

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S DEKUBITEM

Bakalářská práce

JANA VAŇÁKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD., RS

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2011-03-31

Datum obhajoby práce: 2011-06-

Praha 2011



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

VAŇÁKOVÁ Jana
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 4. 2010 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s dekubitem

Nursing Care of the Patient with Decubitus

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD.

V Praze dne: 29. 10. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

.....

ABSTRAKT

VAŇÁKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská péče o pacienta s dekubitem*. Praha 2011. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Bakalář v oboru všeobecná sestra. Vedoucí práce: doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD., RS Praha. 2011. s. 63

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s dekubitem. Práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou shrnuty základní informace nejen o anatomii kůže, charakteristice dekubitů, ale i o problematice jako jsou příčiny, patologie, prevence, léčba a popis ošetrovatelské péče pro pacienta s dekubitem. Praktická část se skládá z anamnézy konkrétního pacienta s dekubitem, průběhu hospitalizace, fyzikální vyšetření sestrou a ošetrovatelské anamnézy dle Marjory Gordon. V praktické části jsme dospěli k tomu, že ošetrovatelská péče by měla být komplexní, individuální a sestře slouží nejen k tomu, aby o pacienta aktivně pečovala, ale aby si uvědomila potřeby pacienta, cíle a nutné úkony pro dosažení optimálního stavu.

Klíčová slova: Dekubit. Léčba. Ošetrovatelská péče. Prevence. Příčiny.

VAŇÁKOVÁ, Jana. *Nursing care of a Patient with Decubitus*. Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor. Supervisor: doc. PhDr. Petronela Lauková, PhD., RS Prague. 2011. 63 pages.

The main topic of my bachelor thesis is nursing care of a patient with decubitus. The work is divided into two parts: theoretical and practical part. The theoretical part contains the basic information not only about anatomy of the skin, the characteristics of decubitus but also the causes, pathology, prevention, treatment, and a description of nursing care of patients with decubitus. The second, practical part of this work describes a specific patient with a decubitus during hospitalization, physical examination by a nurse and nursing history according to Marjory Gordon. In the practical part we should have in our mind that nursing care should be comprehensive, individual and nurse's task is not to take care of patients only but be aware of patient's needs, aim, came to that nursing care should be complex, individual and necessary steps to achieve an optimal state.

Keywords: Decubitus. Therapy. Nursing care. Prevention. Causes.

PŘEDMLUVA

K výběru tématu naší bakalářské práce nás vedlo to, že i když žijeme v době velkého rozvoje vědy a medicínských oborů, kdy máme možnost k terapii ran používat moderních materiálů, které velmi výrazně usnadňují léčbu chronických ran, tak stále jsou dekubity častým a velmi závažným problémem. Měli bychom si uvědomit, že dekubity jsou nejen velkou zátěží pro samotné nemocné, ale také jejich léčba je finančně náročnější, než předcházení jejich vzniku. Při vypracování jsme čerpaly jak z odborné literatury, dokumentace pacienta, tak i z naší praxe v nemocnici.

Cílem práce je seznámit čtenáře s tímto onemocněním, jak předcházet vzniku, správnou léčbou a ošetrovatelskou péčí.

Práce je určena pro studenty oboru všeobecná sestra, dále je určena pro zdravotní sestry a pro nižší zdravotnický personál od ošetrovatelek až po sanitářky na odděleních, kde se dekubity vyskytují nejčastěji.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí doc. PhDr. Petronele Laukové, PhD., RS za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady a podporu.

Obsah:

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 CHARAKTERISTIKA DEKUBITŮ	10
1.1 Popis kůže (cutis, řec.derma), struktura	10
2 ETIOLOGIE DEKUBITŮ	13
2.1 Rizikové faktory způsobené změněným zdravotním stavem	16
2.2 Predilekční místa	17
2.3 Hodnocení rizika vzniku dekubitů.....	19
3 PATOLOGIE DEKUBITŮ	21
3.1 Klasifikace tlakových lézí	21
3.2 Heterotopické osifikace	23
3.3 Maligní zvrát v tlakové lézi.....	23
4 PREVENCE	24
4.1 Polohování.....	24
4.2 Používání antidekubitních pomůcek a jejich druhy.....	25
4.3 Hygiena.....	26
5 LÉČBA	27
5.1 Krycí prostředky	29
5.2 Čistící prostředky, krémy a masti	30
5.3 Výživa.....	31
6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DEKUBITY	32
PRAKTICKÁ ČÁST	36
7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S DEKUBITEM	36
7.1 Ošetřovatelská anamnéza podle M. Gordon.....	43
8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	59
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	64
PŘÍLOHY	65

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

g/kg	gram/kilo
Hg	hydrargyrum (rtuť)
Kcal	kilokalorie
kPa	kilopascal
ml	mililitr
pH	kyselost
Tj	to je
Tzv	takzvaný
UV	ultrafialové záření.

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Analgetika – tlumí vnímání bolesti

Artritida – zánět kloubů

Bronchopneumonie – zápal plic

Chronická bronchitida - zánět velkých a středních dýchacích cest

Endotracheální kanyla – rourka, která se zavádí do průdušnice (anestezie)

Exstirpace – vytržení z kořene

Exsudát – výpotek, hnis

Flegmona - neohraničený bakteriální zánět šířící se měkkými tkáněmi

Flexorové - zadní

Imobilní - nehybný

Inkontinence – neschopnost udržet moč

Ischemie - nedokrevnost

Kapilární stáza – zpomalení kapilár

Letargie – otupělost, netečnost

Malnutrice – nesprávná, nedostačující výživa

Nasogastrická sonda - je elastická trubice z plastické hmoty velmi malého průměru zavedená nosem do žaludku

Nekróza - intravitální odumrtí tkáně

Ostitida – zánět kostí

Periost - okostice

Predilekční místa – nejvíce ohrožena

Retroperitoneum - je štěrbinovitý prostor mezi nástěnnou pobřišnicí a zadní stěnou břišní. Obsahuje některé orgány, cévy a nervy.

Sakroiliakální – v dolní části zad, kde kost křížová spojuje kyčelní kosti

Spastické plegie – křečové ochrnutí

Termoreceptory - smyslový receptor umožňující vnímat teplo či chlad

Termoregulace – schopnost organismu udržovat stálou tělesnou teplotu

Trochanter – výběžek stehenní kosti

Urosepse – infekce močového ústrojí

ÚVOD

Dekubity vždy byly, jsou a pravděpodobně i budou závažným problémem, nejen terapeutickým a ošetrovatelským, ale také významným problémem finančním. Dekubity jsou jedny z kritických ukazatelů kvality péče, jejich výskyt může výrazně snížit kvalitu života pacienta a negativně ovlivnit proces uzdravení. Pro sestry znamená pacient trpící proleženinami mnohem větší pracovní zatížení a zvýšenou fyzickou námahu. Boj s dekubity se stal proto pro zdravotníky jednou z priorit. Vždyť výskyt dekubitů patří k deseti významným kritériím, podle nichž se v nemocnicích hodnotí kvalita ošetrovatelské péče. Žijeme sice v době velkého rozvoje vědy a medicínských oborů, kdy máme možnost k terapii ran používat moderních materiálů, které velmi výrazně usnadňují léčbu chronických ran, ale měli bychom si také uvědomit, jaké by to bylo, kdyby ke vzniku proleženin vůbec nedocházelo. K tomu je ovšem důležitá prevence, kterou bychom neměli v žádném případě zanedbávat.

V teoretické části popisujeme anatomii kůže, charakteristiku, příčiny vzniku dekubitů, patologii, prevenci a léčbu. Dále se zaměřujeme na ošetrovatelskou péči o pacienta v nemocničním zařízení.

Praktická část zahrnuje anamnézu a léčbu konkrétního pacienta, sestavení ošetrovatelských diagnóz a navazuje plánování ošetrovatelské péče.

Cílem práce je zhodnocení celkového stavu pacienta a uspokojení jeho potřeb. Zdrojem informací nám byla dokumentace, ostatní zdravotnický personál, rozhovor s dcerou pacientky a čas strávený s pacientem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika a definice dekubitů

V této teoretické části bych Vás chtěla seznámit, co je to dekubit, jeho příčiny vzniku, nejčastější ohrožená místa, prevenci, léčbu a v neposlední řadě ošetrovatelskou péči.

„Dekubity, nebo-li proleženiny jsou defekty kůže vyvolané většinou tlakem proti kosti v místech s malou vrstvou tukové nebo svalové tkáně. Čím tenčí je vrstva těchto tkání, tím větší je riziko jejich vzniku. Po dobu působení tlaku jsou tkáně špatně zásobovány kyslíkem a živinami, proto dochází k jejich postupnému odumírání a ke vzniku dekubitů.“ Rozsah poškození tkáně je závislý na intenzitě a době tlaku, hmotnosti nemocného, na jeho pohyblivosti, na odolnosti organismu na tlak a na metabolickém stavu tkání. Proleženiny se tvoří velmi rychle a v některých případech vznikají řádově během desítek minut až hodin (nejvíce u čerstvých úrazů, při postižení míchy, po operacích), někdy i za delší dobu působení tlaku. Převážná většina dekubitů se vyskytuje nejčastěji v pánevní oblasti - křížové oblasti, v oblasti kyčelního kloubu a kostrče, a někdy také na patách (LAHODOVÁ, 2007, s. 245; [cit. 2010-12-24] „dostupné na WWW: “<osobniasistence.cz/?tema=2&article=1>).

1.1 Popis kůže (cutis, řec.derma), struktura

Kůže vytváří ochranný kryt těla. Produkuje vitamin D, chrání vnitřní prostředí organismu, svou pigmentací chrání před UV zářením a podílí se na termoregulaci.

V kůži jsou uloženy četné mechanoreceptory a žlázy. Povrch kůže je asi 1,7 m². Při hodnocení rozsahu popálenin je znalost procentuálního rozsahu povrchu jednotlivých částí těla důležitá (hlava a krk – 11%, trup – 30%, horní končetiny – 23%, dolní končetiny – 36%) (ELIŠKOVÁ, NAŇKA, 2007, s. 304).

Skládá se ze dvou vrstev: z pokožky, epidermis, škáry, dermis, a derivátů pokožky (vlasy, nehty, ochlupení, mazové a potní žlázy, mléčná žláza). Podkožní vazivo, je posunlivé a řídké a připojuje kůži k povrchovým faciím nebo k periostu. Obecně se kůže dělí na tenkou ochlupenou, která pokrývá většinu tělního povrchu, a silnou neochlupenou vyskytující se především na dlaních, ploskách nohou a flexorové straně

prstů. Na silné neochlupené kůži se u člověka typicky vyskytují úchopové a hmatové lišty (ELIŠKOVÁ, NAŇKA, 2007).

- **Pokožka (epidermis)**

Má čtyři vrstvy buněk. Keratinocyty, melanocyty, imunitní buňky a Mertlovy buňky, které jsou uloženy ve vrstvách těsně na sobě. Hlubší buněčné vrstvy si zachovávají schopnost dělení (stratum germinativum) a doplňují olupující se odumřelé buňky povrchové vrstvy. Pokožka nemá cévy. V jejích hlubších vrstvách jsou ale volná nervová zakončení sloužící ke vnímání bolesti. Stálá obnova povrchových vrstev pokožky vede k zesílení rohovějící vrstvy všude tam, kde je kůže vystavena mechanickému zatížení - mozoly, kůže na dlaních, plosce nohou apod. Stálé poškozování povrchu kůže vlivy zevního prostředí vyžaduje její trvalou obnovu. Náhrada poškozených vrstev kůže závisí na tzv. kmenových buňkách epidermis. Tyto buňky mají trvalou schopnost se dělit, takže poskytují generace buněk, které se stávají povrchovými buňkami pokožky, a přitom stále zůstává zachován jejich určitý počet - buněk neubývá. Životní cykly buněk od okamžiku rozdělení až do odloupení zrohovatělé buňky, jsou různě dlouhé. Podle krajiny těla trvá cyklus 2-4 týdny. Díky kmenovým buňkám se nejen kůže trvale obnovuje, ale při poškození i hojí. Hranice mezi pokožkou a škárkou není ostrá. Škárka vybíhá proti pokožce četnými prstovými výběžky (DYLEVSKÝ, 2009, s. 508; MERKUNOVÁ, OREL, 2008).

- **Škárka (dermis)**

Jako uvádí Dylevský (2009, s. 509), škárku tvoří vazivová tkáň. Je prostoupena sítěmi kapilár, ze kterých je difuzí vyživována pokožka. Ve škáře jsou hojná volná nervová zakončení i specializovaná hmatová tělíčka a termoreceptory. Jsou tam také uloženy mazové žlázy ústící do vlasových pochev. Elastická vlákna škárky jsou orientována do určitých směrů, odpovídajících směru mechanického zatížení kůže dané krajiny. Vlákna zajišťují pružnost, roztažitelnost, pevnost a štěpitelnost kůže v určitých směrech. Každý kožní okrsek má specifickou architekturu své škárky. Směry štěpitelnosti kůže musí být respektovány při volbě kožních chirurgických řezů a při plastické úpravě ran, jinak dochází ke tvorbě rozsáhlé jizvy, která je nepevná, deformuje kožní reliéf a je kosmeticky nepřijatelná. Škárka vybíhá proti pokožce řadou výběžků, které na povrchu pokožky vytvářejí lineární vyvýšeniny - *hmatové lišty* - jsou zvláště

v oblasti prstových bříšek upraveny zcela charakteristickým a po celý život neměnným způsobem. Pod hmatovými lištami jsou zvláště hojná hmatová tělíska. Úprava hmatových lišt prstů a její neměnnost slouží k nezaměnitelné identifikaci osob.

- **Podkožní vazivo (subcutis)**

Podkožní vazivo je tvořeno sítěmi elastických a kolagenních vláken, mezi kterými jsou roztroušeny vazivové buňky. Podkožní vazivo je potenciální tukovou tkání, schopnou deponovat v buňkách velké množství tukových kapének (DYLEVSKÝ, 2009).

2 Etiologie dekubitů

Je-li intenzita tlaku působící na tkáň vyšší, než normální krevní tlak v kapilárách, tj. 4,27 kPa (32 mmHg), dojde k zástavě krevního oběhu a to buď formou totální ischemie nebo kapilární stázy či kombinací obou. Tento stav způsobí poškození až odumření tkání, ležících mezi kostní prominencí a podložkou. Poškození tkání tlakem postupuje z hloubky na povrch organismu. Čím má pacient větší hmotnost a čím horší je jeho zdravotní stav, tím rychleji může dekubitus vzniknout. Další z příčin je dlouhodobé mechanické tření pokožky, přítomnost cizích těles v lůžku (zbytky stravy, některé části zdravotnických pomůcek – uzávěry, infuzní sety, drénky, víčka od nejrůznějších mastí či krémů atd.). Také neupravené, vlhké lůžko se shrnutým prostěradlem způsobuje dráždění pokožky a vznik otlaků (MIKULA, 2002, s. 7, STRYJA, 2008, ŽUČKOVÁ, 2008).

Zevní příčiny

- Intenzita a doba působení tlaku

Dekubity mohou vzniknout po delší době působení nízkého kontaktního tlaku nebo po krátkém působení vysokých kontaktních tlaků, zejména v predilekčních místech mezi podložkou a pacientem. Stoupne-li nad 32 mmHg, dochází k uzávěru drobných cév s následným možným ischemickým poškozením tkáně v postižené oblasti. Stlačení tkání je zvyšováno, těsným oblečením, těžkými příkrývkami, obuví. U zdravého člověka by dekubitus nevznikl, ale v kombinaci s dalšími faktory, jako jsou imobilita anebo ztráta citlivosti, vzniká vážné riziko pro životaschopnost tkání. Čas potřebný k rozvoji ischemického poškození se udává mezi jednou až šesti hodinami (MAĎAR, PODSTATOVÁ, ŘEHOŘOVÁ, 2006, s. 118).

- Tření

Třením o podložku dochází k poškozování povrchové (rohové) vrstvy kůže a tím klesá její obranná schopnost. Tření je zvýšeno, pokud je přítomna vlhkost a teplo, např. když má pacient zvýšenou tělesnou teplotu nebo je inkontinentní. Tření vede k poškození kůže a dochází k riziku infekce. Neméně nebezpečná jsou i tření v kombinaci s kontuzemi vyvolanými při svalových spazmech. Mnoho mechanických poranění způsobují přesuny imobilního pacienta, kterého uchopíme

za podpaží, snažíme se ho nadzvednout a táhneme z lůžka na lůžko, z lůžka na vozík.

- **Nůžkový efekt**

Při nůžkovém, nebo-li stříhovém efektu se pohybují proti sobě vrstvy kůže s podkožím a svalovina, způsobuje natažení a zúžení cév, čímž dochází k ischemizaci postižené oblasti. Objevuje se tam, kde se s pacienty nesprávně manipuluje a hýbá (MAĎAR, PODSTATOVÁ, ŘEHOŘOVÁ, 2006; MIKULA, 2008).

- **Vlhkost**

Vlhkost kůže, zejména spojená se zvýšeným pocením, inkontinencí moči a stolice, může vést i ke změně kožního pH, původně kyselého na alkalické. To narušuje kožní ochrannou bariéru a činí kůži snadno zranitelnou (MELUZÍNOVÁ, et.al., 2007).

Vnitřní příčiny

- **Odolnost tkáně vůči tlaku**

Nejmenší odolnost na tlak má tuková vrstva vzhledem ke své anatomické stavbě (nepevná stavba tkáně, řídká cévní síť). O něco málo odolnější jsou svaly a nejvíce odolné tlaku z měkkých tkání je vazivo a kůže (MIKULA, 2008).

- **Věk**

Je jeden z nejpodstatnějších neovlivnitelných vnitřních faktorů. U starých lidí je snižená elasticita a pevnost kůže v tahu. Pokožka je proto křehčí a snáze zranitelná. Snižená je produkce mazu a potu, ale i mechanická odolnost vůči nárazům a tlaku. U seniorů je třeba pamatovat, že všechna akutní onemocnění (chronická bronchitida, bronchopneumonie nebo urosepse) mohou být provázena oběhovým selháním. Navíc mají starší lidé celkově méně prokrvenou pokožku, což snižuje možnost hojení. U seniorů je 20 krát vyšší pravděpodobnost vzniku dekubitů než u lidí ve stáří 20 - 40 let. Zhoršuje se i vnímání bolesti (MIKULA, 2008, s. 14; MELUZÍNOVÁ, et.al., 2007; PEJZNOCHOVÁ, 2010).

- Výživa

Pacienti ve špatném nutričním stavu mají během hospitalizace až dvojnásobné riziko vzniku dekubitu. Problém je ve skrytém výživovém deficitu – nemocný nemá dostatek bílkovin ve stravě. Pro úspěšné hojení je doporučováno zvýšení příjmu bílkovin na 1,0 až 1,2 g/kg. Nedostatek plnohodnotné stravy způsobí úbytek svalové hmoty, snižuje odolnost k infekcím a buněčnou imunitu. U všech stavů malnutrice a u metabolických chorob je regenerační schopnost kůže snížena a hojivé procesy jsou zpomalené. Nutriční doplňky nemusí zabránit vzniku dekubitu, ale zpomalí jejich progresi a usnadní jejich hojení (MIKULA, 2008; MELUZÍNOVÁ, et.al., s. 459, 2007).

- Inkontinence

Agresivním působením moči a stolice se narušují povrchové vrstvy kůže v perianální oblasti. Tento stav vede k maceraci kůže a k jejímu poškození. Při porušené integritě kůže je pak pravděpodobné, že vznikne kožní defekt a dojde k infekci rány. Příliš časté používání mýdla, které se někdy provádí u inkontinentních pacientů, vede ke zbavení přirozeného kožního mazu a nanesených ochranných masť. Dochází tím ke tření kůže a podkoží, kůže se stává suchou, křehkou a praská (MELUZÍNOVÁ, et.al., 2007; STRYJA, 2008).

- Tělesná hmotnost

Jakákoli odchylka od ideální tělesné váhy může zvýšit riziko. U vyhublých osob je riziko vzniku dekubitů z důvodu malé vrstvy tuku, která chrání svaly před účinkem tlaku. Obézní lidé mají riziko vzniku dekubitů z důvodu nepohyblivosti a obtížného polohování. Obézní osoby častěji trpí poruchami oběhu, mají špatné stravovací návyky (nadměrný přísun cukrů), což ovlivňuje stav kůže a zvyšuje riziko vzniku dekubitů.

- Hydratace

Při dehydrataci dochází ke snížení kožního napětí a ke tvorbě kožních řas. Kůže je vysušena a náchylná k otokům, ale také k poraněním. Při hyperhydrataci naopak dochází ke zvýšení kožního napětí, otokům a také poruše integrity kůže (MIKULA, 2008).

- Bolest

Bolest zvyšuje riziko dalšího vývoje defektu, protože tlumí aktivitu a pohyb nemocného z obavy ze zhoršení. (MELUZÍNOVÁ, et.al., 2007).

- Hybnost

Člověk provádí řadu spontánních pohybů ke snížení tlaku. V nemoci může tato obrana být ztracena při letargii, poškození mozku nebo nervů, při anestezii, operačních technikách, při ztrátě vědomí (MIKULA, 2008).

Další příčiny jsou:

- Celkový zdravotní stav pacienta
- Nízký diastolický tlak
- Pohlaví
- Poruchy vědomí
- Zvýšená krvácivost
- Neurologické choroby
- Léky (MELUZÍNOVÁ, et.al., 2007; ŽŮČKOVÁ, 2008).

2.1 Rizikové faktory způsobené změněným zdravotním stavem

Více ohroženi dekubity jsou chronicky nemocní než zdravé osoby. V nemocnicích a sociálních ústavech vznikají dekubity asi u 3-12% hospitalizovaných, v závislosti na typu oddělení a ústavu (MIKULA, 2008, s. 16).

- Porucha CNS (mozku a míchy)

Nervový systém se podílí na správném prokrvení kůže a podkoží. Drobné reflexní pohyby s přenášením hmotnosti chrání kůži před déletrvajícím tlakem. Proto nejvýraznější snížení odolnosti tkáně na tlak je při porušení nervového systému člověka. Při poškození míchy (míšni lézi) je odolnost na tlak nejnižší v období míšního šoku v prvních dvou hodinách po vzniku léze. Nejhůře bývají postiženy ty části míšni léze, kde nefungují ani míšni reflexy. To jsou oblasti nervově zásobené poškozenou částí míchy. Při poruše mozkové činnosti (bezvědomí) se ztrácí schopnost postiženého

postarat se o své tělesné potřeby. Ochrnutí pacienti po CMP nemusí vnímat na poškozené straně žádné podněty a neuvědomují si nepohodlí a tlaky.

- Vliv léků

Analgetika nebo sedativa ovlivňují přirozený mechanismus změn poloh těla a mohou zvýšit rizikovost pacienta. Protizánětlivé léky omezují tvorbu kapilár, epitelizace a syntézu proteinů. Tím snižují schopnost hojení pokožky. Negativní vliv na hojení a stav kůže má chemoterapie, neboť ničí rostoucí buňky.

- Imunosuprese

Vyskytuje se po úrazech, u podvyživených nebo u pacientů s maligním onemocněním. Zvyšuje u pacienta možnost infekce rány a prodlužuje proces hojení.

- Diabetes mellitus

Diabetici často trpí poruchami krevního oběhu a jsou náchylní k infekcím. Někteří ztrácejí citlivost v chodidlech a v dlaních. Špatná cirkulace krve spolu s účinky diabetu, způsobují zpomalování hojení ran.

- Vliv ostatních nemocí

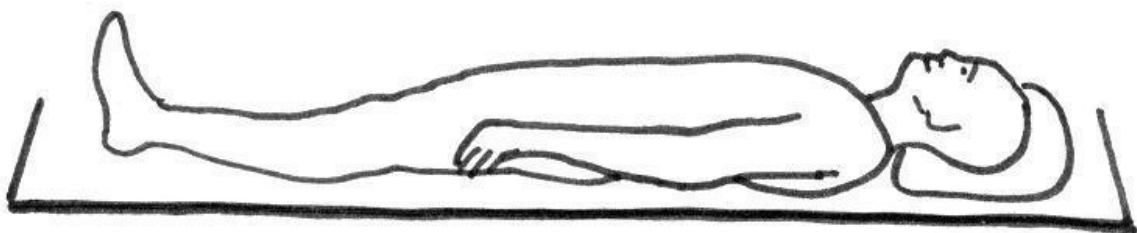
Psychicky nemocní jsou pod vlivem sedativ, proto si neuvědomují nepohodlí a bolest. Pacienti se srdečními chorobami a vysokým krevním tlakem jsou ohroženi vznikem otlaků z důvodu narušení cirkulace krve. Sniženou odolnost mají i pacienti např. při septických stavech, rozvratu vnitřního prostředí, při anemii s následnou hypoxií při uremii (MIKULA, 2008).

2.2 Predilekční místa

Proleženiny mohou vzniknout na kterémkoliv místě těla, nejčastěji však vznikají na tzv. predilekčních místech. Jedná se o oblasti, kde jsou kosti blízko kožního povrchu a jsou málo izolovány vrstvou podkožního tuku a svalstva. Tato místa se liší podle polohy, v níž je člověk dlouhodobě uložen.

Predilekční místa v poloze na zádech

- Kost týlní
- Trn 7. Krčního obratle
- Hřebeny lopatek, loketní klouby
- Kost křížová, hýždě
- Patní kosti

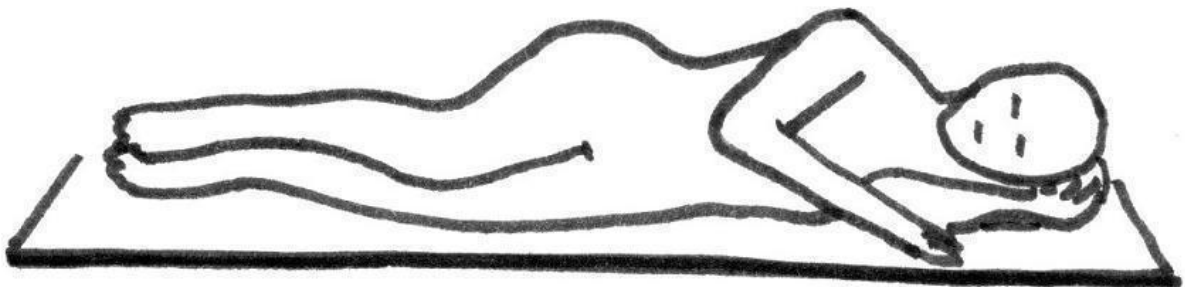


kost patní

kost křížová loketní klouby hřbet lopatek trn 7. obratle krčního kost týlní

Predilekční místa v poloze na boku

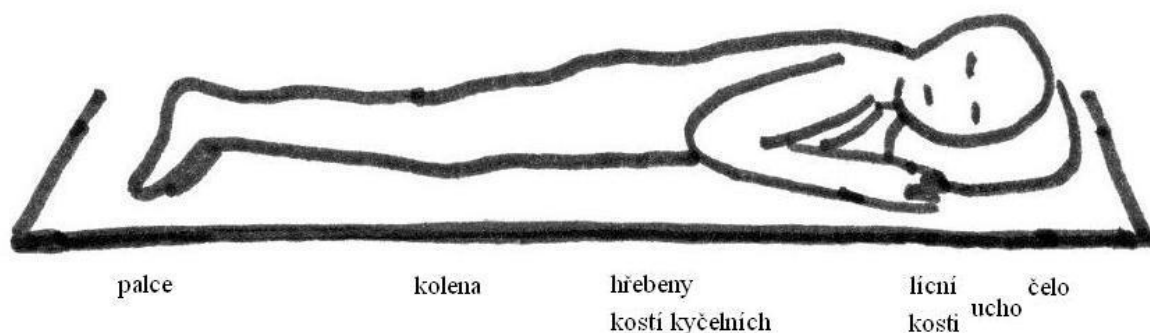
- Kost spánková
- Ramenní kloub
- Hřebeny kostí kyčelních
- Velký chocholík
- Zevní strana kolenního kloubu
- Oblast mezi koleny
- Oblast kotníků



palce kotníky kolena kyčelní klouby hřebeny kostí kyčelních ramenní kloub ucho kost spánková

Predilekční místa v poloze na břiše

- Kost lící
- Ucho
- Oblast kosti klíční, hřebeny kostí kyčelních
- Kolena
- Palce



Proleženi mohou také vznikat uvnitř těla, a to tlakem cizího tělesa. Jedná se např. o zubní protézu, nasogastrickou sondu, endotracheální kanylu, permanentní močový katetr (MLÝNKOVÁ, 2010; MIKŠOVÁ, et.al., 2006).

2.3 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

- Diagnostika pomocí škál

Byly vypracovány různé druhy klasifikací, podle kterých jsme schopni posoudit míru rizika vzniku dekubitů. Hodnotící škály umožňují zavést u rizikových nemocných včas preventivní opatření, ale ať už se použije jakákoliv hodnotící škála, nejdůležitější je věnovat ohroženým pacientům maximální ošetrovatelskou péči. Nejčastěji se používají stupnice podle Nortonové, Bradenové či Waterlowa (ŠEFLOVÁ, JANČÍKOVÁ, 2010; MIKULA, 2002; MIKULA 2008).

- Škála podle Nortonové

Tato škála byla sestavena v roce 1962. Hodnotí se tam celkové zdraví pacienta, duševní stav, aktivitu, mobilitu a inkontinenci. Na základě těchto hledisek je pacient ohodnocen určitým počtem bodů. Čím méně má pacient bodů, tím je riziko vzniku dekubitů vyšší. Nejvyšší celkový počet bodů byl 20. V roce 1987 byla stupnice rozšířena Christel Biensteinovou na skóre 25 bodů. Nejvyšší riziko mají pacienti se skórem 13 a méně bodů. Minimální riziko je nad hodnotu 24 bodů (MIKULA, 2002, s 10; MIKULA, 2008, s. 19).

- Škála podle Bradenové

Tato škála byla testována na různých oddělení včetně chirurgických, ošetrovatelských domovech a na intenzivní péči. Je převážně používána na jednotkách intenzivní péče. Pro výběr této škály je zapotřebí zvážit charakter zdravotnického zařízení. Ve škále najdeme následující dimenze: smyslové vnímání, vlhkost, aktivitu, pohyblivost, výživu, tření a střížné síly. Celkové bodové skóre: 6-9 bodů vysoké a velmi malé riziko je nad 20 bodů (MIKULA, 2008, s. 20)

- Škála podle Waterlowa

Tato škála je používána ve Velké Británii, je mnohem podrobnější. Zahrnuje hlediska, jako je tělesná konstituce, hmotnost, kontinence, typ kůže, mobilita, pohlaví, věk a chuť k jídlu. U této škály platí, že čím je více bodů, tím je vyšší riziko vzniku dekubitů (MIKULA, 2002; MIKULA, 2008).

3 Patologie dekubitů

Většina postižených jsou plegici. Zásadní rozdíl v průběhu i v projevu dekubitů u neplegiků není.

3.1 Klasifikace tlakových lézí

Tlakové léze postupují z hloubky na povrch. Proto i nepatrné známky na povrchu kůže mohou znamenat již rozsáhlé poškození pod povrchem. Dekubity se tvoří v různém časovém horizontu a každý pacient může mít částečně odlišný průběh tvorby proleženin, a proto je pro praxi potřeba závažnost tlakové léze klasifikovat.

Dle Riebelové (2000, s. 17) uvádí následovnou klasifikaci tlakových lézí:

I. stupeň: erytém - tlakové léze bez poškození kůže

Prvním příznakem tlakového poškození je mírný edém namáhané oblasti a jemné zarudnutí kůže. Tyto změny jsou zcela reverzibilní, avšak vlivem tlaku mohou zůstat trvalé změny na podkoží. Tuková vrstva může na poškození reagovat několika způsoby. Může se během několika týdnů přeměnit ve vazivo. Tím se podkoží ztenčí a někdy zcela vymizí. Kůže pak naléhá přímo na kostní podklad, který se pod ní výrazně rýsuje. Tato forma bývá nejčastěji důsledkem dlouhodobého mírného přetěžování, ale může ji vyvolat i krátkodobé přetížení. Nekrotický tuk může kolokvovat, a neinfikuje-li se, vyprazdňuje se větším počtem kapilárních píštělí. Když se poškozené podkoží hematogenně nebo z okolí infikuje, vzniká flegmóna šířící se cestami nejmenšího odporu, tj. v podkoží, mezi svalová septa, na kost, do kloubů. Teprve druhotně odumírá kůže. Ta proto demarkuje velmi pozdě, a tak nejvíce brání odtoku hnisu z hloubky navenek. Toto stádium je zrádné, neboť na povrchu kůže je patrný jen výše popsáný otok a zarudnutí.

II. stupeň: puchýř - tlakové léze s částečným poškozením kůže

Postižená oblast je oteklá a indukovaná (zatvrdlá vlivem zmnožení vaziva), kůže je bledá. Po tlakové zkoušce se neobnoví oběh. Někdy vidíme puchýř, někdy bývá obnažena škára (korium), což připomíná hlubokou oděrku.

I v tomto případě je primárně postiženo podkoží a s částí cév pro kůži, a proto i ta může druhotně odumírat. Může dojít ke spontánnímu zhojení, které je však velice zdlouhavé vzhledem k porušení podkoží s cévami.

III. stupeň: nekróza - tlaková léze se zničením všech tkáňových vrstev stlačených mezi kostní prominencí a podložkou

U rychle vznikajících dekubitů tlakovou oblast kryje buď suchá černá nekróza, nebo rozbředlá nekrotická tkáň. Jde o nekrózu všech vrstev mezi kostní prominencí a podložkou. Nekrózy mají charakteristickou lokalizaci, tvar a dokonce do jisté míry i rozsah, který však může být podstatně ovlivněn přetrváváním tlaku a závažností infekce. Po eliminaci odumřelých tkání vznikají vředy s široce podminovanými okraji, protože defekt podkoží je vždy větší než defekt kůže. Spodinu tvoří obnažený kostní obklad. I zde je možné spontánní zhojení, ale trvá několik měsíců i let. Po zhojení vzniká tenká jizva přilehlá těsně na kost, která se i při malém tlaku opět rozpadá a vzniká tak chronický vřed. Specifický typ dekubitu vzniká na místech trochanterů, sedacích kostí a ploskách nohy. Vlivem dlouhodobého mírného tlaku se ztenčí podkožní vrstva, což způsobí naléhání kůže na burzu nebo přímo na kostní prominenci. V burze se začne tvořit výpotek, jehož množství se mění podle toho, jak postižený danou krajinu zatěžuje, tam kde není, se vytváří cysta. Většinou vlivem infekce dojde ke komunikaci burzy navenek malým otvorem. Otvor se občas uzavírá a dochází k retenci hnisu provázenou septickým stavem. Nakonec přejde infekce na kost a vznikají ostitidy kostních podkladů (chronický dekubitus).

IV. stupeň: vřed- tlakové léze provázené ostitidami a artritidami

Vzhled dekubitu IV. stupně je stejný jako u předešlého, ale vedle ostitid kostního podkladu je navíc doprovázen artritidami sousedních kloubů (sakroiliakálního, kyčelní, kolenní apod.). Jsou popsány i komunikace s dutinou břišní, retroperitoneem, močovým měchýřem a rektum. Spontánní zhojení těchto dekubitů není možné, a proto se téměř vždy přistupuje k operačnímu řešení.

Tlakové léze kombinované - výše popsané projevy mohou být poněkud modifikované v těch případech, kdy byl nadměrný tlak kombinován se zhmožděním, oděrkami, popálením, poleptáním. Pozor - v tomto případě může být vzhled rány zavádějící, protože se často zapomíná na pravděpodobné poškození hlubších struktur.

Dekubity po sádrových a jiných typech obvazů a po protetických pomůckách - zde se kombinuje původně tlak otokové tekutiny s městnáním v krevním i lymfatickém oběhu. I v tomto případě bývají defekty lokalizovány nad kostmi nebo nad nerovnostmi sádry. Dekubity také vznikají používáním nevhodných protetických pomůcek.

Dekubity u spastických plegií - vyskytují se častěji a mají horší prognózu, protože tření a nárazy během spasmu přispívají ke vzniku dekubitů - u spastiků se nejčastěji vyskytují dekubity v sakrální oblasti a dekubity na vnitřních plochách kolen (při spasmu adduktorů - přitahovačů)

3.2 Heterotopické osifikace

Vznikají často u plegiků s dekubity - jedná se o útvary připomínající kost, které se objevují v měkkých tkáních v okolí kloubů a kostí pod úrovní nervové léze (nejčastěji okolo kyčelního kloubu a kosti sedací a v okolí dekubitů). Tvoří se velmi brzo po úrazu, postupují do určitého bodu, poté obvykle nastává stabilizace (RIEBELOVÁ, VÁLKA, FRANCŮ, 2000; MIKULA, 2002).

3.3 Maligní zvrát v tlakové lézi

V chronických dekubitálních vředech trvajících mnoho let může dojít i ke zhoubnému bujení. Jde o chronické sakrální dekubity při myelomeningokéle. Fára a spol. uvádějí rovněž případ maligně zvrhlého chronického dekubitu u vrozeného paraplegika, kde maligní proces přešel i do oblasti konečnicku.

V roce 1993 Ellitsgaard a spol. a Standard a spol. publikují případy karcinomů v chronických dekubitech u poúrazových plegiků a shodně tvrdí, že tyto karcinomy mají velmi agresivní charakter. Doporučují se proto rozsáhlé radikální výkony provázené exstirpacemi příslušných lymfatických uzlin. Avšak se domnívají, že nejlepší je včasné odoperování dekubitů – tedy prevence (RIEBELOVÁ, VÁLKA, FRANCŮ, 2000, s. 20).

- **Bakteriologické nálezy**

Dekubity bývají kolonizované smíšenou bakteriální flórou, různé patogenity, různé citlivosti na antibiotika a různé afinity ke tkáním. Je proto velmi důležité, aby byl ošetřující lékař pravidelně informován o stavu infekce v dekubitech a podle něho mohl řídit terapii (RIEBELOVÁ, VÁLKA, FRANCŮ, 2000; MIKULA, 2002).

4 Prevence

Dobře organizovaná a kvalitní ošetrovatelská péče má zásadní význam nejen při léčení dekubitů, ale i při prevenci, a to jak ve zdravotnickém zařízení, tak i doma. Pro předcházení dekubitům je nejlepší cestou kombinace a prostředku snižující tlak. Když se pacient nemůže pohybovat, musíme asistovat. Polohování je zcela nezastupitelné místo v prevenci a léčbě. Ve zdravotnickém zařízení by měla být péče o pacienta komplexní, koordinovaná, včetně dobré spolupráce celého týmu a dokonalé kontinuity ošetrovatelské péče. Preventivní opatření by se nemělo pouze zaměřovat na snížení působení tlaku nebo provádění očisty těla. Z řady rizikových faktorů vyplývá, že je nutné zajistit všechny potřeby pacienta včetně psychických a sociálních, význam má i spoluúčast rodiny. Ošetřování by mělo být metodou ošetrovatelského procesu. K pacientovi se přistupuje individuálně s ohledem na jeho onemocnění a specifické potřeby.

- Pro prevenci vzniku dekubitů platí tyto obecné podmínky:
 - polohování,
 - používání antidekubitních pomůcek,
 - hygiena,
 - rehabilitace,
 - normalizace celkového stavu,
 - riziková místa a dekubity nikdy nemasírovat,
 - po vyhodnocení stupně rizika vzniku dekubitů je nutné ihned aplikovat příslušná preventivní opatření

Preventivní režim je nutné vždy přizpůsobovat konkrétnímu onemocnění a specifickým potřebám jednotlivých pacientů (MOLČANOVÁ, 2008; VČELKOVÁ, 2008).

4.1 Polohování

Jde o jednu z nejstarších a nejúčinnějších metod prevence a léčby proleženin. Polohování musí být systematické. Pravidelnými změnami polohy pacienta se zabraňuje nadměrnému působení tlaku na predilekční místa a zajišťuje se tak potřebné

okysličování a prokrvování podkožních tkání, většinou se používají boční a šikmé boční polohy, na břicho se polohuje pouze výjimečně, nikdy se nepolohuje na existující dekubit. Intervaly mezi změnami polohy se řídí podle okamžitého stavu nemocného, takže mohou kolísat od 20 minut do 4 hodin. U imobilních pacientů upoutané na lůžko to znamená, že je musíme polohovat nejméně jednou za hodinu, neboť dekubit může vzniknout již po hodině a půl. Nedílnou součástí polohování je přesný písemný denní plán polohování. Důležité také je pravidelně sledovat úroveň pohodlí pacienta a hlavně umět naslouchat jeho potřebám a přáním. Kontrola pokožky by měla být při každé změně polohy. Jakmile se při zvoleném intervalu polohování objeví příznaky vznikajícího dekubitu, je nutné intervaly změny polohy zkrátit, a nebo zvolit jiné polohovací pomůcky (ŽŮČKOVÁ, 2008; MOLČANOVÁ, 2008; MIKULA, 2008, s. 26).

4.2 Používání antidekubitních pomůcek a jejich druhy

Antidekubitní pomůcky slouží především k prevenci vzniku proleženin (dekubitů), ale i k jejich léčbě. Je podstatné hned od počátku imobilizace antidekubitní pomůcky využívat. Hlavním úkolem je odlehčit zatížení postižených oblastí, snížit tlak na kůži a zabránit tak vzniku otlaků, které se snadno mohou proměnit v hluboký kožní defekt. Jsou určeny zejména klientům dlouhodobě ležícím, imobilním, s poruchou prokrvení.

Antidekubitní matrace

Jsou všechny podpůrné povrchy (matrace, podložky), které redistribují tlak působící na tkáň. Hlavním úkolem pasivní antidekubitní matrace (klasická pěnová matrace, nejlépe prořezávaná, aby se tlak těla mohl lépe do podložky roznést) je co nejdokonalejší rozložení váhy pacienta. Nedochozí pak k velkému utlačování tkání ani v oblastech s častým výskytem dekubitů.

Aktivní matrace (vzduchové matrace s kompresorem) jsou vhodné jak pro prevenci všech rizikových skupin pacientů, tak i pro podporu léčby dekubitů i nejvyšších stupňů. Střídavé odstranění místního působení tlaku se dosahuje tak, že přirozeně měníme polohu či pozici, a tím je stlačení tkání sníženo na úroveň zaručující tok krve.

Antidekubitní lůžko

Mělo by mít elektrické polohování v oblasti hlavy i nohou, elektrické nastavení výšky lůžka, kolečka s mechanickou brzdou, hrazdičku, snímatelné postranice k lůžku. Postele můžeme mít buď speciálně konstruované, s mírným únikem vzduchu, postele s proudícím vzduchem.

Dále se pomůcky dělí na: molitanové, pěnové či gelové podložky, klíny, polštáře, hrazdičky, molitanové válce [cit. 2011-01-13] Dostupné na WWW: <www.pomucky-poradna.cz/antidekubitni-pomucky/> ; KAPOUNOVÁ, 2007, MIKULA, 2008; HILŠEROVÁ, 2010; [cit. 2011-01-13] Dostupné na WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=2&article=3#blokovaní>>).

4.3 Hygiena

Hygiena má v prevenci dekubitů nezanedbatelné místo a je velmi důležitá hlavně tam, kde je dekubit již vytvořen nebo dochází k inkontinenci. Především jde o omezení nepříznivého vlivu stolice, potu, moči, vaginálního sekretu a infekce na kůži v pánevní oblasti. Hygiena pacientů se provádí 2 denně a dle potřeby. K udržování intaktní kůže přispívá profesionálně prováděná hygienická péče s využitím ochranné kosmetiky a výměnou ložního i osobního prádla. Při ošetřování kůže postupujeme jemně a citlivě, vyhýbáme se tření při mytí a sušení kůže. K mytí znečištěné kůže používáme výhradně profesionální kosmetiku, jako jsou například pěny, emulze, oleje. Je nutné udržovat pokožku vláčnou a ošetřovat regeneračními krémy. Velmi důležitá je i prodyšnost materiálů, na kterých pacient leží. Nepřípustné jsou jakékoliv neprodyšné podložky (igelitové), pleny, kalhotky, protože takto kryté oblasti kůže se zapařují a macerují.

U macerované kůže dojde k velmi snadnému poškození a dekubity se pak vyvíjejí rychleji. Problematickými partiemi jsou kožní záhyby - třísla, gluteální rýha, prsy a podpaží. Nejvhodnějšími materiály jsou látky vodonepropustné, ale zároveň paroprodyšné, na kterých se pokožka nezapařuje a dýchá (ŠEFLOVÁ, 2010, MIKULA, 2008; HŮŠOVÁ, SLABIHOUDOVÁ, 2008, s. 8).

5 Léčba

V literatuře existuje více přístupů k léčbě dekubitů. Mezi nejvýznamnější můžeme považovat podle Kováčivové (2008, s. 54). Způsob léčby dekubitů závisí od ordinace lékaře, ale i zvyklostí oddělení, předchozích zkušeností a finančních možností kliniky. Léčba musí být komplexní, individualizovaná, zahrnující celkovou léčbu, moderní lokální terapii, fyzioterapii, pravidelné polohování, správnou výživu a hydrataci, péči o psychickou pohodu pacienta.

Před stanovením optimální terapie dekubitu je nutné:

- Zhodnocení všech rizikových faktorů
- Zhodnocení soběstačnosti
- Zhodnocení kognitivních schopností
- Zhodnocení životní prognózy
- Respektovat diferencovaný přístup v léčbě v terminálních fázích života (GUČKOVÁ, 2007; KOVÁČIVOVÁ, TSYBULYA, ŠÍPKOVÁ, 2008).

Léčba se rozděluje na konzervativní a chirurgickou (operační)

Konzervativní léčba je vhodná jen u prvních stádií dekubitů. Terapie spočívá v eliminaci tlaku, odstranění nekrózy, boji proti infekci, obvazování rány a v minimalizaci rizikových faktorů (WENDSCHE, et. al., 2009; MIKULA, 2008).

- Dekubity I. stupně

Většinou stačí pouze odlehčení postižené oblasti od trvajících tlaku. V tom to stupni může krátkodobé odstranění tlaku vést k úplné regeneraci poškozené tkáně. Kůži udržovat čistou a suchou, postižené místo je vhodné omývat fyziologickým roztokem s desinfekčními přísadami a promašťovat kůži.

- Dekubity II. stupně

Je vhodné provést stěr na bakteriologické vyšetření. Zajistit odlehčení postižené oblasti a omezit tlak na tkáň na nejvyšší možnou míru. Puchýře se pečlivě odstraní a vzniklá rána se musí poctivě chránit před infekcí a vysušovat, aby se vytvořila suchá krusta lpící na korigu. Krusta se za příznivých podmínek zmenšuje, až odpadne úplně,

pokožka by měla být růžová zhojená.

- Dekubity III. stupně

Rozdělují se do tří typů: rána krytá nektrózou, rána s granulační tkání a stenózující chronický dekubit.

Nejdříve je potřeba zbavit postiženou oblast tlaku na nejnižší míru (uložením pacienta na antidekubitní matraci).

- a) Rána krytá nektrózou

Mrtvá tkáň v ráně znemožňuje hojení. Je nutné o rychlém odstranění nektrózy. Je třeba podpořit granulaci a epitelizaci.

- b) Rána s granulační tkání

Hlavním cílem je rychlé vyčištění rány, podpora epitelizace, tlumit infekci a nepoškozovat tvorbu granulace.

- c) Stenózující chronické dekubity

Patří sem ischiální a trochanterické dekubity, které se zužují až úplně uzavřou. To má za následek retenci hnisu a opakované septické stavy. Pokud není zlikvidována dutina vředu, rána se nesmí uzavřít.

- Dekubity IV. Stupně

Bývá porušena pokožka, podkoží i svalstvo v plném rozsahu a dochází k obnažení kostí. Zásady terapie jsou stejná jako u předchozích stupňů, ale zpravidla je však nutný chirurgický zákrok. Porušené místo se překryje kožním nebo svalovým lalokem (LAHODOVÁ, 2007; MIKULA, 2008; MIKULA, 2002).

5.1 Krycí prostředky

Na trhu je velké množství produktů využívaných k vlhkému hojení ran, které v ní udržují optimální prostředí, zabraňují vniknutí infekce do rány, jsou dobře pacientem tolerovány a jestliže se používají správně, urychlují hojení.

- Hydrokoloidní krytí

Označují se jako dvouvrstevné materiály složené ze zevní pěnové vrstvy, pro vodu nepropustné, a z vnitřní absorpční vrstvy hydrokoloidu. Při kontaktu s vlhkostí rány vytváří gelovou hmotu, která zabezpečuje vlhké prostředí v ráně. Je vhodné pro střední až silně sekretující rány, např. Hydrocoll, Granuflex.

- Hydrogelová krytí

Používají se na rány se středně silnou sekrecí. Mají vysoký obsah vody a dokáží změkčit a odloučit nekrotické, suché povlaky, např. Hydrosorb, Aquagel, Flamigel.

- Alginátová krytí

Jsou vyráběna z mořských řas a vyznačují se značnou sací schopností. Vlákná alginátu vytvářejí se sekretem rány neadherující gel, který působí jako vlhký obvaz, a současně pojmají zbytky odumřelých buněk, hnis, např. Sorbalgon, Kaltostat.

- Prostředky s aktivním uhlím

Eliminují zápach z defektu. Používají se u silně sekretujících ran, mají antibakteriální účinek, např. Actisorb plus, Carbonet.

- Hydropolymerová krytí

Jsou určena pro vlhkou terapii a jsou blízka hydrokoloidům. Je vhodný u defektů mírně secernujících, neinfikovaných, k podpoře granulace a epitelizace, např. Tielle.

- Pěnová polyuretanová krytí

Představují polopropustné obvazy složené z pěnové polyuretanové hmoty. Napomáhají výměně plynů a par, s exsudátem odstraní i zbytky odumřelých buněk. Příznivě ovlivňují granulaci a epitelizaci, doporučují se u povrchových ran, např. Allevyn, Mepilex.

- Hydrobalanční krytí

Reguluje hydrataci rány. Je složeno z vody a vláken celulózy, u suchých ran je schopno hydratovat spodinu, u secernujících odnímá přebytečný sekret, např. Suprasorb X.

- Krytí ze sít'ových materiálů

Představují tkaniny z bavlny nebo z viskózy, které jsou impregnovány masťovým základem. Používají se zvláště u povrchových ran, např. Inadine, Grassolind, Mepitel.

- Transparentní polyuretanová krytí

Chrání ránu a tvoří bariéru proti vstupu bakterií, např. Tegaderm, Bioclusive, Mefilm, Opsite (MOLČANOVÁ, 2008, HILŠEROVÁ, 2010; KALVACH, ZADÁK, 2008).

5.2 Čistící prostředky, krémy a masti

Přípravky pro péči o velmi suchou pokožku je ošetřující krém Menalind derm. Je vhodný pro hydrataci suché pokožky, pro ošetřování pokožky u dekubitů I. stupně a na atopické ekzémy. Přípravky pro inkontinentní pacienty je vhodný Menalind Professional, který je ve formě čistící pěny, kožního ochranného krému (vytváří ochranný film, chrání před působením moči a stolice, ošetřování pokožky u dekubitů I. stupně, obsahuje zinek) a ochranné pěny na pokožku (chrání před působením agresivních látek a tlaku). Dále výhodné použití pro hygienu u inkontinentních a ležících pacientů je mycí krém Tenaset. Používá se místo mýdla, nemusí se oplachovat.

Rozdělení krémů a mastí: A-Derma Exomega, Calcium panthotenicum, Dermazulen, Dermo-chlorofyl, DiabeCare, Flamigel [cit. 2011-01-23]. Dostupné na WWW: <osobniasistence.cz/?tema=2&article=8#kremy>

5.3 Výživa

Nemocný postižený dekubitem by měl vypít denně minimálně 30- 35 ml tekutin na 1 kg své aktuální tělesné hmotnosti. Na množství tekutin jsou vyšší nároky u nemocných, kteří mají horečku nebo dekubit, z kterého vytéká velké množství tekutiny. Obecně se doporučuje, aby nemocný s dekubitem měl denní příjem energie 30-35 kcal a 1-1,5 g bílkoviny na 1 kg své hmotnosti. Strava by měla být bohatá na vitaminy a minerální látky s převážně antioxidačním účinkem, které mají příznivý vliv na hojení rány.

Energie je nezbytná pro zajištění řádného fungování obranných mechanismů i pro tvorbu nové tkáně, jež ránu postupně vyplňuje a uzavírá. Jestliže nemocný přijímá méně energie ve stravě, dochází k úbytku kosterních svalů, ale i postupně k vyčerpání zásobních zdrojů energie.

Bílkoviny jsou pro tvorbu nové tkáně i buněk zajišťujících ochranu poškozeného místa před infekčními mikroorganismy základními stavebními kameny. Pro zajištění optimálního hojení dekubitu by se měla dávka bílkovin zvýšit na 1,3 až 1,5 g za den.

Mikronutrienty jsou velmi důležité látky, které jsou pro správné zpracování a využití základních živin nepostradatelné. Některé z nich (zinek, vitaminy C, E, A) se zásadním způsobem podílejí na zajištění obranyschopnosti organismu a chrání tak ránu před infekcí. Stopové prvky jako měď a zinek, vitaminy A a C podporují tvorbu a ovlivňují kvalitu nové tkáně.

Pokud má nemocný již dekubitus vytvořen a má problémy s příjmem běžné stravy je vhodné mu stravu doplňovat vhodnými nutričními přípravky.

Fortimel- obsahuje vysoké množství bílkovin, podáváme 1- 3 lahvičky denně, vhodný pro nemocné s rizikem vzniku dekubitu.

Cubitan- je určen pro podporu hojení proleženin, obsahuje zvýšené množství bílkovin, vitaminů a je obohacen o důležitou aminokyselinu arginin.

Dávkování se řídí stupněm poškozené tkáně, př. I. stupeň- 1 lahvička

Nutriční doplňky podáváme po jídle nebo mezi jídly tak, aby se pacient příliš nenasytil jejich konzumací a neodmítal běžnou stravu (JANÁKOVÁ et. al., 2010; FORMÁNKOVÁ, 2009).

6 Ošetrovatelská péče o dekubity

Při přijetí pacienta do nemocnice musíme od něho získat informace co nejdříve, optimální doba je do 2 hodin. Máme různé způsoby k získávání informací. Zaměřujeme se především na fyzikální vyšetření při dobrém osvětlení a vhodné pokojové teplotě.

Aspekce (vyšetření pohledem) predilekčních míst

- Zaměřujeme se na změnu barvy kůže, na abraze (odřeniny vznikající při tření o prostěradlo, exkoriace (ztráta povrchových vrstev kůže vznikající při dlouhodobém působení vlhkého prostředí), množství a stupeň poškozené kůže, sekrece.

Palpace (vyšetření hmatem) teplou rukou predilekčních míst

- Zjistíme orientačně teplotu kůže nad oblastmi tlaku, změny kůže (např. otok)

Dále se zaměřujeme na vyhodnocení po případného zápachu sekrece čichem, vyhodnocení rizika vzniku dekubitů pomocí vhodného vyhodnocovacího systému, klasifikace rány, pokud již došlo ke vzniku dekubitu, celkový zdravotní stav, hydrataci, stav nutrice, kontinence a bolesti.

Ošetrovatelské diagnózy:

Narušená celistvost kůže nebo tkání vzhledem k imobilitě a tlaku, vlivu zvýšené vlhkosti, podráždění kůže, sekretům a poruchám cirkulace.

Bolest ve vztahu k porušené tkáni.

Sociální izolace související se změněným zdravotním stavem.

Deficit informací o onemocnění, příčinách, léčbě a prevenci.

Potencionálně narušená celistvost tkání.

Potencionální problém vzniku infekce ve vztahu k porušené celistvosti kůže.

Cíle ošetrovatelské péče:

Spočívají v tom, aby měl pacient neporušenou kůži, aby byl čistý, nemá příznaky nadměrného působení tlaku, pociťuje bolest na hranici únosnosti nebo nepociťuje žádnou bolest, laicky objasní co je dekubit, jeho příčiny, prevenci a léčbu, akceptuje pomoc druhých.

Aktivita sestry:

Měla by vycházet ze strategie prevence a léčby dekubitů realizované v individuálním plánu ošetrovatelských výkonů.

Sestra zhodnotí stav pacienta a určí riziko dekubitů pomocí škály Nortonové nebo jiné. Odstraní nebo sníží tlak třecích sil polohováním. Polohování je nejúčinnější a nezákladnější prostředek proti vzniku dekubitů. Intervaly mezi změnami poloh se řídí podle aktuálního stavu pacienta. O polohování vedeme záznam, na kterém se uvádí střídání jednotlivých poloh.

Podporuje pohybový program pacienta a spolupracuje s fyzioterapeutem. Používá při polohování pacienta antidekubitní pomůcky. Pravidelně udržuje návaznost ošetřování a hodnotí výsledky terapie.

Chrání rizikovou oblast tkání před agresivním prostředím. Udržuje celistvost kůže a chrání před vytvářením otlaků. Rizikovou část myje tehdy, když je pacient znečištěný (inkontinentní) pouze šetrnými prostředky. Používá se jemný tekutý detergent. Mýdlo se nepoužívá, protože příliš vysouší pokožku a suchá kůže snadněji praská a umožňuje vstup mikroorganizmům. Oblast se důkladně osuší. Měla by dle indikace používat bariérové krémy nebo ochranné oleje. Povzbuzuje pacienta, aby jedl výživnou dietu bohatou na bílkoviny a vitamin C.

Provádí lokální ošetření rány. Při které se dodržují tyto zásady – dodržuje zásady sepsu, u dekubitů I. stupně je vhodné omývání místa fyziologickým roztokem, v případě puchýřků dochází k jejich odstranění, vzniklá rána se ale musí pečlivě chránit před infekcí a vysušovat. Vytvoří se zaschlá krusta, která pak lpící na kůži. Za vhodných podmínek se krusta zmenšuje až odpadne a objeví se růžová pokožka. Vhodné je používání transparentních polyuretanových krycích obvazů. Jsou to obvazy, které nepropouští tekutiny a bakterie, ale jsou propustné pro kyslík a vodní páry, proto umožňují dýchání kůže. V případě nekrózy spočívá léčba chirurgická. V případě infikování rány se odebírá vzorek na kultivaci a citlivost.

Antibiotika se podávají dle ordinace lékaře. Dále se pak aplikují lokální přípravky na podporu hojení a kontrolu infekce. Používají se hydrokoloidní obvazy, které udržují vysokou vlhkost na rozhraní rána – obvaz, zlepšuje se tak hojení a tvoří se ochrana proti infekci. Ke zmírnění zápachu se přikládá aktivní uhlí. Při bolestech se podávají analgetika dle určení lékaře (MIKŠOVÁ, et.al., 2006).

Převaz rány:

Příprava

- Vždy měj čisté ruce
- Dodržuj sterilitu
- Dopln převazovací materiál na převazovací vozík
- Použij rukavice
- Pacienta pouč o převazu
- Zajisti polohu pacienta
- Používej co nejvíce jednorázové pomůcky
- Používej předem vysterilizované pomůcky
- Na použité nástroje používej misku
- Tříd' odpadový materiál

Provedení

- Zkontroluj, zda - li je převazový vozík doplněn
- Zkontroluj dostatek pomůcek
- Pouč pacienta před převazem
- Umyj si ruce a nasad' si rukavice
- Zajisti polohu pacienta
- Respektuj stud pacienta
- Odstraň krytí z rány
- Odlož do emitní misky
- Dodržuj zásady asepse
- Použij nové krytí rány ordinované dle ordinace lékaře
- Po výkonu ránu zalep

Pomůcky:

- Mepilex
- Mefix
- Cosmopor
- Melgisrb
- Rivanol roztok
- Fyziologický roztok
- Hypegel
- Převazové nůžky
- Kazeta se sterilními nástroji
- Emitní misky
- Rukavice (sterilní, nesterilní)
- Podávky
- Štětíčky
- Desinfekční roztok

[cit. 2011-03-09]. Dostupné na WWW: < <http://vnl.xf.cz/ose/ose-standard.php>>

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Ošetrovatelská péče o pacienta s dekubitem

Ošetrovatelská péče, je realizovaná v určitém čase. Termín ošetrovatelská péče se používá už více než 100 let. Je to péče orientovaná na osobu, která se nachází v určitém stavu zdraví a v určitém prostředí (Boroňová, 2010; Kozierová, 1995).

Kazuistika

Pacientka byla přijata na oddělení interní kliniky dne 18.11.2010. Ošetrovatelskou péčí o pacientku jsem prováděla ve dnech od 22.11.2010 do 26.11.2010 v časovém rozmezí od 7.00 do 15.00. Na základě studia zdravotnické dokumentace, pozorování pacienta a anamnestického rozhovoru s pacientkou a dcerou pacientky, jsem zhodnotila pacientky zdravotní stav a podle dokumentace dle Marjory Gordon jsem sestavila ošetrovatelskou anamnézu. Dále jsem zformulovala ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacientky a navrhla plán ošetrovatelské péče.

Marjory Gordon *1941:

Základní ošetrovatelské vzdělání získala na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku. Bakalářské a magisterské studium ukončila na Unter College of the City University v New Yorku. Doktorandskou práci obhájila na Boston College z pedagogické psychologie. V roce 1987 publikovala model funkčních vzorců zdraví. Je profesorkou a koordinátorkou ošetrovatelství dospělých na Boston College. Byla prezidentkou NANDA do roku 2004. Věnuje se výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče.

Model Gordonové se skládá z jedenácti funkčních vzorců zdraví, které obsahují subjektivní a objektivní údaje.

- Vnímání zdraví
- Výživa – metabolismus
- Vylučování
- Aktivita – cvičení
- Spánek – odpočinek
- Vnímání – poznávání
- Sebepojetí – sebeúcta
- Role – mezilidské vztahy
- Sexualita – reprodukční schopnost
- Stres – zvládání, tolerance
- Víra – životní hodnoty (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Identifikační údaje:**Jméno a příjmení:** X.Y.**Datum narození:** 10.2.1922**Věk:** 88**Pohlaví:** žena**Zaměstnání:** důchodkyně**Stav:** vdova**Vzdělání:** středoškolské**Bydliště:** Praha**Státní příslušnost:** ČR**Rodné číslo:** 22.....**Pojišťovna:** 111**Nejbližší příbuzný:** dcera**Kontaktní osoba:** dcera**Telefoní číslo:** 606.....**Datum přijetí:** 18.11.2010**Ošetřující lékař:** MUDr. J. T.**Medicínská diagnóza hlavní :** Ošetření neprůchodnosti PEGu**Medicínské diagnózy vedlejší :** Stp. CMP, afázií, levostrannou hemiplegií

Sakrální dekubitus

Makrocytární anémie

T-LGL leukémie k symptomatické terapii

Chronická cholecystitida, cholecystolitiáza

DM 2. typu na dietě

Nynější onemocnění :

Pacientka přivezena z LDN na gastroenterologické oddělení k ošetření neprůchodnosti PEGu. Zde provedeno ošetření a doporučena výměna PEG na 25.11.

Vitální funkce při přijetí:

TK : 140/80

Výška : 166

P : 92

Hmotnost : Nelze zvážit

D : 15

Pohyblivost : Zcela omezená

TT : 36,6 °C

Krevní skupina : A

Stav vědomí : Při vědomí

Informační zdroje : pacientka, zdravotnická dokumentace, dcera**Anamnestické údaje:**

Rodinná anamnéza :

Matka i otec zemřeli kolem 95. roku na stáří. Sestry i bratr také nežijí. Jedna sestra zemřela stářím, druhá na Ca plic a bratr na infarkt myokardu. Děti jsou zdravé. Má dceru a 2 syny.

Osobní anamnéza:

Pacientka překonala běžná dětská onemocnění. Kolem 65. roku si zlomila v zimě na kluzkém chodníku pravou ruku v zápěstí. Pacientka má vředovou chorobu gastroduodena, makrocytární anemii a diabetes mellitus 2. typu na dietě. V roce 2008 prodělala CMP. Hospitalizovaná v nemocnici byla kvůli hysterektomii, appendektomii a cholangitidě. Pacientka absolvovala všechna běžná povinná očkování.

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Anopyrin	tbl	100mg	0-1-0	
Agapurin	tbl	400mg	1-1-1	
Ursosan	tbl	250mg	1-0-2	
Ortanol	tbl	20mg	1-0-1	
Clexane	s.c	0,4 ml	á 24 hodin	

Vitamin B 12	i.m.	1000ug	1x za týden	
Insulin HMR			Připichovat při aktuální glykémii nad 14mmol/l	
Mycomax sirup				

Alergologická anamnéza:

Pacientka neudává žádnou alergii.

Abúzy:

Pacientka pije jednu kávu za den, alkohol příležitostně, je zapříisáhlý nekuřák

Gynekologická anamnéza:

Menarché: od 13 let

Cyklus: pravidelný

Trvání: 5 – 7 dní

Menopauza: v 52 letech

Sociální anamnéza:

Pacientka je vdova 10 let. Dříve bydlela s manželem v rodinném domě. Po smrti manžela žila střídavě u dcery a syna, kteří bydlí za Prahou. Od roku 2010 je umístěna v LDN v Praze. S rodinou má dobrý vztah. Projevuje o ní zájem.

Záliby:

Dříve čtení knížek, časopisů, luštění křížovek, sledování televizních soutěží, procházky, hlídání vnoučat, pletení, zahradničení.

Pracovní anamnéza:

Pacientka má středoškolské vzdělání. Pracovala jako účetní. Nyní je ve starobním důchodu.

Ekonomické podmínky:

Dobré

Psychologická anamnéza:

Pacientka působí smutným dojmem, ale je smířená se svým stavem

Popis fyzického stavu**Hlava a krk:**

Subjektivní údaje: „Bez obtíží.“

Objektivní údaje: Hlava normocefalická, oční štěrby symetrické, bulvy stočeny mírně doprava, bez nystagmu, spojivky bledé, zornice izokorické, reagují na obě kvality, uši i nos bez výtoku, dutina ústní bez patologie, sliznice suché, jazyk povleklý, plazí se ve mírně doleva. Chrup sanován.

Krk je volně pohyblivý všemi směry, šíje neopouje, pulzace a.a. karotid symetrická, šelest není slyšet, náplň krčních žil v normě, žlázu ani lymfatické uzliny nehmatné.

Hrudník a dýchací systém:

Subjektivní údaje: „Problémy s dýcháním nemám.“

Objektivní údaje: Hrudník symetrický, poklep plný, jasný, počet dechů za minutu – 15, dýchání je zpomalené, bez kašle.

Srdcovo - cévní systém:

Subjektivní údaje: „Nemám žádné potíže.“

Objektivní údaje: Srdeční akce klidná, pravidelná, 2 ohraničené ozvy, TK: 140/90
P: 92', TT: 36,6 °C

Břicho a GIT:

Subjektivní údaje: „Nemám žádné potíže.“

Objektivní údaje: Zavedený PEG, břicho měkké, palpačně nebolestivé, poklep dif. bubínkový, játra ani slezina nehmatná, jizva po appendektomii klidná, peristaltika + šelest nad abdominální aortou ani nad renálními tepnami není slyšet, palpce nad sponou nebolestivá.

Močovo - pohlavní systém:

Subjektivní údaje: „Mám cévku, která močí za mě. Jinak nemám žádné potíže s močením.“

Objektivní údaje: Pacientka je zcela inkontinentní, má zavedený permanentní močový katetr, který vylučuje 1400 ml. Moč je bez příměsů, světle žlutá. Pacientka je po hysterektomii před více než 30 lety.

Kostrovo - svalový systém:

Subjektivní údaje: „Jen ležím, nemůžu se pohybovat.“

Objektivní údaje: Pacientka je imobilní, prsty symetrické, dolní končetiny bez známek zánětů či TEN, AP hmatné do periférie, nad AFS bez šelestů.

Nervovo - smyslový systém:

Subjektivní údaje: „Nemám žádné potíže.“

Objektivní údaje: Pacientka je při vědomí, orientovaná místem, osobou, ale dezorientovaná časem. Po prodělaném CMP s afázií a levostrannou hemiplegií.

Endokrinní systém:

Subjektivní údaje: „Mám cukrovku, jinak bez obtíží.“

Objektivní údaje: Pacientka má diabetes mellitus 2. typu na dietě. Při glykémii vyšší než 14mmol/l se připichuje insulin HMR dle ordinace lékaře. Štítná žláza nezvětšena.

Imunologický systém:

Subjektivní údaje: „Nemám žádné obtíže.“

Objektivní údaje: Pacientka je bez teploty, TT: 36,6 °C

Kůže a její adnexa:

Subjektivní údaje: „Kůži mám suchou.“

Objektivní údaje: Sakrální dekubitus o šířce 4 cm a délce 5 cm. Kůže bez cyanózy, šupinatá, suchá, čistá. Kožní turgor přiměřený.

7.1 Ošetřovatelská anamnéza podle M. Gordon

1. Doména: Vnímání zdraví

Subj.: Svůj zdravotní stav vnímá jako špatný. Pořád jen leží. Už jí to nebaví. Je odkázaná na pomoc druhých. Nechce být přítěž. V posledním roce byla nachlazená jen jednou.

Obj.: Pacientka byla přijata za účelem k zprůchodnění PEGu. Zdravotní stav pacientky není moc dobrý. Krevní tlak má normální.

2. Doména: Výživa

Subj.: Chut' k jídlu je zhoršená. Nemůže moc polykat. Dříve snědla všechno.

Obj.: Pacientka je po CMP, proto má porušené polykání. Hmotnost pacientky se nedá zvážit, ale podle dcery je váha pořád stejná. Žádný úbytek váhy neudává. Dle proporcí by mohla mít kolem 80 kilo. Měří 166 cm. BMI se nedá určit přesně. Má zavedený PEG. Výživa do PEGu se podává každé 3 hodiny. 50 ml Nutrisonu multifibre + 20 ml čaje. Pitný režim pacientka nedodrží. Vypije cca 300 ml za den. Hydratace je proto zajištěna infuzemi a podáváním čaje do PEGu. Pacientka má diabetes mellitus 2. typu na dietě. Kůže je suchá, stav vlasů je dobrý, stav nehtů také.

3. Doména: Vylučování

Subj.: Kvůli upoutání na lůžku a celkovému onemocnění je odkázaná mít plenkové kalhotky a permanentní cévku.

Obj.: Pacientka je imobilní, má zavedený PMK a kvůli inkontinenci stolice má plenkové kalhoty. Katetr odvádí světle žlutou moč, bez přítomnosti krve a hnisu. Stolice je hnědá, bez příměsů.

4. Doména: Aktivita – cvičení

Subj.: Cítí se slabá, kvůli svému postižení nezvládá jakoukoliv aktivitu.

Obj.: Pacientka je závislá na pomoc druhých. Má levostrannou hemiplegii. Není schopna žádných denních aktivit. Každý den za ní chodí fyzioterapeut.

5. Doména: Spánek – odpočinek

Subj.: Spánek má v pořádku, s usínáním problém nemá. V noci se nebudí.

Obj.: Pacientka v noci spí. Žádné léky pro usínání nepotřebuje ani nebere.

6. Doména: Vnímání – poznávání

Subj.: Hůře slyší, brýle nosí na čtení, pociťuje změny paměti, hodně věcí už zapomíná.

Bolest cítí nad sakrem. Škálu od 0 do 5 hodnotí číslem 3.

Obj.: Pacientka je při vědomí, má problémy se sluchem. Řeč je porušená. Je orientovaná místem, osobou, ale dezorientovaná časem.

7. Doména: Sebepojetí

Subj.: Je pesimistka, už si vůbec nedůvěřuje, se svým vzhledem je spokojená.

Obj.: Pacientka se jeví pesimisticky, nemá v sobě už tu důvěru, jakou mívala. Pocity nemá žádné, se vším je smířená.

8. Doména: Role – mezilidské vztahy

Subj.: Vztahy se svými dětmi má dobré, svá vnoučata a pravnoučata má moc ráda.

Obj.: Pacientka je nyní umístěna v LDN, s manželem, který už je po smrti vychovávali 3 děti, 2 syny a jednu dceru. Dcera i syn pacientku pravidelně navštěvují. Celá rodina pacientku podporuje a pomáhá jí. Druhý syn žije v zahraničí. S ním se vídá dvakrát do roka. Pacientka je ve starobním důchodu. K personálu a k rodině se chová vstřícně.

9. Doména: Sexualita

Obj.: Pacientka porodila 3 zdravé děti přirozenou cestou, měla jeden potrat,

s manželem neměla žádné problémy. Žili poklidný a spokojený život.

10. Doména: Stres

Subj.: Stresové situace už nemívá

Obj.: Pacientka nejeví známky stresu

11. Doména: Víra – životní hodnoty

Subj.: Je katolička, věří v boha, ale do kostela už nechodí. Plány do budoucna žádné nemá. Pouze chce, aby její rodina byla šťastná.

Přehled laboratorních vyšetření:

Krevní obraz, biochemie, koagulace, CRP, sedimentace, jaterní testy, glykemický profil, lipidy, prealbumín, biochemické vyšetření moče

Diagnostické vyšetření pacientky:

Gastroskopie, RTG břicha, skeletu, EKG

Léčba:

Žádná dieta – má zavedený PEG, výživa do PEGu Nutrison multifibre a čaj.

Bez pohybového režimu, pacientka je imobilní, zajištěna rehabilitace na lůžku.

Medikamentózní:

Anopyrin 100 mg	0-1-0	antipyretika
Agapurin 400 mg	1-1-1	vazodilatancia
Ursosan 250 mg	1-0-2	hepatika
Ortanol 20 mg	1-0-1	antiulcerózní
Caltrate	1-0-0	minerální látky

Intravenózní:

Helicid ampule v 500 ml FR, Tramal ampule v 500 ml FR, ATB Cefobid 1 g ve 100 ml FR po 12 hodinách, Ringerův roztok dle ordinace lékaře, fyziologický roztok dle ordinace lékaře, do infuzí dle ordinace lékaře KCl 7, 45% + NaCl

Subcutánní:

Clexane 0,4 ml za 24 hodin

Insulin HMR – připichovat při aktuální glykémii nad 14 mmol/l

Musculární:

Vitamin B12 1000 ug 1 krát za týden

Situační analýza :

Pacientka X.Y. přivezena na interní kliniku z LDN pro obtékání PEGu. Naposledy byl PEG vyměněn 13.10.2010. Jelikož je pacientka po prodělaném CMP, je potřeba komplexní ošetrovatelská péče. Pacientka je zcela nesoběstačná. Má poruchu polykání při základním onemocnění. Pacientka má I sakrální dekubitus o délce 5 cm a šířce 4 cm. Pacientka má inkontinenci jak moče, tak i stolice, má zavedený PMK, který odvádí cca 1400 ml za den a plenkové kalhotky. Pacientka prodělala uroinfekci. Zaléčena Ampicilínem. Pacientka má centrální žilní katetr. Má poruchu řeči, někdy jí není rozumět. Výrazná je mimika v obličeji, kde se pozná, že se pacientce něco líbí nebo nelíbí. Problémy s usínáním nemá, v noci spí klidně bez probuzení. Má 3 děti, bydlela střídavě u syna a dcery. Nyní tráví čas na LDN na Praze 4. Pro nedostatečnou péči a pro nespokojenost rodiny se bude překládat na LDN Baromejky.

Seznam aktuálních ošetrovatelských diagnóz:

00046 – Poškozená kožní integrita související s pacientovou imobilitou projevující se dekubitárním vředem.

00133 – Chronická bolest související s fyzickým postižením projevující se verbálním vyjádřením pacientky.

00091 – Zhoršená pohyblivost na lůžku v souvislosti s vysokým věkem, s prodělaným onemocněním a snížené svalové síly projevující se úplnou imobilitou.

00108 – Deficit sebepéče při koupání a hygieně v souvislosti s pacientovou imobilitou projevující se neschopností zvládnutí se o sebe postarat.

00001 – Nedostatečná výživa v souvislosti s prodělaným onemocněním projevující se neschopností polykání stravy.

00051 – Zhoršená verbální komunikace související s prodělaným onemocněním projevující se občasnou nesrozumitelností a prohazováním slov.

00021 – Úplná inkontinence moči v souvislosti s prodělaným onemocněním projevující se neschopností udržet moč.

00014 – Inkontinence stolice v souvislosti s prodělaným onemocněním projevující se samovolným odchodem stolice.

00103 – Porušené polykání související se sníženou silou pohyblivostí žvýkacích svalů projevující se neschopností rozmělnit a spolknout sousto.

00109 – Deficit sebepečce při oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti s pacientovou imobilitou projevující se neschopností zvládnutí se o sebe postarat.

00102 – Deficit sebepečce při krmení v souvislosti s pacientovou imobilitou projevující se neschopností se sama najíst.

00110 – Deficit sebepečce při vyprazdňování v souvislosti s pacientovou imobilitou projevující se neschopností si dojít na toaletu.

Seznam potencionálních ošetrovatelských diagnóz:

00004 – Riziko infekce v souvislosti se zavedením permanentního močového katetru a centrálního žilního katetru.

00040 – Riziko imobilizačního syndromu v souvislosti s neuromuskulárním postižením

1. Ošetrovatelská diagnóza

00046 – Poškozená kožní integrita související s pacientovou imobilitou projevující se dekubitárním vředem

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zhojený defekt do konce hospitalizace bez komplikací – po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Udržovat kůži v čistotě, udržet optimální nutriční stav pacientky – do 1 týdne

Výsledné kritéria:

Pacientka zná příčiny porušené kožní integrity

Pacientka zná důvod a způsob preventivních opatření

Pacientka má dostatek informací o ošetřování rány a převazech

Pacientka bude mít kůži čistou a neporušenou

Pacientce se zhojí nebo zlepší dekubitus

Plán intervencí:

Pacienta polohuj á 2 hodiny ve dne, v noci – sestra ve službě

Pečuj o pokožku pacienta zvýšenou hygienou a promazáváním pokožky – sestra ve službě

Vyšetři okolní kůži, zda není zarudlá, zduřelá či macerovaná – sestra ve službě

Sleduj a zapisuj u pacienta výživu – sestra ve službě

Podávej optimální výživu se zvýšeným obsahem bílkovin, aby byla zajištěna pozitivní dusíková bilance, nutná k hojení a udržení dobrého celkového stavu – sestra ve službě, dietní sestra

Průběžně u pacienta vypočkládej predilekční místa – sestra ve službě

Odstraň vnější faktory, které napomáhají vzniku dekubitu – sestra ve službě

Udržuj čisté a suché lůžko pacienta a jeho oblečení – sestra ve službě, ošetrovatelka

Seznam pacienta s frekvencí převazů denně – sestra ve službě

Převazy prováděj za aseptických podmínek dle ordinace lékaře – sestra ve službě

Sleduj a zapisuj vzhled defektu do dokumentace – sestra ve službě

Sleduj bolestivé projevy u pacientky- sestra ve službě

Předcházej vzniku a šíření infekce – sestra ve službě

Realizace : 22.11.2010 – 26.11.2010

22.11. v 7 hodin ráno jsem pacientku při ranní hygieně důkladně omyla celé tělo. Promazala jsem jí suchou pokožku olejíčkem. Okolní kůži jsem vyšetřila pohledem a pohmatem, jestli nedochází k zarudnutí či k zduření. V 7,45 hodin jsem pacientku seznámila s tím, kolik bude mít denně převazů. Převazy byly dělané vždy za aseptických podmínek ordinované dle ordinace lékaře. Ránu na sakru jsem vyčistila skinseptem, vystlala jsem ji nasáklými čtverci s betadine a kryla sterilními čtverci. Okolí PEGu jsem odensifikovala a namazala lawarizine mastí a překryla sterilními čtverci. Každý převaz byl kontrolován a zapsán do ošetřovatelské dokumentace.

Jelikož je pacientka po CMP, je zcela nesoběstačná, proto je odkázaná na pomoc druhých. Z lůžka jsem odstranila vnější faktory, které napomáhaly ke vzniku dalších dekubitů. V 9 hodin ráno jsem s pomocí pacientku zapolohovala do jiné polohy. Po dobu mé praxe jsem se snažila pacientku polohovat každé dvě hodiny. Průběžně při polohování jsem vypodkládala nejvíce ohrožená místa antidekubitními pomůckami. Ve 12 hodin jsem sledovala a zapisovala příjem potravy a zajistila u dietní sestry, aby měla ve výživě dostatek bílkovin. Lůžko jsem upravila a udržovala po celou dobu v čistotě.

Při bolestech byly nasazené analgetika. Předcházela jsem riziku vzniku infekce nebo šíření. Tyto činnosti byly vykonávány po dobu mé praxe každý den.

Hodnocení: 26.11.2010

Cíle byly splněny částečně: Pacientka má udržovanou kůži v čistotě a je udržován optimální nutriční stav. Stále není zhojen defekt na sakru. Ošetřovatelské intervence pokračují dál.

2. Ošetrovatelská diagnóza

00133 – Chronická bolest související s fyzickým postižením projevující se verbálním vyjádřením pacientky.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Zahájení změn, které vedou k využití možností veškeré léčby, která souvisí s bolestí – do konce hospitalizace

Cíl krátkodobý: Zmírnění stupně bolesti – do 2 dní

Výsledné kritéria:

Pacientka bude pociťovat mírnější bolesti

Pacientka bude informovaná o možnostech léčby bolesti

Pacientka bude znát úlevovou polohu

Plán intervencí:

Pátrej po faktorech způsobující bolest - sestra ve službě, lékař

Zjistí intenzitu a charakter bolesti - sestra ve službě, lékař

Zhodnot' současné i minulé užívání analgetik - sestra ve službě, lékař

Posud' pacientky chování při bolesti – sestra ve službě

Urči individuální práh bolesti pacientky – sestra ve službě

Zjistí trvání bolesti a jaké léky již pacientka vyzkoušela – sestra ve službě, lékař

Zajisti klidné a pohodlné lůžko pacientky – sestra ve službě, ošetrovatelka

Zajisti pacientce pomůcky pro úlevovou polohu – sestra ve službě

Zkoumej možnost využití nefarmakologických metod zvládnutí bolesti – sestra ve službě

Podávej analgetika dle ordinace lékaře – sestra ve službě

Vše zaznamenávej do dokumentace – sestra ve službě

Sleduj, zda se bolest mění – sestra ve službě

Realizace: 22.11.2010 – 26.11.2010

22.11. v 7.00 jsem zjistila faktory, které vyvolávají bolest. Podle škály 0 – 5 mi pacientka zhodnotila bolest číslem 3. Posoudila jsem jak se pacientka chová při bolestech. Zhodnotila jsem současné a minulé podávání analgetik. V 8.00 jsem podala Tralgit 1 amp. v 500 ml FR proti bolesti dle ordinace lékaře. V 10.00 bolest mírně ustoupila. Pacientka si na bolest nestěžuje. Určila jsem individuální práh bolesti pacientky. Ve 12 jsem zajistila pacientce, aby měla klidné a pohodlné lůžko. Pacientce jsem obstarala pomůcky pro úlevovou polohu. Vše jsem zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace. Sledovala jsem, zda se pacientce bolest měnila.

23.11.- 26.11. jsem každý den podávala Tralgit proti bolesti v 7.00, 15.00 dle ordinace lékaře a sledovala zda bolest ustupuje.

Hodnocení: 26.11.2010

Cíle byly splněny. Pacientka pociťovala úlevu od bolesti. Protože je bolest chronická, dále pokračuje léčba analgetiky.

3. Ošetrovatelská diagnóza

00091 – Zhoršená pohyblivost na lůžku v souvislosti s vysokým věkem, s prodělaným onemocněním a snížené svalové síly projevující se úplnou imobilitou.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka není ohrožena pády – po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Zachování funkčnosti a kožní integrity bez kontraktur, proleženin – do 1 týdne

Výsledné kritéria:

Pacientka má vhodně upravené lůžko

Pacientka používá polohovací pomůcky

Pacientka bude mít zajištěnou fyzioterapii

Plán intervencí:

Urči diagnózu, přispívající k nepohyblivosti – sestra ve službě, lékař

Klasifikuj funkční úroveň od jedné do čtyř – sestra ve službě

Připrav program fyzikální a pracovní léčby a zajistěte, jaké pomůcky jsou potřeba – sestra ve službě, lékař

S využitím vhodné podpory pravidelně měň pozici pacientky a dbej na správnou polohu těla – sestra ve službě

Pátrej po lokálním začervenaní nebo otlaku kůže. O kůži pravidelně a řádně pečuj – sestra ve službě

Posiluj pacientky sebepojetí a vnímání nezávislosti – sestra ve službě

Pomáhej s hygienou, vyprazdňováním a jídlem – sestra ve službě

Dbej, aby měla pacientka v dosahu signalizační zvonek – sestra ve službě

Zajisti pacientce rehabilitační cvičení na lůžku – sestra ve službě, RHB sestra

Zajisti polohovací pomůcky – sestra ve službě, RHB sestra

Realizace: 22.11.2010 – 26.11.2010

22.11. v 7.00 jsem u pacientky určila diagnózu, která přispívá k její nepohyblivosti. Zhodnotila jsem a zklasifikovala funkční úroveň od jedné do čtyř. Pacientce jsem dala číslo 4, což je stupeň zcela závislý - neschopen samostatných pohybů. V 10.00 jsem připravila program fyzikální a pracovní léčby a zajistila jsem pomůcky, které byly potřeba. Každé 2 hodiny jsem pravidelně měnila pozici pacientky na lůžku a dbala jsem na správnou polohu těla. Ve 12.00 jsem pátrala po lokálním začervenání nebo otlaku kůže. O pokožku jsem pravidelně a řádně pečovala. Ve 13.00 jsem k promastění kůže používala krém Menalind. Celé tělo jsem promazala, aby kůže nebyla suchá.

Denně jsem prováděla u pacientky celkovou hygienu, přebalovala jsem jí a krmila. Signalizační zvonek jsem dala v dosah pacientky. Zajistila jsem pacientce návštěvy fyzioterapeutky, která s ní prováděla rehabilitační cvičení na lůžku. Ve 14.00 jsem do lůžka zajistila polohovací pomůcky k lepšímu manipulování při polohování.

23.11. – 26.11. jsem u pacientky každý den prováděla hygienickou péči, polohovala jsem jí každé 2 hodiny, promazávala celé tělo krémem Menalindem.

Hodnocení: 26.11.2010

Cíle částečně splněny: Pacientka je bez kontraktur a bez dalších proleženin. Stále je však ohrožena pády. Proto ošetrovatelské intervence pokračují dál.

4. Ošetrovatelská diagnóza

00108 – Deficit sebezpečie při koupání a hygieně v souvislosti s pacientovou imobilitou projevující se neschopností zvládnutí se o sebe postarat.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zachovanou sebezpečí při koupání a hygieně v maximální možné míře – do 1 měsíce

Cíl krátkodobý: Provádět péči denně o sebe sama na úrovni svých možností – do 1 týdne

Výsledné kritéria:

Pacientka zná příčiny porušené soběstačnosti

Pacientka se stará o svůj zevnějšek a hygienu

Pacientka spolupracuje s rehabilitačními pracovníky

Pacientka má zmírněný pocit méněcennosti

Plán intervencí:

Zjistí, čím je způsoben pokles schopnosti pacientky pečovat o sebe sama – sestra ve službě, lékař

Povšimni si souběžných zdravotních problémů, které mohou mít vliv na péči – sestra ve službě, lékař

Povšimni si, zda je deficit dočasný nebo trvalý a zda bude časem ustupovat nebo progredovat – sestra ve službě

Vypracuj ošetrovatelský plán podle individuální situace – sestra ve službě

Sleduj vitální funkce – sestra ve službě

Zapojuj pacientku do sebeobsluhy dle jejího aktuálního stavu- sestra ve službě

Povzbuzuj a pochval pacientku při sebemenším úspěchu – sestra ve službě

Dopomáhej pacientce v úkonech, které není schopna zvládat sama – sestra ve službě, ošetrovatelka

Prováděj ošetrovatelskou rehabilitaci – RHB sestra

Plň individuální potřeby pacientky – sestra ve službě

Pečuj o kůži a prováděj prevenci dekubitů – sestra ve službě

Zapoj rodinu do péče o pacientku – sestra ve službě

Realizace: 22.11.2010 – 26.11.2010

22.11. v 7.00 jsem zjistila, čím je způsoben pokles schopnosti pečovat o sebe sama. Jelikož je pacientka po CMP, je zcela upoutaná na lůžko. Nezvládá žádné běžné denní činnosti. V 9.00 jsem vypracovala pro pacientku ošetrovatelský plán dle individuální situace.

Denně jsem sledovala vitální funkce. Každou chvíli jsem na pacientku mluvila, povzbuzovala a chválila, aby se jí zvedla nálada a aby se necítila méněcenná. Každý den jsem prováděla celkovou hygienickou péči. Přebalovala jsem jí, krmila a česala vlasy. Pečovala jsem o kůži a prováděla prevenci proti dekubitům polohováním. Poradila jsem rodině, jak pečovat a starat se o pacientku.

23.11. – 26.11. jsem u pacientky měřila a sledovala vitální funkce, snažila se jí povzbuzovat, prováděla hygienickou péči a celkově upravovala zevnějšek. Pečovala jsem o kůži a prováděla prevenci proti dekubitům polohováním.

Hodnocení: 26.11.2010

Cíle nesplněny. Pacientka není schopna se o sebe sama postarat. Ošetrovatelské intervence pokračují dál.

5. Ošetrovatelská diagnóza

00001 – Nedostatečná výživa v souvislosti s prodělaným onemocněním a neprůchodností PEGu projevující se neschopností polykání stravy.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Udržet optimální tělesnou hmotnost pacientky do konce hospitalizace – po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Nedovolit úbytek tělesné váhy

Výsledné kritéria:

Pacientka bude mít přiměřenou tělesnou hmotnost

Pacientka bude mít upravené stravovací návyky

Pacientka bude mít vhodně upravenou stravu bohatou na bílkoviny a vitamíny

Plán intervencí:

Monitoruj hmotnost pacientky 1x krát týdně – sestra ve službě

Zkoumej, zda se jedná o porušenou schopnost žvýkat, polykat,.....- sestra ve službě, lékař

Zajisti nutričního terapeuta a spolupracuj s ním – sestra ve službě

Dle okolností pečuj o hygienu dutiny ústní – sestra ve službě

Povšimni si charakteru stolice – sestra ve službě

Pobízej pacientku k dostatečnému a pravidelnému příjmu tekutin – sestra ve službě

Dodávej léky dle indikace – sestra ve službě

Poskytni pacientce a její rodině informace o individuálních nutričních potřebách

a způsobech, jak jim dostát v rámci určitého finančního omezení – sestra ve službě, lékař

Realizace: 22.11.2010 – 26.11.2010

22.11. v 7.00 jsem chtěla pacientku zvážit. Jelikož je úplně imobilní, tak vážení uskutečnit nelze. Pacientka má porušenou schopnost jak polykat, tak i žvýkat. Má zavedený PEG, který byl ale neprůchodný. Proto 24.11. byla provedena výměna PEGu. Nutriční terapeut byl zajištěn. V 9.00 jsem pečovala o dutinu ústní, vytírala jsem pacientce rty a jazyk bor glycerinem.

U stolice jsem sledovala charakter, barvu, množství. Kvůli poruše polykání a neprůchodnosti PEGu jsem pacientce podávala tekutiny pomocí infuzí. Dle ordinace lékaře jsem podávala léky. V 15.00 jsem poskytla rodině pacientky vhodné informace o nutričních potřebách a způsobech.

23.11. – 26.11. jsem pečovala o dutinu ústní, rty a jazyk jsem vytírala bor glycerinem. Sledovala jsem charakter stolice. Podávala jsem infuze.

Od 24.11. se již mohly podávat tekutiny do PEGu.

Hodnocení: 26.11.2010

Cíle splněny. Pacientka nemá váhový úbytek.

ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacientem, se kterým jsem po dobu mé odborné praxe spolupracovala byla 88 letá žena se sakrálním dekubitem, který se jí vytvořil v LDN z nedostatečné ošetrovatelské péče.

Po zhodnocení celkového stavu pacientky jsem stanovila 12 aktuálních ošetrovatelských diagnóz a 2 potencionální ošetrovatelské diagnózy. Vypracovala jsem 5 nejdůležitějších diagnóz. Nejzávažnější diagnózu jsem dala jako první kožní integritu porušenou. Pacientka měla rozsáhlý dekubitus 3. stupně o délce 5cm a šířce 4,5 cm, který se převazoval jednou denně. Spolu s polohováním a používáním antidekubitních pomůcek se dekubit den ode dne pomalu hojil. Další diagnózou byla chronická bolest z důvodu dekubitu. Bolest byla úspěšně tlumena analgetiky. Nepohyblivost na lůžku jsem řešila aktivním rehabilitačním cvičením s fyzioterapeutkou a používám polohovacích pomůcek. Pomocí slovního povzbuzování jsem motivovala pacientku, aby deficit sebepéče v oblasti hygieny a koupání zvládala jednou opět sama nebo s dopomocí. V této oblasti potřebuje neustálou pomoc a péči. Nedostatečná výživa se zajistila zprůchodněním PEGu. Potencionální diagnózy nevznikly.

Spolupráci s pacientkou bych hodnotila celkem kladně. I přes poruchu řeči a zhoršeným stavem se pacientka snažila ze všech sil mi vyjít vstříc a dodržovala léčebný režim. Kvůli dostatečné kvalitní péči předpokládám úplné vyléčení dekubitu, ale po stránce sebepéče a pohybu nelze předpokládat úplné vyléčení. Přesto je důležité snažit se splnit potřeby nemocných a hlavně přistupovat empaticky a holisticky.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

I přes možnosti dnešní doby používat moderní materiály k hojení ran je stále důležité zdůrazňovat, jak důležitá je prevence. Důsledná prevence je přínosem jak pro personál, tak hlavně pro nemocné, kteří při jejím dodržování nemusejí trpět bolestivými ranami. Myslím, že léčba dekubitů je finančně daleko více náročná než používání kvalitních antidekubitárních pomůcek.

Jakmile proleženina vznikne, lze ji vyléčit pouze maximálním omezením tlaku na postižené místo. Proto je u nepohyblivých pacientů nesmírně důležitá pečlivá péče ze strany ošetřujícího. Je třeba měnit alespoň každé dvě hodiny pacientovu polohu. Oblasti vystavené tlaku je třeba pečlivě omývat a osušovat, hlavně když je pacient inkontinentní. Dodatečnou ochranu před potřísněním močí a stolicí v takovém případě poskytnou bariérové krémy. Součástí prevence je i rehabilitace a časná mobilizace pacienta s pomocí rehabilitačních a kompenzačních pomůcek spolu s fyzioterapeutem.

Samozřejmostí je minimalizovat riziko vzniku komplikací a zajistit uspokojení základních potřeb nemocného, včetně emoční podpory, vlídnosti, lidskosti a udržování kontaktu s rodinou nemocného. Značnou roli hraje edukace pacienta a jeho rodiny, obzvláště pokud se po propuštění z nemocnice budou příbuzní o blízkého starat. Pokud je to možné, zapojíme je do aktivní péče a provádíme s nimi praktické nácviky.

ZÁVĚR

Naší bakalářskou práci Ošetrovatelská péče o pacienta s dekubitem jsme zpracovávaly na interním oddělení v Praze.

V teoretické části jsme popsaly anatomii kůže, charakteristiku a příčiny dekubitů, klasifikaci, predilekční místa, prevenci a léčbu dekubitů. Také jsme zahrnuly popis péče sester u osob postižených dekubitem.

V praktické části jsme se věnovaly konkrétnímu pacientovi. Použily jsme ošetrovatelskou anamnézu dle Marjory Gordon. Po zhodnocení pacientových potřeb a jeho stavu jsme stanovily 12 aktuálních a 2 potencionální ošetrovatelské diagnózy.

V samotném závěru práce je seznam použité literatury a v přílohách skórovací systém dle Nortonové, fotografie dekubitu, leták, obrázek anatomie kůže a analogová škála bolesti.

Cílem práce bylo informovat čtenáře s tímto onemocněním, jak předcházet vzniku, správnou léčbou a ošetrovatelskou péčí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1 BOROŇOVÁ, JANA. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Praha: Maurea, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-902876-4-8.
- 2 DOENGES, MARILYNN, E; MOORHOUSE, MARY FRANCES. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- 3 DYLEVSKÝ, IVAN. 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
- 4 ELIŠKOVÁ, MILOSLAVA; NAŇKA, ONDŘEJ. 2006. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 978-80-246-1216-4
- 5 GUČKOVÁ, MÁRIA. 2007. Dekubity, jejich prevence a léčba. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, roč. 3, č. 6, s. 214-215. ISSN 1801-1349.
- 6 HILŠEROVÁ, STANISLAVA. 2010. Dekubity – prevence a jejich léčba. *Urologie pro praxi*, 2010, roč. 11, č. 1, s. 47-49. ISSN 1213-1768.
- 7 HŮŠOVÁ, LENKA; SLABIHOUDOVÁ, LUCIE. 2008. Dekubitus – špatná vizitka ošetrovatelského týmu. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2008, roč. 4, č. 3, s. 8. ISSN 1801-1349.
- 8 JANÁKOVÁ, ANNA. 2010. Výživa v prevenci a léčbě dekubitů. Praktická příručka pro pacienty. Nutricia
- 9 KALVACH, Z. aj. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- 10 KAPOUNOVÁ, GABRIELA. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
- 11 KOVÁČOVIČOVÁ, R; TSYBULYA, A; ŠÍPKOVÁ, V. 2008. Moderní přístupy v léčbě dekubitů u geriatrických pacientů v následné péči. *Česká geriatrická revue*, 2008, roč. 6, č. 1, s. 52-58. ISSN 1801-8661.
- 12 KOZIEROVÁ, B; ERBOVÁ, G; OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo 1*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
- 13 LAHODOVÁ, MIROSLAVA. 2007. Ošetřování dekubitů. *Urologie pro praxi*, 2007, roč. 8, č. 5, s. 245-246. ISSN 1213-1768.
- 14 MAĎAR, R; PODSTATOVÁ, R; ŘEHOŘOVÁ, J. 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1673-9.

- 15 MAREČKOVÁ, JANA. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- 16 MIKULA, JAN; MÜLLEROVÁ, NINA. 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.
- 17 MIKULA, JAN. 2002. *Prevence vzniku dekubitů*. Praha: Soral & Hanzlík, s.r.o., 2002.
- 18 MELUZÍNOVÁ, HANA. aj. 2007. Dekubitus - jak dále v diagnostice, prevenci a léčbě? *Medicína pro praxi*, 2007, roč. 4, č. 11, s. 458-463. ISSN 1803-5310.
- 19 MERKUNOVÁ, ALENA; OREL, MIROSLAV. 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6.
- 20 MIKŠOVÁ, Z. aj. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- 21 MLÝNKOVÁ, JANA. 2010. *Pečovatelsví I*. díl. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
- 22 MOLČANOVÁ, JANA. 2008. Léčba ran a dekubitus. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, roč. 4, č. 10, s. 14-16. ISSN 1801-1349.
- 23 NĚMCOVÁ, JITKA; MAURITZOVÁ, ILONA. 2009. *Skripta k úpravě písemných prací*. Praha: Maurea, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
- 24 PAVLÍKOVÁ, SLAVOMÍRA. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
- 25 PEJZNOCHOVÁ, IRENA. 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2682-3.
- 26 RIEBELOVÁ, VĚRA; VÁLKA, JAN; FRANCŮ, MILADA. 2000. *DEKUBITY, Prevence, konzervativní a chirurgická terapie*. Praha: Galén. 2000. ISBN 80-7262-033-9.
- 27 STRYJA, JAN. 2008. *Repetitorium hojení ran*. Praha: Geum, 2008. ISBN 978-80-86256-60-3.
- 28 ŠEFLOVÁ, LENKA; JANČÍKOVÁ, GABRIELA. 2010. *Léčba ran a péče o pokožku*. Praha: Solen, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-87327-36-4.
- 29 VČELKOVÁ, LUDMILA. 2008. Péče o klienty ohrožené tvorbou dekubitů. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 2, s. 42-43. ISSN 1210-0404.

- 30 WENDSCHE, PETER. aj. 2009. *Poranění míchy – ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. Brno: Masarykova univerzita, spinální jednotka, 2009. ISBN 978-80-7013-504-4.
- 31 ŽŮČKOVÁ, KATEŘINA; ČELIKOVSKÁ, MARKÉTA. 2008. Prevence dekubitů, polohování a posun v péči o pacienty s inkontinencí stolice. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2008, roč. 4, č. 5, s. 4-6. ISSN 1801-1349.
- 32 [cit. 2010-12-24] „Dostupné na WWW: “<osobniasistence.cz/?tema=2&article=1>
- 33 [cit. 2011-03-09] „Dostupné na WWW: “ <<http://vnl.xf.cz/ose/ose-standard.php>>
- 34 [cit. 2011-01-23]. Dostupné na WWW: <osobniasistence.cz/?tema=2&article=8#kremy>

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek 1 - Plán péče o dekubity a kožní defekty
- Obrázek 2 - Cubitan – tekutá výživa
- Obrázek 3 - Dekubitus
- Obrázek 4 - Popis kůže
- Obrázek 5- Hodnocení bolesti

NUTRICIA Cubitan

Hojení dekubitů zevnitř



Infolinka: 800 110 001
www.vyzivavnemoci.cz

NUTRICIA Cubitan

Cubitan je tekutá výživa určená pro podporu hojení dekubitů.

Cubitan obsahuje zvýšené množství bílkovin a je obohacen o aminokyselinu arginin, vitamin C, A, E a stopové prvky. Tyto živiny jsou potřebné pro rychlé a kvalitní hojení dekubitů.

Dávkování Cubitanu se řídí stupněm poškození tkáně:

Stupeň poškození tkáně	Popis	Dávkování Cubitanu
I. stupeň	neporušená kůže (začervenání)	
II. stupeň	povrchové poškození kůže (puchýř, odřenina)	
III. a IV. stupeň	hluboké poškození kůže a podkožní tkáně	

Cubitan podávejte až do úplného zhojení dekubitu.
Dávkování konzultujte se svým lékařem nebo lékárníkem.

Cubitan popíjejte postupně po jídle nebo mezi jídly.
Cubitan chutná nejlépe vychlazený.

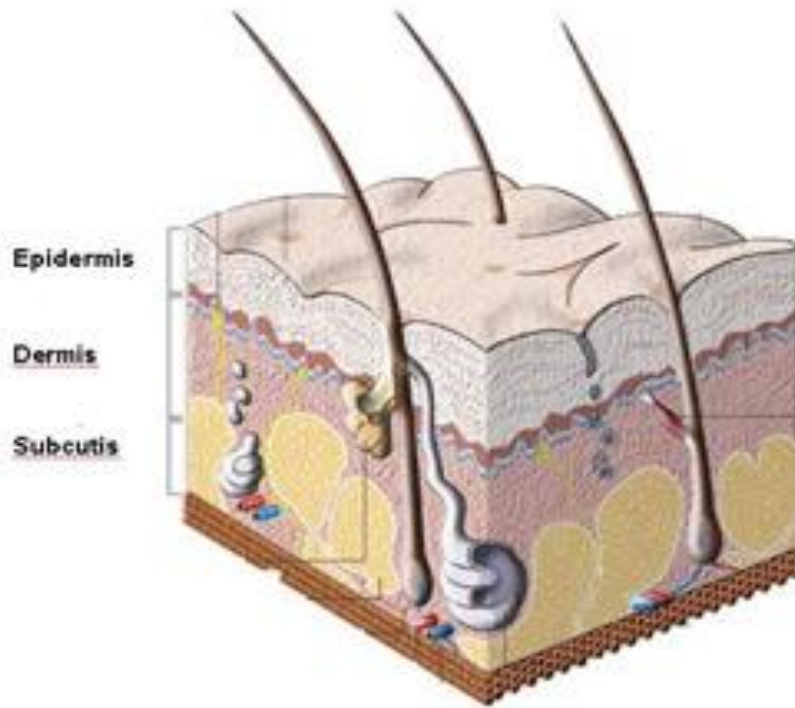
Příchuť: jahoda, vanilka a čokoláda

Praktickou příručku
"Výživa v prevenci a léčbě dekubitů"
si můžete ZDARMA objednat na
infolince: 800 110 001
www.vyzivavnemoci.cz

NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition

Potravina pro zvláštní výživu - potravina pro zvláštní lékařské účely.

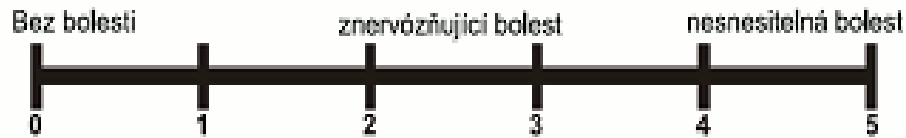




<http://www.emla.cz/images/kuze.jpg>

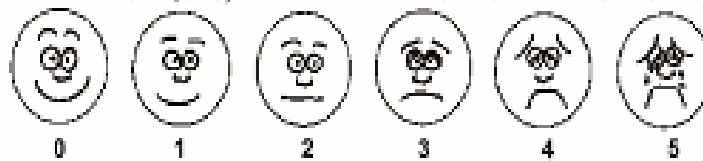
Vizuální analogová škála

VYBERTE ČÍSLO OD 0 DO 5, KTERÉ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



nebo

VYBERTE OBLIČEJ, KTERÝ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



Ptejte se pacienta na INTENZITU * LOKALIZACI * ZAČÁTEK * DOBU TRVÁNÍ * ZMĚNY