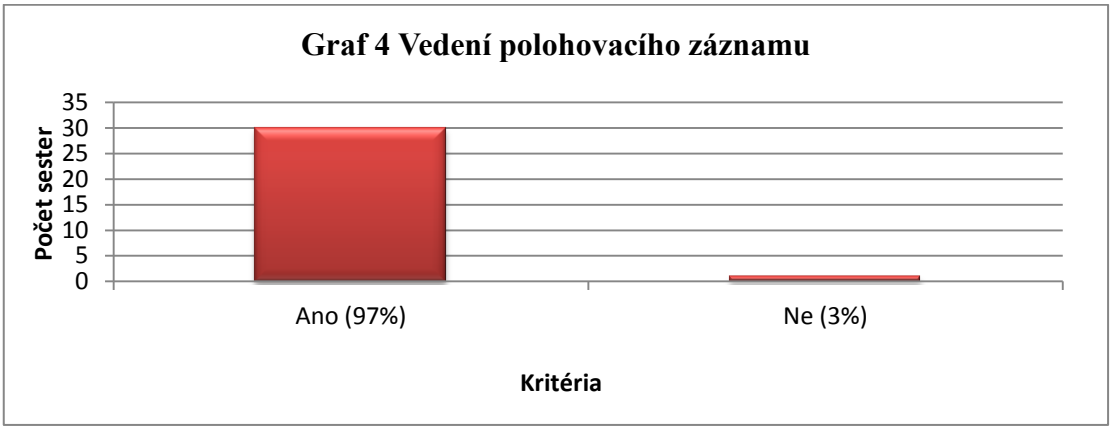
Z celkového počtu 31 respondentů (100%), na otázku o rozsahu provádění večerní hygieny, odpovědělo 12 respondentů (39%), že večerní hygienu provádějí pouze v nutném rozsahu, jako je např. výměna inkontinentních pomůcek nebo znečištěného ložního prádla. Dalších 6 respondentů (19%) provádí celkovou koupel na lůžku. 13 respondentů (42%) si vybralo možnost „jiné“ a specifikovali odpověď jako péči o dutinu ústní nebo omytí obličeje a končetin. Nikdo z respondentů (0%) neoznačil možnost, že večerní hygienu neprovádí.



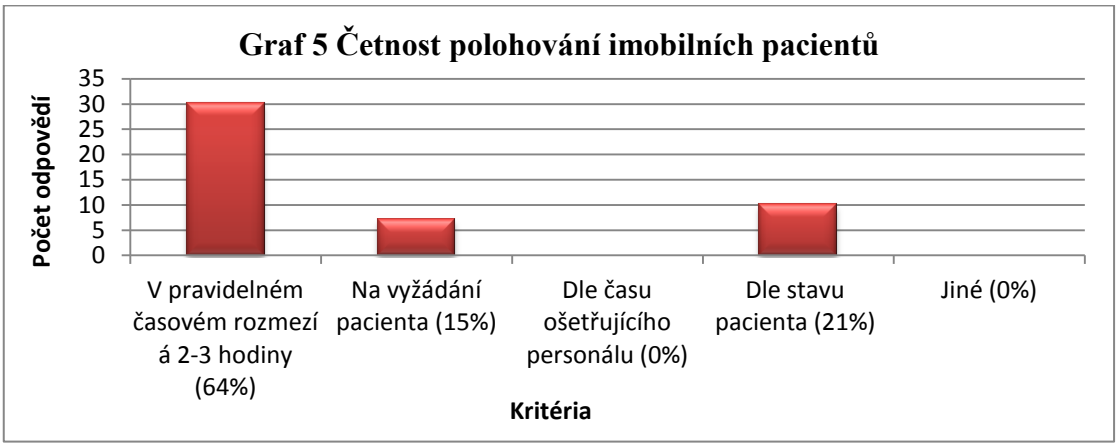
Z celkového počtu 31 respondentů (100%), všech 31 respondentů (100%) označilo shodně všechny nabídnuté možnosti pro způsob ošetřování predilekčních míst a navíc si 3 respondenti (10%) zvolili možnost „jiné“ a doplnili možnosti jako péči o hydrataci a výživu, masírování pokožky, včasnou rehabilitaci a řešení inkontinence.



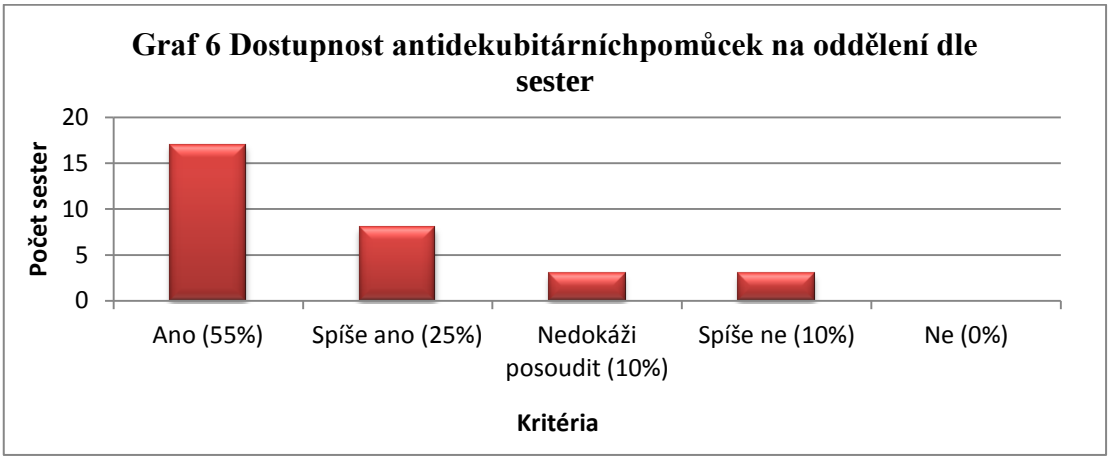
Z celkového počtu 70 odpovědí (100%), bylo 18 (26%) odpovědí, že o predilekční místa probíhá péče při ranní hygieně. Dalších 17 odpovědí (24%), že o predilekční místa se pečuje při večerní hygieně. 11 odpovědí (14%) jsme zaznamenali jako péči o predilekční místa pouze, když je to nutné a 20 odpovědí (36%) informovalo o péči při každém polohování v pravidelných časových intervalech.



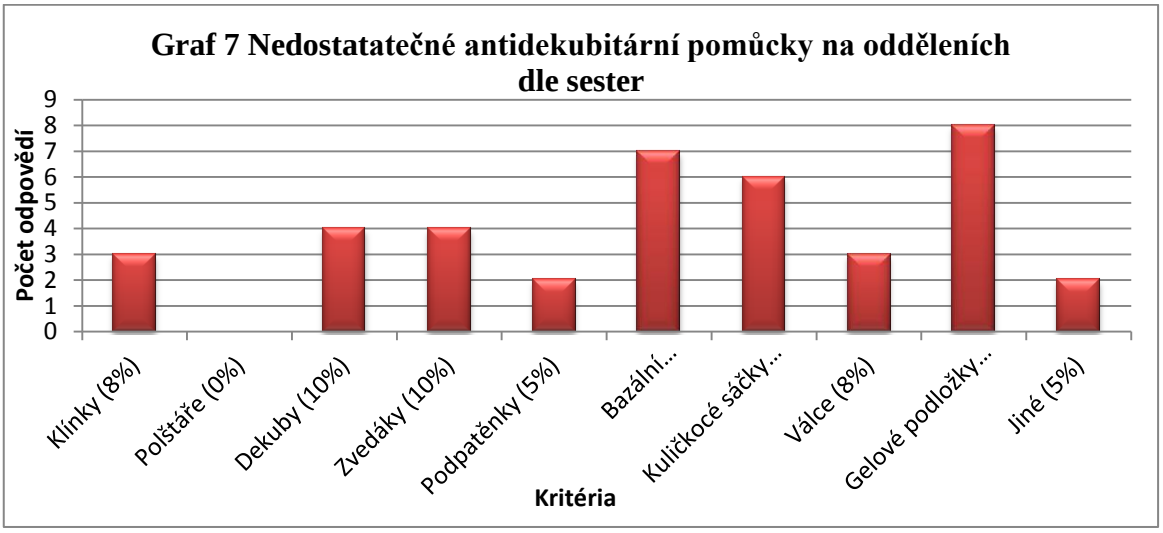
Z celkového počtu 31 respondentů (100%) polohovací záznam u pacientů s rizikem vzniku dekubitů vede 30 respondentů (97%) a pouze 1 respondent (3%) uvedl, že polohovací záznam nevede.



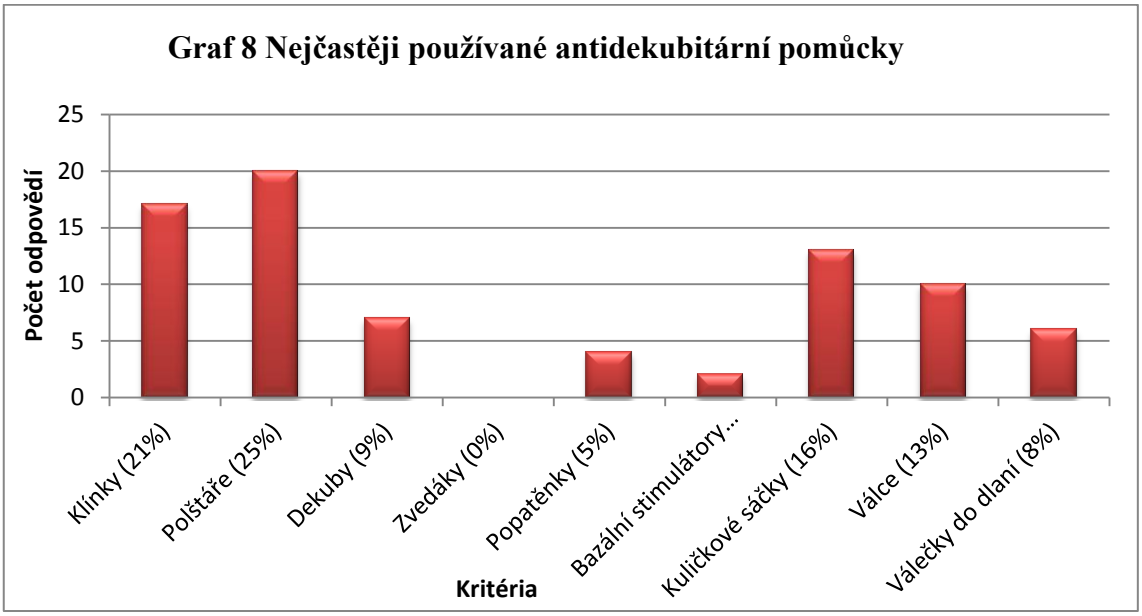
Z celkového počtu 47 odpovědí (100%), bylo polohování imobilních pacientů v pravidelném časovém rozmezí á 2-3h označeno 30 krát (64%). Na vyžádání pacienta se polohování provádí v případě 7 odpovědí (15%). 10 odpovědí (21%) udává polohování dle stavu pacienta. Nikdo (0%) neuvedl, že by polohování prováděl dle času personálu a žádná odpověď (0%) neuváděla žádnou jinou možnost.



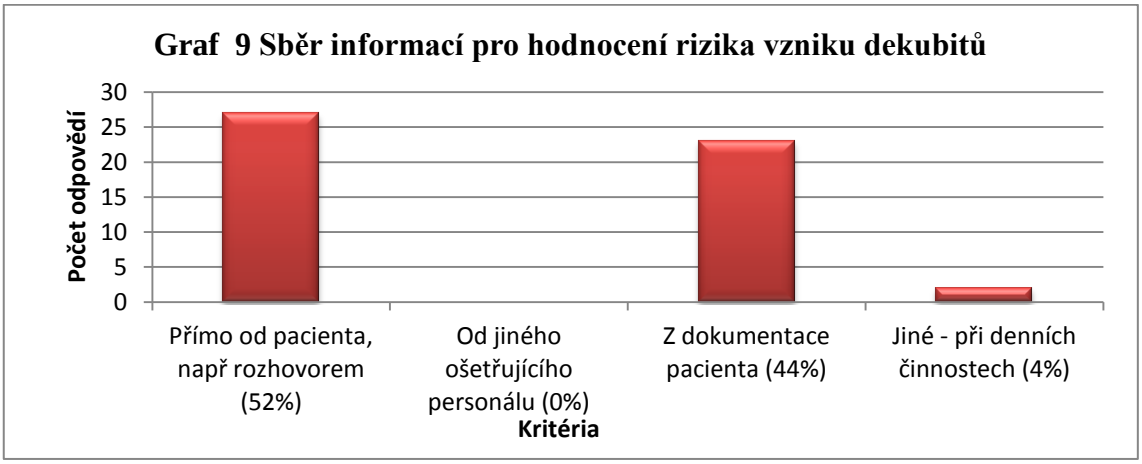
Z celkového počtu 31 respondentů (100%), si 17 (55%) respondentů myslí, že je na oddělení dostatek antidekubitárních pomůcek pro všechny pacienty, kteří to potřebují a 8 respondentů (26%) si myslí, že spíše ano. Tuto věc nedokážou posoudit 3 respondenti (10%) a 3 respondenti (10%) si myslí, že pomůcky spíše nejsou. Žádný z respondentů (0%) si nemyslí, že by pomůcky nebyli vůbec.



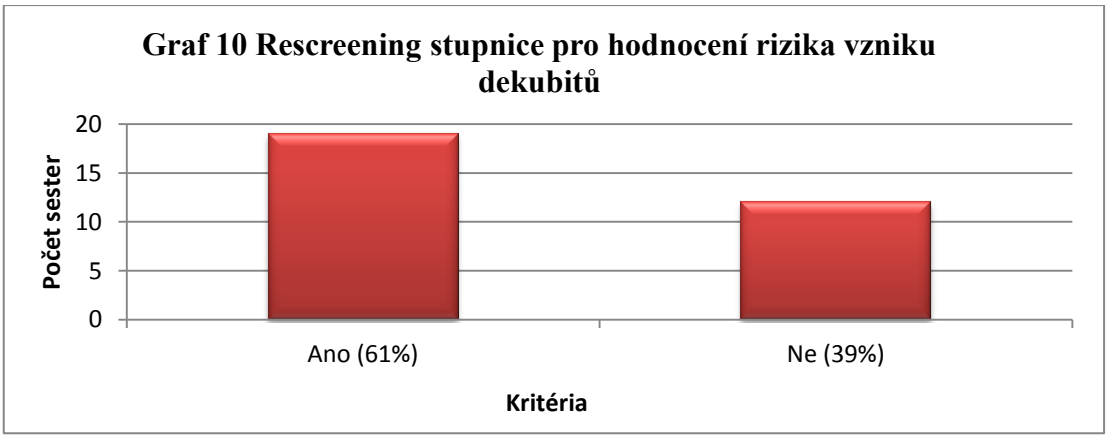
Z celkového počtu 39 odpovědí (100%), na otázku jakých antidekubitárních pomůcek je na odděleních nedostatek, byly 3 odpovědi (8%) klínky, žádná odpověď (0%) polštáře, 4 odpovědi (10%) dekuby, 4 odpovědi (10%) byly zvedáky, 2 odpovědi (5%) podpatěnky, dalších 7 odpovědí (18%) bazální stimulátory, v 6 případech (15%) kuličkové sáčky, 3 odpovědi (8%) byly válce, 8 odpovědí (21%) gelové podložky a dvě odpovědi (5%) obsahovali odpověď „jiné“.



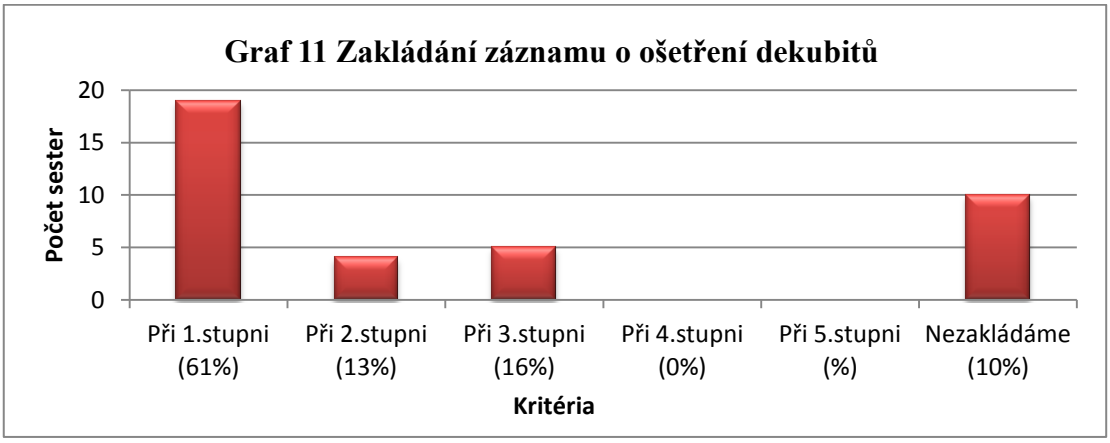
Z celkového počtu 79 odpovědí (100%), byl v 17 odpovědích (21%) označen klín, dále ve 20 odpovědích (25%) to byl polštář, 7 odpovědí (9%) bylo pro dekuby, žádná odpověď (0%) neoznačovala používání zvedáků, jiné 4 odpovědi (5%) označovali používání podpatěnek, ve 2 případech (3%) byly označeny bazální stimulátory, 13 krát (16%) bylo označeno používání kuličkových sáčků, 10 krát (13%) to byly válce a 6 krát (8%) byly označeny válečky do dlaní.



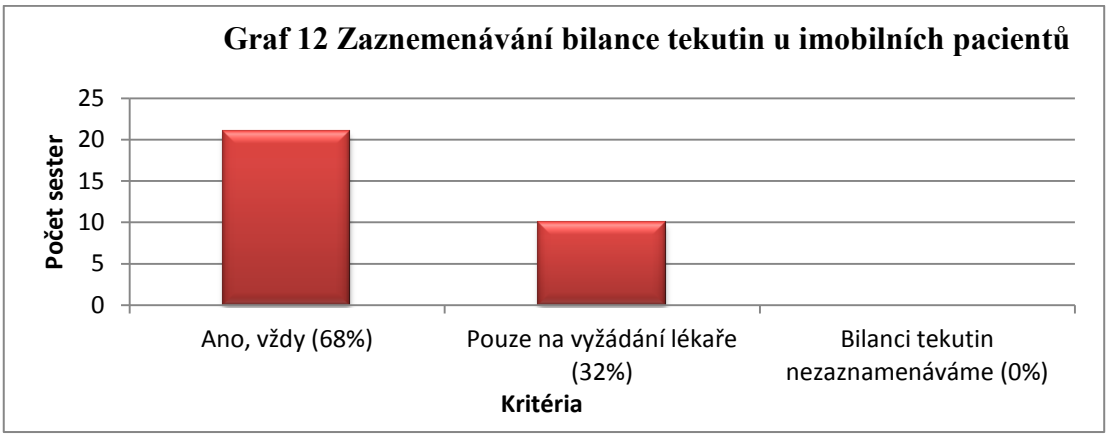
Z celkového počtu 52 odpovědí (100%), čerpání informací pro získávání dat k vyplňování stupnice pro hodnocení rizika vzniku dekubitů, zaznamenalo 27 odpovědí (52%) sběr přímo od pacienta, např. rozhovorem. 23 odpovědí (44%) bylo označeno pro práci s dokumentací pacienta a 2 odpovědi (4%) poukazovaly k využívání sběru informací posouzení, při práci s pacientem, například jeho mobilitu při hygieně. Informace od jiného ošetřujícího personálu nepřejímá žádný z respondentů (0%).



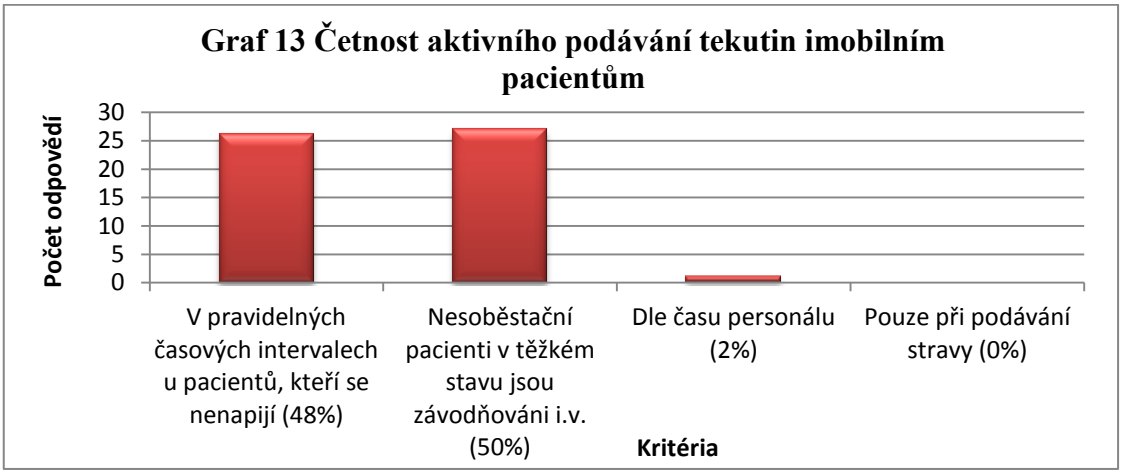
Z celkového počtu 31 respondentů (100%) provádí rescreening stupnice pro hodnocení rizika vzniku dekubitů 19 respondentů (61%). Zbylých 12 respondentů (39%) hodnocení opakovaně neprovádí.



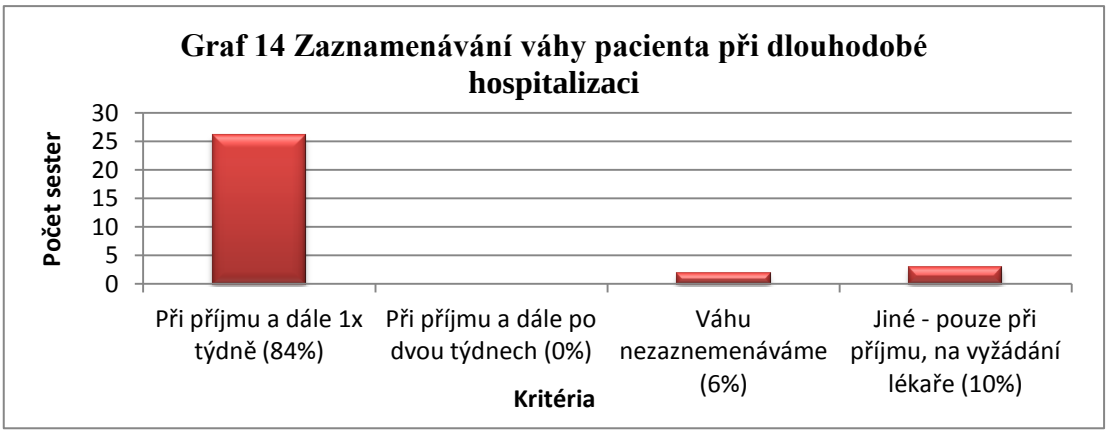
Z celkového počtu 31 respondentů (100%) zakládá 19 respondentů (61%) záznam o ošetření dekubitu již při prvním stupni. Při druhém stupni zakládají tento záznam 4 respondenti (13%). Při třetím stupni dekubitu zakládá záznam 5 respondentů (16%). Žádný z respondentů nezakládá záznam o hodnocení dekubitů při čtvrtém a pátém stupni. Nakonec 3 respondenti (10%) uvedli, že záznam nezakládají.



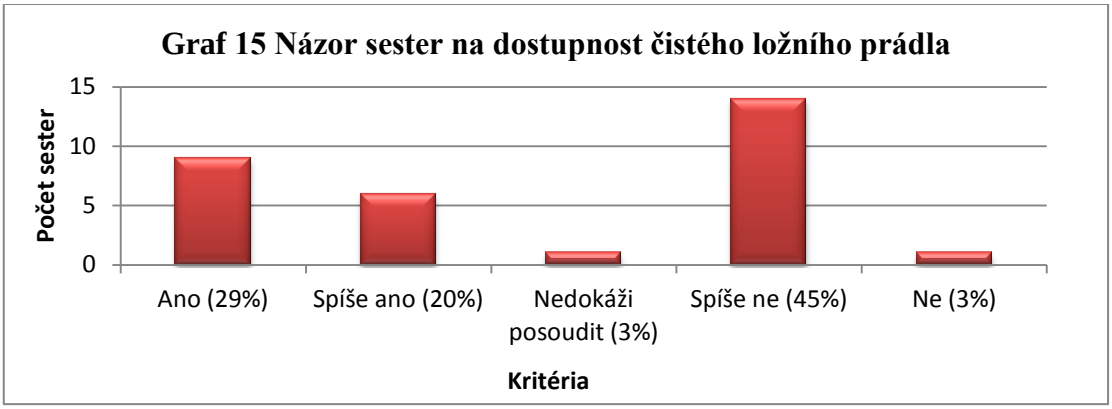
Z celkového počtu 31 respondentů (100%) zaznamenává vždy bilanci tekutin u nesoběstačných pacientů 21 respondentů (68%) a 10 respondentů (32%) bilanci tekutin zaznamenává pouze na vyžádání lékaře. Žádný z respondentů (0%) neuvedl, že by bilanci tekutin u nesoběstačných pacientů nezaznamenával.



Z celkového počtu 54 odpovědí (100%), nabízí možnost aktivního podávání tekutin nesoběstačným pacientům v pravidelných časových intervalech 26 (48%) z nich. Mimo jiné 27 odpovědí (50%) uvádí, že nesoběstační pacienti v těžkém stavu, jsou zavodňováni i.v. 1 odpověďt (2%) uvádí, že tekutiny nesoběstačným pacientům jsou nabízeny dle času personálu. Žádná z odpovědí (0%) neuvádí možnost nabízení tekutin pouze u podávání stravy.



Z celkového počtu 31 respondentů (100%), uvedlo 26 respondentů (84%), že váhu pacientů zaznamenávají při příjmu a dále 1x za týden. Další 2 respondenti (6%) uvádějí, že váhu nezaznamenávají a zbylí 3 respondenti (10%) vybrali možnost „jiné“ s upřesněním, že váhu v jednom případě zaznamenávají pouze při příjmu a ve dvou případech pouze na vyžádání lékaře.



Z celkového počtu 31 respondentů (100%), se 9 respondentů (29%) domnívá, že je na oddělení dostatek lůžkovin pro udržování upraveného lůžka. 6 respondentů (20%) si myslí, že lůžkovin mají spíše dostatek. Tuto situaci nedovede posoudit 1 z respondentů (3%). 14 respondentů (45%) si myslí, že na oddělení spíše nemají dostatek lůžkovin pro udržování upraveného lůžka a 1 respondent (3%) je toho názoru, že lůžkovin dostatek není.

5. DISKUZE

Tato bakalářská práce se věnuje antidekubitární péči jako ošetřovatelskému problému. Výzkumné šetření vycházelo z cílů zmapovat názor sester na antidekubitární péči a zjistit, zda je antidekubitární péče pro sestry ošetřovatelským problémem.

V první fázi jsme sběr dat pro kvalitativní šetření prováděli skrytým zúčastněným pozorováním. Pozorování bylo uskutečněno celkem osmkrát na každém oddělení a to při ranní hygieně, večerní hygieně a sledovaly se i intervaly provádění během dne. Po ukončení pozorování byly na odděleních, kde probíhalo kvalitativní šetření, rozdány dotazníky jako kvantitativní část výzkumného šetření. Otázky do dotazníků vycházely z pozorovacích kritérií a posloužily nám jako dodatek k pozorování.

Pro výzkumné šetření jsme vybrali taková oddělení, na kterých jsou pacienti dlouhodoběji hospitalizováni nebo pacienti se sníženou schopností sebepéče. Zvolili jsme jednotku intenzivní péče interního oddělení, neurologické oddělení, rehabilitační oddělení a oddělení následné péče. Hodnocené oblasti bychom mohli rozdělit na antidekubitární péči, základní ošetřovatelskou péči a sesterskou dokumentaci vztahující se k antidekubitární péči. Během měsíce března došlo k výměně stupnice Nortonové, která slouží jako hodnotící škála pro riziko vzniku dekubitů, za stupnici Bradenové. Mohli jsme tedy tyto dvě stupnice zároveň porovnat v praxi a získala názor sester na ně.

Pro výzkumné šetření byla stanovena výzkumná otázka č. 1 „V čem vidí sestry úskalí antidekubitární péče?“. Jako zjišťovací kritéria pro pozorování jsme zvolili oblast vybavení oddělení antidekubitárními pomůckami a jejich využívání při poskytování péče u imobilních pacientů. Získaná data znázorňuje tabulka 7. Nejvíce a nejlépe je vybavena jednotka intenzivní péče interního oddělení, kde mají k dispozici širokou škálu polohovacích pomůcek. Nejméně antidekubitárních pomůcek je na neurologickém oddělení, což nás velmi překvapilo. Pacienti jsou polohováni pouze za použití polštáře a to pro zabránění přetočení z boku zpět na záda. Podle mého názoru by toto oddělení mělo být vzhledem k hospitalizovaným diagnózám, jako jsou plegie nebo parézy CMP, více vybaveno pomůckami pro polohování. Navíc Věra Riebelová poukazuje na možnost zkoumat účinnost různých antidekubitárních pomůcek z celkového výskytu

dekubitů. V doplňujícím dotazníkovém šetření jsme se sester dotazovali na jejich názor na vybavení oddělení antidekubitárními pomůckami. Sedmnáct sester si myslí, že mají antidekubitární pomůcky dostupné pro všechny pacienty, kteří to potřebují. Na druhou stranu tři sestry uvádějí, že počet je nedostatečný, graf 6. Je zajímavé, že i když si sestry myslí, že pomůcek pro antidekubitární péči mají dostatek, stejně by chtěli ještě jejich doplnění, graf 7.

Další otázka se týkala vybavení oddělení dostatkem ložního prádla, tabulka 14, pro udržování čistého a upraveného lůžka. Co se týká lůžkovin, nedostatek je jich vždy o víkendu a po víkendu, což vnímají i sestry, graf 15. Lůžkoviny, inkontinentní pomůcky, hygienické a ochranné prostředky na pokožku má každý pacient na JIP u svého lůžka. Myslím si, že čisté lůžkoviny, inkontinentní pomůcky a prostředky pro péči o pokožku, od čistící pěny po masážní krémy, by měl mít připraveny u svého lůžka každý imobilní pacient na kterémkoliv oddělení. Každý ošetřující personál nebo i rodina by mohli zajistit včasnou výměnu znečištěného prádla a omezit tak čas působení vlhka na pokožku, jako faktoru pro vznik dekubitů. Eva Trachtová doporučuje vyměňovat včas vlhké nebo i zmačkané lůžkoviny či osobní prádlo. V přehledové brožuře z edice České ošetřovatelství můžeme najít kritéria pro hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Bradenové a mezi jinými je zde také bod k hodnocení vlhkosti ložního prádla u pacientů. Nortonová například toto kritérium vůbec nevyužívá. Dále by tyto pomůcky nepoužívalo více pacientů najednou, což patří do bariérové ošetřovatelské péče. Jana Kirchnerová uvádí, že není potřeba nákladných pomůcek, ale stačí osvědčené postupy a jejich správné používání s aktivním přístupem všech členů ošetřovatelského týmu. Tento názor zastávám také. Je sice pravdou, že počty sester na oddělení se snižují a práce přibývá, ale naše povolání je posláním pro druhé a měli bychom se snažit co nejvíce pacienta podporovat při získávání zdraví a popřípadě tuto činnost při jeho neschopnosti alespoň částečně nahradit.

Další stanovenou výzkumnou otázkou bylo „Jaké oblasti jsou zanedbávány v rámci antidekubitární péče? “. Tuto problematiku bychom mohli rozdělit na dvě části, na práci sestry s dokumentací a na zajišťování antidekubitární péče u pacienta, myšleno jako fyzická přítomnost sestry u pacienta. Pro výzkumné šetření jsme za pozorovací kritéria

zvolili vedení polohovacího záznamu u imobilních pacientů. Z našeho šetření jsme zjistili, že sestry polohovací záznamy předepisují na celou směnu dopředu a aktuální poloha pacientů nesouhlasí se záznamem, tabulka 4 a graf 4. Navíc na neurologickém oddělení jsou polohovací záznamy uloženy na sesterně a pomocný personál se tak nemůže orientovat v tom, jak je pacient polohován. Mohlo by se tedy například stát, že bude střídat pouze dvě polohy. V dotazníkovém šetření všechny sestry, kromě jedné, uvedly, že polohovací záznamy vedou, což odpovídá skutečnosti. Myslím si, že polohovací záznam by měl být u lůžka pacienta, aby mohl být polohován dle časového rozpisu a aby byly skutečně střídány všechny polohy pro dostatečné odlehčení predilekčních míst. Klusoňová a Piturnová doporučují plán polohování upravit podle denního režimu tak, aby v době stravování byl pacient v poloze podepřeného lehu až sedu.

Při zkoumání práce sester se stupnicí pro hodnocení rizika vzniku dekubitů jsme chtěli vědět, zda sestry provádí rescreening stupnice, nově Bradenové, tabulka 9 a graf 10. Zjistili jsme, že stupnice je hodnocena pouze při přijetí na oddělení a znovu aktualizována není, a to ani po změně stavu pacienta. Znamená to, že pacient může mít v dokumentaci zaznamenáno, že riziko vzniku dekubitů není, ale přitom může během hospitalizace dojít ke změně stavu a toto riziko mže vzniknout, nebo se dekubitus může vytvořit. Mimo jiné Pokorná uvádějí, aby primární zhodnocení nemocných akutně hospitalizovaných bylo provedeno do 24 hodin od přijetí (maximálně do 48 hodin, není – li to dříve možné z důvodu vyšetření a život zachraňujících úkonů). Při dlouhodobé hospitalizaci je pak doporučován rescreening dvakrát týdně ve čtyřtýdenních priodách. Molčanová doporučuje po vyhodnocení stupnice rizika vzniku dekubitů okamžitě zavést preventivní opatření a eliminovat riziko vzniku dekubitu. Tato opatření se přizpůsobují konkrétnímu typu onemocnění a dalším specifickým potřebám. Během spolupráce se sestrou na jednotce intenzivní péče, jsem se dozvěděla, že podle jejich názoru provádět opakované hodnocení rizika vzniku dekubitů je zbytečné z toho důvodu, že mají pacienta neustále na očích. Opak je ovšem pravdou už jen z toho důvodu, že poctivými záznamy do dokumentace pacienta chráníme sami sebe.

Při zjišťování, z jakých zdrojů sestry čerpají při vyplňování stupnice pro hodnocení rizika vzniku dekubitů, všechny odpověděly, že využívají přímého kontaktu s pacientem nebo z dokumentace pacienta, což odpovídá skutečnosti, tabulka 8 a graf 9. Navíc jak uvádí Richards a Edwards, výsledek šetření pomůže při volbě preventivních prostředků, např. speciálních lůžek a účinných pohybových a manipulačních nástrojů. Velmi mě během výzkumného šetření na lůžkových odděleních překvapilo, že sestry nemají možnost používat manipulační nástroje pro přesun imobilních, leckdy těžkých pacientů, a musí k tomuto používat pouze svou sílu. Bylo by dobré zajistit tyto pomůcky pro ulehčení manipulace s pacienty alespoň po jednom na jeden nemocniční pavilon.

Pro kvalitní antidekubitární péči nebo pro péči o pacienta s dekubitem jsme jako jedno ze zjišťovacích kritérií položili sestrám otázku, kdy zakládají záznam o ošetření dekubitu, graf 11. Z třiceti jedna sester odpověděla převážná většina, že záznam zakládají již při prvním stupni, což si myslíme, je dobré, ale tři sestry odpověděly, že záznam nezakládájí. U pacientů s výskytem dekubitu při provádění výzkumného šetření k naší práci, byl záznam vždy založený, tabulka 10. Myslíme si, že už jen samotným záznamem o ošetření dekubitu můžeme sledovat, zda jsou ošetřovatelské intervence dobře prováděné a zda napomáhají k odlehčení nejvíce zatěžovaných míst. Richards a Edwards také uvádějí, že využití nástroje na hodnocení ran vede k odpovídajícím intervencím bez ohledu na to, kdo a kdy ránu posuzuje. Navíc je na místě akceptovat kvalitní, podrobný popis poškození, který nejenže dokládá odbornou zdatnost autora záznamu, ale je důležitým důkazem pro obhajobu postupu poskytované péče, jak uvádí Vondráček a Wirthová. My sami jako zdravotníci z provozu se domníváme, že každá sestra podrobným zápisem do pacientovy dokumentace chrání především sama sebe a to v jakékoliv oblasti. Každá pacientova změna na zdraví nebo stavu by proto měla být zapsána. Jak uvádí Jana Kirschnerová, nestačí pouze vyplnění rizika vzniku dekubitů, ale výskyt dekubitu také podléhá hlášení v rámci nemocnice.

Do antidekubitární péče také patří péče o hydrataci a výživu. Zjišťovali jsme tedy, zda sestry zaznamenávají bilanci tekutin, tabulka 11, a také příjem stravy u rizikových pacientů. V rámci pozorování jsme sledovali účast sester při aktivním nabízení tekutin. Bohužel pacientům jsou tekutiny nabízeny minimálně, nejčastěji při podávání stravy a

jinak jsou zavodňováni i.v. Výsledky tohoto pozorování jsou zaznamenány v tabulce 12. Sestry v dotazníkovém šetření také uvedly, že nesoběstační pacienti jsou zavodňováni i.v., graf 13. Na jednotce intenzivní péče jsou bilance zaznamenávány automaticky u všech hospitalizovaných pacientů a u jedné pacientky s rozsáhlým dekubitem byl zaznamenáván i příjem stravy. Na ostatních odděleních je tento údaj zaznamenáván individuálně podle stavu pacienta. V dotazníkovém šetření deset sester uvedlo, že u nich na oddělení je záznam veden pouze na vyžádání lékaře, graf 12. Můžeme tedy říci, že složka výživy a hydratace je u rizikových pacientů dobře monitorována. Protože jak uvádí Hůšová a Slabihoudová, pokud je pacient dobře zajištěn po ošetřovatelské a nutriční stránce, je vznik dekubitů téměř nulový i u velmi rizikových pacientů.

S předchozím bodem také souvisí záznam váhy u pacientů. Ta je vždy zaznamenávána při příjmu pacienta na oddělení a dále pouze u některých pacientů. Odpovědi sester neodpovídaly tedy skutečnému provádění. Většina sester odpověděla, že váha je zaznamenávána každý týden, pět sester odpovědělo „jiné“, a to dvě uvedly že, váhu zaznamenávají na vyžádání lékaře, jedna sestra odpověděla, že váhu zaznamenávají pouze při příjmu a dvě sestry prý váhu nezaznamenávají vůbec. Výsledky obsahuje graf 14 a výsledky pozorování jsou zpracované v tabulce 13. Podle mého názoru by se u pacientů, kteří jsou dlouhodobě hospitalizovaní, měla váha zaznamenávat nejen z důvodu pro hodnocení rizika vzniku dekubitů, ale také pro sledování účinnosti léčby. Slabihoudová a Houšová doporučují zaznamenávat váhu, výšku a BMI jedenkrát týdně.

Pro výzkumné šetření o skutečném provádění ošetřovatelských intervencí v rámci antidekubitární péče jsme vycházeli ze stejných kritérií, která jsme měli stanovená pro práci s ošetřovatelskou dokumentací, a ještě jsme některá přidali. Velmi nás zajímalo, v jakém rozsahu a zda vůbec sestry provádějí večerní hygienu u nesoběstačných pacientů, tabulka 1 a graf 1. Důležitým měřítkem pro nás v tomto případě byl standard ošetřovatelské péče, kde je popsáno jak večerní hygienu provádět. Z kvalitativního šetření jsme zjistili, že sestry provádějí večerní hygienu u nesoběstačných nebo imobilních pacientů pouze v nutném rozsahu, jako je například výměna inkontinentních

pomůcek a ustlání základu lůžka. V lepším případě sestry ošetří predilekční místa Menalindovou pastou. Tuto skutečnost v dotazníkovém šetření uvedlo dvanáct sester. Zajímavé tedy je, že třináct sester uvedlo jako způsob provádění večerní hygieny péči o dutinu ústní, otření obličeje a končetin. Přitom během kvalitativního šetření, jsme ani jednou toto nezaznamenali. Šest sester dokonce uvedlo provádění celkové koupele na lůžku. Péče o hygienu je tedy ze strany sester velmi nedostatečná, protože imobilní pacienti mnohdy leží ve vlhkých lůžkovinách, mohou být i neomytí a dochází tak k chemickému poškozování pokožky močí a stolicí. Hůšová a Slabihoudová uvádějí, že hygiena imobilních pacientů se má provádět dvakrát denně a navíc dle potřeby. Po umytí se má pokožka promazat ochranným tělovým mlékem a má se provést vibrační masáž. Při hygieně by se měla též kontrolovat pokožka a její případné porušení celistvosti. Navíc je důležité při hygieně kontrolovat, zda se netvoří otlaky po zavedení invazivních vstupů, jako jsou nasogastrické sondy, tracheostomie, venózní kanyly, močové cévky a jiné. Doporučuje se měnit umístění manžet pro měření tlaku nebo čidla k měření saturace, kontrolovat okruhy k zajištění dýchacích cest. Samozřejmě se nemá zapomenout na dobře ustlané lůžko, které je základem snad podle všech autorů z oboru ošetřovatelství. Používání šetrných mycích prostředků bylo také jedním ze sledovaných kritérií, výsledek je zpracován v tabulce 2. Mrázová a Pokorná pro hygienu zdůrazňují nutnost používání antimikrobiálních mýdel s vysokým obsahem tuku, kolagenu nebo jemné sprchové gely. Při hygieně nemocných by jsme si také měli dát na používání horké vody na predilekčních místech. Riebelová také upozorňuje na používání jakýchkoliv neprodyšných podložek, plen a kalhotek, protože takto kryté oblasti se zapařují a dochází k maceraci pokožky. Je narušována její integrita a dekubity se pak mohou vyvíjet neobyčejně rychle. Naopak Kapounová doporučuje při inkontinenci používat jednorázové kalhotky nebo podložky, které zpětně nepropustí vlhkost, s tím, že znečištění je nutné odstranit v co nejkratším čase. Všechno tak směřuje více méně k zavedení permanentního močového katétru, jak píše Kirschnerová.

Také jsme zjišťovali způsob péče o predilekční místa, časové rozmezí provádění péče o predikční místa a časové rozmezí polohování. U způsobu péče o predikční místa sestry jednoznačně označily provádění pravidelného polohování, udržování upraveného

lůžka, promazávání predilekčních míst a používání antidekubitárních pomůcek, tabulka 3 a graf 2. Když ovšem porovnám tyto výsledky z kvantitativního šetření s těmi z kvalitativního, musím říci, že se neshodují. Četnost péče o predilekční místa dle sester je znázorněna v grafu 3. Pacienti jsou polohováni během celé denní služby nejčastěji po ranní hygieně, kdy jsou všichni dáni do sedu ke snídani, a poté tak zůstávají někteří i do oběda. Další polohování probíhá po obědě s provedením výměny inkontinentních pomůcek a promazáním predilekčních míst a ve více případech jsou pacienti napolohováni zase až na večeři a po večeři, což je spojeno s výměnou inkontinentních pomůcek a promazáním predilekčních míst. Tento časový interval je tedy nedostatečný a neshoduje se s udávaným časovým rozmezím z literárních zdrojů ani s daty uvedenými sestrami, graf 5, tabulka 6. Z toho také vyplývá, že aktuální poloha imobilního pacienta se neshoduje se záznamem v polohovacím záznamu, tabulka 5. Molčanová definuje polohování jako systematickou a přesnými pravidly se řídící změnu polohy pacienta, která se provádí v přesných časových intervalech a je nedílnou součástí prevence vzniku dekubitů a jejich vlastní léčby. Intervaly kolísají mezi deseti minutami až třemi hodinami a nedílnou součástí je přesný písemný denní plán polohování. Při polohování se také provádí kontrola pokožky. Klusoňová a Piturnová uvádějí frekvenci polohování po dvou hodinách během denní služby a po třech hodinách při noční službě.

Velmi se mi líbí dostupnost antidekubitárních pomůcek na jednotce intenzivní péče, kde má každý pacient u svého lůžka dostatek těchto pomůcek pro opravdové stabilní zajištění polohy a sestry je ve velké míře využívají. Četnost používání jednotlivých typů antidekubitárních pomůcek byla také jedním z hodnotících kritérií pro ošetřovatelskou péči a výsledky jsou vyhodnoceny v grafu 8, celková četnost používání antidekubitárních pomůcek sestrami je znázorněna v tabulce 7. Jednou jsem se setkala s použitím antidekubitární pomůcky, která nebyla zabalena do povlaku a byla použita u pacienta, což hodnotím jako špatnou bariérovou ošetřovatelskou péči. Nejvíce jsou samozřejmě používány polštáře, klínky a válce k zajištění polohy pacienta. Mezi kolena pak sestry nejčastěji vkládají kuličkové sáčky, v případě jejich nedostatku složené ložní prádlo. Sedm sester uvedlo, že používají dekuby do základu lůžka, i když já jsem se s nimi během pozorování nesetkala a dozvěděla jsem se, že nyní jsou více používány

aktivní matrace. Dalších šest sester také označilo používání válečků do dlaní pro zabránění kontraktur prstů. S používáním této pomůcky jsem se také během pozorování nesetkala. Čtyři sestry pak uvedly, že používají podpatěnky. Během výzkumného šetření jsem ale zjistila, že sestry s touto pomůckou nejsou spokojené, protože při jejich používání spíše hrozí riziko vzniku dekubitu, a proto dávají přednost podkládání dolních končetin stočenými polštáři. Přijde nám, že je velká škoda, že na odděleních nejsou bazální stimulátory. Setkali jsme se s ním pouze na jednotce intenzivní péče. Myslím si, že tato pomůcka je nejenom vhodná jako antidekubitární pomůcka, ale pomáhá nahradit kontakt s někým a vytvořit pohodlí.

Poslední výzkumnou otázkou bylo „Jak probíhá antidekubitární péče na vybraném oddělení?“. Pro nastínění této péče zde uvádíme práci sester z jednotky intenzivní péče interního oddělení.

Antidekubitární péči zajišťují všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, ošetřovatelky a sanitářky z oddělení. Na ranní hygienu chodí s imobilními pacienty pomáhat sanitář. Všichni imobilní pacienti jsou každý den koupáni na vanovém lůžku a jsou vyměněny všechny lůžkoviny, což je velmi dobré, protože pacienti tak leží v čistém a suchém prostředí. Pokud pacient nemůže být přeložen na vanové lůžko, provádí sestry celkovou hygienu na lůžku. Během hygieny je provedena péče o predilekční místa promazáním těchto míst regeneračním olejem, který podporuje hydrataci pokožky, a následným ošetřením ochrannou pastou Menalind. Pokud má pacient dekubitus, je udělán v rámci ranní hygieny převaz a následně je vše popsáno v ošetřovatelské dokumentaci. Pacienti po ranní hygieně zůstávají nepolohováni na zádech kvůli snídani.

Podávání stravy a tekutin zajišťují sanitářky, sestry se aktivního podávání tekutin neúčastní. Po snídani jsou někteří pacienti nepolohováni a někteří zůstávají v poloze na zádech, což ovšem není dobře, protože je velmi zatěžována sakrální oblast, mění se inkontinentní pomůcky a popřípadě upravuje základ lůžka. Během výzkumného šetření k polohování k polohování imobilních pacientů během dopoledne nedošlo, až do oběda zůstávali ve stejné poloze. Pokud se někdo navrátil z vyšetření, nebyl polohován. Po obědě opět probíhá výměna inkontinentních pomůcek a péče o predilekční místa, sepisují se bilance tekutin a u některých pacientů se provádějí i záznamy o příjmu

stravy, k hojení ran jsou totiž důležité bílkoviny. Polohování během odpoledne opět nebylo. Večerní hygiena u pacientů probíhá formou výměny inkontinentních pomůcek, péčí o predilekční místa, jako je promazání kafrovou mastí a Menalindovou pastou, a úpravou základu lůžka. Po večerní hygieně jsou pacienti polohováni, každý pacient má své polohovací pomůcky u lůžka. Pomůcky jsou hojně používány. Dokonce jsem se poprvé setkala s využitím bazálního stimulátoru jako antidekubitární pomůcky, což se mi velmi líbilo. Polohovací záznamy sestry vyplňují dopředu na celý den a aktuální poloha pacienta nesouhlasí se záznamem.

Musíme říci, že ošetřovatelský personál se zde antidekubitární péči věnuje dostatečně a snaží se plněním ošetřovatelských intervencí předcházet vzniku dekubitů.

6. ZÁVĚR

Závěrem bychom si měli odpovědět na otázku, zda názor sester odpovídá skutečnému provádění antidekubitární péče.

Z pozorovacích kritérií pro kvalitativní část výzkumu vždy vycházela doplňující otázka do kvantitativního dotazníkového šetření, abychom mohli porovnat názor sester nebo jejich informovanost se skutečným prováděním antidekubitární péče. Největší problém vidíme v péči o predilekční místa a v udržování čistého a suchého prostředí v lůžku pacienta. Stlaní probíhá za denní směnu celkem třikrát až čtyřikrát, a to v rámci ranní hygieny, po snídani, po obědě a po večeři v rámci večerní hygieny. Tato skutečnost se neshoduje s informacemi, které vyšly v dotazníkovém šetření, protože sestry například uvedly, že polohování provádějí v pravidelných časových intervalech 2-3 hodiny. Navíc uvedly, že o predilekční místa pečují při každém polohování, z čehož vyplývá, že péče o predilekční místa je nedostatečná. Navíc dlouhotrvající působení vlhkosti a nečistot na pokožku způsobuje snížení její odolnosti a větší náchylnost na poškození. Při hodnocení podávání tekutin imobilním pacientům jsme kvalitativním šetřením zjistili, že ve většině případů se sestry aktivního nabízení tekutin neúčastní. Tekutiny jsou imobilním pacientům nabízeny nejvíce během podávání stravy a hydratce pacienta během dne je řešena i.v. zavodňováním. Tato skutečnost také vyplynula z dotazníkového šetření, kde nejvíce sester, a to dvacet sedm, uvedlo tuto možnost jako svou odpověď. Avšak dvacet šest sester také uvedlo, že imobilním pacientům nabízejí tzekutiny v pravidelbných časových intervalech. Domnívám se, že u podávání tekutin nelze stanovit žádný pravidelný interval, protože pro každého nemocného je dostupnost tekutin důležitá kdykoliv. Ošetřující perosnál by měl tedy tekutiny nabízet imobilním pacientům vždy, když se jim při své činnosti naskytnou na blízku, a o podaném množství by měli vést záznam.

Myslím si, že naše práce dala nahlédnout na důležitou činnost ošetřovatelského personálu pro zabránění vzniku dekubitů u imobilních pacientů. Při celkovém hodnocení výsledků přihlížíme i ke skutečnosti, že výskyt dekubitů na pozorovaných odděleních Nemonice České Budějovice je minimální. Výsledky bychom shrnuli jako

uspokojivé, i když mezi skutečným prováděním antidekubitární péče a názory sester jsou jisté rozpory. Bylo by třeba, aby si ošetřovatelský personál našel více času pro péči o imobilní pacienty a podílel se na jejich navracení do soběstačného života.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

Antidekubitární pomůcky

Dekubitus

Predilekční místa

Ošetřovatelské intervence

Polohování

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy anatomie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006, 271 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-725-4886-7.

2. SOVOVÁ, Eliška. *100 1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-0952-X.

3. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

4. MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2002, 269 s. ISBN 978-80-7184-867-72.

5. STEJSKALOVÁ, Petra. *Antidekubitární péče a rozdíly v ošetřování dekubitů ve vybraných domovech pro seniory v Jihočeském kraji*. České Budějovice, 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Ivana Chloubová

6. MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 96 s., vi s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-2043-2.

7. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 237 s., [8] s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4718-682.

8. RIEBELOVÁ, Věra, Roman VÁLKA. *Dekubity: prevence, konzervativní a chirurgická terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 159 s. Trendy soudobé chirurgie, sv. 3. ISBN 80-726-2033-9.

9. WORKMAN, Barbara A a Clare L BENNETT. *Klíčové dovednosti sester: návod pro praxi*. Vyd. 1. české. Překlad Marie Zvoníčková. Praha: Grada, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.

10. RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. české. Překlad Simona Šeclová. Praha: Grada, 2004, 376 s. Sestra. ISBN 80-247-0932-5.

11. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2006, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

12. WILHELM, Zdeněk. Mikronutrienty důležité pro hojení ran. *Ošetřovatelská péče:*. 2010, č. 2, s. 4.

13. POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 191 s., 8 s. obr. příl. ISBN 978-802-4733-715.

14. KRIŠKOVÁ, Anna. *Opatrovateľstvo II. Oblasti opatrovania a proces dokumentovania*. Vyd. 1. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-273-1.

15. SYMERSKÁ, Markéta. Metodický postup Prevence a ošetřování dekubitů. NEMOCNICE TGM HODONÍN, p.o.*Www.nemho.cz* [online].2013 [cit. 2013-11-10]. Dostupné z: http://www.nemho.cz/editor/image/stranky3_soubory/dekubity.pdf

16. ONDRIOVÁ, Iveta a Terézia FERTAĽOVÁ. Dekubity jako indikátor kvality péče. *Sestra* [online]. 2013 [cit. 2013-11-10]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/dekubity-jako-indikator-kvality-pece-468695

17. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

18. Hartmann. *Dekubity*. *Léčba rány* [online]. 27.1.2010 [cit. 2013-11-09]. Dostupné z: http://www.lecbarany.cz/diagnozy/dekubitus/detail-cely

19. Česká společnost pro léčbu rány. *EPUAP* [online]. 2010 [cit. 2014-04-08] Dostupné z: http://www.cslr.cz/admin/files/EPUAP-Doporucene-nurtricni-postupy-pro-prevenci-a-lecbu-dekubitu.pdf

20. KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti: (určeno zdravotním sestrám)*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-701-3319-8.

21. MOLČANOVÁ, Jana. Léčba ran a dekubitů. *Diagnoza v ošetřovatelství*. 2008, č. 10, s. 2.

22. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.

23. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 350 s. ISBN 80-726-2317-6.

24. KRIŠKOVÁ, Anna, Katarína ŽIAKOVÁ a Juraj ČÁP. *Ošetrovateľské techniky: metodika sesterských činností : učebnica pre lekárske fakulty*. 2., preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2006, 779 s. ISBN 80-806-3202-2.

25. Antidekubitní pomůcky. *Zdravotnicke-potreby-welnes.cz* [online]. 2013. vyd. 2013 [cit. 2013-11-10]. Dostupné z: http://zdravotnicke-potreby-welnes.cz/cs/antidekubitni-pomucky

26. KIRCHNEROVÁ, Ivana. Dekubitus a jak jej ošetřujeme. *Diagnoza v ošetřovatelství*. 2009, č. 3, s. 1.

27. HŮŠOVÁ, Lenka a Lucie SLABIHOUDOVÁ. Dekubitus špatná vizitka ošetřovatelského týmu. *Diagnoza v ošetřovatelství*. 2008, č. 3, s. 1.

28. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 55 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3323-6.

29. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 88 s.:. ISBN 978-802-4727-639.

30. GROFOVÁ, Zuzana. Opomíjené mechanismy vzniku dekubitů. *Sestra* [online]. 2010 [cit. 2013-11-10]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/opomijene-mechanismy-vzniku-dekubitu-451705

31. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

32. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Řez kůží

Příloha 2: Predilekční místa dekubitů

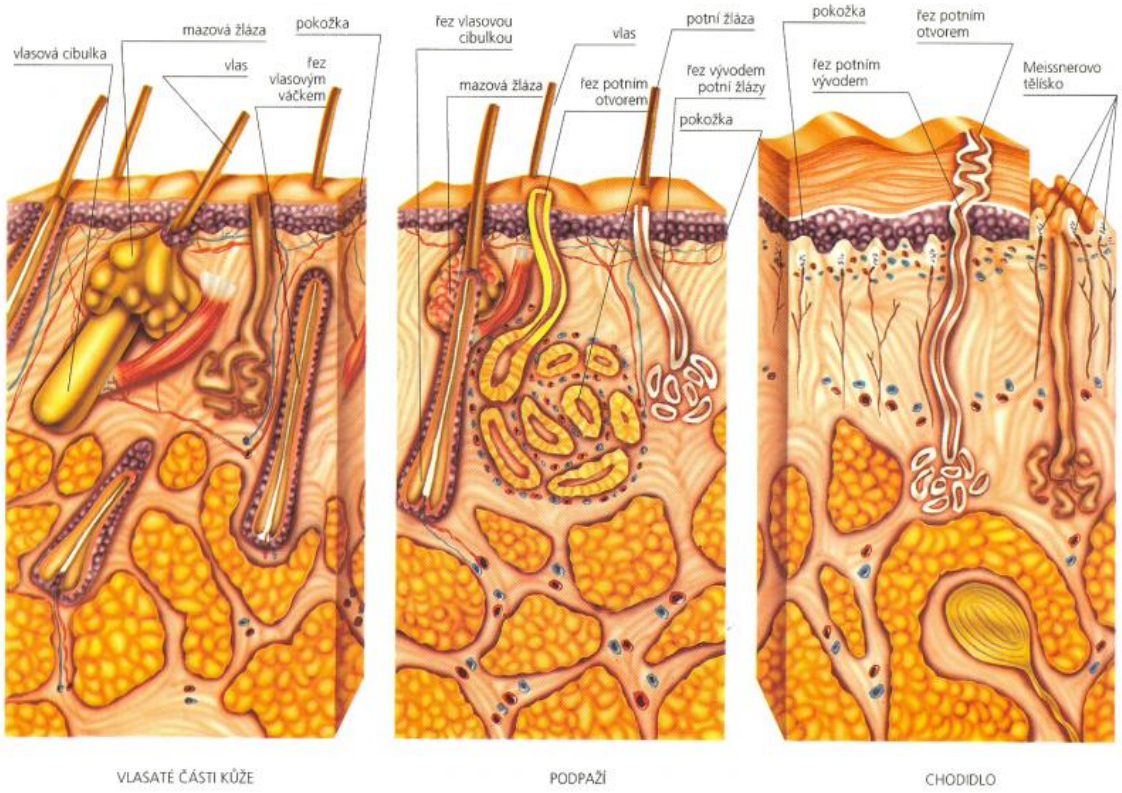
Příloha 3: Dotazník

Příloha 4: Pozorovací tabulka

Příloha 5: Stupnice pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

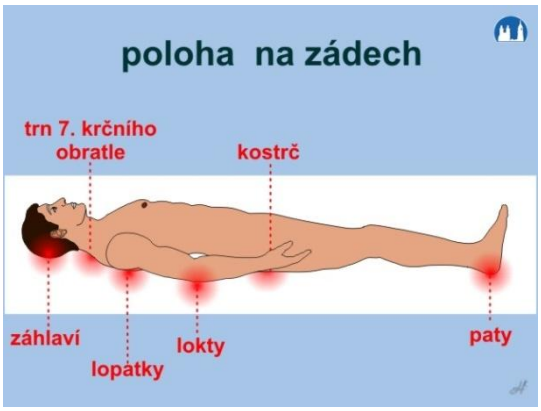
Příloha 6: Stupnice pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Bradenové

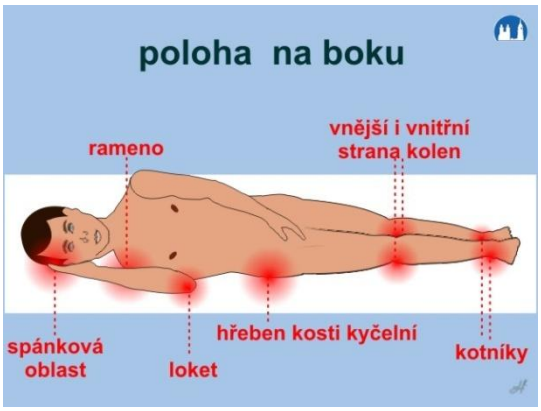
Příloha 1: Řez kůží

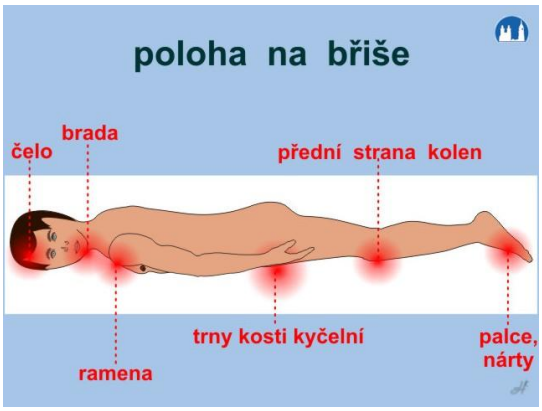


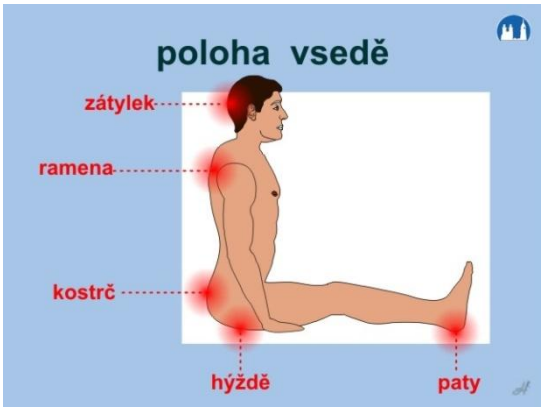
Zdroj: http://www.latinsky.estranky.cz/fotoalbum/kozni-soustava/kozni-soustava/ruzne-typy-kuze--rez-.png.html

Příloha 2: Predilekční místa dekubitů









Zdroj: http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=110

Vážené kolegyně, Vážení kolegové,

dovolte mi, abych se představila, jmenuji se Monika Křížová a studuji na Jihočeské univerzitě obor Všeobecná sestra. Nyní píši bakalářskou práci na téma „Antidekubitární péče jako ošetřovatelský problém“ a moc bych Vás touto cestou chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který mi pomůže zmapovat názor a práci sester při poskytování této péče.

Dotazník je zcela anonymní, proto prosím o pravdivé vyplňování zadaných otázek. Pokud si z navržených odpovědí nevyberete, odpověď napište na řádek k možnosti „jiné“. U některý otázek můžete vybrat více odpovědí.

Velmi děkuji za Vaší ochotnou spolupráci a přeji Vám úspěšný den.

1. V jakém rozsahu provádíte večerní hygienu u nesoběstačného nebo ležícího pacienta?
   a) Pouze v nutném rozsahu,např. výměna inkontinentních pomůcek
   b) Celkovou koupelí na lůžku
   c) Večerní hygienu neprovádíme
   d) Jiné _____

2. Jakým způsobem pečujete o predilekční místa, kde je možný vznik dekubitu? (Možno označit více odpovědí)
   a) Pravidelným polohováním
   b) Udržováním upraveného lůžka
   c) Promazáváním predilekčních míst
   d) Používáním antidekubitárních pomůcek
   e) Jiné _____

3. Jak často pečujete o predilekční místa u pacientů? (Možno označit více)
   a) Při ranní hygieně
   b) Při večerní hygieně
   c) Když je to nutné, např. při začervenání
   d) Při každém napolohování dle časového intervalu

4. Vedete u pacientů s rizikem vzniku dekubitů polohovací záznam?
   a) Ano
   b) Ne

5. Jak často provádíte polohování u ležících nebo nesoběstačných pacientů během denní služby?
   a) V pravidelném časovém rozmezí á 2-3 h
   b) Na vyžádání pacienta
   c) Dle času ošetřujícího personálu
   d) Dle stavu pacienta
   e) Jiné _____

6. Myslíte si, že máte na oddělení dostatek antidekubitárních pomůcek pro všechny pacienty, kteří to potřebují?
   a) Ano b) Spíše ano c) Nedokážu posoudit d) Spíše ne e) ne

   Pokud byla Vaše odpověď „ano“ nebo „spíše ano“, přestupte, prosím, na otázku č.8.

7. Jakých antidekubitárních pomůcek máte podle Vás nedostatek?
   a) Klínků
   b) Polštářů
   c) Dekub
   d) Zvedáků
   e) Podpatěnek
   f) Bazálních stimulátorů
   g) Kuličkové sáčky
   h) Válce
   i) Gelové podložky
   j) Jiné _____

8. Jaké antidekubitární pomůcky používáte nejčastěji? Četnost používání pomůcky označte na stupnici křížkem. K volné stupnici můžete napsat pomůcku, kterou také používáte a není zde uvedena.

a)	Klínky	minimálně	I-----I-----I-----I-----I-----I	maximálně
b)	Polštáře	minimálně	I-----I-----I-----I-----I-----I	maximálně
c)	Dekuby	minimálně	I-----I-----I-----I-----I-----I	maximálně
d)	Zvedáky	minimálně	I-----I-----I-----I-----I-----I	maximálně
e)	Podpatěnky	minimálně	I-----I-----I-----I-----I-----I	maximálně
f)	Bazální stimulátory	minimálně	I-----I-----I-----I-----I-----I	maximálně
g)	Kuličkové sáčky	minimálně	I-----I-----I-----I-----I-----I	maximálně
h)	Válce	minimálně	I-----I-----I-----I-----I-----I	maximálně
i)	Válečky do dlaní	minimálně	I-----I-----I-----I-----I-----I	maximálně
j)	_____	minimálně	I-----I-----I-----I-----I-----I	maximálně

9. Z jakých zdrojů čerpáte při vyplňování stupnice Nortonové? (Možno označit více)
   a) Přímo od pacienta, např.rozhovorem
   b) Od jiného ošetřujícího personálu
   c) Z dokumentace pacienta
   d) jiné _____

10. Provádíte na oddělení rescreening Nortonové u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů?
    a) Ano
    b) Ne

11. Kdy zakládáte u pacienta záznam o ošetření dekubitu?
    a) Při 1.stupni dekubitu
    b) Při 2.stupni dekubitu
    c) Při 3.stupni dekubitu
    d) Při 4.stupni dekubitu
    e) Při 5.stupni dekubitu
    f) Nezakládáme

12. Zaznamenáváte u nesoběstačných pacientů bilanci tekutin?
    a) Ano, vždy
    b) Pouze na vyžádání lékaře
    c) bilanci tekutin nezaznamenáváme

13. Jak často nabízíte tekutiny nesoběstačnému pacientovi? (Možno označit více)
    a) V pravidelných časových intervalech u pacientů, kteří se nenapijí _____
    b) Nesoběstačné pacienty v těžkém stavu zavodňujeme i.v.
    c) Dle času personálu
    d) Pouze při podávání stravy

14. Jak často zaznamenáváte váhu pacienta při dlouhodobé hospitalizaci?
    a) Při příjmu a dále 1x týdně
    b) Při příjmu a dále 2x týdně
    c) váhu nezaznamenáváme
    d) jiné _____

15. Domníváte se, že máte na oddělení dostatek čistého ložního prádla pro udržování upraveného lůžka u pacientů?
    a) Ano b) Spíše ano c) Nedokážu posoudit d) Spíše ne e) ne

Příloha 4. Pozorovací tabulka

	kontrolní kritéria
1.	Provádí sestry večerní hygienu u ležících nebo nesoběstačných pacientů?
2.	Provádí ošetřující personál péči o predilekční místa u ležících pacientů?
3.	Má pacient s rizikem vzniku dekubitů zaveden polohovací záznam?
4.	Souhlasí aktuální poloha pacienta s polohovacím záznamem?
5.	Provádí sestry polohování v určitých časových intervalech?
6.	Používají sestry antidekubitární pomůcky při polohování pacienta?
7.	Vyplňují sestry stupnici Nortonové při kontaktu s pacientem?
8.	Provádí sestry při dlouhodobé hospitalizaci pacienta rescreening Nortonové?
9.	Vedou sestry záznam o ošetření dekubitů?
10.	Je u nesoběstačných pacientů zaznamenávána bilance tekutin?
11.	Účastní se sestry aktivního podávání tekutin u nesoběstačných pacientů i mimo podávání stravy?
12.	Používají sestry při hygieně nemocných šetrné mycí prostředky?
13.	Je alespoň jednou za týden zaznamenána váha pacienta?
14.	Je na oddělení dostatek lůžkovin pro udržování čistého lůžka pacientů?

Příloha 5: Stupnice pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

schopnost spolupráce		věk		pokožka		další onemocnění dle odp. stupně		fyzický stav	
úplná	4	<10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4
malá	3	<30	3	alergie	3	diabetes, teplota , anémie	3	vcelku dobrý	3
částečná	2	<60	2	vlhká	2	kachexie, ucpání tepen	2	špatný	2
žádná	1	>60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1

psychický stav		aktivita		mobilita		inkontinence	
čilý	4	chodící	4	plná	4	žádná	4
apatický	3	chodící s dopom.	3	mírně omezená	3	občasná	3
zmatený	2	sedící	2	velmi omezená	2	inkont.moče	2
strnulý	1	ležící	1	nepohyblivý	1	obojí inkontinentní	1

Celkové bodové hodnocení nemocného:

Zdroj: http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=4&kod_kurzu=kos_392

Příloha 6: Stupnice pro hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Bradenové