

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

**EDUKACE RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ O PREVENCI
VZNIKU DEKUBITU**

Bakalářská práce

JANA HRUBOŇOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Talandová

Praha 2016



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

Hruboňová Jana
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:


Edukace rodinných příslušníků o prevenci vzniku dekubitů

Education of Family Members in the Prevention of Decubitus

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Talandová

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

V Praze dne: 11. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2016

.....

Jana Hruboňová

ABSTRAKT

HRUBOŇOVÁ, Jana. *Edukace rodinných příslušníků o prevenci vzniku dekubitu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Talandová. Praha. 2016. 75 s.

Tématem bakalářské práce byla Edukace rodinných příslušníků o prevenci vzniku dekubitu. Teoretická část byla primárně zaměřena na prevenci vzniku dekubitů a samotnou léčbu. Praktická část práce obsahovala kazuistiku imobilní pacienty, u níž bylo vysoké riziko vzniku dekubitů. Tato kazuistika byla zaměřena na seznámení s pacientkou a její rodinou, jejím zdravotním stavem a doporučením pro rodinu, jak správně pečovat o pacientku a tím zamezit vzniku dekubitů.

Klíčová slova

Dekubitus. Edukace. Edukační proces. Prevence.

ABSTRACT

HRUBOŇOVÁ, Jana. *Education of Family Members in the Prevention of Decubitus*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Talandová. Prague. 2016. 75 pages.

The theme of my bachelor's thesis has been The education of the families members about the the origin of a decubitus prevention. The theoretical part has been focused on a decubitus prevention and it's treatment in the first place. The practical part of my work has been included a case history of an immobile patient with a high risk of decubitus. That case history was focused on the acquaintance with a patient and her family, with her state of health and with some recommendations for the family how to take care of a patient properly to prevent the origin of a decubitus.

Key words

Decubitus. Education. Educational Process. Prevention.

PŘEDMLUVA

Jako téma bakalářské práce jsem zvolila edukaci rodinných příslušníků o prevenci vzniku dekubitu. Téma zaměřené na dekubity jsem vybrala z toho důvodu, že se s ním často setkávám ve svém zaměstnání. Formu edukace jsem zvolila, protože mi přijde přínosná, jelikož se často setkávám s rodinami, které si pod pojmem dekubit nedokážou nic představit, natož ještě aby věděli jaká je prevence. Ráda bych, aby laická veřejnost znala alespoň základy prevence vzniku proleženin, a doufám, že jim tato práce, či vytvořený edukační materiál dovolí alespoň trochu poznat tak problematičtější téma. A pochopitelně to nejdůležitější – a to je: „Že jejich blízcí mohou být kvalitně ošetřováni i v domácím prostředí“.

Cílem práce je edukace určená především pro laickou veřejnost, která by se chtěla přiučit a pomoci svým blízkým předcházet vzniku dekubitů. Rovněž je určená pro všeobecné sestry aby si uvědomily, jak moc je důležité edukovat rodinné příslušníky. Čerpat z ní mohou i ostatní členové erudovaného ošetrovatelského týmu.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí práce PhDr. Ivaně Talandové za cenné připomínky, podnětné rady a odborné vedení práce.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

ÚVOD.....	13
1 DEKUBITUS.....	15
1.1 KLASIFIKACE DEKUBITŮ	16
1.2 LOKALIZACE DEKUBITU	20
1.3 PŘÍČINY A RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK DEKUBITU	22
1.3.1 PŘÍČINY VNĚJŠÍ	22
1.3.2 PŘÍČINY VNITŘNÍ	23
1.3.3 RIZIKOVÉ FAKTORY ZPŮSOBENÉ ZMĚNĚNÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM	24
2 LÉČBA DEKUBITU	25
2.1 POSOUZENÍ RÁNY	25
2.2 KONZERVATIVNÍ LÉČBA DEKUBITŮ	26
2.3 OBVAZOVÝ MATERIÁL.....	27
2.4 OPLACHY RÁNY.....	30
2.5 DÉBRIDEMENT	30
2.6 CHIRURGICKÁ LÉČBA DEKUBITU	31
2.7 DALŠÍ LÉČEBNÉ POSTUPY	32
2.8 KOMPLIKACE DEKUBITŮ	33
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	34
3.1 HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ	35
3.2 ODSTRANĚNÍ ZEVNÍCH A VNITŘNÍCH FAKTORŮ	36
3.3 HYGIENA.....	36
3.4 POLOHOVÁNÍ.....	37

3.5	VÝŽIVA	38
3.6	ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY	39
3.7	CELOSVĚTOVÝ DEN STOP DEKUBITŮM.....	42
3.8	ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V EDUKACI RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ.....	43
4	EDUKACE	44
4.1	EDUKACE RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ IMOBILNÍHO PACIENTA.....	45
5	EDUKAČNÍ PROCES U IMOBILNÍHO PACIENTA.....	46
5.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	68
	ZÁVĚR	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Hg	rtuť
Inj	injekce
Kg	kilogram
Mg	miligram
ml	mililitr
mm Hg	milimetr rtuťového sloupce
NaCl	chlorid sodný
tbl	tableta
vit.	vitamin

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus	nadměrné užívání
Anémie	chudokrevnost
Atrofie	zmenšení normálně vyvinutého orgánu
Cirkulace	obíhání, koloběh
Clavicula	kost klíční
Cytostatikum	látka tlumící růst a rozmnožování buněk
Dekubitus	proleženina
Edém	otok
Epitel	výstelka
Erudovaný	znalý
Erytém	červené zbarvení kůže způsobené zánětem, rozšířením nebo zmnožením cév
Fascie	povázka, blána obepínající sval
Fraktura	zlomenina
Hemiparéza	částečné ochrnutí poloviny těla
Hemiplegie	úplná ztráta hybnosti jedné poloviny těla
Hyperémie	překrvení tkáně nebo orgánu
Imobilita	nehybnost, neschopnost pohybu
Impregnace	napuštění pevných látek vhodnou kapalinou ke zvýšení trvanlivosti, nepropustnosti
Imunosupresiva	látky potlačující funkci imunitního systému

Infekce	nákaza
Inkontinence	neschopnost udržet moč nebo stolici
Integrita	celistvost
Ischemie	místní nedokrevnost tkání nebo orgánů
Kachexie	patologické zhubnutí a silná celková sešlost
Koagulát	sraženina
Kvadruplegie	úplné ochrnutí všech čtyř končetin
Kutánní lalok	kožní lalok s podkožní tukovou tkání
Léze	poškození, porucha
Mikrotraumatizace	malé úrazy
Muskulokutánní lalok	svalověkožní lalok
Nekróza	odumření tkáně
Osteomyelitida	zánět kostní dřene
Paraplegie	oboustranné úplné ochrnutí dolních končetin
Periferní	okrajový
Predilekční místa	místa náchylná ke vzniku dekubitů
Recidiva	návrat
Reinfekce	opětovná infekce touž nemocí
Rezistence	odolnost
Sacrum	kost křížová
Sepse	otrava krve, zaplavení organismu bakteriemi
Subkutánní	podkožní
Terminální	koncový, závěrečný (VOKURKA et al., 2015).

SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1	Anatomie lidské kůže	15
Obrázek 2	I. stupeň dekubitu	16
Obrázek 3	II. stupeň dekubitu	17
Obrázek 4	III. stupeň dekubitu	17
Obrázek 5	IV. stupeň dekubitu	17
Obrázek 6	Predilekční místa v poloze na zádech	20
Obrázek 7	Predilekční místa v poloze na boku	20
Obrázek 8	Predilekční místa v poloze na břicho	21
Obrázek 9	Predilekční místa v poloze v sedě	21
Obrázek 10	Antidekubitní matrace pasivní	40
Obrázek 11	Antidekubitní matrace aktivní	40
Obrázek 12	Antidekubitní matrace dynamická	41
Obrázek 13	Polohovací lůžko	42

ÚVOD

Lidské tělo je stvořeno k aktivitě a pohybu. V době nemoci mají lidé z různých příčin problémy s pohyblivostí. Lidské omezení pohybu může být způsobeno geneticky, získaným, či vrozeným handicapem, úrazem, pooperačním stavem, či akutním nebo jiným onemocněním. Imobilita s sebou nese řadu vážných komplikací, které mohou nastat. Mezi tyto komplikace se řadí právě dekubity (WORKMAN, BENNET, 2006).

Dekubity jsou rány, vznikající na základě dlouhodobého působení tlaku na tkáň. Proleženiny jsou i přes veškerý pokrok v medicíně stále velkým problémem všech zdravotnických zařízení. Výskyt dekubitů se řadí mezi deset významných kritérií, podle kterých se v nemocnicích hodnotí kvalita ošetrovatelské péče. V prevenci vzniku dekubitů hraje velkou roli polohování, hygiena a úprava lůžka.

Od roku 2009 do října 2013 probíhalo v České republice prevalenční šetření. Vychází z něj, že výskyt dekubitů se ve zdravotnických zařízeních pohybuje od 5,46 % (692 z 13538) do 3,49 % (925 z 28 094). Tyto data jsou z deseti zapojených nemocnic. Dle jednotlivých stupňů se nejčastěji vyskytují dekubity 2. stupně (36 %), dále dekubity 1. stupně (27 %), dekubity 3. stupně (24 %) a dekubity 4. stupně se vykytují nejméně a to ve 14 %. Nejčastěji se vykytují dekubity u pacientů na jednotkách intenzivní péče (více než 70 %), dále na odděleních následné péče (50 %), na interních odděleních (25 %) a na chirurgických odděleních (kolem 20 %). Počet pacientů v riziku k získání dekubitu se pohybuje od 36,6 % do 39,2 %. Dekubity se nejčastěji vyskytují na patách (32,7 %), na kosti křížové (27,2 %) a na hýždích (15,3 %). Do nemocnice je přijato od 25,6 % do 34,5 % pacientů s již vzniklým dekubitem (MZCR, 2013).

Cílem bakalářské práce je poskytnout základní informace o prevenci vzniku dekubitů a popsat specifika ošetrovatelské péče. Jako hlavní cíl si práce klade za úkol navrhnout a realizovat edukační proces u laické veřejnosti, která by se chtěla přiučit a pomoci svým blízkým předcházet vzniku dekubitů.

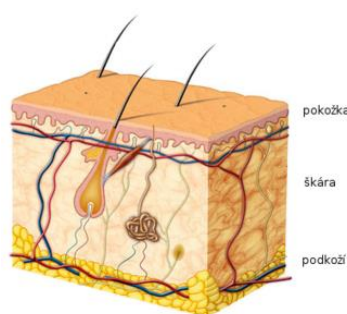
Teoretická část se věnuje charakteristice dekubitů, jeho příznakům a léčbě. Dále se v této části práce zabýváme dělením dekubitů a hlavně řešíme samotnou prevenci vzniku tak závažné komplikace, jakou dekubit je.

Praktická část je zaměřena na samotný edukační proces, kdy edukujeme rodinné příslušníky, kteří mají zájem podílet se na péči o své příbuzné. V edukačním procesu je použito všech jeho pět fází. Na závěr jsou navržena doporučení pro praxi jak pro rodinné příslušníky, pacienty, tak pro všeobecné sestry.

1 DEKUBITUS

Lidské tělo je pokryto kůží, která tvoří vnější ochranu těla. Jedná se o jeden z největších lidských orgánů a skládá se ze tří vrstev: pokožka, škára a podkožní vazivo (DYLEVSKÝ, 2009).

Obrázek 1 Anatomie lidské kůže



Zdroj: <http://www.hojeni-ran.cz/anatomie-lidske-kuze>

„Dekubitus neboli proleženinu lze obecně definovat jako defekt vzniklý na kůži na predilekčních místech vystavených působení tlaku podložky. Je způsobený nektrózou kůže (nebo sliznice) a podkožních vrstev – vaziva, tuku, svalů, fascií, šlach a v těžkých případech i kostí. Dekubitus se rozvíjí postupně od začervenání kůže, přes puchýře, trhliny v kůži až po krvavé rány, které se snadno infikují, hnisají a podléhají nektróze. Dekubity mohou mít pro nemocné vážné následky“ (VYTEJČKOVÁ et al., 2015, str. 237).

Výskyt dekubitů u hospitalizovaných pacientů můžeme zařadit mezi nejčastější nežádoucí události. K neúčinnějším způsobům jejich řešení v ošetrovatelské péči bezesporu patří „jejich včasná identifikace a prevence“ (MIKULA, et al., 2008).

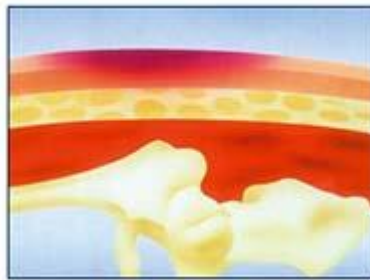
1.1 KLASIFIKACE DEKUBITŮ

Klasifikace dekubitu dle Torrance

Tlakové léze vždy postupují z hloubky na povrch, nikdy obráceně. I nepatrné známky na povrchu kůže mohou tedy znamenat již rozsáhlé poškození pod jejím povrchem (MIKULA, et al., 2008).

- **I. stupeň: *blednoucí hyperémie*** – můžeme vidět mírný otok či zarudnutí. Po mírném stlačení na postižené místo erytém zbledne. Není zde porucha mikrocirkulace.

Obrázek 2 I. stupeň dekubitu



Zdroj: <http://compex.zdravi-cz.eu/dekubity-prolezeniny.php>

- **II. stupeň: *neblednoucí hyperémie*** – kůže bývá zarudlá, mírně vystouplá. Můžeme vidět známky povrchového poškození kůže (puchýř, oděrka). Po stlačení postiženého místa erytém nezbledne. Je zde porucha mikrocirkulace.

Obrázek 3 II. stupeň dekubitu



Zdroj: <http://compex.zdravi-cz.eu/dekubity-prolezeniny.php>

- **III. stupeň: zvrhodatění kůže** – poškození kůže se šíří do podkoží až k hranici subkutánní fascie.

Obrázek 4 III. stupeň dekubitu



Zdroj: <http://compex.zdravi-cz.eu/dekubity-prolezeniny.php>

- **IV. stupeň: zvrhodatění subkutánní fascie** – nejsou zasaženy hluboké fascie. Má tendenci šířit se hlouběji. Mohou být zasaženy svalové struktury, které budou v místě defektu oteklé a rudé.

Obrázek 5 IV. stupeň dekubitu



Zdroj: <http://compex.zdravi-cz.eu/dekubity-prolezeniny.php>

- **V. stupeň: svalová nekróza** – rozpad tkáně se šíří do hloubky. Nekróza může zasáhnout svalstvo i kosti (VORLÍČEK, et al., 2006).

Danielova klasifikace dekubitu

- **I.** – zčervenání kůže,
- **II.** – povrchní kožní vředy,
- **III.** – odúmrť podkožního tuku,
- **IV.** – postižení všech hlubších struktur mimo kostí,
- **V.** – rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou (VORLÍČEK, et al., 2012).

Klasifikace dekubitu dle EPUAP guidelines

- **I. stadium** – zčervenání kůže, které přetrvává po stačení i po dobu 5 minut, integrita kůže není porušena,
- **II. stadium** – zde může být částečně poškozena kůže, např. vzniklým puchýřem nebo odřeninou,
- **III. stadium** – zde je poškozena kůže, včetně svalů se známkami nekrózy,
- **IV. stadium** – úplná ztráta kůže s poškozením cév, nervů, svalů, kloubů a kostí (STRYJA, 2011).

Klasifikace dekubitu dle Sterlinga

Zde jsou dekubity rozděleny do 4 stupňů, které popisují neblednoucí erytém, tvorbu puchýřů, ztrátu kůže jako celku a poškození všech vrstev kůže s postupující nekrózou (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

Klasifikace dekubitu dle Hibbsové

Tato klasifikace se velmi podobá klasifikaci EPUAP. Hibbsová dělí poškození kůže do 4 stupňů. Popisuje zarudnutí kůže, poškození kůže vznikem puchýře, ztrátu kůže i podkoží a dále rozsáhlé poškození kůže, fascie a svalů s nekrózou tkáně (MAĐAR et al., 2006).

Klasifikace dekubitu WHC

Tato klasifikace vychází z barvy rány. Tuto klasifikaci roku 2002 zveřejnili pánové Gray, White a Cooper. Tvrdí, že při správném hojení rány se mění barva rány od černé k růžové.

- **Černá rána** je popisována jako rána nekrotická,
- **Černožlutá rána** je popisována jako černá rána, obsahující žlutou vlhkou nekrózu,
- **Žlutá rána** je opět znakem nekrózy, nebo přítomnosti hnisu,
- **Žlutočervená rána** je klasifikována jako žlutá. Červená složka by měly být koagula po krvácení, nebo zdravá granulační tkáň,
- **Červená rána** obsahuje zdravou červenou granulační tkáň,
- **Červenorůžová rána** se skládá ze zdravé granulační tkáně, která je čerstvě pokryta epitelem,
- **Růžová tkáň** je výsledkem správné léčby rány (KRŠKA et al., 2011).

Seilerovo posuzování vzhledu proleženin

- **A** – rána je čistá, granuluje a nemá známky nekrózy,
- **B** – rána je špinavá a povleklá, jeví známky nekrózy, okolí není infikováno,
- **C** – rána je jako v předchozím stádiu, ale s projevy infekce, či celkové sepse (TRACHTOVÁ, et al., 2006).

1.2 LOKALIZACE DEKUBITU

Predilekční místa jsou místa, kde jsou kosti blízko kůže, nachází se zde malé množství podkožního tuku a svalstva. Predilekční místa lze rozdělit dle polohy uložení těla (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

- **Poloha na zádech** – při této poloze vznikají proleženiny v místě patní kosti, kosti křížové, sacra, hřebenů lopatek, loketních kloubů, trnu 7. krčního obratle a kosti týlní,

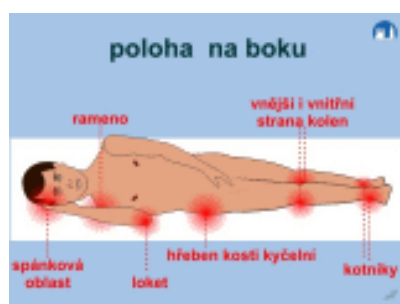
Obrázek 6 Predilekční místa v poloze na zádech



Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx?id=40>

- **Poloha na boku** – tato poloha je riziková pro kost spánkovou, ramenní kloub, loket, hřeben kosti kyčelní, velký chocholík, zevní stranu kolenního kloubu, oblast mezi koleny a kotník,

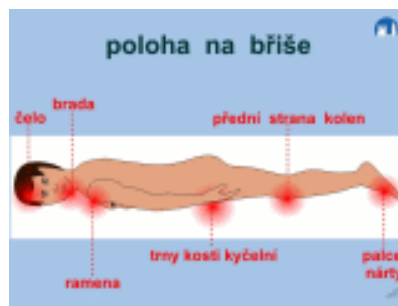
Obrázek 7 Predilekční místa v poloze na boku



Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx?id=40>

- **Poloha na břiše** – v této poloze se mezi predilekční místa řadí čelo, brada, ramena, trny kosti kyčelní, kolena, nártý a palce,

Obrázek 8 Predilekční místa v poloze na břiše



Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovateleske-diagnozy.aspx?id=40>

- **Poloha v sedě** – zde se mezi predilekční místa řadí paty, hýždě, kostrč, ramena a zátylek (MLÝNKOVÁ, 2010).

Obrázek 9 Predilekční místa v poloze v sedě



Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovateleske-diagnozy.aspx?id=40>

1.3 PŘÍČINY A RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK DEKUBITU

Příčiny a rizikové faktory, které vedou ke vzniku dekubitu, si můžeme rozdělit do dvou skupin. Příčiny vnější a příčiny vnitřní.

1.3.1 PŘÍČINY VNĚJŠÍ

Mezi hlavní příčiny vzniku dekubitu zcela jistě patří **tlak** mezi podložkou a pacientem. Je-li tlak vyšší než 32 mm Hg, může dojít k uzávěru drobných cév a také k následnému ischemickému poškození tkáně. Není ovšem tak rozhodující síla tlaku, jako doba jeho působení. Proleženiny, které vznikají tímto způsobem, se často vyskytují v místech kostních vyvýšenin. U imobilního pacienta se dekubitus může rozvinout velmi rychle.

Další příčinou může být **tření kůže po jiném povrchu**. K tomuto může dojít při nesprávné manipulaci s pacientem, kdy se ho personál snaží nadzvednout, chytí ho pod pažemi a táhne. Takto může dojít k mikrotraumatizaci tkání. Toto poškození se vyskytuje spíše u pacientů inkontinentních, nebo u nemocných se zvýšenou tělesnou teplotou, nejčastěji v oblasti zadní části těla.

Nůžkový efekt, při němž se kůže a svalovina pohybují proti sobě, je jednou z dalších příčin. Může způsobit natažení a zúžení cév, a postižená část se může přestat dokrvovat. Jako příklad můžeme uvést pacienta vysazeného na židli, kdy povrch kůže zůstává na místě, ovšem pacient sjíždí dolů. Toto postižení hlubších tkání může být objeveno i až za 2 týdny po poškození, jelikož kůže nad dekubitem je často neporušena.

Můžeme zde také zařadit chemické vlivy, jako například **vlhkost**. Ta snižuje odolnost kůže a zároveň způsobuje zvýšené tření mezi plochami. S vlhkostí se často setkáváme u lidí trpících **inkontinencí**, zvýšenou potivostí nebo u špatně savých oděvů. U inkontinentních klientů je výskyt proleženin 5x častější.

Mezi další časté příčiny patří **nedostatečná ošetrovatelská péče**, například se vyskytuje lidí s poruchou vědomí, kteří nejsou schopni zaregistrovat zvýšené riziko vzniku dekubitu.

Ohrožení vznikem dekubitu jsou i pacienti, kteří kouří. **Kouření** má totiž za následek zužování cév a tudíž špatné prokrvení různých částí těla. Je prokázáno, že u kuřáků se léze rozvíjejí jednodušeji a pomaleji se hojí (MAĎAR, et al., 2006).

1.3.2 PŘÍČINY VNITŘNÍ

Mezi vnější příčiny se řadí např. **pohlaví**. Je známo, že ženy jsou mnohem náchylnější ke vzniku proleženiny. Jako další bychom rádi uvedli **hybnost neboli imobilitu** pacienta. Zdravý člověk běžně mění polohu, pokud pociťuje nepohodlí. Člověk imobilní není schopen měnit polohu a tak za působení faktorů, které jsme uvedli v předchozí podkapitole, vznikne dekubitus.

Další příčinou mohou být **poruchy nutriční**. Podváha (kachexie) i nadváha má své nepříznivé vlivy. U kachektického pacienta se setkáváme s minimálním množstvím svalové a tukové hmoty, tedy je mnohem náchylnější ke vzniku proleženiny. Pacient trpící obezitou má sice dostatek svalové i tukové hmoty, má ovšem většinou problém s hybností (imobilizace), o které jsme se zmínili v odstavci výše.

Dostatečný přísun tekutin je důležitý pro zajištění správné elasticity a také prokrvení kůže, které jsou základem prevence proti jejímu poškození. Dehydratace patří mezi významné rizikové faktory pro vznik dekubitů.

Velice rizikové jsou situace, kdy dochází ke **stlačení až uzávěru cév**, což vede ke špatnému prokrvení postiženého místa.

Mezi **další příčiny** můžeme zařadit, vyšší věk, vysoké teploty, špatně upravené lůžko, některá z interních onemocnění (anémie, diabetes mellitus), neurologické choroby (demence a Parkinsonova nemoc), některé druhy léčiv (kortikoidy, cytostatika, imunosupresiva) a edémy (POKORNÁ, et al., 2012).

1.3.3 RIZIKOVÉ FAKTORY ZPŮSOBENÉ ZMĚNĚNÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM

Mezi tyto faktory můžeme zařadit **změny stavu vědomí**. Například člověk, který je v bezvědomí, není schopen dbát o své základní potřeby a je odkázán na péči druhých osob. U lidí s poruchou vědomí je riziko vzniku dekubitů vysoké.

Dále se řadí mezi vysoce rizikové lidé, kteří trpí **poruchou citlivosti**. Tito lidé necítí bolest ani tlak na postiženém místě a často se nejsou schopni v lůžku ani otáčet. S tímto se můžeme setkat u lidí, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu (hemiplegie, hemiparéza, paraplegie, kvadruplegie).

V neposlední řadě se zde mohou zařadit lidé, kteří utrpěli frakturu a postiženou končetinu mají například v sádrové fixaci. **Ortézy a sádrové fixace** mohou být mnohdy těsné a díky tomu se pod nimi mohou vytvářet otlaky a dále dekubity (POKORNÁ, et al., 2012).

2 LÉČBA DEKUBITU

Samotná léčba proleženin je velice náročná. Musí se eliminovat tlak, odstranit odumřelá tkáň, bránit rozvoji infekce, snižovat bolest a zároveň podporovat správnou granulaci a epitelizaci rány. Hojení ran probíhá ve třech fázích. Znalost těchto fází je důležitá k výběru správné lokální terapie (KLINKOVÁ, 2008).

2.1 POSOUZENÍ RÁNY

Ránu posuzujeme pohledem, pohmatem a čichem. Všímáme si vzhledu a také velikosti rány. Pozorujeme přítomnost výpotku, zčervenání, otok či zápach z rány.

➤ FÁZE EXSUDATIVNÍ

Tuto fázi můžeme ještě jinak nazvat fází čistící nebo zánětlivou. Tato fáze se vyznačuje rozvojem zánětu. Zánět vzniká jako obranná reakce organismu na přítomnost nežádoucích složek v ráně. Můžeme pozorovat otok rány, zarudnutí, bolestivost a také zvýšenou teplotu. Rána může mít známky nekrózy, infekce či může být pokryta fibrinovým povlakem. Tyto příčiny nejvíce zabraňují procesu uzavírání rány, proto se je snažíme odstranit. U převazu rány nejčastěji používáme sterilní krytí, které má čistící účinek pro odstranění nekrotické tkáně, fibrinového povlaku a infekce a tím podpoříme samotný proces hojení a přechod do další fáze.

➤ FÁZE GRANULAČNÍ

Tato fáze nastává v moment, kdy se v ráně začínají tvořit nové krevní cévy. Při tomto procesu, ránu vyplňuje granulační tkáň a vzniká síť kolagenních vláken, která zároveň slouží jako podklad pro vznik nové pokožky. Můžeme tedy bezpečně říct, že

samotná granulace rány, je prvním signálem správného hojení rány. Tento proces je třeba podpořit používáním sterilních, léčebných přípravků. Nesmírně důležité je pozorovat možný vznik hypergranulace, infekce a traumatizace rány. Je důležité udržet ránu v optimální vlhkosti pro lepší efekt hojení.

➤ FÁZE EPITELIZAČNÍ

Je vrcholnou fází v procesu hojení rány. Můžeme pozorovat nově vzniklou kůži, která se většinou objevuje v okrajích rány, nebo jako „ostrůvky“ uvnitř rány. Vznikají nové buňky, které se stěhují po vlhké spodině rány. I v této fázi věnujeme zvýšenou pozornost možnému vyschnutí rány či vzniku hypergranulace. V této fázi používáme vlhké sterilní krytí, které nám udrží ránu v dostatečné vlhkosti. Rána není tedy vystavena riziku traumatizace a zároveň se nachází v prostředí, které je vhodné pro efektivní hojení (HARTMANN-RICO, 2013), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013), (MAZÁNEK, 2007).

2.2 KONZERVATIVNÍ LÉČBA DEKUBITŮ

Tato léčba bývá uplatňována u pacientů před chirurgickou operací či u pacientů, kteří nejsou k operaci indikováni. Spočívá v provádění preventivních opatření (polohování, výživa, správná hygiena aj.). Dále se odstraňuje nekrotická tkáň, povlak a cizí materiál ze spodiny dekubitu. Je vhodná i antiseptická léčba infekce (cílené podávání antibiotik) a prevence reinfekce. Všeobecná sestra zajišťuje dostačující vlhkost v ráně správným převazem a tím tedy podpoří správnou granulaci rány. Pravidelně sleduje a zapisuje průběžné hodnocení rány. V neposlední řadě se řeší účinná a dostačující analgetizace, psychoterapie a řeší se sociální situace pacienta (SCHRODER, 2012), (STRYJA et al., 2011).

2.3 OBVAZOVÝ MATERIÁL

Mezi moderní léčbu dekubitu zcela určitě patří udržení vlhkého prostředí v ráně. I přes vyšší náklady za tento léčebný materiál v konečném propočtu vyjde vlhké hojení rány mnohem levněji. Jeho předností je určitě méně časté převazování defektu a také zkrácení samotné doby hojení.

Vhodné léčivé přípravky by se měly používat jak na ránu samotnou, tak i na její okolí. Často se používají léčebné přípravky ve formě mastí nebo krytí, které je již napuštěné vhodnou léčebnou látkou. Indikace k použití určitého léčebného přípravku závisí na posouzení rány a složení přípravku. Přípravky s bakteriocidním účinkem mají většinou omezenou dobu použitelnosti, díky riziku vzniku rezistence. Mezi ně můžeme řadit např. Urgotul S.S.D. (polyesterová síťka), Bactroban mast, Framykoin mast, Bactrafen (krém, roztok) a mnoho dalších (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

➤ Gázová krytí

Patří mezi tradiční krytí rány. Používá se ve sterilním i nesterilním provedení. Je vhodné ke krytí rány čisté, exsudující rány či rány s nektrózou. Často je také využíváno jako napuštěný obklad antiseptickými látkami. Gázové krytí se obvykle fixuje sterilním krytím a náplastí.

➤ Impregnované gázové krytí

Toto krytí je obohaceno o další účinné látky. Tato gáza může být naimpregnovaná jodem, vazelínou nebo může obsahovat NaCl. Bývá využíváno ve sterilní i nesterilní formě. Tento materiál je levnější a je využíván u pacientů kde je nutné převazovat ránu častěji. Produkty: Mesalt, gáza s Betadinem.

➤ Hydroaktivní krytí

Toto krytí je využíváno na granulující, povleklé a nekrotické rány. Je to vlhké krytí obsahující super absorpční jádro. Vyrábí se ve formě aktivovaných sterilních polštářků, které jsou aktivovány ringerovým roztokem. Hydroaktivní krytí vstřebává exsudát a čistí ránu. Udržuje vlhké prostředí v ráně a podporuje granulaci. Toto krytí se nedoporučuje využívat u masivně infikovaných ran s vysokou sekrecí. Rána by se měla převazovat minimálně jednou za 24 hodin. Mezi zástupce patří TenderWet.

➤ **Hydrogely**

Mají vysoký obsah polymerů a vody a jejich hlavní předností je výborná absorpční schopnost. Nejčastěji jsou používány v plošné či amorfní formě – Hydrosorb. Často bývají obohaceny antiseptiky – Prontosan gel. Je možné použít je ve všech fázích hojení. Největší účinnost mají však v první fázi – Fázi exsudativní. Hydrogely podporují správnou granulaci a epitelizaci rány. Rána by se měla převazovat ve frekvenci 3-7 dnů. Mezi zástupce můžeme zařadit - Nu-gel a DebriEcaSan aquagel.

➤ **Krytí s aktivním uhlím**

Tento způsob ošetření rány je obohacený o aktivní uhlí, které dokáže pohltit zápach a zároveň působí antisepticky. Často bývá obohaceno o stříbro, které má za účinek zvýšený antimikrobiální efekt (Actisorb plus). Toto krytí je vhodné pro první fázi hojení ran. Zde je frekvence převazu různá. Záleží na zápachu a prosaku. Je nutné ránu udržovat ve vlhkém prostředí.

➤ **Algináty**

Je to léčivé krytí, které je vyrobeno z mořských řas. Má silnou absorpční a také bakteriostatickou schopnost. Používá se ve formě plošného krytí nebo longet. Toto krytí je nevhodné pro rány bez sekrece kvůli riziku přischnutí. Frekvence převazů je 2-3 dny. Krytí by nemělo přesahovat okraje rány, je možné jej před samotnou aplikací zvlhčit. Často v nich bývá přidáno aktivní uhlí (Sorbsan plus carbon) nebo stříbro (Silvercel).

➤ **Hydrokoloidy**

Je to polopropustný, polyuretanový film, který obsahuje vrstvu koloidu a má schopnost vstřebávání. Je dostupný také ve formě gelů, past a zásypů. Je dostupný v různých tloušťkách, velikostech a tvarech. Nejčastěji se používá ve 2 a 3 fázi hojení. Často se používá jako preventivní opatření na predilekčních místech pacienta. Není vhodné používat je u infikované rány. Převazy se provádějí ve frekvenci 3 až 5 dnů. Mezi nejznámější zástupce bychom zařadili Granuflex, Hydrocoll a Flamigel.

➤ **Hydrofiber**

Krytí, které může být obohaceno o stříbro (Aquacel Ag). Je vhodný pro rány, které vylučují exsudát. Nejčastěji se využívá v první a druhé fázi hojení. Při styku s výpotkem se toto krytí mění v gel, proto je tento způsob léčby nevhodný pro rány bez sekrece. Rána se převazuje dle sekrece v intervalech 1 až 7 dní.

➤ **Pěnová polyuretanová krytí a hydropolymery**

Je to nepřilnavé, polopropustné krytí s vysokou vstřebatelností. Hlavní přednost tohoto krytí je vysoká hydratace rány. Jsou dostupné ve formě krytí a longet. Mají možnost thin, tedy že jsou bez pěnového jádra. Toto léčebné krytí je použitelné ve všech třech fázích hojení. Převazy rány se doporučují co 5 dnů. Mohou být obohaceny o různé přidané látky. Např. stříbro (Biatain Ag), silikon (Allevyn Gentle Border) či hydrogel (Hydrotac).

➤ **Transparentní filmová krytí**

Jedná se propustný, elastický a velmi přizpůsobivý polyuretanový film. Vyrábí se ve formě krytí, sprejů a napuštěných tamponů. Jeho použití je vhodné ve fázi epitelizační, na rány bez sekrece či jako prevence. Řadí se k vlhkému hojení rány. Frekvence převazu se doporučuje cca co 3-7 dnů, dle lokalizace a použití. Mezi zástupce řadíme plošné krytí Tegaderm, sprej Cavilon a Bioclusive.

➤ **Neadherentní kontaktní mřížky**

Jsou to sítě různých velikostí, které jsou obohaceny další látkou, tak aby nepřilnuly k ráně (vazelína, silikon, parafín). Mohou být obohaceny také o antiseptickou látku (Inadine). Vhodné použití je u ran granulujících a epitelizujících. Rána by se měla převazovat v intervalu 1-7 dnů. Mezi zástupce můžeme zařadit Mepitel a Jelonet (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013), (PEJZNOCHOVÁ, 2010), (STRYJA et al., 2011).

2.4 OPLACHY RÁNY

Nejčastěji se využívají u nekrotických ran. Výplach napomáhá čištění rány, tedy odplavení sekretu, povlaků a nekrotické tkáně z rány. Výplach rány podporuje její granulaci a následnou epitelizaci. Roztoky k výplachu rány nesmí alergizovat a také by neměly vyvolávat bakteriální rezistenci. Důležitá je také teplota roztoku, která by se měla pohybovat okolo 37 stupňů celsia. Nejužívanější je Ringerův roztok nebo pitná voda.

Není vhodné používat roztoky Povidone jódu, fyziologický roztok a hypermangan. Absolutně zakázané jsou roztoky obsahující chlór, peroxid vodíku, rivanol nebo genciánovou violet (STRYJA et al., 2011).

2.5 DÉBRIDEMENT

Débridement je často považován za nejdůležitější a nejzásadnější v léčbě ran. Jde o vyčištění rány, s odstraněním nekrotických částí. Pacienti se na něj často dívají s obavami, i když je už po staletí prokázán jeho velký význam v léčbě proleženin. Můžeme jej rozdělit do dvou fází, přičemž v první fázi se snažíme odstranit odumřelou tkáň. Nejčastěji se k tomu využívá débridement chirurgický či larvoterapie. Druhá fáze se často nazývá udržovací, jelikož se snažíme udržet ránu čistou, bez odumřelých tkání. Samotný débridement můžeme provést nárazově jedním výkonem, nebo si ho rozdělit na více částí. Vše závisí na celkovém stavu pacienta a místním nálezu. Débridement se pyšní i dalšími klady jako například, že se zmenší zánětlivé reakce v okolí rány, zmírní se zápach a sekrece z rány.

➤ **Mechanický débridement**

Je využíván již delší dobu na rány s rozsáhlou nekrózou. Většinou se používá v kombinaci s krytím, podporujícím autolytický débridement. Mezi výhody tohoto výkonu se řadí rychlost a nízká cena, mezi nevýhody vysoká bolestivost pro pacienta a také možné poškození okolních hojících tkání.

➤ **Autolytický débridement**

Zde se uplatňuje vlhká terapie, kdy dochází k postupnému změknutí a rozpuštění nekrózy. Je to nejčastěji využívaná metoda. Tento způsob ošetření je velmi efektivní, bezbolestný a snadný na použití. Mezi nevýhody se řadí časová náročnost. Z materiálů jsou nejčastěji využívány hydrogely, algináty a hydrofiber.

➤ **Chemický débridement**

Zde se nekróza odstraňuje za pomoci chemických sloučenin. Jsou to například kyselina benzoová, kyselina salicylová či chlornany. Tyto látky rozkládají odumřelou tkáň, ale také bohužel tkáň zdravou a proto jsou málo využívány.

➤ **Enzymatický débridement**

Finančně velmi náročné ošetření rány, kdy se zevně dodávají enzymy, které rozkládají proteiny nekrotických tkání. Tato metoda není vhodná na infikované rány (STRYJA et al., 2011).

2.6 CHIRURGICKÁ LÉČBA DEKUBITU

Pro tuto léčbu jsou většinou indikovány dekubity III. a IV. stupně. Chirurgická léčba vzniklých dekubitů je doménou plastických chirurgů. Lékař musí zvážit celkový stav pacienta a prognózu.

Operatér jako první snese odumřelou tkáň bránící hojení (nekrektomie). Po vyčištění defektu se rána musí uzavřít. Musí se tedy odstranit proleženinová kapsa, dle potřeby se snesou i kostní hrboly a krytí defektu. Jen výjimečně lze operaci dekubitu řešit přímým sešitím rány. Ve většině případů se rána musí krýt velkými, dobře prokrvenými laloky. Často se používají laloky kutánní či muskulokutánní. Laloky se používají tak, aby je v případě recidivy bylo možné znovu použít. Proto se i na malý dekubitus používá velká část laloku. Taktéž se snažíme při sešití rány, aby jizva nebyla na mechanicky zatěžovaném místě (MĚŠŤÁK et al., 2015).

2.7 DALŠÍ LÉČEBNÉ POSTUPY

➤ Larvoterapie

Jedná se o formu débridementu, kdy jsou využívány larvy bzučivky zelené. Tyto larvy jsou naprosto sterilní a je prokázáno, že nehrozí žádný přenos infekce do rány. Larvy pojídají nekrotickou tkáň, aniž by poškodily tkáň zdravou. Jsou schopné se až šestinásobně zvětšit během 3 až 4 dnů. Larvy se indikují v případech, kdy rána není v kontaktu s tělními dutinami či orgány. Jsou využívány k léčbě bércových vředů, syndromu diabetické nohy a dekubitů postižených nekrózou. Jedna dávka larev se skládá asi z 300 jedinců, přičemž jejich počet při samotné aplikaci závisí na množství odumřelé tkáně a ploše rány. Často se to počítá zhruba 10 larev na 1 centimetr čtvereční. Larvy musí být překryty sítkou, aby neměly možnost z rány uniknout. Dále se na sítku aplikuje vlhké krytí, které by se mělo minimálně jednou za 24 hodin zvlhčovat. Larvy mohou být v ráně maximálně 3 až 4 dny, poté je nutné je vyjmout a dát do rány larvy nové.

➤ Podtlakový uzávěr rány V.A.C.

Jedná se o mechanickou léčebnou metodu, která využívá subatmosférický tlak. Jedná se tedy o neinvazivní metodu, která aktivně uzavírá ránu. Tato metoda se využívá v případech, kdy selžou tradiční způsoby hojení ran. Tlak odvádí z rány sekreci. Při použití V.A.C. podtlakového uzávěru lze použít i polyvinylalkoholová či polyuretanová pěna, která zajišťuje stabilní podtlak v ráně. Tato pěna se aplikuje po okrajích rány spolu s adhezivní folií. Nejčastěji se používá podtlak rány v hodnotě 125 mmHg. Tento způsob ošetření rány podporuje a urychluje hojení rány (STRYJA et al., 2011).

2.8 KOMPLIKACE DEKUBITŮ

Pokud nastane situace, kdy i přes veškerou snahu jak už ošetřujícího personálu, tak i rodinných příslušníků vznikne proleženina, můžeme se setkat s možnými komplikacemi, jako je například:

➤ **Sepse**

Sepse vzniká, pokud se z místní infekce šíří bakterie do krevního oběhu a tak se šíří i do celého organismu. Jedná se o rychlý, život ohrožující stav, který může skončit multiorgánovým selháním.

➤ **Celulitida**

Jedná se o infekci kůže, která je v blízkosti uložených měkkých tkání. Mezi příznaky celulitidy můžeme zařadit vysokou bolest, zarudnutí a otok. Celulitida může potencionálně ohrozit nemocného na životě.

➤ **Infekce kostí a kloubů**

Pokud se infekce z místa dekubitu začne rozšiřovat, může dojít i k poškození kostí a kloubů. U postižení kloubů může dojít k poškození chrupavek a tkání. Infekční postižení kostí může mít za následek zhoršení funkce kloubu nebo se může omezit pohyb končetinami.

➤ **Rakovina**

Při dlouhodobém dráždění v oblasti proleženiny může vzniknout dlaždicobuněčný karcinom. Tento typ karcinomu vyžaduje rozsáhlý chirurgický zákrok, jelikož je vysoce agresivní (VILÍMOVSKÝ, 2015).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Nejčastějším ošetřovatelským problémem u imobilního pacienta jsou dekubity. U tohoto ošetřovatelského problému je klíčová prevence.

Prevence vzniku proleženiny má velký význam. Je obecně známo, že je lepší vzniku dekubitu předcházet, než jej následně léčit. Prevence hraje klíčovou roli v ošetřování pacienta. Komplexní péče, by měla být zohledněna dle individuálních potřeb pacienta tak, aby byla schopna předcházet těmto komplikacím.

Je třeba si uvědomit, že dekubity rozhodně patří mezi kritické ukazatele „kvality ošetřovatelské péče“ a to jak v odborné, tak i v laické péči.

Bezprostředně mohou ovlivňovat:

- kvalitu života nemocného,
- negativně se podílet na procesu uzdravování.

Cílem prostudování výše uvedené tematiky je, aby zdravotnický personál i potencionální ošetřovatelé – z řad laiků uměli:

- hlavní příčiny vzniku dekubitů,
- posoudit a klasifikovat riziko dekubitů,
- popsat již vzniklé,
- vybrat správné intervence, které mohou zabránit vzniku dekubitů (KALVACH, et al., 2008).

3.1 HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ

Dekubity patří k nejčastějším komplikacím u imobilních pacientů. Přinášejí pacientovi velké utrpení a současně zvyšují náklady zdravotnického zařízení na jeho léčbu. Největší zodpovědnost u hodnocení „rizika vzniku dekubitů“ má všeobecná sestra, která musí správně vypracovat individuální preventivní postupy. Své znalosti a praktické zkušenosti může v rámci edukace předávat dalším členům rodiny, kteří pečují o nemocného v domácím prostředí.

Při hodnocení stavu pacienta lze použít „již vypracované tabulky k hodnocení rizika vzniku dekubitů“. Tyto tabulky nám napomáhají zařadit pacienta do určité rizikové kategorie. Pacient se hodnotí v několika kategoriích, za každou kategorii má body a po sečtení všech bodů nám vyjde výše jeho rizika.

Jednu z nejjednodušších a nejpoužívanějších tabulek vypracovala v roce 1962 paní **Nortonová**. Ta zahrnuje hodnocení v kategoriích: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, fyzický stav, psychický stav, přidružená onemocnění, aktivitu, pohyblivost a inkontinenci. V celkovém hodnocení je pacient s 16 body a méně ohrožený vznikem dekubitu. Čím méně bodů, tím větší riziko.

V roce 1984 rozšířil **Shannon** hodnotící škály o oblasti typu: hodnocení výživy, cirkulace, teploty a medikace.

O tři roky později v roce 1987 vytvořil **Bergstrom** šestistupňovou tabulku, ve které se hodnotí sensorické vnímání, aktivita, mobilita, vlhkost, tření a výživa. Každá (mimo tření 1-3) se hodnotí od 1 do 4 bodů, přičemž 1 je nejhorší a 4 nejlepší.

Další, kteří vytvořili hodnotící tabulky, byli například **Waterlow** (1985) nebo **Braden** 1992.

Vzhledem k vysokému výskytu proleženin se odborníci neustále touto problematikou zabývají a dá se tedy předpokládat, že budou vytvořeny ještě řady dalších hodnotících škál.

Všeobecná sestra hodnotí riziko vzniku dekubitu každý týden u jednotlivých pacientů nebo při změně stavu pacienta (MIKŠOVÁ, et al., 2006).

3.2 ODSTRANĚNÍ ZEVNÍCH A VNITŘNÍCH FAKTORŮ

Hlavní faktor, kterého bychom si měli všimnout je lůžko pacienta. Lůžko, na němž leží, by mělo být vždy suché a upravené tak, aby se na něm nevyskytovaly žádné nerovnosti (tzv. vypnuté lůžko). Při polohování pacienta do sedu, by měl být brán zřetel na podložení dolních končetin tak, aby na ně byl vyvíjen tlak rovnoměrně. Při samotném polohování musíme zacházet s pacientem šetrně, přiměřeně s ním komunikovat a přísně dodržovat polohovací hodiny a používání antidekubitních pomůcek.

Komplexně musíme „vzhledem k výše uvedeným faktorům“ dodržovat související standardy daného oddělení.

Existují i faktory, které ovlivnit nelze. Zde bychom zařadili například věk pacienta, systémová onemocnění, které poškozují periferní cirkulaci (diabetes mellitus, anémie), terminální stav pacienta, imobilitu, inkontinenci a útlum nemocného z důvodu anestezie, či léků z řady antidepresiv.

Chronické nemoci jsou často doprovázeny hubnutím, či svalovou atrofií. Pokud začne nemocný ztrácet na svalové hmotě, kůže se stává zranitelnější, protože snáze dochází k útlaku. Aby k tomuto stavu nedocházelo, je nutné nemocnému zajistit dostatečný přísun tekutin, proteinů, kalorií, vitamínů a minerálů (BAJANOVÁ, 2012).

3.3 HYGIENA

V komplexní péči o pacienta je vhodné prvotně se zaměřit na hygienu a také na samotnou péči o pokožku. Hygienická péče patří mezi základní pilíře k prevenci vzniku dekubitu. Pokud se pacientova kůže kontroluje pravidelně a dekubity se zachytí již v časném stádiu, je léčba mnohem snazší a finančně méně náročná. Velice důležité je udržovat kůži dostatečně hydratovanou.

Je vhodné zaměřit se i na inkontinenci moči a stolice. Obě tyto složky vylučované z těla způsobují vyšší přítomnost bakterií na kůži a lze tedy infikovat již

vzniklý dekubit. U pacientů je vhodné často měnit pleny a ošetřovat kůži speciálními krémy, které brání nežádoucí vlhkosti na kůži.

Vhodné jsou časté koupele s následným důkladným vysušením kůže. Po koupeli musíme pacienta šetrně otřít. Vysoušet třením či masírovat se nedoporučuje kvůli vzniku mikrotraumat a oděrek. Samotná masáž proleženiny může napomoci k rozšíření infekce v tkáních, v okolí dekubitu. Po koupeli, je vhodné aplikovat na pokožku zvláčňující emulzi (HLINKOVÁ, et al., 2015).

3.4 POLOHOVÁNÍ

Polohování by mělo být systematické a jeho intervaly by se měly pohybovat mezi 20 minutami až 4 hodinami. U imobilních pacientů je doba mezi polohováním kratší a to 1-2 hodiny. Mobilní pacienti by měli měnit svou polohu alespoň jednou za 15 minut. Pravidelná změna polohy zabraňuje nadměrnému působení tlaku na predilekční místa. Predilekční místa jsou místa nejvíce ohrožené možným vznikem dekubitu. Jsou to místa, kde se mezi kůží a kostí vyskytuje jen malé množství svalové a tukové hmoty.

Je vhodné sestavit si polohovací tabulku a při každém polohování kontrolovat místa ohrožená vznikem dekubitu. Pokud mezi polohováním zjistíme, že se pacientovi začíná tvořit dekubit, je nutno časovou frekvenci mezi polohováním zkrátit.

Rehabilitace je nedílnou součástí prevence vzniku dekubitu. Pohyb na lůžku patří mezi nejdůležitější prevenci vzniku dekubitu. Mobilního pacienta je tedy nutné edukovat o tom, jak často a jakým způsobem má svou polohu měnit. Poloha pacienta se dá měnit za pomoci podkládání různými antidekubitními pomůckami (polštář, molitanový válec). Běžně se nepoužívá poloha na břiše, protože je u pacientů hůře snášena.

Pohodlí pacienta snižuje jeho psychické napětí a tím se zlepšuje obranyschopnost jeho organismu. Je tedy vhodné polohovat jej tak, aby se cítil pohodlně a nic jej nebolelo. Při poloze na boku musíme brát zřetel, aby si pacient neležel na ruce.

Imobilní pacient, by neměl mít hlavu výše, než 30 stupňů nad podložkou, zabráníme tak možnému střížnému efektu a sjíždění po lůžku dolů. V poloze v sedě by měl být pacient maximálně 1 hodinu, měl by být dobře podložen a neměl by sjíždět z křesla či židle dolů.

Při polohování pacienta se nedoporučuje používat neefektivní pomůcky, jako například tzv. kroužky, protože v místech styku brání volnému proudění krve, způsobují otoky a tím zvyšují riziko vzniku proleženiny.

Při samotném polohování by neměl být pacient tahán, ale zvedán aby nedošlo k třecímu či střížnému efektu. Ke snadnější manipulaci nám může napomoci i elektricky ovládaná postel. Tato postel napomáhá nejen personálu, ale i nemocnému, který se polohuje sám.

Pacienty je možné polohovat také díky canisterapeutických psů. Někdy je tohle polohování účinnější než polohování klasické. U pacienta dochází k snížení svalového napětí a cítí se velmi pohodlně.

Důležitá je rehabilitace, která napomáhá nemocnému s pohyblivostí a možným návratem soběstačnosti. Na rehabilitaci nemocného bychom se měli zaměřit co nejdříve. U každého nemocného je rehabilitace individuální, dle jeho aktuálního zdravotního stavu a schopností (BURDA, et al., 2015), (FRIEDLOVÁ, 2007), (MIKULA, et al., 2008), (VYTEJČKOVÁ et al., 2011).

3.5 VÝŽIVA

Rizikovému nemocnému by měl lékař, nutriční terapeut nebo jakýkoliv člen zdravotnického týmu zvolit vhodnou dietu, která napomůže snazšímu hojení proleženiny. Je nutné zvýšit příjem tekutin, kalorií, proteinů, vitamínů a minerálů. Často bývá doporučováno i zvýšit příjem vitamínu C a zinku.

Nutnost dbát o dostatečný pitný režim je víc než důležité, aby pacientova pokožka zůstala dostatečně hydratovaná, tedy zdravá. Pokud nebude pacient dostatečně zavodněný, je u něj velké riziko vzniku zácpy. U špatně hydratovaného pacienta si

můžeme všimnout tmavší moče, suchých rtů, popřípadě úst a můžeme také vidět špatnou elasticitu pokožky (VILÍMOVSKÝ, 2015).

Bohatá výživa je důležitá jak v prevenci, tak i v samotné léčbě dekubitu. Pacient by měl jíst stravu bohatou na všechny živiny. Nejlepší je výživa perorální, pokud ovšem není možné, díky stavu pacienta podávat stravu orálně, dodává se strava parenterální. Vznikem dekubitu jsou ohroženy většinou starší osoby, které často trpí nechutenstvím, či nejsou schopny si samy zajistit dostatečný nutriční příjem. Je tedy vhodné doplňovat jejich stravu o nutriční doplňky, například ve formě sippingu (HEINRICH, 2015).

3.6 ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY

Při polohování nemocného je vhodné používat antidekubitní pomůcky ve formě **válců, kvádrů, korytek a klínů** (viz. příloha č. 1). Tyto pomůcky zajišťují stabilní polohu pacienta, zvyšují pocit jeho pohodlí a tím snižují riziko vzniku dekubitu. Tyto pomůcky musí být potaženy voděvzdorným potahem, který je omyvatelný a zároveň zabraňuje pocení a vlhkosti.

Další a nejlepší pomůckou jsou **antidekubitní matrace**, které lze rozdělit na:

➤ **Pasivní matrace**

Jsou vyrobeny z polyuretanové pěny a jsou vhodné pro pacienty méně rizikové, bez poškození integrity kůže s maximální nosností 120 kg. Tyto matrace se spíše používají k prevenci vzniku proleženiny. Tyto matrace můžeme podle typu rozdělit na pěnové, gelové, vodní a vzduchové.

Pěnové matrace jsou v současné době nejpoužívanější. Nejčastěji se vyrábí z polyuretanové pěny, která má ovšem krátkou životnost. Matrace gelové jsou schopny kopírovat tvar postavy nemocného a nejčastěji jsou využívány na operačních sálech. Vodní matrace jsou podobné jako gelové, akorát v jednotlivých segmentech matrace není gel, ale voda. Matrace vzduchové jsou vyplněny z části vzduchem. Vzduch se rozmísťuje dle polohy nemocného.

Obrázek 10 Antidekubitní matrace pasivní



Zdroj: <http://www.linnet.com/cs/sluzby/pronajem-vyrobku/elektricky-polohovatelna-luzka-s-prislusenstvim/elektricke-luzko-s-pasivni-matraci>

➤ **Aktivní matrace**

Jsou vyráběny ve formě podložek se střídavým působením tlaku s maximální nosností 140 kg. Tyto podložky se využívají u pacientů se středním až vyšším rizikem vzniku dekubitu a u již vzniklých dekubitů prvního a druhého stupně. Tyto podložky lze využít jako prevenci, jsou ale vhodné i k samotné léčbě již vzniklého dekubitu.

Obrázek 11 Antidekubitní matrace aktivní



Zdroj: <http://www.jekshop.cz/antidekubitni-matrace-s-kompresorem-tgr-y-mb-001-do-100-kg>

➤ **Dynamické matrace**

Využívají se u pacientů vysoce, či velmi vysoce rizikových, kteří mají vzniklé dekubity třetího či čtvrtého stupně. Tyto matrace se pyšní funkcí střídání působení tlaku s volbou statického a aktivního režimu s provzdušňováním. Tato matrace má nosnost až 250 kg. Tyto matrace lze využít k prevenci i léčbě dekubitu.

Obrázek 12 Antidekubitní matrace dynamická



Zdroj: <http://www.wed.cz/index.php?id=produkty&i=1&v=2&p=32>

Podle kvality matrace se liší i cena, proto můžeme koupit matraci za 6 tisíc, ale třeba i za 100 tisíc.

Nedílnou součástí antidekubitních pomůcek je jistě i vhodné **polohovací lůžko**, které má vždy vzorně upravený „základ lůžka“. Napomáhá k polohování nemocného a usnadňuje mu běžné denní činnosti jako je například potřeba se najíst a napít. Toto lůžko by mělo být vybaveno o hrazdu a bezpečnostní postranice. Je vhodné doplnit k lůžku i stolec, který lze nastavit do potřebné výšky (MIKŠOVÁ et al., 2006). (POOT, et al., 2008).

Obrázek 13 Polohovací lůžko



Zdroj: <http://www.postelova.cz/Repasovane-elpolohovaci-postele.html>

3.7 CELOSVĚTOVÝ DEN STOP DEKUBITŮM

Je to den organizovaný Evropským poradním sborem pro dekubity (EPUAP), jehož cílem je zlepšit povědomí široké veřejnosti o dekubitech. Tento den většinou připadá na druhou polovinu listopadu, například v roce 2015 se tato celosvětová akce STOP DEKUBITŮM konala 19. listopadu. V tento den se snaží většina nemocnic uspořádat pro širokou veřejnost různé semináře a ukázky o předcházení a léčbě dekubitů. Zúčastněné nemocnice mají vypracované různé edukační programy, které jsou použity pro edukaci rodinných příslušníků a ostatních opatrovníků (EPUAP, 2015).

Rádi bychom vytvořili edukační materiál a s pomocí Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. edukovali širokou veřejnost o tomto celosvětovém problému.

3.8 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V EDUKACI RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

Podíl všeobecné sestry při edukaci je nezastupitelný. Cílem edukace je poučit a prakticky naučit laickou veřejnost o komplexní péči, kterou rizikovní pacienti potřebují. Tyto preventivní opatření jsou především zaměřeny na polohování, odstranění tlaku, správné zacházení s nemocným, využití různých antidekubitních pomůcek a také rehabilitaci. Dále je nutné myslet na každodenní důkladnou hygienu, při níž se pozorně kontrolují predilekční místa. Nutná je i edukace o zajištění čistého, suchého a důkladně vypnutého lůžka. Je důležité zajistit nemocnému příjem dostatečného množství tekutin a potřebnou pestrou stravu.

Nedílnou součástí edukace bude v rámci ošetřování žádoucí:

- pozitivní přístup k nemocnému,
- zvolit správnou komunikaci,
- neopomíjet jeho psychiku (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

4 EDUKACE

„Pojem **edukace** lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince“ (JUŘENÍKOVÁ, 2010, s. 9).

Edukační proces je činnost lidí, kdy dochází k záměrnému nebo nezáměrnému učení. Do tohoto procesu zasahují 4 faktory: edukanti, edukátor, edukační konstrukty a také edukační prostředí. **Edukant** je člověk, který je subjektem učení. V nemocnicích je edukantem nejčastěji pacient, může to být ovšem i zdravotník. **Edukátor** je člověk, který aktivně vytváří edukační aktivitu (např. všeobecná sestra, lékař). **Edukační prostředí** je místo, kde probíhá samotná edukace (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukaci lze rozdělit na edukaci úvodní, prohlubující, kontinuální a na reedukci. Edukační proces lze rozdělit na fáze:

1. Posouzení – získání důležitých informací,
2. Stanovení edukační diagnózy – stanovují se problémy edukanta,
3. Plánování – stanovují se cíle a priority edukace,
4. Realizace – realizuje se samotná edukace, přihlíží se na věk a individuální schopnosti edukanta,
5. Vyhodnocení – zjišťuje se, zda edukátor dosáhl vytyčených cílů (JUŘENÍKOVÁ, 2010), (NEMCOVÁ et al., 2010).

4.1 EDUKACE RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ IMOBILNÍHO PACIENTA

Edukace ve zdravotnických zařízeních by měla přispívat předcházení nemocem, udržení zdraví, nebo k navrácení zdraví nemocného. V primární edukaci se zaměřujeme spíše na zdravého pacienta. Sekundární prevenci aplikujeme u lidí s určitou diagnózou, kdy se snažíme obnovit dřívější vědomosti a dovednosti, a tak se snažíme zabránit možným komplikacím. Terciální edukace se zaměřuje na lidi, kteří mají nevyлéčitelné onemocnění, a snažíme se tedy zkvalitnit zbytek jejich života.

Edukátor by měl k rodinným příslušníkům mluvit pomalu, srozumitelně a měl by k nim být vždy čelem. Edukátor je díky strávenému času s pacientem schopen rodinné příslušníky edukovat v nejproblémovějších aktivitách, který nemocný těžko zvládá (polohování, hygiena, výživa). Edukaci je vhodné rozdělit si na jednotlivé části a učit rodinné příslušníky na vhodném místě a ve vhodnou dobu. Také je nutné sledovat reakce rodinných příslušníků – jejich pozornost, zda všemu rozumí a chápou danou problematiku. Při ukončení edukační jednotky je vhodné, aby si rodinní příslušníci zopakovali získané vědomosti. Je vhodné, aby se edukace zaznamenávala do dokumentace pacienta, aby bylo zřejmé, co vše již jeho rodina zná a umí. Rodinní příslušníci by si měli zaznamenávat své poznámky a dotazy, které je napadnou. Teoretický obsah by měl být vždy ukázán i prakticky (JUŘENÍKOVÁ, 2010), (ŠPIRUDOVÁ, 2006).

5 EDUKAČNÍ PROCES U IMOBILNÍHO PACIENTA

Kazuistika pacienta

Pacientka byla přijata 12. 1. 2016 do nemocnice ve Valašském Meziříčí po prodělané cévní mozkové příhodě. Trpěla pravostrannou hemiparézou a s tím spojenou celkovou imobilitou. Byla přijata na interní oddělení a po týdnu přeložena na oddělení následné péče. U pacientky bylo nutné provádění celkové ošetrovatelské péče a také rehabilitace. Pacientka spolupracuje dle svých možností a schopností.

1) FÁZE POSOUZENÍ

Jméno: M. H.

Pohlaví: žena

Věk: 74 let

Bydliště: Valašské Meziříčí

Rasa: europoidní

Etnikum: slovanské (české)

Vzdělání: vyučena

Zaměstnání: důchodkyně

Anamnéza:

Nynější onemocnění: hypertenze, DM II. typu nezávislý na inzulinu.

Osobní anamnéza: běžná dětská onemocnění, březen 2007 operace varixů na obou dolních končetinách.

Alergická anamnéza: neudává.

Abúzy: nekuřačka, alkohol příležitostně.

Farmakologická anamnéza: Furon 40mg 1-0-0 tbl., Lozap 50mg 1-0-0 tbl., Prestarium neo 5mg 1-0-0 tbl., Aspirin protect 100mg 1-0-0 tbl.

Základní informace

Tělesný stav	Zhoršená mobilita pacientky
Mentální úroveň	Dobrá, orientovaná všemi směry
Komunikace	Ztížená
Zrak, sluch	Zrakový problém – krátkozrakost a dalekozrakost
Řečový projev	Mírně zhoršen
Paměť	Krátkodobá i dlouhodobá paměť je neporušená
Motivace	Má zájem o zlepšení mobility
Pozornost	Přiměřená
Typové vlastnosti	Pacientka se vnímá jako sangvinik
Vnímavost	Dobrá
Pohotovost	Reakce jsou spíše pomalejší
Nálada	Mírně negativní
Sebevědomí	Nízké, nevěří si
Charakter	Hodná, upřímná, trpělivá
Poruchy myšlení	Myšlení není porušeno
Chování	Přívětivá a milá
Učení	Typ: emocionální Styl: auditivní, vizuální, logické, systematické Postoj: má zájem o navrácení mobility Bariéry: žádné

Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb

Model dle Marjory Gordonové

1. Podpora zdraví

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav špatně. Staví se ke svému zdravotnímu stavu mírně negativně, i když se o nové informace zajímá a snaží se maximálně rehabilitovat. Je odhodlána spolupracovat a snažit se o navrácení plné pohyblivosti. Na pravidelné preventivní prohlídky pacientka nechodila. K lékaři se dostavila pouze při obtížích.

2. Výživa

Pacientka má diagnostikovaný diabetes a snaží se tedy stravovat dle doporučení. Denně vypije 2500 ml tekutin. Preferuje vodu a čaj. Snaží se jíst stravu pestrou na živiny alespoň 5x denně. Nemá žádné zvláštní stravovací návyky. Z jídla preferuje šunky, jogurty a maso. Žádné jiné potíže s přijímáním stravy neudává.

3. Vylučování

Pacientka neudává žádné potíže s vylučováním moče a stolice. Nyní má zaveden permanentní močový katetr. Katetr odvádí moč čistou a nejeví známky infekce. Pacientka se vyprazdňuje obvykle 1x denně.

4. Aktivita – odpočinek

Pacientka netráví život nijak zvlášť aktivně. Volný čas tráví u sledování televize či péčí o domácnost. Nyní je pacientka upoutaná na lůžko, kde je nutno zajišťovat celkovou ošetrovatelskou péči. Se spánkem problém neudává.

5. Vnímání – poznávání

Vnímání a poznávání je téměř v pořádku. Nosí brýle na čtení i do dálky.

6. Sebepojetí

Pacientka se vnímá být upřímnou a hodnou osobou. Celkové vnímání je dobré. Při komunikaci udržuje přiměřený oční kontakt, řeč je místy nesrozumitelná. Při zpomalení řeči mluví srozumitelně.

7. Vztahy

Pacientka je již vdova. Má dvě dospělé děti, které ji chodí často navštěvovat. Má velice ráda společnost lidí.

8. Sexualita

Pacientka již nežije aktivním sexuálním životem.

9. Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu

Stres se snaží zvládat dobře, snaží se jej zvládnout sama. Přisuzuje to svému věku a přizpůsobení se situaci (vdova). V současné době ji nejvíce zatěžuje její zdravotní stav.

10. Životní hodnoty

Žádné zvláštní přání pacientka nemá. Přeje si, aby se o sebe mohla opět sama postarat a štěstí vlastních dětí a vnoučat.

11. Bezpečnost – ochrana

Nejbezpečněji se cítí doma. U pacientky jsou zajištěny preventivní ochranná opatření.

12. Komfort

Pacientka se nyní cítí méněcenná.

13. Růst a vývoj

Růst i vývoj probíhal u pacientky fyziologicky.

Profil rodiny

Pacientka je již vdova, bydlí sama. Má dvě děti a pět vnoučat. Udává dobré rodinné vztahy. Matka i otec zemřeli přirozenou smrtí. Pacientka je vyučena v oboru dojička krav.

Zdroje pomoci a podpory rodiny, sociálně ekonomický stav

Má normální život pro ženu jejího věku. Rodinné vztahy s dětmi jsou více než dobré. Děti i s vnoučaty ji často navštěvují jak doma, tak i v nemocnici. Sociální zázemí spolu s finanční situací je přiměřená.

Životní styl, kultura, náboženství, hodnoty a postoje

Pacientka se snaží dodržovat prvky správné životosprávy díky tomu, že trpí diabetem. Jí pravidelně 5x denně stravu pestrá na všechny živiny. Denně vypije přiměřené množství tekutin, je to okolo 2500 ml. Kvůli diabetu pije čistou vodu. Potíže

se spánkem neudává, spí asi 8 hodin denně. Někdy se vyspí i přes den po obědě. Doma vykonává běžné práce, jako svou oblíbenou činnost udává sledování televize. Ráda sleduje seriály Ordinace v růžové zahradě a Ulice. Pacientka je silně věřící. K nemoci se staví mírně negativně, i když se snaží pravidelně rehabilitovat.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

Rodina pacientky spolupracuje, komunikuje a chodí na časté návštěvy. Největší oporou jsou pro pacientku děti. V nově vzniklé situaci je rodina schopna jednat a také maximálně pacientce pomoci.

Porozumění současné situace rodinou

Rodina pacientky je informována o jejím aktuálním zdravotním stavu, má zájem spolupracovat a podpořit pacientku v navrženém léčebném režimu, který respektují.

Ke zjištění vědomostí rodinných příslušníků byl použitý následující test:

Vstupní test

OTÁZKA	ODPOVĚĎ ANO/NE
Znáte možné komplikace u imobilního pacienta?	ANO
Víte jak správně dodržovat hygienu u pacientky?	NE
Umíte správně upravit lůžko?	NE
Znáte základní zásady polohování?	NE
Znáte polohovací pomůcky?	NE
Znáte zásady správné výživy?	NE

Vstupním testem jsme zjistili, že rodinní příslušníci nemají dostatek informací o zásadách, které předcházejí vzniku dekubitu. Je nutné rodině předat zásadní informace o ošetřování pacientky. Rodina zná pojem dekubit, ale nezná základní zásady předcházení jeho vzniku. Neumí správně upravit lůžko, neznají vhodné polohovací

pomůcky, techniky, správné dodržování hygieny a výživy. Na základě tohoto vstupního testu, jsme vypracovali edukační proces o 5 edukačních jednotkách.

Motivace rodiny je na maximální úrovni. Mají zájem naučit se správné péči o pacientku. K motivaci je vede to, že by si ji brzy chtěli vzít domů.

2) FÁZE – STANOVENÍ EDUKAČNÍ JEDNOTKY

Deficit vědomostí:

- o dekubitech a imobilitě,
- o správném dodržování hygieny,
- o správné péči o lůžko,
- o polohování a polohovacích pomůckách,
- o důležitosti výživy.

Deficit v postojích:

- strach z nezvládnutí péče o pacientku.

Deficit zručnosti:

- v polohování a úpravě lůžka,
- v péči o pokožku,
- v péči o výživu.

3) FÁZE – PLÁNOVÁNÍ

Priority edukace:

- edukace o dekubitech a imobilitě,
- edukace o péči o pokožku,
- edukace o péči o lůžko,
- edukace o polohování a polohovacích pomůckách,
- edukace o péči o výživu.

Struktura: 5 edukačních jednotek.

Záměr edukace:

- seznámit rodinu s pojmem dekubit a imobilita,
- seznámit rodinu s důležitostí dodržování správné hygieny,
- seznámit rodinu s péčí o lůžko,
- seznámit rodinu s polohováním,
- seznámit rodinu s polohovacími pomůckami,
- seznámit rodinu se správnou životosprávou.

Cíle:

Kognitivní – rodina nabyla informace o dekubitech a jejich vzniku, o dostupných polohovacích pomůckách, péči o lůžko, pokožku a výživu pacientky.

Afektivní – rodina se staví k edukaci pozitivně a se zájmem o veškeré nové informace a postupy.

Behaviorální – rodina umí správně upravit lůžko, polohovat a starat se o potřeby pacientky.

Místo realizace: nemocniční prostředí, na pokoji pacientky.

Čas: edukační proces probíhal po dobu 5 dnů.

Výběr: výklad, vyjasňování, rozhovor, názorná ukázka, písemný výklad, diskuze, testování, vstupní test, výstupní test.

Edukační pomůcky: obrázky, odborná literatura, písemné pomůcky, edukační karty, notebook, polohovací pomůcky, lůžko pacientky a brožury.

Forma: individuální.

Typ edukace: úvodní.

Struktura edukace:

- 1. edukační jednotka** – dekubit a imobilita
- 2. edukační jednotka** – správná hygiena a péče o pokožku
- 3. edukační jednotka** – péče o lůžko
- 4. edukační jednotka** – polohování a polohovací pomůcky
- 5. edukační jednotka** – výživa

Časový harmonogram:

- 1. edukační jednotka** – 5. 2. 2016 v čase od 14:00 do 15:00 (60 minut).
- 2. edukační jednotka** – 6. 2. 2016 v čase od 14:00 do 15:00 (60 minut).
- 3. edukační jednotka** - 7. 2. 2016 v čase od 14:00 do 15:20 (80 minut).
- 4. edukační jednotka** - 8. 2. 2016 v čase od 14:00 do 16:00 (120 minut).
- 5. edukační jednotka** - 9. 2. 2016 v čase od 14:00 do 15:00 (60 minut).

4) FÁZE – REALIZACE

1. edukační jednotka

Téma edukace: Dekubit a imobilita

Místo edukace: oddělení ONP, u lůžka pacientky.

Časový harmonogram: 5. 2. 2016 v čase od 14:00 do 15:00 (60 minut).

Cíl:

Kognitivní – rodina získala nové vědomosti o dekubitech. Zná riziková místa a různá stádia vzniklého dekubitu.

Afektivní – rodina projevuje zájem o nové informace.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocnice, pokoj pacientky.

Edukační metody: vysvětlení, rozhovor, diskuze, procvičování, upevňování a zodpovězení otázek rodiny.

Edukační pomůcky: knihy, brožury, karty poloh a stupňů dekubitů, písemné pomůcky, papír, notebook.

Realizace 1. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) představení se, seznámení se s rodinnými příslušníky pacientky. Navození příjemného prostředí a atmosféry. Vysvětlení nutnosti edukace a podpoření rodiny v chuti spolupracovat.

Expoziční fáze: (40 minut) Na oddělení následné péče leží pacientka, která je závislá na pomoci ošetřujícího personálu. Před propuštěním do domácí péče je nutné, abyste věděli o tom, co je to dekubit a znali vysoká rizika jeho vzniku, včetně stádia u již vzniklého dekubitu.

Dekubit

Je to rána, která vzniká díky dlouhodobému působení tlaku na místa, kde je málo podkožního tuku, či svalů (místo, kde se blízko dotýká kůže a kost) – velmi záleží na tom, v jaké poloze nemocný je. Nejvíce rizikové jsou lokty, lopatky, žebra, obratle, kost křížová, kyčle, kloubní hrboly, kolena, kotníky, paty a všechna ostatní místa s malou tukovou či svalovou vrstvou. Dekubity se tvoří velmi rychle, proto je nutné časté polohování a také kontrola rizikových míst.

Dělení dekubitů

Je nutné při každém polohování kontrolovat riziková místa. Dekubity prostupují z hloubky na povrch a tak je důležité pravidelně kůži kontrolovat, protože i nepatrné známky poškození kůže mohou být příznakem rozsáhlého poškození pod pokožkou.

- I. stupeň – zarudnutí, po stlačení kůže zarudnutí mizí,
- II. stupeň – zarudnutí + puchýř, po stlačení kůže zarudnutí nemizí,
- III. stupeň – poškození kůže, zvrhovatění,
- IV. stupeň – místo je oteklé, rudé, jsou zasaženy svaly,
- V. stupeň – nekróza (zčernání), může se šířit do svalů a kostí.

Fixační fáze: (10 minut) shrnutí všech informací o dekubitech a dělení dekubitů. Zdůraznění nutnosti sledovat riziková místa. Informování o rizikových místech a také o stádiích již vzniklého dekubitu. Využití edukačních karet, kde jsou vypsána riziková místa pro vznik dekubitu.

Hodnotící fáze: (5 minut) diskuze, ověření si zpětné vazby za pomoci otázek a ověření správných odpovědí.

Kontrolní otázky:

- Co je to dekubit?
- Jaká znáte riziková místa v souvislosti s polohou?
- Jaké znáte stádia dekubitu?

Zhodnocení edukační jednotky:

Rodinní příslušníci vědí co je to dekubit, znají možná riziková místa pro vznik dekubitu a rozpoznají různé stádia dekubitu. Stanovené cíle byly splněny. V průběhu edukace rodina i pacientka jevila zájem o nové informace a aktivně se zapojovala do rozhovoru. Edukační jednotka trvala 60 minut.

2. edukační jednotka

Téma edukace: Správná hygiena a péče o pokožku.

Místo edukace: nemocnice, pokoj pacientky.

Časový harmonogram: 6. 2. 2016 v čase od 14:00 do 15:00 (60 minut).

Cíl:

Kognitivní – rodinní příslušníci nabyli vědomosti v péči o pokožku a znají zásady správné hygieny. Jsou si vědomi důvodu, proč je potřeba dbát zvýšené péče o pokožku pacientky.

Afektivní – Rodina jeví zájem o nové informace.

Behaviorální – Rodinní příslušníci umí správně pečovat o pokožku.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocnice, pokoj pacientky.

Edukační metody: vysvětlení, rozhovor, diskuze, zodpovězení otázek rodinných příslušníků.

Edukační pomůcky: knihy, brožury, edukační karty, písemné pomůcky, pomůcky k péči o pokožku (mýdla, krémy, gely, spreje, pasty).

Realizace 2. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) navození vhodného prostředí a atmosféry.

Expoziční fáze: (40 minut) v této edukační jednotce se zabýváme druhy pomůcek v péči o pokožku pacientky. Představení jednotlivých druhů pomůcek k péči o pokožku. Názorná ukázka koupele na lůžku.

Péče o pokožku

Hlavní je udržovat pokožku pacientky čistou. Pokud je pacientka inkontinentní, je zde vysoké riziko vzniku dekubitu. Je vhodné provádět pravidelnou hygienu teplou vodou pro očistu těla a pohodlí pacientky. Samotná koupel nemá trvat příliš dlouho, jelikož kůže starších lidí potřebuje po koupeli 3 hodiny k dosažení původního stavu kůže. Při mytí je vhodné použít jemné mycí gely, mýdla nebo jen teplou vodu.

Po umytí pacientky je potřeba kůži jemně osušit. V žádném případě nesmíme pokožku třít (riziko vzniku oděrek). Poté můžeme promazat pokožku hydratačním tělovým mlékem či emulzí (nepoužívat krémy s vysokým obsahem tuku, zabraňují přívodu vzduchu) a riziková místa potřít kožními ochrannými krémy, které jsou výborné na prevenci. Kolem konečníku je možné použít bariérovou mast, která brání pronikání vlhkosti.

Doporučuje se provádět několikrát denně jemnou masáž pokožky různými kafrovými mastmi.

Postup při koupeli na lůžku

Přijdeme za pacientkou a vysvětlíme jí, že se teď bude umývat. Nachystáme si vhodnou nádobu, do které si napustíme teplou vodu. Z lůžka odstraníme polštář, přikrývku a všechny polohovací pomůcky, které by nám mohli překážet a dáme si pacientku do vodorovné polohy. Jako první omyjeme obličej čistou, teplou vodou. Poté si můžeme do vody přidat šetrný gel či mýdlo a od vrchu dolů postupně umývat a otírat kůži pacientky, vyjma genitálií a rekta. Ty si necháváme úplně nakonec. V průběhu mytí si všímáme stavu kůže a sliznice. Po umytí a osušení pacientky ošetříme její kůži vhodnými přípravky, můžeme provést masáž kafrovou mastí. Po oblečení pacientky ji napolohujeme, přikryjeme a necháme ji odpočívat.

Fixační fáze: (10 minut) Zopakování správné hygieny pokožky. Zdůraznění správného postupu při mytí o ošetřování pokožky.

Hodnotící fáze: (5 minut) Rodinní příslušníci jsou si vědomi nutnosti péče o pokožku, znají správný postup jak šetrně o pokožku pečovat. Uspokojivě odpověděli na položené otázky.

Kontrolní otázky:

- Proč se musí pečovat o pokožku pacientky?
- Jaký je správný postup, při koupeli pacientky na lůžku?
- Jak správně pečovat o pokožku a jaké pomůcky jsou vhodné?

Zhodnocení edukační jednotky:

Stanovené cíle byly dosaženy. Při položení kontrolních otázek, jsme si potvrdili, že rodinní příslušníci znají vhodné pomůcky a postup při péči o pokožku, což si procvičili i prakticky. Zvládnou provést koupel pacientky na lůžku. K realizaci edukační jednotky se postavili aktivně a kladli otázky. V rámci diskuze jsme si potvrdili, že obsah edukační jednotky byl zvolen správně. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 60 minut.

3. edukační jednotka

Téma edukace: Péče o lůžko.

Místo edukace: nemocnice, pokoj pacientky.

Časový harmonogram: 7. 2. 2016 v čase od 14:00 do 15:00 (80 minut).

Cíl:

Kognitivní – rodina je dobře informována v péči o lůžko, zná vhodné lůžkoviny a umí převléct lůžko za přítomnosti pacientky. Jsou si vědomi proč je potřeba udržovat lůžko čisté, suché a vyrovnané.

Afektivní – Rodina pacientky projevuje zájem o nabytí nových poznatků.

Behaviorální – Rodinní příslušníci zvládají převléct lůžko.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocnice, pokoj pacientky.

Edukační metody: vysvětlení, rozhovor, diskuze, názorná ukázka, zodpovězení otázek rodinných příslušníků.

Edukační pomůcky: písemné pomůcky, papír, tužka, kniha, letáky, lůžkoviny (prostěradlo, gumová podložka, podložka, polohovací podložka, kapna a povlak na polštář).

Realizace 3. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) zajištění vhodného prostředí a příjemné atmosféry.

Expoziční fáze: (60 minut) v této edukační jednotce se zabýváme péčí o lůžko. Představení jednotlivých potřebných lůžkovin. Informujeme o nutnosti čistého, suchého a dokonale vyrovnaného lůžka. Učíme rodinné příslušníky převléct lůžko pacientky i za její přítomnosti na lůžku.

Péče o lůžko

Pokud chceme udržet pokožku pacientky zdravou, bez známky jakýchkoliv oděrek musíme řádně dbát o její lůžko. Pacientka trpí inkontinencí, proto je nutné časté vyměňování plen a lůžkovin, které jsou mokré. Vlhké prostředí závažně přispívá ke vzniku dekubitu. Při každé manipulaci s pacientkou musí být řádně vypnuté lůžko, bez záhybu pokud chceme efektivně pečovat o pokožku pacientky. Lůžkoviny by se měly měnit minimálně 1x za týden vyjma podložek, které by se měly měnit každý den kvůli již zmiňované vlhkosti.

Potřebné lůžkoviny

- prostěradlo,
- gumová podložka,
- podložka,
- polohovací podložka,
- kapna,
- povlak na polštář.

Lůžko pacientky by mělo být povlečeno řádně vypnutým prostěradlem, na kterém je uprostřed položená gumová podložka, která zabraňuje průniku tekutin na prostěradlo. Na gumové podložce se nachází vypnutá látková podložka, aby se zabránilo kontaktu pacientčiny kůže s gumovou podložkou (riziko zvýšeného pocení). Poté se přibližně pod pacientčiny hýždě umístí vypnutá polohovací podložka k usnadnění manipulace s pacientkou.

Postup při převlékání lůžka

U převlékání lůžka musí být vždy dvě osoby, každá musí stát vedle pacientky (jeden po jeho pravici a druhý po levici). Jedna z osob šetrně otočí pacientku k sobě na bok, tudíž pacientka bude ležet pouze na polovině lůžka a druhá polovina zůstane prázdná. Osoba u prázdné poloviny lůžka vysvleče prádlo na sobě blízké polovině a nahrne je co nejbližší k pacientce. Poté dá na lůžko čisté lůžkoviny a také je vypne co nejbližší k tělu pacientky. V momentě, kdy bude první osoba hotová, tak se pacientka opatrně položí na záda a otočí na druhý bok, kde už ji drží a jistí druhá, blízká osoba. V ten moment může člověk na druhé straně pohodlně vytáhnout špinavé prádlo a hned poté i prádlo čisté, které řádně vypne a založí. Dále probíhaly praktické nácviky výměny lůžkovin. Ačkoliv ze začátku byli rodinní příslušníci trochu na obavách, nakonec vše zvládli. Při dalším nácviku už si byli mnohem jistější a byli mnohem zručnější.

Fixační fáze: (10 minut) Zopakování potřebných druhů lůžkovin. Zdůraznění správného postupu při výměně prádla na lůžku.

Hodnotící fáze: (5 minut) Rodinní příslušníci znají všechny lůžkoviny, které je vhodné používat. Vědí, proč se musí udržovat lůžko čisté, suché a vypnuté. Umí převléct lůžko pacientky a uspokojivě odpověděli na položené otázky.

Kontrolní otázky:

- Proč se musí udržovat lůžko pacientky čisté, suché a vypnuté?
- Vyjmenujte potřebné pomůcky k převlečení lůžka.
- Popište postup při převlékání lůžka

Zhodnocení edukační jednotky

Stanovené cíle byly dosaženy, položením kontrolních otázek, jsme si ověřili, že rodina zná důvody převlékání lůžkovin, potřebné pomůcky a správný postup. K realizaci edukační jednotky se rodina stavěla velmi aktivně a se zájmem kladla otázky. Rodina je méně zručná při výměně lůžkovin, ale má chuť a pozitivní přístup zručnost získat. Po několika praktických nácvicích rodinní příslušníci vše zvládají. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 80 minut.

4. edukační jednotka

Téma edukace: Polohování a polohovací pomůcky.

Místo edukace: oddělení ONP, u lůžka pacientky.

Časový harmonogram: 8. 2. 2016 v čase od 14:00 do 15:00 (120 minut).

Cíl:

Kognitivní – Rodina získala nové vědomosti o polohování a polohovacích pomůckách. Znají vhodné polohy. Vědí proč je nutné pravidelné polohování pacientky.

Afektivní – rodina projevuje zájem o získání nových vědomostí.

Behaviorální – rodina zvládá správně polohovat pacientku.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocnice, pokoj pacientky.

Edukační metody: vysvětlení, rozhovor, diskuze, názorná ukázka, zodpovězení otázek rodiny.

Edukační pomůcky: knihy, brožury, písemné pomůcky, papír, notebook, edukační karty, pomůcky k polohování pacientky (válec, kvádr, polohovací had, klín, molitan, ovčí rouno, antidekubitní matrace, polohovací lůžko).

Realizace 4. edukační jednotky

Motivační fáze: (5 minut) zajištění vhodného prostředí, navození příjemné atmosféry.

Expoziční fáze: (100 minut) v této edukační jednotce se zabýváme polohováním a vhodnými polohovacími pomůckami. Představení jednotlivých druhů polohovacích pomůcek a vhodných poloh.

Polohování

U imobilních pacientů je polohování jednou z nejdůležitějších složek při péči o jeho zdraví. Vhodná doba mezi polohováním je 1-2 hodiny. Pravidelná změna polohy zabraňuje nadměrnému působení tlaku na riziková místa. Je vhodné polohovat pacientku maximálně co 2 hodiny na levý bok, poté na záda, na pravý bok a poté opět záda a tak pořád polohování opakovat. Je možné polohovat pacientku i na břicho pokud jí tato poloha nebude nepříjemná.

Je vhodné při každém polohování kontrolovat místa ohrožená vznikem dekubitu. Pokud mezi polohováním zjistíme, že se pacientce začíná tvořit dekubit, je nutno polohovat častěji než doposavad.

Poloha pacientky se dá měnit za pomoci různých antidekubitních pomůcek (polštář, molitanový válec).

Pacientka, by neměla mít hlavu výše, než 30 stupňů nad podložkou, zabráníme tak možnému sjíždění po posteli (poškození kůže). V poloze v sedě by měla být pacientka maximálně 1 hodinu, měla by být dobře podložena a neměla by sjíždět z křesla, či židle dolů. Při polohování by neměla být pacientka tahána, ale zvedána tak, aby nedošlo k tření o podložku lůžka.

Vhodné polohovací pomůcky

Rodinní příslušníci byli seznámeni s níže uvedenými pomůckami, které byly představeny, řádně si je prohlédli a vyzkoušeli:

- válec,
- kvádr,
- polohovací had,
- klín,
- molitan,
- ovčí rouno,
- antidekubitní matrace,
- polohovací lůžko + doplňující zařízení.

Postup při polohování pacientky

Opatrně odstraňte polohovací pomůcky včetně příkrývky. Za pomoci polohovací podložky napolohujte pacientku do správné polohy. Řádně ji zapřete (válec za záda, molitan mezi nohy, pod nohy), tak aby nesjížděla. Vždy si dávejte pozor na ruce, aby si na nich pacientka neležela. Vždy se pacientky ptejte, jestli se jí dobře leží, zda ji něco netlačí. Dále probíhala názorná ukázka a procvičování polohování a vhodných poloh. Rodina vše zvládla bez větších obtíží.

Fixační fáze: (10 minut) Zopakování pravidel a důležitosti polohování, připomenutí vhodných pomůcek k polohování. Zdůraznění správného postupu při polohování pacientky.

Hodnotící fáze: (5 minut) Rodinní příslušníci vědí, proč je nutné pacientku polohovat a v jakých intervalech polohování praktikovat. Znají vhodné polohy. Uspokojivě odpověděli na položené otázky.

Kontrolní otázky:

- Co víte o polohování?
- Jaké znáte polohovací pomůcky?
- V jakých časových intervalech a do jakých poloh je vhodné pacientku polohovat?
- Popište postup při polohování.

Zhodnocení edukační jednotky

Vytyčené cíle byly dosaženy. Položením kontrolních otázek jsme si potvrdili, že rodinní příslušníci znají nutnost polohování, vhodné pomůcky, polohy a časové intervaly. K samotné realizaci jednotky se postavili kladně a se zájmem. Jsou zruční při manipulaci s pacientkou. Po praktických nácvicích perfektně zvládají polohování pacientky. Při diskuzi jsme si potvrdili, že obsah 4. edukační jednotky byl zvolen správně. Edukační jednotka probíhala po dobu 120 minut.

5. edukační jednotka

Téma edukace: Výživa.

Místo edukace: nemocnice, pokoj pacientky.

Časový harmonogram: 9. 2. 2016 v čase od 14:00 do 15:00 (60 minut).

Cíl:

Kognitivní – rodinní příslušníci získali nové vědomosti o vhodných potravinách a důležitosti pitného režimu.

Afektivní – rodinní příslušníci jeví zájem a aktivně kladou otázky.

Forma: individuální.

Prostředí: nemocnice, pokoj pacientky.

Edukační metody: rozhovor, diskuze, vysvětlování, zodpovězení otázek rodinných příslušníků.

Edukační pomůcky: knihy, brožury, písemné pomůcky, papír, notebook.

Realizace 5. edukační jednotky

Motivační fáze (5 minut) navození příjemné atmosféry, objasnění nutnosti dodržování vhodné životosprávy.

Expoziční fáze (40 minut) v této edukační jednotce se zabýváme stravovacím režimem pacientky, který je důležitý pro prevenci vzniku dekubitu.

Stravování

Výživa je nedílnou součástí při předcházení vzniku dekubitů. Dodržování příjmu stravy bohaté na všechny živiny nám napomáhá udržovat pokožku pacientky vláčnou. Bohatá výživa zvyšuje imunitu pacientky a tím předchází vzniku infekcí. Bohatá výživa je důležitá jak v prevenci, tak i v samotné léčbě dekubitu. Pacient by měl jíst výživu bohatou na všechny živiny.

Je nutné zvýšit příjem tekutin, kalorií, proteinů, vitamínů a minerálů. Často bývá doporučováno i zvýšit příjem vitamínu C a zinku. Je vhodné doplňovat stravu pacientky ve formě popíjení drinků se zvýšeným obsahem živin (např. bílkovin).

Vhodné potraviny

Výživa lidí, kteří jsou ohroženi vznikem proleženiny, by měla obsahovat dostatek energie a plnohodnotné bílkoviny, které jsou obsaženy například v mase a také v mléčných výrobcích. Dále by strava měla obsahovat zvýšený přísun vitamínů (vit. C a zinek) a minerálních látek. Velice důležité je dodržování pitného režimu, aby byla kůže neustále dostatečně hydratovaná. Doporučuje se vypít denně alespoň 2 až 3 litry čisté vody.

Do jídelníčku zařad'te dostatek:

- masa,
- ryb,
- mléčných výrobků,
- ovoce,
- zeleninu,
- cereálie,
- luštěniny,
- vitamínové doplňky,
- tekutiny.

Ovoce konzumujte denně nejlépe v čerstvém stavu. Při přípravě jídla či masa se vyvarujte smažení, lépe je jídlo uvařit, dusit nebo péct. Obecně platí pravidlo, že by tělo mělo za 1 den přijmout 15-20 % bílkovin, 25-35 % tuků a 45-65 % sacharidů. Strava by měla být rozdělena do 6 menších porcí, které si rozdělíte do celého dne.

Fixační fáze: (10 minut) shrnutí všech nových informací a zodpovězení otázek. Zopakování důležitosti stravování bohatého na všechny živiny. Zdůraznění důležitosti dodržování pitného režimu.

Hodnotící fáze: (5 minut) rodinní příslušníci vědí jaká je vhodná strava pro pacientku. Znají způsob přípravy i podávání stravy.

Kontrolní otázky:

- Co musí být v jídelníčku pacientky zařazeno?
- Jak často a v jakém množství má pacientka jíst?
- Kolik musí denně vypít pacientka tekutin?

Zhodnocení edukační jednotky:

Cíle, které jsme si stanovili, byly splněny. Na položené otázky znala rodina odpověď. Když bylo rodinným příslušníkům něco nejasné, tak se aktivně ptali. Rodinní příslušníci nám potvrdili, že znají vhodné potraviny pro pacientku ohroženou vznikem dekubitů. Vědí, že je nutné pravidelně jíst a dodržovat stanovený pitný režim. V rámci

diskuze jsme si potvrdili, že obsah 5. edukační jednotky byl zvolen správně. Edukační jednotka probíhala v rozsahu 60 minut.

5) FÁZE – VYHODNOCENÍ

Na závěr edukace vyplnili rodinní příslušníci výstupní test shodný s otázkami před začátkem tohoto edukačního procesu.

Výstupní test

OTÁZKA	ODPOVĚĎ ANO/NE
Znáte možné komplikace u imobilního pacienta?	ANO
Víte jak správně dodržovat hygienu u pacientky?	ANO
Umíte správně upravit lůžko?	ANO
Znáte základní zásady polohování?	ANO
Znáte polohovací pomůcky?	ANO
Znáte zásady správné výživy?	ANO

Rodinní příslušníci již dříve znali možné komplikace imobilního pacienta, avšak přesnější informace neměli. Tyto informace jim byly upřesněny, byli jim popsány riziková místa pro vznik dekubitu a různé stupně, do kterých se dekubit dělí. Znají vhodné polohovací pomůcky a polohy vhodné pro pacientku. Vědí, jak často je nutné pacientku polohovat. Dokážou převléct lůžko i za přítomnosti pacientky a znají zásady vypnutého, čistého a suchého lůžka. Znají riziková místa pro vznik dekubitu. Jsou si vědomi nutnosti správně a pravidelně dodržovat hygienickou péči o pacientku. Vědí jakým postupem a jakými prostředky je nejvhodnější hygienu provádět. Rodina si je vědoma nutnosti dodržování pestré, pravidelné stravy a pitného režimu.

Edukace proběhla v pěti edukačních jednotkách, které byly rodinným příslušníkům následně vysvětleny. Rodina pacientky plně spolupracovala, aktivně kladla otázky a se zájmem naslouchala. Všechny stanovené edukační cíle byly splněny, edukační proces byl ukončen na základě splněných cílů. Rodinní příslušníci znali všechny odpovědi v závěrečném výstupním testu.

5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro rodinné příslušníky:

- měli byste poznat fyziologický vzhled kůže a rozeznat vznikající dekubit;
- měli byste znát predilekční místa vzniku dekubitu;
- měli byste znát různé stupně vzniklého dekubitu;
- je důležité, abyste znali polohovací pomůcky, vhodné polohy pro pacientku a polohovací hodiny;
- správně upravujte lůžko (suché, čisté a vypnuté);
- měli byste zvládnout převléct lůžko i za přítomnosti pacientky;
- správně a důsledně pečujte o pokožku pacientky;
- je důležité, abyste věděli jakým postupem a jakými prostředky dodržovat hygienu pacientky;
- dbejte na stravu bohatou na všechny živiny v dostatečném množství;
- je důležité, dodržování pravidelného pitného režimu u pacientky;
- je vhodné, abyste si doma vyhradili prostor pro pomůcky, které pacientka potřebuje;
- v případě nejasností kontaktujte edukační sestru a v případě potřeby navštivte lékaře;
- psychicky podporujte pacientku.

Doporučení pro pacientku:

- pravidelně navštěvujte lékaře s dopomocí rodiny nebo využijte návštěv lékaře v domácím prostředí;
- pomáhejte rodinným příslušníkům při péči o sebe samou;
- vždy řekněte rodinným příslušníkům, kdyby se vám něco nelíbilo (špatný krém, špatná poloha, vlhké lůžko a podobně).

Doporučení pro všeobecné sestry:

Všeobecná sestra by měla znát základní pravidla prevence vzniku dekubitu. Měla by rozeznat fyziologický vzhled kůže a různé stupně dekubitu. Všeobecná sestra by měla znát polohovací pomůcky, vhodné polohy a dobu jak často pacienty polohovat. Měla by se umět postarat o lůžko a o hygienickou péči pacienta. Musí znát základy bohaté stravy na živiny, vhodné pro imobilního pacienta. Je vhodné, aby znala edukační proces a uměla jej používat jak pro pacienta, tak pro rodinné příslušníky. Všeobecná sestra by se měla aktivně vzdělávat, navštěvovat školení a odborné semináře.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo vytvořit edukační proces, který bude rodinné příslušníky informovat o mobilitě, vzniku dekubitu a možnostech jak mu předcházet. Práce byla nejvíce zaměřená na dekubity, kterým byla věnována jedna celá kapitola. Dále byla v práci popsána léčba již vzniklého dekubitu a samotná prevence vzniku dekubitu. Informace by měli sloužit zdravotnickému personálu a laické veřejnosti, která jeví o tuto problematiku zájem.

Hlavní částí práce byla edukace rodinných příslušníků, kteří se chtěli starat o pacientku, rizikovou na vznik dekubitů. Byl jim navrhnut a realizován individuální edukační proces. Tento proces byl realizován u lůžka pacientky na oddělení následné péče, kdy byla použita úvodní edukace, která byla rozdělena do pěti edukačních jednotek. V první fázi edukačního procesu byl použit vstupní test, kde jsme zjistili, že rodinní příslušníci nemají dostatečné znalosti o možnosti předcházení proleženinám. Stali se tedy vhodnými kandidáty k realizaci edukačního procesu. V první edukační jednotce získali rodinní příslušníci vědomosti o dekubitech a jejich různých stupních, do kterých se dekubity dělí. Druhá edukační jednotka pojednávala o polohování a také o polohovacích pomůckách. Zahrnovala praktický nácvik polohování pacientky. Třetí edukační jednotka byla zaměřena na péči o lůžko, seznámení se s potřebnými lůžkovinami a s praktickým nácvikem převlečení lůžka za přítomnosti pacientky. Ve čtvrté edukační jednotce jsme se zaměřili na hygienickou péči o pacientku. Zdůraznili jsme nutnost hygieny, seznámili je s různými hygienickými a kosmetickými prostředky a poté si rodinní příslušníci prakticky vyzkoušeli umýt pacientku na lůžku. V páté edukační jednotce jsme se zabývali vhodnou stravou, bohatou na všechny živiny. Při celé edukaci rodinní příslušníci plně spolupracovali a kladli otázky. Měli možnost využít i praktický nácvik. Byli poučeni, že v případě potřeby se mohou obrátit na edukační sestru – byla jim poskytnuta vizitka s kontaktem. Dle slov rodinných příslušníků byla celá edukace srozumitelná. Při porovnání vstupního a výstupního testu můžeme říci, že edukační proces byl úspěšně realizován. Cíl práce, který jsme si stanovili, byl splněn.

Bakalářská práce může sloužit jako podklad pro další edukaci rodinných příslušníků, kteří mají zájem starat se o své příbuzné, nebo jako informační zdroj pro teoretické informace, včetně umožnění praktického nácviku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAJANOVÁ, Eva a Štefan KRAJČÍK, 2012. *Dekubity prevencia a liečba v praxi*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 85 s. ISBN 978-80-89171-95-8.

BERKOVÁ, Hana, 2015. *Edukační proces u pacienta s kolostomií*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetřovatelství.

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl: Pro obor ošetrovatel*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

EPUAP. Stop pressure Ulcer day. In: *Epuap*. [online]. [cit. 2016-15-02]. Dostupné z: <http://www.epuap.org/stop-pressure-ulcer-day/>

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

HARTMANN, Rico, 2013. Tři fáze hojení ran – tři pravidla pro úspěšnou léčbu. In: *www.florence.cz* [online]. [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013>

HEINRICH, Kasper, 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Překlad 11. vyd. Praha: Grada Publishing, 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.

HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Michaela MIERTO VÁ et al., 2015. *Nehojace sa rany*. 1. vyd. Martin: Osveta, 284 s. ISBN 978-80-8063-433-9.

HROMÁDKOVÁ, Renata, 2015. *Edukační proces u pacienta s esenciální arteriální hypertenzí*. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, Katedra ošetřovatelství.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 249 s. ISBN 978-802-4744-124.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Iva HOLMEROVÁ a Pavel WEBER et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KLINKOVÁ, Květoslava, 2008. Prevence dekubitů, léčba a ošetřování. In: <http://zdravi.euro.cz> [online]. [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality>.

KRŠKA, Zdeněk et al., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.

MAĎAR, Rastislav, Renata PODSTAJOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ, 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 184 s. ISBN 80-247-1673-9.

MAZÁNEK, Jiří, 2007. *Traumatologie orofaciální oblasti*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 200 s. ISBN 978-80-247-1444-8.

MĚŠŤÁK, Jan, Martin MOLITOR, Ondřej MĚŠŤÁK a Lucie KALINOVÁ et al., 2015. *Základy plastické chirurgie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 210 s. ISBN 978-80-246-2839-4.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Aktual. A dopl. vydání. Praha: Grada Publishing, 172 s. ISBN 80-247-1443-4.

MIKULA, Jan a Nina MULLEROVÁ, 2008. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelství 1. díl. Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.

MZCR. „STOP dekubitům“ – 21. listopad je vyhlášen dnem „STOP dekubitům“ a Česká republika se k této akci také připojila. In: MZCR. [online]. [cit. 2016-1-02]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/>.

NEMCOVÁ, Jana, 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Editor Edita Hlinková. Martin: Osveta, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

NĚMCOVÁ, Jitka, 2015. Vysoká škola zdravotnická. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatel'ství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci* [online]. [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/Studijn%C3%AD%20materi%C3%A1ly%20pro%20zdravotnick%C3%A9%20obory.aspx>.

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

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 200 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

POOT, Else, Joke MINTJES-DE GROOT, Jan WESTSTRATE, Liesberth van der EERDEN, Marian ADRIAANSEN, 2008. *Decubitus te lijf: Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen*. 1. vyd. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 297 s. ISBN 978-90-313-5025-4.

SCHRODER, Gerhard, 2012. *Dekubitus und Dekubitusprophylaxe*. 1. vyd. Zurich: Huber, 275 s. ISBN 978-345-6850-313.

STRYJA, Jan et al., 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. 1. vyd. Semily: Geum, 371 s. ISBN 978-80-86256-79-5.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, Danuška TOMANOVÁ, Pavla KUDLOVÁ a Renata HALMO, 2006. *Multikulturní ošetrovatel'ství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 252 s. ISBN 80-247-1213-X.

TRACHTOVÁ, Eva et al., 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatel'ském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 185 s. ISBN 978-80-7013-324-8.

VILÍMOVSKÝ, Michal, 2015. Dekubity (proleženiny), jejich příčiny a léčba. In: <http://cs.medlicker.com> [online]. [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://cs.medlicker.com/848-dekubity-prolezeniny-jejich-priciny-a-lecby>

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktual. vyd. Praha: Maxdorf, 1140 s. ISBN 978-80-7345-456-2.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ et al., 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ a Jana HOLUBOVÁ, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

WORKMAN, Barbara a Clare L. BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada Publishing, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.

PŘÍLOHY

Příloha A – Polohovací pomůcky	II
Příloha B – Stupně dekubitů	V
Příloha C – Edukační karta: Zásady prevence vzniku dekubitů	VII
Příloha D – Edukační karta: Zásady správného polohování	VIII
Příloha E – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	IX
Příloha F – Protokol k provádění sběru podkladů pro bakalářskou práci	X
Příloha G – Literární rešerše	XI

Příloha A – Polohovací pomůcky



Podložka pětídílcová polohovací



Vertikalizační klín



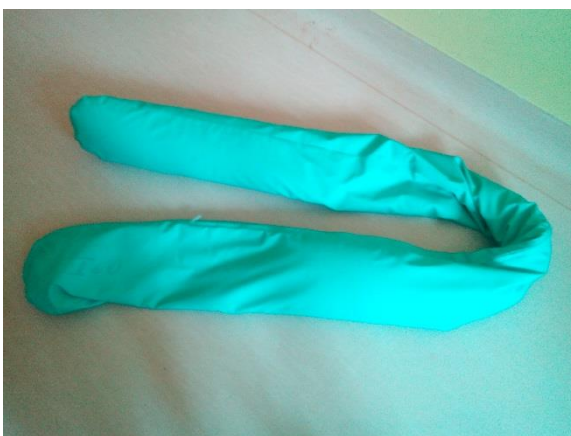
Klín



Válec



Viktorie želva



Polohovací had



Éčko pod nohy

Zdroj: vlastní

Příloha B – Stupně dekubitů



I. stupeň dekubitu



III. stupeň dekubitu



IV. stupeň dekubitu

Zdroj: vlastní

Příloha C – Edukační karta: Zásady prevence vzniku dekubitů

Student: Jana Hruboňová, DiS. 3. ročník, Obor: Všeobecná sestra Forma studia: kombinovaná



ZÁSADY PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ

- Mezi základní podmínky se řadí důsledná péče o suchou a čistou pokožku a omezení působení stolice, moči a potu na kůži.
- Pravidelné polohování, které se řadí jako jedno z neúčinnějších prostředků proti vzniku dekubitu.
- Nezbytné je mít suché lůžko, které je dokonale upravené a „vypnuté“, používat antidekubitní matraci a dostatek polohovacích pomůcek.
- Nutné je sledovat příjem tekutin a potravy. Strava musí být pestrá a bohatá především na vitamíny. Denní příjem tekutin, by se měl pohybovat kolem 1,5 litru. Výživa je nedílnou součástí ostatních preventivních opatření.
- Důležitá je také rehabilitace, která přispívá k obnově hybnosti a soběstačnosti pacienta.

Dekubitus III. stupně



Zdroj fotografie: vlastní

Tento materiál je výstupem bakalářské práce s názvem Edukace rodinných příslušníků o prevenci vzniku dekubitu, která vznikla v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

Zdroj: MIKULA, Jan a Nina Mullerová, 2008. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

Příloha D – Edukační karta: Zásady správného polohování

Student: Jana Hruboňová, DiS. 3. ročník, Obor: Všeobecná sestra Forma studia: kombinovaná



ZÁSADY SPRÁVNÉHO POLOHOVÁNÍ

- Polohování musí být pravidelné a systematické.
- Pravidelná změna polohy zabraňuje nadměrnému působení tlaku.
- Intervaly mezi polohováním se řídí dle stavu pacienta, je ovšem vhodné nechat pacienta v jedné poloze maximálně 2 hodiny.
- Je nutné, kontrolovat riziková místa pro vznik dekubitů alespoň jednou denně.
- Pokud se objeví známky poškození kůže, je nutné intervaly mezi polohováním zkrátit.
- Při změně polohy vždy dbát na pocity nemocného (nesmí se cítit nepohodlně, či cítit bolest).

Riziková místa vzniku dekubitů dle polohy:

- **Poloha na zádech** – trn 7. krčního obratle, záhlaví, lopatky, lokty, kostrč a paty,
- **Poloha na boku** – spánková oblast, rameno, loket, hřeben kosti kyčelní a kotníky,
- **Poloha na břiše** – čelo, brada, ramena, trny kosti kyčelní, přední strana kolen, palce a nártý.

Tento materiál je výstupem bakalářské práce s názvem Edukace rodinných příslušníků o prevenci vzniku dekubitu, která vznikla v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

KELNAROVÁ, Jarmila et al., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 244 s., ISBN 978-80-247-2830-8.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Edukace rodinných příslušníků o prevenci vzniku dekubitu v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 5. 2016

.....
Jana Hruboňová

Příloha F - Protokol k provádění sběru podkladů pro bakalářskou práci

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Jana Hruboňová, DiS.	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3
Téma práce	Edukace rodinných příslušníků o prevenci vzniku dekubitu.	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Ivana Talandová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	 podpis
Souhlas hlavní sestry pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	Mgr. Jana Pelikánová hlavní sestra podpis

V Val. Meziříčí dne 3.6. 2016

podpis studenta



Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

Číslo rešerše: III - 7812
Název rešerše: Edukace rodinných příslušníků o prevenci vzniku dekubitu
Jazykové omezení: čeština, slovenština
Časové omezení: 2010-2015



U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz http://aleph.nkp.cz/F/CA5179II3RXXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovni výpůjční služby v naší knihovně).
U článků je nutné vyhledat celý časopis.
