

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

**TRENDY A INOVAČNÍ METODY V PREVENCI
A OŠETŘOVÁNÍ DEKUBITŮ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

BARBORA KOPÁČKOVÁ, DiS.

Praha 2016

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

**TRENDY A INOVAČNÍ METODY V PREVENCI
A OŠETŘOVÁNÍ DEKUBITŮ**

Bakalářská práce

BARBORA KOPÁČKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr, Marie Břendová, PhD.

Praha 2016



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

Kopáčková Barbora
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti ze dne 29. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Trendy a inovační metody v prevenci a ošetřování dekubitů

*Trends and Innovative Methods in the Treatment and Nursing of Bed
Sores*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Břendová, PhD.

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a 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

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Marii Břendové, PhD. a Ing. Soně Jexové, PhD. za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování bakalářské práce. A také velmi děkuji zaměstnancům zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš za pomoc při získání údajů pro napsání práce.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

KOPÁČKOVÁ, Barbora. *Trendy a inovační metody v prevenci a ošetřování dekubitů*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Marie Břendová, PhD. Praha. 2016. 80 s.

Bakalářská práce se zabývá problematikou dekubitů. Teoretická část obsahuje historii dekubitů a mechaniku vzniku, popisuje rizikové faktory pro vznik dekubitů, možnosti prevence a druhy antidekubitních pomůcek. Okrajově nahlíží do léčby dekubitů. Popisuje možnosti léčby, druhy krytí, význam výživy, možné komplikace a popisuje trendy v léčbě, ošetřování dekubitů.

Empirická část práce analyzuje prevalenci vzniku dekubitů v období let 2012-2014 v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš. Hlavním motivem průzkumu je zjistit, jaké má ošetrovatelský tým v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš znalosti o prevenci vzniku dekubitů a používání antidekubitních pomůcek a jiných opatření.

Klíčová slova

Antidekubitní. Dekubity. Medi Help Dobříš. Léčba. Pomůcky. Prevence. Výživa

ABSTRACT

KOPÁČKOVÁ, Barbora. Trends and Innovative Methods in the Treatment and Nursing of Decubita. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Marie Břendová, PhD. Prague. 2016. 80 pages.

Final thesis deals with pressure ulcers, innovative methods in their treatment and also with prevention of them. The theoretical part includes the history of treatment ways of formations of pressure ulcers and also describes risk factors for development pressure ulcers. Prevention of forming pressure ulcers and kinds of pressure ulcers equipment

is also mentioned there. We describe ways of treatment, kinds of dressings, importance of proper nutrition and complications that can occur. We also deal with new trends in nursing care of pressure ulcers. The empirical part analyses the prevalence of pressure ulcers in the period of 2012-2014 at Medi Help spol. s r.o. Dobříš. The main motive of the research is to find out what is the knowledge of the nursing team at Medi Hepl spol. s r.o. Dobříš about prevention of pressure ulcers and knowledge of using pressure ulcers equipment

Keywords

Antidecubital. Equipment. Medi Hepl Dobříš. Nutrition. Pressure ulcers. Prevention. Treatment

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ

ÚVOD	12
1. DEKUBITY	14
1.1 <i>Definice</i>	14
1.2 <i>Historie dekubitů</i>	14
2. MECHANISMUS VZNIKU DEKUBITŮ	16
2.1 <i>Vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů</i>	16
2.2 <i>Zevní faktory ovlivňující vznik dekubitů</i>	19
3. STÁDIA A KLASIFIKACE DEKUBITŮ	20
3.1 <i>Predilekční místa vzniku dekubitů</i>	21
4. TRENDY A INOVAČNÍ METODY V PREVENCI DEKUBITŮ	22
5. TRENDY A INOVAČNÍ METODY V OŠETŘOVÁNÍ DEKUBITŮ	32
5.1 <i>Komplikace dekubitů</i>	38
6. PRŮZKUM	40
6.1 <i>Cíle práce a průzkumné otázky</i>	40
6.2 <i>Metodologie a metody průzkumu</i>	41
6.3 <i>Charakteristika výběrového souboru</i>	41
6.4 <i>Pilotní šetření</i>	41
7. PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	42
7.1 <i>Interpretace výsledků průzkumu, analýza dat</i>	42
7.2 <i>Interpretace výsledků průzkumu, vyhodnocení dotazníků</i>	46
Diskuze	67
<i>Doporučení pro praxi</i>	75
ZÁVĚR	77
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ	78
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výskyt dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2012-2014	42
Tabulka 2 Porovnání výskytu dekubitů mezi sledovanými odděleními v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2012-2014	43
Tabulka 3 Zhodnocení prevalence dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2012.....	44
Tabulka 4 Zhodnocení prevalence dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2013.....	44
Tabulka 5 Zhodnocení prevalence dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2014.....	45
Tabulka 6 Rozdělení respondentů podle pohlaví.....	46
Tabulka 7 Rozdělení respondentů podle odborného zařazení	46
Tabulka 8 Rozdělení respondentů podle délky odborné praxe	47
Tabulka 9 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	48
Tabulka 10 Počet studujících respondentů	49
Tabulka 11 Možnost získávání informací ohledně prevence a ošetřování dekubitů na pracovišti, vyjádření respondentů	50
Tabulka 12 Zájem respondentů o další vzdělávání, přísun informací o novinkách v prevenci a terapii dekubitů.....	51
Tabulka 13 Účast respondentů na odborných školeních, seminářích, konferencích se zaměřením na dekubity	51
Tabulka 14 Náзор respondentů na frekvenci polohování rizikových pacientů	52
Tabulka 15 Predilekční místa nejvíce ohrožena v poloze na zádech, vyjádření respondentů.....	53
Tabulka 16 Odolnost pacientů vůči dekubitům v závislosti na pohlaví, názor respondentů.....	54
Tabulka 17 Rizikové faktory, názor respondentů (každý 5 odpovědí).....	55
Tabulka 18 Náзор respondentů na používání jednorázových pomůcek pro inkontinentní pacienty u pacientů s rizikem vzniku dekubitů.....	56
Tabulka 19 Náзор respondentů na své znalosti v oblasti prevence vzniku dekubitů.....	57
Tabulka 20 Hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta do zařízení, použití hodnotícího modelu	58

Tabulka 21 Opakování hodnocení rizika vzniku dekubitů během hospitalizace.....	59
Tabulka 22 Důležitost postupů pro prevenci vzniku dekubitů	60
Tabulka 23 Názor respondentů na důležitost stravy při léčbě dekubitů	61
Tabulka 24 Vyhodnocení názoru respondentů důsledku nedostatečné výživy	62
Tabulka 25 Typy terapie používané při léčbě dekubitů v zařízení.....	63
Tabulka 26 Pěnové krytí, znalost respondentů	64
Tabulka 27 Postup u pacienta rizikem vzniku dekubitů, postup dle respondentů	65
Tabulka 28 Pomůcky k předcházení vzniku dekubitů, znalost respondentů	65
Tabulka 29 Výskyt dekubitů v zařízení MEDI HELP spol. s r.o. Dobříš v roce 2012- 2014	71
Tabulka 30 Znalostí o inovačních metodách ve srovnání s kontinuálním vzděláváním	71
Tabulka 31 Rozdělení odpovědí podle nejvyššího dosaženého vzdělání, skutečné četnosti	72
Tabulka 32 Rozdělení odpovědí podle nejvyššího dosaženého vzdělání, očekávané četnosti	73
Tabulka 33 Znalosti ošetřovatelského týmu podle délky praxe, skutečná četnost	74
Tabulka 34 Znalosti ošetřovatelského týmu podle délky praxe, očekávaná četnost	74

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Výskyt v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2012-2014	42
Graf 2 Porovnání výskytu dekubitů mezi sledovanými odděleními v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2012-2014.....	43
Graf 3 Zhodnocení prevalence dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2012	44
Graf 4 Zhodnocení prevalence dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2013	45
Graf 5 Zhodnocení prevalence dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2014	45
Graf 6 Rozdělení respondentů podle pohlaví	46
Graf 7 Rozdělení respondentů podle odborného zařazení	47
Graf 8 Rozdělení respondentů podle délky odborné praxe.....	47
Graf 9 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	48
Graf 10 Počet studujících respondentů	49
Graf 11 Možnost získávání informací ohledně prevence a ošetřování dekubitů na pracovišti, vyjádření respondentů	50
Graf 12 Zájem respondentů o další vzdělávání, přísun informací o novinkách v prevenci a terapii dekubitů	51
Graf 13 Účast respondentů na odborných školeních, seminářích, konferencích se zaměřením na dekubity	52
Graf 14 Názor respondentů na frekvenci polohování rizikových pacientů	53
Graf 15 Predilekční místa nejvíce ohrožena v poloze na zádech, vyjádření respondentů	54
Graf 16 Odolnost pacientů vůči dekubitům v závislosti na pohlaví, názor respondentů	54
Graf 17 Názor respondentů na používání jednorázových pomůcek pro inkontinentní pacienty u pacientů s rizikem vzniku dekubitů.....	56
Graf 18 Názor respondentů na své znalosti v oblasti prevence vzniku dekubitů	57
Graf 19 Hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta do zařízení, použití hodnotícího modelu	58
Graf 20 Opakování hodnocení rizika vzniku dekubitů během hospitalizace	59

Graf 21 Názor respondentů na důležitost stravy při léčbě dekubitů.....	62
Graf 22 Vyhodnocení názoru respondentů důsledku nedostatečné výživy.....	62
Graf 23 Typy terapie používané při léčbě dekubitů v zařízení	63
Graf 24 Pěnové krytí, znalost respondentů	64

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Plán ošetřování dekubitu	lxxxix
Obrázek 2 Predilekční místa v poloze na boku.....	xciv
Obrázek 3 Predilekční místa v poloze na zádech	xciv
Obrázek 4 Predilekční místa v poloze na břiše.....	xcv

ÚVOD

Dekubity jsou dnes stejně jako v dřívější době stále aktuálním a diskutovatelným problémem v ošetrovatelské péči. Protože se stále zvyšuje délka středního věku a dochází ke „stárnutí populace“, bude toto téma neustále v popředí nejen u zdravotníků, ale i široké laické veřejnosti, zejména u osob starajících se v domácím prostředí o staršího člena rodiny.

S dekubity se ošetrovatelský tým může setkávat na těch pracovištích, kde je poskytována zdravotní péče. Jedná se především o oddělení, kde jsou dlouhodobě nemocní, senioři a pacienti vyžadující následnou péči.

Dekubity vždy byly, jsou a budou závažným problémem. I když žijeme v době, kdy se věda velmi rozvíjí. Máme k dispozici řadu pomůcek, metod a přípravků, které výrazně zkvalitňují péči o pacienta. Prevence je podle mě stavební kámen každého zařízení. Měli bychom si uvědomit, že dekubity jsou nejen velkou zátěží pro samotné nemocné, ale také jejich léčba je finančně náročnější, než předcházení jejich vzniku.

Toto téma jsem si zvolila, neboť mě zajímá problematika a hlavně prevence dekubitů. Setkala jsem se s mnoha pacienty s dekubity. Zabývala jsem se všemi faktory, které ovlivňují vznik dekubitů. U mnoha pacientů jsem zkoušela spoustu preventivních opatření. I přes velkou snahu se několika pacientům dekubit vytvořil, což mě motivovalo, abych se touto problematikou zabývala podrobněji.

V této práci bych chtěla shromáždit informace o tom, co dekubity jsou, kde a u kterých pacientů nejčastěji vznikají. Také se zde zmiňuji o hodnocení rizik vzniku a klasifikaci dekubitů. Dále jsem se zabývala mou nejoblíbenější částí, což je prevence vzniku dekubitů. Prevence dekubitů je nedílnou součástí péče o nemocné, což by si měl uvědomit každý člen ošetrovatelského týmu.

V teoretické části jsem zjišťovala znalosti celého ošetrovatelského týmu o problematice dekubitů a také jsem zmapovala prevalenci dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš.

Masarykovo sanatorium Medi Help spol. s r.o. Dobříš dále také MHD je moderní nestátní zdravotnické zařízení pro léčbu dlouhodobě nemocných. Poskytuje kvalitní doléčení a rehabilitaci po úrazech, operacích i akutních chorobách. Kvalita péče je na vysoké úrovni a zahrnuje široké spektrum poskytovaných služeb. Zdravotní péči zajišťuje tým vysoce kvalifikovaných pracovníků. Preferuje aktivní přístup k léčbě, zahrnující

komplex reálných léčebných postupů, jejichž cílem je zlepšení sebeobsluhy a mobility, zmírnění obtíží a docílení dlouhodobé stabilizace zdravotního stavu.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:

Cíl 1: Shromáždit dohledané publikované základní poznatky o dekubitách.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Porovnat prevalenci dekubitů v letech 2012–2014 v zařízení Medi Help spol. s r.o.

Cíl 2: Zjistit znalosti ošetrovatelského týmu o prevenci a příčinách vzniku dekubitů

Cíl 3: Zjistit znalosti ošetrovatelského týmu o inovačních metodách v prevenci vzniku dekubitů

Vstupní literatura:

1. MIKULA, Jan a Nina Müllerová. 2008. *Prevence dekubitů*. 1 vyd. Praha: Vydavatelství Grada Publishing, a.s., 2008. 96+8 stran barevné přílohy. ISBN 987-80-247-2043-2.
2. KRAJČÍK, Štefan a Eva Bajanová. 2012. *Dekubity: prevencia a liečba v praxi*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2012. 85 s. ISBN 978-80-89171-95-8.
3. KOUŘILOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 76 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
4. GROFOVÁ, Zuzana. 2007. *Nutriční podpora, praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Grada Publishing, a.s., 2007. 240 + 8 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-1868-2.
5. POKORNÁ, Andrea a Romana Mrázová. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Grada Publishing a.s., 2012. 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

Popis rešeršní strategie

Pro vyhledávání odborných publikací, které byly následně použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Trendy a inovační metody v prevenci a ošetřování dekubitů, bylo použito databázi rešeršní služby Národní lékařské knihovny. Jako klíčová slova byla zvolena inovační metody v prevenci dekubitů, inovační metody v ošetřování dekubitů, dekubity v časovém období 2010 až současnost.

1. DEKUBITY

Dekubity: proleženiny, prosezeniny, tlakové rány (léze), vředy

1.1 Definice

V české i zahraniční odborné literatuře najdeme velké množství definic dekubitů. Téměř všechny definice uvádí jako hlavní faktor vzniku dekubitů tlak. Dalším společným znakem jsou rizikové faktory jako imobilita, inkontinence a podobně.

Dekubit je rána, která je vyvolána tlakem. Rozsah dekubitů závisí na vzájemném působení intenzity tlaku, dobou působení, celkovým stavem nemocného, třením a zevními podmínkami.

Dekubitus je považován za závažnou komplikaci vznikající u 10-30 % ležících pacientů. Výrazně zvyšují náklady na léčbu (RONOVSKÁ, 2014).

Pro srovnání uvádím několik výstižných definic: „Dekubity jsou rány vytvořené tlakem. Velikost dekubitu je dána vzájemným působením intenzity tlaku, dobou působení tlaku, celkovým stavem nemocného a zevními podmínkami“ (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008, s. 10).

„Dekubitus je proleženina, která vzniká v důsledku působení patologického tlaku na tzv. predilekční místo.“ (PEJZNOVHOVÁ, 2010, s. 23).

1.2 Historie dekubitů

V prvních zmínkách a zprávách nebyl pojem dekubitus samozřejmě používán, jelikož se vyvíjel postupně. Tlakové vředy byly nejprve označovány jako „Gangraena per decubitus“. Slovo „decumbare“ což znamená „lehnout si“ nebo také „ležet nemocen“. „Gangraena per dekubitus“ také můžeme přeložit jako „hnilobná rána způsobena dlouhodobým ležením“. Z celého pojmu „Gangraena per decubitus“ nakonec vzniklo slovo „dekubitus“ (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2008).

První zmínka o problematice dekubitů sahá do dob starého Egypta. Trpěla jí jedna třicetiletá princezna. Dekubit byl popisován jako neznáma nemoc o velikosti pěsti ruky v sakrální oblasti. K léčbě byla zvolena transplantace kůže, kde byla snaha o co nejrychlejší vykrytí chybějící tkáně. Princezně byla přes ránu aplikovaná vepřová kůže. Po krátkém čase princezna zemřela na reakci z nepřijetí kůže nebo infekci.

Ve středověku je nachází pojem dekubitus pouze v knihách pro lékaře, v učebnicích pro ostatní zdravotnický personál se tento pojem nevyskytoval. Jejich hlavní

otázka byla, proč dekubit vlastně vzniká. Jejich teorie se měnily, ale předpokládali, že hlavní příčiny jsou tlak, nečistota a obrna nervů, která vedla k poruše zásobení tkání krví (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2008).

V 19. století je již známo, že dekubitus začíná v kůži a postupně se rozšiřuje do hloubky, až v konečném stádiu postihuje i kost. Mezi příčiny vzniku již řadili kromě tlaku a nečistoty i teplotu, špatnou výživu, respirační onemocnění a diabetes mellitus.

Pohled na dekubitus začíná být ucelený. Do profylaktických opatření patřily: častá péče o čistotu a suchost kůže, důkladná hygiena lůžka, čisté oblečení a důraz na polohování pacienta.

Prevence proleženin patří k nejstarším preventivním metodám v kompetenci zdravotní sestry. O prevenci a dekubitech se můžeme dočíst již v první učebnici ošetřovatelství Kniha o ošetřování nemocných od Florenc Nightingelové (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

V období po 2. světové válce zaznamenali zdravotníci úspěchy v léčbě při použití Strykerova rámu (tzv. Cicle bed), ten byl původně určen k léčbě poranění páteře a hlavy. Strykerův rám byla konstrukce, ve které byl pacient připoután. Pacient byl v rámu mechanicky otáčen, aby tlak těla na podložku byl lépe rozložen. Tato metoda ale nebyla dostupná všem pacientům, a tak byli ostatní nemocní otáčeni a polohováni sestrami (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2008).

Již v 60. letech v USA se rozmohla výroba prvních polohovacích postelí, které se do Evropy dostaly až v polovině 70. let. Dalších několik let trvalo, než se používání polohovacích postelí rozšířilo.

Nejvýznamnějším pomocníkem v prevenci vzniku dekubitů jsou matrace. V 90. letech se začaly vyrábět první aktivní matrace, které zlepšují rozložení tlaku těla na podložce (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2008).

Velkým pomocníkem také bylo zavedení standardů kvality ošetrovatelské péče. Důraz je také kladen na edukaci pacienta a rodiny, která může také pozitivně působit na prevenci vzniku dekubitů (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

Florence Nightingelová ve svém díle Kniha o ošetřování nemocných z roku 1860 píše: „*Nutno připomenout, že v případech, kde jest se obávat, aby nemocný se neproležel, nesmíme jej nikdy nechat ležet na peřině nebo na jiné příliš měkké podložce, neboť vlhkost a teplo v nich se zadržující působí někdy jako vlhký obkládek. V takových případech slouží nám velmi dobře měkká jelení kůže, kterou prostíráme na žiňovky pod prostěradlo*“ (STAŇKOVÁ, 2003 s. 58-59).

2. MECHANISMUS VZNIKU DEKUBITŮ

Zamyslíme-li se nad předchozími definicemi, je zřejmé, že mechanismus vzniku dekubitů je podmíněn mnoha vlivy. Při jejich vzájemném působení a prolínání dochází k poškození tkáně vedoucímu k určitému stupni poškození, až k případné nekróze tkáně. Působením dlouhodobého tlaku dochází ke stlačení cév a k oblenění toku krve v tepénkách a venostáze v kapilárách. Následkem tohoto dochází k nedostatečnému transportu odpadních látek. Hromadění kyselých odpadních produktů ve tkáních vede u zdravého člověka k reflexní změně polohy a následnému odlehčení zatížené tkáně. Během tohoto dochází k dilataci cév a opětovnému prokrvení tkáně. Na kůži se projeví jako zarudnutí. Doba této fáze je asi dvěma třetinami doby trvání zatížení tkáně. U vážně nemocných, starých lidí, či u pacientů s postižením pohybového aparátu, je často tento reflexní děj snížen, či zcela zaniká. Následkem je postupné odumírání nervových i tkáňových buněk. Dochází k přestupu tekutin a bílkovin do tkání, následovaný edémem a erytémem s případnou tvorbou puchýřů (CSISKO, 2014).

Shrňme-li celý tento proces, vychází nám, že ke vzniku dekubitu je třeba působení tlaku tak dlouho, až dojde k uzavření cév vystavených tlaku, vyčerpání kyslíku ve tkáni a nahromadění odpadních látek, k vyčerpání výživných i kompenzačních látek a následnému rozvoji nekrózy.

2.1 Vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů

Vlivem anatomické stavby tkání jsou některé tkáně odolnější vůči tlaku a jiné méně. Kůže s vazivem patří mezi odolnější měkké tkáně, méně odolné je svalstvo a nejnáchylnější k poškození je tuková tkáň (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

Pohlaví

Jelikož mají ženy silnější tukovou vrstvu, jsou náchylnější na rozdíl od mužů ke vzniku dekubitů (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

Odolnost tkání na tlak

Odolnost tkání na tlak závisí mimo jiné také na metabolickém stavu pacienta. Mezi hlavní nepříznivé faktory řadíme anémii s hypoxií, edémy tkání, snížený obsah bílkovin ve tkáních, dehydrataci a metabolický rozvrat z ostatních příčin. Při poruše nervových funkcí periferních, nebo centrálních se snižuje odolnost na tlak velmi výrazně,

zvláště v rané fázi vzniku poruchy. Zejména sem řadíme poruchy mozkové činnosti a míšní léze (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

Věk

U starých lidí je větší riziko vzniku dekubitů, jelikož mají sníženou elasticitu kůže. Kůže je suchá, křehká a snáze dojde k poranění. Starší lidé mají méně prokrvenou pokožku, což snižuje možnost hojení (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

Tělesná hmotnost

Každé odchýlení od optimální hmotnosti s sebou nese výrazně zvýšené riziko vzniku dekubitu. U pacientů s nízkým BMI hrozí riziko vzniku dekubitů vlivem nízké vrstvy podkožního tuku, chránícího další vrstvy před negativním působením tlaku. U obézních pacientů s vyšším BMI je riziko z důvodu zhoršené pohyblivosti a obtížné manipulace s pacientem. Tito pacienti obvykle trpí poruchou krevního oběhu, a vlivem nesprávných stravovacích návyků. Vlivem obezity a četných kožních záhybů je zhoršena také osobní hygiena pacienta a péče o kůži (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

Cévní faktory

Při jakékoliv poruše objemu, či toku cirkulující krve dochází ke snížení odolnosti kůže. „Šok, zahrnující periferní cévní selhání vytváří vážné nebezpečí vzniku dekubitů. Přeplnění žil, aterosklerotické změny a cévní poruchy způsobené kouřením k tomu přispívají“ (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008, s. 15).

Mobilita

Každý zdravý člověk neustále provádí několik spontánních pohybů, tím dochází ke snižování tlaku na podložku. Při ztrátě vědomí, anestezii, poškození mozku nebo nervů a ochrnutí, je tato spontánnost omezená nebo zaniklá, takže může docházet ke vzniku dekubitů (SCHULER, OSTER, 2010).

Výživa

Vliv stavu výživy a na vznik rizika dekubitů je nesporný. Nedostatečná výživa u pacienta vždy nesouvisí s vyhublostí, či nezdravým vzhledem. Často se setkáváme s pacienty, kteří působí dojmem, že mají nadváhu a jsou dobře živeni. U těchto pacientů bývá však problém ve skrytém deficitu výživy, protože mívají nedostatek bílkovin ve stravě. Tím není zajištěno potřebné množství bílkovin pro regeneraci tkání. Nedostatečný přísun vitamínů, především vitamínu C, nedostatek stopových prvků,

především zinku a hypoproteinémie vede k úbytku svalové hmoty, svalové síly a zvyšuje vnímavost organismu vůči infekcím a oslabuje buněčnou imunitu. Veškeré malnutriční stavy a některá metabolická onemocnění způsobují sníženou regenerační schopnost tkání a kůže (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

Hydratace

Vlivem dehydratace dochází ke snižování kožního napětí (turgoru) a tvorbě kožních řas. Kůže ztrácí elasticitu, je přesušená a náchylná k poranění. Snadno dochází k poruše integrity kůže, tvorbou drobných trhlinek a snadnějšímu vstupu infekce.

Při hyperhydrataci dochází ke zvýšení kožního napětí, otokům a také k poruše integrity kůže (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

Inkontinence

Inkontinence neboli nekontrolovatelný únik moči, či stolice vede k poškození kůže a dochází k její maceraci. Kontinuálně vlhké prádlo zvyšuje v postižené oblasti tření. Působením kyselin a zásad ve stolici dochází k poškozování povrchové vrstvy kůže, lze říci, že dochází k povrchové spálenině působením chemických vlivů a tím zvýšené vnímavosti vůči infekcím. Za těchto podmínek, při porušení integrity kůže, vzniká kožní defekt a dochází k pravděpodobnému zavlečení infekce do rány (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

Změny zdravotního stavu

Vznik dekubitů může ovlivnit akutní onemocnění, či úraz. Pacienti s poruchou mozkové činnosti, u kterých je snižena, nebo zcela zaniká schopnost pacienta postarat se o své potřeby, zvláště reakce na potřebu změny polohy, pacienti po cévních mozkových příhodách a iktech mají omezené vnímání podnětů na postižené straně, nebo dochází k úplnému vymezení schopnosti vnímat podněty v postižené oblasti. Nejsou schopni uvědomit si potřebu změny polohy. Imobilní pacient je zcela závislý na pomoci ostatních. Je tedy ohrožen rizikem vzniku dekubitů vlivem tření při polohování a mobilizaci pacienta (SCHULER, OSTER, 2010).

Vlivem podávaných léků může riziko vzniku dekubitů stoupat. Podáváním sedativ a analgetik klesá pocit potřeby změny polohy těla. Steroidy omezují syntézu proteinů a snižují schopnosti hojení pokožky. Na vzniku dekubitů se mohou podílet i přiložené ortézy a sádrové fixace, jsou-li příliš těsné, špatná ošetřovatelská péče, stres a omezovací (ONDŘIOVÁ, FERTAĽOVÁ, 2013).

2.2 Zevní faktory ovlivňující vznik dekubitů

Zevní podmínky mají při vzniku dekubitů velmi důležitou roli. Způsobují vznik dekubitů vlivem mechanického poškození celistvosti kůže (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

Chemické vlivy

Působením stolice, moči a potu se narušují povrchové vrstvy kůže, a tím se vyvíjí její macerace. Takto porušená kůže je méně odolná vůči infekci a hůře odolává mechanickým útokům (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

Střížné síly

Střížná síla je spojení tlaku a tření, které vede k deformaci tkání. Střížné síly jsou především uplatňovány při sedu, díky působením gravitace dochází ke tření mezi kůží a podložkou. Také v případě nesprávné manipulace s pacientem, kdy je pacient smýkán po podložce, nikoliv nadzvednut nad matraci, dochází ke tření pokožky o podložku. Střížné síly se vyskytují i u sedících klientů. Vlivem působení střížné síly dochází k natahování cév a zhoršení průtoku krve, eventuálně se cévy trhají, praskají a dochází k mikro krvácení do tkání, podkoží a k ischemii poškozené tkáně (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2008).

Tření

Ke tření dochází pomalým posouváním po podložce tzv. klouzáním. Třením o podložku dochází k poškozování povrchové vrstvy kůže a tím klesá její obranná schopnost a významně stoupá riziko vzniku infekce. Tření je také zvyšováno v přítomnosti vlhkosti a v teple (PLEVOVÁ, SLOWIK, 2008).

Dlouhodobý tlak

Jedním z nejdůležitějších faktorů podílejících se na vzniku proleženin je dlouhodobý tlak, který působí na tkáně a snižuje jejich zásobení živinami a kyslíkem. Intenzita působícího tlaku záleží hlavně na hmotnosti nemocného. Pokud má pacient nadváhu nebo trpí obezitou, je tlak, kterým jeho tělo působí na podložku větší, než u pacientů kachektických. Ale neznamená to, že pacient s nižší hmotností nemůže trpět tvorbou proleženin. Tlak se nejvíce soustřeďuje v predilekčních místech (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

3. STÁDIA A KLASIFIKACE DEKUBITŮ

Klasifikace dekubitů slouží ke zhodnocení rozvoje dekubitu a určení jeho stupně. Setkáváme se s několika klasifikacemi od různých autorů.

Nejčastěji používané klasifikace pro hodnocení dekubitů jsou tyto:

- **Vývoj dekubitů podle Válka:**

I. stupeň - Erytém - tlakové léze bez poškození kůže

Tento stupeň představuje reverzibilní změny. Prvním příznakem bývá mírný otok, jemné zarudnutí a zduření postižené části na pohmat. Může být také přítomná drsná olupující se kůže. Tyto změny jsou vratné, avšak vlivem tlaku mohou zůstat trvalé změny na podkoží. Při tlaku prstu toto místo zbledne, to znamená, že je zde zachovaný krevní návrat (RIEBELOVÁ A KOL., 2000).

II. stupeň - Puchýř - tlaková léze s částečným poškozením

Tento stupeň představuje nereverzibilní změny jako je nekróza podkoží a tuku. Dekubitus je stále povrchový a může se projevovat jako puchýř nebo mělký důlek. Postižená oblast je oteklá, zatvrdlá vlivem zmnožení vaziva a bledá. Při zmáčknutí pokožky prstem se neobjeví kapilární návrat. Dochází zde primárně k poškození podkoží i s částí cév vyživujících kůži, a proto lze očekávat její druhotné odumírání (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

III. stupeň - Nekróza kůže s demarkačním zánětlivým lemem

U tohoto stupně dekubitu můžeme vidět nekrózu tkáně s úplnou ztrátou kožního krytu, a proto rána může připomínat kráter. Dekubitus je kryt suchou černou nektrózou nebo rozbředlou nekrotickou tkání. Rána zasahuje do podkoží a může se rozšířit až na fascii. Na místě odumřelých tkání vznikají vředy se široce podmínovanými okraji, jejichž spodina je tvořena kostním podkladem. V této fázi je možné spontánní zhojení, ale to může trvat několik měsíců, možná i několik let. Po zhojení vzniká tenká jizva, která přiléhá těsně na kost (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

IV. stupeň - Tvorba různě hlubokých, rozsáhlých a infikovaných dekubitů

Posledním stupněm dekubitu je rozsáhlá destrukce a nekróza tkáně nebo poškození svalů, kostí, šlach a kloubních pouzder. Spontánní zhojení dekubitu 4. stupně

není již možné, a tak se téměř vždy přistupuje k operačnímu řešení (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

- **Danielova klasifikace dekubitů:**

I. zarudnutí kůže

II. povrchní kožní vředy

III. nekróza podkožního tuku

IV. postižení všech hlubších struktur kromě kostí

V. rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, sekvestrace kostí nebo destrukce kloubů

(MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008)

3.1 Predilekční místa vzniku dekubitů

Predilekční místa pro vznik dekubitů jsou oblasti na lidském těle, které jsou nejnáchylnější ke vzniku dekubitů. Dekubity nejčastěji vznikají v místech kostních vyvýšenin, tj. v místech, kde je slabá tuková a svalová vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí (RIEBELOVÁ A KOL., 2000).

Predilekční místa při poloze na zádech

Při poloze na zádech, na rovné podložce, případně s podložením hlavy jsou tlakem nejvíce zatěžována místa kosti patní a sakrální oblast a v neposlední řadě také trn 7. krčního obratle. Dále jsou rizikovými oblastmi klouby loketní, hřbety lopatek a kost týlní. V polosedě přibývá také navíc působení střížné síly, tedy kombinace působení tlaku a tření, která se nejvíce soustřeďuje do oblastí kosti křížové (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

Predilekční místa při poloze na boku

Při poloze na boku bývají nejvíce ohroženy oblastí kotníků, hřebenů kostí kyčelních a zvláště oblasti kyčelního kloubu. Dalšími predilekčními místy jsou kolenní klouby, ramenní klouby, palce u nohou, kost spánková a ucho (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

Predilekční místa při poloze na břiše

Tato poloha nebývá využívána příliš často, ale je vhodné se zmínit o predilekčních místech, která jsou ohrožena při této poloze. Největší tlak zde působí na palce, kolena a hlavně na hřebeny kostí kyčelních. Dále také na lící kosti, ucho, případně čelo (záleží na otočení hlavy), (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

4. TRENDY A INOVAČNÍ METODY V PREVENCI DEKUBITŮ

Preventivní opatření proti vzniku dekubitů

Kvalitní organizace ošetrovatelské péče má klíčový vliv v prevenci dekubitů. Vytvořením standardů ošetrovatelské péče se výrazně zlepšuje a zkvalitňuje péče o pacienty s rizikem vzniku dekubitů, ale i péče o pacienty s dekubitem. Díky pravidelnému sledování a vyhodnocování výskytu dekubitů významně klesá jejich výskyt u pacientů. Vyhledáváním pacientů s rizikem vzniku dekubitů pomocí použití hodnotících škál, dochází k významnému poklesu vzniku nebo rozvoje dekubitů (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů existuje řada stupnic. V zahraniční literatuře je popsáno sedmnáct hodnotících škál, nejpoužívanější jsou podle Nortonové, Bradenové či Walterowa. V České republice je nejpoužívanější škála dle Nortonové. „Hodnotící škály umožňují zavést u rizikových nemocných včas preventivní opatření, ale ať už se použije jakákoliv hodnotící škála, nejdůležitější je věnovat ohroženým pacientům maximální ošetrovatelskou péči“ (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008, s. 19).

Výživa

Výživa je řazena mezi základní lidské potřeby a v prevenci dekubitů má výživa významný vliv.

Při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení zhodnotí sestra v rámci ošetrovatelské příjmové dokumentace nutriční stav pacienta. Úkolem sestry je identifikovat případné odchylky ve stravování a výživě pacienta tj. Nutriční screening. Obsahuje údaje o výšce a hmotnosti, jeho BMI. U pacientů v nutričním riziku zajistí sestra konzultaci nutričního terapeuta (GROFOVÁ, 2007).

Hygienická péče

Hygienickou péčí minimalizujeme působení nepříznivých chemických vlivů na pokožku. Jedná se především o eliminaci nepříznivých vlivů moči, stolice, potu, vaginálního sekretu a infekce způsobené již zmíněnými faktory. V péči o pacienta to znamená úzkostlivou čistotu v okolí pacienta. Doporučuje se častá výměna osobního prádla i lůžkovin. Koupele, sprchování a oplachování mají zvláštní význam

u inkontinentních pacientů a u pacientů, kteří již dekubit mají. V tomto případě jsou naprosto nepřipustné neprodyšné papírové pleny a jednorázové podložky. Nezbytné je zachování přístupu vzduchu. U obézních pacientů klademe velký důraz na vysušení všech záhybů a převisů kůže. Abychom mohli správně pečovat o kůži klienta, musíme také správně provést analýzu stavu kůže klienta (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

Posuzujeme:

- jaký typ kůže klient má (normální, suchou, mastnou),
- jaký typ kůže zde dominuje (můžeme mít klienta s různými typy kůže, např. na zádech má kůži mastnou a na nohách kůži suchou),
- jaký je celkový stav kůže,
- jsou-li na kůži viditelné změny zabarvení (zarudnutí, bledost...),
- jaký je kožní turgor,
- zda je kůže vysušená,
- jsou-li viditelná poranění kůže,
- zda je kůže zpocená, teplá, studená, narušená termoregulace,
- jsou-li na kůži pozorovatelné poruchy prokrvení,
- jsou-li na kůži vidět patologické změny (vyrážka, vředy...),
- jsou-li na kůži puchýře, bradavice, jizvy, modřiny,
- zda je kůže klienta přecitlivělá, trpí alergiemi,
- jak se o pokožku stará klient v domácím prostředí, jaké používá prostředky (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

Pomůcky aplikované na kůži

Odolnost kůže podporujeme použitím ochranných past, krémů a kafrových přípravků, kterých je na našem trhu nepřehledné množství. Počínající dekubity nikdy nemasírujeme. Predilekční místa je možné preventivně krýt par propustným obvazovým materiálem (HARTMANN – RICO, 2014).

Ochranné krémy

Jsou důležitou složkou prevence dekubitů. Nejčastěji používané jsou s obsahem zinku. Důležitá je také snadná aplikace, některé výrobky jsou příliš tuhé. Někdy jsou tyto prostředky využívány jako bariérové, potíže ovšem nastává v situaci, kdy potřebujete pravidelně pokožku sledovat (HARTMANN, RICO, 2014).

Ošetřující oleje

K promaštění pokožky je dobré použít také oleje, pokud možno bez parfemace a konzervantů, aby je snesla i citlivá pokožka. Olej napomáhá lepšímu klouzání pokožky po podložce a tím snižuje efekt tření (HARTMANN-RICO, 2014)

Hygiena zabraňující infekci a nadbytečné tvorbě potu

Při této metodě je využívána šalvěj lékařská. Má dezinfekční charakter a zabraňuje nadbytečné tvorbě potu. Tři lžíce šalvějových lístků se zalijí 1 litrem vřelé vody a nechají se 5 minut vyluhovat. Poté scedíme a přidáme k 4 litrům čisté studené vody o teplotě 20 – 22 °C. Smícháním studené a teplé vody se pak docílí teploty 28°C, která je vhodná k hygieně (KADLECOVÁ, 2000).

Lůžko

Lůžko musí být čisté, suché a napnuté. Důležité je chránit pacienta před drobnými oděrkami, které mohou vznikat při přesunu na toaletu, na vozík, do vany, ale i možným pádem pacienta. Je možné sem zařadit i poranění vzniklé ponecháním podložní mísy po nepřiměřenou dlouhou dobu (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

Inkontinence

Řešení inkontinence je velmi důležité. Rozdělujeme inkontinenci moči. Častým řešením močové inkontinence bývá zavedení permanentního močového katétru, který ale inkontinenci vůbec neřeší, ale při odstranění cévky ji naopak ještě zhoršuje. Při používání plenkových kalhotek při celkové inkontinenci musíme dbát o jejich časté měnění a dokonalou hygienu v této oblasti, kde vznikají často opruzeniny a vznikají častěji proleženiny v oblasti kosti křížové (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

Polohování

Nejdůležitější pro prevenci dlouhodobého tlaku, který působí na tkáň je polohování. Častá manipulace s pacientem na lůžku má velmi účinný vliv v boji proti vzniku proleženin.

Polohování by mělo být dobře naplánováno a dokumentováno. Vhodné je například zavedení tzv. polohovacích hodin, kde je graficky znázorněno, ve kterou denní či noční hodinu má být pacient napolohován, a na kterou polohu a stranu. Střídáme pravý a levý bok, leh na zádech a případně, pokud to pacientův zdravotní stav dovolí, můžeme zkusit i sed v křesle nebo na lůžku s opěrkami a bezpečným zajištěním proti pádu (ČOK, 2014).

Polohy pacienta bychom měli měnit v pravidelných časových odstupech, nejčastěji využíván bývá dvouhodinový interval. V noci, abychom nemocnému zajistili dobrý odpočinek, je možné protáhnout tento interval na 3 hodiny. Ale pokud je pacientův zdravotní stav zhoršený, je lepší i přes noc polohovat častěji (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

Při špatném zdravotním stavu, při kterém by proleženiny mohly vzniknout i po kratší době, je lepší si polohování naplánovat v kratších intervalech (ČOK, 2014).

Vícevrstvé silikonové krytí pat

Tento krycí materiál je tvořen z pěti vrstev silikonu. Lékaři z australského Melbourne zkoumali účinnost této pomůcky. Při výzkumu zjistili, že při aplikaci této pomůcky nepohyblivým pacientům se vznik dekubitů na patách výrazně snížil. Pětivrstvé silikonové krytí účinně přerozděluje tlak a brání střížným silám v oblasti paty (HARTMANN – RICO, 2014).

Antidekubitní pomůcky

V dnešní době je na trhu mnoho pomůcek k prevenci vzniku dekubitů. Liší se od sebe tvarem, materiálem, ze kterého jsou vyrobeny a cenou.

Antidekubitní pomůcky jsou speciální zdravotní výrobky pro dlouhodobě ležící pacienty, u kterých hrozí vznik dekubitů, nebo již dekubity trpí. Díky speciálnímu provedení a odlehčování predilekčních míst lze dekubitům předcházet až v 95 % případů (ČOK, 2014).

Pomůcky můžeme dělit podle:

- tvaru (klíny, hranoly, válce),
- materiálu uvnitř pomůcky,

V dnešní době se vyrábí pomůcky s různými druhy výplně:

- Pěnové – speciální molitan, pěna, pěna s pamětí,
 - Dutá vlákna,
 - Gelové – jedná se o speciální gel, který je měkčí a tužší konzistence,
 - Pudrové – obsahují speciální pudr uvnitř omyvatelného obalu,
 - Perličkové – jsou to pomůcky plněné polystyrénovými perličkami,
- typy obalu: obal může být látkový, který se čistí praním nebo může být omyvatelný, na který používáme méně agresivní čisticí prostředky (HARTMANN – RICO, 2014).

•**Antidekubitní sedáky**

- váha se rozkládá rovnoměrně po celé sedací partii,
- sedák lze použít na vozíku pro invalidy i na židli,

•**Antidekubitní patní botička**

- botička je určena k odlehčení končetiny u ležících pacientů,
- zamezuje vzniku dekubitů na patách a je hřejivá,

•**Kolo pod nemocné**

- molitanové kolo pod nemocné,
- vhodné na sezení na židli (HARTMANN - RICO, 2014)

•**Antidekubitní podložka loketní**

- podložka slouží k odlehčení lokte od podložky,

•**Antidekubitní podložka patní**

- slouží k odlehčení pat,

•**Mezi kolenní klín**

- je určen jako prevence otlaků kolenních kloubů,

•**Antidekubitní podložka Dekuba**

- pletená antidekubitní podložka,
- koncipované pro přímý styk s pokožkou,

•**Antidekubitní podkládací klín**

•**Antidekubitní válec**

•**Antidekubitní půlválec**

•**Podložka z paměťové pěny pod nohy**

- je možné použít mezi nohy, nebo jako podporu kotníku,
- zmírňuje tlak na boky, kolena, kotníky a klouby,
- uvolňuje napětí a zlepšuje krevní oběh,

•**Anatomický polštář z paměťové pěny**

- paměťová pěna a vysokou hustotou, formuje se podle postavy,

- paměťová pěna citlivě reaguje na tělesné teplo a hmotnost,

Antidekubitní matrace a lůžka

U vysoce rizikových pacientů jsou potřebná speciální lůžka. Vhodné jsou takové prostředky k prevenci a léčbě dekubitů, které umožní pokles perfúzního tlaku v kapilárách pod 45 mmHg (ČOK, 2014).

Antidekubitní lůžka

Speciálně konstruované lůžka jsou velmi nákladná a používají se pouze na speciálních zdravotnických pracovištích. Jedná se o lůžka, která snižují hodnotu tlaku pod úroveň, kdy se začíná blokovat přítok krve do kapilár a cév (ČOK, 2014).

1. Lůžka s mírným únikem vzduchu – povrch postele tvoří větší počet nafukovaných válců, které jsou připevněny na rám postele. Tlak ve válcích může nebo nemusí být regulovatelný. Část vzduchu uniká povrchem postele, tato malá ztráta vzduchu slouží k podpoře pohodlí pacienta a pomáhá redukovat vlhkost a teplo. Lůžko je chladnější, podstatně lehčí a mobilnější než postel „s proudícím vzduchem“. Lůžko má nepromokavý obal a vyznačuje se 3x vyšší účinností léčby dekubitů, než poskytují lůžka s běžnou molitanovou matrací.

2. Lůžka s proudícím vzduchem – místo klasické matrace je v lůžku vana, která obsahuje velmi jemné keramické kuličky v polyesterovém obalu, na kterém leží pacient. Kompresor vhání vzduch mezi kuličky, a tak je provzdušňuje. To způsobuje, že se kuličky chovají jako tekutina. Teplota vzduchu je regulována tak, aby byl pacient v teple a pohodlí. Od kuliček je pacient oddělen propustným povlakem. Tato lůžka zaručují velmi nízkou úroveň tlaku působícího na tělo pacienta a velmi nízké působení střižných sil. Postel je stále teplá, je ohřívána cirkulujícím teplým vzduchem. Může mít i nežádoucí účinky, kdy vlivem silného proudu vzduchu, dochází odpařováním k dehydrataci a k nerovnováze elektrolytů ve vnitřním prostředí organismu (ČOK, 2014).

Polohovací lůžka

Lůžka jsou vhodná nejen pro polohování pacientů z hlediska prevence dekubitů a usnadnění běžných denních činností (jídlo, práce), ale i k zajištění lepšího přístupu terapeuta nebo ošetřovatele. Měla by být vybavena hrazdou, popř. žebříčkem a nastavitelnými bezpečnostními postranicemi (ČOK, 2014).

Antidekubitní matrace

Práci ošetrovatelského personálu dnes usnadňují různé druhy antidekubitních matrací. Matrace umožňují rozložení tlaku na větší plochu. Také dochází k odlehčení tlakem namáhaných oblastí. Tím se prodlužuje interval mezi změnami poloh (ČOK, 2014).

Matrace můžeme podle způsobu použití rozdělit na matrace přídavné a nahrazovací. Matrace přídavné se umisťují na standardní lůžkové matrace. Nejčastější jsou pěnové matrace, dále pak matrace se statickým vzduchem, s alternujícím vzduchem, se zařízením s malým únikem vzduchu. Méně časté jsou matrace gelové nebo vodní. Nahrazovací matrace nám nahrazují normální matraci a snižují tlak na riziková místa. Mohou být pasivní (bez kompresoru) nebo aktivní (s kompresorem). Jejich konstrukce je podobná jako u přídavných matrací. Nahrazovací matrace mohou být položeny přímo na postel pacienta a mohou tlak snižovat i odstraňovat. Mají výšku větší než 12cm (15–25 cm). Materiál povrchu matrace snižuje tření a sřížné síly (ČOK, 2014).

Pasivní, statické antidekubitní matrace

Jsou vyrobené z polyuretanové pěny, jsou indikovány u pacientů s nízkým rizikem vzniku dekubitů.

Principem pasivních antidekubitních matrací je zajištění co nejdokonalejšího rozložení váhy pacienta. Pokud je váha optimálně rozložena, nedochází k velkému utlačování tkání ani v místech nejčastějšího výskytu dekubitů (sakrum, paty, lopatky).

Žádná pasivní matrace není schopna zabránit vzniku dekubitů u rizikových pacientů. Matrace ale může prodloužit intervaly polohování, omezit maceraci pokožky a může zlepšit komfort pacienta při dlouhodobém pobytu na lůžku (ČOK, 2014).

Prořezané jádro je typické pro pasivní matrace. Vhodný tvar jádra zvyšuje měkkost matrace, zlepšuje prodyšnost a umožňuje pohyb vzduchu v matraci. Matrace může být různě prořezána podle jednotlivých segmentů např. hlava, tělo a paty, kdy oblast pod hlavou a patami je sestavena ze tří pěn o různé hustotě a tvrdosti. Střed matrace vyplňuje pěna s velkou roznášecí schopností, která efektivně rozkládá váhu těla.

Další součástí pasivních matrací je kvalitní potah. Měl by být voděodolný. Potah by měl umožňovat prostup vodních par a tím pomáhat snižovat vlhkost pokožky (ČOK, 2014).

Typy pasivních matrací

Pasivní matrace můžeme podle materiálu rozdělit na pěnové, gelové, vodní a vzduchové.

1. Pěnové matrace – tyto matrace jsou nejčastěji používané. Mají ale omezenou životnost a omezený rozsah snížení tlaku. Účinnost matrace určuje výška matrace, hustota pěny, tuhost. Matrace do výšky 8 cm tlak nesnižují, mohou se použít pro zvýšené pohodlí pacienta. Lepší snížení tlaku nabízejí matrace vysoké 8–12 cm, ale závisí to také na vlastnostech použité pěny. Nejčastěji jsou vyrobeny z polyuretanové pěny různé hustoty (ČOK, 2014).

2. Gelové matrace – jádro matrace tvoří vysoce přizpůsobivý gel, který je schopen kopírovat tvar lidské postavy.

3. Vodní matrace – princip je stejný jako u gelových matrací. Tvoří je několik oddělených nebo částečně propojených segmentů, naplněných vodou.

4. Vzduchové matrace – u těchto matrací dochází k přepouštění vzduchu do jednotlivých částí matrace v reakci na pohyb pacienta. Matrace dobře rozkládají hmotnost, jsou lehké a pohodlné (ČOK, 2014).

Aktivní (dynamické) matrace

Funkcí aktivních matrací je střídavé odlehčování jednotlivých partií těla, které jsou v kontaktu s podložkou. Funkcí je také maximální rozložení hmotnosti pacienta díky větší tloušťce aktivních matrací.

Matrace mají různý tvar, různé funkce kompresoru a další vlastnosti usnadňující práci ošetřujícímu personálu. Většina matrací je vybavena funkcí rychlého vypouštění matrace v případě resuscitace. Umožňují volbu dynamického nebo statického režimu. Jsou také vybaveny akustickým alarmem pro náhlý pokles tlaku (poškození), funkcí napuštění matrace na maximum během ošetřování pacienta. Na ovládacím panelu si můžeme nastavit stupeň tlakování, někdy také čas pro střídání tlaku komor.

Některé matrace nám můžou nahrazovat také částečně polohování naklápěním. Dochází ke střídavému tlakování speciálních komor v podélné ose lůžka na levou a pravou stranu do maximálního úhlu náklonu 30 stupňů. Intervaly v naklápění jsou v řádu několika minut. Celý proces naklápění je pomalý a šetrný (ČOK, 2014).

Typy aktivních matrací

1. Matrace s alternující funkcí – matrace jsou obvykle složeny z několika skupin segmentů plněných vzduchem, které jsou střídavě napouštěny a vypouštěny. Tím dochází k neustále se opakující výměně míst podepření těla pacienta.

2. Matrace s Low Air Loss systémem –

rozdíl od alternujících matrací je v použití segmentů s drobnými perforacemi, přes které neustále proudí vzduch pod tělo pacienta. Tím je umožněno jak vysoce efektivní rozložení váhy pacienta, tak také tepelné regulace a osušování pokožky pacienta (ČOK, 2014).

Polohování

Používáme molitanové věnečky k podložení pat a válce k podložení kolenou v poloze na zádech. Pro prevenci dekubitů v oblasti pat, které nejčastěji vznikají v poloze na zádech, se velmi osvědčují tzv. „patičky“, které se zapínají se na suchý zip a obepínají pacientův kotník. Tlak je tak rozložen do více bodů a máme jistotu, že pata bude i při pohybech nohou na svém místě. Různě velké molitanové klíny používáme pro zapření pacientových zad při poloze na boku, nebo pro podložení jednotlivých končetin. Molitanové polohovací pomůcky bývají z omyvatelného materiálu, takže jsou hygienické a pro více použití a není je nutné před použitím celé obalit. Jen při styku s pokožkou mohou působit v tomto místě zvýšeným pocením. Je proto vhodné tomu předejít tak, že mezi pacienta a pomůcku vložíme podložku. Pro podložení oblasti kosti křížové můžeme používat gumové nafukovací kolo obalené do povlečení. Ale pokud má nemocný již vzniklý dekubitus v této oblasti, není příliš dobré jej nechávat v poloze na zádech příliš často. Ovšem pokud jsou dekubity přítomny i v oblasti kosti kyčelní, pak se této poloze nevyhneme. Měli bychom také věnovat pozornost poloze dolních i horních končetin, aby zbytečně nevznikaly kontraktury. Těm bychom také měli předcházet rehabilitačním pasivním, a pokud možno aktivním cvičením. Při nedostatku polohovacích pomůcek můžeme improvizovat použitím například polštářů nebo složeného ložního prádla. Na prvním místě je vždy pacient, kterému musíme zajistit stabilní a pohodlnou polohu, zamezit tak rozvoji komplikací a přispívat k dřívějšímu uzdravení (ČOK, 2014).

Rehabilitace

Důležitou součástí prevence dekubitů je rehabilitace. Ta má za úkol podporovat návrat hybnosti a obnovit soběstačnost. S rehabilitací se začíná co nejdříve. Rehabilitace

je individuální, aby nedošlo nevhodným způsobem nebo intenzitou k poškození pacienta (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

Normalizace celkového stavu

Důležitá je kontrola laboratorních výsledků a dalších vyšetření, kdy lékař hodnotí celkový stav nemocného, a ordinuje léčbu. Nejčastěji se jedná o srdeční kompenzaci, korekci anémie, hypoproteinémie, rovnováhy vnitřního prostředí, diabetu, léčbu infekce (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

Pacienti a rodina

Součástí managementu dekubitů by mělo být informování pacienta a rodiny o riziku vzniku dekubitů a o učiněných opatřeních. Každý rizikový pacient by měl být obeznámen se základními preventivními opatřeními (EPUAP, 2014).

Sestra edukuje o:

- 1) rizikových faktorů a příčinách vzniku dekubitů,
- 2) co vlastně dekubitus je a jak se projevuje, popřípadě stádia dekubitů,
- 3) predilekčních místech vzniku dekubitů,
- 4) významu sledování a posouzení stavu kůže,
- 5) preventivních opatření přes den a noc,
- 6) souvislosti mezi pohybem a imobilitou, možnostech polohování, pomůckách snižujících výskyt dekubitů (EPUAP, 2014)

5. TRENDY A INOVAČNÍ METODY V OŠETŘOVÁNÍ DEKUBITŮ

„Pokud se dostaví proleženina, musí se zanechat omývání octem, studenou vodou atd., neboť způsobují bolesti. Koná se opatrné omývání vodou olovnatou, přikládá se olovnatý flastr, mast olovnatá, zinková, tanninová. Někdy se osvědčí hojné zasypávání bolavého místa rýžovou moučkou – zabraňuje přilepování na podložce a tření kůže. Při povrchních proleženinách může valně též prospěti lehoučké potření pekelným kamínkem, které způsobuje někdy od začátku po několik hodin prudkou bolest palčivou, za kterou bude však nemocný odměněn pokojem a bezbolestností druhého dne“ Billroth, 1902 (STAŇKOVÁ, 2003 s. 58).

Terapie závisí na zamezení tlaku, odstranění nekrózy, boji proti infekci, obvazování rány a minimalizaci rizikových faktorů. Při léčbě se musí nejprve řešit zlepšení celkového stavu, tedy léčba základního onemocnění. U každého vytvořeného dekubitu je potřeba provést bakteriologické vyšetření. Přístupy léčby jsou buď konzervativní, nebo operační. Volba záleží v posouzení stupně dekubitu, infekce a hlavně na základním onemocnění pacienta (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Za trendy v ošetřování dekubitů, jsou považovány výrobky, které zajišťují ráně optimální vlhké prostředí a podporují jednotlivé fáze hojení. Česká společnost pro léčbu ran definuje moderní výrobky takto: „Moderní krycí materiály udržují v ráně stabilní teplotu, která podporuje rychlejší hojení. Zajistí komfort v léčbě, vzhledem ke snadné manipulaci a bezbolestné snímatelnosti. Některé obvazy pohlcují nepříjemný zápach. Předností moderních krycích materiálů je to, že udržují v ráně vlhké prostředí a zamezují "přilepení" obvazu k ráně. Nedochází tak k opakovanému poranění rány tím, že se při častých převazech strhne nově vytvořená tkáň.“ Krycí materiál by měl být ponechán na místě co nejdéle v souladu s doporučením výrobce, tedy 3-7 dní (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

•Fáze čištění - exsudační

V této fázi je produkováno mnoho exsudátu, který obsahuje patologické zárodky, nečistoty, odpadní látky a buňky. Je zde vysoké riziko vzniku infekce. Základní podmínkou obvazu je jeho savost. Současně musí mít i čisticí schopnost. V neposlední řadě má pak velkou roli v profylaxi vzniku infekce a ochraně před možnou kontaminací (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

Příklady výrobků vhodných ve stádiu čištění:

- a) gelové výrobky – Nu-gel, Granugel, Flamigel, Cutinova gel;
- b) mokrá terapie – TenderWet 24, TenderWet aktive, TenderWet Duo;
- c) pěnová polyuretanová krytí – Allevyn, Allevyn adhesive, Cutinova hydro;
- d) algináty – Sorbalgon, Kaltostat, Askina Sorb,
- e) enzymatické přípravky – Iruxol, Fibrolan,

•Fáze granulační - proliferační

V této fázi je rána čistá a dochází k nové tvorbě tkání, k tomu je nutná podpora vlhkého prostředí. Granulační tkáň je velmi citlivá a náchylná na mechanické dráždění. Obvaz musí absorbovat sekret, nesmí však nechat ránu vyschnout, musí ráně dodávat vlhkost. Při výměně nesmí dojít k přilepení obvazu, musí být zaručeno jeho atraumatické sejmutí. Ochrana před kontaminací a infekcí je samozřejmostí (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

Příklady výrobků k podpoře granulace:

- a) hydrokoloidy – Granuflex, Comfeel, Askina hydro, Suprasorb;
- b) hydropolymery – Tielle, Allevyn, Syspur – Derm;
- c) algináty – Sorbalgon, Kaltostat, Askina Sorb;
- d) absorpční krytí – Zetuvit, Mesoft, Mesorb;
- e) síťové materiály – Inadine, Bactigras, Adaptic, Atrauman Ag.,

(SLEZÍKOVÁ, 2010)

•Fáze epitelizační - diferenciacní

V této fázi je jen nepatrná tvorba exsudátu. Obvaz musí ránu udržovat stále vlhkou. Nesmí dojít k přilepení obvazu k ráně (Pokorná, Mrázová, 2012).

Typy obvazů vhodné ve fázi granulace:

- a) hydrokoloidy – Granuflex, Comfeel, Askina hydro, Suprasorb;
- b) hydropolymery – Tielle, Allevyn, Syspur – Derm;
- c) mokrá terapie – TenderWet 24, TenderWet aktive, TendeWet cavity,;
- d) síťové materiály – Inadine, Bactigras, Adaptic, Atrauman Ag;
- e) pěnová polyuretanová krytí – Allevyn, Allevyn adhesive, Cutinova hydro,

(SLEZÁKOVÁ, 2010)

Pěnové krytí

Je určeno k ošetření dekubitů a jiných akutních či chronických poranění. Pěnové krytí (Mepilex Border) vše v jednom, u něhož je prokázáno, že minimalizuje bolest u pacienta a traumatizaci rány i okolní kůže, se vyznačuje se třemi hlavními designovými rysy: dokonale se přizpůsobí anatomii oblasti, zabráňuje vzniku dekubitů a vytváří optimální podmínky pro hojení u středně až vysoce exsudujících dekubitů i jiných ran (MEDIPEX BORDER, 2014).

Účinně absorbuje a zadržuje exsudát a udržuje prostředí rány vlhké. Vrstva okrajová utěsní okraje rány, čímž zabráňuje úniku exsudátu na okolní kůži a minimalizuje riziko macerace. Lepivá vrstva zaručuje výměnu krytí bez poškození rány nebo okolní kůže a bez působení další bolesti pacientovi (MEDIPEX BORDER, 2014).

Pěnové krytí může být přínosem pro prevenci vzniku dekubitů získaných v nemocnici, neboť během nošení dokáže rozložit střížné síly i tlak, snížit tření a vyrovnat mikroklima. Retenční, redistribuční a absorpční vrstvy pomáhají udržovat optimální hladinu vlhkosti a snižovat riziko popraskání. Tyto vrstvy se významně podílejí na rozptýlení střížného napětí a rozložení tlaku. Elastické krytí rozptyluje střížné síly, čímž přispívá k prevenci vzniku dekubitů a umožňuje jeho přemístění po posouzení stavu kůže (MEDIPEX BORDER, 2014).

Oplachové roztoky v ošetřování ran

Roztoky mají za úkol napomoci čištění rány, vyplavení zbytků nekrotické tkáně, vyplavení krevních sraženin a hnisu, vyplavení mikroorganismů, potlačit infekci v ráně a podpořit hojení. Nejdůležitější je zvolit si nejvhodnější a nejúčinnější oplachový roztok, který bude mít minimální cytotoxické účinky na granulační tkáň. Roztoky nesmí alergizovat, nesmí vyvolávat bakteriální rezistenci a musí se minimálně resorbovat. Důležitá je také teplota roztoku. Čím chladnější roztok použijeme, tím více dojde k inhibici hojivých procesů v ráně. Optimální teplota oplachového roztoku je okolo 37°C (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

Vhodné roztoky k oplachu ran

- Ringerův roztok (R1/1) – roztok obsahuje především sodík, draslík a vápník, které podporují proliferaci buněk. Není cytotoxický, nealergizuje. Vhodné používat o teplotě 36–37°C.
- Pitná voda 36–37°C – nejlepší je sprchování a to minimálně 10 minut. Má čistící efekt (KRAJČÍK, BAJANOVÁ, 2012).

V.A.C. Terapie (vacuum assistant closure)

Toto je nová metoda k léčení problematických ran. Princip tohoto zařízení spočívá ve vytvoření negativního tlaku v ráně, který průběžně odstraňuje intersticiální tekutinu z rány, snižuje bakteriální kolonizaci a urychluje tvorbu granulační tkáně (HARTMANN-RICO, 2014).

•Výhody podtlakové terapie:

- Uzavřené prostředí vlhkého hojení ran stimuluje růst granulační tkáně a zabraňuje vzniku infekce.
- Zmenšuje objem rány. Pomocí negativního tlaku stahuje okraje rány.
- Odvádí exsudát. Minimalizuje množení nežádoucími bakteriemi, které by mohly zpomalovat proces hojení rány.
- Pomáhá odvádět tkáňový mok, což velmi pozitivně ovlivňuje redukci otoku a tím zlepšuje prokrvování rány.
- Podporuje granulaci. Lokální podtlak napomáhá rovnoměrnému stahování rány. Účinkem napínání buněk může být zvýšená mitóza.

Léčba ozonem

Ozon je bezbarvá plynná látka, která má specifický zápach. Díky jeho působení dochází k lepšímu prokrvení tkání, má dezinfekční účinky a je schopen urychlit proces hojení, epitelizace a granulace postižené tkáně (MIKULA, MÜLLEROVÁ, 2008).

•Formy lokální léčby ozonem:

- a) ozonová voda,
- b) ozonizovaný olej,
- c) plynný olej,

Fototerapie

Fototerapie je moderní léčba, která využívá modifikovaného světla pomocí biotronové lampy. Lampa pomáhá k odstranění bolesti, zvyšuje prokrvení tkáně a také působí protizánětlivě. Při pravidelném používání lampy dochází k aktivování imunitního systému v místech vystavených záření (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

Využití ultrazvuku při hojení ran

Ultrazvuk je metodou fyzikální terapie v současnosti běžně používanou při hojení ran. Moderní ultrazvukové přístroje používané v klinické praxi většinou pracují

s ultrazvukem o frekvenci 1 a 3 MHz a mohou využívat kontinuální nebo pulzní aplikaci (HARTMANN-RICO, 2014).

Ultrazvuk se používá k cílenému ošetření jak hlubokých, tak i povrchových struktur. Hloubka průniku je závislá na frekvenci. Čím vyšší je frekvence ultrazvuku, tím nižší je penetrace signálu. Pro většinu kožních ran je proto výhodné použít frekvenci 3 MHz. 1 MHz je účinnější na hlubší struktury nebo na kůži v okolí rány. Terapeutický přínos mají jak tepelné, tak netepelné vlastnosti ultrazvuku. Generované teplo lze využít v remodelační fázi hojení ran na zlepšení stavu ran nebo jizev. Netepelné účinky ultrazvuku v současné době přitahují značný zájem odborníků, protože se zdá, že způsobují změny v permeabilitě buněčných membrán, a tím ovlivňují šíření buněčných metabolitů (HARTMANN-RICO, 2014).

Přínosy ultrazvuku při hojení ran:

- Zánětlivá fáze – ultrazvuk působí na degranulaci mastocytů, což má za následek uvolňování histaminu. Histamin a další chemické mediátory uvolňované ze žírných buněk hrají roli při hromadění neutrofilů a monocytů v místě poškození. Tyto a další mechanismy urychlují akutní zánětlivou fázi a podporují hojení (HARTMANN-RICO, 2014).
- Proliferační fáze – ultrazvuk působí na fibroblasty a stimuluje je k vylučování kolagenu. To může urychlit proces kontrakce rány a zvýšit pevnost v tahu hojící se tkáně. Pojivové tkáně se také budou lépe protahovat, jestliže na ně působí kombinace tepla a napětí. Kontinuální ultrazvuk o vyšší terapeutické intenzitě je účinným léčebným prostředkem zajišťující zahřátí hlubších tkání před jejich napínáním (HARTMANN-RICO, 2014).

Výživa při léčbě dekubitů

“Zatímco 60% zdravotnického personálu nepovažovalo výživu za důležitou pro léčbu nebo komfort nemocných, 80% pacientů považovalo nutriční součást léčby. Všichni nemocní byli přesvědčeni, že výživa zlepšila jejich komfort, kvalitu života a přežití.” Chatelain, 1989. (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012 s. 35)

Nemocný s dekubitem by měl denně vypít alespoň 30–35 ml tekutin na 1 kg své aktuální hmotnosti, pokud ošetřující lékař nedoporučí jiné množství. Nároky na množství tekutin jsou vyšší u nemocných, kteří mají teplotu nebo dekubit, ze kterého vytéká velké množství exsudátu.

Energetické a výživové nároky nemocných s dekubitem jsou ještě vyšší, než nároky nemocných s rizikem vzniku dekubitu. Individuální potřeby nemocného se mohou lišit jak v závislosti na jeho celkovém zdravotním stavu, tak vzhledem k závažnosti dekubitu (velikost, hloubka, přítomnost infekce, atp.). Obecně lze doporučit, aby nemocný s dekubitem měl denně dostatek energie, tzn. 30–35 kcal na 1 kg tělesné hmotnosti a bílkovin tzn. 1–1,5 g bílkovin na 1 kg tělesné hmotnosti. Strava by měla být bohatá na vitaminy a minerální látky s převážně antioxidačním účinkem, které mají pozitivní vliv na hojení rány (JANÁKOVÁ, 2010).

Bílkoviny

Bílkoviny jsou základními kameny pro tvorbu nové tkáně i buněk, zajišťujících ochranu poškozeného místa před infekčními mikroorganismy. Exsudátem vytéká z dekubitu nejen voda, ale také velké množství bílkovin. Nemocný by měl dostat přibližně tolik gramu bílkovin za den, kolik sám váží, tedy na 1 kg tělesné hmotnosti 1 g bílkovin. Pro optimální hojení ran se doporučuje dávku bílkovin zvýšit o 20-40 g, tedy na 1 kg tělesné hmotnosti 1,3 – 1,5 g bílkovin (JANÁKOVÁ, 2010).

Tekutá výživa

Příjem dostatečného množství plnohodnotné stravy při léčbě dekubitů je velmi důležitý, proto je velmi důležité stravu obohacovat vhodnými nutričními přípravky, které jsou běžně k dostání v lékárnách například Cubitan, Nutricia (JANÁKOVÁ, 2010).

Stabilizace přidružených onemocnění

“Posoudit celého člověka a ne jen díru v osobě. “(DrGarySibbald) (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012 s. 34)

Při léčbě dekubitů je velmi důležité mít pod kontrolou přidružená onemocnění, která mohou ovlivnit léčbu. Například anemie, selhávání dýchání, chronická hypoxie, astma, chronické srdeční selhávání, onemocnění periferních cév, střední hodnota tlaku krve (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

Operativní léčba dekubitů

Chirurgická terapie dekubitů je velmi účinná a v naší zemi nepříliš známá a málo uplatňovaná metoda. Pro chirurgickou léčbu jsou indikovány dekubity III. a IV. stupně. Lékař musí zvážit celkový stav pacienta a prognózu (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

Jaké výkony se provádějí:

- Excize vředu, jizev a nekrotických do zdravé tkáně.

- Odstranění kostních prominencí, při ostitidách a purulentních artritidách odstranění postižené části kosti event. resekce kloubu.
- Vyplnění dutiny svalem.
- Krytí původního vředu dobře vaskularizovaným lalokem. Sutura musí být bez napětí uzávěr sekundárního vředu po odběru laloku.
- Uzávěr sekundárního defektu suturou nebo volným transplantátem (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012)

5.1 Komplikace dekubitů

•Místní komplikace

Dekubit je skoro vždy infikovaná rána. Každá porucha prokrvení v oblasti ran zvyšuje riziko infekce a tvoří ideální živnou půdu pro bakterie tj. nekrotická tkáň, špatné prokrvení, sekret v hlubokých ránách. K infekci dochází z blízkého okolí stolicí, močí, vaginálním sekretem, potem. Druhotně se mohou infikovat blízké dekubity mezi sebou hnisem, a také hematogenně ze vzdálených infekčních ložisek. V ránách se nejčastěji nacházejí stafylokoky (smetanově žlutý sekret, bez zápachu), streptokoky (žlutošedýřidký sekret, bez zápachu), pseudomonas (modro-zelenavý sekret, nasládle páchnoucí) aescherichia coli (nahnědlý sekret, zápach po fekáliích) (VALENTA, 2007).

Pokud si organismus s bakteriemi neporadí, tak proniknou hlouběji do rány, kde poškodí tkáň, rozmnoží se a vyvolají zánětlivou reakci. Inkubační doba se pohybuje kolem 8-10 hodin, poté začne značně narůstat jejich počet (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

U dekubitů III. - IV. stupně v některých případech v u II. stupně je nezbytně nutné provádět stěr biologického materiálu. Stěr se odebírá z hloubky a okrajů rány, jelikož je tam největší množství bakterií (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Podle výsledků stěru může lékař předepsat nejvhodnější léčbu, která vede k rychlejšímu hojení rány (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

Do dalších nepříjemných místní komplikací patří vytvoření hematomu nebo abscesu v ráně. Likvidace hematomu je obvykle nejúčinnější sacím drénem (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

Celkové komplikace

Do celkových komplikací dekubitů patří zejména celková sepe. Jedná se o reakci organismu na infekci. V rámci správného postupu lokální terapie a podáváním vhodné antibiotické léčby bývá průběh léčby příznivý. Protahované subfebrilní, či febrilní stavy mohou být známkou hromadění hnisu v ráně, tvorby píštělí, či pokračující ostitidy. (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

6. PRŮZKUM

Tato kapitola nás seznámí s metodologií a metodami, které jsme použili v průzkumu a také zde budeme charakterizovat výběrový soubor respondentů.

6.1 Cíle práce a průzkumné otázky

V rámci této kapitoly byl sestaven cíl praktické části bakalářské práce a jsou zde stanoveny průzkumné otázky, které by měly být v práci zodpovězené.

Cíle práce

Hlavním cílem práce bylo zmapovat, výskyt a prevenci dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš.

Dílčí cíle práce:

Cíl č. 1: Zmapovat prevalenci dekubitů v letech 2012 – 2014 v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš.

Cíl č. 2: Zjistit znalosti ošetrovatelského týmu o inovačních metodách v prevenci vzniku dekubitů.

Cíl č. 3: Zjistit znalosti ošetrovatelského týmu o prevenci a příčinách vzniku dekubitů.

Průzkumné otázky:

Průzkumná otázka č. 1: Má prevalence dekubitů klesající tendenci?

Průzkumná otázka č. 2: Jsou závisle znalosti ošetrovatelského týmu o inovačních metodách v prevenci vzniku na kontinuálním vzdělávání personálu?

Průzkumná otázka č. 3: Májí členové ošetrovatelského týmu s vyšším a vysokoškolským vzděláním více znalostí o problematice dekubitů než členové ošetrovatelského týmu s maturitou a nižším vzděláním?

Průzkumná otázka č. 4: Májí členové ošetrovatelského týmu s délkou praxe delší než 15 let více znalostí o problematice dekubitů?

6.2 Metodologie a metody průzkumu

V úvodu práce jsme použili statistické údaje z prevalenčního šetření dekubitů zařízení Medi Help Dobříš za období 2012-2014 na všech odděleních zařízení. Ke zmapování teoretických znalostí ošetrovatelského personálu jsme použili anonymní strukturovaný dotazník. Dotazník jsme sestavili na základě cílů. Úvod dotazníku obsahuje seznámení respondentů s tématem bakalářské práce a pokyny pro vyplnění dotazníku.

Dotazník obsahuje celkem 23 otázek, prvních 5 otázek je zaměřeno na identifikaci, odborné zařazení, délku odborné praxe, dosažené vzdělání a studium respondentů. Dalších 18 otázek je zaměřeno na vzdělávání respondentů a na zjištění odborných znalostí ošetrovatelského personálu v prevenci a ošetrování dekubitů. V dotazníku je použito celkem 11 otázek uzavřeného typu, v nichž respondenti označovali zakroužkováním správnou, předem zformulovanou odpověď na danou otázku, 8 otázek je polootevřeného typu, kde respondenti mohli dopsat některou část odpovědi a 4 otázky otevřeného typu.

6.3 Charakteristika výběrového souboru

V první části bakalářské práce jsme použili výsledky prevalenčního šetření výskytu dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r. o. Dobříš ze všech oddělení. Ve druhé části bakalářské práce byly v rámci dotazníkového šetření osloveny všechny ošetrovatelské týmy na čtyřech odděleních zařízení Medi Help spol. s r. o. Dobříš. Zařízení rozděluje oddělení na 1. patro, 2. patro, 3. patro a 4. patro. Průzkum probíhal v prosinci 2015.

Na oddělení bylo rozdáno 60 dotazníků. Do průzkumu bylo zařazeno 53 dotazníků, jelikož 7 dotazníků nebylo řádně vyplněno, či byly neúplné. Konečná návratnost tedy činila 53 dotazníků, tj. 83,3 %.

6.4 Pilotní šetření

Před provedením průzkumu bylo zrealizováno pilotní šetření, jehož hlavním cílem bylo zjistit jasnost a především srozumitelnost otázek v daném dotazníku. Na podkladě zpětné vazby od oslovených respondentů v pilotním šetření (5 osob) byly připomínky reflektovány a dotazník byl následně upraven.

7. PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Roztříděná data jsou prezentována formou grafů a tabulek, které poskytují názornou a rychlou informaci o zjištěných datech.

7.1 Interpretace výsledků průzkumu, analýza dat

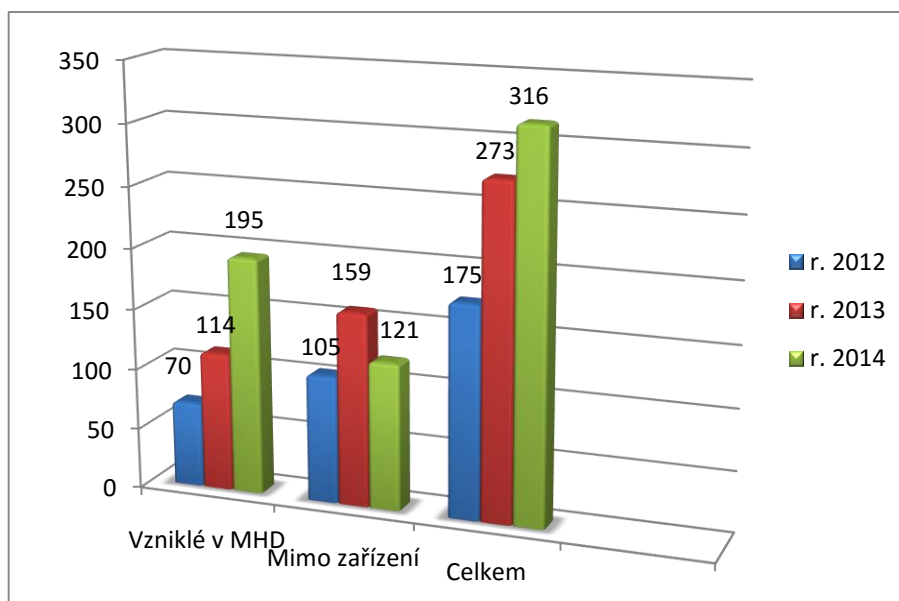
Tyto hodnoty jsme získali v archivu zařízení Medi Hepl spol. s r.o. Dobříš, které nám umožnilo tyto data vyhledat.

Tabulka 1 Výskyt dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2012-2014

	2012	2013	2014
Vzniklé v MHD	70	159	195
Mimo zařízení	105	114	121
Celkem v MHD	175	273	316

Zdroj: autor

Graf 1 Výskyt v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2012-2014



Zdroj: autor

V roce 2012 v zařízení MHD z celkového počtu 175 zaznamenaných dekubitů vzniklo v samotném zařízení MHD 70 dekubitů, 105 dekubitů vzniklo mimo zařízení, v roce 2013 z celkového počtu dekubitů 273 zaznamenaných v MHD v samotném zařízení vzniklo 114 dekubitů, 159 dekubitů vzniklo mimo zařízení a v roce 2014

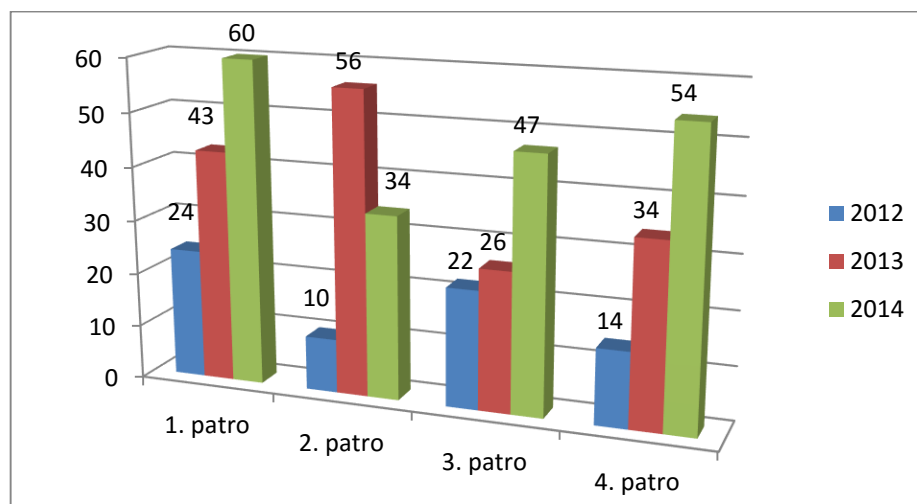
z celkového počtu 316 dekubitů zaznamenaných v MHD vzniklo v samotném zařízení 195 dekubitů a 121 dekubitů mimo zařízení.

Tabulka 2 Porovnání výskytu dekubitů mezi sledovanými odděleními v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2012-2014

	2012	2013	2014
1. patro	24	43	60
2. patro	10	56	34
3. patro	22	26	47
4. patro	14	34	54
Celkem vzniklých v MHD	70	159	195

Zdroj: autor

Graf 2 Porovnání výskytu dekubitů mezi sledovanými odděleními v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2012-2014



Zdroj: autor

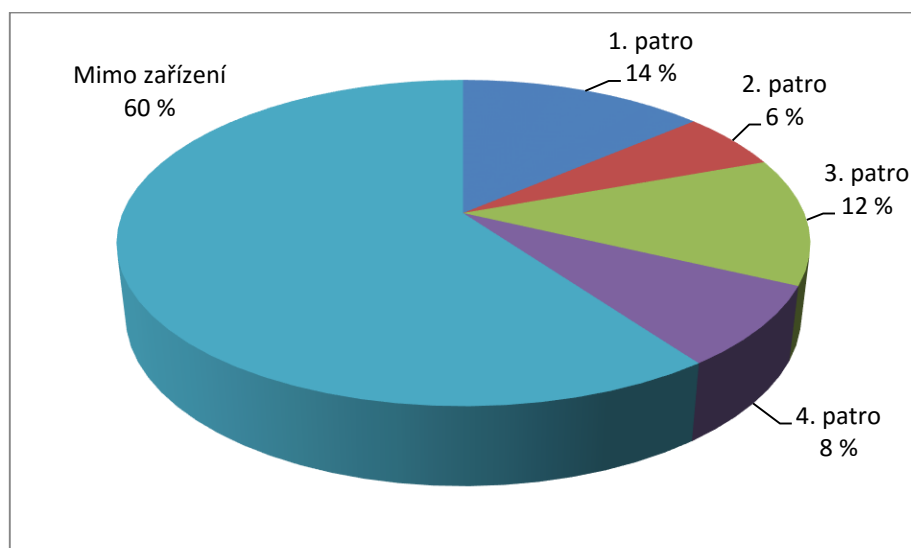
Z celkového počtu 70 vzniklých dekubitů zaznamenaných v roce 2012 v zařízení MHD, vzniklo 24 dekubitů na 1. patře, 10 dekubitů na 2. patře, 22 dekubitů na 3. patře a 14 dekubitů na 4. patře. V roce 2013 z celkového počtu 159 vzniklých dekubitů vzniklo 43 dekubitů na 1. patře, 56 dekubitů na 2. patře, 26 dekubitů na 3. patře a 34 dekubitů na 4. patře. V roce 2014 z celkového počtu 195 vzniklých dekubitů vzniklo 60 dekubitů na 1. patře, 34 dekubitů na 2. patře, 47 dekubitů na 3. patře a 54 dekubitů na 4. patře.

Tabulka 3 Zhodnocení prevalence dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2012

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. patro	24	14
2. patro	10	6
3. patro	22	12
4. patro	14	8
Mimo zařízení	105	60
Celkem	175	100

Zdroj: autor

Graf 3 Zhodnocení prevalence dekubitů v zařízení Medi Hepl spol. s r.o. Dobříš v roce 2012



Zdroj: autor

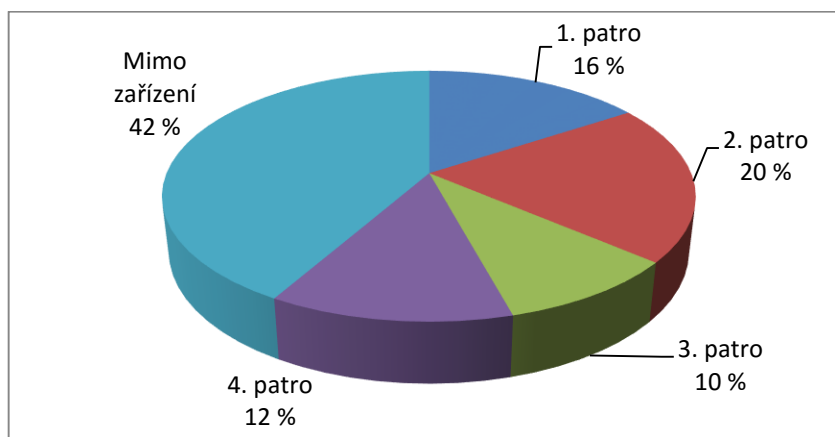
Nejvíce dekubitů v roce 2012 vzniklo mimo zařízení a to 60 %, 14 % dekubitů vzniklo na 1. patře, 12 % dekubitů na 3. patře, 8 % na 4. patře a 6 % na 2. patře.

Tabulka 4 Zhodnocení prevalence dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2013

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. patro	43	16
2. patro	56	20
3. patro	26	10
4. patro	34	12
Mimo zařízení	114	42
Celkem	273	100

Zdroj: autor

Graf 4 Zhodnocení prevalence dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2013



Zdroj: autor

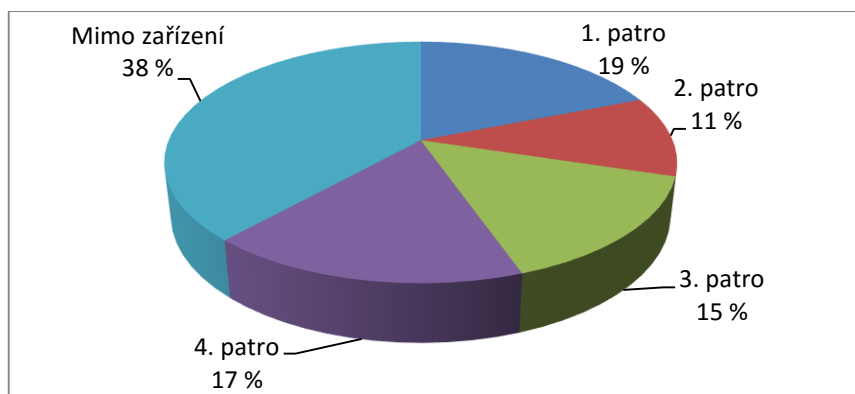
V roce 2013 vzniklo nejvíce dekubitů mimo zařízení MHD a to 42 %, 20 % dekubitů vzniklo na 2. patře, 16 % na 1. patře, 12 % na 4. patře, 10 % dekubitů na 3. patře.

Tabulka 5 Zhodnocení prevalence dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2014

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1. patro	60	19
2. patro	34	11
3. patro	47	15
4. patro	54	17
Mimo zařízení	121	38
Celkem	316	100

Zdroj: autor

Graf 5 Zhodnocení prevalence dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš v roce 2014



Zdroj: autor

V roce 2014 vzniklo nejvíce dekubitů mimo zařízení a to 38 %. 19 % dekubitů vzniklo na 1. patře, 11 % dekubitů vzniklo na 2. patře, 15 % dekubitů na 3. patře a 17 % dekubitů na 4. patře.

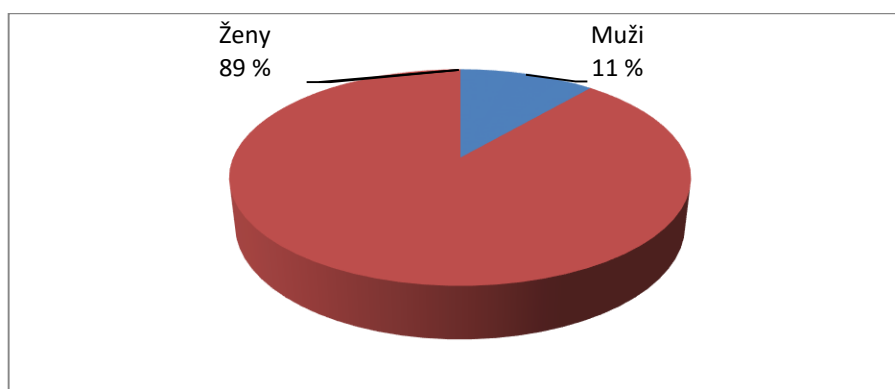
7.2 Interpretace výsledků průzkumu, vyhodnocení dotazníků

Tabulka 6 Rozdělení respondentů podle pohlaví

	Relativní četnost (%)	Celkem
Ženy	89	47
Muži	11	6
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 6 Rozdělení respondentů podle pohlaví



Zdroj: autor

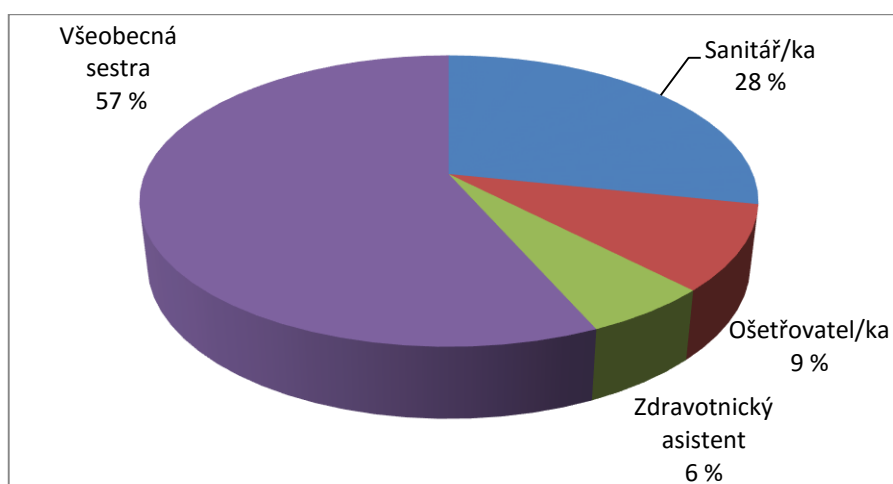
Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ženského pohlaví, celkem 89 % (47 respondentek). 11 % (6 respondentů) tvořili respondenti mužského pohlaví.

Tabulka 7 Rozdělení respondentů podle odborného zařazení

	Relativní četnost (%)	Celkem
Sanitář/ka	28	15
Ošetřovatel/ka	9	5
Zdravotnický asistent	6	3
Všeobecná sestra	57	30
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 7 Rozdělení respondentů podle odborného zařazení



Zdroj: autor

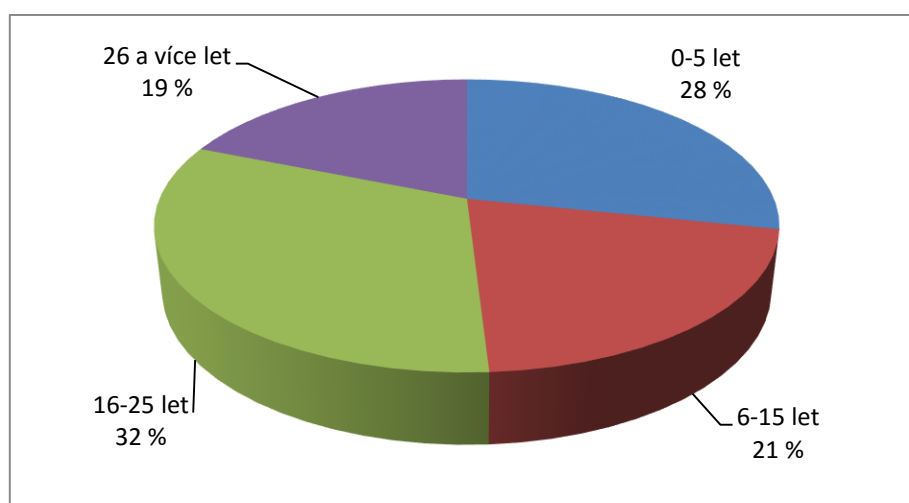
Průzkumný soubor se skládal z největší části ze všeobecných sester, 57 % (30) respondentů. Dále ze sanitářů/ek 28 % (15). Další respondenti byli ošetřovatel/ka 9 % (5) a zdravotnický asistent 6 % (3).

Tabulka 8 Rozdělení respondentů podle délky odborné praxe

	Relativní četnost (%)	Celkem
0-5 let	28	15
6-15 let	21	11
16-25 let	32	17
26 a více let	19	10
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 8 Rozdělení respondentů podle délky odborné praxe



Zdroj: autor

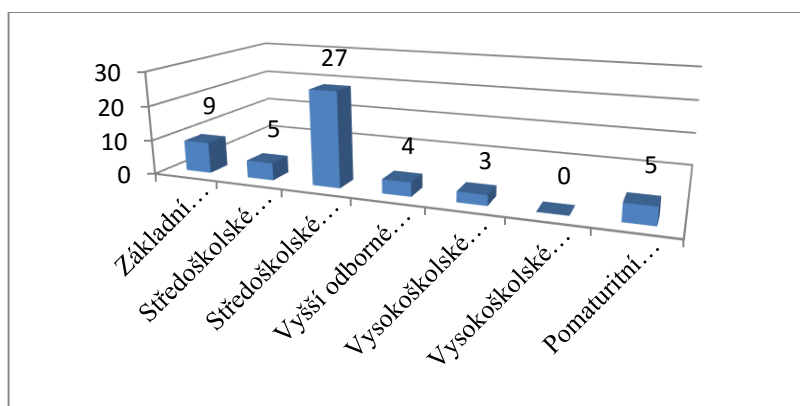
V tabulce a grafu uvádíme rozdělení respondentů podle délky odporné praxe. Z celkového počtu 53 respondentů (100 %) se průzkumu zúčastnilo 15 (28 %) respondentů s délkou praxe 0-5 let, 11 (21 %) respondentů s délkou praxe 6-15 let, 17 (32 %) respondentů s délkou praxe 16-25 let a 10 (19 %) s délkou praxe 26 a více let.

Tabulka 9 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Základní ukončené vzdělání	17	9
Středoškolské ukončené výučním listem	10	5
Středoškolské ukončené maturitou	50	27
Vyšší odborné vzdělání zakončené titulem DiS.	7	4
Vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Bc	6	3
Vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Mgr.	0	0
Pomaturitní specializační studium	10	5
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 9 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: autor

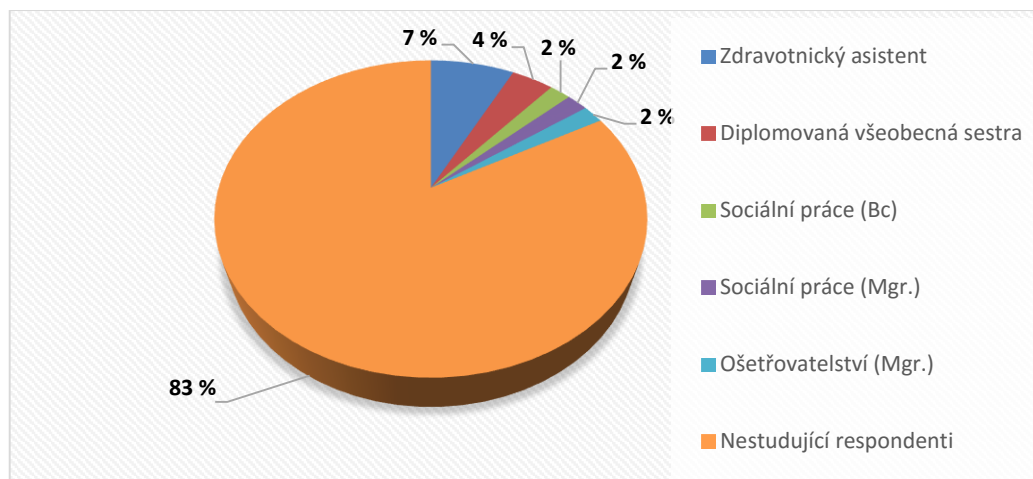
V tabulce a grafu uvádíme rozdělení respondentů podle dosaženého vzdělání. Z celkového počtu 52 (100 %) respondentů má základní vzdělání 9 (17 %) respondentů, středoškolské ukončené výučním listem má 5 (10 %) respondentů, středoškolské ukončené maturitou má 27 (50 %) respondentů, vyšší odborné vzdělání zakončené titulem DiS má 4 (7 %) respondentů, vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Bc. má 3 (6 %) respondentů, vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Mgr. nemá žádný respondent a pomaturitní specializační studium má 5 (10 %) respondentů.

Tabulka 10 Počet studujících respondentů

Studující	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Zdravotnický asistent	7	4
Diplomovaná všeobecná sestra	4	2
Sociální práce (Bc)	2	1
Sociální práce (Mgr.)	2	1
Ošetřovatelství (Mgr.)	2	1
Nestudující respondenti	83	44
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 10 Počet studujících respondentů



Zdroj: autor

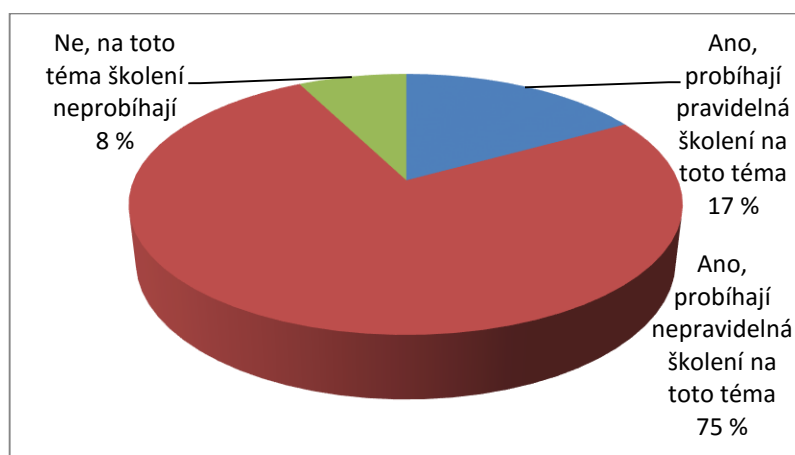
Z tabulky a grafu vyplývá, že v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš studují 4 (7 %) respondenti obor Zdravotnický asistent, 2 (4 %) obor Diplomovaná všeobecná sestra, 1 (2 %) bakalářský obor Sociální práce, 1 (2 %) magisterský obor Sociální práce, 1 (2 %) magisterský obor Ošetřovatelství. Nestudujících respondentů je 44 (83 %).

Tabulka 11 Možnost získávání informací ohledně prevence a ošetřování dekubitů na pracovišti, vyjádření respondentů

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Ano, probíhají pravidelná školení na toto téma	17	9
Ano, probíhají nepravidelná školení na toto téma	75	40
Ne, na toto téma školení neprobíhají	8	4
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 11 Možnost získávání informací ohledně prevence a ošetřování dekubitů na pracovišti, vyjádření respondentů



Zdroj: autor

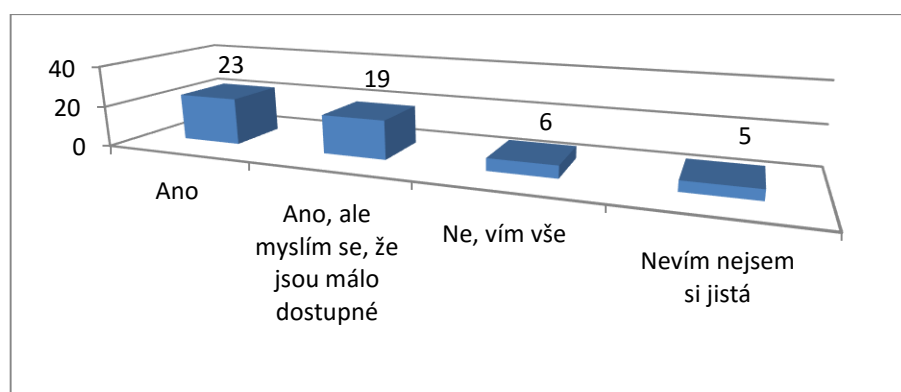
Nejvíce respondentů uvedlo, že na pracovišti probíhají nepravidelná školení na téma dekubitů 75 % (40), 17 % (9) respondentů uvedlo, že na pracovišti probíhají pravidelná školení a 8 % (4) respondentů uvádí, že na pracovišti odborná školení neprobíhají.

Tabulka 12 Zájem respondentů o další vzdělávání, přísun informací o novinkách v prevenci a terapii dekubitů

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Ano	43	23
Ano, ale myslím si, že jsou málo dostupné	36	19
Ne, vím vše	11	6
Nevím, nejsem si jistá	10	5
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 12 Zájem respondentů o další vzdělávání, přísun informací o novinkách v prevenci a terapii dekubitů



Zdroj: autor

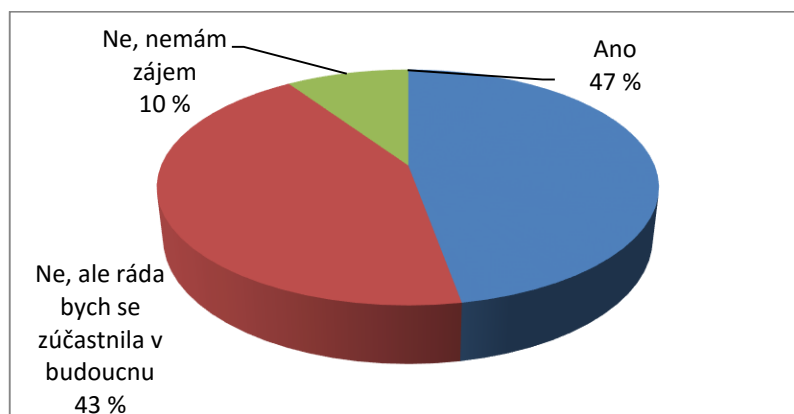
Z celkového počtu 53 (100 %) respondentů uvedlo zájem o další vzdělávání 23 (43 %) respondentů, 19 (36 %) respondentů uvedlo, že mají zájem o další vzdělávání, ale že je málo dostupné, 6 (11 %) respondentů uvedlo, že zájem nemají, ví vše a 5 (10 %) respondentů uvedlo, že si nejsou jistý se zájmem o získávání informací.

Tabulka 13 Účast respondentů na odborných školeních, seminářích, konferencích se zaměřením na dekubity

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Ano	47	25
Ne, ale ráda bych se zúčastnila v budoucnu	43	23
Ne, nemám zájem	10	5
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 13 Účast respondentů na odborných školeních, seminářích, konferencích se zaměřením na dekubity



Zdroj: autor

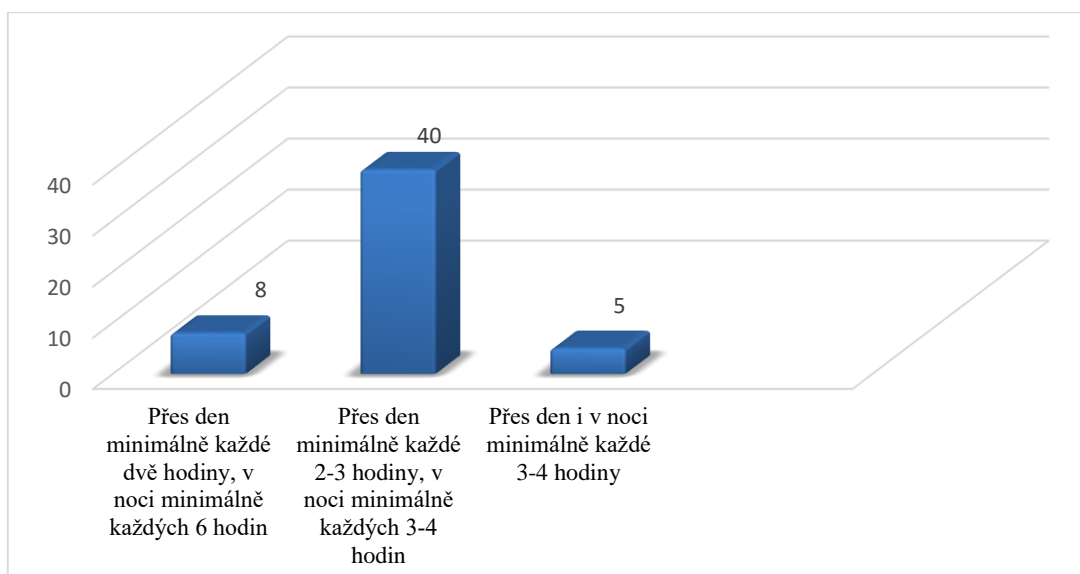
Odborného školení se zúčastnilo 47 % (25) respondentů, 43 % (23) respondentů se nezúčastnilo, ale rádi by se zúčastnili, 10 % (5) respondentů nemá zájem o účast na odborném školení.

Tabulka 14 Názor respondentů na frekvenci polohování rizikových pacientů

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Přes den minimálně každé dvě hodiny, v noci minimálně každých 6 hodin	15	8
Přes den minimálně každé 2-3 hodiny, v noci minimálně každých 3-4 hodin	76	40
Přes den i v noci minimálně každé 3-4 hodiny	9	5
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 14 Názor respondentů na frekvenci polohování rizikových pacientů



Zdroj: autor

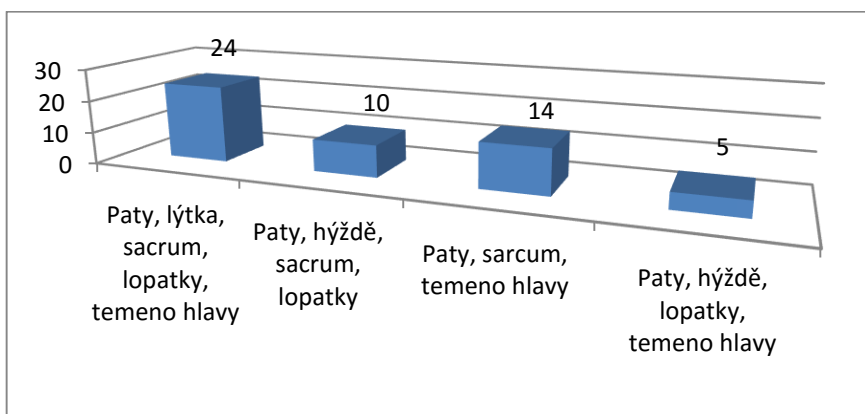
Z celkového počtu 53 (100 %) respondentů uvádí frekvenci polohování přes den minimálně každé dvě hodiny, v noci minimálně každých 6 hodin 8 (15 %) respondentů, 40 (76 %) respondentů uvádí přes den minimálně každé 2-3 hodiny, v noci minimálně každých 3-4 hodin a 5 (9 %) respondentů uvádí přes den i v noci minimálně každé 3-4 hodiny.

Tabulka 15 Predilekční místa nejvíce ohrožena v poloze na zádech, vyjádření respondentů

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Paty, lýtka, sacrum, lopatky, temeno hlavy	45	24
Paty, hýždě, sacrum, lopatky	19	10
Paty, sacrum, temeno hlavy	26	14
Paty, hýždě, lopatky, temeno hlavy	10	5
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 15 Predilekční místa nejvíce ohrožena v poloze na zádech, vyjádření respondentů



Zdroj: autor

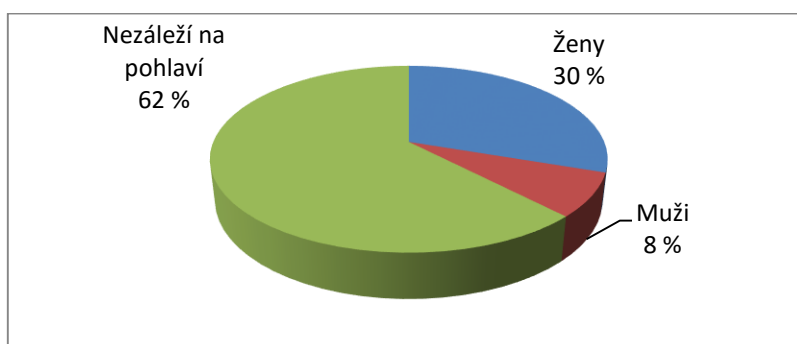
Jako nejvíce ohrožená místa vzniku dekubitů v poloze na zádech respondenti uvedli: 24 (45 %) paty, lýtka, sacrum, lopatky, temeno hlavy, 10 (19 %) paty, hýždě, sacrum, lopatky, 14 (26 %) paty, sacrum, temeno hlavy a 5 (10 %) respondentů paty, hýždě, lopatky, temeno hlavy.

Tabulka 16 Odolnost pacientů vůči dekubitům v závislosti na pohlaví, názor respondentů

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Ženy	30	16
Muži	8	4
Nezáleží na pohlaví	62	33
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 16 Odolnost pacientů vůči dekubitům v závislosti na pohlaví, názor respondentů



Zdroj: autor

Nejvíce respondentů 62 % (33) uvedlo, že u rizika vzniku dekubitů na pohlaví nezáleží, 30 % (16) respondentů si myslí, že vůči vzniku dekubitů jsou více odolné ženy a 8 % (4) respondentů uvedlo, že odolnější vůči vzniku dekubitů jsou muži.

Tabulka 17 Rizikové faktory, názor respondentů (každý 5 odpovědí)

	Absolutní četnost
Imobilita	48
Inkontinence	35
Přidružená onemocnění	24
Výživa	21
Tlak	19
Tření	17
Věk	16
Stav kůže	15
Váha	14
Dehydratace	13
Úprava lůžka	10
Špatná péče	10
Pohlaví	6
Obezita	5
Hygiena	4
Plenkové kalhotky	4
Ležení na zádech	4
Celkem	265 (5x53)

Zdroj: autor

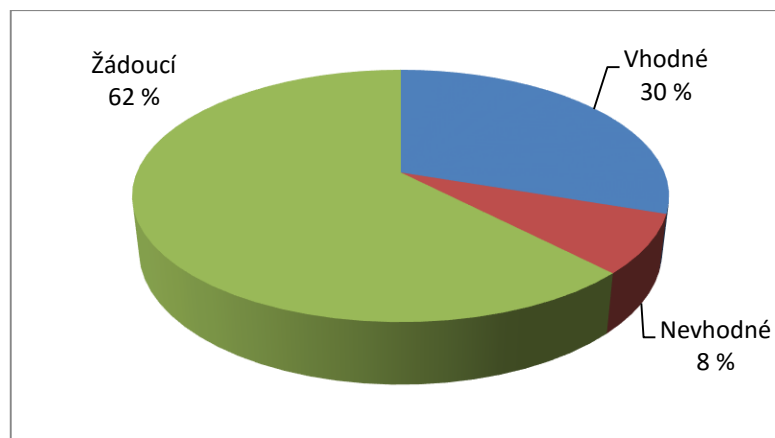
Nejčastější odpověď respondentů v počtu 48 respondentů byla imobilita jako rizikový faktor vzniku dekubitů. Další odpovědi byli inkontinence 35 odpovědí, 24 přidružené onemocnění, 21 výživa, 19 tlak, 17 tření, 16 věk, 15 stav kůže, 14 váha, 13 dehydratace, 10 úprava lůžka, 10 špatná péče, 6 pohlaví, 5 obezita, 4 hygiena, 4 plenkové kalhotky a 4 ležení na zádech.

Tabulka 18 Názor respondentů na používání jednorázových pomůcek pro inkontinentní pacienty u pacientů s rizikem vzniku dekubitů

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Vhodné	30	16
Nevhodné	8	4
Žádoucí	62	33
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 17 Názor respondentů na používání jednorázových pomůcek pro inkontinentní pacienty u pacientů s rizikem vzniku dekubitů



Zdroj: autor

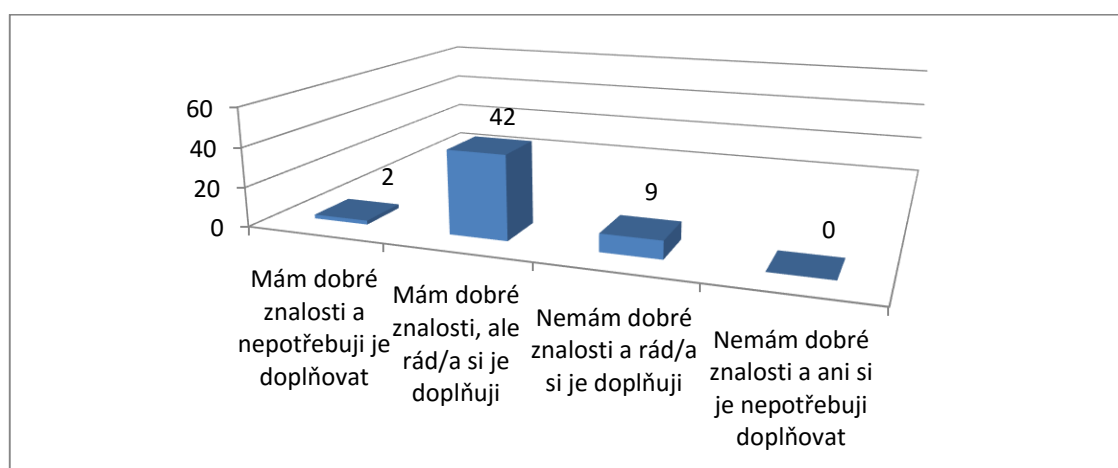
Nejvíce respondentů 62 % (33) uvedlo, že používání jednorázových pomůcek pro inkontinentní pacienty je žádoucí. 30 % (16) respondentů si myslí, že jednorázové pomůcky jsou vhodné a 8 % (4) respondentů uvedlo, že pomůcky jsou nevhodné.

Tabulka 19 Názor respondentů na své znalosti v oblasti prevence vzniku dekubitů

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Mám dobré znalosti a nepotřebuji je doplňovat	4	2
Mám dobré znalosti, ale rád/a si je doplňuji	79	42
Nemám dobré znalosti a rád/a si je doplňuji	17	9
Nemám dobré znalosti a ani si je nepotřebuji doplňovat	0	0
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 18 Názor respondentů na své znalosti v oblasti prevence vzniku dekubitů



Zdroj: autor

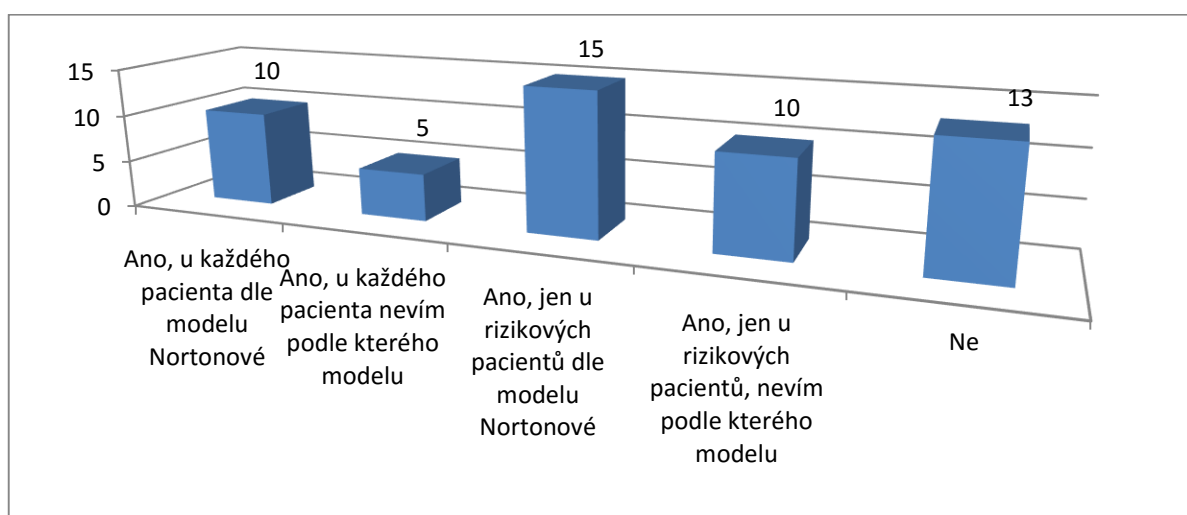
Z tabulky a grafu vyplývá, že z celkového počtu 53 (100 %) respondentů odpověděli 2 (4 %) mám dobré znalosti a nepotřebuji je doplňovat, 42 (79 %) respondentů odpovědělo, mám dobré znalosti, ale rád/a si je doplňuji, 9 (17 %) respondentů odpovědělo, nemám dobré znalosti a rád/a si je doplňuji. Žádný respondent neodpověděl, nemám dobré znalosti a ani si je nepotřebuji doplňovat.

Tabulka 20 Hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta do zařízení, použití hodnotícího modelu

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Ano, u každého pacienta dle modelu Nortonové	19	10
Ano, u každého pacienta, nevím podle kterého modelu	9	5
Ano, jen u rizikových pacientů dle modelu Nortonové	28	15
Ano, jen u rizikových pacientů, nevím podle kterého modelu	19	10
Ne	25	13
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 19 Hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta do zařízení, použití hodnotícího modelu



Zdroj: autor

Nejvíce respondentů 25 % (13) uvedlo, že při příjmu pacientů neprovádí hodnocení rizika vzniku dekubitů. 28 % (15) respondentů uvedlo, že hodnocení provádí jen u rizikových pacientů, dle modelu Nortonové. Další respondenti uvedli, že provádějí hodnocení u každého příjmu pacienta a hodnotí riziko vzniku dekubitů dle modelu Nortonové 19 % (10) respondentů. Stejný počet respondentů uvedl, že provádí riziko

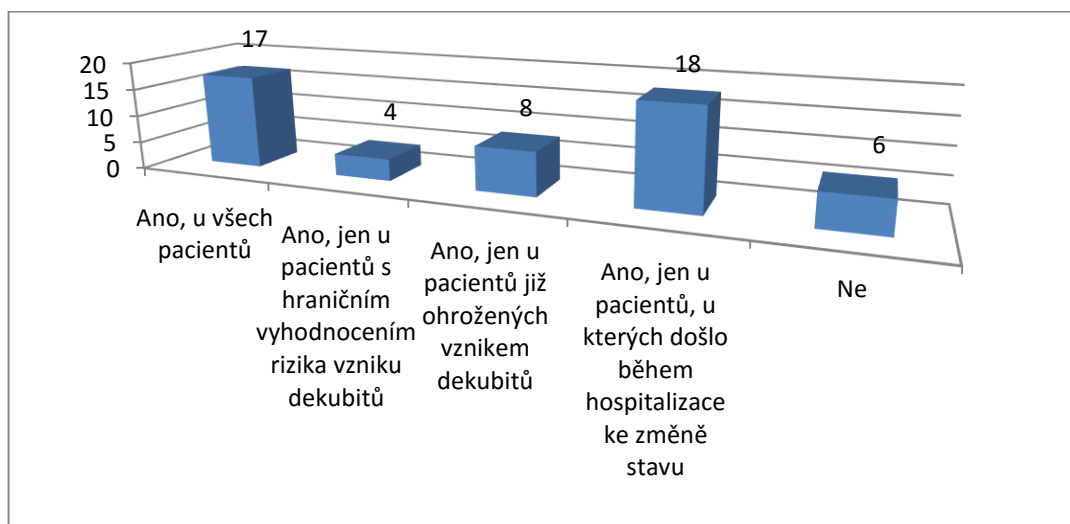
vzniku dekubitů jen u rizikových pacientů a neví podle jakého modelu 19 % (10). A 9 % (5) respondentů uvedlo, že hodnocení provádějí u každého pacienta, ale neví podle jakého modelu.

Tabulka 21 Opakování hodnocení rizika vzniku dekubitů během hospitalizace

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Ano, u všech pacientů	32	17
Ano, jen u pacientů s hraničním vyhodnocením rizika vzniku dekubitů	8	4
Ano, jen u pacientů již ohrožených vznikem dekubitů	15	8
Ano, jen u pacientů, u kterých došlo během hospitalizace ke změně stavu	34	18
Ne	11	6
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 20 Opakování hodnocení rizika vzniku dekubitů během hospitalizace



Zdroj: autor

Z celkového počtu 53 (100 %) respondentů odpovědělo 17 (32 %) respondentů „ano, u všech pacientů“, 4 (8 %) „ano, jen u pacientů s hraničním vyhodnocením rizika vzniku dekubitů“, 8 (15 %) respondentů odpovědělo „ano, jen u pacientů již ohrožených

vznikem dekubitů“, 18 (34 %) „ano, jen u pacientů, u kterých došlo během hospitalizace ke změně stavu“ a 6 (11 %) respondentů odpovědělo „ne“.

Tabulka 22 Důležitost postupů pro prevenci vzniku dekubitů

	Absolutní	1	2	3	4	5	Celkem
	četnost	Zásadně	Velmi	Důležité	Prospěšné	Nedůležité	
	Relativní	důležité	důležité				
	četnost						
	(%)						
Polohování	43	8	2				53
	81	15	4				100
Hygiena	32	18	3				53
	60	34	6				100
Péče o pokožku	25	18	4	3	3		53
	47	34	7	6	6		100
Péče o genitál	21	13	13	2	4		53
	40	24	24	4	8		100
Úprava lůžka	23	24	6				53
	44	45	11				100
Hodnocení rizika vzniku dekubitů	20	16	13	3	1		53
	38	30	24	6	2		100
Rehabilitace	15	20	17	1			53
	28	38	32	2			100
Výživa	15	25	13				53
	28	47	25				100
Aktivizace pacienta	27	16	4	4	2		53
	51	29	8	8	4		100

Zdroj: autor

Názor respondentů na polohování, z celkového počtu 53 (100 %) respondentů odpovědělo 43 (81 %) že je zásadně důležité, 8 (15 %) velmi důležité, 2(4 %) důležité.

Názor respondentů na hygienu, z celkového počtu 53 (100 %) respondentů odpovědělo 32 (60 %) že je zásadně důležité, 18 (34 %) velmi důležité, 3 (6 %) důležité.

Názor respondentů na péči o pokožku z celkového počtu 53 (100 %) respondentů odpovědělo 25 (47 %) zásadně důležité, 18 (34 %) velmi důležité, 4 (7 %) důležité, 3 (6 %) prospěšné, 3 (6 %) nedůležité.

Názor respondentů na péči o genitál, z celkového počtu 53 (100 %) respondentů odpovědělo 21 (40 %) zásadně důležité, 13 (24 %) velmi důležité, 13 (24 %) důležité, 2 (4 %) prospěšné, 4 (8 %) nedůležité.

Názor respondentů na úpravu lůžka, z celkového počtu 53 (100 %) respondentů odpovědělo 23 (44 %) zásadně důležité, 24 (45 %) velmi důležité, 6 (11 %) důležité.

Názor respondentů na hodnocení rizika dekubitů, z celkového počtu 53 (100 %) respondentů odpovědělo 20 (38 %) zásadně důležité, 16 (30 %) velmi důležité, 13 (24 %) důležité, 3 (6 %) prospěšné, 1 (2 %) nedůležité.

Názor respondentů na rehabilitaci, z celkového počtu 53 (100 %) respondentů odpovědělo 15 (28 %) zásadně důležité, 20 (38 %) velmi důležité, 17 (32 %) důležité, 1 (2 %) prospěšné.

Názor respondentů na výživu, z celkového počtu 53 (100 %) respondentů odpovědělo 15 (28 %) zásadně důležité, 25 (47 %) velmi důležité, 13 (25 %) důležité.

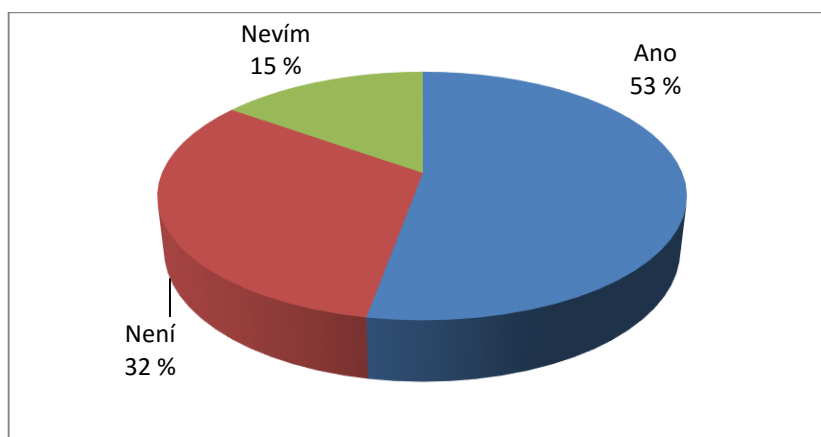
Názor respondentů na aktivizaci pacienta, z celkového počtu 53 (100 %) respondentů odpovědělo 27 (51 %) zásadně důležité, 16 (29 %) velmi důležité, 4 (8 %) důležité, 4 (8 %) prospěšné, 2 (4 %) nedůležité.

Tabulka 23 Názor respondentů na důležitost stravy při léčbě dekubitů

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Ano	53	28
Není	32	17
Nevím	15	8
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 21 Názor respondentů na důležitost stravy při léčbě dekubitů



Zdroj: autor

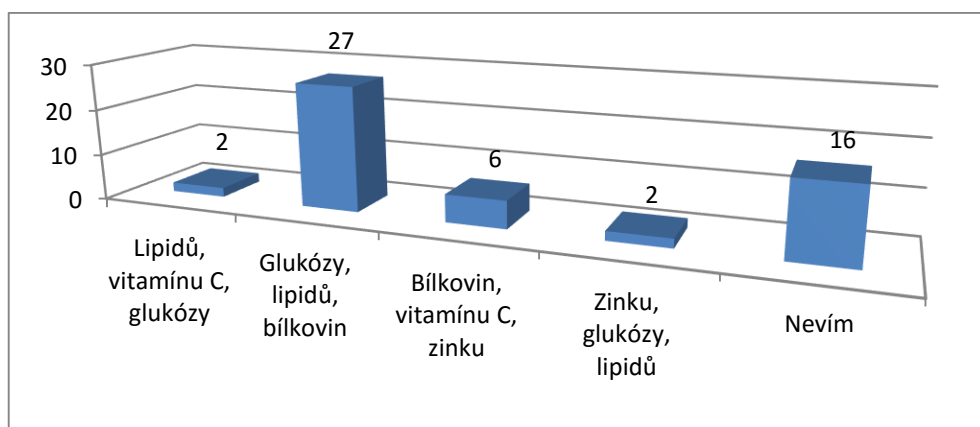
28 (53 %) respondentů uvedlo, že při léčbě dekubitů je strava důležitá, 17 (32 %) respondentů si myslí, že strava důležitá není a 8 (15 %) respondentů uvedlo „nevím“.

Tabulka 24 Vyhodnocení názoru respondentů důsledku nedostatečné výživy

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Lipidů, vitamínu C, glukózy	4	2
Glukózy, lipidů, bílkovin	51	27
Bílkovin, vitamínu C, zinku	11	6
Zinku, glukózy, lipidů	4	2
Nevím	30	16
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 22 Vyhodnocení názoru respondentů důsledku nedostatečné výživy



Zdroj: autor

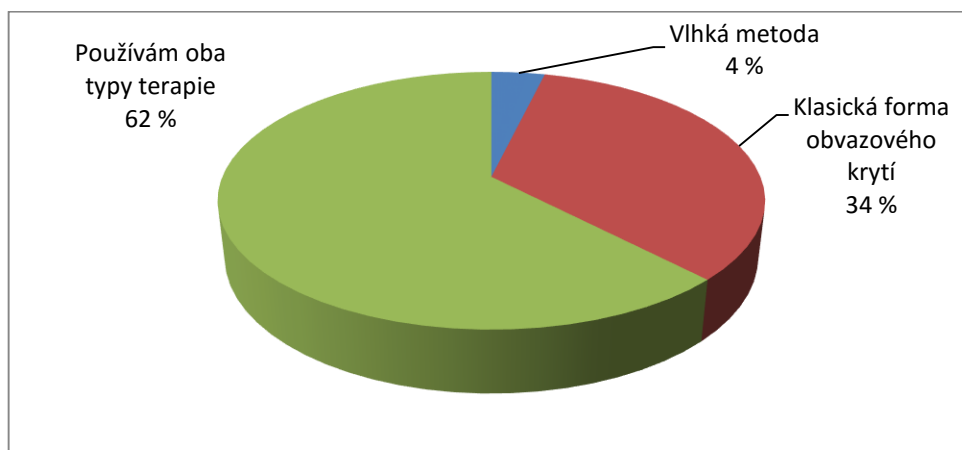
Nejvíce respondentů 51 % (27) odpovědělo, že pacient je ohrožen zvýšeným výskytem dekubitů při nedostatku glukózy, lipidů nebo bílkovin ve stravě, 11 % (6) respondentů odpovědělo, že při nedostatku bílkovin, vitamínu C a zinku, 4 % (2) respondenti při nedostatku lipidů, vitamínu c, glukózy, 4 % (2) respondenti při nedostatku zinku, glukózy, lipidů a 30 % (16) respondentů „nevím“.

Tabulka 25 Typy terapie používané při léčbě dekubitů v zařízení

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Vlhká metoda	4	2
Klasická forma obvazového krytí	34	18
Používám oba typy terapie	62	33
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 23 Typy terapie používané při léčbě dekubitů v zařízení



Zdroj: autor

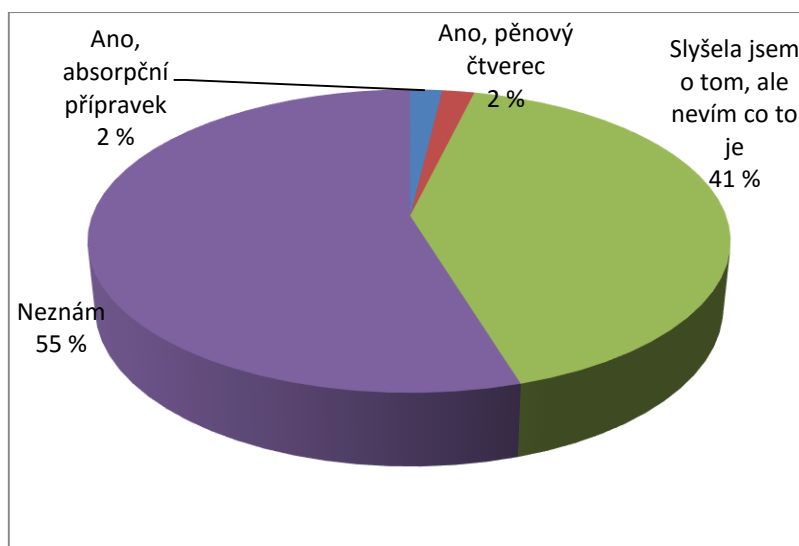
Nejčastěji používaný typ léčby dekubitů v MHD je vlhká i klasická metoda krytí, uvedlo jí 62 % (33) respondentů. 34 % (18) respondentů uvedlo, že na oddělení používají klasickou formu obvazového krytí a 4 % (2) respondenti uvedli používání vlhké metody.

Tabulka 26 Pěnové krytí, znalost respondentů

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Ano, absorpční přípravek	2	1
Ano, pěnový čtverec	2	1
Slyšela jsem o tom, ale nevím co to je	41	22
Neznám	55	29
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Graf 24 Pěnové krytí, znalost respondentů



Zdroj: autor

Z celkového počtu 53 (100 %) respondentů odpověděl 1 (2 %) respondent ano, absorpční přípravek, 1 (2 %) ano, pěnový čtverec, 22 (41 %) respondentů odpovědělo slyšel/a jsem o tom, ale nevím co to je, 29 (55 %) respondentů odpovědělo neznám.

Tabulka 27 Postup u pacienta rizikem vzniku dekubitů, postup dle respondentů

	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost
Polohování, výživa	4	2
Polohování, sledování kůže	5	3
Viz, tabulka č. 27	34	18
Polohování, zvýšená péče o predilekční místa	7	4
Dle standardu	36	19
Polohování, antidekubitní matrace	6	3
Polohovat	6	3
Pracovat rychle	2	1
Celkem	100	53

Zdroj: autor

Z tabulky 33 vyplývá, že z celkového počtu 53 (100 %) odpovědí respondentů na postup u pacienta s rizikem vzniku dekubitů odpověděli 2 (4 %) respondenti polohování a výživa, 3 (5 %) odpověděli polohování a sledování kůže, 18 (34 %) respondentů odovědělo viz tabulka č. 27, 4 (7 %) odpovědělo polohování, zvýšená péče o predilekční místa, 19 (36 %) dle standardu, 3 (6 %) odpovědělo polohování, antidekubitní matrace, 3 (6 %) polohovat a 1 (2 %) pracovat rychle.

Tabulka 28 Pomůcky k předcházení vzniku dekubitů, znalost respondentů

Pomůcky	Absolutní četnost
Antidekubitní matrace	45
Molitanové klíny	21
Molitanové válce	21
Dekuba	18
Molitanová kola	15
Botičky	9
Polohovací lůžka	5
Pěnové polštáře	2
Závěsná lůžka	1

Zdroj: autor

Nejčastější odpovědi v otázce o antidekubitních pomůckách byla odpověď antidekubitní matrace v počtu 45. Další odpovědi byly molitanové klíny v počtu 21, 21 odpovědí molitanové válce, 18 dekuba, 15 molitanová kola, 9 botičky, 5 polohovací lůžka, 2 pěnové polštáře, 1 závěsné lůžka.

Diskuze

Dekubity jsou v dnešním moderním ošetrovatelství stejně, jako v minulosti považovány za velmi problematické specifické onemocnění, postihující zejména pacienty se sníženou pohyblivostí, či pacienty upoutané na lůžko z různých příčin, zejména se jedná o vážná, celková onemocnění a jejich komplikace.

V první praktické části bakalářské práce se zabýváme zmapováním prevalence dekubitů neboli výskytem dekubitů v zařízení Medi Help s r. o. Dobříš v období od roku 2012 do roku 2014 na všech odděleních zařízení. V roce 2012 bylo v zařízení zaznamenáno 175 dekubitů, z toho v zařízení vzniklo 70 dekubitů a mimo zařízení 105. V roce 2013 zařízení zaznamenalo 273 dekubitů, v zařízení z toho vzniklo 159 dekubitů a mimo zařízení 114. V roce 2014 bylo zaznamenáno 316 dekubitů. V zařízení vzniklo 195 dekubitů a mimo zařízení 121 dekubitů. Prevalence dekubitů v zařízení každý rok měla stoupající tendenci. Riebelová, Válka, Franců (2000, s. 27) píší: „Z výskytu dekubitů se dá také usuzovat na úroveň ošetrovatelské péče v daném zařízení, nebo lze takto zkoumat účinnost různých antidekubitových pomůcek“.

Předpokládali jsme klesající tendenci vzniku dekubitů, jelikož v dnešní době je mnoho antidekubitních pomůcek, postupů a metod. Jelikož v tomto zařízení jsou léčeni geriatrickí pacienti, je pravděpodobné, že je to příčina stoupající tendence vzniku dekubitů. S tímto tvrzením se také shodují týmy odborníků zabývající se prevalencí vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů v Německu, kteří uvedli v publikované studii v odborném časopisu EWMA Journal vydávaného Evropskou společností pro léčbu ran, že výskyt dekubitů u hospitalizovaných pacientů je navýšen, což lze vysvětlit stárnutím populace (HARTMANN-RICO, 2014).

Riebelová, Válka, Franců (2000, s. 27) píší: „V různé literatuře jsou uváděny náklady na terapii dekubitů a jsou ohromující, což na celém světě vede k nebývalému zájmu o tuto problematiku a k hledání cest, jak celou situaci řešit. Svědčí o tom i nepřehledné množství publikací na toto téma – za minulé 2 roky jich bylo více než 1500. Všechny se shodují v jednom: **nejdůležitější a nejekonomičtější je prevence**. Méně shody je již v tom, jak toho dosáhnout.“

Za účelem průzkumného šetření jsme sestavili anonymní dotazník. Průzkumný soubor tvořilo 53 respondentů, jejichž vyplněné dotazníky splňovaly podmínky průzkumu. Průzkumné otázky jsme formulovali na základě průzkumných cílů a průzkumných otázek.

V úvodu dotazníku jsme zjišťovali identifikační údaje o respondentech. Pohlaví, odborné zařazení, délku odborné praxe, nejvyšší dosažené vzdělání, a počet studujících respondentů. Nejpočetněji skupinu respondentů tvořily ženy s délkou praxe 16-25 let. Průzkumu se zúčastnila nadpoloviční většina všeobecných sester. Polovina respondentů má středoškolské vzdělání ukončené maturitou a nadpoloviční většina respondentů v současné době nestuduje. S ohledem na výsledky průzkumného šetření je 17 % studujících respondentů poměrně neuspokojivé číslo. Kvalita ošetrovatelské péče je závislá na znalostech a uplatnění svých znalostí v praxi, což se jeví jako problém pro respondenty se základním vzděláním, kterých je 17 %. Riebelová, Válka, Franců (2000, s. 43) píše „Obecně by se mělo pamatovat na občasná doškolení, při kterém by se osvěžily poněkud zapomenuté zásady, a zaučili se noví pracovníci. Ani by nebylo na škodu doškolení lékařů. Výuka tohoto tématu byla a doposud je na fakultách zanedbávaná“. Proto jsme považovali za nutné zeptat se členů ošetrovatelského týmu na jejich postoj ke vzdělávání, na schopnosti manažera ošetrovatelské péče o poskytnutí dalšího vzdělávání a celkově o jejich zájmu se aktivně zúčastnit vzdělávací akce. Překvapivě se odborného školení na téma dekubitů zúčastnila skoro polovina respondentů. Druhá polovina respondentů by se ráda zúčastnila. Odborné školení a semináře dle respondentů probíhají nepravidelně. Správné odpovědi v otázce zaměřující se na inovační metody uvedli ti respondenti, kteří se zúčastnili odborného školení. Riebelová, Válka, Franců (2000, s. 143) píše: „Zdravotní pojišťovny a Ministerstvo zdravotnictví by měly uvažovat o postupném vybavování zdravotnických zařízení ošetrovatelskou technikou, umožňující účinnější prevenci dekubitů. Pro oddělení setkávající se s pacienty ohroženými dekubity, nebo již s dekubity je nutné vypracovat závazný organizační systém, týkající se prevence dekubitů (jednak způsob hodnocení pacientů, jednak ošetrovací techniku). Vhodné by byly i širěji uspořádané kurzy o prevenci dekubitů pro ošetrovatelský personál a pečovatelky či pečovatele“. Názor respondentů na své znalosti v oblasti prevence vzniku dekubitů je, že nadpoloviční většina si myslí, že má dobré znalosti, ale ráda si je doplňuje.

Pravidelné polohování pacientů je velmi důležité. Mikula, Müllerová (2008, s. 26) píše: „U imobilních, nepohyblivých pacientů může interval polohování kolísat od 20 minut do 4 hodin. Když lékař jinak nenařídí, je vhodné měnit polohu pacienta přes den minimálně každé 2-3 hodiny a v noci minimálně každých 3-4 hodin. Jestliže se při daném intervalu objeví nový dekubit nebo se stav kůže zhorší, je nutné

interval mezi změnami polohy ihned zkrátit." Nadpoloviční většina respondentů se s odborníky shoduje.

Jako nejvíce ohrožená místa vzniku dekubitů, byla definována predilekční místa u pacientů/klientů v poloze na zádech. Polovina respondentů uvedla, že v poloze na zádech, jsou u pacienta nejvíce ohroženy paty, lýtka, sacrum, lopatky, temeno hlavy a třetina paty, sacrum, temeno hlavy. Mikula. Müllerová (2008, s. 22) píše: „Největší výskyt dekubitů je na místech kostních vyvýšenin. V poloze na zádech tj. paty (20 %), lýtka a stehna (5 %), hýždě (27 %), křížová oblast (31 %), celá délka páteře (8 %), lopatky, lokty a temeno hlavy. ”

Obecná odolnost pohlaví vůči vzniku dekubitů. Více jak polovina respondentů uvedla, že u rizika vzniku dekubitů na pohlaví nezáleží. Třetina respondentů si myslí, že vzniku dekubitů jsou více odolné ženy. Mikula a Müllerová (2008, s. 14) Ženy jsou ke vzniku dekubitů náchylnější než muži, protože tukové vrstvy jsou u žen silnější než u mužů. ”

Faktorů, které ovlivňují vznik dekubitů, je mnoho. Literatura rozděluje rizikové faktory na zevní a vnitřní faktory. Mezi zevní faktory patří intenzita a doba působení tlaku, mechanické vlivy a chemické vlivy. Do vnitřních faktorů řadí odolnost tkáně vůči tlaku, pohlaví, věk, tělesnou hmotnost, hybnost, cévní faktory, výživa, hydratace a inkontinence (Mikula, Müllerová 2008). Respondenti se s tvrzením odborníku shodovali. Každý respondent uvedl pět rizikových faktorů způsobující vznik dekubitů. Nejčastější odpověď respondentů v počtu 48 byla imobilita jako rizikový faktor vzniku dekubitů. Dále inkontinence 35 odpovědí, 24 přidružené onemocnění, 21 výživa, 19 tlak, 17 tření, 16 věk, 15 stav kůže, 14 váha, 13 dehydratace, 10 úprava lůžka, 10 špatná péče, 6 pohlaví, 5 obezita, 4 hygiena, 4 plenkové kalhotky a 4 ležení na zádech.

Názor respondentů na používání pomůcek pro inkontinentní pacienty v riziku vzniku dekubitů se výrazně liší od názoru Ulrycha (2011), Csiska (2014), Mikuly a kol. (2008) a dalších, kdy tito odborníci jasně nedoporučují používání těchto pomůcek pro skupinu pacientů v riziku vzniku dekubitů, či pro pacienty s dekubitem. Názor respondentů jasně prokázal, že členové ošetrovatelského týmu se domnívají o naprosté vhodnosti, či že je žádoucí používání jednorázových pomůcek pro inkontinentní pacienty.

U nedostatečné výživy při léčbě dekubitů se názor respondentů s odborníky shoduje. V nadpoloviční většině se zkoumaný soubor shoduje s názorem Grofové (2007), že pacienti s nedostatkem plnohodnotné stravy při léčbě dekubitů mají pomalejší

schopnost hojení. Grofová (2007) také uvádí, že na vzniku dekubitů se podílí nedostatek glukózy, lipidů a bílkovin ve stravě, což také uvedla polovina respondentů.

V průzkumu nás zajímala znalost respondentů o inovačních metodách. Zajímali jsme se tedy o to, zda dotazovaní respondenti znají pojem „pěnové krytí“. „Pěnové krytí je určeno k ošetření dekubitů. Vyznačuje se třemi hlavními designovými rysy: dokonale se přizpůsobí anatomii oblasti, zabraňuje vzniku dekubitů a vytváří optimální podmínky pro hojení u středně až vysoce exsudujících dekubitů i jiných ran“(MEPILEX BORDER, 2014). Nadpoloviční většina respondentů uvedla, že tuto metodu nezná. Třetina respondentů již o této metodě slyšela, ale neví, co znamená. Správnou odpověď uvedli dva respondenti. První respondent uvedl, že se jedná o pěnový čtverec a druhý o absorpční přípravek. Zde je patrné nedostatečné vzdělávání pracovníků.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů je základní bod v počátku prevence vzniku dekubitů. Hodnocení rizika vzniku dekubitů je důležité dělat při příjmu u každého pacienta. Nejvíce respondentů uvedlo, že hodnocení provádí, ale jen u rizikových pacientů a dle modelu Nortonové. Opakované hodnocení provádějí jen při změně stavu pacienta.

V důležitosti postupů pro prevenci vzniku dekubitů se respondenti téměř shodují s odborníky. Například Riebelová, Válka a Franců uvádějí na prvním místě polohování. Dále zevní a vnitřní prostředí, normalizaci celkového stavu a rehabilitaci. Za zásadně důležité nejvíce respondentů uvedlo polohování. Dále hygienu, aktivizaci pacientů, péči o pokožku, úpravu lůžka a hodnocení vzniku dekubitů.

Léčba dekubitů je zcela individuální, záleží na stupni dekubitů a na stavu pacienta. Respondenti uvedli, že používají v zařízení klasickou formu obvazového krytí i vlhkou metodu.

Jako nejlepší postup péče u pacienta s rizikem vzniku dekubitů uvedla většina respondentů postup dle standardu oddělení.

Jako nejpoužívanější pomůcky k předcházení vzniku dekubitů respondenti uváděli: antidekubitní matrace, molitanové klíny a válce a kola, dekubu, botičky, polohovací lůžka, pěnové polštáře a závěsná lůžka.

Díky této práci jsme si významně obohatili své odborné znalosti v oblasti prevence o ošetřování dekubitů a věřím, že členové ošetrovatelského týmu, kteří neznali odpovědi na některé otázky z anonymního dotazníku, byli motivováni k obohacení svých znalostí v oblasti prevence a ošetřování dekubitů.

Závěrem se budeme zabývat průzkumnými otázkami a cíli:

Cíl č. 1: Zmapovat prevalenci dekubitů v letech 2012 – 2014 v zařízení Medi Help spol. s.r.o. Dobříš.

Průzkumná otázka č. 1: Má prevalence dekubitů klesající tendenci?

Průzkumná otázka byla ověřena pomocí analýzy dat. V roce 2012 bylo v zařízení zaznamenáno 175 dekubitů. V roce 2013 bylo v zařízení zaznamenáno 273 a roce 2014 bylo zaznamenáno 316 dekubitů. Z tohoto šetření vyplývá, že prevalence nemá klesající tendenci, ale naopak, každý rok roste.

Tabulka 29 Výskyt dekubitů v zařízení MEDI HELP spol. s r.o. Dobříš v roce 2012-2014

	2012	2013	2014
Zaznamenané dekubity	175	273	316

zdroj: autor

Cíl č. 2: Zjistit znalosti ošetrovatelského týmu o inovačních metodách v prevenci vzniku dekubitů

Průzkumná otázka č. 2: Jsou závisle znalosti ošetrovatelského týmu o inovačních metodách v prevenci vzniku na kontinuálním vzdělávání personálu?

Odpověď na tuto průzkumnou otázku jsme se pokusili zjistit pomocí porovnání účastí respondentů na odborném školení s počtem správných odpovědí na otázku týkající se inovačních metod.

Tabulka 30 Znalostí o inovačních metodách ve srovnání s kontinuálním vzděláváním

Účast na odborném školení	47	25
Správná odpověď na otázku o inovačních metodách	4	2

Zdroj: autor

Z této tabulky vyplývá, že 4 % respondentů, kteří se zúčastnili odborného školení, správně odpověděli a otázku o inovačních metodách. Vzhledem k tomu, že na otázku odpověděli pouze respondenti, kteří se odborného školení zúčastnili, předpokládáme, že je zde závislost.

Cíl č. 3: Zjistit znalosti ošetřovatelského týmu o prevenci a příčinách vzniku dekubitů.

Průzkumná otázka č. 3: Mají členové ošetřovatelského týmu s vyšším a vysokoškolským vzděláním více znalostí o problematice dekubitů než členové ošetřovatelského týmu s maturitou a nižším vzděláním?

Tato průzkumná otázka byla ověřena pomocí porovnání správných a chybných odpovědí otázek cílených na zjištění znalostí o prevenci a příčinách dekubitů. Otázek tazajících se na toto téma bylo celkem 12. A také pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát (χ^2) v aplikaci Milana Kábrta dostupné na <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/> a vypočítáním síly vztahu podle Cramerova koeficientu.

Tabulka 31 Rozdělení odpovědí podle nejvyššího dosaženého vzdělání, skutečné četnosti

Nejvyšší dosažené vzdělání	Správné odpovědi Absolutní četnost	Chybné odpovědi Absolutní četnost
Základní ukončené vzdělání	50	68
Středoškolské vzdělání ukončené výučním listem	37	42
Středoškolské vzdělání ukončené maturitou	279	146
Pomaturitní specializační vzdělání	53	22
Vyšší odborné vzdělání zakončené titulem DiS.	37	16
Vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Bc.	40	5

Zdroj: autor

Tabulka 32 Rozdělení odpovědí podle nejvyššího dosaženého vzdělání, očekávané četnosti

	znak1 – 1. sk.	znak1 – 2. sk.	n_j
znak2 - 1. sk.	73,62	44,38	118
znak2 - 2. sk.	49,29	29,71	79
znak2 - 3. sk.	265,16	159,84	425
znak2 - 4. sk.	33,07	19,93	53
znak2 - 5. sk.	28,08	16,92	45
znak2 - 6. sk.	46,79	28,21	75
n_i	496	299	795

Zdroj: autor

Po dosazení do vzorce s hladinou významnosti 5 % vychází testové kritérium: **G = 47,109** a **kritická** hodnota: $\chi_{(1-\alpha); df = 11,07}$. Tyto hodnoty nám říkají, že zde určitá závislost existuje. Dále jsme vypočítali sílu vztahu podle Cramerova koeficientu:

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(m-1)}} = \sqrt{\frac{47,109^2}{795(6-1)}} V = 0,108$$

Získané hodnoty ukazují, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce závislost je, ale podle Cramerova koeficientu je síla tohoto vztahu slabá.

Průzkumná otázka č. 4: Mají členové ošetrovatelského týmu s délkou praxe delší než 15 let více znalostí o problematice dekubitů?

Tato průzkumná otázka byla ověřena pomocí porovnání správných a chybných odpovědí otázek, každé skupiny rozdělené podle délky praxe A také pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát (χ^2) v aplikaci Milana Kábrta dostupné na <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/> a vypočítáním síly vztahu podle Cramerova koeficientu.

Tabulka 33 Znalosti ošetřovatelského týmu podle délky praxe, skutečná četnost

Délka praxe	Správné odpovědi Absolutní četnost	Chybné odpovědi Absolutní četnost
0-5 let	159	141
6-15 let	126	54
16-25 let	135	75
26 a více let	76	29

Zdroj: autor

Tabulka 34 Znalosti ošetřovatelského týmu podle délky praxe, očekávaná četnost

	znak1 - 1. sk.	znak1 - 2. sk.	n _{·j}
znak2 - 1. sk.	187.17	112.83	300
znak2 - 2. sk.	112.3	67.7	180
znak2 - 3. sk.	131.02	78.98	210
znak2 - 4. sk.	65.51	39.49	105
n _{i·}	496	299	795

Zdroj: autor

Po dosazení do vzorce s hladinou významnosti 5 % vychází testové kritérium: $G = 20,504$ a kritická hodnota $\chi_{(1-\alpha); df = 7, 815}$. Tyto hodnoty nám říkají, že zde určitá závislost existuje. Dále jsme vypočítali sílu vztahu podle Cramerova koeficientu.

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(m-1)}} = \sqrt{\frac{20,504^2}{795(2-1)}} V = 0,727$$

Získané hodnoty ukazují, že mezi hodnotami v kontingenční tabulce závislost je, ale podle Cramerova koeficientu je síla tohoto vztahu slabá

Souhrn

Hlavním cílem naší práce bylo zmapovat, výskyt a prevenci dekubitů v zařízení MediHelp spol. s.r.o. Dobříš, což se nám povedlo.

Dílní cíle práce byly zmapování prevalence dekubitů za období od roku 2012 do roku 2014. Zmapování výskytu dekubitů v zařízení Medi Help Dobříš nás informuje o stoupající tendenci vzniku dekubitů v zařízení a to ze 40 % v roce 2012 na 62 % v roce 2014.

Dalším cílem práce bylo zjistit znalosti ošetřovatelského týmu o inovačních metodách v prevenci vzniku dekubitů. Správnou odpověď na tuto otázku uvedly

4 % respondentů, což jsme vyhodnotili jako neuspokojivé. Toto téma je velmi závislé na kontinuálním vzdělávání. Překvapivě 10 % respondentů odpovědělo, že nemá zájem se zúčastnit odborného školení, 43 % by se rádo zúčastnilo a 47 % se zúčastnilo.

Posledním dílčím cílem práce bylo zjistit znalosti ošetřovatelského týmu o prevenci a příčinách vzniku dekubitů. To se nám povedlo analyzovat prostřednictvím průzkumu dotazníkovou metodou. Z analýzy vyplynulo, že respondenti správně vyplnili 62 % otázek. Znalost respondentů v této oblasti je nadpoloviční.

Doporučení pro praxi

Cílem bakalářské práce byl výskyt a prevence dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš. Cíle se podařilo dosáhnout. Výskyt dekubitů má v zařízení Medi Help spol. s r.o. Dobříš má v posledních letech stoupající tendenci.

Vzhledem k výsledkům průzkumu a vyhodnocení odborných znalostí a vědomostí ošetřovatelského týmu v oblasti prevence dekubitů doporučujeme prohlubovat odborné znalosti a vědomosti pomocí poskytnutí možnosti absolvovat školení, či přeškolení ošetřovatelského týmu pro prevenci a ošetřování dekubitů. Dále zřídit edukační tým pro prevenci a ošetřování dekubitů zaměřený pro ošetřovatelský tým i pacienty a jejich rodinné příslušníky složený z lékaře, sestry specialistky, nutričního poradce a fyzioterapeuta. Posledním doporučením je vybavit oddělení dostatečným množstvím kvalitních polohovacích pomůcek pro prevenci dekubitů.

Doporučení pro ošetřovatelský tým

1. Projevit zájem o další vzdělávání
2. Projevit zájem o účast na vzdělávacích kurzech
3. Intervence v sebevzdělávání o inovačních metodách a trendech v oblasti dekubitů
4. Zlepšit zaznamenávání rizika vzniku dekubitů
5. Zlepšit spolupráci ošetřovatelského týmu

Doporučení pro management ošetřovatelské péče

- Zřízení edukačního týmu pro ošetřovatelský tým, pacienty a rodinné příslušníky se zaměřením na prevenci, ošetřování a léčbu dekubitů
- Zřízení týmu pro léčbu dekubitů
- Doplnění vybavení pomůcek pro prevenci dekubitů na všech oddělení

- Motivovat sestry k prohlubování vědomostí v oblasti dekubitů
- Poskytnout zaměstnancům možnost absolvování kurzů v oblasti dekubitů
- Vypracování kvalitnějšího standardu, který bude splňovat všechny platná kritéria (viz Příloha D)

ZÁVĚR

„Ti, jimž je dopřáno svobodně a zcela osobně sloužit, měli by toto štěstí přijmout jako lidé, kteří tím získávají pokoru. Vždy by měli být pamětliví toho, že mnozí by chtěli a dovedli jednat jako oni, ale nemohou. Proto každý, kdo má to štěstí a smí přinášet pomoc a dobro, měl by pochopit, že se mu tím dostává velké milosti.“ Florence Nightingale (ČOK, 2014).

Teoretická část této práce je věnovaná samotné problematice dekubitů, historii, mechanismům vzniku a faktorům ovlivňujícím vznik dekubitů. V dalších kapitolách se věnujeme prevenci, inovačním metodám a léčbě dekubitů.

Při zpracovávání práce jsme se dozvěděli spoustu nových informací. Hlavně nás zaujala historie dekubitů. Nové poznatky a informace nás obohatily. Některé postupy jsme měli možnost vyzkoušet si v praxi.

Stanovené cíle práce byly splněny. Domníváme se, že práce má nesoucí informační hodnotu, jak v teoretické části, tak i v části praktické.

Do průzkumného souboru jsme zařadili celý ošetřovatelský tým, protože spolupráce celého týmu je nedílnou součástí. Všichni členové ošetřovatelského týmu by měli mít v oblasti dekubitů dostatek informací, jelikož prevence začíná u příjmu pacienta a pokračuje hygienou, stavem lůžka atd.

Závěrem je nutné podotknout, že dobré znalosti celého ošetřovatelského týmu v prevenci o ošetřování dekubitů jsou největší devizí do budoucnosti.

Přáli bychom si, aby tato práce byla prospěšná pro všechny, kteří se zajímají o tuto problematiku. Jak píše Riebelová, Válka, Franců: „*Za největší přínos naší práce bychom považovali, pokud by se nám podařilo přesvědčit čtenáře, že dekubity jako takové nejsou beznadějnou záležitostí. Již promyšleně připravenou a dobře organizovanou prevencí by šlo zřetelně celostátně snížit náklady na terapii dekubitů*“ (2000 s. 143).

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

CSISKO, Matej. Prevence dekubitů v ošetrovatelské praxi. In: *Sestra*, 2014, roč. 24, č. 4, s. 30-31. ISSN: 1210-0404.

ČAPEK, Milan. 2003 Antidekubitní matrace a systémy. In: *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 4, s. 19–20. ISSN 1210–0404.

ČOK, Milan. 2014 Prevence vzniku dekubitů II. In: *Osobní asistence*[online]. [cit. 2015-12-12]. Dostupné na: <http://www.osobniasistence.cz/dekubity7.php#blokovaní>

EPUAP. 2014 Nutriční intervence. In: *Česká společnost pro léčbu rány*[online]. [cit. 2015-12-12]. Dostupné na: <http://www.cslr.cz/Informace-pro-praxi/Doporucene-lecebne-postupy/>

GROFOVÁ, Zuzana. 2007. *Nutriční podpora, praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Grada Publishing, a.s., 2007. 240 + 8 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-1868-2.

HARTMANN – RICO. 2014 Novinky z léčby ran. In: *Léčba rány* [online]. [cit. 2015-12-12]. Dostupné na: <http://www.lecbarany.cz/clanky/ucinnost-vysokofrekvencniho-ultrazvuku-pri-lecbe-dekubitu>

HARTMANN – RICO. 2014 Rady a tipy pro prevenci a léčbu ran. In: *Léčba rány*[online]. [cit. 2015-12-12]. Dostupné na: <http://www.lecbarany.cz/clanky/vyuziti-ultrazvuku-pri-hojeni-ran>

HARTMANN – RICO. 2014 Výskyt dekubitů u hospitalizovaných pacientů v Německu. In: *Léčba rány* [online]. [cit. 2016-02-01]. Dostupné na: <http://www.lecbarany.cz/clanky/vyskyt-dekubitu-u-hospitalizovanych-pacientu-v-nemecku-2005-2011>

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

KADLECOVÁ, Petra. 2000 Používání oplachových roztoků v ošetrování ran. In: *Sestra*, 2000, roč. 10, č. 4, s. 13. ISSN 1210–0404.

KOUŘILOVÁ, Irena. Lokální ošetřování ran a defektů na kůži. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 76 s. ISBN 978-80-247-2682-3.

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

Mepilex Border. 2014 Pěnové krytí. In: *Mölnlycke Health Care* [online]. [cit. 2014-12-12]. Dostupné na: <http://www.molnlycke.cz/produkty-pro-moderni-osetrovani-ran/penova-kryti/mepilex-border-sacrum/#1>

MIKULA, Jan. a Nina Müllerová. 2008. *Prevence dekubitů*. 1 vyd. Praha: Vydavatelství Grada Publishing, a.s., 2008. 96+8 stran barevné přílohy. ISBN 987-80-247-2043-2.

NĚMCOVÁ, Jitka a kol. 2015. Vysokoškolská skripta - text k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. 3. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., 2015. 110 s. ISBN 978-80-904955-9-3.

ONDŘIOVÁ, Iveta, Terézia Fertal'ová. Dekubity jako indikátor kvality péče. In: *Sestra*, 2013, roč. 23, č. 1, s. 48-51. ISSN: 1210-0404.

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

PLEVOVÁ, Ilona., Regina Slowik. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, 67 s. ISBN 978-807-3685-065.

POKORNÁ, Andrea., Romana Mrázová. 2012 *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Grada Publishing a.s., 2012. 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

RIEBELOVÁ, Věra a kol. 2000. *Dekubity Prevence, konzervativní a chirurgická terapie - Trendy soudobé chirurgie*, svazek 3. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Galén, 2000. 159s. ISBN 80-7262-033-9.

SCHULER, Matthias., Peter Oster. 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Vydavatelství Grada Publishing a.s., 2010. 336s. ISBN 978-80-247-3013-4.

SLEZÁKOVÁ, Lenka., a kolektiv. 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Grada Publishing a.s., 2010. 264+4 strany barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3129-2.

STAŇKOVÁ, Marie. 2003 Jak na dekubity? In: *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 2, s. 58–59. ISSN 1210–0404.

ULRYCH, Ondřej a Markéta Koutná. Riziko vzniku dekubitů v intenzivní péči. I., *Hojení ran*, 2011, roč. 5, č. 5, s. 12-15. ISSN: 1802-6400.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.

PŘÍLOHY

- Příloha A Dotazník
- Příloha B Žádost o povolení provedení průzkumu a o použití výsledků
z prevalenčního šetření výskytu dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r. o.
Dobříš za sledované období 2012 - 2014
- Příloha C Standard ošetrovatelské péče – Prevence proleženin
- Příloha D Návrh nového ošetrovatelského standardu – Prevence proleženin
- Příloha E Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

Příloha A Dotazník

Vážená kolegyně (kolego),

jmenuji se Barbora Kopáčková a jsem studentkou třetího ročníku Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze 5.

V rukou držíte anonymní dotazník týkající se problematiky prevence a ošetřování dekubitů. Získané výsledky jsou pro mne velmi důležité ke zpracování absolventské práce na téma Trendy a inovační metody v prevenci a ošetřování dekubitů.

Při vyplňování dotazníku prosím postupujte podle instrukcí. Dotazník je anonymní, odpovzte, prosím na všechny uvedené otázky, odpověď prosím zřetelně zakroužkujte.

V případě Vašeho zájmu o výsledky průzkumu mě můžete kontaktovat na:
b.kopackova@email.cz.

Děkuji Vám za spolupráci.

Barbora Kopáčková

1) Jste žena x muž

2) Jaké je Vaše odborné zařazení:

- a) Sanitář/ka
- b) Ošetřovatel/ka
- c) Zdravotnický asistent
- d) Všeobecná sestra

3) Jaká je délka Vaší odborné praxe?

- a) 0-5 let
- b) 6-15 let
- c) 16-25 let
- d) 26 a více let

4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní ukončené vzdělání
- b) Středoškolské ukončené výučním listem
- c) Středoškolské ukončené maturitou
- d) Vyšší odborné vzdělání zakončené titulem DiS.
- e) Vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Bc.
- f) Vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Mgr.
- g) Pomaturitní specializační studium

5) Studujete v současné době?

- a) Ano/ jaký obor.....
- b) Ne

6) Je na vašem pracovišti možnost získávání informací ohledně prevence a léčby dekubitů?

- a) Ano, probíhají pravidelná školení na toto téma
- b) Ano, probíhají nepravidelná školení na toto téma
- c) Ne, na toto téma školení neprobíhají
- d) Jiná možnost – prosím doplňte

7) Máte zájem o další vzdělávání a informace o novinkách v prevenci a terapii dekubitů?

- a) Ano
- b) Ano, ale myslím si, že jsou málo dostupné
- c) Ne, vím vše
- d) Nevím, nejsem si jistá

8) Zúčastnila jste se odborného školení, semináře, konference se zaměřením na dekubity?

- a) Ano/ Jakého?
- b) Ne, ale ráda bych se zúčastnila v budoucnu
- a) Ne, nemám zájem

9) V jakých časových intervalech polohujeme rizikové pacienty?

- a) Přes den minimálně každé dvě hodiny, v noci minimálně každých 6 hodin
- b) Přes den minimálně každé 2-3 hodiny, v noci minimálně každých 3-4 hodin
- c) Přes den i v noci minimálně každé 3-4 hodiny
- d) Jiná možnost – doplňte

10) Jaká predilekční místa jsou nejvíce ohrožena v poloze na zádech?(doplňte prosím)

.....

11) Odolnější vůči vzniku dekubitů jsou obecně:

- a) Ženy
- b) Muži
- c) Nezáleží na pohlaví

12) Vymenujte prosím alespoň 5 rizikových faktorů vzniku dekubitů

- 1
- 2
- 3
- 4

13) Používání jednorázových pomůcek pro inkontinentní pacienty u pacientů v riziku vzniku dekubitů je:

- a) Vhodné
- b) Nevhodné
- c) Žádoucí
- d) Nevím

14) Jaké máte podle Vašeho názoru znalosti v oblasti prevence vzniku dekubitů?

- a) Mám dobré znalosti a nepotřebuji je doplňovat
- b) Mám dobré znalosti, ale rád/a si je doplňuji
- c) Nemám dobré znalosti a rád/a si je doplňuji
- d) Nemám dobré znalosti a ani si je nepotřebuji doplňovat

15) Provádíte hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta?

- a) Ano, u každého pacienta/Podle jakého modelu?
- b) Ano, jen u rizikových pacientů/ Podle jakého modelu?.....
- d) Ne

16) Hodnotíte opakovaně riziko vzniku dekubitů během hospitalizace pacienta?

- a) Ano, u všech pacientů
- b) Ano, jen u pacientů s hraničním vyhodnocením rizika vzniku dekubitů
- c) Ano, jen u pacientů již ohrožených vznikem dekubitů
- d) Ano, jen u pacientů, u kterých došlo během hospitalizace ke změně stavu
- e) Ne

17) Myslíte si, že jsou uvedené postupy důležité pro prevenci vzniku dekubitů? Prosím uveďte na škále od 1 do 5, kdy tato čísla znamenají následující:

1 – zásadně důležité 2 – velmi důležité 3 – důležité 4 – prospěšné 5 – nedůležité

- | | |
|--------------------------------------|-----------|
| a) Polohování | 1–2–3–4–5 |
| b) Hygiena | 1–2–3–4–5 |
| c) Péče o pokožku | 1–2–3–4–5 |
| d) Péče o genitál | 1–2–3–4–5 |
| e) Úprava lůžka (suché, vypnuté) | 1–2–3–4–5 |
| f) Hodnocení rizika vzniku dekubitů | 1–2–3–4–5 |
| g) Rehabilitace | 1–2–3–4–5 |
| h) Výživa | 1–2–3–4–5 |
| ch) Aktivizace pacienta (posazování) | 1–2–3–4–5 |

18) Je strava důležitá při léčbě dekubitů

- a) Ano/ Protože:
- b) Není
- c) Nevím

19) Při nedostatku jakých látek ve stravě je pacient ohrožen zvýšeným výskytem dekubitů?

- a) Lipidů, vitamínu C, glukózy
- b) Glukózy, lipidů, bílkovin
- c) Bílkovin, vitamínu C, zinku
- d) Zinku, glukózy, lipidů
- e) Nevím

20) Jaký typ terapie používáte při ošetřování dekubitů?

- a) Vlhká metoda (léčba rány moderním krytím)
- b) Klasická forma obvazového krytí
- c) Používám oba typy terapie
- d) Jiná možnost – prosím doplňte

21) Znáte pojem pěnové krytí?

- a) Ano/ Jedná se o:.....
- b) Slyšela jsem o tom, ale nevím co to je
- c) Neznám

22) U pacienta je riziko vzniku dekubitů. Jak postupujete?

.....
.....
.....

23) Jaké znáte pomůcky k předcházení vzniku dekubitů?

.....
.....

DĚKUJU ZA VÁŠ ČAS

Příloha B Žádost o povolení provedení průzkumu a o použití výsledků z prevalenčního šetření výskytu dekubitů v zařízení Medi Help spol. s r. o. Dobříš za sledované období 2012 - 2014

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	Kopáčková Barbora	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3
Téma práce	Trendy a inovační metody v prevenci a ošetřování dekubitů	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	MEDI HELP spol. s r.o.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marie Břendová, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	

[Podpis]
podpis
MEDI HELP spol. s r.o.
Masárykovo šapatorium
26800 PR
150 00 6 35 91 43
SOCIALNÍ PRACOVNICE

V Dobříši dne 16. listopadu 2015

[Podpis]
podpis studenta

Příloha C Standard ošetrovatelské péče – Prevence proleženin

Medi Help Dobříš s.r.o.

Standard ošetrovatelské péče č.4

Prevence proleženin

Kontrola: 1x za rok, event. dle potřeby

Typ standardu: procesuální obecný

Oblast působení: Medi Help–všechna oddělení

Příloha: Hodnotící kritéria provedení auditu

Schváleno: Tým hlavní sestry pro tvorbu standardů

Verifikoval: Lenka Muzikářová – hlavní sestra

Datum: -

Ošetrovatelský cíl: Předcházet vzniku proleženin

Včasné hojení proleženin bez komplikací

PROCES STANDARDU

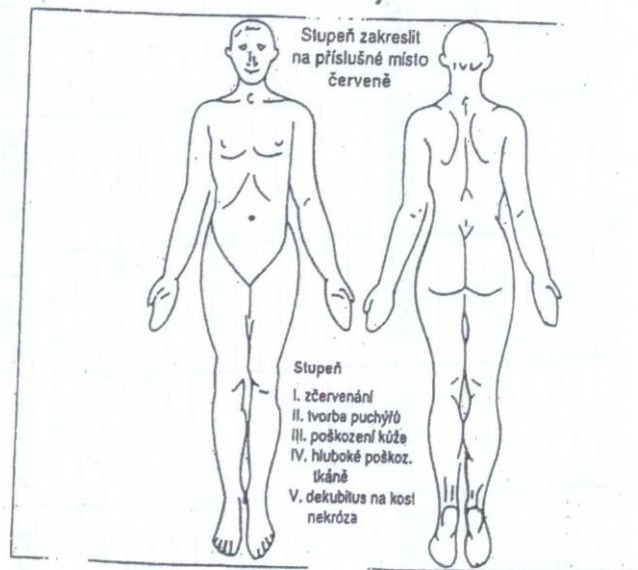
- 1) Sestra posoudí stav kůže a určí riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové.
- 2) Sestra informuje pacienta a případně i rodinu o důležitosti zvýšené péče o kůži. Zapojí pacienta a rodinu do péče o kůži.
- 3) Sestra posoudí stav kůže, sleduje vlhkost, barvu, kožní turgor, celistvost, bolestivost.
- 4) Sestra ve spolupráci s ošetřovatelkou provádí hygienickou péči, provádí ji šetrně a používá vhodné hygienické pomůcky.
- 5) Sestra udržuje pacienta v suchu a čistotě, zvýšenou pozornost věnuje inkontinentním pacientům.
- 6) Sestra poučí pacienta o nutnosti časté změny polohy.
- 7) Sestra polohuje pacienta a tak minimalizuje tlak v predilekčních místech za pomoci vhodných pomůcek.
- 8) Sestra minimalizuje poranění kůže a podkoží při polohování a přesunech pacienta.
- 9) Sestra zaznamenává všechny podstatné změny týkající se integrity kůže pacienta do dokumentace a informuje lékaře.

Obrázek 1 Plán ošetřování dekubitu

Plán ošetřování dekubitu

	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpovědnosti	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontin.
	Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádná 4	Dobrý 4	Dobrý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
	Malá 3	< 30 3	Alergie 3	Diabetes 3 Teplota Anémie	Zhoršen 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Částečně omezená 3	Občas 3
	Částečná 2	< 60 2	Vlhká 2	Kachexie 2 Ucpání tepen Obezita	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
	Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Porucha vědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč a stolice 1
Datum :									
Výsledek									

- ← poloha na pravém boku
- ↑ poloha na zádech
- poloha na levém boku



VÝSLEDEK

- 1) Pacient je informován o důležitosti zvýšené péče o kůži a o nutnosti časté změny polohy.
- 2) Pacient je polohován a tlak v predilekčních místech je minimalizován za pomoci vhodných pomůcek.
- 3) Všechny podstatné změny týkající se integrity kůže pacienta jsou zaznamenány v dokumentaci a lékař je o nich informován.

AUDIT

Oddělení: Auditori: Datum:


Metody: Pozorováním sestry při polohování pacienta, dotazováním sestry, dotazováním pacienta, dotazováním lékaře

Kontrolní kritéria procesu

Metoda ANO NE

- 1) Je pacient informován (dotazováním pacienta)
- 2) Je pacient polohován (dotazováním pacienta)
- 3) Je pacient udržován v suchu a čistotě (dotazováním sestry)
- 4) Jsou podstatné změny týkající se integrity kůže (kontrola dokumentace)
- 5) Je lékař informován (dotazováním lékaře)

Příloha D Návrh standardu ošetrovatelské péče Prevence vzniku dekubitů

		Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Duškova 7, 150 00 Praha 5	
<h1>Prevence vzniku dekubitů</h1>			
Číslo standardu:	Z -	Platnost standardu:	
Typ standardu:	Procesuální obecný	Druh standardu:	Z-základní
Oblast působení standardu:	MEDI HELP spol. s r.o.		
Rozsah působnosti:	Pro zdravotnické pracovníky dle vyhlášky č. 55/2011, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků		
Místo použití:	Všechna oddělení zařízení		
Aktualizace:	1x za 3 roky nebo dle potřeby		
Zpracoval:	Barbora Kopáčková, DiS. 3.CVS		
Příloha:	č. 1: Predilekční místa č. 2: Kontrolní kritéria k provedení AUDITU		

Definice:

- Dekubit je rána způsobená tlakem, střížnými silami a třením. Rozsah poškození je podmíněn celkovým stavem pacienta a zevními okolnostmi. Vznikají většinou v místech s malou vrstvou tukové nebo svalové tkáně.

Kritéria struktury (S)

1. Prostředí

- pracoviště zdravotnického zařízení

2. Pomůcky

- signalizační zařízení - dostupné a funkční
- antidekubitální pomůcky (polohovací pomůcky, antidekubitální matrace)

- jemné mycí prostředky a prostředky k ošetřování dekubitů

3. Zdravotnická dokumentace

- hodnocení rizika vzniku dekubitů
- plán prevence a péče o dekubity
- edukační záznam

Edukace

- motivuj ho ke spolupráci
- neopomeň edukaci rodiny
- informuj pacienta o všech krocích prevence vzniku dekubitů

Kritéria postupu (P)

- ověř si identitu pacienta a zkontroluj identifikační náramek
- ověř si případné alergie pacienta
- zhodnoť, co nejdříve při přejmu riziko vzniku dekubitů a stav kůže (nejpozději do 24 hodin)
- posuzuj riziko vzniku dekubitů průběžně u každého pacienta (při změně zdravotního stavu)
- proved' kontrolu pokožky minimálně jednou denně, nejlépe při každém polohování se zaměřením na predilekční místa (příloha č. 1)
- manipuluj s pacientem šetrně, eventuálně za pomoci dalších pracovníků
- polohuj pacienta během dne po2, v noci po 3 hodinách, u pacienta s větším sklonem ke vzniku otlaku polohuj individuálně viz standard ošetřovatelské péče
Polohování nemocných
- před koncem noční směny polohuj pacienty pokud možno na bok
- používej vhodné, dostupné polohovací pomůcky k odlehčení predilekčních míst
- používej jemné mycí prostředky a kosmetické přípravky vhodné k ochraně kůže
- udržuj pokožku pacienta čistou a vláčnou, kosmetické a léčebné přípravky jemně vtírej
- udržuj ložní i osobní prádlo pacienta suché, bez záhybů, zabraň vrstvení podložek pod pacientem
- aktivizuj pacienta v průběhu poskytování ošetřovatelské péče jak je možné, s ohledem na jeho stav a léčebný režim

- informuj o zjištěném dekubitu lékaře a vše řádně zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace
- monitoruj bolest pacienta
- konzultuj s nutričním terapeutem problém výživy pacienta a výsledky konzultuj s lékařem

Kritéria výsledku (V)

- pacient a rodina je informovaná o prevenci vzniku dekubitů
- pacient netrpí bolestí
- pacient nemá dekubit

Zvláštní upozornění

- nezapomeň při překladi pacienta do jiného zařízení zaznamenat případné dekubity do ošetrovatelské překládové zprávy
- spolupracuj s rodinnými příslušníky při plánování propuštění pacienta s rizikem vzniku dekubitů do domácího ošetrování a vysvětli jim význam prevence dekubitů, postup polohování, využití a dostupnost různých polohovacích pomůcek

Kontraindikace

- možné komplikace definuje lékař

Komplikace a intervence

Například:

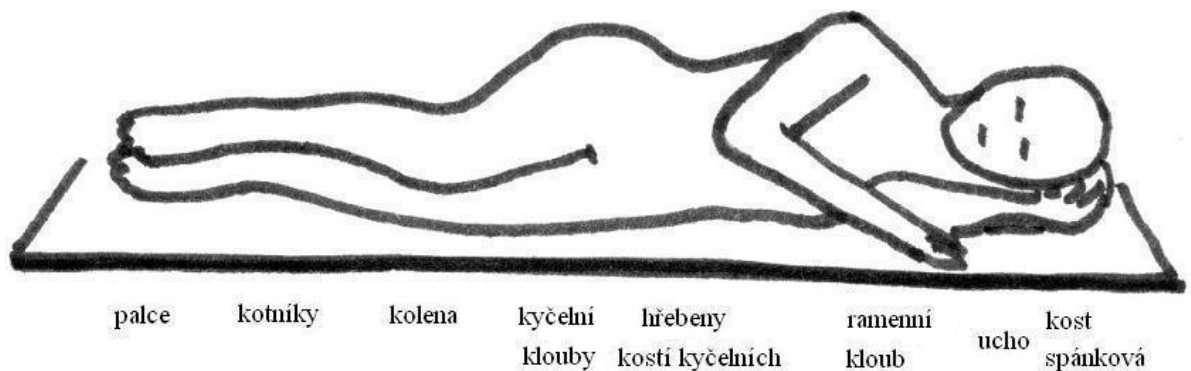
Komplikace	Nezávislé intervence
Nespolupracující pacient	Opětovně edukuj pacienta o riziku vzniku dekubitů, informuj lékaře.
Bolest	Zajisti vhodné polohování, monitoruj bolest, informuj lékaře.

Příloha č. 1:

Predilekční místa

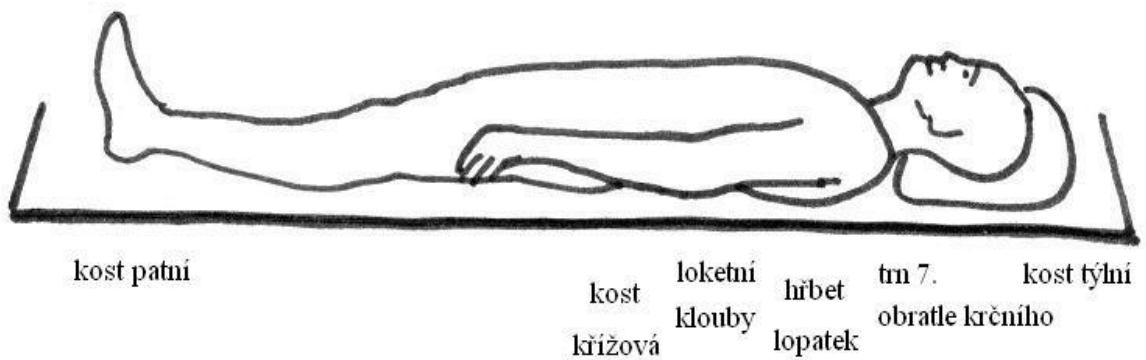
Místa kostních vyvýšenin, mezi kůží a kostí je oslabená tuková a svalová vrstva. Jedná se o oblast týlní, lokty, žebra, obratlové výběžky, boky, oblast kříže, kyčle, hrboly sedací, kloubní hrboly stehenní a holenní kosti, kolena, hlavičky kostí lýtkových, kotníky a paty.

Obrázek 2 Predilekční místa v poloze na boku



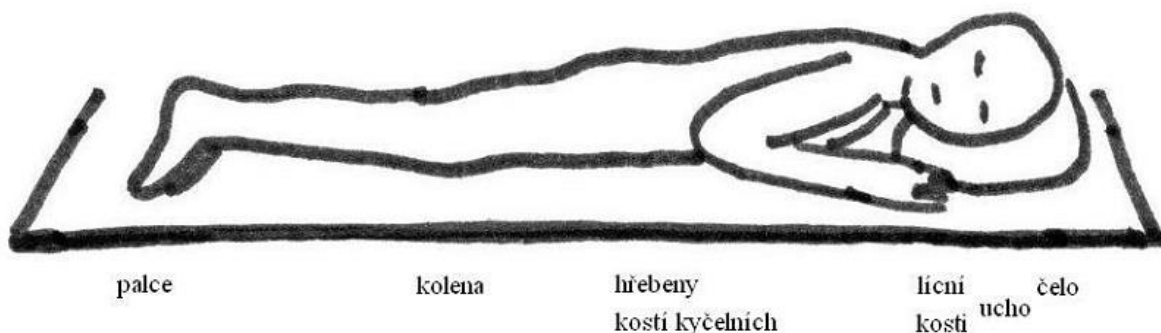
Zdroj: autor

Obrázek 3 Predilekční místa v poloze na zádech



Zdroj: autor

Obrázek 4 Predilekční místa v poloze na břiše



Zdroj: autor

Příloha č. 2:

Kontrolní kritéria k provedení AUDITU:

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
S1	<i>Má zdravotnický pracovník k dispozici potřebné pomůcky k prevenci vzniku dekubitů a vhodné kosmetické prostředky?</i>	<i>Kontrola pomůcek</i>		
P1	<i>Zná zdravotnický pracovník predilekční místa?</i>	<i>Dotaz na zdravotnického pracovníka</i>		
P2	<i>Ví zdravotnický pracovník, v jakých intervalech se nemocní polohují?</i>	<i>Dotaz na zdravotnického pracovníka</i>		
P3	<i>Používá zdravotnický pracovník vhodné mycí a kosmetické prostředky?</i>	<i>Pozorování zdravotnického pracovníka</i>		
V1	<i>Je ve zdravotnické dokumentaci pravidelně zaznamenáváno hodnocení vzniku dekubitů?</i>	<i>Kontrola zdravotnické dokumentace</i>		
V2	<i>Je u pacientů s rizikem vznikem dekubitů veden Plán prevence a péče o dekubity?</i>	<i>Kontrola zdravotnické dokumentace</i>		
V3	<i>Byl pacient edukován o riziku vzniku dekubitů a o postupu péče?</i>	<i>Dotaz na pacienta</i>		

Zdroj: autor

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracoval/a údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Trendy a inovační metody v prevenci a ošetřování dekubitů“ v rámci studia/odborné praxe realizované na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení studenta