

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Ošetrovatelská péče o dětskou kůži

Bakalářská práce

Autor: Jana Smažilová, Dis.

Vedoucí práce: Mgr. Jana Truplová

Jihlava 2018



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Jana Smažilová, Dis.
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Ošetrovateľská péče o dětskou kůži
Cíl práce:	Zjistit, zda ošetrovateľský personál pečuje o kůži a jak zabraňuje výskytu tvorbě dekubitů a opruzenín.

Mgr. Jana Truplová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Anotace

Svoji bakalářskou práci jsem věnovala problematice ošetřování dětské kůže na lůžkách intenzivní péče. Dětská kůže si vyžaduje naši zvýšenou pozornost, protože je méně odolná proti nepříznivým biologickým, chemickým, fyzikálním i mechanickým vlivům.

Práce je rozdělena na část teoretickou, kde je popsána anatomie a funkce kůže, druhy poškození kůže. V praktické části jsme stanovili cíle, které byly ověřovány prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku. Dotazník je zaměřen na pacienty v intenzivní péči a na péči o jejich kůži. Kvantitativní výzkum probíhal na dětských odděleních Fakultní nemocnice Motol.

Cílem mé práce bylo zjistit, zda ošetrovatelský personál pečuje o kůži, zda se vyskytuje nebo nevyskytuje poškození kůže – dekubitů, opruzenin.

Kvantitativní výzkum byl prováděn pomocí dotazníků a výsledky jsou zpracovány pomocí grafů a tabulek v Excelu.

Klíčová slova:

dekubity, intenzivní péče, kůže, výzkum

Annotation

My bachelor thesis is focusing on treatments of children's skin, which is carried out on beds of the Intensive care. Children's skin requires extra attention, because it is less resistant to adverse biological, chemical, physical and mechanical influences.

The thesis is divided into a theoretical part, which describes the anatomy of the skin system, skin function and types of skin damage. In the practical part, set objectives were verified through a non-standardized questionnaire. The questionnaire focused on patients in intensive care and their skin care. Quantitative research took place at the children's departments of the Faculty Hospital Motol in Prague.

The aim of my work is to find out whether the nursing staff, is taking care of the skin, whether there is or is not skin damage - decubitus, soreness.

Quantitative research was conducted through questionnaires and results are presented in Excel charts and tables.

Keywords:

decubitus, intensive care, research, skin

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala mé vedoucí práce paní Mgr. Janě Truplové za vedení bakalářské práce a za poskytnutí cenných rad.

Jana Smažilová, Dis.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

Podpis

Obsah

Anotace	3
Annotation	4
Poděkování	5
Čestné prohlášení	6
Úvod	9
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Kůže (cutis)	10
1.1.1 Funkce kůže	10
1.1.2 Barva kůže	11
1.2 Anatomie kůže	12
1.2.1 Epidermis – pokožka	12
1.2.2 Dermis - škára	13
1.2.3 Tela subcutanea – podkožní vazivo	13
1.2.4 Cévy a nervy kůže	13
1.3 Vyšetření kůže	13
1.4 Chorobné změny na povrchu kůže	14
1.5 Specifika péče o pokožku v dětském věku	15
1.5.1 Hygienické předpoklady správné péče o dítě	15
1.5.2 Koupání dítěte	15
1.5.3 Přebalování dítěte	16
1.5.4 Ošetřování kůže zadečku	16
1.5.5 Péče o vlasy	17
1.6 Poškození kůže	17
1.7 Dekubitus	17
1.7.1 Zevní faktory ovlivňující vznik dekubitů	17
1.7.2 Vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů	18
1.7.3 Klasifikace dekubitů dle Hibbsové (Fribertová 2003):	19
1.7.4 Diagnostika dekubitů	19
1.8 Atopický ekzém	19
1.8.1 Klinický obraz atopického ekzému	20
1.8.2 Vyšetření atopického ekzému	20

1.9	Dermatitidy	20
1.9.1	Klinický obraz dermatitidy	21
1.9.2	Plenková dermatitida	21
1.10	Impetigo	22
2	Výzkumná část	23
2.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	23
2.2	Metodika výzkumu	23
2.3	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumné prostředí	23
2.4	Průběh výzkumu	25
2.5	Zpracování získaných dat.....	25
2.6	Výsledky výzkumu	26
2.7	Diskuse.....	40
2.8	Návrh a řešení pro praxi.....	44
	Závěr	45
	Seznam použité literatury	47
	Seznam použitých zkratk	50
	Seznam tabulek a grafů.....	51
	Seznam příloh.....	52
	Přílohy	53

Úvod

V bakalářské práci na téma Ošetrovatelská péče o dětskou kůži jsme se věnovali výskytu poškození kůže ve formě dekubitů nebo opruzenin u dětských pacientů na lůžkách intenzivní péče. Dekubit je chronická rána, která vzniká u imobilních pacientů upoutaných na lůžko, kde dochází k útlaku tkáně, špatnému prokrvení a k nekróze tkáně. Poškození kůže je vstupní bránou infekce do organismu, proto musíme dbát o její celistvost, správné prokrvení a sledovat jakékoliv změny na kůži. Pravidelným ošetřováním kůže snižujeme riziko vzniku dekubitů. Důležitá je také prevence, kdy dochází k vyhledávání rizikových pacientů, abychom předcházeli vzniku poškození kůže.

Toto téma jsem si vybrala, protože pracuji na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení a zajímalo mě srovnání péče o kůži a výskytu dekubitů a opruzenin našeho oddělení s jinými odděleními (vybrala jsem si dětskou hematologii a dětské neurochirurgické oddělení). Téma je velice aktuální, protože poškození kůže se vyskytuje nejen u seniorů, ale i u dětí. Je to velký problém, protože kvůli vzniku dekubitů se prodlužuje délka léčby a hospitalizace, a tím u dětí, které jsou při vědomí, může vzniknout hospitalismus.

Práce se skládá ze dvou částí, z části teoretické a části praktické. V teoretické části popisujeme anatomii kůže, vyšetření kůže, péči o dětskou pokožku, poškození kůže, dekubity, atopický ekzém, dermatitidy a impetigo. Praktická část je věnována popisu místa dotazníkového šetření a respondentů, vyhodnocení dat ve formě grafů a tabulek, diskusi. Dotazníkové šetření jsme prováděli pomocí nestandardizovaného dotazníku, samotné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici v Motole.

1 Současný stav problematiky

Tato práce se věnuje poškození kůže u dětských pacientů na lůžkách intenzivní péče. Dekubity se mohou vyskytovat v jakémkoliv věku, proto je toto téma aktuální. Dekubity jsou komplikací při hospitalizaci pacienta a ukazují nám kvalitu péče ošetrovatelského personálu. Díky vzniku dekubitů se prodlužuje délka hospitalizace a délka léčby pacienta.

1.1 Kůže (cutis)

Je rozsáhlý plošný orgán tvořící zevní povrch organismu, a tím i bariéru mezi organismem a okolím. Stavba kůže umožňuje její přizpůsobení pohybům a změnám tvaru těla. Představuje účinnou ochranu vůči fyzikálním, chemickým a mikrobiologickým škodlivinám ze zevního prostředí. Kůže dospělého člověka dosahuje plochy téměř 2 m², z čehož na hlavu a krk připadá 11%, na trup 30%, na horní končetiny 23% a na dolní končetiny kolem 36%. Tloušťka kůže činí od 0,5 mm do 4 mm podle krajiny těla, nejtenčí kůže je na očních víčkách a penisu, nejsilnější je na zádech, dlani a na chodidle, tenká je na vlasaté části hlavy a nad klouby zápěstí. Hmotnost kůže dosahuje 3 kg – je-li však kůže ztlustělá tukovým polštářem, může její hmotnost v extrémních případech dosáhnout až 20 kg (Čihák, 2016).

Kůže je velká zásobárna vody a také jí velké množství uvolňuje. Látky nanesené na kůži prostupují několika způsoby: transcelulárně, intracelulárně, transfolikulárně, transglandulárně (Nováková, 2011).

1.1.1 Funkce kůže

Ochrana těla

Kůže pokrývá a brání vnikání škodlivých látek do vnitřního prostředí organismu. Vlastnosti kůže jsou: pevnost, pružnost, tažnost. Význam kůže je v odolnosti proti mechanickému působení vnějších faktorů na tělo, tlaku, nárazům tření atd. Kožní barvivo chrání organismus před slunečním UV zářením (Dylevský, 2011). Ph kůže má mírně kyselou hodnotu 4,6 – 6 a díky tomu se vytváří kyselý ochranný plášť (Pokorná, Mrázová, 2016).

Smyslová funkce kůže

K vnímání mechanických, tepelných a bolestivých počitků slouží receptory, které jsou v kůži uloženy (Dylevský, 2011). Důležitost této funkce je u péče o nemocné s chronickými ranami (Pokorná, Mrázová, 2016).

Funkce termoregulace

Prokrvení kůže má významný vliv na výdej tepla a chrání organismus před většími ztrátami tepla. Podkožní vazivo také slouží jako izolační vrstva (Dylevský, 2011).

Skladovací funkce kůže

Kůže je skladištěm vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E, K). V kůži vzniká určité množství vitamínu D účinkem ultrafialového záření (Dylevský, 2011).

Vylučovací funkce kůže

Tato funkce je zajištěna mazovými a potními žlázami, které tvoří maz a pot. Pot omezuje růst mikroorganismů a díky své kyselosti má také slabý desinfekční účinek (Dylevský, 2011). Pot se skládá z 99 % vody a z 1 % soli. Denně se vytvoří dva gramy mazu (Pokorná, Mrázová, 2016).

Resorpční funkce kůže

Resorpce kůže je pro vodu a látky v ní rozpustné téměř nulová.

1.1.2 Barva kůže

Závisí na tloušťce kůže, hustotě prokrvení a na množství pigmentu. Pigment je obsažen v buňkách hlubších vrstev epidermis a způsobuje nažloutlou až temně hnědou barvu. Množství pigmentu se mění s věkem – kůže novorozence je méně pigmentovaná než kůže dospělého člověka. Zvyšování množství pigmentu je dáno vlivem slunečního záření (Čihák, 2016).

1.2 Anatomie kůže

Kůže se skládá ze tří částí: epidermis, dermis a subcutis. Ke kůži tak patří kožní adnexa, kam patří: žlázy, vlasy a nehty (Dylevský, 2011).

1.2.1 Epidermis – pokožka

Vrstva, kterou tvoří dlaždicový epitel, je v povrchových vrstvách zrohovatělý. Epitel, jehož buňky od lamina basalis do určité výše vytváří **stratum germinativum** (vrstva zárodečná) - její bazální buňky se myoticky množí a směrem k povrchu se rozděluje a mění se ve **stratum corneum** (vrstva rohová). Ta je nositelkou bariérové funkce kůže. K pokožce se řadí i útvary, které z ní vycházejí – chlupy, nehty a kožní žlázy (Čihák, 2015).

Rozlišujeme tlustý a tenký typ pokožky podle tloušťky stratum corneum (bezjaderné, ploché buňky). Rozděluje se na dvě části **stratum conjunctum** - spodní vrstva, která je kompaktní a **stratum disjunctum** – horní vrstva, která se olupuje (Jirsová, 2012).

Buňky epidermis:

- **keratinocyty** - jsou buňky vedoucí ve svazcích buňkou a jsou upnuté do desmosomů buněčné membrány. Desmosomy jsou místa pevného spojení se sousedními buňkami, které jsou průběžně odbourávány a nově vytvářeny (Čihák, 2016);
- **melanocyty** - jsou buňky citlivé na ozáření ultrafialovými paprsky, které je aktivují k proliferaci a stimulují syntézy melaninu. Funkce melanocytů je ochrana organismu před poškozením vyvolaným ultrafialovým zářením (Druga, Grim, Smetana, 2016);
- **Langerhansovy buňky** - jsou buňky mesodermového původu z kostní dřene a jejich funkce je podobná makrofágům (rozpoznání antigenu a jeho zpracování). Jsou uloženy ve stratum spinosum (Čihák, 2016);
- **Merkelovy buňky** - jsou smyslové buňky neuroektodermového původu s mechanorecepční a neurosekreční funkcí. Nacházejí se na lamina basalis (Čihák, 2016).

1.2.2 Dermis - škára

Skládá se z kolagenního vaziva a elastických vláken, která jsou spojena ve snopce, jež jsou plst'ovitě propletené (Čihák, 2016). Tato vlákna slouží k pružnosti, roztažitelnosti, pevnosti a k štěpitelnosti kůže v určitých směrech. Nachází se zde nervová zakončení, hmatová tělíska, termoreceptory a mazové žlázy (Nováková, 2011). Tloušťka škáry je 0,5 – 2,5 mm. Rozlišujeme tyto vrstvy: stratum papillare - povrchová vrstva, stratum reticulare - hlubší vrstva a tela subcutanea - podkožní vazivo (Čihák, 2016).

1.2.3 Tela subcutanea – podkožní vazivo

Vrstva kůže, která ji spojuje se svaly a má velkou elasticitu. Součástí je tuková tkáň, která je skladištěm zásobních látek. V tukové tkáni se nachází velké množství cév. Chrání cévy a nervy od působení vnějších mechanických vlivů a díky tukovému polštáři funguje jako izolátor (Čihák, 2016).

1.2.4 Cévy a nervy kůže

Epidermis je bezcévná a je vyživovaná pomocí difuze z kapilárních sítí v dermis. Tepenné a žilní pleteně leží v dermis ve dvou vrstvách a slouží také k termoregulaci. Hluboká pleteň je uložena ve škáře při tela subcutanea, povrchní pleteň leží ve stratum papillare a vydává větve až do dermálních papil. Pro řízení tepla je důležitý průtok krve povrchovou pletení, který reguluje sympatikem inervovaná hladká svalovina ve stěnách arteriovenózních spojek a arteriol.

Inervace kůže je zajištěna pomocí senzitivních a sympatických nervů z větví segmentově uspořádaných míšních nervů a na hlavě z větví n. trigeminus (Druga, Grim, Smetana, 2013).

1.3 Vyšetření kůže

Pohled a pohmat jsou základem fyzikálního vyšetření. Na kůži hodnotíme: celistvost, barvu, známky krvácení, chorobné změny a žilní kresbu.

Celistvost kožního krytu a jeho defekty

Častými defekty trofiky kůže jsou: atrofie podkoží, proleženiny, trhlínky. U poranění popisujeme velikost, tvar rány (sečná, bodná, řezná, tržná, zhmožděná).

Barevný stav kůže

Všímáme si bledosti, promodrání, žlutého zbarvení či zarudnutí (zejména u dětí bývají časté erytémy – hodnotíme rozsah, tvar a ohraničení zarudlé plochy).

Krvácení do kůže

Rozsáhlejší i s postižením podkoží (hematomy), petechie nebo sufuze.

Žilní kresba na kůži

Žilní kresba je vidět pod atrofickou kůží s oslabeným nebo vymizelým podkožím nebo je příznakem městnání krve v podkožních žilách (Klíma a kolektiv, 2016).

1.4 Chorobné změny na povrchu kůže

Musíme je co nejpřesněji popisovat:

- **skvrna** (makula) je červený útvar v úrovni okolní kůže, který se liší od okolí barvou, nebo teplotou;
- **pupen** (papula) je útvar vyčnívající nad povrch, který bývá barevně odlišen;
- **puchýřek** (vezikula) je útvar vystupující nad úroveň kůže vyplněný tekutinou (tkáňovým mokem, krví, lymfou);
- **puchýř** (bula) je útvar naplněný tekutinou, obsahuje-li hnis, popisuje se jako pustula;
- **šupina** (skvama) je část zrohovatělé vrstvy, která se olupuje;
- **strup** (krusta) se nachází v místě poranění kůže jako zaschlá krev, tkáňová tekutina nebo hnis;
- **odřenina** (eroze) je nekrvácející mechanicky poškozené ložisko;
- **trhlina** (ragáda) je popraskaná suchá kůže;
- **vřed** (ulcus) zasahuje do podkoží, má spodinu a rozšířený okraj nad úroveň okolí;

- **jizva** (cicatrix) je změněná kůže po zhojení defektu zasahujícího do podkoží (Klíma a kolektiv, 2016).

Kožní změny se u dětí vyskytují velmi často. Jedná se o mateřská znaménka, atopickou a kontaktní dermatitidu, akné a alopecie areata (Soccio – Castelo, Macmahon, 2017).

1.5 Specifika péče o pokožku v dětském věku

Vychází z anatomických a fyziologických rozdílů dětské a dospělé kůže. Je třeba mít na paměti výrazný nepoměr mezi povrchem a váhou dítěte. Z toho vychází výrazně vyšší riziko otravy, které je způsobeno tenkou epidermis s nezralým tukovým ochranným filtrem, vysokou iritabilitou, nedokonalou funkcí potních a mazových žláz (Macháčková, 2008).

Při praní by se neměla používat změkčovadla tkanin, protože dráždí dětskou pokožku. Nově koupené oblečení vždy před prvním použitím vypereme, protože materiál může obsahovat chemikálie, které tam zůstanou z výrobního procesu (Daviesová, 2008).

1.5.1 Hygienické předpoklady správné péče o dítě

Čistota

Zásadou číslo jedna je, že čím mladší dítě, tím větší musí být snaha o čistotu: osob, které o dítě pečují, prostředí, kde dítě žije a stravy, kterou dítě dostává.

Ochrana před zevními vlivy

Děti chrání správné oblečení a vhodná obuv.

Ochrana před úrazy a nehodami (Klíma a kolektiv, 2016).

1.5.2 Koupání dítěte

Ve starší literatuře se doporučuje dítě koupat každý den. V současné době to tak není, protože se zjistilo, že příliš časté koupání a mytí dětí s použitím velkého množství mycích prostředků a pěn do koupele, zvýšené používání kosmetických přípravků a nevhodných pracích prášků, vede k narušení přirozeného ochranného filmu. K mytí je

nejvhodnější používat dětské mýdlo s obsahem glycerinu. Dítě není nutné koupat každý den, stačí omývat obličej, místa vlhké zapáčky a hýždě. Celé tělo myjeme mýdlem maximálně jednou týdně. Teplota vody by neměla přesáhnout 38°C. Suchou kůži promazáváme olejem, mastmi nebo krémy (Infadolan, Leniens). Zdravou kůži po koupeli promazávat nemusíme (Sedlářová a kolektiv, 2008).

Mazové i potní žlázy jsou u fyziologických novorozenců funkční již krátce po porodu - vytváří na povrchu pokožky ochranný film, který kůži chrání a zvláčňuje. Vždy je potřeba myslet na pravidlo, které říká, že méně znamená někdy více (Fendrychová a kolektiv autorů, 2009).

1.5.3 Přebalování dítěte

U každého novorozence, kojence či batolete je potřeba dávat velkou pozornost kůži v oblasti zadečku, protože je vystavena řadě nepříznivých vlivů, které mohou vést ke vzniku opruzenin, plenkové dermatitidy. V současné době používáme u dětí skoro výlučně jednorázové absorpční pleny. Novorozenec močí asi 20 krát za den, časté močení s věkem klesá. Plenu u dětí měníme přibližně 7 – 8 krát za den, pokud má dítě průjem nebo více močí, pak častěji. Pleny by měly mít správnou velikost. Příliš malé pleny děti škrtí, mají malou absorpční schopnost, což vede ke snadnějšímu zapaření pokožky a vzniku opruzenin s následným pomnožením kvasinek a bakterií (Sedlářová a kolektiv, 2008).

1.5.4 Ošetřování kůže zadečku

Při přebalování musíme nejprve očistit kůži od zbytků stolice - používáme mýdlo s vodou nebo čisticí ubrousky, mléka, pěny, které jsou schopny odstranit i tukové složky stolice. Při ošetřování genitálií u holčiček postupujeme pokaždé zepředu dozadu, aby se choroboplodné zárodky nepřenesly do pochvy a močové trubice. U chlapečků očistíme nejen okolí konečníku a třísel, ale i záhyby pod šourkem, kůži pod penisem. Po umytí zadečku ošetříme kůži krémem nebo mastí k tomu určenou - Bepanthen, Rybilka, Aviril Baby (Sedlářová a kolektiv, 2008).

1.5.5 Péče o vlasy

Dětská kůže je velmi citlivá k zvýšenému mytí šamponem. V prvním roce omezujeme mytí šamponem na minimum, stačí opláchnutí vlasů vlažnou vodou, nebo jedenkrát týdně používáme dětské mýdlo. U dětí je naprosto nevhodné používat kterýkoliv jiný přípravek vlasové kosmetiky, než šampon. Nevhodné je, abychom fénovali vlasy horkým vzduchem. Nadměrné česání a rozčesávání vlasů poškozuje povrch vlasu třením a způsobuje jeho rozštěpení (Sedlářová a kolektiv, 2008).

1.6 Poškození kůže

Popisujeme jako porušení kožní celistvosti tělesného krytu. Akutní rána vzniká při působení nějakého činitele, který vede k poškození kůže a měkkých tkání. Chronická rána je rána, která se hojí hodně pomalu – po dobu 6 - 9 týdnů nevykazuje hojení. Když se při správném ošetřování rána nehojí, došlo v ráně k narušení normálního reparativního procesu (Stryja et al., 2011).

1.7 Dekubitus

Je tlakově podmíněná ischemická nekróza u nepohyblivých, dlouhodobě ležících osob upoutaných na lůžko. Vzniká na místech, kde dochází ke styku kůže s podložkou. Zpočátku vypadá jen jako začervenání s macerací, poté se objevují ložiska suché nekrózy a vředy zasahující až do tukové tkáně a svalů (Štork, 2008).

1.7.1 Zevní faktory ovlivňující vznik dekubitů

Intenzita a doba působení

Proleženiny vznikají při krátkém působení vysokých kontaktních tlaků nebo při působení nízkého kontaktního tlaku, ale delší dobu. Normální hodnota kapilárního tlaku je do 32 mm Hg. Kterékoliv vnější tlaky překračující tuto hranici způsobí kapilární poruchy (Mikula, Müllerová, 2008).

Mechanické vlivy

Nejvíce závažné nepříznivé vlivy jsou **střížné síly** a **tření**. Střížové namáhání je výsledkem působení gravitace táhnoucí tělo dolů na šikmých površích v případech,

kdy mezi kůží a podpůrným povrchem vzniká velké tření. Tyto síly způsobují snížení toku krve tím, že se cévy napínají, zalamují nebo trhají, a tak dochází ke sníženému zásobování krví a k nedokrvení. Třením o podložku dochází k poškozování povrchové vrstvy kůže, a tím klesá její obranná schopnost (Mikula, Müllerová, 2008).

Chemické vlivy

K narušení povrchové vrstvy kůže dochází působením vlivu potu, moče a stolice, kdy se vyvíjí macerace. Takto porušená kůže je méně odolná vůči infekci a mechanickým vlivům (Mikula, Müllerová, 2008).

1.7.2 Vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů

- **Odolnost tkáně vůči tlaku** - nejméně odolná na tlak je tuková vrstva, málo odolné bývají svaly a nejvíce odolné tlaku z měkkých tkání je vazivo a kůže;
- **Pohlaví** - náchylnější ke vzniku dekubitů jsou ženy;
- **Věk** - vznik dekubitů je pravděpodobnější u seniorů;
- **Tělesná hmotnost;**
- **Hybnost;**
- **Cévní faktory;**
- **Výživa, Hydratace;**
- **Inkontinence** (Mikula, Müllerová, 2008).

1.7.3 Klasifikace dekubitů dle Hibbsové (Fribertová, 2003):

1. stadium: překrvení, které zůstává po stisknutí i po 5 minutách, bez porušení celistvosti kožního krytu.

2. stadium: částečná ztráta kůže, objevuje se puchýř nebo mělký důlek, mokvající plocha (klinicky: odřenina, puchýř, mělčí kráter).

3. stadium: úplná ztráta kůže i podkožního vaziva, šedá až černá krusta (klinicky: nekróza, hluboký kráter).

4. stadium: ztráta kůže s rozsáhlým poškozením hlubokých funkčních struktur, fascií, cév, nervů, svalů a přiléhajících kostí, odumření tkáně - podmínování: kombinace stupně 3 a 4 (Stryja et al., s. 31., 2011).

1.7.4 Diagnostika dekubitů

Nejvíce používaná je stupnice Nortonové, podle které se vyhodnocuje zdraví pacienta, duševní stav, aktivita, mobilita a inkontinence. Pacient je hodnocen body, čím méně bodů má, tím je větší riziko vzniku dekubitů (příloha č. 1), (Mikula, Müllerová, 2008). Důležitá je prevence, kdy se aktivně vyhledávají rizikové pacienti a dochází k zahájení preventivních kroků již při vyhodnocení nízkého rizika, tj. 17-20 bodů (Šeflová, Jančíková, 2010).

K prevenci také patří minimalizování faktorů, které se podílejí na vzniku dekubitů. Provádění správné hygieny 2 krát denně, pravidelné promazávání pokožky, používání čistící pěny a ochranných krémů, používání jednorázových plen a podložek, a také je velmi důležité zajistit správnou stravu (Kapounová, 2007).

1.8 Atopický ekzém

Je to neuro-imuno-endokrinní zánět kůže, který reaguje na nadměrně vystupňované reakce na alergen - na látky v potravě většinou bílkovinné povahy, na vzduchové alergen, jako jsou pyly a roztoči, na autoalergen z lidských bílkovin a na mikrobiální superantigeny. Zvyšuje se hladina IgE v krvi. Výskyt atopického ekzému se neustále navyšuje nejen v naší populaci, ale i v celém světě. Značný podíl na nárůstu atopického ekzému má vliv zvýšení negativních civilizačních faktorů, moderní způsob života

a přírodní škodliviny. Na zvýšenou dráždivost kůže mají negativní dopad také nealergizující fyzikální a chemické faktory, např. tření, zapářka. Počasí a roční období ovlivňuje zhoršení nebo zlepšení stavu. Atopický ekzém postihuje víc než 13% dětské populace (Novotný, 2009).

1.8.1 Klinický obraz atopického ekzému

První projevy začínají zpravidla ve třetím nebo čtvrtém měsíci života dítěte. Vyskytují se oboustranně na tvářích, popřípadě na čele. Eflorescence se můžou rozšířit po celém obličejí, na krku, ušních boltcích i ve kštici. Málokdy pozorujeme rozsev v inverzní lokalizaci, často v místě plenek. Na zarudlé spodině se tvoří drobné papulky až vřidky a po zaschnutí se tvoří krustoskvamy jantarově žluté barvy. Tento proces je velice silně svědivý. Škrábáním se projevy velmi zhorší, dochází k impetignitizaci (vznikají mohutné krusty, které mají žlutozelenou až hnědou barvu) a lymfadenitidě. Po uklidnění akutní fáze se kůže stává suchou, jemně deskvamuje a může mít i trhlinky v záhybových místech (Novotný, 2009).

1.8.2 Vyšetření atopického ekzému

- *anamnéza*
- *test expoziční*
- *test eliminační*
- *intradermální testy*
- *krevní testy*

(Novotný, s. 12, 2009).

1.9 Dermatitidy

Jsou neinfekční povrchní záněty kůže, které vznikají jako odpověď na vnější či vnitřní agens, jejichž povaha je různorodá (fyzická, chemická, biologická). Nejčastěji se vyskytují alergické nebo dráždivé faktory a jejich kombinace, a to u osob se změněnou reaktivitou kůže (Benáková, 2013).

1.9.1 Klinický obraz dermatitidy

Je velice různorodý, polymorfní, ale velice charakteristický. V akutním stádiu je typická polymorfie – začervenání, otok, vezikuly, madidace, strupy. V chronickém stádiu se objevují trhlínky, hyperkeratóza, deskvamace, lichenifikace. Morfologický obraz je ovlivněn typem dermatitidy, stadiem, místem, věkem a současně je modifikován individuální reaktivitou kůže pacienta, individuální hygienickou a kosmetickou péčí o kůži, předchozí léčbou a dalšími zevními a vnitřními faktory (Benáková, 2013).

1.9.2 Plenková dermatitida

Patří mezi nejčastější onemocnění kojenců s výskytem až 35%. Nejvíce se vyskytuje mezi devátým až dvanáctým měsícem věku. Jedná se o akutní zánětlivou reakci v oblasti plen, která má multifaktoriální příčinu – na vznik má vliv zvýšená hydratace kůže, tření kůže plenami, vliv stolice, moče, nedostačující nebo nadměrná hygiena, sekundární infekce kvasinkami i bakteriemi. Výsledkem toho je porušená epidermální bariéra (Polášková, 2014). Při vzniku plenkové dermatitidy se zvyšuje riziko vzniku dekubitů a také vzniknutí sekundární infekce (Horázná, 2018).

Predispoziční faktory plenkové dermatitidy

Rozlišujeme seborrhoickou dermatitidu, atopickou dermatitidu a systémová onemocnění. Tření plen s kůží mechanicky narušuje kůži, enzymy ve stolici jsou aktivovány močí, zvyšují pH kožního povrchu a usnadňují průnik a množení kvasinek. Synergické působení fekálních bakterií s *C. albicans* vede k vysoce zánětlivým erozivním projevům (Polášková, 2014).

Klinické projevy plenkové dermatitidy

Začervenání je různě syté, někdy se v krajích mohou vyskytnout papulky. Objevují se ve tvaru W, kdy vynechávají třísla (Polášková, 2014). Můžou se objevit v oblasti hýždí, genitálií, perinea, ale i na vnitřní straně stehen (Horázná, 2018). Těžkou formou je Jacquetova erozivní dermatitida, u které se tvoří bolestivé eroze na penisu nebo na vulvě (Polášková, 2014).

Léčba plenkové dermatitidy

Nejlepší léčba je prevence - častá výměna plen, používání ochranných hydrofobních krémů s obsahem zinku a vitamínu A, D. Léčbu zahajujeme slabými nefluorovanými kortikosteroidními krémy, podle stavu postačí ochranné krémy nebo měkké pasty, které mají protizánětlivý, antimykotický či antiseptický účinek (Polášková, 2014).

Dítě, které má opruzeniny bývá většinou neklidné a rozmrzelé. Matku je potřeba uklidnit a ujistit, že správným ošetřováním kůže lze docílit jednak znatelného zlepšení stavu během 2 dní, a také předejít vzniku nežádoucích komplikací (Kolářová, 2010).

1.10 Impetigo

Je to hnisavé onemocnění kůže rychle se šířící v kolektivu. Je vyvolané stafylokokem nebo streptokokem. Projevuje se drobnými, praskajícími puchýřky, které mají zarudlou spodinu, kde se utváří žluté strupy. Nejčastěji se objevuje v obličeji a po zhojení nezanechává jizvu.

Terapie Impetiga

Pro odloučení puchýřků se provádějí koupele v hypermanganu, poté se na místa nanáší antibakteriální masti, dle stavu lze podat antibiotika (ATB) celkově. Po skončení léčby, ale i v jejím průběhu, je nutné odebírat vzorky moči, protože streptokokové onemocnění může být příčinou akutní glomerulonefritidy. Sestra musí dodržovat všechny zásady hygienické péče, bariérovou ošetrovatelskou péči, a musí dbát na důležitá protiepidemická opatření, protože impetigo je vysoce infekční onemocnění (Nováková, 2011).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Na základě výzkumného problému jsme stanovili tyto cíle:

- 1) Zjistit, zda ošetrovatelský personál pečuje o dětskou kůži a jak zabraňuje výskytu tvorbě dekubitů, opruzenin;
- 2) Zjistit, zda dochází k výskytu tvorbě dekubitů, opruzenin.

Na základě stanovených cílů jsme formulovali výzkumné otázky:

- 1) Jak často pečuje ošetrovatelský personál o kůži?
- 2) Jak ošetrovatelský personál pečuje o kůži?
- 3) Jak ošetrovatelský personál zabraňuje poškození kůže?
- 4) Jaké jsou příčiny vzniku poškození kůže?
- 5) Jaká místa kůže jsou nejčastěji poškozená?

2.2 Metodika výzkumu

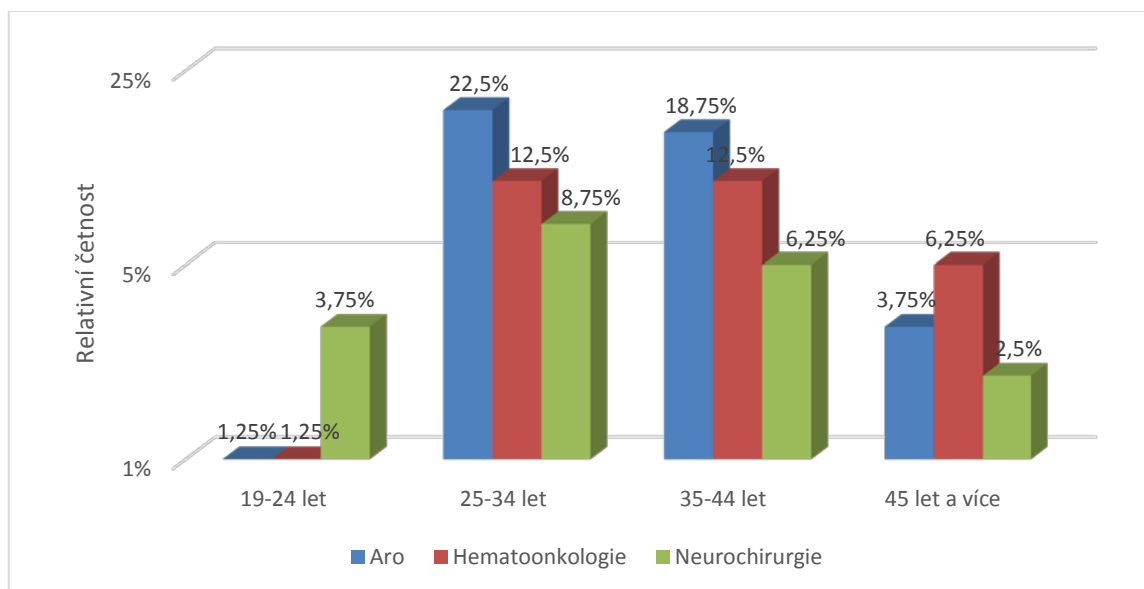
Výzkum jsme prováděli kvantitativní metodou formou anonymního dotazníku (příloha č. 2). Dotazník se skládal z úvodního oslovení, pokynů k vyplnění a obsahoval 19 položek. Jednotlivé položky jsme se snažili popsat stručně a srozumitelně. V dotazníku jsme používali otázky otevřené – 6 položek, otázky uzavřené – 10 položek a otázky polouzavřené – 3 položky. Prvních pět otázek bylo zaměřeno na osobní údaje respondentů tj. věk, pohlaví, délku praxe, dosažené vzdělání a oddělení, kde pracují. Následující otázky byly zaměřené na ošetrovatelskou péči, edukaci rodičů, používání hypoalergenních prostředků, polohování a na absolvování kurzů. Informace o správném provádění výzkumu jsme čerpali z Výzkumu v ošetrovatelství od Kutnohorské (2009). Výsledky výzkumu byly zpracovány do grafů a tabulek pomocí editoru Excel.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumné prostředí

Bylo osloveno 100 respondentů, kteří pracují ve Fakultní nemocnici Motol na odděleních intenzivní péče. Odpovědělo nám 85 respondentů, ale 5 dotazníků jsme

museli vyloučit, protože byly neúplně vyplněné. Návratnost dotazníků tedy činí 80 %. Vybrali jsme si tato oddělení: dětské anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO), oddělení dětské hematookologie a dětské neurochirurgické oddělení.

Otázka č. 1 Věk



Graf 1: Posouzení věku oslovených respondentů

Zdroj: Vlastní výzkum

Z věkového porovnání vyplývá, že na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení je nejvyšší procentuální zastoupení věkové skupiny 25–34 let, která tvoří 22,5 % kategorie 35–44 let tvoří 18,75 %; kategorie 45 let a více tvoří 3,75 % a nejméně zastoupenou kategorií je 19–24 let, která tvoří 1,25 %. Na oddělení dětské hematookologie je nejvyšší procentuální zastoupení věkových skupin 25-34 let a 35-44 let, které tvoří 12,5 %; kategorie 45 let a více tvoří 6,25 % a nejméně zastoupenou kategorií je 19-24 let, která tvoří 1,25 %. Na oddělení dětské neurochirurgie je nejvyšší procentuální zastoupení u věkové skupiny 25-34 let, která tvoří 8,75 %; kategorie 35-44let tvoří 6,25 %; kategorie 19-24 let tvoří 3,75 % a nejméně zastoupenou je kategorie 45 let a více, která tvoří 2,5 %.

Otázka č. 2 Pohlaví

Tabulka 1: Posouzení pohlaví respondentů

Pohlaví	Dětské ARO		Dětské hematoonkologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žena	28	76	24	92	17	100
Muž	9	24	2	8	0	0
Celkem	37	100	26	100	17	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení bylo osloveno 37 respondentů, z toho je 28 žen, tj. 76 %, a 9 mužů, tj. 24 %. Na dětském hematoonkologickém oddělení bylo osloveno 26 respondentů, z toho je 24 žen, tj. 92 %, a 2 muži, tj. 8 %. Na dětském neurochirurgickém oddělení bylo osloveno 17 respondentů, všechno jsou ženy, tj. 100% výsledek.

2.4 Průběh výzkumu

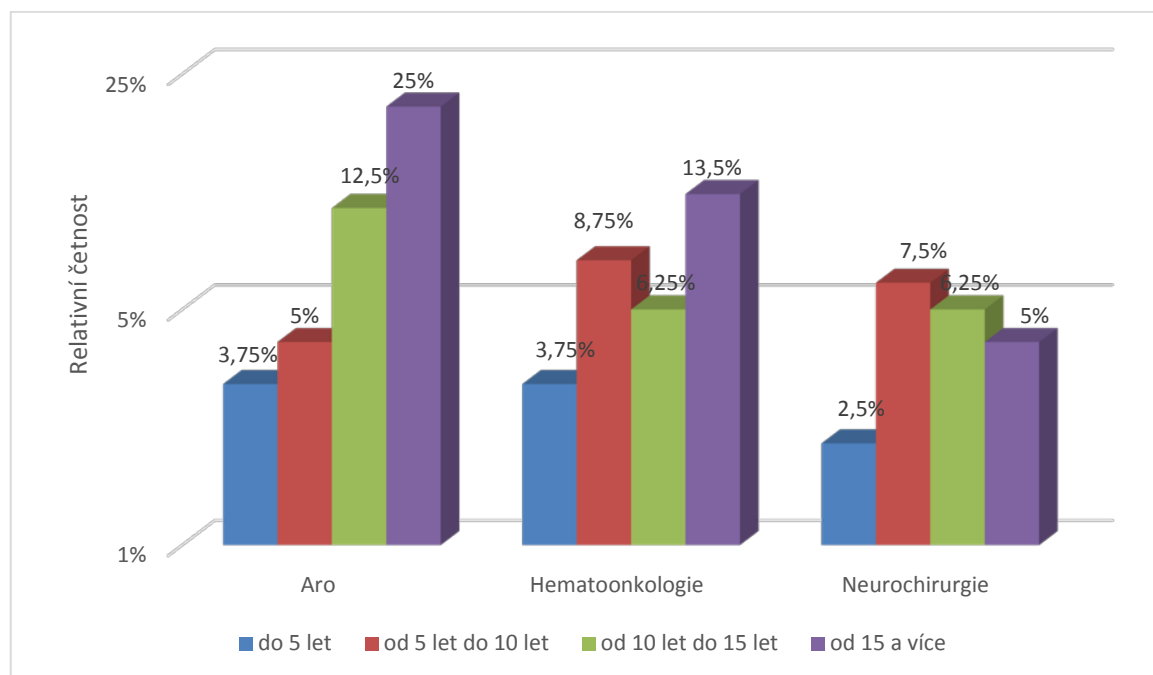
Dotazníky byly vyplňovány od 21. 6. 2017 do 10. 10. 2017. Samotnému výzkumu předcházelo podání písemné žádosti o provádění výzkumu ve Fakultní nemocnici Motol. Žádost byla schválena náměstkyní pro ošetrovatelskou péči nemocnice paní Mgr. Janou Novákovou, MBA (příloha č. 3).

2.5 Zpracování získaných dat

K zpracování získaných dat jsme použili matematický vzorec $F_i = (n/n_i) \cdot 100$. Vyhodnocení je provedeno v programu Microsoft Office Excel 2010. Získaná data jsme pro lepší orientaci vložili do tabulek a grafů.

2.6 Výsledky výzkumu

Otázka č. 3 Délka praxe



Graf 2: Posouzení délky praxe respondentů

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení je nejvíce procentuálně zastoupenou skupinou kategorie od 15 a více let, která tvoří 25 %; poté následuje kategorie od 10 let do 15 let, která tvoří 12,5 %; kategorie od 5 let do 10 let tvoří 5 % a nejméně zastoupenou kategorií je do 5 let, která tvoří 3,75%. Na dětském hematoonkologickém oddělení je nejvíce procentuálně zastoupenou skupinou kategorie od 15 a více let, která tvoří 13,5 % poté; následuje, kategorie od 5 let do 10 let, která tvoří 8,75 %; kategorie od 10 let do 15 let tvoří 6,25 % a nejméně zastoupenou kategorií je do 5 let, která tvoří 3,75 %. Na dětském neurochirurgickém oddělení je nejvíce procentuálně zastoupenou skupinou kategorie od 5 let do 10 let, která tvoří 7,5% poté, následuje kategorie od 10 let do 15 let, která tvoří 6,25 %, kategorie od 15 a více let tvoří 5 % a nejméně zastoupenou kategorií je do 5 let, která tvoří 2,5 %.

Otázka č. 4 Dosažené vzdělání

Tabulka 2: Posouzení dosaženého vzdělání

Dosažené vzdělání	Dětské ARO		Dětské hematoonkologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Středoškolské	0	0	5	19	4	24
Vyšší odborné	6	16	1	4	1	6
Vysokoškolské bakalářské	4	11	7	27	6	35
Vysokoškolské magisterské	2	5	2	8	1	6
Pomaturitní specializace	25	68	11	42	5	29
Celkem	37	100	26	100	17	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení bylo osloveno 37 respondentů z toho má 25 respondentů pomaturitní specializaci, tj. 68 %; 6 respondentů má vyšší odborné vzdělání, tj. 16 %; 4 respondenti mají vysokoškolské bakalářské vzdělání, tj. 11 % a 2 respondenti mají vysokoškolské magisterské vzdělání, tj. 5 %. Na dětském hematoonkologickém oddělení bylo osloveno 26 respondentů z toho má 11 respondentů pomaturitní specializaci, tj. 42 %; 7 respondentů vysokoškolské bakalářské vzdělání, tj. 27 %; 5 respondentů má středoškolské vzdělání, tj. 19 %; 2 respondenti mají vysokoškolské magisterské vzdělání, tj. 8 % a 1 respondent má vyšší odborné vzdělání, tj. 4 %. Na dětském neurochirurgickém oddělení, bylo osloveno 17 respondentů z toho má 6 respondentů vysokoškolské bakalářské vzdělání, tj. 35 %; 5 respondentů má pomaturitní specializaci, tj. 29 %; 4 respondenti mají středoškolské vzdělání, tj. 24 %; 1 respondent má vysokoškolské magisterské vzdělání, tj. 6 %, a 1 respondent má vyšší odborné vzdělání, tj. 6 %.

Otázka č. 5 Na jakém oddělení pracujete?

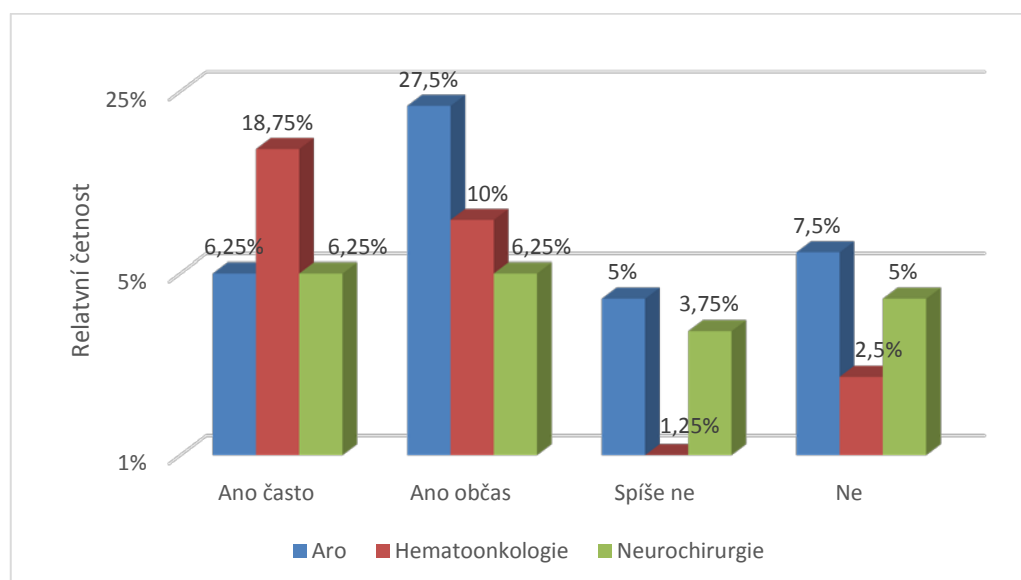
Tabulka 3: Posouzení počtu respondentů na oddělení

Typ oddělení	Počet osob	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dětské anesteziologicko-resuscitační oddělení	37	46
Dětské hematoonkologické oddělení	26	33
Dětské neurochirurgické oddělení	17	21
Celkem	80	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Z uvedené tabulky vyplývá, že nejvíce respondentů odpovídalo na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení a to 37 respondentů. Na dětském hematoonkologickém oddělení odpovídalo 26 respondentů a na dětském neurochirurgickém oddělení odpovídalo 17 respondentů.

Otázka č. 6 Účastníte se vzdělávacích kurzů s tematikou týkající se poškození kůže?



Graf 3: Posouzení účasti na vzdělávacích kurzech

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení odpovědělo nejvíce respondentů v kategorii „ano občas“, která tvoří 27,5 %; poté v kategorii „ne“, která tvoří 7,5 %;

kategorie „ano často“, která tvoří 6,25 % a nejméně v kategorii „spíše ne“, která tvoří 5 %. Na dětském hematologickém oddělení odpovědělo nejvíce respondentů v kategorii „ano často“, která tvoří 18,75 %; poté v kategorii „ano občas“, která tvoří 10 %; kategorie „ne“, která tvoří 2,5 % a nejméně v kategorii „spíše ne“, která tvoří 1,25 %. Na oddělení dětské neurochirurgie odpovědělo stejným procentuálním výsledkem ve 2 skupinách a to „ano často“ a „ano občas“, které tvoří 6,25 %; poté následuje kategorie „ne“, která tvoří 2,5 % a nejméně odpověděli v kategorii „spíše ne“, která tvoří 1,25 %.

Otázka č. 7 Dochází na Vašem oddělení k výskytu poškození kůže - dekubity, opruzeniny?

Tabulka 4: Posouzení výskytu poškození kůže – dekubity, opruzeniny

Výskyt poškození kůže	Dětské ARO		Dětské hematologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	0	0	0	0	0	0
Ano občas	5	13,5	3	11,5	1	5,9
Ano výjimečně	4	10,9	15	57,7	2	11,8
Spíše ne	18	48,6	7	26,9	12	70,5
Ne	10	27	1	3,9	2	11,8
Celkem	37	100	26	100	17	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení odpovědělo 18 respondentů „spíše ne“, tj. 48,6 %; 10 respondentů „ne“, tj. 27 %; 5 respondentů „občas ano“, tj. 13,5 %; 4 respondenti odpověděli „výjimečně ano“, tj. 10,9 %. Na dětském hematologickém oddělení odpovědělo 15 respondentů „výjimečně ano“, tj. 57,7 %; 7 respondentů „spíše ne“, tj. 26,9 %; 3 respondenti „občas ano“, tj. 11,5 % a 1 respondent odpověděl „ne“, tj. 3,9 %. Na oddělení dětské neurochirurgie odpovědělo 12 respondentů spíše „ne“, tj. 70,5 %; 2 respondenti „ne“, tj. 11,8 %; 2 respondenti „výjimečně ano“, tj. 11,8 % a 1 respondent odpověděl „občas ano“, tj. 5,9 %.

Otázka č. 8 Podle čeho hodnotíte stav kůže? (je možné vypsát více odpovědí)**Tabulka 5: Posouzení hodnocení stavu kůže**

Hodnocení stavu kůže	Dětské ARO		Dětské hematoonkologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Norton score	37	71	26	65	17	100
Hodnocení ran	10	19	12	30	0	0
Podle zkušeností	5	10	2	5	0	0
Celkem	52	100	40	100	17	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Podle našeho vyhodnocení všech 80 oslovených respondentů odpovědělo, že k hodnocení stavu kůže používají hodnocení Norton score. Na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení ještě odpovědělo 10 respondentů, tj. 19 %, že používají hodnocení ran a 5 respondentů, tj. 10 %, odpovědělo podle zkušeností. Na dětském hematoonkologickém oddělení ještě odpovědělo 12 respondentů, tj. 30 %, že používají hodnocení ran a 2 respondenti, tj. 5 %, podle zkušeností.

Otázka č. 9 Jak pečujete o dětskou kůži? (je možné vypsát více možností)**Tabulka 6: Posouzení péče o dětskou kůži**

Péče o kůži	Dětské ARO		Dětské hematoonkologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Polohováním	34	28,6	26	36,1	9	22
Promazáváním kůže	37	31,1	22	30,6	15	36,6
Dodržováním ošetřovatelských postupů	32	26,9	19	26,4	17	41,4
Častou hygienou	16	13,4	5	6,9	0	0
Celkem	119	100	72	100	41	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení odpovídalo 37 respondentů, kdy všech 37 respondentů, tj. 31,1 % vypsal o promazávání kůže; poté, následuje polohováním, které vypsal 34 respondentů, tj. 28,6 %; poté 32 respondentů, tj. 26,9 %, vypsal o dodržování ošetrovatelských postupů; 16 respondentů, tj. 13,4 %, vypsal o častou hygienu. Na dětském hematologickém oddělení odpovídalo 26 respondentů kdy všech 26 respondentů, tj. 36,1 %, vypsal o polohováním; poté, následuje o promazávání kůže, které vypsal 22 respondentů, tj. 30,6 %; poté 19 respondentů, tj. 26,4 %, vypsal o dodržování ošetrovatelských postupů ; 5 respondentů, tj. 6,9 %, vypsal o častou hygienou. Na oddělení dětské neurochirurgie odpovídalo 17 respondentů kdy všech 17 respondentů, tj. 41,4 %, vypsal o dodržování ošetrovatelských postupů; poté, následuje o promazávání kůže, které vypsal 15 respondentů, tj. 36,6 %; 9 respondentů, tj. 22 %, vypsal o polohováním.

Otázka č. 10 Jak často polohujete?

Tabulka 7: Posouzení polohování

Frekvence polohování	Dětské ARO		Dětské hematologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1x za směnu	0	0	0	0	0	0
2x za směnu	0	0	3	11,5	5	29,4
po 3h	37	100	13	50	7	41,2
po 6h	0	0	2	7,7	1	5,9
Vůbec	0	0	0	0	0	0
Jak je potřeba	0	0	8	30,8	4	23,5
Celkem	37	100	26	100	17	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení odpovědělo všech 37 respondentů, tj. 100 %, po 3 hodinách. Na dětském hematologickém oddělení, odpovědělo 13 respondentů, tj. 50 %, po 3 hodinách; 8 respondentů, tj. 30,8 %, odpovědělo jak je potřeba; poté, následuje 2 krát za směnu kde odpověděli, 3 respondenti, tj. 11,5 %; 2 respondenti, tj. 7,7 %, odpověděli po 6 hodinách. Na oddělení dětské neurochirurgie 7 respondentů, tj. 41,2 %, odpovědělo po 3 hodinách; 5 respondentů,

tj. 29,4 %, odpovědělo, 2 krát za směnu; 4 respondenti, tj. 23,5 %, odpověděli, jak je potřeba; 1 respondent, tj. 5,9 %, odpověděl po 6 hodinách.

Otázka č. 11 Čím předcházíte k tvorbě dekubitů a opruzenin? (je možné zvolit více odpovědí)

Tabulka 8: Posouzení předcházení tvorbě dekubitů, opruzenin

Prevence poškození kůže	Dětské ARO		Dětské hematoonkologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Polohováním	37	25,3	26	29,5	17	35,4
Promazáváním predilekčních míst,	37	25,3	10	11,4	12	25
Častou hygienou	20	13,7	6	6,9	2	4,2
Zhodnocením stavu kůže	37	25,3	26	29,5	17	35,4
Preventivní používání suprasorbu, mepelixu, antidekubitních pomůcek	15	10,4	20	22,7	0	0
Celkem	146	100	88	100	48	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení odpovědělo 37 respondentů v kategorii polohováním, promazáváním predilekčních míst a zhodnocením stavu kůže, tj. 25,3 %; poté 20 respondentů, tj. 13,7 % odpovědělo častou hygienou a 15 respondentů, tj. 10,4 % odpovědělo preventivní používání pomůcek. Na dětském hematoonkologickém oddělení odpovědělo 26 respondentů v kategorii polohováním, zhodnocení stavu kůže, tj. 29,5 %; poté 20 respondentů, tj. 22,7 %, odpovědělo preventivní používání pomůcek; 10 respondentů, tj. 11,4 %, odpovědělo promazáváním predilekčních míst; 6 respondentů, tj. 6,9 %, odpovědělo častou hygienou. Na oddělení dětské neurochirurgie odpovědělo 17 respondentů v kategorii polohováním, zhodnocením stavu kůže, tj. 35,4 %; poté 12 respondentů, tj. 25 %, odpovědělo promazáváním predilekčních míst a 2 respondenti, tj. 4,2 %, odpověděli častou hygienou.

Otázka č. 12 Používáte hypoalergenní prostředky?

Tabulka 9: Posouzení používání hypoalergenních prostředků

Hypoalergenní prostředky	Dětské ARO		Dětské hematoonkologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano často	30	81,1	23	88,5	12	70,6
Ano občas	7	18,9	3	11,5	5	29,4
Spíše ne	0	0	0	0	0	0
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	37	100	26	100	17	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení 30 respondentů, tj. 81,1 %, odpovědělo „ano často“ a 7 respondentů, tj. 18,9, „ano občas“. Na dětském hematoonkologickém oddělení 23 respondentů, tj. 88,5 %, odpovědělo „ano často“; 3 respondenti, tj. 11,5 %, odpovědělo „ano občas“. Na oddělení dětské neurochirurgie odpovědělo 12 respondentů, tj. 70,6 %, „ano často“; 5 respondentů, tj. 29,4 %, odpovědělo „ano občas“.

Otázka č. 13 Jestliže jste u předchozí otázky odpověděli ano, tak jaké? (je možné vypsát více odpovědí)

Tabulka 10: Posouzení hypoalergenních prostředků

Hypoalergenní prostředky	Dětské ARO		Dětské hematoonkologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Menalind	0	0	2	3,9	1	3,2
Ekcipial	0	0	3	5,9	2	6,5
Cavilon	6	8,7	5	9,8	3	9,7
Dausac	0	0	15	29,5	0	0
Tegaderm CHG	30	43,5	8	15,7	2	6,5
Krycí masti	18	26,1	9	17,6	10	32,3
Co donesou rodiče	11	15,9	2	3,9	8	25,8
Co doporučí kožní lékař	4	5,8	7	13,7	5	16
Celkem	69	100	51	100	31	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko-resuscitačním 30 respondentů, tj. 43,5 %, vypsalo, že používá Tegaderm CHG; poté 18 respondentů, tj. 26,1 %, vypsalo, že používají krycí masti; 11 respondentů, tj. 15,9 %, vypsalo, co donesou rodiče; 6 respondentů, tj. 8,7 %, vypsalo používání Cavilonu; 4 respondenti, tj. 5,8 %, vypsali, co doporučí kožní lékař. Na dětském hematoonkologickém oddělení 15 respondentů, tj. 29,5 %, vypsalo používání Dausacu; 9 respondentů, tj. 17,6 %, vypsalo používání krycích krémů; 8 respondentů, tj. 15,7 %, vypsalo používání Tegadermu CHG; 7 respondentů, tj. 13,7 %, vypsalo, co doporučí kožní lékař; 5 respondentů, tj. 9,8 %, vypsalo používání Cavilonu; 3 respondenti, tj. 5,9 %, vypsali používání Ekciपाल; 2 respondenti, tj. 3,9 %, vypsali používání Menalindu a 2 respondenti, tj. 3,9 %, vypsali, co donesou rodiče. Na oddělení dětské neurochirurgie vypsalo 10 respondentů, tj. 32,3 %, používání krycích mastí; 8 respondentů, tj. 25,8 %, vypsalo, co donesou rodiče; 5 respondentů, tj. 16 %, vypsalo, co doporučí kožní lékař; 3 respondenti, tj. 9,7 %, vypsali používání Cavilonu; 2 respondenti, tj. 6,9 %, vypsali používání Ekciपाल; 2 respondenti, tj. 9 %, vypsali používání Tegadermu CHG a 1 respondent, tj. 3,2 %, vypsal používání Menalindu.

Otázka č. 14 Myslíte si, že dobře pečujete o kůži?

Tabulka 11: Posouzení vlastní péče o kůži

Správná péče o kůži	Dětské ARO		Dětské hematoonkologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano často	25	67,6	20	77	8	47,1
Ano občas	7	18,9	3	11,5	1	5,8
Nevím	5	13,5	3	11,5	8	47,1
Spíše ne	0	0	0	0	0	0
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	37	100	26	100	17	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko- resuscitačním oddělení odpovědělo 25 respondentů, tj. 67,6 %, „ano často“; 7 respondentů, tj. 18,9 %, odpovědělo „ano občas“ a 5 respondentů, tj. 13,5 %, odpovědělo „nevím“. Na dětském hematoonkologickém oddělení odpovědělo 20 respondentů, tj. 77 %, „ano často“; 3 respondenti, tj. 11,5 % odpovědělo „ano občas“; 3 respondenti, tj. 11,5 %, odpovědělo „nevím“. Na oddělení dětské neurochirurgie odpovědělo 8 respondentů, tj. 47,1 %, „ano často“ a stejný počet odpověděl „nevím“; 1 respondent, tj. 5,8 %, odpověděl „ano občas“.

Otázka č. 15 Edukujete rodiče v péči o dětskou kůži?

Tabulka 12: Posouzení edukace rodičů

Edukace rodičů	Dětské ARO		Dětské hematoonkologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano často	15	40,5	18	66,7	5	29,4
Ano občas	5	13,5	5	22,2	4	23,5
Ano výjimečně	8	21,6	2	7,4	0	0
Spíše ne	9	24,4	1	3,7	8	47,1
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	37	100	26	100	17	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko- resuscitačním oddělení odpovědělo 15 respondentů, tj. 40,5 %, „ano často“; 9 respondentů, tj. 24,4 %, odpovědělo „spíše ne“; 8 respondentů, tj. 21,6 %, odpovědělo „ano výjimečně“ a 5 respondentů, tj. 13,5 %, odpovědělo „ano občas“. Na dětském hematoonkologickém oddělení odpovědělo 8 respondentů, to je 47,1 %, „spíše ne“; 5 respondentů, tj. 29,4 %, odpovědělo „ano často“ a 4 respondenti, to je 23,5 %, odpověděli „ano občas“. Na oddělení dětské neurochirurgie odpovědělo 8 respondentů, tj. 47,1 %, „spíše ne“; 5 respondentů, tj. 29,4 %, odpovědělo „ano často“; 4 respondenti, tj. 23,5 %, odpovědělo „ano občas“.

Otázka č. 16 Jestliže jste u předchozí otázky odpověděli ano, tak jak?**Tabulka 13: Posouzení druhů edukace rodičů**

Druhy edukace rodičů	Dětské ARO		Dětské hematoonkologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Formou rozhovoru	9	32,1	1	4	2	22,2
Ukázka péče	10	35,8	13	52	4	44,5
Edukační materiály	9	32,1	11	44	3	33,3
Celkem	28	100	25	100	9	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení odpovědělo 28 respondentů z toho 10 respondentů, tj. 35,8 %, odpovědělo ukázkou péče; 9 respondentů, tj. 32,1 %, odpovědělo formou rozhovoru a edukačními materiály. Na dětském hematoonkologickém oddělení odpovědělo 25 respondentů z toho 13 respondentů, to je 52 %, odpovědělo ukázkou péče; 11 respondentů, tj. 44 %, odpovědělo edukačními materiály a 1 respondent, tj. 4 %, odpověděl formou rozhovoru. Na oddělení dětské neurochirurgie odpovídalo, 9 respondentů z toho 4 respondenti, tj. 44,5 %, odpověděli ukázkou péče; 3 respondenti, tj. 33,3 %, odpověděli edukačními materiály; 2 respondenti, tj. 22,2 %, odpověděli formou rozhovoru.

Otázka č. 17 Z jaké příčiny vzniká poškození kůže na Vašem oddělení?**Tabulka 14: Posouzení příčin vzniku poškození kůže**

Příčiny vzniku poškození kůže	Dětské ARO		Dětské hematoonkologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Špatná péče	0	0	0	0	0	0
Neznalost	0	0	0	0	0	0
Nemožnost polohovat	20	54,1	1	3,8	5	29,4
Zdravotní stav	13	35,1	15	57,7	9	52,9
Alergie	4	10,8	10	38,5	3	17,7
Jiná odpověď	0	0	0	0	0	0
Celkem	37	100	26	100	17	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení odpovědělo 20 respondentů, tj. 54,1 %, nemožnost polohovat; 13 respondentů, tj. 35,1 %, odpovědělo, zdravotní stav; 4 respondenti, tj. 10,8 %, odpověděli alergie. Na dětském hematoonkologickém oddělení odpovědělo 15 respondentů, tj. 57,7 %, zdravotní stav; 10 respondentů, to je 38,5 %, odpovědělo alergie a 1 respondent, tj. 3,8 %, odpověděl nemožnost polohovat. Na oddělení dětské neurochirurgie odpovědělo 9 respondentů, tj. 52,9 %, zdravotní stav; 5 respondentů, tj. 29,4 %, odpovědělo nemožnost polohovat a 3 respondenti, tj. 17,7 %, odpověděli alergie.

Otázka č. 18 Vyberte 3 nejčastější místa vzniku poškození kůže**Tabulka 15: Posouzení místa poškození kůže**

3 nejčastější místa poškození kůže	Dětské ARO		Dětské hematoonkologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Hlava	34	35,4	0	0	16	33,3
Sacrum	32	33,4	22	33,3	15	31,3
Ucho	30	31,2	0	0	0	0
Pata	0	0	23	34,9	17	35,4
Hýždě	0	0	21	31,8	0	0
Celkem	96	100	66	100	48	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení vypsalo 34 respondentů, tj. 35,4 %, poškození na hlavě; 32 respondentů, tj. 33,4 %, vypsalo sacrum a 30 respondentů, tj. 31,2 %, vypsalo ucho. Na dětském hematoonkologické oddělení vypsalo 23 respondentů, tj. 34,9 %, patu; 22 respondentů, tj. 33,3 %, vypsalo sacrum; 21 respondentů, tj. 31,8 %, vypsalo hýždě. Na oddělení dětské neurochirurgie vypsalo 17 respondentů, tj. 35,4 %, patu; 16 respondentů, tj. 33,3 %, vypsalo hlavu a 15 respondentů, tj. 31,3 %, vypsalo sacrum.

Otázka č. 19 Jak dlouho trvá hojení poškození kůže?

Tabulka 16: Posouzení délky hojení poškozené kůže

Doba hojení	Dětské ARO		Dětské hematoonkologické oddělení		Dětské neurochirurgické oddělení	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 týden	7	18,9	0	0	10	58,8
2 týdny	0	0	0	0	5	29,4
3 týdny	0	0	0	0	2	11,8
Měsíc a déle	0	0	0	0	0	0
Jiná odpověď - je to individuální	30	81,1	26	100	0	0
Celkem	37	100	26	100	17	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Na dětském anesteziologicko-resuscitačním oddělení odpovědělo 30 respondentů, tj. 81,1 %, je to individuální a 7 respondentů, tj. 18,9 %, odpovědělo 1 týden. Na dětském hematoonkologickém oddělení odpovědělo 26 respondentů, tj. 100%, je to individuální. Na oddělení dětské neurochirurgie odpovědělo 10 respondentů, tj. 58,8 %, 1 týden; 5 respondentů, tj. 29,4 %, odpovědělo 2 týdny a 2 respondenti, tj. 11,8 %, odpověděli 3 týdny.

2.7 Diskuse

Výsledky výzkumu nám odhalují několik důležitých nedostatků v péči o dětskou kůži, která se značně liší od péče o dospělé kůži, vyžaduje hypoalergenní prostředky, méně časté koupání celého těla, ale přesto udržování pokožky čisté, hydratované, nepodrážděné nevhodnými krémy, šampóny, dlouhodobým ponecháním znečištěné a promočené pleny či správné dodržování standardních postupů. Ač je personál převážně vysoce či specializovaně vzdělaný (89%) a má často 5 a více let praxe, narážíme zde na elementární chyby v péči o kůži dítěte.

Na to, zda na daných odděleních dochází k poškození dětské kůže, mají respondenti nejednotný názor zahrnující celou škálu odpovědí kromě odpovědi „Ano“. Zvolené odpovědi tedy zahrnují „Ano občas“ a „Ano výjimečně“ (37,5%), „Spíše ne“ a „Ne“ (62,5%) - oslovený personál tedy připouští, že k těmto poškozením kůže na jejich

odděleních dochází, a to nejčastěji na sacru (86,3%), poté na hlavě (62,5%) a patách (50%). Výsledky zahraniční práce Schlüera, která zkoumala výskyt dekubitů u dětí metodou pozorování na vzorku 155 dětí, vykazují podobná data, tedy 27,7% pacientů mělo dekubitus a 72,3% pacientů dekubitus nemělo. Dle jeho studie k těmto defektům nejčastěji docházelo na částech těla, kde se nacházely katetry, trubice či části monitorovacích zařízení, což by mohlo odpovídat mému výsledku, kdy respondenti volili pro oblast častého výskytu hlavu, kde se právě tyto pomůcky mohou vyskytovat (Schlüer, 2009). Oproti tomu zcela rozdílné výsledky měla práce české studentky Hudecové, která prováděla rozhovory s 12 sestrami na dětských pracovištích. Zjistila, že deset z nich uvedlo dekubitus jako jeden z nejčastějších způsobů poškození kůže (Hudecová, 2016).

Toto porušení kůže nejčastěji personál připisuje špatnému zdravotnímu stavu dítěte (46,25%), nemožnosti dítě polohovat (32,5%) nebo alergiím (21,25%). Délku hojení pak označují nejčastěji jako individuální, hned druhá možnost je 1 týden. O tento daný čas se tedy prodlouží délka léčby dítěte či až hospitalizace a možného vzniku hospitalismu u dětí při vědomí.

Respondenti si nejčastěji myslí, že o dětskou kůži pečují dobře nebo občas dobře (80%), menší část respondentů, ne však zanedbatelná, zkrátka „neví“ (20%). V dotazu, jak respondenti pečují o kůži dětských pacientů, jich nejvíce zvolilo odpověď pro promazávání pokožky (92,5%), poté polohování (86,3%), dodržování ošetrovatelských postupů (85%) a častá hygiena na posledním místě (26,3%).

Znepokojivě působí nedostatečné polohování. Nejvíce odpovědí sice získala odpověď pro polohování po 3 hodinách (71,25%), nicméně přikládám váhu i zbylým odpovědím (15%), kdy personál polohuje méně často, a to nedostatečně, například pouze dvakrát za směnu či po 6 hodinách. Sporná je odpověď pro polohování dle potřeby (15%), protože to může být jak nedostatečné po zvážení dalších faktorů, jakými mohou být nedostačující zkušenosti personálu, tak i naopak může dojít k příliš častému polohování, a tím zvýšenému riziku zhoršení zdravotního či psychického stavu (například časté buzení v noci kvůli polohování). Z této odpovědi lze vyvodit i to, jak často personál kontroluje stav pokožky, který by měl být shodný s frekvencí polohování. Dle práce Hudecové pouze šest sester z dvanácti kontroluje kůži několikrát během směny a to kromě jedné všechny z jednotek intenzivní péče. Její výzkumný vzorek byl malý,

přesto ale můžeme hovořit o tom, že 50 % sester vykazuje nedostatky v péči o kůži, což je mnohem horší výsledek než z mé práce (Hudecová, 2016). Problémy v péči o kůži může způsobit i nejednotná ošetrovatelská dokumentace či používání škál. Dle získaných dat se ukázalo, že nejvíce respondentů používá Norton score (100 %), což je pozitivní výsledek, ale méně jich pak používá Hodnocení ran (27,5 %) a několik respondentů dává přednost své zkušenosti (9 %), což může být pozitivem v případě, že personál používá i standardizovanou škálu, řídit se pouze zkušeností bez podkladu v ošetrovatelské dokumentaci je pak zcela nepřijatelné. Můžeme tedy vycházet z toho, že se 30% oslovených respondentů pravděpodobně neřídí stanovenými doporučeními a nařízeními dané nemocnice v oblasti polohování, což naznačují i data získaná v otázce č. 8 (tedy péče o dekubity polohováním v pouhých 86,25% a dodržování ošetrovatelských postupů jen v 85%) a dále také v oblasti hodnocení kůže či vzniklých defektů, jak ukazuje četnost používání dokumentu Hodnocení ran v pouhých 27,5%. Jiným pohledem, jak na tento problém nahlížet, je znemožnění polohování u pacientů. Pokud ale porovnám výsledky s prací Hudecové, kdy devět z dvanácti sester škály nepoužívá vůbec, dvě dokonce neznají žádnou škálu na hodnocení rizika dekubitů a vlastním úsudkem se řídí tři sestry, je pak výsledek stoprocentního používání Norton score v praxi dle mého výzkumu velmi příznivým výsledkem. Musím ale také přihlížet k tomu, že v nemocnicích, kde svůj výzkum prováděla Hudecová, tyto škály neměli zavedeny. Pokud tedy mohu vyjádřit svůj názor, tak tyto nemocnice v této problematice zaostávají, a je dosti alarmující, že takováto neznalost či nevyužívání nejnovějších poznatků můžeme zaznamenat i v roce 2016.

Preventivní opatření proti dekubitům a opruzeninám nejsou plněny dostatečně. Nejvíce hlasů získalo polohování (100%) a hodnocení stavu pokožky (100%), což je v porovnání s výše uvedenými výsledky na otázku péče o dekubity (otázka č. 8) paradoxně lepší výsledek. Ve výzkumu Hudecové používá polohování jako prevenci 11 z 12 sester, což je horší výsledek (Hudecová, 2016). Data získaná mým výzkumem naznačují, že prevence je prováděna lépe než samotná péče o již vzniklý dekubitus. Proti této dedukci ale stojí zbylé výsledky, které hovoří o opaku, tedy Anesteziologicko-resuscitační i Hematoonkologické oddělení obsadilo různým počtem hlasů i všechny další odpovědi na otázku prevence dekubitů (promazávání pokožky, častá hygiena, preventivní používání například Mepilexu a antidekubitních pomůcek), avšak žádný hlas nedostalo preventivní používání Mepilexu a antidekubitních pomůcek

na Neurochirurgickém oddělení, kde je dle možných diagnóz těchto pacientů hybnost často omezená či je znemožněno i polohování samotné, je třeba proto dbát na zvýšenou péči o pokožku a aplikovat co nejvíce dostupných pomůcek a prostředků, které by kůži chránili. Podle Hudecové používá antidekubitní pomůcky všech 12 dotazovaných sester, což je pozitivnější výsledek, než můj (Hudecová, 2016). Z tohoto důvodu navrhuji podrobnější výzkum na téma prevence dekubitu a opruzenin u dítěte v kritickém či zhoršeném zdravotním stavu s nemožností polohování nebo alergiemi, abychom mohli posoudit, jakým způsobem je o takové pacienty pečováno. Jak totiž vyplývá z mého výzkumu, je to nejvíce ohrožená skupina pacientů.

Dalším ukazatelem je míra používání hypoalergenních prostředků, kdy nejvíce respondentů zvolilo možnost pro časté používání (81,25%), nicméně občasné používání, které je dle mého názoru nedostatečné, zvolilo také několik respondentů (18,75%). Nejvíce používanými hypoalergenními prostředky jsou Tegaderm CHG a krycí masti, méně často pak například Duasac, Cavilon nebo prostředky, které donesou rodiče. Také častá hygiena, ve smyslu časté koupele celého těla, není vzhledem k nedokonalosti dětské pokožky a zachování ochranného filmu dosti vhodná, ale i přesto tuto možnost zvolilo několik respondentů (v otázce č. 8 - péče o dekubity 26,3%; v otázce č. 10 - prevence dekubitů 35%). Lze z toho tedy vyvodit, že se jedná o děti trpící průjmy nebo o neinformovanost personálu.

Další nedostatek vyplývá z frekvence edukace rodičů ohledně péče o dětskou pokožku, kdy respondenti nejednoznačně volili odpovědi „Ano často“ (47,5%), „Ano občas“ (17,5%), „Ano výjimečně“ (12,5%) a „Spíš ne“ (22,5%) s nejvíce hlasy u odpovědi „Ano často“ a edukaci vedli formou rozhovoru (19%), ukázky péče (43,5%) a formou předání edukačního materiálu (37%). I přesto ale musím poukázat na respondenty, kteří v otázce edukace rodičů zvolili negativní odpověď, kterou lze hodnotit jako nedostačující v této oblasti prevence. Toto vyvození ale může být zavádějící, jelikož respondenti mohli u rodičů shledat dostatečnou znalost nebo dovednost a edukaci tak nepotřebovali, také se musím přiklonit k rozdílnosti potřeb dětí různých věkových kategorií nebo různého zdravotního stavu a k tomu spojené edukace rodičů o péči o jejich pokožku. Dle Hudecové z 12 sester provádělo edukaci rodičů v této oblasti pouze 9 sester, a to z důvodů dostatečné znalosti rodičů v péči či soběstačnosti personálu nevyžadujícího pomoc rodičů v péči. V porovnání s mými výsledky

zde zaznamenávám shodu (Hudecová, 2016). Na základě zjištěných nedostatků by měl personál častěji navštěvovat vzdělávací kurzy, které mnohdy navštěvují pouze občas.

2.8 Návrh a řešení pro praxi

Jak jsme zjistili, dochází k několika nedostatkům v ošetrovatelské péči o dětské pacienty. K výskytu tvorby dekubitů dochází, ale jen v malé míře. Zde bychom doporučovali pravidelné polohování pacientů, používání antidekubitních pomůcek a prostředků, pravidelné hodnocení stavu kůže, pečlivě vedenou dokumentaci a hlavně individuální přístup k nemocnému. Ošetrovatelský personál o kůži pečuje, ale měl by více absolvovat různé semináře a přednášky, které jsou zaměřené na péči o kůži. Mělo by se také věnovat více času edukaci rodičů, protože rodič je náš „parták“ v ošetrovatelské péči o dítě. Měly bychom je poučovat o tom, co kupovat, jak to používat a proč se to používá.

Závěr

Jak je již psáno v úvodu, má práce je věnována problematice výskytu dekubitů a opruzenin u dětských pacientů. V teoretické části mé práce je shrnuta anatomie a fyziologie kůže, její poškození a specifika péče o dětskou pokožku. Ve výzkumné části jsem se rozhodla zjistit, zda personál pečuje o kůži a zda provádí prevenci poškození kůže a zda vůbec dochází ke vzniku dekubitů a opruzenin na odděleních, kde jsem prováděla výzkum. Výzkum jsem prováděla formou kvantitativního dotazníkového šetření na vzorku 80 respondentů na třech dětských odděleních Fakultní nemocnice Motol - Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Hematoonkologické oddělení, Neurochirurgické oddělení a výsledky této studie jsou pečlivě zaznamenány a popsány pomocí grafů a tabulek jak s absolutními, tak i relativními hodnotami, pro lepší přehlednost. V diskuzi jsem poté rozebrala výsledky mé práce a srovnávala je s výsledky jiných prací dalších studentů na podobná témata, a to vždy se zaměřením na dětské pacienty a dekubity. Byly zde popsány nedostatky v péči o dětskou kůži, ale i některá pozitiva, která byla výzkumem zjištěna, jakým je například používání Norton score na všech těchto odděleních, a to všemi dotazovanými respondenty.

Mezi hlavní výsledky mé práce zajisté patří to, že na daných odděleních personál připouští, že k poškození kůže dětí dochází, a to zejména na sacru a hlavě (zřejmě působením zdravotnických pomůcek, zařízení a materiálů jako jsou trubice, monitorovací zařízení apod.), čili je téma stále aktuální a je třeba se věnovat vývoji v této problematice. V nejčastějších případech je to dle odpovědí z důvodu nemožnosti polohovat, alergií a špatnému zdravotnímu stavu. Výzkum také ale ukázal některé nedostatky, kterých se personál dopouští, a to i přesto, že si respondenti myslí, že o dětskou kůži pečují dobře. Jedná se především o problém nedostatečné prevence vzniku dekubitů a opruzenin, a to malou frekvencí polohování, kontroly kůže, které často probíhají pouze dvakrát za směnu, či po 6 hodinách, chybným častým mytím celého těla dítěte a nedostatečným používáním antidekubitárních pomůcek a to jmenovitě na Neurochirurgickém oddělení, kde tuto možnost v dotazníku nezvolil nikdo. Další problém, který byl výzkumem odhalen, byla nedostatečná edukace rodičů v péči o dětskou pokožku. Dotazníkem ale nebyly dále zjišťovány další skutečnosti, například zda rodiče vykazovali či nevykazovali dostatečné znalosti v péči o dítě či o dalších podrobných ukazatelích jako je věk dítěte, které mohou sehrát důležitou

roli v problematice edukace rodičů. Je tedy na místě se této problematice dále věnovat a provést výzkum na téma prevence dekubitů a opruzenin u dítěte v kritickém či zhoršeném zdravotním stavu s nemožností polohování nebo alergiemi a možné další téma pro výzkum může být právě edukace rodičů v péči o dětskou pokožku.

Seznam použité literatury

- Benáková, Nina, 2013. Ekzémy a dermatitidy [průvodce ošetřujícího lékaře]. 3. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Maxdorf Jesenius. 206 stran. ISBN 978-80-7345-331-2.
- Castelo-Soccio, Leslie, Patrick McMahon, 2017. Journal of clinical and aesthetic dermatology Pediatric Dermatology. 10 (3 Suppl): s8-s15.
- Čihák, Radomír, 2016. Anatomie 3. svazek, periferní nervový systém, kůže a kožní orgány. Třetí doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. strana 528 – 722. ISBN 978-80-247-5636-3.
- Daviesová, Kim, 2008. Dítě a vy moderní příručka péče o dítě od narození do předškolního věku. První české vydání. Praha: Fortuna Libri. ISBN 978-80-7321-388-6.
- Druga, Rastislav., Miloš Grim a Karel Smetana, 2013. Anatomie periferního nervového systému, smyslových orgánů a kůže. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-970-1.
- Dylevský, Ivan, 2011. Základy funkční anatomie. Olomouc: Poznání. 332 stran. ISBN 97-80-87419-06-9.
- Fendrychová, Jaroslava a kolektiv autorů, 2009. Vybrané kapitoly z ošetrovateľské péče v pediatrii. 2. část Péče o novorozence. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů. 133 stran. ISBN 978-80-7013-489-4.
- Horázná, Lada, 2018. Florence. Inkontinenční dermatitida – její prevence. 1 (18), s. 16. ISSN 1801- 464X.
- Hudecová, Martina, 2016. Hodnocení rizika vzniku dekubitů u dětí na vybraných pracovištích. [online]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/2jiipr/Diplomova_prace_Hudecova.pdf
- Jirsová, Zuzana, 2011. Kůže [Přednáška k předmětu Histologie a embryologie, obor Všeobecné lékařství, 1.LFUK].[online].[citováno 12. 4. 2017]. Dostupné: <http://www.wikiskripta.eu/index.php?title=kůže&oldid=380855>

- Kapounová, Gabriela, 2007. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 352 stran+ 16 stran barevné přílohy. ISBN 978-80-247-1830-9.
- Klíma, Jiří a kolektiv, 2016. Pediatrie pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 328 stran. ISBN 978- 80- 271- 9364-6.
- Kolářová, Renata, 2010. Opruzeniny u dětí, jejich ošetřování a léčba. Praktické lékařství. 6(3): s153 – s154. ISSN 1801-2434.
- Kutnohorská, Jana, 2009. Výzkum v ošetrovatelství. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 175 stran. ISBN 978-80-247-2713-4.
- Léčba ran a péče o pokožku, 2010. Medicína pro praxi a Praktické lékařství. Olomouc: Solen. ISBN 978-80-87327-36-4.
- Macháčková, Kateřina, 2008. Specifika péče o pokožku v dětském věku. Pediatrie pro praxi. 9(5): s. 298- s. 300. ISSN 1213-0494.
- Mikula, Jan, Nina Müllerová, 2008. Prevence dekubitů. Praha: Grada Publishing, a.s. 96 stran. ISBN 78-80-247-2043-2.
- Nováková, Iva, 2011. Ošetrovatelství ve vybraných oborech Dermatovenerologie, Oftalmologie, ORL, Stomatologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 240 stran. ISBN 978-80-247-3422-4.
- Novotný, František, 2009 Atopický ekzém. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-202-1.
- Pokorná, Andrea, Renata Mrázová, 2012. Kompendium hojení ran pro sestry. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3371-5.
- Referátový výběr z dermatovenerologie. Dětská pediatrie.2014/56/ speciál stran 56.pn00084991
- Sedlářová, Petra a kolektiv, 2008. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 248 stran. ISBN 978-80-247-1613-8.
- Schlüer, AB, 2009. Journal of clinical. The prevalence of pressure ulcers in four pediatric institutions. December 18(23): 3244 – 52.
- Stryja, Jan et al., 2011. Repetitorium hojení ran 2. Semily: Geum. ISBN 978-80-86256-79-5.

Štork, Jan, 2013. Dermatovenerologie. Druhé vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-989-8.

Seznam použitých zkratek

a.s. – akciová společnost

ATB – antibiotika

atd. – a tak dále

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

kg – kilogram

např. – například

tj. – to je

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

Tabulka 1: Posouzení pohlaví respondentů	25
Tabulka 2: Posouzení dosaženého vzdělání.....	27
Tabulka 3: Posouzení počtu respondentů na oddělení.....	28
Tabulka 4: Posouzení výskytu poškození kůže – dekubity, opruzeniny	29
Tabulka 5: Posouzení hodnocení stavu kůže	30
Tabulka 6: Posouzení péče o dětskou kůži	30
Tabulka 7: Posouzení polohování.....	31
Tabulka 8: Posouzení předcházení tvorbě dekubitů, opruzenin	32
Tabulka 9: Posouzení používání hypoalergenních prostředků	33
Tabulka 10: Posouzení hypoalergenních prostředků	34
Tabulka 11: Posouzení vlastní péče o kůži	35
Tabulka 12: Posouzení edukace rodičů	36
Tabulka 13: Posouzení druhů edukace rodičů	37
Tabulka 14: Posouzení příčin vzniku poškození kůže.....	38
Tabulka 15: Posouzení místa poškození kůže	39
Tabulka 16: Posouzení délky hojení poškozené kůže	40

Seznam grafů

Graf 1: Posouzení věku oslovených respondentů	24
Graf 2: Posouzení délky praxe respondentů	26
Graf 3: Posouzení účasti na vzdělávacích kurzech	28

Seznam příloh

Příloha 1 Hodnoticí systém podle Nortonové.....	53
Příloha 2 Dotazník	54
Příloha 3 Souhlas instituce s dotazníkovým šetřením	58

Přílohy

Příloha 1 Hodnotící systém podle Nortonové

body	A fyzický stav	B stav vědomí	C aktivita	D pohyblivost	E 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

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
celkové hodnocení: 16 bodů a méně = riziko	

Zdroj: Mikula, Müllerová, 2008, s. 19

Příloha 2 Dotazník

Dotazník

Vážené kolegyně, kolegové,

chtěla bych Vás požádat o spolupráci – vyplnění dotazníku k Bakalářské práci na téma Ošetrovatelská péče o dětskou kůži. Jmenuji se Jana Smažilová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole Polytechnické Jihlava. Dotazník je zcela anonymní a veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Hodící se odpovědi zakroužkujte.

Předem Vám děkuji za čas a ochotu

Jana Smažilová

1) Věk

- a) 19 – 24
- b) 25 – 34
- c) 35 – 44
- d) 45 a více

2) Pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

3) Délka praxe (prosím doplňte)

4) Dosažené vzdělání

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské bakalářské
- d) Vysokoškolské magisterské
- e) Pomaturitní specializace

5) Na jakém oddělení pracujete? (prosím doplňte)

6) Účastníte se vzdělávacích kurzů s tematikou týkající se poškození kůže u dětí?

- a) Ano často
- b) Ano občas
- c) Spíše ne
- d) Ne

7) Dochází na Vašem oddělení k tvorbě vzniku poškození kůže - dekubity, opruzeniny?

- a) Ano
- b) Ano občas
- c) Ano výjimečně
- d) Spíše ne
- e) Ne

8) Podle čeho hodnotíte stav kůže (prosím doplňte)

9) Jak pečujete o dětskou kůži (prosím doplňte)

10) Jak často polohujete?

- a) 1 krát za směnu
- b) 2 krát za směnu
- c) Po 3 hodinách
- d) Po 6 hodinách
- e) Vůbec
- f) Jiná odpověď

11) Čím předcházíte k tvorbě dekubitů a opruzenin

- a) Polohováním
- b) Promazáváním predilekčních míst
- c) Častou hygienou
- d) Zhodnocení stavu kůže – používání hodnotících škál
- e) Preventivní používání Mepelixu, Suprasorbu, antidekubitních pomůcek

12) Používáte hypoalergenní prostředky a pomůcky?

- a) Ano často
- b) Ano občas
- c) Spíše ne
- d) Ne

13) Jestliže jste u předchozí otázky odpověděli ano tak jaké?

14) Myslíte si, že dobře pečujete o kůži?

- a) Ano často
- b) Ano občas
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

15) Edukujete rodiče o péči o dětskou kůži

- a) Ano často
- b) Ano občas
- c) Ano výjimečně
- d) Spíše ne
- e) Ne

16) Jestli-že jste u předchozí otázky odpověděli ano tak jak?

17) Z jaké příčiny vzniká poškození kůže na Vašem pracovišti?

- a) Špatná péče
- b) Neznalost
- c) Nemožnost polohovat
- d) Zdravotní stav
- e) Alergie
- f) Jiná odpověď

18) Vyberte 3 nejčastější místa vzniku poškození kůže

- a) Hlava
- b) Ucho
- c) Pod bradou
- d) Lopatky
- e) Sacrum
- f) Hýždě
- g) Kotníky
- h) Paty

19) Jak dlouho trvá hojení?

- a) 1 týden
- b) 2 týdny
- c) 3 týdny
- d) Měsíc a déle
- e) Jiná odpověď

Příloha 3 Souhlas instituce s dotazníkovým šetřením

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Mgr. Jana Nováková, MBA

Fakultní nemocnice v Motole

V Úvalu 84

150 06 Praha 5

V Petrovicích 12.6 2017

Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření ve FN v Motole

Vážená paní náměstkyně,

chtěla bych Vás požádat o povolení k provedení dotazníkového šetření na oddělení dětské hematonekologie, dětské neurochirurgie a na dětském anesteziologicko resuscitačním oddělení Vaší nemocnice. Získané výsledky budou použity ke zpracování mé bakalářské práce na téma: Ošetrovatelská péče o dětskou kůži. Vedoucí mé práce je Mgr. Jana Truplová z Fakulty zdravotnických studií Vysoké školy Polytechnické Jihlava. Průzkumné šetření bude prováděno formou anonymního dotazníku. Dotazník přikládám k nahlédnutí.

V případě zájmu Vám rády poskytnu výsledky dotazníkového šetření.

Děkuji,

Jana Smažilová

studentka 3. ročníku

VŠ Polytechnická Jihlava

Telefon: +420 607 04 44 01

e-mail: J.Smazilova@seznam.cz

Vyjádření instituce k žádosti:

- ☒ Žádost povolena
- ☐ Žádost zamítnuta

Odůvodnění.....

Datum a podpis..... 16-06-2017

Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro šp. péči FN Motol