

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Ošetrovatelství

PREVENCE DEKUBITŮ

Bakalářská práce

Autor práce: Nikola Novotná

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Ševčíková

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Nikola Novotná
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Prevence dekubitů
Vedoucí práce:	Mgr. Vladimíra Ševčíková
Cíl práce:	Zmapovat znalosti sester v oblasti prevence dekubitů.

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je prevence dekubitů. Nesprávně provedená prevence dekubitů a jejich následný vznik je častou komplikací dlouhodobě ležících pacientů. Teoretická část je zaměřena na příčiny vzniku dekubitů, prevenci, klasifikaci jejich stupňů. Praktická část se zabývá teoretickými znalostmi sester na interních a chirurgických odděleních. Cílem bakalářské práce je zmapovat znalosti sester v oblasti prevence dekubitů. Kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření byl veden s nelékařským zdravotnickým personálem.

Klíčová slova

dekubitus; pacient; polohování; prevence; sestra

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic prevention of pressure ulcers. Incorrectly performed prevention of pressure ulcers and their subsequent occurrence is a frequent complication of long-term bedridden patients. The theoretical part is focused on the causes of pressure ulcers, prevention, classification of their degrees. The practical part deals with the theoretical knowledge of nurses in internal medicine and surgical departments. The aim of the bachelor thesis is to map the knowledge of nurses in the field of pressure ulcer prevention. Quantitative research in the form of a questionnaire survey was conducted with nursing staff.

Keywords

Pressure ulcer; patient; positioning; prevention; nurse

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a 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“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

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

V Jihlavě dne 3. května 2024

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala mé rodině za to, že mě po celou dobu studia podporovala. Dále bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Vladimíře Ševčíkové za její cenné rady a nekončící trpělivost. V neposlední řadě všem sestřičkám v Nemocnici Tábor, a.s., které byly ochotné se mnou spolupracovat na praktické části bakalářské práce a vyplnily dotazník k mému šetření.

Obsah

Seznam obrázků.....	7
Seznam grafů	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
1 Dekubitus.....	11
1.1 Příčiny vzniku dekubitů.....	11
1.2 Hodnotící škály pro zjištění rizika vzniku dekubitů	13
1.3 Predilekční místa.....	14
1.4 Klasifikace dekubitů	15
1.5 Prevence dekubitů	16
2 Výzkumná část	21
2.1 Cíl práce	21
2.2 Výzkumné otázky	21
2.3 Metodika výzkumu	21
2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	21
2.5 Průběh výzkumu	21
2.6 Výsledky dotazníkového šetření.....	22
2.7 Diskuse.....	37
Závěr	41
Seznam použité literatury	42
Přílohy.....	45

Seznam obrázků

Obr. 1: Škála dle Nortonové.....	45
Obr. 2: Škála dle Bradenové.....	45
Obr. 3: Škála dle Waterlowové	46
Obr. 4: Škála dle Knolla	47
Obr. 5: Stupně dekubitů.....	47
Obr. 6: Dotazník	50
Obr. 7.: Žádost o povolení výzkumu.....	51

Seznam grafů

Graf 1: Délka praxe.....	22
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	23
Graf 3: Oddělení, na kterých probíhal výzkum	23
Graf 4: Hodnocení rizika vzniku dekubitů	24
Graf 5: Škály rizika vzniku dekubitů	24
Graf 6: Přehodnocování rizika vzniku dekubitů	25
Graf 7: Polohování.....	26
Graf 8: Hygiena a péče o lůžko.....	27
Graf 9: Správný postup při zjištění rizika vzniku dekubitů	28
Graf 10: Prevence dekubitů v oblasti pat.....	29
Graf 11: Polohování pacienta na bok.....	30
Graf 12: Péče o pokožku po celkové hygieně	31
Graf 13: Definice dekubitu	32
Graf 14: Kontrola predilekčních míst	33
Graf 15: Manipulace s pacientem v lůžku	34
Graf 16: Vnitřní příčiny vzniku dekubitů	35
Graf 17: Vnější příčiny vzniku dekubitů.....	35
Graf 18: Prevence dekubitů	36
Graf 19: Nejčastější příčiny vzniku dekubitů	36

Seznam zkratek

ARIP	Specializační vzdělání v oboru intenzivní péče
CNS	Centrální nervová soustava
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NPIAP	National Pressure Injury Advisory Panel
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
PMK	Permanentní močový katetr
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
RHB	Rehabilitace
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava

Úvod

Bakalářská práce je zaměřena na prevenci dekubitů. Dekubity představují specifické onemocnění, které postihuje nemocné s náhle či dlouhodobě sníženou hybností, tzv. imobilní pacienty. Následky a komplikace mohou být velice závažné. Znalosti a pochopení příčin vzniku dekubitů a důsledné dodržování pravidel a postupů směřujících k jejich prevenci nám pomůže předcházet jejich vzniku. V nemocničních zařízeních stále přibývá pacientů, u kterých je potřeba klást důraz na tuto problematiku. Dekubitus nejen komplikuje a prodlužuje léčbu pacienta, ale také se zvyšují náklady na léčbu. Neexistují žádné kontraindikace v zahájení prevence dekubitů.

V prevenci vzniku dekubitů je důležité, aby spolupracoval celý zdravotnický tým. Je důležité správně vyhodnotit riziko vzniku dekubitů a ke každému pacientovi přistupovat individuálně. Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že se každý den na svém pracovišti setkávám s pacienty, kteří jsou v riziku vzniku nebo již mají dekubitus, a věřím, že je důležité se tomuto tématu věnovat a neustále pracovat na zdokonalování prevence.

Teoretická část bakalářské práce popisuje, co vlastně dekubitus je včetně definic, příčiny vzniku dekubitů, predilekční místa vzniku dekubitů, a také se zabývá samotnou prevencí od polohování pacienta až k péči o jeho pokožku. Praktická část obsahuje výsledky dotazníkového šetření, které probíhalo na chirurgických a interních odděleních Nemocnice Tábor, a.s. Mapuje nejčastější chyby ve znalostech prevence dekubitů a přináší mimo jiné poznatky o nutnosti celoživotního vzdělávání sester.

Cílem práce je zmapovat znalosti sester v oblasti prevence dekubitů. V momentě, kdy u pacienta dochází k riziku vzniku dekubitů, je potřeba tuto skutečnost komplexně řešit a zasáhnout. Je značně nedostačující pacienta pouze polohovat. Důležitá je také výživa, péče o lůžko, důkladná hygienická péče, včasná RHB a v neposlední řadě hraje roli také celkový stav pacienta, jeho věk a přidružená onemocnění. Nemalou roli v péči hraje také rodina, která musí být vždy informovaná, aby svým jednáním mohla také přispět ke zlepšení stavu pacienta např. formou motivace, zlepšením psychické pohody nebo následnou péčí v domácím prostředí.

1 Dekubitus

Dekubity byly popisovány již u egyptských mumií, kdy se dekubity objevovaly zejména v oblasti ramenou a hýždí. Znamená to tedy, že jsou problémem prakticky od počátku lidské historie. Během krymské války upozorňovala Florence Nightingalová na to, že na následky proleženin může pacient zemřít a je velice důležité, aby sestra dokázala včas posoudit změny na kůži. Také ve 21. století zůstávají dekubity závažnou komplikací, která postihuje všechny věkové kategorie. Výskyt dekubitů je jedním z indikátorů kvality péče zdravotnických zařízení, protože jeho výskyt může významně snížit kvalitu života. Bohužel ne vždy lze předejít vzniku dekubitu (Brabcová 2021). Dekubity patří mezi závažné nežádoucí komplikace během hospitalizace. Od roku 2015 se povinně registrují jako nežádoucí událost. Za nejčastější lokalizaci vzniku dekubitů označujeme oblast pat, dále sacrum a hýždě (Veverková et.al.,2022).

Setkáváme se hned s několika možnými definicemi dekubitů. Dekubitus je lokalizované poškození kůže a hlubších struktur, vznikající obvykle nad kostními výběžky v důsledku působení tlaku v kombinaci se střížnými silami (Krajčík, Bajanová, 2012). Definice podle EPUAP je nejznámější. V roce 1999 definoval poradní sbor EPUAP dekubitus jako oblast lokalizovaného poškození kůže a podkožní tkáň způsobené smykem, tlakem, třením nebo jejich kombinací. Mimo jiné zdůraznil význam třídění rozsahu poškození dekubitů. V roce 2007 poradní sbor NPUAP, později NPIAP, předefinoval dekubity jako lokální poškození kůže, které se obvykle vyskytuje nad kostními výčnělky v důsledku působení tlaku nebo kombinací tlaku a smyku. Je však důležité objasnit význam přispívajících faktorů (Brabcová 2021). Dekubitus (proleženina) vzniká působením tlaku na měkkou tkáň, kdy dochází ke stlačení krevních vlásečnic a následnému neokysličování tkáně. Pokud není tkáň dostatečně zásobena živinami a nejsou odváděny odpadní produkty látkové přeměny, tkáň odumírá (Kachlová, Plevová 2023).

1.1 Příčiny vzniku dekubitů

Dekubity neboli proleženiny jsou komplexním klinickým problémem, jehož vznik je spojen s působením několika rizikových faktorů. Hlavními faktory, které přispívají k vzniku těchto ran, jsou dlouhodobě působící tlak, celkový zdravotní stav pacienta, porucha mobility, inkontinence a další rizikové faktory jako je nedostatečná výživa a dehydratace. Omezená hybnost pacientů je považována za jeden z klíčových rizikových faktorů, protože omezuje schopnost pacienta měnit polohu, což vede k neustálému tlaku na určité části těla. Pokud je tento tlak aplikován dlouhodobě na jedno místo, zabraňuje normálnímu krevnímu oběhu a výživě tkání, což může vést k poškození kůže a podkožních struktur. K dalším faktorům, které mohou zvýšit riziko vzniku dekubitů, patří kognitivní a neurologické omezení, které mohou ovlivnit schopnost pacienta cítit bolest nebo nepohodlí, a tím zpozdit žádost o pomoc nebo změnu polohy. Inkontinence může přispívat k vlhkému prostředí, které je ideální pro rozvoj dekubitů, jelikož nadměrná vlhkost může oslabit kůži a ulehčit její porušení. Kromě zmíněných faktorů hrají svou roli také specifické zdravotní stavy, jako je diabetes mellitus, mohou vést k periferní neuropatii, která snižuje senzorické vnímání a také přispívá k riziku vzniku proleženin.

Účinná prevence dekubitů vyžaduje multidisciplinární přístup, který zahrnuje pravidelné hodnocení rizika, strategie pro zmírnění tlaku (například použití speciálních matrací nebo polštářů), správnou výživu, hydrataci a péči o kůži. Týmová práce mezi zdravotnickým personálem včetně lékařů, sester, dietologů a rehabilitačních terapeutů, je klíčová pro implementaci efektivních strategií péče a pro minimalizaci rizik spojených s vznikem dekubitů. (Toth, 2022; Brabcová, 2021).

1.1.1 Celkové příčiny vzniku dekubitů

Mezi celkové příčiny vzniku dekubitů zahrnujeme věk pacienta, sníženou hmotnost až kachexii, nemalou roli hraje také pohlaví pacienta. Ženy jsou náchylnější ke vzniku dekubitů z důvodu větší tukové vrstvy, která je náchylnější na poškození tlakem. Dále špatný psychický stav nepřispívá k zabránění vzniku dekubitů. Ke vzniku dekubitů dále přispívá zhoršený zdravotní stav, poruchy CNS, poruchy vědomí, horečnaté stavy, maligní onemocnění, imobilita nemocného, inkontinence, anémie, onemocnění srdce a cév, výživa nemocného (Vytejková a spol. 2015).

Inkontinence je zdravotní stav, při kterém dochází k neúmyslnému úniku moči nebo stolice. Tento stav může mít různé příčiny a formy. S inkontinencí se můžeme častěji setkat u starších lidí, ale může postihnout i mladší osoby v důsledku různých zdravotních komplikací. Inkontinence je jeden z hlavních rizikových faktorů pro vznik dekubitů. Jsou s ní přítomné chemické vlivy na pokožku pacienta, kdy agresivní moč a stolice narušují povrchové vrstvy kůže. Dochází k maceraci kůže a snížení odolnosti. Ukazatelem kyselosti nebo zásaditosti moči oči je její pH, které může poskytnout důležité informace o zdravotním stavu člověka. Obvykle se pH moči pohybuje v rozmezí od 4.5 do 8.0. Hodnota pH může být ovlivněna různými faktory, včetně stravy, dehydratace a různých zdravotních stavů. U inkontinentního pacienta se často setkáváme se záměnou vznikajícího dekubitu a dermatitidou (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015).

Dalším důležitým faktorem ovlivňující vznik dekubitů je imobilita – porušení hybnosti a tím omezení možnosti sebeobsluhy a vyřazení spontánních pohybů ke snížení tlaku. Můžeme se s ní setkat u poškození mozku nebo nervů, při ztrátě vědomí, ale také v anestezii při operačním výkonu (Mikula, Müllerová, 2008).

Určitě je třeba zmínit stav výživy. Riziko vzniku dekubitů zvyšuje nedostatečná výživa. Ne vždy musí pacient vypadat vyhuble nebo nezdravě. Problém nastává při vzniklém výživovém deficitu, kdy nemocný nemá dostatek bílkovin. Základní intervencí je zajištění dostatečného přísunu bílkovin, energie, vitamínů a hydratace, protože regenerace kůže se snižuje ve stavu malnutrice. Prodlužují se také hojivé procesy. V některých případech podáváme nutriční doplňky, vždy po konzultaci s nutričním terapeutem (Pokorná a kolektiv, 2019).

Věk a s ním spojená snížená elasticita kůže také napomáhá vzniku dekubitů. Ve stáří se snižuje pevnost kůže v tahu. U seniorů můžeme často pozorovat tzv. papírovou kůži, kdy sebemenší poranění znamená krvácení, porušení celistvosti kůže a snadnější vznik dekubitů nebo infekce (Hlinková, Nemcová, Hufo a kolektiv, 2019).

1.1.2 Místní příčiny vzniku dekubitů

Místní příčiny vzniku dekubitů působí přímo na pokožku pacienta. Řadíme mezi ně různé nečistoty, tření kůže o prostěradlo nebo podložku, střížné síly, vlhkost pokožky a ložního prádla, místní poruchy krevního oběhu a v neposlední řadě tlak, který je dlouhodobě vyvíjen na predilekční místa (Vytejková a spol. 2015).

Tření a střížné síly nazýváme obecně jako mechanické vlivy vzniku dekubitů. Hrají klíčovou roli při jejich vzniku. Tření mezi kůží a povrchem lůžka, židle nebo jiné podložky může zvýšit tlak na určité části těla a způsobit poškození kůže. Když jsou kůže a povrch třeny proti sobě, dochází k mikrotraumatům na povrchu kůže a může dojít k porušení krevního oběhu. Tření může být zesíleno také pohybem nebo posunem pacienta. Nedostatečná mazavost mezi pokožkou a povrchem podporuje tření, a proto je důležité minimalizovat tuto interakci. Střížné síly vznikají také při nesprávné manipulaci s pacientem, kdy je popotahován po lůžku, místo aby byl nadzvednut např. polohovací podložkou (Brabcová, 2021).

Mezi chemické vlivy řadíme vlhkost, která se vyskytuje nejen u pacientů s inkontinencí, ale také u těch, kteří trpí například zvýšeným pocením nebo mají horečnaté onemocnění. Močí a potem se narušují povrchové vrstvy kůže a dochází k maceraci. Takto narušená kůže je méně odolná a hůř odolává mechanickým vlivům (Mikula, Müllerová, 2008).

Celkově nejvýznamnějším faktorem ovlivňujícím vznik dekubitů je tlak. Tlak definujeme jako sílu, která působí kolmo na plochu. Čím vyšší tlak působí na predilekční místo, tím vyšší je riziko vzniku dekubitů. Rozhodující je také doba, jakou tlak na tkáň působí. Odolnost proti tlaku ovlivňují faktory jako typová odolnost tkání na tlak, metabolický stav organismu a stav řídicích systémů (Pokorná, Mrázová, 2012).

1.2 Hodnotící škály pro zjištění rizika vzniku dekubitů

Hodnocení rizika vzniku dekubitů řadíme mezi intervence při příjmu pacienta na oddělení. Učiníme tak u každého pacienta, který bude následně hospitalizován. Hodnocení se opakuje minimálně jedenkrát za týden. Sledujeme každou změnu stavu pacienta. Použití hodnotících škál nesnižuje výskyt dekubitů, ale zvyšuje se efektivita preventivních intervencí v ošetrovatelství (Brabcová, 2021). Tyto škály mají pro ošetrovatelství velký význam a umožňují systematické plánování péče o hospitalizované pacienty. Usnadňuje se tím prevence, diagnostika a léčba těchto poranění (Jansen et al., 2020). Součástí kvalitní péče je pečlivý záznam do ošetrovatelské dokumentace. Ten je nezbytný pro komunikaci a fungování multidisciplinárního týmu pečujícího o pacienta. Vznik dekubitu je považován za deficit kvality ošetrovatelské péče v daném zařízení a na konkrétní ošetrovatelské jednotce (Kuckir et. al., 2016).

1.2.1 HODNOTÍCÍ ŠKÁLA DLE NORTONOVÉ

Dle Věstníku (Věstník č. 2 MZ ČR, 2020) je škála dle Nortonové (obr. č. 1) nejrozšířenější v České republice. Tato škála již prošla mnoha úpravami. Původně byla rozdělena do pěti kategorií, nyní je rozdělena do devíti, a to následovně: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, přidružené onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, aktivita, pohyblivost a inkontinence. Každou kategorií bodujeme body 1-4. Dle získaných bodů dělíme riziko vzniku

dekubitů následovně: 36-26 bez rizika, 24-25 nízké, 23-19 střední, 18-14 vysoké, 13-9 velmi vysoké riziko vzniku dekubitů (Koutná, Ulrich, 2015).

1.2.2 HODNOTÍCÍ ŠKÁLA DLE BRADENOVÉ

Stupnici dle Bradenové (obr. č.2) řadíme mezi nejpoužívanější. Studií se prokázala vyšší míra pravdivě pozitivních výsledků oproti škálám dle Nortonové a Waterlowové a bylo doporučeno, aby ošetřovatelský personál používal tuto škálu k identifikaci faktorů, které ovlivňují riziko jedince v klinické praxi (Huang et al., 2021). Hodnotí 6 kategorií, mezi které zahrnujeme smyslové vnímání, mobilitu, aktivitu, vlhkost, výživu a působení třecích a střižných sil. Poslední kategorii hodnotíme body 1-3, ostatní 1-4. Celkový počet bodů se pohybuje v rozmezí 6-23. Čím je nižší skóre, tím vyšší je riziko vzniku dekubitů (Brabcová, 2021).

1.2.3 HODNOTÍCÍ ŠKÁLA DLE WATERLOWOVÉ

Škála dle Waterlowové (obr. č. 3) zohledňuje rozvoj vzniku dekubitů v souvislosti přítomnosti celkových i místních rizikových faktorů. Je používána ve Velké Británii. Byla vyvinuta na základě výzkumu prováděného v roce 1985. Zahrnuje hlediska jako poměr hmotnosti a výšky, kontinenci, typ kůže, pohlaví, věk, mobilitu a chuť k jídlu. Dále sem řadíme vliv léků, chirurgický zákrok nebo trauma, stav neurologických funkcí a zvláštní rizika. Součet vyšší než 10 značí existující riziko, 15-20 vysoké riziko a hodnota vyšší než 20 velmi vysoké riziko vzniku dekubitů (Brabcová, 2021; Mikula, Müllerová, 2008).

Existuje dalších asi 40 škál hodnotících riziko vzniku dekubitů. Mezi méně známé můžeme zařadit škálu dle Knolla (obr. č. 4), která posuzuje všeobecný stav zdraví, mentální stav, aktivitu, pohyblivost, inkontinenci, příjem výživy a tekutin per os a náchylnost na choroby (diabetes mellitus, neuropatie, cévní choroby, anémie). Dále Nonnemacherovu škálu a Cubbin – Jackson škálu, která byla vypracována pro pacienty hospitalizované na oddělení intenzivní péče. Mezi sledované parametry řadíme věk, hmotnost, stav kůže, mentální stav, pohyblivost, stav cirkulace krve, stav respirace, stav výživy, kontinenci a hygienu. Nevýhodou této škály je, že nemá přesně definované jednotlivé kategorie (Krajčík, Bajanová, 2012).

1.3 Predilekční místa

Predilekčními místy jsou části těla, která jsou obzvláště náchylná ke vzniku dekubitů. Tato místa jsou často vystavena většímu tlaku, tření nebo tlaku na cévy a nervy, což může zvýšit riziko vzniku dekubitů. Nejnáchylnější jsou místa kostních prominencí. Nejčastěji křížová kost (os sacrum), sedací kost (os ischii), výběžek kosti stehenní (trochanter maior), lýtková kost (fibula), laterálního a mediálního kotníku a patní kost. Zde můžeme sledovat až 80 % všech vzniklých dekubitů (Brabcová, 2021). Až 95 % dekubitů připadá na dolní polovinu těla. V 1/3 případů se jedná o paty, kde se setkávají dva typy kůže (silná plantární a tenká na zadní straně paty), tím dochází k působení obdobného tlaku na různé typy tkáně. Zajímavostí je, že dekubity na patních hrbolech se nacházejí u kuřáků až 4krát častěji. Další 1/3 případů dekubitů připadá na křížovou oblast (Pokorná, Mrázová, 2012).

Predilekční místa v závislosti na poloze pacienta můžeme rozdělit takto: v poloze na zádech je to záhlaví, trn 7. obratle, hřebeny lopatek, lokty, kostrč a paty. Při poloze na boku se

zaměřujeme na oblast spánku, ušní boltec, mandibulu, vnější stranu ramen, hřeben kosti kyčelní, velký trochanter, epikondyly femuru, vnější stranu kolen a kotníky. Pacienta je možné polohovat také do pronační polohy, kdy největší tlak připadá na čelo, bradu, ramena, přední trn kyčelní kosti, přední stranu kolen a oblasti nártů. Při polohování pacienta nesmíme zapomínat na správné uložení močového katetru. Dále mohou dekubity vzniknout i na sliznicích, proto je důležité pravidelně polohovat a sledovat PMK (dekubitus vzniká u výstupu z močových cest, a proto je velice důležitá kontrola a řádná hygiena), nazogastrickou sondu, kyslíkové brýle, endotracheální kanylu, ústní vzduchovod a také otlaky vznikající vlivem tlacení zubní protézy (Kachlová, Plevová, 2023; Vráblíková, Drábková, 2018).

Je důležité, aby zdravotnický personál a pečovatelé věnovali zvláštní pozornost těmto predilekčním místům a podnikali preventivní opatření k minimalizaci tlaku, tření a dalších faktorů, které mohou vést k vzniku dekubitů. Pravidelné vyhodnocování stavu kůže na těchto místech je také klíčové pro prevenci jejich vzniku (Vytejšková a spol., 2015).

1.4 Klasifikace dekubitů

Referenční příručka s názvem Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide, vydaná organizacemi EPUAP, NPUAP a PPPIA přináší určitý konsenzus při definování pojmu dekubitus. Příručka je dostupná pro zdravotnické pracovníky v evropských zemích. Najdeme v ní vědecky podložená doporučení týkající se prevence, léčby dekubitů, ale také klasifikaci stupně dekubitů (Hlinková, Nemcová, Hulo a kolektiv, 2019).

EPUAP vznikl roku 1996 v Londýně. Je evropským poradním panelem pro dekubity. Prioritou je posílení výzkumu a vzdělávání v oblasti prevence a léčby dekubitů. Jedním z cílů organizace je rozšířit povědomí o dekubitech mezi veřejnost. Dekubitus klasifikujeme do 4 základních stupňů, ale v rámci EPUAP byly tyto stupně rozšířeny o nezařazené doplňující kategorie (Brabcová, 2021), (obr. č. 5).

1.stupeň

První stupeň dekubitů je charakteristický zarudnutím, kdy překrvení nebledne. Není narušena celistvost kůže. Dekubitus se obvykle nachází nad kostním výběžkem. Příznakem mohou být bolest v místě proleženiny, zvýšená nebo snížená teplota, otok, zatvrdnutí. Dekubity 1. stupně se problematicky určují u osob s tmavší pletí (Pokorná a kolektiv, 2019)

2.stupeň

U druhého stupně dekubitů již dochází k částečné ztrátě kožního krytu. Tvoří se otevřený kožní defekt, mělký vřed, případně intaktní nebo otevřený puchýř se serózním obsahem. Dekubitus 2. stupně musíme umět odlišit od např. stržené kůže, poškození kůže náplastí, macerace, exkoriace či perineální dermatitidy (Brabcová, 2021).

3.stupeň

Dochází ke kompletní ztrátě kůže. Na spodině dekubitu můžeme sledovat podkožní tuk. Svaly, šlachy a kosti zůstávají nenarušené. Může být přítomen povlak, který ovšem nebrání k zhodnocení hloubky rány. Podle anatomické lokalizace lze rozlišit hloubku tkáně, kdy v oblasti nosu, týlu a kotníků (oblasti bez podkožního tuku) dochází

k povrchovým poškozením. Naopak v oblasti s velkou tukovou vrstvou může dojít k vytvoření velmi hlubokých defektů (Kapounová, 2020).

4. stupeň

Úplná ztráta kůže a podkoží je typická u 4. stupně dekubitů. Poškozené jsou svaly, šlachy, kloubní pouzdra a kosti. Kost může být viditelná okem. Defekty tohoto rozsahu mnohdy způsobí zánět kostní dřeně. Časté je podminování a sinusy. Evidentní může být povlak nebo nekrózy všech tkání (Hlinková, Nemcová, Hulo a kolektiv, 2019).

A) Bez určení stupně, neznámá hloubka defektu

Spodinu defektu pokrývá odumřelá tkáň, mnohdy s povlakem (žlutým, hnědým, šedým, zeleným). Dále zde pozorujeme nekrózu. Pokud se tyto vrstvy neodstraní, není možné určit hloubku a stupeň dekubitu. Ovšem stabilní nekrózu bychom neměli odstraňovat v oblasti pat, kde slouží jako přirozený biologický kryt (Vráblíková, Drábková, 2018).

B) Podezření na hluboké poškození tkání

Příčinou tohoto defektu je poškození měkkých tkání střížným efektem nebo tlakem. Popisujeme ho jako puchýř naplněný krví nebo fialově tmavě červené zbarvení kůže. Integrity kůže není narušena. I přes optimální léčbu se může dále šířit do hloubky. Obtížné je odhalení u osob s tmavší pletí, stejně jako dekubitus 1. stupně. Poškození může být velice bolestivé, tuhé nebo naopak rozměklé (Kachlová, Plevová, 2023).

1.5 Prevence dekubitů

Obecně platí, že je lepší předcházet vzniku dekubitů, než je následně léčit. Prevence dekubitů je jednou ze základních součástí ošetrovatelské péče. Sestra má v prevenci i případné léčbě dekubitů nenahraditelnou roli. I když nemusí být opatření efektivní, a i přes vynaloženou snahu nemusí být terapie úspěšná, dělá pro to maximum (Vráblíková, Drábková, 2018).

Dekubity vzniklé v době hospitalizace ve zdravotnických zařízeních jsou aktuálním a velice diskutovaným tématem nejen v okruhu odborné veřejnosti. V zahraničí není výjimečné, že zdravotní pojišťovny odmítají uhradit náklady spojené s jejich léčbou. Vznik dekubitů ve zdravotnickém zařízení je také jedním z ukazatelů kvality péče (Hlinková, Nemcová, Hulo a kolektiv, 2019). Naším cílem je zlepšit celkový stav pacienta, snížit tlak na predilekční místa a odstranit všechny zevní faktory ovlivňující vznik dekubitů (Burda, Šolcová, 2015). Důležitá je také spolupráce s rodinou pacienta, kdy má pacientův psychický stav velký vliv na celkový zdravotní stav (Zrubáková, Bartošovič, 2019).

Ideálně do 12 hodin po příjmu pacienta sestra provádí zhodnocení rizika vzniku dekubitů. K tomuto zhodnocení používáme již zmíněné hodnotící škály. Důležité je také opakované posouzení stavu pacienta, ke kterému dochází minimálně jednou týdně nebo při změně zdravotního stavu. Pokud se stav pacienta náhle změní, může sestra tuto frekvenci přehodnocení upravit (Věstník č.2 MZ ČR, 2020).

1.5.1 Polohování

Polohování je základním pilířem prevence dekubitů. Nelékařský zdravotnický personál polohuje pacienta v pravidelných intervalech. Ke správnému načasování změny polohy mohou pomoci papírové hodiny umístěné u lůžka. Během dne polohujeme pacienta po 2 hodinách a v noci po

3 hodinách. Pokud to zdravotní stav pacienta vyžaduje, je možné měnit polohy častěji (Vytečková a spol, 2015). Řídíme se zásadami správného polohování pacienta. V první řadě si musíme zajistit dostatečný přístup k lůžku. K polohovanému vždy přistupujeme z postižené strany, kdy s ním komunikujeme a tím i stimulujeme. Polohování musí být bezbolestné a bezpečné. Ošetřujícího lékaře vždy informujeme o bolestivých projevech a podáváme analgetika dle jeho ordinace. Kontrolujeme trofiku kůže, otoky, dýchání a subjektivní pocity pacienta. Velký důraz klademe na působení třecích a střižných sil. Nepolohujeme přímo na zdravotnické prostředky. Tím se rozumí například PMK, drenážní systémy, dlahy a fixátory. Respektujeme přirozené postavení kloubů. Každou polohu přizpůsobujeme problémům a potřebám pacienta. U ležícího pacienta nezvyšujeme horní část lůžka o víc než 30°. Při nutnosti zvýšené polohy z důvodu obtížného dýchání upřednostníme semi-Fowlerovu polohu. Pokud pacient sedí v křesle nebo na invalidním vozíku, musí jeho nohy být buď na zemi, stupínku nebo na opěrce. (Kachlová, Plevová, 2023).

POLOHY VYUŽÍVANÉ PŘI POLOHOVÁNÍ JSOU:

Supinační poloha (na zádech) – pacienty nejlépe tolerovaná poloha. Je potencionálně riziková ke vzniku dekubitů v oblasti sakra a pat. Preferujeme menší polštář k podložení hlavy, ten by neměl dosahovat až k ramenům. Dolní končetiny mohou být podloženy klínem nebo válcem apod. Dolní končetiny je možné ponechat i bez podložení pod kolenními klouby. Nutností je odlehčit paty a polohovat pacienta i do jiných poloh (Tomsová, Zelená, 2014).

Pronační poloha (na břiše) – tato poloha není vhodná u pacientů po zlomeninách žebírek nebo například při zhmoždění hrudníku. Odstraníme polštář, podložíme obličej a snažíme se o fyziologické postavení končetin. Ke správnému upevnění pozice a vypodložení využíváme polohovací pomůcky (Kachlová, Plevová, 2023).

Na boku – výrazně zamezuje vzniku dekubitů v oblasti sakra. Při polohování na boky využíváme molitanové kvádry, válce a vždy vypodložíme prostor mezi kolena a kotníky. Rozlišujeme tři stupně polohy na boku – mírnou, standardní a velkou boční (Simsovu) polohu (Tomsová, Zelená, 2014; Kachlová, Plevová, 2023).

Semisupinační poloha (střední poloha mezi polohou na boku a na zádech) – trup svírá s podložkou napřímený a podložený klínem po celé své délce až k oblasti pánve. Dbáme na uložení spodního ramene, aby nedocházelo k jeho utlačení. U dolních končetin se zaměříme na jejich diferenciaci neboli stimulaci kroku. Nesmíme zapomenout na výšku podložení kolene, kdy by nemělo být níže než kyčel (Tomsová, Zelená, 2014).

Semipronační poloha (střední poloha mezi polohou na boku a na břiše, známá také jako Simsova) – trup svírá s podložkou 30-45°, trup a hrudník podložíme polštářem. Polohu využíváme u pacientů s paraplegií, hemiplegií, při podávání klyzmatu a výjimečně u pacientů v bezvědomí (Kachlová, Plevová, 2023).

Polo sed (pasivní sed) – trup je flektován v úhlu 30-45° a dbáme na zajištění proti skluzu trupu směrem dolů. Klademe důraz na individuální přístup (Tomsová, Zelená, 2014).

1.5.2 Antidekubitární pomůcky

Spolu se správně zvolenou polohou užíváme i vhodné antidekubitární pomůcky. Dnes se již setkáme v každém zdravotnickém zařízení s polohovacím lůžkem, které šetří nejen čas, ale také

ulehčuje péči nelékařského zdravotnického personálu při péči o pacienty. Používáme speciální antidekubitární matrace i pomůcky z molitanu, které existují v různých tvarech jako válce, hranoly, klíny, ploché podložky k vyměkčení, křesílka k posazování pacientů atd. Perličkové/kuličkové polštáře ve tvaru podkovy, prošívané podložky pod dolní končetiny, podpatěny. Perličkové antidekubitární pomůcky jsou vyplněné polystyrenovými kuličkami, které nezpůsobují alergické reakce, pomáhají s termoregulací a jsou měkké. Uložené jsou v různě barevných omyvatelných povlácích. Dále gelové, nafukovací nebo vodou plnitelné podložky. Všechny tyto pomůcky musí být vzdušné, příjemné na dotek, omyvatelné, nesmí bránit v pohybu a změně polohy (Vytečková a spol., 2015; Koutná, Ulrych, 2015). Antidekubitární matrace lze rozdělit do dvou skupin na: pasivní (statickou) a aktivní (dynamickou). Pasivní matrace jsou tvořené z paměťové pěny a používají se u pacientů s nízkým rizikem vzniku dekubitů. Přizpůsobí se hmotnosti pacienta a nevyvíjejí velký tlak na tkáň. Při středním nebo vysokém riziku vzniku dekubitů použijeme aktivní matraci, jejíž součástí je kompresor, který střídavě nafukuje a vyfukuje vzduch z komor, čím mění tlak působící na tkáň a snižuje riziko vzniku dekubitů (Wagner, 2019).

Mezi antidekubitární pomůcky řadíme také silikonové vícevrstvé krytí. Chráníme jím predilekční místa. Dochází k redukci tření, vyrovnávání mikroklimatu a rozložení střížné síly a tlaku (Pokorná, Mrázová, 2012).

1.5.3 Péče o pokožku, hygiena, úprava lůžka

Kůže je největší lidský orgán. Je velmi odolná a péči o ni bychom měli věnovat pozornost (Wagner, 2019). Abychom o ni mohli správně pečovat, je důležité znát její anatomii a funkce. Kůže kryje celý povrch našeho těla a chrání tkáň a orgány před škodlivými vlivy. Kůže (derma) je složena z pokožky (epidermis) a škáry (dermis). Dále se na ní nachází přídatné orgány jako jsou chlupy, nehty a žlázy. Pod kůží je podkoží (hypodermis) neboli vazivová vrstva. Stejně jako se liší množství vaziva, liší se také množství podkožní tukové tkáň (Kachlík, 2021).

Funkce kůže jsou velice rozmanité. Ochranná funkce znamená, že kůže vytváří určitou bariéru mezi vnitřním a vnějším prostředím. Zabraňuje vstupu infekcím, chemickým látkám a fyzikálním vlivům (UV záření). Termoregulační funkce udržuje stálou teplotu organismu pomocí potu a zároveň napomáhá zabránění větších ztrát teploty pomocí podkožního vaziva. Receptory v kůži umožňují vnímání tepla, chladu, hmatových pocitů a také bolesti. Nazýváme je smyslovými funkcemi. Protože v podkoží je skladován tuk, má kůže funkci resorpční. Sekreční funkce znamená, že kůže vylučuje škodlivé látky z těla pomocí mazových a potních žláz. Častými projevy poruchy sekreční funkce jsou macerace kůže a opruzeniny. Proto je nezbytné sledovat sekreci a udržovat kůži tak, aby k těmto narušením nedocházelo. Metabolická funkce je spojena se schopností syntézy melaninu a vitamínu D. Vitamíny rozpustné v tucích (A, E, D, K) jsou skladovány v kůži a pomocí UV záření vzniká v kůži určité množství vitamínu D. Poslední funkcí je funkce estetická (Dylevský, 2019).

V dnešní době máme k dispozici široké spektrum ochranných prostředků kůže. Používáme ochranné filmy ve formě aerosolu nebo pěny ve spreji. Jsou hypoalergenní a dobře snášené. Aplikují se na čistou a suchou pokožku. Po nanesení tvoří film, který vytváří polopropustnou bariéru. Pro inkontinentní pacienty se doporučuje ochranná inertní vazelína, která je vodoodpudivá a tím chrání pokožku před vlivem škodlivých látek a nadměrné vlhkosti.

Ochranné pasty mají větší obsah pevných látek, proto mají tužší konzistenci. Obsahovat mohou zinek nebo např. heřmánek. Chrání pokožku před vlivy vlhkosti a škodlivých látek. Nevýhodou může být nutnost omytí staré vrstvy před aplikací nové a jistá neprůhlednost, která komplikuje sledování predilekčních míst a stav pokožky. Zinková mast působí preventivně, antisepticky a hojivě (Kachlová, Plevová, 2023)

Pokud se chceme správně postarat o pokožku pacienta, musíme začít u osobní hygieny a čistého lůžka. Výměnu osobního a ložního prádla provádíme vždy dle potřeb pacienta (Hlinková, Nemcová, Huřo a kolektiv, 2019). K osobní hygieně použijeme mycí gel, pěnu, tekutá mýdla nebo jen teplou vodu. Pokud nedošlo k silnému znečištění např. stolicí, je vhodné sáhnout pouze po vodě tělesné teploty (Brabcová, 2021). Wagner (2019) uvádí, že by se mělo zvážit, zdá má smysl každodenní mytí pacientů různými přípravky, protože kvalita a pevnost kůže se v závislosti na použitých prostředcích nezlepšuje. Navíc je celková hygiena velmi časově náročná a stálo by za úvahu, zda tento drahocenný čas nevěnovat např. mobilizaci. Osušení kůže po hygieně provádíme přikládáním ručníku. Vyhýbáme se tření a tím porušení integrity kůže (Vytečková a spol, 2015).

1.5.4 Výživa a hydratace

Nejen u pacientů s rizikem dekubitů je důležitá dostatečná výživa, především dostatečný přísun bílkovin. Zdrojem bílkovin jsou jogurty, sýry, libové maso – především drůbeží. Neméně důležité jsou také vitamíny a stopové prvky. Stravu je možno obohatit pomocí nutričních doplňků. Ty doporučuje nutriční terapeut a je možné je volně zakoupit v lékárnách. Mezi nutriční doplňky řadíme např. Cubitan, Nutridrink, Ressource, Fortimel a pro diabetiky určený Diasip. Je třeba monitorovat stav hydratace (Pokorná a kolektiv, 2019). Pokud není pacient z nějakého důvodu schopen dostatečné hydratace, lze přistoupit k hydrataci parenterální cestou, infuzním roztokem přímo do krevního řečiště (Stryja, 2016). Pravidelným nutričním screeningem monitorujeme případné úbytky na váze. Snažíme se zamezit ztrátě podkožního tuku. Tím totiž dochází k vystupování kostních výčnělků a vyššímu riziku vzniku dekubitů. S úbytkem váhy pacient přichází nejen o tuk, ale také o svalovou hmotu, která je důležitá při následné rehabilitaci, mobilizaci a pohyblivosti. Při nadbytečném příjmu kalorií dochází naopak k přibírání a ukládání tuků. U kachektických pacientů je toto přibírání vítané, avšak musíme myslet na to, že tuková tkáň ve větší vrstvě není odolná vůči tlaku, je méně prokrvená a opět se zvyšuje riziko vzniku dekubitů. Snažíme se, aby bylo vše v rovnováze (Pokorná a kolektiv, 2019).

1.5.5 Rehabilitace, mobilita, normalizace celkového stavu

Časná rehabilitace je důležitá nejen z fyzického hlediska, ale také z důvodu zlepšení psychiky. Pokud to stav pacienta umožňuje, snažíme se ho aktivizovat při všech svých činnostech. Sestra spolupracuje s fyzioterapeuty a dalšími členy týmu, aby byla péče kontinuální a smysluplná (Vytečková a spol., 2015). Rehabilitace se vždy plánuje individuálně dle možností pacienta. V případě, že se nekompenzuje celkový stav pacienta, veškerá ostatní preventivní opatření budou mít jen velmi malou účinnost. Lékař pravidelně sleduje laboratorní výsledky a konzultuje zdravotní stav pacienta s dalšími členy multidisciplinárního týmu. Ten tvoří spolu s lékaři odborníci v oboru rehabilitace, výživy a nelékařský zdravotnický personál. Nesmíme zapomínat

na roli rodiny a důležitost vyrovnaného psychického stavu pacienta, kdy správně edukovaná rodina může hrát nepochybně podstatnou roli (Brabcová, 2021).

2 Výzkumná část

V následující části bakalářské práce je popsán výzkum, díky kterému jsem byla schopna zodpovědět výzkumné otázky a cíl práce. Výzkumná část obsahuje cíl práce, výzkumné otázky, metodiku výzkumu, grafy zobrazující otázky a odpovědi z dotazníku, diskusi a samotný závěr práce s doporučením pro praxi.

2.1 Cíl práce

Cílem této práce je zmapovat znalosti sester v oblasti prevence dekubitů.

2.2 Výzkumné otázky

1. Znájí všeobecné/praktické sestry správné zásady polohování pacientů?
2. Orientují se v prevenci dekubitů lépe sestry z interních nebo chirurgických oddělení?

2.3 Metodika výzkumu

Pro získání výzkumných dat byl zvolen kvantitativní výzkum provedený pomocí nestandardizovaného dotazníku, z důvodu oslovení co největšího množství respondentů. Dotazník obsahuje 19 otázek, které zahrnují ověření teoretických i praktických znalostí sester. Před samotným tiskem a distribucí dotazníků proběhla konzultace s vedoucí práce a kolegyněmi z důvodu ověření správné formulace otázek. Vyplnění a zpracování dat probíhalo zcela anonymně a data byla použita pouze ke zpracování mé bakalářské práce.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

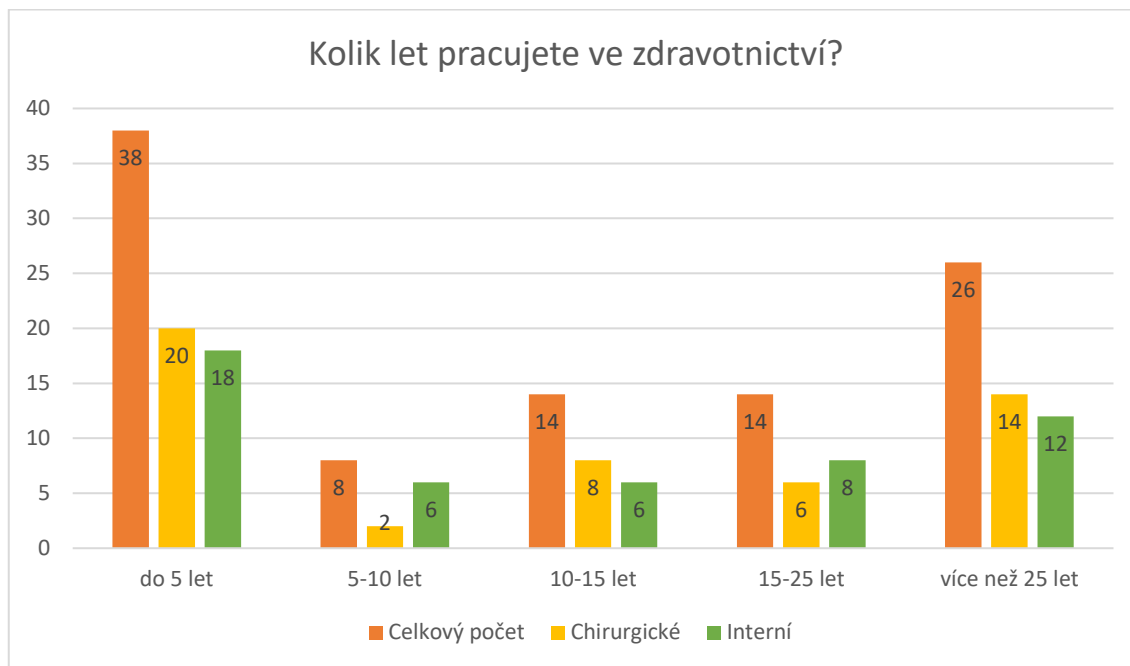
Dotazník byl určen sestry pracující na odděleních Nemocnice Tábor, a.s. Dotazníky byly vytištěny a rozdány osobně staničním sestrám daných oddělení (Interna gastro, Interna kardo, Plicní oddělení, Neurologie, Oddělení následné péče, Chirurgie B, Chirurgie C, Urologie, Chirurgie JIP a Ortopedie). Z celkového počtu 100 dotazníků bylo vráceno 100 %.

2.5 Průběh výzkumu

Před samotným začátkem výzkumu a sestavováním výzkumných otázek jsem prostudovala odbornou literaturu týkající se prevence dekubitů, anatomii kůže a letáčky věnující se tomuto tématu. Dalším zdrojem informací byl pro mě standard NT_SOP_35 (Holubová, Šefčíková, 2022) Nemocnice Tábor, a.s. zabývající se prevencí dekubitů, polohováním a danými postupy při vzniku rizika dekubitů u pacientů nemocnice. Výzkumné šetření probíhalo také formou vlastního sledování a praxe. Zažádala jsem u hlavní sestry Nemocnice Tábor, a.s. o povolení výzkumu (obr. č. 7) Samotný sběr dat byl proveden v období leden–únor 2024. Se sběrem dat nebyly žádné problémy a návratnost dotazníků byla 100 %.

2.6 Výsledky dotazníkového šetření

1. Otázka

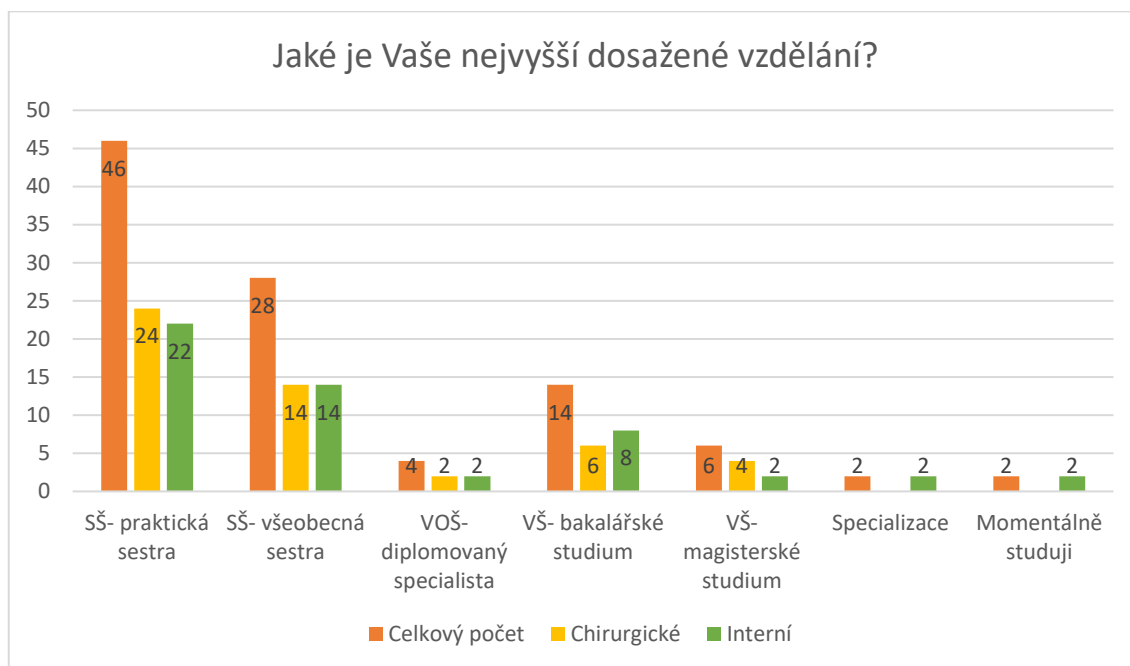


Graf 1: Délka praxe

Zdroj: vlastní zpracování

V 1. otázce jsem zjišťovala délku praxe respondentů. Z celkového počtu 100 respondentů odpovědělo 38 %, že jejich praxe je do 5 let. 8 % dotazovaných pracuje ve zdravotnictví 5-10 let, 14 % 10-15 let, stejných 14 % 15-25 let a s praxí delší než 25 je 26 % sester.

2. Otázka

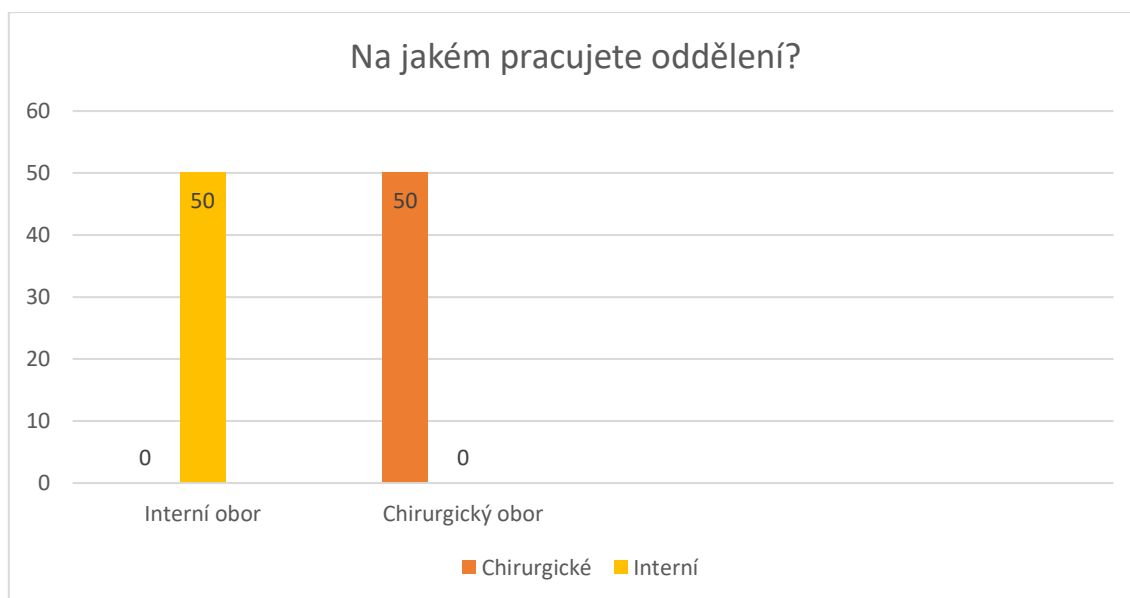


Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Zdroj: vlastní zpracování

Na vybraných odděleních pracuje velký počet praktických sester a to 46 %. Střední školu s oborem všeobecná sestra vystudovalo 26 %. Diplomovaný specialista (všeobecná sestra) 4 %, vysokou školu s titulem Bc. 14 % dotázaných respondentů, magisterské studium 6 %. 2 % zdravotních sester mají specializaci a to ARIP. Překvapivé je nízké číslo u momentálně studujících a to pouze 2 %.

3. Otázka

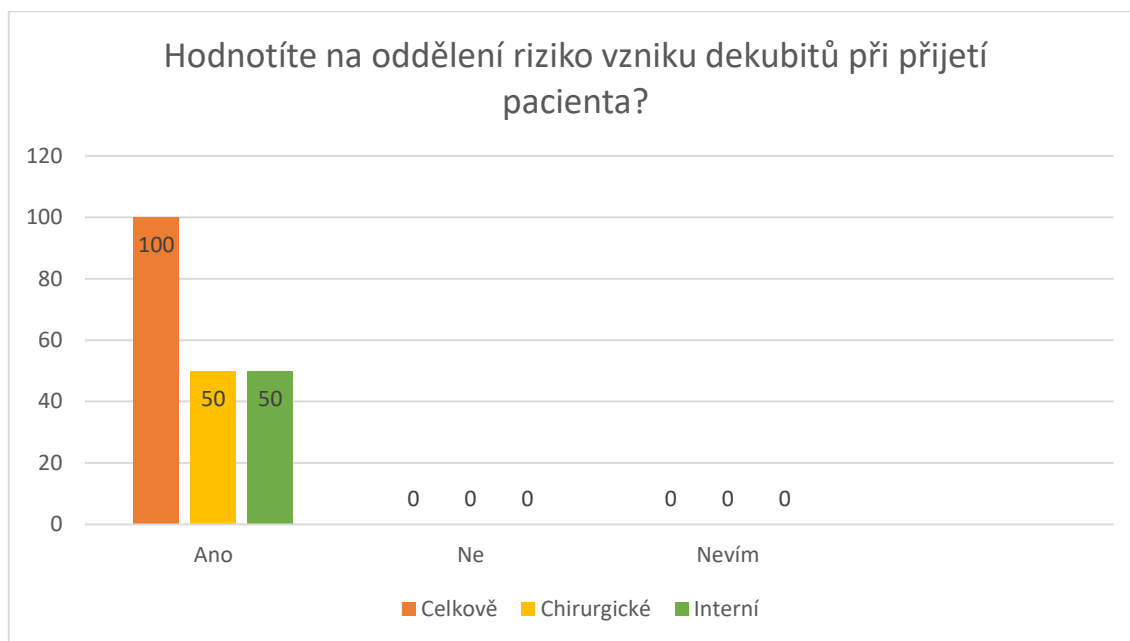


Graf 3: Oddělení, na kterých probíhal výzkum

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 3 posloužila k rozdělení dotazníkového šetření na interní a chirurgické obory.

4. Otázka

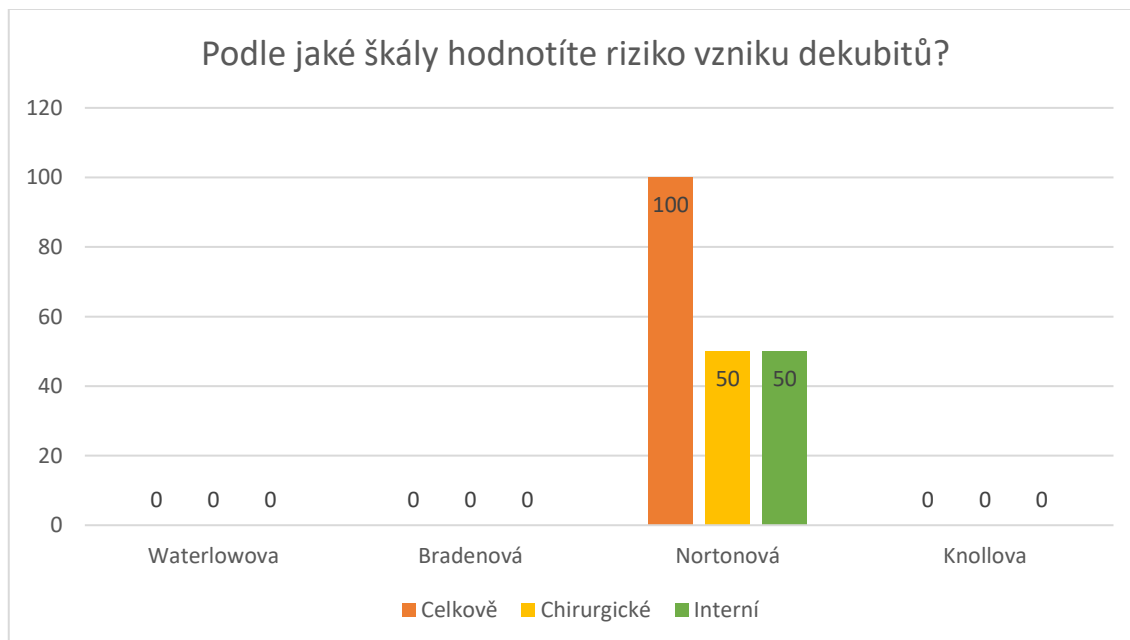


Graf 4: Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Zdroj: vlastní zpracování

Všichni dotázaní respondenti odpověděli, že při přijetí pacienta vyhodnocují riziko vzniku dekubitů dle standardu NT_SOP_35.

5. Otázka

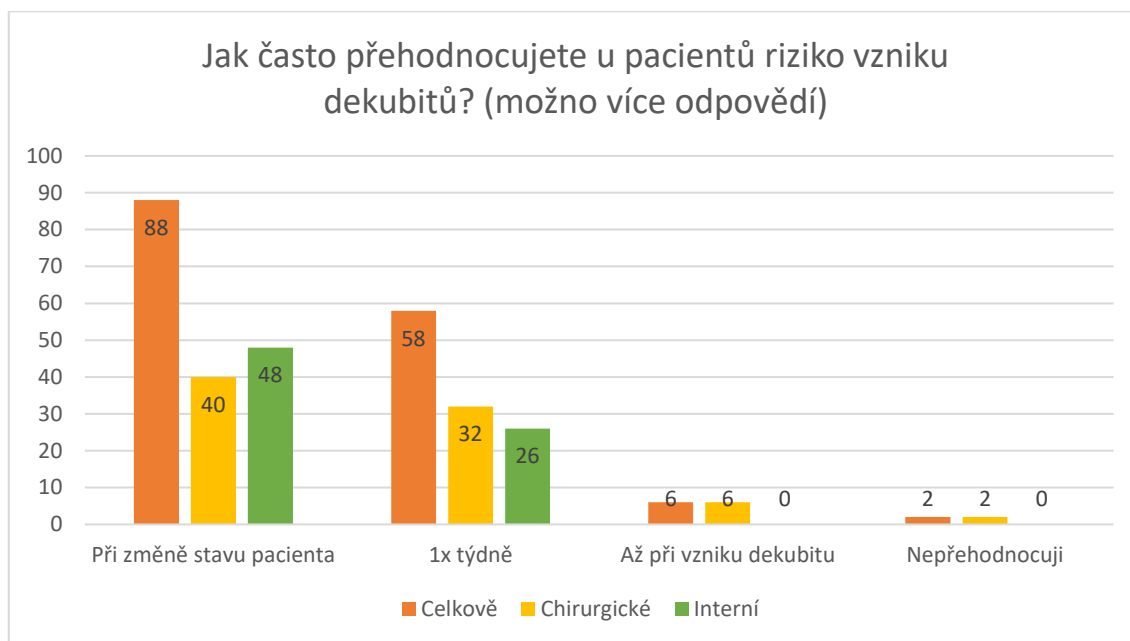


Graf 5: Škály rizika vzniku dekubitů

Zdroj: vlastní zpracování

Všechny sestry hodnotí riziko dekubitů dle stupnice Nortonové. Je tak uvedeno i ve standardu NT_SOP_35 Nemocnice Tábor, a.s.

6. Otázka

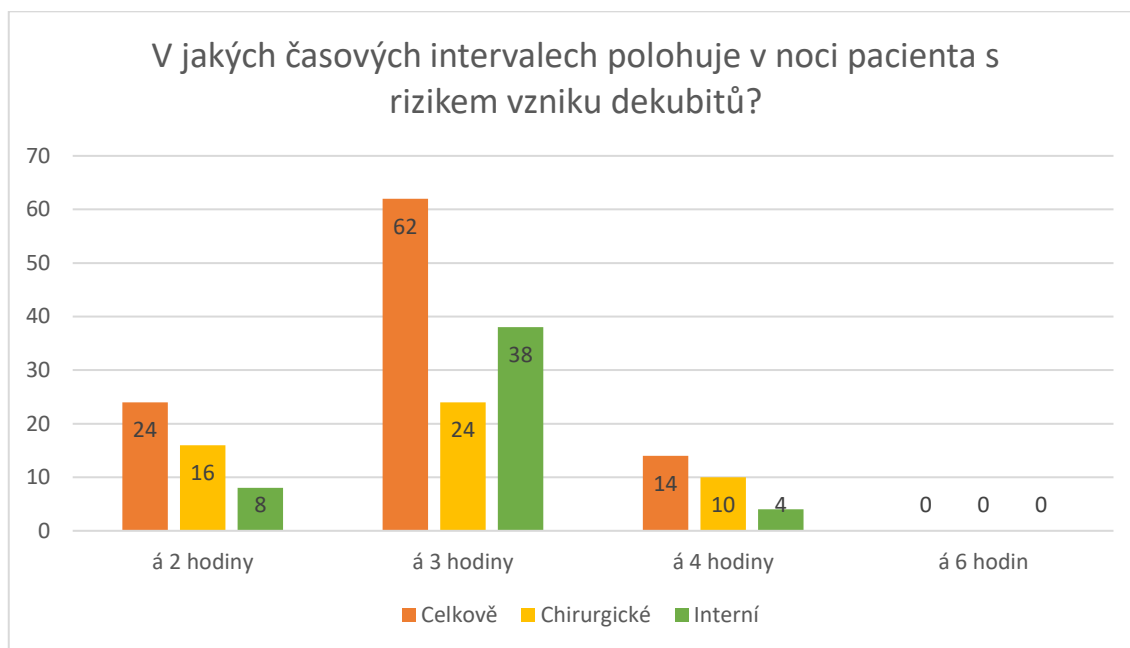


Graf 6: Přehodnocování rizika vzniku dekubitů

Zdroj: vlastní zpracování

U této otázky bylo možné zaškrtnout více odpovědí. Správnou odpovědí byla možnost při změně stavu pacienta plus 1x týdně. Obě správné odpovědi byly označeny 44krát. To znamená, že zbytek oslovených zvolilo buď pouze při změně stavu pacienta, nebo pouze 1x týdně. 8 % byly zcela chybné odpovědi a to 6 % až při vzniku dekubitů a 2 % respondentů uvedlo, že nepřehodnocují vůbec.

7. Otázka

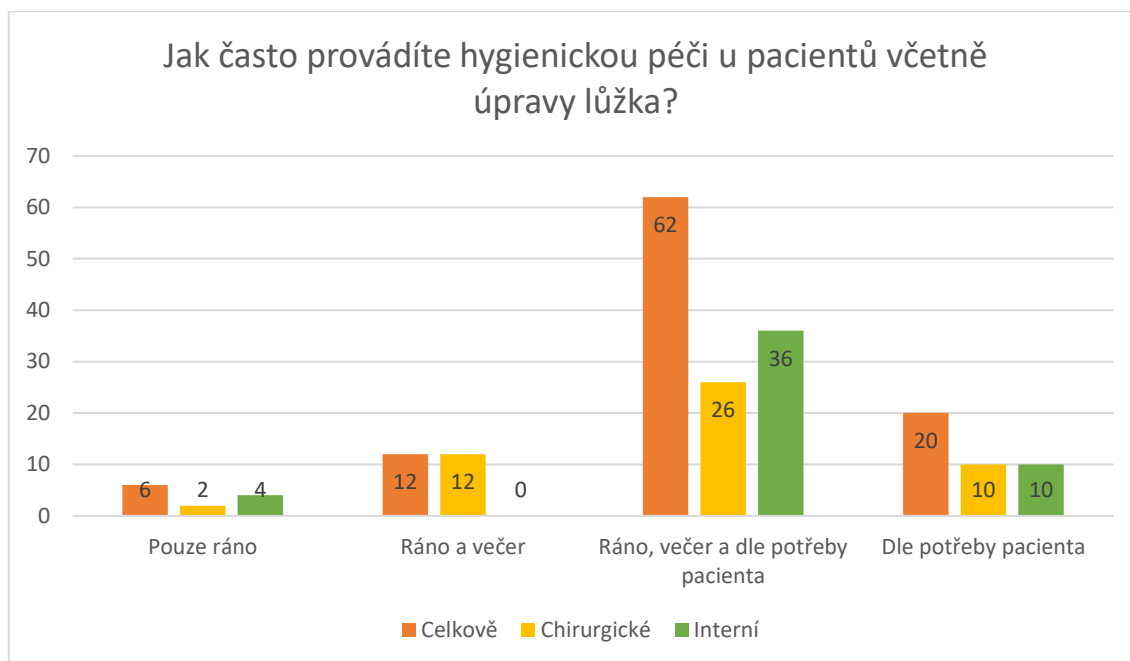


Graf 7: Polohování

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 7 je zaměřena na frekvenci polohování pacientů v nočních hodinách. Nejvíce respondentů a to 62 % odpovědělo, že v noci polohují po 3 hodinách. Po dvou hodinách uvedlo 24 %. Možnost po 4 hodinách zaškrtnulo 24 % sester a poslední možnost po 6 hodinách žádná z nich.

8. Otázka

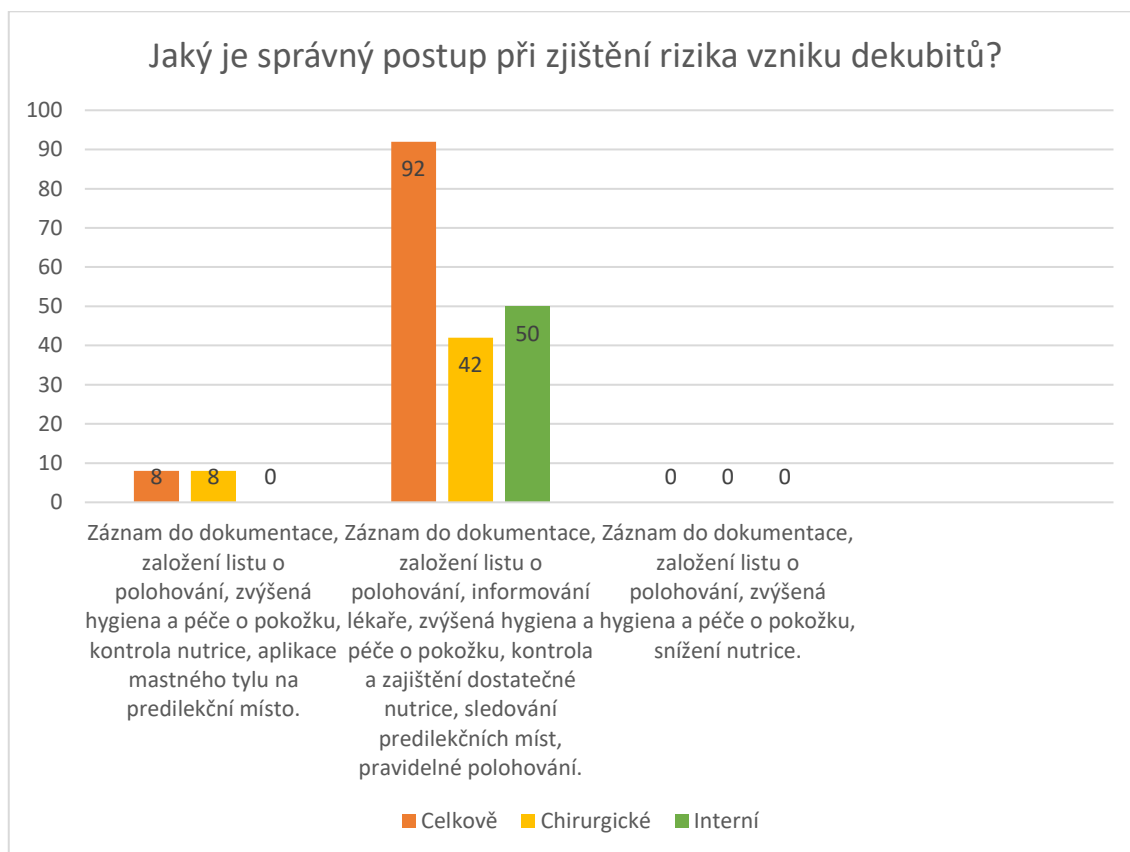


Graf 8: Hygiena a péče o lůžko

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka mapující hygienickou péči a úpravu lůžka dopadla takto: 62 % dotázaných odpovědělo, že hygienickou péči včetně úpravy lůžka provádí ráno, večer a dle potřeby pacienta. Pouze dle potřeby pacienta označilo 20 % respondentů. Pravidelně ráno a večer bylo zodpovězeno 12 % a pouze ráno 6 % dotázaných. V této otázce odpovídaly lépe sestry z interního oddělení.

9. Otázka

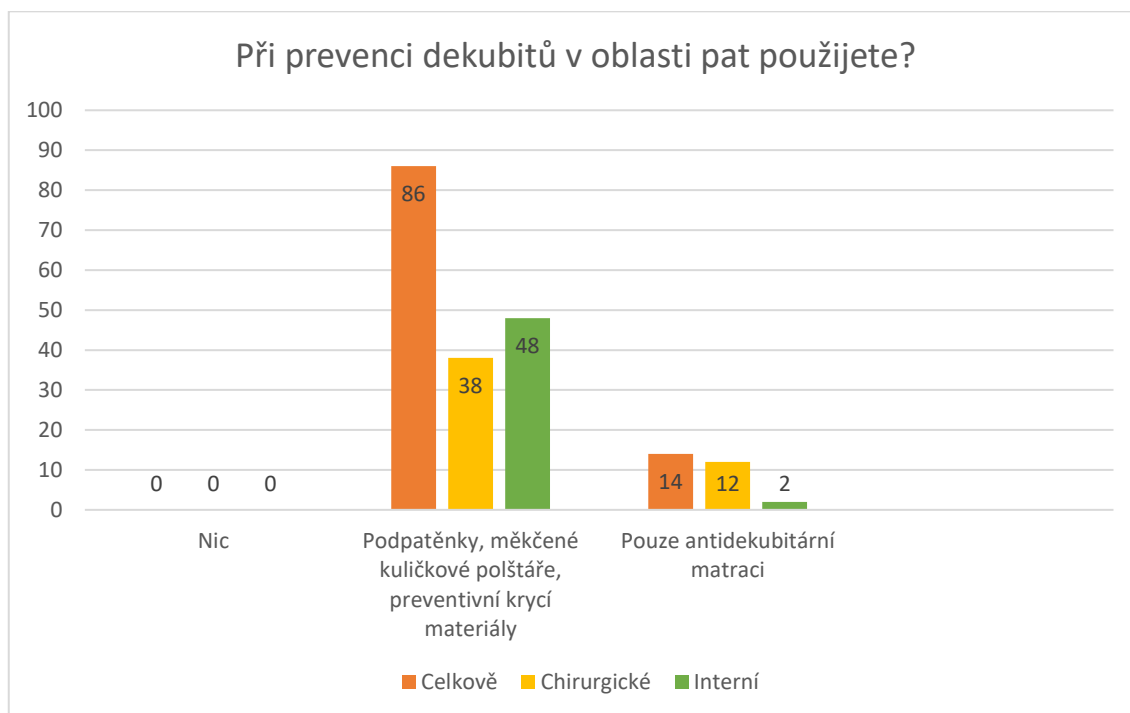


Graf 9: Správný postup při zjištění rizika vzniku dekubitů

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku správného postupu při zjištění rizika vzniku dekubitů správně odpovědělo 92 % sester. Druhou možnost označilo 8 % respondentů a to, že při zjištění rizika dekubitů aplikují na predilekční místo mastný tyl, což ale není v jejich kompetenci a ani to není vhodný přípravek k prevenci dekubitů.

10. Otázka

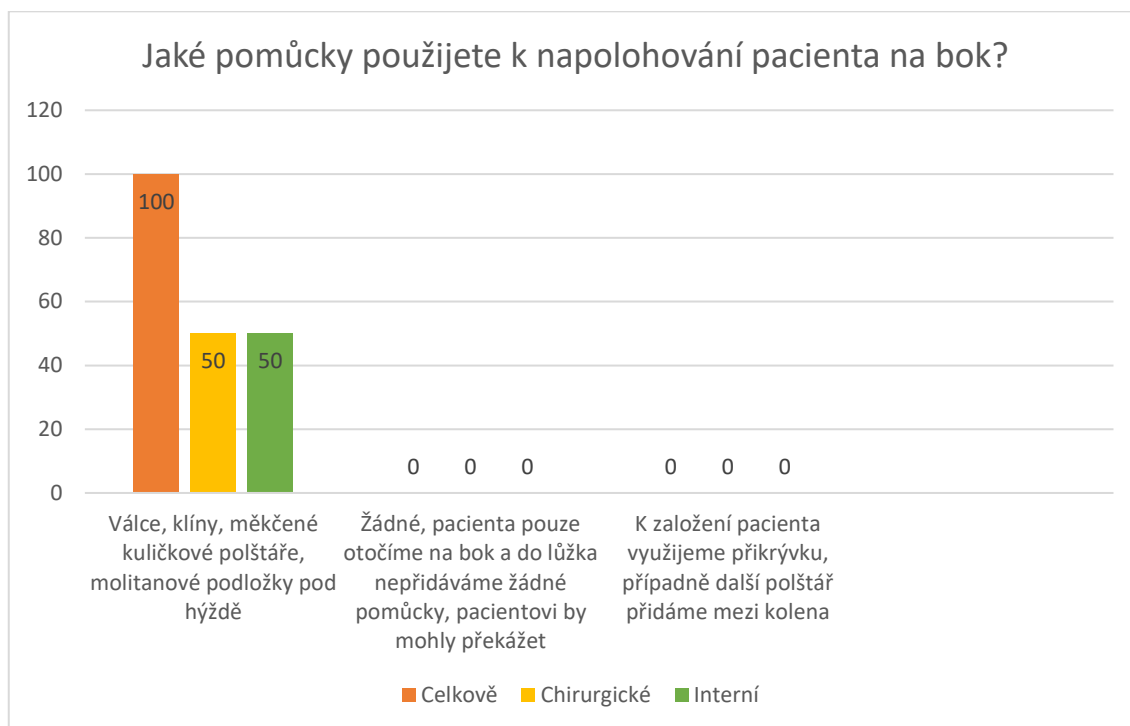


Graf 10: Prevence dekubitů v oblasti pat

Zdroj: vlastní zpracování

Otázku mířící k praktickému využívání antidekubitárních pomůcek v oblasti pat zodpověděli respondenti z 86 % odpovědí, že použijí podpatěčky, měkčené kuličkové polštáře a preventivní krycí materiály. 14 % respondentů odpovědělo, že používají pouze antidekubitární matraci.

11. Otázka

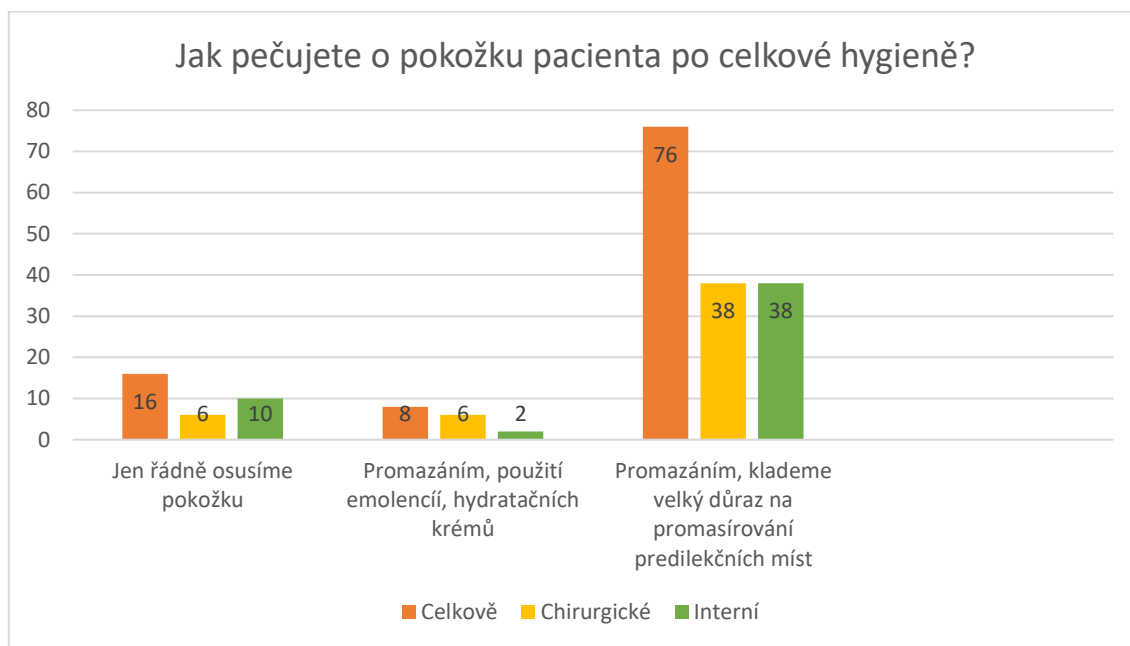


Graf 11: Polohování pacienta na bok

Zdroj: vlastní zpracování

Při polohování pacienta na bok využívá 100 % dotázaných válce, klíny, měkčené kuličkové polštáře a molitanové podložky pod hýždě. Nikdo z respondentů neoznačil odpověď, že využití pomůcek je nevhodné kvůli možnému omezení pohybu pacienta a stejně tak nikdo nepoužívá k založení pacienta přikrývky a polštáře.

12. Otázka

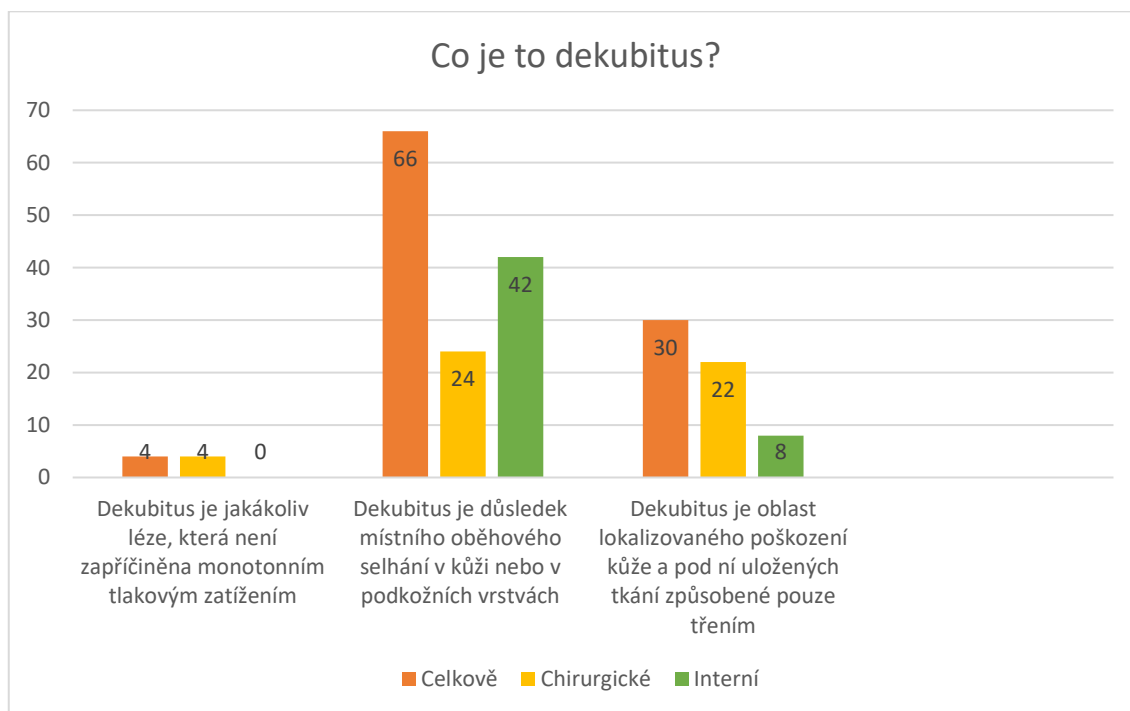


Graf 12: Péče o pokožku po celkové hygieně

Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku, jak pečujete o pokožku pacienta po celkové hygieně, odpovědělo 76 % respondentů tak, že pokožku promažou a kladou velký důraz na promasírování predilekčních míst. 16 % dotazovaných pouze osuší pokožku a pouze 8 % sester pokožku promaže, použije hydratační krémy a emolencia.

13. Otázka

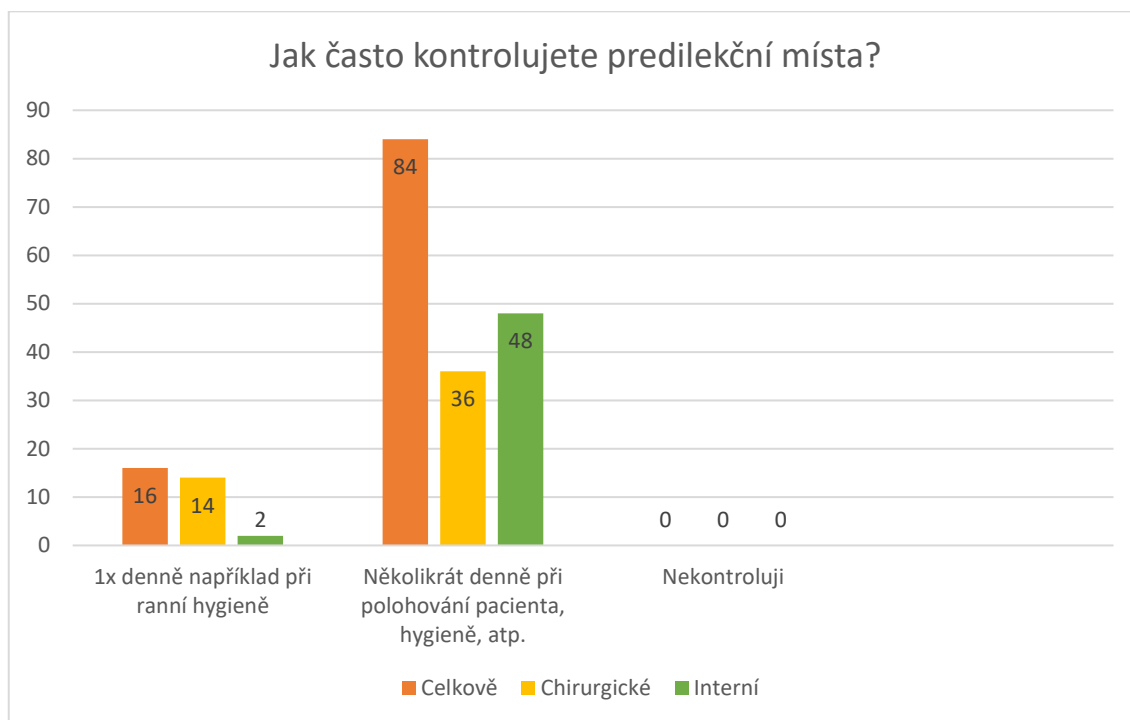


Graf 13: Definice dekubitu

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 13 je zaměřena na teoretickou znalost definice dekubitů. 66 % respondentů odpovědělo, že dekubitus je důsledek místního oběhového selhání v kůži nebo v podkožních vrstvách. 30 % odpovědělo, že dekubitus je oblast lokalizovaného poškození kůže a pod ní uložených tkání způsobené pouze třením. 4 % dotazovaných odpovědělo, že dekubitus je jakákoliv léze, která není zapříčiněna monotónním tlakovým zatížením.

14. Otázka

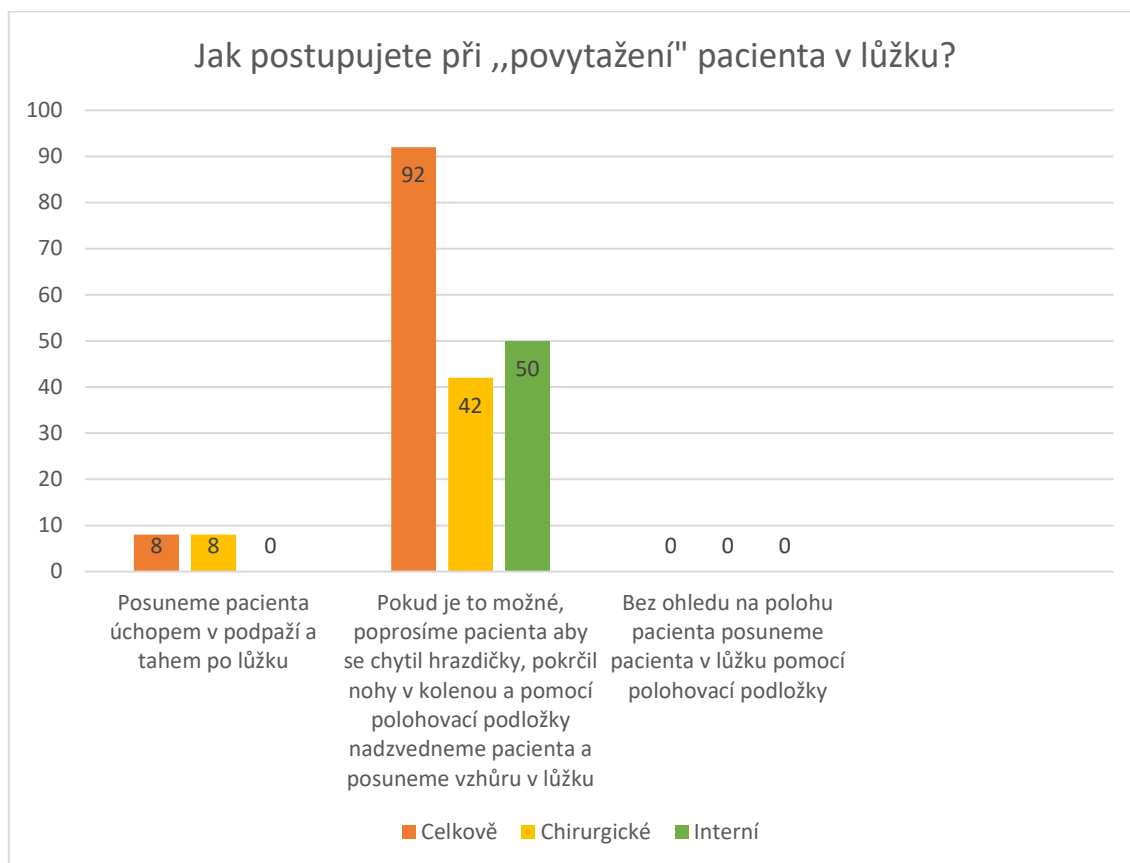


Graf 14: Kontrola predilekčních míst

Zdroj: vlastní zpracování

Kontrolu predilekčních míst provádějí sestry v 84 % několikrát denně například při polohování pacienta nebo hygieně. Jednou denně provádějí sestry kontrolu v 16 %. Nikdo z dotázaných neodpověděl, že predilekční místa nekontroluje.

15. Otázka

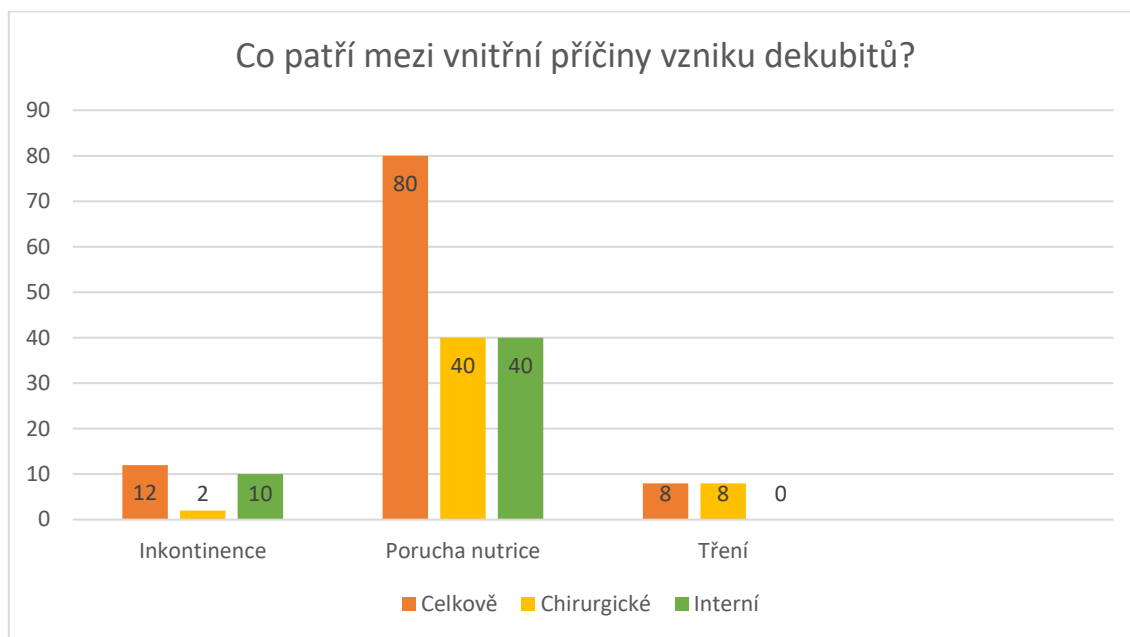


Graf 15: Manipulace s pacientem v lůžku

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 15 zkoumá, jakým způsobem sestry postupují při potřebě vytažení pacienta výše v lůžku. 92 % respondentů označilo druhou možnou odpověď a to, že pokud je to možné, poprosí pacienta o spolupráci. Pacient se chytí hrazdičky, pokrčí nohy v kolenou a my ho pomocí polohovací podložky nadzdvížením posuneme vzhůru. 8 % dotazovaných posouvá pacienta po lůžku úchytem v podpaží.

16. Otázka

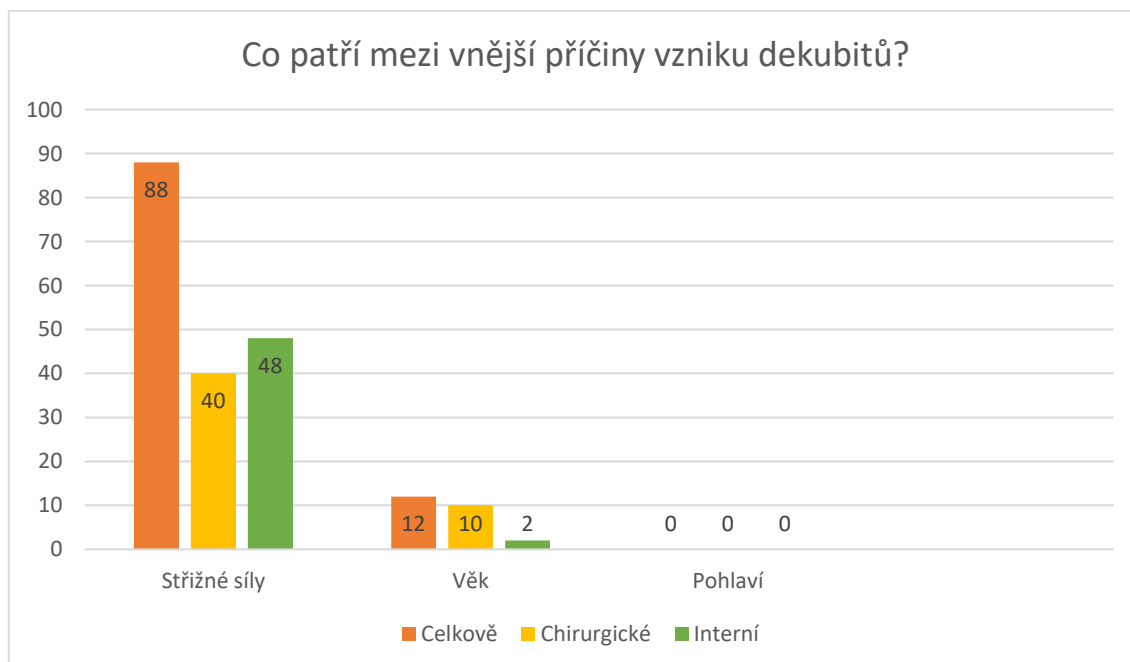


Graf 16: Vnitřní příčiny vzniku dekubitů

Zdroj: vlastní zpracování

Další otázka je zaměřená na teoretické znalosti vnitřních příčin vzniku dekubitů. Poruchu nutrice jako vnitřní příčinu označilo 80 % respondentů. Inkontinenci označilo 12 % a tření 8 % dotázaných.

17. Otázka

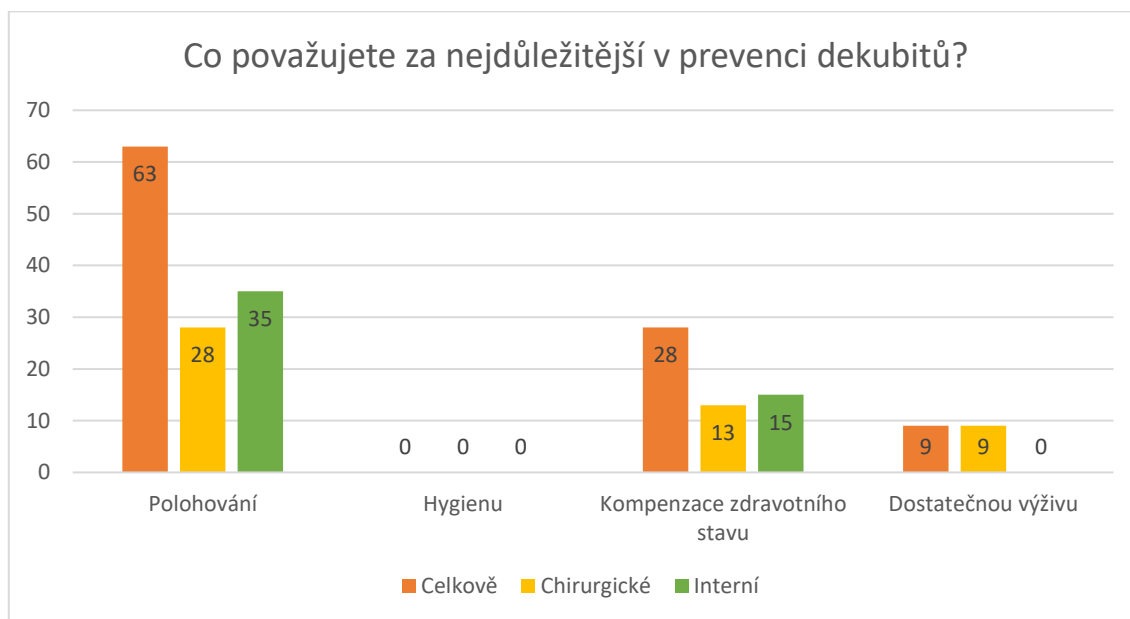


Graf 17: Vnější příčiny vzniku dekubitů

Zdroj: vlastní zpracování

Jako vnější příčinu vzniku dekubitů označilo 88 % respondentů střížné síly. Věk 12 % dotazovaných a žádný z nich neoznačil jako vnější příčinu pohlaví.

18. Otázka

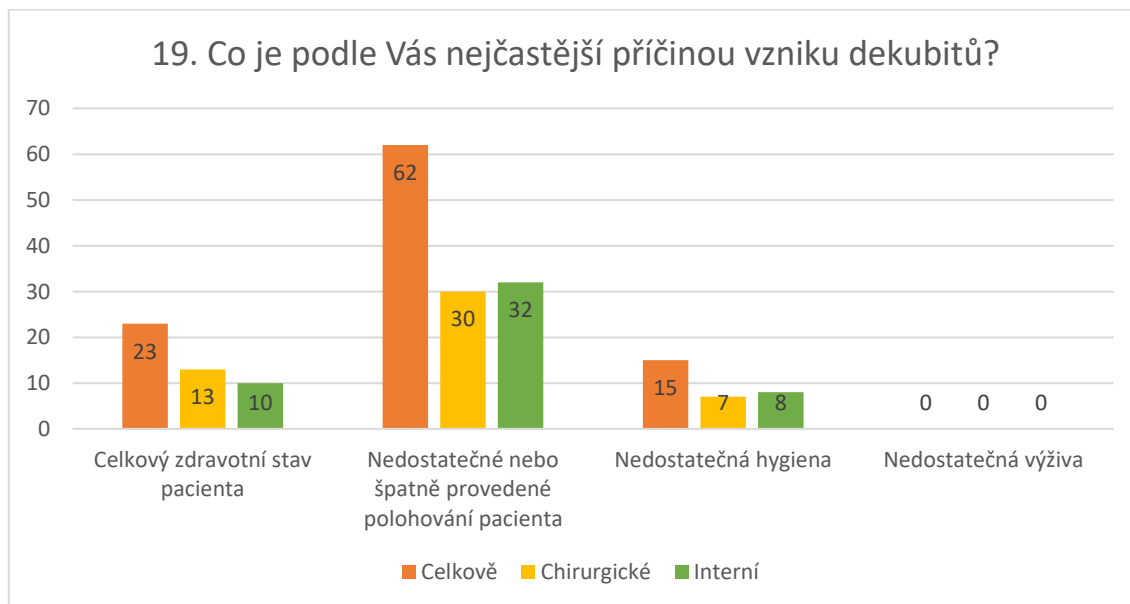


Graf 18: Prevence dekubitů

Zdroj: vlastní zpracování

Polohování bylo označeno 63 % dotazovaných jako nejdůležitější prevence vzniku dekubitů. 28 % respondentů považuje nejdůležitější kompenzaci zdravotního stavu a 9 % dotazovaných označilo jako nejdůležitější dostatečnou výživu.

19. Otázka



Graf 19: Nejčastější příčiny vzniku dekubitů

Zdroj: vlastní zpracování

Jako nejčastější příčinu vzniku dekubitů označili respondenti v 62 % nedostatečné nebo špatně provedené polohování. 23 % dotázaných považuje za nejčastější příčinu celkový zdravotní stav pacienta a 15 % nedostatečnou hygienu. Nedostatečnou výživu neoznačil nikdo z respondentů.

2.7 Diskuse

V této bakalářské práci jsme se zabývali problematikou prevence dekubitů na odděleních Nemocnice Tábor, a.s. Prevence dekubitů byla, je a vždy bude aktuálním tématem a zároveň problémem v péči o pacienty. Jak již bylo zmíněno, v některých případech nelze zcela zabránit jejich vzniku. Cílem výzkumu bylo zmapovat znalosti sester v oblasti prevence dekubitů. Kvantitativní výzkum byl proveden pomocí nestandardizovaného dotazníku skládajícího se z 19 otázek. Dalšími výzkumnými otázkami jsem zjistila schopnosti a dovednosti správných zásad polohování a docílila porovnání znalostí sester z interních a chirurgických oddělení.

Dotazník obdrželo 100 respondentů a první tři otázky zahrnovaly informace o dotazovaných respondentech. První z nich byla otázka týkající se délky praxe a druhá se týkala dosaženého vzdělání. Zjištěnými daty můžeme říct, že poměrně velká část (38 %) respondentů má celkem krátkou dobu praxe, a to do 5 let. Pozitivním zjištěním je, že mladé, právě vystudované praktické sestry, mají zájem o zaměstnání ve zdravotnictví. Na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání odpovědělo 46 % z oslovených, že mají pouze střední zdravotnickou školu – obor praktická sestra. Velmi mě překvapilo, že jen malé procento z těchto praktických sester dále studuje vysokou školu (2 %). Třetí otázka sloužila k rozdělení respondentů, zda pracují na interním nebo chirurgickém oddělení. Návratnost dotazníků byla 100 % a na každý obor připadlo 50 %.

Všichni dotazovaní uvedli, že k vyhodnocení rizika vzniku dekubitů dochází vždy při příjmu pacienta a je k tomu využívána škála dle Nortonové. Huang et al. (2021) uvádějí, že při používání stupnice dle Bradenové vzniká více pravdivě pozitivních výsledků a byla proto doporučena k identifikaci faktorů, které ovlivňují riziko jedince v klinické praxi. V Nemocnici Tábor, a.s. je ve standardu NT_SOP_35 uvedena škála dle Nortonové a všechna oddělení se tím řídí. Navazující otázkou je otázka číslo 6, ve které zjišťujeme, jak často sestry přehodnocují riziko vzniku dekubitů u pacientů. Brabcová (2021) uvádí, že k přehodnocení by mělo docházet minimálně 1x týdně za předpokladu, že se nezměnil pacientův stav. Pokud by tomu tak bylo, je zcela v kompetenci sestry přistoupit k přehodnocení kdykoliv při změně stavu pacienta, a tím předcházet vzniku dekubitů. Správnou odpovědí tedy bylo označení dvou odpovědí. Pouze 44 % respondentů odpovědělo správně. 6 % dotazovaných dokonce přehodnocuje riziko vzniku dekubitů až po jeho vzniku.

Otázky číslo 7, 10, 11, 15, 18 a 19 se zaměřují na zodpovězení první výzkumné otázky, a to, zda sestry znají správné zásady polohování pacientů. Otázka číslo 7 mapuje časové intervaly polohování pacientů během noci. Správnou odpovědí bylo polohování po 3 hodinách, kterou označilo 62 % respondentů. Po dvou hodinách polohuje 24 % dotázaných a čtyřhodinový interval zvolilo 14 % sester. Hlinková, Nemcová, Hulo a kolektiv (2019) uvádějí, že intervaly polohování pacientů se mohou lišit dle aktuálního zdravotního stavu v rozmezí 10 minut až 4 hodin. Dle standardu NT_SOP_35 probíhá polohování přes den po dvou hodinách a v noci po třech hodinách. Další otázka č. 7 je zaměřena na prevenci dekubitů v oblasti pat a využití polohování a antidekubitárních pomůcek. Z celkového počtu respondentů odpovědělo 14 % tak, že není potřeba žádných pomůcek k prevenci dekubitů v oblasti pat a stačí pouze použití antidekubitární matrace. Tato odpověď mi přijde naprosto nepřijatelná i vzhledem k dostupnosti antidekubitárních pomůcek na každém oddělení nemocnice. Správnou odpověď: využití podpatníků, měkčených kuličkových polštářů a preventivních krycích materiálů, uvedlo

86 % dotázaných. Nikdo nezvolil odpověď, že nevyužívá nic. Otázka číslo 11 je rovněž zaměřena na polohování pacienta, nyní k napolohování na bok. 100 % dotázaných odpovědělo, že k napolohování na bok využívají pomůcky k tomu určené a v dnešní době už nikdo nevyužívá samotných součástí lůžka jako jsou polštáře a peřiny pacientů. Vhodně zvolené pomůcky mají podstatně lepší vlastnosti ať už z důvodu následné dezinfekce, tak z vlastností termoregulačních. Správně zvolené a umístěné pomůcky nejsou pacientovi nepříjemné a ani mu neznemožňují určitý pohyb v lůžku. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že úroveň dostupných antidekubitárních pomůcek a pomůcek k polohování pacientů se za posledních sedm let velice zvedla. Na odděleních je dostatek pomůcek pro polohování pacientů. Taktéž došlo k výměně lůžek a všechny jsou elektronicky ovladatelné. Přináší to komfort pro pacienty a podstatné ulehčení pro nelékařský zdravotnický personál, protože pacient si může sám snížit nebo zvýšit pod hlavou. Nejen při rehabilitaci se často využívá možnost snížení nebo zvýšení polohy celého lůžka a usnadnění vstávání pacientů ať k sebeobsluze, hygieně nebo zmíněné rehabilitaci. Také posouvání pacientů v lůžku je snazší díky využívání polohovacích podložek, které se staly téměř automatickou součástí každého lůžka. Pouze 8 % sester posouvá pacienta v lůžku úchopem v podpaží. Předpokládám, že se tak děje u pacientů s menší tělesnou váhou. I přes to je to chybný způsob z důvodu působení tření a střižných sil a následnému možnému poškození pokožky pacienta. 92 % respondentů spolupracuje při polohování přímo s pacientem a díky jeho spolupráci a použití polohovací podložky je značně omezeno tření a střižné síly a téměř vyloučeno narušení integrity kůže. Můžeme vyloučit možnost, že dotazovaní nehledí na polohu pacienta před samotným povytažením v lůžku. Za nejdůležitější v prevenci dekubitů považují respondenti polohování (63 %). K podobným výsledkům dospěla také Hamplová (2020) ve své bakalářské práci, kde respondenti zvolili polohování jako nejdůležitější v prevenci dekubitů ve 75,47 %. Následně uvedlo 28 % mnou oslovených respondentů jako nejdůležitější kompenzaci celkového zdravotního stavu pacienta a 9 % respondentů považuje za nejdůležitější dostatečnou výživu. Možnost dostatečné hygieny nezvolil ani jeden z dotazovaných. Nejčastější příčinou vzniku dekubitů bylo označeno nedostatečné nebo špatně provedené polohování pacientů (62 %). Celkový zdravotní stav pacientů je dle dotázaných příčinou dekubitů ve 23 % a 13 % uvádí, že příčinou vzniku dekubitů je nejčastěji nedostatečná hygiena.

Otázky číslo 8, 12 a 14 jsou zaměřené na hygienu, péči o pokožku a sledování predilekčních míst. Na otázku frekvence hygienické péče o pacienty odpovědělo nejvíce (62 %) správně a to tak, že hygiena a úprava lůžka se provádí ráno, večer a podle potřeby pacienta. Hygienickou péči neprovádíme pouze z důvodu prevence dekubitů, ale i z důvodu udržení čistoty například z důvodu hojení ran. Je pro nás důležitý i komfort pacientů odkázaných na naši pomoc nebo celkovou péči v lůžku. 20 % dotázaných uvedlo, že hygienickou péči a úpravu lůžka provádí pouze dle potřeby pacienta. Ráno a večer označilo 12 % sester. Minimální počet (3 %) respondentů provádí péči o lůžko a hygienu jen ráno. K největšímu překvapení došlo u otázky číslo 12, kdy 76 % dotazovaných sester uvedlo, že po celkové hygieně pečujeme o pokožku důkladnou masáží predilekčních míst. Masírovat predilekční místa se nedoporučuje z důvodu možného poškození podkožních tkání a narušení jejich celistvosti. V minulosti byla masáž jako prevence doporučována, ale v dnešní době se od ní ustupuje právě z důvodu spíše negativních vlivů jak na křehkou pokožku pacientů s rizikem vzniku dekubitů, tak již zmíněným možným poškozením podkožní tkáně. Dokonce je možné, že určitou výhodou je neprovádění masáže (Pokorná, 2021). Pouze 8 % respondentů označilo správnou odpověď a to, že po celkové hygieně ošetříme pokožku emolencii nebo pokožku promažeme hydratačními krémy. Ani

řádné osušení pokožky není dostatečnou péčí o ni. Avšak ve studiích dostupných v dokumentu (Pokorná a kolektiv, 2021) není jasně prokázána spojitost použití hydratačních krémů a tím snížení vzniku dekubitů u pacientů s rizikem. Hydratace pokožky by ale měla být součástí celkové hygieny pacienta. Zvláště pak u pacientů s křehkou a suchou kůží. V otázce číslo 14 se dotazujeme na frekvenci kontroly predilekčních míst pacientů s rizikem vzniku dekubitů. Nejvíce respondentů (84 %) kontroluje predilekční místa několikrát denně, v podstatě při každém kontaktu s pacientem např. při hygieně nebo polohování. 16 % sester přistupuje ke kontrole predilekčních míst 1x denně. Nikdo z dotázaných neuvedl, že kontrolu predilekčních míst neprovádí. Pro mě se stala kontrola predilekčních míst rutinou, kterou provádím automaticky při kontaktu s pacientem již od jeho příjmu po celou dobu hospitalizace. Nejčastěji tak učiním při ranní hygieně, následně při případném převazu a při každé změně polohy pacienta.

Otázky číslo 9, 13, 16 a 17 se zaměřují na teoretické znalosti sester a týkají se postupu při zjištění rizika dekubitů, samotné definice dekubitu a vnitřních a vnějších příčin vzniku dekubitů. 92 % respondentů postupuje správně při zjištění rizika vzniku dekubitů. Tuto skutečnost zaznamenají do dokumentace, zakládají list o polohování pacienta, informují lékaře, soustředí se na důkladnou hygienu a péči o pokožku, kontrolují a případně zajistí dostatečnou nutriční, sledují predilekční místa a pravidelně polohují pacienta. Naordinování mastného tylu a dalších přípravků není v kompetenci sestry a vždy to musí předepsat lékař. Na otázku, co je to dekubitus, odpovědělo správně 66 % dotázaných. 30 % uvedlo, že dekubitus je oblast lokalizovaného poškození kůže a pod ní uložených tkání způsobené pouze třením. U poslední možnosti došlo předpokládám k chybnému přečtení odpovědi u 4 % dotázaných, kdy nepozorností přehlédli slovo „není“ a zvolili tedy chybnou odpověď – Dekubitus je jakákoliv léze, která není zapříčiněna monotónním tlakovým zatížením. Na otázku, co patří mezi vnitřní příčiny vzniku dekubitů, odpověděla většina (80 %) dotazovaných správně. 12 % sester uvedlo, že vnitřní příčinou vzniku dekubitů je inkontinence. Malá část respondentů uvádí jako vnitřní příčinu tření. U otázky na vnější příčiny vzniku dekubitů byly odpovědi jednoznačnější a 88 % dotazovaných uvedlo, že mezi ně řadíme střížné síly. Zbytek respondentů označil jako správnou odpověď věk pacientů.

Druhá výzkumná otázka této bakalářské práce se zaměřila na porovnání teoretických a praktických dovedností sester pracujících na interních a chirurgických odděleních. Výzkum ukázal, že mezi těmito skupinami existují rozdíly v úrovni znalostí. Tyto rozdíly byly identifikovány pomocí testového opravení dotazníků, kde byl za každou správnou odpověď udělen jeden bod a maximální možný počet z jednoho dotazníku byl 13. To znamená, že celkový počet získaných bodů je 650 za celá oddělení. Celkový počet získaný na chirurgických odděleních je 428 a na odděleních interních 506. Zajímavým zjištěním je, že žádná ze sester neodpověděla správně na všechny otázky, což poukazuje na mezery v jejich znalostech. Prvních šest a poslední dvě otázky v dotazníku nebyly bodovány, protože tyto otázky se týkaly spíše obecných informací a neodrážely přímo odborné znalosti spojené s pracovními dovednostmi.

Shrnutím výsledků výzkumu nelze přesně říci, zda si v prevenci dekubitů vedou lépe sestry s dlouholetou praxí nebo vyšším vzděláním. Jako jsou individuální výsledky šetření, měly by být individuální také další postupy ve zlepšení jejich znalostí a dovedností. Nemocnice Tábor, a.s. vede statistiky o výskytu dekubitů. Počítají se sem dekubity získané v nemocnici, ale také dekubity vnesené například z domova.

Návrh řešení a doporučení pro praxi

Školení na téma prevence dekubitů probíhá v Nemocnici Tábor, a.s. na dobrovolné bázi. Ne všichni pracovníci jsou pravidelně proškolení. Zjištění z výzkumu potvrzuje potřebu zaměřit se na specifické vzdělávací programy, školení a tréninkové moduly, které by mohly pomoci zvýšit úroveň odborných znalostí a praktických dovedností sester na obou typech oddělení. Rozvoj a implementace cílených školicích programů by mohly přispět k vyrovnaní rozdílů ve znalostech a zlepšení kvality péče poskytované pacientům na různých odděleních. Je důležité, aby takovéto školení bylo pravidelně aktualizováno a přizpůsobováno aktuálním potřebám a vývoji ve zdravotnické praxi, což zajistí, že všechny sestry budou vybaveny nezbytnými znalostmi a dovednostmi pro efektivní a bezpečnou péči o pacienty. Nelze opomenout možné samostudium nelékařského zdravotnického personálu, které by mělo být součástí zvolení této profese a každý zdravotník by měl mít určitou osobní zodpovědnost za své znalosti nejen v oblasti prevence dekubitů.

Na základě těchto poznatků by měla Nemocnice Tábor, a.s. a podobná zařízení přehodnotit své postupy a zavést pravidelné školení a aktualizace znalostí mezi svým personálem, aby byla zajištěna nejen správná aplikace známých metod prevence dekubitů, ale i adaptace na nově vznikající postupy a technologie v této oblasti. Tím by se zvýšila kvalita péče a snížila frekvence vzniku dekubitů mezi hospitalizovanými pacienty. Vysoké nároky na prevenci dekubitů má Nemocnice Tábor, a.s. na všechny pracovníky přímé péče o pacienty. Týká se to nelékařského zdravotnického personálu, jako jsou všeobecné sestry, praktické sestry a sanitáři, ale také samotných lékařů.

Zajímavou možností se mi jeví pomůcka v podobě papírových nebo plastových hodin umístěná u lůžka pacienta, kdy okamžitě po příchodu vidíte, kdy byl pacient naposledy polohován.

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat znalosti sester v oblasti prevence dekubitů. Některé z otázek byly spíše obecné pro zmapování vzorku respondentů. Většina otázek se zaměřila na teoretické a praktické znalosti a dovednosti. Dohromady utvořily tyto otázky celistvý výzkum a cíl mé bakalářské práce byl splněn. Ke splnění cíle přispělo zodpovězení výzkumných otázek, a to mapování vědomostí zvláště na interních a chirurgických odděleních. Dále pak zaměření se na nejdůležitější část prevence dekubitů – polohování.

Závěrem této bakalářské práce by se dalo konstatovat, že prevence dekubitů zůstává klíčovým a stále aktuálním tématem v péči o pacienty ve zdravotnických zařízeních. Výsledky provedeného výzkumu ukázaly, že ačkoliv je mezi zdravotními sestrami značný zájem o práci v oblasti prevence dekubitů, existují mezi nimi významné rozdíly v úrovni znalostí a dovedností. Obzvláště mladší sestry, které mají krátkou praxi, ještě nemusí být plně vybaveny potřebnými znalostmi, což zdůrazňuje potřebu dalšího vzdělávání a tréninku v této oblasti. Naopak starší zkušené sestry mají tendenci držet se zasetých systémů a měl by být kladen důraz na jejich pravidelné proškolení v oblasti novinek týkajících se prevence dekubitů a péče o pokožku.

Výzkum také poukázal na to, že existuje potřeba pravidelného školení a vzdělávání všeobecných i praktických sester, aby byly zlepšeny jejich schopnosti včas rozpoznávat rizika a efektivně reagovat na měnící se potřeby pacientů. To by mělo zahrnovat jak teoretické znalosti, tak praktické dovednosti v polohování pacientů a používání antidekubitárních pomůcek.

Důležitým zjištěním je i to, že standardní používání škál pro hodnocení rizika, jako je škála dle Nortonové, i když užitečné, nemusí vždy přinést očekávané výsledky bez pravidelného přehodnocení a aktualizace postupů péče, zvláště v reakci na změny v zdravotním stavu pacientů.

Seznam použité literatury

- BRABCOVÁ, Soňa. *Péče o rány pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-3133-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/pece-o-rany-10573/>.
- BURDA, Patrik a ŠOLCOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5333-1.
- DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2111-3.
- HAMPLOVÁ, Simona. *Dekubitus aneb chyba v ošetrovatelské péči* Online. Bakalářská práce. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií. 2020. Dostupné z: <https://theses.cz/id/6g9kdh/>. [cit. 2024-04-15].
- HEŘMÁNKOVÁ, Jana a Blanka KADEŘÁVKOVÁ. VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče* [online]. [cit. 2024-04-22]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>
- HLINKOVÁ, Edit; NEMCOVÁ, Jana a HUŤO, Edward. *Management chronických ran*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0620-2.
- HLINKOVÁ, Edit; NEMCOVÁ, Jana a MIERTO VÁ, Michaela a kolektiv. *Nehojace se rany*. 1. Osveta, 2015. ISBN 978-80-8063-433-9.
- HOLUBOVÁ, Adéla a ŠEFČÍKOVÁ, Olga. *Prevence a léčba dekubitů: Standard NT_SOP_35*. 2022. 2022.
- HUANG, Can; MA, Yuxia; WANG, Chenxia; JIANG, Mengyao; YUET FOON, Loretta et al. Predictive validity of the bradenscaleforpressureinjury risk assessment in adults: A systematicreview and meta-analysis. Online. *Nursing Open*. 2021, roč. 8, č. 5, s. 2194-2207. ISSN 2054-1058. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.792>. [cit. 2024-03-22].
- JANSEN, Ricardo Clayton Silva; SILVA, Kedyma Batista de Almeida a MOURA, Maria EdileuzaSoares. BradenScale in pressureulcer risk assessment. Online. *RevistaBrasileira de Enfermagem*. 2020, roč. 73, č. 6. ISSN 1984-0446. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>. [cit. 2024-03-22].
- KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN isbn978-80-246-4058-7.
- KACHLOVÁ, Miroslava a PLEVOVÁ, Ilona. *Postupy v ošetrovatelské péči*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-1244-9.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-0130-6.
- KOUTNÁ, Markéta a ULRYCH, Ondřej. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-190-2.

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

KUCKIR, Martina; VAŇKOVÁ, Hana; HOLMEROVÁ, Iva; VÍTEČKOVÁ, Slávka; JAROLÍMOVÁ, Eva et al. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0054-5.

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

ORCIUOLI, Francesco, Francesco J. ORCIUOLI a Angela PEDUTO. A Mobile Clinical DSS based on Augmented Reality and Deep Learning for the home care of patients afflicted by bedsores. *Procedia Computer Science* [online]. 2020, **175**, 181-188 [cit. 2024-04-06]. ISSN 18770509. Dostupné z: doi: 10.1016/j.procs.2020.07.028

POKORNÁ, Andrea a MRÁZOVÁ, Romana. *Kompéndium hojení ran pro sestry*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.

POKORNÁ, Andrea; DOLANOVÁ, Dana; ŠTROMBACHOVÁ, Veronika; BŮŘILOVÁ, Petra; KUČEROVÁ, Jana et al. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0720-9.

POKORNÁ, Andrea; HOFŠTETROVÁ KNOTKOVÁ, Michaela; HOKYNKOVÁ, Alica; STRNADOVÁ, Alice; STRYJA, Jan et al. *KPD- Prevence a léčba dekubitů*. Online. 2021, 23.2.2024. Dostupné z: <https://www.dekubity.eu/wp-content/uploads/2021/09/33-dekubity-final.pdf>. [cit. 2024-04-11]

Prevence a léčba dekubitů: stručná příručka – zkrácená verze doporučení. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2020. ISBN 978-80-7013-606-5.

STRYJA, Jan; KRAWCZYK, Petr; HÁJEK, Michal a JALŮVKA, František. *Repetitorium hojení ran* 2. Vydání 2. Semily: Geum, 2016. ISBN 978-80-87969-18-2.

TOMSOVÁ, Jana a ZELENÁ, Anna. Polohování – nedílná součást terapie a každodenní péče o pacienta. *Geriatric a gerontologie*. 2014, roč. 3, č. 3, s. 118-122. ISSN 1805-4684. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2014-3/polohovani-nedilna-soucast-terapie-a-kazdodenni-pece-o-pacienta-50086>.

TÓTH, Lukáš. *Proleženiny: Proč vznikají dekubity, jak se projevují a léčí?* Online. 2022, 23.2.2024. Dostupné z: <https://medicspark.cz/nemoci/prolezeniny/>. [cit. 2024-03-22].

Věstník MZ ČR č. 2/2020, Národní ošetrovatelský postup – Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity, 2020. [online] [cit. 2024-03-22] In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 2, 129-138. ISSN 1211-0868. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18554/40328/Vestnik%20MZ_2-2020.pdf

VEVERKOVÁ L. et al., 2022. Determinanty vzniku dekubitů – analýzy z nemocničního informačního systému. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 85(1), 52-56. Dostupné z: doi:10.48095/cccsnn2022S52.

VRÁBLÍKOVÁ, M., DRÁBKOVÁ, P., 2018. Dekubity a jejich léčba – kazuistiky. Florence [online]. 9(1), 20-21 [cit. 2024-03-22]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2018/1/dekubity-a-jejich-lecba-kazuistiky/>.

VYTEJČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta; OTRADOVCOVÁ, Iva a KUBÁTOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-3421-7.

WAGNER, Uwe. *Polohování v péči o nemocné*. Přeložil Jana MOHROVÁ. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-802-7120-536.

ZRUBÁKOVÁ, Katarína a BARTOŠOVIČ, Ivan. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2207-3.

Přílohy

Příloha č.1: Stupnice dle Nortonové

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence	
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Obr. 1: Škála dle Nortonové

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

Příloha č. 2: Bradenové stupnice

Bradenové stupnice

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Citlivost / percepce	úplně limitovaný	1	hodně limitovaný	2	mírně limitovaný	3	žádné poškození	4
Vlhkost	velmi vlhká kůže	1	příležitostně mokrá	2	zřídka mokrá	3	nikdy mokrá	4
Aktivita	nemocný připoutaný na lůžko	1	připoutaný k židli	2	příležitostně chodí	3	chodí často	4
Pohyblivost	úplná nepohyblivost	1	velmi omezená	2	mírně omezená	3	bez omezení	4
Výživa	velmi špatná	1	neadekvátní	2	adekvátní	3	výborná	4
Tření	problém	1	možný problém	2	bez problému	3		

POČET BODŮ:

- 16** - minimální riziko vzniku dekubitů
13-15 - střední riziko vzniku dekubitů
12 a méně - vysoké riziko vzniku dekubitů

Obr. 2: Škála dle Bradenové

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

Příloha č.3: Waterlowova škála

Waterlowova škála

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Poměr výška / 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	anemie	2	obojí inkontinence	3
		vlhká (↑teplota)	1	65-74	3	kouření	1		
		nepřiměřeně zbarvená	2	75-80	4				
		porušená	3	81 +	5				
Pohyblivost		Chuť k jídlu		Neurologická porucha		Operace/trauma		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 2 hod	5		
apatie	2	sonda	2	paraplegie	4 - 6				
omezená hybnost	3	nic per os	3						
nehybný	4								
v křesle	5								

Čím vyšší skóre bodů, tím větší riziko vzniku dekubitů

Obr. 3: Škála dle Waterlowové

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

Příloha č.4: Knollova stupnice

Knollova stupnice

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Vysvětlivky: • - tyto stavy započítat dvojnásobně

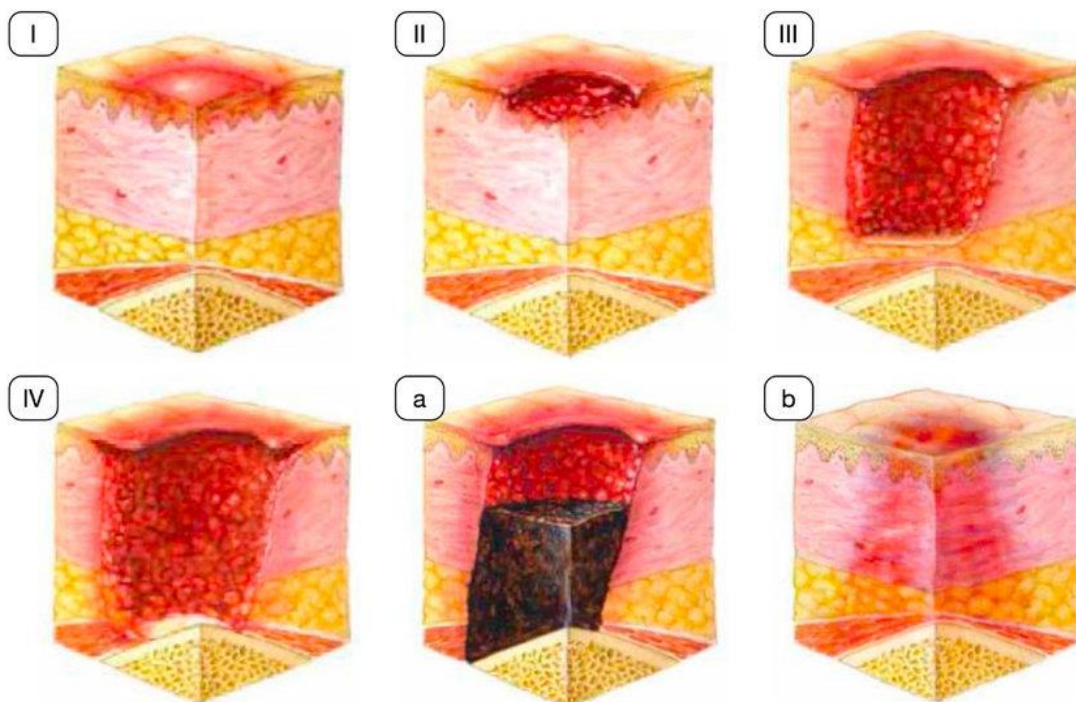
Parametry	0	1	2	3
Všeobecný stav zdraví	dobrý	přiměřený	chatrný	skomírající
Mentální stav	bdělý	letargie	semikomatózní	komatózní
Aktivita	chodící	potřebuje pomoc	•trvale na vozíku	•trvale na lůžku
Pohyblivost	plná	omezená	•velmi omezená	•imobilita
Inkontinence	žádná	občasná	•obvykle močová	•úplná stolice i moči
Příjem výživy ústy	dobrý	přiměřený	špatný	žádný
Příjem tekutin ústy	dobrý	přiměřený	špatný	žádný
Náchylnost k chorobám (DM, neuropatie, cévní onemocnění, anemie)	chybí	nevelká	průměrná	silná

Skóre nad 12 bodů znamená, že pacient je ohrožen vznikem dekubitů.

Obr. 4: Škála dle Knolla

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

Příloha č.5: Stupně dekubitů



Obr. 5: Stupně dekubitů

Zdroj: https://www.researchgate.net/figure/Categories-stages-for-EPUAP-NPUAP-source-italian-version-of-12_fig1_343497317

Příloha č. 6: Dotazník

Dotazník

Vážení kolegové,

Jmenuji se Nikola Novotná a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Pracuji jako praktická sestra na oddělení chirurgie C v Nemocnici Tábor.

V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci s názvem „Prevence dekubitů“. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku k tomuto tématu. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou využity pouze pro účely výzkumného šetření mé bakalářské práce. Prosím o pravdivé odpovědi, které odpovídají praxi na Vašem oddělení.

Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte vždy jen jednu správnou odpověď.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který strávíte nad dotazníkem. Díky vaší spolupráci budu schopna dokončit svou bakalářskou práci.

S pozdravem Nikola Novotná

1. Kolik let pracujete ve zdravotnictví
 - ☐ do 5 let
 - ☐ 5-10
 - ☐ 10-15
 - ☐ 15-25
 - ☐ 25 a více
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - ☐ Středoškolské- praktická sestra
 - ☐ Středoškolské- všeobecná sestra
 - ☐ Vyšší odborná škola- diplomovaný specialista
 - ☐ Vysoká škola- bakalářské studium
 - ☐ Vysoká škola- magisterské studium
 - ☐ Specializace- doplňte v jakém zaměření.....
 - ☐ Momentálně studuji- doplňte typ studia.....
3. Na jakém pracujete oddělení?
 - ☐ Interní obor
 - ☐ Chirurgický obor
4. Hodnotíte na oddělení riziko vzniku dekubitů při přijetí pacienta?
 - ☐ Ano
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím
5. Podle jaké škály hodnotíte riziko vzniku dekubitů?
 - ☐ Waterlowova
 - ☐ Bradenová
 - ☐ Nortonová
 - ☐ Knollova

6. Jak často přehodnocujete u pacientů riziko vzniku dekubitů? (možno více odpovědí)
 - Při změně stavu pacienta
 - 1x týdně
 - Až při vzniku dekubitu
 - Nepřehodnocuji
7. V jakých časových intervalech polohujete v noci pacienta s rizikem (dle škály Nortonové pod 25 bodů) vzniku dekubitů?
 - á2 hodiny
 - á3 hodiny
 - á4 hodiny
 - á6 hodin
8. Jak často provádíte hygienickou péči u pacientů, včetně úpravy lůžka?
 - Pouze ráno
 - Ráno a večer
 - Ráno, večer a dle potřeby pacienta
 - Dle potřeby pacienta
9. Jaký je správný postup při zjištění rizika vzniku dekubitů?
 - Záznam do dokumentace, založení listu o polohování, zvýšená hygiena péče o pokožku, kontrola nutrice, aplikace mastného tylu na predilekční místo
 - Záznam do dokumentace, založení listu o polohování, informování lékaře, zvýšená hygiena a péče o pokožku, kontrola a zajištění dostatečné nutrice, sledování predilekčních míst, pravidelné polohování pacienta
 - Záznam do dokumentace, založení listu o polohování, zvýšená hygiena a péče o pokožku, sledování predilekčních míst, snížení nutrice
10. Při prevenci vzniku dekubitů v oblasti pat použijete?
 - Nic
 - Podpatěnky, měkčené kuličkové polštáře, preventivní krycí materiály
 - Pouze antidekubitární matraci
11. Jaké pomůcky použijete k napolohování pacienta na bok?
 - Válce, klíny, měkčené kuličkové polštáře, molitanové podložky pod hýždě
 - Žádné, pacienta jen otočíme na bok a do lůžka nepřidáváme žádné pomůcky, pacientovi by mohly překážet
 - K založení pacienta využijeme příkrývku, případně další polštář přidáme mezi kolena
12. Jak pečujete o pokožku pacienta po celkové hygieně?
 - Jen řádně osušíme pokožku
 - Promazáním, použitím emoliencí, hydratačních krémů
 - Promazáním, klademe velký důraz na promasírování predilekčních míst
13. Co je to dekubitus?
 - Dekubitus je jakákoliv léze, která není zapříčiněná monotónním tlakovým zatížením
 - Dekubitus je důsledek místního oběhového selhání v kůži nebo v podkožních tkáních
 - Dekubitus je oblast lokalizovaného poškození kůže a pod ní uložených tkání způsobené pouze třením

14. Jak často kontrolujete predilekční místa?
- 1x denně, například při ranní hygieně
 - Několikrát denně při polohování pacienta, hygieně atp.
 - Nekontroluji
15. Jak postupujete při „povytažení“ pacienta v lůžku?
- Posuneme pacienta úchopem v podpaží tahem po lůžku
 - Pokud je to možné, poprosíme pacienta, aby se chytil hrazdičky, pokrčil nohy v kolenou a pomocí polohovací podložky nadzvedneme pacienta a posuneme vzhůru v lůžku
 - Bez ohledu na polohu pacienta posuneme pacienta v lůžku pomocí polohovací podložky
16. Co patří mezi vnitřní příčinu vzniku dekubitů?
- Inkontinence
 - Porucha nutrice
 - Tření
17. Co patří mezi vnější příčinu vzniku dekubitů?
- Střížné síly
 - Věk
 - Pohlaví
18. Co považujete za nejdůležitější v prevenci dekubitů?
- Polohování
 - Hygienu
 - Kompenzaci zdravotního stavu
19. Co je podle Vás nejčastější příčinou vzniku dekubitů?
- Celkový zdravotní stav pacienta
 - Nedostatečné nebo špatně provedené polohování pacienta
 - Nedostatečná hygiena
 - Nedostatečná výživa

Obr. 6: Dotazník

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č.7: Povolení výzkumu

V Táboře 15. 01. 2024

Náměstkyně ošetrovatelské péče

Ivana Skočdopolová

Kpt. Jaroše 2000

Tábor 390 03

Věc: Žádost o povolení průzkumu

Vážená paní Skočdopolová,

Jmenuji se Nikola Novotná a jsem studentkou 3. ročníku kombinovaného studia Ošetrovatelství na Vysoké škole polytechnické Jihlava, Tolstého 16. Dovoluji si Vás požádat o souhlas k dotazníkovému šetření. Tento dotazník bude součástí bakalářské práce na téma: „*Prevence dekubitů*“.

Dotazník je určen pro nelékařský zdravotnický personál pracující na odděleních NT. Předložený dotazník je zcela *anonymní* a údaje z tohoto průzkumu jsou zcela *důvěrné*. Sběr dat bude probíhat v měsíci leden až únor 2024.

V případě Vašeho souhlasu zašlu k nahlédnutí dotazník a se zpracováním výsledků budete seznámena.

Děkuji za kladné vyřízení žádosti.

Nikola Novotná

Kloužovice 40

Chýnov 391 55

email: nikolanovotnaa@gmail.com

Obr. 7.: Žádost o povolení výzkumu

Zdroj: vlastní zpracování