

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

DEKUBITY JAKO OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA PLESNÍKOVÁ

Praha 2017

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

DEKUBITY JAKO OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Bakalářská práce

VERONIKA PLESNÍKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová

Praha 2017



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

Plesníková Veronika
3VS1

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Dekubity jako ošetrovatelský problém

The Decubitus Ulcers as a Nursing Problem

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jarmila Verešová

V Praze dne: 25. 10. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 05. 2017

Podpis

ABSTRAKT

PLESNÍKOVÁ, Veronika. *Dekubity jako ošetrovatelský problém*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová. Praha. 2017. 80 stran.

Bakalářská práce se zabývá dekubity, které tvoří nejčastější ošetrovatelský problém. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se nejdříve zaměřuje na definici dekubitů, jejich historii, rizikové faktory vzniku dekubitů, příznaky a jejich léčbu. Dále se práce zmiňuje o různých stupních dekubitů a o prevenci jejich vzniku. Po tomto úvodu přijde na řadu podrobné popsání specifík ošetrovatelské péče. Praktická část se zabývá ošetrovatelským procesem u pacienta s dekubity.

Klíčová slova

Dekubitus. Imobilita. Ošetrovatelský proces. Predilekční místa. Prevence.

ABSTRACT

PLESNÍKOVÁ, Veronika. *Decubitus ulcers as a nursing problem*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jarmila Verešová. Prague. 2017. 80 pages.

My bachelor thesis is dealing with decubitus which are the most common nursing issue. My work is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part target the definition of the decubitus, their history, high – risk factors of the origin of dekubitus, symptoms and their treatment. This wort also mentions varying degrees of pressure ulcers and prventing their formation. After this introduction comes the detailed description of the specifics of the nursing care. The practical part deals with nursing proces in patient with pressure ulcers.

Keywords

Decubitus. Immobility. Nursing process. Predilection sites. Prevention.

PŘEDMLUVA

Dekubitus neboli proleženina je aktuálním a diskutovaným ošetrovatelským problémem, který postihuje převážně starší generace. Jedním z důvodů výběru tohoto tématu je fakt, že už přibližně tři roky pracuji na Oddělení následné péče v nemocnici ve Valašském Meziříčí a s proleženinami se zde setkávám každý den.

Pacienti s dekubity nejčastěji přicházejí z domácího prostředí, jiného oddělení nebo z domova pro seniory. Toto onemocnění je tedy velmi časté. Kvůli špatnému hojení se pak může stát branou pro různé infekce. Zdravotník či laik, který se s proleženinami nesetkává pravidelně, neošetřuje pacienty postižené touto nemocí a nezjišťuje si informace sám, neví, jakým trápením pacient denně prochází, stane se polymorbidním, během dne se nepohybuje a je zcela odkázán na naši péči.

Na pracovišti se setkávám u pacientů s různými stupni dekubitů, které jsou provázeny velkými až nesnesitelnými bolestmi, pláčem a křikem. Většinou jsou tito pacienti imobilní a o veškeré potřeby pacienta tak musí dbát všeobecné sestry. Během svého působení na Oddělení následné péče jsem se setkala i s případy, kdy pacienti tomuto onemocnění podlehli. Hlavně z tohoto důvodu bych proto byla ráda, kdyby se prevence dekubitů nebrala na lehkou váhu.

Touto bakalářskou prací bych chtěla upozornit zdravotnický personál a studenty zdravotnických škol na to, jak závažným ošetrovatelským problémem proleženiny jsou, dále jak o takto postižené pacienty pečovat a jak riziko dekubitů zachytit již při počátečních příznacích. Cílem bakalářské práce je tedy poskytnout teoretické informace o dekubitech. Důležitost je kladena na popis rizikových faktorů a na příčiny vzniku dekubitů, dále také na příznaky, diagnostiku a jejich léčbu. Práce má také cílovou skupinu seznámit se stupni a různou klasifikací proleženin. Důležitou součástí je podrobný popis prevence a ošetrovatelské péče o pacienty s rizikem vzniku dekubitů.

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Jarmile Verešové za odborné vedení této práce, za poskytnutí cenných rad, její podporu a hlavně za čas, který mi věnovala. Zároveň bych chtěla poděkovat také svým rodičům a sourozencům za velkou podporu, kterou mi při studiu věnují.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	14
1 HISTORIE A CHARAKTERISTIKA DEKUBITŮ	17
1. 1 DEKUBITUS JAKO INDIKÁTOR KVALITY OŠETŘOVATELSTVÍ.....	18
2 PŘÍČINY, PŘÍZNAKY, DIAGNOSTIKA, PREDILEKČNÍ MÍSTA A LÉČBA DEKUBITŮ	20
2. 1 ZEVNÍ A VNITŘNÍ PŘÍČINY DEKUBITŮ	20
2. 2 PŘÍZNAKY DEKUBITŮ.....	21
2. 3 DIAGNOSTIKA DEKUBITŮ	21
2. 4 PREDILEKČNÍ MÍSTA.....	22
2. 5 LÉČBA DEKUBITŮ.....	23
2. 5. 1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA DEKUBITŮ.....	23
2. 5. 2 OBVAZOVÝ MATERIÁL	23
2. 5. 3 OPLACHY RÁNY	24
2. 5. 4 DÉBRIDEMENT	24
2. 5. 5 LARVOTERAPIE	24
2. 5. 6 PODTLAKOVÝ UZÁVĚR RÁNY VACUUM ASSISTED CLOSURE	25
2. 5. 7 CHIRURGICKÁ LÉČBA DEKUBITŮ	25
2. 6 HOJENÍ RAN.....	26

2. 6. 1 FÁZE HOJENÍ.....	26
2. 6. 2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PROCES HOJENÍ	27
3 STUPNĚ A KLASIFIKACE DEKUBITŮ	29
3. 1 STUPNĚ DEKUBITŮ.....	29
3. 1. 1 EPUAP	29
3. 1. 2 STUPNICE DEKUBITŮ DLE TORRANCE.....	29
3. 1. 3 STUPNICE DEKUBITŮ DLE VÁLKA	30
3. 1. 4 DANIELOVA STUPNICE DEKUBITŮ	30
3. 1. 5 SEILEROVO POSUZOVÁNÍ VZHLEDU PROLEŽENIN	31
3. 2 KLASIFIKACE DEKUBITŮ.....	31
3. 2. 1 HODNOTÍCÍ SYSTÉM DLE NORTONOVÉ.....	31
3. 2. 2 MODIFIKOVANÁ ŠKÁLA NORTONOVÉ.....	31
3. 2. 3 WATERLOVA TABULKA PRO HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ	31
3. 2. 4 RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ DLE KNOLLA.....	32
3. 2. 5 HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ DLE BRADENA.....	32
4 VÝZNAM PREVENTIVNÍCH OPATŘENÍ V PREVENCI VZNIKU DEKUBITŮ	33
4. 1 STRAVA, VÝŽIVA.....	33
4. 2 HYGIENA	34
6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEKUBITY.....	40
CELKOVÉ HODNOCENÍ	75

DOPORUČENÍ PRO PRAXI	76
ZÁVĚR.....	78
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
PŘÍLOHY	

SEZNAM ZKRATEK

BMI	Body mass index
DM	Diabetes mellitus
EPUAP	„European Pressure Ulcer Advisory Panel“
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České Republika
PMK	Permanentní močový katetr
PŽK	Periferní žilní katetr
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota

(VYTEJČKOVÁ et al., 2015, s. 240)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Anémie	Chudokrevnost
Burzektomie	Chirurgické vynětí těhového hlenového váčku
Dekubitus	Proleženina
Deskvamace	Olupování kůže
Diabetes mellitus	Cukrovka
Excize	Operativní odnětí, vyříznutí
Fascie	Povázka, blána obepínající sval
Hypoproteinémie	Snížená hladina bílkovin
Imobilita	Nehybnost, neschopnost pohybu
Infekce	Nákaza
Inkontinence	Samovolný únik moče nebo stolice
Integrita	Celistvost
Kachexie	Patologické zhubnutí a silná celková sešlost
Nasogastrická sonda	Trubička, která se zavádí nosní dírkou do nosohltanu a odtud do žaludku, využívá se na podávání léčiv a potravy
Nekróza	Odumření tkáně
Osteotomie	Chirurgické protěti kosti
Permanentní močový katetr	Cévka, která se zavede do močového měchýře
Per primam intentionem	Nekomplikované hojení rány

Per secundam intentionem	Druhotné hojení u ran infikovaných
Polymorbidita	Větší počet nemocí
Predilekční místa	Místa náchylná ke vzniku dekubitů
Prevence	Předcházení něčemu, ochrana před něčím
Sepse	Otrava krve, zaplavení organismu bakteriemi
Ulcerace	Tvoření vředů
Vřed	Ztráta kožní tkáně, která může zasahovat různě hluboko do podkožních tkání pod bazální membránu epidermis

(NOVÁKOVÁ, 2011, s. 73)

ÚVOD

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku dekubitů. Dekubity totiž vždy byly, jsou a zřejmě budou závažným ošetrovatelským problémem. Nacházíme se v období, kdy se věda i medicína stále rozvíjejí a můžeme na léčbu ran používat stále nové a lepší prostředky. Mohli bychom si tedy představit, jaké by bylo, kdyby ke vzniku proleženin nedošlo. K tomu je ovšem potřebná prevence, kterou bychom neměli zanedbávat. Důvodem k prevenci je nejen finanční nákladnost léčby, ale také psychická zátěž pro samotné pacienty a jejich blízké.

Na vzniku dekubitů se podílí řada faktorů, některé z nich bohužel ovlivnit nedokážeme. I přesto jim můžeme částečně předcházet tím, jak budeme s pacientem fyzicky zacházet. Již na začátku 19. století se dočteme o prevenci vzniku dekubitů. Hlavní prevence spočívala v polohování pacientů. Důraz se kladl na hygienu, čisté a dobře upravené lůžko a péči o pokožku.

V dnešní době všeobecné sestry musí znát hlavní faktory, které vedou ke vzniku dekubitů, jejich dělení, predilekční místa, fáze hojení ran atd. Musí umět správně používat antidekubitní pomůcky a vědět jaký léčebný materiál mohou použít. Pokud všeobecné sestry budou znát problematiku dekubitů, mohou předejít jejich vzniku, nebo včas zahájit vhodnou léčbu.

Také obsahuje:

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat problematiku dekubitů a poskytnout teoretické informace o dekubitech.

Cíl 2: Popsat rizikové faktory, které se podílí na vzniku dekubitů.

Cíl 3: Popsat příčiny, příznaky, diagnostiku a léčbu dekubitů.

Cíl 4: Popsat stupně a různé klasifikace dekubitů.

Cíl 5: Popsat důkladně prevenci a specifika ošetrovatelské péče u pacientů s rizikem vzniku dekubitů.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta s dekubity, který je hospitalizován na Oddělení následné péče.

Vstupní literatura

1. FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Ošetrovatelství teorie*. Martin: Osveta, 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
2. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 249 s. ISBN 978-802-4744-124.
3. KELNAROVÁ, Jarmila, Martina CAHOVÁ, Iva KŘEŠŤANOVÁ, Marcela KŘIVÁKOVÁ, Zdeňka KOVÁŘOVÁ, 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 244 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
4. MĚŠŤÁK, Jan, Martin MOLITOR a Ondřej MĚŠŤÁK, Lucie KALINOVÁ et al., 2015. *Základy plastické chirurgie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 210 s. ISBN 978-80-246-2839-4.
5. MIKULA, Jan a Nina MULLEROVÁ, 2008. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
6. NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Dekubity jako ošetřovatelský problém, proběhlo v listopadu 2016. Jako klíčová slova jsem zvolila dekubitus, imobilita, ošetřovatelský proces, predilekční místa a prevence.

Hlavním kritériem pro vyhledávání zdrojů pro zpracování bakalářské práce byla odbornost literatury, která zároveň musela odpovídat stanoveným cílům bakalářské práce. Tato literatura, v českém a anglickém jazyce, musela být vydána v časovém období od roku 2006 až po současnost. Pro zpracování rešerše jsem využila rešeršních služeb Národní lékařské knihovny v Praze. Celkem bylo nalezeno 47 záznamů, z toho 17 knih, 24 odborných článků a sborníků a 6 kvalifikačních prací. Ostatní zdroje, které byly v práci použity, byly vyhledány osobně dle klíčových slov. Průvodní list k rešerši je součástí bakalářské práce v příloze F.

1 HISTORIE A CHARAKTERISTIKA DEKUBITŮ

První zmínky o dekubitech můžeme vysledovat již v období starého Egypta. Jedná se o zmínku o proleženině, kterou trpěla princezna. Nacházela se v oblasti sakrální a její velikost byla popsána jako „velikost pěsti ruky“. Pro léčbu tohoto dekubitu byla zvolena transplantace vepřové kůže. Po náročném zákroku však princezna zemřela v důsledku nepřijetí transplantované tkáně.

V dřívějších dobách dekubity nebyly řešitelné kvůli nedostatečným znalostem o tom, jakým způsobem dekubit vzniká, jak mu předcházet a jak ho léčit. Zpočátku se toto onemocnění nazývalo „Gangraena“, poté se název změnil na „Gangraena per dekubitus“, což můžeme přeložit jako „hnilobná rána způsobená dlouhodobým ležením“. Konečným názvem, který měl popis nemoci zjednodušit, se stalo označení „dekubitus“.

Ve středověku byl dekubitus převážně doktorským tématem. Tento pojem se nacházel pouze v knihách pro lékaře. Hlavní otázkou, kterou si lékaři této doby kladli, bylo, proč dekubitus vzniká. Za hlavní příznaky pak byly považovány nečistota, tlak a základní onemocnění (VEISOVÁ, 2009).

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

Dekubitus však není pouze kožní onemocnění. Může vzniknout také na sliznici, např. když zubní protéza vytvoří tlak v dutině ústní. V močovém měchýři pak může dekubitus způsobit permanentní močový katetr a v jícnu například zavedená nasogastrická sonda. Problém s otlaky může vzniknout také při nesprávném přiložení sádrového obvazu nebo ortézy. Tlak způsobený těmito faktory pak má za následek vznik dekubitu (KELNAROVÁ, 2009).

1. 1 DEKUBITUS JAKO INDIKÁTOR KVALITY OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelství zahrnuje péči v době zdraví, nemoci a rekonvalescence, zabývá se duševními, fyzickými i sociálními důsledky nemocí a úrazů, i umíráním. Všeobecná sestra hraje v systému zdravotnické péče nezastupitelnou roli. V ošetřovatelské praxi je pak nesmírně důležitá týmová spolupráce (KLUSOŇOVÁ, PITNEROVÁ, 2005). Všeobecné sestry pracují dle ošetřovatelského procesu, což je podle Sysla, Belejové a Masára (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR 2011) systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je pak zhodnotit zdravotní stav pacienta a také reálné a potenciální problémy v péči o zdraví. Ošetřovatelský proces dělá všeobecné sestry zodpovědnými především za pacienty, ale i za sebe samé (SYSEL et al., 2011).

„Pro měření kvality ošetřovatelské péče byly vytvořeny indikátory neboli ukazatelé kvality. Jsou to kritéria, která v souladu s určitou směrnicí, standardem nebo požadavkem určují, do jaké míry bylo standardu dosaženo“ (JAROŠOVÁ et al., 2016, s. 29 – 30). Indikátory musí být smysluplné a musí měřit jak pozitivní, tak i negativní události. Mezi indikátory kvality ošetřovatelské péče v České republice patří mimo jiné výskyt dekubitů a pádů pacientů při hospitalizaci a právě těmito problémy se ve své práci zabývám (JAROŠOVÁ et al., 2016).

Proleženiny se vyskytují ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních u nás i ve světě. Vzniklý dekubitus je považován za velký ošetřovatelský problém, který vyžaduje zvýšenou pozornost zdravotnického personálu. Jejich vznik vede k pocitu selhání všeobecných sester, dochází k prodloužení hospitalizace a ke zvýšení finančních nákladů. Sledování výskytu proleženin je proto významný indikátor kvality ošetřovatelské péče a všeobecné sestry se tímto problémem zabývají už od devadesátých let. Důvody sledování dekubitů jsou tak především preventivní a ekonomické.

Ve světě je sledování dekubitů běžné, ale v České republice se tento proces teprve rozvíjí. Problematikou prevence a léčby dekubitů se v naší zemi zabývá Česká společnost pro léčbu ran založená roku 1999 (MIKULA et al., 2008).

Na základě současných poznatků z patofyziologie hojení ran a moderních způsobů je třeba nově plánovat problematiku hojení a péče o ránu. Ve spoustu nemocnic v celé ČR jsou zřízena edukační centra pro vzdělávání všeobecných sester v moderním způsobu hojení ran. V posledních deseti letech došlo k významnému rozvoji materiálů na trhu a s tím také souvisí zavedení nových ošetřovatelských postupů do praxe, což napomáhá ke snížení výskytu dekubitů a infekčních komplikací (MIKULA et al., 2008).

V roce 2008 se pod záštitou Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen MZČR) realizoval projekt „Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetřovatelské péče na národní úrovni“. O rok později bylo MZČR pověřeno převzetím tohoto projektu Národní referenční centrum. Náplní je zvýšení bezpečí a spokojenosti pacientů, zvýšení kvality jejich života, identifikace rizikových faktorů a zavádění preventivních opatření (KOŽENÝ, 2011).

2 PŘÍČINY, PŘÍZNAKY, DIAGNOSTIKA, PREDILEKČNÍ MÍSTA A LÉČBA DEKUBITŮ

Tato kapitola se zaměřuje na příčiny vzniku dekubitů. Na jejich vzniku se podílí více faktorů. Tyto faktory můžeme rozdělit do dvou skupin – zevní a vnitřní faktory. Dále se kapitola zaměřuje také na příznaky, které jsou důležité k tomu, abychom dokázali předcházet tomuto onemocnění. Důležitá je také diagnostika a kontrola predilekčních míst.

2.1 ZEVNÍ A VNITŘNÍ PŘÍČINY DEKUBITŮ

Jedním z hlavních faktorů zevních příčin vzniku dekubitů je přímý tlak. O vzniku dekubitu však nerozhoduje intenzita tlaku, ale jeho doba působení. Pokud tlak dlouhodobě působí na určité části těla, dochází k tomu, že tkáně nejsou dobře prokrvovány a okysličovány, a nakonec dojde k odúmrťi tkáně a vzniká nekróza. Dekubity pak nejčastěji vznikají tam, kde je kost blízko kožního povrchu a je málo izolovaná tukovou a svalovou vrstvou. Tato místa vzniku se nazývají „predilekční místa“. Dalším způsobem vzniku dekubitu může být tření. Dekubitus v tomto případě vzniká buď při neopatrné manipulaci imobilního pacienta v lůžku, kdy dochází k odírání kůže o podložku a ta se stává náchylnější ke vzniku dekubitu, nebo při sklouznutí pacienta po povrchu lůžka během jeho polohování. V tomto případě se projevuje tzv. síla střížná, která působí na povrchové a hluboké tkáně. Zvýšený vznik dekubitů se projevuje také u pacientů s větší vlhkostí kůže, která je spojená s inkontinencí moče, stolice, se zvýšeným pocením nebo přehnanou hygienou. Kůže, která se nachází ve stálé vlhkosti, se stává měkčí, bobtná, postupně se zvrásňuje a díky těmto příčinám je náchylnější ke vzniku dekubitů (ANDERS et al., 2010; PEJZNOCHOVÁ, 2010).

Důležitým vnitřním faktorem, který není ovlivnitelný, je věk pacienta. S věkem se totiž zhoršuje kvalita kůže, která pak ztrácí elasticitu a stává se sušší. To vede ke zhoršenému vnímání bolesti u pacientů. Ve vyšším věku je problémem také snížená schopnost regenerace. Rizikovou skupinou jsou pacienti ve věku 70 let a výš, na které působí také dále jmenované příčiny. Při každém onemocnění je narušena obranyschopnost organismu a schopnost jeho regenerace, které se na vzniku dekubitů velkou měrou podílejí. Prvním takovým onemocněním je diabetes mellitus (cukrovka, dále již jen DM), u něhož dochází k porušení periferního kapilárního prokrvení. Dále pak anémie, která vede

k nedostatku kyslíku ve tkáních, nebo onemocnění spojená s poškozením mozku a míchy. Riziko vzniku dekubitů zvyšuje také bolest a strach ze zhoršení zdravotního stavu. Pacient cítící bolest se snaží pohybovat co nejméně a často raději zvolí klid na lůžku. Toto rozhodnutí pak převádí zodpovědnost na zdravotnický personál, který musí věnovat zvýšenou pozornost kontrole predilekčních míst a předcházet vzniku dekubitů polohováním (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006). Inkontinence neboli samovolný únik moči nebo stolice je dalším faktorem, který může vznik dekubitů způsobit. Působením moče a stolice se naruší povrchové vrstvy kůže a ta se stává méně odolnou ke vzniku infekcí a k mechanickým vlivům. Na těchto místech vzniká macerace, která zapříčiňuje vznik dekubitů. Vznik dekubitů ovlivňuje také výživa. Mezi závažné faktory v tomto případě patří hypoproteinémie, nedostatek vitamínu C, zinku a železa a také tělesná hmotnost. U kachektických pacientů vzniká riziko dekubitů působením tlaku na kost, u obézních pacientů je důvodem nedostatečná a obtížná pohyblivost (KELNAROVÁ et al., 2009).

2. 2 PŘÍZNAKY DEKUBITŮ

Dekubity se mohou vytvořit na každé části našeho těla. Prvním projevem tohoto onemocnění je zarudnutí, bolest a otoky. Druhým projevem je vytvoření puchýře nebo povrchového vředu, který zasahuje do pokožky. V jeho okolí se pak pomalu rozvíjí zánět. Posledním projevem je nekróza tkáně. Místo odumření má vzhled černé suché krusty, nebo rozbředlé žluté tkáně. V případě neléčení dekubitu se tento stále prohlubuje do okolních svalů a kostí. Odumřelá tkáň se stává rozbředlou a hnilobně zapáchá. Vyvinutý dekubitus má charakter vředu s druhotnou infekcí. Tyto infikované vředy pak ohrožují pacientovo zdraví z důvodu možného vzniku septického stavu (MLÝNKOVÁ, 2010).

2. 3 DIAGNOSTIKA DEKUBITŮ

Všeobecná sestra svým působením v ošetrovatelství zastává mnoho rolí, nejčastější rolí pak je poskytování ošetrovatelské péče. Jedná se o roli vztahů, které se vytvářejí k poskytování ošetrovatelské péče. Tyto vztahy jsou charakteristické holistickým pohledem na nemocného (FARKAŠOVÁ, 2006).

Diagnostikovat dekubitus nemusí být pro všeobecnou sestru složité, pokud má potřebné znalosti a vědomosti. Základem je fyzikální vyšetření pohledem a poté následuje

celková anamnéza pacienta. Ihned při přijetí je nutné pacienta prohlédnout a sepsat ošetřovatelskou anamnézu. Poté všeobecná sestra vyplní některý z hodnotících systémů pro vznik dekubitů. Díky tomuto systému zjistí, zda se pacient nachází v riziku vzniku dekubitu, či ne. Podle výsledků se pak k pacientovi přistupuje. Pokud hrozí vznik dekubitu, je nutné pacienta polohovat a sledovat predilekční místa. Jestliže ke vzniku dekubitu přesto dojde, nebo již pacient s dekubitem do nemocnice dorazí, je nutné vzít z rány stěr na bakteriologické vyšetření, o kterém rozhoduje lékař. Takto zjistíme, jaké mikroorganismy v ráně jsou a kterými antibiotiky se pacient bude léčit (VORLÍČEK et al., 2012).

2. 4 PREDILEKČNÍ MÍSTA

Dekubitus může vzniknout na jakékoli části těla, nejčastěji však vzniká na tzv. predilekčních místech. Jedná se o riziková místa, kde jsou kosti blízko kožního povrchu a jsou málo izolovány tukovou a svalovou vrstvou. Predilekční místa jsou různá, liší se podle polohy pacienta, který je v této poloze dlouhodobě uložen.

Nutné je proto těmto místům věnovat pozornost a kontrolovat je při každém polohování pacienta i několikrát denně. Dekubity se však mohou vyskytnout i na místech, kde bychom je vůbec nečekali, např.: dlouhodobá intubace, permanentní močový katetr, nasogastrická sonda. Proto je důležité kontrolovat i tato místa.

V následujících odstavcích budou rozepsány nejčastější predilekční místa, se kterými se u pacientů setkáváme.

Predilekční místa vleže na zádech. V této poloze vznikají nejčastěji dekubity u kosti týlní, na trnu 7. krčního obratle, na hřebenech lopatek, či v oblasti loketní kosti. Dále se s nimi můžeme setkat také na kosti křížové, hýždích a patách.

Predilekční místa vleže na břiše. Tato poloha u pacientů není moc častá, ale i při ní mohou vzniknout dekubity. Především se jedná o oblasti kosti lícní, ucha, kosti klíční, hřebene kosti kyčelní, kolen a palců (MLÝNKOVÁ, 2010).

Predilekční místa vleže na boku. V této poloze je riziková oblast u kosti spánkové, ramenního kloubu a hřebene kosti kyčelní. Dále se dekubitus může vytvořit v oblasti velkého chocholíku, zevní strany kolenního kloubu a v oblasti mezi koleny nebo v oblasti kotníků.

Predilekční místa vsedě. Zde se za predilekční místa považuje zátylek, ramena, kostrč, hýždě a paty. Tyto dekubity mohou vzniknout, když je pacient posazován k příjmu potravy a také když se pacient nachází ve Fowlerově poloze (MLÝNKOVÁ, 2010).

2. 5 LÉČBA DEKUBITŮ

Léčba dekubitů je velice náročná, proto bychom se měli, z důvodu zdraví pacienta, snažit dekubitus odhalit už v počátku jeho vzniku. V první řadě je však nutné léčit aktuální onemocnění a zlepšit tak pacientův celkový zdravotní stav. Již během této léčby se provedou stěry z dekubitů na bakteriologické vyšetření. Výsledky potom určí, zda bude léčba prováděna konzervativně nebo operačně. Volbu této léčby určí lékař, který posoudí stupeň dekubitu, infekci a celkový zdravotní stav pacienta (JANÍKOVÁ et al., 2013).

2. 5. 1 KONZERVATIVNÍ LÉČBA DEKUBITŮ

Tato léčba bývá používána u pacientů před chirurgickou operací nebo u pacientů, kteří nejsou k operaci indikováni. Základem je provádění preventivních opatření (výživa, hygiena, polohování atd.). Dále je odstraňována nekrotická tkáň, povlak a cizí materiál ze spodiny dekubitu. Je přijatelná i antiseptická léčba infekce a prevence reinfekce. Všeobecná sestra zabezpečuje dostačující vlhkost v ráně správným převazem a tím tedy podpoří správnou granulaci rány, dále také pravidelně sleduje a zapisuje průběžné hodnocení rány. Především je nutné řešit dostačující a účinnou analgetizaci a psychoterapii (STRYJA et al., 2011).

2. 5. 2 OBVAZOVÝ MATERIÁL

Mezi moderní léčbu dekubitů patří udržení vlhkého prostředí v ráně. Materiály na vlhké hojení ran, které se v zahraničí používají přibližně 40 let, dostatečně prokázaly, že právě hydratace defektů a řízené odsávání exsudátu, s možností těchto materiálů kopírovat spodinu rány, zajistí účinné hojení chronických ran (KRŠKA et al., 2011).

Hlavní charakteristikou materiálů na vlhké hojení ran je to, že optimalizují proces hojení – nedráždí ránu během převazu a zajišťují vlhké prostředí rány. Tímto je zajištěna snížená frekvence převazů a ochrana rány před mechanickým poškozením. Tyto materiály obsahují speciální jádro, které pohltí mikroorganismy a neuvolní je zpět do rány. Navíc mají spongiózní efekt, což znamená, že po absorpci exsudátu materiálem nedochází k jeho

zpětnému uvolnění do spodiny rány. Tyto materiály selektivně propouští plyny a vodní páru a tvoří účinnou bariéru proti infekcím a zabraňují maceraci kůže v okolí rány (KRŠKA et al., 2011)

2. 5. 3 OPLACHY RÁNY

Tyto oplachy se nejčastěji používají u nekrotických ran. Výplach napomáhá čištění rány, odplavení sekretu, povlaků a nekrotické tkáně z rány. Tímto je podpořena granulace a následná epitalizace rány. Roztoky k výplachu rány nesmí alergizovat a neměly by vyvolávat bakteriální rezistenci. Důležitá je teplota roztoku, která by měla být okolo 37 °C. Nejužívanější je pitná voda nebo Ringerův roztok.

K této léčbě by se neměly používat roztoky Povidone jod, fyziologický roztok a hypermangan. Zakázané jsou také roztoky obsahující chlór, peroxid vodíku, rivanol a genriánová violet (STRYJA et al., 2011).

2. 5. 4 DÉBRIDEMENT

Débridement je mnohdy považován za nejdůležitější a nejzásadnější v léčbě ran. Jedná se o vyčištění rány s odstraněním nekrotických tkání. Můžeme jej rozdělit do dvou fází. V první fázi se snažíme odstranit odumřelou tkáň. Nejčastěji se k tomu používá débridement chirurgický nebo larvoterapie. Druhá fáze se nazývá udržovací, protože se snažíme ránu udržet čistou, bez odumřelých tkání. Débridement můžeme provést nárazově jedním výkonem nebo si ho rozdělit na více částí. Všechno závisí na zdravotním stavu pacienta a místním nálezu. Díky débridementu se zmenší zánětlivé reakce v okolí defektu, zmírní se zápach a sekce z rány (STRYJA et al., 2011).

2. 5. 5 LARVOTERAPIE

Jedná se o formu débridementu, kdy jsou používány larvy bzučivky zelené. Tyto larvy jsou naprosto sterilní a je dokázáno, že nehrozí žádný přenos infekce do rány. Larvy pojídají pouze nekrotickou tkáň, aniž by poškodily tkáň zdravou. Nejčastěji se využívají v případech, kdy rána není v kontaktu s tělními dutinami nebo orgány. Jsou většinou využívány k léčbě bércových vředů, syndromu diabetické nohy a dekubitů postižených nekrózou. Jedna dávka larev se skládá přibližně z 300 jedinců, zatímco jejich počet při samotné aplikaci závisí na

množství odumřelé tkáně a ploše rány. Larvy musí být překryty sítkou, aby nemohly z rány uniknout. Na sítku se aplikuje vlhké krytí, které by se mělo alespoň jednou za 24 hodin zvlhčovat. Larvy mohou být v ráně maximálně 3 až 4 dny, poté je nutné larvy vyjmout a dát nové (STRYJA et al., 2011).

Aplikace larev byla v České republice schválena Vědeckou radou MZČR 27. 10. 2003. Z počátku bylo nutné larvy objednávat v zahraničí (Velká Británie, Německo) a jedna aplikace stála přibližně 7000 Kč. V současné době máme tuzemského dodavatele a cena za základní dávku, která obsahuje 300 larev, je 3000 Kč. Zpočátku si tuto léčbu musel hradit sám pacient, od 1. 11. 2008 ji za určitých podmínek hradí zdravotní pojišťovna (NOVOTNÝ, 2013).

2. 5. 6 PODTLAKOVÝ UZÁVĚR RÁNY VACUUM ASSISTED CLOSURE

Jde o mechanickou léčebnou metodu, která využívá subatmosférický tlak. Jedná se o neinvazivní metodu, která aktivně uzavírá ránu. Tato metoda se používá v případech, kdy selže obvyklý způsob hojení ran. Tlak odvádí z rány sekreci. Při využití V. A. C. podtlakového uzávěru se využívá polyvinylalkoholová nebo polyuretanová pěna, která zajišťuje stabilní podtlak v defektu. Pěna se aplikuje po okrajích rány spolu s adhezivní folií. Nejčastěji se využívá podtlak rány v hodnotě 125 mmHg. Podtlak v ráně pomáhá odstranit edém, zvyšuje prokrvení přilehlé tkáně, omezuje bakteriální kolonizaci a podporuje granulaci tkáně. Tento způsob ošetření defektu podporuje a urychluje hojení rány (STRYJA et al., 2011).

2. 5. 7 CHIRURGICKÁ LÉČBA DEKUBITŮ

Tato léčba je vhodná pro dekubity III. a IV. stupně. Chirurgická léčba vzniklých dekubitů je oblastí plastických chirurgů. Lékař však nejdříve musí zvážit celkový zdravotní stav pacienta.

Operatér jako první odstraní odumřelou tkáň, která brání hojení. Po vyčištění se rána musí uzavřít. Také je nutné odstranit proleženinou kapsu. Dle potřeby se snesou i kostní hrboly a krytí defektu. Jen mimořádně lze operaci dekubitu řešit přímým sešitím rány. Ve většině případů se rána musí krýt velkými a dobře prokrvenými laloky. Častokrát se používají laloky kutánní a muskulokutánní. Laloky se používají tak, aby je v případě

opakování bylo možné znovu použít. Proto se i na malý dekubit používá velká část laloku (MĚŠŤÁK et al., 2015).

2. 6 HOJENÍ RAN

Hojení je složitým fyziologickým procesem, při kterém dochází k obnově porušené struktury a funkce kůže. Hojení ran je přirozeným obranným systémem pohybu. Jedná se o dělení buněk, které organismus spouští při vzniku jakékoli rány. U zdravého člověka je tento mechanismus tak silný, že zvládne všechny akutní rány a hojení probíhá per primam. Pokud tedy dojde ke komplikacím u mladého a zdravého člověka, za mírného přispění dojde k zahojení v krátkém časovém úseku (JANÍKOVÁ et al., 2013).

Pokud se však stejná situace objeví u člověka, který se nachází ve zhoršeném zdravotním stavu kvůli chronickým nemocem, je starší, má zhoršený nutriční stav a sníženou schopnost sebepéče, je jisté, že léčení rány ve formě ulcerace bude velmi složité a dlouhodobé. Hojení ran je totiž kontinuální proces, kdy se jednotlivé fáze vzájemně prolínají a navazují na sebe (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

2. 6. 1 FÁZE HOJENÍ

Hojení ran je přirozenou buněčnou reakcí organismu na porušení celistvosti kůže. Buněčné pochody se spouští hned ve chvíli, kdy dojde k porušení integrity. Hojení ran může probíhat buď per primam intentionem, nebo per secundam intentionem. Hojení per primam intentionem probíhá u chirurgických zákroků, kde je malá destrukce tkáně a tyto rány jsou uzavřeny stehy nebo svorkami. Pochopitelně se tak děje za předpokladu, že je organismus relativně mladý a zdravý. V opačném případě přirozené systémy hojení selhávají a rána se nehojí. Pokud přispěje lokální infekce nebo celkové zhoršení stavu pacienta, rána se stává chronickou a ve svém hojení stagnuje. Hojení per secundam intentionem se týká ran s tkáňovým deficitem, který se musí doplnit novotvorbou. Proces tvorby tkáně je velice zdoluhavý a jeho výsledkem je nápadná jizva. Chronický defekt označujeme jako sekundárně se hojící ránu. Proces hojení je provázen destrukcí, tvorbou granulační tkáně a trvá déle než 6 týdnů. Při hojení se mohou negativně uplatnit celkové a místní faktory (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

První fáze je čistící, exsudativní, erudační, zánětlivá, která je popisována snahou odstranit veškeré nežádoucí složky. Také ji charakterizujeme tím, co se v ráně aktuálně odehrává. Je dobré vědět, že čistící fáze je vždy fází hlavní, kdy se snažíme co nejrychleji zastavit krvácení a co nejefektivněji ránu vyčistit a tím odstranit lokální příčiny stagnace procesu hojení (PEJZNOCHOVÁ, 2010). V místě defektu vzniká často nekróza, která překáží v uzavírání a hojení rány. V tomto případě je rána provázena zápachem a lokální bolestí. Pro úspěšné hojení rány je základem odstranění této nekrózy. Trvání zánětlivé fáze u traumatické rány je 3 dny po poranění. U nehojící se rány se však tato doba prodlužuje (POKORNÁ et al., 2012).

Druhá fáze je granulační, proliferativní. Zde dochází k dělení buněk – vytvoření nových cév za cílem vyplnění defektu granulační tkání. Růstové faktory a cytokiny stimulují migraci a dělení buněk. Fibroblasty produkují kolagen, který vyzrává v pevná kolagenní vlákna. Rána je primárně vyčištěná, s velkou i menší sekrecí. V této fázi je důležité udržování optimální vlhkosti a teploty tkáně (PEJZNOCHOVÁ, 2010; POKORNÁ et al., 2012).

Poslední fáze je epitelizační. Jde o vyzrávání a tvorbu jizvy. V této fázi dochází k hojení rány. Epitelizace rány začíná z okrajů, nebo také z epitelizačních ostrůvků, které se nachází uprostřed rány. Epitelizaci provází fáze granulace, která vytváří plochu pro tvorbu nového pojivového tkaniva a pokožky, která je tenká a bez kožních adnex. Rána se kontrahuje, granulační tkáň je chudší na vodu a cévy, zpevňuje se a přeměňuje v jizevnatou tkáň. Rána je neinfikovaná, vyčištěná s postupující epitelizací (PEJZNOCHOVÁ, 2010; POKORNÁ et al., 2012).

2. 6. 2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PROCES HOJENÍ

Hojení rány může být ovlivněno lokálními faktory a celkovým stavem pacienta. Faktory, které negativně působí na hojení ran, můžeme rozdělit na vnitřní a vnější faktory.

Hojení ran se může v první řadě prodloužit při nedostatku krevního zásobení, které zabezpečuje výživu, dále může být příčinou také snížená imunita v souvislosti s infekcí nebo DM. Problém v délce hojení způsobuje také radioterapie a podvýživa – špatný nutriční stav. Při obezitě zase tukové tkanivo omezuje krevní zásobení a kvůli tomu okraje rány nepřiléhají k sobě a hrozí dehiscence rány. Zhoršené hojení také zapříčiňují některé léky

(např. imunosupresiva) a v rámci protizánětlivých léků pak hrozí riziko, že tyto léky zakryjí symptomy infekce. Dalším faktorem je stres, který klade nároky na organismus a nepříznivě ovlivňuje hojení. Neposledním faktorem je pak také nedostatek bílkovin, vitamínů, Fe, Ca, Zn a stopových prvků. Dále ovlivňují proces hojení traumata – poškození celistvosti kůže v důsledku různého poranění, nebo také infekce – kontaminace pacientem nebo zdravotnickým personálem při nedodržování hygienických zásad a režimu (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

U starých pacientů komplikují proces hojení cévní změny jako je ateroskleróza, či atrofie kožních kapilár. Dále také snížená funkce jater, která zhoršuje syntézu krevního faktoru srážení, či změny v imunitním systému, kde se zhoršuje tvorba protilátek k zabránění infekce. Nedostatky v nutrici mohou snížit erytrocyty a leukocyty a tím bránit uvolňování kyslíku, který je potřebný k syntéze kolagenu a vytváření nových epitelových buněk. Z místních faktorů musíme zhodnotit stav rány, mechanismus poškození, charakter okrajů rány, jeho lokalizaci i spodinu, množství exsudátu a bakteriální flóru. Negativně na hojení rány působí také nekrotická tkáň, lokálně nízké pH, či nedostatek růstových faktorů. Z celkových faktorů se jedná o věk pacienta, nedostatečnou výživu, nádorové či infekční procesy. Rozhodující prvky, které určují kvalitu hojení ran, jsou lékařská a ošetrovatelská péče. Správně zvolený postup operační nebo konzervativní léčby, dodržování aseptických postupů, zásad sterility, užití správné antibiotické terapie nebo lokální antiseptiky jsou předpokladem úspěchu (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

3 STUPNĚ A KLASIFIKACE DEKUBITŮ

Pro dosažení kvalitní ošetrovatelské péče se dekubity rozdělují do 4 stupňů podle jejich závažnosti. Nejdůležitější je si uvědomit, že dekubity postupují z hloubky na povrch kůže.

3. 1 STUPNĚ DEKUBITŮ

Pro hodnocení stádií dekubitů jsou vytvořeny různé stupnice, mezi které patří například: stupně dle EPUAP (Evropský poradní panel pro otázky dekubitů – mezinárodní organizace, která se zabývá prevencí a léčbou dekubitů), dále stupnice dekubitů dle Torrance, stupnice dekubitů dle Válka, Danielova stupnice dekubitů a Seilerovo posuzování vzhledu proleženin.

3. 1. 1 EPUAP

I. stupeň: Zarudnutí kůže, erytém, neblednoucí hyperémie – neporušené zčervenání kůže, které přetrvává po stlačení i po době 5 minut. Místo může být bolestivé, oteklé, tvrdé či měkké, teplejší nebo chladnější než v porovnání s okolím.

II. stupeň: Částečná ztráta kožního krytu projevující se jako mělký vřed s růžovočervenou spodinou bez povlaku. Může vypadat také jako neporušený nebo prasklý puchýř naplněný tekutinou.

III. stupeň: Úplná ztráta kožního krytu. Je možné vidět podkožní tuk. Kosti, šlachy a svaly nejsou odhalené. Zde začínají známky nekrózy.

IV. stupeň: Úplná ztráta kůže a podkoží. Zde už se jedná o poškození cév, nervů, svalů, kloubů a kostí a vzniká nekróza tkáně (STRYJA, 2011; VYTEJČKOVÁ et al., 2015).

3. 1. 2 STUPNICE DEKUBITŮ DLE TORRANCE

Stupeň Ia: Jedná se o stádium nazývané blednoucí hyperémie. Kůže je zarudlá, mírným stlačením prsty erytém zbledne. Zde nedošlo ještě k porušení mikrocirkulace.

Stupeň Ib: Tento stupeň se označuje jako neblednoucí hyperémie. Kůže je zarudlá, mírně vystouplá, po stlačení prsty místo nezbledne. Součástí je porucha mikrocirkulace. Na kůži může být povrchové poškození.

„Stupeň II: Poškození se rozšiřuje do podkoží tkáně a vzniká vředový defekt kůže“ (VORLÍČEK et al., 2012, s. 90).

„Stupeň III: Vřed se dále šíří, spodní fascie není zasažena. Vřed zasahuje podkožní tukovou vrstvu“ (VORLÍČEK et al., 2012, s. 90).

Stupeň IV: Ulcerace se rozšiřuje do podkoží a dochází k poškození svalových struktur. Rozpad tkáně se šíří do hloubky, nekróza zasahuje svalstvo a kosti (VORLÍČEK et al., 2012).

3. 1. 3 STUPNICE DEKUBITŮ DLE VÁLKA

I. stupeň: Vratné změny, zarudnutí, otok, tlak prstů zanechává bledé místo.

II. stupeň: Nekróza podkoží a tuků.

III. stupeň: Nekróza kůže.

IV. stupeň: Tvorba různě hlubokých, rozsáhlých a infikovaných dekubitů (KEPRTOVÁ, 2006).

3. 1. 4 DANIELOVA STUPNICE DEKUBITŮ

I. stupeň: Zarudnutí. Toto stádium je možné zachytit důkladným a správným ošetřením a vřed nemusí vzniknout.

II. stupeň: Deskvamace ložiska, povrchní kožní vředy. Vzniká povrchové odstranění kůže. Většinou na podkladě ztráty výživy a nevratně poškozené spodiny.

III. stupeň: Toto stádium se projeví nekrózou podkožního tuku.

IV. stupeň: Hluboký vřed, vzniká oddělením nekrózy. Tato rána musí být chirurgicky ošetřena. Dochází k postižení svalů, kostí a kloubů. Do vředu se může dostat zánět a pacient může být ohrožen na životě (MĚŠŤÁK et al., 2015).

3. 1. 5 SEILEROVO POSUZOVÁNÍ VZHLEDU PROLEŽENIN

„A: Čistá, granulující rána bez nektróz.

B: Špinavá rána, která je povleklá zbytky nektróz, okolí není infikováno.

C: Rána stejná jako ve stádiu B ale s pronikáním okolní rány nebo projevy celkové sepse“ (VORLÍČEK et al., 2012, s. 90).

3. 2 KLASIFIKACE DEKUBITŮ

Dekubity jsou velmi těžce se hojícím onemocněním. Pro pacienta přináší velké utrpení a další komplikace při léčbě a také výrazně zvyšují náklady v daném zdravotnickém zařízení. Výskyt dekubitů lze snížit zvýšenou ošetrovatelskou péčí. Každá všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent musí umět správně vyhodnotit, u kterých pacientů je riziko vzniku dekubitů zvýšené. V praxi jsou využívány různé hodnotící škály, které pomáhají určit riziko vzniku dekubitů u daného pacienta (KELNAROVÁ et al., 2015).

3. 2. 1 HODNOTÍCÍ SYSTÉM DLE NORTONOVÉ

Tato škála vznikla roku 1962 a je nejznámější a nejpoužívanější hodnotící stupnicí v České republice. S bodovým ohodnocením 14 a méně jsou pacienti ohroženi rizikem vzniku dekubitů. Tato stupnice obsahuje 5 položek, které jsou hodnoceny 1 – 4 body, podle toho pak vyhodnotíme předpokládanou úroveň rizika. Podle této škály hodnotíme celkový fyzický stav, stav vědomí, aktivitu pacienta, pohyblivost a přítomnost inkontinence.

3. 2. 2 MODIFIKOVANÁ ŠKÁLA NORTONOVÉ

Hodnotící systém podle Nortonové byl pro svoji nízkou přesnost přepracován do Modifikované škály Nortonové. Je hodnocena také od 1 do 4 bodů, ale obsahuje navíc 4 další položky. Pro shrnutí je to schopnost spolupráce, věk, stav kůže, jiná onemocnění, celkový zdravotní stav, vědomí, denní aktivity, pohyblivost a inkontinence.

3. 2. 3 WATERLOVA TABULKA PRO HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ

Dalším hodnotícím systémem je Waterlova tabulka pro hodnocení rizika vzniku dekubitů z roku 1985. Obsahuje 11 položek, které se hodnotí od 0 do 7 bodů. Položkami,

kteře se v tomto pŕípadě hodnotí, jsou pohlaví, věk, stavba těla, pohyblivost pacienta, kontinence, výživa, kůže, velké operační výkony, speciální riziko, medikace a neurologická onemocnění. Nejnížší počet získaných bodů je 0 znamenající nízkou pravděpodobnost. Dosažení 20 bodů a více představuje vysoké riziko vzniku dekubitů. Riziko vzniku dekubitů je od 10 bodů (MLÝNKOVÁ, 2010).

3. 2. 4 RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ DLE KNOLLA

Škála rizika vzniku dekubitů dle Knolla obsahuje 8 položek: všeobecný stav zdraví, stav vědomí, denní aktivita, pohyblivost na lůžku, inkontinence, příjem potravy ústy, příjem tekutin ústy a jiná onemocnění. Vše je hodnoceno v rozmezí bodů 0 – 3. Nejvyšší možný počet dosažených bodů je 24, což představuje velmi nízkou pravděpodobnost. Nejnížší počet získaných bodů je 0 znamenající velmi vysoké riziko vzniku dekubitů.

3. 2. 5 HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ DLE BRADENA

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Bradena pochází z roku 1992. V tomto hodnocení je 6 položek: senzitivní vnímání, vlhkost pokožky, aktivita, mobilita, výživa, tření a střižná síla. Použití této stupnice je doporučováno především u starších pacientů. Položky jsou hodnoceny body od 1 do 4. Nejnížší počet dosažených bodů je 6. Tato hodnota představuje velmi vysoké riziko vzniku dekubitů. Nejvyšší počet bodů je 24, což znamená velmi nízkou pravděpodobnost (ANDERS et al., 2010; VORLÍČEK et al., 2012).

4 VÝZNAM PREVENTIVNÍCH OPATŘENÍ V PREVENCI VZNIKU DEKUBITŮ

„Výskyt dekubitů lze snížit kvalitní ošetrovatelskou péčí! Hlavním cílem kvalitní ošetrovatelské péče není léčba vzniklého dekubitu, ale jeho prevence“ (KELNAROVÁ et al., 2009, s. 161).

Díky tomu, že známe příčiny vzniku dekubitů, známe také způsob, jak jim předcházet. Základem je dobře organizovaná a kvalitní ošetrovatelská péče, která má význam nejen při léčbě dekubitů, ale i při prevenci. Ve zdravotnickém zařízení musí fungovat komplexní a koordinovaná péče o pacienta a tudíž dobrá spolupráce celého týmu (MIKULA et al., 2008).

4.1 STRAVA, VÝŽIVA

V této oblasti jsou nejdůležitějšími nutriční terapeut a lékař. Lékař na základě různých vyšetření získá představu o zdravotním stavu pacienta a naordinuje terapii. Důraz se klade na rovnováhu vnitřního prostředí, krevní oběh, okysličování, zdolávání infekce a zlepšování zdravotního stavu. Pokud se nezlepší celkový stav pacienta, především tedy jeho výživa, potom ostatní preventivní opatření budou málo účinná a dekubity se nebudou hojit.

Správná výživa u osob s nebezpečím vzniku dekubitů nebo u osob, u nichž se dekubitus již nachází, je proto důležitou součástí jak prevence, tak i vlastní léčby dekubitů. Nejdůležitější je udržovat pokožku vláčnou, zajistit vyváženost živin, vitamínů, minerálů a stopových prvků. To zvyšuje imunitu vůči infekcím a zkracuje dobu léčení ran.

Zejména u starších jedinců je jídelníček dlouhodobě ztrátový na množství kvalitních bílkovin. Starší občané si například stěžují na drahé maso, jídlo jim nechutná, či pacienti špatně koušou. Prvním krokem je kontrola stravy, veškerých potravin a jídel, kterou pacient sní. Z tohoto přehledu vyplyne, že zdrojů kvalitních bílkovin je buď málo, nebo dostatečné množství. Pak je třeba zjistit, zda je výživa dostatečná i v obsahu energie a v poměru jednotlivých živin (JANÁKOVÁ, 2010).

U diabetiků je důležité zhodnotit druhy sacharidů – zda se jedná o potraviny s vysokým glykemickým indexem či naopak. Poté je nutné posoudit, jaké úpravy pro daného

pacienta jsou možné a reálné. Je možné doplnit obvyklou stravu pacienta komplexní tekutou formou výživy, která doplní do organismu potřebné živiny popíjením mezi jednotlivými jídly. Tato tekutá výživa doplní základní živiny a energii i vyvážený poměr minerálních látek a vitamínů. Zlepšením výživového stavu je pak možné zlepšit i chuť k jídlu. Příjem stravy se dále musí kontrolovat a sledovat a podle vývoje také upravovat s nutričním terapeutem. Velmi důležitý je také pitný režim (MIKULA et al., 2008).

4. 2 HYGIENA

Hygiena má v prevenci dekubitů také významné místo a je důležitá hlavně tam, kde je dekubitus již přítomen nebo kde dochází k inkontinenci. Jde o opatření, kdy minimalizujeme nepříznivé chemické a infekční vlivy. Především se jedná o omezení vlivu moče, stolice, potu, vaginálního sekretu a infekce. Řešením je častá výměna ložního i osobního prádla, koupele, sprchování a omývání. Při mytí se používají jemné mycí gely nebo také tekutá mýdla. Poté následuje dobré osušení a ochrana pokožky před vlhkostí – je nutné ji udržovat vláčnou a ošetřovat ji regeneračními krémy.

Vlhkou pokožku nevysušujeme třením, protože tak vzniká riziko mikrotraumat a oděrek. Pokožku tedy vysušujeme mírným tlakem, nebo přiměřeně teplým proudem vzduchu. Nastávající dekubity nemasírujeme, protože masáž může dekubitu napomáhat v rozšiřování infekce do tkání v okolí. Pokožku kontrolujeme alespoň 1x denně, zvláště začervenalá místa. Také je velmi důležitá prodyšnost materiálů, na kterých pacient leží. Nepřípustná jsou jakákoliv neprodyšná prostěradla, podložky, pleny a kalhotky, protože se v nich oblasti kůže zapařují a macerují, a tímto se narušuje integrita kůže a dekubity se vyvíjejí velice rychle.

Nejlepším materiálem jsou látky, které nepropouští vodu, ale jsou zároveň paroprodyšné (v nich se pokožka nezapařuje a dýchá). Abychom zabránili infekci, je důležité předcházet vzdálenějším ložiskům infekce. Například zánětu plic, či akutnímu zánětu ledvinové pánvičky. Bakterie se mohou dostat krevním řečištěm do tlakem již částečně postižených míst a vyvolat hnisavé záněty, které mohou vytvořit rozsáhlé dekubity. Proto je důležité preventivně provádět častá dechová cvičení a zajistit dostatečný příjem tekutin (DAVID R. THOMAS et al., 2010; MIKULA et al., 2008).

4. 3 SNÍŽENÍ TLAKU NA TKÁŇ PACIENTA, POLOHOVÁNÍ

Tlak je nejrizikovějším faktorem pro vznik dekubitů. Snížením tohoto tlaku na tkáň se zabrání ischemii neboli nedokrvení a následné nekróze, odumření tkáně. Obnoví se místní porušená cirkulace krve v kapilárách kůže, do které jsou krví přinášeny živiny a kyslík, který podporuje hojení a správný metabolismus. Způsoby, kterými snižujeme tlak na tkáň, jsou polohování pacienta, pasivní antidekubitní matrace, sedací polštáře a aktivní antidekubitní matrace (MIKULA et al., 2008).

Nezastupitelné místo v prevenci a léčbě je polohování pacienta. Polohování je základní a neúčinnější prostředek proti vzniku dekubitů. Jedná se o pravidelné polohování v určitých časových intervalech s přísnými pravidly. Intervaly mezi změnami polohy se řídí podle aktuálního stavu pacienta, takže mohou kolísat od 20 minut do 4 hodin. U imobilních, nepohyblivých pacientů, by měl být interval změny polohy 1 – 2 hodiny. U pacienta na vozíku nebo na židli by měl být interval 30 minut až 1 hodinu, protože tlak na určité části těla je při sezení větší než u pacientů, kteří jsou odkázáni na lůžko. K prodloužení intervalů změny polohy přispívají kvalitní matrace, sedací polštáře, nebo polohovací lůžko a díky těmto pomůckám se tak snižuje fyzická náročnost práce na ošetřující personál nebo rodinu. Pokud se při daném intervalu objeví nový dekubitus nebo se stav kůže zhorší, je důležité interval mezi změnami polohy ihned zkrátit. Zdá se, že pomocí polohování můžeme snadno a účinně bojovat proti dekubitům, ale praxe je úplně jiná. Obvyklá praxe vypadá tak, že jedna až dvě všeobecné sestry otáčejí a polohují pacienta zpravidla každé 2 hodiny. Tato práce může mít na pacienta pozitivní účinek, ale je pro něj často nepříjemná a také je náročná pro zdravotnický personál, zvláště když má pacient vyšší hmotnost. U všeobecných sester se často objevují vertebrogenní potíže a také tělesné vyčerpání. Tento problém není zanedbatelný, protože se týká většiny všeobecných sester, které pracují na oddělení s pacienty dlouhodobě ležícími a imobilními. Tato situace se dá řešit buď zaměstnáním většího počtu personálu, což je finančně velmi náročné, nebo vybavením oddělení antidekubitními pomůckami, transportními systémy, nebo kombinací obojího (DAVID R. THOMAS et al., 2010; MIKULA et al., 2008).

4. 4 POLOHOVACÍ POMŮCKY

Mezi prostředky, které ulehčují zdravotnickému personálu práci, patří polohovací pomůcky. V dnešní době jsou tyto pomůcky na trhu volně dostupné a je jich velká řada, například podložní válce, kruhy, kvádry, korýtka, klíny a polštáře. Tyto pomůcky jsou naplněny různými materiály a setkáme se tak například s pěnovými, pudrovými, perličkovými a gelovými zástupci, kteří zvyšují pohodlí zapolohovaného pacienta a zabraňují přílišnému tlaku a snižují tak riziko vzniku dekubitů. Aby pomůcky plnily svou roli, je potřeba je potáhnout vodovzdornými a paropropustnými potahy. Díky vodovzdornému potahu je tato pomůcka snadno omyvatelná a zvyšuje se její životnost. Paropropustnost pak zabraňuje pocení a vzniku vlhkosti pod pacientem, a tím brání vzniku dekubitů. U pacienta by se měly používat pomůcky, které jsou opravdu nutné, protože nadbytek těchto pomůcek v lůžku způsobuje větší imobilitu pacienta. Další zásada je, že by pacient při podkládání měl ležet co největší částí těla na podložce a tím rozložit tlak. Vyčnívající a špatně uložená antidekubitní pomůcka může způsobit otlaky (MIKULA et al., 2008).

Polohovací lůžka slouží k usnadnění ošetřovatelské péče o imobilního, nepohyblivého pacienta. Tato lůžka se mohou ovládat mechanicky nebo elektricky. Elektricky ovládaná lůžka mají polohovatelný zádivý díl, lýtkovou část a také jsou výškově nastavitelná. Tato lůžka mohou mít také nastavitelný náklon hlavy dolů (jedná se o protišokovou Trendelenburgovu polohu), nebo náklon do stran, který se využívá při akutních plicních komplikacích. Pacientům, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko, hrozí mnoho zdravotních komplikací, protože lidský organismus není schopen odolávat imobilitě delší časové období. Nevýhodami mechanických lůžek je zátěž na pohybové ústrojí zdravotnického personálu při manipulaci s imobilním pacientem, rotace trupu, předklánění, ohýbání, zvýšené riziko úrazu a koncentrace velké fyzické námahy. Mechanická lůžka jsou v některých případech nevýhodná i pro pacienty. Setkáme se například se zvýšeným třením a střížnou silou působící na pacientovu pokožku během polohování. Výhodami elektricky ovládaných lůžek jsou snadné polohování pacientů, lehké nastavení výšky a sklonu lůžka, větší nezávislost pacienta, snížení úrazovosti a možnosti vzniku dekubitů a délky pobytu pacienta, řidší fluktuace zdravotnického personálu, možnost domácího použití (MIKULA et al., 2008; POOT et al., 2008).

Práci zdravotnického personálu v dnešní době usnadňují také různé druhy antidekubitních matrací. Tyto matrace umožňují rozložení tlaku na větší plochu, dochází také k odlehčení tlakem namáhaných oblastí. Díky těmto matracím se prodlužuje interval mezi změnami poloh. Matrace můžeme dělit podle způsobu použití na přídavné a nahrazovací. Matrace přídavné se ukládají na standardní lůžkové matrace. Nejčastěji jsou to matrace pěnové, se statickým vzduchem, s alternujícím vzduchem, se zařízením s malým únikem vzduchu. Méně časté jsou matrace vodní či gelové. Nahrazovací matrace nám nahrazují matrace normální a snižují tlak na riziková místa. Tyto se dělí na aktivní nebo pasivní. Materiál matrace snižuje tření a sřížné síly a jsou tak nejvhodnější variantou (MIKULA et al., 2008).

Pasivní matrace jsou vyrobené z polyuretanové pěny. Výhodou této matrace je dobrá přizpůsobivost tvaru pacienta a také to, že se tlak těla rozkládá na celou plochu matrace. Aktivní matrace jsou podložky pod pacienta se střídavým působením tlaku s preventivními nebo léčebnými účinky. Princip této matrace spočívá ve střídavém nafukování a vyfukování buněk matrace. Díky tomu dojde ke snížení dlouhodobě nedostatečného prokrvení tkáně a tak se zabrání vzniku dekubitů. V dnešní době se lze také setkat s použitím vodního lůžka (MIKULA et al., 2008).

5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S DEKUBITY

Dekubitus je velkým ošetrovatelským problémem, kterému lze ale předejít. Preventivní opatření je nutné vždy přizpůsobit konkrétnímu onemocnění a specifickým potřebám pacienta. Snažíme se spíše poskytovat kvalitní preventivní péči, než řešit již vzniklé dekubity a s tím vznikající komplikace. Zásadní význam pro vznik a léčbu dekubitů je organizovaná a kvalitní ošetrovatelská péče (MIKULA et al., 2008).

Zdravotnický personál při běžných ošetrovatelských činnostech hodnotí stav kůže. Sleduje barvu, otok, napětí, hyperémii, defekty na kůži. Posuzuje citlivost a bolestivost, podle subjektivního pocitu nemocného. Hodnotí také teplotu kůže.

Nejdůležitější pak je ovlivnit faktory, které vedou ke vzniku dekubitů. Nejprve je nutné odstranit tlak. Zde musíme zajistit pravidelné polohování pacienta. Při polohování nesmíme zapomenout zabránit tlaku jedné končetiny na druhou. Polohu pacienta měníme co 2 – 3 hodiny jak ve dne, tak i v noci. Při větším zarudnutí určitého místa je nutné měnit polohu častěji. O polohování je také nutné vést pečlivý záznam. V rámci polohování je také dobré používat různé pomůcky k prevenci dekubitů. Pacienta polohujeme šetrně, abychom předešli defektům na kůži. V rámci polohování je nutné zajistit perfektní úpravu lůžka pro pacienta. Matrace by měla být po celé délce stejně vysoká, přiměřeně měkká, neproležená. Prostěradlo by měl zdravotnický personál udržovat čisté, celistvé, napnuté, bez drobků po jídle a bez předmětů spadlých do lůžka. Nutná je také pravidelná kontrola přiložení pomůcek, dlah a pomocných zařízení lůžka a aktivní pátrání po příznacích útlaku (VYTEJČKOVÁ et al., 2015).

Důležité je také zajistit kvalitní hygienu pacienta. Hygienickou péči provádíme podle individuálních potřeb a poté pacienta důkladně usušíme. Při hygieně by se nemělo používat mýdlo, aby nedošlo k poškození ochranného kožního filtru. U inkontinentních pacientů je důležité zajistit dostatečnou hygienu genitálu a používat správný druh plenkových kalhotek. V rámci těchto úkonů je nutné pravidelně hodnotit stav hygieny a vést pečlivý záznam o prováděné hygienické péči (VYTEJČKOVÁ et al., 2015).

Během ošetrovatelské péče je dobré také zvyšovat odolnost kůže – jemná masáž zdravých tkání zvyšuje jejich prokrvení. Dobré je také promašťování kůže dolních končetin (zejména paty) a chránění kůže ochrannými přípravky. Za nejvíce účinnou je považována poklepová masáž, nikoli tření kůže na inkriminovaných místech. Zdravotnický personál by se měl také snažit zabránit poškození cév střížným efektem, a tudíž by měl pacienta správně polohovat. Při změně polohy je nutné neposouvat pacienta tahem za paže, ale používat polohovací podložku a aktivitu nemocného. Po změně polohy by se měla zkontrolovat tkáň, na kterou byl vyvíjen tlak a provést jemná masáž prostředkem s hyperemizačním účinkem.

Kromě fyzické péče je nutné nemocného aktivizovat i duševně. Je dobré poskytnout pacientovi veškeré dostupné informace o příčinách vzniku dekubitů, aktuálním riziku a možnosti prevence a léčby současného stavu. Dále také zajistit nemocnému činnost a umožnit mu návštěvy (tím zapojit blízkou rodinu do péče o pacienta). Pacient by se dále měl vést k nácviku sebeobsluhy a zvyšování soběstačnosti – motivace k aktivnímu pohybu a samostatné změně polohy. Pravidelně se s pacientem provádějí také jednoduché cviky pod vedením rehabilitační sestry. Neméně důležité je také průběžné hodnocení a hlavně přehodnocování plánu. Při každé příležitosti je nutné hodnotit stav kůže na predilekčních místech a o hodnocení a ošetrovatelských aktivitách vést přesný záznam.

Všeobecná sestra se podílí také na nutričním screeningu u ohrožených pacientů a spolupracuje s nutričním terapeutem a lékařem. Proto by měla zajistit optimální stav výživy a hydratace u pacienta. U pacientů s různým stádiem dekubitů sestra konzultuje s nutričním terapeutem a lékařem vhodný energetický přísun. Všeobecná sestra pak také zajistí stravu bohatou na vlákniny, minerály, vitamíny, bílkoviny, železo, měď, zinek a hořčík. Také nezapomíná zajistit dostatečný přívod tekutin (VYTEJČKOVÁ et al., 2015).

V neposlední řadě je důležité sledování podávání léků a dodržování všech léčebných opatření. Toto je důležité zejména u diabetiků a nemocných s poruchami prokrvení mozku. Zvláštní pozornost je pak věnována pacientům s poruchami vědomí, oslabeným pacientům a pacientům s horečnatým onemocněním.

Dekubity jsou události, kterým lze předejít!!! Musíme se proto snažit o dodržování zásad kvalitní ošetrovatelské péče, abychom zabránili alespoň částečně vzniku dekubitů.

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S DEKUBITY

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: J. N. Pohlaví: Žena
Datum narození: 1926 Věk: 90 let
Adresa bydliště a telefon: J. N.
Adresa příbuzných: J. N.
Rodné číslo: J. N. Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: Vyučena Zaměstnání: Důchodkyně
Stav: Ovdovělá Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 03. 01. 2017 Typ přijetí: Plánované
Oddělení: ONP II. Ošetřující lékař: J. N.

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Bolí mě zadek“. Komunikace ztížena, je schopna odpovídat kývnutím hlavy na jednoduché otázky. I přesto nejsme schopni říci, zda pacientka odpovídá adekvátně. Někdy má pacientka „světlé chvíle“, kdy adekvátně odpovídá a komunikuje s námi.

Medicínská diagnóza hlavní: Decubitus sacri gr III. – IV., necrectomia, VAC terapie.

Medicínské diagnózy vedlejší: Alzheimerova nemoc; Vředová choroba gastroduodena; Stp TEP levé kyčle; Stp fraktura 2. obratlů; L892 Decubitus sacri gr III. – IV.; I10 Esenciální (primární) hypertenze; M160 Primární koxartróza oboustr.; E118 DM nezávislý na inzulinu s neurčenými komplikacemi; B964 Proteus, jako příčina nemoci zařazené do jiných kapitol.

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 115/65

Výška: 165 cm

P: 75 minutu

Hmotnost: 60 kg

D: 14 minutu

BMI: 22,04

TT: 37,5 °C

Pohyblivost: Imobilní na lůžku

Stav vědomí: Orientace pouze osobou, krevní skupina: B, Rh. pozitivní dezorientace místem a časem.

Nynější onemocnění: Dekubit III. – IV. stupně v sacru. Pacientka přijata z domácího prostředí pro léčení rozsáhlého dekubitu a zhoršení celkového zdravotního stavu.

Informační zdroje: Rodina, překladové zprávy, pacientka.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: Zemřela ve věku 76 let na onemocnění srdce.

Otec: Zemřel ve věku 64 let na centrální mozkovou příhodu.

Sourozenci: Sestra, která se léčí s DM.

Děti: Dcera a syn zatím zdraví.

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: V dětství žádné závažné onemocnění nebylo, od 50 let se léčí s hypertenzí, od roku 2005 DM, pouze na dietě. Před lety prodělala vředovou chorobu gastroduodena. Zjištěna Alzheimerova nemoc.

Hospitalizace a operace: Chirurgické oddělení Nemocnice Valašské Meziříčí 3. 3. 2010; Oddělení následné péče 2 Nemocnice Valašské Meziříčí 1. 12. 2015; Interní oddělení Nemocnice Valašské Meziříčí 15. 7. 2016; Chirurgické oddělení Nemocnice Valašské Meziříčí 25. 10. 2016; Oddělení následné péče 2 Nemocnice Valašské Meziříčí 1. 1. 2017. Operace levé kyčle roku 2010.

Úrazy: Roku 2010 pád z lůžka, TEP levá kyčel.

Transfuze: Žádné.

Očkování: Běžné v dětství, na jiné si nevzpomíná.

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Tritace	tbl.	5 mg	½-0-0	Antihypertenzivum
Aspirin protect	tbl.	100 mg	1-0-0	Antikoagulans Antitrombotikum
Tiapridal	tbl.	100 mg	1-1-1	Psychofarmacum
Buronil	tbl.	25 mg	0-0-1-1	Antipsychotikum
Moduretic	tbl.	2,5 mg	½-0-0	Diuretikum

Alergologická anamnéza:

Léky: Neguje.

Potraviny: Neguje.

Chemické látky: Neguje.

Jiné: Neguje.

Abúzy:

Alkohol: Za mlada příležitostně, teď už ne.

Kouření: Nekouří.

Káva: Kávu nepije.

Léky: Léky na spaní neužívá.

Jiné návykové látky: Žádná závislost.

Gynekologická anamnéza: (u žen)	Urologická anamnéza: (u mužů)
Menarche: Asi v 15 letech. Cyklus: Býval pravidelný. Trvání: Kolem 6 dní. Intenzita, bolesti: Bolesti žádné neměla. PM: 2 fyziologické porody. A: --- UPT: --- Antikoncepce: Nikdy nežívala. Menopauza: Od 50 let. Potíže klimakteria: Bez potíží. Samovyšetřování prsou: Není schopna provádět. Poslední gynekologická prohlídka: Nepamatuje si.	Překonané urologické onemocnění: Poslední návštěva u urologa: Samovyšetřování varlat:

Sociální anamnéza:

Stav: Vdova.

Bytové podmínky: Bydlí na vesnici v malém rodinném domku. Rodina se o pacientku stará 24 hodin denně.

Vztahy, role a interakce v rodině: Pacientka bydlí v domě s dcerou. Podle rodinných příslušníků mají mezi sebou a vnoučaty dobrý vztah. Syn bydlí se svou rodinou nedaleko a za pacientkou přijíždí jednou za týden.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: Celý život bydlí v domku, který postavil její manžel. Pravidelně ji navštěvují vnučky.

Záliby: Sledování televize.

Volnočasové aktivity: Soustředí se na své zdraví a vnoučata.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: Vyučena.

Pracovní zařazení: Nyní v důchodu, dříve pracovala u soustruhu.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: V důchodu je už pár let, přesně si nepamatuje.

Vztahy na pracovišti: Pracovala v mužském i ženském kolektivu, říká, že neměla nikdy žádné problémy.

Ekonomické podmínky: Stálý příjem – starobní důchod.

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: V mládí byla pokřtěná a vedena k víře. Nyní do kostela nechodí, ale kněz k pacientce chodívá jednou za měsíc.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 10. 01. 2017

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	Není schopna odpovědi. Při otázce, zda ji bolí hlava, je její odpověď kývnutím hlavy „ne“.	Hlava normocefalická. Oči bez známek zánětu, používá brýle na čtení, skléry bílé, zorničky izokorické. Není schopna dlouho udržet oční kontakt. Nos bez deformit a sekrece, uši bez známek zánětu. Slyší hůře, nutná hlasitá artikulace, domluva horší, naslouchátko nepoužívá. Kůže na tváři růžová, rty souměrné, suché, zubní protézu už nepoužívá. Jazyk s povlaky a suchý, plazí středem. Krk souměrný, bez otoků, lymfatické uzliny nehmatné a nebolestivé. Štítná žláza nezvětšena, pohyb hlavou volný.
Hrudník a dýchací systém:	Není schopna odpovědi.	Hrudník je symetrický, bez deformit. Prsa bez patologických změn, kůže pod prsy mírně opruzená, ošetřována každý den. Dýchání je klidné bez slyšitelných fenoménů, frekvence dechu 14 za minutu.
Srdečně cévní systém:	Není schopna odpovědi.	Srdeční reakce je pravidelná, frekvence 75 za minutu, krevní tlak je 115/65. Puls je dobře hmatný. Otoky dolních končetin nejsou. Dolní končetiny jsou podkládány. Zaveden periferní žilní katetr (2. den) na nártu

		pravé dolní končetiny, bez známek infekce, dle Madonnovy škály na čísle 0.
Břicho a GIT:	Není schopna odpovědi. Na otázku „bolí vás břicho“ pokyvuje hlavou, že ne.	Břicho prohmatné, nebolestivé. Nausea ani zvracení není, chuť k jídlu je dobrá, vyprazdňování je pravidelné, stolice 1x za den. Váhový úbytek není, pacientka není obézní, BMI 22,04. Játra nehmatné, kůže na břichu je beze změn a defektů.
Močový a pohlavní systém:	Ukázala na cévku.	Pacientka vylučuje stolicí do plen, má zaveden permanentní močový katetr 8. den – funkční, žádné známky infekce. Moč je fyziologicky zbarvená, v dostatečném množství. Kůže v okolí genitálu je mírně opruzená, ošetřována několikrát denně.

SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Kosterní a svalový systém:	Pacientka neudává žádnou odpověď.	Pacientka je naprosto imobilní. S pacientkou rehabilituje fyzioterapeut. Sestry polohují pacientku, aby nevznikly nové dekubity. Promazávají zdravé tkáně. Polohují pacientku – přes den co dvě hodiny a v noci co tři hodiny. Klouby jsou volně pohyblivé bez patologie a otoků. Páteř je volně pohyblivá na poklep nebolestivá. Po ránu ztuhlost svalů a snížený svalový tonus.
Nervový systém a smysly:	Pacientka neodpovídá.	Pacientka při vědomí, orientovaná pouze osobou, dezorientace místem a časem. Klidná, není schopná velké spolupráce. Sluch je mírně zhoršený, čich je zřejmě bez patologie. Chuť je dobrá, sní veškeré jídlo v nemocnici. Brýle nenosí, jen je používá na dívání se na obrázky nebo prohlížení časopisů.
Endokrinní systém:	Není schopna odpovědi.	DM II. typu na dietě, bez známek dekompenzace. Hypertenzní nemoc s medikací bez potíží. Štítná žláza nezvětšená, nebolestivá.
Imunologický systém:	Pacientka neodpovídá.	Lymfatické uzliny jsou nezvětšené, alergie nejuje. Tělesná teplota je 37,5°C – subfebrilie.

<p>Kůže a její adnexa:</p>	<p>Pacientka si je vědoma dekubitu na sacru.</p>	<p>Kůže celého těla je růžová, dobře ošetřovaná, vláčná. Sliznice suché, narůžovělé, jazyk s povlaky. Vlasy má pacientka krátké, řídké, čisté a upravené. Nehty jsou čisté a ostříhané. Pod prsy i na genitálu je mírně opruzená, zde promazáváme sudokrémem nebo menalindou. Na sacru je dekubitus III. – IV. stupně, který je převazován každý den nebo také několikrát denně. Velikost dekubitu je cca 12 x 10 cm. V pravé části šedočerná nekróza, místy granulace, mírná sekrece, okolí je mírně zarudlé. Na levém boku je zahojená operační rána. Kůže na patách je světle růžová, preventivně paty promazáváme a podkládáme. Pacientku neustále polohujeme, aby nevznikly nové dekubity. Je zaveden PMK 8. den, a také zavedeno PŽK 2. den, okolí je bez známek infekce, bez bolesti a vše proplachujeme denně.</p>
-----------------------------------	--	--

Poznámky z tělesné prohlídky: Pacientka nespolupracuje, usměvavá, snaží se vyhovět požadavkům ošetřujícího personálu. Velikost dekubitu je cca 12 x 10 cm. V pravé části šedočerná nekróza, místy granulace, mírná sekrece, okolí je mírně zarudlé. Dekubit se převazuje dle potřeby, několikrát denně. Na levém boku je zahojená operační rána. Kůže na patách je světle růžová, preventivně paty promazáváme a podkládáme.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA ze dne 10. 01. 2017

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	Doma	„Doma jím dobře.“	Pacientka je nižší postavy, plnoštíhlá, BMI 22,04. Diabetická a šetřící dieta.
	V nemocnici	„Chutná mi tu.“	Dieta číslo 9S. Pacientka je krmena, sní celé porce bez nechutenství a nevolnosti.
Příjem tekutin:	Doma	Není schopna adekvátní odpovědi.	Sliznice suché, narůžovělé, známky dehydratace.
	V nemocnici	Pacientka neodpovídá.	Pacientka pije dostatečně, ale i tak má suchý jazyk s povlaky. Pacientka přijímá tekutiny s pomocí sestry. Denní příjem tekutin je 2 litry. Je dávana i 1000 ml infuze i. v.
Vylučování moče:	Doma	Ukázala na cévku.	Pacientka má zaveden PMK, která odvádí čistou moč bez patologií.

	V nemocnici	Ukázala na cévku.	Pacientka má zavedený permanentní močový katetr 8. den, který odvádí fyziologickou moč v dostatečném množství bez patologie. Sledujeme barvu moče, zda je katetr funkční, okolí vstupu a množství moče.
Vylučování stolice:	Doma	Pacientka neodpovídá.	Chodí pravidelně každý den, stolice odchází do plen.
	V nemocnici	Pacientka není schopna odpovědi.	Pacientka netrpí zácpou, má stolici každý den. Stolicí vylučuje do plen, protože je inkontinentní.
Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění:	Doma	Na otázku, jestli spí dobře, kýve hlavou, že ano.	Bez potíží, hypnotika nepoužívá.
	V nemocnici	„Spím dobře.“	Pacientka je rušena chodem oddělení v noci, spánek mělký, ale usíná dobře. Na pokoji je před spánkem dostatečně vyvětráno. Fungují noční osvětlení.
Aktivita a odpočinek:	Doma	Pacientka neodpovídá.	Pacientka je odkázána na pomoc rodiny.

	V nemocnici	Pacientka není schopna odpovědi.	Pacientka je imobilní a je odkázána na pomoc zdravotnického personálu. Odpočinek má před i po obědě.
Hygiena:	Doma	Pacientka neodpovídá.	Pacientka je bez známek zanedbané hygieny.
	V nemocnici	Pacientka neodpovídá.	Pacientka je imobilní, osobní hygienu a všechny potřeby pacientky provádí zdravotnický personál. Pacientka nám pomáhá se otáčet z boku na bok.
Soběstačnost:	Doma	Rodina.	Pacientka je odkázána na pomoc rodiny.
	V nemocnici	Pacientka neodpovídá.	Pacientka je schopná se otočit z boku na bok. Tekutiny i příjem potravy přijímá pomocí zdravotnického personálu. V ADL testu je nyní ve vysoké závislosti.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU ze dne 10. 01. 2017

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí:		Není schopna odpovědi.	Bdělá.
Orientace:		Pacientka neodpovídá.	Pacientka je orientována osobou, dezorientována časem a místem. Snaží se odpovídat adekvátně na jednoduché otázky, někdy odpovídá zmateně.
Nálada:		Pacientka neodpovídá.	Pacientka je pozitivně naladěna. Její nálada závisí na kvalitě nočního spánku.
Paměť:	Staropaměť	Pacientka není schopna odpovědi.	Pacientka často mluví v minulém čase. Mluví nesrozumitelně, podle její komunikace se nachází v práci, někdy doma.
	Novopaměť	Pacientka neodpovídá.	Pacientka se snaží rozumět a odpovídat na jednoduché otázky. Někdy má problém a otázkám nerozumí.
Myšlení:		Není schopna odpovědi.	Nelze posoudit. Myšlenkami se většinou nachází buď v práci, nebo doma.
Temperament:		Pacientka neodpovídá.	Melancholik.

Sebehodnocení:	Pacientka není schopna odpovědi.	Nelze posoudit.
Vnímání zdraví:	Pacientka neodpovídá.	Pacientka má obavy a strach ze zhoršení zdravotního stavu.
Vnímání zdravotního stavu:	„Mám strach.“	Pacientka chce být zdravá, snaží se o soběstačnost v určitých činnostech.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:	Pacientka neodpovídá.	Pacientka je smutnější. Někdy ví jak je její stav vážný.
Reakce na hospitalizaci:	Pacientka nerozumí otázce.	Pacientka je zvyklá na hospitalizaci. Adaptuje se velice dobře, i tak by byla raději doma se svojí rodinou.
Adaptace na onemocnění:	„Už mám toto onemocnění dlouho.“	Pacientka se dobře adaptuje.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	Pacientka neodpovídá.	Pacientka má ve tváři strach. Těší se zpět domů.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie):	Nelze posoudit.	Pacientka je hospitalizována docela často se svým onemocněním. Dřívější hospitalizace bez závažnějších komplikací.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU ze dne 10. 01. 2017

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace:	Verbální	Pacientka neodpovídá.	Pacientka nerozumí složitějším otázkám. Snažíme se mluvit nahlas, artikulovat. Pacientka odpovídá občas adekvátně na otázku, někdy mluví nesrozumitelně a je zmatená.
	Neverbální	Není schopna odpovědi.	Pacientka vypadá spokojeně, je klidná, odpovídá na jednoduché otázky kývnutím hlavy.
Informovanost:	O onemocnění	Pacientka neodpovídá.	Pacientka má Alzheimeru, i přes to je informována o svém zdravotním stavu i několikrát denně.
	O diagnostických metodách	Pacientka nerozumí otázce.	Pacientka je informována o diagnostických metodách, které jsou používány.

	O specifikách ošetrovatelské péče	Pacientka nerozumí.	Zdravotnický personál vždy informuje, co budou dělat, na co je to dobré a jak to pacientce může pomáhat.
	O léčbě a dietě	Pacientka nerozumí otázce.	Pacientka je informována o své medikaci, dietním opatření při DM a péči o dekubitus.
	O délce hospitalizace	Pacientka neodpovídá.	Pacientka je informována, že délka hospitalizace bude jen po dobu velmi nutnou a podle jejího celkového zdravotního stavu.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:	Primární role (související s věkem a pohlavím):	Pacientka neodpovídá.	Žena má 90 let, bez potíží.
	Sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	Pacientka není schopna odpovědi.	Pacientka má s rodinou velmi dobré vztahy. Pacientka bydlí se svojí dcerou, ostatními příbuznými je často navštěvována a podporována.
	Terciální role (související s volným časem a zálibami):	Pacientka neodpovídá.	Pacientka je imobilní. Aktivita i záliby jí zřejmě chybí.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření: Odběr krve, moče.

Výsledky: Krev

S_UREA	S Urea	8.5	mmol/l	3.6 - 11.1	(.x.)
S_CREA	S Kreatinin	84	μmol/l	45 - 84	(..x)
S_NA	S Sodík	133.8	mmol/l	135 - 145	L x(...)
S_K	S Draslík	5.15	mmol/l	3.8 - 5.1	H (...) x
S_CL	S Chloridy	108.2	mmol/l	95 - 109	(..x)
S_CRP	S CRP	51.79	mg/l	0 - 8	VH (...).<x
B_LKC	B Leukocyty	6.3	10 ⁹ /l	4 - 10	(.x.)
B_ERC	B Erytrocyty	2.92	10 ¹² /l	3.8 - 5.2	L x(...)
B_HB	B Hemoglobin	84	g/l	120 - 160	L x(...)
B_HCT	B Hematokrit	0.267	l	0.35 - 0.47	L x(...)
ERC(B)_MCV	B MCV	91.4	fL	82 - 98	(.x.)
ERC(B)_MCH	B MCH	28.8	pg	28 - 34	(x..)
ERC(B)_MCHC	B MCHC	315	g/l	320 - 360	L x(...)
ERC(B)_RDW	B RDW-CV	0.153	l	0.1 - 0.152	H (...) x
B_PLT	B Trombocyty	249	10 ⁹ /l	150 - 400	(.x.)
PLT(B)_MPV	B MPV	11.3	fL	7.8 - 11	H (...) x
B_PCT	B Trombokrit	0.28	10 ⁻³	0.12 - 0.35	(.x.)
PLT(B)_PDWSD	B PDW	13.5	fL	9 - 17	(.x.)

Výsledky: Moč

U_PHSQ	U pH	6	-	5.5 - 7 (.x.)
U_PROTSQ	U Bílkovina	1	arb.j.	
U_GLCSQ	U Glukosa	0	arb.j.	
U_KETONSQ	U Ketolátky	0	arb.j.	
U_UBGSQ	U Urobilinogen	0	arb.j.	
U_BILSQ	U Bilirubin	0	arb.j.	
U_HBQ	U Krev	2	-	
U_LKCSQ	U Leukocyty	4	arb.j.	
U_NITRITSQ	U Nitrity	2	arb.j.	
U_ERCSQ	U-Erytrocyty	516	arb.j. - 6	H (...)x
U_LKCSQ	U-Leukocyty	351	arb.j. - 10	H (...)x
U_CASTHYSQ	U Válce hyalinní	0	arb.j.	
U_CASTGRSQ	U Válce granul.	0	arb.j.	
U_EPITSQSQ	U Epitelie ploché	0	arb.j.	
U_EPITSPSQ	U Epitel.kulaté	0	arb.j.	
U_BACTSQ	U Bakterie		záplava	
U_MUC	U Hlen		ojediněle	

Konzervativní léčba:

Dieta: 9S

Pohybový režim: Omezený

Fyzioterapie: Rehabilitace

Výživa: Dostačující

Medikamentózní léčba:

Per os: Tritace 5 mg ½-0-0, Aspirin protect 100 mg 1-0-0, Tiapridal 100 mg 1-1-1, Buronil 25 mg 0-0-1-1, Moduretic 2,5 mg ½-0-0, Biopron forte 1-0-0, Augmentin 625 mg 6h – 18h

Intravenózní: FR 1000 ml + 1 ampulka Novalginu 500 mg / 12h

Per rectum: ---

Jiná: Tramal 100 mg s.c. při bolesti max. co 8 hodin, Převoz sakrálního dekubitu – oplach DebriEcaSan roztokem + mastný tyl Lomatuell H + flaminol hydro + okolí sudokrém + překrytí sterilním krytím.

Chirurgická léčba: Převoz chirurgickým týmem v pondělí a ve čtvrtek.

SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka ve věku 90 let byla plánovaně přijata dne 03. 01. 2017 v 10 hodin na Oddělení následné péče ve Valašském Meziříčí. Byla přivezena z domácího prostředí pro léčení rozsáhlého dekubitu a celkové zhoršení zdravotního stavu.

Pacientka je hospitalizována na Oddělení následné péče již 8. den a její aktuální zdravotní stav je – dekubitus III. – IV. stupně, který se nachází v sacru. Velikost defektu je cca 12 x 10 cm. V pravé části se nachází šedočerná nekróza, místy je přítomna granulace, mírná sekrece, okolí je mírně zarudlé. Před převazem (30 minut) byl aplikován Tramal 100 mg, 2 ml s. c., bolesti byly snesitelné. Dekubitus se během hospitalizace převazuje dle potřeby. Pacientka trpí DM, je na dietě, nezávislá na inzulínu bez známek dekompenzace, dietní a režimová opatření dodržuje. Hypertenzní nemoc s medikací bez potíží.

Při přijetí byla pacientka uložena na lůžko, sepsala se všechna zdravotnická dokumentace, byly změřeny vitální funkce a zaveden periferní žilní katetr na nártu levé dolní končetiny, toho času bez známek infekce a dle indikace lékaře podána infuzní terapie. Dále byl také zaveden permanentní močový katetr toho času bez známek infekce.

Pacientka je naprosto imobilní a odkázána na zdravotnický personál. Pacientka rehabilituje, je polohována přes den co dvě hodiny, přes noc co tři hodiny a jsou promazávány zdravé tkáně. Po ránu pacientka cítí ztuhlost svalů a snížený svalový tonus. Pacientka je při vědomí, orientována pouze osobou, dezorientace místem a časem, je klidná, ale není schopna spolupráce.

Pacientka používá brýle na čtení, zornice jsou izokorické, nedokáže udržet oční kontakt. Sluch je mírně zhoršený, proto je nutná hlasitá artikulace. Komunikace s pacientkou je ztížená, je schopna odpovídat kývnutím hlavy na jednoduché otázky, i přesto nejsme schopni říci, zda pacientka odpovídá adekvátně. Někdy má pacientka „světlé chvíle“, kdy adekvátně odpovídá na otázky a komunikuje s námi. Lymfatické uzliny jsou nezvětšené, tělesnou teplotu má zvýšenou – 37,5 °C. Kůže celého těla je růžová, dobře ošetřovaná. Sliznice jsou suché, narůžovělé, jazyk s povlaky, zubní protézu nepoužívá. Vlasy pacientky jsou krátké, řídké, čisté a upravené. Nehty jsou čisté a ostříhané. Pod prsy i na genitálu je mírně opruzená, zde promazáváme. Na levém boku je zahojená operační rána po TEP kyčle.

Břicho prohmatné, nebolestivé, vyprazdňování 1x za den, váhový úbytek není. Pacientka vylučuje stolici do plen, má zaveden permanentní močový katetr 8. den, velikost PMK je 18, funkční, bez známek infekce, moč je fyziologicky zbarvená, bez příměsí a v dostatečném množství. Kůže na patách je světle růžová, preventivně paty promazáváme a podkládáme. Zaveden periferní žilní katetr 2. den na nártu levé dolní končetiny, dle Madonnovy škály na čísle 0, funkční, bez známek infekce, bez bolesti, proplachujeme denně.

Stanovení ošetrovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle Nanda International, Inc. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017.

AKUTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Akutní bolest 00132

[Akutní bolest z důvodu převazu dekubitu projevující se, pláčem a křikem, není schopna vyjádřit škálu VAS].

Narušená integrita tkáně 00044

[Narušená integrita tkáně z důvodu imobility projevující se poškozenou tkání na sacru].

Snížený objem tekutin (Dehydratace) 00027

[Dehydratace z důvodu sníženého pocitu žízně projevující se suchými sliznicemi].

Hypertermie 00007

[Hypertermie z důvodu nynějšího onemocnění projevující se pocením a zarudlou kůží].

Snaha zlepšit rovnováhu tekutin 00160

[Snaha zlepšit rovnováhu tekutin z důvodu rizika dehydratace projevující se sníženým turgorem kůže].

Zhoršená pohyblivost na lůžku 00091

[Zhoršená pohyblivost na lůžku z důvodu zhoršení celkového zdravotního stavu projevující se v omezené soběstačnosti v rámci lůžka].

Snaha zlepšit komunikaci 00157

[Snaha zlepšit komunikaci z důvodu dorozumění se s pacientkou projevující se artikulací a pokládáním jednoduchých otázek].

Chronická zmatenost 00129

[Chronická zmatenost z důvodu Alzheimerovy nemoci projevující se dezorientací].

POTENCIÁLNÍ OŠTŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Riziko infekce 00004

[Riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru].

[Riziko infekce z důvodu zavedení permanentního močového katetru].

Riziko pádu 00155

[Riziko pádu z důvodu špatné mobility pacientky].

Riziko vzniku dekubitu 00249

[Riziko vzniku dekubitů z důvodu imobility pacientky].

Riziko narušení integrity kůže 00047

[Riziko narušení integrity kůže z důvodu špatné pohyblivosti].

Riziko nerovnováhy tělesné teploty 00005

[Riziko nerovnováhy tělesné teploty z důvodu rizika vzniku infekce z dekubitu].

Riziko zácpy 00015

[Riziko zácpy z důvodu špatné pohyblivosti].

Ošetrovatelská diagnóza 1

Akutní bolest 00132

[Akutní bolest z důvodu převazu dekubitu projevující se, pláčem a křikem, není schopna vyjádřit škálu VAS].

Doména: 12, komfort.

Třída: 1, tělesný komfort.

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

Určující znaky:

- Výraz obličeje (mimika).
- Pozorované známky bolesti (vyhledávání antalgické polohy, mimika).
- Zprostředkované hlášení bolesti.
- Bolest.

Související faktory:

- Dekubitus III. – IV. stupně.

Priorita: Střední.

Cíl krátkodobý: Minimalizovat bolest při převazu.

Cíl dlouhodobý: Pacientka neudává bolest při propouštění z hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacientka cítí bolest a hned informuje sestru o své bolesti.
- Pacientka pocítuje úlevu za 30 minut od ošetrovatelských intervencí.
- Pacientka neudává bolest v době mezi převazy do 3 dnů.
- Pacientka má dostupná analgetika při vzestupu bolesti.

Plán ošetrovatelských intervencí:

1. Monitoruj bolest během převazu a po celý den – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
2. Proveď posouzení bolesti na obličejové škále bolesti a zaznamenávej intenzitu do dokumentace čtyřikrát denně – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
3. Umožni nemocnému zaujmout úlevovou polohu – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
4. Pouč pacientku, jak postupovat při zvýšení bolesti – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
5. Podávej analgetika dle ordinace lékaře a upozorni lékaře na možnou nedostatečnou účinnost – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
6. Sleduj reakci na podávaná analgetika vždy hodinu po jejich podání – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
7. Sleduj případné vedlejší účinky analgetizace, stále – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
8. Sleduj neverbální projevy pacientky během celého dne – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Realizace:

- 6.00 hodin provedena ranní hygiena pacientky – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P., ošetřovatel M. O.
- 6.30 hodin zjistíme intenzitu bolesti dle mimiky a zapíšeme do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 6.45 hodin pacientku uložíme do úlevové polohy – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P., ošetřovatel M. O.
- 7.00 hodin před převazem lékař naordinoval Tramal 100 mg, 2 ml s.c. – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 7.05 hodin aplikován Tramal 100 mg, 2 ml s.c. dle indikace lékaře – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 7.40 hodin pacientka udává odeznění potíží a sestra si napíše účinnost analgetik – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 7.50 hodin proveden převaz dle plánu – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 8.10 hodin kontrola bolesti – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 9.00 hodin podána infuze 1000 ml s 1 ampulí Novalginu 500 mg na 12 hodin – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 6.00 – 18.00 hodin sledujeme neustále bolesti pacientky a neverbální projevy – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.

Hodnocení ze dne 11. 01. 2017: Pokud cítí pacientka bolest, ihned informuje všeobecnou sestru o své bolesti. Pacientka pociťuje úlevu za 30 minut od ošetřovatelských intervencí. Bolesti mezi převazy zcela bez potíží. Cíl krátkodobý byl tedy splněn a dlouhodobý byl splněn pouze částečně z důvodu časného hodnocení a v naplánovaných intervencích je třeba nadále pokračovat (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

Ošetřovatelská diagnóza 2

Narušená integrita tkáně 00044

[Narušená integrita tkáně z důvodu imobility projevující se poškozenou tkání v oblasti sacra].

Doména: 11, bezpečnost/ochrana.

Třída: 2, tělesné poškození.

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů.

Určující znaky:

- Poškozená tkáň.

Související faktory:

- Změny citlivosti.
- Zhoršená mobilita.
- Nedostatečný objem tekutin.
- Nedostatečné znalosti o zachování integrity kůže.

Priorita: Střední.

Cíl krátkodobý: Zabránit infekci v místě dekubitu.

Cíl dlouhodobý: Obnovit celistvost kůže.

Očekávané výsledky:

- Pacientka zná techniku převazu do následujícího převazu.
- Pacientka toleruje přikládání kompresivních krytí.
- Pacientka zná rizika vzniku dekubitů po celou dobu hospitalizace.

- Pacientka je polohována co 2 hodiny denně a v noci co 3 hodiny.
- Velikost rány se zmenší o 1 cm do 10 dnů.

Plán ošetrovatelských intervencí:

1. Prováděj řádnou hygienu a věnuj pozornost predilekčním místům – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel.
2. Vysuš a namaž pacientku ochrannými prostředky – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel.
3. Seznam pacienta s prováděným výkonem – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
4. Prováděj převazy dle potřeby a zkontroluj převaz po chirurgickém týmu – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
5. Při převazu postupuj asepticky a používej sterilní materiál – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
6. Při každém převazu ránu sleduj, sleduj bolestivé projevy u pacientky, a to jak verbální – nářek, tak i neverbální – mimika, grimasy v obličeji a vše zapiš do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
7. Polohuj pacientku co 2 hodiny přes den a v noci co 3 hodiny – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel.
8. Podporuj nemocného v sebepěči – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Realizace:

- 6.00 hodin provedena ranní hygiena pacientky – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P., ošetřovatel M. O.
- 6.10 hodin vysušení a ošetření opruzenin – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P., ošetřovatel M. O.

- 6.15 hodin promazání predilekčních míst, podklad dolních končetin a sacra – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P., ošetřovatel M. O.
- 6.30 hodin šetrné posazení v lůžku, sacrum podloženo nafukovacím kruhem při snídani – ošetřovatel M. O.
- 7.00 hodin zjistíme intenzitu bolesti dle mimiky pacientky a zapíšeme do dokumentace – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 7.05 hodin podána injekce od bolesti Tramal 100 mg, 2 ml s. c. dle ordinace lékaře – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 7.35 hodin pacientka pociťuje úlevu od bolesti, účinnost zaznamenáme do dokumentace – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 7.50 hodin provedení převazu sestrou nebo chirurgickým týmem. Šetrné sejmutí stávajícího krytí, dezinfekce rány, šetrné očištění rány, přiloženo asepticky nové sterilní krytí. Na něj sekundárně savé krytí a fixace lepícím imnifilmem. Proveden záznam do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 8.15 hodin od této doby je pacientka polohována na pravý bok, záda, levý bok, záda k tomuto polohování jsou používány antidekubitní pomůcky (klín, polohovací had, válec...) – ošetřovatel M. O.
- 6.00 – 18.00 hodin je kontrolováno sekundární krytí pacientky a dle potřeby opakován převaz – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.

Hodnocení 11. 01. 2017: Dekubit na sacru o velikosti 12 x 10 cm, se známkami zánětu jako je zarudnutí okolo dekubitu, mírná sekrece a zápach. Spodina je nyní čistá, granulující, okolí dekubitu je mírně zarudlé. Dle sekundárního krytí bez sekrece z rány, zápach mírný. Bolest při převazu snesitelná. Cíl krátkodobý byl splněn, dlouhodobý byl splněn pouze částečně z důvodu časného hodnocení. Vzhledem ke stavu pacientky je však nutno v naplánovaných intervencích pokračovat (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

Ošetrovatelská diagnóza 3

Snížený objem tekutin (Dehydratace) 00027

[Dehydratace z důvodu sníženého pocitu žízně projevující se suchými sliznicemi].

Doména: 2, výživa.

Třída: 5, hydratace.

Definice: Snížení intravaskulárních, intersticiálních anebo intracelulárních tekutin. Vztahuje se k dehydrataci, samotná ztráta vody je beze změn (koncentrace) sodíku.

Určující znaky:

- Suché sliznice.
- Pacientka neudává pocit žízně.
- Zvýšená tělesná teplota.
- Slabost.

Související faktory:

- Aktivní pokles objemu tělesných tekutin.

Priorita: Střední.

Cíl krátkodobý: Pacientka má vlhké sliznice do 24 hodin.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nejeví známky dehydratace a dodržuje pitný režim do 3 dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacientka má vlhké sliznice a rty do 1 dne.
- Pacientka dodržuje pitný režim do 3 dnů.
- Pacientka vypije denně až 2 litry tekutin do 2 dnů.

Plán ošetrovatelských intervencí:

1. Pouč pacientku o důsledcích a rizicích dehydratace a nedodržování pitného režimu – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
2. Dávej důraz na dodržování pitného režimu 4 krát denně – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
3. Zajisti, aby pacientka měla neustále u sebe a na dosah ruky dostatečné množství tekutin během celého dne – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
4. Kontroluj dodržování pitného režimu a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
5. Pobízej pacientku k pití několikrát denně – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
6. Sleduj příjem a výdej tekutin a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace během celého dne – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Realizace:

- 6.00 hodin donesen džbán s čajem na pacientčin pokoj – ošetrovatel M. O.
- 6.10 hodin čaj je přelit do vhodné sklenice a podán k lůžku pacientky na dosah ruky – ošetrovatel M. O.
- 7.00 hodin kontrola dodržování pitného režimu – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P., ošetrovatel M. O.
- 7.30 hodin donesena snídaně s kávou – ošetrovatel M. O.
- 9.00 hodin podána infuze 1000 ml s 1 ampulí Novalginu 500 mg na 12 hodin dle indikace lékaře – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 10.00 hodin dolévání čaje do sklenice a podání do blízkosti pacientky – ošetrovatel M. O.

- 11.00 hodin kontrola dodržování pitného režimu – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 12.00 hodin pobízení pacientky k dodržování pitného režimu – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P., ošetřovatel M. O.
- 6.00 – 18.00 hodin sledování příjmu tekutin, pobízení pacientky k dodržování pitného režimu a vše zaznamenané do ošetřovatelské dokumentace – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P., ošetřovatel M. O.

Hodnocení 11. 01. 2017: Pacientka má do 2 dnů vlhké sliznice a narůžovělé vlhké rty. Pacientka dodržuje pitný režim a denně vypije 2 litry tekutin. Cíle byly splněny. Vzhledem ke stavu pacientky je však nutno v naplánovaných intervencích pokračovat (2, 3, 4, 5, 6).

Ošetrovatelská diagnóza 4

Hypertermie 00007

[Hypertermie z důvodu nynějšího onemocnění projevující se pocením, zarudlou kůží a tělesnou teplotou 37,5 °C].

Doména: 11, bezpečnost/ochrana.

Třída: 6, termoregulace.

Definice: Tělesná teplota nad normálním rozmezím v průběhu dne v důsledku selhání termoregulace.

Určující znaky:

- Zarudlá kůže.
- Pokožka teplá na dotek.
- Stupor.

Související faktory:

- Dehydratace.
- Sepsa.

Priorita: Střední.

Cíl krátkodobý: Snížení tělesné teploty do 2 dnů.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá zvýšenou teplotu po dobu hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacientka má sníženou tělesnou teplotu o 1 °C do 2 dnů.
- Pacientka má zvýšený příjem tekutin do 1 dne.

- Pacientka zná rizika a důsledky zvýšení tělesné teploty.

Plán ošetrovatelských intervencí:

1. Zmapuj a zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace všechny možné příčiny zvýšené tělesné teploty – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
2. Edukuj pacientku o rizicích a důsledcích zvýšené tělesné teploty – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
3. Klad' důraz na dodržování pitného režimu během dne – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatel.
4. Klad' důraz na aseptické převazy rány – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
5. Pravidelně kontroluj tělesnou teplotu a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
6. Pravidelně kontroluj osobní a ložní prádlo a měn dle potřeby – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatel.
7. Podávej antipyretika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
8. Sleduj reakci na podaná antipyretika vždy hodinu po jejich podání – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
9. Sleduj případné vedlejší účinky medikace, stále – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Realizace:

- 6.00 hodin provedena ranní hygiena pacientky – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P., ošetrovatel M. O.
- 6.15 hodin pacientce je dán teploměr do axily – ošetrovatel M. O.
- 6.20 hodin zjištěna tělesná teplota pacientky 37,5 °C – ošetrovatel M. O.

- 6.25 hodin dán studený obklad na hlavu pacientky – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 6.30 hodin podle tělesné teploty podány antipyretika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 7.00 hodin kontrola tělesné teploty 36,8 °C – ošetřovatel M. O.
- 7.20 hodin podávání dostatečného množství tekutin – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P., ošetřovatel M. O.
- 9.00 hodin podána infuze 1000 ml s 1 ampulí Novalginu 500 mg na 12 hodin dle indikace lékaře – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P.
- 6.00 – 18.00 hodin kontrola teploty 3 krát denně, nabízeny tekutiny po celý den a dodržování pitného režimu denně přinejmenším 3000 ml, kontrola osobního, ložního prádla a dle potřeby výměna, aseptické převazy dekubitu – všeobecná sestra N. M., zdravotnický asistent V. P., ošetřovatel M. O.

Hodnocení 11. 01. 2017: Pacientka má sníženou teplotu do 2 dnů. Pacientka dodržuje pitný režim, zná rizika a důsledky zvýšené tělesné teploty. Cíl krátkodobý byl splněn a dlouhodobý byl splněn pouze částečně z důvodu časného hodnocení. Vzhledem ke stavu pacientky je však nutno v naplánovaných intervencích pokračovat (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

CELKOVÉ HODNOCENÍ

Ošetrovatelská péče u pacientky s dekubitem III. – IV. stupně v oblasti sacra se dá zhodnotit kladně. Díky správně vedené ošetrovatelské péči na základě správného zpracovaného ošetrovatelského procesu se stav pacientky pomalu zlepšoval.

Pacientka byla vždy podrobně informována lékařem o svém aktuálním zdravotním stavu, o léčebných a režimových opatřeních. Vždy jsme se snažili kontrolovat zpětnou vazbu u dezorientované pacientky, ne vždy to bylo jednoduché. I díky tomu pacientka snášela hospitalizaci velmi dobře. Oporou a motivací pro pacientku byl zdravotnický personál a její blízká rodina.

U pacientky byla stanovena řada ošetrovatelských diagnóz. Většinou se jednalo o diagnózy aktuální, které byly na základě důkladného sběru dat a pomocí ošetrovatelských intervencí úspěšně zrealizovány. Hlavním cílem bylo zmírnění aktuální bolesti jak při převazu dekubitu, tak i po propuštění. Tento cíl byl splněn pouze částečně, protože pacientka je stále u nás hospitalizována. Bolest při převazu udává mírnou, která se dá vydržet. V oblasti sacra se nachází dekubitus, který je velký cca 12 x 10 cm. V pravé části šedočerná nekróza, místy granulace, mírná sekrece, okolí je mírně zarudlé. Dekubit se převazuje dle potřeby, několikrát denně. Na levém boku je zahojená operační rána. Kůže na patách je světle růžová, preventivně paty promazáváme a podkládáme. Díky pravidelnému polohování k porušení integrity v oblastech predilekčních míst nedošlo.

Dalším ošetrovatelským problémem byla dehydratace pacientky, která se po 1 dnu výrazně zlepšila díky dodržování pitného režimu a infuzní terapii. Pacientka se snaží dodržovat pitný režim, tekutiny má vždy blízko u sebe a na dosah ruky. Pacientka stále potřebuje výraznou pomoc ošetrovatelského personálu při hygienické péči, polohování a dalších denních aktivitách.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

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

DOPORUČENÍ PRO VŠEOBECNÉ SESTRY

- Celoživotní vzdělávání – aktivně se vzdělávat a navštěvovat školení či odborné semináře.
- Zdokonalovat se v edukačním procesu.
- Prohlubovat odborné znalosti o dekubitech.
- Sledovat nové trendy v ošetřování dekubitů.
- Aktivně přistupovat k pacientům.
- Nepodceňovat péči o dekubity.
- Edukovat rodinné příslušníky, jak pečovat o imobilního pacienta.

DOPORUČENÍ PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY

- Informovat se o dekubitech a prevenci jejich vzniku.
- Sledovat predilekční místa u pacientů.
- Polohovat pravidelně co 2 hodiny přes den co 3 hodiny v noci.
- Využívat přechodných pobytů pro nemocného – odlehčovací služby, vy si tak dopřejete odpočinek.

- Zůstat fit, dopřát si dostatek odpočinku, požádat i ostatní příbuzné či přátelé o vystřídání v péči o nemocného.
- Jíst vyváženou stravu, která je důležitá při nepřetržité péči o nemocného.
- Zachovat si duševní zdraví i rovnováhu, když Vy budete v pohodě, bude péče o nemocného kvalitní.
- Udělat si čas na své koníčky a přátele, Váš život neskončil a na to nesmíte zapomínat.

ZÁVĚR

Dekubity byly, jsou a nejspíš i budou velkým strašákem pacientů, zdravotnických pracovníků a celých zdravotnických zařízení. Ideální by bylo, kdyby dekubity vůbec nevznikaly, ale bohužel tohoto stavu nelze zcela dosáhnout. Správnou prevencí a využíváním různorodých polohovacích pomůcek, však můžeme snížit jejich počet na minimum, což se díky rozšiřujícím znalostem a schopnostem zdravotnického personálu daří. Tato problematika trvá již několik staletí, a i když se medicína i ošetrovatelství stále vyvíjí, nejsme schopni tento ošetrovatelský problém úplně zastavit.

Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je nejen složitá a velmi citlivá, ale i stále více riziková oblast zdravotní péče. Všeobecné sestry a také další zdravotničtí pracovníci jsou vystavováni stoupajícím požadavkům na jejich odbornost (JAROŠOVÁ a kol., 2016).

Jediné, co je v našich silách, je řádně dodržovat prevenci vzniku dekubitů a všechna pravidla s tímto problémem související. Není to problém, který ovlivní nás, zdravotnický personál, ale především pacienty, kteří jsou díky tomuto odsouzení k delší hospitalizaci na daném oddělení. Měli bychom se vcítit do role pacienta a dělat vše pro to, aby tento defekt nemohl vzniknout. Důležité je řádně pacienty informovat, jak je možné zabránit vzniku dekubitů, nebo pokud již vznikl, jak dodržovat naplánovanou ošetrovatelskou péči a léčebný režim.

Cíl 1 byl splněn – tato práce má poukázat na problém dekubitů a podpořit všechny zdravotnický personál, aby dodržoval všechny zásady prevence a tím ulehčil práci sobě, a tak nekomplikoval a neprodlužoval pacientům hospitalizaci.

Cíl 2, 3 a 4 byl splněn – v práci byly popsány detailně rizikové faktory, které se podílí na vzniku dekubitů. Byly zde popsány příčiny a příznaky vzniku dekubitů, dále také diagnostika a léčba, popsány stupně a různé klasifikace dekubitů.

Cíl 5 byl splněn – byla zde důkladně popsána prevence dekubitů a specifická ošetrovatelská péče u pacientů s rizikem vzniku dekubitů. Práce by měla také sloužit ke zlepšení ošetrovatelské péče o pacienty s dekubity, jako informační zdroj pro zdravotnický personál a dále také jako studijní materiál pro zdravotnické obory.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

DAVID R. THOMAS, GREGORY A. COMPTON 2010. *Pressure Ulcers in the Aging Population*. Springer New York Heidelberg Dordrecht London, 27-46 s. ISBN 978-1-62703-699-3

EPUAP. Stop pressure Ulcer day. In: Epuap. [online]. [cit. 2016-15-11]. Dostupné na: <http://www.epuap.org/stop-pressure-ulcer-day/>

FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Ošetrovatelství teorie*. Martin: Osveta, 211 s. ISBN 80-8063-227-8

HERDMAN, T. Heather, KAMITSURU, Shigemi, 2015. *NANDA International, Inc. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015- 2017*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-9009-6

JANÁKOVÁ, Anna, 2010. *Výživa v prevenci a léčbě dekubitů*. [cit. 2016-12-06]. Dostupné na: http://www.vyzivavnemoci.cz/fileadmin/pub/doc/Cubitan_brozura.pdf.

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

JAROŠOVÁ, Darja, Kamila MAJKUSOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2016. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.

KELNAROVÁ, Jarmila, Martina CAHOVÁ, Iva KŘEŠŤANOVÁ, Marcela KŘIVÁKOVÁ, Zdeňka KOVÁŘOVÁ, 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 244 s. ISBN 978-80-247-2830-8.

- KELNAROVÁ, Jarmila et al., 2015. *Ošetřování pro střední zdravotnické školy 1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 244 s. ISBN 978-80-247-9857-8.
- KEPRTOVÁ, Ivana, 2006. *Dekubitus – chyba v ošetřování* [online]. Brno: Bakalářská práce, Masarykova univerzita. Fakulta lékařská, Katedra ošetřovatelství [cit. 2016-11-05]. Dostupné na: https://is.muni.cz/th/101025/lf_b/Dekubitus-chyba_v_osestrovani.pdf.
- KLUSOŇOVÁ, Eva, PITNEROVÁ, Jana, 2005. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2.vyd. Brno: NCO NZO. 117 s. ISBN 80-7013-423-2.
- KOŽENÝ, Pavel, 2011. *Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetřovatelské péče*. Florence [cit. 2016-10-06]. Dostupné na: <http://www.nrc.cz/aktualne/nrc-v-mediich/sledovani-dekubitu-jako-indikatoru-kvality-osestrovatske-pece>.
- KRŠKA, Zdeněk, et al, 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 232, 233, 234 s. ISBN 978-80-247-3815-4
- MĚŠŤÁK, Jan, Martin MOLITOR a Ondřej MĚŠŤÁK, Lucie KALINOVÁ et al., 2015. *Základy plastické chirurgie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 210 s. ISBN 978-80-246-2839-4.
- MIKULA, Jan a Nina MULLEROVÁ, 2008. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
- MÝLNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelská činnost 1. díl. Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
- NOVOTNÝ, 2013. *Bioknife léčba larvami*. [cit. 2016-12-20]. Dostupné na: <http://www.larvy.cz/>
- NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
- PAJZNOCHOVÁ, Irena, 2010. *Lokální ošetření ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 80s. ISBN 978-80-247-2682-3.

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

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

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

SYSEL, Dušan, BELEJOVÁ Hana, MASÁR Oto, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Tribun EU, 280 s. ISBN 978-80-263-0001-4.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie, 2006. *Interní ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 284 s. ISBN 978-80-247-1148-5.

VEISOVÁ, Marie, 2009. *Výskyt dekubitů u seniorů – Management dekubitů v České republice a spolkové republice Německo* [online]. Brno: Diplomová práce, Masarykova univerzita. Fakulta lékařská, Katedra ošetrovatelství [cit. 2016-12-04]. Dostupné na: http://is.muni.cz/th/101013/lf_m/.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry 2*. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 240 s. ISBN 978-80-247-3742-3.

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

PŘÍLOHY

Příloha A – Predilekční místa

Příloha B – Klasifikace dekubitů

Příloha C – Stupně dekubitů

Příloha D – Polohovací pomůcky

Příloha E – Vyhodnocený mini mental test pacientky J. N.

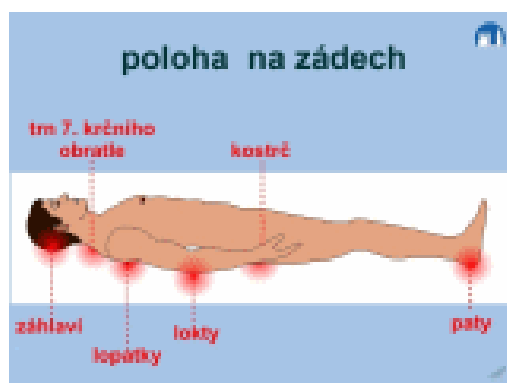
Příloha F – Literární rešerše

Příloha G – Protokol k provádění sběru podkladů pro bakalářskou práci

Příloha H – Čestné prohlášení

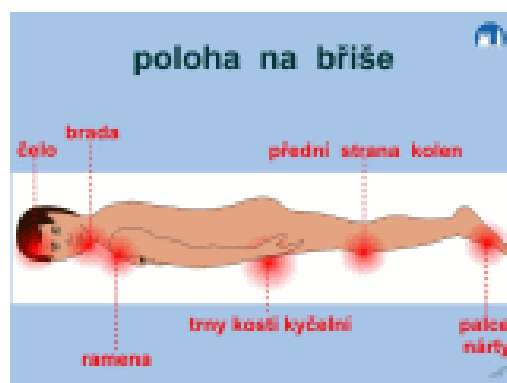
PŘÍLOHA A – PREDILEKČNÍ MÍSTA

Obrázek 1: Predilekční místa vleže na zádech



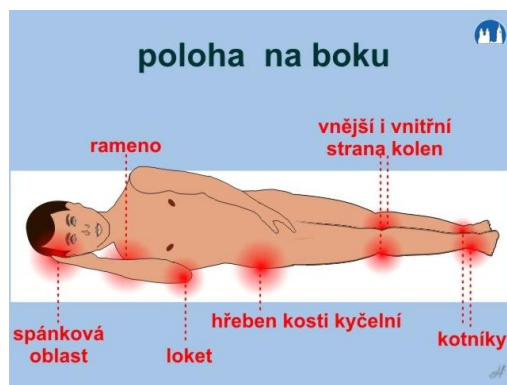
Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx?id=40>.

Obrázek 2: Predilekční místa vleže na břiše



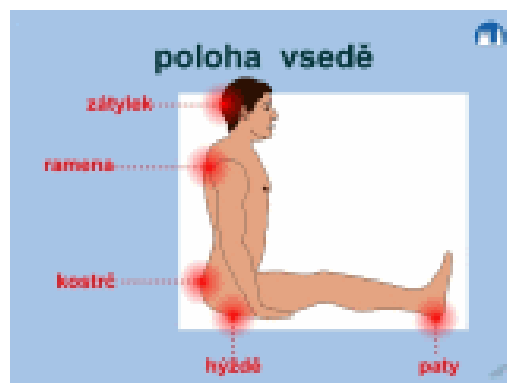
Zdroj: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx?id=40>.

Obrázek 3: Predilekční místa vleže na boku



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

Obrázek 4: Predilekční místa vsedě



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

PŘÍLOHA B – KLASIFIKACE DEKUBITŮ

Tabulka 1: Hodnotící systém dle Nortonové

Body	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	dobrý	dobrý	Chodící	plná	není
3	zhoršený	apatický	s pomocí	omezená	občasná
2	špatný	zmatený	Sedící	velmi omezená	trvalá – moči
1	velmi špatný	bezvědomí	Ležící	žádná	moči i stolice

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>.

Tabulka 2: Vyhodnocení hodnotícího systému dle Nortonové

Hodnocení	Předpokládaná úroveň rizika
17-20	pravděpodobně žádné riziko
15-16	nízké riziko
13-14	střední riziko
10-12	vysoké riziko
5-9	velmi vysoké riziko

Zdroj: vlastní

Tabulka 3: Modifikovaná škála Nortonové

Body	Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Jiné nemoci	Celkový stav	Vědomí	Denní aktivity	Pohyblivost	Inkontinence
4	Dobrá	< 60	velmi dobrá	žádné	dobry	jasné	nezávislý	bez omezení	není
3	částečná	61 – 70	dobrá	1	uspokojivý	somnolentní	mírně závislý	částečně omezená	občasná
2	Malá	71 – 80	intaktní, vlhká	2	špatný	soporózní, delirium	velmi závislý	velmi omezená	trvalá - moči
1	Žádná	> 81	atrofická, alergická	více než 2	velmi špatný	komatózní	zcela závislý	Imobilní	moči i stolice

Zdroj:

https://www.google.cz/search?q=MODIFIKOVAN%C3%81+%C5%A0K%C3%81LA+NORTONOV%C3%89&biw=1366&bih=643&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwic8sKV s7nNAhVrJJ oKHVuPBVcQ_AUIBigB#imgrc=1MiqDdlWQCXmtM%3A.

Tabulka 4: Waterlova tabulka pro hodnocení rizika vzniku dekubitů

Váha		Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika		Kontinence	
Průměrný	0	zdravá	0	muž	1	podvýživa tkání	8	úplná/katetrizován	0
nadprůměrný	1	papírová	1	žena	2	srdeční selhávání	5	občasná inkontinence	1
Obézní	2	Suchá	1	14-49	1	periferní vaskulární porucha	5	katetrizován/inkontinence stolice	2
podprůměrný	3	edematózní	1	50-64	2	anémie	2	obojí inkontinence	3
		vlhká	1	65-74	3	kouření	1		
		nepřiměřeně zbarvená	2	75-80	4				
		porušená	3	81+	5				
Pohyblivost		Chuť k jídlu		Neurologická porucha		Operace/Traumata		Medikace	
Úplná	0	průměrná	0	DM	4-6	ortopedická, pod úrovní pasu	5	cytostatika, steroidy, protizánětlivé léky	4
Neklidný	1	chabá	1	RSM	4-6	páteř, na stole déle než 2h	5		
Apatie	2	sonda	2	Paraplegie	4-6				
omezená hybnost	3	nic per os	3						
Nehybný	4								
v křesle	5								

Zdroj:<http://ose.zshk.cz/media/p5822.pdf>.

Tabulka 5: Riziko vzniku dekubitů dle Knolla

Body	Všeobecný stav zdraví	Stav vědomí	Denní aktivity	Pohyblivost na lůžku	Inkontinence	Příjem potravy ústy	Příjem tekutin ústy	Jiné nemoci (DM, ISCH)
0	dobrý	Bdělý	nezávislý	volná	není	normální	normální	chybí
1	přiměřený	Somnolentní	mírně závislý	částečně omezená	občasná	částečně omezený	částečně omezený	1
2	špatný	Soporozní	středně závislý	velmi omezená	trvalá – moči	velmi omezený	velmi omezený	2
3	velmi špatný	Komatózní	zcela závislý	imobilita	moči i stolice	nepřijímá	nepřijímá	více než 2

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5820.pdf>.

Tabulka 6: Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Bradena

Body	Senzitivní vnímání	Vlhkost pokožky	Aktivita	Mobilita	Výživa	Tření a střižná síla
1	úplně omezené	stále vlhká	trvale na lůžku	úplně imobilní	velmi chudá	problém
2	velmi omezené	často vlhká	trvale na vozíku	velmi omezený	pravděpodobně nepřiměřená	potenciální problém
3	lehce omezené	občas vlhká	občasná chůze	lehce omezená	Přiměřená	bez problému
4	neporušené	zřídka vlhká	častá chůze	bez omezení	Skvělá	

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5819.pdf>.

PŘÍLOHA C – STUPNĚ DEKUBITŮ



I. stupeň dekubitu

Zdroj: vlastní



II. stupeň dekubitu

Zdroj: vlastní



III. stupeň dekubitu

Zdroj: vlastní



IV. stupeň dekubitu

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA D – POLOHOVACÍ POMŮCKY



Antidekubitní pomůcka pod paty, lokty

Zdroj: vlastní



Klín

Zdroj: vlastní



Vertikalizační klín

Zdroj: vlastní



Polohovací had

Zdroj: vlastní



Válec

Zdroj: vlastní



Želvička

Zdroj: vlastní



Éčko pod nohy

Zdroj: vlastní




Podložka pětidílcová polohovací

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA E – VYHODNOCENÝ MINI MENTAL TEST PACIENTKY J. N.

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? ✓ - Které je roční období? ✓ - Můžete mi říci dnešní datum? 1 - Který je den v týdnu? 1 - Který je teď měsíc? 1 - Ve kterém jsme státě? ✓ - Ve které jsme zemi? 1 - Ve kterém jsme městě? 1 - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) 1 - Ve kterém jsme poschodí?(pokojí?) 1 	10
<p>2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale 2 - Jestliže 1 - Kdyby 1 <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) 1 Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>	10
<p>Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	36.

PŘÍLOHA F – LITERÁRNÍ REŠERŠE



Dekubity jako ošetrovatelský problém

Klíčová slova:

dekubity, imobilita, ošetrovatelský proces, predilekční místa, prevence
(dekubitus, nursing process, imobility)

Rešerše č. 69/2016

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 47 záznamů (vysokoškolské práce – 6, knihy – 17, články a sborníky – 24)
Časové omezení:	2006 - současnost
Jazykové vymezení:	čeština, angličtina, slovenština
Druh literatury:	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	30. 11. 2016

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Online katalog NCO NZO
- volný internet

PŘÍLOHA G – PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO BAKALÁŘSKOU PRÁCI

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



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

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

Příjmení a jméno studenta	Veronika Plesníková	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VSI
Téma práce	Dekubity jako ošetrovatelský problém	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Oddělení následné péče II.	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Jarmila Verešová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Verešová</i>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Jana Palikánová hlavní sestra	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Palikánová</i>	

V Valašské Meziříčí

dne 02. 01. 2017

Veronika Plesníková
.....
podpis studenta

PŘÍLOHA H – ČESTNÉ PROHLÁŠNÍ

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Dekubity jako ošetrovatelský problém v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 05. 2017

.....

Veronika Plesníková