

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**PREVENCE DEKUBITŮ U IMOBILNÍCH PACIENTŮ
Z POHLEDU SESTRY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA NOVÁKOVÁ

Praha 2014

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

**PREVENCE DEKUBITŮ U IMOBILNÍCH PACIENTŮ
Z POHLEDU SESTRY**

Bakalářská práce

KATEŘINA NOVÁKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář
Název studijního oboru: Všeobecná sestra
Vedoucí práce: Mgr. Eva Lapčíková

Praha 2014



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

Nováková Kateřina
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:


Prevence dekubitů u imobilních pacientů z pohledu sestry

*Nurse's Perspective on Prevention from Decubitus for Immobilised
Patients*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Lapčíková

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2013



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce ke studijním účelům.

V Ostravě dne: 15. 5. 2014


podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Evě Lapčíkové za podporu, podnětné vedení a odbornou pomoc při sestavování mé bakalářské práce.

Děkuji sestřám z Městské nemocnice v Ostravě za jejich pomoc při realizaci průzkumného šetření.

Děkuji svým přátelům a rodině za trpělivost a podporu.

ABSTRAKT

NOVÁKOVÁ, Kateřina. *Prevence dekubitů u imobilních pacientů z pohledu sestry*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce Mgr. Eva Lapčíková, Praha 2014. 59 s.

Tématem bakalářské práce je prevence vzniku dekubitů, která v současné době je jedním ze základních indikátorů kvality ošetrovatelské péče, kterou poskytují sestry v zdravotnickém zařízení. Teoretická část práce charakterizuje soubor základních informací o vzniku a prevenci dekubitů. Cílem našeho průzkumu bylo poukázat na důležitou roli sestry, která preventivní opatření proti vzniku dekubitů poskytuje imobilním pacientům na standardním chirurgickém a interním oddělení. Objektem zkoumání byly záměrně vybrané sestry, které mají odbornou způsobilost v oboru chirurgické a interní ošetrovatelské péče. Předpokladem v naší práci bylo, že sestry pracující na standardním oddělení mají dostatek vědomostí a možností, aby efektivně poskytly prevenci vzniku dekubitů u imobilních pacientů v průběhu hospitalizace v nemocničním zařízení. Zjistili jsme, že teoretické znalosti o příčinách vzniku dekubitů nejsou zcela dostatečné. V komplexním zajištění imobilního pacienta proti vzniku dekubitů mají omezené možnosti, které vidíme v nedostatečném množství kvalitních antidekubitních pomůcek a v nepravidelných změnách polohy. Navrhujeme do praxe aplikovat pro sestry pracující na standardním oddělení školení, semináře týkající se příčin vzniku dekubitů, vypracovat standardní operační postup zaměřený na prevenci vzniku dekubitů u imobilních pacientů, určit přesné kompetence v sledování výskytu dekubitů na daném pracovišti, zvýšit kontrolní činnosti v této oblasti prevence, aby se co nejefektivněji předcházelo vzniku těchto defektů.

Klíčová slova: Prevence vzniku dekubitů. Ošetrovatelská péče. Imobilní pacienti. Standardní oddělení. Antidekubitní pomůcky.

ABSTRAKT

NOVÁKOVÁ, Kateřina. *Prevention den Wundliegen bei immobilen Patienten aus den Ansicht der Krankenschwester*. Grad der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Lapčíková, Prag. 2014. 59 p.

Thema dieser Baccalaureusarbeit ist die Prevention den Wundliegen. Dieses Thema ist ein des gründliches Anzeigern von Sanitärerspflegequalität, die von Krankenschwestern in Sanitäreinrichtungen zu erteilen ist. Teoretische Teil des Arbeits charakterisiert die Sammlung von gründlichen Informationen über der Wundliegenenstehung und Prevention. Ziel unseres Forschungs war, die wichtige Partie den Krankenschwestern, die preventive Pflege gegen Wundliegen für Patienten in standarten Chirurgie- und Innere Medizinabteilungen abgeben, zu schauen. Spezial gewählte Krankenschwestern, die auf Sanitärerspflege spezialisieren, waren der Objekt unserer Forschung. Unsere Hypothese war, dass die in standarten Abteilungen arbeitende Krankenschwestern genug Kentnisse und Möglichkeiten für effektive Pflege gegen Wundliegen während den Krankenhausaufenthalt haben. Wir haben erfunden, dass theoretische Kentnisse über den Ursprung den Wundliegen sind nicht ganz ausreichend. Die Krenkenschwestern haben beschränkte Möglichkeiten in komplexen Versicherung den immobilen Patienten von Wundliegen. Diese Limiten sehen wir in nicht ausreichenden Menge den Hilfsmitteln gegen Wundliegen und in nicht regelmässigen Positionwechseln. Wir stellen für in standarten Abteilungen arbeitende Krankenschwestern dieses vor: Seminare über den Ursprung den Wundliegen, Ausarbeitung von Standardvorgehensweise für die Prevention von Wundliegen bei immobilen Patienten, Festlegung von genauen Zuständigkeiten beim Wundlegenskontrol in konkreten Abteilung und Erhöhung von Kontrolle in dieser Bereich, um effektiv diesen Defekten zu vorgehen.

Schlusswörter: Prevention von Wundlagenursprung. Sanitärerspflege. Immobiler Patienten. Standarte Abteilung. Antiwundliegenmittel.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ANATOMIE A VÝZNAM FUNKCE KŮŽE.....	12
2 DEKUBITUS NEBOLI PROLEŽENINA.....	13
2.1 DEFINICE DEKUBITŮ	14
2.2 MECHANIZMUS VZNIKU DEKUBITŮ	14
2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK DEKUBITŮ	15
2.3.1 ZEVNÍ PŘÍČINY VZNIKU DEKUBITŮ	16
2.3.2 VNITŘNÍ PŘÍČINY VZNIKU DEKUBITŮ.....	17
2.4 PREDILEKČNÍ MÍSTO	18
2.5 VÝSKYT DEKUBITŮ U IMOBILNÍCH PACIENTŮ	18
2.5.1 VÝSKYT DEKUBITŮ A FINANČNÍ NÁKLADY.....	19
2.6 KLASIFIKACE DEKUBITŮ A JEJÍ VÝZNAM	20
3 PREVENCE DEKUBITŮ U IMOBILNÍCH PACIENTŮ	21
3.1 HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ.....	22
3.2 PREVENCE DLOUHODOBÉHO TLAKU U IMOBILNÍCH PACIENTŮ	22
3.3 VÝZNAM ANTIDEKUBITNÍCH POMŮCEK A MATRACÍ.....	23
3.4 ROLE SESTRY V PREVENCI DEKUBITŮ.....	24
PRAKTICKÁ PRŮZKUMNÁ ČÁST	26
4 PROBLÉM PRŮZKUMU	26

4.1	CÍLE PRŮZKUMU	26
4.2	METOLOGIE A METODY PRŮZKUMU	26
4.3	CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU	27
4.4	ORGANIZACE A REALIZACE PRŮZKUMNÉHO VZORKU.....	31
4.5	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU.....	31
4.6	DISKUSE	48
4.7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	53
	ZÁVĚR	55
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
	PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Způsobnost respondentů ve sledovaném souboru v oboru	28
Tabulka 2	Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů ve sledovaném souboru	29
Tabulka 3	Praxe respondentů ve sledovaném souboru	30
Tabulka 4	Definice dekubitů	32
Tabulka 5	Hlavní rizikový faktor při vzniku dekubitů	33
Tabulka 6	Významný vliv rizikového faktoru na vznik dekubitů	34
Tabulka 7	Postup poškození tkání při vzniku dekubitů	35
Tabulka 8	Úroveň prevence vzniku dekubitů u imobilních pacientů na standardním oddělení	36
Tabulka 9	Úroveň prevence vzniku dekubitů negativně ovlivněna při nižším počtu nelékařského zdravotnického personálu	37
Tabulka 10	Frekvence polohování imobilních pacientů	38
Tabulka 11	Frekvence auditů prověřující prevenci vzniku dekubitů	39
Tabulka 12	Pověřenost sestry v sledování vzniku dekubitů u imobilních pacientů	40
Tabulka 13	Informovanost zdravotnického personálu o výskytu dekubitů.....	41
Tabulka 14	Přehodnocování pacientů v rámci prevence vzniku dekubitů při změně zdravotního stavu	42
Tabulka 15	Použitá škála k hodnocení rizika vzniku dekubitů	43
Tabulka 16	Forma předávání realizace prevence vzniku dekubitů	44
Tabulka 17	Množství používaných kvalitních antidekubitních pomůcek	45
Tabulka 18	Vypodložení všech predilekčních míst u imobilních pacientů	46
Tabulka 19	Vliv nižšího počtu nelékařského zdravotnického personálu a nedostatku antidekubitních pomůcek na vznik dekubitů u imobilních pacientů	47

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Způsobilost respondentů ve sledovaném souboru v oboru	28
Graf 2	Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů ve sledovaném souboru	29
Graf 3	Praxe respondentů ve sledovaném souboru	30
Graf 4	Definice dekubitů	32
Graf 5	Hlavní rizikový faktor při vzniku dekubitů	33
Graf 6	Významný vliv rizikového faktoru na vznik dekubitů	34
Graf 7	Postup poškození tkání při vzniku dekubitů	35
Graf 8	Úroveň prevence vzniku dekubitů u imobilních pacientů na standardním oddělení	36
Graf 9	Úroveň prevence vzniku dekubitů negativně ovlivněna při nižším počtu nelékařského zdravotnického personálu	37
Graf 10	Frekvence polohování imobilních pacientů	38
Graf 11	Frekvence auditů prověřující prevenci vzniku dekubitů	39
Graf 12	Pověřenost sestry v sledování vzniku dekubitů u imobilních pacientů	40
Graf 13	Informovanost zdravotnického personálu o výskytu dekubitů	41
Graf 14	Přehodnocování pacientů v rámci prevence vzniku dekubitů při změně zdravotního stavu	42
Graf 15	Použitá škála k hodnocení rizika vzniku dekubitů	43
Graf 16	Forma předávání realizace prevence vzniku dekubitů	44
Graf 17	Množství používaných kvalitních antidekubitních pomůcek	45
Graf 18	Vypodložení všech predilekčních míst u imobilních pacientů	46
Graf 19	Vliv nižšího počtu nelékařského zdravotnického personálu a nedostatku antidekubitních pomůcek na vznik dekubitů u imobilních pacientů	47

ÚVOD

Dekubitus neboli proleženina byly, jsou a budou, vždy závažným problémem pacientů, kteří se z důvodů zdravotního problému stanou imobilní. V současné době velkého rozvoje medicínských a ošetrovatelských postupů, kdy jsou možnosti k velmi kvalitní léčbě těchto defektů si musíme uvědomit, že dekubitům je lépe předcházet efektivní prevencí, než je následně dlouhodobě léčit. Aktuálním tématem světových zdravotnických organizací i nemocničních zařízení je prevence těchto defektů, které vznikají dlouhodobým působením tlaku na kožní povrch našeho těla. Výskyt dekubitů patří k významným kritériím, podle nichž se v nemocnicích hodnotí kvalita poskytované ošetrovatelské péče, kterou poskytují sestry, jak na standardním oddělení, na intenzivní péči, tak i v perioperační péči. Pro zdravotnický ošetrovatelský personál vznik dekubitů u pacientů znamená vždy větší pracovní zatížení, zvýšenou fyzickou námahu a pro pacienty psychickou zátěž, utrpení a bolest. Léčit a ošetřovat dekubity v současné době není pro medicínu problém, ale na druhé straně předcházet těmto defektům musí být pro nás zdravotnický personál daleko důležitější. Ošetrovatelská péče imobilních pacientů na chirurgickém a interním oddělení je náročná a velmi důležitá. Zanedbání preventivních opatření, jako například prevence vzniku dekubitů, může vést v léčbě a rekonvalescenci pacientů k mnoha zdravotním komplikacím a prodloužit pacientův pobyt v nemocničním zařízení. Proto boj proti vzniku dekubitů se stal pro zdravotnický personál jednou z priorit, aby k těmto defektům nedocházelo.

Žůčková (2008) uvádí, že pohodlí, komfort při pobytu v nemocnici a pokud možno bez komplikací, kterými dekubity určitě pro pacienty jsou, nás má sesterský personál zajímat nejvíc.

Cílem naší bakalářské práce je v teoretické části poskytnout soubor základních informací vztahující se k příčinám vzniku dekubitů, k prevenci vzniku dekubitů a posoudit roli sestry pracující na standardním oddělení při poskytování této prevence.

V průzkumné části této bakalářské práce, chceme posoudit teoretické znalosti sester o příčinách vzniku dekubitů, zhodnotit kontrolní činnosti, postupy dokumentace a postoje sester na standardním chirurgickém a interním oddělení k prevenci těchto defektů v této oblasti poskytované ošetrovatelské péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A VÝZNAM FUNKCE KŮŽE

Základem kvalitní a efektivní poskytované ošetrovatelské péče je vždy rozpoznat u nemocných pacientů jejich problémy, což je ale pouze na základě validních informací, tedy poznatků. V péči o nemocné s chronickou ránou, jako je například dekubitus, je základem pro účelnou prevenci a léčbu znát dobře základy anatomie a fyziologie kožního povrchu. Kůže je orgán vytvářející hraniční vrstvu mezi organismem a jeho okolím, který na jedné straně funguje jako bariéra a na druhé straně je to spojení mezi vnějším světem a vnitřními orgány. Kůže je největším smyslovým orgánem lidského těla a tvoří přibližně 12 – 16 % celkové tělesné hmotnosti. Plocha kožního krytu u dospělého jedince se pohybuje okolo 1,5 – 2,0 metry čtvereční. Obsahuje 15 mazových žláz, 100 potních žláz, 300 nervových tělísek, přibližně jeden metr cév a 3 milióny buněk. Stavbu kůže tvoří tři základní vrstvy tkáně, z nichž první tvoří pokožky (epidermis), druhou tkáň tvoří škára (dermis neboli korium) a třetí vrstvu tvoří podkoží (subcutis neboli tela subcutanea). Řadíme zde také přidružené kožní orgány (kožní adnexa), které tvoří vlasy, chlupy, nehty, potní a mazové žlázy. Kůže patří mezi největší plošný orgán našeho těla a její funkce jsou mnohostranné. V první řadě plní funkci ochrannou, tvoří bariéru mezi vnějším a vnitřním prostředím našeho těla. Kůže je schopna nás ochránit proti bakteriální, mykotické, virové infekci, dále proti chemickým látkám a fyzikálním vlivům (mechanickým, termickým, UV zářením). Mezi její další funkce řadíme termoregulační (napomáhá udržovat stálou teplotu těla), smyslovou - senzitivní (je v ní uložena řada receptorů, které reagují na teplo, chlad, tlak, poranění), resorpční a skladovací (kůže má schopnost resorpce vody, léčebných prostředků, v podkožním vazivu se skladuje tuk a jsou zde uskladněny i vitamíny rozpustné v tucích). Další funkcí kůže je funkce vylučovací – sekreční (dokáže vylučovat z těla pomocí mazových a potních žláz chemické látky, které přispívají k její ochraně), metabolická (je schopná syntézy melaninu, vitamínu D a také se podílí na tvorbě protilátek). Nakonec chceme uvést i funkci estetickou, komunikační, které hrají svoji roli v procesu sociální interakce, je to působení dvou nebo více činitelů v sociálním prostředí (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

2 DEKUBITUS NEBOLI PROLEŽENINA

Dekubity (proleženiny) představují problém, který je starší, než historie nemocnic, ale vedle jiných onemocnění většinou nezaujímají takovou pozornost, jakou by si zasloužily. V minulosti vznik dekubitů u imobilních pacientů znamenal blízkou smrt. V současné době vznik dekubitů u pacientů v nemocničním prostředí znamená vždy vážnou komplikaci v léčbě, a proto si tuto problematiku je důležité neustále připomínat.

Podle Mađara, aj. (2006) je vznik dekubitů u pacientů v nemocničním zařízení významný faktor pro vznik nozokomiální nákazy. Uvádí, že dekubitus nozokomiální nákaza sama o sobě není, ale tím, že se často kontaminuje nemocniční flórou, může být významný preventabilní faktor, který vznik nozokomiálních nákaz podpoří. Podotýkají, že každý vzniklý dekubit znamená pro pacienta další bolest, strádání, komplikaci při léčbě primárního onemocnění, zhoršení psychického stavu pacienta a prodloužení doby hospitalizace, která sebou přináší i ekonomickou zátěž. Také uvádí, že profesionálně prováděná prevence vzniku dekubitů vede k úsporám finančních nákladů, jak nemocničnímu zařízení, tak i pacientovi. Ve spojených státech amerických se průměrná doba léčby vzniklého dekubitu odhaduje na 4 000 až 40 000 amerických dolarů. Výskyt dekubitů patří mezi hodnotící kritéria (indikátory kvality), která určují kvalitu ošetrovatelské péče o pacienty v nemocničním zařízení.

Dále podle autorů Mačáka, aj. (2012) jsou dekubity nejčastějším zdrojem vzniklé sepse u imobilního pacienta, protože se špatně hojí a často se infikují okolní nemocniční flórou. Uvádí, že jde o nekrózu kůže, která postupně z hloubky postihuje podkoží, svalovinu a vzniká nejčastěji v oblasti křížové, na patách, v oblasti nad hřebeny lopatek, to znamená, že v místech těsného kontaktu kosti s podložkou. Podotýkají, že nejvíc záleží na zdravotnickém personálu, jak pečují o imobilní pacienty, jak provádí změny polohy v určitých časových intervalech, lůžko má být co nejměkčí, prostěradlo bez záhybů, s výhodou je správné používání antidekubitních pomůcek. Také uvádí, že nesmíme zapomínat, že vředy se mohou objevit i na sliznici dýchací trubice, v jícnu, nebo i v močovém měchýři po dlouhodobé kanylaci, sondování, katetrizaci.

2.1 DEFINICE DEKUBITŮ

Podle názoru Mlýnkové (2010, s. 137) „*Dekubitus (proleženina) je místní odúmrtí tkáně, kdy dochází k místnímu poškození buněk. Toto poškození je způsobeno poruchou mikrocirkulace, jejímž následkem je hypoxie tkáně vyvolaná tlakem.*”

Existuje však ještě mnoho dalších definic, názorů, které se pokouší přesně specifikovat co je vlastně dekubitus a co ho přesně způsobuje. Jednou z dalších zajímavých definic je, že dekubitus může být lokalizovaná plocha poškozené kůže, tkání nebo dalších struktur, které vznikají následkem lokálního působení tlaku, střížných sil, nebo tření z hloubky na povrch a ta vede ke komprimaci drobných cév, následné hypoxii, ischemii tkání, která se hojí sekundárně (GROFOVÁ, 2007).

Také Kelnarová, aj. (2009, s. 11) uvádí, že „*Proleženina – dekubitus- je místní odúmrtí tkáně, dochází k buněčnému poškození, které je způsobeno poruchou mikrocirkulace a z ní vyplývající hypoxie, která je vyvolána tlakem. Postihuje kůži, podkoží, svaly, šlachy až kost. Dekubitus může, vzniknou také uvnitř těla na sliznici a v podslizničním vazivu.*”

2.2 MECHANIZMUS VZNIKU DEKUBITŮ

Podle Grófové (2010) detailní znalosti vývoje mechanismu vzniku dekubitů se neustále upřesňují vědeckým výzkumem. Odhaluje se působení ischemie, reperfuze a trvalé deformace buněk, které jsou někdy opomíjené faktory, o nichž je dobré vědět. Vědecký výzkum v oblasti mechanismu vzniku dekubitů probíhá již 40 let a podle posledních poznatků přibývají k tradičním příčinám vzniku dekubitů i údaje o biochemických nálezech ve tkáních a o deformaci buněk, které jsou zásadní příčinou vývoje rány. Tkáně mnohdy poškozuje zevně působící tlak s prahovou hodnotou 32 milimetru rtuti, což odpovídá tlaku 4,2 kilopascalů, které uzavírají kapiláry v tkáních. Pokud se však měří, tlak uvnitř tkání ukazuje se, že hlavním činitelem, který vyvolává ischemii je hlavně trvajícím určitý čas tlaku působící na tkáň. Není taky možné ignorovat i ostatní faktory, protože uzavěr kapilár závisí na místním tlakovém gradientu cévní stěny a nikoliv jen pouze na tlaku na povrchu kůže, přičemž svalová tkáň je citlivější na tlak, než kožní povrch. Dále uvádí, že biochemický přístup se soustředí na vyšetřování metabolitů ve tkáni, které se mají vyskytnout po ischemii způsobené

tlakem a následné reperfuzi po jejím uvolnění. Poukazuje na to, že během sníženého kapilárního průtoku v tkáních, není lokálně dodáván kromě kyslíku ani dostatek živin. Autorka popisuje, že kritickou hodnotou pro poškození tkáně je pokles tenze kyslíku na 60 procent a zvýšené hodnoty laktátu, urey a kyseliny močové jsou nepřímou známkou výraznějšího poškození tkáně. Také uvádí, že samotné monitorování samotné urey, laktátu, nestačí a pro sledování stavu měkkých tkání je potřeba použít kombinaci biochemických markerů. Dále popisuje, že ne příliš známým faktorem mechanismu vzniku dekubitů je deformace buněk, která vede k poškození tkání. Při přetrvávajícím zevním tlaku jsou tkáně stlačeny a to vede, jak k poškození svalů, zejména pod kostními výčnělky, tak k degeneraci hlubokých tkání. Poškození začíná na buněčné úrovni zhuštěním jádra, rozrušením struktury kontraktilních proteinů buněčné membrány, na kterou navazuje zánětlivá reakce. Je zcela zřejmé, že trvání i síla tlaku, jakou působí, ovlivňují rozpad buněk, ale ostatní vlivy nejsou tak zcela jasné. Většinou se opomíjí deformace buněk a jsou zdůrazněny jiné mechanismy, přestože se v současné době deformace buněk považuje za důležitý spouštěcí bod mechanismu vzniku dekubitů.

2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK DEKUBITŮ

Vzniklý dekubit u pacienta v dnešní době je velmi významným problémem, který dokáže zdravotní stav pacienta v nemocničním zařízení zkomplikovat a jeho léčba je značně nákladná. Velmi často se uvádí, že vznik dekubitů je následkem neefektivní a špatné ošetrovatelské péče, přestože se jim v ošetrovatelské praxi věnuje velká pozornost. Z praxe vyplývá, že při prevenci a léčbě těchto defektů hraje významnou roli nejen ošetrovatelská péče, ale i lékařská péče. Většina nemocnic v České republice se na tento problém zaměřuje a výskyt vzniku dekubitů monitoruje. Do roku 2009 neexistovala jednotná metodika sledování a proto všechny nemocniční zařízení, které vznik dekubitů na pracovištích sledovaly, měly vypracovanou svou vlastní metodiku. V roce 2009 Ministerstvo zdravotnictví České republiky připravilo a vydalo „Metodiku prevalenčního sledování vzniku dekubitů na národní úrovni“ a Literární rešerši zaměřenou na problematiku vzniku dekubitů“. Oba dva tyto dokumenty, které byly vydány, mají pro medicínskou i ošetrovatelskou praxi významný přínos. Pracovní skupina European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), která vypracovala doporučené postupy pro prevenci a léčbu vzniku dekubitů definovala tento vzniklý

defekt jako oblast lokalizovaného poškození kožního krytu a podkožních tkání, které může vzniknout působením tlaku, střížnými silami, třením nebo kombinací těchto faktorů. Vzhledem k tomu, že vznik dekubitů ovlivňuje celá řada faktorů, můžeme je rozdělit do dvou skupin a to na příčiny vnější a vnitřní (ŠEFLOVÁ, JANČÍKOVÁ, 2010).

2.3.1 ZEVNÍ PŘÍČINY VZNIKU DEKUBITŮ

Rozvoj dekubitů i v dnešní době je nedostatečně prozkoumaný proces, na němž se podílí vnější faktory, jako je tlak, tření, vlhkost.

Kalvach, aj. (2008) uvádí, že za rozhodující příčiny vzniku dekubitů je považován tlak, který je vyvíjen na kůži a stlačení vede k poškození kožního krytu. Poukazují na to, že stlačení měkkých tkání mezi kostí a tvrdou podložkou, již od 12 mm Hg převyší žilní kapilární tlak a vede k rozvoji edému. Stlačení při 32 mm Hg převyší arteriální tlak, vede k rozvoji tkáňové anoxie a tlak 70 mm Hg, jehož délka trvá víc, jak 2 hodiny způsobí tkáňovou nekrózu.

Důležitým faktorem je také čas, je to délka tlaku, která působí na kožní kryt. Za normálních okolností mobilní, ležící, spící člověk dokáže předcházet ischemickému poškození tkáně tím, že změní svou polohu během 8 hodinového spánku asi 40krát. Geriatrictí lidé, kteří mají svou mobilitu omezenou a mají zdravotní problémy, nedokážou tak často měnit polohu a jsou proto ve vyšším riziku vzniku dekubitů. V odborné literatuře se uvádí, že únosná doba pro nehybně ležícího pacienta je 2 až 3 hodiny, ale rozvoj poškození tkání může již nastat mezi 1 až 6 hodinami (MELUZINOVÁ, aj., 2007a).

Také Richards a Edwards (2012) uvádí, překročili tlak 25 mm Hg, způsobí uzávěr kapilár a tím tkáně přestanou být zásobeny krví a v případě, že působení tlaku je časově dlouhodobé, ischemická tkáň odumírá.

Dominantní role tlaku, vlastně stlačení kožního krytu se v současné době zpochybňuje, protože analýza z odborné literatury poukázala na minimální korelační vliv mezi lokalizací dekubitů a povrchovými tlaky. Více rozhodující se zdá být reakce tkání na tlak. Patogeneze vzniku dekubitů je doposud málo podložena. Není totiž zřejmé, že histologické změny v měkkých tkáních po působení tlaku jsou reakcí na něj (KALVACH, aj., 2008).

Podle Meluzínové, aj. (2007b) dalším rozhodujícím faktorem při vzniku dekubitů může sehrát svou roli tření a macerace kůže. K třecímu faktoru dochází při manipulaci pacienta na lůžku a při jeho nešetrném přemísťování může dojít k takzvanému nůžkovému efektu, který zaškrtní cévy prokrvující podkoží a tím může dojít k poškození kůže a následnému vzniku dekubitů. Uvádí taky, že macerace kůže může ovlivnit vznik dekubitů u inkontinentních pacientů, protože jsou v neustálém ohrožení vlhkostí, která má za důsledek poškození kožního krytu.

2.3.2 VNITŘNÍ PŘÍČINY VZNIKU DEKUBITŮ

K dalším důležitým faktorů vzniku dekubitů se řadí i vnitřní faktory, mezi které patří pohlaví, věk, tělesná hmotnost, hybnost, cévní faktory, výživa, hydratace, inkontinence.

Mikula a Müllerová (2008) uvádí, že ženy jsou k riziku vzniku dekubitů náchylnější než muži, protože jejich tuková vrstva je silnější a snadno se tlakem poškodí. Vzhledem k věku jsou na tom hůř lidé starší, jejich kůže je méně elastická, pevná v tahu a pokožka je proto víc zranitelná. U geriatrických lidí je výskyt vzniku dekubitů 20krát vyšší než u lidí ve věku od 20 do 40 let. Podotýkají, že některé studie uvádí výskyt dekubitů ve věkovém pásmu 71 až 90 let a dekubit se vyvine, pokud jsou přítomny výše uvedené faktory, ale i proto, že staří lidé mají sníženou schopnost si defekty na kůži ošetřit sami. Dalšími rizikovými faktory je hmotnost a výživa člověka. Kachektičtí lidé mají malou vrstvu tuku, která chrání svaly, před následky dlouhodobého tlaku. Obézní lidé mají špatné vyživovací návyky a ty způsobují nadměrné množství přísunu cukrů a nedostatečný přísun vitamínů, které ovlivňuje stav kožního krytu a zvyšuje riziko vzniku dekubitů.

Také Schoebel (2007) napsal, že hmotnost patří mezi rizikové vnitřní faktory vzniku dekubitů, protože kachektičtí a silní lidé mají tendenci k rozvoji vzniku dekubitů.

Dále Mikula a Müllerová (2008) upozorňují, že hybnost neboli mobilita člověka velmi může ovlivnit riziko vzniku dekubitů, jak u starých lidí, tak i u mladších jedinců. Jenom dlouhodobý operační výkon z důvodů nemoci pacienta, které je během operačního výkonu doprovázeno zákazem změny polohy zvyšuje riziko vzniku dekubitů

mnohokrát. Šok z důvodů periferního cévního selhání vytváří velmi vážné nebezpečí a toto riziko řadíme mezi cévní faktory rizika vzniku dekubitů. Hydratace je další vnitřní rizikový faktor. Dehydratace způsobuje snížení kožního napětí a tvorbu kožních řas. Kůže zde bývá vysušená a náchylná k poškození. Naopak při hyperhydrataci se kožní napětí zvyšuje, dochází zde k otokům a následnému porušení kůže. Za poslední vnitřním rizikovým faktorem vzniku dekubitů autoři uvádí, že je inkontinence. Kdy silné kyseliny a zásady ve výkalech či moči poškodí povrch kůže a tím způsobí chemickou popáleninu. Na takto porušené kůži je pravděpodobné, že může vzniknout kožní defekt, který se pak následně zanítí.

2.4 PREDILEKČNÍ MÍSTO

Podle Pejznochové (2010, s. 23) „*Predilekční místo je místo, kde je málo svalové hmoty a mnoho nebo žádná tuková tkáň, kosti se pouze přes podložku opírají o podložku*“. Dále uvádí že, dekubitus neboli proleženina vznikne v důsledku, když na tyto predilekční místa působí dlouhodobý tlak a svůj podíl rizika vzniku dekubitů taky zde uplatňují faktory střížné síly a macerace kůže.

Další autorky uvádí, že predilekční místa se nachází tam, kde kost je blízko povrchu těla a je málo izolovaná vrstvou kožního tuku, svalstva. Tato predilekční místa se mohou lišit dle polohy pacienta (Příloha A). Upozorňují také na to, že dekubity mohou, vzniknou i uvnitř těla na sliznicích, vlivem zavedené nazogastrické sondy, močového katétru nebo při zavedení endotracheální kanyly vlivem zvýšeného tlaku na tracheu obturační manžetou (KELNAROVÁ, aj., 2009).

2.5 VÝSKYT DEKUBITŮ U IMOBILNÍCH PACIENTŮ

Lidská kůže nám tvoří přirozenou ochranu těla, pocením nás zbavuje odpadních látek, z velké části se podílí na termoregulaci, zásobuje nás energií a chrání naše tělo před vniknutím infekce. Aby mohla kůže plnit svou funkci, potřebuje naši péči, aby byla suchá a čistá. Pokud kůži zanedbáváme, neudržíme ji v čistotě a v suchu může, na kůži vzniknou, defekt jako je dekubitus. Výskyt dekubitů neboli proleženin je proces, který vznikne v rámci takzvaného imobilizačního syndromu při dlouhodobém pobytu pacienta na lůžku v nemocničním zařízení. Dekubity jsou chronické rány, které

se špatně, dlouhodobě hojí, prodlužují pacientům hospitalizaci a přináší jim značné utrpení a bolest. V současné době výskyt dekubitů v nemocničním zařízení je považován za selhání ošetrovatelské péče, vzhledem k tomu, že vznik dekubitů je jedním z ukazatelů indikátoru kvality poskytované péče (VYTEJČKOVÁ, aj., 2011).

Marečková (2006) uvádí, že výskyt dekubitů u imobilních pacientů může být na každém oddělení nemocničního zařízení. Pro pacienta vznik dekubitů znamená bolest, strádání, psychickou zátěž, zhoršení zdravotního stavu, pooperační komplikace, prodloužení hospitalizace i rekonvalescence. Dále podotýká, že ve spojených státech amerických se léčba vzniklého dekubitu odhaduje na 4 000 až 40 000 dolarů. V našich nemocnicích se odhaduje, že u 3 % hospitalizovaných pacientů vzniknou dekubity a patří mezi ně i mladší jedinci ne jenom staří lidé.

2.5.1 VÝSKYT DEKUBITŮ A FINANČNÍ NÁKLADY

Vznik dekubitů jsou častá, ale nikoliv nevyhnutelná poranění tkání, která jsou spojená s humanitárními problémy a přináší nemocničním zařízení značné finanční náklady. Tyto finanční náklady spojené s dekubity zahrnují:

- Preventivní opatření a léčbu dekubitů.
- Výchovné programy pro zdravotnický personál a pacienty.
- Chirurgické zákroky.
- Obvazový materiál, farmaka, potravinové doplňky.
- Prodloužení hospitalizace v nemocničním zařízení.
- Žaloby ze strany rodiny, příbuzných.
- Fyzickou zátěž zdravotníků.
- Ošetřování chronických ran, které jsou postižené infekcí rezistentním k lékům.

Odborná literatura potvrzuje zkušenosti z evropských a amerických nemocničních zařízení, že snížením výskytu dekubitů se nemocnicím snížily finanční náklady na nezbytnou léčbu o stovky tisíce eur. Jako minimalizace nákladů se jeví vyvážení účinné prevence a strategie léčby, kde se bude brát do úvahy i jejich ceny. Jak toho dosáhnou, musí se používat pouze účinné strategie léčby, včasné zahájení léčby a přesné hodnocení výsledků. Takovéto klíčové kroky souvisí se školení zdravotnického personálu a správné hodnocení rizikových pacientů. Dostatek pomůcek k prevenci vzniku dekubitů, zapojení multidisciplinárního týmu, úplné a přesné dokumentování,

klinický audit (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

2.6 KLASIFIKACE DEKUBITŮ A JEJÍ VÝZNAM

Šváb uvádí (2008), že subjektivním příznakem u pacienta při vzniku dekubitů je bolest, která provází hlavně povrchní stádia, kdy dochází k obnažení nervových zakončení. Naopak u hlubokých nekrotických s degenerací tkáně se bolest neprojeví. Pro klinické hodnocení vzniku dekubitů je proto třeba vědět, jak tyto defekty vznikají a že postupují z hloubky na povrch.

Podle Mikuly a Müllerové (2008) v současné době je hodně důležité, aby zdravotničtí pracovníci věděli, co znamená klasifikace dekubitů. Ve své knize „Prevence dekubitů“ klasifikaci dekubitů popsali takto:

- I. stupeň vzniká zde erytém, jeto tlaková léze bez poškození kožního povrchu, která se projeví otokem, zarudnutím kůže, zduřením poškozené části kůže pohmatem. Tato změna je reverzibilní ale vlivem tlaku na tkáň mohou zůstat trvalé změny v podkoží.

- II. stupeň postižená oblast je oteklá, zatvrdlá vlivem zmnožení tukové tkáně a bledá. Když dojde k stlačení postiženého místa, nevidíme kapilární návrat a může se objevit puchýř, popřípadě se objeví obnažená škára, která připomíná hlubokou oděrku. Autoři uvádí, že zde dochází k poškození podkoží, části cév, které vyživují kůži, a následně může dojít k odumírání tkáně. Může zde dojít k spontánnímu zhojení, ale je velice zdlouhavé.

- III. stupeň hodnotí, že vzniklý dekubit kraje buď černá suchá nekróza, anebo rozbředlá nekrotická tkáň. Vzhledem k tomu, že podkoží je vždy víc postižené než defekt na povrchu kůže, vznikají na místě odumřelých tkání vředy, jejichž spodinu tvoří obnažený kostní podklad. V tomto stádiu taky může dojít k spontánnímu zhojení, ale zhojená jizva bývá tenká a přiléhá na kost, která pak i při nejmenším tlaku se může rozpadnout a vznikne chronický vřed.

- IV. stupeň vzniká, když vřed je provázen ostitidou a artritidou, to znamená, že vzhled proleženiny je stejný, jako při III. stupni, ale vedle zánětů kostního podkladu je navíc ještě doprovázen zánětem sousedních kloubů. Spontánní zhojení těchto defektů již není možné, vždy nutně musí nastoupit chirurgická operační léčba.

3 PREVENCE DEKUBITŮ U IMOBILNÍCH PACIENTŮ

Chronická rána neboli proleženina při vzniku přináší sebou, jak z pohledu postiženého pacienta, tak z pohledu rodiny, okolí, zdravotnického zařízení ve kterém je pacient ošetřován mnoho nepříjemných důsledků a újmu na zdraví. Vznik dekubitů je riziko každého pacienta, který je následkem své nemoci upoután na lůžko (KALVACH, aj., 2011).

Podle Marečkové (2006) jednoznačný způsob preventivního opatření proti vzniku dekubitů v současné době neexistuje, ale správnými preventivními postupy se může dosáhnout vysokého stupně úspěšnosti v boji proti vzniku dekubitů. Dobře organizovaná a především vysoce profesionální ošetrovatelská péče hraje zásadní roli nejen při terapii dekubitů, ale i v jejich prevenci.

Prevence dekubitů v dnešní době je extrémně těžká, ale i velmi důležitá pro imobilní pacienty, kteří se zdravotnickým pracovníkům svěří do péče. Dekubitální defekty jsou vždycky těžkou komplikací léčby u imobilního pacienta a přináší jim značnou bolest a utrpení. Pacienta kolikrát nebolí, třeba operované místo nebo nemoc pro, kterou se léčí v nemocničním zařízení, jak vzniklý dekubit, který vznikne nedostatečnou ošetrovatelskou péčí. V odborné literatuře se uvádí, že vznik dekubitů se může z 95 % ovlivnit kvalitní ošetrovatelskou péčí a předejít jeho vzniku nebo aspoň vznik minimalizovat na co nejmenší míru. K základním krokům prevence vzniku dekubitů teda patří:

- Hodnotící škály k určení míry rizika vzniku dekubitů u pacientů
- Blokování zevních faktorů, které se podílí na vzniku tohoto defektu
- Včasné polohování pacientů
- Řešení vnitřních rizikových faktorů, které mohou ovlivnit vznik dekubitů
- Udržovat pacientovu kůži čistou, suchou
- Dostatečná výživa a hydratace
- Používání vhodných, kvalitních, funkčních antidekubitních pomůcek
- Důležitá je včasná mobilizace a rehabilitace pacienta
- Dále je velmi důležité, mít dostatek dobře proškoleného zdravotnického personálu (MAĎAR, aj., 2006).

3.1 HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ

Prevence vzniku dekubitů je jednou ze základních činností zdravotnického personálu, aby těmto tlakovým defektům předešli. Vzhledem k tomu, že předcházet takovým defektům z ošetrovatelského hlediska není vůbec jednoduché, musí sestra hned na začátku hospitalizace u pacienta provést hodnocení stupně rizika vzniku dekubitů. K tomuto hodnocení se v dnešní době používá řada hodnotících škál, například Nortonova (Příloha B), Bradenova (Příloha C), Waterlova (Příloha D), které mají sestřám pomoci určit, je-li pacient v riziku vzniku dekubitů, anebo není. Tyto škály byly vytvořeny, aby pomohly sestřám identifikovat pacienty, u kterých je hodně vysoká pravděpodobnost poškození celistvosti kůže, ale všechny existující škály mají své pozitivní i negativní stránky. Všechny škály se snaží určit rizikové faktory týkající se pohyblivosti pacienta, stavu výživy, vyprazdňování a zaznamenávají, jaký je jeho celkový zdravotní stav. Ve velké Británii sestry používají nejvíce škálu podle Waterlowa, která představuje komplexní přístup a bere v úvahu i další faktory, jako je věk, hmotnost, onemocnění, léčbu, operační výkony, které mohou také ovlivnit vznik dekubitů u pacientů. Při hodnocení sestra nespolehá jenom na škálu, ale i na svůj vlastní klinický úsudek (BENNETT, WORKMAN, 2005).

3.2 PREVENCE DLOUHODOBÉHO TLAKU U IMOBILNÍCH PACIENTŮ

Pro prevenci dlouhodobého tlaku, který působí na predilekční místa pacienta a tím poškozuje kůži, tkáň je nejdůležitější provádět včasné polohování. Polohování není jen prevence dekubitů, má taky významný podíl na léčbě a fungování organismu jako celku. Takovéto polohování má svá pravidla a musí se provádět přesně, systematicky a s danými pravidly. Pokud bychom pacienta dali do nesprávné polohy, můžeme mu tím ublížit, než pomoci. Může zde dojít k omezení přirozeného pohybu, k omezení svalové reakce až ztuhlosti. Správné a včasné polohování imobilního pacienta se musí provádět pravidelně a s dobře proškoleným zdravotnickým personálem, aby se dosáhlo dobré efektivity prevence vzniku dekubitů. Častá manipulace s pacientem na lůžku má velmi dobrý vliv na prevenci vzniku dekubitů. Na odděleních v nemocničním zařízení by mělo být polohování pacientů dobře naplánováno a dokumentováno. Velmi vhodné je zavedení polohovacích hodin,

to znamená, že každé polohování je graficky znázorněno v ošetrovatelském záznamu a přesně se určí v jakou denní a noční hodinu, se pacientova poloha změní. Dále je vhodné pokud to zdravotní stav pacienta dovolí posazovat ho do křesla. Nejvíce používané časové odstupy pro změnu polohy u imobilních pacientů jsou přes den 2 hodiny a v noci, aby si pacient odpočinul 3 hodiny. Tyto polohovací časové odstupy můžeme zkrátit, pokud je imobilní pacient ve vysokém riziku vzniku dekubitů (SMÍLKOVÁ, 2008).

3.3 VÝZNAM ANTIDEKUBITNÍCH POMŮCEK A MATRACÍ

Velmi důležitou součástí prevence vzniku dekubitů jsou polohovací antidekubitní pomůcky, jejichž funkcí je snižování tlaku na daná predilekční místa a udržení pacienta v optimálně vhodné poloze. Materiály ze kterých se antidekubitní pomůcky vyrábí, jsou ovčí rouno, silikon, molitan, polyuretanová pěna, gely, pomůcky plněné vzduchem a perličky. Antidekubitní pomůcky jsou různých tvarů a podkládají se dle polohy pacienta. Máme tvary jako například kruhy, válce, poloválce, klíny, korýtka, věnečky a různé jiné chrániče, které působí proti tlaku na paty, lokty, záhlaví a jiná predilekční místa. Aby antidekubitní pomůcky plnily efektivně svoji funkci, mají být potaženy voděvzdorným, paropropustným potahem, který umožní omývání, zabrání pocení a udržování vlhkosti v podložených predilekčních místech. Podle zdravotního stavu a dané polohy pacienta je důležité posoudit jaký materiál, tvar a velikost antidekubitní pomůcky zvolíme, protože nevhodně zvolená pomůcka může pacientovi více uškodit než pomoci. Na standardních odděleních, jednotkách intenzivní péče a resuscitační péče v současné době máme k dispozici pro prevenci vzniku dekubitů i speciální antidekubitní matrace. Představují velmi vhodné řešení, jak úspěšně bojovat proti vzniku dekubitů u dlouhodobě ležícího pacienta. Existuje mnoho druhů těchto matrací, jejichž použití závisí na riziku vzniku dekubitů nebo na stupni již vzniklého dekubitu. Pro pacienty s nízkým a středním rizikem vzniku dekubitů jsou vhodné víc polyuretanové pasivní matrace, které účinně snižují tlak na tkáň. Také se mohou skládat z tvarové, paměťové pěny, studené nebo teplé PUR (polyuretan) pěny, nebo statické vzduchové pěny. Pro pacienty s vysokým rizikem vzniku dekubitů je vhodné použít takzvané aktivní matrace. Patří zde vodní a složité vzduchové matrace, které mají mechanismy, jako je například nastavení hmotnosti daného pacienta. Tyto speciální

matrace jsou vybaveny kompresorem, který má alarm na upozornění poklesu tlaku v matraci a mají systém CPR (kardiopulmonální resuscitace), který umožní okamžité vypuštění nebo vyfouknutí matrace v době CPR. Používání speciálních matrací u dlouhodobě ležících pacientů se zdá být velmi účinné v prevenci vzniku dekubitů, ale i velmi nákladné. Je však potvrzeno, že je levnější prevenci vzniku dekubitů provádět s efektivitou, než následně léčit vzniklý dekubit (MIKŠOVÁ, aj., 2006).

3.4 ROLE SESTRY V PREVENCI DEKUBITŮ

Pacienti jsou přijímáni do nemocničního zařízení plánovaně nebo akutně. Mnohdy jsou v těžkém stavu, mají řadu diagnóz a pro svou imobilitu jsou ve velkém nebezpečí rizika vzniku dekubitů. Povinnosti kvalifikované sestry pracující v nemocničním zařízení není jenom na základě lékaře poskytovat léčebnou péči, speciální diagnostické postupy, ale své místo tady musí mít i kvalitní, efektivní ošetrovatelská péče. Nezbytnou povinností sestry je poskytnout i účinnou prevenci vzniku dekubitů u imobilních pacientů, aby se předcházelo dalším komplikacím v léčebném postupu, které vzniklé dekubity určitě přináší. Terapeutický tým, kterého je sestra součástí se musí v této problematice orientovat a neustále vzdělávat, aby se dosáhlo kvalitních výsledků. Vždyť prevence dekubitů je jedním z indikátoru kvality, které nám ukazují, jak je ošetrovatelská péče poskytována. Kompetence sester v oblasti prevence vzniku dekubitů jsou uvedeny v zákonu 96/2004 Sb. (sbírky), o získání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Dále se jimi zabývá vyhláška číslo 424/2004 Sb., o náplních činnosti nelékařských zdravotnických pracovníků. Sestry by se měly v této problematice pravidelně vzdělávat, orientovat, aby efektivně předcházely vzniku těchto nežádoucích defektů. Měly by znát polohovací techniky, správně zvolit a použít antidekubitní pomůcky, matrace, které mají předejít nebo minimalizovat vznik dekubitů u dlouhodobě ležících pacientů. Dále v rámci této prevence musí mít dostatek kvalitních antidekubitních pomůcek, aby mohly efektivně blokovat zevní mechanické vlivy jako je tlak, střížná síla a macerace. Musí umět s imobilním pacientem šetrně manipulovat, aby se nevytvořila mikrotraumata, z nichž následně mohou vzniknout dekubity, které jsou komplikací další léčby. Vyhodnocuje rizikové faktory za použití měřících technik, které se používají v ošetrovatelské praxi a další jiné činnosti, které jsou důležité v realizaci prevence vzniku dekubitů. Sestra má

preventivní opatření proti vzniku dekubitů u imobilního pacienta provádět odborně, šetrně a má mít vždy připraveny všechny potřebné antidekubitní pomůcky. Při příjmu pacienta do nemocničního zařízení musí vždy vyhodnotit, zda pacient je, anebo není v riziku vzniku dekubitů. Na začátku, během hospitalizace a při propuštění pacienta z nemocničního zařízení vždy hodnotí stav kůže, kontroluje potencionální predilekční místa, na které může působit dlouhodobý tlak během dané polohy pacienta. Predilekční místa dostatečně podkládá antidekubitními pomůckami, aby se minimalizoval vznik dekubitů. Měla by šetrně zacházet s pacientem při polohování, při přesunech z lůžka například do křesla a naopak, aby nedocházelo k vzniku mikrotraumat. Polohování imobilního pacienta na lůžku musí být pravidelné a daná poloha nesmí přesáhnout časovou délku nad dvě hodiny. Sestra vždy musí postupovat v prevenci vzniku dekubitů podle platného ošetrovatelského postupu, který je na tuto prevenci vypracován. Ošetrovatelský postup zaměřený na prevenci vzniku dekubitů má obsahovat pět fází. První fáze je posouzení, kdy získáváme informace potřebné pro individualizovanou ošetrovatelskou péči, například o pacientově kůži, jestli není poškozená. V druhé fázi, stanovujeme ošetrovatelské diagnózy, například potencionálně nebo akutně narušená celistvost kůže nebo tkání vzhledem k pacientově imobilitě způsobená vlivem zvýšené vlhkosti. Ve třetí fázi plánujeme a vypracováváme vhodný plán ošetrovatelské péče, například preventivní opatření proti vzniku dekubitů u imobilního pacienta. Čtvrtá fáze realizace, je poskytnutí ošetrovatelé péče dle sestaveného ošetrovatelského plánu. Například sestra provede plánovaná preventivní opatření, jako jsou změny polohy, přehodnocování rizika vzniku dekubitů při každé změně zdravotního stavu pacienta. Poslední pátá fáze ošetrovatelského procesu je hodnocení efektu poskytované ošetrovatelské péče, kdy sestra vyhodnotí, jestli preventivní opatření proti vzniku dekubitů byla účinná. Můžeme tedy konstatovat, že role sestry v prevenci dekubitů je nezastupitelná, velmi náročná a klíčová (MAREČKOVÁ, 2006).

PRAKTICKÁ PRŮZKUMNÁ ČÁST

4 PROBLÉM PRŮZKUMU

Problémem v průzkumné části bakalářské práce je odpovědět si na otázku: Mají sestry pracující na standardním oddělení teoretické znalosti a možnosti, aby efektivně poskytly prevenci vzniku dekubitů u imobilních pacientů v průběhu hospitalizace v nemocničním zařízení?

4.1 CÍLE PRŮZKUMU

1. Zjistit teoretické znalosti sester o příčinách vzniku dekubitů.
2. Zjistit postoj sester k úrovni prevence vzniku dekubitů na standardním oddělení.
3. Zjistit informovanost sester o hodnocení úrovně kvality prevence vzniku dekubitů na jejich standardním oddělení.
4. Zjistit postupy dokumentace, předávání informací a využívání antidekubitních pomůcek při realizaci preventivních opatření proti vzniku dekubitů u imobilních pacientů.

4.2 METOLOGIE A METODY PRŮZKUMU

K realizaci průzkumného šetření jsme použili nestandardizovaný strukturovaný dotazník, jako metodu na získání empirických informací o přístupu a teoretických znalostí sester na standardním oddělení v poskytování ošetrovatelské péče v prevenci vzniku dekubitů. Úvod dotazníku obsahoval představení se respondentům, stručné sdělení o důležitosti průzkumného šetření a jejich odpovědí, poděkování. Dotazník se skládal z 5 polootevřených a 14 zavřených položek. Otázky číslo 1, 2, 3 se vztahují k identifikaci respondentů. Otázky číslo 4, 5, 6, 7 posuzují, jaké teoretické znalosti mají sestry o příčinách vzniku dekubitů, vztahují se k cíli číslo 1. Otázky číslo 8, 9, 10 posuzují, jaký je postoj sester k úrovni prevence vzniku dekubitů na standardním oddělení, který se vztahuje k cíli číslo 2. Otázky číslo 11, 12, 13 posuzují, jaká je informovanost sester o hodnocení úrovně kvality prevence vzniku dekubitů na jejich

oddělení, vztahuje se k cíli číslo 3. Otázky 14, 15, 16, 17, 18 a 19 posuzují postupy dokumentace, předávání informací a využití antidekubitních pomůcek při realizaci preventivních opatření proti vzniku dekubitů u imobilních pacientů na standardním oddělení a vztahují se k cíli číslo 4. Na shromažďování informací se podílelo 70 respondentů. Rozdáno bylo 90 dotazníků, vrátilo se 70 dotazníků, takže návratnost byla 77,80 %. Dotazník byl nestandardizovaný, dobrovolný a anonymní (Příloha E). Průzkumné šetření bylo povoleno náměstkyní pro ošetrovatelskou péči magistrou Ludmilou Malíškovou v Městské nemocnici v Ostravě (Příloha F).

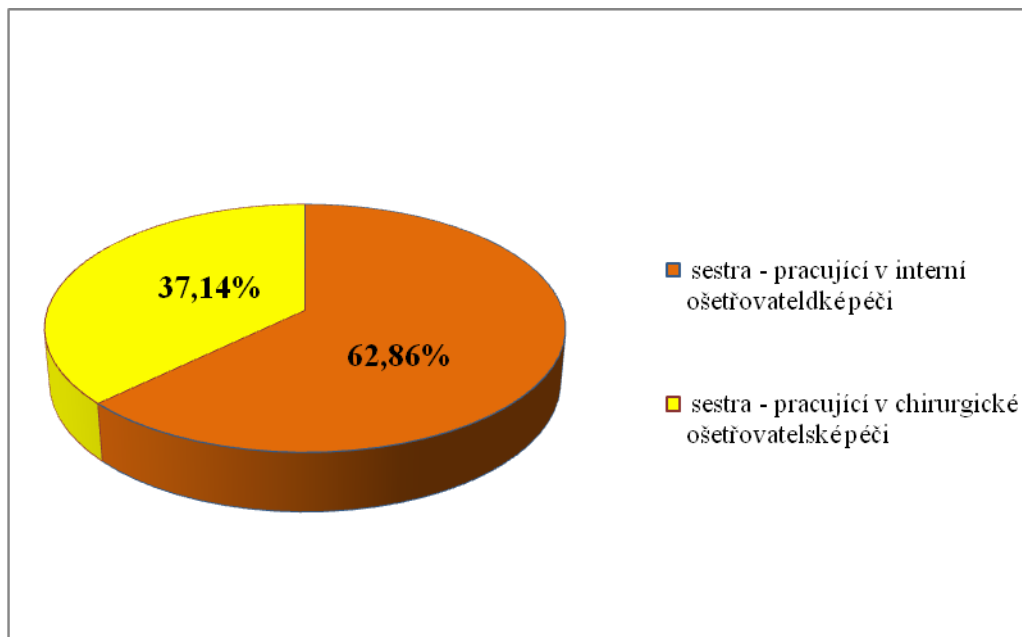
4.3 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU

Celkový soubor průzkumného vzorku tvořili nelékařští zdravotničtí respondenti pracující na standardním oddělení. Při získávání průzkumného vzorku jsme postupovali záměrným výběrem, při kterém jsme vybrali 44 respondentů pracující na interním standardním oddělení a 26 respondentů na chirurgickém standardním oddělení v Městské nemocnici v Ostravě. Kritériem záměrného výběru byla pracovní způsobilost respondentů bez odborného dohledu v interní a chirurgické ošetrovatelské péči na standardním oddělení. Celkový průzkumný vzorek tvořilo 70 respondentů pracující na standardním oddělení.

Tabulky 1 Způsobilost respondentů ve sledovaném souboru v oboru

Způsobilost respondentů v oboru	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sestra – pracující v interní ošetrovatelské péči	44	62,86
Sestra - pracující v chirurgické ošetrovatelské péči	26	37,14
Celkem	70	100,00

Graf 1 Způsobilost respondentů ve sledovaném souboru v oboru

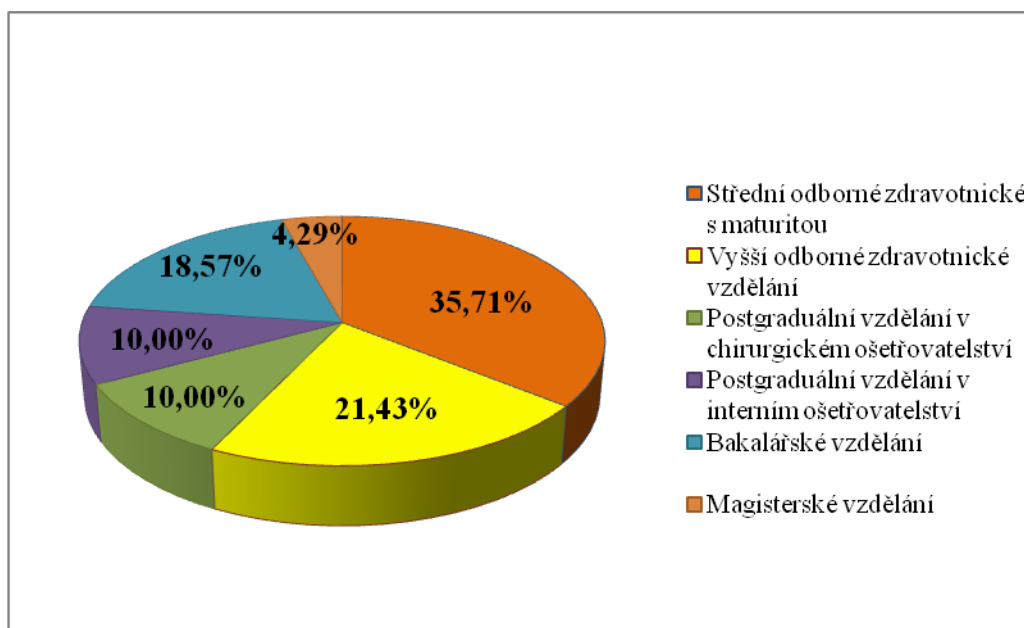


Celkový průzkumný vzorek tvořili respondenti pracující v interní ošetrovatelské péči v počtu 44 (62,86%) a v chirurgické ošetrovatelské péči v počtu 26 (37,14%).

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů ve sledovaném souboru

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední odborné zdravotnické vzdělání s maturitou	25	35,71%
Vyšší odborné zdravotnické vzdělání	15	21,43%
Postgraduální vzdělání v chirurgickém ošetřovatelství	7	10,00%
Specializační vzdělání v interním ošetřovatelství	7	10,00%
Bakalářské	13	18,70%
Magisterské	3	4,29%
Celkem	70	100,00%

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů ve sledovaném souboru

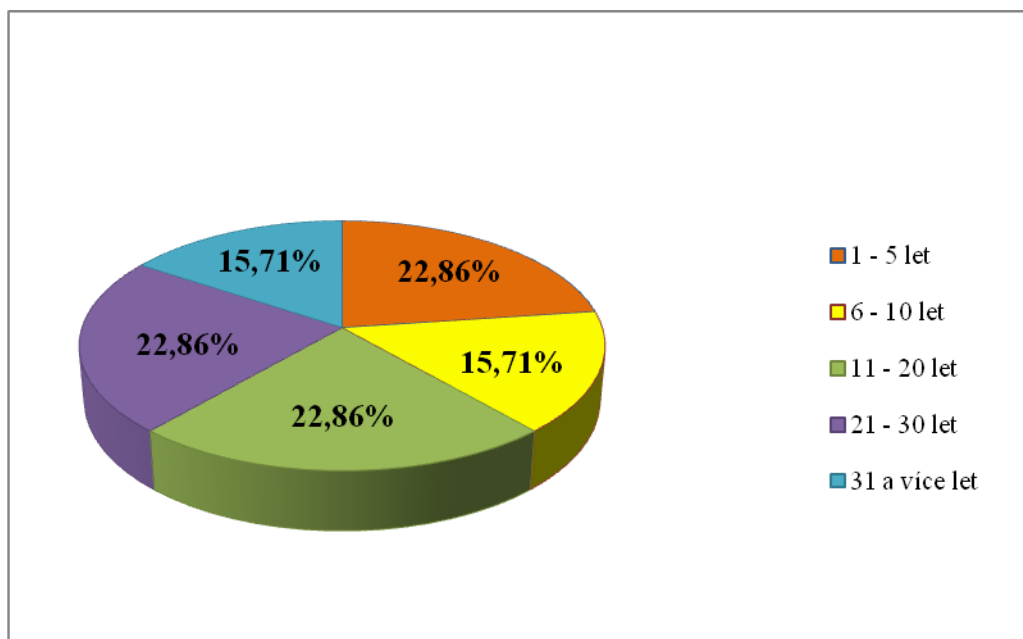


Průzkumný vzorek tvořili respondenti se středním zdravotnickým vzděláním s maturitou v počtu 25 (31,75%), s vyšším odborně zdravotnickým vzděláním v počtu 15 (21,43%), s postgraduálním vzděláním v chirurgickém ošetřovatelství v počtu 7 (10,00%), s postgraduálním vzděláním v interním ošetřovatelství v počtu 7 (10,00%), s vysokoškolským vzděláním 1. stupně (bakalář) v počtu 13 (18,70%), s vysokoškolským vzděláním 2. stupně (magistr) v počtu 3 (4,29%).

Tabulka 3 Praxe respondentů ve sledovaném souboru

Praxe respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - 5 let	16	22,86%
6 - 10 let	11	15,71%
11 - 20 let	16	22,86%
21 - 30 let	16	22,86%
31 a více let	11	15,71%
Celkem	70	100,00%

Graf 3 Praxe respondentů ve sledovaném souboru



Průzkumný vzorek tvořili respondenti s odbornou praxí na standardním oddělení od 1 – 5 let v počtu 16 (22,86%), od 6 – 10 let v počtu 11 (15,71%), od 11 – 20 let v počtu 16 (22,86%), od 21 – 30 let v počtu 16 (22,86%), od 31 a více v počtu 11 (15,71%).

4.4 ORGANIZACE A REALIZACE PRŮZKUMNÉHO VZORKU

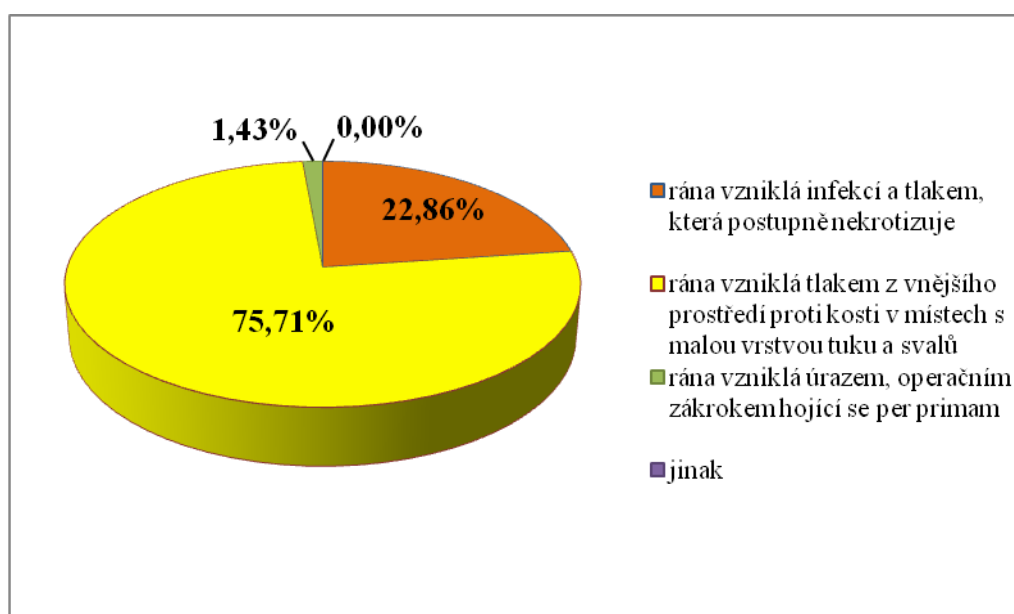
Realizace průzkumu probíhala v několika fázích. Pro získávání informací jsme použili nestandardizovaný dotazník. Rozdali jsme celkem 90 dotazníků, z toho 15 dotazníků se nevrátilo a 5 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost vyplněných položek. Návratnost kompletně vyplněných dotazníků byla 70 (77,80 %). Údaje jsme shromažďovali od února do konce března 2014. Dotazník byl anonymní a údaje jsme zpracovali kvantitativní metodou v programu Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007.

4.5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

V následujících tabulkách a grafech jsou zpracovány získané informace jednotlivých položek dotazníku, které byly určeny nelékařským zdravotnickým respondentům, kteří pracují na standardním interním a chirurgickém oddělení. V dotazníku si mohli respondenti vybrat vždy jen jednu vhodnou odpověď.

Tabulka 4 Definice dekubitů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rána vzniklá infekcí, která postupně nekrotizuje	16	22,86%
Rána vzniklá tlakem z vnějšího prostředí proti kosti v místech s malou vrstvou tuku a svalů	53	75,71%
Rána vzniklá úrazem, operačním zákrokem hojící se per primam	1	1,43%
Jinak	0	0,00%
Celkem	70	100,00%

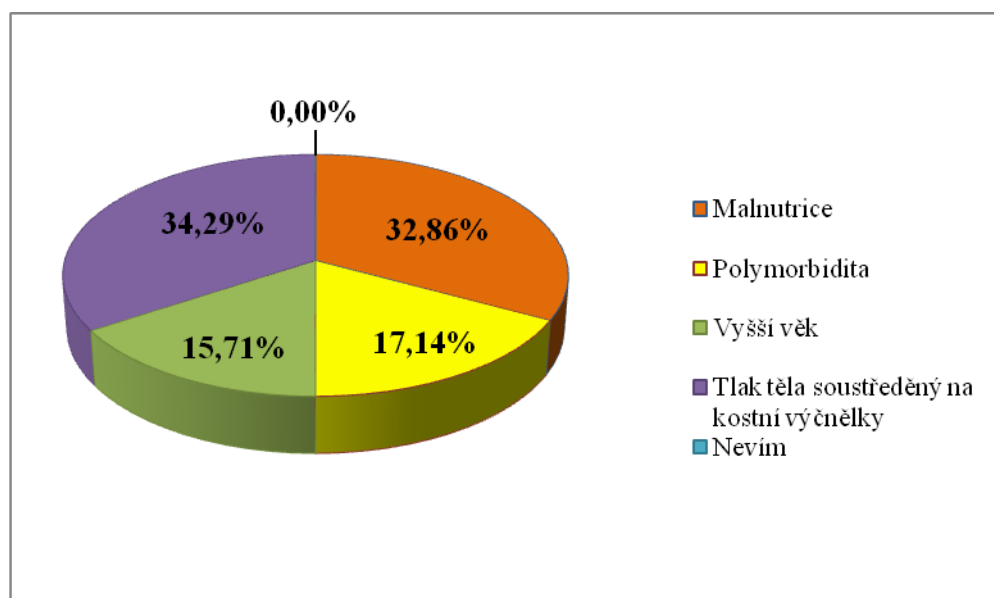
Graf 4 Definice dekubitů

Podle Mikuly a Müllerové (2008, s. 10) jsou dekubity (proleženiny) rány na kůži, které vyvolává tlak. Správnou odpověď označilo 53 (75,71 %) respondentů, kteří určili, že dekubitus je rána, která vzniká tlakem z vnějšího prostředí proti kosti v místech s malou vrstvou tuku a svalů. Nesprávnou odpověď označilo 16 (22,86 %) respondentů, kteří se přiklání k tomu, že dekubitus je rána vzniklá infekcí, která postupně nekrotizuje a 1 (1,43 %) respondent určil, že je to rána vzniklá úrazem, operačním zákrokem hojící se per primam. Žádný 0 (0,00 %) z respondentů nevyužil jiné varianty.

Tabulka 5 Hlavní rizikový faktor při vzniku dekubitů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Malnutrice	23	32,86%
Polymorbidita	12	17,14%
Vyšší věk	11	15,71%
Tlak těla soustředěný na kostní výčnělky	24	34,29%
Nevím	0	0,00%
Celkem	70	100,00%

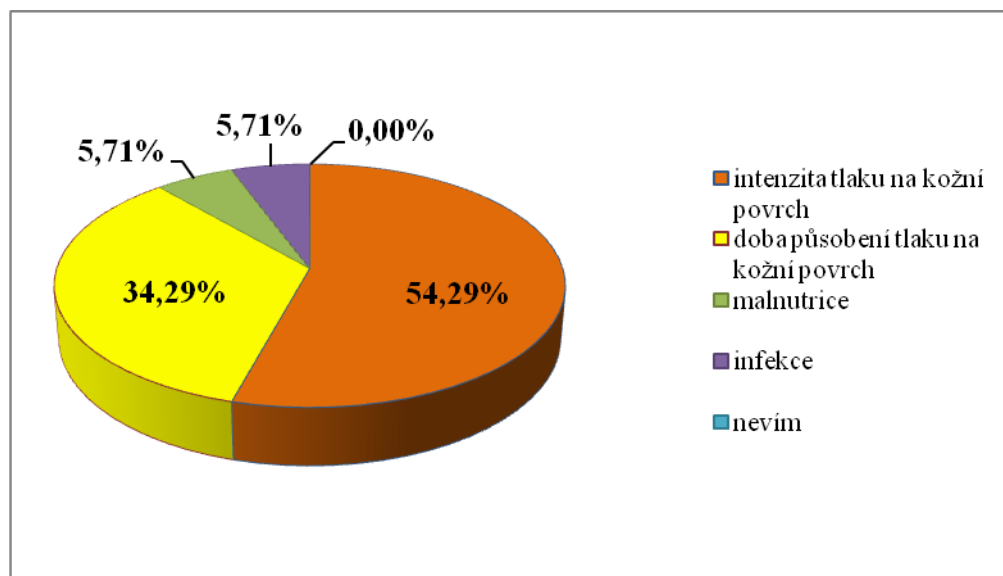
Graf 5 Hlavní rizikový faktor při vzniku dekubitů



Kalvach, aj. (2004, s. 234) v etiopatogenezi dekubitů uvádí, že hlavním rizikovým faktorem pro vznik dekubitů je stlačení měkkých tkání mezi kostí a tvrdou podložkou. Správnou odpověď označilo 24 (34,29 %) respondentů, kteří označili, že hlavní rizikový faktor je tlak těla soustředěný na kostní výčnělky. Nesprávnou odpověď označilo 23 (32,86 %) respondentů, kteří se přiklání, že hlavní rizikový faktor vzniku dekubitů je malnutrice, 12 (17,14 %) respondentů označilo polymorbiditu a 11 (15,71 %) respondentů označilo vyšší věk. Žádný 0 (0,00 %) z respondentů neoznačil, že neví, jaký je hlavní rizikový faktor vzniku dekubitů.

Tabulka 6 Významný vliv rizikového faktoru na vznik dekubitů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Intenzita tlaku na kožní povrch	38	54,29%
Doba působení tlaku na kožní povrch	24	34,29%
Malnutrice	4	5,71%
Infekce	4	5,71%
Nevím	0	0,00%
Celkem	70	100,00%

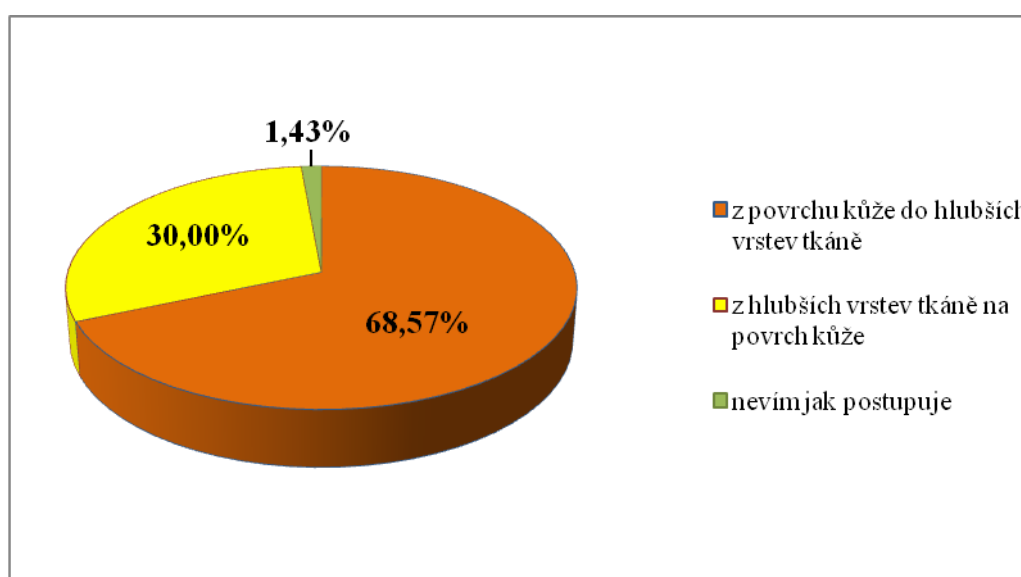
Graf 6 Významný vliv rizikového faktoru na vznik dekubitů

Mikšová, aj. (2006, s. 43) uvádí, že všechny dekubity jsou primárně způsobeny nepřerušovaným tlakem, což znamená časovou délkou působícího tlaku, který poškozují i malé cévy a tím dochází k hypoxii a odúmrtní buněk. Zjistili jsme, že 24 (34,29 %) respondentů se přiklání k tomu, že významným vlivem, který se podílí na vzniku dekubitů, je doba působení tlaku na kožní povrch. Dalších 38 (54,29 %) respondentů označilo, že významným faktorem je intenzita tlaku na kožní povrch, 4 (5,71 %) respondenti označili malnutrici a další 4 (5,71 %) respondenti označili infekci. Žádný (0,00 %) z respondentů neoznačil, že neví.

Tabulka 7 Postup poškození tkání při vzniku dekubitů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Z povrchu kůže do hlubších vrstev tkáně	48	68,57
Z hlubších vrstev tkáně na povrch kůže	21	30,00
Nevím, jak postupuje	1	1,43
Celkem	70	100,00

Graf 7 Postup poškození tkání při vzniku dekubitů

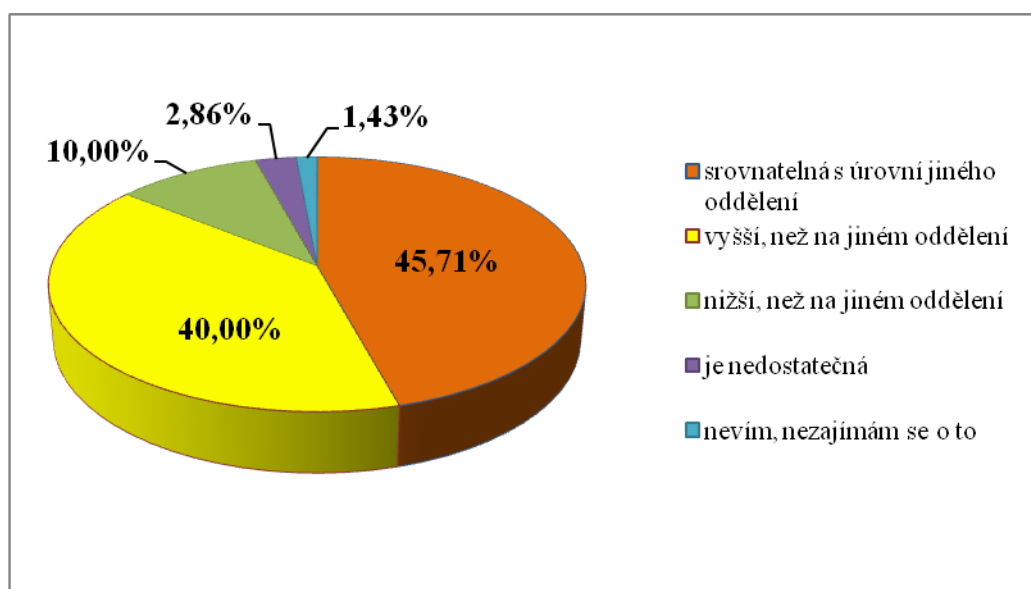


Čok (2009) uvádí, že nejméně odolné tkáně vůči tlaku jsou tukové vrstvy a pak až svaly, které leží v hloubce a proto tlakové poškození vždy postupuje z hloubky na povrch a ne naopak. Z těchto důvodů je tedy velmi obtížné včas vznikající dekubit objevit. Ke správné odpovědi se přiklonilo 21 (30,00 %) respondentů, kteří označili, že vznikající dekubit poškozuje nejdřív hlubší vrstvy tkáně a pak postupuje na povrch. Dalších 48 (68,57 %) respondentů se domnívá, že poškození tkání při vzniku dekubitů postupuje z povrchu do hlubších vrstev tkáně a 1 (1,43 %) respondent označil, že neví, jak poškození postupuje.

Tabulka 8 Úroveň prevence vzniku dekubitů u imobilních pacientů na standardním oddělení

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Srovnatelná s úrovní jiného oddělení	32	45,71%
Vyšší, než na jiném oddělení	28	40,00%
Nižší, než na jiném oddělení	7	10,00%
Je nedostatečná	2	2,86%
Nevím, nezajímám se o to	1	1,43%
Celkem	70	100,00%

Graf 8 Úroveň prevence vzniku dekubitů u imobilních pacientů na standardním oddělení

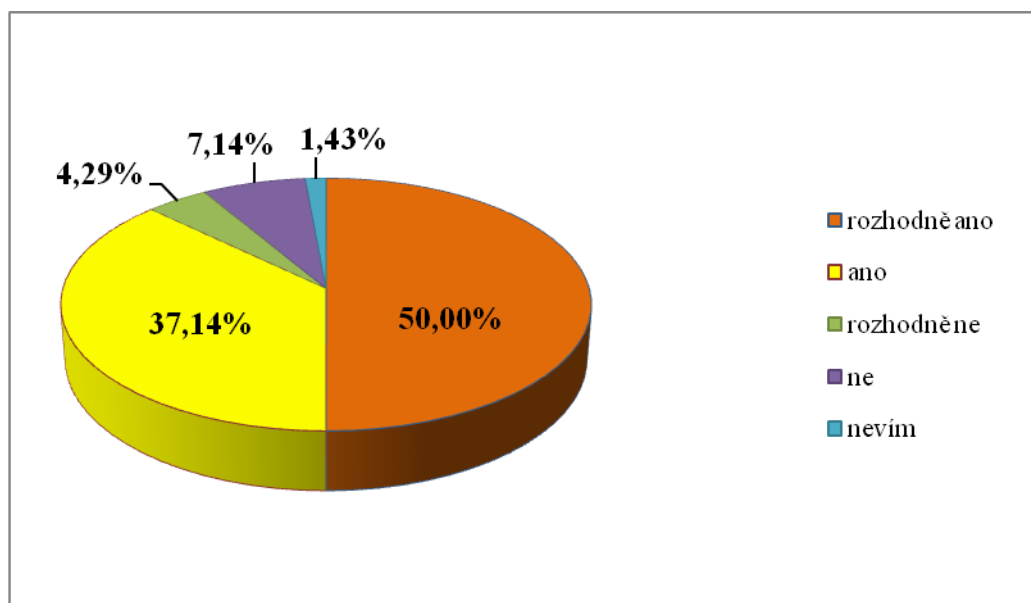


Z odpovědi vyplývá, že 32 (45,71 %) respondentů uvádí, že jejich úroveň prevence vzniku dekubitů je srovnatelná s úrovní jiného oddělení, 28 (40,00%) respondentů označilo, že úroveň prevence vzniku dekubitů je vyšší než na jiném oddělení, 7 (10,00 %) respondentů uvedlo, že je nižší než na jiném oddělení, 2 (2,86 %) orespondenti značili, že je nedostatečná a 1 (1,43 %) respondent uvedl, že se o to nezajímá.

Tabulka 9 Úroveň prevence vzniku dekubitů negativně ovlivněna při nižším počtu nelékařského zdravotnického personálu

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
rozhodně ano	35	50,00
ano	26	37,14
rozhodně ne	3	4,29
ne	5	7,14
nevím	1	1,43
Celkem	70	100,00

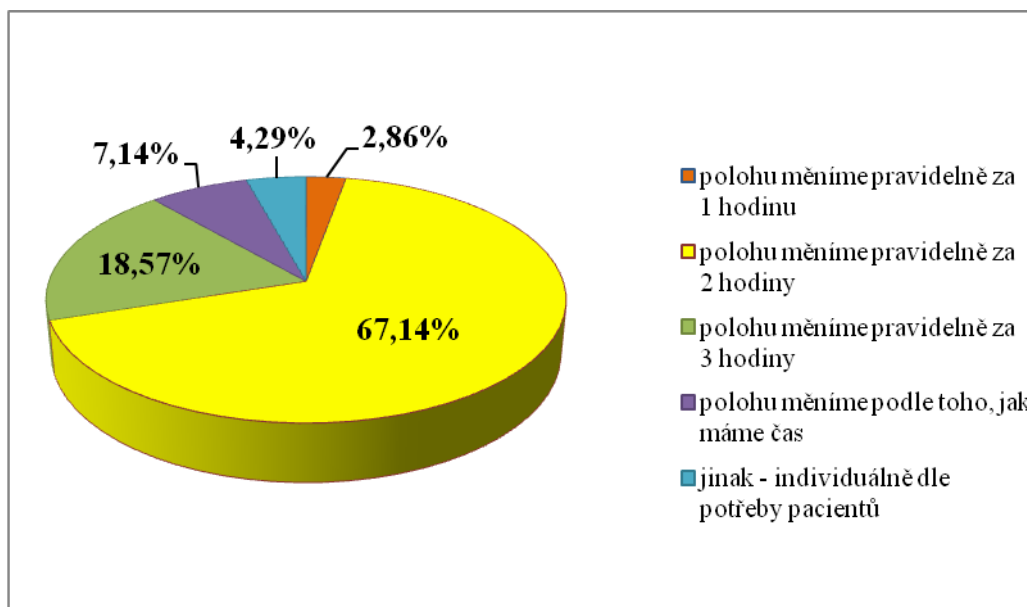
Graf 9 Úroveň prevence vzniku dekubitů negativně ovlivněna při nižším počtu nelékařského zdravotnického personálu



V otázce číslo 9 jsme se ptali respondentů, jestli úroveň prevence vzniku dekubitů může být negativně ovlivněna nižším počtem nelékařského zdravotnického personálu na jejich pracovišti. Z odpovědí je zřejmé, že 35 (50,00 %) respondentů označilo, že rozhodně ano, 26 (37,14 %) respondentů označilo, ano, 3 (4,29 %) respondenti se přiklání k názoru, že rozhodně ne a 5 (7,14 %) respondentů označilo pouze ne. Jen 1 (1,43 %) respondent označil, že neví.

Tabulka 10 Frekvence polohování imobilních pacientů

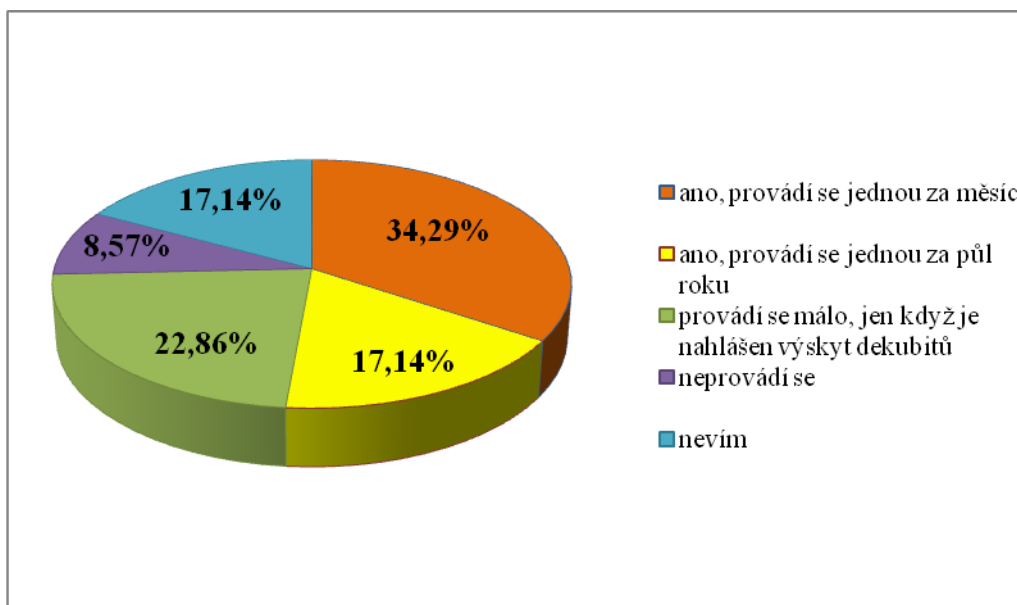
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
polohu měníme pravidelně za 1 hodinu	2	2,86
polohu měníme pravidelně za 2 hodiny	47	67,14
polohu měníme pravidelně za 3 hodiny	13	18,57
polohu měníme podle toho, jak máme čas	5	7,14
jinak - individuálně dle potřeby pacientů	3	4,29
Celkem	70	100,00

Graf 10 Frekvence polohování imobilních pacientů

Polohování imobilních pacientů je základem prevence vzniku dekubitů. Zajímalo nás, jak respondenti často mění polohu u imobilních pacientů na jejich pracovišti a z jejich odpovědí vyplývá, že 47 (67,14 %) respondentů ji mění co 2 hodiny. Dalších 13 (18,57 %) respondentů ji mění co 3 hodiny, 5 (7,14 %) respondentů ji mění podle toho, jak mají čas a 3 (4,29 %) respondenti se shodli na názoru, že ji mění individuálně dle potřeby pacienta.

Tabulka 11 Frekvence auditů prověřující prevenci vzniku dekubitů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, provádí se jednou za měsíc	24	34,29
ano, provádí se jednou za půl roku	12	17,14
provádí se málo, jen když je nahlášen výskyt dekubitů	16	22,86
neprovádí se	6	8,57
nevím	12	17,14
Celkem	70	100,00

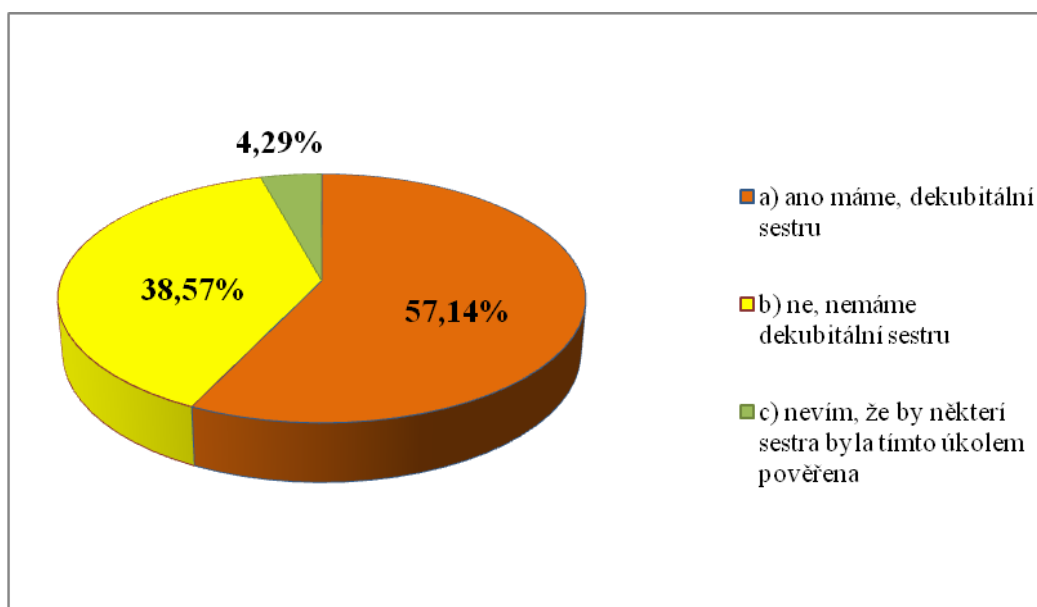
Graf 11 Frekvence auditů prověřující prevenci vzniku dekubitů

Na otázku zda se na oddělení provádí audit, prověřující prevenci vzniku dekubitů se z odpovědí dá určit, že 24 (34,90 %) respondentů uvádí provádění auditů jednou měsíčně, 16 (22,86 %) respondentů poukazuje na to, že audit se provádí málo, jen když je na jejich pracovišti výskyt dekubitů. Dalších 12 (17,14 %) respondentů označilo, že se s auditem setkávají jednou za půl roku a stejný počet 12 (17,14 %) respondentů neví, že by se audit prováděl. Posledních 6 (8,57 %) respondentů označilo, že se s auditem ještě nesetkalo, takže se neprovádí.

Tabulka 12 Pověřenost sestry v sledování vzniku dekubitů u imobilních pacientů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano máme, dekubitální sestru	40	57,14
b) Ne, nemáme dekubitální sestru	27	38,57
c) Nevím, že by některá sestra byla tímto úkolem pověřena	3	4,29
Celkem	70	100,00

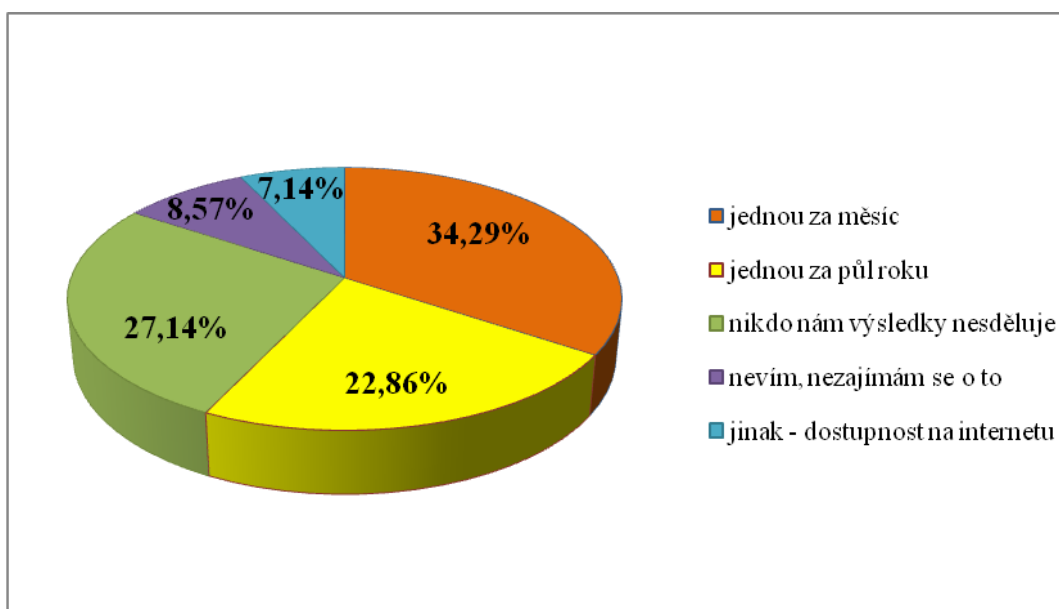
Graf 12 Pověřenost sestry v sledování vzniku dekubitů u imobilních pacientů



V rámci prevence vzniku dekubitů je nezbytné statistické sledování jejich výskytu. Z odpovědí vyplývá, že 40 (57,14 %) respondentů má na svém pracovišti dekubitální sestru, která je tímto úkolem pověřena. Z dalších odpovědí se dá určit, že 27 (38,57 %) respondentů poukazuje na to, že nemají dekubitální sestru a 3 (4,29 %) respondenti neví, že by nějaká sestra na jejich pracovišti byla tímto úkolem pověřena.

Tabulka 13 Informovanost zdravotnického personálu s výsledky vzniku dekubitů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
jednou za měsíc	24	34,29
jednou za půl roku	16	22,86
nikdo nám výsledky nesděljuje	19	27,14
nevím, nezajímám se o to	6	8,57
jinak - dostupnost na internetu	5	7,14
Celkem	70	100,00

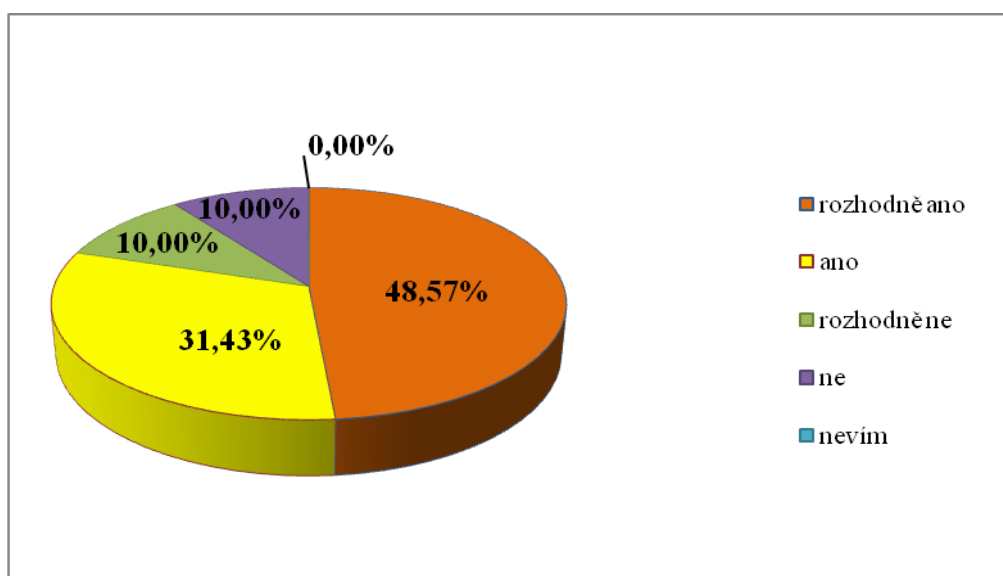
Graf 13 Informovanost zdravotnického personálu s výsledky vzniku dekubitů

V otázce číslo 13 z odpovědí vyplývá, že informovanost respondentů s výsledky vzniku dekubitů na jejich oddělení je následující. Respondenti v počtu 24 (34,29 %) jsou seznámeni s výskytem dekubitů na jejich pracovišti jednou měsíčně. Dalších 16 (22,86 %) respondentů je srozuměno s výsledky jednou za půl roku. Dále z odpovědí vyplývá, že 19 (27,14 %) respondentům nikdo výsledky nesděljuje a 6 (8,57 %) respondentů neví o daných výsledcích a ani je to nezajímá. Posledních 5 (7,14 %) respondentů odpovědělo, že dostupnost výsledků je na internetu.

Tabulka 14 Přehodnocování pacientů v rámci prevence vzniku dekubitů při změně zdravotního stavu

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	34	48,57%
Ano	22	31,43%
Rozhodně ne	7	10,00%
Ne	7	10,00%
Nevím	0	0,00%
Celkem	70	100,00%

Graf 14 Přehodnocování pacientů v rámci prevence vzniku dekubitů při změně zdravotního stavu

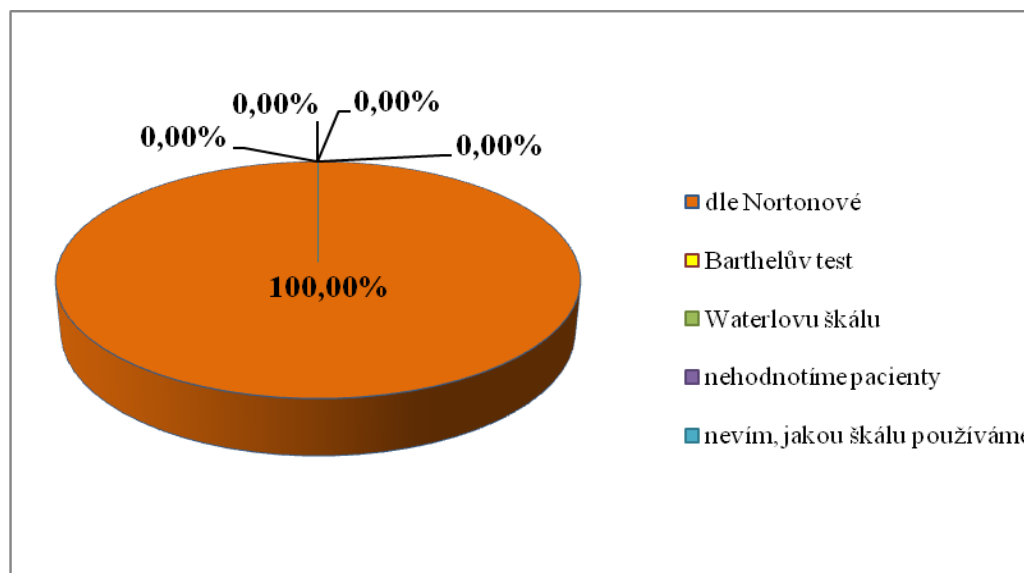


Každá změna zdravotního stavu pacienta, která vede k jeho imobilitě je závažná, a vyžaduje aktuální hodnocení rizika vzniku dekubitů. Z odpovědí vyplývá, že 34 (48,57 %) respondentů rozhodně přehodnocuje riziko vzniku dekubitů pacienta při jeho změně zdravotního stavu a 22 (31,44 %) respondentů přehodnocuje výše zmíněné riziko. Dalších 7 (10,00 %) respondentů rozhodně nepřehodnocuje riziko vzniku dekubitů a 7 (10,00 %) respondentů nepřehodnocuje dané riziko. Žádný 0,(0,00) respondent nevyužil odpovědi nevím.

Tabulka 15 Použitá škála k hodnocení rizika vzniku dekubitů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dle Nortonové	70	100,00%
Barthelův test	0	0,00%
Waterlovu škálu	0	0,00%
Nehodnotíme pacienty	0	0,00%
Nevím, jakou škálu používáme	0	0,00%
Celkem	70	100,00%

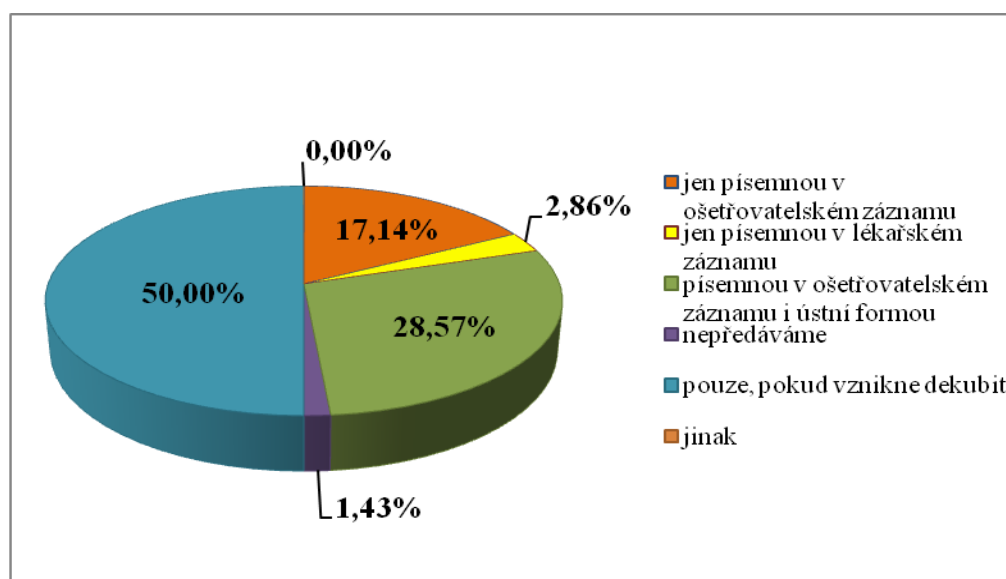
Graf 15 Použitá škála k hodnocení rizika vzniku dekubitů



V otázce číslo 15 jsme se chtěli od respondentů dozvědět, jakou škálu používají k hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů na jejich pracovišti. Z jejich odpovědi se dá jednoznačně určit, že 70 (100,00 %) respondentů používá jedinou škálu pro hodnocení rizika vzniku dekubitů na jejich pracovišti a to je škála dle Nortonové. Žádný z respondentů v počtu 0 (0,00 %) nevyužil odpovědi Barthelův test, ani Waterlovu škálu. Žádný z respondentů v počtu 0 (0,00 %) nevedl, že by pacienty v rámci rizika vzniku dekubitů nehodnotil anebo nevěděl, jakou škálu používá.

Tabulka 16 Forma předávání realizace prevence vzniku dekubitů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jen písemnou v ošetřovatelském záznamu	12	17,14%
Jen písemnou v lékařském záznamu	2	2,86%
Písemnou v ošetřovatelském záznamu i ústní formou	20	28,57%
Nepředáváme	1	1,43%
Pouze, pokud vznikne dekubit	35	50,00%
Jinak	0	0,00%
Celkem	70	100,00%

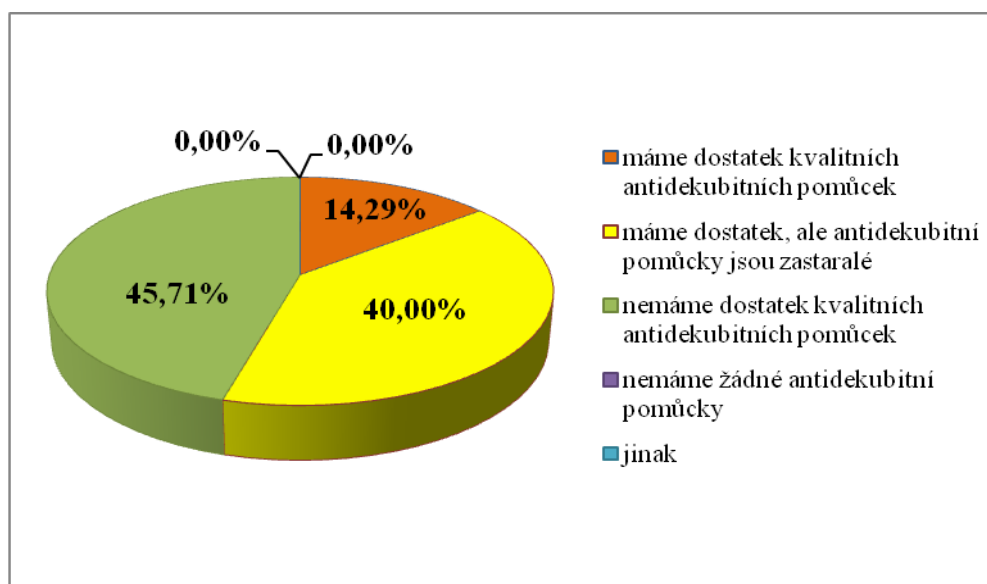
Graf 16 Forma předávání realizace prevence vzniku dekubitů

Realizace prevence vzniku dekubitů je důležitou součástí ošetřovatelského procesu. Z odpovědí vyplývá, že 35 (50,00 %) respondentů si předává informace o provedené prevenci, pouze pokud se vyskytne dekubit, 20 (38,57 %) respondentů označilo, že si předává informace písemně v ošetřovatelském záznamu i ústní formou, 12 (17,14 %) respondentů si předává realizaci formou jen písemnou v ošetřovatelském záznamu. Další 2 (2,68 %) respondenti označili, že si předávají realizaci jen písemnou formou v lékařském záznamu a 1 (1,43 %) respondent označil, že si informace vůbec nepředávají. Žádný (0,00 %) z respondentů nevyužil odpovědi jinak.

Tabulka 17 Množství používaných kvalitních antidekubitních pomůcek

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Máme dostatek kvalitních antidekubitních pomůcek	10	14,29%
Máme dostatek, ale antidekubitní pomůcky jsou zastaralé	28	40,00%
Nemáme dostatek kvalitních antidekubitních pomůcek	32	45,71%
Nemáme žádné antidekubitní pomůcky	0	0,00%
Jinak	0	0,00%
Celkem	70	100,00%

Graf 17 Množství používaných kvalitních antidekubitních pomůcek

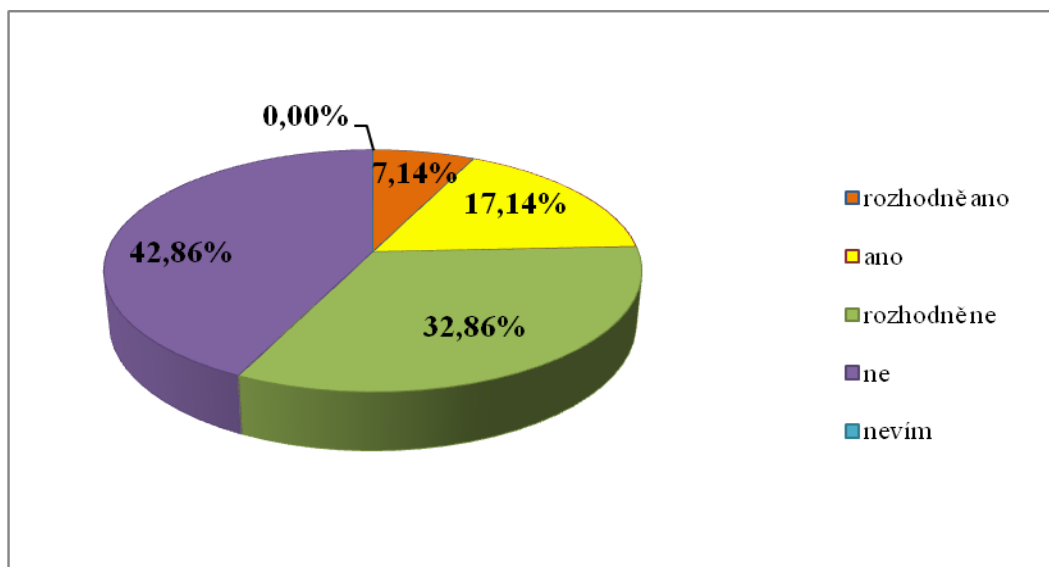


Antidekubitní pomůcky jsou důležitou součástí prevence vzniku dekubitů a velmi záleží na jejich kvalitě, aby prevence byla efektivní. Z odpovědí vyplývá, že 32 (45,71 %) respondentů označilo nedostatečné množství kvalitních antidekubitních pomůcek na jejich pracovišti, 28 (40,00 %) respondentů uvádí, že mají dostatečný počet antidekubitních pomůcek, ale jsou zastaralé. Respondenti v počtu 10 (14,29 %) uvádí, že mají dostatek kvalitních antidekubitních pomůcek na pracovišti. Žádný z respondentů v počtu 0 (0,00 %) nevyužil odpovědi, že nemají žádné antidekubitní pomůcky, ani odpovědi jinak.

Tabulka 18 Vypodložení všech predilekčních míst u imobilních pacientů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	5	7,14%
Ano	12	17,14%
Rozhodně ne	23	32,86%
Ne	30	42,86%
Nevím	0	0,00%
Celkem	70	100,00%

Graf 18 Vypodložení všech predilekčních míst u imobilních pacientů

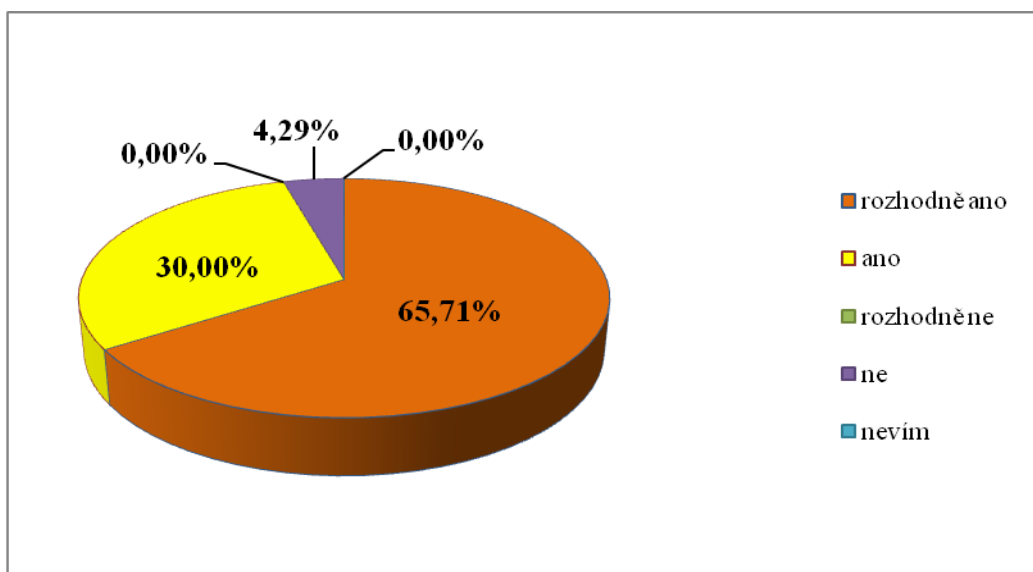


Každá zvolená poloha u imobilního pacienta má svá daná predilekční místa a jejich vypodložení je v rámci prevence vzniku dekubitů velmi důležité. Z odpovědí vyplývá, že 30 (42,86 %) respondentů nepodkládá všechna predilekční místa u imobilních pacientů v dané poloze, 23 (32,86 %) respondentů rozhodně také nepodkládá všechna riziková místa u imobilních pacientů. Respondenti v počtu 12 (17,14 %) vypodloží všechna predilekční místa u imobilních pacientů a 5 (7,14 %) respondentů odpovědělo, že rozhodně vypodloží všechna riziková místa, která mohou být příčinou vzniku dekubitů u imobilního pacienta. Žádný z respondentů v počtu (0,00 %) nevyužil odpovědi nevím.

Tabulka 19 Vliv nižšího počtu nelékařského zdravotnického personálu a nedostatku antidekubitních pomůcek na vznik dekubitů u imobilních pacientů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	46	65,71%
Ano	21	30,00%
Rozhodně ne	0	0,00%
Ne	3	4,29%
Nevím	0	0,00%
Celkem	70	100,00%

Graf 19 Vliv nižšího počtu nelékařského zdravotnického personálu a nedostatku antidekubitních pomůcek na vznik dekubitů u imobilních pacientů



Z odpovědí vyplývá, že 46 (65,71 %) respondentů se domnívá, že rozhodně ano na vzniku dekubitů se mohou podílet faktory, jako je nižší počet nelékařského zdravotnického personálu a nedostatek antidekubitních pomůcek. Respondenti v počtu 21 (30,00 %) uvádí ano, že tento vliv může být příčinou vzniku dekubitů u imobilních pacientů. Další 3 (4,29 %) respondenti označili, že to nemá na vznik dekubitů u imobilních pacientů žádný vliv. Žádný z respondentů v počtu (0,00 %) nevyužil odpovědi rozhodně ne, anebo nevím.

4.6 DISKUSE

V teoretické části naší bakalářské práce jsme se snažili, poskytnout soubor základních informací týkající se prevence vzniku dekubitů. Zaměřili jsme se na efektivitu poskytované ošetrovatelské péče, která je zaměřena na prevenci vzniku dekubitů u imobilních pacientů při hospitalizaci na interním a chirurgickém standardním oddělení v nemocničním zařízení. Námět bakalářské práce jsme si zvolili z důvodů, že v současné době prevence vzniku dekubitů je jedna z hlavních indikátorů kvality poskytované ošetrovatelské péče sestrou v mnoha nemocničních zařízeních na celém světě. Vznik dekubitů u imobilních pacientů při hospitalizaci v nemocničním zařízení je vždy velký zdravotní problém, který vyžaduje velkou pozornost, nejen z důvodů, abychom snížili utrpení pacientů, ale i z důvodů ekonomických. Naším průzkumem jsme chtěli zjistit, jaké teoretické znalosti mají v této oblasti prevence vzniku dekubitů sestry na standardním interním a chirurgickém oddělení a jaké mají možnosti, aby efektivně mohly tuto prevenci provádět. O výskytu dekubitů obecně platí, že je lepší, jejich vzniku předejít, než je náročně následně léčit. Prakticky a dobře organizovaná efektivní, kvalitní ošetrovatelská péče má zásadní význam, nejen při léčbě těchto nežádoucích defektů, ale především její význam vidíme v dobře organizované prevenci vzniku dekubitů a to jak v nemocničním zařízení, tak i v domácí péči. Velmi důležitou, významnou a nezastupitelnou roli v této oblasti prevence hraje právě sestra, která je s imobilním pacientem v nemocničním zařízení v blízkém kontaktu a na ní záleží, jak tuto prevenci efektivně provede.

Podle Mikuly a Müllerové (2008) sestra má v rukou hodnocení pacienta zdali je, anebo není v riziku vzniku dekubitů, stanovení ošetrovatelského postupu, zajištění prevence proti vzniku dekubitů na standardním oddělení, kontrolu i motivaci pacienta. Sestra by měla mít vynikající znalosti v této oblasti prevence vzniku dekubitů a kladný přístup k této velmi známé problematice, protože bez vzdělané a zručné sestry nemusí být sebelepší technika účinná.

V současné době je řada odborné literatury, která je zaměřena na prevenci vzniku dekubitů u imobilních pacientů v nemocničním zařízení. Našli jsme i publikované průzkumné práce, které jsou na tuto problematiku zaměřeny, a budeme se snažit v následné diskusi jejich výsledky porovnat s našimi. V průzkumné části naší bakalářské práce jsme si stanovili průzkumnou otázku a následně čtyři cíle.

V prvním cíli jsme zkoumali, jaké teoretické znalosti mají sestry o příčinách vzniku dekubitů otázkami číslo 4, 5, 6, 7. V otázce číslo 5 jsme se respondentů tázali, který hlavní rizikový faktor je příčinou vzniku dekubitů a bylo pro nás zajímavé zjištění u 23 (32,56 %) respondentů, že označili odpověď malnutrici. Dalších 12 (17,14 %) respondentů se domnívá, že polymorbidita a 11 (15,71 %) respondentů označilo vyšší věk pacienta. Myslíme si, že tyto rizikové faktory hrají velkou roli při vzniku dekubitů, ale ne vždy jsou hlavní příčinou. Správnou odpověď označilo pouze 24 (34,29 %) respondentů, kteří považují za hlavní příčinu vzniku dekubitů tlak těla, který je soustředěný na kostní výčnělky. Náš výsledek jsme porovnávali s odbornou literaturou, kde Kalvach, aj. (2004) uvádí, že příčiny vzniku dekubitů lze rozdělit na hlavní a přídatné. Za hlavní příčinu považují podle Lonergan a Stone stlačení měkkých tkání, takže tlak těla, mezi kostí a tvrdou podložkou. Za přídatné příčiny označují věk, obezitu, malnutrici, polymorbiditu a jiné. V otázce číslo 6 jsme se respondentů tázali, co si myslí o tlakovém vlivu na tkáň, jestli je významnější příčinou vzniku dekubitů intenzita tlaku, doba působení tlaku, malnutrice nebo infekce. Správnou odpověď nám označilo 24 (34,29 %) respondentů, kteří si myslí, že nejvýznamnější je doba působení tlaku na tkáň. Dalších 38 (54,29 %) respondentů si myslí, že je to intenzita tlaku, která působí na tkáň těla a 2 krát 4 (5,71 %) respondenti uvedli buď malnutrici, nebo infekci. Podle našeho názoru je nejvýznamnější faktorem při vzniku dekubitů doba působení tlaku. Intenzita tlaku je také důležitá, ale pokud se u imobilního pacienta včas změní poloha, což znamená, že se přeruší intenzita tlaku působící na měkké tkáně, nemusí k vzniku dekubitů dojít. Richards a Edwards (2012) uvádí, že intenzita tlaku způsobí uzávěr kapilár, ale při dlouhodobém působení tohoto tlaku může dojít k tomu, že v tkáni dochází k ischemii a pak následně odumře. Dále jsme se ptali respondentů v otázce číslo 7, jak postupuje poškození tkání při vzniku dekubitů. Z celkového počtu 70 respondentů správnou odpověď označilo pouze 21 (30,00 %) respondentů, kteří označili, že poškození tkání postupuje směrem od hlubších vrstev nahoru na povrch kůže. Bylo pro nás překvapením, že 48 (68,57 %) respondentů si myslí, že nejdříve je poškozená horní vrstva tkáně a pak až hlubší a 1 (1,43 %) respondent nevěděl vůbec, jak poškození postupuje. Podle Čoka (2009), kterého jsme již výše citovali, je poškození tkání vždy z hloubky na povrch a ne naopak. V této části prvního cíle jsme jednoznačně zjistili, že respondenti dokážou definovat co je dekubitus, ale nedokážou

přesně určit hlavní rizikový faktor vzniku dekubitů a postup poškození kůže a tkání při vzniku dekubitů.

V druhém cíli našeho průzkumného šetření, jsme se chtěli dozvědět, jaký postoj mají sestry k úrovni prevence vzniku dekubitů na jejich standardním oddělení a zjišťovali jsme to otázkami číslo 8, 9, 10. V otázce číslo 8 bylo pro nás překvapivé zjištění, že 7 (10,00 %) respondentů si myslí, že jejich úroveň prevence vzniku dekubitů na jejich pracovišti je nižší, než na jiném, 2 (2,86 %) respondenti uvedli, že je nedostačující a 1 (1,43 %) respondent se o to vůbec nezajímá. Nevíme proč tak odpověděli, ale je možné, že s prevencí vzniku dekubitů na jejich pracovišti nejsou spokojeni a touto anonymní cestou vyjádřili svůj názor. V současné době ekonomické krize a snižování nákladů na ekonomickou stránku nemocničních zařízení, která se dotýká i množství pracujících nelékařských pracovníků, jsme se otázkou číslo 9 ptali respondentů, jestli úroveň prevence vzniku dekubitů může být negativně ovlivněna nižším počtem nelékařského zdravotnického personálu. Zde bylo pro nás velmi zajímavé zjištění, že 35 (50,00 %) respondentů odpovědělo rozhodně ano a 26 (37,14 %) respondentů ano. Také i my si myslíme, že nedostatek nelékařského zdravotnického personálu může velmi neefektivně zapůsobit na úroveň poskytované ošetrovatelské péče u pacientů a to i v rámci prevence vzniku dekubitů. V poslední 10 otázce tohoto cíle jsme se chtěli dozvědět, jak často respondenti polohují imobilní pacienty na svém pracovišti, protože je to jedna z důležitých činností sestry v rámci prevence vzniku dekubitů a dozvěděli jsme se, že 13 (18,57 %) respondentů polohuje imobilní pacienty co 3 hodiny, ale co nás překvapilo, že 5 (7,14 %) respondentů polohuje imobilní pacienty, podle toho, jak mají čas a 3 (4,29 %) respondenti individuálně. Dalších 48 (70,00 %) respondentů mění polohu pravidelně co 1 nebo 2 hodiny. Myslíme si, že polohování pacientů v rámci prevence vzniku dekubitů by mělo mít pravidelné časové intervaly a nepovažujeme za vhodné polohování pacientů podle času respondentů. Nepravidelné občasně změny polohy imobilních pacientů zvyšují riziko vzniku dekubitů a snižují úroveň kvality poskytované ošetrovatelské péče sestrou.

Mikula a Müllerová (2008) uvádí, že polohování imobilních pacientů má být pravidelné, protože se zkracuje doba působení tlaku na predilekční místa, tak aby tlak nepřekročil prahovou hodnotu a tyto časové intervaly, by měly být 1 až 2 hodiny. Při vyhodnocení odpovědí druhého cíle jsme došli k závěru, že ne všichni respondenti jsou spokojeni s úrovní poskytované prevence proti vzniku dekubitů u imobilních

pacientů na jejich pracovišti. Dále poukazují na to, že nedostatek nelékařského zdravotnického personálu může být problémem v efektivním poskytování této prevence a změna polohy u některých imobilních pacientů je delší nad dvě hodiny.

V třetím cíli jsme se chtěli od respondentů dozvědět, jestli na jejich pracovišti jsou prováděné pravidelné kontroly v rámci prevence vzniku dekubitů. Jak se u nich sleduje výskyt dekubitů, jestli jsou s výsledky tohoto výskytu seznamováni a zjišťovali jsme to otázkami číslo 11, 12, 13. V otázce číslo 11 jsme zjišťovali, jestli se na pracovištích respondentů provádí pravidelné audity, které prověřují kvalitu ošetrovatelské péče v rámci prevence vzniku dekubitů. Zjistili jsme, že 16 (22, 86 %) respondentů se s auditem setkává pouze tedy, když je nahlášen výskyt dekubitů u pacientů, 12 (17,14 %) neví, že by audity byly prováděny a 6 (8,57 %) respondentů zdůraznilo, že se s auditem ještě nesetkali, takže se domnívají, že se neprovádí. V otázce číslo 12 jsme chtěli zmapovat, kdo má z respondentů na pracovišti kompetentní sestru, která je pověřena sledováním vzniku dekubitů u imobilních pacientů. Při vyhodnocení našich odpovědí jsme zjistili, že 30 (42,86 %) respondentů ze 70 (100,00 %), nemá tímto úkolem pověřenou sestru, anebo o tom neví. Prověřující audity poskytované prevence a statistické sledování výskytu dekubitů u hospitalizovaných pacientů na standardním oddělení jsou jedním z hlavních ukazatelů kvality ošetrovatelské péče a myslíme si, že nám poukazuje na to, zda v této oblasti nevzniká problém. V otázce třináct třetího cíle, jsme se dotazovali, jak jsou respondenti informováni o výsledcích vzniku dekubitů u imobilních pacientů na jejich pracovišti. Celkem 19 (27,14 %) respondentů poukázalo na to, že jim výsledky nikdo nesděluje, 6 (8,57 %) respondentů to nezajímá a 5 (7,14 %) respondentů má dostupnost výsledků na internetu. Dalších 40 (57,15 %) respondentů je seznámeno s výsledky jednou za měsíc anebo za půl roku. Při vyhodnocení odpovědí respondentů třetího cíle, jsme došli k závěru, že by bylo vhodné v rámci zvyšování kvality ošetrovatelské péče v prevenci dekubitů provádět pravidelné audity. Na všech pracovištích pověřit kompetentní sestru, která bude sledovat vznik dekubitů a informovat spolupracovníky o poskytované prevenci vzniku dekubitů u imobilních pacientů, aby tato péče byla víc efektivní a vznik dekubitů se minimalizoval.

Ve čtvrtém cíli jsme chtěli posoudit postupy dokumentace, předávání informací v prevenci a vzniku dekubitů a využívání antidekubitních pomůcek k realizaci preventivních opatření proti vzniku dekubitů u imobilních pacientů otázkami číslo

14, 15, 16, 17, 18, 19. Otázkou číslo 14 jsme posuzovali, jestli respondenti přehodnocují pacienty, při každé změně zdravotního stavu, v rámci prevence vzniku dekubitů. Zjistili jsme, že 14 (20,00 %) respondentů odpovědělo, že ne, anebo rozhodně ne. Myslíme si, že každá změna zdravotního stavu pacienta může vést k vyššímu riziku vzniku dekubitů a proto to bylo pro nás zajímavé zjištění. V otázce číslo 15 všichni respondenti v počtu 70 (100,00 %) používají k hodnocení rizika vzniku dekubitů škálu dle Nortonové. Zde bychom se chtěli jen zmínit, že pacienti, kteří jsou plánováni k velkým operačním výkonům na chirurgickém oddělení, mohou být hodnoceni i škálou dle Waterlov. Vidíme zde výhodu v tom, že tato škála ve svém hodnocení zahrnuje i velké operační výkony, kdežto škála dle Nortonové ne. V otázce číslo 16 jsme hodnotili, jakou formou si respondenti předávají realizaci prevence vzniku dekubitů u imobilních pacientů. Bylo pro nás překvapením, že z celkového počtu 70 (100,00 %) respondentů pouze 20 (28,57 %) respondentů předává tuto důležitou informaci písemně v ošetřovatelském záznamu a ústně. Zbývající respondenti tuto informaci předávají různě, buď jen písemně v lékařském záznamu, v ošetřovatelském záznamu, nebo jen když vznikne dekubit, anebo ji nepředají vůbec. Myslíme si, že realizace prevence vzniku dekubitů má mít jednotnou formu předávání a zaznamenávání, aby při každém vzniku dekubitů u imobilního pacienta, bylo možné prokázat, že tato prevence byla prováděna sestrou co nejefektivněji a nedošlo k žádnému pochybení. V otázce číslo 17, 18 jsme chtěli zmapovat, jestli respondenti při realizaci prevence vzniku dekubitů u imobilních pacientů mají dostatečné množství kvalitních antidekubitních pomůcek a vypodloží všechna predilekční místa v dané poloze pacienta. Zjistili jsme, že pouze 10 (14,29 %) respondentů má k této realizaci prevence dostatečné množství kvalitních antidekubitních pomůcek a 60 (85,71 %) respondentů poukazuje na to, že mají buď nedostatečné množství, anebo jsou zastaralé. Vypodložení všech predilekčních míst zrealizuje pouze 17 (24,28 %) respondentů a na nevypodložení všech predilekčních míst poukazuje 53 (75,72 %) respondentů. Poslední otázkou číslo 19 tohoto čtvrtého cíle, jsme chtěli zjistit názor respondentů na to, jestli nedostatek zdravotnického personálu a nedostatek antidekubitních pomůcek může ovlivnit častý výskyt dekubitů u imobilních pacientů. Dozvěděli jsme se, že 67 (95,71 %) respondentů si myslí ano, anebo rozhodně ano. Při hodnocení čtvrtého cíle jsme došli k závěru, že zde není přesně určené, jakou formou se předává realizace prevence vzniku dekubitů u pacientů. Respondenti nemají dostatečné množství kvalitních antidekubitních pomůcek, a proto

nemohou vypočítat všechna predilekční místa a poukazují na to, že v takovém případě vznik dekubitů u imobilních pacientů může mít častější výskyt.

Naše průzkumné šetření jsme se snažili porovnat s diplomovou prací bakalářky Ludmily Polnické (2010). Její výzkum, který se realizoval v roce 2010, byl zaměřený na téma Úloha sestry v prevenci a léčbě dekubitů. Naším společným kritériem pro výběr vzorku respondentů byly sestry pracující na standardním oddělení. Výsledkem její práce bylo zjištění, že úroveň prevence vzniku dekubitů není dostatečná, protože respondenti vidí velkou překážku v realizaci této prevence v nedostatku antidekubitních pomůcek a informace o léčbě a výskytu dekubitů u pacientů získávají na nepravděelných školeních, seminářích.

V naší bakalářské práci jsme zjistili, že jsou zde nedostatky respondentů v teoretických znalostech o příčinách vzniku dekubitů. Úroveň prevence vzniku dekubitů není dostačující a neúspěch při poskytování této prevence respondenti vidí v nedostatku kvalitních antidekubitních pomůcek, nedostatku nelékařského zdravotnického personálu a informace o výskytu dekubitů jsou nepřesně předávány. Výzkum bakalářky Ludmily Polnické se zaměřuje na sestry pracující na standardním oddělení, a proto bylo pro nás zajímavé některé jeho výsledky porovnat s naším průzkumem.

4.7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V našem průzkumném šetření jsme došli k závěru, že prevence vzniku dekubitů u pacientů na interním a chirurgickém standardním oddělení je vhodné nadále zlepšovat, aby preventivní opatření byla víc efektivní. Našli jsme nedostatky, které se dají určitými kroky odstranit, aby se dosáhlo ještě lepší prevence a minimalizace výskytu dekubitů u imobilních pacientů na standardním oddělení. Na základě našich výsledků průzkumného šetření navrhuje do praxe tato opatření:

- Vypracovat standardní operační postup, který bude zaměřený na prevenci vzniku dekubitů a pravidelné polohování imobilních pacientů na chirurgickém a interním standardním oddělení. Upřesnit časovou délku dané polohy pacienta, aby nepřesahovala nad dvě hodiny.

- Provádět pro sestry na standardním oddělení pravidelné školení, aby si rozšířily své znalosti o příčinách vzniku dekubitů a upozornit je na jejich důležitou roli v této části ošetrovatelské péče.
- Provádět v pravidelných intervalech kontrolní činnost v rámci zvyšování kvality ošetrovatelské péče v prevenci vzniku dekubitů, kterou poskytují sestry na standardním oddělení.
- Stanovit přesné kompetence sestře ze standardního oddělení, která bude zodpovědná za poskytování preventivních opatření proti vzniku dekubitů u imobilních pacientů a bude pravidelně informovat sestry o poskytované prevenci a výskytu dekubitů.
- Stanovit, do které části zdravotnické dokumentace se bude zaznamenávat poskytovaná preventivní opatření proti vzniku dekubitů u imobilních pacientů.
- Naplánovat obměnu zastaralých nefunkčních antidekubitních pomůcek za nové funkční, aby plnily co nejefektivněji svou funkci v prevenci vzniku dekubitů u imobilních pacientů.
- Přehodnotit, jestli na standardním oddělení v rámci pracovní směny je dostatečné množství nelékařského zdravotnického personálu, který poskytuje prevenci vzniku dekubitů u imobilních pacientů.

ZÁVĚR

Základním krokem v prevenci vzniku dekubitů u imobilních pacientů při pobytu v nemocničním zařízení je v první řadě efektivní a účinná prevence, která je zaměřená na ošetrovatelskou péči. Výskyt dekubitů vždy znamená neefektivní prevenci, a proto je velmi důležité, jejich vývoj neustále monitorovat, nacházet lepší a účinnější opatření v rámci této prevence vzniku dekubitů, která budou k prospěchu všem imobilním pacientům.

V naší bakalářské práci předmětem zkoumání bylo, jaké mají sestry pracující na standardním oddělení teoretické znalosti o příčinách vzniku dekubitů a hlavně, jaké mají možnosti těmto defektům efektivně předcházet u imobilních pacientů.

V teoretické části naší bakalářské práce jsme si připomněli příčiny vzniku dekubitů, důležitost preventivních opatření proti vzniku těchto defektů u imobilních pacientů a jak je nutné se touto problematikou neustále zabývat.

V průzkumné části naší bakalářské práce jsme si položili otázku, jestli sestry, které pracují na standardním oddělení, mají teoretické znalosti o příčinách vzniku dekubitů a jestli mají možnost poskytnout efektivní prevenci vzniku dekubitů u imobilních pacientů v průběhu hospitalizace v nemocničním zařízení. Pro získání průzkumných dat jsme použili nestandardizovaný strukturovaný dotazník. V prvním cíli jsme zjistili, že teoretické znalosti respondentů o příčinách vzniku dekubitů nejsou dostatečné. Z celkového počtu 70 (100,00 %) respondentů správnou odpověď na otázku, jak postupuje poškození tkání při vzniku dekubitů znalo pouze 21 (30,00 %) respondentů. Dále nedokáží přesně určit hlavní rizikový faktor, protože jen 24 (34,29 %) respondentů označilo, že je to tlak těla, který je soustředěný na kostní výčnělky. V druhém cíli jsme zjistili, že respondenti polohují pacienty pravidelně co jednu až dvě hodiny v počtu 48 (70,00 %) a překvapivé bylo, že 8 (11,43 %) respondentů polohuje imobilní pacienty, jak mají čas, anebo individuálně, takže přesně nevíme v jakém intervalu. V tomto cíli, také respondenti v počtu 60 (87,14 %) upozorňují na to, že prevence vzniku dekubitů u imobilních pacientů může být negativně ovlivněna nedostatečným množstvím nelékařského zdravotnického personálu, který zajišťuje ošetrovatelskou péči. Ve třetím cíli jsme zjistili, že by bylo vhodné pověřit na pracovišti kompetentní sestru, která bude sledovat výskyt dekubitů, informovat spolupracovníky o poskytované prevenci proti vzniku dekubitů, protože 30 (42,86 %) respondentů

upozornilo na to, že takovou sestru nemají. Dále z výsledků třetího cíle vyplývá, že by se měla zvýšit kontrolní činnost v této oblasti poskytované ošetrovatelské péče, protože s audity prověřující prevenci vzniku dekubitů se pravidelně setkává pouze 24 (34,29 %) respondentů. Ve čtvrtém cíli naší bakalářské práce se nám podařilo zjistit, že postupy dokumentace a předávání informací o provedené prevenci vzniku dekubitů u imobilních pacientů nejsou jednotné, protože pouze 20 (28,57 %) respondentů předává tyto důležité informace formou písemnou v ošetrovatelském záznamu a ústně. Dále v tomto cíli jsme zjistili, že respondenti poukazují na množství a kvalitu antidekubitních pomůcek, která se jim zdá nedostatečná, a proto nemohou vypočítat všechna predilekční místa v dané poloze pacienta. Jenom 10 (14,29 %) respondentů má k realizaci prevence vzniku dekubitů u imobilních pacientů dostatečné a kvalitní množství antidekubitních pomůcek. Na závěr respondenti v poslední otázce čtvrtého cíle upozorňují na to, že nedostatek, jak nelékařského zdravotnického personálu, tak antidekubitních pomůcek může vést k častějšímu výskytu dekubitů u imobilních pacientů.

Na závěr naší bakalářské práce chceme vyjádřit náš názor, že všichni zdravotníci vědí, že prevence vzniku dekubitů u imobilních pacientů v nemocnici je prioritou vysokou, ale nedostatkem nelékařského zdravotnického personálu a nedostatečným množstvím pomůcek k této prevenci se vznik dekubitů velice těžce minimalizuje.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BENNETT, Clare and Barbara WORKMAN. 2005. *Key Nursing Skills*. I. K. International Publishing House Pvt. Limited. ISBN 978-81-882-3720-3.

ČOK, Milan. *Osobní asistence*. [online]. 2009 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=2&article=1>

GROFOVÁ, Zuzana. 2007. *Nutriční podpora - praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1868-2.

GROFOVÁ, Zuzana. 2010. Opomíjené mechanismy vzniku dekubitů. *Sestra*. **20(5)**, 38. ISSN 1210-0404.

KALVACH, Zdeněk., aj. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7038-3.

KALVACH, Zdeněk., aj., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1 vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk., aj. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KELNAROVÁ, Jarmila., aj. 2009. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2830-8.

MAČÁK, Jirka, MAČÁKOVÁ, Jana a Jana DVOŘÁČKOVÁ. 2012. *Patologie 2., doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3530-6.

MAŘAR, Rastislav, PODSTATOVÁ, Renáta a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1673-2.

MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1399-3.

MELUZÍNOVÁ, Hana., aj. 2007a. Dekubitus – jak dále v diagnostice, prevenci a léčbě? *Medicína pro praxi*. **4** (11), 458. ISSN 1803-5310.

MELUZÍNOVÁ, Hana., aj. 2007b. Dekubitus – jak dále v diagnostice, prevenci a léčbě? *Medicína pro praxi*. [online]. **4** (11), 458-463. [cit. 2014-03-16]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/11/06.pdf>

MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. 2008. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2043-2.

MIKŠOVÁ, Zdeňka., aj., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.

MLÝNKOVÁ, Jana. 2010. *Pečovatelství I. Díl*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3184-1.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. 2010. *Lokální ošetrování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2682-3.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.

POLNICKÁ, Ludmila. *Úloha sestry v prevenci a léčbě dekubitů: diplomová práce* [online]. Pardubice. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií, 2010 [cit. 2014-04-06]. Dostupné z: http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/36454/1/PolnickaL_Ulohasestry_JB_2010.pdf

RICHARDS, Ann and Sharon EDWARDS. 2012. *A Nurse's Survival Guide to the Ward*. 1. edition. Oxford: Elsevier Health Sciences. ISBN 978-07-020-5171-5.

SCHOEBEL, Christiane. 2007. *Die Therapie des Dekubitus in Theorie und Praxis*. 1. ausgabe. Grin: Verlag. ISBN 978-36-3883-3297-7.

SMÍLKOVÁ, Magdalena., 2008. Polohování – prevence i léčba. *Sestra*. **18** (9), 15. ISSN 1210-0404.

ŠEFLOVÁ, Lenka a Gabriela JANČÍKOVÁ. 2010. Postupy v prevenci a léčbě dekubitů. *Medicína pro praxi*. [online]. **7** (7), 56-58. [cit. 2014-02-10]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/88/07.pdf>

ŠVÁB, Jan., aj. 2008. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2604-5.

VYTEJČKOVÁ, Renáta., aj. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné 1*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

ŽŮČKOVÁ. Klára. 2008. Prevence vzniku dekubitů na jednotce intenzivní péče. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **4** (7), 4. ISSN 1801-1349.

PŘÍLOHY

Příloha A	Predilekční místa
Příloha B	Škála/tabulka dle Nortonové k hodnocení rizika vzniku dekubitů
Příloha C	Škála/tabulka dle Bradenové k hodnocení rizika vzniku dekubitů
Příloha D	Škála/tabulka dle Waterlow k hodnocení rizika vzniku dekubitů
Příloha E	Dotazník
Příloha F	Žádost o povolení průzkum

Příloha A: Predilekční místa

- ***Poloha na zádech***

- kost týlní
- trn. 7 krčního obratle
- hřebeny lopatek
- loketní klouby
- oblast kosti křížové
- hýždě
- patní kosti

- ***Poloha na boku***

- spánková kost
- ramenní kloub
- hřebeny kyčelní kosti
- zevní strana kolenního kloubu, oblast mezi koleny
- oblast kotníků

- ***Poloha na břiše***

- oblast lící kosti
- ucho
- oblast klíční kosti
- hřebeny kosti kyčelní
- kolena
- palce

(zdroj: Kelnarová, aj., 2009, s. 160)

Příloha B Škála/tabulka dle Nortonové k hodnocení rizika vzniku dekubitů

	1. bod	2. body	3. body	4. body	body
Schopnost spolupráce (motivace)	Žádná	Velmi omezená	Omezená	Plná	
Věk (let)	Nad 60	Pod 60	Pod 30	Pod 10	
Stav pokožky	Rány, alergické rozedřené kůže	Vlhká	Suchá, šupinatá	Normální	
Přidružené onemocnění	Trombóza, onemocnění tepen, nádory	Roztroušená skleróza, obezita	Poškozená imunita, horečky, cukrovka	Žádné	
Fyzický stav	Velmi špatný	Špatný	Zhoršený	Dobrý	
Psychický stav	Bezvědomí	Zmatený	Apatický	Bdělý	
Aktivita	Ležící	Upoután na vozík	Chodící s doprovodem	Chodící	
Pohyblivost	Žádná	Velmi omezená	Mírně omezená	Neomezená	
Inkontinence	Moč a stolice	Obvykle moč	Občas	Není	
Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové				Celkem bodů:	
Více než 26 bodů – riziko žádné					
25-24 bodů – riziko nízké					
23-19 bodů – riziko střední					
18-14 bodů – riziko vysoké					
13-9 bodů – riziko velmi vysoké					

(Zdroj: Kapounová, 2007, s. 127)

Příloha C: Škála/tabulka dle Bradenové k hodnocení rizika vzniku dekubitů

CITLIVOST PERCEPCE (schopnost respondovat s nepohodlím)			
1.	2.	3.	4.
<p>Pacient úplně limitovaný Neodpovídá na bolestivé stimuly, buď pro stav bezvědomí, nebo pro silné senzorické poškození, které limituje citění bolesti na většině povrchu těla.</p>	<p>Pacient hodně limitovaný Odpovídi pouze na bolestivé stimuly, otevření očí nebo flexe končetin; nemůže verbálně komunikovat; nepohodlí nebo senzoricke poškození, které limituje schopnost cítit bolest, nebo nepohodlí na 1/2 těla.</p>	<p>Pacient mírně limitovaný Odpovídá na verbální pokyny otevřením očí a poslechnutím příkazů; nemůže vždy komunikovat; potřebuje být polohován nebo má nějaké senzoricke poškození, které limituje cítit bolest, nebo nepohodlí na jedné či dvou končetinách.</p>	<p>Žádné poškození pacienta Odpovídá na příkaz uposlechnutím; sděluje potřeby přesně; nemá senzoricke omezení, která by limitovala schopnost cítit bolest a nepohodlí.</p>
VLHKOST (stupeň vlhkosti, kterému je kůže vystavena)			
1.	2.	3.	4.
<p>Velmi vlhká kůže Je téměř stále vlhká potem a močí, vlhkost je zaznamenána vždy, když se pacient pohne nebo otočí; ložní prádlo musí být měněno více než 1x za směnu.</p>	<p>Příležitostně vlhká kůže Je často, ale ne vždy mokrá; ložní prádlo musí být měněno 2 až 3x/24hodin.</p>	<p>Zřídka mokrá kůže Kůže je mokrá více než 3-4x za týden; je nutné pravidelně vyměňovat ložní prádlo.</p>	<p>Nikdy mokrá kůže Pocení a inkontinence není nikdy problém; prádlo měníme v pravidelných intervalech.</p>
AKTIVITA (stupeň fyzické aktivity)			
1.	2.	3.	4.
<p>Pacient připoutaný na lůžko.</p>	<p>Pacient připoutaný k židli. Schopnost chůze silně poškozená nebo žádná a musí být pomoheno na židli či do vozíku; když není v posteli je připoután na židli nebo vozík.</p>	<p>Pacient příležitostně chodí během dne, ale na velmi krátké vzdálenosti s pomocí nebo bez pomoci, ale není schopen udělat nebo vydržet hlavní změny polohy nezávisle.</p>	<p>Pacient chodí často Chodí na malé vzdálenosti nejméně 1x za půl hodiny přes den.</p>
POHYBLIVOST (schopnost měnit a kontrolovat polohu těla)			
1.	2.	3.	4.
<p>Úplná nepohyblivost Neschopnost udělat mírnou změnu polohy bez pomoci.</p>	<p>Velmi limitovaná Dělá příležitostně mírné změny polohy bez pomoci, ale neschopen udělat časté nebo signifikantní změny polohy nezávisle.</p>	<p>Mírně limitovaná Dělá časté, ačkoliv mírné změny polohy bez pomoci, ale neschopen udělat nebo vydržet hlavní změny polohy nezávisle.</p>	<p>Výborná Dělá velké a časté změny polohy bez pomoci.</p>
VÝŽIVA (obvyklé vzorce příjmu potravy)			
1.	2.	3.	4.
<p>Velmi špatná Nikdy nesní celé jídlo; zřídka sní více než 1/3 nabídnutého jídla; příjem bílkovin je zanedbatelný, dokonce je i nesprávný příjem</p>	<p>Pravděpodobně neadekvátní Zřídka sní úplně jídlo a obecně jí 1/2 nabídnutého jídla; má špatný příjem bílkovin; občas přijímá tekuté dietní</p>	<p>Adekvátní Jí přes polovinu většiny jídel, jí malé množství bílkovinných zdrojů 1-2x denně; občas odmítne jídlo; obvykle si vezme dietní náhražku,</p>	<p>Výborná Jí většinu jídel; nikdy neodmítá jídlo; často jí i mezi hlavními jídly, nevyžaduje dietní náhražky.</p>

<i>pokračování přílohy D</i>			
tekutin; nepřijímá nic p.o. (totální parenterální výživa) anebo pouze tekutiny nebo i.v. déle než 5 dní.	náhražky nebo obdrží méně než optimum množství tekuté diety.	pokud je nabídnuta nebo totální parenterální výživu, která pravděpodobně zajistí větší potřebu.	
STŘÍŽNÝ MECHANIZMUS			
1.	2.	3.	4.
Problém Vyžaduje mírnou až maximální pomoc v pohybu; úplné zvednutí bez smýkání po prostěradle není možné; často je kůže smýkána při polohování na lůžku či při transportu do židle; vyžaduje časté polohování s maximální pomocí – spasticita a koncentrace vedou téměř ke stálému tření.	Potencionální problém Pohybuje se mírně nezávisle nebo vyžaduje minimální pomoc; kůže možná klouže proti prostěradlu na posteli nebo na židli v určitém rozsahu; když se objeví pomoc, pacient udržuje relativně dobrou pozici na židli nebo na posteli po většinu času, ale občas sklouzne dolů.		Nezjevný problém Pohybuje se na židli a na posteli nezávisle a má dostatečnou svalovou sílu úplně se zvednout; udržuje vždy dobrou polohu na židli i v posteli.
Riziko vzniku dekubitů dle Bradenové			Celkem bodů
23 – 20 bodů – nízké riziko			
19 – 16 bodů – střední riziko			
15 – 11 bodů – vysoké riziko			
10 – 6 bodů – velmi vysoké riziko			

(Zdroj: Kapounová, 2007, s. 127).

Příloha D: Škála/tabulka dle Waterlow k hodnocení rizika vzniku dekubitů

Body	0	1	2	3
Pohlaví		muž	žena	
Věk	0 – 14	15 – 49	50 – 64	65 - 74
Stavba těla	průměr	nadprůměr	BMI nad 29	BMI pod 17
Pohyblivost	plně mobilní	pohyblivost okolo lůžka	pohyblivost na lůžku	omezená
Kontinence	kontinence stolice a moči, močový katétr	zřídka inkontinence moči a stolice	inkontinence stolice, močový katétr	inkontinence stolice a moči
Výživa		příjem stravy p.o. bez omezení, totální parenterální výživa, totální enterální výživa (100J/kg; 1g bílkoviny na kg)	Dietní omezení; enterální výživa nad 2500 ml/24h	Chronická nechuť k jídlu; nízkokalorická výživa; bolusové podání enterální výživy; aspirovaný žaludeční obsah nad 100ml/4h
Kůže	zdravá		suchá, horečnatá, edematózní	bledá, cyanotická
Velké operační výkony				
Speciální riziko	bez rizika	kouření	anemie	
Medikace				
Neurologické sledování	GCS 15			

(Pokračování přílohy B)

Body	4	5	6	7
Pohlaví				
Věk	75 - 80	81 a více		
Stavba těla				
Pohyblivost	nepohyblivost kvůli přístrojům (trakce)	nepohyblivý kvůli stavu	pacient tlumen nebo ochrnutý.	nemožnost pasivního pohybu.
Kontinence				
Výživa	enterální výživa, průjem; snížená absorpce kalorií; aspirovaný žaludeční obsah nad 150ml/4h	krystaloidy více než 3 dny	bez výživy více než 3 dny	
Kůže	porušená			
Velké operační výkony		pod úroveň pasu více než 2h. spinální anestézie; periferní selhání v průběhu anestézie, ostatní problémy v průběhu anestézie		
Speciální riziko	selhávání dýchání, chronická hypoxie, astma	periferní cévní onemocnění; srdeční selhání, albumin pod 20g/l; pO ₂ pod 9 kPa; TT pod 35 °C		střední TK pod 60mm Hg; akutní leukemie; maligní lymfom; AIDS; terminální stav
Medikace		steroidy; cytostatika; protizánětlivé léky; radiace; renální podpora dopaminem		
Neurologické sledování		Sklerosis multiplex; CMP; DM		

(Zdroj: Kapounová, 2007, s. 129)

Dotazník

Vážené kolegyně, kolegové

Jmenuji se Kateřina Nováková a studuji na Vysoké škole zdravotnické v Praze 5, o.p.s. Chtěla bych Vás tímto požádat o spolupráci při vyplnění anonymního dotazníku, jehož výsledky se stanou součástí bakalářské práce na téma „ ***Prevence dekubitů u imobilních pacientů z pohledu sestry.***”

Cílem tohoto průzkumného šetření je zmapovat jak tuto problematiku vnímají sestry pracující na standardním oddělení. Proto se na vás obracím, abyste pomohli svými odpověďmi toto průzkumné šetření zrealizovat. Vybírejte prosím, z nabízených možností jen jednu odpověď, která vám vyhovuje a nejvíc odpovídá skutečnosti. Odpověď, kterou jste si vybraly, prosím označte.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku. Vaše odpovědi budou použity pro vypracování bakalářské práce a věřím, že přinesou důležité poznatky, které budou prezentovány při obhajobě této práce.

Kateřina Nováková

1. Jaká je vaše pracovní způsobilost:

- Sestra - pracující v interní ošetrovatelské péči
- Sestra - pracující v chirurgické ošetrovatelské péči

2. Jaké je nejvyšší vaše dosažené vzdělání:

- Střední odborné zdravotnické s maturitou
- Vyšší odborné zdravotnické vzdělání
- Postgraduální vzdělání v chirurgickém ošetrovatelství
- Postgraduální vzdělání v interním ošetrovatelství
- Bakalářské vzdělání
- Magisterské vzdělání

3. Uved'te, kolik let pracujete na standardním oddělení:

- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 – 30 let
- 31 a více

4. Definujte dekubitus:

- Rána vzniklá infekcí a tlakem, která postupně nekrotizuje
- Rána vzniklá tlakem z vnějšího prostředí proti kosti a v místech s malou vrstvou tuku a svalů
- Rána vzniklá úrazem, operačním zákrokem hojící se per primam
- Jinak.....

5. Který hlavní rizikový faktor může být příčinou vzniku dekubitů:

- Malnutrice
- Polymorbidita
- Vyšší věk
- Tlak těla soustředěný na kostní výčnělky
- Nevím

6. Určete, který rizikový faktor má významný vliv na vznik dekubitů:

- Intenzita tlaku na kožní povrch
- Doba působení tlaku na kožní povrch
- Malnutrice
- Infekce
- Nevím

7. Označte, jak dekubitus při vzniku postupuje přes tkáň:

- Z povrchu kůže do hlubších vrstev tkáně
- Z hlubších vrstev tkáně na povrch kůže
- Nevím, jak postupuje

8. Jaká je podle vašeho názoru na vašem oddělení úroveň prevence vzniku dekubitu u imobilních pacientů:

- Srovnatelná s úrovní jiného oddělení
- Vyšší, než na jiném oddělení
- Nižší, než na jiném oddělení
- Je nedostatečná
- Nevím, nezajímám se o to

9. Myslíte si, že úroveň prevence vzniku dekubitů na vašem oddělení může být negativně ovlivněna nižším počtem zdravotnického nelékařského personálu:

- Rozhodně ano
- Ano
- Rozhodně ne
- Ne
- Nevím

10. Podle vašeho názoru určete, jak často se na vašem oddělení mění poloha u imobilních pacientů:

- polohu měníme pravidelně za 1 hodinu
- polohu měníme pravidelně za 2 hodiny
- polohu měníme pravidelně za 3 hodiny
- polohu měníme podle toho, jak máme čas
- jinak.....

11. Provádí se na Vašem pracovišti v rámci zvyšování kvality ošetrovatelské péče pravidelné audity prověřující prevenci vzniku dekubitu:

- ano, provádí se jednou za měsíc
- ano, provádí se jednou za půl roku
- provádí se málo, jen když je nahlášen výskyt dekubitu
- neprovádí se
- nevím

12. Máte na vašem oddělení pověřenou sestru, která zaznamenává vznik dekubitů u imobilních pacientů:

- Ano, máme dekubitální sestru
- Ne, nemáme dekubitální sestru
- Nevím, že by některá sestra byla tímto úkolem pověřena

13. Jak často jste seznámena na vašem oddělení s výsledky vzniku dekubitů u imobilních pacientů:

- Jednou za měsíc
- Jednou za půl roku
- Nikdo nám výsledky nesděljuje
- Neví, nezajímám se o to
- Jinak.....

14. V rámci prevence vzniku dekubitů přehodnocujete pacienty při každé změně, jejich zdravotního stavu:

- Rozhodně ano
- Ano
- Rozhodně ne
- Ne
- Nevím

15. K hodnocení pacientů v rámci prevence vzniku dekubitů používáte škálu:

- dle Nortonové
- Bartlův test
- Waterlovu škálu
- Nehodnotíme pacienty
- Nevím, jakou škálu používáme

16. Jakou formou si předáváte realizovanou prevenci vzniku dekubitů u imobilních pacientů:

- Jen písemnou v ošetřovatelském záznamu
- Jen písemnou v lékařském záznamu
- Písemnou v ošetřovatelském záznamu i ústní formou
- Nepředáváme
- Jinak.....

17. Máte na vašem oddělení dostatečné množství kvalitních antidekubitárních pomůcek:

- Máme dostatek kvalitních antidekubitárních pomůcek
- Máme dostatek, ale antidekubitární pomůcky jsou zastaralé
- Nemáme dostatek kvalitních antidekubitárních pomůcek
- Nemáme žádné antidekubitární pomůcky
- Jinak.....

18. Při polohování imobilních pacientů v rámci prevence vzniku dekubitů, vždy vypořádáte všechna predilekční místa:

- Rozhodně ano
- Ano
- Rozhodně ne
- Ne
- Nevím

19. Podle vašeho názoru myslíte si, že nižší počet zdravotnického nelékařského personálu a nedostatek kvalitních antidekubitních pomůcek může ovlivnit častý vznik dekubitů u imobilních pacientů:

- Rozhodně ano
- Ano
- Rozhodně ne
- Ne
- Nevím

Příloha F: Žádost o povolení průzkumu

V Ostravě dne 24.2.2014

Vážená paní
Mgr. Margita Mališková
náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči
MN Ostrava

Žádost o povolení průzkumu

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na Vysoké škole zdravotnické v Praze, o.p.s., Fakulta zdravotnictví, obor Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o umožnění průzkumu u nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří pracují na standardním interním a chirurgickém oddělení MN Ostrava. Téma bakalářské práce, jejíž součástí, je průzkum zní **„Prevence dekubitů u imobilních pacientů z pohledu sestry“**.

Cílem tohoto šetření je zmapovat jaké odborné znalosti a možnosti mají sestry na standardním oddělení v poskytování prevence vzniku dekubitů. Průzkum bych chtěla realizovat formou anonymního dotazníku, který Vám k mé žádosti přikládám.

Děkuji za kladné vyřízení žádosti.

Kateřina Nováková, DiS.
Francouzská 1103/56
Ostrava – Poruba
708 00

28.2.2014

SOUHLASÍM

MĚSTSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA
příspěvková organizace
Nemocniční 20, 728 80 Ostrava
Náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči
Mgr. Margita Mališková

