

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Bakalářská práce

Hana Galašová

Sociálně zdravotní práce se zaměřením na vzdělávání

**Problematika dekubitů a jejich prevence
v Domově pro seniory Diakonie ČCE středisko
v Sobotíně.**

Olomouc 2013

vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 10. 4. 2013

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji vedoucí bakalářské práce, PhDr. Mgr. Jitce Tomanové, Ph.D., za poskytování cenných rad, konzultace a věnovaný čas. Dále bych chtěla poděkovat paní ředitelce Diakonie ČCE – střediska v Sobotíně, Ing. Haně Řezáčové, za vstřícnost, ostatním zaměstnancům Diakonie ČCE – střediska v Sobotíně a respondentům za ochotu, spolupráci a za poskytnuté informace.

Obsah

Úvod	6
1 Cíl práce.....	8
2 TEORETICKÉ POZNATKY	9
2.1 Problematika anatomie kůže.....	9
2.1.1 Kůže.....	9
2.1.2 Stavba kůže	10
2.1.3 Funkce kůže.....	11
2.1.4 Biologické změny kůže u seniorů.....	12
2.2 Problematika prevence vzniku dekubitů	13
2.2.1 Vznik dekubitů	13
2.2.2 Predilekční místa vzniku	14
2.2.3 Klasifikace dekubitů	15
2.2.4 Snížení tlaku na tkáň.....	21
2.2.5 Změna polohy.....	22
2.2.6 Prostředky ke snížení přímého tlaku.....	22
2.2.7 Manipulace s klientem na lůžku	26
2.3 Další faktory uplatňující se při prevenci vzniku dekubitů	27
2.3.1 Péče o kůži	27
2.3.2 Úprava lůžka.....	28
2.3.3 Výživa	29
2.3.4 Hydratace a její význam pro prevenci vzniku dekubitů.....	30
2.3.5 Nutriční doplňky stravy	31
2.3.6 Aktivizace seniorů	31
2.3.7 Soběstačnost a motivace klienta	32
2.4 Pracovníci v přímé péči	32
2.4.1 Předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách	32
2.4.2 Podmínky pro výkon činnosti v sociálních službách.....	33
2.4.3 Kompetence pracovníků v přímé péči	34
3 METODIKA PRÁCE.....	35
4 VÝSLEDKY A DISKUSE	36
4.1 První část průzkumné sondy.....	36
4.1.1 Diskuse k první části průzkumné sondy	45

4.2 Druhá část průzkumné sondy.....	46
4.2.1 Diskuse k druhé části průzkumné sondy.....	53
5 ZÁVĚR.....	55
SOUHRN, SUMMARY	57
REFERENČNÍ SEZNAM	58
PŘÍLOHY	60
ANOTACE	

Úvod

V České republice dochází v posledních letech ke stárnutí a k prodlužování věku populace. Většina seniorů je ve skvělé fyzické i psychické kondici, mohou žít ve svém domácím prostředí a svobodně se věnovat svým zájmům. Ovšem ne každý senior má takové štěstí. Může vzniknout situace, kdy vlivem nemoci, věkem, či nepříznivou sociální situací, potřebuje pomoc nebo péči jiné fyzické osoby. Pro pomoc těmto osobám je v České republice vytvořen systém sociálních služeb, který mohou senioři využít pro podporu při řešení jejich problému.

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku prevence a vzniku dekubitů v Domově pro seniory Diakonie Českobratrské církve evangelické - střediska v Sobotíně, které poskytuje pět sociálních služeb. Jednou z těchto služeb je služba pobytová, ve které pracuji jako vedoucí této služby.

Při poskytování pobytových sociálních služeb pro seniory není možné zcela oddělit problematiku sociální a zdravotní. V minulosti a z větší části i současnosti, jsou vedoucími pracovníky těchto služeb zdravotničtí pracovníci. Nejen řízení, ale i přístup v těchto službách vychází tedy primárně ze zdravotnického modelu. To znamená, že na člověka je nahlíženo skrze jeho biologická omezení, a tak i pozornost při péči je věnovaná převážně řešení těchto potřeb.

Ve službě, ve které pracuji, je řízení i struktura pracovníků přizpůsobena tomu, že Domov pro seniory je službou sociální. V praxi to znamená, že zdravotničtí pracovníci tvoří hlavní personální obsazení a zajišťují seniorům ošetrovatelskou péči, která je indikována lékařem. Pracovníci v přímé péči – pečovatelé, poskytují seniorům podporu a pomoc při běžných denních úkonech sebeobsluhy a tvoří hlavní personální obsazení organizace. Tato skutečnost vyžaduje odborné znalosti pracovníků v přímé péči, týkající se různých oblastí ošetrovatelství. V pobytovém zařízení v Domově pro seniory žijí klienti, kteří jsou odkázáni na pomoc pečovatelů v různých stupních závislosti. Míra závislosti klienta na pomoci pracovníka může být jednou z příčin rizika vzniku poškození jeho kůže a následný vznik dekubitů bývá velmi častý.

Problematika dekubitů je proto aktuální téma, které mě velmi zajímá. S tímto problémem se denně setkávám při své práci. Na pečovatele je kladena velká zodpovědnost při práci s klienty a v jejich kompetenci je i preventivní péče v problematice dekubitů. Toto poškození tkání může způsobovat bolest, značně seniora omezovat v pohybu i soběstačnosti, a tím může snižovat kvalitu jeho života. A právě kvalita života seniorů, která je individuální u každého klienta, je společným cílem pracovníků v sociálních službách.

Bakalářská práce se cíleně soustřeďuje na problematiku prevence vzniku dekubitů v konkrétním seniorském zařízení. Zabývá se jak materiálně technickým vybavením, tak znalostmi pracovníků v přímé péči. Tito pracovníci mají nezastupitelnou roli v prevenci a vzniku dekubitů a mohou být první, kteří riziko odhalí. Vhodná a včasná prevence může zabránit dalším komplikacím spojených s tímto onemocněním.

1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce bylo analyzovat stávající situaci v problematice a prevenci vzniku dekubitů v seniorském zařízení v Diakonii Českobratrské církve evangelické – středisko v Sobotíně.

Následné dílčí úkoly práce měly zjistit:

- zda pracovníci v přímé péči mají teoretické znalosti týkající se prevence vzniku dekubitů (viz položky v dotazníku - příloha 1)
- materiální a technické vybavení pro prevenci dekubitů v seniorském zařízení (viz otázky v dotazníku - příloha 2)

2 TEORETICKÉ POZNATKY

Následující text bakalářské práce se věnuje všeobecným, teoretickým poznatkům z oblasti problematiky vzniku dekubitů, jejich prevence, výživy a aktivizace seniorů. Bakalářská práce se zaměřuje i na kompetence a vzdělání pracovníků v přímé péči.

2.1 Problematika anatomie kůže

Kapitoly se zabývají všeobecně funkcí, stavbou kůže, a jelikož je zaměřena na seniorskou populaci, zajímá se i o biologické změny kůže u starých lidí.

2.1.1 Kůže

Kůže je popisována v odborných publikacích různě. Kopecký (2010) kůži popisuje jako velký orgán, který je rozsáhlý plošně, ale i hmotnostně. Tvoří zevní povrch organismu, čímž odděluje vnitřní prostředí organismu od vlivů zevního prostředí. Uvádí, že kůže slouží jako ochranná bariéra před škodlivými faktory vnějšího prostředí, což jsou vlivy mechanické, chemické, biologické a fyzikální. Kůži řadí k velmi důležitým smyslovým orgánům, jež se účastní na procesu termoregulace a v nemalé míře se podílí na metabolismu organismu. Plocha kůže u dospělého člověka dosahuje přibližně 1,6 až 2,0 metru čtverečního, což ji řadí mezi největší orgány těla. Její hmotnost činí přibližně 4,5kg. Kůži znázorňuje obrázek 1.

Součástí kůže je řada přídatných orgánů, jako jsou nehty, mazové, potní a mléčné žlázy. Do přídatných orgánů patří i vlasový aparát.

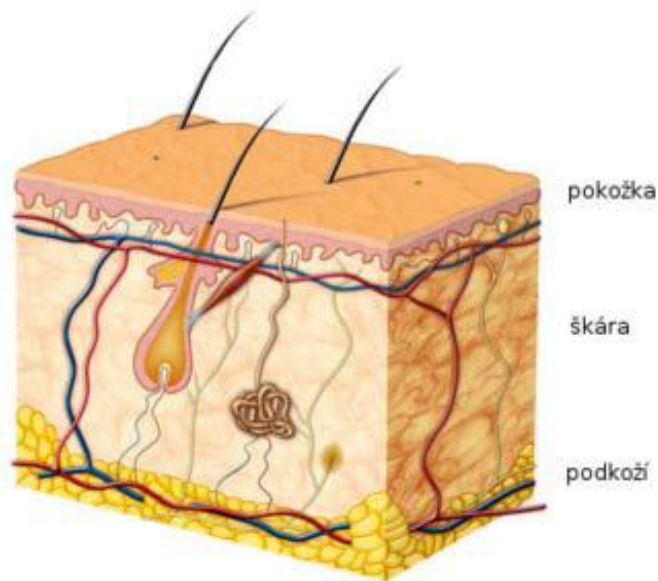


Obrázek 1. Kůže (Christophová, 2013)

2.1.2 Stavba kůže

Mikula a Müllerová (2008) popisují a dělí stavbu kůže z anatomického hlediska na vrstvy - pokožku, škáru a podkožní vazivo. Stavbu kůže znázorňuje obrázek 2.

- **Pokožka** – je popisována jako povrchová vrstva kůže, která je tvořena mnohvrstevným, dlaždicovým epitelem. Nejsvrchnější buňky tohoto epitelu stále rohovatí a odumírají, což způsobuje jejich odlupování. Z toho důvodu jsou zrohovatělé buňky nahrazovány novými. V této vrstvě jsou uložena hmatová tělíska, která se nazývají Meissnerova.
- **Škára** – je popisována jako vazivová vrstva kůže, která je pevná a pružná. Jsou zde bohatě zastoupeny nervová zakončení a kapilární síť. V této vrstvě jsou uloženy vlasové kořeny i potní a mazové žlázy.
- **Podkožní vazivo** - je tvořeno sítí kolagenních a elastických vláken a nachází se pod škárou. V této vrstvě je uložen, v různé síle a na různých místech, podkožní tuk. Tento podkožní tuk je zdrojem energie a chrání organismus před tepelnými ztrátami. V této vrstvě jsou uloženy Vater-Paciniho tělíska - receptory citlivé na tah a tlak. Podkožní vazivo je řídké a tím umožňuje na různých místech těla velkou pohyblivost kůže.



Obrázek 2. Stavba kůže (Christophová, 2013)

2.1.3 Funkce kůže

Podle Kopeckého (2010) plní kůže několik důležitých funkcí pro organismus člověka:

- **Ochranná funkce** – je velmi důležitá, protože jako jediná chrání tělo před mechanickým, chemickým, fyzikálním poškozením, UV zářením, před ztrátou tekutin. Rovněž brání vstupu infekce do organismu.
- **Termoregulační funkce** – podílí se na udržování stálé tělesné teploty, chrání organismus před většími tepelnými ztrátami, proti přehřátí.
- **Smyslová funkce** – pomocí čidel uložených v kůži reaguje na dotyk, tlak, bolestivé podněty, teplo a chlad.
- **Zásobní funkce** – v podkožním vazivu je uložen tuk, který slouží jako energetická zásobárna organismu, podílí se na látkové výměně.
- **Vylučovací funkce** – pomocí potních a mazových žláz vylučuje příslušné sekrety, soli, tuky, oxid uhličitý a dusíkaté látky.
- **Resorpční funkce** – schopnost vstřebávání kůže je důležitá pro lékařské účely, kůží pronikají látky rozpustné v tucích a dýchací plyny.

- **Estetická a komunikační funkce** – tato funkce není zanedbatelná, barva, či vzhled kůže může komunikaci, nebo přístup k člověku ovlivnit.

Některé z výše jmenovaných funkcí u seniorů velmi často neplní svoji úlohu v plném rozsahu, což může např. způsobovat rizika vstupu infekcí do organismu, špatné vylučování potních a mazových žláz, omezené smyslové vnímání, či porušenou termoregulaci.

2.1.4 Biologické změny kůže u seniorů

Biologické změny kůže začínají již po 25. roce zpomalením regeneračních procesů. S přibývajícím věkem se začíná kůže ztenčovat, stává se křehkou, snáze se poruší a hůře se hojí. Škopková (2012) uvádí, že vlivem stárnutí nastávají v kůži změny, postihující kolagenní a elastinové vlákna. Tato vlákna tvoří souvislou síť, která se rozlomením spojujících můstků rozpadá. Důsledkem toho je, že kůže ztrácí svou pevnost, napětí a elasticitu. V kůži ubývají mukopolysacharidy, které mají za úkol vázat vodu, a tak podmiňovat dostatečnou vlhkost pokožky. Následkem toho pokožka vysychá. Ubývání podkožního tuku, má za následek, že kůže je volnější, tím se mohou tvořit podbradky a laloky. Ve stáří se v kůži snižuje množství krevních cév, což způsobuje nedostatečný přísun živin, čímž je kůže hůře vyživována. Tukové žlázy snižují svoji aktivitu, kůže je sušší a citlivější k zevním dráždidlům. Na suché kůži se mohou objevovat drobné trhlinky, které se stávají vstupní bránou pro případnou infekci.

Všechny tyto změny mohou být jednou z příčin poškození kůže a spolu s dalšími faktory mohou vést ke vzniku proleženin – dekubitů.

V další kapitole se bakalářská práce věnuje popisu dekubitů, jejich vzniku, nejčastějšími místy výskytu a jejich klasifikací. Tato teorie je důležitá pro následnou prevenci vzniku proleženin.

2.2 Problematika prevence vzniku dekubitů

Dekubity neboli proleženiny, jsou způsobené tlakovým poškozením tkáně, a v odborných publikacích jsou definovány různě. Mikula a Millerová (2008, s. 9) toto poškození kůže a tkáně definují tak, že: „*Jsou to rány vyvolané tlakem. Velikost dekubitu je dána vzájemným působením intenzity tlaku, dobou působení tlaku, celkovým stavem nemocného a zevními podmínkami.*“ Následkem těchto faktorů vznikají výše zmíněné dekubity. Nováková (2008) se zmiňuje o původu slova dekubit, a uvádí, že je odvozen od latinského slova decumbere, což v překladu znamená, lehnout si, položit se. Proto se tento výraz začal používat pro místní odumření tkáně, která vzniká působením tlaku na tkáň oproti podložce převážně u imobilních klientů upoutaných na lůžko, bez ohledu na věk, či pohlaví.

Prevence vzniku dekubitů je rozsáhlý proces, do kterého spadá mnoho oblastí, jako např. zmírnění tlaku, péče o kůži, o lůžko, výživa, ale i motivace a soběstačnost klienta.

2.2.1 Vznik dekubitů

Nováková (2008) popisuje příčinu vzniku dekubitů v dlouhodobém působení tlaku na měkké tkáně mezi kostí a tvrdou podložkou. Za další příčinu vzniku proleženiny, považuje nesprávnou manipulaci s klientem na lůžku, kdy dochází ke smýkání tkáně proti podložce, tzv. střížná síla. Toto způsobuje nedostatečné prokrvování tkáně, což má za následek, nedostatečné vyživování pokožky a svalů. Důsledkem toho je, že pokožce a svalům chybí potřebné množství kyslíku a rovněž nejsou z této oblasti dostatečně odváděny odpadní produkty látkové výměny. Tyto patologické změny způsobují postupné odumírání tkáně.

Vznikem dekubitů jsou nejvíce ohroženy osoby, se sníženou mobilitou, které trpí podvýživou nebo nadváhou, mají zhoršený tělesný a zdravotní stav, trpí chudokrevností, či úplavicí cukrovou. Senioři, kteří bývají velmi často postiženi těmito komplikacemi, bývají tímto onemocněním zasaženi nejvíce.

Nováková (2008) dále uvádí, že na vzniku dekubitů se podílejí kromě **vnitřních faktorů i faktory vnější**. Těmito faktory mohou být např. účinky některých léků, neodborný způsob manipulace s klientem, nesprávná úprava lůžka, nízká kvalita práce pečovatele, či jeho nezodpovědnost, anebo nedůsledné dodržování osobní hygieny.

Proto nejúčinnější léčbou dekubitů je jejich prevence. Je důležité, aby měli pečovatelé odpovídající vědomosti i dovednosti a byli podrobně s touto problematikou seznámeni. Neméně důležité je také to, aby získané odborné znalosti uměli použít při práci s imobilním klientem tak, aby v co nejvyšší míře mohli eliminovat vznik poškození tkáně, nebo neodbornou manipulací ke vzniku proleženiny nepřispěli.

2.2.2 Predilekční místa vzniku

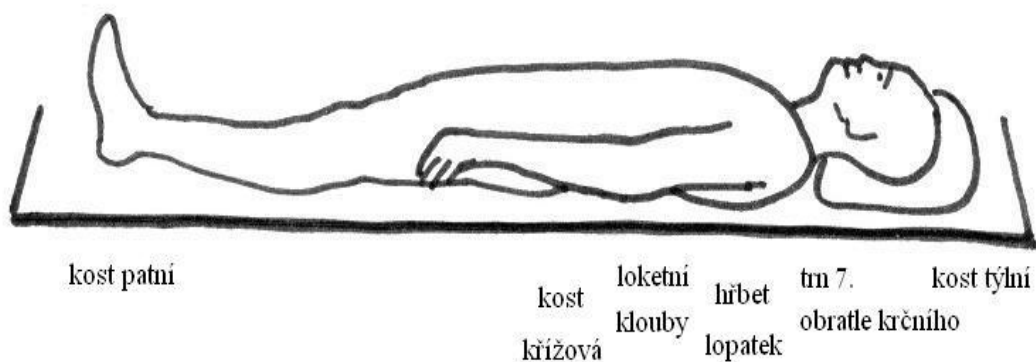
Predilekčních míst vzniku, neboli nejčastějších míst vzniku proleženin na lidském těle, je několik, a záleží na tom, v jaké poloze se klient nachází. Topinková a Neuwirth (1995) popisují nejčastější místa výskytu:

- při poloze na zádech, kde jsou tlakem nejvíce zatěžována místa kosti patní, dále křížová krajina, trn 7. krčního obratle, klouby loketní, hřbety lopatek a kost týlní. Predilekční místa v poloze na zádech znázorňuje obrázek 3.
- při poloze na boku bývají postiženy palce u nohou, kotníky, kyčelní klouby, ramenní klouby, kost spánková a ucho. Predilekční místa v této poloze znázorňuje obrázek 4.

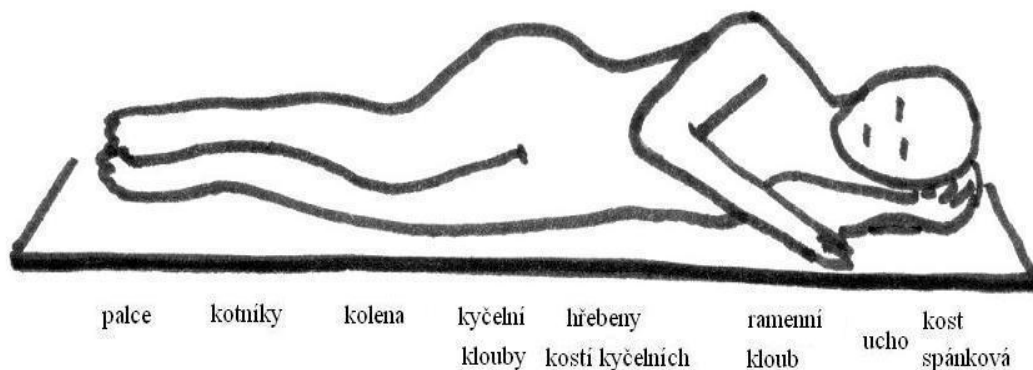
Polohu na břiše nezmiňují, protože se v pečovatelské praxi příliš nepoužívá pro její náročnost pro personál při polohování klienta a nemalou roli hraje i nepohodlí klienta v této poloze.

Predilekční místa u polohy na břiše popisuje Keprtová (2006) ve své práci a udává, že nejvíce bývají postižena místa, kde působí největší tlak. Bývají to nejčastěji špičky palců na nohou, kolena, hřebeny kostí kyčelních, lícní kosti, čelo a ucho. Čelo a ucho bývá postiženo, podle toho, jak je položena hlava.

Jak již bylo výše zmíněno, polohování a podkládání predilekčních míst je velmi důležité v prevenci vzniku, ale je náročné i pro pečující personál z hlediska znalostí, dovedností a fyzických schopností. K podkládání slouží antidekubitní pomůcky, kterými se práce podrobněji zabývá v dalších kapitolách.



Obrázek 3. Predilekční místa v poloze na zádech (Keprtová, 2006)



Obrázek 4. Predilekční místa v poloze na boku (Keprtová, 2006)

2.2.3 Klasifikace dekubitů

Při klasifikaci dekubitů Mikula a Müllerová (2008, s. 21) ve své publikaci uvádějí, že se proleženiny tvoří u každého klienta individuálně. Také mohou mít rozdílně dlouhou dobu vzniku a odlišný průběh. Pro péči je důležité znát, že tlakové

léze postupují z hloubky na povrch. „*Proto i nepatrné známky na povrchu kůže mohou znamenat již rozsáhlé poškození tkáně*„, které není na první pohled patrné. Pro praktickou stránku péče o proleženiny, je velmi důležité si toto uvědomit a neméně důležité je i dobře rozpoznat jednotlivé stupně dekubitů.

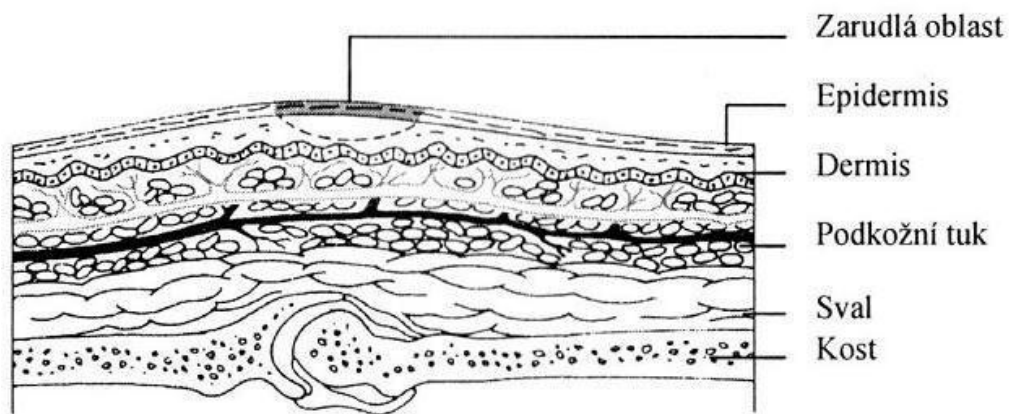
Proleženiny Mikula a Müllerová (2008) klasifikují ve 4. stupních. Tato klasifikace platí pro již vzniklé dekubity, kdy selhala preventivní opatření. Než dekubit opravdu vznikne, nastává tzv. předstupeň vzniku dekubitů. Tento stav se projevuje mírným zarudnutím pokožky, které po stlačení pochvilí bledne. Uvádějí, že v této fázi je ještě možné vhodnou a pečlivou péčí vzniku dekubitu zabránit.

Pokud se této fázi nevěnuje dostatečná pozornost, nebo se dokonce zanedbá, nastupuje I. – IV. stupeň klasifikace:

I. stupeň - erytém – je tlaková léze, při které ještě není poškozená kůže. V tomto stupni je příznakem mírný otok a rovněž mírné zarudnutí kůže. Při pohmatu je patrné zduření postižené části tkáně. Tato fáze není pro klienta bolestivá. Postižení klienti mohou udávat pálení, ale i chlad, či mravenčení v dané oblasti. Tuto fázi znázorňují obrázky 5 a 6, ze kterých je patrné, že není výrazněji poškozena tkáň.



Obrázek 5. I. stupeň (Lankašová, 2013)

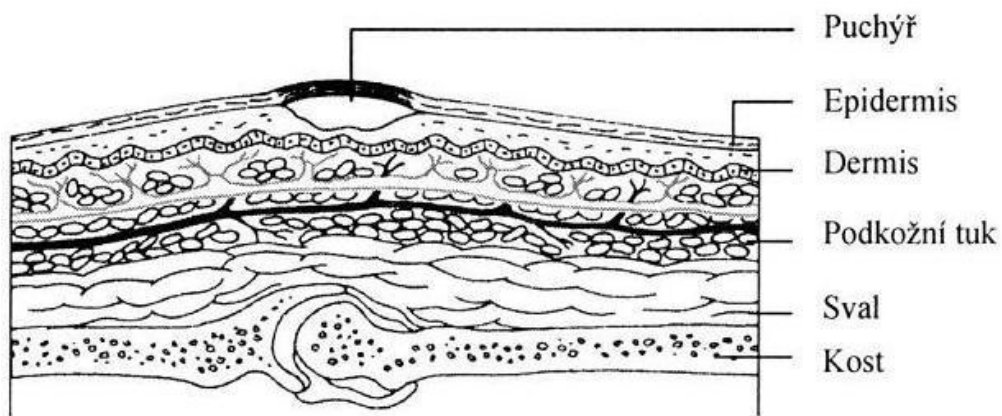


Obrázek 6. I. stupeň dekubitu (Keprtová, 2006)

II. stupeň – puchýř – je tlaková léze, při které již došlo k poškození kůže. Takto postižená oblast je oteklá a zatvrdlá díky zmnožením vaziva. V této fázi je kůže bledá a při stlačení již nezčervená, což značí, že nenastane kapilární návrat. Může se objevit puchýř, pod kterým se při jeho sedření může i objevit škára, což vzhledem připomíná hlubokou oděrku. Primárně zde dochází k poškození podkoží s částí cév, které vyživují kůži. Druhotným následkem tohoto procesu je její odumírání. Při sedření puchýře se otevře brána pro vstup infekce do těla, což může být velmi problematické u klientů trpící inkontinencí. Tato fáze je bolestivá a klienta velmi sužuje. Tuto fázi znázorňují obrázky 7 a 8.



Obrázek 7. II. stupeň (Lankašová, 2013)



Obrázek 8. II. stupeň dekubitu (Keprtová, 2006)

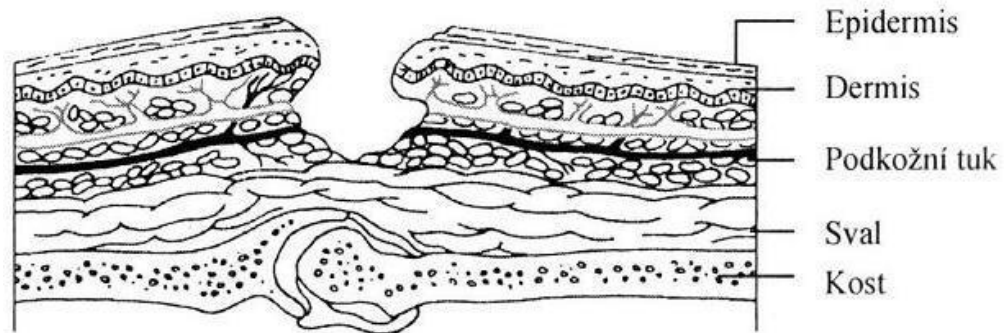
III. stupeň - nekróza – je tlaková léze, při které dochází ke zničení tkáně, která se nachází mezi pokožkou a kostí. Poškození, které zasahuje podkožní vrstvy, bývá větší než poškození kůže. V této fázi dochází k odumírání tkáně. Vzniká hluboký vřed, často pokrytý suchou, černou nekrózou z odumřelých buněk. Nebo bývá pokrytý vlhkým, žlutohnědým povlakem. V této fázi bývá ještě možné spontánní zhojení, jako u předchozích fází, ale trvá velmi dlouho. Zhojení je individuální, může trvat několik měsíců, ale v některých případech i několik let. Tuto fázi znázorňují obrázky 9, 10 a 11.



Obrázek 9. III. stupeň (Lankašová, 2013)



Obrázek 10. III. stupeň (Lankašová, 2013)



Obrázek 11. III. stupeň dekubitů (Keprtová, 2006)

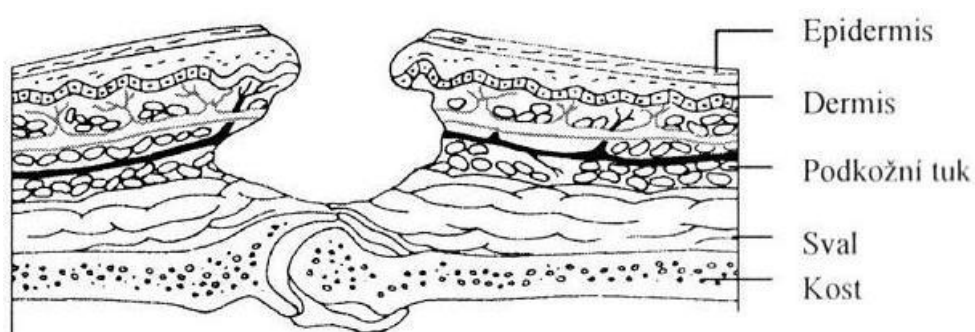
IV. stupeň - vřed – je tlaková léze, která je provázená ostitidou a artritidou, neboli zánětem kostí a kloubů. Tato fáze svým vzhledem připomíná fázi III. Dochází zde k rozsáhlému poškození nejen svalové tkáně, ale i kosti a sousedních kloubů. V této fázi není již možné spontánní zhojení rány a je nutné operační řešení. Tuto fázi znázorňují obrázky 12, 13 a 14.



Obrázek 12. IV. stupeň (Lankašová, 2013)



Obrázek 13. IV. stupeň (Dekubity, 2013)



Obrázek 14. IV. stupeň dekubitu (Keprtová, 2006)

Léčba již vzniklých dekubitů je pro personál velmi časově náročná a pro klienta je toto onemocnění v pokročilejším stádiu i velmi bolestivé. Proto je třeba věnovat

velkou pozornost prevenci vzniku dekubitů, kdy cílem všech preventivních opatření je omezit na minimum příčiny jejich vzniku a tím i ušetřit klientovi bolest a strádání.

2.2.4 Snížení tlaku na tkáň

Jedním z nejrizikovějších faktorů na vznik dekubitů je tlak a doba jeho působení na tkáň. Mikula a Müllerová (2008) udávají, že snížením tlaku na tkáň lze zabránit nedokrvení a následnému odumření tkáně, protože se cirkulace krve v kapilárách trvale neomezí, či nepřeruší a tkáň je dále zásobena kyslíkem a živinami, které jsou potřebné k podpoře hojení a správnému metabolismu. Tabulka 1 znázorňuje přibližné tlaky působící na tkáň klienta na nejběžnějších površích, se kterými může přijít do styku.

Tabulka 1. Tlak působící na kožní povrch v závislosti na podložce (mm Hg)

Podložka působící na tkáň klienta	Tlak v mm Hg
Prachový polštář z pěnové látky	36
Vodní lůžko	58
Pěnová matrace	68
Pružinová matrace	164

Z tabulky 1 je patrné, že největší tlak z běžných povrchů působí pružinová matrace, která nemusí být nejvhodnějším podkladem pro imobilního klienta. V pobytových seniorských zařízeních jsou lůžka většinou vybavena pěnovými matracemi, které působí podstatně menším tlakem na tkáň klienta. Vodní lůžka nebývají v seniorských pobytových zařízeních součástí běžného vybavení, i když způsobují nejmenší tlak na pokožku a prevence dekubitů.

2.2.5 Změna polohy

Změna polohy – polohování, je jedním ze základních a nejúčinnějších prostředků v prevenci proti vzniku dekubitů, jelikož změna polohy umožňuje opětovné prokrvení tkáně, na kterou tlak působí. Kalvach (2008) zmiňuje, že polohu těla klienta na lůžku je důležité změnit nejdéle ve 2 hodinových intervalech, v noci nevyjímaje. Pokud klient sedí v křesle, měl by být interval podstatně kratší a to 15 min. Mikula a Müllerová (2008) ale udávají, že se polohy mění podle okamžitého stavu klienta a mohou kolísat od 20 minut až po 4 hodiny. U imobilních klientů, kteří si nedokáží polohu sami změnit, by interval neměl překročit 2 hodiny. Častější intervaly mohou být větší zárukou toho, že se vzniku proleženiny předejde. Takto poskytovaná péče je nesmírně náročná pro pečující personál nejen z hlediska časového, ale i z hlediska fyzické zdatnosti. Proto je velmi důležité, aby pečovatelé měli k dispozici moderní pracovní pomůcky, které mohou ovlivnit poskytovanou péči. Mohou to být kvalitní matrace v lůžku klienta, antidekubitní matrace a další antidekubitní pomůcky, které pomáhají zmírňovat tlak na tkáň. Nezbytnými pracovními pomůckami, které jsou schopny udržet tělo klienta v požadované poloze, jsou polohovací pomůcky, kterých je na trhu velké množství, v různých cenách a kvalitě. Více se této problematice budeme věnovat v následujících kapitolách.

2.2.6 Prostředky ke snížení přímého tlaku

Prostředků ke snížení tlaku na tkáň je několik druhů a většinou jsou relativně dostupné na pořízení. Ve většině případů jsou schopny ulevit klientovi a usnadnit práci pečujícímu personálu. Zmíníme zde např. polohovací pomůcky, polohovací lůžka, antidekubitní matrace.

Na českém trhu je velké množství antidekubitních matrací. Ovšem, ne všechny mají stejnou účinnost, i když si bývají velmi podobné vzhledem a cenou. Při výběru vhodné pomůcky je důležité vědět, jaká je jejich efektivita při prevenci vzniku proleženiny. Mikula a Müllerová (2008) toto posuzují tak, že je důležité znát dobu

účinnosti matrace, po kterou dokáží ulevit tkáním od působení tlaku podložky tak, aby nebyla potřeba změna polohy klienta.

Antidekubitní matrace se dělí na pasivní a aktivní:

- **Pasivní antidekubitní matrace** – pomůcky, které snižují tlakové zatížení tkání tak, že rozloží tlakové zatížení na co největší plochu. Tyto matrace jsou na trhu nabízeny například z líné pěny tzv. paměťové pěny, prořezávané, gelové nebo vícevrstvé. Jsou vybaveny snímatelným potahem, který je voděodolný, paropropustný a se sníženou hořlavostí. Tento typ matrací je vhodný pro klienty s nižšími stupni dekubitů, protože jejich účinnost je poměrně nízká, a proto se nehodí pro vyšší stupně klasifikace dekubitů. Obrázek 15 znázorňuje pasivní typ antidekubitní matrace, která je vhodná pro I. a II. stupeň klasifikace dekubitů.



Obrázek 15. Pasivní antidekubitní matrace (katalog firmy Ajax, 2012)

- **Aktivní antidekubitní matrace** – slouží k tomu, aby ulevily od tlakového zatížení tkání dosažením tlaku nižšího, než je tlak, který uzavírá průtok kapilárami, což je přibližně 30 mm Hg. Jsou vyráběny různé typy. Jeden typ matrací je možné nastavit manuálně, což je velmi náročné na zkušenost pečujícího personálu, který by měl dokázat pomůcku optimálně nastavit pro daného klienta. Další typ antidekubitní matrace je vybaven elektrickým kompresorem nebo pumpou řízenou mikroprocesorem, a pracuje na principu střídavého naplňování vzduchu do vzduchových buněk. Nastavení antidekubitní matrace je automatické. Automatický systém tlakovým regulátorem

reguluje v pravidelných intervalech tlak vzduchu v jednotlivých vzduchových buňkách tak, aby úleva od tlaku podložky na tkáň byla optimální. Tyto matrace mají i systém pro okamžité vypuštění tlaku, což bývá velmi praktické a šetří čas při manipulaci s ní. Matrace jsou potaženy snímatelným potahem, který je omyvatelný, voděodolný a rovněž paropropustný. Tento typ matrací je možné účinně používat u vyšších stupňů proleženin, což jsou dekubity III. a IV. stupně. Tento typ antidekubitní matrace znázorňuje je obrázek 16.



Obrázek 16. Aktivní antidekubitní matrace (katalog firmy Ajax, 2012)

Polohovací pomůcky jsou velmi praktické a dokáží velmi usnadnit práci personálu, který pečuje o klienta v pobytovém zařízení. Na trhu je velké množství těchto pomůcek a jsou dobře finančně dostupné. Práce s nimi nevyžaduje vysokou odbornost personálu, práce s nimi není náročná a, ale ve výsledku je velice efektivní. Jsou to například válce, klíny, kruhy, patníky, polštáře. Pomůcky jsou naplněny různými materiály, které dokáží ulevit od tlaku. Nejčastěji se jako náplň používá polystyren, ze kterého jsou vyrobené drobné kuličky. Tyto výrobky jsou potaženy paropropustným, ale i voděodolným materiálem, což je důležité z hlediska dodržování hygienických předpisů.

Při používání těchto pomůcek je neméně důležité dbát na to, aby při podkládání klienta mělo jeho tělo z co největší části kontakt s podložkou. Tím se rozloží tlak. Další důležitou zásadou je, správné připevnění pomůcky, protože špatně připevněná, nebo vyčnívající pomůcka může způsobit otlaky, což by bylo kontraproduktivní.

Polohovací pomůcky je možné rozdělit na polohovací pomůcky do lůžka a na sezení:

- **do lůžka** se používají speciální chrániče na patu nebo lokty, vyrobené z různých materiálů. Mohou mít voděodolnou a paropropustnou úpravu, naplněné bývají polystyrénovými kuličkami nebo dutým vláknem. Někdy jsou vyrobeny z ovčího rouna. Polohovací pomůcky jsou vyráběny v různých tvarech a velikostech podle toho, na kterou část těla má být pomůcka přiložena, např. klíny, válce, kruhy, polštářky, chrániče na lokty, chrániče na paty apod. (Kalatog firmy Ajax, 2012).
- **na sezení** se mohou používat vzduchové podložky, které je možno podle potřeby dofukovat, nebo z líné pěny, která se neprosedí a drží svůj tvar. Další polohovací podložky mohou být z polystyrénových kuliček, nebo rovněž z ovčího rouna. Podložky z ovčího rouna nejsou vhodné jako prevence, ale spíše slouží pro pohodlí a změkčení sedu klienta (Kalatog firmy Ajax, 2012).

Polohovací lůžka jsou velmi důležitou pomůckou pro prevenci vzniku dekubitů a práci pečovatелů. Polohovací lůžka jsou nabízena na českém trhu v široké nabídce od jednoduchých až po velmi komfortní. Jednoduchá lůžka je možné obsluhovat manuálně, nebo mají elektrický pohon, který usnadní jejich manipulaci. U polohovacích lůžek je důležité, aby měly nastavitelnou část pod hlavou, pod nohama, nastavitelnou výšku postele od země a u komfortních polohovacích postelí je nabízen i laterální náklon. Laterální náklon je velmi důležitý u pasívních klientů, kteří se odmítají polohovat a pečovatелům tím znesnadňují jejich práci. Tento typ lůžka znázorňuje obrázek 17 (Kalatog firmy Ajax, 2012).



Obrázek 17. Laterální lůžko (katalog firmy Ajax, 2012)

2.2.7 Manipulace s klientem na lůžku

Odborná manipulace s klientem na lůžku je jednou z důležitých zásad prevence vzniku dekubitů. Keprtová (2006) ve své práci uvádí důležitost prevence střížné síly, což je spojení dvou důležitých faktorů – tlaku a tření o podložku. Kalvach (2008) udává, že toto nastává, pokud klient neleží v lůžku rovně, ale je například v polosedě v úhlu 30°, kdy dochází k velké zátěži kůže v oblasti křížové. Dále ke střížné síle může dojít, když je klient na lůžku tažen po prostěradle, místo aby byl zdvižen a poponesen. To bývá velmi náročné na personální obsazení v seniorských pobytových službách. Další velkou roli hraje umístění lůžka v místnosti. Vlivem malého prostoru, bývají lůžka umístěna většinou u zdi místnosti, což znemožňuje pečujícímu personálu přístup ze tří stran, tak jak je běžné ve zdravotnických zařízeních.

2.3 Další faktory uplatňující se při prevenci vzniku dekubitů

Při prevenci vzniku dekubitů hrají důležitou roli i další faktory, jako je např. péče o kůži, úprava lůžka, výživa, hydratace, nutriční doplňky stravy, aktivizace seniorů a jiné.

2.3.1 Péče o kůži

Jednou z důležitých oblastí v prevenci vzniku dekubitů je péče o kůži. Mikula a Müllerová (2008) udávají, že jde o soubor opatření omezující nepříznivé infekční a chemické vlivy zevního prostředí, což je znečištění kůže potem, stolicí, močí nebo vaginálním sekretem. Pečlivé dodržování čistoty kůže je podmíněno častou výměnou osobního i ložního prádla a inkontinečních pomůcek. Očistu kůže doporučují pečovateltům provádět teplou, nikoliv horkou vodou, tekutými mycími přípravky, měkkou žínkou nebo žínkou. Po omytí je vhodné následné jemné, ale pečlivé osušení. Za velmi důležité považují kůži osušit tzv. **tapováním**, což znamená kůži netřít, ale sušit mírným přerušovaným tlakem, aby nedocházelo ke vzniku oděrek. Po osušení je vhodné kůži ošetřit regeneračními krémy, aby zůstala vláčná a nevysušovala se. Masírovat kůži není vhodné u klientů, kteří trpí úbytkem svalové a tukové vrstvy. Masáž by mohla poškodit hluboké tkáně. Mikula a Müllerová (2008) doporučují stav kůže kontrolovat a prohlížet nejméně 1x denně, aby se podchytila předfáze proleženiny – zarudlé místo.

Velké riziko vzniku dekubitů je u klientů, kteří trpí inkontinencí a používají inkontineční pomůcky, kůže bývá znečištěná močí a stolicí. V těchto případech je nutná zvýšená hygiena a volba vhodné inkontineční pomůcky, jako například absorbční kalhotky. Tyto pomůcky bývají v různé kvalitě. U imobilních klientů doporučují Mikula a Müllerová (2008) prodyšné materiály, které nepodporují zapaření krytých oblastí kůže. V opačném případě, používáním neprodyšných inkontinenčních pomůcek, může velmi rychle dojít ke vzniku proleženiny. Zvýšená hygienická péče o kůži v této oblasti spočívá v pravidelném vyměňování inkontinečních pomůcek. To samotné nestačí, je důležité, aby pečovatelté kůži pečlivě omyli, ošetřili spreji proti vlivu vlhkosti a osušili.

Jak již bylo popsáno výše, osušení kůže není vhodné provádět třením, ale tapováním. Velmi důležité je následné ošetření pokožky. V rámci prevence vzniku dekubitů pečovatel ošetří kůži tělovým mlékem, vazelinou či, podle stavu pokožky, zinkovou mastí. Takto je možné ošetřit I. stupeň dekubitů, jak uvádějí Topinková a Neuwirth (1995). K ošetření vyšších stupňů proleženin, které mají v kompetenci zdravotní pracovníci, je k dispozici široká nabídka prostředků a obvazových materiálů určených k vlhkému hojení. Podle typu chronické rány je možné zvolit nejvhodnější prostředky, jako jsou např. hydrogely, antiseptika, preparáty s bakteriostatickým účinkem, jako je stříbro, uhlík nebo jód (Mužíková, 2012).

Ošetřujících přípravků, které jsou vhodné k tomuto účelu, je v současné době na trhu velké množství a pečovatelé nejsou odkázáni na výše zmíněnou vazelinu a zinkovou mast. Záleží na individualitě každého klienta, který prostředek se bude na ošetření kůže používat.

2.3.2 Úprava lůžka

Správná úprava lůžka je další z možností, jak předcházet vzniku proleženiny. Podle Novákové (2008) čisté a suché lůžko pomáhá předcházet vzniku dekubitů. Dále doporučuje pečovatelům, aby dbali na to, že základ lůžka, což je prostěradlo, gumová podložka a plátěná podložka, bude řádně napnuté. Toto je velmi důležité, protože každý záhyb, či shrnutí lůžkoviny může podpořit zčervenání kůže, otlak a následný vznik proleženiny. Pracovníci, kteří o klienta pečují, by měli lůžko pravidelně nejméně 2x denně kontrolovat - zda jsou lůžkoviny suché, čisté a napnuté. Polštáře a přikrývky by měly být ze vzdušných materiálů, aby nedocházelo k zapaření kůže klienta, což může vést k již zmíněným komplikacím.

2.3.3 Výživa

Správná výživa je nejen důležitou součástí prevence vzniku dekubitů, ale rovněž je potřebná pro celé lidské tělo, hlavně pro stárnoucí organismus. Optimální strava by měla být vyvážená a měla by obsahovat dostatečný přísun tekutin, bez ohledu na věk, či pohlaví.

Výživa seniorů je specifická, a jak uvádí Pacovský (1994), vyznačuje se mnoha zvláštnostmi, které převážně souvisí s jejich zdravotním stavem a schopností přijímat stravu. Mohou to být např. poruchy chrupu, poruchy polykání, snížený pocit žízně, omezení chuťových vjemů, poruchy trávicí trubice a s tím spojená menší schopnost vstřebávat určité látky, psychické vlivy. Dále může klesat klidový metabolismus a celková tělesná aktivita. V důsledku toho klesá i množství přijímané stravy, což může vést ke vzniku malnutrice, která také přispívá ke vzniku dekubitů.

Kotulán (2009) doporučuje, aby denní složení stravy pro seniory bylo následující:

- **bílkoviny** by neměly přesáhnout 1,0 gram na kilogram tělesné hmotnosti. Toto množství je optimální, jelikož vyšší příjem bílkovin zpomaluje odbourávání svalových a kosterních bílkovin, které se s věkem zvyšuje.
- **vápníku** je potřeba přibližně 1,5 gramu, protože v pozdějším věku roste potřeba organismu na jeho příjem, ale schopnost vstřebávat jej z potravy klesá.
- **vitaminy** jsou neméně důležité a ve stáří mírně stoupá potřeba organismu na vitaminy skupiny B, snižuje se schopnost syntetizovat vitamin D v kůži po slunění, jelikož se senioři méně vystavují slunci, mají tohoto vitamínu často nedostatek. Denně by ho měli přijmout asi 10 µg. Dalším z důležitých vitamínů je vitamin E, kterého by mělo být v denní stravě seniora asi 12 mg.
- **minerální látky** bývají často opomíjené, právě ve stáří je důležité pro dobrou funkci kůže mít dostatečný přísun zinku, který je i výborným antioxidantem a podporuje hojení ran. Minerální látky spolu s vitamíny jsou nepostradatelné pro správnou přeměnu základních živin, jako jsou bílkoviny, cukry a tuky.

- **vláknina** je velmi prospěšná a často opomíjená součást stravy. Pro seniory je velmi důležitá, vzhledem ke snížené činnosti trávicí trubice. Podporuje vylučování a správnou peristaltiku střev, což u imobilních klientů bývá častým problémem.

Grofová (2007, s. 106) uvádí, že „*energetické nároky se ve stáří za běžných okolností mírně snižují. Jde o pokles bazálního metabolismu s věkem.*“ Proto by měla být výživa seniorů nutričně velmi kvalitní a měla by obsahovat kvalitní bílkoviny a ostatní nezbytné živiny.

Pacovský (1994) uvádí, že pro lidi vysokého věku může být typickým znakem obezita a podvýživa, tzv. malnutrice.

Malnutrice je nerovnováha mezi příjmem živin a potřebou organismu. Dochází ke svalové slabosti, snižuje se hybnost, zhoršuje se imunita organismu a tím se zvyšuje možnost vzniku proleženiny.

Obezita je nepoměr mezi příjmem a výdejem energie, vlivem snížených pohybových funkcí. Keprtová (2006) ve své práci udává, že tlak těla, který působí na podložku, může podpořit nebo způsobit vznik dekubitů i přes to, že je v bodě tlaku dostatek tukové tkáně. Tuková tkáň je, na rozdíl od svalové, méně odolná proti tlaku. Oba tyto stavy mohou přispívat ke vzniku dekubitů.

2.3.4 Hydratace a její význam pro prevenci vzniku dekubitů

Dostatečný příjem tekutin je velmi důležitý pro správné napětí a prokrvení kůže, což je základ prevence proti mechanickému poškození pokožky.

Pacovský (1994) doporučuje, aby denní dávka tekutin pro seniora vážícího přibližně 60 kg, byla 1,8 až 2 litry denně. Takové množství by mělo být optimální, ovšem skutečnost je jiná. Senioři takové množství tekutin zřídka kdy dokáží přijmout a to z různých příčin. Mohou to být příčiny somatické i psychologické. V sociálních pobytových službách je důležité, aby pečovatelé, kteří pečují o imobilní seniory, pečlivě sledovali příjem tekutin klientů, protože, jak již bylo zmíněno výše, dostatečná hydratace je důležitá pro prevenci mechanického poškození kůže, vzniku infekce a dekubitů.

2.3.5 Nutriční doplňky stravy

Pro seniory, kteří mají potíže s příjmem stravy, ať z důvodu somatického, či psychického, jsou na trhu dostupné vysoce energetické nápoje, které dokáží zabezpečit přiměřený příjem energie. Vhodnými výživovými doplňky pro klienta s rizikem vzniku dekubitů jsou přípravky s vysokým obsahem bílkovin a energie. Kromě uvedených bílkovin tyto výživové doplňky obsahují i velké množství mikronutrientů, což jsou vitamíny a minerální látky. Výživové doplňky se podávají spolu s běžnou stravou, která by měla být rovněž bohatá na plnohodnotné bílkoviny. Tyto nápoje se nekonzumují jednorázově, ale popíjejí se po malých doušcích během celého dne, tzv. sipping (Grofová, 2007). Klient si může vybrat z několika příchutí tak, jak mu to nejvíce vyhovuje.

2.3.6 Aktivizace seniorů

V prevenci vzniku dekubitů hraje důležitou roli přiměřená aktivizace seniora. Člověk je od přirozenosti činný a nepřiměřená nečinnost může být projevem chorobného stavu, špatné prognózy (Kalvach, 1997).

Starý člověk, který potřebuje péči jiné osoby, je nucen opustit své domácí přirozené prostředí a musí žít v seniorském pobytovém zařízení, velmi často ztrácí motivaci a vůli k životu. V tomto zařízení může upadnout do apatie, získat imobilizační syndrom a nezájem o spolupráci. Tito klienti mohou představovat rizikovou skupinu, ohroženou vznikem proleženin z nedostatku či nemožnosti pohybu. Proto je velmi důležité, aby pracovníci, kteří pečují o seniory v pobytových zařízeních, byli vnímaví, citliví a empatičtí, aby dokázali vytvářet smysluplné aktivity, které by mohly seniory přirozeně aktivizovat.

Aktivity by měly být individuální a takové, aby je senior dokázal zvládnout, aby posilovaly jeho sebedůvěru, že to vše zvládne a necítil se méněcenný, oproti seniorům, kteří jsou na tom „lépe“. Účinné mohou být i skupinové terapie, které mohou sloužit k prolomení izolace seniora, k navázání kontaktů, ke vzpomínání, trénování paměti

a k pohybovým aktivitám. K navrácení chuti do života mohou přispívat i takové jednoduché činnosti, jako je oblečení imobilního klienta do domácího oblečení během dne, či posazení na invalidní vozík nebo do křesla. Změna polohy těla přispívá k odlehčení tlaku na zádové a křížové partie, k odlehčení tlaku na paty, což jsou nejčastější predilekční místa vzniku dekubitů.

2.3.7 Soběstačnost a motivace klienta

Udržení nebo znovuobnovení soběstačnosti seniora je opět jedním z článků prevence vzniku proleženiny. Pracovníci v přímé péči – pečovatelé, jsou velmi důležití při udržení soběstačnosti seniora. Práce spočívá v trpělivosti a dobré organizaci pracovních úkonů pečovatele. Způsob práce, kdy pečovatelé motivují a podporují klienta k tomu, aby činnosti, které může zvládnout vlastními silami, si udělal sám, je časově náročnější, než když je vykoná za klienta pečovatel. Ovšem v konečném výsledku je klient soběstačnější v úkonech sebeobsluhy, hygieny či v konzumaci stravy a může být i pohyblivější v rámci lůžka, což může eliminovat následný vznik proleženiny.

2.4 Pracovníci v přímé péči

Předpoklady, podmínky, kompetence a vzdělání pro výkon povolání sociálního pracovníka vykonávajícího činnosti v sociálních službách upravuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

2.4.1 Předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách

Předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách, pro pracovníky zaměstnané v pobytových službách jsou stanoveny v § 116., 1a), kdy „*Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči v ambulantních nebo*

pobytových zařízeních sociálních služeb, spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivity, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.“ (Zákon č. 108/2006 Sb.)

2.4.2 Podmínky pro výkon činnosti v sociálních službách

V sociálních službách mohou pracovníci pracovat, pouze pokud splňují podmínky, které upravuje výše zmíněný zákon. Těmito podmínkami je bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost a způsobilost k právním úkonům. Aby mohl pracovník tuto profesi vykonávat je povinen tyto podmínky splnit.

„Bezúhonnost se posuzuje a prokazuje podle § 79 odst. 2 a odst. 3 věty první až třetí, zdravotní způsobilost a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává praktický lékař a u zaměstnanců lékař závodní preventivní péče“. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Odbornou způsobilost pracovníka v sociálních službách také stanoví výše zmíněný zákon. Co je myšleno odbornou způsobilostí podrobně popisuje v písmenu a) až d).

Pracovníkovi v přímé péči výše zmíněný zákon ukládá povinnost prokázat odbornou způsobilost, což znamená absolvování kvalifikačního kurzu v rozsahu 200 hodin, a to nejpozději do 18 měsíců od nástupu. Pokud pracovník v přímé péči splnil kvalifikační požadavek, zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ukládá zaměstnavateli povinnost o doplňkovém vzdělání v rozsahu 24 hodin ročně. Tyto kurzy musí splňovat akreditaci MPSV, čímž by měla být zajištěna odbornost daných kurzů (zákon č. 108/2006 Sb.).

Doplňkové vzdělání má sloužit k tomu, aby si pracovník upevňoval a doplňoval kvalifikaci a své dovednosti. V profesi pracovníka v přímé péči je to důležité z hlediska sledování nových, moderních trendů v péči o klienta.

2.4.3 Kompetence pracovníků v přímé péči

Aby pracovníci v přímé péči vykonávali svou práci kvalitně a na profesionální úrovni, jsou jejich kompetence k výkonu povolání popsány ve vyhlášce 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. V druhé části této vyhlášky, je popsán rozsah činnosti při poskytování sociálních služeb. V § 15 jsou uvedeny základní činnosti týkající se domovů pro seniory. Kompetence pracovníků v přímé péči jsou podrobně popsány v písmenu c) až h) (vyhláška 505/2006 Sb.).

3 METODIKA PRÁCE

Analýza stávající situace v prevenci a vzniku dekubitů v Domově pro seniory Diakonie ČCE – středisko v Sobotíně byla provedena průzkumnou sondou, zaměřenou na tuto problematiku. Průzkumná sonda byla rozdělena na dvě části a byly v ní použity dvě výzkumné metody. Nestandardizovaný test a dotazník. Celkem bylo osloveno 48 respondentů.

Nestandardizovaný test se skládal z deseti uzavřených otázek. Otázky byly směřovány ke zjištění míry teoretických znalostí pracovníků v přímé péči z oblasti problematiky a prevence vzniku dekubitů. Nestandardizované testy byly předány 45 pracovníkům v přímé péči.

Dotazník se skládal ze šesti otevřených otázek, které směřovaly ke zjištění stávajícího stavu technického a materiálního vybavení, které je k dispozici na jednotlivých úsecích pro prevenci vzniku dekubitů. Byli osloveni 3 vedoucí jednotlivých úseků.

Všichni respondenti vykonávají pracovní činnosti, které mají vliv na prevenci a vznik dekubitů. Pracovníci v přímé péči – pečovatelé, vykonávají přímou práci s klienty v rámci základních činností sociální služby. Vedoucí úseků zajišťují materiální a technické vybavení, ve své kompetenci kontrolují práci pečovatelů a zajišťují další vzdělávání pracovníků.

Získané informace byly zpracovány čárkovací metodou. Výsledky čárkovací metody byly převedeny do tabulky četností a pomocí relativní četnosti vyjádřeny procenty. Pro přehlednost získaných informací byly použity tabulky, prostorové výšečové grafy a v jednom případě graf spojnicový.

Práce byla zpracována podle citační normy ČSN ISO 690:2011.

4 VÝSLEDKY A DISKUSE

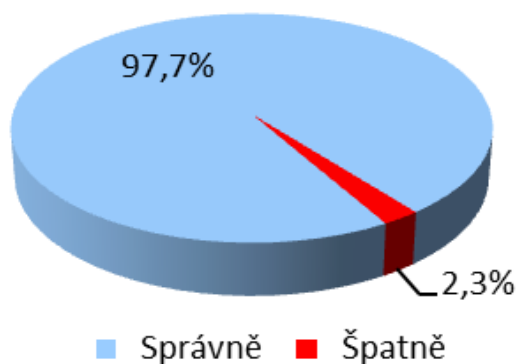
4.1 První část průzkumné sondy

V první části byl použit **nestandardizovaný test**. Skládal se z deseti uzavřených, tritochonických otázek, a zjišťoval teoretické znalosti pracovníků v přímé péči týkající se prevence vzniku dekubitů. Testy byly předány 45 pracovníkům v přímé práci – pečovatelům, ke zpracování bylo odevzdáno 44 vyplněných testů, což představuje 97,8 % návratnost.

Otázka č. 1 Dekubit je definován jako:

Tabulka 2. Definice dekubitu

Odpověď	n	%
Správně	43	97,7
Špatně	1	2,3
Celkem	44	100,0



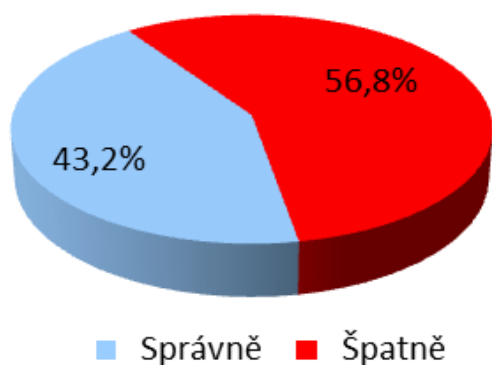
Graf 1. Definice dekubitu

Jak uvádí tabulka 2 a znázorňuje graf 1, na otázku, jak je definován dekubit, odpovědělo správně 43 respondentů, což je 97,7 %, nesprávně odpověděl 1 respondent, což je 2,3 %.

Otázka č. 2 Nejčastější příčina vzniku dekubitů je:

Tabulka 3. Příčina vzniku dekubitu

Odpověď	n	%
Správně	19	43,2
Špatně	25	56,8
Celkem	44	100,0



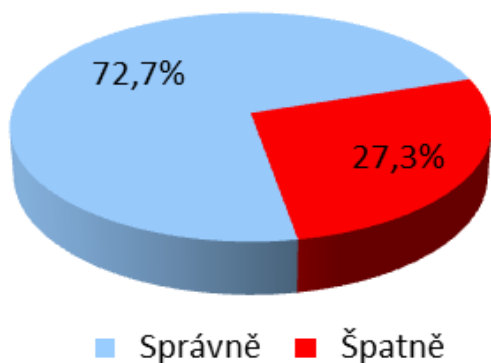
Graf 2. Příčina vzniku dekubitu

Jak uvádí tabulka 3 a znázorňuje graf 2, na otázku, jaká je nejčastější příčina vzniku dekubitů odpovědělo správně 19 respondentů, což je 43,2 %, a nesprávně odpovědělo 25 respondentů, což je 56,8 %.

Otázka č. 3 Nejčastější místa vzniku dekubitu v poloze na boku jsou:

Tabulka 4. Místa vzniku dekubitu v poloze na boku

Odpověď	n	%
Správně	32	72,7
Špatně	12	27,3
Celkem	44	100,0



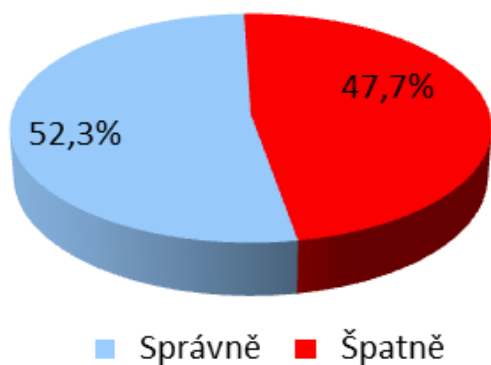
Graf 3. Místa vzniku dekubitu v poloze na boku

Jak uvádí tabulka 4 a znázorňuje graf 3, na otázku, jaká jsou nejčastější místa vzniku dekubitů v poloze na boku, odpovědělo správně 32 respondentů, což je 72,7 %, a nesprávně odpovědělo 12 respondentů, což je 27,3 %.

Otázka č. 4 Doporučená denní dávka tekutin k zajištění dostatečné hydratace u klienta vážícího přibližně 60 kg je:

Tabulka 5. Denní dávka tekutin k dostatečné hydrataci

Odpověď	n	%
Správně	23	52,3
Špatně	21	47,7
Celkem	44	100,0



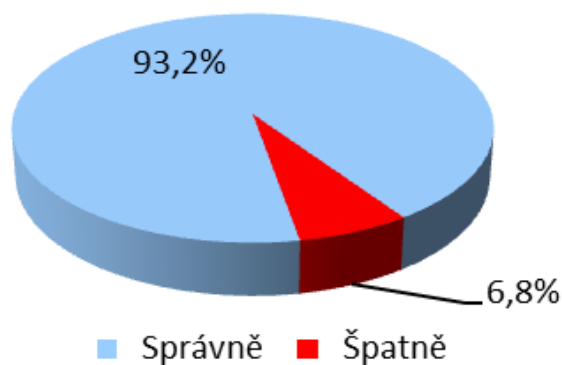
Graf 4. Denní dávka tekutin k dostatečné hydrataci

Jak uvádí tabulka 5 a znázorňuje graf 4, na otázku, jaká je doporučená denní dávka tekutin k zajištění dostatečné hydratace, odpovědělo správně 23 respondentů, což je 52,3 %, a nesprávně odpovědělo 21 respondentů, což je 47,7 %.

Otázka č. 5 Nejvíce podporuje hojení ran tato minerální látka:

Tabulka 6. Minerální látka podporující hojení

Odpověď	n	%
Správně	41	93,2
Špatně	3	6,8
Celkem	44	100,0



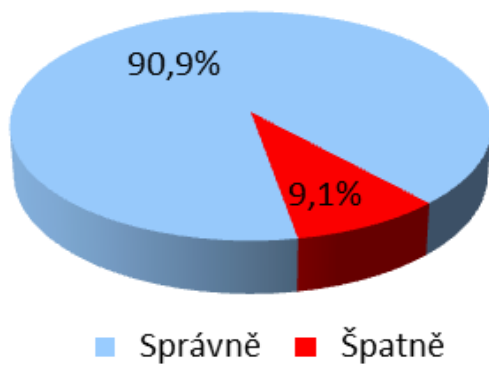
Graf 5. Minerální látka podporující hojení

Jak uvádí tabulka 6 a znázorňuje graf 5, na otázku, která minerální látka nejvíce podporuje hojení ran, odpovědělo správně 41 respondentů, což je 93,2 %, a nesprávně odpověděli 3 respondenti, což je 6,8 %.

Otázka č. 6 K základním a neúčinnějším prostředkům v prevenci vzniku dekubitů patří:

Tabulka 7. Prostředky v prevenci vzniku dekubitu

Odpověď	n	%
Správně	40	90,9
Špatně	4	9,1
Celkem	44	100,0



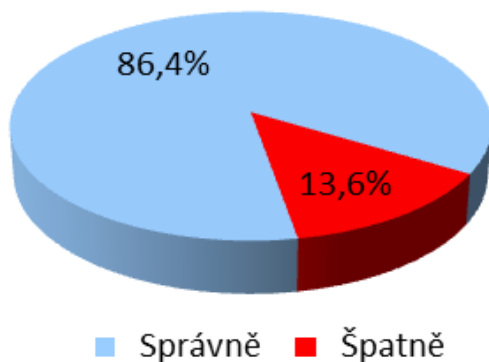
Graf 6. Prostředky v prevenci vzniku dekubitu

Jak uvádí tabulka 7 a znázorňuje graf 6, na otázku, co patří k základním a neúčinnějším prostředkům v prevenci vzniku dekubitů, odpovědělo správně 40 respondentů, což je 90,9 %, a nesprávně odpověděli 4 respondenti, což je 9,1 %.

Otázka č. 7 Maximální doba pro změnu polohy u imobilního klienta na lůžku je:

Tabulka 8. Změna polohy u imobilního klienta

Odpověď	n	%
Správně	38	86,4
Špatně	6	13,6
Celkem	44	100,0



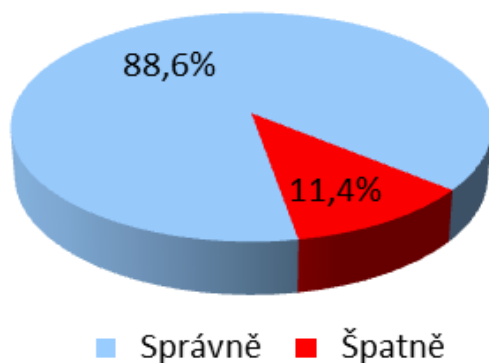
Graf 7. Změna polohy u imobilního klienta

Jak uvádí tabulka 8 a znázorňuje graf 7, na otázku, jaká je maximální doba pro změnu polohy u imobilního klienta na lůžku, odpovědělo správně 38 respondentů, což je 86,4 %, a nesprávně odpovědělo 6 respondentů, což je 13,6 %.

Otázka č. 8 Správná manipulace s ležícím klientem na lůžku je, že:

Tabulka 9. Manipulace s ležícím klientem

Odpověď	n	%
Správně	39	88,6
Špatně	5	11,4
Celkem	44	100,0



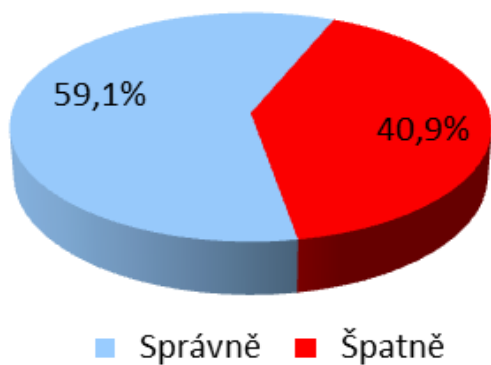
Graf 8. Manipulace s ležícím klientem

Jak uvádí tabulka 9 a znázorňuje graf 8, na otázku, jaká je správná manipulace s ležícím klientem na lůžku, odpovědělo správně 39 respondentů, což je 88,6 %, a nesprávně odpovědělo 5 respondentů, což je 11,4 %.

Otázka č. 9 Při péči o kůži u klienta, který trpí úbytkem svalové a tukové hmoty, není vhodné:

Tabulka 10. Nevhodný způsob péče o kůži klienta

Odpověď	n	%
Správně	26	59,1
Špatně	18	40,9
Celkem	44	100,0



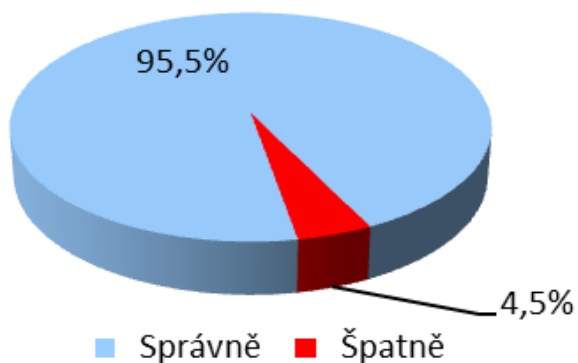
Graf 9. Nevhodný způsob péče o kůži klienta

Jak uvádí tabulka 10 a znázorňuje graf 9, na otázku, co není vhodné provádět při péči o kůži klienta trpícího úbytkem svalové a tukové hmoty, odpovědělo správně 26 respondentů, což je 59,1 %, nesprávně odpovědělo 18 respondentů, což je 40,9 %.

Otázka č. 10 Při správné úpravě lůžka je potřeba zajistit:

Tabulka 11. Úprava lůžka

Odpověď	n	%
Správně	42	95,5
Špatně	2	4,5
Celkem	44	100,0

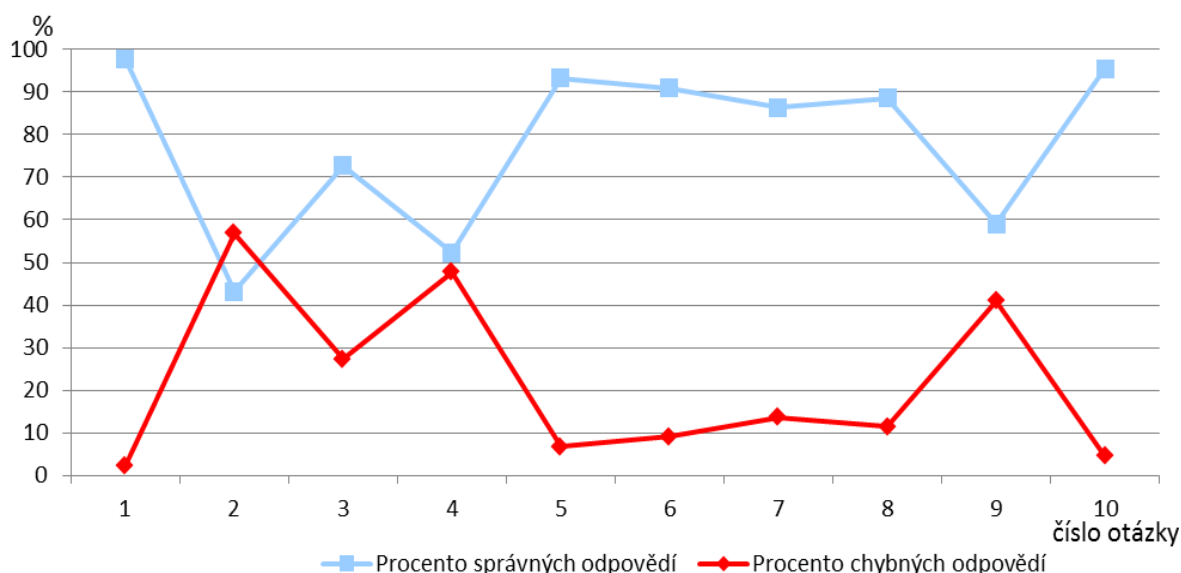


Graf 10. Úprava lůžka

Jak uvádí tabulka 11 a znázorňuje graf 10, na otázku, co je potřeba zajistit při správné úpravě lůžka, odpovědělo správně 42 respondentů, což je 95,5 %, nesprávně odpověděli 2 respondenti, což je 4,5 %.

Tabulka 12. Souhrnná tabulka odpovědí na otázky znalostního testu

Číslo otázky	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Procento správných odpovědí	97,7	43,2	72,7	52,3	93,2	90,9	86,4	88,6	59,1	95,5
Procento chybných odpovědí	2,3	56,8	27,3	47,7	6,8	9,1	13,6	11,4	40,9	4,5



Graf 11. Souhrnný graf odpovědí na otázky znalostního testu

Graf 11 názorně ukazuje, že pracovníci v přímé péči mají v teoretické oblasti velmi dobré znalosti v definování proleženiny - otázka č. 1., na kterou odpovědělo správně 97,7 % pracovníků. Z oblasti podpůrných prostředků k hojení ran, jako jsou doplňky stravy, v otázce č. 5, uvedlo správnou odpověď 93,2 % pracovníků. Z oblasti preventivních prostředků ke zmírnění vzniku dekubitů, v otázce č. 6, odpovědělo správně 90,9 % pracovníků. Z oblasti teoretické znalosti úpravy lůžka klienta, v otázce č. 10, odpovědělo správně 95,5 % pracovníků.

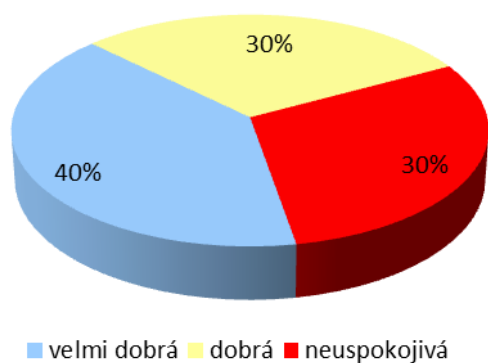
Dobré znalosti byly zjištěny v oblasti nejčastějšího místa vzniku proleženiny, v otázce č. 3, odpovědělo správně 72,7 % pracovníků. V oblasti doby polohování klienta, v otázce č. 7, odpovědělo správně 86,4 % pracovníků. V oblasti manipulace s klientem na lůžku, v otázce č. 8, odpovědělo správně 88,6 % pracovníků.

Neuspokojivé znalosti byly u pracovníků zjištěny v oblasti péči o kůži klienta, v otázce č. 9, odpovědělo správně 59,1 % pracovníků. V oblasti denní hydratace klienta, v otázce č. 4, odpovědělo správně 52,3 % pracovníků. V oblasti příčiny vzniku dekubitů, v otázce č. 2, odpovědělo správně nejméně pracovníků, a to 43,2 %.

Jak vyplývá ze souhrnné tabulky 12, jejímž znázorněním je graf 11, z celkového počtu 10 položených znalostních otázek, bylo 6 zodpovězeno správně s úspěšností větší než 85 %, 3 otázky byly zodpovězeny správně s úspěšností mezi 50 – 80 %, a pouze jedna otázka byla zodpovězena správně s úspěšností pod 50 %.

Tabulka 13. Úroveň teoretických znalostí

Úroveň znalostí	Interval správných odpovědí	Počet výskytů odpovědí	%
velmi dobrá	90 – 100 %	4	40
dobrá	70 – 89 %	3	30
neuspokojivá	0 – 69 %	3	30
CELKEM		10	100



Graf 12. Úroveň teoretických znalostí

Pro vyhodnocení všech odpovědí byla zvolena stupnice v rozsahu neuspokojivé, dobré a velmi dobré znalosti:

0 – 69 %	neuspokojivé znalosti
70 – 89 %	dobré znalosti
90 – 100 %	velmi dobré znalosti

Promítneme-li úroveň teoretických znalostí personálu v přímé péči o problematice dekubitů do hodnotící stupnice podle tabulky 13 a pro lepší přehlednost znázorníme v grafu 12, zjistíme, že 4 otázky tedy 40 %, byly zodpovězeny s velmi dobrou znalostní úrovní, 3 otázky, tedy 30 %, byly zodpovězeny dobře, a u 3 otázek, tedy 30 %, byla znalost neuspokojivá.

4.1.1 Diskuse k první části průzkumné sondy

První část průzkumné sondy se zaměřila na teoretické znalosti pracovníků v přímé péči – pečovatelů, kteří se přímo podílejí na práci s klienty a mohou svými znalostmi ovlivnit prevenci vzniku dekubitů.

Z výsledků je patrné, v které oblasti mají pečovatelé velmi dobré znalosti a která oblast je jim méně známá.

Velmi dobré znalosti mělo 40 % pracovníků z oblasti podpůrných prostředků k hojení ran, jako jsou doplňky stravy, z oblasti preventivních prostředků ke zmírnění vzniku dekubitů a z oblasti teoretické znalosti úpravy lůžka klienta.

Dobré znalosti mělo 30 % pracovníků z oblasti nejčastějšího místa vzniku proleženiny, doby polohování klienta, v oblasti manipulace s klientem na lůžku.

Neuspokojivé znalosti mělo rovněž 30 % pracovníků, a to z oblastí péče o kůži klienta, denní hydratace klienta a v oblasti týkající se příčin vzniku dekubitů.

Tyto výsledky ukazují na různou výši teoretických znalostí pečovatelů v těchto důležitých oblastech, protože bez teoretických znalostí, by mohlo být pro pečovatele

obtížné poskytovat klientům vhodnou péči tak, aby mohli kompetentně předcházet vzniku proleženiny.

Z výsledků je patrné, že vzdělávání pro pracovníky v přímé péči nemusí být vždy kvalitní. V této oblasti je na trhu velké množství vzdělávacích kurzů a je možné nalézt kurzy dobré kvality, jako je např. kurz Kinestetiky, který je zaměřen na práci s imobilním klientem. Nabízí nejen teoretické znalosti, ale i praktický nácvik manipulace s imobilním klientem, jako je přesun z lůžka nebo polohování klienta.

Výstupem této bakalářské práce pro první dílčí cíl je doporučení k zaměření dalšího vzdělávání pracovníků v přímé péči tak, aby výběr kvalitních kurzů korespondoval s oblastmi, ve kterých pracovníci nemají dostatečné znalosti, což vyplynulo z průzkumné sondy této práce. Další vzdělávání může podpořit pracovníka v přímé péči při upevňování, doplňování kvalifikace a kompetence. Dále může umožnit pracovníkovi sledování nových a moderních trendů v péči o klienta, což je nezbytné pro jeho profesionální výkon v přímé péči.

4.2 Druhá část průzkumné sondy

V druhé části průzkumné sondy byly použity **dotazníky**, které byly k vyplnění předloženy vedoucím úseků I., II. a III. Vedoucí jsou přímými nadřízenými pracovníkům v přímé péči - pečovatelům. Jednotlivé úseky mají rozdílný počet klientů a pracovníků v přímé péči. Závěrečné hodnocení dotazníků se zabývá celkovými výsledky v rámci jedné organizace. Dílčí rozdíly jednotlivých úseků nejsou zohledněny z důvodu zaměření práce na získání uceleného přehledu o materiálním a technickém vybavení pro prevenci vzniku dekubitů. Dotazník obsahoval 7 otázek.

Otázka č. 1 Kolik máte celkem klientů na oddělení s předpokladem vzniku dekubitů?

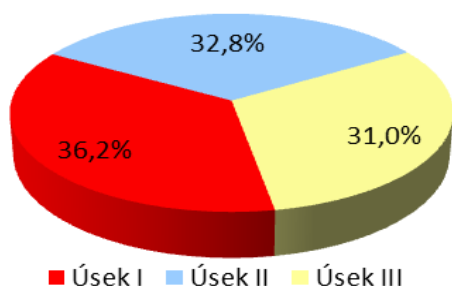
Odpověď I.: 21 klientů

Odpověď II.: 19 klientů

Odpověď III.: 18 klientů

Tabulka 14. Klienti s předpokladem vzniku dekubitů

Počet klientů	n	%
Úsek I	21	36,2
Úsek II	19	32,8
Úsek III	18	31,0
Celkem	58	100,0



Graf 13. Klienti s předpokladem vzniku dekubitů

Jak uvádí tabulka 14 a znázorňuje graf 13, v organizaci je aktuálně 58 klientů s předpokladem vzniku dekubitů. Z tabulky i grafu vyplývá, že procentuální zastoupení takto ohrožených klientů se na všech třech úsecích pohybuje v rozmezí 30 % - 40 %.

Otázka č. 2 Jaká máte k dispozici lůžka?

Odpověď I.: 34 ks elektricky polohovacích

8 ks manuálně polohovacích

Odpověď II.: 36 ks elektricky polohovacích, z toho 1 elektrická s laterálním náklonem

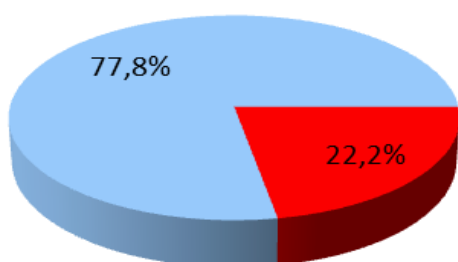
22 ks manuálně polohovacích

Odpověď III.: 42 ks elektricky polohovacích

2 ks manuálně polohovacích

Tabulka 15. Polohovací lůžka

Úsek	Elektricky polohovací lůžka		Manuálně polohovací lůžka		Celkem za úseky
	n	%	n	%	
I	34	81,0	8	19,0	42
II	36	62,1	22	37,9	58
III	42	95,5	2	4,5	44
Celkem v organizaci	112	77,8	32	22,2	144



■ Elektricky polohovací
■ Manuálně polohovací

Graf 14. Polohovací lůžka

Jak uvádí tabulka 15 a znázorňuje graf 14, v organizaci mají k dispozici 112 ks elektricky polohovacích lůžek, což je 77,8 % a 32 ks manuálně polohovacích lůžek, což je 22,2 % z celkového počtu lůžek.

Otázka č. 3 Jaké používáte lůžkoviny a hodnotíte je z hlediska prevence a péče o dekubity jako vyhovující?

Odpověď I.: Polštáře a přikrývky mají náplň z dutého vlákna, prostěradla, látkové podložky, povlečení jsou ze 100% bavlny. Vše je možné vyvářet, což je vyhovující pro každodenní používání. Jsou vzdušné, lehké a mají dobré tepelné vlastnosti, takže velmi dobře vyhovují.

Odpověď II.: Polštáře jsou s dutým vláknem, přikrývky z dutého vlákna, povlaky ze 100% bavlny. Hodnotíme používané lůžkoviny jako vhodné pro klienty, u kterých je riziko vzniku dekubitu, případně se už nějaký vyskytuje.

Odpověď III.: Polštáře a přikrývky naplněné dutým vláknem, lůžkoviny ze 100 % bavlny. Lůžkoviny nám vyhovují pro každodenní práci s imobilními klienty.

Otázka č. 4 Jaké je umístění lůžek a které umístění je nejvýhodnější pro práci pečovatelů?

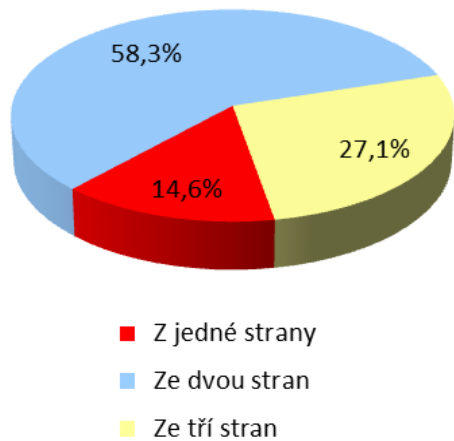
Odpověď I.: 19 lůžek umožňuje přístup z jedné strany
 21 lůžek umožňuje přístup ze dvou stran
 5 lůžek umožňuje přístup ze tří stran
 Nejvýhodnější je přístup ze tří stran.

Odpověď II.: 33 lůžek umožňuje přístup ze dvou stran
 25 lůžek umožňuje přístup ze tří stran
 Nejvýhodnější je přístup ze tří stran.

Odpověď III.: 5 lůžek umožňuje přístup z jedné strany
 30 lůžek umožňuje přístup ze dvou stran
 9 lůžek umožňuje přístup ze tří stran
 Pro práci je nevhodnější přístup ze tří stran.

Tabulka 16. Přístup k lůžku

Úsek	Přístup z jedné strany		Přístup ze dvou stran		Přístup ze tří stran		Celkem za úseky
	n	%	n	%	n	%	
I	16	38,1	21	50,0	5	11,9	42
II	0	0,0	33	56,9	25	43,1	58
III	5	11,4	30	68,2	9	20,5	44
Celkem v organizaci	21	14,6	84	58,3	39	27,1	144



Graf 15. Přístup k lůžku

Jak uvádí tabulka 16 a znázorňuje graf 15, v organizaci mají pracovníci přístup k lůžku z jedné strany u 21 lůžek, což je 14,6 %. Přístup ze dvou stran je u 84 lůžek, což je 58,3 %, a přístup ze tří stran je u 39 lůžek, což je 27,1 %.

Otázka č. 5 Kolik máte k dispozici antidekubitních matrací, je jejich počet dostatečný vzhledem ke klientům s předpokládaným rizikem vzniku dekubitů?

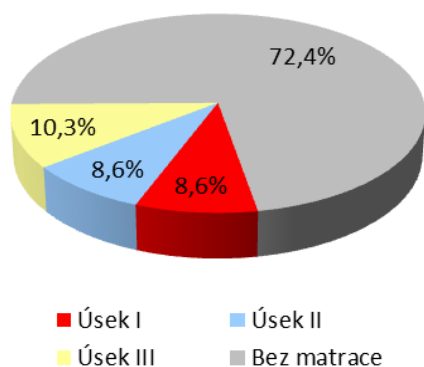
Odpověď I.: 5 kusů, není dostatečný

Odpověď II.: 5 kusů, ne není

Odpověď III.: 6 kusů, nedostatečný

Tabulka 17. Počet antidekubitních matrací

Počet matrací	n	%
Úsek I	5	8,6
Úsek II	5	8,6
Úsek III	6	10,3
Bez matrace	42	72,4
Celkem	58	100,0



Graf 16. Počet antidekubitních matrací

Jak uvádí tabulka 17 a znázorňuje graf 16, v organizaci mají k dispozici 16 ks antidekubitních matrací pro počet 58 klientů, ohrožených dekubity, což činí 27,6 %.

Otázka č. 6 Kolik máte polohovacích, antidekubitních pomůcek a je jejich počet dostatečný vzhledem ke klientům s předpokládaným rizikem vzniku dekubitů?

Odpověď I.: celkem 33 ks, počet je dostatečný

Odpověď II.: celkem 54 ks, ano dostatečný

Odpověď III.: celkem 33 ks, dostatečný

Tabulka 18. Počet antidekubitních pomůcek

Počet antidekubitních pomůcek	n	%
Úsek I	33	27,5
Úsek II	54	45,0
Úsek III	33	27,5
Celkem	120	100,0

Jak uvádí tabulka 18, v organizaci mají k dispozici 120 polohovacích, antidekubitních pomůcek pro počet 58 klientů s předpokládaným vznikem dekubitů.

Otázka č. 7 Kolik máte zvedacích zařízení pro klienty a je jejich počet dostatečný?

Odpověď I.: žádné

Odpověď II.: 1 ks mobilního zvedacího zařízení, počet je nedostatečný

Odpověď III.: žádné

Tabulka 19 Počet zvedacích zařízení

Počet zvedacích zařízení	Vztaženo ke klientům s rizikem dekubitů		Vztaženo k celkovému počtu klientů	
	n	%	n	%
Úsek I	0	0,0	0	0,0
Úsek II	1	1,7	1	0,7
Úsek III	0	0,0	0	0,0
Bez zvedacího zařízení	57	98,3	143	99,3
Celkem	58	100,0	144	100,0

Jak uvádí tabulka 19, v organizaci mají k dispozici 1ks zvedacího zařízení, což je 2,2 % na počet 58 klientů ohrožených vznikem dekubitů. Tatáž tabulka dokládá, že vzhledem k celkovému počtu klientů znamená tento poměr 0,7 %.

4.2.1 Diskuse k druhé části průzkumné sondy

Druhá část průzkumné sondy se zabývala materiálním a technickým vybavením v seniorském zařízení, které je potřebné pro prevenci vzniku dekubitů.

Současné materiální vybavení organizace týkající se lůžek je 77,8 % elektricky polohovacích lůžek. Tento typ lůžek je vhodný pro práci s imobilním klientem. Zaručují dostatečné pohodlí klientům a usnadňují práci pečovatelům. V organizaci mají i jedno lůžko s laterálním náklonem, které patří k vyššímu standardu v nabízeném sortimentu. Vyšší počet těchto lůžek by mohl výrazně usnadnit práci pečovatelům s obtížně polohovatelnými klienty, takže by již nehrálo tak důležitou roli umístění lůžek na pokojích. Pořízení tohoto typu lůžka je velmi nákladné a je na zvážení, z jakých zdrojů by bylo možné nákup těchto komfortních lůžek financovat. Nabízí se otázka, zda energie vložená do získání dalších finančních zdrojů, např. z různých nadací, či fondů se nezúročí v pořízení těchto komfortních lůžek.

Polohovacích antidekubitních pomůcek je v zařízení dostatečné množství vzhledem k počtu klientů s předpokládaným rizikem vzniku dekubitů, což výrazně zvyšuje preventivní opatření proti vzniku proleženin.

Antidekubitními matracemi je organizace vybavena v nedostatečném množství k počtu klientů s předpokládanými riziky. Tyto pomůcky jsou nezbytné pro zajištění dostatečné prevence proti vzniku proleženiny. Opět se nabízí otázka, zda získání potřebných finančních zdrojů by nákup těchto důležitých pomůcek z části nevyřešil. Lůžkoviny, které jsou na oddělení k dispozici, jsou na základě hodnocení vedoucích pracovníků organizace vhodné a vyhovující.

Současné technické předpoklady k prevenci vzniku dekubitů se týkají umístění lůžek na pokojích a zvedacích zařízeních. Z výsledků je patrné, že umístění lůžek je ve 21 případech z jedné strany. Omezený prostor může znesnadňovat pečovatelům správnou manipulaci s imobilním klientem, ale je na zvážení, zda v tomto případě spíše nepreferovat potřeby a přání klienta, kdy umístění lůžka s přístupem ze tří stran nechtějí. Tuto situaci by mohlo změnit pořízení většího počtu lůžek s laterálním

náklonem, jak již bylo zmíněno výše. Dále z výsledků vyplynulo, že v organizaci je jedno zvedací zařízení. Zvedací zařízení patří k důležitým technickým předpokladům, které výrazně usnadní práci pečovatелům s imobilními klienty trpícími nadváhou a mohou patřit do skupiny klientů s předpokládanými riziky vzniku proleženiny.

Výstupem bakalářské práce pro druhý dílčí cíl je zjištění, že v materiálním a technickém vybavení pro prevenci vzniku dekubitů, má zařízení nízký počet antidekubitních matrací a zvedacích zařízení. Umístění lůžek je z větší části nevyhovující pro práci pečovatелů. Tuto situaci by mohlo řešit kvalitně vedené Public relations, neboli vztahy s veřejností a intenzivní fundraising. Systematické získávání finančních prostředků od jednotlivců, firem, či nadací může výrazně pomoci řešení situace s financováním při pořizování nákladnějšího technického vybavení organizace.

5 ZÁVĚR

Závěr bakalářské práce shrnuje, zda hlavní cíl práce, analyzovat stávající situaci v problematice a prevenci vzniku dekubitů v seniorském zařízení Diakonie Českobratrské církve evangelické – středisko v Sobotíně, byl naplněn a zda byly dosaženy i dílčí cíle.

Analýza byla provedena pomocí nestandardizovaného testu a dotazníků s pracovníky organizace.

První dílčí cíl byl zaměřen na ověření úrovně teoretických znalostí pracovníků v přímé péči týkající se prevence vzniku dekubitů. Výsledky ukázaly, že velmi dobré znalosti jsou v oblastech týkající se teoretické úpravy lůžka, podpůrných a preventivních prostředků proti vzniku dekubitů. Naopak nevyhovující úroveň znalostí byla zjištěna v oblastech hydratace, příčin vzniku dekubitů a péče o kůži klienta.

V praxi tyto výsledky mohou doporučit doplnění znalostí u pracovníků, kteří mají neuspokojivé teoretické znalosti. Další vzdělávání je nutné cíleně zaměřit na problematiku, ve které mají pracovníci nejméně znalostí, k čemuž by mohly pomoci akreditované kurzy Ministerstva práce a sociálních věcí, což by mělo zaručit jejich odbornou kvalitu. Další formou vzdělávání je interní vzdělávání, přímo v organizaci, kdy je vzdělávání možné vytvořit přímo na míru.

Druhý dílčí cíl byl zaměřen na materiální a technické vybavení potřebné pro prevenci vzniku dekubitů. Výsledky ukazují, že organizace je vybavena moderními, elektricky polohovacími lůžky, která jsou vhodná k zajištění prevence vzniku dekubitů, k dispozici mají velký výběr polohovacích antidekubitních pomůcek. Analýza dále zjistila, že organizace není vybavena dostatečným počtem antidekubitních matrací a zvedacích zařízení, což může znamenat zhoršené podmínky pro pracovníky v přímé péči a hrát negativní roli v prevenci vzniku dekubitů. Další důležité zjištění se týkalo umístění lůžek. Výsledky ukázaly, že umístění lůžek je problematické pro správnou manipulaci s imobilními klienty, což znesnadňuje práci pečovateli.

V praxi mohou být výsledky této bakalářské práce použity jako zdroj informací pro všechny pracovní úrovně. Pracovníci v přímé péči získali informace o úrovni teoretických znalostí, které si mohou doplnit. Vedoucí pracovníci, kteří zodpovídají za odborně poskytnutou pomoc klientům, mají informace týkající se současného stavu materiálně - technického vybavení a mohou je použít, jako podklad pro návrhy na zvýšení a zkvalitnění toho vybavení v organizaci. Výsledky analýzy mohou být použity i na úrovni managementu, který zodpovídá za poskytovanou sociální službu.

Hlavním cílem předkládané bakalářské práce bylo analyzovat stávající situaci problematiky a prevence vzniku dekubitů v seniorském zařízení Diakonie Českobratrské církve evangelické – středisko v Sobotíně, a tento cíl, i dílčí cíle k tomu směřující, bakalářská práce naplnila.

SOUHRN, SUMMARY

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku vzniku dekubitů v seniorském zařízení Domově pro seniory Diakonie ČCE – středisko v Sobotíně. Pro analýzu byla použita metoda kvantitativního výzkumu formou nestandardizovaného testu a dotazníku.

Výsledky analýzy zjistily mezery v teoretických znalostech pracovníků v přímé péči a bylo doporučeno další vzdělávání pečovatелů v problematických oblastech. Dále z výsledků vyplynulo, že umístění lůžek je problematické pro práci pečovatелů s imobilními klienty a v organizaci je nedostatečný počet antidekubitních matrací a zvedacích zařízení.

Výsledky analýzy mohou být použity jako zdroj informací pro všechny pracovní úrovně od pracovníků v přímé péči až po management organizace.

The thesis dealt with an issue of an emergence of bedsores in the particular senior housing Diakonie ČCE – the centre in Sobotín. It was used the method of a quantitative research by the manner of a knowledge test and a questionnaire in the analysis.

The analysis' results revealed lack of care person's theoretical knowledge in a direct caring and was recommended to take further care person's education in the problematic sphere. The results also showed a problematic bed locations for care person's work with immobile clients.

There is likewise insufficient quantity of bedsore-preventing mattresses and biomechanic devices in the organisation.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. AJAX SEDLČANY, 2012. *Nemocniční nábytek*. [online]. [cit. 2013-01-31]. Dostupné z: <http://www.katalogfirmy.cz/>
2. GROFOVÁ, Z. 2007. *Nutriční podpora, praktický rádce pro sestry*. Praha: BP tisk. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
3. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
4. CHRISTOPHOVÁ, B. Kůže. *Anatomie a fyziologie kůže*. [online]. [cit. 2013-01-31]. Dostupné z: <http://www.kosmetikaslunicko.cz/>
5. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kol. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
6. KALVACH, Z. a kol. 1997. *Úvod do gerontologie a geriatricie*. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
7. KEPRTOVÁ, I. 2006. *Decubitus – chyba v ošetřování: bakalářská práce*. Brno: Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. 82 s., 32 l. příl. Vedoucí bakalářské práce Pinkavová Hana.
8. KOPECKÝ, M. 2010. *Somatologie*. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci. 313 s. ISBN 978-80-244-2271-8.
9. KOTUÁN, J. 2009. *Zdravotní nauky pro pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita. 258 s. ISBN 978-80-210-3844-8.
10. LANKAŠOVÁ, L. Dekubity. *Ošetření nemocného s dekubity*. [online]. [cit. 2013-01-31]. Dostupné z: [http:// ict1.mmsw.cz](http://ict1.mmsw.cz)
11. MIKULA, J. a N. MÜLLEROVÁ. 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada Publishing. 96 s. ISBN 978-80-247- 2043-2.
12. MUŽÍKOVÁ, M. 2012. *Management chronických ran v domovech pro seniory: diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. 43 s., 21 l. příl. Vedoucí diplomové práce Jana Straková.
13. CITAČNÍ NORMA ČSN ISO 690, 2011. *Bibliografické citace*. [online]. [cit. 2013-01-31]. Dostupné z: <http://sites.google.com/>
14. NOVÁKOVÁ, R. 2008. *Pečovatelství I*. Praha: Nakladatelství Triton. 119 s. ISBN 978-80-7387-085-0.

15. PACOVSKÝ, V. 1994. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica. 150 s. ISBN 80-85526-32-8.
16. ŠKOPKOVÁ, H. Senior internet klub. *Informace a rady k fyziologii stárnutí. Stárnoucí kůže* [online]. [cit. 2012-11-02]. Dostupné z: <http://www.sik.vse.cz/>
17. SBÍRKA ZÁKONŮ: Zákon 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. [online]. [cit. 2012-10-31]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/>
18. SBÍRKA ZÁKONŮ: *Vyhláška 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006 o sociálních službách*. [online]. [cit. 2012-10-31]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/>
19. TOPINKOVÁ, E. a J. NEURWIRTH. 1995. *Geriatry pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing. 299 s. ISBN 80-7169-099-6.

PŘÍLOHY

Příloha 1. Znalostní test pro pracovníky v přímé péči

Příloha 2. Dotazník pro vedoucí pracovníky

Příloha 1. Znalostní test pro pracovníky v přímé péči

Dobrý den, vážení respondenti. Jsem studentka 3. ročníku bakalářského studia University Palackého, Pedagogické fakulty. Součástí bakalářské práce je výzkum, který se věnuje analýze teoretických znalostí v oblasti prevence vzniku dekubitů pracovníků v přímé péči – pečovatelů v Diakonii ČCE – středisko v Sobotíně. Dovoluji si Vás požádat o spolupráci na vyplnění tohoto znalostního testu. Prosím, vyberte a označte jednu správnou odpověď. Test je anonymní. Děkuji Vám za věnovaný čas a spolupráci.

1. Dekubit je definován jako:
 - a) poškození kůže odřením
 - b) poškození kůže tlakem
 - c) poškození kůže tlakem a dobou působení tlaku

2. Nejčastější příčina vzniku dekubitu je:
 - a) dlouhodobé působení tlaku na měkké tkáně mezi kostí
 - b) krátkodobé působení tlaku na kost
 - c) dlouhodobé působení tlaku na kost

3. Nejčastější místa vzniku dekubitu v poloze na boku jsou:
 - a) kotník, kyčelní kloub
 - b) palec u nohou, kotník, kyčelní kloub, ramenní kloub, kost spánková, boltec ucha
 - c) kyčelní kloub, ramenní kloub, kost spánková

4. Doporučená denní dávka tekutin k zajištění dostatečné hydratace u klienta vážícího přibližně 60 kg je:
 - a) 1,0 – 1,5 l
 - b) 1,5 – 1,8 l
 - c) 1,8 – 2,0 l

5. Nejvíce podporuje hojení ran tato minerální látka:
 - a) Měď
 - b) Zinek
 - c) Vápník

6. K základním a nejúčinnějším prostředkům v prevenci vzniku dekubitů patří:
 - a) používání kompenzačních pomůcek
 - b) sledování hmotnosti
 - c) pravidelné polohování

7. Maximální doba pro změnu polohy u imobilního klienta na lůžku je:
 - a) po 2 hodinách
 - b) po 3 hodinách
 - c) když projevuje nepohodlí

8. Správná manipulace s ležícím klientem na lůžku je, že:
 - a) jedna pečovatelka uchopí klienta pod pažemi a popotáhne ho
 - b) dvě pečovatelky uchopí klienta pod pažemi a popotáhnou ho
 - c) klient je dvěma pečovatelkami nadzdvížen a poponesen

9. Při péči o kůži u klienta není vhodné:
 - a) promazávat kůži krémem
 - b) masírovat kůži
 - c) přerušovaně kůži osušovat

10. Při správné úpravě lůžka je potřeba zajistit, že:
 - a) základ lůžka (prostěradlo, gumovka, látková podložka) je řádně napnut, lůžkoviny jsou vzdušné, suché bez drobků, kontrolují se 1x za den
 - b) základ lůžka (prostěradlo, gumovka, látková podložka) je řádně napnut, lůžkoviny jsou vzdušné, suché bez drobků, kontrolují se 2x za den
 - c) lůžkoviny jsou suché a vzdušné, kontrolují se 2s za den

Příloha 2. Dotazník pro vedoucí pracovníky

Dobrý den vážení respondenti. Jsem studentka 3. ročníku bakalářského studia University Palackého, Pedagogické fakulty. Součástí bakalářské práce je výzkum, který se věnuje analýze materiálních a technických předpokladů v oblasti prevence vzniku dekubitů v Diakonii ČCE – středisko v Sobotíně. Dovoluji si Vás požádat o spolupráci na vyplnění tohoto dotazníku. Prosím označte, z kterého oddělení odpovědi pocházejí. Děkuji Vám za věnovaný čas a spolupráci.

Kolik máte celkem klientů na oddělení s předpokladem vzniku dekubitů?

Jaká máte k dispozici lůžka?

Jaké používáte lůžkoviny a hodnotíte je z hlediska prevence a péče o dekubity jako vyhovující?

Jaké je umístění lůžek a které umístění je nejvýhodnější pro práci pečovatелů?

Kolik máte k dispozici antidekubitních matrací, je jejich počet dostatečný vzhledem ke klientům s předpokládaným rizikem vzniku dekubitů?

Kolik máte polohovacích, antidekubitních pomůcek a jejich počet je dostatečný vzhledem ke klientům s předpokládaným rizikem vzniku dekubitů?

Kolik máte zvedacích zařízení pro klienty a je jejich počet je dostatečný?

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Hana Galašová
Katedra:	Antropologická
Vedoucí práce:	PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Problematika dekubitů a jejich prevence v Domově pro seniory Diakonie ČCE středisko v Sobotíně.
Název v angličtině:	The issue of bedsores and their prevention in the Home for the elderly called Diakonie ČCE in the Sobotín's centre.
Anotace práce:	Bakalářská práce se zaměřila na problematiku vzniku dekubitů v konkrétním seniorském zařízení. Pro analýzu byla použita metoda kvantitativního výzkumu formou znalostního testu a dotazníku. Analýza zjistila mezery v teoretických znalostech pečovatelů, problematické umístění lůžek pro práci pečovatelů, nedostatečný počet antidekubitních matrací a zvedacích zařízení.
Klíčová slova:	Prevence, dekubit, klient, pečovatel, znalosti, vybavení.
Anotace v angličtině:	The thesis deals with an issue of an emergence of bedsores in a particular senior housing. It was used the method of a quantitative research by the manner of a knowledge test and a questionnaire. In the analysis that revealed lack of care person's theoretical knowledge, problematic bed locations for care person's work, insufficient quantity of bedsores-preventing mattresses and biomechanic devices.
Klíčová slova v angličtině:	Prevention, bedsores, client, care person, knowledge, equipment
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Znalostní test pro pracovníky v přímé péči Příloha 2. Dotazník pro vedoucí pracovníky
Rozsah práce:	60 stran
Jazyk práce:	Čeština