

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Ošetrovatelská péče o pacienta s dekubity**

bakalářská práce

Autor práce: Martina Šeriová

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2013

## Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o pacienta s dekubity. Téma práce je v dnešní době zcela aktuální, neboť stále přibývá ležících pacientů, u kterých vzniká potencionální riziko vzniku dekubitu. „Dekubitus je proleženina, která vzniká v důsledku působení patologického tlaku na tzv. predilekční místo.“ (Pejznochová, 2010, s. 23). Tímto onemocněním trpí převážně imobilní pacienti. Vzniku dekubitu lze předcházet pravidelným polohováním a používáním antidekubitních pomůcek. Při léčbě již vzniklého dekubitu se v dnešní době dává přednost používání moderní terapie, tzv. „vlhké terapie“.

Tato práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části je nastíněna problematika vzniku a hodnocení dekubitu, nejčastější místa vzniku, hodnotící škály vzniklého defektu, důležitost prevence a následné léčby dekubitu. Je zde nastíněna léčba za použití moderních obvazových materiálů a možnosti využití V.A.C. terapie, fototerapie a larvoterapie. V neposlední řadě popisuje ošetřování dekubitů v nemocničním prostředí a v agenturách domácí péče.

Pro praktickou část byly stanoveny 2 cíle, a to popsat nové způsoby v léčbě dekubitů a srovnat možnosti v ošetřování dekubitů v nemocničním prostředí a v agenturách domácí péče. K dosažení stanovených cílů byl využit kvalitativní výzkum, který byl proveden formou polostrukturovaných rozhovorů se sestrami z lůžkových oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., se sestrami z Městské charity v Českých Budějovicích a se sestrami z Domácí ošetrovatelské péče a pečovatelské služby ALICE v Českých Budějovicích. Při pořizování rozhovorů byly sestaveny 2 okruhy otázek. První pro sestry z lůžkových oddělení a druhý pro sestry z agentur domácí péče. Výzkumný soubor tvořilo 11 respondentek. Respondentky z lůžkových oddělení pocházely z kožního, interního oddělení a z oddělení následné péče. Tyto respondentky byly označeny jako respondentky č. 1-4. Sestry z agentur domácí péče měly označení respondentky č. 5-11. Tyto respondentky byly vybírány záměrně, neboť na zmíněných odděleních je výskyt pacientů s dekubity nejčastější. Takto zvolený výběr respondentek umožnil porovnat konkrétní péči o pacienty na lůžkových

odděleních a v agenturách domácí péče. Sběr dat probíhal v průběhu měsíce února a března 2013.

Na začátku výzkumného šetření bylo v souvislosti s cílem práce zvoleno pět výzkumných otázek. První otázka se zabývala novými způsoby v léčbě dekubitů. Druhá se zaměřovala na ošetrovatelskou péči o pacienta s dekubity v nemocničním prostředí. Třetí otázka zkoumala oblast ošetrovatelské péče o pacienta s dekubity v agenturách domácí péče. Poslední dvě otázky byly zaměřeny na použití obvazových materiálů k léčbě dekubitů v nemocničním prostředí a v agenturách domácí péče. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že v obou institucích dbají na správnou prevenci, pod kterou řadí polohování klienta, výživu, hygienu a použití antidekubitních pomůcek. Z výzkumu vyplynulo, že často nahrazují originální antidekubitní pomůcky dekami a polštáři, neboť tyto pomůcky jsou nejlépe dostupné a splní svůj účel. V rámci použití obvazových materiálů na lůžkových odděleních a v agenturách domácí péče převládá použití vlhké terapie a materiálů k této terapii určených. V oblasti terapie považují tuto metodu za lepší, neboť při ní dochází k rychlejšímu zhojení defektu, je zapotřebí méně převazů a převazy jsou pro klienta méně bolestivé. V hodnocení sester bylo zjištěno, že většina sester z agentur domácí péče si myslí, že v agenturách je poskytována lepší péče než v nemocnici. Samozřejmě sestry z lůžkových oddělení si to myslí naopak. Až na jednu respondentku se všechny pravidelně zúčastňují odborných seminářů, kde jsou jim představeny nové materiály a způsoby léčby.

Práce bude sloužit pro zlepšení v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s dekubity a dále bude sloužit jako studijní materiál pro studenty zdravotnických oborů.

## **Abstract**

This dissertation deals with nursing care issues relativ to patients with pressure ulcers. The presented topic is quite actual these days, because the number of bedridden patients is constantly increasing, in which the potential risk of the formation of pressure ulcers arise. „Decubitus ulcer is a bedsore, which arises as a consequence of pathological pressure on the predilection place.“ (Pejznochová, 2010, p. 23). Mostly immobile patients suffer from this dinase. Presuure ulcers can be prevented by regular adjust or with anti-decubitus aids. The treating of already existing pressure ulcer today is preferably with the use of modern therapy, the so-called „wet treatment“.

This dissertation is dividend into a theoretical and an empirical part. The theoretical part outlines the formativ isme and the assessment of pressure ulcers, the most common place of origin, the defect rating scale, the importance of prevention and subsequent treatment of pressure ulcers. It also describes the treatment of using modern bandage materials and the possibility of using the VAC therapy, phototherapy and larva therapy. And finály, it describes how the treatment of pressure ulcers is done in hospitals and home care agencies.

Two goals were set for the practical part, to describe new methods in the treatment of pressure ulcers and to compare options in the treatment of pressure ulcers in hospitals and home care agencies. To achieve the set goals, a qualitative research was used, which was performed through interviews with nurses from inpatient ward of the hospitál of Czech Budejovice, as well as with nurses from the City Charity in Czech Budejovice and nurses of nursing home care and nursing services ALICE in Czech Budejovice. When interviews were making, two set sof questions were prepared. The first set was for nurses in the wards and the second for the nurses of home nursing care agencies. The research group was consisted of 11 respondents. The respondents came from the dermal ward, ward of internal medicine and aftercare ward. These respondents were identified as respondents under No. 1 to 4. The nurses of home nursing care agencies were signified as respondents from No. 5 to 11. These respondents were chosen deliberately, because in those departments the occurrence of patients with pressure ulcers is the most common. This selection of respondents

enables to compare the specific patient care on the wards and in home care agencies. The data were collected from February to March 2013.

At the beginning of the research project, five research questions related to the. The first question was concerned of new ways in the treatment of pressure ulcers. The second focused on the nursing care of a patient with pressure ulcers in hospitals. The third question examined the area of nursing care for patients with pressure ulcers in home care agencies. The last two questions were focused on the use of surgical dressings for the treatment of pressure ulcers in hospitals and home care agencies. Based on the survey, it was found that in both institutions proper prevention is ensured, which means the klient positioning, nutrition, hygiene and the use of anti-decubitus aids. The research showed the originál relieving aids were often replaced by blankets and pillows, as these tools are the more available and fulfil its purpose. The use of surgical dressings on patient units and home care agencies, there is a predominant use of moist therapy and appropriate therapy materials for this purpose. In therapy, this method is considered to be better, because it accelerates the healing of the defect, less surgical dressings are needed and they are less painful for the client. The evaluation of nurses showed that the majority of nurses in home care agencies are providing better care than in hospital. Certainly nurses from inpatient department think the opposite. Except one respondent, all of the others regularly attend professional seminars, where, within these seminars, new materials and methods of treatment are presented to them.

The work will be used for improvements in nursing care of patients with pressure ulcers and will serve as a study material for students in medici fields.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci 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 jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby 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. 2013

.....

Martina Šeriová

### **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Věře Olišarové za podporu a cenné rady při vedení a zpracování mé bakalářské práce.

## OBSAH

Seznam použitých zkratk	9
Úvod	10
1. Současný stav	11
1.1 Kůže	11
1.1.1 Anatomie a fyziologie kůže	11
1.2 Dekubitus	12
1.2.1 Vznik a hodnocení dekubitů	12
1.2.2 Léčba dekubitů	16
1.3 Ošetřování dekubitů	19
1.3.1 Prevence vzniku	19
1.3.2 Převaz rány	23
1.3.3 Léčba moderní obvazovou technikou	25
1.3.4 Jiné druhy léčby	29
1.3.5 Ošetřování dekubitů v nemocničním prostředí	30
1.3.6 Ošetřování dekubitů v agenturách domácí péče	31
2. Cíle práce a výzkumné otázky	33
2.1 Cíle	33
2.2 Výzkumné otázky	33
3. Metodika	34
3.1 Použitá metoda	34
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	34
4. Výsledky	36
5. Diskuze	59
6. Závěr	68
7. Seznam informačních zdrojů	70
8. Klíčová slova	74
9. Přílohy	75



## **Seznam použitých zkratk**

tzv. – takzvaný

ADP – agentura domácí péče

č. – číslo

JIP – jednotka intenzivní péče

## Úvod

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče o pacienta s dekubity. Toto téma je v dnešní době zcela aktuální, neboť stále více přibývá ležících pacientů, u kterých vzniká potencionální riziko vzniku dekubitu. „Dekubitus je proleženina, která vzniká v důsledku působení patologického tlaku na tzv. predilekční místo.“ (Pejznochová, 2010, s. 23). Tímto onemocněním trpí převážně imobilní pacienti. Díky správné prevenci lze tomuto onemocnění předcházet. Do prevence lze zařadit pravidelné polohování, hygienu, dále používání antidekubitních pomůcek a správně zvolenou výživu. Při léčbě již vzniklého dekubitu se v dnešní době především dává přednost používání moderní terapie, tzv. vlhké terapie, neboť byla prokázána její dobrá účinnost při léčbě chronických ran.

Toto téma jsem si vybrala proto, neboť se při své praxi neustále setkávám s pacienty s dekubity. V lůžkových zařízeních přibývá imobilních pacientů a u všech těchto klientů vzniká potencionální riziko vzniku dekubitů. Chtěla jsem se dozvědět více informací o problematice hojení dekubitů a využití vlhké terapie při jejich léčbě. Je důležité, aby se o této problematice začalo více hovořit a aby byla vyvíjena snaha v oblasti zlepšení ošetrovatelské péče o klienty s dekubity v nemocničním prostředí a v agenturách domácí péče.

Pro tuto bakalářskou práci byly stanoveny 2 cíle. Prvním cílem bylo popsat nové způsoby v léčbě dekubitů. Druhým cílem této práce bylo srovnání možností v ošetrování dekubitů v nemocničním prostředí a v agenturách domácí péče. Smyslem práce bylo porovnání konkrétní péče v těchto dvou institucích - zda je péče na stejné úrovni nebo zda se v určitých oblastech odlišuje. Tato práce by měla sloužit ke zkvalitnění péče o tyto klienty a ukázat možné řešení, jak propojit nemocniční péči s následnou péčí o pacienta.

## **1. Současný stav**

### **1.1 Kůže**

#### *1.1.1 Anatomie a fyziologie kůže*

Kůže (latinsky cutis, řecky derma) je řazena mezi největší orgán lidského těla. Pokrývá plochu kolem 1,7 – 2,0 m<sup>2</sup>. Nejsilnější kůže se nachází na zádech a na stehnech, oproti tomu nejtenčí na horním víčku (Dylevský, 2009). Hmotnost kůže je přibližně 4,5 kg (Dylevský, 2006). Avšak s tukovou tkání může dosahovat váhy až 20 kg (Dylevský, 2009).

Kůže je tvořena třemi vrstvami: pokožka (epidermis), škára (dermis nebo korium) a podkožní vazivo (subcutis nebo tela subcutanea) (Pokorná, 2012). Pokožka (epidermis) je tvořena několika vrstvami plochých buněk, které na povrchu odumírají, rohovatí a olupují se. Tyto buňky jsou nahrazovány buňkami z hlubších vrstev, které se rychle dělí. Povrchové buňky obsahují také bílkovinu, těžce rozpustnou ve vodě. Z toho vyplývá, že kůže je pro vodu nepropustná (Dylevský, 2006). Pokožka neobsahuje cévy, její výživa je zajišťována difúzí z kapilárního lůžka škáry (Pokorná, 2012). Škáru (korium, dermis) tvoří vazivové buňky a vlákna vaziva. Probíhají zde cévy, nervy. Najdeme zde váčky vlasů, chlupů, potní a mazové žlázy. Nachází se zde receptory pro vnímání bolesti, tepla, chladu (Dylevský, 2006). Podkožní vazivo (subcutis) je uloženo nejhlouběji (Pokorná, 2012). Tvoří ho síť kolagenních a elastických vláken, mezi nimiž jsou rozptýleny vazivové buňky (Dylevský, 2009). V podkoží se ukládá značné množství tuku (Dylevský, 2006). V podkožním vazivu se nacházejí Vater-Paciniho tělíska, která slouží jako receptory čítí tlaku a tahu (Mikula, 2008).

Kůže plní řadu funkcí. Mezi nejdůležitější patří ochrana těla před vniknutím virů, bakterií, před chemickým či mechanickým poškozením. Pomocí vylučovaného potu, vazokonstrikce či vazodilatace cév zajišťuje kůže termoregulaci organismu. Přítomnost ochlupení a tukové vrstvy v kůži zajišťuje izolaci organismu (Mikula, 2008). Plní také smyslovou funkci – nachází se zde receptory pro vnímání bolesti, chladu a tepla. Díky množství uloženého tuku plní též skladovací funkci. V kůži se nachází vitamíny rozpustné v tucích – A, D, E, K (Dylevský, 2006). Metabolická funkce je zajištěna

syntézou vitamínu D a melaninu (Mikula, 2008). Vylučovací funkci zabezpečují potní a mazové žlázy, které chrání kůži a zamezují růstu mikroorganismů (Dylevský, 2006). Mezi funkce kůže lze zařadit i resorpci, která je u zdravé kůže méně významná. U porušené kůže jsou však dokázány velké resorpční schopnosti, neboť díky tomu je organismus zaplavován četnými mikroorganismy, které narušují stálost vnitřního prostředí (Mikula, 2008).

## **1.2 Dekubitus**

### *1.2.1 Vznik a hodnocení dekubitů*

Co vlastně označuje slovo dekubitus? Pejznochová ve své publikaci uvádí: „Dekubitus je proleženina, která vzniká v důsledku působení patologického tlaku na tzv. predilekční místo.“ (Pejznochová, 2010, s. 23). Pokorná vymezuje dekubitus následující definicí: „Dekubity můžeme nazývat jakékoli poškození kůže nebo tkání způsobené přímým tlakem, nebo třecími silami. Poškození pak nabývá různých klinických projevů (od erytému až po hluboké tkáňové léze) včetně postižení svalů, šlach a kostí.“ (Pokorná, 2012, s. 113).

Proleženina se řadí mezi multifaktoriální onemocnění, na jehož vzniku se podílí řada faktorů (Starnovská, 2009). Lze je rozdělit na vnější a vnitřní (Pejznochová, 2010). Mezi vnější lze zařadit intenzitu a dobu působení tlaku na predilekční místo (Anders et al, 2010), střížnou sílu, styk kůže s podložkou, neupravené lůžko, špatné nebo žádné polohování, špatně prováděnou hygienu, vlhkost a vlhké prádlo. Mezi vnitřní faktory patří v první řadě věk, protože s přibývajícím věkem se riziko vzniku zvyšuje, ve stáří se udávají změny na kůži a je dokázáno, že se zpomaluje hojení ran (Pejznochová, 2010). Pohlaví taktéž hraje svoji roli, neboť ženy mají k tomuto onemocnění větší sklon, jelikož tukové zásoby jsou u nich větší než u mužů (Mikula, 2008). Mobilita zaujímá neméně důležitou roli, protože imobilní pacient je plně odkázán na pomoc druhé osoby (Pejznochová, 2010). Hmotnost pacienta taktéž náleží k vnitřním faktorům. U vyhublých lidí vzniká riziko díky malé vrstvě tuku, která chrání svaly před zvýšeným tlakem. Naopak u obézních lidí je to způsobeno zhoršenou pohyblivostí a obtížným polohováním. Nezastupitelnou roli zaujímá výživa, protože

špatně zvolená strava způsobuje úbytek svalové hmoty, čímž dochází ke snížení odolnosti organismu k infekcím. Dalším faktorem je inkontinence, jelikož ta způsobuje maceraci kůže a tento stav vede k možnosti jejího poškození (Mikula, 2008). Samozřejmě sem lze zařadit i přidružená onemocnění, bolest a nedostatečnou hydrataci (Starnovská, 2009). Mezi rizikové pacienty můžeme zahrnout imobilní, podvyživené nebo naopak obézní pacienty, klienty v bezvědomí, rizikové je to i u lidí s vysokými horečkami, u pacientů v terminálním stádiu života (Pejznochová, 2010).

Dekubity se tvoří na takzvaných „predilekčních místech“. Predilekční místo se vyznačuje tím, že obsahuje málo svalové hmoty, mnoho nebo naopak žádnou tukovou tkáň. Tím dochází k tomu, že kosti se opírají přímo přes kůži o podložku. Poté nastupuje působení vlhkosti a tření (Pejznochová, 2010). Pokorná ve své publikaci uvádí: „Predilekční místa jsou tedy oblasti nad kostními vyvýšeninami, která jsou vysoce riziková z hlediska rozvoje dekubitu. Jsou charakterizována sníženou vrstvou tukové tkáně v dané lokalizaci a dostatečně velkou styčnou plochou kloubu či kosti krytou kůží.“ (Pokorná, 2012, s. 115-116).

Predilekční místa lze lokalizovat podle polohy, kterou pacient zaujímá. Při supinační poloze je nejvíce ohrožena oblast pat, sakrální oblast, loket, lopatky a zadní část hlavy. V laterální poloze nacházíme ohrožená místa v oblasti lopatek, žeber, laterálního okraje lopaty kosti kyčelní, velkých trochanterů, na zevní části kolenního kloubu, který přiléhá k podložce, na zevním kotníku. Další polohou je pronační, kdy největší riziko hrozí v oblasti čelní kosti, dolní čelisti, hrudní kosti, hřebenů kyčelní kosti, oblast pately a přední hrany holenní kosti. Při Fowlerově poloze považujeme za nejohroženější oblast hrbolů sedací kosti v gluteální oblasti. Avšak dekubity mohou vzniknout i při dlouhodobě zavedených kanylách, v místě zavedení nazogastrické sondy nebo permanentního močového katétru. Objevují se i u zevní sádrové fixace, při přiložení příliš těsné sádrové fixace, nebo při zapomenutí vypodložení dlahy (Stryja, 2011).

K posouzení rizika vzniku nám slouží hodnotící škály. V zahraničí bychom našli 17 různých hodnotících škál. V České republice se můžeme setkat například s Nortonové, Medleyho, Bradenovo nebo Waterlowou hodnotící škálou (Mikula,

2008). Mezi nejrozšířenější patří škála podle Nortonové, která je využívána na většině standardních oddělení (Pejznochová, 2010). Tato škála hodnotí následující oblasti: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, další onemocnění, tělesný stav, stav vědomí, pohyblivost, inkontinence a aktivita (viz Příloha 1). Riziko vzniká při 25 a méně bodech. Toto hodnocení je používáno již od roku 1962, avšak v pozdější době byla škála rozšířena (Mikula, 2008). Naopak v intenzivní péči se setkáme nejčastěji s Waterlowou škálou, vzhledem k tomu, že má širší pole hodnocení (Pejznochová, 2010). Tuto škálu například využívají ve Velké Británii. V hodnocení je zařazen i typ kůže. Součet 20 a více bodů znamená velmi vysoké riziko (Mikula, 2008). Bradenova škála zahrnuje dimenze: citlivost percepce, vlhkost, aktivita, pohyblivost, výživa, střizný mechanismus (Kapounová, 2007). Použití této stupnice je doporučováno především u starších pacientů (Anders et al., 2010). Tím, že obsahuje hodnocení tření, střizných sil a zohledňuje i faktor výživy, je odlišná od stupnice Nortonové. Naopak není zde zahrnut věk a přidružená onemocnění (Mikula, 2008).

Na hodnocení stupně dekubitů lze použít několik klasifikací, neboť se liší v tom, zda klasifikují tři, čtyři, pět nebo šest stupňů. Ve většině zdravotnických zařízení je využívána klasifikace Evropského poradního sboru pro otázky proleženin. Sbor doporučil na kongresu v roce 2003 jen čtyřstupňovou klasifikaci. První stupeň definuje jako erytém, při kterém nedošlo k porušení kontinuity kůže. Prvním příznakem, který upozorňuje na nějakou změnu, je bolest v postiženém místě. Dochází k zarudnutí, které při zatlačení prsty přechodně bledne. Vyskytuje se i lehké zduření. Objevení puchýře s čirou tekutinou signalizuje druhé stádium. Okraje rány jsou naválité, vzniká zánět kůže. Poškození se vymezuje na oblast pokožky a škáry. Ve třetím stupni přetrvávají stále puchýře, avšak spodina rány se zbarvuje do tmava, až dojde k úplnému zčernání, dostavuje se nekróza. Defekt se prohlubuje kráterovitě do hloubky, nastává praskání puchýřů. Sekrece z rány je zpočátku serózní, avšak když se přidá infekce, mění se na purulentní. Dochází k poškození epidermis, dermis a podkožního vaziva. Čtvrtý stupeň charakterizuje prohlubování a rozšiřování dekubitu. Může dojít k tomu, že defekt dosáhne až na kost, která se stane obnaženou. Čtvrtý stupeň lze také nazvat jako

„dekubitální vřed“ (Pokorná, 2012). Čtyřstupňovou klasifikaci bychom našli i u Válka, Byrnea a Felda (Krišková, 2006).

Další používaná klasifikace je dle Torrance, která definuje 5 stádií proleženin. První stupeň se udává jako překrvení se zblednutím, kůže se jeví zarudlá, když na ni zatlačíme prsty, erytém zbledne. Značí to, že nedošlo k poruše mikrocirkulace. Kůže se jeví jako mírně oteklá. Druhý stupeň charakterizuje neblednoucí překrvení, postižené místo je zarudlé a mírně vystouplé, avšak při vyvinutí tlaku prsty nedochází ke zbělání. Lze pozorovat povrchové poškození až zvředovatění kůže. Ve třetím stupni dochází zpravidla ke zvředovatění kůže. Ulcerací je postižena celá dermis až na rozhraní podkožního vaziva. Poškození může připomínat hlubokou oděrku (Mikšová, 2006). Během čtvrtého stádia prorůstá vřed do podkoží, zasaženy jsou i svaly, které se jeví jako oteklé a zanícené. Vřed má snahu šířit se laterálně (Krišková, 2006). Rozpad tkáně lze přirovnat k hluboké otevřené ráně. K nekróze tkáně dochází v pátém stupni. Svalová tkáň odumírá a přidružuje se infekce, tento dekubitus odborná literatura pojmenovává jako gangrenózní dekubitus. Charakteristická je suchá černá nekróza, nebo naopak rozbředlá, která hnilobně zapáchá, zbytky tkáně mají žlutozelenou barvu. Mezi svaly dochází ke vzniku hnilobných chobotů, které vyplňuje hnis. (Mikšová, 2006). Pětistupňovou klasifikaci má také Danielov (Pokorná, 2012).

Šest stupňů rozlišuje klasifikace dle Knightona (Stryja, 2011) nebo Guttmana (Krišková, 2006). Guttman kvalifikuje první stádium jako přechodnou poruchu cirkulace. Kůže po odeznění tlaku opět zčervená, tento stav je reverzibilní. Druhý stupeň se vyznačuje stabilním poškozením povrchových krevních cév a oblastí. Začervenání postižených oblastí ani po uvolnění tlaku nezmizí, na povrchu se mohou objevit puchýře nebo odřeninky. Hlubkově penetrující nekróza je typická pro třetí stádium. Defekt se dále rozšiřuje do podkožního vaziva a svalů. Čtvrtý stupeň nazývá Guttman infekce proležením. Tuto infekci nejčastěji způsobují *Staphylococcus aureus*, *betahemolytický streptokokus*, *Proteus* a *Escherichia coli*. Kůže nad burzou se stává ischemickou a nekrotickou. Vzniká tzv. nekrotická rána. Tento popis vystihuje páté stádium. Konečná fáze dle této klasifikace je rakovinová degenerace rány. Do šestého stupně se rána dostane zřídka (Krišková, 2006).

Dle doby vzniku můžeme rozdělit dekubity na akutní a chronické. Akutní dekubitus vzniká již během 30 minut. Vyskytuje se v terminálních stádiích života, u nevyléčitelně nemocných pacientů v těžkém stavu. Oproti tomu chronický se objevuje až za několik dnů či týdnů v důsledku špatné ošetrovatelské péče. Slouží jako indikátor kvality ošetrovatelské péče (Pejznochová, 2010).

### *1.2.2 Léčba dekubitů*

Hojení rány je přirozeným obranným mechanismem pohybu a dělení buněk, přičemž celý tento proces se dělí do několika fází. Mezi základní fáze hojení patří: zánětlivá (exsudativní), proliferační, diferenciační a reepitelizační. V praxi se však můžeme setkat s označením jako fáze čištění, granulační a epitelizační. Tyto fáze se navzájem prolínají, časově překrývají a navazují na sebe. Není možné některou z nich vynechat (Pokorná, 2012).

Fází zánětlivou (exsudativní) charakterizuje snaha odstranit z rány veškeré nežádoucí složky. Dochází k rozvoji zánětu, začíná migrace buněk, jejichž úlohou je zajišťování fagocytózy, což znamená vychytávání cizorodých částic. Místo poranění postihuje nekróza, která brání ráně v uzavírání a hojení rány. Stejně jako nekróza brání v hojení též fibrinový povlak. Proto je důležité v první řadě odstranění nekrózy, tzv. nekrektomií. Rovněž musí dojít k odstranění devitalizované nevaskularizované tkáně a daného povlaku (Pokorná, 2012). V místě poranění kůže nacházíme takzvané Celsovy znaky zánětu: rubor, calor, tumor, dolor, functio laesa. Tato fáze je patrná zejména v prvních třech dnech od poranění (Stryja, 2011).

Tvorba nových krevních cév a postupná výplň defektu granulační tkáně je patrná v proliferační fázi. Dochází ke vzniku sítě kolagenních vláken. Tím, že došlo ke vzniku sítě, může nastat proces epitelizace (Stryja, 2011). V této fázi klademe největší důraz na udržování optimální vlhkosti a teploty tkání. Název této fáze se odvozuje od zjevných známek hojení, které se projevují výskytem světle červených, až skelných jader. Důležité je hodnocení barvy nově vzniklých struktur, neboť z toho můžeme posoudit, jaká je efektivita hojení rány. Pokud dochází ke zvětšování granul a změně barvy, usuzujeme, že hojení pokračuje správně. Avšak vidíme-li, že defekt má



našedlou barvu, granula postupně ztrácejí barvu, jeví se jako houbovitá a povleklá, můžeme tento stav nazvat jako stagnaci hojení (Pokorná, 2012).

Finále v procesu hojení zajišťuje fáze epitelizační. Epitelizace vychází buď z okrajů, nebo z ostrůvků uvnitř rány. Během této fáze dochází k migraci buněk po vlhké spodině, proto chráníme ránu před vyschnutím. V granulační tkáni dochází ke ztrátě vody a ubývají zde cévy. Nově vzniklá tkáň se zpevňuje a mění se v jizevnatou. Nová tkáň je náchylnější k poranění, čímž vzniká potencionální riziko nového poškození. Nově vytvořená tkáň si zachovává pouze 80 % z původní pevnosti do dvou let od zhojení (Pokorná, 2012).

Faktory, které ovlivňují hojení, lze rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní řadíme stav výživy, která hraje v rámci hojení nezastupitelnou roli, neboť malnutrice výrazně ovlivňuje regenerační schopnost organismu. Například při hypoproteinémii, která se podílí na inhibici fagocytózy a syntéze kolagenu, nastane narušení fyziologického procesu hojení. Dále sem řadíme tkáňovou hypoxii, neboť má negativní vliv na hojení. Snížením  $pO_2$  dojde k poruše hojení v důsledku narušení syntézy kolagenu. Proto základem pro správné hojení je dostatečné prokrvení. Neadekvátní zánětlivá reakce organismu a porucha imunity má při hojení nezastupitelnou roli. V neposlední řadě mezi vnitřní faktory patří stáří pacienta. Ve vyšším věku klesá syntéza kolagenu, dochází k narušení hydratace a nutrice. Na kůži pozorujeme atrofické změny a zvyšuje se riziko snazšího poranění. Zpomalenou regeneraci můžeme přičítat zhoršené funkci oběhového systému a polymorbiditě (Stryja, 2011).

Kouření a stres také hrají velkou roli, neboť při stresu se zvyšují nároky na organismus a tím dochází k nepříznivému ovlivnění hojení (Pejznochová, 2010). Zevní faktory oproti vnitřním můžeme snáze ovlivnit. Jako první sem řadíme infekci. Každá rána dříve nebo později bude osídlena bakteriemi z okolního prostředí. Ale záleží na odolnosti organismu, zda vzplane raná infekce (Stryja, 2011). K zanesení infekce nejčastěji dochází nedodržením hygienických zásad a režimu (Pejznochová, 2010). Samozřejmě při propuknutí dochází k prodloužení hojení a může nastat až sepse. Vliv na hojení mají také některé léky, například cytostatika, kortikoidy, imunosupresiva

a antikoagulancia (Stryja, 2011). K ovlivnění může dojít i při požívání protizánětlivých léků, protože tyto léky zakrývají symptomy infekce (Pejznochová, 2010).

Devitalizovaná tkáň (nekróza) na spodině rány výrazně zpomaluje proces hojení (Stryja, 2012). Působí jako růstové médium pro bakterie a je zdrojem endotoxinů. Blokuje mechanické hojení, neboť se chová jako cizí těleso zanechané v ráně. Až po odstranění všech nekrotických tkání (débridement) může být zahájeno hojení rány. A jako poslední faktor lze uvést fyzikálně-chemické zevní vlivy. Mezi ně řadíme poškození spodiny rány nežádoucími vlivy lokálně používaných antibiotik, antiseptik a chemických látek při chemickém odstranění nekrotických částí, vysychání spodiny rány při používání nevhodného krytí. Na hojení může mít nežádoucí vliv i terapeutické ozařování a chemoterapie. Oproti tomu najdeme i řadu fyzikálních faktorů, díky nimž můžeme hojení rány podpořit. Patří sem například pozitivní vliv fototerapie, hyperbarická oxygenoterapie a mnoho dalších (Stryja, 2011).

Hlavním cílem v léčbě dekubitů je odstranění působení tlaku na poškozené místo a zahájení účinné terapie. Léčbu můžeme rozdělit na konzervativní a chirurgickou. Konzervativní léčba se využívá u pacientů před indikovanou chirurgickou terapií nebo u klientů, u kterých nelze provést chirurgické řešení (Stryja, 2011).

Konzervativní terapie spočívá v provádění preventivních opatření, do čehož spadá pravidelné polohování pacienta dle jeho stavu, dále pak používání ochranných krémů bez dráždivých účinků. Nejprve se vyčistí spodina rány od nekrózy a povlaků. Dále se provádí lokální antiseptická léčba infekce, což může být doplněno o antibiotickou terapii a zabránění vzniku opětovné infekce. Při konzervativní terapii se dbá o správnou vlhkost v ráně, léčbou se podporuje růst granulační a epitelizační tkáně. Zajišťuje se následná ochrana nově vzniklé tkáně. Ve většině případů se využívá obvazový materiál určený k vlhkému hojení, avšak použití se zhodnocuje podle toho, jak rána vypadá a jaké požadavky na léčbu klade. Hodnocení rány musí být pečlivě prováděno a zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace (Stryja, 2011).

Chirurgická léčba se využívá ve většině případů až u dekubitů III. a IV. stupně. Než však nastoupí možnost této léčby, musí chirurg zhodnotit celkový stav pacienta a nastínit předpokládanou prognózu hojení. Při chirurgickém řešení dochází

k odstranění vředu až po zdravou tkáň, vzniklá dutina se vyplňuje svalem. Původní vřed je překryt dobře vaskularizovaným lalokem, jehož sutura musí být bez napětí. Po odběru laloku musí dojít k uzávěru sekundárního vředu. Na tento styl léčby se specializují plastičtí chirurgové. Samozřejmě i po chirurgickém řešení musí na řadu přijít preventivní opatření. Do těchto opatření se řadí pravidelné polohování a především zabránění vzniku infekce v transplantovaném laloku. Toho lze docílit prováděním převazu za přísně aseptických podmínek (Stryja, 2011).

### **1.3 Ošetřování dekubitů**

#### **1.3.1 Prevence vzniku**

Když pacient přijde do nemocnice, musí se nejprve zhodnotit riziko vzniku dekubitů. K tomu slouží následující hodnotící škály, nejznámější je škála Nortonové a Waterlowa. Podle dosažených výsledků se odvíjí další potřebné intervence, které je nutné dodržovat za účelem správné prevence, abychom zabránili vzniku proleženin (Míkula, 2008).

Nejstarší a neúčinnější metodou v prevenci, a poté i v případné následné léčbě dekubitů, je pravidelné polohování pacienta. Tím, že v pravidelných intervalech měníme polohy nemocného, zabráňujeme působení nadměrného tlaku na predilekční místa (Žůčková, Čelikovská, 2008). Každé dvě hodiny přes den by mělo dojít ke změně polohy, v noci se tento interval prodlužuje na 3-4 hodiny, avšak plegický pacient vyžaduje změnu každou hodinu (Šeflová, Beránková, 2006). Pravidelným polohováním je zajištěno potřebné okysličování a prokrvení podkožních tkání. Využívají se především boční a šikmé boční polohy, výjimečně se polohuje na břicho. Šikmé polohy mají tu výhodu, že více rozkládají působící tlak (Molčánová, 2008). Ale při polohování na bok musíme dbát na to, aby tělo nemocného nebylo kolmo k podložce, neboť může dojít k poškození kůže na predilekčním místě (Trachtová, 2010). Nikdy nepolohujeme pacienta na již vzniklý dekubit. Než začneme polohovat, musíme si vypracovat denní plán polohování (Molčánová, 2008). Ve většině případů měníme polohu nemocného každé 2 hodiny. Při plnění daného plánu se také řídíme potřebami a přáními nemocného (Trachtová, 2010). Vhodně zvolená poloha by měla

být pro klienta pohodlná a nebolestivá (Žůčková, Čelikovská, 2008). Během každé změny polohy kontrolujeme riziková místa (Kapounová, 2007). V co největší míře se snažíme do polohování zapojovat samotného nemocného (Stryja, 2011). Nikdy na něj nespěcháme, nejprve mu vysvětlíme, proč je důležité, aby neležel jen v jedné poloze (Vytejková, 2011).

K tomu, aby pacient vydržel ve stanovené poloze, nám slouží nesčetné množství antidekubitních pomůcek. Jedná se o různé polštáře, klíny, kola, věnečky, botičky, válce a mnoho dalších pomůcek (Stryja, 2011). Všechny tyto pomůcky musejí být obaleny plátěným obalem, jelikož nemohou přijít do přímého styku s pokožkou (Mikšová, 2006). Na trhu lze sehnat pomůcky s různými výplněmi, jako například podložky s paměťovou pěnou, gelové antidekubitní podložky. Tyto se využívají především na operačních sálech, neboť se u nich lehce provádí dezinfekce vzhledem k jejich omyvatelnosti, ale nelze jich využít u dlouhodobě imobilních pacientů. Velice často se také setkáváme s pomůckou plněnou polystyrolovanými perličkami, které se nachází uvnitř omyvatelného nebo látkového obalu. S těmito pomůckami se výborně pracuje, díky jejich dobré tvarovatelnosti. Nejčastěji se využívají polštáře, hadi, klíny a ovály, díky nim se zajišťuje požadovaná poloha klienta (Koutná, 2006). Když pacient zaujímá Fowlerovu polohu, musí být zajištěno zapření chodidel. Díky tomuto opatření nebude docházet k nežádoucímu střížnému efektu, čímž je myšleno samovolné sjíždění těla po podložce (Žůčková, Čelikovská, 2008).

Mezi antidekubitní pomůcky řadíme také tzv. „dekubu“ (podložka z ovčího rouna). Dále mohou být použity pomůcky, které se lepí přímo na kůži nemocného. V první řadě antidekubitor, který se skládá ze dvou částí. První tvoří hydrokoloidní masy, která se lepí přímo na kůži a druhou součástí jsou polystyrenové kroužky, jež plní odlehčovací funkci. Tuto pomůcku lze využít jak v prevenci ještě před samotným vznikem dekubitu, tak i v následné léčbě u dekubitů I. a II. stupně. Nejčastěji se aplikuje na záda, hýždě, lokty a paty. Setkáváme se také s filmovými obvazy, jež zabraňují tření o podložku a vlivu exkrementů. Kůže před aplikací musí být odmaštěná a musí být ponechán přirozený turgor. Tímto způsobem se chrání lokty, sacrum a hýždě. Jako poslední pomůcku lze uvést „reston“. Jedná se o molitanové perforované

díly, které lze stříháním upravit do potřebné velikosti, jejichž druhá strana je lepivá. Využívají se především na ochranu loktů a pat. Lze je také aplikovat jako svrchní vrstvu na obvaz (Koutná, 2006).

Existují i antidekubitní matrace, které představují nejlepší řešení, jak lze bojovat proti dekubitům. Existuje jich více druhů a zvolení správné matrace závisí na riziku vzniku dekubitů nebo na stupni již vzniklého defektu. Nejzákladnější dělení je na pasivní a aktivní. Oba typy se musí krýt prostěradlem nebo podložkou. Pasivní (statické) matrace jsou vyrobené z polyuretanové pěny nebo ze studené polyuretanové pěny. Mezi výhody patří dobrá přizpůsobivost tvaru pacienta a také to, že tlak těla se rozkládá na celou plochu matrace. Aktivní matrace jsou podložky pod pacienta se střídavým působením tlaku s preventivními nebo léčebnými účinky. Princip této pomůcky spočívá ve střídavém vyfukování a nafukování buněk matrace. Díky tomu dojde ke snížení pravděpodobnosti dlouhodobě nedostatečného prokrvení tkáně a zabrání se progresi vzniklého dekubitu. V současné době se lze setkat i s použitím vodního lůžka. Jedná se o speciální matraci naplněnou vodou, u které lze kontrolovat teplotu vody (Mikšová, 2006).

V prevenci se soustředíme na faktory, které může ošetřující personál ovlivnit. V první řadě je to polohování pacienta, používání antidekubitních pomůcek a matrací (Pejznochová, 2010). Dále se zaměřujeme na blokování nepříznivých mechanických vlivů zevního prostředí. Mezi ně patří častá výměna ložního a osobního prádla. Lůžko musí být vždy suché, dokonale upravené a prostěradlo zcela vypnuté. Na osobní prádlo klademe požadavky, že bude dostatečně volné a prodyšné (Slaninová, Vegerbauer, Malý, 2012). Správnou hygienu, při níž používáme čisticí pěny a následně kůži promazáváme speciální kosmetikou, provádíme 2x denně (Kapounová, 2007). Sušení kůže po hygieně by mělo být prováděno mírným tlakem, aby nedošlo k trhlinkám na kůži (Chládková, 2009). Abychom předešli zbytečným mikroragádám, doporučuje se spíše pokožku osušovat jemným poklepem, nikoliv třením (Kalvach, 2008). Dalším kritériem v prevenci je udržování kůže čisté, i za předpokladu, že se jedná o inkontinentního klienta (Chládková, 2009). Při inkontinenci používáme jednorázové kalhotky nebo podložky, které mají tu schopnost, že zpětně nepropustí vlhkost.

Znečištění nemocného musíme v co nejkratším možném čase odstranit a znovu kůži natřít ochrannými krémy (Kapounová, 2007).

V neposlední řadě se podílí na prevenci dekubitů správná výživa. Proto při příchodu klienta do lůžkového zdravotnického zařízení je nutné zhodnotit jeho nutriční stav. K tomu slouží nutriční screening, který se provádí na většině standardních oddělení i na jednotkách intenzivní péče a jednotkách anesteziologicky-resuscitačních. Při zjištění rizika v oblasti výživy je nutné informovat lékaře a případně poté i nutričního terapeuta, který vypracuje plán nutriční péče a zajistí jeho následnou realizaci (Starnovská, 2009). Výživa hraje velkou roli jak v prevenci ještě před vznikem dekubitu, tak i v období vlastního léčení defektu. Měli bychom mít na paměti, že pokud nedocílíme zlepšení celkového stavu nemocného, především výživy, budou veškerá ostatní preventivní opatření méně účinná a tím se zastaví proces hojení defektu (Pejznochová, 2010). Správná výživa udržuje pokožku vláčnou, zajišťuje vyváženost živin, minerálů a stopových prvků, zvyšuje odolnost organismu proti infekci a zkracuje dobu léčení defektu (Formánková, 2009).

Sledování množství přijaté stravy a bilance tekutin u nemocného patří mezi základní prvky ošetrovatelské péče. U nesoběstačného pacienta je povinností ošetrovatelského personálu zajištění pomoci při příjmu potravy a postupné začleňování pacientovy rodiny do péče. Pokud pacient není schopen přijímat stravu perorálně, musí být zajištěn příjem potravy jinou cestou, ať už je tím myšleno do nasogastrické nebo nasojejunální sondy, do perkutánní endoskopické gastrostomie nebo zcela parenterální cestou (Šeflová, Jančíková, 2010). U pacientů v terminálním stádiu onemocnění často využíváme metodu sippingu, ale lze ji zvolit i u jiných klientů. Úkol registrované všeobecné sestry v oblasti výživy spočívá v tom, že aktivně nabízí starším a nesoběstačným lidem pravidelně tekutiny a přizpůsobuje konzistenci stravy možnostem klienta (Kapounová, 2007).

Poslední nedílnou součástí prevence je rehabilitace (Molčánová, 2008). Časnou mobilizací předejdeme vzniku dekubitů. Snaha by měla vést k navrácení nebo alespoň zlepšení soběstačnosti nemocného (Stryja, 2011). V oblasti rehabilitace je důležitá spolupráce s fyzioterapeutem, který s pacientem cvičí a má za cíl navrácení nebo

zlepšení hybnosti. Z toho vyplývá, že je důležité do péče o pacienta zapojit multidisciplinární tým. Ten se skládá z lékaře, všeobecné sestry, fyzioterapeuta, nutričního terapeuta, taktéž součástí může být ergoterapeut (Mikšová, 2006).

### *1.3.2 Převaz rány*

Cílem každého převazu rány je zajištění vhodných podmínek na povrchu rány, které povedou k brzkému zhojení defektu, zmírnění bolesti a zajištění psychické pohody pacienta. Převaz musí probíhat za přísně aseptických podmínek, aby nedocházelo k přenosu nozokomiálních nákaz. Kompetence k převazu mají především všeobecné sestry a lékaři, dále pak porodní asistentky. Výměna krytí se uskutečňuje technikou tzv. „non-touch“, jejíž smysl spočívá v tom, že nedojde ke kontaktu rány přímo rukama. Měli bychom tedy používat bariérové prostředky (ochranné rukavice na jedno použití, které si měníme vždy po ukončení převazu každého pacienta, někdy i během něj), tampony a krytí rány bereme vždy z originálních sterilních balení pomocí pinzet. Všechny materiály přicházející do přímého styku s ránou musí být sterilní a musí být odebírány z převazového vozíku. Součástí převazového vozíku je i odpadkový koš, kam se odkládá použitý materiál. Každý den kontrolujeme expiraci převazových materiálů a roztoků (Stryja, 2011). Sterilizace nástrojů a materiálů se řídí vyhláškou MZ ČR č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče (Vyhláška č. 195/2005 Sb.).

Než se začne samotný převaz, je nutné k tomuto výkonu připravit pacienta. Příprava spočívá ve srozumitelném vysvětlení výkonu a uložení pacienta do správné polohy. Také nelze opomíjet pacientovo soukromí a intimitu při ošetření, proto se odkrývají jen nezbytné části pacientova těla. Pokud se předpokládá bolestivost převazu, je nutné zajistit v předstihu podání analgetik dle ordinace lékaře, minimálně 20 minut před převazem (Šeflová, Beránková, 2006). Výkon začíná dezinfekcí rukou a nasazením ochranných jednorázových rukavic (Stryja, 2011). Poté následuje vypodložení místa jednorázovou podložkou, aby se zabránilo zašpinění ložního prádla. Nastává fáze odstraňování původního obvazu z rány. Při snímání obvazu nesmí dojít

k poranění spodiny a okolí rány. Pokud krytí na ráně ulpívá a odtržením by došlo k porušení kontinuity defektu, lze použít k zvlhčení obvazu fyziologický roztok, destilovanou vodu nebo případně oplachový prostředek s antiseptickým působením (Stryja 2011). Všechn infikovaný materiál se odkládá do emitní misky. Zhodnotí se vzhled, barva, zápach, otok, velikost a okolí rány, hloubka defektu. Začíná samotné ošetření defektu. Pomocí sterilní pinzety a tamponů s dezinfekcí se očistí okolí rány. Při ošetřování dekubitu III. a IV. stupně může následovat výplach rány injekční stříkačkou s antiseptikem, fyziologickým nebo Ringerovým roztokem (Šeflová, Beránková, 2006). Poté následuje šetrné očištění sterilními tampony nebo čtverečky. Materiál na ošetření se volí v závislosti na vzhledu, lokalizaci a stupni poškození tkáně (Kalvach, 2008). Zachování optimální teploty, vlhkosti rány, odstranění exsudátu a nekrózy je cílem převazu, aby se v co největší míře podpořilo hojení defektu (Kapounová, 2007). K ochraně okolí dekubitu se obvykle využívá měkká zinková pasta nebo ochranný krém (Menalind). Tímto ošetřením se zabrání nechtěné maceraci kůže (Kalvach, 2008). K fixaci krytí se používají náplasti, obinadla, síťové obvazy nebo filmová krytí. „Cílem fixace terapeutického krytí je zabezpečit funkčnost krytí přiloženého na ránu, ochrana kožního vředu před vniknutím nečistot a zabránění kontaminaci pacientova okolí.“ (Stryja, 2011, s. 209). Fixace krytí z pohledu pacienta má i svůj psychologický účinek, neboť klient zaujímá stanovisko, že jeho ošetření proběhlo profesionálně a dostalo se mu kvalitní ošetřovatelské péče (Stryja, 2011).

Po skončení převazu se pacient uloží do vyhovující polohy, odstraní se podložka a upraví se lůžko nemocného dle potřeby. Pacientovi by měly být poskytnuty informace o postupu v léčbě a o tom, jaká režimová opatření by měl dodržovat, aby co nejvíce podpořil proces hojení (Šeflová, Beránková, 2006). Následuje úklid pomůcek, uložení použitých nástrojů do kontejneru s dezinfekčním prostředkem. Obvazový materiál, který byl při převazu odložen do emitní misky, se likviduje do kontejnerů na infekční odpad. Všechn spotřebovaný materiál musí být doplněn na převazový vozík. Po každém převazu následuje hygienická dezinfekce rukou (Stryja, 2011).

Celý převaz končí zápisem do ošetřovatelské dokumentace (Kapounová, 2007). Z dokumentace musí být jasné, kdy a co bylo klientovi na ránu aplikováno. Díky



správně vedené dokumentaci je jednoduché si o klientovi předávat informace mezi ošetřujícím personálem. Pečlivý záznam o ošetřování slouží i jako právní ochrana, kdyby náhodou došlo k nějaké stížnosti na léčbu (Stryja, 2011).

### *1.3.3 Léčba moderní obvazovou technikou*

Ideální krytí rány musí splňovat určité parametry. Jako první lze uvést, že rána zůstává dostatečně vlhká, ale nesmí docházet k její maceraci. Dbáme na optimální teplotu a pH v defektu, protože se významně podílí na hojení. Dále by nemělo docházet k častým nebo nepotřebným převazům rány, neboť to hojení spíše škodí, než pomáhá. V neposlední řadě bráníme zanesení toxických a chemických částic nebo vláken z použitého obvazu (Richards, Edwards, 2004).

V dnešní době na trhu existuje nepřeberné množství krycích materiálů a technologií, které lze využít při hojení dekubitů. Široké spektrum prostředků umožňuje vybrat správný materiál pacientovi přímo na „míru“ (Stryja, 2011). Výběr materiálu je podmíněn stavem defektu. Posuzujeme povleklost rány, granulaci, epitelizaci, míru sekrece a jak vypadá okolí defektu (Neubergová, Vagenknechtová, 2011). V posledních letech se v léčbě ran upřednostňují moderní obvazové materiály, které jsou založeny na technice vlhkého hojení. Při správně zvoleném krytí dochází k vhodné výměně plynů a par. Avšak jsou zcela nepropustné pro mikroorganismy a nedojde díky tomu k další kontaminaci rány. Pro pacienty je tato metoda taky přínosná, neboť se snižuje častost převazů. Některá krytí mají i částečný analgetický účinek a současně pohlcují nepříjemný zápach z rány (Kalvach, 2008). Mezi další výhody patří menší bolestivost a krevní ztráty při převazech, rychlejší čištění spodiny a následná granulace, zkrácení celkové doby hojení a nakonec celkové snížení nákladů na léčbu (Stryja, 2011).

Moderní obvazové materiály dělíme na neadherentní kontaktní a antiseptické obvazy, obvazy s aktivním uhlím, algináty, hydroalgináty se stříbrem, hydrogelové obvazy, neadherentní a hydrokoloidní obvazy, hydropolymery, polyuretany, filmové obvazy, bioaktivní preparáty a polyakralátové obvazy (Kapounová, 2007).

Neadherentní kontaktní obvazy patří mezi primární krytí, avšak lze je použít i jako sekundární krytí (Stryja, 2011). Jelikož jsou napuštěny indiferentní masť, zabraňují přilnutí krytí k ráně (Kapounová, 2007). Výměna je snadná a bezbolestná, chrání epitel a granulační tkáň. Frekvence výměn krytí závisí na množství produkovaného exsudátu. Nevýhodou je nižší absorpční kapacita, hrozí taktéž macerace okolí, když se krytí zvolí na velmi secernující ránu. Na defektu se krytí fixuje buď obvazem nebo náplastí (Stryja, 2011). Příkladem může být Melolin (Smith+Nephew) nebo Zetuwit (Hartmann) (Kapounová, 2007).

Antiseptické obvazy chrání granulační tkáň, umožňují odchod exsudátu, avšak musí být sekundárně překryty. Spektrum využití tohoto krytí je nespočetné, neboť může být indikováno skoro u každé rány. Zástupcem tohoto krytí jsou Bactigras (Smith+Nephew) a Inadine (Johnson & Johnson), který obsahuje povidon jódu. Toto krytí se mění 1x za 24 hodin. Když však máme ránu se silným exsudátem, je nutná výměna i 2x za den (Kapounová, 2007).

Absorpční obvaz s aktivním uhlím se řadí mezi primární krytí. Jeho velká sací schopnost zajišťuje defektu čisticí funkci a pohlcuje zápach z rány (Kalvach, 2008). Tento materiál se nesmí stříhat, neboť by došlo k zanesení vláken do defektu a ten by se následkem toho zabarvil. Nejznámějším výrobkem je Actisorb Plus (Johnson & Johnson), který obsahuje baktericidní stříbro (Kapounová, 2007).

Algináty tvoří velké množství mořských řas. Vlákná alginátu tvoří se sekretem rány neadherující gel, který vyplní spodinu rány a způsobí potřebnou vlhkost. Současně do sebe vsakuje odcházející sekret (Kalvach, 2008). Mají také silný hemostatický účinek, proto je lze použít i u krvácejících ran, například po débridementu. Výměnu krytí provádíme jednou za 2-5 dní (Kalvach, 2008). Příklad terapeutického krytí – Algisitem (Smith+Nephew), Kaltostat (ConvaTec), Sorbalgon (Hartmann) (Stryja, 2011).

Vlastnosti hydroalginátů se stříbrem jsou bakteriostatický, baktericidní a hemostatický účinek. Hydroalgináty vytvářejí optimální vlhkost na spodině infikované rány. Výhodou tohoto materiálu je potencionální antibakteriální účinek s dobrou ochranou rány před působením exsudátu. Avšak smí přijít pouze na spodinu

defektu, nesmí přesahovat jeho okraje. Řadíme ho do skupiny tzv. primární krytí. (Stryja, 2011). Silvercel (Johnson & Johnson) náleží mezi produkty tohoto terapeutického krytí, využívá se na méně přístupných místech a lze ho stříháním potřebně upravit (Kapounová, 2007).

Hydrogelové obvazy s velkým množstvím vody mají na ránu chladivý a analgetický účinek. Napomáhají odloučení nekrotické tkáně a výrazně podporují granulační fázi (Kapounová, 2007). Při kontaktu se sekretem tvoří na povrchu rány gel. Udrží stálost vlhkého prostředí a zajišťují hydrataci spodiny. Nejznámější zástupci jsou Flamigel, Granuflex pasta (Stryja, 2011), Nu-Gel (Johnson & Johnson) (Kapounová, 2007).

V kombinaci s hydrogely se využívají neadherentní obvazy, které brání vsáknutí hydrogelu do sekundárního krytí. Nepřilnavost k povrchu defektu napomáhá k regeneraci tkáně a sekundárně minimalizuje bolestivost při převazu. Daný obvaz by měl ránu přesahovat minimálně o 2 cm (Kapounová, 2007). Příkladem používaného krytí je Adaptic (Johnson & Johnson), Atrauman, Grassolind a Mepitel (Kaňa, Kočí, 2006).

Hydrokoloidy se skládají ze dvou vrstev – absorpční a semipermeabilní (Kapounová, 2007). Toto krytí se řadí k nejstaršímu typu tzv. moderních krycích materiálů, které vycházejí z konceptu vlhkého hojení ran. Z pohledu složení se jedná o přilnavý savý hydrokoloidní obvaz s polopropustnou vrstvou z polyuretanu. Sekret z rány je při kontaktu s krytím přeměňován v gel, díky tomu dosahujeme v ráně optimální vlhkosti. Díky tomu již nic nebrání granulaci a následné epitelizaci tkáně. Polyuretanová vrstva zcela brání proti vniknutí choroboplodných zárodků. Obvaz na defektu lze ponechat až po dobu 7 dnů. Výměna se uskutečňuje až po vytvoření „puchýře“ na krytí a po viditelném zbarvení. Není potřeba přikládat sekundární krytí. (Sedláková, 2011). Před aplikací je nutno zahřát obvaz třením v dlaních, docílíme tím lepší přilnavosti (Kapounová, 2007). V praxi se nejčastěji setkáváme s přípravky Granuflex, Hydrocoll, Askina hydro, Granuflex Extra Thin a Suprasorb H. Výhodou těchto krytí je jejich vysoká voděodolnost, díky tomu lze pacienty bez problémů sprchovat (Sedláková, 2011).

Hydropolymerem tvoří několik vrstev. Kontaktní vrstva zabezpečuje ochranu rány a zároveň absorpci exsudátu do polyuretanové vrstvy, která nabobtná, ale zachovává svoji formu. Defekt nijak nezapáchá a zůstává čistý (Kapounová, 2007). Hydropolymerem podporují granulaci a urychlují epitelizaci defektu (Kaňa, Kočí, 2006). Zástupcem tohoto krytí je Tielle, který na ráně necháváme až 7 dní. Při výměně se nejprve odlepí roh obvazu a zbytek se odstraňuje pomocí tampónu navlhčeného fyziologickým roztokem nebo vodou (Kapounová, 2007).

Polopropustné obvazy polyuretany, které jsou tvořeny pěnovou polyuretanovou hmotou, příznivě ovlivňují fázi granulace a epitelizace. Velice vhodné je použití u kachektických pacientů nebo u klientů s papírovou kůží (Kapounová, 2007). Společně s exsudátem odstraňuje i zbytky odumřelých buněk. U krytí, které má adhezivní okraje, není nutné sekundární krytí (Kalvach, 2008). Nepřílnavost k defektu lze považovat za výhodu přípravku Cutinova Foam (Beiersdorf) (Kapounová, 2007). Mezi další zástupce patří Suprasorb P, Allevyn adhesive a cavity, Mepilex a Syspur-derm (Kalvach, 2008).

Další skupinu tvoří gelové obvazy. Jedná se o transparentní materiály z polyuretanů s vysokým podílem vody. Vytvářejí vhodnou vlhkost a na druhé straně absorbují nadbytečný sekret (Kalvach, 2008). Působí chladivě, snižují bolestivost a dobře se tvarují. Jako příklad lze uvést Hydrosorb, Hydrosorb komfort, GranuGel, Suprasorb G gel a Normgel (Kaňa, Kočí, 2006).

Bio-aktivní krytí, jindy označováno jako biomechanické obvazy (Kalvach, 2008), urychluje proces hojení vytvořením vhodného prostředí. Krytí nesmí přesahovat okraje defektu (Kapounová, 2007). Zástupcem je Promogram, který se skládá z oxidované celulózy a kolagenu (Kalvach, 2008). Díky svému přírodnímu původu a jedinečnému zpracování jsou zcela vstřebatelné a atraumatické. Můžeme se setkat i s výrobkem Traumacel Biodress Comfort. Výrazně urychluje proces hojení, má schopnost vázat vodu, díky tomu udržuje vlhké mikroklima v ráně (Sedláková, 2011).

Filmové obvazy se rozdělují na dva druhy – semipermeabilní a transparentní (Kapounová, 2007). Krytí je nepropustné pro mikroorganismy a vodu, ale na druhé straně zcela propustné pro kyslík a vodní páry. Kontrola rány probíhá jednoduše,

neboť krytí je průhledné. Perfektně se přizpůsobuje tvaru těla (Sedláková, 2011), ale není doporučována u lidí, kteří mají papírovou kůži (Kaňa, Kočí, 2006). Ve většině případů se využívá jako sekundární krytí, například v kombinaci s gely. V nemocnici se můžeme setkat s přípravky jako Hydrofilm, Hydrofilm Plus, Bioclusive a Suprasorb F (Sedláková, 2011).

Polyakralátové krytí obsahuje absorpční jádro. Nepřilnavý polštářek se musí před aplikací aktivovat dostatečným množstvím Ringerova roztoku. Roztok se po dobu terapie uvolňuje do defektu, zatímco na druhé straně obvaz přijímá exsudát z rány. Tím je zajišťován nepřetržitý proplach defektu (Kapounová, 2007). Výrazně podporuje autolytický débridement a snižuje riziko macerace okolí rány. Tenkovrstevná náplast je zcela hypoalergenní a voděodolná (Stryja, 2011). Příkladem výrobku je Tender-Wet (Kapounová, 2007).

#### *1.3.4 Jiné druhy léčby*

System V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) patří mezi neinvazivní metodu léčení ran za využití kontrolovaného podtlaku, který se vytváří pomocí drenážní hadičky a pěnového obvazu. Hadička se napojuje na pohonnou jednotku s dotykovým displejem. Součástí přístroje je sběrná nádoba, kam se odsává sekret z defektu (Chladková, 2009). Také se lze setkat s označením „aktivní uzávěr rány“ (Taufmanová, 2009). Negativní tlak napomáhá drenáži exsudátu z rány, a tím je dosaženo lepšího prokrvení (Kapounová, 2007). Aplikace podtlaku má za následek lepší prokrvení defektu, usnadňuje odlučování infikované tkáně, zmenšuje celkovou velikost, hloubku rány a zabezpečuje vlhké prostředí (Taufmanová, 2009). Mezi výhody této terapie lze zařadit nezatěžování organismu pacienta, snížení četnosti převazů, celkově se zmenší náklady na léčbu a sníží se spotřeba antibiotik. Účinnost této terapie je přibližně stejná jako při použití moderních antiseptických krytí se stříbrem, avšak zcela vyniká nad použitím klasické antiseptické lokální terapie (Stryja, 2011).

Fototerapie se řadí mezi moderní léčebné metody. Léčba pomocí světla je známá již řadu let. Prvé zmínky lze najít již v období starověkého Egypta a starověkého

Řecka a Říma. K rozkvětu této metody došlo až na počátku 20. století, díky dánskému vědci Finsenovi, který prokázal prospěšnost léčby kožních chorob za využití světelné stimulace (Stryja, 2011). V dnešní medicíně se využívá účinků modifikovaného světla, za pomoci bioptonových lamp, které emitují polarizované světlo. K efektům lampy patří ústup bolesti, zlepšení prokrvení tkání, tím dojde k lepšímu okysličení a zlepšení látkové výměny. Lampy se nevyužívají jen v léčbě, ale naopak i v prevenci. Doporučuje se u imobilního pacienta preventivně ozařovat predilekční místa 1-2x denně po dobu 4 minut. Avšak když už dojde k postižení, musí se doba ozařování prodloužit o 50-100 % (Kapounová, 2007).

Mezi metody débridementu rány se řadí larvoterapie. Tato metoda je využívána již od dob 1. světové války. U nekrotické tkáně dochází ke zkapalňování pomocí trávicích enzymů muších larev (tzv. mimotělní trávení). V dnešní době se využívá sterilních larev bzučivky zelené. Larvy selektivně odbourávají autolyticky změněnou nekrotickou hmotu bez toho, aby došlo k porušení zdravé granulační tkáně (Stryja, 2011). Larvy rozkládají mrtvou tkáň pomocí vyměšování trávicích enzymů, současně vzniklou polotekutou hmotu opět pohlcují (Romanelli, Flanagan, 2005). Jejich velikost se během 3-4 dnů šestinásobně zvětší. Plně vyvinuté larvy dosahují délky 8 mm, po 3-4 dnech se musí z defektu odstranit. Výhodou této metody je rychlý débridement rány, odstranění zápachu z rány, nižší spotřeba antibiotik, zkracuje se doba hojení a hospitalizace (Stryja, 2011).

#### *1.3.5 Ošetřování dekubitů v nemocničním prostředí*

Ošetřování dekubitů mohou provádět zdravotničtí pracovníci způsobilí dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) (zákon č. 96/2004 Sb.). Tento zákon je novelizován zákonem č. 105/2011 Sb. (zákon č. 105/2011 Sb.). Před začátkem ošetřování je nutné stanovení plánu následné péče. V první řadě se minimalizuje tlak na vzniklý defekt. K tomu v největší míře přispívá pravidelné polohování, které

ošetřující personál provádí dle stanoveného polohovacího plánu. K zajištění správné polohy slouží antidekubitní pomůcky. Poté na řadu přichází odstranění nekrotické tkáně a léčba lokální infekce. Dalším bodem ve stanoveném plánu je co největší podpora granulace rány. Velký význam má zvolení vhodného materiálu, aby se předcházelo traumatizaci při ošetřování defektu. Posledním bodem lze nazvat úpravu celkového stavu pacienta, včetně souběžného onemocnění. Správný vývoj v léčbě dekubitu závisí na správném ošetřovatelském přístupu a z velké části náleží do kompetence registrované všeobecné sestry. Na ošetřování pacienta se podílí multidisciplinární tým, který se skládá z nutričního terapeuta, lékaře, registrované všeobecné sestry, fyzioterapeuta a ošetřovatelky. Spoluprací s nutričním terapeutem se zajistí vhodná výživa pro pacienta a dostatek tekutin. Fyzioterapeutova snaha má za cíl brzkou vertikalizaci, obnovu hybnosti a zlepšení soběstačnosti nemocného. Při převazech se postupuje přísně asepticky, aby se zabránilo kontaminaci rány. V případě zjištění infekce se odebere vzorek na kultivaci a citlivost. Dle výsledků a ordinace lékaře se nasadí antibiotika. Materiály na ránu se vybírají dle potřeb rány. Záleží na tom, zda je rána infikovaná, zda na ní ulpívá nekróza, nebo zda obsahuje exsudát. Po poradě s lékařem ošetřující personál aplikuje zvolené krytí. Dle zvoleného materiálu zvolíme další termín pro převaz. Hodnocení účinnosti zvolené léčby probíhá ve spolupráci s pacientem a ostatním ošetřujícím a zdravotnickým personálem (Mikšová, 2006).

### *1.3.6 Ošetřování dekubitů v agenturách domácí péče*

Domácí ošetřovatelská péče znamená: „Domácí ošetřovatelská péče je součástí kontinuální zdravotní péče, jejíž pomocí se poskytují zdravotní, sociální a podpůrné služby jednotlivcům a rodinám v místě jejich bydliště a v komunitě s cílem podpory, udržování nebo navrácení zdraví, nebo alespoň dosažení maximální možné nezávislosti při současné minimalizaci důsledků neschopnosti z nemoci včetně terminálních stavů.“ (Hanzlíková, 2007, s. 247). Tato péče se konkrétně uskutečňuje díky agenturám domácí ošetřovatelské péče (ADP). Činnost ADP je právně ošetřena v zákoně č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách a Vyhláškou č. 505/2006,

kteřou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (Hanzlíková, 2007). Legislativně upravuje působení ADP i zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách), který nahradil již nevyhovující zákon č. 20/1966 Sb. (zákon č. 372/2011 Sb.). Vykonávání činnosti je podmíněno materiálním a technickým vybavením pracoviště podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 49/1993 Sb. Pracoviště musí splňovat hygienicko-epidemiologické požadavky pro bezpečný provoz (likvidace odpadů) a zahrnovat vybavení přístroji a pomůckami k ošetřování a provádění výkonů v domácí péči (Jarošová, 2007).

Ošetřovatelskou péči poskytují agentury na základě ordinace lékaře primární péče, lékaře specialisty nebo ošetřujícího lékaře z lůžkového zařízení (Hanzlíková, 2007). Financování ADP zabezpečují zdravotní pojišťovny na základě indikace lékaře. Maximální počet návštěv za den je stanoven na 3, v rozsahu 15, 30, 45 nebo 60 minut. Dále lze financovat přímou platbou od klienta při nadstandardní péči, sponzorskými dary nebo příspěvky od obcí na sociálně slabé občany (Krátká, 2008). Na tuto péči přispívá klient také z přiznaného příspěvku na péči (Jarošová, 2007). Veškeré ošetřovatelské intervence, které byly provedeny u klientů, se pečlivě zapisují do ošetřovatelské dokumentace, ať už má podobu písemnou nebo elektronickou. Dokumentace slouží k vykazování poskytnuté péče pro zdravotní pojišťovny (Krátká, 2008).

Před samotnou návštěvou klienta se musí registrovaná všeobecná sestra seznámit s ošetřovatelskou dokumentací klienta a poté připravit pomůcky, které bude při návštěvě pacienta potřebovat. I zde je péče poskytována formou ošetřovatelského procesu, probíhajícího v pěti fázích (Krátká, 2008). Nejčastěji se využívá agentur pro ošetřování chronických ran a dekubitů u klientů, pro odběry biologického materiálu, pro zabezpečení hygienické péče, monitorování fyziologických funkcí a aplikace léků (Hanzlíková, 2007). Rozsah poskytované péče závisí na ordinaci ošetřujícího lékaře. Registrovaná všeobecná sestra konzultuje s ošetřujícím lékařem stav klienta a společně vytváří plán péče a případně v průběhu poskytované péče ho upravují dle stávajícího zdravotního stavu pacienta (Krátká, 2008).



## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle**

1. Popsat nové způsoby v léčbě dekubitů.
2. Srovnat možnosti v ošetřování dekubitů v nemocničním prostředí a v agenturách domácí péče.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké jsou nové způsoby v léčbě dekubitů?
2. Jaká je ošetrovatelská péče o pacienty s dekubity v nemocničním prostředí?
3. Jaká je ošetrovatelská péče o pacienty s dekubity v agenturách domácí péče?
4. Jaké obvazové materiály se k léčbě dekubitů používají v nemocničním prostředí?
5. Jaké obvazové materiály se k léčbě dekubitů používají v agenturách domácí péče?

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použitá metoda**

Pro potřebný sběr dat byl využit kvalitativní výzkum, který byl proveden formou polostrukturovaných rozhovorů se sestrami na standardních odděleních nemocnice a se sestrami z agentur domácí péče. Před pořizováním rozhovorů byly sestaveny 2 okruhy otázek. První okruh byl stanoven pro sestry pracující na standardních odděleních v nemocnici (viz Příloha 2) a druhý pro sestry pracující v agenturách domácí péče (viz Příloha 3). Od stanovených otázek se odvíjel průběh rozhovoru, avšak v případě zajímavých odpovědí byly otázky ještě doplněny.

Rozhovory se sestrami ze standardních oddělení probíhaly na kožním, interním oddělení a oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s. Rozhovory se sestrami z agentur domácí péče byly pořizovány v Městské charitě v Českých Budějovicích a v Domácí ošetrovatelské péči a pečovatelské službě ALICE Českého červeného kříže v Českých Budějovicích.

Sestry z těchto oddělení byly vybírány záměrně, neboť na jejich odděleních je výskyt pacientů s dekubity nejčastější. Sestry ze standardních oddělení nemocnice byly označeny jako respondentky č. 1-4. Sestry z agentur domácí péče byly označeny jako respondentky č. 5-11. Všechny oslovené respondentky s pořízením rozhovoru souhlasily. Záznam rozhovoru byl pořizován písemnou formou. Respondentky byly ujištěny o anonymitě dat, a o tom, že informace poslouží pouze pro účely výzkumu k této bakalářské práci.

Na základě analýzy dat bylo stanoveno pět výsledných kategorií. První kategorie byla nazvána Prevence a ošetřování, druhá jako Převaz, třetí dostala pojmenování Sledování výskytu, čtvrtá byla označena jako Léčba a poslední Celoživotní vzdělávání.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořilo 11 všeobecných sester.

Respondentky č. 1-4 pocházely ze standardních oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. První dvě respondentky pracují na interním oddělení, další

respondentka pracuje na kožním oddělení. Čtvrtá respondentka pochází z oddělení následné péče.

Respondentky č. 5-11 pocházely z agentur domácí péče. První dvě respondentky z této skupiny pracují v Městské charitě v Českých Budějovicích. Zbýlých pět respondentek pocházelo z Domácí ošetrovatelské péče a pečovatelské služby ALICE Českého červeného kříže v Českých Budějovicích.

Tento výběr respondentů umožnil porovnat konkrétní péči o pacienty s tímto problémem na zvolených odděleních a v agenturách domácí péče. Sběr dat byl prováděn v průběhu měsíce února a března 2013.

#### 4. Výsledky

První čtyři respondentky pocházely ze standardních oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. První dvě respondentky pracují na interním oddělení. Respondentka č. 1 působí ve zdravotnictví již 16 let. Před nástupem na interní oddělení pracovala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení zdejší nemocnice. Respondentka č. 2 pracuje ve zdravotnictví 3,5 roku a toto oddělení je její první. Respondentka č. 3 pochází z kožního oddělení. Ve zdravotnictví působí od roku 1978 a na jiném oddělení nikdy nepracovala. Respondentka č. 4 působí na oddělení následné péče. Její praxe ve zdravotnictví je 27 let a během své praxe vystřídala například ortopedické oddělení, dětské oddělení zdejší nemocnice a geriatrické oddělení ve Fakultní nemocnici Plzeň. Všechny čtyři respondentky se shodly, že s klienty s dekubity se setkávají skoro denně. *„S klienty s dekubity se setkáváme, ale my je nepěstujeme. Máme totiž dobrou prevenci, ale tito klienti k nám přicházejí z domovů důchodců a z jiných oddělení, převážně z interního oddělení.“ (R4).*

Zbylé respondentky (R5-R11) pocházely z agentur domácí péče. Respondentky č. 5 a 6 pracují v Městské charitě v Českých Budějovicích. Respondentka č. 5 působí v této agentuře od roku 2003, její celková praxe ve zdravotnictví trvá již 16 let. Před nástupem do agentury pracovala v Domově důchodců na Dobré Vodě a na onkologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Respondentka č. 6 pracuje v agentuře skoro 4 roky. Ve zdravotnictví se pohybuje už 22 let, dříve pracovala na interním oddělení a chirurgické JIP Nemocnice Tábor, a.s. Poslední čtyři respondentky byly z Domácí ošetrovatelské péče a pečovatelské služby ALICE Českého červeného kříže v Českých Budějovicích. Respondentka č. 7 pracuje v této organizaci 5 let, její celková praxe ve zdravotnictví je 20 let. Před nástupem do agentury působila na infekčním a kardiochirurgickém oddělení zdejší nemocnice. Praxe respondentky č. 8 v této agentuře je 3 roky, předtím pracovala na očním oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Její celková praxe ve zdravotnictví je 18 let. Respondentka č. 9 působí v agentuře téměř 2 roky. Před nástupem do agentury pracovala na nervovém oddělení Nemocnice Strakonice, a.s. Ve zdravotnictví pracuje již 16 let. Respondentka č. 10 působí v této agentuře už 4 roky, přišla sem z apalické jednotky Nemocnice České

Budějovice, a.s. Její celková praxe ve zdravotnictví je 21 let. Respondentky z obou agentur se shodly, že s klienty s dekubity se setkávají téměř každý den. Respondentka č. 8 podala na tuto problematiku zajímavý názor: „*V dnešní době řešíme u každého druhého klienta, kterého máme v péči, problém s dekubity. Přijde mi to, že je to snad fenomén dnešní doby.*“

## **Kategorie – Prevence a ošetřování**

### Podkategorie – Pomůcky

V oblasti znalosti konkrétních antidekubitních pomůcek všechny respondentky ze standardních oddělení nemocnice prokázaly jejich znalost. Ve všech odpovědích se respondentky shodly na klínech, věnečkách, molitanových korýtkách, antidekubitních botičkách a matracích, dekubách, podložních kolečkách pod paty a lokty. Respondentka č. 1 ještě ve své odpovědi uvedla jiné pomůcky než ostatní tři respondentky. „*Dekuba, klíny, molitanové podložky, molitanová kolečka, válce, antidekubitní matrace pasivní a aktivní, hadi, korýtka. A samozřejmě jako pomůcka se dá využít také obyčejný polštář a deka.*“ (R1). Avšak proti tomu na druhé straně stojí využívání škály konkrétních pomůcek a jejich dostatek na zvolených odděleních. Přestože respondentky č. 1 a 2 pracují na interním oddělení, ve svých odpovědích se lišily. Respondentka č. 1 podala takovouto odpověď: „*Na našem oddělení používáme klíny, molitanové podložky, kolečka, válce, podložky z ovčího rouna, antidekubitní matrace, jak pasivní tak aktivní, látkové hady, korýtka a samozřejmě když dojdou originální pomůcky, tak využíváme polštáře a deky. Podle mne je množství antidekubitních pomůcek pro naše oddělení nedostačující. Nedostatek přičítám velkému počtu ležících pacientů a pak velkou měrou za nedostatek může málo finančních prostředků.*“ Oproti tomu respondentka č. 2 odpověděla následovně: „*U nás nejčastěji využíváme antidekubitní matrace aktivní i pasivní, válce, hady, botičky a dekuby. Podle mne máme dostatek těchto pomůcek, ale záleží to na konkrétní situaci, je rozdíl, zda na oddělení máme třeba jen 2 ležáky nebo zda jich máme plné oddělení.*“ Respondentky č. 3 a 4 se shodly na konkrétních pomůčkách, které využívají na daných odděleních. Nejčastěji využívají antidekubitní botičky a matrace, klíny,

molitanové podložky, dekuby, podložky z ovčího rouna, polštáře a věnečky. Obě dotázané respondentky se shodly, že na svých odděleních rozhodně nedostatkem netrpí, dokonce respondentka č. 4 odpověděla: „*Na našem oddělení rozhodně netrpíme nedostatkem. My bychom mohly pomůcky prodávat, neboť jich máme nepřeberné množství a za dobu své praxe zde na oddělení jsem nezažila, že bychom měly nedostatek.*“

I respondentky z agentur domácí péče v oblasti znalosti konkrétních antidekubitních pomůcek prokázaly jejich velkou znalost. Všechny dotázané respondentky se shodly na těchto pomůckách – věnečky, aktivní a pasivní antidekubitní matrace, klíny, antidekubitní botičky, molitanové podložky, polštáře a deky. Například respondentka č. 9 prokázala velkou znalost těchto pomůcek: „*Asi nejzákladnější pomůckou jsou aktivní nebo pasivní antidekubitní matrace, dále vakuové matrace, podložní kolečka pod lokty a paty, polštáře, deky, válce s různou výplní, ať už s gelovou výplní, nebo s polystyrovánými kuličkami, antidekubitní botičky, podložka z ovčího rouna, klíny.*“ Také respondentka č. 7 uvedla pomůcky, které žádná jiná nikdo z tázaných respondentek neuvedla. „*Z pomůcek mě napadají vakuové antidekubitní matrace, různé polštáře, válce, molitanová kola, speciální antidekubitní botičky, podložní kroužky, klíny, lůžko Clinitron, pomůcky s gelovou nebo pěnovou výplní.*“ (R7). V oblasti využitelnosti konkrétních antidekubitních pomůcek, a v tom, zda je jejich množství dostačující, se dotázané respondentky téměř shodly ve svých odpovědích. Všech sedm respondentek ve svých odpovědích uvádělo, že nejčastěji využívají antidekubitní botičky, matrace, klíny, věnečky, podložní kroužky pod lokty a paty, deky a polštáře. Respondentka č. 6 vypověděla zajímavou skutečnost v souvislosti s používáním konkrétních pomůcek: „*Využíváme antidekubitní matrace, jak pasivní, tak i aktivní, botičky, klíny, věnečky, dekuby, staré polštáře a deky. Každá rodina nemá na to, aby byla schopná zaplatit za jejich vypůjčení v ortoservisu, a proto originální pomůcky nahrazujeme používáním starých dek a polštářů, které jsou běžně dostupné v každé domácnosti.*“ Téměř všechny respondentky uvedly, že jejich agentura má dostatek pomůcek. Avšak respondentka č. 5 uvedla na toto téma: „*Samozřejmě agentura má omezené množství finančních prostředků, takže jednomu*

*klientovi je zapůjčeno omezené množství těchto pomůcek. Proto když vidíme, že by bylo zapotřebí více pomůcek, tak pověřujeme rodinu, aby si tyto pomůcky zapůjčila v ortoservisu, nebo řešíme takovouto situaci používáním starých dek nebo polštářů, neboť i takovéto pomůcky splní svoji funkci.“*

#### Podkategorie – Polohování

Respondentky z vybraných oddělení se shodly, že pod ošetřování dekubitů by na prvním místě zařadily polohování ležícího pacienta, aby se předešlo vzniku defektu. Všechny uvedly taktéž, že polohování se nesmí zanedbávat ani při již vzniklém dekubitu, aby se předešlo zbytečnému prohlubování dekubitu a zbytečnému prodlužování doby léčby. Respondentky se shodly na používání polohovacího záznamu u ležících klientů a na frekvenci změn poloh u těchto klientů. *„Každý ležící klient na našem oddělení má zaveden polohovací záznam a dle něj se řídíme při jeho polohování. Na našem oddělení pravidelně každé dvě hodiny přes den a každé čtyři hodiny přes noc polohujeme ležícího pacienta. Musím svědomitě říci, že na našem oddělení se skutečně dodržuje poctivé polohování.“ (R3).* *„Samozřejmě antidekubitní péče je péče komplexní, mezi základní prvky patří polohování klienta. Při přijetí ležícího pacienta na naše oddělení ihned zavedeme polohovací záznam a dle jeho rozpisu pravidelně pacienta polohujeme.“ (R4).*

Téměř všechny respondentky z agentury domácí péče uvedly, že na prvním místě by pod ošetřování dekubitů zařadily polohování klienta. Respondentky vypověděly, že polohování v agentuře zajišťuje pečovatelská služba nebo sama rodina klienta. *„Jedním z důležitých faktorů ošetřování dekubitů je polohování. V naší praxi máme především ležící klienty, a proto velký díl na tom, že netrpí dekubity, má pravidelné polohování, ale také to nelze říci na sto procent. Hodně záleží na přístupu rodiny, samozřejmě ke klientovi dochází naše pečovatelky, ale je důležité, aby se do péče zapojila samotná rodina.“ (R6).* Ale mezi respondentkami se našly 2, které by polohování pod ošetřování dekubitů nezařadily. *„Samozřejmě polohování je důležité, ale nezařadila bych ho pod ošetřování, neboť ho já neprovádím.“ (R8).* Také respondentka č. 9 by polohování pod ošetřování dekubitů nezařadila. Po cíleném

dotazu, proč si myslí, že tam polohování nepatří, odpověděla: „*Já si myslím, že tam nepatří, protože já konkrétně nemůžu polohování ovlivnit. S klientem strávím pouhých 15 až 30 minut a pak s klientem celý den nejsem. Tak proto tam polohování nemohu zařadit.*“ Respondentka č. 11 nedokázala říci, co vše by pod ošetřování dekubitů zařadila.

#### Podkategorie – Výživa

Další oblast, kterou respondentky ze standardních oddělení nemocnice zařadily pod ošetřování dekubitů, byla výživa. Všechny se shodly, že pokud klient strádá v této oblasti, nemůže se rána dobře hojit. Respondentka č. 4 se v souvislosti s výživou vyjádřila následovně: „*Pod ošetřování dekubitů bych zařadila dále správnou výživu. Je potřeba, aby klient dostával správnou výživu, aby nedocházelo ke strádání v této oblasti. Ležící klienti, kteří jsou na tom v oblasti výživy špatně, například nechtějí jíst nebo jedí málo, dostávají od nás pravidelně tzv. nutridrinky, kdy jeden nutridrink může klientovi nahradit jedno jídlo.*“ I respondentka č. 3 podala zajímavý názor k této problematice. „*Zařadila bych sem dále výživu, neboť od ní se odvíjí, jak se rána bude hojit. Když klient má ty nejlepší obvazové materiály, co lze na trhu sehnat, ale strádá v oblasti výživy, tak nikdy nelze dosáhnout správné léčby.*“ (R3).

Téměř všechny respondentky zařadily výživu pod ošetřování dekubitů. Všechny uváděly, že při přijetí klienta do péče edukují rodinu o správné výživě. Doporučují rodinám například nutridrinky. Respondentka č. 5 uvedla například: „*Zařadila bych sem výživu. Při přijetí klienta do naší péče a zhodnocení jeho stavu, edukujeme rodinu v oblasti výživy. Rodině klienta klademe na srdce, že klient by měl dodržovat správný pitný režim a pravidelně jíst. Když se stane, že klient je na tom hodně špatně a odmítá jíst, doporučujeme, aby zakoupili například nutridrinky. Já osobně mám velice dobré zkušenosti s těmito přípravky u lidí, kde je problematická oblast výživy.*“ Avšak respondentky se shodly na tom, že záleží na konkrétním přístupu rodiny klienta. „*Samozřejmě ke klientovi dochází naše pečovatelky třikrát denně, ale je důležité, aby se do péče zapojila rodina klienta. Neboť od správné výživy se odvíjí následné hojení defektu.*“ (R6). Respondentka č. 8 byla ve své odpovědi mírně skeptická: „*Samozřejmě*



*výživu bych zařadila pod ošetřování dekubitů, ale je těžké posoudit, zda ji všichni naši klienti dodržují. My samozřejmě rodiny klientů edukujeme, co by bylo pro klienta v rámci výživy dobré, že by měl dodržovat pravidelný pitný režim a tak dále. Ale je otázka, jak tato doporučení konkrétní klient nebo klientova rodina dodržuje, to nelze v rámci naší návštěvy u klienta posoudit.“ Pouze respondentka č. 11 se k tomuto tématu nevyjádřila.*

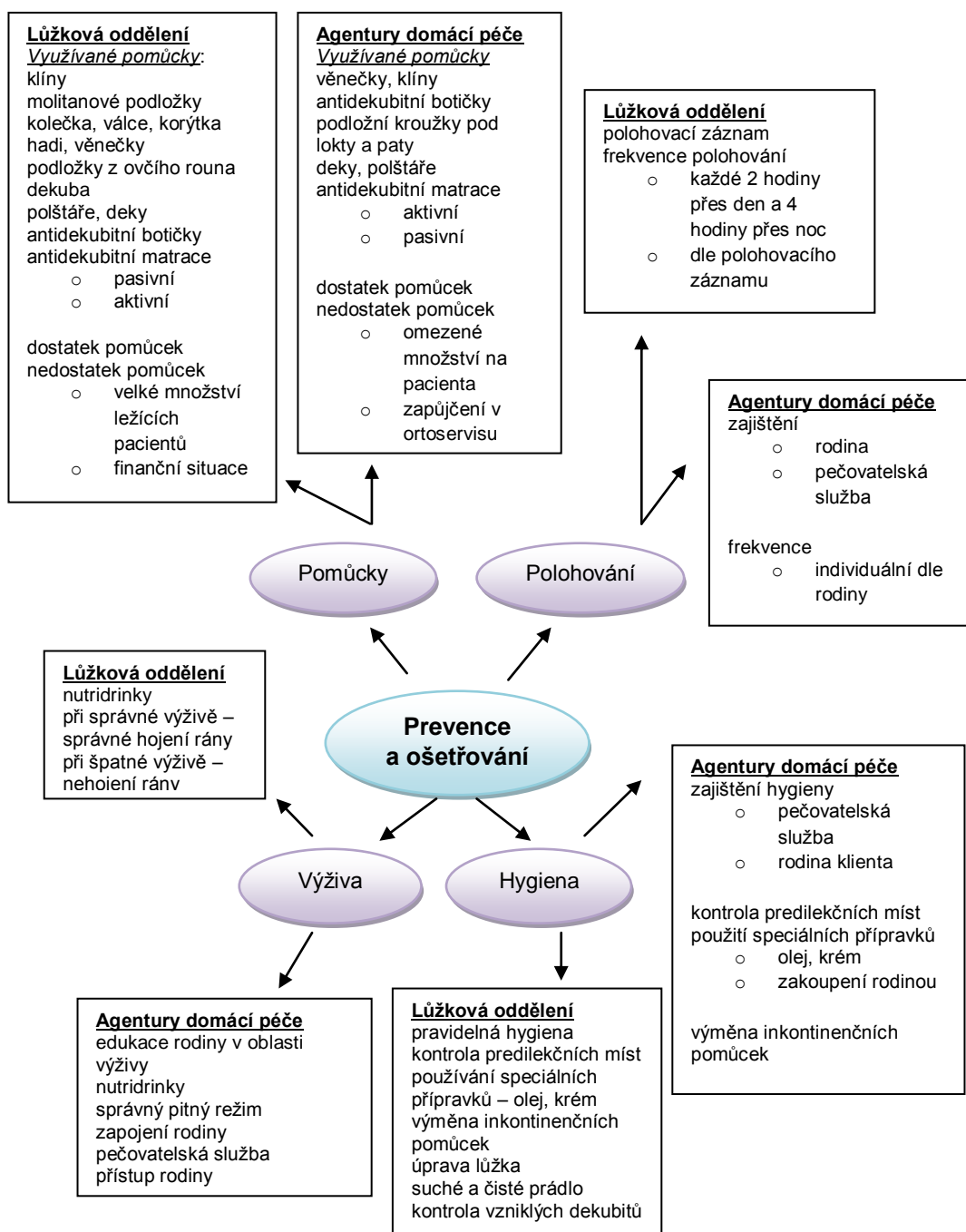
#### Podkategorie – Hygiena

Poslední oblast, kterou respondentky z nemocnice zařadily pod ošetřování dekubitů, byla oblast hygieny. Všechny dotázané se shodly na nutnosti pravidelné hygieny, na kontrole predilekčních míst a ošetření těchto míst speciálními přípravky – Menalind olej a krém. Dále všechny respondentky dbají na to, aby klient měl čisté a suché prádlo, správně ustlanou postel a na pravidelnou výměnu inkontinenčních pomůcek. Respondentka č. 2 uvedla: *„Hygiena je na našem oddělení prováděna každé ráno, kdy kontrolujeme predilekční místa a ošetřujeme je speciálními přípravky – Menalind olej a krém. Při hygieně upravujeme klientovo lůžko a měníme špinavé lůžkoviny a osobní prádlo klienta. Je důležité v pravidelných intervalech měnit inkontinenční pomůcky, abychom předešly tomu, že klientova pokožka bude zbytečně vystavena vlhkosti.“* „Jalikož na našem oddělení převážnou část pacientů tvoří imobilní pacienti, je do ranní hygieny zapojen všechen personál oddělení. Avšak přestože máme mnoho ležících pacientů, je hygiena prováděna pečlivě. Pokožka klientů je ošetřena ochrannými krémy a dbáme na to, aby měl každý klient pečlivě upravené lůžko a ležel v suchu a v čistotě. Proč zbytečně vystavovat klienta vlhkosti a podporovat maceraci kůže, když to jde i jinak. Při ranní hygieně kontrolujeme kůži klienta, zda nedošlo k poškození pokožky a kontrolujeme již vzniklé dekubity, na hygienu nasedá ihned pravidelné polohování.“ (R4).

Respondentky z agentur domácí péče se shodly, že pod ošetřování dekubitů neodmyslitelně patří hygiena, která jim poskytuje pravidelnou kontrolu predilekčních míst. Respondentky č. 5 a 6 se shodly na tom, že hygienu u nich v agentuře zajišťuje pečovatelská služba, ale není výjimkou, že si hygienu zajišťuje rodina klienta. *„Pod*

*ošetřování dekubitů bych zařadila taktéž hygienu, která má v prevenci nezastupitelnou roli, neboť při ní lze odhalit vznikající dekubity a díky ní nám je poskytována pravidelná kontrola kůže klienta. U nás zajišťuje hygienu pečovatelská služba pravidelně ráno, nebo popřípadě samotná rodina klienta.“ (R5). Respondentka č. 6 podala ještě lépe vysvětlující odpověď: „Hygienu má v prevenci nezastupitelnou roli, neboť nám poskytuje pravidelnou kontrolu nad pokožkou pacienta. Máme pod kontrolou predilekční místa a již vzniklý dekubit. Kůži klienta ošetřujeme speciálními přípravky – olej, krém. Tyto přípravky si musí rodina zakoupit sama. U většiny našich klientů zajišťuje hygienu pečovatelská služba, ale není výjimkou, že si to zajišťuje sama rodina, aby ušetřila nějaké finanční prostředky.“ S těmito dvěma respondentkami v některých částech souhlasila i respondentka č. 7, která však ještě uvedla doplňující informace. „Hygienu je důležitá v oblasti prevence nezastupitelně, neboť díky pravidelné hygieně a výměně inkontinentních pomůcek uchráníme klienta od zbytečné macerace kůže. Mám velice dobré zkušenosti s tím, kdy samotnou hygienu provádí klientova rodina. Avšak ochranné přípravky na kůži si musí rodina zakoupit sama, to my jim neposkytujeme, spíše my jim radíme, co by bylo dobré koupit a kde to lze zakoupit.“ (R7).*

## Schéma 1 – Kategorie Prevence a ošetřování



## **Kategorie – Převaz**

### Podkategorie – Obvazový materiál

V oblasti znalosti konkrétních obvazových materiálů tázané respondentky ze standardních oddělení nemocnice prokázaly orientovanost v této problematice. Všechny čtyři respondentky ve svých odpovědích uváděly nejčastěji čtverce, obinadla, hydrofilmy, mastné tyly – Grassolind, Inadine, Bactigras, Granuflex, Nu-gel a gázu. Respondentka č. 2 ve své odpovědi uvedla: *„Krytí se stříbrem, Actisorb, Inadine, Bactigras, krytí s aktivním uhlím, hydrofilmy, čtverce, gáza, vata a mnoho dalších.“* Respondentka č. 3 ještě výčet obvazových materiálů rozšířila: *„Vybavují se mi různé masti, například Braunovidon, Inadine, Mepilex, Granuflex, elastická a fixační obinadla, folie a náplasti.“* Na všech čtyřech vybraných odděleních využívají především obvazové materiály pro vlhké hojení ran, proto se respondentky shodovaly ve svých odpovědích v oblasti konkrétních materiálů a zároveň v oblasti dostatku materiálu. Respondentky se shodly na využívání především mastných tylů, Inadine, Bactigras, fólií, čtverců, hydrofilmů, krytí se stříbrem – Mepilex Ag. *„Na našem oddělení využíváme především materiály k vlhkému hojení. Nejčastěji je to Actisorb, Bactigras, krytí se stříbrem a aktivním uhlím, hydrofilmy, filmové obvazy, Flamigel a Nu-gel.“* (R2). *„Nejčastěji využíváme sterilní čtverce, folie, hydrofilmy, mastné tyly, Inadine, Bactigras, Melgisorb, Adaptic a mnoho dalších.“* (R4). Všechny čtyři respondentky se shodly, že mají dostatek obvazových materiálů. *„Dokonce bych to vyjádřila, že máme mraky obvazových materiálů. O dostatek materiálů se nám stará vrchní sestra oddělení.“* (R4).

Respondentky z agentur domácí péče se shodly, ve znalosti konkrétních obvazových materiálů, na mastných tylech, obinadlech, čtvercích, náplastech, fóliích, vatě a hydrofilmech. Některé odpovědi respondentek byly ještě o výčet materiálů bohatší. Například v odpovědi respondentky č. 6 se objevily obvazové materiály, na které si žádná z respondentek nevzpomněla. *„Vybavují se mi různé mastné tyly, samozřejmě elastické a fixační obvazy, folie, nyní jsem slyšela i o medových obvazech, hydrofilmy, krytí se stříbrem a s aktivním uhlím.“* *„Zařadila bych sem různé náplasti, mastné tyly, folie, pruban, čtverce, fixační obinadla.“* (R10). Asi nejobsáhlejší

odpověď poskytla respondentka č. 11: „*Jsou to různé hydrofilní obvazy, elastická obinadla, náplastě s polštářky, různých velikostí i na velké rány, mastné tyly, Inadine, Bactigras, Actisorb, folie, které poskytují neustálou kontrolu rány, čtverce, buničitá vata, gáza a mnoho dalších materiálů, ale to bych tady mohla sedět do večera, než bych je všechny vyjmenovala, neboť je jich nepřehledné množství.*“ Všechny sedm respondentek se shodlo na tom, že použití konkrétních materiálů je závislé, na tom, jaký konkrétní obvazový materiál předepíše obvodní lékař, lékař z nemocnice nebo co si zakoupí samotný klient nebo jeho rodina.

Respondentky ve své praxi využívají nejčastěji – mastné tyly, čtverce, obinadla, hydrofilmy, náplasti. Avšak odpovědi některých respondentek se v oblasti využitých materiálů lišily. Například respondentka č. 6 uvedla mezi výčtem používaných materiálů i použití medových obvazů. „*Většinou při ošetřování vycházíme z předepsaných materiálů lékařem, nebo co si sama klientova rodina zakoupí. Především využíváme mastné tyly, čtverce, folie, a na očištění rány buď Prontosan, nebo Dermacyn. Sama jsem jednou používala medové obvazy, ale tento materiál je z pohledu finanční stránky více náročný, proto ho tak často nevyužíváme.*“ (R6). Respondentka č. 11 ve své odpovědi uvedla ještě použití jiných materiálů: „*Já nejčastěji konkrétně využívám hydrofilmy, Peha-crep, náplasti s polštářky různých velikostí, krytí se stříbrem a uhlím.*“ Respondentky z obou agentur domácí péče si myslí, že mají dostatek obvazových materiálů. Všechny se shodly, že mají přidělené množství obvazových materiálů na jednoho klienta, a když dojde materiál, je na rodině klienta, aby zakoupila potřebný materiál sama. Nejlépe popsala danou problematiku respondentka č. 5. „*Z mého pohledu máme dostatek obvazových materiálů, ale u nás je množství závislé na finanční situaci. Při objednávání materiálů hledíme především na jejich cenu, je zbytečné objednávat předražené materiály, když stejnou funkci splní méně finančně náročné materiály. My klientovi poskytneme určité množství obvazových materiálů, avšak když tento materiál dojde, tak je na rodině, aby si tento materiál zakoupila sama.*“ (R5). Dalším zajímavým postřehem je odpověď respondentky č. 9. „*Myslím si, že máme dostatek obvazových materiálů. Na každého klienta máme vyhrazeno určité množství, my jim poskytujeme čtverce, obinadla, ale*

vše, co léčí, musí mít předepsáno od lékaře, nebo si to musí na vlastní náklady zakoupit.“ (R9).

#### Podkategorie – Vlhká terapie

Všechny čtyři respondentky ve svých odpovědích uváděly, že na jejich odděleních se především využívá vlhká terapie. Respondentky uvedly, že s touto terapií mají lepší zkušenost při hojení rány než při použití klasické obvazové techniky. Všechny zastávají názor, že vlhká terapie je léčba rychlejší, dojde k rychlejšímu zhojení defektu, přináší klientovi větší komfort, převaz je pro klienta méně bolestivý a není zapotřebí provádět převaz každý den. Vypovídající názor uvedla respondentka č. 4: „*Vlhkou terapii u nás využíváme. Já s ní mám konkrétně dobré zkušenosti, ale musí se vědět, na co konkrétně daný materiál využít, ale když uznáme, že to chce vlhké hojení, tak to funguje perfektně. Neboť při této terapii dojde k lepšímu hojení a čištění rány, celkově se zkrátí doba hojení a pro pacienta je převaz méně bolestivý a není ho potřeba provádět tak často.*“ Respondentka č. 3 mezi pozitiva vlhké terapie zařadila také ochranu okolí rány. „*Když je správně zvolené vlhké krytí, dochází k ochraně okolí defektu před zbytečnou macerací.*“ (R3).

Také respondentky z agentur domácí péče se shodly na použití vlhké terapie ve své praxi. Jako největší přednost vlhkého hojení uvedly rychlejší zhojení defektu, menší bolestivost při převazech a méně časté převazy. Zajímavý postřeh uvedla v souvislosti s použitím klasických obvazových technik respondentka č. 5. „*Pokud je léčba předepsána od lékaře, tak podáváme materiály na vyčištění zánětu, granulaci a epitelizaci. Tak se rána hojí rychle a dojde k rychlému zhojení. Avšak když lékař napíše, že se má okolí mazat zinkovou masťou a do defektu se má dávat nějaká dělaná masť, tak se hojení zbytečně prodlužuje.*“ (R5). Respondentka ještě k pozitivům vlhké terapie zařadila snadnější a rychlejší manipulaci s vlhkým krytím při převazu. Zajímavý postřeh uvedla respondentka č. 11, která se vyjádřila k finanční stránce vlhkého hojení. „*Sice pořizovací cena vlhkého krytí je vyšší než při použití klasických obvazových materiálů, ale v konečném výsledku je při použití vlhké terapie doba léčení*

*defektu zkrácena oproti tomu, kdybychom využily klasickou obvazovou techniku.“ (R11).*

#### Podkategorie – Zodpovědná osoba

Kdo konkrétně určuje obvazový materiál, který má být při převazu použit, a kdo zodpovídá za konkrétní provedení převazu, to jsou oblasti, ve kterých se tázané respondentky rozcházel. Respondentky č. 2 a 3 se shodly na tom, že za převazy si zodpovídá každá sestra ze směny, která má dané pacienty přiděleny a samozřejmě za provedení také zodpovídá staniční sestra oddělení. Obě respondentky shodně odpověděly, že konkrétní materiál pro převaz na jejich odděleních určuje lékař nebo sestra ve směně po dohodě se staniční sestrou. Oproti tomu respondentka č. 1 uvedla: *„Na našem oddělení je určena jedna sestra ze směny, která provádí všechny převazy na oddělení a konzultuje jejich ošetření se staniční sestrou. Jaký materiál bude při převazu použit, závisí na sestře určené k převazům nebo na staniční sestře. V některých případech rozhoduje o materiálu lékař, ale jen výjimečně.“* Respondentka č. 4 podala následující odpověď: *„Na našem oddělení si rozhoduje o použitém materiálu staniční sestra. Staniční sestra si sama provádí převazy, akorát o víkendech jsou pověřeny sestry ze směny, aby provedly předepsaný převaz dle pokynů, které nám staniční sestra před víkendem napíše.“* Všechny čtyři respondentky byly, ale jednotné v tom, že na jejich odděleních se nikdy převazu sám lékař neúčastní. Respondentka č. 1 uvedla v souvislosti s tímto tématem zajímavou odpověď. *„Převazu se lékař účastní jen někdy, většinou se ho zúčastní jen v případě požádání o konzultaci.“ (R1).*

Sestry z agentur si zodpovídají za provedení převazů u svých přidělených klientů. Všechny sedm respondentek se shodlo, že konkrétní materiál stanovuje ošetřující lékař klienta nebo sestra po telefonické konzultaci s vrchní sestrou nebo ošetřujícím lékařem. *„Když klient přichází z nemocnice, přináší si doporučení pro další léčbu, podle těchto doporučení se řídíme 14 dní a poté si rozhoduje o další léčbě obvodní lékař nebo vrchní sestra po první návštěvě u klienta. Občas si materiál volíme sami, ale raději vše konzultujeme telefonicky s ošetřujícím lékařem nebo s vrchní sestrou zařízení. Vždy musíme spolupracovat s ošetřujícím lékařem.“ (R5).* Respondentka č. 7

ve své odpovědi vyzdvihla důležitost spolupráce s ošetřujícím lékařem. „*O použití konkrétního materiálu rozhoduje ošetřující sestra po domluvě s ošetřujícím lékařem. Spolupráce s ním je velice důležitá, neboť on nám předepisuje zvolené krytí.*“ (R7). V rámci spolupráce s ošetřujícím lékařem byly některé respondenty mírně kritické. Například respondentka č. 11 uvedla na adresu ošetřujících lékařů nelichotivé vyjádření. „*S ošetřujícím lékařem spolupracuji jen někdy, stejně mi nic neporadí, ve většině případů jsem zcela závislá na svém rozhodnutí.*“ I respondentka č. 10 spolupracuje s ošetřujícím lékařem jen občas. „*S lékařem spolupracuji jen občas, stejně si vše rozhoduji sama.*“ (R10). Zajímavé názory byly získány v oblasti spolupráce s lékařem specialistou. Všech sedm respondentek se shodlo, že lékař – specialista se převazů u klientů v domácím prostředí neúčastní. Respondentka č. 6 však v souvislosti se specialistou uvedla: „*Nikdy se mi nestalo, aby se převazů u klienta doma účastnil specialista. Spíše když máme klienta v péči plastika nebo kožního lékaře, musí se klient sám dopravit do jeho ordinace nebo na ambulanci do nemocnice.*“ Velice pozoruhodnou odpověď poskytla respondentka č. 7. „*Specialisti se odmítají zúčastňovat převazů, prý jim to nehradí pojišťovna. Ale když jsem volala na pojišťovnu, bylo mi řečeno, že i specialista má možnost vykazovat kód, když navštíví pacienta v domácím prostředí.*“ (R7).

#### Podkategorie – Zaznamenávání péče

Všechny respondenty z lůžkových oddělení se shodly, že poskytnutá péče je zaznamenávána do formuláře – Záznam o ošetření rány (viz Příloha 4), který každý den kontroluje staniční sestra, sestra ve službě, která provádí převaz a jednou za čas ho kontroluje vrchní sestra oddělení. Respondentka č. 1 pojmenovala tento záznam ještě jinak: „*U nás na oddělení tomu nikdo jinak neřekne než převazový list.*“ Respondentka č. 3 podrobně popsala, jak na jejím oddělení probíhá zaznamenávání péče. „*Při ošetřování defektu vycházíme z předepsaných ordinací v klientově dekurzu, dále má každý klient s dekubitem zaveden Záznam o ošetření rány, ve kterém popisujeme velikost a lokalizaci defektu, sekreci rány, zápach a vzhled rány a jejího okolí. Dále tam je zapsáno, čím byl defekt ošetřen a kdy následuje další převaz. Nakonec je podpis*

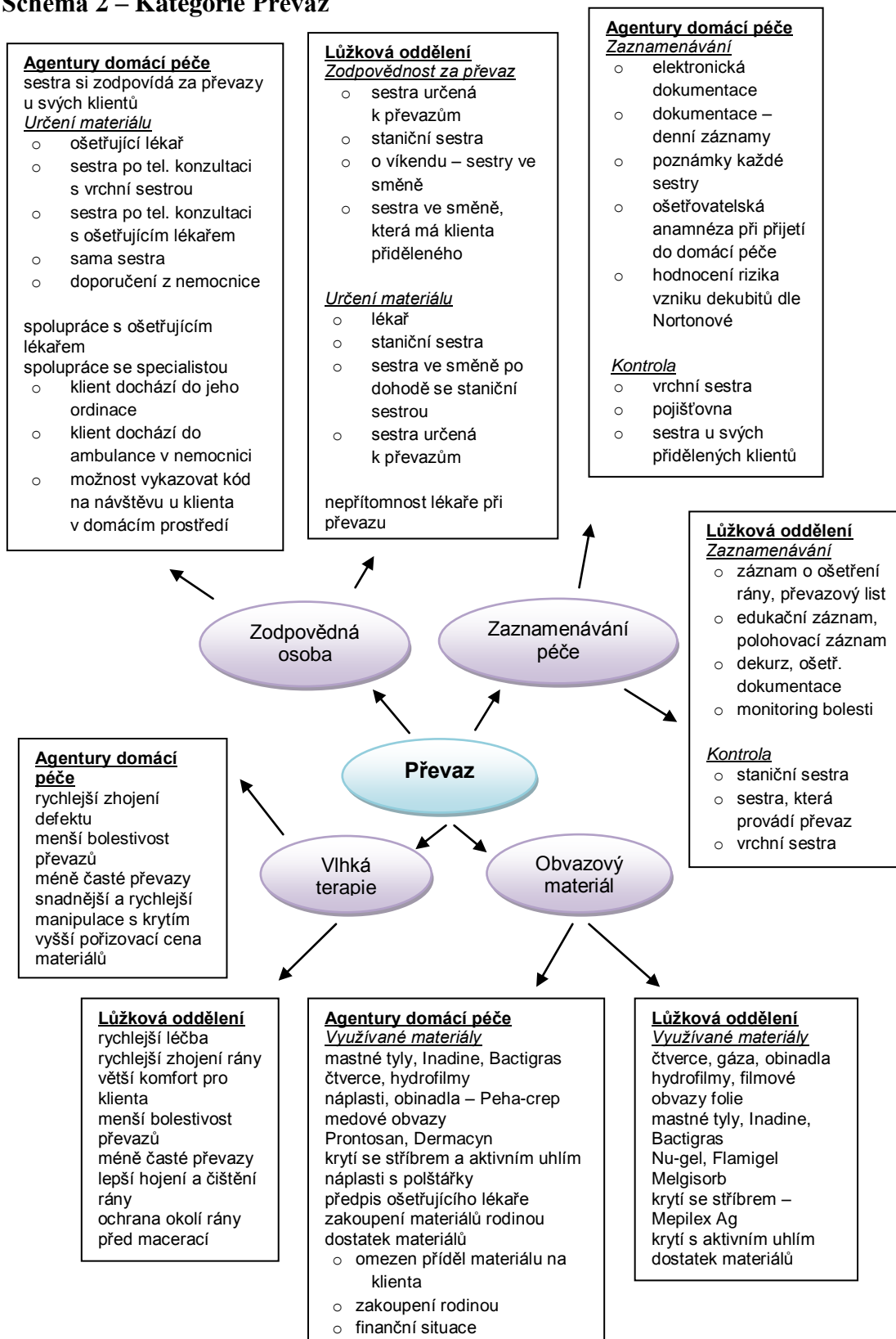


*sestry, která převaz provedla. Tento záznam pravidelně každý den kontroluje staniční sestra a jednou za čas i vrchní sestra oddělení.“ (R3). Respondentka č. 4 ještě doplnila některé formuláře. „Poskytnutou péči zaznamenáváme do edukačních záznamů, polohovacího záznamu, dekurzů, každý klient má zaveden monitoring bolesti, v neposlední řadě zaznamenáváme péči do ošetrovatelské dokumentace a do Záznamu o ošetření rány. Všechny zmíněné dokumentace podléhají pravidelné kontrole od staniční sestry a vrchní sestry oddělení.“ (R4).*

Respondentky z Městské charity v Českých Budějovicích uvedly, že poskytnutou péči zaznamenávají elektronickou cestou, kdy každý jejich klient má elektronickou dokumentaci a poté si každá sestra dělá poznámky pro sebe, aby věděla, jak se léčba defektu vyvíjí. Obě respondentky uvedly, že při přijetí klienta do péče je s ním vyplněn formulář - Ošetrovatelská anamnéza při přijetí do domácí péče (viz Příloha 5). Respondentka č. 6 tento záznam podrobně popsala. *„Při přijetí klienta do naší péče vyplňuje naše vrchní sestra společně s klientem nebo s rodinou klienta formulář – Ošetrovatelská anamnéza při přijetí do domácí péče, tento formulář obsahuje podrobnou anamnézu klienta, zhodnocení celkového stavu klienta, zhodnocení Body mass indexu, zhodnocení stavu defektů dle stupnice Hibsové, stupnici rizika vzniku dekubitů dle Nortonové, Barthelův test základních všedních činností a nakonec hodnocení rizika pádu. Poté se další návštěvy zaznamenávají do elektronické dokumentace klienta, kde se popíše vzhled a velikost defektu, způsob ošetření a okolí rány. Každá sestra zde v agentuře si ještě k této dokumentaci vede sešit, kam si zaznamenává pro sebe, jak postupuje hojení rány.“ (R6). Obě respondentky uvedly, že dokumentaci klientů pravidelně kontroluje vrchní sestra a na požádání pojišťovna. Respondentky z Domácí ošetrovatelské péče a pečovatelské služby ALICE Českého červeného kříže v Českých Budějovicích se shodly, že každý klient má zaveden svoji dokumentaci, kde se pravidelně zaznamenává poskytnutá péče, tzv. denní záznamy. Dále je každému klientovi při přijetí do péče vyplněn formulář – Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. *„Každý klient v naší péči má svoji dokumentaci, kam se zaznamenává poskytnutá péče. Každá sestra má své denní záznamy, do kterých hodnotí stav, velikost defektu a následné ošetření. Každý klient má u nás provedeno**

*hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové.*“ (R7). Respondentka č. 11 byla ve své odpovědi stručnější. *„Poskytnutou péčí zapisujeme do denních záznamů, které má každá sestra své.“* (R11). Avšak v oblasti kontroly těchto záznamů se odpovědi respondentek rozcházejí. Respondentky č. 7 a 8 odpověděly zcela stejně, že kontrola dokumentací spadá do kompetencí sestry, která má daného pacienta na starosti. Respondentka č. 9 podala následující odpověď: *„Tyto materiály kontroluje sestra, která má daného pacienta na starosti. V naší agentuře se u pacientů střídáme po 14-ti dnech, ve kterých vždy daná sestra odpovídá za odvedenou ošetrovatelskou péči. Samozřejmě si mezi sebou informace předáváme i ústně nejen písemně. Případně mezi sebou konzultujeme poskytnutou péči společně s vrchní sestrou, popřípadě s lékařem.“* Respondentky č. 10 a 11 se shodly na odpovědi, že materiály o poskytnuté léčbě kontroluje vrchní sestra agentury.

## Schéma 2 – Kategorie Převaz

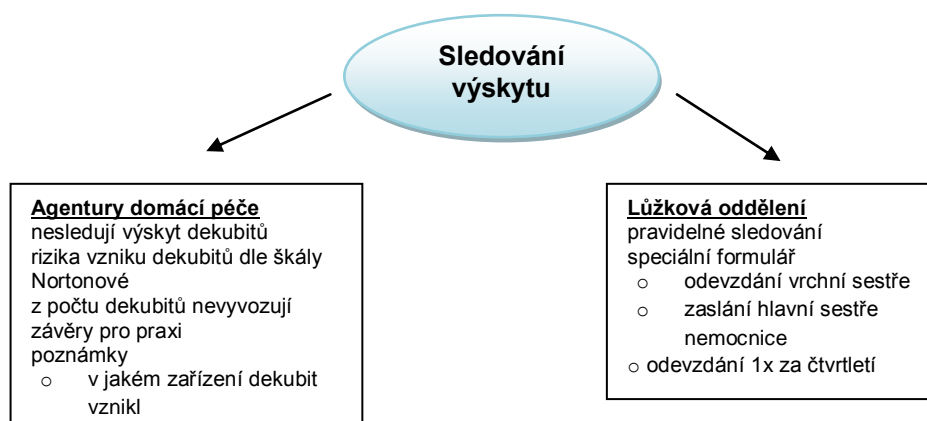


### Kategorie – Sledování výskytu

Všechny respondentky z lůžkových oddělení se shodly ve svých odpovědích na tom, že na svých odděleních sledují výskyt dekubitů a pro tento účel mají stanoven formulář (viz Příloha 6), který se jednou za čtvrtletí odevzdává vrchní sestře, která ho posílá hlavní sestře nemocnice. „Na našem oddělení sledujeme výskyt dekubitů, jako ostatně každé oddělení zdejší nemocnice v rámci předakreditačního řízení. Máme stanoven konkrétní formulář, do kterého zapisujeme jméno klienta, zda klient s dekubitem přišel nebo zda mu vznikl na našem oddělení, odkud pacient přichází, stupeň, velikost a lokalizaci defektu. Tento formulář je jednou za čtvrtletí odevzdáván vrchní sestře oddělení a ta jej zasílá hlavní sestře nemocnice.“ (R4).

Respondentky z obou agentur shodně vypověděly, že ve svých organizacích výskyt dekubitů nijak nesledují. Avšak shodly se, že si dělají poznámky o tom, zda se klientovi vytvořil defekt u nich nebo v jiném zdravotnickém zařízení. Respondentka č. 10 uvedla zajímavý názor. „Spíše než výskyt dekubitů sledujeme rizika vzniku dekubitů, které hodnotíme dle škály Nortonové.“ (R10). Respondentka č. 11 odpověděla následovně: „Nijak nesledujeme tento jev, jen při schůzích se bavíme, kolik klientů v současné chvíli trpí dekubity v naší péči. Ale žádné závěry z toho nevyvozujeme.“

### Schéma 3 – Kategorie Sledování výskytu



## **Kategorie – Léčba**

### Podkategorie – Způsob ošetření

Všechny respondentky z lůžkových oddělení se shodly, že největší rozdíl v ošetřování dekubitů v nemocničním prostředí a v agenturách domácí péče je v oblasti využití konkrétních materiálů. U většiny respondentek převládá názor, že sestry v agenturách domácí péče mají málo obvazových materiálů. Dále se respondentky shodly, na tom, že v nemocnici oproti agenturám vidí pacienta každý den lékař a můžou případně zareagovat na změnu stavu a potřeb klienta. Respondentka č. 4 poskytla zajímavý názor na tuto problematiku. *„Myslím si, že v agenturách to dělají dobře, ale jsou závislé na tom, co jim předepíše kožní nebo revizní lékař. Taky zda jim vedení schválí zrovna takový materiál, který potřebují. Nemyslím si, že to dělají hůř, ale oni mají oproti nám méně možností.“ (R4).*

Respondentky z Městské charity v Českých Budějovicích zastávají názor, že ony poskytují klientovi kvalitnější péči, než kterou by mu poskytly sestry v nemocnici. Dokonce respondentka č. 5 uvedla případ z praxe. *„Stalo se mi, ne jen jednou, že klienti k nám přicházejí v horším stavu, než v kterém jsme je tam poslaly. Avšak musím objektivně říci, že u nás je péče závislá na přístupu rodiny klienta.“ (R5).* Respondentka č. 6 si myslí následující: *„Na každého klienta máme více času, než sestry v nemocnicích. S materiálem nemusíme tak šetřit jako sestry v nemocnicích. Jako poslední výhodou naší péče je lepší vztah s rodinou klienta. Proto se domnívám, že my poskytujeme lepší péči než sestry v nemocnicích.“* Respondentka č. 7 zastává názor, že kvalita poskytnuté péče se odvíjí od přístupu rodiny. *„Záleží na přístupu rodiny, v určitých případech bych řekla, že my poskytujeme lepší péči než v nemocnici, ale v jiných případech je to naopak. Ale asi největší rozdíl mezi těmito dvěma zařízeními je v oblasti polohování. Sestry v nemocnicích klienty polohují pravidelně každé dvě hodiny, my jsme v této oblasti odkázány na rodinu klienta.“ (R7).* Respondentky č. 8, 9 a 10 uvedly, že v obou zařízeních je poskytována stejná péče. Respondentka č. 11 se svojí odpovědí lišila od všech předchozích. *„Největší rozdíl obou zařízení vidím v celkovém počtu dekubitů. V agentuře máme výrazně méně dekubitů než sestry v nemocnicích.“ (R11).*

### Podkategorie – Návaznost léčby

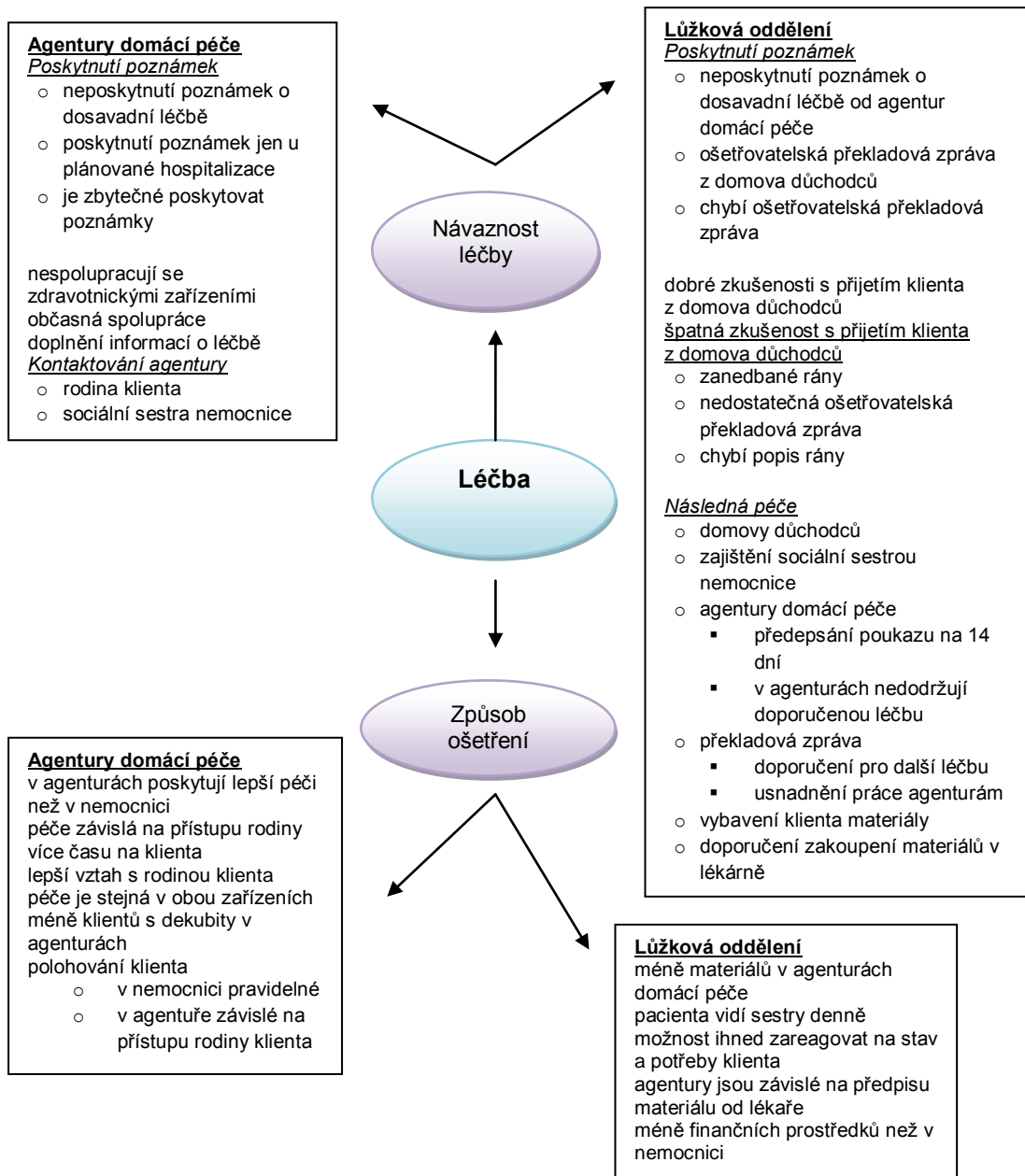
Zkušenost s přijetím klienta z domova důchodců/ z domácího prostředí a poskytnutí poznámek o dosavadní léčbě je oblast ve které se všechny respondentky shodly na tom, že agentury jim nikdy neposkytují poznámky o léčbě. Respondentky č. 1, 2 a 3 shodně odpověděly, že s klientem z domovů důchodců přichází ošetrovatelská překladová zpráva, ale respondentky uvedly, že jim přijde popis nedostatečný. Oproti tomu respondentka č. 4 řekla: *„Když přicházejí klienti z domova důchodců rovnou k nám, tak s nimi málokdy přichází ošetrovatelská překladová zpráva.“* Tři respondentky vypověděly, že s přijetím klienta z domovů důchodců mají dobré zkušenosti. Například respondentka č. 2 uvedla: *„S přijetím klienta z domova důchodců mám docela dobré zkušenosti. S klienty přichází ošetrovatelská zpráva, kde je popsána dosavadní léčba, ale většinou je popis nedostatečný.“* Zcela opačný názor zastává respondentka č. 1. *„Mé zkušenosti s přijetím klienta z domova důchodců/ z domácího prostředí jsou špatné. Pacienti přicházejí v hrozném stavu, většinou přicházejí s dekubity II. a vyššího stupně. Rány vypadají, jako kdyby nebyly měsíc převazovány. Z domova důchodců posílají s klientem ošetrovatelskou překladovou zprávu, ale ve většině případů neobsahuje dostatečné popsání defektu, a čím byl konkrétně defekt léčen. Avšak stalo se mi, že ani v této zprávě nebyl defekt napsán. Agentury nám neposkytují vůbec nic.“ (R1).*

Následná péče o pacienta je podle všech tázaných respondentek zajišťována domovem důchodců, který dostává od nemocnice překladovou zprávu, ve které je uvedena následná léčba. *„Když pacient od nás přechází do sociální péče, tak ho vybavujeme překladovou zprávou, kde je uvedeno doporučení, jak má být rána nadále ošetřována. Těžko říci, zda je toto doporučení dodržováno. Také od nás klient dostává materiál na několik převazů dopředu.“ (R3).* Popřípadě, když klient odchází do domácího prostředí, zajišťuje následnou péči podle všech respondentek sociální sestra nemocnice, která kontaktuje agenturu domácí péče po domluvě s rodinou klienta. Respondentka č. 1 k tomuto tématu řekla: *„Když si rodina přeje, aby docházela ke klientovi agentura domácí péče, poskytujeme jim kontakt na sociální pracovníci*

nemocnice a oni se s ní konkrétně domlouvají. Když sociální pracovnice kontaktuje agenturu, náš lékař předepíše poukaz na ošetřování agenturou domácí péče na 14 dní. Pacient je od nás taktéž vybavován na několik převazů dopředu.“ Respondentka č. 3 vyjádřila skeptický názor na dodržování následné léčby. „Když klient odchází do péče agentury domácí péče, náš lékař napíše poukaz na 14-ti denní péči a klient od nás dostává propouštěcí zprávu a materiál na následující 3 dny. Avšak myslím si, že v agentuře doporučenou léčbu nedodrží.“ (R3). Specifičtější názor na dodržování následné terapie vyslovila respondentka č. 4. „V propouštěcí zprávě klienta je uvedeno, jakým způsobem má být defekt ošetřován, takže agentury mají již usnadněnou práci. Každý klient je od nás vybavován materiálem na následující převazy. Pacient má nárok na materiál na 3 dny, ale já většinou chci, aby tuto léčbu dodržovali i nadále, proto jim většinou poskytnu materiál na týden, nebo jim doporučím, aby si zvolený materiál zakoupili v lékárně.“ (R4).

Téměř všechny respondentky z agentur se shodly na odpovědi, že poznámky o dosavadní léčbě zdravotnickým zařízením neposkytují. Respondentka č. 6 uvedla, že dává poznámky jen u plánované hospitalizace. „Při plánované hospitalizaci samozřejmě tyto poznámky poskytujeme, ale při neplánované hospitalizaci ne.“ (R6). Respondentka č. 11 dokonce řekla, že jí to přijde zbytečné při akutní hospitalizaci. „Neposkytuji tyto poznámky, přijde mi to zbytečné při akutní hospitalizaci.“ (R11). Respondentky uvedly, že spolupráce se zdravotnickými zařízeními probíhá málo kdy, většinou je kontaktuje sama rodina, že by měla zájem o jejich péči. „Ve většině případů nás kontaktuje rodina klienta. Ale občas i sociální sestra nemocnice.“ (R7). Respondentka č. 9 sdělila, že ke spolupráci dojde až v případě nutnosti doplnění informací. „Se zdravotnickými zařízeními spolupracujeme jen občas, většinou až v případě, když potřebujeme doplnit informace o léčbě.“ (R9). Oproti tomu respondentky č. 8 a 11 uvedly, že ony nikdy nespolupracují se zdravotnickým zařízením. „Žádná spolupráce se zdravotnickým zařízením neprobíhá. Nás kontaktuje rodina klienta.“ (R8).

## Schéma 4 – Kategorie Léčba



## Kategorie – Celoživotní vzdělávání

Až na jednu respondentku se ostatní shodly na navštěvování odborných seminářů týkajících se této problematiky. Tři respondentky navštěvují převážně semináře, které zajišťuje Nemocnice České Budějovice, a.s. Respondentka č. 2 uvedla, že se

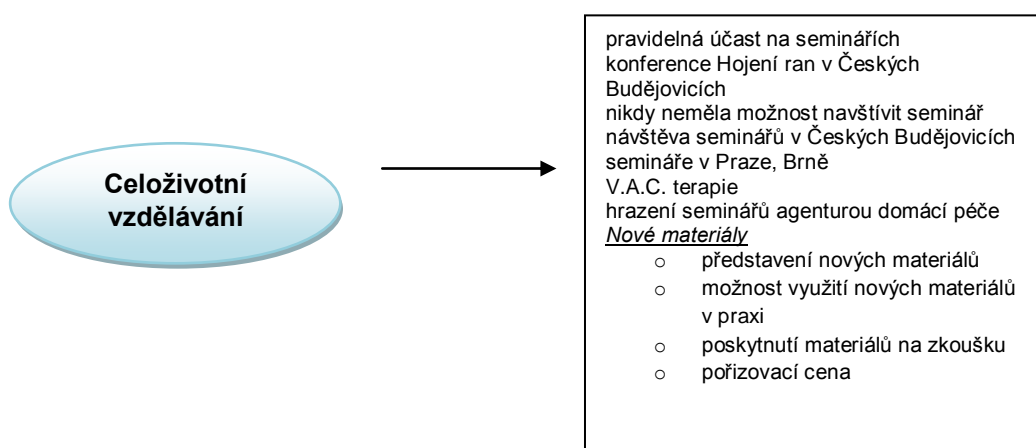


zúčastňuje výhradně seminářů v nemocnici. „Navštěvuji pouze semináře, které jsou poskytovány v rámci nemocnice. Naposledy jsem se zúčastnila semináře, který vedl primář kožního oddělení, který byl zaměřen na celkovou léčbu ran.“ (R2). Respondentky č. 3 a 4 se účastní i seminářů mimo České Budějovice. „Například posledního semináře jsem se účastnila v Brně, na tomto semináři byla prezentována V.A.C. terapie.“ (R3). „Měla jsem možnost se v poslední době zúčastnit třídní besedy v Praze, kde se probíraly výhody a nevýhody konkrétních obvažových materiálů.“ (R4). Pouze respondentka č. 1 uvedla ve své odpovědi, že se nezúčastňuje žádných seminářů. „Žádný seminář, týkající se hojení ran jsem neměla možnost navštívit. Nikdy mi ani nebyla nabídnuta možnost, se nějakého takového semináře zúčastnit. Z našeho oddělení na tyto akce dochází podle mne jen staniční sestra.“ (R1). Na uplatnění poznatků ze seminářů do praxe se respondentky ve svých odpovědích shodly. Především uváděly možnost využití nových materiálů, které pravidelně dostávají na zkoušku při zmíněných seminářích. „Seminářů se pravidelně účastní zástupci firem, od kterých dostáváme materiály, které jsou na trhu nové. Tyto materiály máme možnost vyzkoušet při své každodenní praxi. Když nám materiál vyhovuje, není problém v jeho objednání a následném využití v praxi. Avšak při objednání materiálů se podstatně hledí na jeho pořizovací cenu.“ (R3). Respondentka č. 4 se vyjádřila k finanční problematice nových materiálů. „Máme možnost využít nové materiály, ale musíme si je vybojovat. Na našem oddělení se především hledí na pořizovací cenu nových materiálů, proto sice nemáme ty nejlepší, ale máme dobré materiály.“ (R4).

I respondentky z agentur domácí péče se pravidelně zúčastňují seminářů, které se zabývají problematikou hojení ran. Respondentky z Městské charity v Českých Budějovicích uvedly, že jejich organizace jim v rámci dalšího vzdělávání vychází vstříc. „Na semináře jezdíme po celé republice, v tomto ohledu nám naše organizace vychází vstříc, neboť nám všechny tyto akce platí.“ (R5). Všechny respondentky se každoročně zúčastňují konference konané v Českých Budějovicích – Hojení ran. Například respondentka č. 5 uvedla, že v poslední době navštívila seminář zabývající se novými materiály. „V poslední době jsem měla možnost navštívit seminář v Praze,

*kde nám byly představeny materiály, které jsou nově na trhu.“ (R5). S uplatněním nových poznatků ze seminářů nemá žádná respondentka problém. Všechny se shodly na možnosti použití nových materiálů při své každodenní praxi, tyto materiály dostávají na zkoušku od dealerů firem. „Na těchto seminářích dostáváme materiály na zkoušku. Pokud se tyto materiály osvědčí, podáváme na vedení žádost, aby nám tento materiál byl zakoupen ve větším množství. Případný nákup je u nás v agentuře podmíněn jeho pořizovací cenou.“ (R6). Respondentka č. 11 uvedla k využití nových materiálů. „Získané materiály z besed a seminářů zkusíme v praxi. Když konstatujeme, že by jejich použití přineslo kladný výsledek v léčbě dekubitů, apelujeme na vedení, aby nám tyto materiály zabezpečilo do budoucna.“ (R11).*

### Schéma 5 – Kategorie Celoživotní vzdělávání



## 5. Diskuze

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče o pacienta s dekubity. Cílem práce bylo popsat nové způsoby v léčbě dekubitů a srovnat možnosti v ošetřování dekubitů v nemocničním prostředí a v agenturách domácí péče. Na základě stanovených cílů byl proveden kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů se sestrami z lůžkových oddělení a se sestrami z agentur domácí péče. Výzkumný soubor tvořilo 11 respondentek. Sestry z lůžkových zařízení byly označeny jako respondentky č. 1-4. Sestry z agentur domácí péče měly označení respondentky č. 5-11.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že jak respondentky z lůžkových oddělení, tak sestry z agentur domácí péče především dbají na to, aby předešly vzniku tohoto problému. Všechny respondentky uvedly, že se především u svých klientů v rámci prevence zaměřují na oblast polohování klienta, používání antidekubitních pomůcek, výživu a hygienu. Na základě zjištěných informací byly stanoveny čtyři podkategorie a to polohování, pomůcky, hygiena a výživa. Na důležitost polohování poukazuje Molčáková (2008) ve své publikaci, kde uvádí, že díky pravidelnému polohování dochází k potřebnému okysličování a prokrvení podkožních tkání. Respondentky z lůžkových oddělení se shodly, že každý klient má zaveden polohovací záznam, podle kterého se postupuje při jeho polohování. *„Každý ležící klient na našem oddělení má zaveden polohovací záznam a dle něj se řídíme při jeho polohování.“ (R3).* Avšak Trachtová (2010) poukazuje na fakt, že při plnění plánu se musíme řídit potřebami a přáními nemocného. Na druhé straně v agenturách je polohování zabezpečováno rodinou klienta nebo pečovatelskou službou. *„Hodně záleží na přístupu rodiny, samozřejmě ke klientovi dochází naše pečovatelky, ale je důležité, aby se do péče zapojila samotná rodina.“ (R6).* V této souvislosti proto nelze objektivně zhodnotit, jak pravidelně dochází ke změně poloh klienta v agenturách. Oproti tomu v nemocnicích polohují klienta každé 2 hodiny přes den a každé 4 hodiny přes noc. *„Na našem oddělení pravidelně každé dvě hodiny přes den a každé čtyři hodiny přes noc polohujeme ležícího pacienta.“ (R3).* Tato frekvence je zmíněna i v článku Šeflové

a Beránkové (2006), které poukazují na důležitost změn polohy každé dvě hodiny přes den, a během noci by se tento interval měl prodlužovat na 3-4 hodiny.

Při zjišťování konkrétních antidekubitních pomůcek prokázaly všechny respondentky velkou znalost těchto pomůcek. U respondentek převládaly klíny, podložní klečka pod paty a lokty, věnečky, molitanová korýtka, antidekubitní botičky a matrace, dekuby. Avšak našly se i výjimečné pomůcky v odpovědích. *„Dekuba, klíny, molitanové podložky, molitanová kolečka, válce, antidekubitní matrace pasivní a aktivní, hadi, korýtka. A samozřejmě jako pomůcka se dá využít taktéž obyčejný polštář.“ (R1).* *„Z pomůcek mě napadají vakuové antidekubitní matrace, různé polštáře, válce, molitanová kola, speciální antidekubitní botičky, podložní kroužky, klíny, lůžko Clinitron.“ (R7).* Na trhu existuje nepřehledné množství pomůcek, které mají různé výplně i tvary (Koutná, 2006). Oproti velké znalosti pomůcek stojí na druhé straně škála využívaných pomůcek při praxi. Respondentky při své praxi nejčastěji využívají klíny, molitanové podložky, dekubu, hady, věnečky, antidekubitní matrace, antidekubitní botičky a další. Z odpovědí respondentek také vyplynulo, že často nahrazují originální pomůcky polštáři a dekami. *„Každá rodina nemá na to, aby byla schopná zaplatit za jejich vypůjčení v ortoservisu, a proto originální pomůcky nahrazujeme používáním starých dek a polštářů, které jsou běžně dostupné v každé domácnosti.“ (R6).* Až na jednu respondentku z interního oddělení jsou sestry přesvědčeny, že na svých odděleních i v agenturách mají dostatek antidekubitních pomůcek. *„Nedostatek pomůcek přičítám velkému počtu ležících pacientů a pak velkou měrou za nedostatek může málo finančních prostředků.“ (R1).*

Oblast výživy jak v nemocnicích, tak v agenturách nezanedbávají. Obě zkoumané skupiny se shodly, že nemůže dojít ke správnému hojení rány, když klient strádá ve výživě. *„Když klient má ty nejlepší obvazové materiály co lze na trhu sehnat, ale strádá v oblasti výživy, tak nikdy nelze dosáhnout správně léčby.“ (R3).* Díky správné výživě je pokožka udržována vláčnou, je zajištěna vyváženost živin, minerálů a stopových prvků, zvyšuje se odolnost organismu proti infekci a zkrátí se doba léčení defektu (Formánková, 2009). U klientů z agentur domácí péče záleží na přístupu jejich rodin, neboť oni zajišťují klientovi tuto oblast. *„Samozřejmě ke klientovi dochází naše*

*pečovatelky třikrát denně, ale je důležité, aby se do péče zapojila rodina klienta.“ (R6). „My samozřejmě rodiny klientů edukujeme, co by bylo pro klienta v rámci výživy dobré, že by měl dodržovat pravidelný pitný režim a tak dále. Ale je otázka, jak tato doporučení konkrétní klient nebo klientova rodina dodržuje, to nelze v rámci naší návštěvy u klienta posoudit.“ (R8).*

Respondentky hygieně přisoudily hygieně zásadní význam, neboť díky ní mají pod stálou kontrolou predilekční místa a při ní ošetřují kůži ochrannými přípravky – olej, krém. Správná hygiena, při které používáme čisticí pěny a následně kůži ošetřujeme speciální kosmetikou, by měla být prováděna 2x denně (Kapounová, 2007). Klienti agentur si musí tyto přípravky zakoupit na vlastní náklady. *„Ochranné přípravky na kůži si musí rodina zakoupit sama, to my jim neposkytujeme, spíše my jim radíme, co by bylo dobré koupit a kde to lze zakoupit.“ (R7).* K provádění hygieny patří neodmyslitelně dle respondentek i úprava lůžka. V literatuře se uvádí, že lůžko by mělo být vždy suché, dokonale upravené a prostěradlo zcela vypnuté (Slaninová, Vegerbauer, Malý, 2012). Respondentky z agentur vypověděly, že u nich provádí hygienu buď pečovatelská služba, nebo sama rodina klienta. *„U většiny našich klientů zajišťuje hygienu pečovatelská služba, ale není výjimkou, že si to zajišťuje sama rodina, aby ušetřila nějaké finanční prostředky.“ (R6).* V neposlední řadě se dbá na pravidelnou výměnu inkontinenčních pomůcek, aby se předešlo zbytečné maceraci kůže. Inkontinenční pomůcky mají tu schopnost, že zpětně nepropustí vlhkost (Kapounová, 2007). Z těchto čtyř zmíněných podkategorií byla na konci šetření stanovena kategorie nazvaná Prevence a ošetřování (viz Schéma 1).

Získaná data, která se vztahují ke konkrétnímu ošetřování dekubitů v těchto dvou zařízeních, byla rozčleněna do dvou podkategorií. První podkategorie se týkala návaznosti léčby u klienta s dekubity. V této oblasti bylo zjištěno, že agentury domácí péče neposkytují zdravotnickým zařízením poznámky o dosavadní léčbě a ve většině případů ani s tímto zařízením nespolupracují. *„Neposkytuji tyto poznámky, přijde mi to zbytečné při akutní hospitalizaci.“ (R11).* *„Se zdravotnickými zařízeními spolupracujeme jen občas, většinou až v případě, když potřebujeme doplnit informace o léčbě.“ (R9).* Avšak proti tomu, když je přijímán klient z domova důchodců, přichází

s ním ve většině případů ošetrovatelská překladová zpráva, ale tato zpráva je dle respondentek nedostatečná. „Z domova důchodců posílají s klientem ošetrovatelskou překladovou zprávu, ale ve většině případů neobsahuje dostatečné popsání defektu, a čím byl konkrétně defekt léčen. Avšak stalo se mi, že ani v této zprávě nebyl defekt napsán.“ (R1). Zcela negativní názor proti agenturám a domovům důchodců zastává respondentka č. 1. „Mé zkušenosti s přijetím klienta z domova důchodců/ z domácího prostředí jsou špatné. Pacienti přicházejí v hrozném stavu, většinou přicházejí s dekubity II. a vyššího stupně. Rány vypadají, jako kdyby nebyly měsíc převazovány.“ (R1).

Následnou péči o klienta dle respondentek z lůžkových oddělení zajišťují domovy důchodců, kterým je poskytnuta ošetrovatelská překladová zpráva, kde se uvádí doporučená léčba. „Když pacient od nás přechází do sociální péče, tak ho vybavujeme překladovou zprávou, kde je uvedeno doporučení, jak má být rána nadále ošetřována.“ (R3). Nebo klienti odcházejí do domácího prostředí, kde péči zprostředkovává rodina klienta nebo agentura domácí péče podle doporučení v propouštěcí zprávě. Agenturu kontaktuje buď rodina klienta, nebo sociální sestra nemocnice. „Když klient odchází do péče agentury domácí péče, náš lékař napíše poukaz na 14-ti denní péči a klient od nás dostává propouštěcí zprávu a materiál na následující 3 dny. Avšak myslím si, že v agentuře doporučenou léčbu nedodržují.“ (R3). Tuto odpověď potvrzuje i tvrzení respondentek z agentur domácí péče. „Ve většině případů nás kontaktuje rodina klienta. Ale občas i sociální sestra nemocnice.“ (R7). Respondentky z lůžkových oddělení uvedly, že vybavují klienta na několik převazů dopředu. „Každý klient je od nás vybavován materiálem na následující převazy. Pacient má nárok na materiál na 3 dny, ale já většinou chci, aby tuto léčbu dodržovali i nadále, proto jim většinou poskytnu materiál na týden, nebo jim doporučím, aby si zvolený materiál zakoupili v lékárně.“ (R4).

Druhou podkategorie se týkala způsobu ošetření v těchto dvou institucích. Výzkumným šetřením bylo dosaženo zjištění, že jak sestry z lůžkových oddělení, tak sestry z agentur domácí péče si myslí, že ve svých institucích poskytují lepší péči než v té druhé. Respondentky z nemocnice zastávají názor, že agentury mají méně

finančních prostředků, méně materiálů než v nemocnicích a sestry jsou v použitých materiálech odkázané na ordinaci lékaře. „*Myslím si, že v agenturách to dělají dobře, ale jsou závislé na tom, co jim předepíše kožní nebo revizní lékař. Taky zda jim vedení schválí zrovna takový materiál, který potřebují. Nemyslím si, že to dělají hůř, ale oni mají oproti nám méně možností.*“ (R4). Respondentky č. 1-4 ještě vyzdvihly výhodu nemocnice v rámci denní kontroly defektu a možnosti ihned zareagovat na konkrétní stav a potřeby klienta. Oproti tomu sestry z agentur domácí péče vidí svoji péči jinak. „*Na každého klienta máme více času, než sestry v nemocnicích. S materiálem nemusíme tak šetřit jako sestry v nemocnicích. Jako poslední výhodou naší péče je lepší vztah s rodinou klienta. Proto se domnívám, že my poskytujeme lepší péči než sestry v nemocnicích.*“ (R6). „*Avšak musím objektivně říci, že u nás je péče závislá na přístupu rodiny klienta.*“ (R5). Tři respondentky si i myslí, že v obou institucích je poskytovaná péče na stejné úrovni. Respondentka č. 7 zastává názor, že největší rozdíl v péči je v oblasti polohování. „*Ale asi největší rozdíl mezi těmito dvěma zařízeními je v oblasti polohování. Sestry v nemocnicích klienty polohují pravidelně každé dvě hodiny, my jsme v této oblasti odkázány na rodinu klienta.*“ (R7). Těmito dvěma podkategoriemi byly zodpovězeny druhá a třetí výzkumná otázka, které se zaměřovaly na poskytování ošetrovatelské péče o pacienty s dekubity v nemocničním prostředí a v agenturách domácí péče. V závěru výzkumného šetření byla z těchto zmíněných podkategorií vytvořena kategorie Léčba (viz Schéma 4).

Z otázek zaměřujících se na ošetřování dekubitů vyplynuly výsledky týkající se použití konkrétních obvazových materiálů, využívání vlhké terapie, zaznamenávání poskytnuté péče a osoby zodpovědné za provedení převazu. Ze získaných odpovědí byly stanoveny čtyři podkategorie, byly pojmenované jako obvazový materiál, vlhká terapie, zaznamenávání péče a zodpovědná osoba. Při zkoumání znalosti obvazových materiálů se u všech tázaných respondentek vyskytovaly nejčastěji materiály určené k vlhké terapii. Především to byly mastné tyly, Grassolind, Bactigras, Granuflex, Nugal, obinadla, čtverce, hydrofilmy, folie. U některých respondentek se objevily i materiály, které se u jiných nevyskytly. „*Krytí se stříbrem, krytí s aktivním uhlím, gáza, vata a mnoho dalších.*“ (R2). Respondentka č. 5 mezi výčtem uvedla i medové

obvazy. „Nyní jsem slyšela i o medových obvazech.“ (R5). Medové obvazy mají dvojí účinek na ránu, zaprvé působí protizánětlivě a za druhé hydratují a vyživují kůži díky svému bohatému složení, tedy působí regeneračně (Šípková, 2009). Respondentky z obou institucí ve svých zařízeních využívají materiály určené k vlhké terapii, která je v posledních letech upřednostňována (Kalvach, 2008). Při své praxi využívají krytí se stříbrem, s aktivním uhlím, mastné tyly, Inadine, Bactigras, čtverce, obinadla, náplasti, hydrofilmy, folie a další. Krytí s aktivním uhlím má tu výhodu, že zajišťuje defektu čistící funkci a zároveň pohlcuje zápach z rány (Kalvach, 2008). „Většinou při ošetřování vycházíme z předepsaných materiálů lékařem, nebo co si sama klientova rodina zakoupí. Sama jsem jednou používala medové obvazy, ale tento materiál je z pohledu finanční stránky více náročný, proto ho tak často nevyužíváme.“ (R6). Obě skupiny respondentek uvedly, že mají dostatek obvazových materiálů. V agenturách je množství závislé na finanční situaci. „Z mého pohledu máme dostatek obvazových materiálů, ale u nás je množství závislé na finanční situaci. Při objednávání materiálů hledíme především na jejich cenu, je zbytečné objednávat předražené materiály, když stejnou funkci splní méně finančně náročné materiály. My klientovi poskytneme určité množství obvazových materiálů, avšak když tento materiál dojde, tak je na rodině, aby si tento materiál zakoupila sama.“ (R5). Díky tomuto šetření byla zodpovězena čtvrtá a pátá výzkumná otázka. Těmito otázkami bylo zjišťováno, jaké obvazové materiály se využívají k léčbě dekubitů v nemocničním prostředí a v agenturách domácí péče.

Vlhkou terapii využívají všechny respondentky při své praxi. Shodly se na tom, že je mnohem lepší než když by se používala klasická obvazová technika. „Vlhkou terapii u nás využíváme. Já s ní mám konkrétně dobré zkušenosti, ale musí se vědět na co konkrétně daný materiál využít, ale když uznáme, že to chce vlhké hojení, tak to funguje perfektně. Neboť při této terapii dojde k lepšímu hojení a čištění rány, celkově se zkrátí doba hojení a pro pacienta je převaz méně bolestivý a není ho potřeba provádět tak často.“ (R4). Některá krytí mají i částečný analgetický účinek (Kalvach, 2008). Respondentky z agentur také sdělily, že pořizovací cena vlhkého krytí je vyšší než při použití klasických obvazových materiálů, ale v konečném výsledku je při použití vlhké terapie doba léčení zkrácena. S tímto názorem se ztotožňuje i Stryja (2011) ve své



publikaci, kde uvádí, že v konečném výsledku se při použití vlhké terapie dosáhne rychlejšího zhojení defektu a celkově se sníží náklady na léčbu.

Poskytnutou péčí zaznamenávají na lůžkových odděleních do speciálního formuláře – Záznam o ošetření rány (viz Příloha 4) a do dekurzu klienta. „*Poskytnutou péčí zaznamenáváme do edukačních záznamů, polohovacího záznamu, dekurzů, každý klient má zaveden monitoring bolesti, v neposlední řadě zaznamenáváme péči do ošetrovatelské dokumentace a do Záznamu o ošetření rány.*“ (R4). Všechny zmíněné formuláře podléhají kontrolou staniční sestře, sestře, která provádí převaz a jednou za čas kontroluje tyto dokumenty vrchní sestra. Respondentky v Městské charitě vedou u každého klienta elektronickou dokumentaci, která slouží k vykazování poskytnuté péče pro zdravotní pojišťovny (Krátká, 2008). K zmíněné dokumentaci si ještě každá sestra vede sešit s poznámkami, kam si pro sebe zaznamenává, jak postupuje hojení rány. Každý klient má při přijetí vyplněn formulář - Ošetrovatelská anamnéza při přijetí do domácí péče (viz Příloha 5). Tyto záznamy kontroluje dle odpovědí respondentek vrchní sestra oddělení a na požádání pojišťovna. U respondentek z druhé agentury je péče zaznamenávána do tzv. denních záznamů a u každého klienta je vyplněn formulář – Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. V této agentuře kontrolují záznamy sestry u svých přidělených klientů a dále vrchní sestra agentury.

Kdo konkrétně zodpovídá za provedení převazu na vybraných odděleních, to je oblast která rozpoutala odlišné odpovědi. Respondentky č. 2 a 3 se shodly, že na svých odděleních si zodpovídá za převaz sestra u svých přidělených pacientů a samozřejmě také staniční sestra. „*Na našem oddělení je určena jedna sestra ze směny, která provádí všechny převazy na oddělení.*“ (R1). Na oddělení následné péče si převazy provádí sama staniční sestra a o víkendu sestry ve směně dle pokynů, které jim poskytne před víkendem. O použití konkrétního materiálu si na lůžkových odděleních dle výsledků šetření rozhoduje lékař, staniční sestra, sestra ve směně po dohodě se staniční sestrou nebo přímo jen sestra určená k převazům. „*Jaký materiál bude při převazu použit, závisí na sestře určené k převazům nebo na staniční sestře. V některých případech rozhoduje o materiálu lékař, ale jen výjimečně.*“ (R1). Ani na jednom z vybraných oddělení se lékař převazů nezúčastňuje. „*Převazu se lékař účastní*

*jen někdy, většinou se ho zúčastní jen v případě požádání o konzultaci.“ (R1).* V agenturách si každá sestra zodpovídá za provedení převazů u svých klientů. V obou agenturách je za výběr materiálu dle tázaných respondentek zodpovědný ošetřující lékař klienta, sestra po konzultaci s vrchní sestrou nebo s ošetřujícím lékařem, sama sestra, nebo se výběr materiálu řídí doporučením z nemocnice. V odpovědích respondentek byla vyzdvížena důležitost spolupráce s ošetřujícím lékařem. *„Spolupráce s lékařem je velice důležitá, neboť on nám předepisuje zvolené krytí.“ (R7).* Tento fakt potvrzuje i literatura, která uvádí, že registrovaná všeobecná sestra by měla konzultovat s ošetřujícím lékařem stav klienta a společně s ním vytvářet plán péče a případně v průběhu poskytované péče ho upravovat dle stávajícího zdravotního stavu klienta (Krátká, 2008). Ale také několik tázaných respondentek by se obešlo i bez jeho spolupráce. *„S ošetřujícím lékařem spolupracuji jen někdy, stejně mi nic neporadí, ve většině případů jsem zcela závislá na svém rozhodnutí.“ (R11).* Zajímavého výsledku bylo dosaženo v rámci spolupráce s lékařem – specialistou. Specialisté dle respondentek nedocházejí do domácího prostředí klienta, pacient proto musí navštívit jeho ordinaci nebo ambulanci v nemocnici. *„Specialisti se odmítají zúčastňovat převazů, prý jim to nehradí pojišťovna. Ale když jsem volala na pojišťovnu, bylo mi řečeno, že i specialista má možnost vykazovat kód, když navštíví pacienta v domácím prostředí.“ (R7).* Z těchto čtyř podkategorií vplynulo stanovení kategorie, která byla pojmenována Převaz (viz Schéma 2).

V rámci sledování výskytu dekubitů na lůžkovém oddělení a v agenturách domácí péče bylo dosaženo odlišného zjištění. Zatímco v nemocnicích je tento jev soustavně sledován, tak agentury ho nesledují. *„Nijak nesledujeme tento jev, jen při schůzích se bavíme, kolik klientů v současné chvíli trpí dekubity v naší péči. Ale žádné závěry z toho nevyvozujeme.“ (R11).* Respondentky z lůžkových oddělení mají vystaven speciální formulář (viz Příloha 6). *„Tento formulář je jednou za čtvrtletí odevzdáván vrchní sestře oddělení a ta jej zasílá hlavní sestře nemocnice.“ (R4).* V agenturách domácí péče spíše sledují, v jakém zařízení dekubit vznikl. *„Spíše než výskyt dekubitů sledujeme rizika vzniku dekubitů, které hodnotíme dle škály Nortonové.“ (R10).* Neboť

se tato oblast zaměřovala na sledování výskytu dekubitů v těchto dvou zařízeních, byla v konečném výsledku nazvána jako kategorie Sledování výskytu (viz Schéma 3).

O nových způsobech léčby a nových terapií se respondentky dozvídají v rámci odborných seminářů a besed. Respondentky z obou institucí se pravidelně seminářů zúčastňují. Pouze respondentka č. 1 neměla nikdy možnost seminář navštívit. *„Žádný seminář, týkající se hojení ran se neměla možnost navštívit. Nikdy mi ani nebyla nabídnuta možnost, se nějakého takového semináře zúčastnit. Z našeho oddělení na tyto akce dochází podle mne jen staniční sestra.“* (R1). Většina respondentek navštěvuje besedy po celé republice, akorát u respondentky č. 2 to tak není. *„Navštěvuji pouze semináře, které jsou poskytovány v rámci nemocnice.“* (R2). Pravidelná je účast na konferenci Hojení ran, která se koná každý rok v Českých Budějovicích. Respondentky z Městské charity vyzdvihly velkou podporu od agentury ve svém dalším vzdělávání. *„Na semináře jezdíme po celé republice, v tomto ohledu nám naše organizace vychází vstříc, neboť nám všechny tyto akce platí.“* (R5). V rámci seminářů se dle odpovědí respondentek mají možnost seznámit s materiály, které jsou nově na trhu. Zástupci firem jim poskytují vzorky materiálů, které mají možnost vyzkoušet v rámci své praxe. V souvislosti s novými materiály vyvstala otázka jejich ceny. Obě skupiny respondentek se shodly, že jejich pořizovací cena, hraje velkou roli. *„Když nám materiál vyhovuje, není problém v jeho objednání a následném využití v praxi. Avšak při objednání materiálů se podstatně hledí na jeho pořizovací cenu.“* (R3). *„Případný nákup je u nás v agentuře podmíněn jeho pořizovací cenou.“* (R6). Na seminářích se kromě nových materiálů mohou seznámit s novými druhy léčby, mezi které patří například V.A.C. terapie. Žádná z respondentek neměla možnost tuto léčbu použít při své praxi, přestože je dokázáno, že účinnost této terapie je přibližně stejná jako při využití moderních antiseptických krytí se stříbrem (Stryja, 2011). Díky výsledkům v této oblasti mohla být zodpovězena první výzkumná otázka, která se zabývala novými způsoby v léčbě dekubitů. Ze zjištěných dat byla nazvána tato kategorie jako Celoživotní vzdělávání (viz Schéma 5).

## 6. Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou ošetrovatelské péče o pacienta s dekubity. Cílem práce bylo popsat nové způsoby v léčbě dekubitů a srovnat možnosti v ošetrování dekubitů v nemocničním prostředí a v agenturách domácí péče.

Pro potřebný sběr dat byl využit kvalitativní výzkum, který probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů se sestrami z lůžkových oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., se sestrami z Městské charity v Českých Budějovicích a se sestrami z Domácí ošetrovatelské péče a pečovatelské služby ALICE Českého červeného kříže v Českých Budějovicích. Výzkumný soubor tvořilo 11 respondentek. Pro rozhovory z lůžkových oddělení byly zvoleny sestry z kožního, interního oddělení a z oddělení následné péče. Jak sestry ze zmíněných oddělení, tak i sestry z agentur byly vybrány záměrně, neboť s pacienty s dekubity se setkávají nejčastěji. Sestry z lůžkových oddělení byly označeny jako respondentky č. 1-4. Sestry z agentur domácí péče měly označení respondentky č. 5-11.

Na základě cílů práce bylo stanoveno pět výzkumných otázek. První otázka se zabývala novými způsoby v léčbě dekubitů. Z výzkumného šetření vyplynulo, že o nových způsobech v léčbě se dozívají sestry v rámci odborných seminářů a besed. Těchto seminářů se až na jednu respondentku všechny ostatní pravidelně zúčastňují. Na besedách jsou informovány o nových materiálech, které jsou nově dostupné na trhu a zároveň je mohou vyzkoušet v praxi. Jejich další používání závisí na pořizovacích cenách těchto materiálů. V oblasti ošetrování klientů s dekubity v nemocničním prostředí a v agenturách domácí péče byla nalezena shoda ve využívání vlhké terapie a materiálů k ní určených. Díky této terapii a konkrétním materiálům je pro klienta převaz méně bolestivý, dojde k rychlejšímu zhojení defektu a nemusí být převaz prováděn každý den. Respondentky se rozcházely v oblasti poskytnuté péče. Respondentky z agentur jsou přesvědčeny, že poskytují lepší péči než v nemocnici a samozřejmě respondentky z nemocnice zastávají opačný názor. V obou zařízeních dbají dle šetření na prevenci vzniku. Respondentky se zaměřují především na oblast výživy, hygieny, polohování a využívání antidekubitních pomůcek. Respondentky z obou zařízení uvedly, že často nahrazují originální pomůcky dekami a polštáři. Je to

z důvodu lehké dostupnosti těchto pomůcek jak na lůžkových odděleních, tak i v agenturách domácí péče. V agenturách má použití dek a polštářů podle tázaných respondentek ještě jinou příčinu. „*Každá rodina nemá na to, aby byla schopná zaplatit za jejich vypůjčení v ortoservisu, a proto originální pomůcky nahrazujeme používáním starých dek a polštářů, které jsou běžně dostupné v každé domácnosti.*“ (R5).

Cíle této práce byly splněny. Díky provedenému šetření bylo dosaženo zjištění, že by sestry z agentur měly poskytovat poznámky o dosavadní léčbě zdravotnickým zařízením, aby nedocházelo k prodlení v léčbě. Avšak tato spolupráce by měla probíhat i naopak. Práce nastínila, že sestry se pravidelně vzdělávají v oblasti nových způsobů léčby, ale v začleňování nových poznatků do praxe jim brání finanční hledisko věci. Tato práce by měla sloužit ke zlepšení ošetrovatelské péče o pacienty s dekubity a dále by měla sloužit jako studijní materiál pro studenty zdravotnických oborů k získání poznatků o dané problematice.

## 7. Seznam informačních zdrojů

ANDERS, J., A. HEINEMANN, C. LEFFMANN, M. LEUTENEGGER, F. PRÖFFENER a W. von RENTELN-KRUSE. Decubitus Ulcers: Pathophysiology and Primary Prevention. *Deutsches Arzteblatt International*. 2010, roč. 107, č. 21, s. 371-382. ISSN 1866-0452.

ČESKO. Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotní péči), ve znění pozdějších předpisů

ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy anatomie*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-886-7.

FORMÁNKOVÁ, Kateřina. Výživa, nutriční a její vliv na léčbu dekubitů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, roč. V, č. 6, s. 7-8. ISSN 1801-1349.

HANZLÍKOVÁ, Alžběta et al. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-257-1.

CHLADKOVÁ, Lucie. Moderní trendy hojení ran a defektů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, roč. V, č. 6, s. 4-6. ISSN 1801-1349.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.

KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.

KAŇA, Richard a Alena KOČÍ. Roční zkušenosti s využitím vlhkého hojení chronických ran. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 3, s. 35-40. ISSN 1210-0404.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOUTNÁ, Markéta. Řešme problémy, dokud jsou malé. In: *Léčba rány*. Praha: Galén, 2006, s. 62-68. ISBN 80-7262-413-X.

KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. ISBN 978-80-7318-726-2.

KRIŠKOVÁ, Anna et al. *Ošetrovatel'ské techniky: metodika sesterských činností*. 2. prepr. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-202-2.

MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I: Aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.

MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.

MOLČÁNOVÁ, Jana. Léčba ran a dekubitů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč. IV, č. 10, s. 14-16. ISSN 1801-1349.

NEUBERGOVÁ, Alena a Alena VAGENKNECHTOVÁ. Léčba ran. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 11, s. 44-46. ISSN 1210-0404.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetrování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2682-3.

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

RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0932-5.

ROMANELLI, Marco a Madeleine FLANAGAN. After TIME: wound bed preparation for pressure ulcers. *The Journal of the European Wound Management Association (EWMA)*. 2005, roč. 5, č. 1, s. 22-30. ISSN 1609-2759.

SEDLÁKOVÁ, Miroslava. Hydrokoloidní obvazy a jejich terapeutické použití. *Ošetrovatelská péče*. 2011, č. 3, s. 21-24. ISSN 1213-2330.

SLANINOVÁ, I., M. VEGERBAUER a J. MALÝ. Prostředky k prevenci a léčbě dekubitů pohledem farmaceuta. *Dermatologie pro praxi*. 2012, roč. 6, č. 1, s. 33-39. ISSN 1802-2960.

STARNOVSKÁ, Tamara. Výživa v prevenci dekubitů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, roč. V, č. 1, s. 17-18. ISSN 1801-1349.

STRYJA, Jan et al. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: GEUM, 2011. ISBN 978-80-86256-79-5.

STRYJA, Jan. How to rate the wound debridement trauma? *The Journal of the European Wound Management Association (EWMA)*. 2012, roč. 12, č. 1, s. 7-12. ISSN 1609-2759.

ŠEFLOVÁ, Lenka a Gabriela JANČÍKOVÁ. Postupy v prevenci a léčbě dekubitů. In: *Léčba ran a péče o pokožku*. Olomouc: Solen, 2010, s. 56-67. ISBN 978-80-87322-36-4.

ŠEFLOVÁ, Lenka a Irena BERÁNKOVÁ. Management ošetrování dekubitů. *Interní medicína pro praxi*. 2006, č. 5, s. 252-256. ISSN 1212-7299.

ŠÍPKOVÁ, Vladimíra. Medová léčba chronických ran. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 1, s. 54-55. ISSN 1210-0404.



TAUFMANOVÁ, Blanka. Používání vakuového systému při hojení ran. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, roč. V, č. 1, s. 14-16. ISSN 1801-1349.

TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezm. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 80-7013-324-4.

Vyhláška MZ ČR č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče

VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné: Obecná část*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.

ŽŮČKOVÁ, Kateřina a Markéta ČELIKOVSKÁ. Prevence dekubitů, polohování a posun v péči o pacienty s inkontinencí stolice. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč. IV, č. 5, s. 4-6. ISSN 1801-1349.

## **8. Klíčová slova**

dekubitus

vlhká terapie

prevence

ošetřování

antidekubitní pomůcky

## **9. Přílohy**

Příloha 1: Hodnotící škály rizika vzniku dekubitů

Příloha 2: Okruh otázek pro sestry z lůžkových oddělení

Příloha 3: Okruh otázek pro sestry z agentur domácí péče

Příloha 4: Záznam o ošetření rány

Příloha 5: Ošetřovatelská anamnéza při přijetí do domácí péče

Příloha 6: Sledování výskytu dekubitů

**Příloha 1: Hodnotící škály rizika vzniku dekubitů**

Příloha č. 3

Přepřacovaná stupnice Nortonové										
Datum	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
	úplná 4	<10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	dobrý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	
	malá 3	<30 3	alergie 3	DM, zvýš. teplota, anemie, kachexie 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprovodem 3	částečně omezená 3	občas 3	
	částečná 2	<60 2	vlhká 2	ucpávání tepen, obezita 2	špatný 2	zmatený 2	seďačka 2	velmi omezená 2	převážně moč 2	
	žádná 1	>60 1	suchá 1	karcinom 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	moč + stolice 1	
									Součet	
Nebezpečí dekubitu vzniká při 25 bodech a méně										
Jmenovka a podpis sestry:										

standard č. 005

**Zdroj:** Nemocnice České Budějovice, a.s.

## **Příloha 2: Okruh otázek pro sestry z lůžkových oddělení**

1. Jak dlouho již působíte ve zdravotnictví?
2. Pracovala jste ještě na jiném oddělení? Pokud ano, na jakém?
3. Jak často se setkáváte s klienty, kteří mají dekubity?
4. Co vše byste zařadila pod ošetřování dekubitů?
5. Jaké znáte antidekubitní pomůcky?
6. Jaké antidekubitní pomůcky používáte na vašem oddělení?
7. Máte z Vašeho pohledu dostatek antidekubitních pomůcek? Pokud ne, v čem myslíte, že spočívá problém v nedostatku?
8. Jaké znáte konkrétní obvazové materiály?
9. Jaké typy obvazových materiálů využíváte při léčbě dekubitů?
10. Používáte na oddělení metodu vlhkého hojení? Jaké s ním máte konkrétní zkušenosti? Pokud nevyžíváte, proč?
11. Vidíte rozdíl v léčbě za použití vlhké terapie oproti klasické obvazové technice? Pokud ano, konkretizujte tento rozdíl.
12. Máte z Vaše pohledu dostatek obvazových materiálů? Pokud ne, v čem myslíte, že spočívá problém nedostatku?
13. Kam a jak zaznamenáváte provedenou péči u klienta s dekubity. Máte stanoveny konkrétní formuláře?
14. Kontroluje někdo tyto záznamy? Pokud ano, tak kdo konkrétně.
15. Kdo na Vašem oddělení zodpovídá za provedení převazů? Je určena nějaká sestra konkrétně nebo je provádí sestra ve službě?
16. Sledujete na Vašem oddělení/ ve Vašem zařízení výskyt dekubitů? Pokud ano, tak jak se tento výskyt zaznamenává (kam konkrétně). Zda se někde tato skutečnost hlásí a zda se nějak mění péče.
17. Kdo rozhoduje, jaký materiál bude při převazu použit?
18. Účastní se na Vašem oddělení převazu lékař?
19. Navštěvujete odborné semináře nebo besedy, které se týkají problematiky léčby dekubitů? Pokud ano, které konkrétně se za poslední 2 roky navštívila.

20. Máte možnost uplatnit vědomosti z odborných seminářů v praxi? Pokud ne, co Vám konkrétně brání v uplatňování nových poznatků?
21. Myslíte si, že se v nemocničním prostředí ošetřují dekubity jiným způsobem než v agentuře domácí péče? Pokud ano, v čem konkrétně vidíte rozdíl.
22. Kdo konkrétně zajišťuje péči o pacienta s dekubitem po jeho propuštění? Jaká je Vaše konkrétní zkušenost?
23. Jaké zkušenosti máte s přijetím pacienta z domácího prostředí/ z DD apod.? Myšleno ve smyslu, jak často Vám přicházejí klienti s dekubity z domácího prostředí/ z DD apod. Popřípadě máte zkušenost s tím, že by s klientem přišly poznámky o jejich dosavadní léčbě defektu.

**Zdroj:** vlastní

### **Příloha 3: Okruh otázek pro sestry z agentur domácí péče**

1. Jak dlouho pracujete v agentuře domácí péče?
2. Jak dlouho již pracujete ve zdravotnictví?
3. Na jakém oddělení jste působila před nástupem do agentury domácí péče?
4. Jak často se setkáváte s klienty s dekubitou?
5. Co vše byste zařadila pod ošetřování dekubitů?
6. Jaké znáte antidekubitní pomůcky?
7. Využíváte ve Vaší praxi antidekubitární pomůcky? Pokud ano, tak jaké konkrétně.
8. Máte z Vašeho pohledu dostatek antidekubitních pomůcek? Pokud ne, v čem myslíte, že spočívá problém nedostatku?
9. Jaké znáte konkrétní obvazové materiály?
10. Jaké obvazové materiály využíváte pro jejich ošetřování?
11. Máte z Vašeho pohledu dostatek obvazových materiálů? Pokud ne, v čem myslíte, že spočívá problém nedostatku?
12. Využíváte techniku vlhkého hojení? Jaké s ním máte konkrétní zkušenosti? Pokud nevyžíváte, v čem vidíte problém.
13. Vidíte rozdíl v léčbě za použití vlhké terapie oproti klasické obvazové technice? Pokud ano, konkretizujte tento rozdíl.
14. V čem vidíte rozdíl při ošetřování dekubitů v agenturách domácí péče oproti nemocnici?
15. Kam a jak zaznamenáváte provedenou péči u klienta s dekubitou. Máte stanoveny konkrétní formuláře?
16. Kontroluje někdo tyto záznamy? Pokud ano, tak kdo konkrétně.
17. Navštěvujete odborné semináře nebo besedy, které se týkají problematiky léčby dekubitů? Pokud ano, tak jaké konkrétně jste za poslední 2 roky navštívila.
18. Máte možnost uplatnit vědomosti z odborných seminářů v praxi? Pokud ne, co Vám konkrétně brání v uplatňování nových poznatků?
19. Kdo rozhoduje o způsobu léčby dekubitů, zvoleném krytí?

20. Spolupracujete při ošetřování s lékařem, který doporučil poskytnutí ošetřování z agentury domácí péče?
21. Účastní se někdy převazů – lékař specialista?
22. Jak tato spolupráce konkrétně vypadá, jak byste ji charakterizovala?
23. Spolupracujete se zdravotnickými zařízeními při propuštění pacienta z jejich péče?
24. Pokud ano, jak konkrétně spolupráce vypadá?
25. Poskytujete poznámky o dosavadní léčbě dekubitu, při nutné hospitalizaci klienta ve zdravotnickém zařízení?
26. Sledujete výskyt dekubitů u klientů, kteří jsou ve Vaší péči? Pokud ano, tak jak se tento výskyt zaznamenává (kam konkrétně). Zda se někde tato skutečnost hlásí a zda se nějak mění péče.

**Zdroj:** vlastní



## Příloha 4: Záznam o ošetření rány



### Záznam o ošetření rány vstupní údaje

JMÉNO: (nalepit štítek)

DATUM:

ZAPSAL/A:

#### CELKOVÝ STAV PACIENTA

- věk
- podvýživa
- diabetes mellitus
- srdečně cévní onem.
- onemocnění periferních cév
  - tepen
  - žil
- imobilita
- obezita
- infekční onemocnění
- anemie
- alergie

VELIKOST RÁNY			
lokalita			
dělka			
šířka			
hloubka			

#### FÁZE HOJENÍ

- epitelizace
- granulace
- fibrin. povlak
- nekróza

#### ANALÝZA RÁNY

- dekubitus
- ulcus cruris
- gangréna
- jiná .....

#### OKRAJE RÁNY

- ohraničené
- neohraničené
- klidné
- edém

CELKOVÁ LÉČBA .....

#### BOLEST

- ano VAS:
- ne
- občas
- při převazu VAS:

#### SEKRET Z RÁNY

- bílý
- žlutý
- zelený
- krvavý

#### SEKRECE Z RÁNY

- žádná
- mírná
- střední
- profúzní

#### ZÁPACH

- ano
- ne

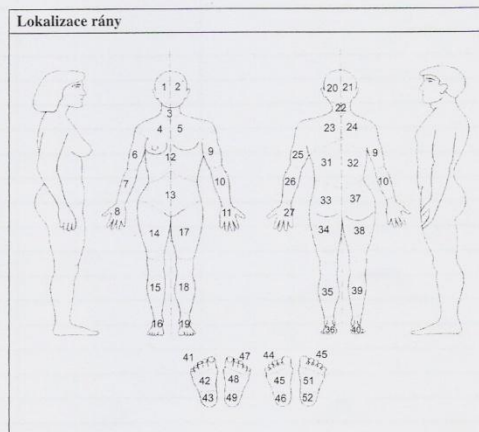
#### ANTIDEKUBITÁRNÍ POMŮCKY

- ano
- ne

#### KOMPRESIVNÍ TERAPIE


- ano
- ne

#### DALŠÍ PŘEVAZ:





## Příloha 5: Ošetřovatelská anamnéza při přijetí do domácí péče

 <b>MĚSTSKÁ CHARITA ČESKÉ BUDĚJOVICE</b> Žižkova 12/309 370 01 České Budějovice <small>Evidovaná právnická osoba u Ministerstva kultury ČR dne 14.10.1998          pod ev. č. 811-05-715/1998 IČ: 60672709</small> Charitní ošetřovatelská služba, IČZ: 32902002	
<b>OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA PŘI PŘIJETÍ DO DOMÁCÍ PÉČE</b>	
Příjmění, jméno, titul:	
Rodné číslo:	Číslo pojišťovny:
Datum narození:	Pohlaví: žena - muž
Adresa trvalého pobytu(PSČ):	
Adresa poskytování dom. péče:	
Telefon:	
Ošetřující lékař:	
Příbuzní (jméno, adresa, telefon):	
Datum zavedení DP:	
Hlavní diagnóza:	
Vedlejší diagnózy:	
Ošetřovatelské výkony (kódy):	
Výška:	cm      Váha:
	kg
Jak se pacient cítí:	
Sociální podmínky, bydlení: sám – partner/ka – s rodiči – manžel/ka – s dětmi – DPS panelový dům (patro):                      výtah: ne - ano                      rodinný dům – jiné:	
Pečovatelská služba: ne – ano (jaké činnosti):	
Vědomí: při vědomí – somnolentní – sopor – kóma	
Paměť: neporušená – zapomíná – špatně si vybavuje	
Pozornost: úmyslná – neúmyslná – stálá – nestálá – je roztržitý/á – jiná:	
Orientace: v čase:                      plně orientován – dezorientovaný/á v prostoru:                      plně orientován – dezorientovaný/á v osobě:                              plně orientován – dezorientovaný/á	
Řeč: plynulá – zárazy – dysartrie – afázie senzorická – afázie motorická – dyslalie – nemý/á	
Zrak: normální – zhoršený P/L – nevidomý/á kompenzační pomůcky: brýle – čočky – protézy P/L	
Sluch: v pořádku – zhoršený P/L – neslyšící – šelest kompenzační pomůcky: ne – ano –P/L (druh):	
Puls: frekvence:	
Dýchání: dušnost: klidová – po námaze – bez dušnosti      kašel: ano - ne      sputum (jaké): odsávání: ano – ne      tracheostomická kanyla: ne - ano (druh):                      datum zavedení:	
Krevní tlak:	TT:
Poloha těla: aktivní – pasivní – vynucená	
Chůze: přirozená – paretická – kolébavá – kulhání – parkinsonská – ataxie – spastická – antalgická jiná:	
Abnormální pohyby: tremor – choreatické – atetoidní - akineze – tik – jiné:	





**Medikace:**


**Poznámky:**

**ZHODNOCENÍ BODY MASS INDEX**

$$\text{BMI} = \frac{\text{Hmotnost (kg)}}{\text{Výška (m)}^2}$$

BMI	Kategorie (podle WHO IOTF)	Zdravotní rizika
<18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 – 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	<26,9 lehce zvýšená >27,0 zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita – I.stupeň	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita – II.stupeň	Vysoká
>40,0	Obezita – III. stupeň	Velmi vysoká



MĚSTSKÁ CHARITA ČESKÉ BUDĚJOVICE  
Žižkova 12/309 370 01 České Budějovice

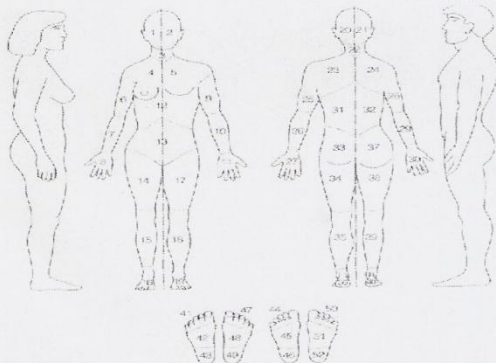
Evidovaná právnická osoba u Ministerstva kultury ČR dne 14.10.1998  
pod ev. č. 81-05-715/1998 IČ: 60072709

Charitní ošetrovatelská služba, IČZ: 32902002

## ZHODNOCENÍ STAVU DEFEKTŮ/DEKUBITŮ PŘI PŘÍJMU DO DOMÁCÍ PÉČE

### Klasifikace dekubitů dle Hibsové:

- I. Zarudnutí, bez porušení kůže
- II. poškozená kůže, odřenina, puchýř
- III. ztráta kůže i podkoží v celé šíři – nekróza
- IV. rozsáhlé poškození okolních struktur – fascie, svaly, kost



Poznámky:

	Lokalizace:	Typ defektu:	Velikost v cm:	Hloubka v cm:
Defekt č. 1			X	
Defekt č. 2			X	
Defekt č. 3			X	
Defekt č. 4			X	
Defekt č. 5			X	
Defekt č. 6			X	

**Okolí defektu:** klidné – suchá kůže – otok – hematom – zarudnutí – ekzematizované – macerace - teplé

**Okraje defektu:** hladké – klidné – podmínované – choboty – pístěle- nekrotické - krvácející

**Spodina defektu:** nekróza – šedá – žlutá – bílá – granulující – epitelizující – čistá - secernující

**Povlak defektu:** bez povlaku – krusty – žlutý - bílý

**Sekrece z defektu:** žádná – mírná – střední – profuzní

**Sekret z rány:** žádný – serózní – krvavý – krvavě serózní – zapachající - hnisavý

**Bolest defektu:** stálá – občas – nikdy – při převazu

**Ordinovaná léčba:**

## MODIFIKOVANÁ STUPNICE RIZIKA VZNIKU DEKUBITU DLE NORTONOVÉ

Základní tabulka hodnocení rizika

Motivace a ochota ke spolupráci	Věk	Stav kůže	Souběžná onemocnění	Somatický stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
Plná	< 10	Intaktní	Žádná	Dobry	Jasně vědomí	Chodící bez pomoci	Plná	Žádná	4
Malá	10 - 30	Lehké změny	Lehká forma	Obstojný	Apatie	Chodící s pomoci	Částečně omezená	Občasná	3
Částečná	30 - 60	Střední změny	Střední forma	Špatný	Zmatený	Závislý na invalidním vozíku	Velmi omezená	Převážně moč	2
Žádná	> 60	Těžké změny	Těžká forma	Velmi špatný	Stupor až bezvědomí	Ležící	Zcela omezená	Moč i stolice	1

Postup při hodnocení:

1. Vyberte vhodný popis pacienta (4, 3, 2 nebo 1 bod) v každém z devíti nadpisů a výsledek zaznamenejte do volného pole pod stupnicí
2. Výsledek sečtěte
3. Výsledek přeneste z karty do sběrného (elektronického) záznamu.
4. Nebezpečí proleženin je při 25 bodech a méně, v tom případě se musí naplánovat profylaktická opatření

### ZHODNOCENÍ RIZIKA PÁDU U KLIENTA

<b>Pohyb</b>	Neomezený	0
	Používá pomůcky	2
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
<b>Vyprazdňování</b>	Nevyžaduje pomoc	0
	V anamnéze nykturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
<b>Medikace</b>	Vyžaduje pomoc	0
	Neužívá rizikové léky	1
<b>Smyslové poruchy</b>	Užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny	1
	Žádné	0
<b>Mentální status</b>	Vizuální (významný – slepota, vysoké dioptrie bez korekce apod.), sluchový a smyslový deficit	1
	Orientován	0
	Občasná/noční desorientace	1
<b>Věk</b>	Dřívější desorientace/demence	1
	18 – 75	0
<b>Celkem</b>	75 a výše	1

0 bodů – bez rizika

3 více – klient je ohrožen rizikem pádu



MĚSTSKÁ CHARITA ČESKÉ BUDĚJOVICE  
Žižkova 12/309 370 01 České Budějovice

Evidovaná právnická osoba u Ministerstva kultury ČR dne 14.10.1998  
pod ev. č. 811-05-715/1998 IČ: 60072789

Charitní ošetrovatelská služba, IČZ: 32902002

### BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (ADL – Activities of Daily Living)

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	<b>Kontinence moči</b>	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	<b>Kontinence stolice</b>	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>Celkem</b>			

Hodnocení stupně závislosti: \*\*

**ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

**ADL 3** 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

**ADL 2** 65 – 95 bodů **lehká závislost**

**ADL 1** 96 – 100 bodů **nezávislý**

\* zaškrtněte jednu z možností

\*\* zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

**Datum:** .....

**Zpracoval/a sestra:** .....

**Podpis:** .....

**Zdroj:** Městská charita České Budějovice



