

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Porovnání ošetrovatelské péče o dekubity v lůžkových
zdravotních zařízeních a v agenturách domácí péče**

Bc. Anna Hobelantová

Diplomová práce

2009

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Anna HOBELANTOVÁ**

Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Ošetrovatelství**

Název tématu: **Porovnání ošetrovatelské péče o dekubity v lůžkových zdravotních zařízeních a v agenturách domácí péče**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

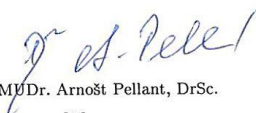
1. Úvod do tématu a stanovení cílů práce.
2. Studium literatury, shromažďování informací a materiálů.
3. Vypracování teoretické části práce.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníku.
5. Rozeslání dotazníku, analýza dat a jejich zpracování.
6. Vyhodnocení výsledků a závěr.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná


Seznam odborné literatury:

1. MIKULA J., MÜLLEROVÁ N. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.
2. KOUTNÁ, M. Péče o rány - manuál. Mimořádná příloha časopisu Sestra, 2004, č.6, s. 3-22.
3. SVĚRÁKOVÁ, M. Projekt hojení 21. Mimořádná příloha časopisu Sestra, 2007, roč. 17, č. 11, s. 4.
4. TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno : IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-324-8.
5. ROKYTA, R. a kol. Fyziologie. 1. vyd. Praha : ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-45-5.

Vedoucí diplomové práce: MUDr. Ivo Bureš
Fakulta zdravotnických studií
Konzultant diplomové práce: MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.
Fakulta zdravotnických studií
Datum zadání diplomové práce: 30. listopadu 2008
Termín odevzdání diplomové práce: 17. dubna 2009


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 27. února 2009

Prohlášení:

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 16. 04. 2009

Bc. Hobelantová Anna

Poděkování

Tímto bych chtěla velmi poděkovat mému vedoucímu diplomové práce MUDr. Ivo Burešovi, primáři geriatrického centra v Pardubické krajské nemocnici a konzultantce MUDr. Boženě Juraškové, Ph.D z Kliniky gerontologické a metabolické, Fakultní nemocnice Hradec Králové, za poskytnutí důležitých rad, informací a podnětů ke zpracování mé závěrečné práce. Dále bych chtěla poděkovat všem dotazovaným za spolupráci a ochotu při vyplňování a shromažďování dotazníků.

SOUHRN:

Tématem a zároveň cílem mé diplomové práce bylo „Porovnání ošetrovatelské péče o dekubity v lůžkových zdravotních zařízeních a v agenturách domácí péče“. Pro výzkumné šetření bylo nutné vypracovat dotazník (viz příloha). Celkem bylo dotazováno 67 agentur domácí péče a lůžkových zdravotních zařízení. Z tohoto množství se vrátilo pouze 34 vyplněných. Tedy 17 z agentur domácí péče a 17 z lůžkových zdravotních zařízení. Dotazník je souhrnem komplexního pohledu na péči o dekubity a obsahuje 23 otázek. Ty se týkají zejména evidence dekubitů, rizika vzniku dekubitů, otázky prevence vzniku dekubitů, edukace personálu, pečujících. Dotazník byl dále cílen i na postupy užívané k hojení dekubitů v obou typech zařízení, na ekonomické aspekty léčby dekubitů, psychický stav těchto nemocných, podíl rodiny v péči, a následné rehabilitace.

Na základě výsledku šetření je zřejmé, že je rozdíl v etiologii nedostatečné péče o dekubity v lůžkových zařízeních a v péči agentur domácí péče. Zatímco v lůžkových zdravotnických zařízeních je hlavním negativním aspektem v péči nedostatek personálu, antidekubitálních pomůcek, v domácím prostředí je negativním faktorem především nedostatečná spolupráce s rodinou a praktickými lékaři. U obou složek péče je edukace ošetrujícího personálu dostatečná.

KLÍČOVÁ SLOVA:

dekubitus; dotazník; ošetrovatelská péče; příčina vzniku; riziko vzniku; prevence; terapie; lůžková zdravotní zařízení; agentury domácí péče; porovnání ošetrovatelské péče o dekubity;

TITLE:

Confrontation of the nursing care of decubital ulcer in hospitals and in home care agencies

ABSTRACT:

This diploma thesis is focused on „Confrontation of the nursing care of decubital ulcer in hospitals and in home care agencies“. Objective of this thesis is description and elaboration global question about decubital ulcer.

In the theoretical section of my thesis, I described what is the decubital ulcer, what predisponate to grow out of decubital ulcer. Which are causes and procedures of their possible treatment. How to make prevent interventions. How looks like documentation and clasification of decubital ulcer. Kinds of treatment product which we can use by patients with decubital ulcer. Special techniques which we can use for better healing up.

The practical section is dependent on my investigation. I made a list of questions about decubital ulcers and I asked 62 hospitals and home care agencies together. 34 of these lists came to me back and I evaluated it. I put this question form into conclusion of my thesis. You can find it and read it there.

KEY WORDS:

Decubital ulcer; prevent interventions; products to treat; education of nurses; predisponeted factors; causes; hospitals; home care agencies

OBSAH

OBSAH	8
ÚVOD	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ETIOLOGIE, MECHANIZMUS VZNIKU, HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU A KLASIFIKACE DEKUBITŮ	11
1.1 KŮŽE A JEJÍ FUNKCE	11
1.2 CO JE „DECUBITUS“?	12
1.3 MECHANIZMUS VZNIKU DEKUBITŮ	13
1.4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK DEKUBITŮ	14
1.4.1 Zevní faktory.....	14
1.4.2 Vnitřní faktory.....	15
1.5 STUPNICE A ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ	18
1.5.1 Rozšířená stupnice podle Nortonové.....	18
1.5.2 Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám.....	19
1.5.3 Waterlowova škála.....	20
1.5.4 Stupnice podle Bradenové	21
1.6 KLASIFIKACE DEKUBITŮ	21
1.6.1 Klasifikace dekubitů podle EPUAPu (Evropský poradní sbor pro otázky v léčbě proleženin)	22
1.6.2 Danielova klasifikace dekubitů	22
1.6.3 Seilerovo posuzování vzhledu proleženin	22
1.6.4 Stupnice dekubitů podle Torrance.....	23
1.6.5 Vývoj dekubitů podle Válka	23
2 PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ	24
2.1 POLOHOVÁNÍ	24
2.2 ANTIDUKUBITNÍ POMŮCKY	25
2.2.1 Polohovací pomůcky	25
2.2.2 Polohovací lůžka.....	26
2.2.3 Antidekubitní matrace	27
2.3 HYGIENA (BLOKOVÁNÍ NEPŘÍZNIVÝCH CHEMICKÝCH A INFEKČNÍCH VLIVŮ VNĚJŠÍHO PROSTŘEDÍ)	29
2.4 NORMALIZACE CELKOVÉHO STAVU	29
2.5 NUTRIČNÍ SCREENING A HODNOCENÍ NUTRIČNÍHO STAVU.....	30
2.6 PÉČE O CELKOVÉ OCHRNUITÉ NEMOCNÉ A V BEZVĚDOMÍ S DEKUBITEM	32
3 LÉČBA DEKUBITŮ	33
3.1 DEKUBITY I. STUPNĚ	33
3.2 DEKUBITY II. STUPNĚ.....	33
3.3 DEKUBITY III. STUPNĚ	34
3.3.1 Rána krytá nekrotickou	34
3.3.2 Rána s granulační tkání	35
3.3.3 Stenozující chronické dekubity.....	35
3.4 DEKUBITY IV. STUPNĚ	35
4 PROCES HOJENÍ	36
4.1 FÁZE ZÁNĚTLIVÁ, EXUDATIVNÍ	36
4.2 FÁZE PROLIFERAČNÍ	37
4.3 FÁZE EPITELIZAČNÍ	37
4.4 TIME POSTUP	37
5 MODERNÍ OBVAZOVÝ MATERIÁL PRO VLHKÉ HOJENÍ DEKUBITŮ	38
5.1 HYDROKOLOIDNÍ KRYTÍ - HYDROKOLOIDY	38
5.2 HYDROGELOVÁ KRYTÍ - HYDROGELY	39
5.3 ALGINÁTOVÁ KRYTÍ - ALGINÁTY.....	39
5.4 OBVAZY SE STŘÍBREM	40
5.5 BIOAKTIVNÍ KRYTÍ	40

5.6	PĚNY, HYDROPOLYMERY, POLYURETANY	40
5.7	KRYTÍ ZE SÍŤOVÝCH MATERIÁLŮ - ANTISEPTICKÉ OBVAZY	41
5.8	TRANSPARENTNÍ POLYURETANOVÁ KRYTÍ - FILMY	41
5.9	NEADHERENTNÍ KONTAKTNÍ KRYTÍ	41
5.10	RŮZNÉ	42
6	DOKUMENTACE.....	43
II.	PRŮZKUMNÁ ČÁST.....	44
7	DOMNĚNKY O VÝZKUMNÉM ŠETŘENÍ.....	44
8	METODIKA VÝZKUMU	45
8.1	DOTAZNÍK	45
8.2	POSTUP PRÁCE	45
8.3	VÝZKUMNÝ VZOREK	46
9	VYHODNOCOVÁNÍ VÝSLEDKŮ.....	47
10	DISKUZE.....	80
	ZÁVĚR	84
11	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ:.....	85
12	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ:.....	88
13	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK:	91
14	PŘÍLOHY:.....	92

ÚVOD

Tématem mé diplomové práce je „Porovnání ošetrovatelské péče o dekubity v lůžkových zdravotních zařízeních a v agenturách domácí péče“. Pro výzkumné šetření bylo nutné vypracovat dotazník na toto téma.

V teoretické části se zabývám dekubitem jako takovým. V úvodu práce popisuji definici slova „dekubitus“. Co vlastně stojí za jeho vznikem, jaká je jeho etiologie. Popisuji predisponující faktory vzniku a jeho rizika. Také se zabývám klasifikací dekubitů, jednotlivými stupni dekubitů, jejich prevencí a terapií. K tomu patří otázka procesu hojení pomocí moderních obvazových materiálů, které v práci také uvádím.

V praktické části zpracovávám dotazník vytvořený speciálně pro tuto práci. Dotazníkového šetření se účastnilo 17 dotazovaných agentur domácí péče a 17 lůžkových zdravotních zařízení. Přičemž ale bylo rozdáno 67 dotazníků a návratnost tedy byla 34 dotazníků, které byly pro výzkumné šetření použitelné. Také v této části popisuji postup práce a metodiku výzkumu. Určuji si domněnky, které očekávám od výzkumného šetření a diskutuji o nich.

Závěrem shrnuji výsledky výzkumného šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Etiologie, mechanismus vzniku, hodnocení rizika vzniku a klasifikace dekubitů

1.1 Kůže a její funkce

Kůže (cutis, derma) je velmi důležitý orgán lidského těla. Jejím povrchem, 1,5 m² až 1,8 m², se řadí na první místo co do plochy těla. Její hmotnost je až 4,5 kg, což představuje asi 12 % tělesné váhy. Kůže se skládá z pokožky (epidermis), škáry (corium) a podkožního vaziva (subkutis). Z epitelu pokožky vznikají kožní deriváty, neboli adnexa. Jsou to útvary zrohovatělé pokožky, mezi které patří vlasy, nehty, ochlupení. Ale také to jsou nezbytné kožní žlázy, zejména mazové, ale je tu zařazena i mléčná žláza.

Mezi hlavní funkce kůže patří funkce obranná. Cutis odděluje vnější prostředí od vnitřního a brání pronikání škodlivých látek do organismu. Má velice dobré fyzikální vlastnosti. Je pevná, pružná, tažná a její celistvost chrání proti vnikání mikroorganismů do těla. Díky přítomnosti pigmentu melaninu je náš organismus ochráněn před nebezpečným působením ultrafialového záření.

Další nezbytnou funkcí je obrana organismu před dehydratací. Kůže je schopna zabránit ztrátám tělesných tekutin. Při nedostatečném příjmu tekutin, nebo při nadměrných ztrátách (pocením, zvracením, průjmy, z popálenin) tento stav může nastat. Dehydratací jsou ohroženi zejména staří lidé, kteří mají zhoršený přístup k tekutinám a snížený pocit žízně, a kojenci.

Kůže se také podílí na udržování stálé tělesné teploty. Účastní se na příjmu i výdeji tepla. Kožní kapiláry se vlivem tepla dilatují a teplo se uvolňuje. Chladem nastává u kapilár vazokonstrikce a teplo je v těle zadržováno. Důležitý je také pot a jeho odpařování. Působí proti přehřátí organismu.

Nesmíme zapomenout na kůži jako na smyslový orgán. Díky velkému množství receptorů uložených v kůži vnímáme hmat, chlad, teplo a bolest. Tyto receptory jsou nerovnoměrně rozloženy po celém těle.

Metabolická a skladovací funkce, kdy kůže obsahuje velké množství tuku, který je zde uložen jako zásobárna energie pro organismus a to i osob hubených. Tuk má také mechanický a tepelně izolační význam.

Působením slunečního záření se v kůži tvoří nezbytný vitamin D. Najdeme zde ale i jiné vitaminy rozpustné v tucích, jako je A, E, K.

Vylučovací funkce probíhá v kůži díky potním a mazovým žlázám. Pot je sekret, který se za normálních okolností vytváří stále (perspiratio insensibiles). Obsahuje různé látky, zejména však soli a má kyselou reakci, čímž omezuje růst mikroorganismů.

Resorpční funkce kůže je poměrně malá. Kůže není schopna propouštět vodu a látky ve vodě rozpustné. Proto by všechny látky použité k terapii a aplikované kůží (subkutánně) by měly být rozpustné v tucích.

Dále se kůže užívá v určování identity jedince. Metodou daktyloskopie se zjišťuje totožnost osob.

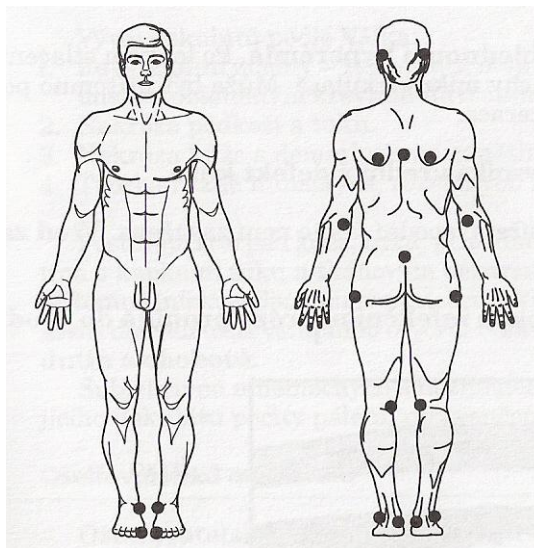
1.2 Co je „decubitus“?

Slovo „decubitus“ pochází z latinského slova „decumbere“, což znamená v překladu položit, lehnout si. [4] Decubitus je ve své podstatě chronická rána. Rána znamená narušení integrity tkáně tělesného povrchu, mnohdy spojené i se ztrátou hmoty tkáně. To, že je rána nazývána chronickou znamená, že se hojí per secundam. Dekubity neboli proleženiny, prosezeniny, tlakové léze, vředy mají svou příčinu v působení tlaku s poruchou cirkulace. Běžně se vyskytují v oblastech vystavených vysokému tlaku tělesné váhy na kostní prominence s tenkou podkožní tukovou vrstvou. Tato riziková místa se nazývají „predilekční místa“. Mezi predilekční lokalizace vzniku dekubitálních vředů patří týlní krajina, oblast loktů, hřebeny lopatek, oblast žeber, výběžky obratlů na páteři, boky, oblast sakrální, kyčelní krajiny, kyčelní kost, sedací hrboly, kloubní hrboly kosti stehenní a holení, kolena, hlavičky lýtkových kostí, kotníky, paty, nebo tlakové body plosek chodidel. [Obr. č. 1] Dekubitus ale nemusí vznikat pouze na povrchu pokožky. Často jsou také na sliznici po zavedení enterální výživy, vznikají otlakem katétru při dlouhodobé lokalizaci. Ten samý problém vzniká při zavedení permanentního močového katétru a jeho následným otlakem.

Pro tento typ chronické rány je mnoho různých definic, například:

- 1) „Proleženina je poškození kůže a podkožních tkání, které je způsobeno tlakem na hmatné kostní výčnělky povrchu těla, na nichž spočívá největší váha nemocného. Jsou to například: obratle krční páteře, lopatky, křížová kost a patní kosti při poloze na zádech. Proleženinami trpí zpravidla pacienti dlouhodobě upoutaní na lůžko a pacienti se sníženou hybností.“ [3]

- 2) „Dekubity jsou rány vyvolané tlakem, tedy tlakové rány a vředy. Rozsah odumrtí tkáně je určován současným vzájemným působením intenzity tlaku, dobou působení tlaku, celkovým stavem postiženého a vlivy zevního prostředí.“ [5]
- 3) „Decubitus – proleženina. Ohraničené odumření tkáně jako následek dlouhotrvajícího tlaku způsobujícího poruchu prokrvení. Decubitus vzniká často u ležících a nehybných pacientů v křížové oblasti, na patách, loktech apod. K vzniku přispívá též inkontinence (neschopnost udržet moč a stolicí) i celkově špatný stav nemocného. Vyvinutý decubitus má charakter vředu s druhotnou infekcí a malým sklonem k hojení. Rozsáhlé infikované dekubity ohrožují pacienta celkovou infekcí. Důležitá je prevence (polohování, podkládání ohrožených míst). Vyvinutý decubitus je třeba pravidelně ošetřovat antiseptickými léky, popř. provést i drobnější chirurgické ošetření. [6]

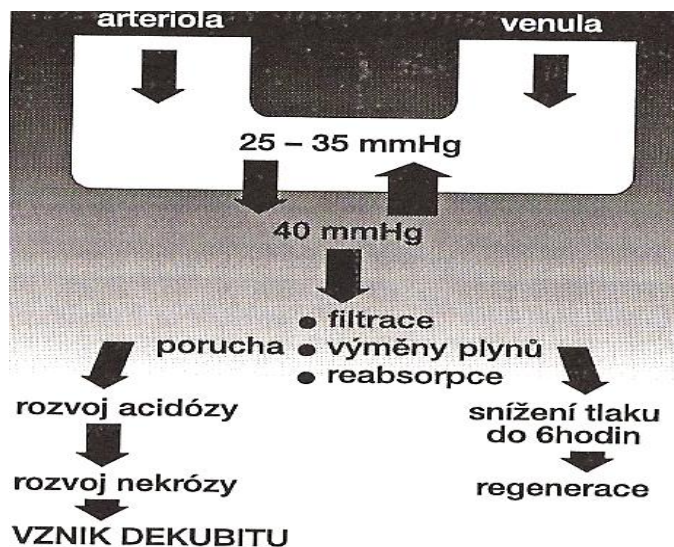


Obrázek č. 1: Predilekční místa [4]

1.3 Mechanismus vzniku dekubitů

Za normálních okolností, kdy se může člověk bez obtíží pohybovat, se působení vysokého tlaku na tkáně vyrovná přirozenou úlevou od stlačení. Během doby, kdy se působení tlaku na tkáně vyrovná, odlehčením probíhá proces hyperemie, což je překrvení tkáně nebo orgánu s opětovným okysličením tkání. Hlavní příčinou vzniku dekubitů je tedy stlačení měkkých tkání mezi kostí a tvrdou podložkou, kdy dochází k nedostatečnému prokrvování. Pokožka a svaly jsou nedostatečně vyživovány a dostaví se tkáňová hypoxie. Postupně nastává odumírání tkáně až nekróza. Intenzita tlaku, která překročí normální

hodnotu krevního tlaku v kapilárách, která je 4,27 kPa neboli 32mmHg, způsobí zástavu krevního řečiště. Dojde k ischemii tkání a stáze v kapilárách. Důsledkem je tedy odumření tkáně. Ovšem tato hranice tlaku se může měnit v závislosti na celkovém stavu nemocného a v mnoha případech můžou být tyto hodnoty nižší. Hlavním mechanismem vzniku dekubitů je ischemie tkáně, způsobená stálým tlakem při nepříznivých lokálních a celkových podmínkách. [Obr. č. 2] V praxi to znamená kolmý a tangenciální tlak na kůži (stříh), tření, maceraci při inkontinenci, poruchu mobility a imunity.



Obrázek č. 2: Ischemické poškození [4]

1.4 Faktory ovlivňující vznik dekubitů

Faktory ovlivňující vznik dekubitů dělíme na faktory vnější (zevní) a vnitřní.

1.4.1 Zevní faktory

1.4.1.1 Intenzita a doba působení tlaku na tkáň

Vznik dekubitů závisí na intenzitě tlaku dané hmotností těla, hlavními oblastmi poškození bývají kostní vyvýšeniny (prominence, tlakové body, tlakové oblasti). Doba působení tlaku, za kterou je možný vznik dekubitů je přímo úměrná hmotnosti těla, celkovému stavu, zevním podmínkám. Čím větší a nepříznivější jsou tyto faktory, tím kratší doba působení tlaku je potřebná ke vzniku dekubitů. Obvykle se udává hraniční, kritická doba dvou hodin, ale v extrémních případech se udává a doba dvaceti až třiceti minut.

1.4.1.2 Mechanické vlivy

Mezi mechanické vlivy řadíme závažné a nepříznivé vlivy sil střížných a třecích.

Gravitace táhne naše tělo směrem dolů a střížné síly nastupují zejména tam, kde je povrch, na kterém se nacházíme, nakloněn. Stříh vzniká posunem, skluzem, působením tahu po podložce, tím způsobíme posunutí kožních vrstev proti sobě s následným útlakem cév a ischemií. Posunem kožních vrstev se cévy napínají, zalamují i trhají a tím dochází k jejich sníženému prokrvení a zmíněné ischemii. Mikrocirkulaci také narušuje odtržení svalových vláken od podkožní tkáně, což vyvolá koagulační kaskádu a vznikají krevní sraženiny. Tyto síly jsou omylně používány při špatné manipulaci s nemocným na lůžku, kdy je místo správného nadzvednutí polohován popotažením.

Kromě střížných sil působí při sklouzávání také síly tažné. Klouzáním dochází ke tření kůže o podložku a tím se povrchové (rohové) vrstvy kůže narušují. Klesá tím také obranná funkce kůže. Třecí síly jsou tím intenzivnější, jestliže se vyskytuje zvýšená vlhkost a teplo. Tento případ vzniká je-li nemocný inkontinentní, nebo má zvýšenou tělesnou teplotu. Častá poranění jsou také ve spojitosti s pohmožděním kůže, kdy je nemocný polohován, přesouvám z lůžka, přesouvám na jiné místo. Také nerovnosti při úpravě lůžka bývají často důvodem počátku vzniku dekubitu.

1.4.1.3 Chemické vlivy

Největším škodlivým účinkem chemických vlivů se stává macerace. Je to proces změknutí tkání, vzniklé působením tekutiny. V našem případě se jedná o chemické působení potu, moči a stolice, kdy se jejich působením narušují povrchové (korové) vrstvy kůže. Vlivem macerace se stává kůže méně odolná proti infekcím, a nedokáže se proti chemickým vlivům dostatečně bránit.

1.4.2 Vnitřní faktory

1.4.2.1 Pohlaví

Otázka pohlaví je velice sporná. K nadměrné hmotnosti našeho národa přispívají více muži než ženy, neboť nadváhu má téměř 60 % mužské populace a 47 % připadá na ženy. [7] Proto si myslím, že jsou ke vzniku dekubitů, více náchylnější muži než ženy. Ovšem některé zdroje tvrdí opak. Že ženy jsou rizikovější skupinou, protože mají silnější tukové vrstvy. [1]

1.4.2.2 Věk

Věk hraje u vzniku dekubitů velikou roli. Mladší nemocní jsou ohroženi, zejména po mozkových obrnách, spastických stavech, úrazech, kdy jsou připoutáni na lůžko a odkázáni na ústavní rehabilitaci. Staří lidé mohou být také ohroženi těmito stavy. Mají k tomu ale ještě mnoho nevýhod, které přináší právě stáří. Pokožka starého člověka má sníženou elasticitu a pevnost. Je tedy náchylnější k tahovým a třecím silám, infekcím. Také je snižená schopnost hojení, což je způsobeno celkově méně prokrvenou pokožkou u starých lidí. V neposlední řadě je důležité, zda si starší nemocní jsou schopni počínající ránu ve vhodné lokalizaci sami ošetřit, či ne. Ve věku 20 – 40 let je pravděpodobnost vzniku dekubitů 20krát nižší než u seniorů. Až 71% nemocných s dekubity je věkově starších než 70 let. [1]

1.4.2.3 Tělesná hmotnost

Tento faktor je úzce spojen s výživou nemocného. U lidí vyhublých až kachektických je riziko vzniku dekubitu velmi vysoké. Tuková vrstva je snižena, svaly nejsou chráněny tukem a kostní prominence vylézají více než obvykle. To je pro dekubitus velmi vhodné prostředí. Naopak lidé s nadváhou či obezitou jsou zase ohroženi dekubitem díky snížené pohyblivosti a nedostatečným polohováním na lůžku. Každé vychýlení z optimální tělesné hmotnosti je rizikové.

1.4.2.4 Odolnost tkání vůči tlaku

Nejméně odolnou tkání vůči tlaku je zejména tkáň tuková a ihned poté tkáň svalová. Kůže a vazivo odolává tlaku nejlépe. Také cévy, které jsou ateroskleroticky změněné, mají sníženou odolnost vůči tlaku.

1.4.2.5 Hybnost - mobilita

Hybnost bývá porušena u poškození mozku, nervů, po anestezii, po operacích, při poruchách vědomí, ochrnutí těla různého rozsahu atd. Je nutné sledovat vliv předepsaných léků na hybnost a proces hojení. Sedativa a opioidy snižují hybnost, tím je vyvoláván zvýšený tlak na určité části těla, je snížena citlivost na podněty bolesti. Za normálních okolností si člověk v případě potřeby provede pohyby, které mu uvolní od tlaku.

1.4.2.6 Výživa

Výživa je jedním z faktorů, který zvyšuje riziko vzniku dekubitu. Měla by být vyvážená vzhledem ke stavu nemocného. Nedostatek plnohodnotné výživy způsobuje úbytek

svalové hmoty a snižuje obranyschopnost organismu. Nemocný by neměl být ani podvyživený ani obézní. Mnohdy ovšem nemocný nevypadá nezdravě, vyhuble či podvyživeně. Ovšem jeho nutriční screening nám vypovídá o poruše. Nejčastěji je nemocný s dekubity ohrožen nedostatkem bílkovin ve stravě, neboli hypoproteinemií. Také by měl být zajištěn dostatečný přísun vitaminů a minerálů. Mezi vitamíny by měl být do výživy zařazen vitamín C, E a mezi minerály hlavně zinek. Další látkou je aminokyselina arginin. Zvyšuje hmotnost příčně pruhované svaloviny a snižuje obsah tělesného tuku. Normalizuje dusíkový metabolismus ve tkáních, zvyšuje tvorbu kolagenu v chrupavčitých tkáních a stimuluje imunitní systém. Také je součástí kreatinu, který dodává potřebnou energii pracujícím svalům. [8]

1.4.2.7 Dehydratace a hyperhydratace

Při dehydrataci je kůže odvodněná, nenaplněná tekutinou a dochází ke snížení kožního turgoru. Netvoří se ani kožní řasy a kůže je vysušená. Tím pádem je opět náchylnější k poranění, poruše integrity kůže, infekcím a otokům. Při dehydrataci je kůže převodněná. Důsledkem toho se zvýší její napětí a vznikají otoky.

1.4.2.8 Inkontinence

Inkontinence je vždy rizikovým faktorem pro vznik dekubitů. Vlhkost dává vzniku macerace kůže a tím je kůže náchylnější k porušení a infekcí. Moč a stolice produkují silné kyseliny a zásady, které poškozují kožní povrch a způsobují jeho chemické poškození. Jestliže dojde k porušení kožní integrity, je pravděpodobný vznik defektu, který se brzy infikuje. Proto dbáme u inkontinentních nemocných na správnou hygienu lůžka. Udržujeme ho čisté, suché a urovnané. [2]

1.4.2.9 Infekce u dekubitů

Dekubitální vředy jsou téměř vždy nakažené infekcí. Každé porušení kůže (macerovaná kůže, špatné prokrvení, nekrotická tkáň, sekret v hlubokých ranách) tvoří živnou půdu pro bakterie. Bývají kolonizované smíšenou bakteriální flórou. Díky sekretům, které organismus produkuje, (pot, poševní sekret, moč, stolice) se mají bakterie kde pomnožit a mají možnost se uhnízdit v blízké ráně. Také se někdy vícečetné dekubity mohou druhotně infikovat mezi sebou hnisem. Nejvyšší koncentrace bakterií se nachází v hloubce rány a na jejích okrajích. Proto se u dekubitů III. a IV. stupně z těchto míst provádějí stěry na bakteriologické vyšetření. Pokud se organismus nechá toxickými účinky bakterií poškozovat,

pronikají bakterie hlouběji a hlouběji až začnou poškozovat tkáň, množit se a způsobí zánětlivou reakci, tzv. rannou infekci. Inkubační doba bývá okolo 8 – 10 hodin. Z této infekce se u těžkých případů může vyvinout až sepse, septický šok až smrt. Nejčastější bakterie, které kolonizují dekubity, jsou *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris*, *Enterococcus haemolyticus* a *Streptococcus*.

Tabulka č. 5: Druhy bakterií v závislosti na jejich charakteristickém vzhledu a zápachu sekretu v ráně [2]

Druh bakterie	Vzhled a zápach sekretu
<i>Staphylococcus aureus</i>	Smetanově žlutý sekret bez zápachu
<i>Streptococcus</i>	Řídký, žlutošedý sekret
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Modrozelený, nasládlé páchnoucí sekret
<i>Escherichia coli</i>	Nahnědlý sekret páchnoucí po výkalech

1.5 Stupnice a škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů

Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů existuje mnoho stupnic a škál. V praxi se nejčastěji setkáváme s rozšířenou stupnicí podle Nortonové. Dále je také často používaná Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám, Waterlowova škála a škála podle Bradenové. Rovněž je možné ověřit stupeň soběstačnosti pacienta pomocí testu ADL, neboli Activity Daily Living, podle Barthela. „Hodnocení celkového rizika u pacientů má zahrnovat: celkový stav kůže, hodnocení kůže, mobilitu, vlhkost a inkontinenci, výživu a bolest.“ [9]

1.5.1 Rozšířená stupnice podle Nortonové

Tato stupnice se zabývá devíti parametry nemocného. Patří sem schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, přidružené onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, aktivita, mobilita a inkontinence. U každého tohoto hlediska je bodová stupnice od 1 do 4. Přičemž 1 je nejlepší a 4 nejhorší. Body udělujeme tak, jak se nemocný k těmto hlediskům staví. Maximum bodů je 36. Riziko vzniku dekubitů vzniká již při bodech 25 a méně.

Tabulka č. 1: Rozšířená stupnice podle Nortonové [4]

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onem.	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
úplná 4	< 10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	bdělí 4	chodí 4	úplná 4	Není 4
malá 3	< 30 3	alergie 3	DM, TT 3	zhoršený 3	apatický 3	S doprovod. 3	částečně omezená 3	Občas 3
částečná 2	< 60 2	vlhká 2	anémie, kachexie, trombóza, obezita 2	špatný 2	zmatený 2	sedačka 2	velmi omezená 2	Převážně moč 2
žádná 1	> 60 1	suchá 1	Karcinom 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	Moč, stolice 1

1.5.2 Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám

U této stupnice jsou opět popisována a zkoumána různé parametry. Mezi ně patří všeobecný stav zdraví, mentální stav, aktivita, pohyblivost, inkontinence, příjem výživy ústy, příjem tekutin ústy. Dále také náchylnost k chorobám, kam se řadí například diabetes mellitus, neuropatie, cévní onemocnění, anémie. Opět je zde bodová stupnice ovšem od 0 do 3 bodů. Kdy je 0 nejlepší ohodnocení a 3 nejhorší stav. Nemocný se skóre nad 12 je ohrožen vznikem dekubitů. Stav, u kterých je malé znaménko, je nutné počítat dvojnásobně.

Tabulka č. 2: Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám [4]

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, anémie)	chybí	nevelká	průměrná	silná

1.5.3 Waterlowova škála

Waterlowova škála je přesnější, než rozšířená stupnice podle Nortonové.

Tabulka č. 3: Waterlowova škála [4]

<i>Stavba těla / výška pro váhu</i>		<i>Typ kůže v ohrožené oblasti</i>		<i>Pohlaví, věk</i>		<i>Zvláštní rizika</i>	
průměrný	0	zdravá	0	muž	1	podvýživa tkání např. termická kachexie	8
nadprůměrný	1	papírová	1	žena	2	srdeční selhání	5
obézní	2	suchá	1	14 – 49	1	periferní vaskulární choroba	5
podprůměrný	3	edematózní	1	50 – 74	2	anémie	2
		vlhká (zvýšená teplota)	1	75 – 80	3	kouření	1
		nepřiměřeně zbarvená	2	81 +	4		
<i>Kontinence</i>		<i>Pohyblivost</i>		<i>Chuť k jídlu</i>		<i>Neurologická porucha</i>	
úplná (katetrizován)	0	plná	0	průměrná	0	DM	4 – 6
občasná inkontinence	1	neklidný (vrtí se)	1	chabá	1	roztoušená skleróza	4 – 6
katetrizován/ inkontinence stolice	2	apatie	2	sonda (pouze tekutiny)	2	paraplegie	4 – 6
obojí inkontinence	3	omezená hybnost	3	nic per os	3		
		nehybný (trakce)	4				
		v křesle	5				
<i>Operace / trauma</i>		<i>Medikace</i>					
ortopedická, pod úrovní pasu	5	cytostatika, vysoké dávky steroidů protizánětlivé léky	5				
páteř, na stole déle než 2 hodiny	5						

1.5.4 Stupnice podle Bradenové

Tabulka č. 4: Stupnice podle Bradenové [4]

Citlivost percepce schopnost respondovat s nepohodlí	1. úplně limitovaný: neodpovídá na bolestivé stimuly, buď pr stav bezvědomí nebo silné senziorické poškození, které limituje citění bolesti na většinu povrchu těla	2. hodně limitovaný: odpovědi pouze na bolestivé stimuly (na verbální pokyny) otevřením očí nebo flexí končetin, nemůže verbálně komunikovat nepohodlí nebo má senziorické poškození, které limituje schopnost cítit bolest nebo nepohodlí na 1/2 těla	3. mírně limitovaný: odpovídá na verbální pokyny otevřením očí a poslechnutím příkazů, nemůže vždy komunikovat potřebuje být polohován nebo má nějaké senziorické poškození, které limituje schopnost cítit bolest nebo nepohodlí na jedné či obou končetinách	4. žádné poškození: odpovídá na příkaz uposlechnutím, sděluje potřeby přesně, nemá senziorická omezení, která by limitovala schopnost cítit bolest, nepohodlí
Vlhkost stupeň, kterému je kůže vystavena vlhkosti	1. velmi vlhká: kůže je téměř stále vlhká potem a močí, vlhkost je zaznamenávána vždy, když se pacient pohne nebo otočí, ložní prádlo musí být měněno častěji než 1x za směnu	2. příležitostně mokrá: kůže je často, ale ne vždy mokrá, ložní prádlo musí být měněno 2x – 3x/24 hod.	3. zřídka mokrá: kůže je zřídka mokrá více než 3x – 4x za týden, ale v tom případě je nutné pravidelně vyměňovat ložní prádlo	4. nikdy mokrá: pocení a inkontinence není nikdy problém, prádlo měníme jen v pravidelných intervalech
Aktivita stupeň fyzické aktivity	1. připoutaný na lůžko:	2. připoutaný k židli: schopnost chůze silně poškozená nebo žádná a musí být pomoci do židle, vozíku, když není v posteli, je připoután na židli nebo vozík	3. příležitostně chodí: během dne, ale na velmi krátké vzdálenosti s nebo bez pomoci, tráví většinu času v posteli nebo na židli	4. chodí často: chodí na malé vzdálenosti nejméně 1x/1 – 2 hodiny – přes den
Pohyblivost schopnost měnit a kontrolovat polohu těla	1. úplně nepohyblivost: neschopnost udělat byt mírnou změnu v poloze bez pomoci	2. velmi limitovaná: dělá příležitostně mírné změny v poloze bez pomoci, ale neschopen udělat časté nebo signifikantní změny v poloze nezávisle	3. mírně limitovaná: dělá časté, ačkoli mírné změny v poloze bez pomoci, ale neschopen udělat nebo vydržet hlavní změny v poloze nezávisle	4. žádná limitace: dělá velké a časté změny v poloze bez pomoci
Výživa obvyklé uzorce příjmu potraviny	1. velmi špatná: nikdy nesní celé jídlo, zřídka jí více než 1/3 nabídnutého jídla, příjem bílkovin je zanedbatelný, dokonce je i nesprávný příjem tekutin, nepřijímá nic per os (TPV) a nebo přijímá tekutiny ústy či i. v. více než 5 dní	2. pravděpodobně neadekvátní: zřídka jí úplné jídlo a obecně jí 1/2 nabídnutého jídla, má špatný příjem bílkovin, občas přijímá tekuté dietní náhražky nebo obdrží méně než optimum množství tekuté diety	3. adekvátní: jí přes polovinu většiny jídel, jí malé množství bílkovinných zdrojů 1x – 2x denně, občas odmítne jídlo, obvykle si vezme dietní náhražku pokud je nabídnuta nebo TPV, která pravděpodobně zajistí většinu potřeb	4. výborná: jí většinu jídla, nikdy neodmítá jídlo, často jí mezi jídly, nevyžaduje dietní náhražky
Tření a protřzení	1. problém: nvyžaduje mírnou až maximální pomoc v pohybu, úplně zvednutí bez smýkání po prostěradle není možné, často je kůže smýkána při polohování na lůžku či při transportu do židle, vyžaduje časté polohování s maximální pomocí – spasticita a kontrakce vede téměř ke stálému tření	2. potenciální problém: pohybuje se mírně nezávisle nebo vyžaduje minimální pomoc, kůže možná klouže proti prostěradlu na posteli nebo židli v určitém rozsahu, když se objeví pohyb pacient udržuje relativně dobrou pozici na židli nebo posteli po většinu času, ale občas sklouzne dolů	3. nezjevný problém: pohybuje se na židli a na posteli nezávisle a má dostatečnou svalovou sílu se úplně zvednout udržuje vždy dobrou polohu na židli a v posteli	Vyhodnocení tabulky dle Bradenové Počet bodů: 16 — minimální riziko pro vznik dekubitů 13 – 14 — střední riziko pro vznik dekubitů 12 či méně — vysoké riziko vzniku dekubitů

1.6 Klasifikace dekubitů

Jako je více stupnic a škál k hodnocení rizika vzniku dekubitů je také více klasifikací dekubitů, podle kterých se hodnotí a posuzují. Je ale nutné si uvědomit, že tlakové léze postoupí z hloubky na povrch a ne naopak. Dekubity tedy vznikají v hlubokých vrstvách a derou se na povrch, opačně je to například u popálenin. Proto musíme i sebemenší změny na povrchu kůže umět klasifikovat a posoudit, protože i ty mohou znamenat rozsáhlé poškození spodních kožních vrstev.

1.6.1 Klasifikace dekubitů podle EPUAPu (Evropský poradní sbor pro otázky v léčbě proleženin)

Stupeň 1: neblednoucí erytém bez porušení celistvosti kůže. Jako další indikátory lze též použít změnu barvy kůže, zvýšenou teplotu kůže, edém, induraci nebo zatvrdnutí, zvláště u jedinců s tmavší kůží.

Stupeň 2: ztráta kůže v částečné tloušťce, zasahující pokožku (epidermis), škáru (dermis) nebo obě vrstvy. Poškození je povrchové a klinicky se projevuje jako puchýř nebo abraze (odřeninina).

Stupeň 3: poškození nebo nekróza v celé tloušťce kůže, které může zasahovat podkožní tkáň až po fascii.

Stupeň 4: rozsáhlá destrukce, nekróza tkání či poškození svalů, kostí či podpurných struktur s úplnou ztrátou v celé tloušťce kůže nebo bez ní (bez poškození v celé tloušťce kůže).

1.6.2 Danielova klasifikace dekubitů

- I. Zarudnutí kůže
- II. Povrchní kožní vředy
- III. Nekróza podkožního tuku
- IV. Postižení všech hlubších struktur kromě kostí
- V. Rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, sekvestrace kostí nebo destrukce kloubů



Obrázek č. 3: Danielova klasifikace dekubitů (zleva I., II., III., IV., V. stupeň) [10]

1.6.3 Seilerovo posuzování vzhledu proleženin

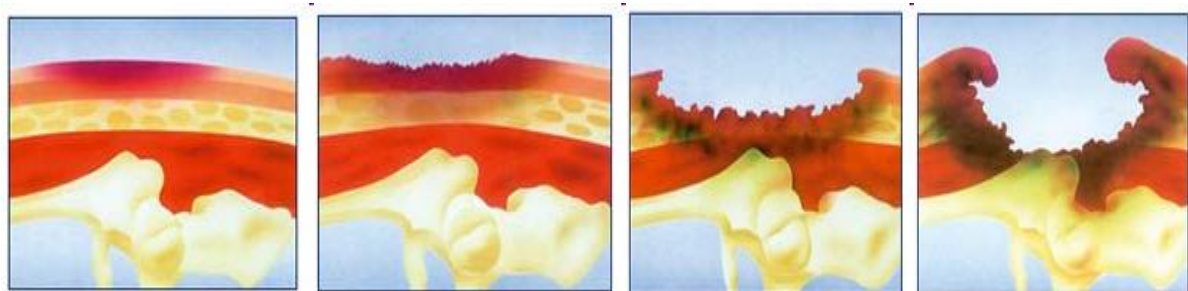
- A „čistá“ granulující rána bez nekrotů
- B rána špinavě povleklá se zbytky nekrotů, okolí není infikováno
- C rána jako ve stádiu B, ale s infiltrací v okolí rány a/nebo s projevy celkové sepse

1.6.4 Stupnice dekubitů podle Torrance

- Stupeň 1a: stádium blednoucí hyperémie, znamená to, že po tlaku prstem v místě erytému zůstává na kůži blednoucí místo a kůže se intaktní
- Stupeň 1b: neblednoucí hyperémie, po lehkém stlačení prstem erytém přetrvává, což značí poruchy mikrocirkulace, může být přítomno povrchové poškození kůže včetně epidermální ulcerace
- Stupeň 2: poškození se šíří do podkoží a vzniká vředový defekt kůže
- Stupeň 3: vřed má tendenci k dalšímu rozšíření, spodní fascie není zasažena, vřed zasahuje podkožní tukovou vrstvu
- Stupeň 4: rozpad tkáně se šíří do hloubky i do šířky; infekční nekróza proniká do spodiny fascie

1.6.5 Vývoj dekubitů podle Válka

- 1) Reverzibilní změny – zarudnutí, otok, drsná olupující se kůže, tlak prstu zanechává bledé místo s obleněným krevním návratem
- 2) Nekróza podkoží a tuku
- 3) Nekróza kůže s demarkačním zánětlivým lemem
- 4) Tvorba různě hlubokých, rozsáhlých a infikovaných dekubitů



Obrázek č. 4: Vývoj dekubitů podle Válka (zleva 1), 2), 3), 4)) [17]

2 Prevence vzniku dekubitů

U dekubitů i jiných ran obecně platí, že je lepší vzniku ran předcházet, než je následně léčit. Nemocnému díky prevenci ušetříme řadu nepříjemných útrap spojených dekubity. Pečujícím osobám a rodinným příslušníkům čas a značné finanční prostředky na nákladnou a dlouhodobou léčbu dekubitů. Prevence má tedy u dekubitů nezastupitelné místo. Vždy by měl být na prevenci kladen ten největší důraz. Vzhledem k tomu, že známe mechanismy vzniku těchto vředů, můžeme jejich vzniku mnoha způsoby předcházet. Při prevenci dbáme nejvíce na tyto faktory: polohování nemocného (zkracování doby působení tlaku, tak aby nepřekročil prahovou hodnotu), blokování nepříznivých mechanických vlivů zevního prostředí (používání antidekubitních pomůcek), hygienu (blokování nepříznivých chemických a infekčních vlivů vnějšího prostředí), normalizaci celkového stavu (vnitřní prostředí, výživa, krevní oběh, okysličování, zvládání celkové infekce apod.), zásady prevence dekubitů u lézí řídicích systémů - mozku, míchy (u psychických postižení a plegií je nutné pečlivě volit specifický ošetrovací a životní režim vzhledem k danému typu postižení), rehabilitaci. Jednoznačným cílem prevence je snaha předcházet vzniku dekubitů řádnou hygienou, častým a pravidelným polohováním, kvalitní stravou, rehabilitací a pozornou a empatickou péčí o nemocného. Dobře organizovaná a kvalitní ošetrovatelská péče má zásadní význam nejen při léčení dekubitů, ale i při prevenci, a to jak ve zdravotnickém zařízení, tak i doma. Na vzniku dekubitu se podílí trvalé působení tlaku v čase v kombinaci s vnějšími a vnitřními faktory. [2, 9] Další z obecných zásad při prevenci dekubitů je to, že riziková místa a dekubity bychom neměli nikdy masírovat. Masáží poškozeného podkoží bychom způsobili maceraci kůže a degeneraci podkožních tkání, které jsou nejvíce namáhány. Zejména u starších lidí, kdy je při masírování podkoží smýkáno a posouváno. Před těmito preventivními opatřeními ovšem musíme mít vyhodnocený stupeň rizika vzniku dekubitů. Získané výsledky zapíšeme do dokumentace nemocného a ihned aplikujeme příslušná preventivní opatření. Přistupujeme podle konkrétních, subjektivních a specifických potřeb nemocného. [2, 9, 10] Nesmíme však zapomínat na holistický přístup k nemocnému. Nesmíme zapomínat na jeho bio-psycho-sociální a duchovní potřeby. Poloha se mění podle onemocnění, vývoje choroby a podle potřeb nemocného.

2.1 Polohování

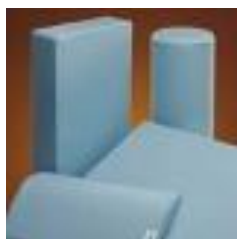
Polohování je základní, jednoduchou, zato tou nejúčinnější metodou v prevenci vzniku dekubitů. Je to systematická změna polohy nemocného, řízená přesnými pravidly. Provádí se

v přesných časových intervalech. Pravidelnou změnou polohy nemocného nedochází k nadměrnému působení tlaku na tlakové body a kostní prominence. Zajišťujeme tím dostatečné zásobení tkání kyslíkem a prokrvení. Intervaly pro změnu polohy jsou pohyblivé. Upravujeme je podle stávajícího stavu nemocného a pohybují se v rozmezí 10 minut až 4 hodin. Součástí ošetrovatelské dokumentace je také arch, který slouží pro zápis přesného denního plánu polohování (naplánování časových úseků pro každou polohu ve dne i v noci, plán po 2 hodinách), včetně použití konkrétních polohovacích pomůcek pro každou polohu nemocného. Během polohování si také všímáme možných nově vzniklých změn na kůži, tím provedeme nutnou kontrolu, která by měla proběhnout alespoň jednou denně. Jestliže se na kůži objeví změna, nebo příznaky vznikajícího dekubitu, je nutné intervaly mezi polohováními zkrátit, nebo zvolit či přidat jiné polohovací pomůcky. Kvalitní a účinná polohovací pomůcka dokáže interval mezi změnou poloh prodloužit. Napomáhá také ošetřujícímu personálu a rodině, pro který je tento polohovací režim už tak náročný. Zvláště má-li nemocný nadváhu či je obézní. Ošetřující personál často trpí vertebrogenními potížemi a únavou.

2.2 Antidekubitní pomůcky

2.2.1 Polohovací pomůcky

V dnešní době je na našem trhu nepřeberné množství firem, které nabízejí právě polohovací pomůcky. Polohovacích pomůcek je mnoho druhů. Jsou ve tvarech válců, kruhů, obdélníků, kvádrů, klínů, korýtek, podložek, polštářů. Tyto pomůcky jsou naplněny různými materiály, od přírodních materiálů (pohanka), molitanů, gelů až po syntetická vlákna. Mají také speciální povrchy. Většinou jsou snadno omyvatelné pro možnost dlouhodobého použití a také propustné pro páry, aby nedocházelo ke zvýšenému pocení a zamezení vlhkosti. Důležité je si uvědomit, že čím větší částí těla nemocný leží v lůžku, tím lépe se působící tlak rozloží a působí menší silou na větší plochu těla. Také musíme brát v potaz to, že i antidekubitní pomůcka může způsobit otlaky je-li špatně uložena.





Obrázek č. 5: Ukázky antidekubitních polohovacích pomůcek [12]



Obrázek č. 6: Některé možnosti využití polohovacích pomůcek [12]

2.2.2 Polohovací lůžka

Polohovací lůžka jsou velikou úlevou pro ošetřující personál, zvláště jsou li elektrická. Mechanická jsou praktická, avšak při velké hmotnosti nemocného jde o namáhavou práci, při které si ošetřující personál může tělesně ublížit. Elektrická lůžka jsou vybavena dálkovým ovladačem a nemocní si mohou dle své potřeby sami změnit a přenastavit vhodnou polohu. Většinu mechanických lůžek je možno polohovat pod zádovou a lýtkovou částí těla. Elektrická lůžka mají i řadu jiných možností. Jsou výškově nastavitelná, a lze je také napolohovat pod hlavou (i záklon hlavy) a do stran.

2.2.2.1 Nevýhody mechanických lůžek pro obsluhující personál

Při manipulaci s mechanickými lůžky se zvyšuje riziko úrazu obsluhujícího personálu. Personál je vystaven zvýšené fyzické námaze, předklánění, ohýbání se a nebezpečné rotaci trupu. Nezanedbatelná je i zvýšená zátěž na pohybové ústrojí personálu při manipulaci s nemocným.

2.2.2.2 Nevýhody mechanických lůžek pro nemocné

Nejzávažnějším problémem je imobilita nemocného. Plně imobilní nemocní na mechanických lůžkách jsou plně odkázáni na pomoc personálu. Při manipulaci s nemocným na lůžku podporujeme zvýšení tření a střížných sil, které během přesunů působí na kůži nemocného.

2.2.2.3 Výhody elektrických lůžek

Lůžka s elektrickým ovládním jsou vhodné i pro domácí použití. Umožňují snadnější polohování nemocných a snadné nastavení výšky lůžka i sklonu. Nemocný si tak může sám lůžko upravit do takové polohy, která pro něho bude nejpohodlnější. Také je dálkové ovládním vhodné pro pacientovu psychickou stránku. Cítí se lépe, když není tolik závislý na okolí a vlastním přičiněním se podílí na prevenci či terapii. Tato lůžka jsou většinou vybaveny systémem autoregrese. Je to možnost zvedat lůžko zádovou částí a nožní částí do středu. Tato poloha je velmi vhodná u prevence dekubitů. Při zvednutí obou částí se ve středu zvětší plocha hýžděové a bederní oblasti, čímž se rozloží neblaze působící tlak na tkáň.



Obrázek č. 7: Elektrické polohovací lůžko [12]



Obrázek č. 8: Mechanické polohovací lůžko [12]

2.2.3 Antidekubitní matrace

Mezi antidekubitní matrace patří všechny podpůrné povrchy, které přerozdělují tlak působící na tkáň. Patří sem sedací polštáře, podložky i matrace. Tyto měkké podložky a matrace slouží ke snížení tlaku na tkáň na minimální hodnoty. V ideálním případě by měli působit stejně, jako by se člověk fyziologicky pohyboval na lůžku. Antidekubitní matrace jsou buď pěnové, nebo vzduchové. Vzduchové potom mohou být ještě vybaveny pulzním kompresorem, který je nastavený na určité cykly. Střídavé přefukování komor matrace snižuje negativní působící tlak na tkáň. Matrace mají možnost výměny komor a jsou snadno omyvatelné a paroprodyšné.



Obrázek č. 9: Antidekubitní matrace a pulzní kompresor [12]

2.3 Hygiena (blokování nepříznivých chemických a infekčních vlivů vnějšího prostředí)

K dosažení dostatečné a správné hygieny je hlavním úkolem ošetřujícího personálu omezit nepříznivý vliv moči, stolice, potu, vaginálního sekretu a infekce. Nejčastěji se s tímto problémem setkáme u inkontinentních nemocných v oblasti pánevní, nebo u nemocných s již vzniklým dekubitem. Základní podmínkou je suché, čisté, dokonale upravené lůžko s měkkou antidekubitní matrací a vypnutým prostěradlem bez záhybů a nerovností. Drobné nerovnosti špatně upraveného lůžka, pleny, či jiné předměty v lůžku značí o velkém riziku. I špatně umístěná polohovací pomůcka může způsobit vznik dekubitu. Měli bychom dbát i na hygienu prostředí. Místnost by měla být vhodně odvětrávána. Dbáme na zajištění vlhkosti vzduchu a teploty v místnosti. Nevhodné pro ránu jsou jakékoli větší výkyvy teploty a mohou pozastavit a zhoršit hojení. U imobilních nemocných vznikají těžké komplikace, jako je bakteriální pneumonie a akutní pyelitida. Bakterie se krevní cestou dostanou do tlakem porušené oblasti a způsobují tak nebezpečné flegmóny. Proto se k prevenci infekce neodmyslitelně řadí dechová rehabilitace a dostatečný přísun tekutin.

Hygiena inkontinentního nemocného s dekubitem má svá pravidla. Neměly bychom užívat ke koupeli příliš horkou vodu, ránu sprchujeme a omýváme. Používáme nedráždivé mycí gely a po koupeli dostatečně osušíme. Osušení pokožky nesmíme odbýt, osuškou netřeme, ale pokládáním vysoušíme. Tomuto způsobu otírání říkáme tapování. Nedoporučujeme příliš tlačit, mohli bychom vlhkou pokožku poškodit. Pokládáme to nezbytné, abychom odstranili neblahou vlhkost. S tím souvisí i vlastnosti materiálů, které používáme k úpravě lůžka a k polohování. Materiály by měli být pro vodu nepropustné (omyvatelné), ale musí být prodyšné pro vlhkost a páry, které organismus produkuje. Absolutně nevhodné jsou igelitové podložky či jiné umělohmotné materiály. Nevhodné jsou i plenové kalhotky, pokožka se zapařuje a později maceruje. Tím se zvyšuje riziko jejího poškození. Pokožku se pomocí krémů či emulzí snažíme udržet vláčnou, nevysušenou, nepopraskanou. Vzniklé dekubity ale nikdy nemasírujeme. Podporujeme tím rozšíření infekce do okolních tkání. Stav pokožky neustále kontrolujeme.

2.4 Normalizace celkového stavu

Zde má nezastupitelnou úlohu lékař a nutriční terapeut. Podle laboratorních a dalších vyšetření se získá přehled o celkovém stavu nemocného a rozhodne se pro vhodnou terapii. Často je terapie zaměřena na srdeční kompenzaci, korekci anémie, hypoproteinémie,

rovnováhy vnitřního prostředí, diabetu, blokování infekce a jiné. Častou jsou nemocným podávány krevní deriváty, bílkoviny a elektrolyty. Nesmíme ovšem opomenout stravu. Existuje přímá příčinná souvislost mezi výživou a vznikem proleženin. Nutrice nemocného je velmi důležitou součástí prevence i léčby dekubitů. Nedostatečná výživa může ovlivnit odolnost tkání k zevním faktorům. „Po zhodnocení rizika má být pro nutričně ohrožené pacienty vypracován plán vhodné nutriční podpory a nebo suplementace, který pokryje individuální potřeby a je v souladu s celkovými cíli léčby. Zajistit adekvátní příjem potravy v takovém rozsahu, abyste zabránili vzniku malnutrice v souladu s požadavky nebo stavem pacienta.“ [9]

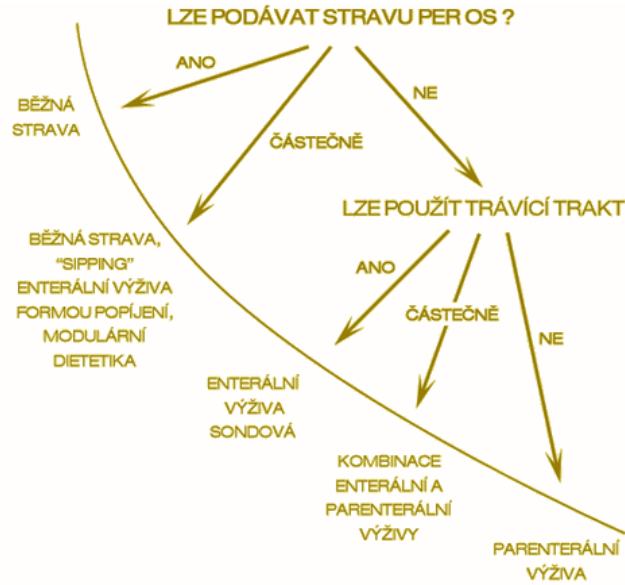
(vnitřní prostředí, výživa, krevní oběh, okysličování, zvládnutí celkové infekce apod.)

2.5 Nutriční screening a hodnocení nutričního stavu

Screening a hodnocení nutričního stavu lze provádět pomocí různých metod. Patří mezi ně například SGA, neboli celkové subjektivní hodnocení. Měřením hmotnosti a výšky můžeme spočítat takzvaný Body Mass Index (BMI), index tělesné hmotnosti. Bylo ale zjištěno, že hodnoty BMI mají menší výpovědní hodnotu u některých skupin nemocných, např. u dětí a u velmi starých osob, a to v důsledku různého či změněného poměru tukové a libové (svalové) tělesné hmoty. Jedinec se pokud možno vždy váží ve stejnou denní dobu, pomocí stejné váhy a při nastavení vhodného váhového rozsahu (do 350 kg). Před vážením by se měl pacient zout a svléknout si venkovní oděv. Je-li to provozně možné, každé vážení by měla provádět vždy stejná osoba. Kromě měření hmotnosti je dalším spolehlivým ukazatelem měření obvodu pasu. Udává množství intraabdominální tukové tkáně. Měření obvodu pasu bychom měli provádět ve specifické lokalizaci, tj. na středu spojnice mezi hřebenem kosti kyčelní (crista iliaca anterior superior) a posledním žebrem, ve střední axilární čáře. Je důležité zjistit, proč příjem potravy a tekutin dosahuje udávaných hodnot. Biochemická vyšetření jako jsou sérové hladiny albuminu, hemoglobinu a draslíku mohou být užitečné při hodnocení nutričního stavu nemocných, i když tyto ukazatele mohou poskytnout více informací o chronické než o akutní depleci specifických nutrientů. Obecně je nepravděpodobné, že biochemická vyšetření poskytnou více informací než jiné indikátory, např. nechtěná ztráta tělesné váhy, přestože v řadě studií je citována souvislost mezi hladinou albuminu a proleženinami. Nutriční stav má být hodnocen pravidelně a opakovaně podle individualizovaného plánu, který obsahuje rovněž datum hodnocení. Hodnocení by se také mělo provádět na základě určitých událostí, jako jsou zejména chirurgický zákrok, jakýkoliv rozvoj infekčních nebo jiných katabolických procesů, které pravděpodobně způsobí vyšší

nutriční zátěž jedince. Pokud hodnocení nebo screening nutričního stavu ukazují na možnou podvýživu, je nutno zvážit nutriční intervenci. Základním cílem nutriční intervence obecně je korigovat proteinoenergetickou malnutrici, ideálně perorální cestou. Pokud posuzujeme omezení normálního příjmu stravy a tekutin, je nutno přihlídnout k podmínkám, jakými jsou např. dostupnost stravy, sociální a funkční aspekty společně se skladbou diety. Změny těchto podmínek mohou zvýšený perorální příjem podpořit nebo usnadnit. Celkově by mělo být cílem posoudit kvalitu a energetickou hodnotu stravy, ne pouze její množství. Množství přijímaných tekutin je přitom stejně důležité jako jejich kvalita. Požadavky na množství nutričních doplňků se u jednotlivých pacientů liší. Nemocnému je nutno zajistit příjem minimálně 30 - 35 kcal na kg tělesné hmotnosti za den, při požadavku 1 až 1,5 g bílkovin na kg a den. U hnisajících ran totiž dochází ke značnému úbytku bílkovin, které je nezbytně nutné doplňovat. Dále 1 kcal na ml tekutin denně. Úspěšnost nutriční intervence by měla být kontrolována na základě průběžných, pravidelných nutričních hodnocení. Jejím ukazatelem mohou být pozitivní výstupy, jako je výšená tělesná hmotnost či zlepšené funkční schopnosti a nebo zlepšená kvalita života související se zdravím. Úspěšná nutriční intervence ukáže také snížený výskyt nových proleženin a hojení již vytvořených proleženin. U podvyživených osob však účinky pozitivní nutriční terapie nemusí zřejmé ihned. Děje se tak z důvodu, že se nejprve obnovují již vyčerpané rezervy. Mnoho studií ukazuje, že obohacení stravy o bílkoviny a energii spolu s podáváním argininu, vitaminů a stopových prvků s antioxidačními účinky má pozitivní vliv na hojení. Důkazy o významu suplementace kyseliny askorbové jsou nejednoznačné. Také důkazy o významu suplementace zinkem jsou slabé. Pokud se má zlepšit normální příjem stravy, je nutno vyřešit určité subjektivní problémy nemocného. Kontrolovat zápach a výtok z rány, změněný vzhled nemocného, bolesti související s proleženinou a ztrátu sebeúcty, protože takové faktory mohou vést k omezenému nutričnímu příjmu. Velmi vhodné pro suplementaci jednotlivých živin jsou tyto produkty: Nutridrink , Cubitan s různou příchutí (čokoládovou, jahodovou, vanilkovou) Cubison Pack. Nesmíme také opomenout dostatečný pitný režim. [9]

Nejlepším způsobem, jak zajistit dostatečnou výživu nemocného je perorální příjem ať již konzumací běžné stravy nebo indikací enterální klinické výživy. Pokud není pacient schopen (z jakéhokoli důvodu) přijímat potravu per os, ale trávicí trakt je plně nebo alespoň částečně funkční, přistupuje se k indikaci enterální klinické výživy podávané sondou. Jestliže je trávicí systém úplně vyřazen z provozu, přistupuje se k parenterální výživě. Rozhodovací strom nám může pomoci rozhodnout o nejvhodnějším způsobu výživy nemocného.



Obrázek č. 9: Rozhodovací algoritmy v umělé výživě (Rozhodovací strom) [13]

2.6 Péče o celkově ochrnuté nemocné a v bezvědomí s dekubitem

Prevence dekubitů je zvláště nutná u nemocných s poruchami hybnosti (plegie), citlivosti a vegetativních funkcí, které jsou kombinovány s poruchami vědomí. U těchto složitých a velmi těžkých stavů je prevence vzniku dekubitů zvláště obtížná. U takto nemocných je nutné v souvislosti s jejich zdravotním stavem postupovat zvláště důsledně, pečlivě a systematicky. Je u nich velmi silně snížena celková odolnost organismu a citlivost vnímání bolesti určitých částí těla, podle typu postižení (poškození míchy, necitlivost části těla). Častým problémem je inkontinence. Vznik dekubitů v těchto stavech bývá velmi rychlý. Schopnost organismu odolávat tlaku je zde díky těmto poruchám snížena na minimum. Proto prevence musí být metodou první volby. Prevenci musíme plně přizpůsobit a individualizovat specifickým potřebám nemocného. Většinou se s touto problematikou setkáme na vysoce specializovaných, perfektně vybavených pracovištích. Jsou to zejména jednotky ARO, JIP, spinální jednotky, kde nejde zejména o prevenci dekubitů, ale o udržení životně důležitých funkcí a o vysoce odborné ošetření poranění míchy a zlomenin páteře. Ochrnutí nemocní tak zůstávají celoživotně ohroženi vznikem dekubitů. U těchto nemocných je nejen důležité uplatňovat preventivní opatření. Je nutné jim vypracovat speciální individuální životní režim. Nemocný potřebuje trpělivý, šetrný a citlivý přístup ošetřujícího personálu.

3 Léčba dekubitů

Léčba dekubitů je „běh na dlouhou trať“. Je to složitý komplex opatření, která se týkají jak celkového stavu nemocného a tlakových lézí jako takových. Možností léčby jsou dva přístupy, konzervativní a operační. Volba léčby závisí na posouzení stupně dekubitu, infekci a základním onemocněním nemocného. Také se řídíme dle mobilizace nemocného. Očekáváme-li brzkou mobilizaci (po úrazu, infarktu myokardu), přistupuje se ke konzervativnímu přístupu léčby. Je-li mobilizace v nedohlednu (více jak 6 měsíců) a vřed je stále otevřený, bez infekce, volí se léčba chirurgická. Zvláště brzká operační léčba se volí, je-li nemocný s parézou a hlubokými rozsáhlými dekubity. Terapie spočívá v eliminaci tlaku, odstranění nekrózy, boji proti infekci, obvazování rány a v minimalizaci rizikových faktorů.

Dle doporučení EPUAP se při konzervativní terapii postupuje takto: Zhodnoťte proleženinu (proleženiny nejprve podle lokalizace, stupně, velikosti, stavu spodiny rány, exudátu, bolestivosti a stavu okolní kůže). Pečlivě identifikujte podminování a tvorbu sinů. Kontrolujte dekubity pokud možno denně nebo alespoň jednou týdně. Zhorší-li se stav pacienta nebo dekubitu, přehodnoťte léčebný plán co nejdříve po zjištění známek zhoršení. Odeberte úplnou anamnézu a proveďte fyzikální vyšetření pacienta, protože dekubitus se musí posuzovat v kontextu s celkovým zdravotním stavem pacienta a jeho psychosociálním zdravím. Řešte zjištěné potřeby. [9]

3.1 Dekubity I. Stupně

Klinický obraz tvoří edém, zarudnutí a zatuhnutí postižené oblasti na pohmat. Uplatňujeme zde principy účinného polohování. U prvního stupně dekubitů lze proto po snížení tlaku v brzkém časovém intervalu, docílit úplné obnovy poškozené tkáně. Další postižení té samé tkáně vede k opětovnému poškození a zhoršenému hojení. Postižené místo je dobré oplachovat pitnou vodou nebo fyziologickým roztokem. Při oplachování bychom neměli používat hrubé mechanické síly. Antiseptika k čištění rány se nemají používat pravidelně, ale jenom po určitou dobu, dokud není rána čistá a zánět v okolí zklidněn. Také je vhodné pokožku promašťovat. Měli bychom se vyvarovat všem prostředkům, které by způsobily pasivní hyperémii postiženého místa.

3.2 Dekubity II. Stupně

Tento stupeň se vyznačuje tvorbou puchýřů, obnažením coria. Připomíná hlubší oděrku. Postižená oblast je tužší na pohmat a má lividní (namodralý) vzhled.

Nejdůležitějším krokem je zbavit se nepříznivě působících faktorů, zejména tlaku, a omezit je na minimum. Toho opět docílíme antidekubitními pomůckami. Doporučuje se puchýře opatrně asepticky odstranit a vzniklá rána se poté chrání před infekcí a exudátem. Potřebujeme, aby vznikla pevná krusta, která by pevně přisedala na corium. Jsou-li vhodné léčebné podmínky, krusta se v časovém intervalu cirkulárně zmenšuje až do úplného zhojení. Poté krusta odpadne a objeví se nově vzniklá zhojená narůžovělá tkáň.

Na tento stupeň dekubitu jsou pro léčbu vhodné tzv. filmy. Jsou to transparentní (průhledné) polyuretanové krycí obvazy. Tyto obvazy mohou na ráně zůstat několik dní a jeho transparentnost umožňuje jednoduchou kontrolu rány kdykoli potřebujeme. Chrání kůži před působením tekutin a bakterií, infekcí a před macerací. Propouští vodní páry a kyslík, dovoluje tím kůži dýchat.

Neodstraní-li se nepříznivý tlak a jiné faktory, rána se dále zhoršuje, proniká do ní infekce a dochází k nekróze. Vzniká dekubit III. stupně a někdy i IV.

3.3 Dekubity III. Stupně

Tento stupeň dekubitu má čtyři formy. Kdy je rána krytá nektrózou, rána je přeměněná v granulační plochu, rána se přeměnila v chronický vřed (plošný, nebo kráterovitý, vystlaný granulační tkání), stenozující chronické dekubity.

3.3.1 Rána krytá nektrózou

Přítomnost mrtvé, nekrotické tkáně v ráně znemožňuje její adekvátní hojení. Díky infekci a demarkačním (ohraňčeným) pochodům se v ráně pod nektrózou shromažďuje nežádoucí sekret. Nemocný je ohrožen celkovou infekcí a místní flegmónou. Nektróza by proto měla být co nejrychleji odstraněna z rány. Avšak rozeznání úplného odumření kůže není zpočátku zcela lehké. Lékaři často s odstraňujícím výkonem čekají, až dojde k sepsi, rozšíření a prohloubení dekubitu. Pacient je tímto způsobem ještě více poškozován. Debridement (čištění rány) je definován jako odstranění devitalizované tkáně z rány. Odstraní se tím živná půda pro vznik infekce, usnadní a podpoří hojení a umožní posoudit hloubku rány. Metody čištění rány zahrnují čištění chirurgické, enzymatické, autolytické, larvami nebo kombinované. K odstranění nekrotické tkáně je zapotřebí, aby tato tkáň změkla. Toho se v nutných případech docílí nanesením mohutné vrstvy sterilní vazelíny, či borové masti. Tkáň rehydruje, změkne a rozbředne a fyziologické odstranění nektróz je jednodušší. Také se používají pro tento proces hydrogely (nu-gel) a hydrokoloidy, které vytvoří vlhké prostředí

pro hojení a podporují autolýzu (poškození a rozložení buněk a tkání jejich vlastními enzymy). Chirurgické metody zahrnují použití skalpelu a nůžek vyškolenou zdravotní sestrou u lůžka pacienta či vyčištění rány chirurgem na operačním sále.

3.3.2 Rána s granulační tkání

Je-li nemožné provést chirurgický výkon (chirurgický uzávěr rány, nebo volná transplantace), je cílem terapie rychlé vyčištění rány a podpora epitelizace. Měli bychom při terapii dodržet tyto zásady. Tlumit infekci a tím i sekreci z rány a nepoškodovat tvorbu granulační a epitelizační tkáně. Proto u této formy dekubitu používáme léčbu ran obklady (TenderWet – polštářek na rány se savým superabsorbentem). Obklady jsou napouštěny různými roztoky a ponechány na ráně.

3.3.3 Stenozující chronické dekubity

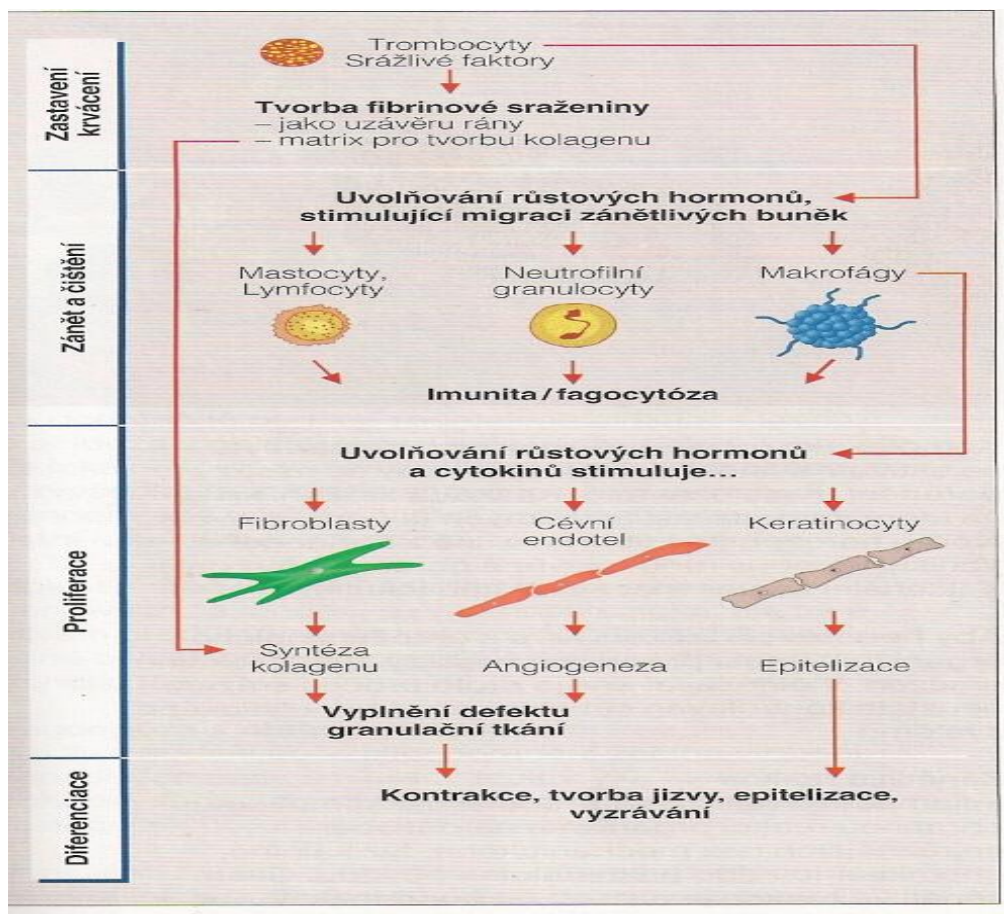
Tento chronický dekubit se vyskytuje nejčastěji u ochrnutých nemocných. Přináší sebou ošklivé komplikace a bez jakýchkoli pochybností je indikován k radikální chirurgické operaci. Patří sem ischiální a trochanterické dekubity, které se často zužují, až uzavírají, což vede k retenci hnisu, opakovaným infekcím a septickým stavům. Vnikne tzv. vředový vak. Platí zde pravidlo, že rána se nesmí uzavřít, není-li zlikvidována dutina vředu.

3.4 Dekubity IV. Stupně

Hluboké vředy III. a IV. stupně se s úspěšností uzavřou pouze díky jejich operačnímu řešení. Operační zákrok spočívá v kompletním odstranění – excizi vředu, kdy je ve většině případů nutné i odstranění části kosti (osteotomie), nebo burzektomie. Jako nejvhodnější uzávěr se mobilizuje zdravá tkáň. V horších případech se provádí transplantace nebo laloková plastika rotací tkáně. Mezi komplikace tohoto výkonu patří hlavně vznik hematomu, možná nekróza laloků a infekce. Využívají se proto v posledních letech laloky myokutánní, které při přesunu celého svalového bloku již mají zachované cévní zásobení. Při hojení je proto snadnější a pravděpodobnost infekce je se také zmenší. Také se svalovým blokem vhodně vyplní prázdná plocha po vředu.

4 Proces hojení

Nezávisle na druhu rány a rozsahu poškození tkáně probíhá proces hojení ve třech fázích. První je fáze zánětlivá, exudativní. Druhá proliferativní a třetí granulační fáze. Tyto fáze se časově prolínají a není možno je od sebe oddělovat. V praxi se tyto fáze označují jako fáze čištění, fáze granulační a epitelizační.



Obrázek č. 11: Proces hojení ran [17]

4.1 Fáze zánětlivá, exudativní

Tato fáze je také nazývána fází čistící. Zajišťujeme dostatečnou přípravu spodiny rány. Rána nám po vyčištění udá o svém stavu informace, podle kterých vybereme vhodný terapeutický materiál. Přítomnost poškozené a nekrotické tkáně nám proces hojení neusnadňuje, komplikuje a zpomaluje. Porto je odstranění nevascularizované tkáně a snesení nektróz pro zdárný proces hojení nezbytné. Celý proces odstraňování nekrotických tkání označujeme pojmem „nefrektomie“. Debridement provádíme chirurgickým snesením (nůžky, lžička, pinzeta atd.) nebo působením hydrogelů, během kterého dochází k rehydrataci odumřelé tkáně a autolytickému rozpuštění fibrinových povlaků či samotné nekrotické tkáně.

Fyziologicky zde dochází k nespecifické imunitní odpovědi organismu. Hlavní úlohu hraje proces fagocytózy (migrace leukocytů, produkce cytokinů za současné aktivace mediátorů zánětu a vasodilatace či změn permeability cévní stěny. Rána je v této fázi vždy ohrožena infekcí až sepsí, proto je třeba využívat antiseptická krytí.

4.2 Fáze proliferační

V této fázi se tvoří nové krevní cévy a granulační tkáň, která tvoří podklad pro následnou epitelizaci. Tato tkáň přerůstá přes poškozenou tkáň, postupně tak vyplňuje ránu. Je nutné, aby se v ráně vytvořilo a udržovalo dostatečné vlhké prostředí. Dbáme na dostatečnou hygienu rány, abychom zabránili vzniku infekce. Také pečujeme o okolí rány a zabraňujeme poškození nové tkáně. Nově vzniklé cévy jsou totiž málo odolné proti mechanickému poškození. Tento fakt nám nezlehčuje vhodný výběr terapeutického materiálu pro vlhké hojení ran, ani samotné hojení. Během granulace je nezbytně nutné zabránit hypergranulacím. Musí to být takové materiály, které odsají přebytečný exsudát, podpoří růst nové granulační tkáně a prodlouženou dobou mezi jednotlivými převazy zajistí potřebný klid a dostatečnou vlhkost v ráně. Toho dosáhneme pomocí např. hydrogelů.

4.3 Fáze epitelizační

Epitelizace je podmíněna stupněm granulace. Epitelizace začíná z okrajů rány nebo uvnitř rány, kdy vznikají epitelizační ostrůvky a dochází k migraci buněk epidermis. Během této fáze vzniká tenká, na cévy chudá tkáň, která postrádá kožní žlázy, pigmentové buňky a nervová zásobení. Musíme dbát na ochranu nové, růžové a málo exsudující tkáně, která je snadno zranitelná. Tato růžová vrstva tvoří základ pro vytvoření epidermální tkáně. Dochází ke stahování rány a procesu hojení. Měli bychom vybírat vhodné terapeutické materiály zajišťující dostatek vlhkosti. Materiály by také měli podporovat migraci epitelových buněk a compliance (poddajnost). Vhodné jsou např. polyuretanové fólie. [14]

4.4 TIME postup

Tento model sestává ze 4 složek, na nichž spočívá příprava rány: T-tissue management, I-Inflammation/infection, M-Moisture balance, E-Epithelial advancement. TIME model představuje komplexní přístup k léčbě například bércového vředu, dekubitů.

5 Moderní obvazový materiál pro vlhké hojení dekubitů

Současné moderní krycí prostředky stále více nahrazují klasické léčebné postupy. Základní podmínkou pro léčbu dekubitů je zajištění vlhkého prostředí v ráně. Brání vstupu infekce z okolí rány a udržuje v ráně stálou teplotu. Teplota v ráně a jejím okolí hraje v hojení dekubitů velmi důležitou roli. Časté, i malé změny teploty v ráně mnohdy výrazně prodlužují hojení a dobu léčby. Tyto materiály jsou výhodné díky jednoduché výměně, malému nebo žádnému poškození okolní pokožky při odstraňování lepivé vrstvy krytí a nižší potřebě četnosti výměn (na ráně může být krytí někdy ponecháno 3-5 dní, četnost výměny se řídí výhradně stavem rány). Vyšší cenové náklady na krytí jsou kompenzovány větším pohodlím pacienta, který není zatěžován velmi častými výměnami klasických obvazů (krytí) a časová úsporou pro ošetrovatelský personál. V dnešní době je na trhu mnoho firem, které nabízejí nepřehledné množství těchto materiálů. Jsou to například A care, B Braun, Johnson&Johnson, Molnlycke health care, Hartmann, Convatec, Aura, Lohmann &Rauscher, Bioster a další. Materiály jsou přesně přizpůsobené různým etiologiím ran, jejich lokalizaci a jednotlivým fázím. Základem úspěšné terapie je ovšem správná volba těchto materiálů.

5.1 Hydrokoloidní krytí - hydrokoloidy

Tyto obvazy se dělí na plošné, pasty, zásypy a hydrofibre. Nejsou celkově vhodné pro suché rány. Krytí je tvořeno vrstvou absorpční a vrstvou krycí. Absorpční vrstva je složena z mikrobiální suspenze přirozených a syntetických polymerů, želatiny, pektinu a karboxymetylcelózy. Krycí vrstva je propustná pro plyny, ale nikoli pro sekret a bakterie. Absorpční vrstva se pro docílení správného terapeutického efektu musí díky sekretu z rány změnit v gel. Indikací jsou tedy rány středně a méně než středně secernující. Čím více rána secernuje, tím dříve se musí krytí měnit. Aplikuje se tak, aby obvaz přesahoval ránu o 1-2cm. Změnou koloidní hmoty v gel dochází k poklesu permeability krytí pro plyny a v ráně vzniká kyselé pH. Proto při odkrytí obvazu můžeme pocítit kyselý zápach. Tato krytí k ráně nepřiléhají, ale tvoří nad ní jakoby puchýř z koloidního obvazu. Jestliže obvaz není včas vyměněn, hrozí v ráně macerace a poškození kůže v okolí. Podle množství sekrece se může obvaz na ráně ponechat tři až čtyři dny. Hydrokoloidní krytí se nepoužívá na rány s projevem infekce a musí kopírovat ránu. Plošné defekty se tedy vhodně přikryjí, ale hlubší defekty se poté vyplní třeba koloidní pastou či koloidním práškem a překryje se plošným koloidním obvazem. Při výměně se pak jednoduše odendá vše. Hydrokoloidní krytí můžeme tedy využít u jakékoli fáze rány, pokud není přítomna infekce. Využívají se v terapii defektů u diabetické

nohy, čistých dekubitů a chirurgických ran. Hydrofibre (Aquacel) je obvaz ze speciální technologií vytvořených koloidních tenkých dutých vláken. Mají velkou absorpční kapacitu a schopnost při přeměně na gel pohltit jak exudát, tak do určité míry i bakterie. Je vhodný pro plošné i hlubší rány a tam, kde je patrná infekce.

Mezi tyto obvazy patří například: Askina Hydro, Comfeel Plus, GranuFlex, Hydrocoll, Suprasorb H, GranuFlex pasta, Epiten zásyp, Comfeel zásyp na rány, Comfeel pasta, Aquacel.

5.2 Hydrogelová krytí - hydrogely

Hydrogely jsou plošné, plošné na textilním nosiči a tuby. Hydrogely jsou obvazy z hydrofilních polymerů, které obsahují velké množství vody, některé až 90%. Mají za úkol hydratovat spodinu rány a pomoci docílit vyčištění a granulační fázi. Jsou vhodné pro defekty s malou sekrecí jakékoli etiologie. Také dokáží absorbovat exudát z rány. Gely se nanáší ve vrstvě 0,5 – 1cm. Všechny gely mají společné složení, pojidlo, zvlhčovač a vodu. Díky různým poměrům a složením se ale vzájemně liší ve viskozitě, schopnosti hydratovat. Rodlílnost gelů je ale patrná i na ceně výrobku. Stejně jako u koloidních obvazů dochází i u hydrogelů ke změně pH a to jeho snížením.

Zástupci této skupiny krytí jsou například: Curagel, Hydrosorb, Suprasorb G, NU-gel, Intrasite-gel, Aquagel, Purilon gel, IntraSite Comfortable,

5.3 Alginátová krytí - algináty

Alginátová krytí jsou polymery z hnědých mořských řas, které obsahují vlákna kalcium alginátu. Vyznačují se značnou absorpční schopností, a proto se používají na rány se střední až vyšší sekrecí. Při absorpci exudátu dochází k výměně sodíkových iontů obsažených v exudátu za vápníkové ionty z alginátu. Vlákná alginátu se poté mění na neadherentní gel, který v ráně udržuje vlhkost. Algináty vhodně podporují čištění spodiny rány a granulační pochody. Také částečně absorbují zápach a mají hemostatický účinek. Dají se aplikovat jak na ránu plošnou, tak na hlubokou a prominující. U ran s infekcí se algináty raději nepoužívají. Z počátku toto krytí měníme častěji, za jeden až dva dny. Později, až dojde ke snížení sekrece, měníme méně často. Indikací k výměně je rozbřednutí obvazu a ztráta jeho struktury. Zbylá vlákna se mechanicky odstraní a rána se očistí proplachem fyziologickým roztokem. Tyto nepřilnavé obvazy musí být zakryty sekundárním krytím nebo obvazem. Neměly by se používat na suché rány.

Zástupci jsou Sorbalgon, Suprasorb A, Algisite M, Askina Sorb, Curasorb kalcium, Kaltostat, Melgisorb, Tegagen.

5.4 Obvazy se stříbrem

Tento druh krytí obsahuje aktivní ionty stříbra, které mají baktericidní a fungicidní vlastnosti. Užívají se tedy nejčastěji při silné kolonizaci či infekci v defektu. Ke docílení správného efektu těchto materiálů musí být zajištěna jejich dostatečná vlhkost. Proto je-li rána spíše sušší, je potřeba tyto obvazy zvlhčovat například aquou pro infusione, či fyziologickým nebo Ringerovým roztokem. Tyto obvazy jsou vhodné jak pro popáleniny, tak i pro jiné druhy defektů. Stříbro se uvolňuje dlouhodobě s účinností řádu dní., ale jednotlivé materiály se v tomto liší. Také nesmíme opomenout limit stability nosné látky, kterou je zejména hydrofibr či alginát, a v případě nutnosti ho vyměnit.

Mezi tyto produkty patří zejména Acticoat, Actisorb Plus, Aquacel Ag, Silvercel, Sorbsan Silver, SupraSorb A- Ag, Vliwaktiv Ag.

5.5 Bioaktivní krytí

Jsou to krytí, která ránu přesně kopírují, modulují ji a částečně i ovlivňují. Ovlivňují například množství růstových faktorů či inhibují enzymy vedoucí k udržování chronických procesů. Samotné je neaplikujeme na infekční rány. Infekce se musíme zbavit a až poté aplikovat. A sekundární krytí samozřejmě nesmíme opomenout.

Mezi tyto druhy krytí se řadí Promogram, Dermax, Melmax.

5.6 Pěny, hydropolymery, polyuretany

Charakteristický charakter pěn podporuje velmi vhodně vlhké hojení. Velmi dobře se tvarují a stříhají. Až do vyčerpání svých absorpčních možností zachovávají, na rozdíl od koloidů a gelů, čistou spodinu rány. Pěny se totiž nerozkládají a nezkapalňují, a proto exsudát neuniká nikam do okolí. Tím velmi dobře chrání okolí defektu. Dojde-li ale k ponechání obvazu déle, než jsou jeho možnosti, dochází k poškození tkáně a vše mine se účinkem. Tam, kde se vyskytne infekce, nesmějí tyto obvazy na ránu přijít. Způsobuje to klinickou manifestaci infekce a defekt se zhorší a je bolestivý. Většinou se toto krytí skládá z více vrstev. Jsou vhodné k vyplňování dutin, píštělí a prominujících ran. Některá krytí mají schopnost zvětšit se až devětkrát a tím dobře vyplní potřebný prostor.

Patří sem například: Allevyn Compression, Askina Foam i Cavity, Biatain, Copa Plus, Suprasorb P a M, Tielle Xtra, Syspur-derm, 3M Foam, Mepilex (krytí se silikonovou vrstvou, nelepí se k ráně a zajišťuje velmi šetrnou výměnu obvazu i u velmi slabé, narušené pokožky) a další.

5.7 Krytí ze síťových materiálů - Antiseptické obvazy

Svoji stavbou jsou velice podobné kontaktním neadherentním obvazům. Jejich netkaný porézní materiál je napuštěn antimikrobiální látkou, která určuje spektrum účinku. Tyto materiály mají široké spektrum využití pro různé typy ran a pro různé fáze hojení. Díky antimikrobiálnímu napuštění se využívají k profylaxi a terapii lokální infekce. Využití mají zvláště u malých drobných poranění, oděrek, defektů u diabetické nohy, také u popálenin. U dekubitů a bércových vředů se bývají tato materiály nahrazeny terapeutickými obvazy se stříbrem. Vhodné jsou tyto materiály pro léčbu méně sekretující rány. Vlivem většího sekretu se napuštěná látka rychleji vyplaví, materiál potom ztrácí svůj účinek a zhoršuje se proces hojení. Výměna těchto materiálů by se měla uskutečnit maximálně do 24 hodin. Krytí se liší svým antimikrobiálním působením. Největší spektrum účinku mají materiály s jódem. Nejčastěji se využívá Inadine, který obsahuje povidon jód. Může ovšem způsobovat i vysušení rány, což je pro terapii nežádoucí. Dalším prostředkem je Bactigras, který je napuštěn chlorhexidinem. Ialugel je napuštěn sulfadiazinem stříbra a natriumhyaluronát. Dále také prostředek Xeroflo, který obsahuje 3% sůl bismutu.

5.8 Transparentní polyuretanová krytí - filmy

Filmy můžeme mít v různých podobách jako je spray, tampón, ale i jako plošné. Tyto polyuretanové filmy jsou průhledné a tenké. Při přiložení se nepřilne k ráně, nýbrž k intaktní kůži. Filmy jsou semipermeabilní a propouštějí kyslík i vodní páry. Lze je použít jako ochranu proti nákaze infekcí. Nejsou propustné pro sekret, ale mají svou vlastní absorpční vrstvu, proto se využívají spíše pro rány bez sekretu. Lze ho využít na drobné trhliny a oděrky a také jako sekundární krytí na například na gely. Také jako fixace pro koloidy, pěny a pro savé sekundární krytí. Setkáváme se s ním velmi často například u fixace kanyl. V prevenci dekubitů se mohou také využít pouhým nalepením na ohrožená místa, aby se snížilo nepotřebné tření. Filmy ve spreji jsou vhodné pro ochranu okrajů ran před macerací při použití koloidů, či jiných obvazů.

Do této skupiny patří například: Askina Derm, Bioclusive, OpSite Flexigrid, Hydrofilm, Tegaderm, Telfa průhledné krytí, Transeal, Polyskin, Niko-Derm.

5.9 Neadherentní kontaktní krytí

Tyto materiály nahrazují svým charakterem mastný tyl. Brání po určitou dobu přilnutí obvazu k ráně a nepoškozuje ji tím. Nejčastěji jsou vyrobeny z bavlněných či viskózních vláken nebo z nylonového materiálu. Některé obvazy jsou už předem impregnovány a to

většinou indiferentními mastmi. Tyto materiály nemají absorpční schopnosti. Musí být proto kryty ještě savým sekundárním krytím. Slouží jako ochrana granulační tkáně a dovolují oplach. Pro jejich tkaninový charakter umožňují volnou pasáž exudátu z rány a zpětně propustnost pro lokálně aplikovaná léčiva. Výměnu těchto materiálů s mastmi bychom měli provádět každých 24 hodin, hrozí poté přilepení k ráně. Často se užívají na povrchové rány, abraze, sutury a hlavně popáleniny. U hlubokých defektů je použijeme jako dělicí hranici mezi dvěma odlišnými materiály. Patří sem Adaptic, Grassolind, Atrauman, Tegapore, Jelonet, Mepitel, Curity.

Také existují neadherentní kontaktní materiály již se sekundárním krytím. Využívají se zejména u plošných čistých defektů, kde chceme podpořit proces epitelizace a potřebujeme udržet správnou vlhkost. Mohou se díky svým savým schopnostem a ceně využívat i jako sekundární krytí například na gely z tub. Patří sem Alldress, Melolin, Release, Solvaline, Telfa Plus, Max, Viasorb.

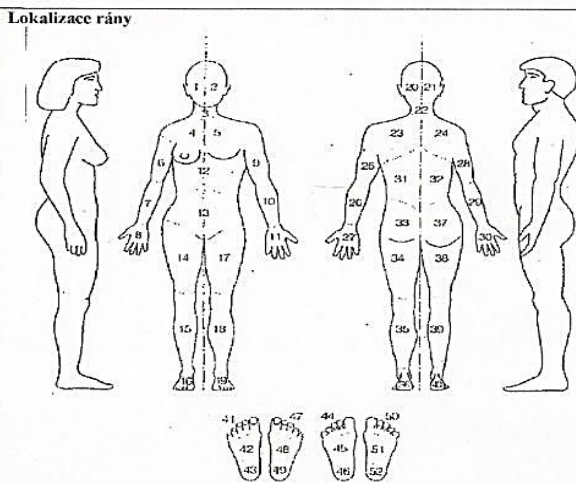
5.10 Různé

Mezi jiná krytí můžeme například zařadit krytí TenderWet - polyakrylátové polštářky. Krytí TenderWet jsou polyakrylátové polštářky jsou ideální pro vlhkou terapii. Jsou indikovány ve fázi čištění rány a ve fázi granulační. Polyakrylátový polštářek se aktivuje Ringerovým nebo fyziologickým roztokem, který se průběžně do rány uvolňuje, současně se nasává sekret rány s odumřelými buňkami, bakteriemi a toxiny. Výměna za 24 nebo 12 hod. Patří sem přípravky jako Tender Wet, TenderWet 24, TenderWet Duo + Ringerův roztok. Dále do kategorie různé patří: Suprasorb C, Hyiodine, Suprasorb X, Suprasorb X + PHMB, Flamigel, Flaminal, Flaminal Hydro, Urgotul, Hydrutul, Chitoskin, Revamil, Veloderm, XeDerma. [19]

6 Dokumentace

Je systematicky vedený soubor informací, údajů a obrazových materiálů, vztahující se ke konkrétní osobě, jejímu zdravotnímu stavu a postupu zdravotnického zařízení při poskytování zdravotní péče. Vedení dokumentace je samozřejmou povinností, která je zakotvena v zákoně 20/1966 Sb. a vztahuje se na ni zákon na ochranu dat. Způsob a náležitosti vedení dokumentace definuje 260/2001 Sb. (Zákon o péči o zdraví lidu) a vyhláška 385/2006 Sb. (Vyhláška o zdravotnické dokumentaci, nyní 64/2007 Sb.). Zákon 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. Je důležitá pro zajištění kontinuity poskytované péče. Slouží jako validní doklad, že péče byla poskytována lege artis. Bohužel naše právní předpisy nerozlišují dokumentaci vedenou lékařem nebo sestrou. Všechna tato pravidla se týkají samozřejmě i dokumentace týkající se dekubitů, či jiných chronických ran. Níže uvádím příklad ošetřovatelského záznamu chronické rány a defektu. [15, 16]

Štítek pacienta		Datum zahájení léčby		Datum ukončení léčby	
		Předání pacienta do jiné péče			
		Stav rány při ukončení hospitalizace			
I. Anamneza rány		Ošetřující lékař		ošetřující sestra	
a -První příznaky-		Poradní kontakt			
b -Příčina rány - je-li známá		Poznámka:			
II. Typ rány		VI. Charakteristika		VII. Mikrobiologické vyšetření (stěry)	
1. <input type="checkbox"/> dekubit		Velikost (šířka x délka x hloubka)		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<input type="checkbox"/> st. I -zarudnutí		1. Okolí rány		Datum provedení	
<input type="checkbox"/> st. II -puchýř		<input type="checkbox"/> klidné <input type="checkbox"/> ekzém		Nález	
<input type="checkbox"/> st. III - defekt		<input type="checkbox"/> zánět <input type="checkbox"/> nekróza		Citlivost	
<input type="checkbox"/> st. IV - nekróza		<input type="checkbox"/> macerace <input type="checkbox"/> jiné (popiš)		ATB léčba nasazena	
Nekróza <input type="checkbox"/> vlhká <input type="checkbox"/> suchá		2. Okraje rány		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne datum	
		<input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> atonická		VIII. Cévní vyšetření (ulcus cruris)	
2. <input type="checkbox"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> žilní		<input type="checkbox"/> povlovné <input type="checkbox"/> naválité		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<input type="checkbox"/> tepenný		<input type="checkbox"/> jiné - (definuj)		závěr	
<input type="checkbox"/> smíšený		3. Spodina rány		IX. Diabetologické vyšetření	
<input type="checkbox"/> jiný		<input type="checkbox"/> epitelizace <input type="checkbox"/> nekrotická		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
3. <input type="checkbox"/> diabetický defekt		<input type="checkbox"/> epitelizace <input type="checkbox"/> nekrotická		X. Hematologické vyšetření	
4. <input type="checkbox"/> jiná rána (popiš)		<input type="checkbox"/> secernující		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
		4. Sekrece z rány		XI. Nutriční podpora	
		<input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> profúzní		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/>		jaká -	
		<input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/>		Propuštění datum zapsala	
III. Lokalizace rány (zakresli)		5. Sekret - charakter		Poslední lokální terapie	
IV. Současná terapie		<input type="checkbox"/> serózní <input type="checkbox"/> hnisavý		Další převaz doporučen	
<input type="checkbox"/> lokální		<input type="checkbox"/> krvavě serózní		Materiálové vybavení	
<input type="checkbox"/> systémová		<input type="checkbox"/> jiný (definuj)		Zhodnocení celkového stavu pacienta	
<input type="checkbox"/> fyzikální		6. Zápach			
<input type="checkbox"/> komprese <input type="checkbox"/> přes den		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
<input type="checkbox"/> 24 hodin		charakteristika -			
<input type="checkbox"/> lymfodrenáže					
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne					
<input type="checkbox"/> manuální <input type="checkbox"/> přístrojové					
V. Bolest					
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne					
Lokalizace <input type="checkbox"/> v ráně <input type="checkbox"/> okolí					
<input type="checkbox"/> v klidu <input type="checkbox"/> při námaze <input type="checkbox"/> stále					
Číselná škála bolesti č.					
<input type="checkbox"/> napínání <input type="checkbox"/> pálení					
<input type="checkbox"/> tlak <input type="checkbox"/> píchání					
<input type="checkbox"/> jiná -					



Obrázek č. 10: Ošetřovatelský záznam chronické rány a defektu (Dle České Společnosti pro Léčbu Rány - ČSLR)

II. PRŮZKUMNÁ ČÁST

7 Domněnky o výzkumném šetření

1. Dekubity jsou sledovány jako jeden z ukazatelů kvality péče.
2. Ve většině dotazovaných zařízení probíhá pravidelná edukace.
3. Ve všech dotazovaných zařízeních probíhá prevence dekubitů.
4. Nedostatek zdravotnického personálu, chybějící či málo edukovaní rodinní pečovatelé jsou významným negativním faktorem v kvalitě prevence a péče o pacienty s dekubity.
5. V dotazovaných zařízeních se sleduje stav výživy.
6. U nemocných se z valné části na vzniku dekubitů podílí inkontinence moči.
7. V dotazovaných typech péče se používá systém vlhkého hoj ran.
8. Kvalita péče o dekubity může být ovlivněna ekonomickými aspekty.
9. Péče o klienta v ADP se může lišit od péče v LZZ.
10. Vedle lokální terapie je chápána péče o dekubity komplexně a v rámci toho je věnovaná dostatečná péče o psychickou nadstavbu pacienta – klienta.

8 Metodika výzkumu

Pro získání informací od vybraného souboru respondentů byla použita metoda dotazníkového šetření. Výzkum probíhal od ledna 2009 až do března 2009.

8.1 Dotazník

Dotazník je uveden v příloze č. 1. Byl sestaven specificky pro tento výzkum. Celkem bylo sestaveno 23 otázek. V dotazníku se objevují otázky mnoha typů. Uzavřené otázky, kde si dotazovaní mohli zvolit jednu odpověď či označit více možností. V případě některých otázek mohli dotazovaní vyjádřit i jinou odpověď, pokud jim předchozí možnosti nevyhovovaly. Dále jsou v dotazníku použity polouzavřené otázky, kdy při kladné odpovědi respondenti doplňovali požadovaný doplňující údaj.

Zásadními tématy dotazníku byla evidence dekubitů v jednotlivých zařízeních. Dále jsem zjišťovala, jakou klasifikaci pro dekubity využívají dotazovaná zařízení. Zda mají v jednotlivých zařízeních dostatečně zajištěné proškolení zaměstnanců v prevenci a ošetrovatelské péči o dekubity. Zda pečují o výživu klientů s dekubity. Také je v otázkách mého dotazníku oblast inkontinence klientů. Dalším tématem je zda užívají v terapii dekubitů vlhké hojení ran či klasické postupy. Neméně důležité jsou otázky ekonomického charakteru. A v neposlední řadě rehabilitační péče a péče rodinných příslušníků.

Celkem jsem rozdala 67 dotazníků. Návratnost byla přibližně poloviční, tedy 34 dotazníků, které bylo možné použít pro zpracování.

8.2 Postup práce

K vypracováním dotazníku jsem přizvala a požádala o pomoc pana primáře MUDr. Ivo Bureše z geriatrického centra v Pardubicích, a také paní MUDr., Ph.D. Boženu Juraškovou z gerontologické a metabolické kliniky v Hradci Králové, kteří mi současně mou práci vedou. Dotazníky jsem rozesílala formou elektronickou, ale i klasickou tištěnou, vždy po domluvě s dotazovaným. Některé dotazníky jsem byla doručit osobně.

Pro analýzu dat jsem zvolila tyto metody:

Grafická znázornění

- Výšečové grafy
- Sloupcové grafy

Tabulky - tvořené pro číselné zobrazení odpovědí a procentuální vyjádření,
předcházejí jednotlivým grafickým znázorněním

Analýza byla provedena na PC v systému Windows XP, v těchto programech:

MS Word XP

MS Excel XP

8.3 Výzkumný vzorek

Výzkumu se zúčastnilo celkem 67 dotazovaných respondentů z agentur domácí péče a z lůžkových zdravotních zařízení. Z tohoto počtu bylo možné použít k hodnocení 34 vrácených dotazníků. 17 vrácených dotazníků bylo možné použít od dotazovaných agentur domácí péče a stejný počet pak z lůžkových zdravotních zařízení.

9 Vyhodnocování výsledků

Otázka č. 1: „Evidujete počet dekubitů ve vašem zařízení?“

„Jestliže ano, u kolika klientů za rok vznikne dekubitus ve vašem zařízení?“

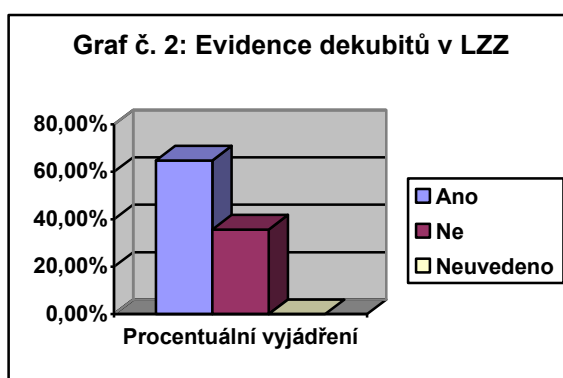
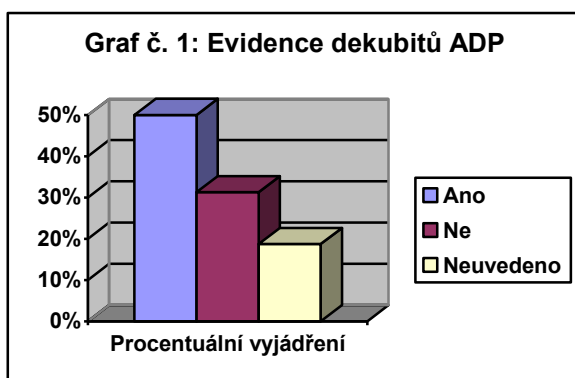
„Jestliže ano, kolik klientů za rok přichází do vašeho zařízení již se vzniklým dekubitem z jiného zařízení?“

Tabulka č. 6: Evidence dekubitů v ADP

Možnost	Procentuální vyjádření
Ano	50%
Ne	31,3%
Neuvedeno	18,7%

Tabulka č. 7: Evidence dekubitů v LZZ

Možnost	Procentuální vyjádření
Ano	64,8%
Ne	35,7%
Neuvedeno	0%



„ Jestliže ano, u kolika klientů za rok vznikne dekubitus ve vašem zařízení?“

U 17 dotazovaných ADP vyšlo jako konečné procento 13,9%. Toto číslo značí to, u kolika klientů za rok vznikl dekubit v těchto zařízeních. Přičemž za rok přichází do ADP 14,6% z chirurgických zařízení, 26,6% z interních zařízení a 31% ze zařízení následné péče.

U 17 dotazovaných LZZ vznikne dekubitů v 6,4% přímo v těchto zařizováních. V 6,2% přicházejí klienti z chirurgických zařizování. V 9,2% z interních zařizování a v 10,5% z lůžek následné péče.

Otázka č. 2: „Jakou klasifikaci stupně dekubitů využíváte?“

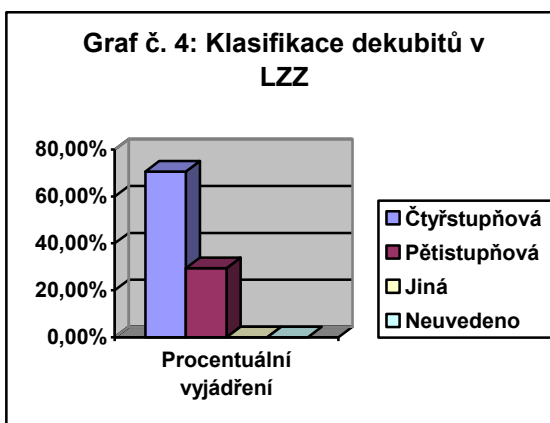
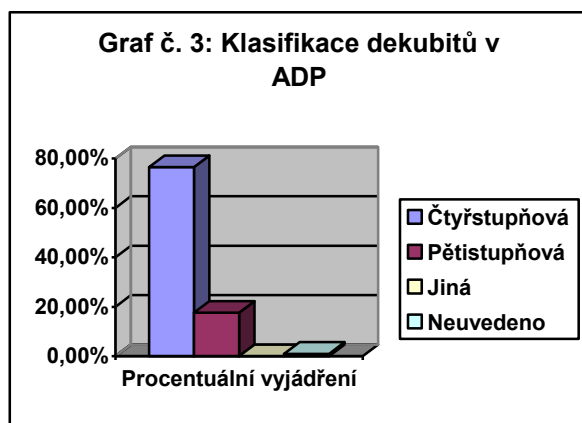
- čtyřstupňovou
- pětistupňovou
- jinou

Tabulka č. 8: Klasifikace dekubitů v ADP

Možnost	Procentuální vyjádření
Čtyřstupňová	76,5%
Pětistupňová	17,6%
Jiná	0%
Neuvedeno	1%

Tabulka č. 9: Klasifikace dekubitů v LZZ

Možnost	Procentuální vyjádření
Čtyřstupňová	70,6% %
Pětistupňová	29,4%
Jiná	0%
Neuvedeno	0%

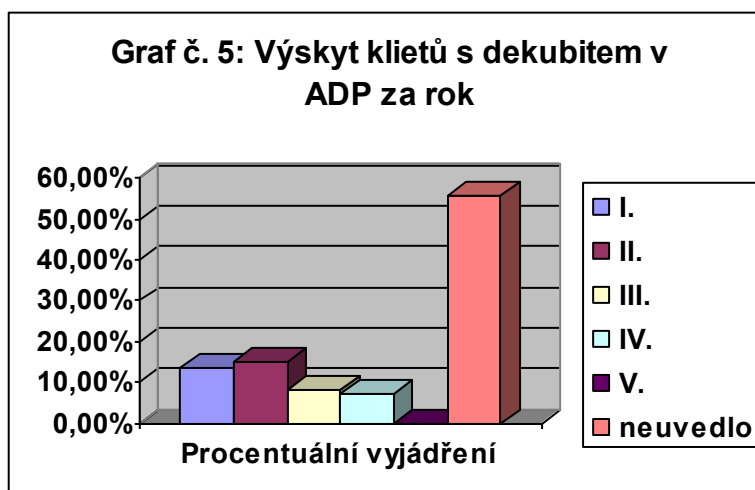


V ADP, stejně jako v LZZ jednoznačně užívají čtyřstupňovou klasifikaci dekubitů. Pětistupňová, či jiná dokumentace byla užívány v ADP do 20% a v LZZ do 30%.

Otázka č. 3: „Kolik klientů s dekubitem se vyskytlo za poslední rok ve vašem zařízení I., II., III., IV., V. stupně?“

Tabulka č. 10: Výskyt klientů s dekubity v ADP za rok

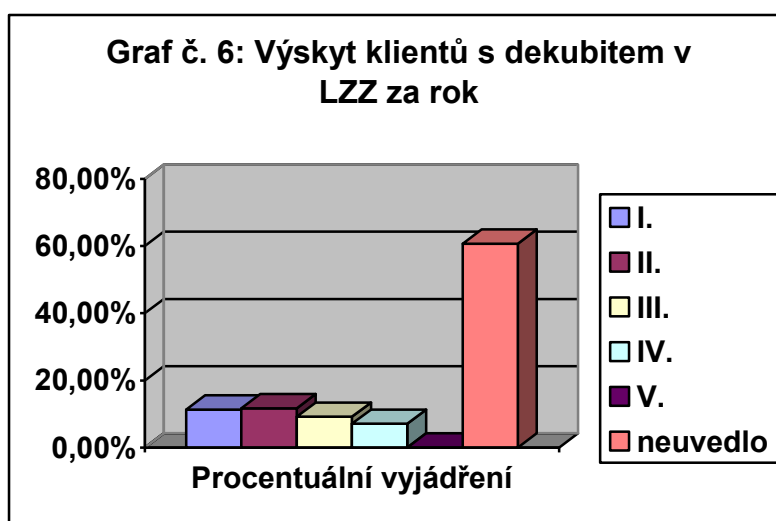
Stupeň	Procentuální vyjádření
I.	13,6%
II.	15,2%
III.	8,2%
IV.	7,2%
V.	0%
neuveďlo	55,8%



Ze 17 dotazovaných ADP neuvedlo v odpovědi nic, tudíž z 58,8% nebylo možno uvést žádný výsledek. Ze zbylých 44,2% dotázaných se vyskytlo nejvíce dekubitů II. stupně, a to v 15,2%. Dále potom ve 13,6% dekubity I. stupně. Nejméně dekubitů bylo v 8,2% III. stupně a v 7,2% IV. stupně. V. stupeň nebyl hodnocen vůbec.

Tabulka č. 11: Výskyt klientů s dekubity v LZZ za rok

Stupeň	Procentuální vyjádření
I.	11,3%
II.	11,7%
III.	9,2%
IV.	7,1%
V.	0%
neuedlo	60,7%



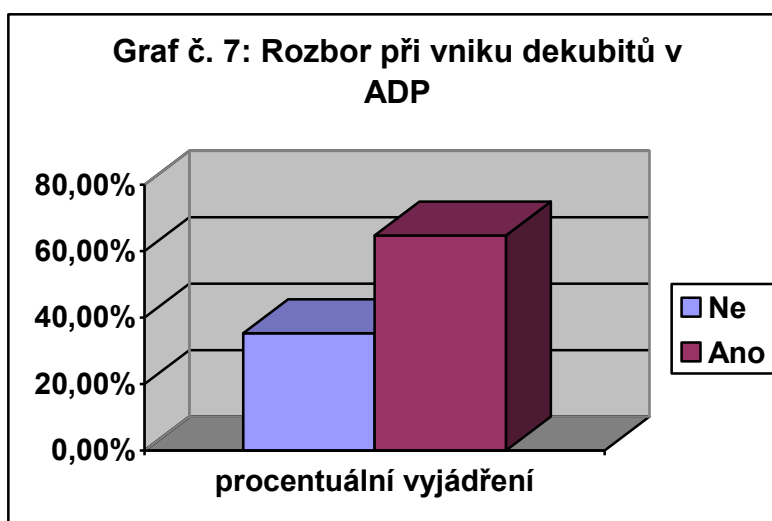
Ze 17 dotazovaných LZZ svou odpověď neuedlo 60,7%. Ze zbylých 39,3% se v LZZ nejvíce vyskytly dekubity II. stupně s 11,7%. V těsném závěsu jsou dekubity I. stupně s 11,3%. Dále pak 9,2% dekubity III. stupně a IV. stupně s 7,1%. Dekubity V. stupně nebyly hodnoceny vůbec.

Otázka č. 4: „Jestliže vznikne dekubitus ve vašem zařízení, provádíte rozbor vzniku dekubitu?“

„Jestliže ano, uveďte prosím jak?“

Tabulka č. 12: Provádění rozboru při vzniku dekubitů v ADP.

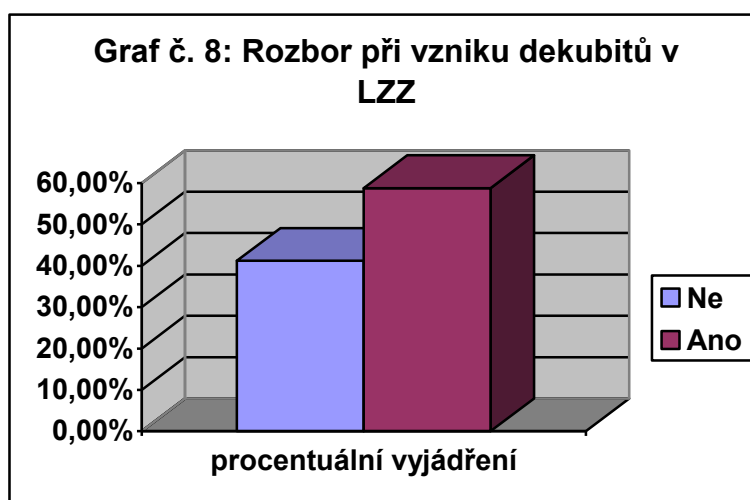
možnost	počet respondentů	procentuální vyjádření
Ne	6	35,3%
Ano	11	64,7%



Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že při vzniku dekubitu v ADP se rozbor při vzniku dekubitů provádí v 64,7%, a neprovádí v 35,3%. „Rozborem“ bylo v otázce myšleno, že se celý ošetřovatelský tým sejde a proberou se krok po kroku detaily příčiny vzniku dekubitů. Kde došlo v péči o nemocného k pochybení, co bylo příčinou vzniku a jak bude postupováno při terapii k navrácení do předchozího stavu. Na otázku „Jak se rozbor provádí?“ uvedly ADP ve 38,5%, že všichni pečující spolu s ošetřujícím lékařem pátrají po příčině vzniku a možnostech jejího odstranění. V 30,7%, že se předejde vzniku tak, aby vůbec dekubit prevencí. 15,4% uvedlo, že zhodnotí celkový stav, výživu, hydrataci, mobilitu a vliv současného onemocnění a poté se rozhodne o další terapii. 7,7% uvedlo, že dávají větší důraz na edukaci rodiny a 7,7% sledují stádia hojení, měří a fotografují jednotlivé fáze dekubitu a postup při hojení.

Tabulka č. 13: Provádění rozboru při vzniku dekubitů v LZZ.

možnost	počet respondentů	procentuální vyjádření
Ne	7	41,2%
Ano	10	58,8%



V LZZ se rozbor provádí procentuelně méně často než v ADP. Je to v pouhých 58,8%, přičemž by se dal předpokládat opak. Dále potom rozebírají vznik dekubitů pomocí diskuze celého ošetrovatelského týmu o příčině vzniku a jejím odstranění v 61,5%. Ovšem v těchto podmínkách se spíše specializují na ošetrovatelský proces, díky kterému se rozbor vzniku dekubitů zpracovává v 15,4%. Důraz na prevenci je v 15,4%. V 7,7% se dekubity sledují jako jeden z ukazatelů kvality péče v jednotlivých LZZ, což by se v dnešní době plné národních i nadnárodních certifikací zdálo být nedostačující.

Otázka č. 5: „Je Váš personál průběžně proškolen z hlediska prevence dekubitů?“

„Jestliže ano, uveďte prosím kým?“

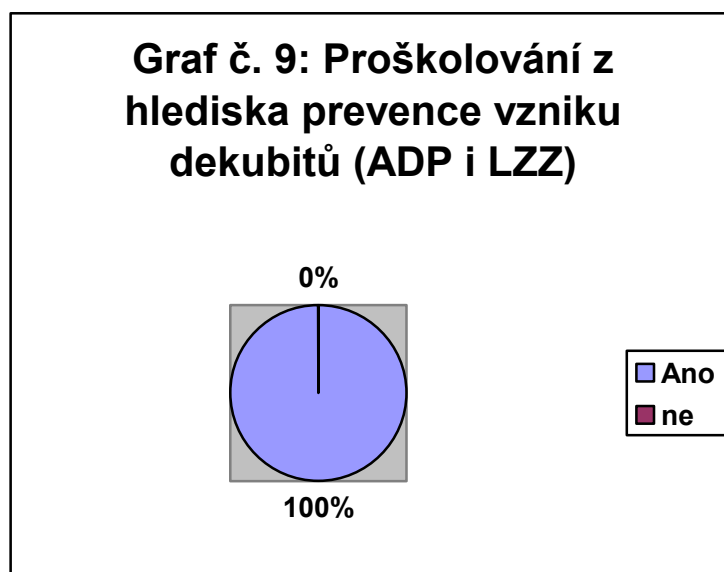
„Jestliže ano, jakou formu prevence upřednostňujete?“

Tabulka č. 14: Průběžné proškolení z hlediska prevence vzniku dekubitů v ADP

Možnost	počet respondentů	procentuální vyjádření
Ano	17	100%
Ne	0	0%

Tabulka č. 15: Průběžné proškolení z hlediska prevence vzniku dekubitů v LZZ

Možnost	počet respondentů	procentuální vyjádření
Ano	17	100%
Ne	0	0%



V obou druzích zařízení bylo zjištěno, že je proškolení personálu z hlediska prevence vzniku dekubitů nezbytnou součástí ošetrovatelské péče a je stoprocentně prováděno. Jak v lůžkových zdravotních zařízeních, tak v agenturách domácí péče bylo proškolení v prevenci stoprocentní. Tudiž ze 17 ti dotazovaných lůžkových zdravotních zařízení a 17 ti dotazovaných agentur domácí péče byly všechny odpovědi ano.

Na otázku kým bylo proškolení prováděno odpověděly dotazované agentury domácí péče ze 100% různých školicích možností takto. Nejčastěji, ze 73,7%, jsou to odborná ústavní školení, semináře a konference na téma dekubity. Také školení prováděná firmami, v rámci

reklamy na jejich produkty. Dále do školení zahrnuly literaturu v 10,5% a také samostudium v 10,5%. 5,3% uvádějí proškolení díky dlouholeté praxi.

Na otázku kým bylo proškolení prováděno odpověděly dotazovaná lůžková zařízení ze 100% různých školicích možností takto. Nejvíce, ze 41,2%, se ošetrovatelský personál účastní odborných ústavních i mimoústavních školení, seminářů a konferencí na dané téma. Školení prováděná firmami se účastní 23,5%. Školení prováděná staničními či vrchními sestrami mají 29,4% úspěšnost. Dle standardů se školí 5,9%.

V ADP se neobjevují školení vlastních vedoucích pracovníků a školení založená na studiu standardů. V LZZ zase není kladen takový důraz na praxi, literaturu a samostudium.

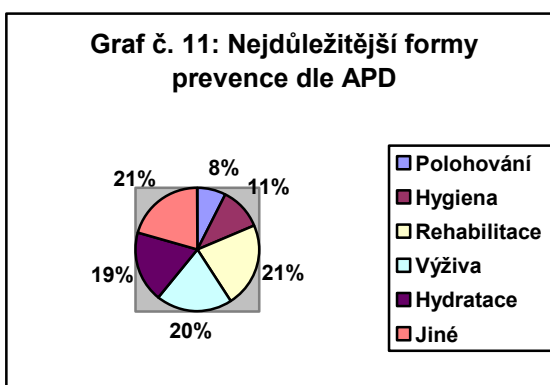
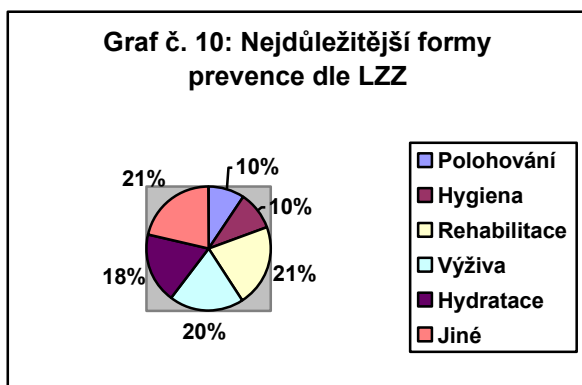
Na otázku jakou formu prevence LZZ a ADP upřednostňují, mohli odpovědět různě. Upřednostňovat mohli polohování, hygienu, rehabilitaci, výživu, hydrataci a jiné. K dispozici dostali bodovou škálu od 1 do 6, přičemž jedno číslo nemohli přiřadit k více odpovědím. Bod 1 znamenal přiřazení bodu k nejdůležitější formě prevence. Bod 6 zase naopak k nejméně důležité formě. Tudíž v grafickém znázornění je nejvíce procent u nejméně důležité formy.

Tabulka č. 16: Nejdůležitější formy prevence dle ADP

Forma prevence	Hodnocení	Procentuální vyjádření
Polohování	16	7,5%
Hygiena	24	11,2%
Rehabilitace	47	22%
Výživa	43	20,1%
Hydratace	40	18,7%
Jiné	44	20,5%

Tabulka č. 17: Nejdůležitější formy prevence v LZZ

Forma prevence	Hodnocení	Procentuální vyjádření
Polohování	22	9,5%
Hygiena	23	10%
Rehabilitace	49	21,3%
Výživa	45	19,6%
Hydratace	42	18,3%
Jiné	49	21,3%



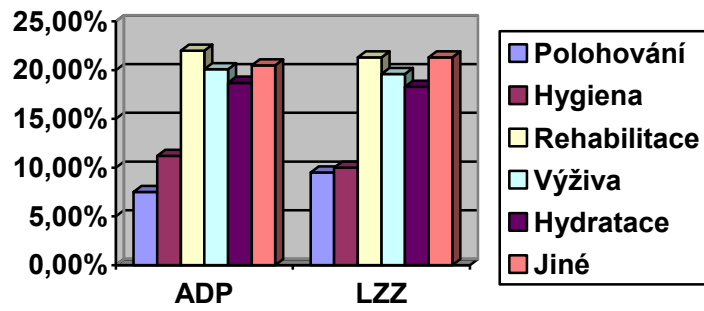
Mezi nejdůležitější formy prevence zařadily ADP polohování, dále pak hygienu. Mezi nejméně důležité potom zařadily rehabilitaci, výživu, hydrataci a jiné. Do kolonky jiné nejčastěji uváděly vysazování do křesla, antidekubitní pomůcky a psychický stav nemocného.

Mezi nejdůležitější formy prevence zařadila LZZ zejména polohování, hygienu a hydrataci. Naopak mezi nejméně důležité formy prevence patří podle LZZ výživa, rehabilitace a jiné formy. Mezi jiné formy například zařazují edukaci nemocného, psychickou stránku nemocného, antidekubitární pomůcky.

Tabulka č. 18: Porovnání forem prevence v LZZ a ADP

Forma prevence	ADP	LZZ
Polohování	7,5%	9,5%
Hygiena	11,2%	10%
Rehabilitace	22%	21,3%
Výživa	20,1%	19,6%
Hydratace	18,7%	18,3%
Jiné	20,5%	21,3%

**Graf č. 12: Porovnání forem
prvevnce vzniku dekubitů**

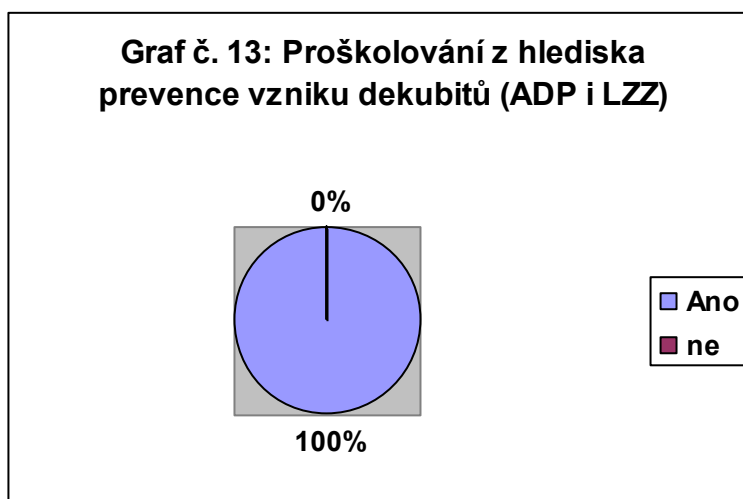


Otázka č. 6: „Je Váš personál průběžně proškolen z hlediska ošetrovatelské péče o dekubity?“

Na tuto otázku bylo možné odpovědět pouze ano či ne. Opět se v odpovědích ADP a LZZ stoprocentně shodli. Z počtu 17 dotazovaných jak v LZZ tak v ADP odpovědělo ano 100% a ne 0%.

Tabulka č. 19: Průběžné proškolení z hlediska ošetrovatelské péče o dekubity (ADP i LZZ)

možnost	počet respondentů	procentuální vyjádření
Ano	17	100%
Ne	17	0%



Otázka č. 7: „Máte ve vašem zařízení dostatečně vzdělaného specialistu v oblasti péče o dekubity? (myšleno např. NCO NZO – Specifická ošetrovatelská péče chronické rány a defekty, či jiné kurzy)“

„Jestliže ano, uveďte prosím jaké vzdělání specialista má.“

Zdravotní lůžková zařízení uvedla, že v 35% nemají dostatečně vzdělaného specialistu v oblasti péče o dekubity. V 65% ho však mají. Z těchto 65% je započítáno 10% jako zkušenosti a dlouholetá praxe. 20% zaujímá studium v Brně na NCO NZO- Specifická ošetrovatelská péče o chronické rány a defekty. V 30% mají vysokoškolsky vzdělaného odborníka a 40% zaujímají různé certifikované a specializační kurzy.

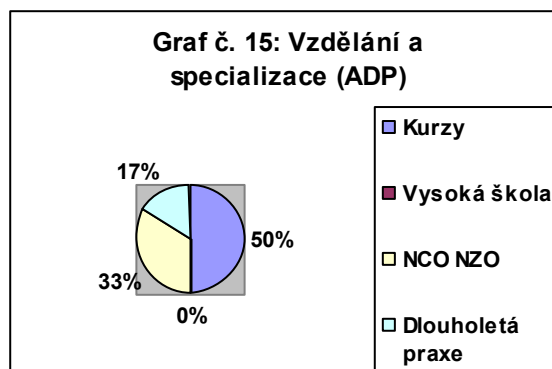
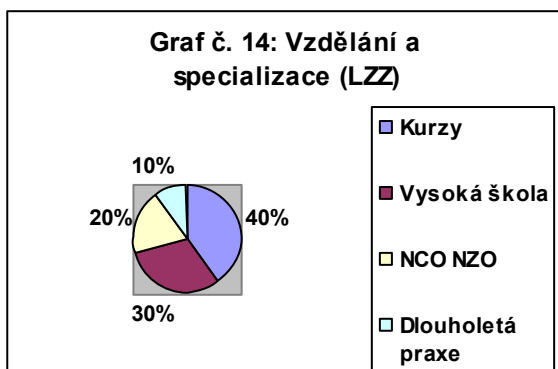
Tabulka č. 20: Vzdělání ošetrovatelského personálu v LZZ

Vzdělání	Procentuální vyjádření
Kurzy	40%
Vysoká škola	30%
NCO NZO	20%
Dlouholetá praxe	10%

Dotazované agentury domácí péče více lpí na dlouholetých zkušenostech a praxi (17%). Také 33% značí o specializovaném vzdělání. Ovšem nejdůležitějším zdrojem vzdělávání jsou specializační kurzy v oblasti domácí péče, péče o chronické rány, v oblasti sociálních služeb.

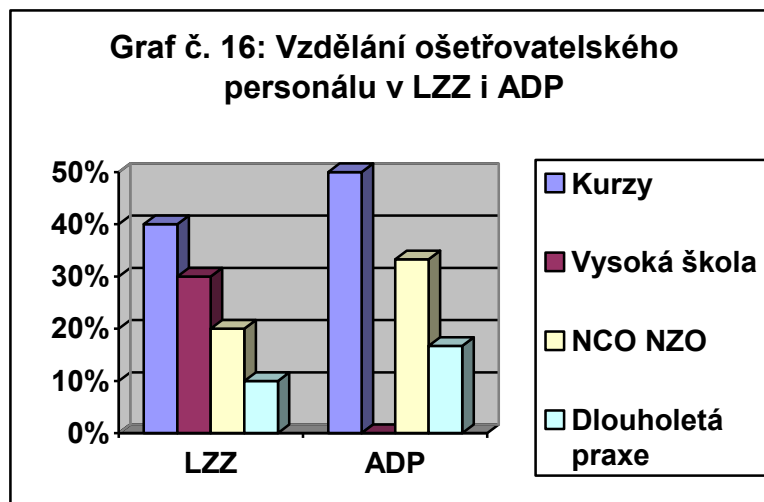
Tabulka č. 21: Vzdělání ošetrovatelského personálu v ADP

Vzdělání	Procentuální vyjádření
Kurzy	50%
Vysoká škola	0%
NCO NZO	33,3%
Dlouholetá praxe	16,7%



Tabulka č. 22: Shrnutí vzdělání v LZZ a ADP

Vzdělání	Procentuální vyjádření LZZ	Procentuální vyjádření ADP
Kurzy	40%	50%
Vysoká škola	30%	0%
NCO NZO	20%	33,3%
Dlouholetá praxe	10%	16,7%



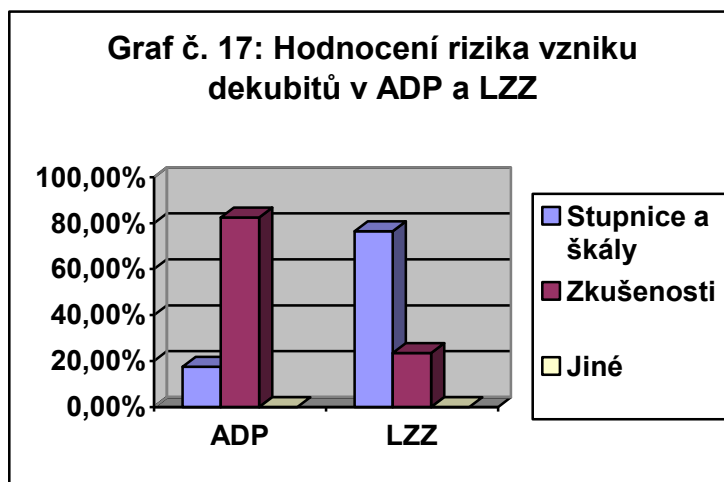
Otázka č. 8: „Dle čeho hodnotíte u vašich klientů riziko vzniku dekubitů?“

V této otázce byly na výběr tyto odpovědi. Stupnice a škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů. Zkušenosti z dlouholeté praxe a také jiné možnosti hodnocení rizika vzniku dekubitů. V LZZ zastávají 76,5% metody s pomocí stupnic a škál. Zbýlých 23,5% se řídí svými rozsáhlými zkušenostmi.

V ADP zase přikládají větší váhu (82,4%) na cenné zkušenosti ze své praxe. Upadá tu trend stupnic a škál (17,6%).

Tabulka č. 23: Hodnocení rizika vzniku dekubitů v ADP a LZZ

Výběr hodnocení rizika vzniku	ADP	LZZ
Stupnice a škály	17,6%	76,5%
Zkušenosti	82,4%	23,5%
Jiné	0%	0%



Otázka č.9: „**Domníváte se, že vznik dekubitů ve vašem zařízení je zaviněn:**

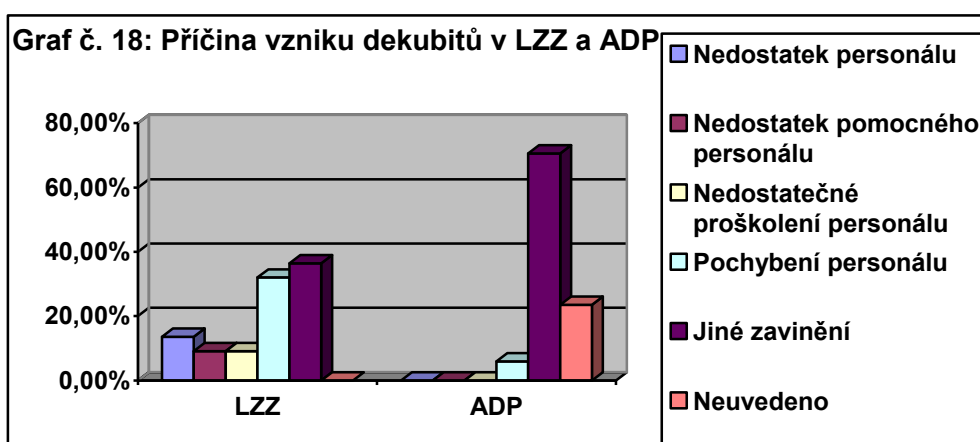
- **Nedostatkem personálu**
- **Nedostatkem pomocného personálu**
- **Nedostatečným proškolením personálu**
- **Pochybením personálu**
- **Jiným zaviněním (uveďte prosím)**

13,6% z dotazovaných lůžkových zdravotních zařízení se domnívá, že je vznik dekubitů v jejich zařízení zaviněn nedostatkem personálu. 9,1% se domnívá, že je to chyba z nedostatku pomocného personálu a také 9,1%, že je to způsobeno nedostatečným proškolením personálu. 32% je přesvědčeno o tom, že za vznik dekubitu může pochybení personálu a 36,4% uvádí jiné důvody. V jiných důvodech se nejčastěji objevila odpověď, že na vzniku dekubitů má podíl nedostatek antidekubitních pomůcek (22,2%). Dále vznik dekubitů ovlivňuje celkový zdravotní stav nemocného (33,4%), přístup personálu (11,1%), nedostatečné polohování (11,1%) a nedostatečná výživa (22,2%).

Mezi jiná zavinění bylo v ADP nejčastěji (ve 41,2%) uváděno pochybení rodiny, důsledkem nedbalosti, nezájmu, nedostatečné edukace.

Tabulka č. 24: Příčina vzniku dekubitů v LZZ a ADP

Příčina vzniku dekubitů	LZZ	ADP
Nedostatek odborného personálu	13,6%	0%
Nedostatek pomocného personálu	9,1%	0%
Nedostatečné proškolení personálu	9,1%	0%
Pochybení personálu	32%	5,9%
Jiné zavinění	36,4%	70,6%
Neuvedeno	0%	23,5%



Otázka č. 10: „Je ve vašem zařízení u klientů s dekubity sledován také stav výživy?“

„Jestliže ano, jakým způsobem určíte množství stravy, které klient sní?“

Zde bylo u odpovědí na výběr: - dle čtvrtin

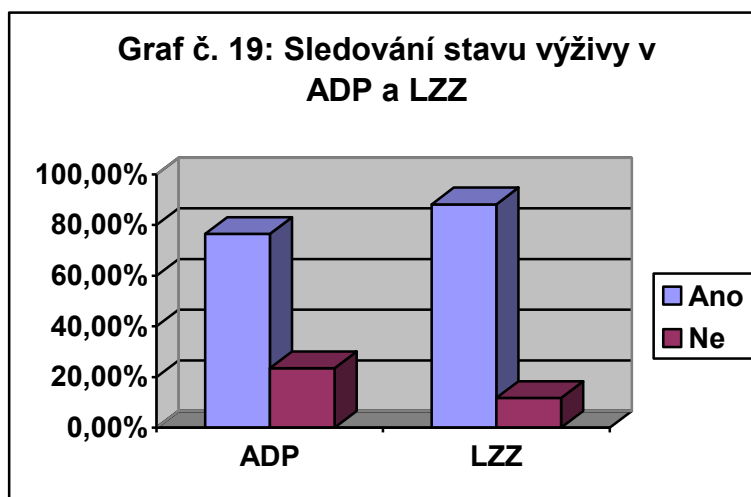
- dle polovin

- jiným způsobem

„Jestliže ano, jakým způsobem řešíte u klientů poruchu příjmu potravy?“

Tabulka č. 25: Sledování stavu výživy v ADP a LZZ

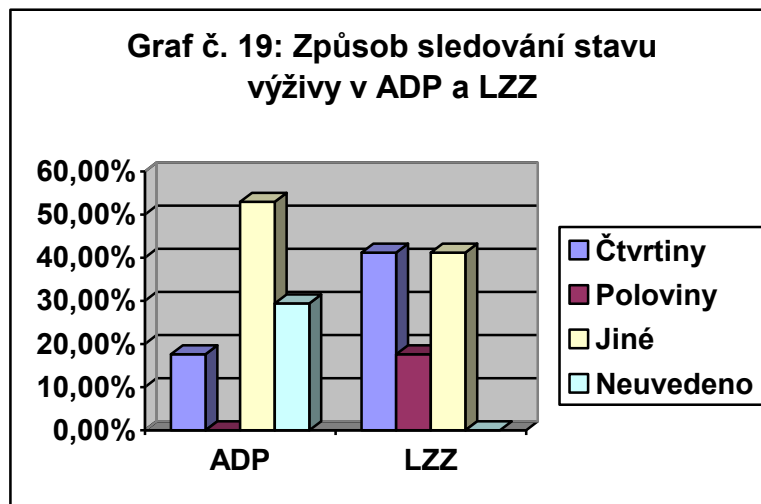
Možnost	ADP	LZZ
Ano	76,5%	88,2%
Ne	23,5%	11,8%



Z celkového počtu 17 dotazovaných z obou druhů zařízení, odpovědělo na otázku, zda vůbec sledují stav výživy v ADP 76,5% a v LZZ 88,2%. Je tedy zřejmé, že oba druhy zařízení výživu ve větší části neopomínají.

Tabulka č. 26: Způsob sledování stavu výživy v ADP a LZZ

Způsob sledování	ADP	LZZ
Čtvrtiny	17,6%	41,2%
Poloviny	0%	17,6%
Jiné	53%	41,2%
Neuvedeno	29,4%	0%



Způsob sledování stavu výživy v ADP a LZZ. Mezi způsoby sledování byly jako odpovědi zařazeny: možnost sledování dle polovin, které nemocný sní. Dle čtvrtin a také jiná možnost. Dle čtvrtin se řídí 17,6% ADP, dle polovin 0% ADP. Mezi jiné možnosti (53%) bylo v ADP nejčastěji uváděno, že informace o tom, jaké množství nemocný snědl, získávají nejčastěji od klienta samotného či od rodiny (35,3%). Dále pomocí nutričního screeningu (11,8%) a dle vážení (5,9%).

V LZZ tomu bylo o trochu jinak. Dle čtvrtin zjišťuje stav výživy 41,2% LZZ. Dle polovin 17,6% a jinak 41,2% LZZ. Od členů rodiny se ale získá 0% informací o stavu výživy. Nejčastěji nám o stavu výživy v LZZ podává informace nutriční screening a to v 85,7%. Vážení nám potom udává informace v 14,3%.

Jakým způsobem se řeší poruchy příjmu potravy v ADP? V dotazníku bylo 5 navržených možností. Sipping, enterální výživa, parenterální výživa, PEG a nasogastrická sonda. Dotazovaní měli oznámkovat možnosti od 1 tj. nejčastěji používaného postupu po 5 tj. nejméně používaný postup. V ADP byl jako nejčastější postup použit sipping. Jako druhá nejčastější metoda byla enterální výživa a potom třetí parenterální výživa. Dále nasogastrická sonda se objevuje také velmi zřídka. Nejméně používaný postup bylo použití PEGu. V LZZ tomu bylo stejně tak.

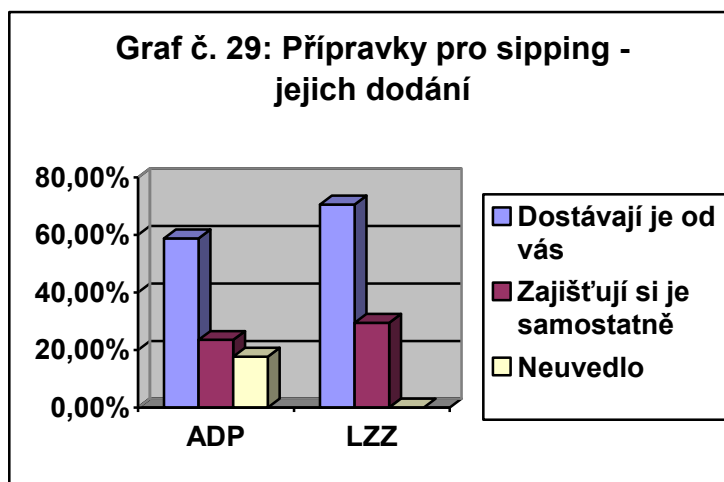
Otázka č. 11: „Jakým způsobem se klienti dostávají k přípravkům pro sipping?“

Jakým způsobem se klienti dostávají k přípravkům pro sipping? Je to dáno ze základu tím, zda ho předepíše lékař na předpis či ne. ADP s tím mají většinou problém. Ne každý praktický lékař sipping předepíše. Proto si ho většinou, v 58,8%, klienti ADP kupují sami na doporučení ošetrovatelského personálu. Ve 23,5% ho lékař předepíše a ADP zprostředkují podání. 17,4% ADP na otázku neopovědělo.

V LZZ je sipping častěji preskribován, v 70,6%. Sami si ho klienti obstarávají z 29,4%.

Tabulka č. 38: Způsob dodání přípravků pro sipping

Možnost	ADP	LZZ
Dostávají je od vás	58,8%	70,6%
Zajišťují si je samostatně	23,5%	29,4%
Neuvedlo	17,7%	0%



Otázka č. 12: „**Jaké přípravky pro sipping používáte u vašich klientů s dekubity nejčastěji? Uveďte prosím název.**“

Nejčastěji se objevoval název Cubitan a Nutridrink. V závěsu také Nutrison a Diasip. Nejméně často pak Diasip, Fortimel a Resource a Fresubin.

Tabulka č. 27: Nejčastější přípravky pro sipping v ADP i LZZ

Nejčastěji	ADP	LZZ
-	Nutridrink	Nutridrink
-	Cubitan	Cubitan
-	Nutrison	Nutrison
-	Diasip	Diasip
Nejméně často	Fortimel	Resource, Fresubin

Otázka č. 13: „Odhadněte prosím (v procentech), kolik vašich klientů s dekubity je inkontinentních?“

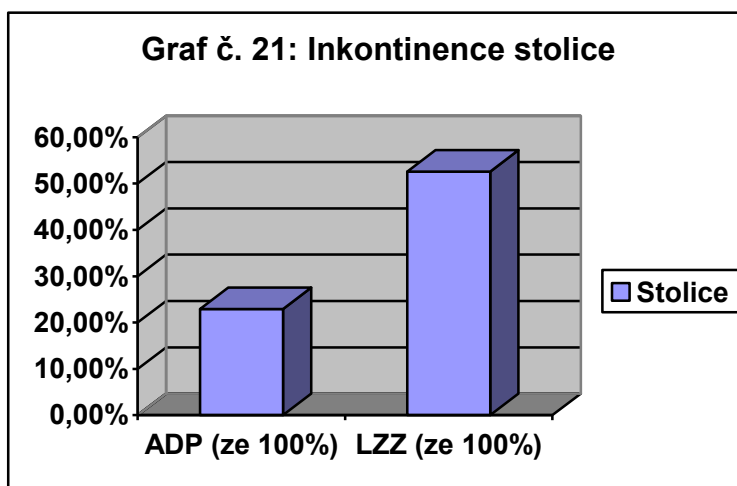
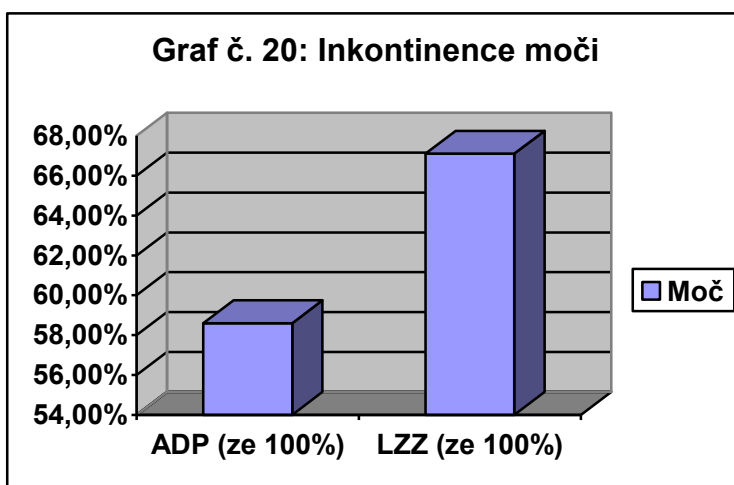
Inkontinence : - moči

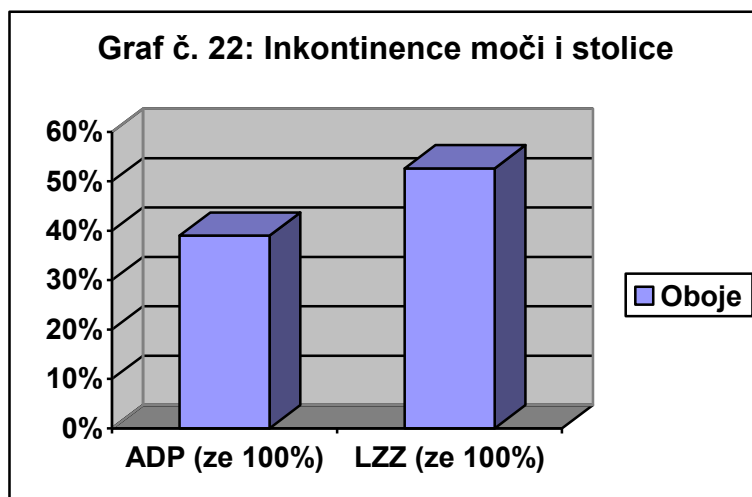
- stolice

- obojí

Tabulka č. 28: Inkontinence u dekubitů v ADP i LZZ

Možnost	ADP (ze 100%)	LZZ (ze 100%)
Moč	58,6%	67,1%
Stolice	22,9%	52,6%
Obojí	39%	52,6%





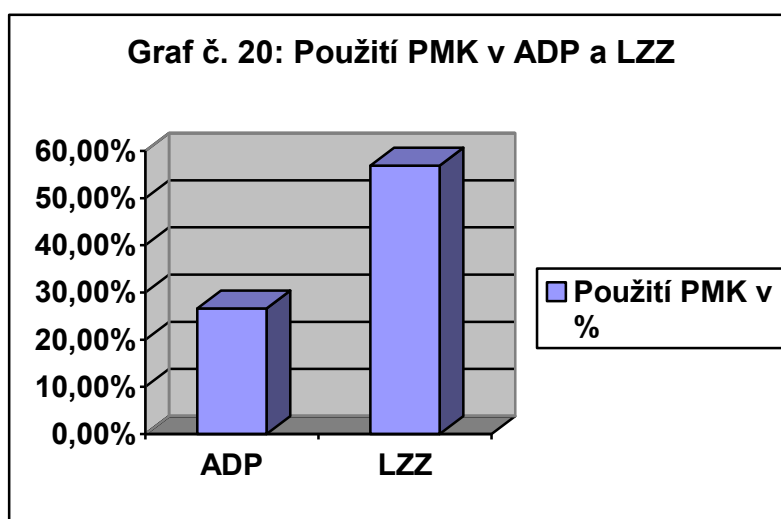
Inkontinence je jedním z důležitých rizikových faktorů, které přispívají ke vzniku dekubitů. Je tedy nutné na ni dohlížet. I v dotazovaných zařízeních inkontinenci věnují pozornost. V ADP bylo 58,6% nemocných s inkontinencí moči, 22,9% s inkontinencí stolice a 39% s obojím. V LZZ bylo procentuální vyjádření nemocných s inkontinencí moči vyšší než v ADP, tj. 67,1%. S inkontinencí stolice bylo v LZZ 52,6% nemocných s dekubitem. A s inkontinencí moči i stolice 52,6%.

Otázka č. 14: „U kolika z vašich klientů s dekubity s močovou inkontinencí je použit permanentní močový katétr?“

Ze 17 dotazovaných ADP a LZZ odpovědělo 13 ADP a 4 LZZ odpověď nevedly a 16 LZZ a 1 LZZ nevedlo. Použití PMK obecně způsobuje riziko vzniku infekce v močovém ústrojí, ale při léčbě dekubitů nám může být i vhodným pomocníkem, nevznikne-li dekubit přímo v cestě jeho zavedení. Zabraňuje úniku moči do pánevní oblasti a odvádí ji. Nevzniká nám proto vlhké prostředí, které je tak nevhodné pro dekubitus a jeho léčbu.

Tabulka č. 29: Použití permanentního močového katétru

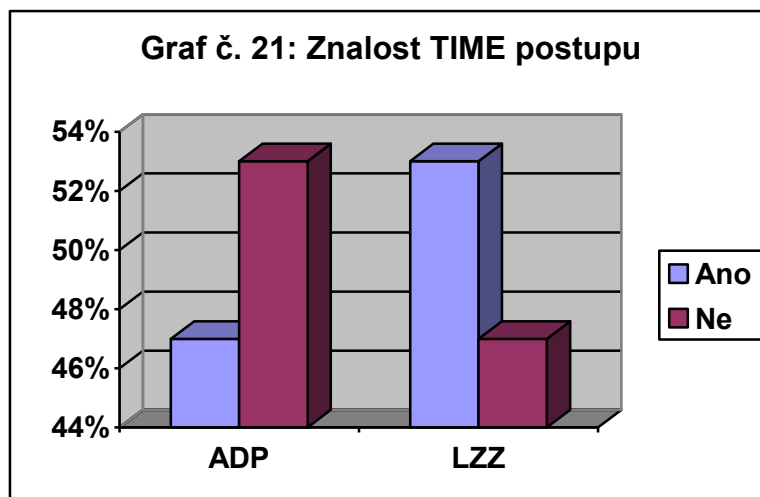
Možnost	ADP	LZZ
Použití PMK v %	26,6%	56,9%



Otázka č. 15: „TIME postup při léčbě spodiny rány. Znáš?Nezáš?“

Tabulka č. 30: TIME postup

Možnost	ADP	LZZ
Ano	47%	53%
Ne	53%	47%

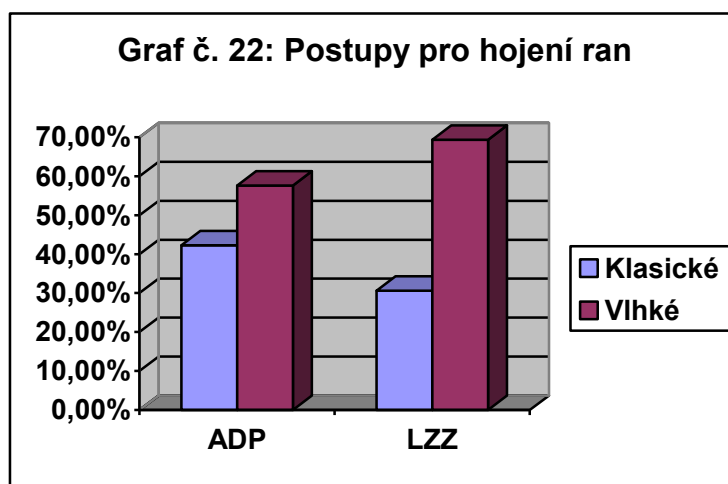


Při znalosti TIME postupu při léčbě spodiny rány se prokázalo, že větší znalosti mají v LZZ. Méně často postup znají v ADP.

Otázka č. 16: „U léčby dekubitů používáte převážně klasické postupy, nebo vlhké hojení ran?“

Tabulka č. 31: Klasické a vlhké hojení ran

Možnosti hojení	ADP	LZZ
Klasické	42,3%	30,6%
Vlhké	57,6%	69,4%



Pro klasické postupy se v ADP přiklání 42,3% dotazovaných a pro vlhké hojení ran 57,6%. V LZZ tomu bylo jinak. Klasické postupy se v LZZ používají méně často, a to v 30,6%, zato vlhké hojení v 69,4%.

Otázka č. 17: „**Jaké druhy materiálů zejména preferujete v léčbě dekubitů?**“

- algináty, algináty se stříbrem, aktivní uhlí, aktivní uhlí se stříbrem, koloid hydrofiber, hydrogely, pěny, pěny se stříbrem, antiseptické krytí, neadhezivní krytí, jiné.

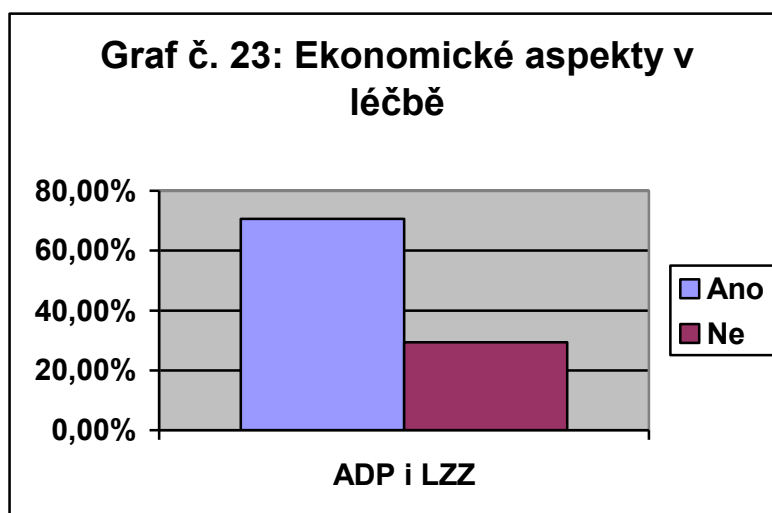
Tabulka č. 32: Druhy materiálů k hojení ran

Možnost	ADP	LZZ
Nejčastěji užívané	Hydrogely	Antiseptické krytí
-	Antiseptické krytí	Hydrogely
-	Algináty se stříbrem Aktivní uhlí se stříbrem	Algináty se stříbrem Neadhezivní kontaktní krytí
-	Algináty Aktivní uhlí Koloidy - hydrofiber	Algináty Aktivní uhlí se stříbrem Koloidy – hydrofiber
-	Pěny	Aktivní uhlí
-	Neadhezivní kontaktní krytí	Pěny Pěny se stříbrem jiné
-	Pěny se stříbrem	
Nejméně užívané	Jiné	

Otázka č. 18: „Ovlivňují vaše rozhodnutí v léčbě o dekubity ekonomické aspekty?“

Tabulka č. 33: Ekonomické aspekty

Možnosti	ADP i LZZ	LZZ
Ano	70,6%	70,6%
Ne	29,4%	29,4%



Ekonomické aspekty jsou v dnešní době jedním z nejdiskutovanějších témat ve zdravotnictví. Divili bychom se, kdyby i v této sféře zdravotnictví byl dostatek finančních prostředků. ADP se shodují v názoru, že za nedostatek finančních prostředků mohou praktičtí lékaři, kteří tlačí své náklady na minimum. Ti však zase svalují vinu na zdravotní pojišťovny a jsme v začarovaném kruhu.

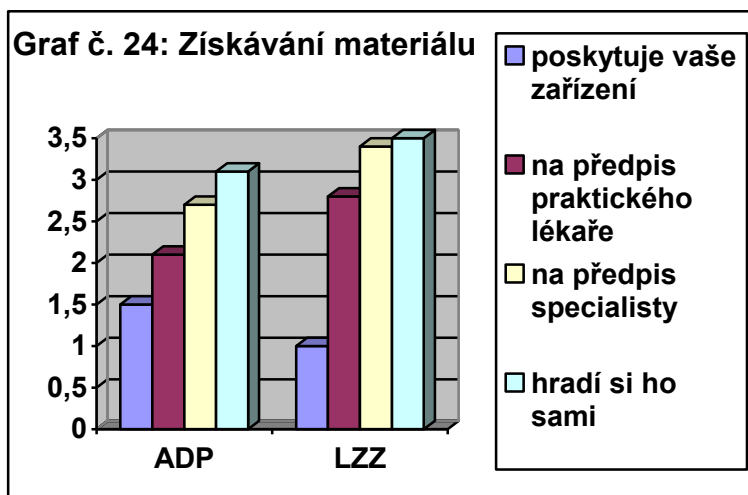
Otázka č. 19: „Jakým způsobem si klienti ve vašem zařízení pořízují materiál pro vlhké hojení ran?“

- poskytuje jim ho vaše zařízení
- na předpis praktického lékaře
- na předpis specialisty
- hradí si ho sami

U této otázky bylo úkolem dotazovaných seřadit dle četnosti, jakým způsobem si klienti v jejich zařízení pořízují materiál pro vlhké hojení ran. Měli k uvedeným možnostem přiřadit známku od 1- nejčastěji do 4- nejméně často. Poté jsem z přiřazených známek u jednotlivých možností vypočetla průměr a výsledky uvádím v tabulce č. 34.

Tabulka č. 34: Způsob získání materiálů pro hojení dekubitů

Možnosti	ADP	LZZ
poskytuje vaše zařízení	1,5	1
na předpis praktického lékaře	2,1	2,8
na předpis specialisty	2,7	3,4
hradí si ho sami	3,1	3,5

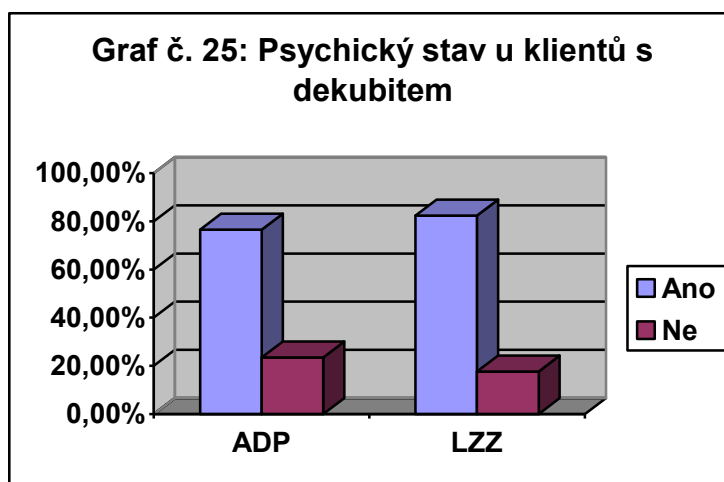


Otázka č. 20: „U hojení dekubitů hraje také velikou roli psychický stav klienta, sledujete nějak tento stav?“

„Jestliže ano, jakým způsobem?“

Tabulka č. 35: Sledování psychického stavu klienta

Možnosti	ADP	LZZ
Ano	76,5%	82,4%
Ne	23,5%	17,6%



Ze 100% dotazovaných ADP uvedlo, že psychický stav sleduje 76,5%. Na otázku: „Jakým způsobem pečují o psychický stav klienta s dekubitem?“

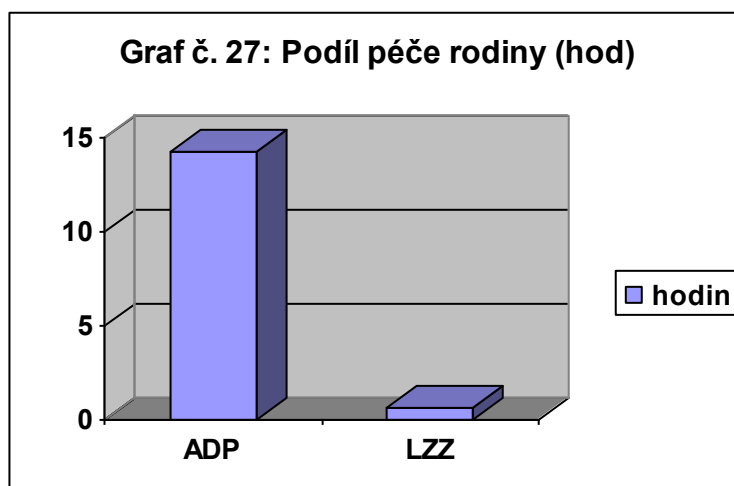
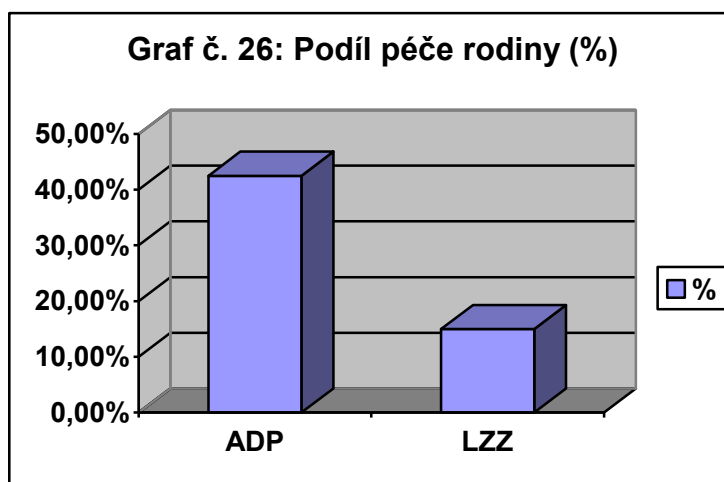
Dotazovaní odpověděli, že nejčastěji sledují a zlepšují psychický stav pomocí komunikace s nemocným. Pozorují a sledují psychický stav. Do pozorování se zapojuje nejvíce rodina, která nemocného povzbuzuje a pozitivně ladí.

Dotazovaná LZZ udávají, že psychický stav sledují v 82,3%. Nejčastěji stav sledují pomocí ošetrovatelského procesu. Komunikují s nemocným a pozorují změny stavu. Jen ve výjimečných případech se zapojuje do řešení psychických poruch rodina. A často se zde užívá medikace pro uklidnění nemocného.

Otázka č. 21: „Vyjádřete v procentech či v hodinách podíl péče rodiny o klienta s dekubitem ve vašem zařízení za 24 hodin.“

Tabulka č. 36: Podíl péče rodiny za 24 hodin (hod/%)

Možnosti	ADP	LZZ
%	42,5%	15%
hodin	14,3hod	0,6hod
nevedlo	9	9



Ze 17 dotázaných ADP a LZZ 9 neodpovědělo. Ze zbylých 8 dotazovaných ADP opovědělo, že podíl péče rodiny za 24 hodin je 42,5%. V časovém intervalu uvedly ADP 14,3 hodin strávené u nemocného za den. Tyto výsledky se nedají porovnat s LZZ, kde procentuálně tento podíl tvoří 15% a časový interval 0,6 hodin.

Otázka č. 22: „Kdo se z vašeho personálu podílí na RHB terapii u klientů s dekubity?“

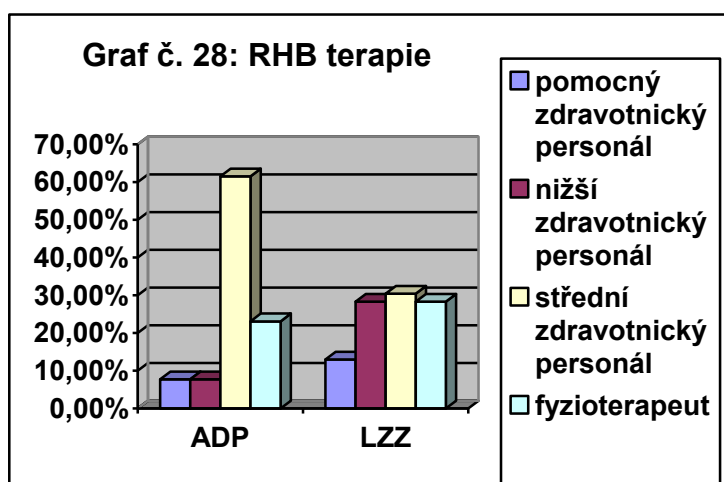
- pomocný zdravotnický personál
- nižší zdravotnický personál
- střední zdravotnický personál
- fyzioterapeut

RHB terapii nesmíme opomenout ani u klientů s dekubity. Proto také byla tato otázka do výzkumného šetření zařazena.

Dotazované ADP a LZZ měli v dotazníku zaškrtnout pro ně nejuvýstižnější odpověď. Tou byla u ADP odpověď, že se o RHB péči nejčastěji stará střední zdravotnický personál. V LZZ byly odpovědi spíše vyrovnané. Vzhledem k většímu spektru vzdělanosti zaměstnanců a personálu.

Tabulka č. 37: Kdo se podílí na RHB terapii

Možnosti	ADP	LZZ
pomocný zdravotnický personál	7,7%	13%
nižší zdravotnický personál	7,7%	28,3%
střední zdravotnický personál	61,5%	30,4%
fyzioterapeut	23,1%	28,3%



Otázka č. 23: „**Jaká je průměrná celková délka ošetřování klienta s dekubitem 1., 2., 3., 4., 5. st. ve vašem zařízení? (uved'te prosím ve dnech či měsících)**“

1. stupně

2. stupně

3. stupně.....

4. stupně.....

5. stupně (používáte-li pětistupňovou klasifikaci).....

Na tuto otázku mi dotazovaná zařízení nebyla schopna opovědět. Ze získaných dat bohužel nebylo možné vytvořit statisticky plnohodnotné hodnocení.

10 Diskuze

Hlavním cílem praktické části této diplomové práce bylo zodpovědět 10 domněnek, které byly stanoveny předem. V diskuzi hodnotím, zda se mi předpokládané domněnky vyplnily.

1. Dekubity jsou sledovány jako jeden z ukazatelů kvality péče.

V obou typech dotazovaných zařízení se opravdu potvrdila domněnka, že ve více jak v 50%, se dekubity sledují a evidují. Ovšem málokteré zařízení uvedlo sledování dekubitů jako indikátor kvality péče. Toto má za následek zatím malé množství akreditovaných zařízení v České republice. Indikátory kvality nám umožňují srovnání kvality v časovém intervalu a na různých úrovních (např. na odděleních, celostátně, jednotlivci), což právě akreditace vyžaduje. Sběr dat týkajících se dekubitů by měl být kontinuální. Je plně závislý na spolupráci zdravotníků, kteří podávají v případě výskytu dekubitu povinné hlášení.

2. Ve většině dotazovaných zařízení probíhá pravidelná edukace.

Celoživotní vzdělávání zdravotníků je v současnosti nezbytné. Je nutné, aby se i v léčbě ran uplatňovaly pokroky a léčba se posouvala k efektivním, moderním postupům. Ekonomické nároky dlouhodobé léčby dekubitů jsou velmi vysoké. Proto je velice podstatná kvalitní edukace. Všechna dotazovaná zařízení obou typů (tj. 100% dotazovaných) odpověděla, že se v oblasti ošetrovatelské péče o dekubity pravidelně vzdělávají.

3. Ve všech dotazovaných zařízeních probíhá prevence dekubitů.

Velice významným aspektem je prevence dekubitů. Dá li se na ni dostatečný důraz, ušetří nám v celkové péči o dekubity mnoho starostí. Výsledkem šetření se ukázalo, že prevenci dekubitů je věnována stejná pozornost, jako terapii – tj. u všech sledovaných zařízení.

4. Nedostatek zdravotnického personálu, chybějící rodinní pečovatelé jsou významným negativním faktorem v kvalitě prevence a péče o pacienty s dekubity.

Na počátku mého sesterského působení jsem slýchávala často při přednáškách a různých školeních, že dekubit je ostudou sestry, že je to důkazem jejího špatného počínání, že nepodniká všechna možná a dostupná opatření, aby vzniku zabránila. Zařízení, které dopustí vznik dekubitů je špatné zařízení a je nutné se na tuto problematiku zaměřit více. Z dotazníku vyplynulo, že v LZZ se na vzniku dekubitů podílela v 32% nedostatečná péče personálu. Tento výsledek je následkem nedbalosti pečujícího personálu a v mnohých případech i lékaře. Toto procento je jistě vysoké. Z výsledku šetření v LZZ však vyplývá, že důvodem nedostatečné péče, je především nedostatek odborného ale i pomocného personálu a dalším negativním faktorem je nedostatečná výživa pacientů a nedostatek antidekubitních pomůcek. U ADP největší procento nedostatečné péče o nemocné klienty s dekubity je zaviněno nedostatečnou informovaností rodinných příslušníků, nedoceněním problému. Dotazníky však byly vyplňovány členy domácí zdravotní agentury, nikoliv rodinou. Nebyl zde uveden ani nedostatek antidekubitních pomůcek, ani nedostatek personálu. Závěrem lze říci, že nedostatek zdravotnického personálu, spolu s nedostatkem antidekubitních pomůcek, nedostatkem výživy se významně podílí na nedostatečné péči o tyto nemocné ve zdravotnických zařízeních. V domácím prostředí se pak daleko významněji v prevenci a terapii dekubitů uplatňuje vliv edukace a spolupráce rodinných příslušníků.

5. V dotazovaných zařízeních se sleduje stav výživy.

Z celkového počtu 17 dotazovaných z obou druhů zařízení, odpovědělo „ano“ na otázku zda vůbec sledují stav výživy v ADP 76,5% a v LZZ 88,2%. Je tedy zřejmé, že oba typy péče význam výživy neopomíjejí. Z výzkumného šetření dále vyplývá, že v LZZ poskytuje nejvíce informací o nutričním stavu nutriční screening (v 85,7% případů), zatímco v péči domácí agentury hrají nezastupitelnou roli informace rodinných příslušníků a samotného nemocného.

6. U nemocných se z valné části na vzniku dekubitů podílí inkontinence moči.

Z výzkumného šetření vyšlo, že močovou inkontinencí trpí v ADP 58,6% klientů a v LZZ 67,1% klientů. Při terapii dekubitů je právě inkontinence nežádoucím faktorem a to nejen inkontinence moči, ale i stolice či obojí. Komplikuje nám léčbu vlhkým prostředím, možným přestupem infekce, nedostatečným působením léčebných materiálů z důvodu jeho pomočení a jiné. Domněnka se očekávala a je tedy šetřením potvrzena.

7. V dotazovaných typech péče se používá systém vlhkého hojení ran.

Dnešní nová doba s sebou přináší novinky a pokroky v ošetrovatelské péči, proto tedy ani hojení ran není výjimkou. Klasické postupy tedy podle mého názoru ustupují moderním metodám a postupně se většina zařízení ubírá cestou vlhkého hojení. I z výzkumu bylo zjištěno, že v ADP vlhké hojení v 57,6% převládá nad klasickými postupy. Rozdíl ale není zdaleka tak markantní jako u LZZ. Zde bylo 69,4% pro vlhké hojení a 30,6% pro klasické postupy. Samozřejmě, že některá ADP tak i LZZ by byla pro kombinaci obou postupů.

8. Kvalita péče o dekubity může být ovlivněna ekonomickými aspekty.

Mezi ekonomické náklady, které jsou spojeny s dekubity, musíme zařadit nejen finanční náklady na samotné materiály, inkontinentní pomůcky, ale rovněž náklady vynaložené na prevenci a edukaci a dostatečný počet personálu. To vše tvoří dohromady veliké finanční úsilí pro každé zařízení. Proto je tak velký důraz kladen na prevenci. Proto se každé zařízení snaží různě minimalizovat tyto vysoké finanční náklady. Vhodné je používat pouze účinné strategie léčby, včasné zahájení vhodných léčebných postupů a přesné vyhodnocení výsledků a využití získaných informací ve volbě dalších postupů. Pro vhodné zvolení postupů je nutné mít určité znalosti a dovednosti. Ty se týkají zejména školení ošetřujícího personálu a hodnocení rizika vzniku. Dále záleží na vhodném výběru zařízení a pomůcek, na dokumentaci, zapojení nemocných i ošetřujících do vzdělávacích programů a nakonec je nutné provést klinický audit. Bez něho není možné definovat přínos a naopak nevhodnost postupů. Efektivita péče soustředěná v těchto již zmíněných aspektech je jediným možným řešením. Z mého výzkumného šetření bylo zjištěno, že v ADP i v LZZ ekonomické aspekty ovlivňují kvalitu péče v 70,6%. To jen potvrdilo mojí domněnku. V terapeutickém ohledu se nemalé finanční prostředky vynaloží na obvazový materiál k hojení ran. V případě ADP nevidí praktičtí lékaři, kteří jsou kompetentní k preskripci těchto obvazů, nemocné tak

často jako pracovníci ADP. Hojení rány tak může být nevhodnými prostředky zpomaleno a naopak může ráně ublížit, než pomoci. Praktičtí lékaři mají také svá finanční omezení a vzhledem k drahému hojení vlhkými postupy jsou při preskripci vhodného materiálu ne vždy na místě skromní. Je pak otázkou, jak často praktičtí lékaři sledují takové pacienty a jakým způsobem je předávána dokumentace ze zařízení do domácího prostředí a naopak. Nedostatečná komunikace bude jistě dalším negativním faktorem, to však nebylo bohužel předmětem mého sledování.

9. Péče o klienta v ADP se může lišit od péče v LZZ.

Jak všichni víme, pro každého z nás je rodina tím nejdůležitějším co máme. V rodině vyrůstáme, prožíváme radosti i úskalí života. Toužíme mít jednu vlastní rodinu, a když ji máme, je pro nás oporou a naplňuje nás štěstím. A co teprve člověk v nemoci? Potřebuje ji ještě více a chce mít v rodině zastání, podporu a pochopení. Někdy to však, ale nefunguje tak, jak bychom si přáli. Mou domněnkou bylo, že rodina bude hrát na podílu péče v ADP větší roli, než v LZZ. Ve výzkumném šetření se mi domněnka potvrdila. Rodina tráví u nemocného s dekubitem většinu svého času. V ADP se rodina o nemocného starala v průměru 14,3hodin denně. V LZZ to bylo v průměru pouhých 0,6hodin za den. Toto je nepochybně ovlivněno tím, že rodina zde více spoléhá na péči odborníků. Svou roli tak odsouvají na minimum.

10. Vedle lokální terapie je chápána péče o dekubity komplexně a v rámci toho je věnována dostatečná péče o psychickou nadstavbu pacienta – klienta.

Psychický stav nemocného hraje v jeho terapii neodmyslitelně jednu z největších rolí. Platí to též u terapie dekubitů. Umět se vyrovnat s onemocněním, aktivně se na něm podílet, mluvit o něm a zajímat se o něj, zapojovat se do terapie. To jsou všechno důležité věci, které posilují náš psychický stav. Samozřejmá je i podpora rodiny (viz výše). Musíme mít ke člověku holistický přístup, brát ho nejen jako bio-psycho-sociální objekt, ale také musíme myslet na duševní stránku člověka. Většina dotazovaných zařízení opravdu chápe péči o nemocného jak komplexní a opravdu do péče zařazují i prvky psychického charakteru. V LZZ je to u 82,3% dotazovaných a v ADP je to u 76,5% dotazovaných. Domněnka se mi tedy potvrdila.

Závěr

Ve své práci jsem se snažila obsáhnout komplexní problematiku péče o dekubity v agenturách domácí péče a lůžkových zdravotních zařízeních. Péče o tyto nemocné má u nás vysoký standard, který je daný přílivem nových pomůcek, firem a medializací. Také stále přibývá lidí, kteří se této problematice chtějí věnovat více do hloubky a tím přispívají ke zlepšeným podmínkám pro nemocné s dekubity. Z výsledků šetření vyplývá, že nezbytnou podmínkou zvýšení kvality péče o nemocné s dekubity v lůžkových zdravotnických zařízeních je dostatek edukovaného personálu a antidekubitálních pomůcek, zatímco v domácím prostředí je pak velice významným aspektem spolupráce s rodinou, praktickými lékaři. Mezi další významný faktor nepochybně patří výživa pacientů. Jistě by bylo zajímavé se tomuto faktorům blíže věnovat a to jak v domácím prostředí, tak v lůžkových zdravotních zařízeních. Rovněž dokonalé předávání zdravotnické dokumentace mezi jednotlivými typy péče, dokonalá informovanost o způsobu ošetření je nezbytnou součástí kvality péče o takovéto nemocné. To sice nebylo součástí mé práce, ale na základě výsledků šetření je to další aspekt, který vidím jako velice podstatný.

11 Seznam bibliografických citací:

1. ROKYTA, R. a kol. Fyziologie. Praha : ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-45-5
2. MIKULA J., MÜLLEROVÁ N. Prevence dekubitů. Praha : Grada publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2
3. Česká společnost podpory zdraví. Proleženina (dekubitus) - informace o vzniku onemocnění. Net servis s.r.o.
Dostupné z WWW:
<http://www.hojeni21.cz/prolezenina-info.php>
4. TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno : IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-324-8
5. Riebelová, V., Válka, J., Franců, M. Trendy soudobé chirurgie – Dekubity. Prevence, konzervativní a chirurgická terapie. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7262-033-9
6. Vokurka, M., Hugo, J. a kol. Velký lékařský slovník. Praha : Maxdorf, 2007. ISBN 987- 80-7345-130-1
7. Obezita. Obezita v ČR. 2008
Dostupné z WWW:
<http://www.obezita-info.cz/obezita-v-cr>
8. Arginin – Vitainfo.cz. Informace pro vaše zdraví – aminokyseliny, kyseliny.
Dostupné z WWW:
<http://vitainfo.cz/eshop/detail.php?idzb=32>
9. EPUAP. HOJENÍ21.
Dostupné z WWW:
<http://www.hojeni21.cz/postupy.php>

10. Dekubity, proleženiny. 2009-04-08
Dostupné z WWW:
<http://www.osobniasistence.cz/?tema=2&article=2#prevence>
11. Weil electronic devices. Produkty. Weil Electronic Devices s.r.o., 2008.
Dostupné z WWW:
<http://www.wed.cz/index.php?id=produkty&i=1>
12. DMA Praha. Kompenzační pomůcky.
Dostupné z WWW:
<http://www.dmapraha.cz/katalog/antidekubitni-matrace/>
13. Nutricia medical. Wundermann. 2005
Dostupné z WWW:
http://www.nutriciamedical.cz/ENTERAL/nutricni_skore.php
14. Zelená hvězda. B-Braun Medical s.r.o.. 2003-2007
Dostupné z WWW:
<http://www.zelenahvezda.cz/mame-reseni-pro/nase-reseni-pro-lecby-chronickyh-ran/lecba-chronickyh-ran>
15. Mikšová, Z., Froňková, M., Hernová, R., Zajíčková, M.: Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Grada Publishing, Praha 2006, aktualizované a doplněné vydání. ISBN 80-247-1442-6
16. Staňková, M.: České ošetrovatelství 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. NCONZO v Brně, Brno, 2004, 1. vydání – dotisk. ISBN 80-7013-323-6
17. Hartmann-rico a.s.: Kompetendium ran a jejich ošetrování. Veverská Bitýška: Paul Hartmann AG, 1999. ISBN 3-929870-18-5

18. Vlček, F.: Indikátory kvality. Nástroj řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. SAK ČR. 2004
Dostupné z WWW:
http://www.cskz.cz/seznamy/10_vlcek-Indikatory-kvality.ppt

19. Pomocník diabetologa 2008. Informační katalog. Nakladatelství GEUM, Praha 2008.
ISBN 978-80-86256- 61-0

12 Seznam obrázků, tabulek a grafů:

Obrázek č. 1: Predilekční místa

Obrázek č. 2: Ischemické poškození cév

Obrázek č. 3: Danielova klasifikace dekubitů (zleva I., II., III.,IV.,V.stupeň)

Obrázek č. 4: Vývoj dekubitů podle Válka (zleva 1), 2), 3), 4))

Obrázek č. 5: Ukázky antidekubitních polohovacích pomůcek

Obrázek č 6: Některé možnosti využití polohovacích pomůcek

Obrázek č. 7: Elektrické polohovací lůžko

Obrázek č. 8: Mechanické polohovací lůžko

Obrázek č. 9: Rozhodovací algoritmy v umělé výživě (Rozhodovací strom)

Obrázek č. 10: Ošetrovatelský záznam chronické rány a defektu (Dle ČSLR)

Obrázek č. 11: Proces hojení ran

Tabulka č. 1: Rozšířená stupnice podle Nortonové

Tabulka č. 2: Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám

Tabulka č. 3: Waterlowova škála

Tabulka č. 4: Stupnice podle Bradenové

Tabulka č. 5: Druhy bakterií v závislosti na jejich charakteristickém vzhledu a zápachu sekretu v ráně

Tabulka č. 6: Evidence dekubitů v ADP

Tabulka č. 7: Evidence dekubitů v LZZ

Tabulka č. 8: Klasifikace dekubitů v ADP

Tabulka č. 9: Klasifikace dekubitů v LZZ

Tabulka č. 10: Výskyt klientů s dekubity v ADP za rok

Tabulka č. 11: Výskyt klientů s dekubity v LZZ za rok

Tabulka č. 12: Provádění rozboru při vzniku dekubitů v ADP

Tabulka č. 13: Provádění rozboru při vzniku dekubitů v LZZ

Tabulka č. 14: Průběžné proškolení z hlediska prevence vzniku dekubitů v ADP

Tabulka č. 15: Průběžné proškolení z hlediska prevence vzniku dekubitů v LZZ

Tabulka č. 16: Nejdůležitější formy prevence dle ADP

Tabulka č. 17: Nejdůležitější formy prevence dle LZZ

Tabulka č. 18: Porovnání forem prevence v LZZ a ADP

Tabulka č. 19: Průběžné proškolení z hlediska ošetrovatelské péče o dekubity (ADP i LZZ)

Tabulka č. 20: Vzdělání ošetrovatelského personálu v LZZ
Tabulka č. 21: Vzdělání ošetrovatelského personálu v ADP
Tabulka č. 22: Shrnutí vzdělání v LZZ a ADP
Tabulka č. 23: Hodnocení rizika vzniku dekubitů v ADP a LZZ
Tabulka č. 24: Příčina vzniku dekubitů v LZZ a ADP
Tabulka č. 25: Sledování stavu výživy v ADP a LZZ
Tabulka č. 26: Způsob sledování stavu výživy v ADP a LZZ
Tabulka č. 27: Nejčastější přípravky pro sipping v ADP i LZZ
Tabulka č. 28: Inkontinence u dekubitů v ADP i LZZ
Tabulka č. 29: Použití permanentního močového katétru
Tabulka č. 30: TIME postup
Tabulka č. 31: Klasické a vlhké hojení ran
Tabulka č. 32: Druhy materiálů k hojení ran
Tabulka č. 33: Ekonomické aspekty
Tabulka č. 34: Způsob získání materiálů pro hojení dekubitů
Tabulka č. 35: Sledování psychického stavu klienta
Tabulka č. 36: Podíl péče rodiny za 24 hodin (hod/%)
Tabulka č. 37: Kdo se podílí na RHB terapii
Tabulka č. 38: Způsob dodání přípravků pro sipping

Graf č. 1: Evidence dekubitů v ADP
Graf č. 2: Evidence dekubitů v LZZ
Graf č. 3: Klasifikace dekubitů v ADP
Graf č. 4: Klasifikace dekubitů v LZZ
Graf č. 5: Výskyt klientů s dekubitem v ADP za rok
Graf č. 6: Výskyt klientů s dekubitem v LZZ za rok
Graf č. 7: Rozbor při vzniku dekubitů v ADP
Graf č. 8: Rozbor při vzniku dekubitů v LZZ
Graf č. 9: Proškolení z hlediska prevence vzniku dekubitů (ADP i LZZ)
Graf č. 10: Nejdůležitější formy prevence dle LZZ
Graf č. 11: Nejdůležitější formy prevence dle ADP
Graf č. 12 : Porovnání forem prevence vzniku dekubitů
Graf č. 13: Proškolení z hlediska prevence vzniku dekubitů (ADP i LZZ)
Graf č. 14: Vzdělání a specializace (LZZ)

- Graf č. 15: Vzdělání a specializace (ADP)
- Graf č. 16: Vzdělání ošetrovatelského personálu v LZZ i ADP
- Graf č. 17: Hodnocení rizika vzniku dekubitů v ADP a LZ
- Graf č. 18: Příčina vzniku dekubitů v LZZ a ADP
- Graf č. 19: Způsob sledování stavu výživy v ADP a LZZ
- Graf č. 20: Použití PMK v ADP a LZ
- Graf č. 21: Znalosti TIME postupu
- Graf č. 22: Postupy pro hojení ran
- Graf č. 23: Ekonomické aspekty v léčbě
- Graf č. 24: Získávání materiálu
- Graf č. 25: Psychický stav u klientů s dekubitem
- Graf č. 26: Podíl péče rodiny (%)
- Graf č. 27: Podíl péče rodiny (hod)
- Graf č. 28: RHB terapie
- Graf č. 29: Přípravky pro sipping – jejich dodání

13 Seznam použitých zkratek:

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

LZZ – lůžková zdravotní zařízení

ADP – agentury domácí péče

PMK – permanentní močový

ČSLR – Česká společnost pro léčbu rány

EPUAP - Evropský poradní sbor pro otázky v léčbě proleženin

Tj. – to jest

Tzv. – takzvaný

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

JIP – Jednotka intenzivní péče

14 Přílohy:

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den,

dostává se Vám do rukou dotazník, který je zaměřen na ošetrovatelskou péči o klienty s dekubity. Je součástí mé diplomové práce na téma „Porovnání ošetrovatelské péče o dekubity v lůžkových zdravotních zařízeních a v agenturách domácí péče“. Prosím Vás tímto o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní, proto nebude nikde zveřejněno Vaše jméno ani název Vašeho zdravotnického zařízení. Informace od Vás jsou pro mne a mou práci nezbytné a proto Vám velice děkuji za ochotu a těším se na naši spolupráci.

Anna Hobelantová, Bc.
studentka Mgr. navazujícího programu Ošetrovatelství
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice

Dotazník

Při vyplňování dotazníku vybranou odpověď prosím vždy označte křížkem. Bližší informace máte vždy uvedeny přímo u konkrétní otázky. Kde chcete využít k odpovědi více možností, můžete.

Vyplňuji dotazník za nemocnici (jiné lůžkové zdravotní zařízení)
 agenturu domácí péče

1) Evidujete počet dekubitů ve vašem zařízení?

- Ne
- Ano

- Jestliže ano, u kolika klientů za rok vznikne dekubitus ve vašem zařízení? (uveďte prosím přibližně v procentech)

.....%

- Jestliže ano, kolik klientů za rok přichází do vašeho zařízení již se vzniklým dekubitem z jiného zařízení? (uveďte prosím přibližně v procentech)

- z chirurgických zařízení %
- z interních zařízení %
- ze zařízení následné péče %

2) Kolik klientů se vyskytlo za poslední rok ve vašem zařízení s dekubitem

- 1. stupně.....%
- 2. stupně.....%
- 3. stupně%
- 4. stupně%
- 5. stupně% (používáte-li pětistupňovou klasifikaci)

(uveďte prosím v procentech)

3) Jestliže vznikne dekubitus ve vašem zařízení, provádíte rozbor vzniku dekubitu?

- Ne
- Ano

- Jestliže ano, uveďte prosím v jaké podobě.

.....

4) Je váš personál průběžně proškolen z hlediska **prevence** vzniku dekubitů?

- Ne
- Ano

- Jestliže ano, uveďte prosím kým.

.....

- Jestliže ano, jakou formu prevence upřednostňujete? Očíslujte prosím následující podle důležitosti 1- nejdůležitější až 6- nejméně důležité. Můžete použít častěji (jednou i vícekrát) 1, či jiné hodnotící body.

- Péče o pokožku
- Péče o hygienu
- Dostatečná RHB péče
- Péče o výživu
- Péče o hydrataci
- Jinou (uveďte prosím)

- 5) Je váš personál průběžně proškolen z hlediska *ošetřovatelské péče* o dekubity?
 Ne
 Ano

- 6) Máte ve vašem zařízení dostatečně vzdělaného specialistu v oblasti ošetřovatelské péče o dekubity? (myšleno např.: NCO NZO – Specifická ošetřovatelská péče o chronické rány a defekty, či jiné kurzy)
 Ne
 Ano

- Jestliže ano, uveďte prosím jaké vzdělání specialista má.

.....
.....

- 7) Dle čeho hodnotíte u vašich klientů riziko vzniku dekubitů?
 stupnice, škály (Nortonové, Knollova, ...)
 zkušenosti
 jiné (uveďte prosím)

- 8) Jakou klasifikaci stupně dekubitů využíváte?
 čtyřstupňovou
 pětistupňovou
 jinou (uveďte prosím)

- 9) Domníváte se, že vznik dekubitů ve vašem zařízení je zaviněn
 nedostatkem personálu.
 nedostatkem pomocného personálu.
 nedostatečným proškolením personálu.
 pochybením personálu.
 jiným zaviněním. (uveďte prosím).....

- 10) Je ve vašem zařízení u klientů s dekubity sledován také stav výživy?
 Ne
 Ano

- Jestliže ano, jakým způsobem určíte množství stravy, které klient sní?

- dle čtvrtin
 dle polovin
 jiný způsob

- Jestliže ano, jakým způsobem řešíte u pacientů poruchu příjmu potravy? Ohodnoťte čísla od 1- nejčastěji používaný postup po 5-nejméně používaný postup.

- Sipping
 Enterální výživa
 Parenterální výživa
 PEG
 Nasogastrická sonda

- 11) Jakým způsobem se vaši klienti dostávají k přípravkům pro sipping?

- dostávají je od Vás
 zajišťují si je samostatně

12) Jaké přípravky pro sipping používáte u vašich klientů s dekubity nejčastěji?
Uveďte prosím název.

.....
.....

13) Odhadněte prosím (v procentech), kolik vašich klientů s dekubity je inkontinentních.

Inkontinence moči%
 stolice%
 obojí%

14) U kolika z vašich klientů s dekubity s močovou inkontinencí je použit permanentní močový katetr? (Uveďte prosím v procentech)

.....%

15) TIME postup při léčbě spodiny rány.

Znám ano
 ne

16) U léčby dekubitů používáte převážně klasické postupy nebo vlhké hojení ran?
(Uveďte prosím v procentech u obou)

klasické postupy%
 vlhké hojení ran%

17) Jaké druhy materiálu zejména preferujete v léčbě dekubitů?

algináty
 algináty se stříbrem
 aktivní uhlí
 aktivní uhlí se stříbrem
 koloidy - hydrofiber
 hydrogely
 pěny
 pěny se stříbrem
 antiseptické krytí
 neadhezivní kontaktní krytí
 jiné (uveďte prosím).....

18) Ovlivňují vaše rozhodnutí v léčbě o dekubity ekonomické aspekty?

ne
 ano

- Jestliže ano, vyjádřete číslem (1-5) od 1 - ovlivňují nejvíce po 5 – neovlivňují.

.....

19) Jakým způsobem si klienti ve vašem zařízení pořizují materiál pro vlhké hojení ran?
(seřadte od 1-4 dle četnosti 1- nejčastěji až 4- nejméně často)

poskytuje jim ho Vaše zařízení
 na předpis praktického lékaře
 na předpis specialisty
 hradí si ho sami

20) U hojení dekubitu hraje také velkou roli psychický stav klienta, sledujete nějak tento stav?

- Ne
- Ano

- Jestliže ano, jakým způsobem? (uved'te prosím)

.....
.....

21) Vyjádřete v procentech či v hodinách podíl péče rodiny o klienta s dekubitem ve vašem zařízení za 24 hodin. (Jak dlouho je rodina aktivně přítomna u klienta?)

.....%
.....hodin

22) Kdo z vašeho personálu se podílí na RHB terapii u klientů s dekubity?

- pomocný zdravotnický personál
- nižší zdravotnický personál
- střední zdravotnický personál
- fyzioterapeut

23) Jaká je průměrná celková délka ošetřování klienta s dekubitem 1., 2., 3., 4., 5. st. ve vašem zařízení? (uved'te prosím ve dnech či měsících)

1. stupně
2. stupně
3. stupně
4. stupně
5. stupně (používáte-li pětistupňovou klasifikaci)

Děkuji za spolupráci a za Váš čas.
S pozdravem Anna Hobelantová