

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Úloha sestry v prevenci a léčbě dekubitů

Bc. Ludmila Polnická

**Diplomová práce
2010**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Ludmila POLNICKÁ**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství**
Název tématu: **Úloha sestry v prevenci a léčbě dekubitů**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

1. Vyhledání a nastudování odborné literatury.
2. Stanovení a formulování cílů a výzkumných záměrů diplomové práce.
3. Zvolení vhodných metod a technik výzkumného šetření.
4. Vypracování teoretické části práce.
5. Realizace výzkumného šetření.
6. Statistická analýza získaných dat.
7. Interpretace výsledků výzkumu.
8. Potvrzení / vyvrácení platnosti výzkumných záměrů
9. Vytvoření diskuze
10. Závěrečné shrnutí a zhodnocení splnění cílů

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

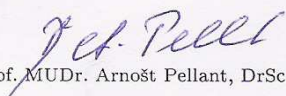
Seznam odborné literatury:

1. BUREŠ, I. Léčba rány. 1. vyd. Praha : Galén, 2006. ISBN: 80-7262-413-X.
2. GERMANN G. Kompendium ran a jejich ošetřování. Veverská Bítýška, 1999. Odborný materiál firmy Hartmann-Rico, a.s. ISBN 3-929870-18-5.
3. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. 3. vyd. Praha : Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-2436-2.
4. MIKULA, J.; MÜLLEROVÁ, N. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-2043-2.
5. RESL, V. Hojení chronických ran. 1. vyd. Praha : Grada, 1997. ISBN: 80-7169-239-5.
6. RIEBLOVÁ, V.; VÁLKA, J.; FRANCŮ, M. Trendy soudobé chirurgie. [Díl] 3. 1. vyd. Praha : Galén, 2000. ISBN: 80-7262-033-9.


Vedoucí diplomové práce: doc. MUDr. Jiří Bonaventura, CSc.
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání diplomové práce: 30. ledna 2009

Termín odevzdání diplomové práce: 30. dubna 2010


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. února 2010

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 20. 4. 2010

Bc. Ludmila Polnická

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá problematikou dekubitů a úlohou sestry v jejich léčbě a prevenci. V teoretické části jsou popsány rizikové faktory pro vznik dekubitů, možnosti prevence a léčby. Pozornost je věnována péči o klienta s dekubitem. Hlavním motivem výzkumu je zjistit, zda si sestry uvědomují svoji úlohu v léčbě dekubitů. Práce se také věnuje překážkám, které brání sestřím v realizaci prevence dekubitů.

KLÍČOVÁ SLOVA

dekubitus; úloha sestry; ošetrovatelská péče; prevence; léčba; hojení

TITLE

The tasks of a nurse in the prevention and treatment of decubiti

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the problems of decubiti and the role of nurses in their treatment and prevention. The theoretic part focuses on the risk factors for decubiti formation, the possible prevention and treatment. The attention is paid to the treatment of the client with decubitus. The main motive of the research is to determine whether nurses are aware of their role in decubiti therapy. The thesis deals with the obstacles that prevent nurses to carry out the decubiti prevention.

KEYWORDS

decubitus; role of nurse; nurse care; prevention; treatment; healing

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila své poděkování doc. MUDr. Jiřímu Bonaventurovi, CSc. za odborné vedení při psaní mé diplomové práce a také mojí rodině za podporu a toleranci během mého studia.

Obsah

Úvod	9
Cíl práce	10
I TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	11
1 Chronická rána	11
2 Dekubitus	12
2.1 Rizikové faktory pro vznik dekubitů	12
2.2 Lokalizace dekubitů	13
2.3 Klasifikace dekubitů	13
3 Možnosti prevence	15
3.1 Hodnocení rizika vzniku dekubitů	15
3.2 Eliminace zevních vlivů	16
3.3 Eliminace vnitřních vlivů	17
3.4 Pomůcky k prevenci dekubitů	17
4 Možnosti léčby	20
4.1 Posouzení rány	20
4.2 Celková léčba	21
4.3 Místní léčba	23
5 Fáze hojení ran	25
6 Péče o klienta zaměřená na podporu hojení rány	26
6.1 Ošetrovatelské problémy u pacienta s dekubitem	26
6.2 Holistická péče o pacienta s dekubitem	28
7 Úloha sestry v léčbě a prevenci dekubitů	29
II VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE	30
8 Výzkumné otázky	30
9 Metodika výzkumu	31
9.1 Charakteristika výzkumného souboru	31
9.2 Zpracování dat	32
10 Presentace výsledků	33
10.1 Testování hypotéz	55
11 Diskuse	64
11.1 První výzkumná otázka	64
11.2 Druhá výzkumná otázka	66

11.3 Třetí výzkumná otázka	67
12 Závěr	69
Soupis bibliografických citací	70
Seznam tabulek	72
Seznam obrázků	73
Přílohy	74

Úvod

Ošetřovatelství v současné době vystoupilo ze stínu medicíny, utváří se jako samostatná vědní disciplína a klade stále větší požadavky na kvalitu ošetřovatelské péče. Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních zahrnuje všechny dílčí činnosti, které jsou prováděny s vysokou profesionalitou, se snahou o optimální výsledek a minimalizaci rizik. Vyhodnocování a řešení výsledků v oblasti managementu rizik a vzniku dekubitů je velmi dobrým ukazatelem kvality péče a nástrojem k dobré prevenci vzniku mimořádné události v podobě dekubitů. Výskyt dekubitů je jedním z často používaných indikátorů kvality ošetřovatelské péče. Sestry mají v oblasti léčby a zejména prevence nezastupitelnou úlohu. Zajímá mě, zda si sestry uvědomují svoje klíčové postavení na poli boje proti dekubitům (15).

V současnosti je na trhu dostupná široká škála pomůcek s množstvím modifikací pro různé druhy a stupně postižení tkání. Vhodně zvolené pomůcky v mnoha případech velmi usnadňují práci sester a zvyšují komfort pacientů. Ošetřování ran, potažmo také dekubitů, je v dnešní době oblastí péče dynamicky se rozvíjející a vyžaduje aktivní přístup sester k dané problematice. Významné místo v lokální léčbě zaujímají moderní terapeutické obvazy, které udržují ránu ve vlhkém prostředí. Realizaci kvalitní prevence a léčby dekubitů stojí v cestě různé překážky. Dostupnost pomůcek k prevenci proleženin a materiálů k jejich ošetřování se na jednotlivých pracovištích liší. Přístup sester k péči o ránu je individuální, a tím nejednotný, rozdílný je také přístup sester k novým poznatkům a metodám (2, 18).

Prevence a léčba dekubitů je mezi odborníky hojně diskutované téma. Důvody jsou odborné (kvalita života pacientů, hodnocení kvality poskytované ošetřovatelské péče) a ekonomické. Téma dekubitů jsem si zvolila záměrně, protože je mi blízké a problematika ošetřování ran je inovovanou oblastí, ve které se sestry mohou realizovat. Ve výzkumné části práce zjišťuji překážky ošetřovatelského personálu v realizaci prevence dekubitů. Pozornost věnuji vyhodnocování a řešení výsledků v oblasti managementu rizik a vzniku dekubitů. Zajímá mě přístup sester k prevenci a léčbě dekubitů, jejich názor na tuto úlohu sestry.

Cíl práce a výzkumu

Diplomová práce se zabývá problematikou dekubitů a úlohou sestry v této oblasti. Cílem výzkumu je zjistit, zda si sestry uvědomují svoji úlohu v léčbě dekubitů. Jako další cíl své práce jsem si stanovila zjistit překážky, které brání sestřím v realizaci prevence a léčby dekubitů.

I TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

1 Chronická rána

Hojení rány per primam má nejlepší předpoklady pro úspěšné zhojení. Způsob tohoto hojení bývá obvyklý u ran dobře zásobených krví, s hladkými, těsně na sebe naléhajícími okraji, bez ztráty tkáně a bez přítomnosti cizích těles. Cílem všech zásahů do průběhu hojení rány je právě dosažení primárního zhojení. Během tohoto hojení probíhá zánětlivá a exsudativní fáze téměř nepozorovaně a jizva je úzká (8).

Sekundární hojení rány předpokládáme u ran evidentně infikovaných, silně znečištěných a defektních ran, kde je nutno doplnit chybějící tkáň. Okraje takto se hojící rány neležejí u sebe a rozestupují se. Proces hojení per sekundam je pro organismus náročnější a je také náchylnější k poruchám procesu hojení (8).

Chronická rána je onemocnění, které u nás zatím nemá jasně stanovená pravidla a přesně určenou terminologii. V literatuře jsem se setkala s více definicemi. Česká společnost pro léčbu rány definovala chronickou ránu jako defekt kožního krytu, který se při adekvátní terapii nezhojil do šesti týdnů (20).

Chronické rány nejčastěji vznikají jako důsledek negativního působení centrálních či lokálních faktorů ovlivňujících průběh hojení, nebo dokonce tyto faktory vznik rány vyvolávají. K nejvýznamnějším vlivům patří pokročilé destrukce tkáně vzniklé v důsledku cévních onemocnění nejrůznějšího původu, defekty způsobené zářením nebo nádorovým onemocněním. Chronické rány také často vznikají vlivem lokálního poškození působením tlaku (8).

2 Dekubitus

„Dekubity jsou rány vyvolané tlakem“ (Rieblová, strana 13, zdroj 19). Je to tedy oblast lokalizovaného poškození kůže a podkožních tkání vyvolané tlakem. Proleženina je chronická rána způsobená zejména lokálním působením tlaku, který komprimuje drobné cévy a tím brání dostatečnému prokrvení a zásobování kyslíkem příslušné části těla. Stlačení kapilár a snížené prokrvení tkáně vede také k hromadění toxických produktů látkové přeměny. Toxické metabolity nemohou být odplavovány z tkáně a vedou tak ke zvýšené permeabilitě kapilár, rozšíření cév a tvorbě edému. Tato zánětlivá reakce vyvolá hyperemii a vzestup kapilárního tlaku, proto v tuto chvíli jsou změny ve tkáních ještě reverzibilní. V případě, že ustane působení tlaku na postiženou oblast, mohou být toxické metabolity kapilárami odváděny a kožní buňky se mohou regenerovat. Avšak při přetrvávajícím tlaku dojde s přibývajícím ischemií k nezvratným změnám – odumírání buněk a tvorbě nekrotických (3, 8).

2.1 Rizikové faktory pro vznik dekubitů

Dekubitus představuje onemocnění, na jehož etiologii se podílí celá řada faktorů. Rozsah poškození tkáně je závislý na době a intenzitě tlaku, na celkovém stavu postiženého a vlivu vnějšího prostředí. Proleženiny se vyskytují u polymorbidních, dlouhodobě nemocných, upoutaných na lůžko, pacientů po úrazech a operacích, u starších osob či osob trpících malnutricí a u pacientů s neurologickými onemocněními (5).

Mezi *zevní faktory* patří zejména tlak, jeho intenzita a doba působení. Jako faktor vedoucí ke vzniku dekubitů působí také cizorodé předměty v lůžku, může se jednat o záhyby shrnutých lůžkovin, elektrické kabely od monitorujících zařízení přiložených k tělu pacienta, hadičky infusních setů, či permanentního močového katétru. Dále pak mechanické vlivy, z nichž jako nejzávažnější nepříznivé mechanismy jsou označovány střížné síly a tření. K chemickým vlivům patří vlhkost, působení potu, stolice a moči, jež narušují povrchové vrstvy kůže a dochází k její maceraci. (18)

Systémové faktory zahrnují věk, tělesnou hmotnost (ať už jde o kachexii či obezitu, obě tyto odchylky od normy negativně ovlivňují odolnost vůči vzniku proleženin), hybnost, cévní faktory. Inkontinence a nedostatečná výživa, zejména nízká hladina bílkovin a dehydratace, zvyšují riziko vzniku dekubitů. Faktor

odolnost tkáně vůči tlaku hovoří o různé rezistenci jednotlivých tělesných struktur. Nejmenší pevnost vůči tlaku má tuková vrstva, následně svalová tkáň a nejvíce z měkkých tkání odolává tlaku z okolí vazivo a kůže (15).

Rizikové *faktory způsobené změněným zdravotním stavem* také často iniciují vznik dekubitu. K těmto aspektům řadíme infekční onemocnění, ať už lokální, či systémové, vliv léků (například tlumivá psychofarmaka ovlivňují mobilitu, kortikoidy a cytostatika působí katabolicky a imunosupresivně), poruchy funkce mozku a míchy (zejména míšní léze, bezvědomí, deprese, cévní mozkové příhody), diabetes melitus, imunosuprese, nádorová a ostatní závažná onemocnění (12.).

2.2 Lokalizace dekubitů

Dekubitální vřed postihuje kůži, podkoží i hlubší struktury a může zasáhnout i sliznice. Nejvíce jsou ohrožena místa kostních prominencí s tenkou podkožní tukovou vrstvou. Jedná se zejména o týlní krajinu, výběžky obratlů na páteři, hřebeny lopatek, lokty, boky, sakrální oblast, sedací kosti, trochanterické a kloubní hrboly kostí kyčelních, laterální a mediální kotník, paty – tato místa nazýváme predilekční. Dekubity se však mohou objevit na kterémkoli místě. Při aplikaci preventivních opatření nesmíme zapomínat na místa, jako jsou sliznice v okolí zavedených invazivních vstupů, například orotracheální kanyla, nasogastrická sonda, kyslíková maska či permanentní močový katétr (18, 19).

2.3 Klasifikace dekubitů

Pro posouzení a zhodnocení stádia dekubitu existuje více klasifikací. Uvádím zde hojně používanou klasifikaci v České republice, klasifikaci dekubitů podle Evropského poradního sboru pro otázky v léčbě proleženin. U proleženin rozlišujeme 4 klinická stádia. V prvních dvou klinických stupních hovoříme o tlakové lézi bez a s poškozením kůže, třetí stádium je tlaková léze se zničením tkáně mezi kostí a pokožkou a ve čtvrtém stádiu se jedná o tlakovou lézi provázenou ostitidou a artritidou (3, 17).

1. stádium nazýváme erytém, což je reverzibilní neblednoucí zarudnutí kůže. Oblast je teplá, mírně oteklá a nebolestivá, pacient si však může stěžovat na pálení, svědění pokožky. Protože tlakové léze postupují z hloubky na povrch, znamenají často i nepatrné známky poškození na povrchu kůže rozsáhlé poškození

pod povrchem. V padesáti procentech je pod neporušenou kůží nekróza podkoží (3, 5, 12, 18).

2. *stádium: Puchýř, nebo eroze.* Jedná se o povrchní velmi bolestivý defekt zasahující epidermis a dermis bez kapilárního návratu při kompresi. Povrchový vřed má vzhled hluboké oděrky (plochý kráter), puchýře nebo eroze (3, 5, 12, 18).

3. *stádium nekróza* postihuje tkáň do hloubky a zasahuje všechny vrstvy kůže, může dosahovat až k fascii, bývá s otokem a zánětlivým široce podmínovaným okrajem. Tvoří se hluboký vřed, často krytý černohnědou krustou z odumřelých buněk nebo vlhkým žlutohnědým povlakem. Nezřídka se objevují příznaky systémové zánětlivé odpovědi a alterace celkového stavu (3, 5, 12, 18).

4. *stádiem je vřed* zasahující i kosti, klouby a tělesné dutiny (konečník, pochva). Bývá s rozsáhlými nekrotizacemi tkáně a poškozením svalů, šlach a kostí, podmínovaním a tvorbou kapes. I tato rána může být pokryta černohnědou krustou z odumřelých buněk. Dochází k vystupňování celkových příznaků a navození katabolického stavu (3, 5, 12, 18).

3 Možnosti prevence

Preventivní opatření jsou důsledkem snahy eliminovat vyvolávající a rizikové faktory mající vliv na vznik proleženin a odolnost organismu vůči proleženinám. Dobře organizovaná a vysoce profesionální ošetrovatelská péče poskytovaná jednotlivými členy multidisciplinárního týmu sehrává klíčovou úlohu v prevenci dekubitů. Důvodů, proč je lepší dekubitům předcházet než je léčit, je mnoho. Proleženiny jsou častou, avšak ve značné části případů nikoli nevyhnutelnou, komplikací zdravotního stavu pacientů spojenou s psychickým, fyzickým, sociálním a duchovním zatížením jak pacientů trpících dekubity, tak i osob pečujících o tyto postižené. Promyšlenou a dobře organizovanou prevencí, poskytovanou s ohledem na individuální potřeby nemocných, lze zřetelně snížit náklady na terapii dekubitů (2, 15, 19).

3.1 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Míra ohrožení proleženinou je pro každého jedince specifická. Vychází z množství příčinných faktorů a jejich kombinací. Pro posouzení pravděpodobnosti vzniku dekubitů byly vypracovány „hodnotící“ stupnice, podle nichž je možné (nejlépe) již při přijetí identifikovat rizikové pacienty a aplikovat preventivní opatření a věnovat jim maximální ošetrovatelskou péči. Míra rizika se může rychle měnit společně se změnami zdravotního stavu a jinými okolnostmi. Proto je důležité, aby hodnocení rizika vzniku dekubitů bylo průběžné a bylo opakováno v pravidelných intervalech podle stavu pacienta a vždy jeho výsledky zaznamenat do dokumentace. Posouzení rizika se má vzájemně doplňovat s klinickým vyšetřením, není vhodné ho používat jako izolovaný nástroj od ostatních klinických nálezů. Mezi nejznámější škály patří Nortonové stupnice, Zollova stupnice náchylnosti k proleženinám, Warterlowova škála a škála podle Bradenové (4, 11, 15, 18, 19).

V České republice je v současné době nejvíce používána *rozšířená stupnice dle Nortonové* (viz Příloha 1 – *Hodnocení rizika vzniku dekubitů*). Škála sestavená v roce 1962 hodnotila celkové zdraví pacienta, duševní stav, aktivitu, mobilitu a inkontinenci. V roce 1987 byla Kristel Biensteinovou rozšířena o zhodnocení rizikových faktorů týkajících se schopnosti spolupráce, věku, stavu pokožky a přidružených onemocnění. Součtem počtu bodů získaných ohodnocením jednotlivých hledisek získáme číslo, jehož vyhodnocením určíme míru rizika

vzniku dekubitů. Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a se snižujícím se počtem bodů stoupá možnost vývinu poškození tkání (15, 22).

3.2 Eliminace zevních vlivů

Základní intervencí v prevenci dekubitů je vyhnout se tlaku na predilekční místa, celkové snížení tlaku a zkrácení doby působení tlaku na tkáň pacienta. Nejúčinnějším řešením je mobilizace, není-li to však možné, polohujeme pacienta. Jedná se o pravidelné, systematické, přesnými pravidly se řídící, časované změny polohy pacienta. Intervaly mezi změnami poloh jsou individuální, avšak pohybují se v průměru okolo dvou až třech hodin. Důležité je při polohování pacienta sledovat kůži a kontrolovat predilekční místa, při objevení příznaků vznikajícího dekubitu je nutné zkrátit interval polohování a přijmout včas další opatření (15, 18, 19).

Důležitou součástí prevence otlaků a proleženin je čisté, suché, upravené lůžko s napnutými lůžkovinami bez záhybů. U sedících pacientů, u kterých je nebezpečí tření a střižného efektu, je nutné zapotřebí zapřít dolní končetiny (např. bedýnkou). Pozor je třeba si dávat při přesunech pacienta, například z lůžka na lůžko, do křesla, či na toaletní židli, snadno dochází k oděrkám a poraněním, které vedou k snazšímu vzniku dekubitů (18, 19).

K udržení zdravé pokožky také přispívá kvalitní hygiena. Omýváním, sprchováním a koupelemi chráníme kůži před negativním působením chemických a infekčních vlivů. Ochranou před vlhkostí je následné osušení mírným tlakem, nikoli třením. Poté je vhodné kůži ošetřit regeneračním krémem či ochranným olejem. Zvláštní péči je nutné věnovat oblasti genitálu a místům, kde se stýkají dvě plochy kůže. Jako ochranu před chemickými vlivy potu, moči a stolice je dobré použít ochrannou pastu, krém nebo sprej, který vytvoří na pokožce bariéru bránící jejímu poškození. Používání jednorázových pomůcek u inkontinentních pacientů chrání kůži před poškozením. Čistá a vláčná pokožka s prodyšným ložním prádlem je jedním z ošetřovatelských cílů v prevenci dekubitů (2, 15, 19, 21).

3.3 Eliminace vnitřních vlivů

Protože známe příčinné faktory vzniku proleženin, můžeme se těmto vlivům bránit. Některé však ovlivnit nemůžeme (například věk pacienta) a podle toho se nám více či méně daří bránit vzniku proleženiny. Základní úlohu v prevenci dekubitů v oblasti eliminace vnitřních vlivů má nutriční terapeut a lékař. Stanovení cílů v léčbě přispívá k jasnějšímu sledování plnění dílčích úkolů v prevenci proleženin: podporovat perfuzi tkání, a to jak dostatečným okysličením krve, tak i distribucí kyslíku do tkání; léčba základního onemocnění a kompenzace přidružených onemocnění, jako jsou diabetes melitus, srdeční a oběhová dekompenzace a rovnováha vnitřního prostředí. Důležité je bránit organismus před infekcí a septickými stavy, jako například vzdálené bakteriální záněty plic nebo ledvinné pánvičky. Bakterie se krevní cestou mohou usadit v tlakem již z části poškozené tkáni (zejména tukové) a způsobí zde nebezpečné flegmóny, vytvářející obrovské dekubity. K bránění vzniku dekubitů pomáhá psychická podpora, rehabilitace a mobilizace pacienta. Velký význam má prevence dehydratace a léčba inkontinence a prevence jejích komplikací (15, 19).

Ke zlepšení stavu pomáhá pestrá strava bohatá na bílkoviny, vitamíny a vyvážený poměr minerálních látek a stopových prvků. Je to jeden z významných faktorů, jímž můžeme ovlivnit odolnost tkání na zevní působení tlaku. Po vyhodnocení pacienta jako nutričně ohroženého má pro něj být vypracován plán vhodné nutriční podpory, který pokryje individuální potřeby a je v souladu s celkovými cíli léčby. Obvykle je třeba při plánování nutriční podpory zohlednit fyzické a sociální bariéry bránící v její konzumaci. Individuální potřeby nemocného je dobré konzultovat s nutričním terapeutem (6).

3.4 Pomůcky k prevenci dekubitů

V některých případech celkový stav pacienta rapidně zhoršuje situaci i přes dodržování všech zásad prevence dekubitů. Na rozdíl od některých příčinných faktorů, které lze jen stěží ovlivnit, máme možnost zvolit správný způsob zacházení s pacientem (individuální přístup) a vhodné prostředky přispívající k prevenci dekubitů. V současné době je na trhu dostupná široká škála pomůcek s množstvím modifikací pro různé druhy a stupně postižení tkání (2, 15).

Antidekubitní pomůckou jsou filmové obvazy polopropustné pro páru, bránící tření pokožky a negativním vlivům exkretů. Výhodou je možnost úpravy

do požadované velikosti a tvaru a jejich adheze k pokožce. Další pomůcka lepená na kůži je reston. Na druhé straně pomůcky jsou molitanové díly, rozkládající tlak mimo kostní prominence. Pomůcku lze velikostně upravovat, vhodná je zejména pro ochranu loktů a pat. Do skupiny pomůcek pro prevenci dekubitů řadíme také ochranné pasty a krémy, které na pokožce vytvoří odolnou bariéru chránící proti opruzeninám a maceraci pokožky. Jednou z antidekubitních pomůcek jsou polymerické roztoky ve spreji (například Cavidon sprej), které při aplikaci na pokožce vytvoří lehký, ale odolný film bránící maceraci. Přípravek také zmenšuje působení třecího efektu. Další pomůckou je lokální antidekubitátor (například Comfeel Plus 150 mm), jedná se o kombinaci hydrokoloidní masy, která se lepí na kůži a polystyrenových kroužků, jež mají za úkol odlehčit příslušnou lokalitu a rovnoměrně rozložit tlak. Výhodou je, že prostředek lze při kontaminaci exkrety omýt. Druhý typ antidekubitátoru je velkoplošná podložka položená na matraci pod nemocného, v níž se pomocí kompresoru umístěného vedle lůžka periodicky mění místo působení tlaku pomocí série střídavě nafukovaných a vypouštěných úseků trubic. Velmi prospěšné jsou pomůcky usnadňující manipulaci s pacientem se sníženou pohyblivostí. Různé druhy elektrických zvedáků tak šetří síly ošetřujícího personálu a předchází tak pracovním úrazům z přetížení (zejména úrazy zad), (2).

Využívání *polohovacích pomůcek* je velmi účinnou pomocí v efektivní prevenci dekubitů. Polohovací pomůcky se liší tvarem, výplní a typem obalu – nejvhodnější je omyvatelný a paropropustný potah. K dispozici máme širokou škálu tvarů: válce, kvádry, klíny, kruhy, kroužky, polštáře. Pomůcky jsou naplněné různými materiály, například duté vlákno, pěna, gel, pudr, perličky, nebo pohanka (2, 15).

Antidekubitní matrace a polohovací lůžka by měly být součástí každého vybavení v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Zejména elektricky ovládaná lůžka usnadňují práci ošetřujícímu personálu (prevence úrazů při manipulaci s lůžkem a pacientem) a zkvalitňují život pacientům, kteří si mohou upravovat sami polohu lůžka. Antidekubitní matrace zahrnují všechny podpůrné podložky, matrace, sedací polštáře, které redistribuují tlak působící na tkáň. Podle funkce je rozdělujeme na dva základní druhy: pasivní a aktivní. Pasivní antidekubitní matrace rozkládají tlakové zatížení na větší plochu. Účinek je dán zvětšením plochy podepírající tělo. Tím, že větší část těla je v přímém kontaktu s podložkou,

je váha těla rovnoměrněji rozložena a kontaktní tlak klesá. Aktivní matrace zamezují vzniku dekubitů střídavým odstraňováním místního působení tlaku. Dochází tak určitou dobu v dané lokalitě k dosažení nižšího tlaku, než je tlak uzavírající kapiláry. To znamená úlevu od tlakového zatížení tkání (15, 16).

4 Možnosti léčby

Terapie dekubitů je složitým léčebným problémem. Je zřejmé, že lépe je dekubitům předcházet než je léčit. Pokud ale proleženina vznikne, vyžaduje multioborový přístup a kombinaci dostupných metod léčby. Vyvíjíme úsilí v oblasti péče o ránu a stabilizace celkového stavu. V terapii proleženin jsou zejména tyto dílčí cíle: eliminace tlaku na postiženou tkáň, odstranění nekróz, boj proti infekci a minimalizace rizikových faktorů (18).

4.1 Posouzení rány

Zdravotní 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 se samozřejmě týká i léčby dekubitů a ošetrovatelské péče o ně a je zakotvena v zákoně 20/1966 Sb. Na informace uvedené v dokumentaci se vztahuje zákon na ochranu dat. Způsob a náležitosti vedení dokumentace definuje 260/2001 Sb. (Zákon o péči o zdraví lidu) a k němu aktualizované vyhlášky o zdravotnické dokumentaci (64/2007 Sb.). Objektivní posouzení rány a její podrobný popis je základním předpokladem pro spolupráci členů ošetrovatelského týmu a návaznost léčby. Ale nejen to, dobře vedená dokumentace bývá také důležitým důkazem o kvalitě poskytované péče a správnosti aplikovaných postupů *lege artis* (24).

Záznam o posouzení rány má obsahovat popis místa, velikost, tvar, popis sekrece, hloubku, popis spodiny defektu, jeho okrajů a okolí, dále pak způsob péče a reakci rány na zvolenou léčbu, popřípadě další sdělení. Při posuzování rány neopomíjíme subjektivní postřehy pacienta, způsob vzniku rány, životní funkce a celkový stav pacienta. Dále hodnotíme stupeň hojení (fázi hojení rány), přítomnost a množství exudátu a co se změnilo od posledního převazu. Příklad ošetrovatelské dokumentace sloužící k zaznamenávání informací ohledně léčby dekubitů a péče o ně uvádím v příloze (*viz Příloha 2 – Dokumentace posouzení a ošetření dekubitů*), (1, 17).

4.2 Celková léčba

Léčba se individuálně odvíjí od základního onemocnění a také rozsahu a stupně dekubitu. V případě prvních dvou stupňů lze obecně říci, že celková léčba zahrnuje zejména eliminaci tlaku, obnovení krevního a nutričního zásobení a terapii základního onemocnění (19).

Dekubity třetího a čtvrtého stupně již však bývají většinou infikované. Sepsa dramaticky zhoršuje celkový stav a zastavuje proces hojení. Této nepříjemné, časté a závažné komplikaci hojení proleženin je nutné předcházet dodržováním aseptických postupů při převazech, mytím rukou, oplachy a debridementem rány. Důležité jsou pravidelné odběry biologického materiálu na bakteriologické vyšetření. U pacientů s infikovanými dekubity je nutné zahájení cílené terapie antibiotiky (3, 19).

Vedle terapie základního onemocnění je důležitá léčba průvodních anémií a hypoproteinémií a rozvratu vnitřního prostředí. Diabetes melitus je lépe kompenzovat, kromě diety, pomocí inzulinoterapie než perorálními antidiabetiky. Bolest významně narušuje proces hojení, a proto je důležitá její monitorace a léčba. Pokud to umožňuje zdravotní stav, je součástí léčebného režimu fyzioterapie a rehabilitace. Mobilizace pacienta vede ke zlepšení jeho psychické a sociální pohody. Podporujeme spolupráci a angažovanost pacienta, jeho psychickou pohodu a sociální podmínky pacienta, které také ovlivňují proces hojení (13, 19).

Adjuvantní léčba se nejlépe osvědčuje v kombinaci s ostatními způsoby léčby. V terapii proleženin se s úspěchem využívají tyto pomocné fyzikální metody: magnetostimulace, elektroléčba, ultrazvuk, biostimulační laser a hyperbaroxie. K biostimulaci dekubitů a podpoře jejich hojení se také s úspěchem používá ozonoterapie, která přímo zprostředkovává energii použitelnou na buněčné úrovni. Ozon, který se dostane k buňkám, prostoupí jako plyn přes buněčnou membránu, rozpadne se na kyslík a uvolní velké množství ihned využitelné energie. Léčebné účinky ultrazvukové terapie jsou především ve snížení bolestivosti, urychlení hojení ran a zlepšení cirkulace krve a lymfy ve tkáních. Hyperbarická terapie se s úspěchem využívá k podpoření reperfuze, zásobení rány kyslíkem a tím k jejímu hojení. Vdechování kyslíku při přetlaku 0,2 – 0,3 MPa způsobuje zlepšení ischemizovaných tkání tím, že v důsledku vysokého parciálního tlaku difunduje kyslík snáze do tkáně (2, 18).

4.3 Výživa v léčbě dekubitů

Dostatek tekutin je důležitý pro správné prokrvení a hojení kůže. Zvýšené nároky na množství tekutin je u pacientů, kteří mají teploty nebo secerující dekubity (proleženina, ze které vytéká velké množství tekutiny). Pacient s dekubitem má mít denní příjem tekutin alespoň 30 - 35 ml tekutin na 1 kg své hmotnosti. Pro dobré hojení je nezbytný správný pitný režim. Doporučit lze některé bylinné čaje (například čaj z šípku, kopřivy, přesličky, třezalky, truskavce, pohanky) podporující hojení a džusy jako zdroj vitamínů (10).

Výživa hraje v léčbě proleženin klíčovou roli. Malnutrice je faktorem inicujícím vznik dekubitu, který můžeme aktivně ovlivnit. Proto je vhodné provádět u pacientů hodnocení nutričního stavu, které odhalí případné nedostatky ve výživě. Pacient s dekubitem má jistě zvýšené nároky na energetický příjem a příjem bílkovin a vitamínů. Obecně lze doporučit příjem energie 30 - 35 kcal na 1 kg tělesné hmotnosti a 1 - 1,5 g bílkovin na 1 kg tělesné hmotnosti pacienta s proleženinou. Je však nutné individuální posouzení pacienta, vzhledem ke stupni a velikosti dekubitu, přítomnosti infekce, sekreci z rány, tělesné konstituci pacienta, hladině bílkovin v krvi a dalších faktorů. Dále je důležitý příjem vitamínů (vitamíny C a A) a stopových prvků (zejména zinek a měď) podporují tvorbu a ovlivňují kvalitu nové tkáně (pevnost a pružnost), (7, 10).

Pokud není možné nebo se nedaří dosáhnout dostatečného příjmu živin běžnou stravou, je vhodné zařadit mezi jednotlivá jídla podávání perorálních nutričních doplňků bohatých na bílkoviny a energii. Perorální doplňky hrají důležitou roli při minimalizaci podvýživy, kterou pacienti s dekubity většinou trpí. Stravu nemocných je vhodné doplňovat popíjením tekuté stravy během dne mezi jídly, nebo je podávat večer jako druhou večeři. Cubitan je vysoce energetická, tekutá strava s vysokým obsahem bílkovin, určená k dietnímu postupu speciálně pro pacienty s proleženinami. Tento nutriční přípravek je obohacen o důležitou aminokyselinu arginin, dále o vitamíny a stopové prvky, které jsou potřebné pro rychlé a kvalitní hojení proleženin. Složení přípravku Cubitan splňuje směrnice Evropské společnosti pro výživu při prevenci a léčbě proleženin (EPUAP). Nutridrink je kompletní a vyvážený doplněk stravy, vhodný jako náhrada části stravy nebo jako jediný zdroj výživy v případě, kdy pokrytí výživových potřeb pacienta nelze dosáhnout běžnou stravou. Fortimel je výživovým doplňkem pro nemocné s rizikem vzniku dekubitů, nebo při podvýživě

související s nemocí. Jedná se o nutričně nekompletní tekutou stravu se zvýšeným obsahem bílkovin, s přidavkem vitaminů, minerálních látek a stopových prvků. U každého výrobku je možný výběr z několika příchutí (6, 7, 10).

4.3 Místní léčba

Na začátku každého převazu má pevné místo toaleta rány, jejích okrajů a okolí. Odstranění zbytků místních léčiv a povlaků na spodině rány lze provést sprchováním rány proudem vlažné vody nebo tamponem s rostlinným či minerálním olejem. Poté přichází na řadu šetrná, ale důkladná mechanická očista spodiny a okrajů rány. Následuje oplach sterilním fyziologickým roztokem a osušení sterilní rouškou nebo tamponem (3, 18).

Lokálních přípravků pro léčbu proleženin je až nepřehledné množství. Důležité je zvolit vhodný zevní prostředek, ten může léčení značně urychlit. Výběr musí korespondovat s fází hojení, ve které se rána právě nachází. Materiály rozdělujeme podle vlastností a fyzikálních principů účinku na tekuté gely k čištění rány; antibakteriální a antiseptické prostředky na infikované rány; hydrokoloidy a polyuretanové pěny na středně secernující defekty; hydrogely k odloučení suchých nektróz; algináty k vyložení spodiny hodně secerujícího dekubitu; filmové krytí jako prevence vzniku proleženin či k léčbě dekubitů prvního stupně; hydropolymery jako krytí secerujících dekubitů; měkké silikonky pro péči o rány bez sekrece nebo s mírnou sekrecí; obvazy s aktivním uhlím a stříbrem jako krytí silně infikovaných, zapáchajících a secerujících ran (3, 17).

Materiály používající metodu vlhkého hojení ran mají několik společných vlastností: rány se hojí rychleji než při udržování rány v suchém prostředí, znatelně tedy zkracují dobu léčení. Tím, že se minimalizuje trauma a bolest, je pozitivně ovlivněna psychika pacienta. Zvolením vhodné terapie, správné kombinace jednotlivých léčebných metod a jejich dobrou časovou návazností na fáze hojení rány můžeme významným způsobem napomoci k většímu komfortu pacienta během léčby a mírnější, někdy až nulové bolesti během převazu (převazy jsou méně časté a obvazy nepřisychají k ráně). Nezanedbatelné je i snížení ekonomických nákladů na léčbu proleženin (22).

Fyzikální metoda, kterou lze využít při léčbě ran je *system V.A.C.* (vakuum assisted closure). Tento systém umožňuje lokální léčbu proleženin využitím podtlaku, díky němuž je sekret z rány aktivně odsáván do speciální nádoby.

Terapie s použitím pneumatického přístroje zlepšuje prokrvení rány, transkutánní kyslík zvlhčuje ránu, podporuje granulace a snižuje bakteriální kontaminaci rány (18).

Débridement rány bývá nutný u dekubitů třetího a čtvrtého stupně. Jedná se o vyčištění rány, součást toalety rány. Spočívá v odstranění devitalizovaných a nekrotických tkání s porušeným krevním zásobením, které nemají šanci na zhojení (23). Devitalizovaná a nekrotická tkáň udržuje zánětlivý proces, představuje infekční fokus a brání procesu hojení. Odstranění nekrotických povlaků na spodině rány je možné provést chirurgickou nebo konzervativní cestou za použití enzymů, které odstraňují fibrin a nekrotické tkáně. Chirurgický débridement je možné provádět dvěma způsoby: jednorázově v celkové anestezii, nebo každodenním odstraněním nektróz menšího rozsahu při použití analgezie, nebo lokální anestezie. Při rozsáhlé nektróze je nutné provést nekrektomii na operačním sále do zdravé tkáně. Vzhledem k radikální povaze zákroku je třeba počítat s krevní ztrátou. Cílem této intervence je snížit nároky na organismus zapříčiněné probíhajícím lokálním zánětem, či dokonce sepsí pacienta. Indikací k chirurgické léčbě dekubitů jsou také přetrvávající zánětlivá ložiska zasahující přilehlé klouby, tělní či dřeňové dutiny (2, 19).

Po stabilizaci pacienta po nekrektomii je možné zvážit *kožní transplantaci* pomocí štěpu, což podstatně urychlí zahojení rozsáhlých a hlubokých dekubitů. Předpokladem pro takovouto léčbu je dostatečně prokrvená a čistá spodina rány bez výskytu infekce. Spolupráce s plastickým chirurgem je častá při léčbě chronických dekubitů, zejména u pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko, či invalidní vozík. U indikovaných pacientů se defekty kryjí lalokovou plastikou, nebo volným kožním transplantátem (2, 18).

5 Fáze hojení ran

Hojení defektů bez ohledu na způsob jejich vzniku a druh probíhá ve třech fázích, které se navzájem časově překrývají a prolínají. Jednotlivé fáze se vyznačují specifickými buněčnými procesy, tyto etapy se časově prolínají (8).

První fáze je exsudativní (čistící, zánětlivá). Prvořadým cílem reparačních procesů je zástava krvácení, zánět a fagocytóza. Inflammace je obranou reakcí organismu, jehož cílem je eliminovat popř. inaktivovat škodliviny, vyčistit tkáň a vytvořit předpoklady pro následné proliferační procesy (proces růstu, zvyšování počtu buněk). Fagocytóza, zajišťovaná především makrofágy a neutrofilními granulocyty, které se přesouvají do místa zánětu a produkují proteolytické enzymy, které rozkládají poškozenou, devitalizovanou (odumřelou) tkáň (8).

Druhá fáze hojení je fáze granulační (proliferační). Během ní převažuje proliferace buněk s cílem vyplnit defekt granulační tkáně a vytvořit nové cévy, zajišťující zásobování oblasti kyslíkem a živinami a vyplnit defekt granulační tkáně. Fibroblasty produkují kolagen a vyplňují defekt novou tkáně, novotvořené cévy prorůstají granulační tkáň a vzniká tak podklad pro následnou epitelizaci. Granulační tkáň je přechodná tkáňová jednotka, která se po splnění svých úkolů postupně přeměňuje v jizevnatou tkáň (8).

Třetí fáze je epitelizační. Dochází ke kontrakci rány, úbytku cév a vody v granulační tkáni a rána se celkově zpevňuje a přeměňuje v jizevnatou tkáň. Celý proces hojení zakončuje epitelizace, která v sobě zahrnuje tvorbu nových epidermálních buněk a buněčnou migraci. Migrace buněk probíhá z okrajů rány a ze zachovalých kožních adnex. V průběhu této fáze dochází k přestavbě epidermis s restituováním všech vrstev a funkcí. Výsledkem této reepitelizace u rozsáhlejších a hlubokých ran není plnohodnotná kůže, ale tenká, na cévy chudá náhradní tkáň, které chybí podstatné části epidermis, jako jsou žlázy a pigmentové buňky a může postrádat i například nervové zásobení (8).

6 Péče o klienta zaměřená na podporu hojení rány

Pro efektivní péči je nutná identifikace pacientů se zvýšenou potřebou zdravotní péče a vypracování a uplatňování stanovených postupů, které personálu pomohou v poskytování kvalitní a individuální péče. Abychom mohli uspokojovat potřeby pacienta a přispívali tak k jeho uzdravování, je nutné ošetrovatelskou péči dobře zaznamenávat v dokumentaci a plánovat ji. Pacient má v souvislosti s chronickým defektem spoustu problémů, které my, zdraví lidé okolo, ani nemusíme vnímat, nebo nutnost jejich řešení nevnímáme tak palčivě jako sám pacient. Proto je velmi důležitá komunikace a empatické jednání personálu s pacientem (11, 24).

6.1 Ošetrovatelské problémy u pacienta s chronickou ránou

Proleženina bývá komplikací jiných závažných stavů. Vyskytuje se často ve spojitosti s imobilizačním syndromem a znesnadňuje cestu nemocného k uzdravení. Složitost ošetrovatelské péče o pacienta s dekubitem dokládá mnoho kazuistik a zkušeností z praxe. Inspirovala jsem se problémy vyplývajícími z kazuistiky uvedené v článku *Zhojení komplikované rány po amputaci femoru a dekubitu v sakrální oblasti - kazuistika*, vydaného v publikaci *Léčba rány* (2). Další pomocí mi byla kazuistika, která je součástí článku *Moderní přístupy v léčbě dekubitů u geriatrických pacientů v následné péči – naše zkušenosti* (12).

Z NANDA taxonomie II. jsem vybrala ošetrovatelské diagnózy, které se nejčastěji vyskytují u pacientů s dekubitem. Zmínila bych především tyto: neefektivní léčebný režim u pacienta, který nezahrnul do svého denního života léčebná opatření; ochota ke zlepšení léčebného režimu v situaci, kdy pacient zvládá léčbu a prevenci komplikací onemocnění, ale jeho činnosti mohou být zlepšeny; nedostatečná výživa v souvislosti s neschopností požití nebo strávit potravu z biologických, psychogenních či ekonomických příčin a tím příjem živin nepokrývá metabolickou potřebu; deficit tělesných tekutin související s aktivní ztrátou tělesných tekutin a selháním regulačních mechanismů; porušené vyprazdňování moči při inkontinenci; inkontinence stolice z důvodu poškození sestupných či vzestupných motorických nervů, celkově oslabeného svalového tonu, ztráty ovládnutí rektálního sfinkteru, zhoršení kognitivních funkcí, průjmu, deficitu sebezpečí v hygieně, vlivu stavu mobility; porušený spánek v souvislosti s nedostatkem soukromí ke spánku a rušením terapií (polohování); zhoršená

pohyblivost u pacientů s omezením samostatné, úmyslné změny polohy na lůžku; zhoršená pohyblivost způsobená omezeným rozsahem pohybu, medikací, dyskomfortem, bolestí, malnutricí, kontrakturami, nevolí a nechutí, úbytkem svalové síly; opožděné pooperační zotavení po chirurgickém débridementu rány projevující se bolestí, narušeným hojením operované oblasti; riziko imobilizačního syndromu u pacienta, který je kvůli dlouhodobé nervosvalové inaktivitě ohrožený poruchou tělesných systémů, o riziku uvažujeme při výskytu silné bolesti, upoutání na lůžko, změnách vědomí či obrnách; neefektivní periferní tkáňová perfuze projevující se změnami kůže, ztrátou barvy kůže, změnami cití a v neposlední řadě zpomaleným hojením ran; deficit sebepečce zapříčiněný bolestí, neuromuskulárním, nebo muskuloskeletovým poškozením; deficitní znalost způsobená nově vzniklým onemocněním; bezmocnost v souvislosti s pasivitou a závislostí na druhých; beznaděj je problém, kdy pacient přijal neměnnost situace; situačně snížená sebeúcta v souvislosti s kosmetickou vadou, zápachem rány; porušený tělesný obraz v souvislosti s kosmetickou vadou – poškození kůže a tkání; chronický zármutek v souvislosti s onemocněním vyžadujícím dlouhodobou léčbu; neefektivní zvládnání zátěže u pacientů s neschopností vhodně reagovat na stresor (dlouhodobé onemocnění, nezlepšování stavu); ochota ke zvládnání zátěže rodinou nebo komunitou v případě, že rodina/komunita vykazuje přání a ochotu podpořit pacientovo zdraví; duchovní nouze u pacientů, kteří mají jako největší životní hodnotu zdraví, projevující se hledáním viny a hněvem; riziko infekce v souvislosti s malnutricí, nedostatečným primárním ochranným systémem: porušenou kůží, destrukcí tkáně; poškozená kožní (nebo i tkáňová) integrita z důvodu chronického defektu; chronická nebo akutní bolest u pacientů s tělesnou disabilitou (dekubitem), nebo při přítomnosti poškozujícího agens; sociální izolace zapříčiněná pocitem méněcennosti a studu jako důsledku přítomnosti obvazu na těle, zápachu a secerace z rány; neprospívání dospělé osoby vyplývající z progresivního úpadku tělesných a kognitivních funkcí pacienta, ze znatelně snížené schopnosti žít s onemocněním a zvládat související problémy (2, 12, 14).

6.2 Holistická péče o pacienta s dekubitem

V souvislosti s holistickým pojetím člověka bych uvedla péči o psychickou, sociální a duchovní pohodu pacienta. Péče o tyto potřeby pacienta je stejně důležitá jako uspokojování somatických potřeb. Duševní rovnováha, příznivé sociální podmínky, podpora zájem a pomoc rodinných příslušníků a přátel pacienta, duchovní vyrovnanost, motivace, angažovanost a ochota pacienta spolupracovat a podílet se na procesu hojení, to jsou nenahraditelné zdroje, z kterých může pacient čerpat sílu k boji se svou nemocí. I tyto zdánlivě „neviditelné“ hodnoty mají velký vliv na proces hojení komplikací základního onemocnění. Proto je důležité mít na zřeteli všechny potřeby pacienta a snažit se je uspokojovat. Jen tak lze dosáhnout uspokojivých, efektivních a časově méně náročných výsledků v léčbě (13).

7 Úloha sestry v léčbě a prevenci dekubitů

Sestra je v realizaci prevence a léčby dekubitů důležitou součástí terapeutického týmu. Problematika prevence dekubitů je plně v kompetenci kvalifikovaných sester, podpořená současnou legislativou. Kompetence sester v oblasti prevence dekubitů jsou zaneseny v zákonu č. 96/2004 Sb., o získání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, a vyhláškou č. 424/2004 Sb., o náplních činnosti. Zlepšuje se i vybavenost pracovišť odpovídajícími pomůckami. Sestry, absolvují školení na téma prevence a léčba dekubitů, léčba ran moderním krytím a lékaři jim dávají stále větší kompetenci v léčbě chronických ran, podobně, jako je tomu v zahraničí (15).

Sestra vyhodnocuje rizikové faktory za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi. Dále vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, plánuje realizaci prevence vzniku dekubitů. V případě již vzniklého dekubitu posuzuje ránu, ošetřuje ji a volí vhodné krytí rány. Sestra také vede ošetrovatelskou dokumentaci ohledně hodnocení rizika vzniku dekubitu, polohování pacienta, hodnocení stavu výživy a nutriční podpory, plánování ošetrovatelské péče, péče o ránu a další. Sestry edukují pacienta a rodinné příslušníky o způsobech prevence proleženin a poskytují informace o ošetření rány v domácím prostředí (15).

II VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE

8 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Aplikují sestry pacientům s rizikem vzniku dekubitů preventivní opatření?

Výzkumná otázka č. 2

Je podle názorů sester nedostatek pomůcek (nedostatečné materiální zajištění) překážkou v realizaci prevence dekubitů?

Výzkumná otázka č. 3

Je nedostatek informací překážkou, která brání sestřím v realizaci prevence a léčby dekubitů?

9 Metodika výzkumu

Situaci v problematice úlohy sester v prevenci a léčbě dekubitů jsem zjišťovala metodou dotazování. Jedná se o kvantitativní výzkum za použití techniky dotazníku (viz *Příloha 3 – Dotazník*). Vyplnění dotazníku bylo zcela anonymní a dobrovolné. Součástí dotazníku bylo oslovení, představení a stručné vysvětlení žádosti o jeho vyplnění, kontakt na moji osobu v případě zájmu respondentů o výsledky výzkumu a samozřejmě poděkování za spolupráci.

Dotazník obsahuje 23 uzavřených otázek, přičemž u 19 otázek měly sestry zaškrtnout pouze jednu odpověď, u 2 otázek (otázky č. 8 a 17) bylo dovoleno zaškrtnout více možností. Dále jsou v dotazníku použity dvě otázky, kde u jedné z možností respondenti dopisovali požadovaný doplňující údaj.

Pro získání informací jsem také využila kardinální (metrické) škály. Jedná se o řadu čísel, kdy jednotlivá bodová hodnocení jsou doplněna slovním popisem a respondent je vyzván, aby vyjádřil svůj postoj k dané problematice. U jedné otázky (otázka č. 9) respondentky číslem ohodnocovaly důležitost jednotlivých postupů pro prevenci dekubitů. V jiné otázce (otázka č. 10) sestry číslem na škále hodnotily dostupnost pomůcek pro realizaci prevence dekubitů na jejich oddělení (9).

9.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na lůžkových odděleních Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o., v kraji Vysočina. Respondenti byli vybráni náhodným způsobem.

Bylo rozdáno 134 dotazníků jednotné formy. Oslovení sester s prosbou o vyplnění dotazníku jsem provedla osobně. Z celkového počtu 134 rozdaných kusů bylo sebráno zpět 127 dotazníků, z nichž 25 bylo nevyplněno a 2 dotazníky byly vyplněny nedostatečně. Návratnost tedy činí 75 %. Relevantně vyplněných dotazníků, které jsem mohla použít pro zpracování, jsem obdržela 100 kusů. Výzkumný soubor tedy obsahuje celkem 100 sester – což je 100 %.

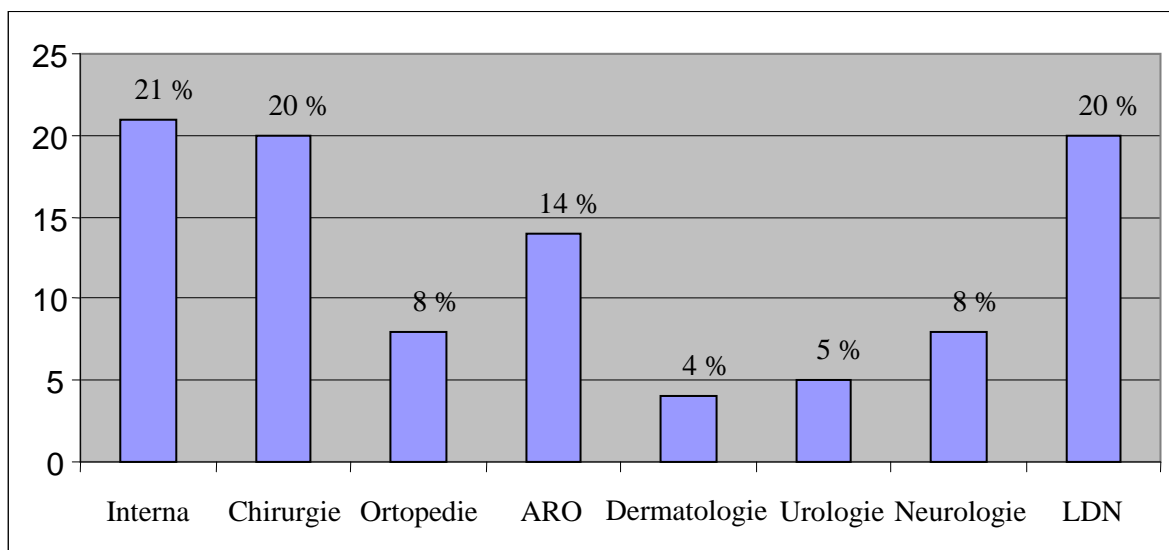
9.2 Zpracování dat

Získané údaje jsem pro větší přehlednost zpracovala do tabulek a grafů pomocí programu Microsoft Excel 2007. V otázkách, kde bylo možné zvolit pouze jednu odpověď, se číselná hodnota rovná procentuálnímu zobrazení výsledků. Protože je počet odpovědí totožný s procentuálním zobrazením výsledků, uváděla jsem v prezentaci výsledků pouze číselné zobrazení odpovědí, relativní četnosti odpovědí jsou uvedeny v grafickém zobrazení výsledků.

10 Prezentace výsledků

Tab. 1 Počet respondentek z jednotlivých oddělení

Interna	21
Chirurgie	20
Ortopedie	8
ARO	14
Dermatologie	4
Urologie	5
Neurologie	8
LDN	20

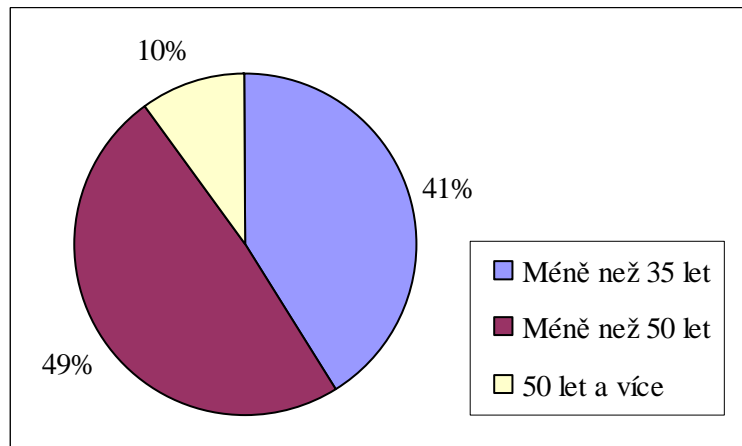


Obr. 1 Graf počtu respondentek

První otázka zjišťovala informaci, na jakém pracovišti respondentky pracují. Z celkového počtu 100 sester jich 21 pracuje na interních odděleních, 20 na oddělení chirurgického typu, 8 dotazníků pochází od respondentek z ortopedie a 14 sester pracuje na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. 4 sestry pečují o nemocné na dermatologii, 5 sester na urologii a 8 sester na lůžkovém oddělení neurologie. 20 sester je zaměstnáno v léčebně dlouhodobě nemocných.

Tab. 2 Věk respondentek

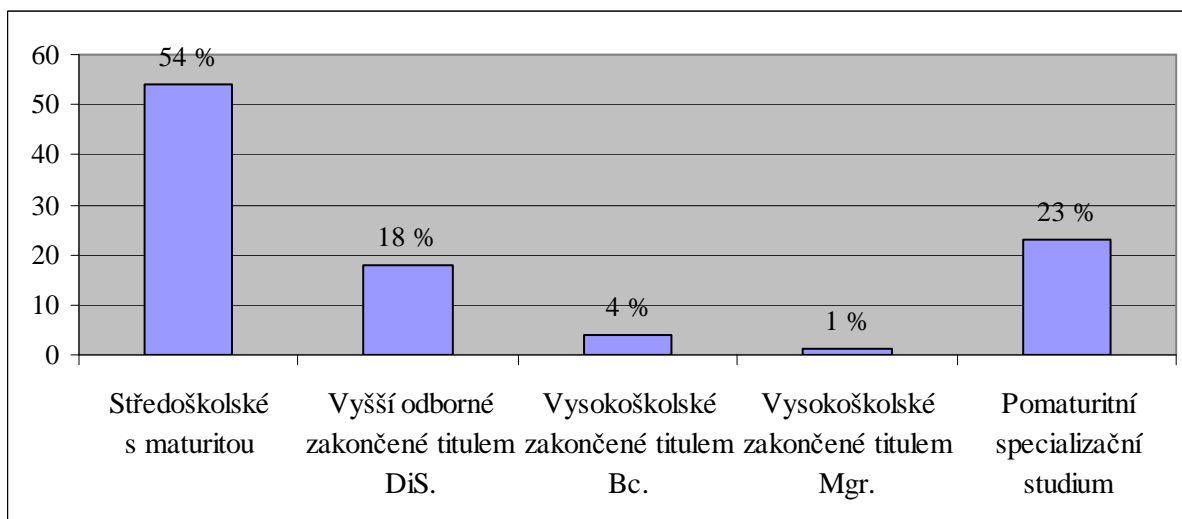
Méně než 35 let	41
Méně než 50 let	49
50 let a více	10

**Obr. 2 Graf věku respondentek**

Druhá otázka se věnovala věkovému rozložení dotázaných sester. Věkový rozptyl výzkumného souboru je následující: 41 sester je mladší 35-ti let, v rozmezí 35 až 49 let se pohybuje 49 sester a 10 sester je starší nebo rovno 50-ti let.

Tab. 3 Vzdělání respondentek

Středoškolské s maturitou	54
Vyšší odborné zakončené titulem DiS.	18
Vysokoškolské zakončené titulem Bc.	4
Vysokoškolské zakončené titulem Mgr.	1
Pomaturitní specializační studium	23



Obr. 3 Graf vzdělání respondentek

Třetí otázka zohledňovala vzdělání dotázaných zdravotních sester. Ve vzdělání jasně dominuje střední škola s maturitou: u 54 sester. 23 sester absolvovalo pomaturitní specializační studium, 18 respondentek jsou diplomované sestry a 4 sestry mají vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Bc. Magisterský titul v rámci vysokoškolského studia má pouze 1 z dotázaných sester.

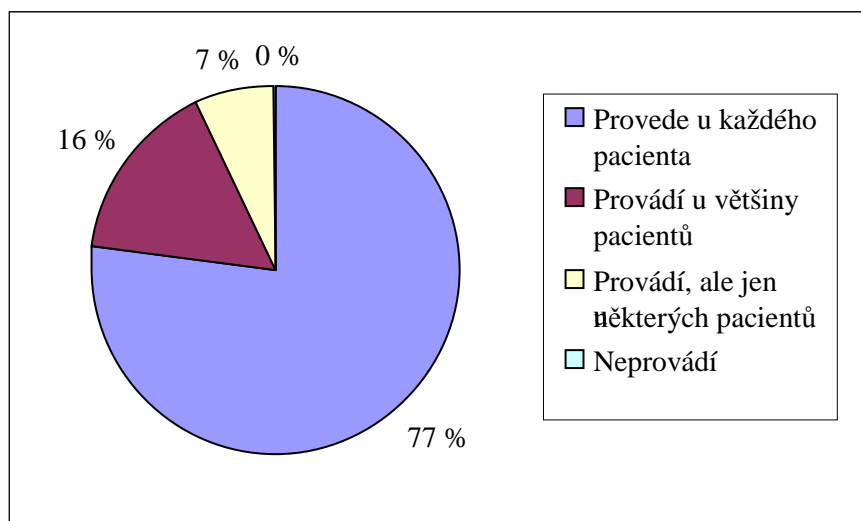
Tab. 4 Názor respondentek na důležitost ošetrovatelské péče v oblasti prevence dekubitů

Úloha sestry je důležitá	100
Úloha sestry je důležitá, ale důležitější roli má lékař	0
Neví	0
Úloha sestry není důležitá	0

Ve čtvrté otázce mě zajímal názor sester na důležitost ošetrovatelské péče v oblasti prevence dekubitů. Všech 100 sester se shodlo na možnosti, že ošetrovatelská péče sestry a její úloha v prevenci dekubitů je důležitá.

Tab. 5 Hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta

Provede u každého pacienta	77
Provádí u většiny pacientů	16
Provádí, ale jen u některých pacientů	7
Neprovádí	0

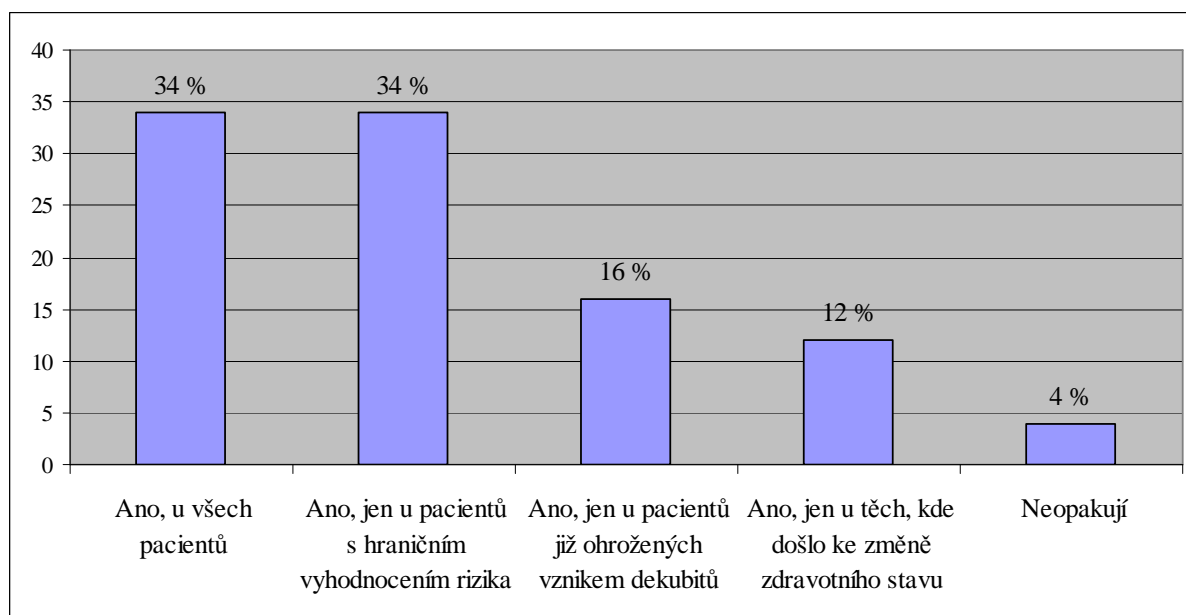


Obr. 4 Graf hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta

Pátá otázka se týkala screeningového vyšetření pacientů prováděného při jejich přijímání k hospitalizaci: hodnocení rizika vzniku dekubitů. Z výsledků zpracovaných v tabulce vyplývá, že 77 sester provede hodnocení rizika vzniku dekubitů u každého pacienta. Při příjmu k hospitalizaci provádí u většiny pacientů 16 sester a 7 sester uvedlo, že hodnocení rizika vzniku dekubitů provádí pouze u některých pacientů. Možnost, že hodnocení rizika vzniku dekubitů neprovádí při příjmu pacientů vůbec, neuvěděla žádná z respondentek.

Tab. 6 Opakování hodnocení rizika vzniku dekubitů během hospitalizace pacienta

Ano, u všech pacientů	34
Ano, jen u pacientů s hraničním vyhodnocením rizika vzniku dekubitů	34
Ano, jen u pacientů již ohrožených vznikem dekubitů	16
Ano, jen u pacientů, u kterých došlo ke změně zdravotního stavu	12
Neopakují	4

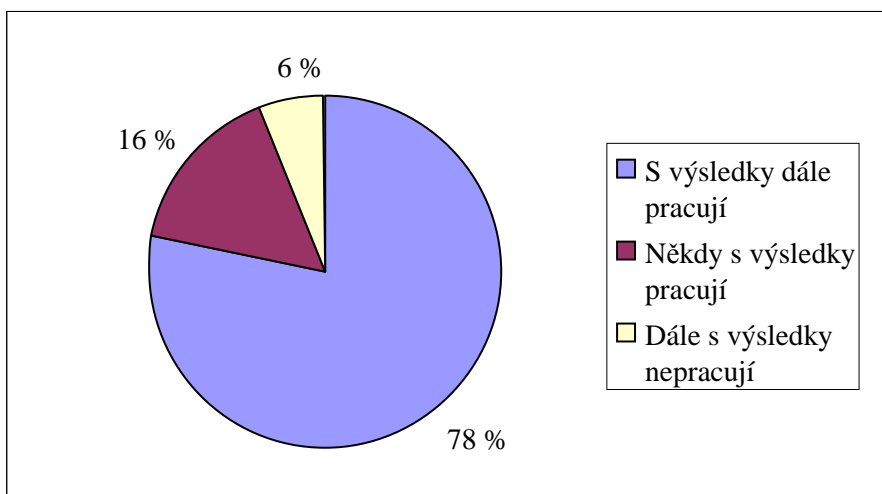


Obr. 5 Graf opakování hodnocení rizika vzniku dekubitů během hospitalizace pacienta

Šestá otázka zjišťovala, zda sestry opakují hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů během hospitalizace. Hodnocení rizika vzniku dekubitů opakuje u všech pacientů 34 sester, stejný počet toto screeningové vyšetření provádí pouze u pacientů, kteří měli při příjmu hraniční hodnoty. 16 sester uvedlo možnost, že hodnocení opakují během hospitalizace pouze u těch pacientů, kteří jsou ohroženi vznikem dekubitů od počátku hospitalizace. Hodnocení rizika vzniku dekubitů opakuje 12 sester pouze u pacientů, u nichž došlo během hospitalizace ke změně zdravotního stavu. A 4 sestry uvedly, že hodnocení během hospitalizace u pacientů neopakují. Informace lze srovnat s výsledky osmé otázky, kde 45 sester uvádí intervenci opakování hodnocení rizika vzniku dekubitů a jeho frekvenci.

Tab. 7 Práce sester s výsledky hodnocení rizika vzniku dekubitů

S výsledky dále pracují	78
Někdy s výsledky pracují	16
Dále s výsledky nepracují	6

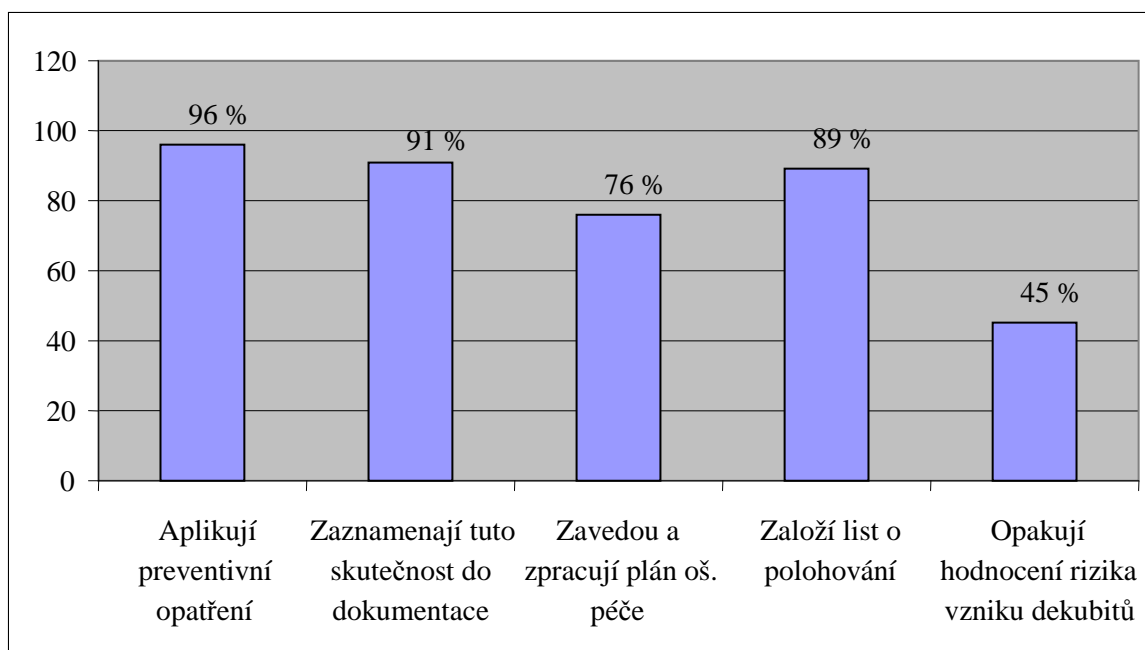


Obr. 6 Graf práce sester s výsledky hodnocení rizika vzniku dekubitů

Sedmá otázka se dotazovala na spolupráci sester s výsledky hodnocení rizika vzniku dekubitů při plánování a realizaci ošetrovatelské péče. Z celkového počtu 100 sester jich 78 označilo možnost, že s výsledky hodnocení rizika vzniku dekubitů dále pracuje, 16 sester uvedlo, že s výsledky pracuje pouze v některých případech a 6 sester uvedlo, že hodnocení rizika vzniku dekubitů sice provede, ale už se zjištěnými výsledky dál nepracuje.

Tab. 8 Intervence při zjištěném riziku vzniku dekubitů

Aplikují preventivní opatření	96
Zaznamenají tuto skutečnost do dokumentace	91
Zavedou a zpracují plán ošetrovatelské péče	76
Založí list o polohování	89
Opakují hodnocení rizika vzniku dekubitů	45



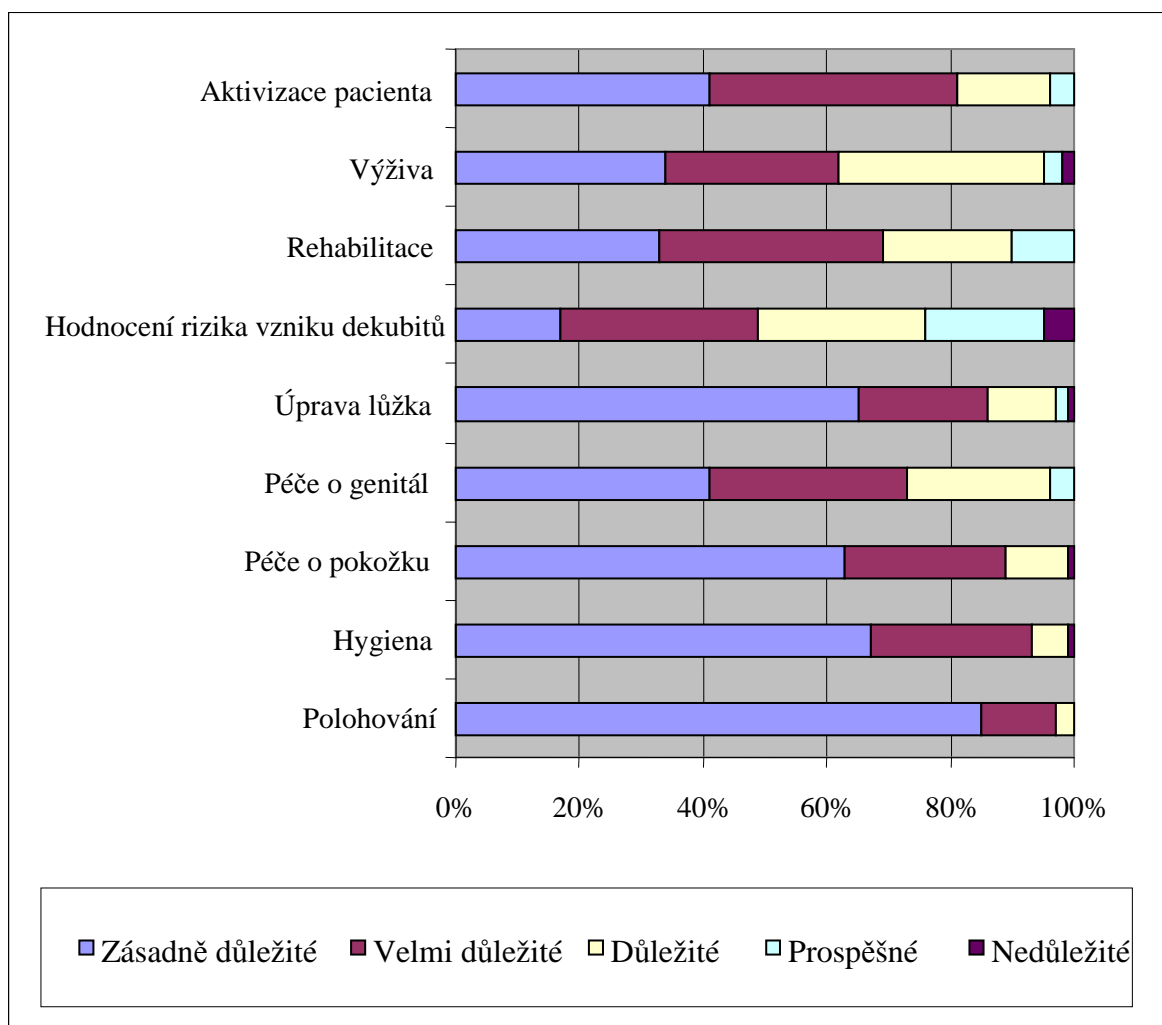
Obr. 7 Graf intervence při zjištěném riziku vzniku dekubitů

V osmé otázce měly sestry možnost označit více odpovědí. Otázka se týkala intervencí, které sestra realizuje v případě, že zjistí, že pacient je ohrožen vznikem dekubitů. 96 sester aplikuje preventivní opatření, 91 respondentek tuto skutečnost zaznamená do dokumentace a 76 sester zavede a zpracuje plán ošetrovatelské péče pro prevenci dekubitů. Intervenci založit list o polohování označilo 89 sester a 45 sester uvedlo, že bude pravidelně opakovat hodnocení rizika vzniku dekubitů. Pravidelnost opakování hodnocení měly sestry, které označily tuto možnost, doplnit číslem. 3 sestry budou hodnocení opakovat každý den, 4 sestry ho zopakují po třech dnech a 2 sestry po 5-ti dnech. Nejčtenější byla odpověď 32 sester, které uvedly, že budou opakovat hodnocení rizika vzniku dekubitů po 7 dnech. Jedna sestra provede opětovné hodnocení rizika po 10-ti dnech a 3 sestry pravidelně po 14-ti dnech.

Tab. 9 Důležitost postupů pro prevenci dekubitů

Postupy	Zásadně důležitě	Velmi důležitě	Důležité	Prospěšné	Nedůležité	Celkem
Polohování	85	12	3	0	0	100
Hygiena	67	26	6	0	1	100
Péče o pokožku	63	26	10	0	1	100
Péče o genitál	41	32	23	4	0	100
Úprava lůžka	65	21	11	2	1	100
Hodnocení rizika vzniku dekubitů	17	32	27	19	5	100
Rehabilitace	33	36	21	10	0	100
Výživa	34	28	33	3	2	100
Aktivizace pacienta	41	40	15	4	0	100

Pro větší přehlednost jsou barevně zvýrazněny pole s nejvyšší četností odpovědí.



Obr. 8 Graf důležitost postupů pro prevenci dekubitů

Devátá otázka zjišťovala názory sester na důležitost jednotlivých postupů pro prevenci dekubitů. V této otázce byla použita kardinální (metrická) škála, jedná se o řadu čísel od jedné do pěti, kdy jednotlivá bodová hodnocení jsou doplněna slovním popisem. Sestry zakroužkováním čísla vyjádřily svůj názor na důležitost postupů v prevenci dekubitů. Polohování je pro 85 respondentek zásadně důležité, vzhledem k ostatním postupům je nejdůležitějším postupem v prevenci vzniku dekubitů. Jako velmi důležitý postup vnímá polohování 12 sester a tři respondentky označily polohování jako důležité. 67 sester považuje hygienu pacientů za zásadně důležitou, 26 odpovídajících si myslí, že hygiena je velmi důležitá, dalších 6 dotázaných udává hygienu jako důležitý postup a jedna respondentka ji označila za nedůležitou. Péče o pokožku je pro 63 sester zásadně důležitá, ve 26 případech je označena péče o pokožku za velmi důležitou a v 10-ti případech jako důležitá, jedna sestra pak označila tento postup za nedůležitý. Nejvíce sester – 41 hodnotí péči o genitál jako zásadně důležitou, za velmi důležitou ji považuje 32 sester, 23 sester označilo tento postup jako důležitý pro prevenci dekubitů a 4 sestry si myslí, že je to prospěšná činnost ve vztahu k prevenci proleženin. 65 sester hodnotí úpravu lůžka jako zásadně důležitou intervenci v prevenci dekubitů, dalších 21 ji považuje za velmi důležitou a 11 respondentek vybralo možnost 3, což znamená důležité. Dvě sestry si myslí, že je úprava lůžka pacientům prospěšná a jedna sestra označila tento postup v prevenci proleženin za nedůležitý. 17 sester si myslí, že posuzování rizika vzniku dekubitů u pacientů je zásadně důležité. 32 sester tento postup označilo za velmi důležitý a dalších 27 za důležitý. 19 sester považuje hodnocení rizika vzniku dekubitů za prospěšné a 5 dotázaných označilo možnost: nedůležité. 33 sester souhlasilo s možností, že rehabilitace je pro ně zásadně důležitým postupem v prevenci proleženin. 36 sester zastává názor, že rehabilitace pacientů je velmi důležitá, 21 ji označilo za důležitou a dalších 10 za prospěšnou. Výživu považuje 34 sester za zásadně důležitou zbraň na poli boje proti dekubitům, 28 respondentek ji má za velmi důležitou a 33 sester za důležitou. 3 sestry si myslí, že výživa je prospěšná a 2 sestry si myslí, že je nedůležitá ve vztahu k proleženinám. Aktivizaci pacienta ohodnotilo 41 sester za zásadně důležitý postup v oblasti prevence komplikací imobilizačního syndromu. 40 sester zastává názor, že se jedná o velmi důležitý postup a 15 sester si myslí, že je důležitá. 4 sestry ve svém dotazníku zaškrtnuly hodnotu 4, hodnotí tedy aktivizaci pacienta jako prospěšnou v prevenci dekubitů.

Tab. 10 Dostupnost pomůcek pro realizaci prevence dekubitů

	1	2	3	4	Celkem
Polohovací lůžko	45	17	22	16	100
Aktivní antidekubitní matrace	6	14	42	38	100
Pasivní antidekubitní matrace	29	18	26	27	100
Antidekubitor	9	7	36	48	100
Molitanové podložky / polštáře	69	24	6	1	100
Polohovací pomůcky (kvádry, válce, klíny)	56	36	7	1	100
Polohovací pomůcky (kruhy, kroužky)	50	42	7	1	100
Pomůcky pro péči o inkontinentní pac.	75	22	3	0	100
Ochranný olej, či bariérový krém na pokožku	79	17	2	2	100
Zvedák (přístroj ke zvednutí pacienta)	15	3	3	79	100

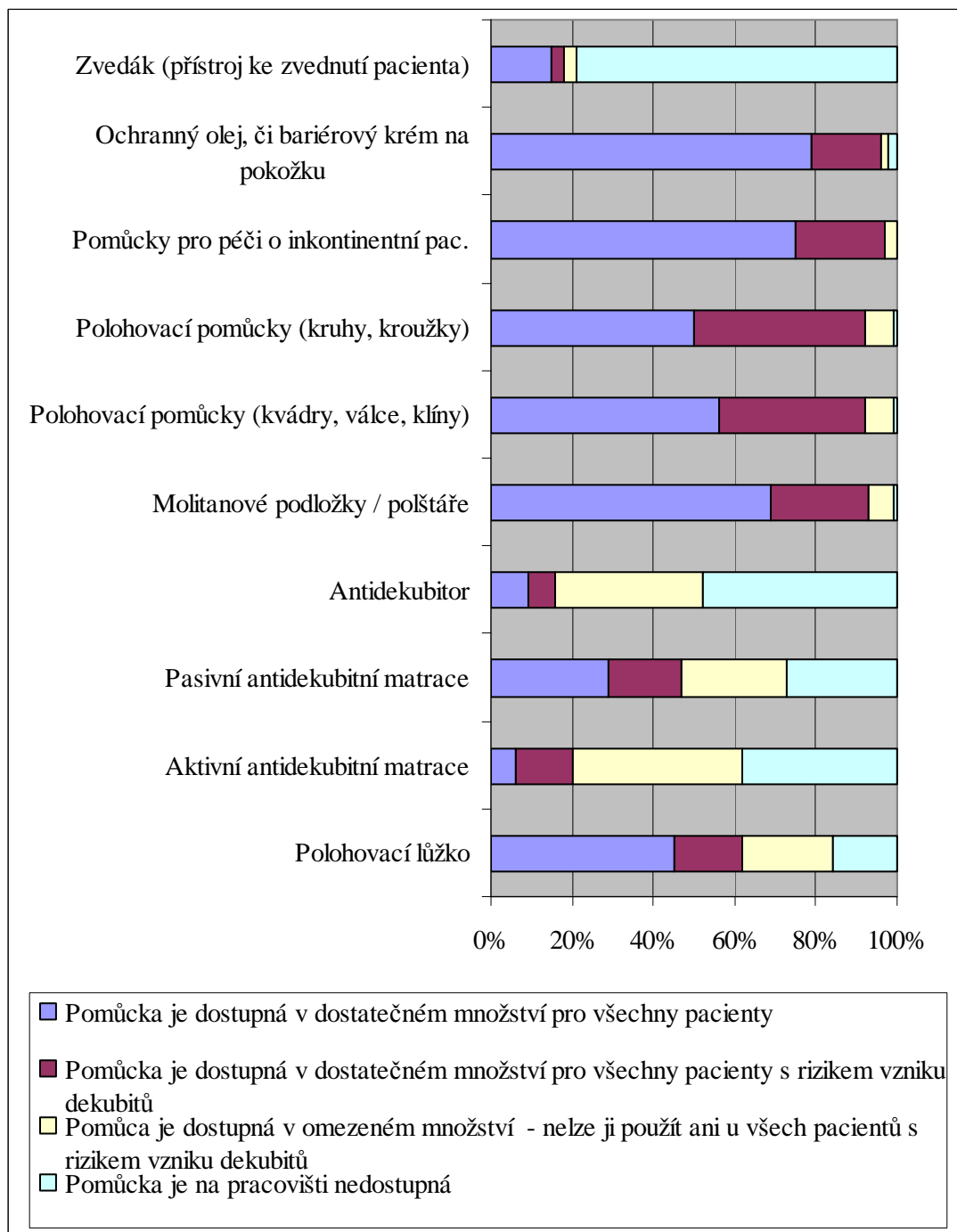
Pro větší přehlednost jsou v tabulce barevně zvýrazněny pole s nejvyšší četností odpovědí.

Slovní popisky k jednotlivým bodovým ohodnocením:

- 1 – pomůcka je dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty
- 2 – pomůcka je dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty s rizikem vzniku dekubitů
- 3 – pomůcka je dostupná v omezeném množství - nelze ji použít ani u všech pacientů s rizikem vzniku dekubitů
- 4 – pomůcka je na tomto pracovišti nedostupná

V desáté otázce jsem použila pro získání informací také kardinální (metrickou) škálu. V dotazníku byly u jednotlivých pomůcek používaných k prevenci dekubitů řady čísel od jedné do čtyř (tyto hodnoty byly doplněny slovním popisem). Respondentky vyjadřovaly svoje mínění na dostupnost těchto

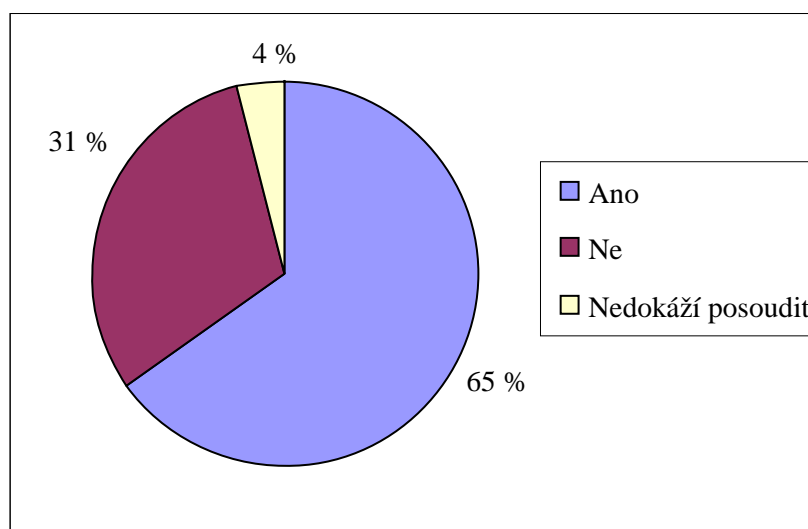
pomůcek vybíráním hodnot na škále čísel. Otázka zjišťovala názor sester na dostupnost pomůcek pro realizaci prevence dekubitů na jejich oddělení. Pro vyhodnocení této otázky jsem použila testovací metodu pro normální rozložení. Statistické výpočty a jejich vyhodnocení jsem uvedla v kapitole 10.1 Testování hypotéz (9).



Obr. 9 Graf dostupnost pomůcek pro realizaci prevence dekubitů

Tab. 11 Názor sester na omezené množství pomůcek jako překážku v realizaci prevence dekubitů

Ano	65
Ne	31
Nedokáží posoudit	4



Obr. 10 Názor sester na omezené množství pomůcek jako překážku v realizaci prevence dekubitů

V jedenácté otázce jsem zjišťovala názor sester, zda považují nedostatečné či omezené množství pomůcek pro prevenci dekubitů za překážku v realizaci prevence dekubitů. Na tuto otázku odpovědělo 65 sester, že omezené, nebo nedostatečné množství pomůcek je pro ně překážkou v realizaci prevence dekubitů, naproti tomu 31 sester uvedlo opačný názor: nedostatek pomůcek nepovažují za překážku v realizaci prevence dekubitů. 4 sestry uvedly, že tuto problematiku nedokážou posoudit. Statistickou významnost výsledků této otázky jsem se rozhodla ověřit testovací metodou pro normální rozložení použitelné při zpracovávání výsledků výzkumů veřejného mínění. Výpočty a jejich vyhodnocení jsou uvedeny kapitole 10.1 Testování hypotéz (9).

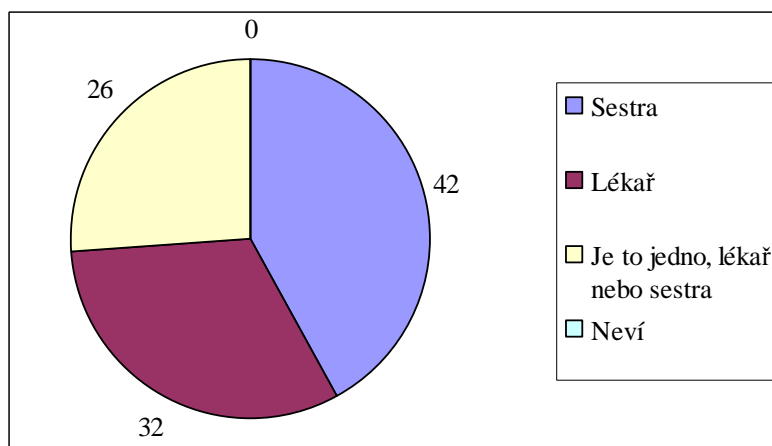
Tab. 12 Názor sester na jejich úlohu v léčbě dekubitů

Úloha sestry je důležitá	92
Úloha sestry je důležitá, ale důležitější roli má lékař	8
Neví	0
Úloha sestry není důležitá	0

Dvanáctá otázka se dotazovala na názor sester ohledně důležitosti úlohy sestry v oblasti léčby dekubitů. Většina sester – 92 se domnívá, že úloha sestry v léčbě dekubitů je důležitá. 8 sester si myslí, že úloha sestry v této oblasti je důležitá, avšak důležitější roli má lékař.

Tab. 13 Názor sester na personální zajištění převazu dekubitu

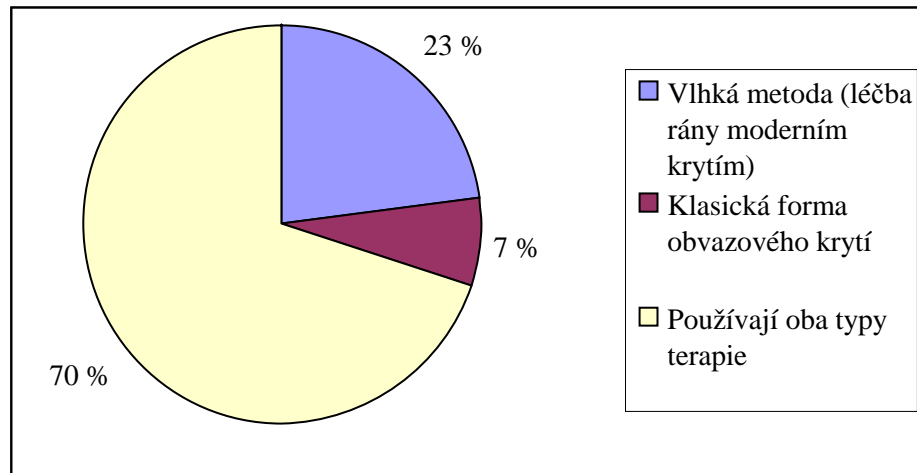
Sestra	42
Lékař	32
Je to jedno, lékař nebo sestra	26
Neví	0

**Obr. 11 Graf názor sester na personální zajištění převazu dekubitu**

Třináctá otázka se zaměřovala na personální zajištění převazu. Na otázku: Kdo by podle Vašeho názoru měl provádět převazy dekubitů na oddělení? 42 respondentek odpovědělo, že setra. Naopak 32 sester se domnívá, že převazy dekubitů patří do rukou lékaře. A 26 respondentek je toho názoru, že je to jedno, zda provádí převaz dekubitu lékař či setra.

Tab. 14 Používaná terapie

Vlhká metoda (léčba rány moderním krytím)	23
Klasická forma obvazového krytí	7
Používají oba typy terapie	70

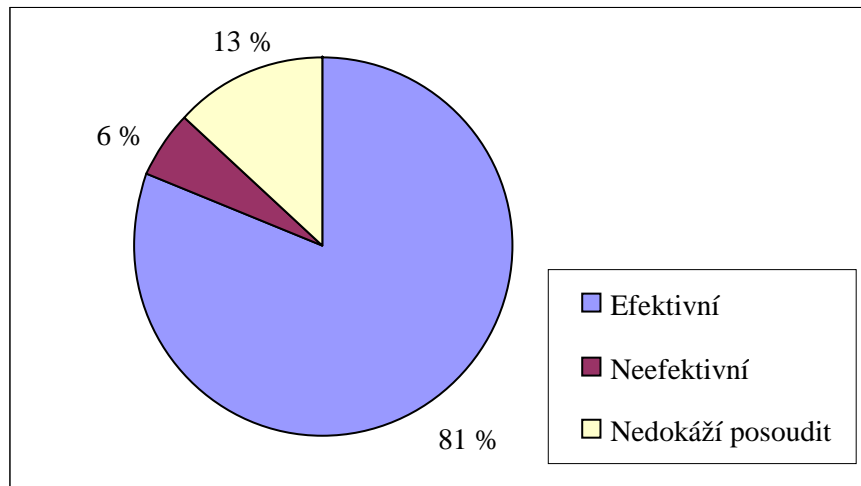


Obr. 12 Graf používaná terapie

Ve čtrnácté otázce byly zjišťovány informace ohledně druhu používaných materiálů k převazům dekubitů, 70 sester uvedlo, že ošetřuje dekubity oběma typy terapie, tedy vlhkou metodou i klasickou formou obvazového krytí. 23 sester používá výhradně vlhkou metodu (léčbu rány moderním krytím) a 7 sester ošetřuje dekubity klasickou formou obvazového krytí.

Tab. 15 Hodnocení léčby

Efektivní	81
Neefektivní	6
Nedokáží posoudit	13

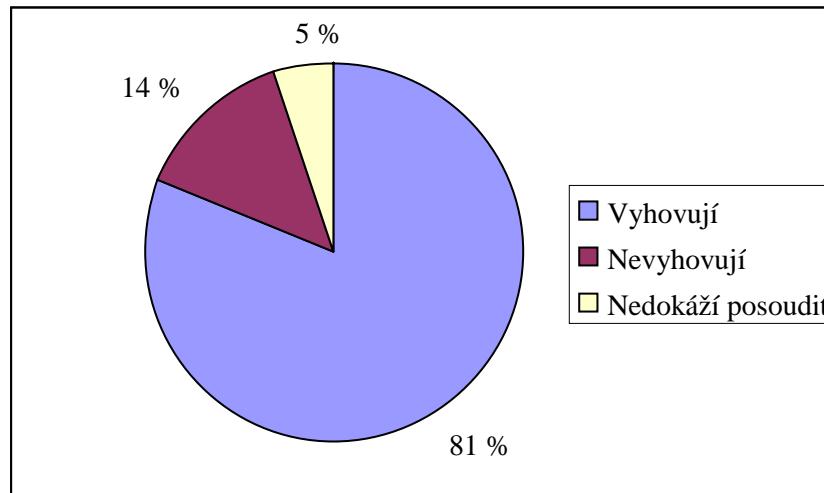


Obr. 13 Graf hodnocení léčby

Patnáctá otázka se dotazovala na hodnocení sestrou používané terapie, zda ji sestra považuje za efektivní či nikoliv. Informace vyplývající z vyhodnocení této otázky ukazují, že 81 sester hodnotí způsob léčby používaný na jejich pracovišti jako efektivní, 6 jako neefektivní a 13 sester nedokáže účinnost terapie posoudit.

Tab. 16 Hodnocení používaných materiálů

Vyhovují	81
Nevyhovují	14
Nedokáží posoudit	5

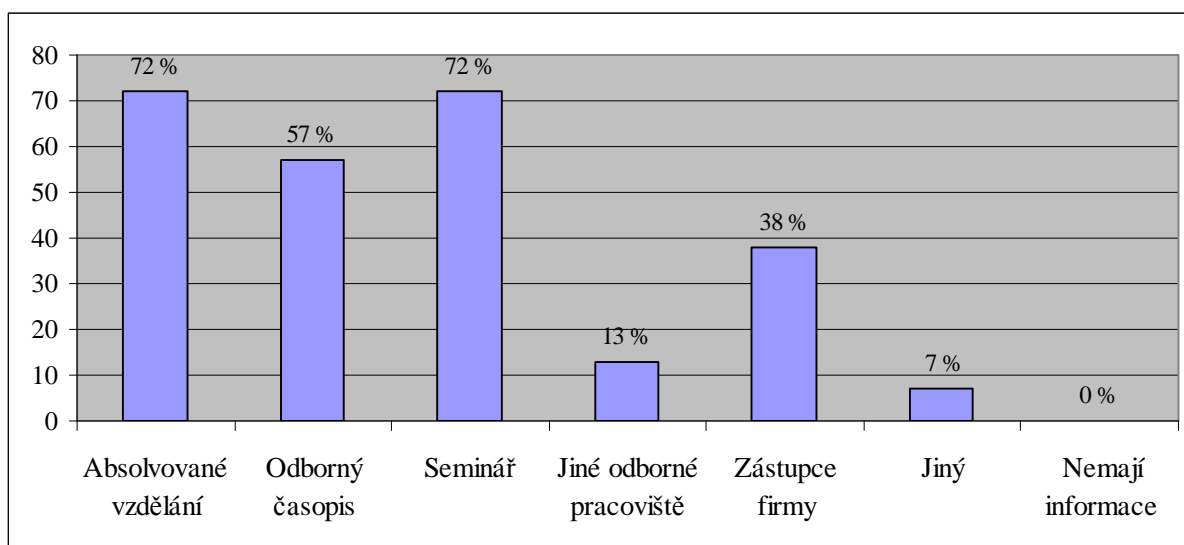


Obr. 14 Graf hodnocení používaných materiálů

Otázka číslo šestnáct se týkala hodnocení spokojenosti sester s používanými materiály k převazům dekubitů. 81 sestrám vyhovují materiály, které používají k péči o dekubity, 14-ti sestrám používané materiály na jejich pracovišti nevyhovují a 5 sester označilo možnost, že spokojenost s používanými materiály nedokáže posoudit.

Tab. 17 Zdroj informací

Absolvované vzdělání	72
Odborný časopis	57
Seminář	72
Jiné odborné pracoviště	13
Zástupce firmy nabízející moderní krytí	38
Jiný	7
Nemají žádné informace	0

**Obr. 15 Graf zdroj informací**

Sedmnáctá otázka byla zaměřena na zdroje informací o prevenci a léčbě dekubitů. V této otázce mohly respondentky označit více odpovědí. Nejvyšší četnost odpovědí byla zaznamenána u možnosti seminář - 72 odpovědí a také v rámci absolvovaného vzdělání – také 72 odpovědí. Tuto výpověď lze doplnit informacemi vyplývajícími z výsledků třetí otázky. 57 sester uvedlo jako zdroj informací odborný časopis, 38 sester zaškrtnulo možnost zástupce firmy nabízející moderní krytí, 13 sester jako zdroj informací uvedlo jiné odborné pracoviště a 7 sester uvedlo jiný zdroj informací: internet; zkušenosti pacientů; na oddělení, kde sestra pracuje; od lékaře z ošetřujícího týmu, který má specializaci na chronické rány. Žádná ze 100 dotazovaných sester neuvvedla, že nemá žádné informace.

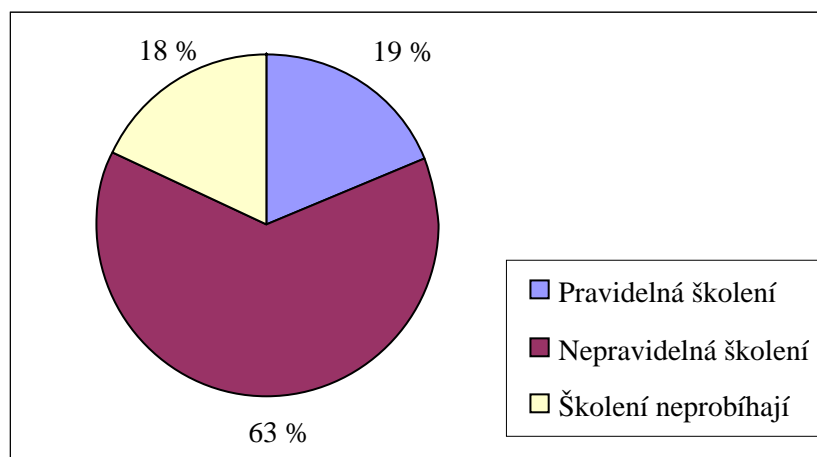
Tab. 18 Účast na semináři

Ano	78
Ne, ale ráda by se zúčastnila v budoucnu	22
Ne, nemají zájem	0

Osmnáctá otázka měla za úkol zjistit, kolik sester absolvovalo nějaký seminář týkající se problematiky dekubitů, jejich prevence či léčby. Semináře nebo školení na téma prevence a léčba dekubitů se zúčastnilo 78 sester, 22 sester sice seminář na toto téma ještě neabsolvovalo, ale chtěly by se jej v budoucnu zúčastnit. Žádná z dotazovaných nevedla, že o problematiku dekubitů nemá zájem.

Tab. 19 Získávání informací na pracovišti

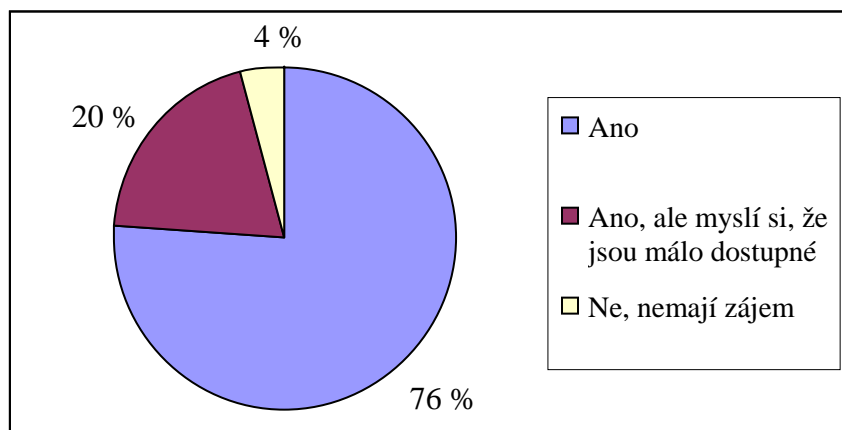
Pravidelná školení	19
Nepravidelná školení	63
Školení neprobíhají	18

**Obr. 16 Graf získávání informací na pracovišti**

Cílem otázky číslo 19 bylo zjistit možnosti získávání informací ohledně prevence a léčby dekubitů přímo na pracovišti, kde jsou sestry zaměstnány. 63 sester uvedlo, že na jejich oddělení probíhají školení v nepravidelných periodách, 9 sester má na svém pracovišti možnost pravidelných školení a 18 sester uvádí, že na jejich oddělení školení na téma dekubity vůbec neprobíhají.

Tab. 20 Zájem o další informace

Ano	76
Ano, ale myslí si, že jsou málo dostupné	20
Ne, nemají zájem	4

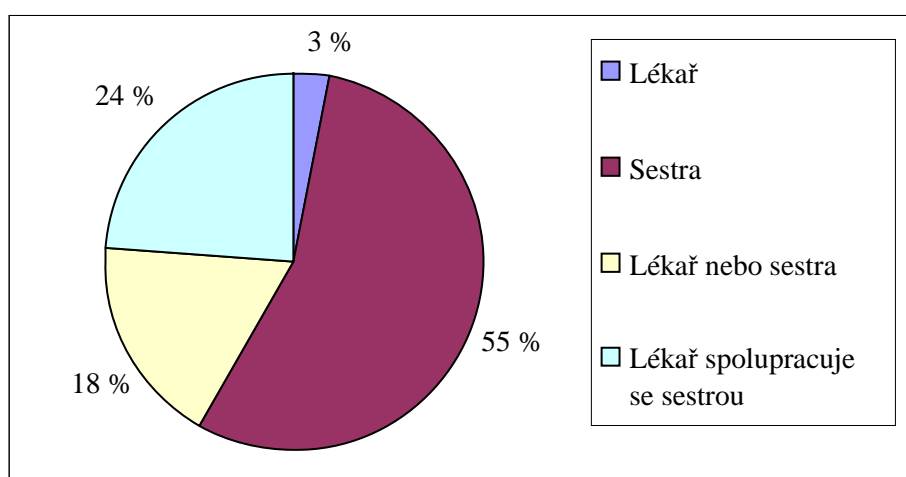


Obr. 17 Graf zájem o další informace

Tato část dotazníku se tázala na zájem sester o nové informace týkající se problematiky proleženin. Výsledky dotazníkového šetření vyhodnocené z otázky číslo dvacet informují, že 76 sester má zájem o další informace a novinky z oblasti prevence a terapie dekubitů a dalších 20 sester by se chtělo také v této oblasti vzdělávat, ale zastávají názor, že vzdělávání o tomto tématu je v kraji Vysočina málo dostupné. 4 sestry nemají zájem o další vzdělávání a informace o novinkách v prevenci a terapii dekubitů.

Tab. 21 Personální zajištění převazu dekubitu

Lékař	3
Sestra	55
Lékař nebo sestra	18
Lékař spolupracuje se sestrou	24

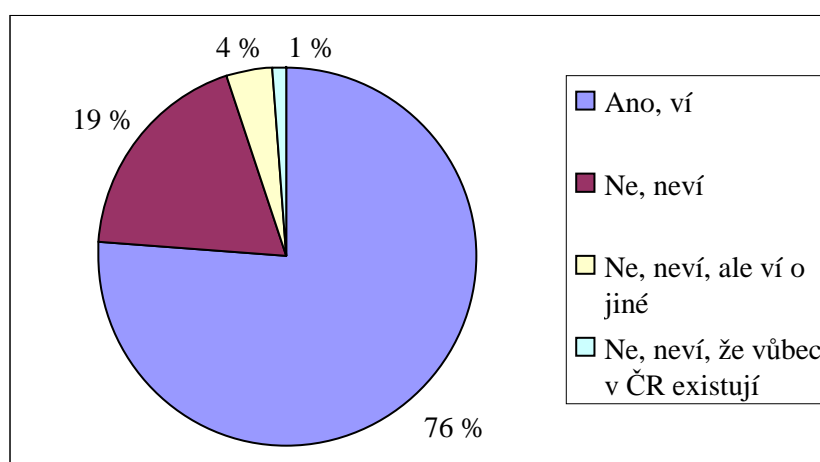


Obr. 18 Graf personální zajištění převazu dekubitu

Otázka číslo 21 zkoumá fakta (ne názory sester) o tom, kdo provádí převazy dekubitů na odděleních, kde respondentky pracují. 3 respondentky označily možnost, že na jejich oddělení provádí převazy výhradně lékař, 55 dotázaných uvedlo, že provádí převazy dekubitů na jejich pracovišti sestra. 18 sester zvolilo odpověď, že nejsou přesně určena pravidla pro personální zajištění převazu, někdy dekubity ošetřuje lékař, jindy zase sestra a ve 24 odpovědích na pracovišti spolupracuje při převazu dekubitů lékař se sestrou. Zajímavé je porovnání výsledků této otázky s informacemi vyplývajícími z výsledků otázky číslo třináct. Ve třinácté otázce jsou sestry dotazovány na jejich mínění, kdo by podle nich měl provádět převazy dekubitů.

Tab. 22 Povědomí sester o ambulanci pro chronické rány v jejich nemocnici

Ano, ví	76
Ne, neví	19
Ne, neví, ale ví o jiné	4
Ne, neví, že vůbec v ČR existují	1

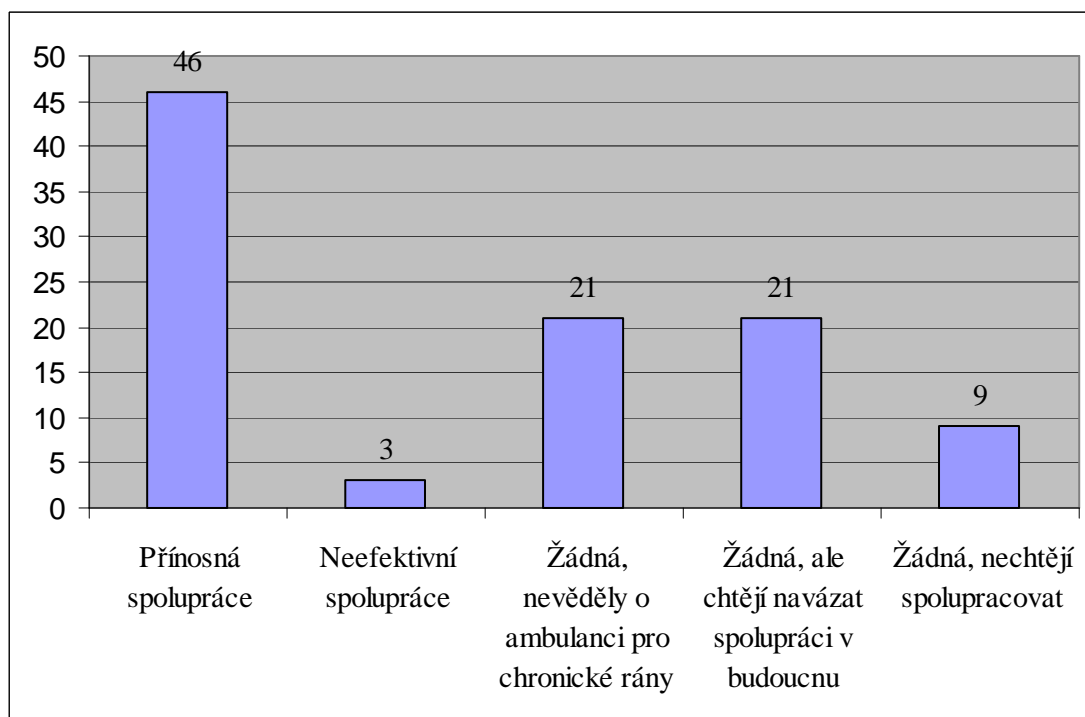


Obr. 19 Graf povědomí sester o ambulanci pro chronické rány v jejich nemocnici

Prostřednictvím otázky číslo 22 bylo zjišťováno, kolik sester je informováno o existenci ambulance pro chronické rány v Nemocnici Nové Město na Moravě. Většina sester, tedy 76, o této ambulanci ví. Informace o existenci ambulance pro chronické rány v Nemocnici Nové Město na Moravě chybí 19 sestřám a 4 sestry sice neví o ambulanci v místní nemocnici, avšak ví o jiné ambulanci pro chronické rány. Informace o ambulancích pro chronické rány v ČR úplně postrádá 1 sestra.

Tab. 23 Spolupráce s ambulancí pro chronické rány

Přínosná spolupráce	46
Neefektivní spolupráce	3
Žádná, nevěděly o ambulanci pro chronické rány	21
Žádná, ale chtějí navázat spolupráci v budoucnu	21
Žádná, nechtějí spolupracovat	9



Obr. 20 Graf spolupráce s ambulancí pro chronické rány

Poslední, dvacátá třetí otázka byla zaměřena na způsob spolupráce sester s ambulancí pro chronické rány. Spolupráci hodnotí jako přínosnou 46 sester, naopak jako neefektivní se spolupráce jeví 3 sestrám.

Výsledky ukazují, že 21 sester s ambulancí pro chronické rány nespolupracuje, protože o existenci tohoto pracoviště neví. Ve 21 případech sestry uvedly, že zatím s ambulancí pro chronické rány nespolupracují, ale možnost spolupráce zvažují, nebo by do budoucna chtěly spolupráci navázat. Dalších 9 sester o ambulanci ví, ale o spolupráci nemají zájem.

10.1 Testování hypotéz

Dostupnost pomůcek pro realizaci prevence dekubitů

Tab. 24 Dostupnost pomůcek pro realizaci prevence dekubitů

	1	2	3	4	Celkem
Polohovací lůžko	45	17	22	16	100
Aktivní antidekubitní matrace	6	14	42	38	100
Pasivní antidekubitní matrace	29	18	26	27	100
Antidekubitor	9	7	36	48	100
Molitanové podložky / polštáře	69	24	6	1	100
Polohovací pomůcky (kvádry, válce, klíny)	56	36	7	1	100
Polohovací pomůcky (kruhy, kroužky)	50	42	7	1	100
Pomůcky pro péči o inkontinentní pac.	75	22	3	0	100
Ochranný olej, či bariérový krém na pokožku	79	17	2	2	100
Zvedák (přístroj ke zvednutí pacienta)	15	3	3	79	100

Pro větší přehlednost jsou v tabulce barevně zvýrazněny dvě odpovědi s nejvyššími četnostmi. Zvýrazněné nejvyšší četnosti odpovědí pro každou pomůcku jsem používala ke statistickým výpočtům.

Slovní popis k jednotlivým bodovým ohodnocením:

- 1 – pomůcka je dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty
- 2 – pomůcka je dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty s rizikem vzniku dekubitů
- 3 – pomůcka je dostupná v omezeném množství - nelze ji použít ani u všech pacientů s rizikem vzniku dekubitů
- 4 – pomůcka je na tomto pracovišti nedostupná

Desátá otázka zjišťovala názor sester na dostupnost pomůcek pro realizaci prevence dekubitů na jejich oddělení. Pro vyhodnocení této otázky jsem použila testovací metodu pro normální rozložení. Testovala jsem statistické hypotézy, že dvě absolutní četnosti ve sledovaném souboru jsou shodné, nulová hypotéza (H_0) oproti alternativní hypotéze (H_A) že se liší. Hledala jsem tedy odpověď na otázku, zda rozdíl mezi dvojicí absolutních četností ve výběru lze ještě považovat za náhodný, nebo zda je statisticky významný. Rozsah výběrového souboru je 100. Pro statistický výpočet testování rozdílů četností jsem použila tento vzorec (9):

$$u = \frac{|n_i - n_j|}{\sqrt{n_i + n_j}}$$

Hodnotu testového kritéria jsem porovnávala s kritickou hodnotou, jež je při zvolené hladině významnosti $u_{0,975} = 1,96$ normovaného normálního rozdělení.

Pro testování rozdílů četnosti jednotlivých pomůcek používaných k realizaci prevence dekubitů jsem si stanovila nulové a alternativní hypotézy.

Ověření statistické významnosti ***kategorie polohovací lůžko:***

H_0 : Mezi četnostmi odpovědí dostupnosti polohovacího lůžka není ve sledovaném souboru statisticky významný rozdíl (četnosti jsou stejné)

$$u = 23 / 8,19 = 2,81 \quad 2,81 > 1,96$$

Protože testové kritérium je větší než kritická hodnota, zamítám testovanou hypotézu a prokázala jsem na 5 %-ní hladině významnosti, že četnosti odpovědí se ve sledovaném souboru liší. Nulovou hypotézu tímto zamítám a platí alternativní hypotéza.

H_A : Mezi četnostmi dostupnosti polohovacího lůžka ve sledovaném souboru je statisticky významný rozdíl

Polohovací lůžko je pomůcka dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty. Tuto domněnku potvrzuje použití testu o shodě dvojice absolutních četností, který prokazuje statisticky významný rozdíl mezi četnostmi

odpovědí „1“ (45 respondentů) a druhou největší četností odpovědí „3“ (22 respondentů).

Ověření statistické významnosti **kategorie aktivní antidekubitní matrace:**

H_0 : Mezi četnostmi odpovědí dostupnosti aktivní antidekubitní matrace není ve sledovaném souboru statisticky významný rozdíl (četnosti jsou stejné)

$$u = 4 / 8,94 = 0,45 \quad 0,45 < 1,96$$

Testové kritérium nepřekračuje kritickou hodnotu. Prokázala jsem tedy na 5 %-ní hladině významnosti, že mezi četnostmi odpovědí není statisticky významný rozdíl. Nulovou hypotézu tímto potvrzuji. Podle mého názoru četnosti odpovědí ukazují na to, že aktivní antidekubitní matrace je pomůcka dostupná v omezeném množství (nelze ji použít ani u všech pacientů s rizikem vzniku dekubitů), nebo je tato pomůcka na pracovišti nedostupná.

Ověření statistické významnosti **kategorie pasivní antidekubitní matrace:**

H_0 : Mezi četnostmi odpovědí dostupnosti pasivní antidekubitní matrace není ve sledovaném souboru statisticky významný rozdíl (četnosti jsou stejné)

$$u = 2 / 7,48 = 0,27 \quad 0,27 < 1,96$$

Testové kritérium nepřekračuje kritickou hodnotu. Neprokázala jsem na 5 %-ní hladině významnosti, že je mezi četnostmi odpovědí ve sledovaném souboru statisticky významný rozdíl. Nulovou hypotézu tímto potvrzuji.

Ověření statistické významnosti **kategorie antidekubitor:**

H_0 : Mezi četnostmi odpovědí dostupnosti antidekubitoru není ve sledovaném souboru statisticky významný rozdíl (četnosti jsou stejné)

$$u = 12 / 9,17 = 1,31 \quad 1,31 < 1,96$$

Testové kritérium nepřekračuje kritickou hodnotu. Prokázala jsem tedy na 5 %-ní hladině významnosti, že mezi četnostmi odpovědí není statisticky významný rozdíl. Nulovou hypotézu tímto potvrzuji. Podle mého názoru četnosti odpovědí ukazují na to, že antidekubitor je pomůcka dostupná v omezeném množství (nelze ji použít ani u všech pacientů s rizikem vzniku dekubitů), nebo je tato pomůcka na pracovišti nedostupná.

Ověření statistické významnosti *kategorie molitanové podložky / polštáře:*

H_0 : Mezi četnostmi odpovědí dostupnosti molitanových podložek a polštářů není ve sledovaném souboru statisticky významný rozdíl (četnosti jsou stejné)

$$u = 45 / 9,64 = 4,67 \quad 4,67 > 1,96$$

Protože testové kritérium je větší než kritická hodnota, zamítám testovanou hypotézu a prokazuji na 5 %-ní hladině významnosti, že mezi četnostmi odpovědí je statisticky významný rozdíl. Nulovou hypotézu tímto zamítám a platí alternativní hypotéza.

H_A : Mezi četnostmi dostupnosti molitanových podložek a polštářů ve sledovaném souboru je statisticky významný rozdíl

Molitanové podložky a polštáře jsou dostupné v dostatečném množství pro všechny pacienty. Tuto domněnku potvrzuje použití testu o shodě dvojice absolutních četností, který prokazuje statisticky významný rozdíl mezi četností odpovědí „1“ (69 respondentů) a druhou největší četností odpovědí „2“ (24 respondentů).

Ověření statistické významnosti *kategorie polohovací pomůcky (kvádry, válce, klíny):*

H_0 : Mezi četnostmi odpovědí dostupnosti polohovacích pomůcek (kvádry, válce, klíny) není ve sledovaném souboru statisticky významný rozdíl (četnosti jsou stejné).

$$u = 20 / 9,59 = 2,09 \quad 2,09 > 1,96$$

Protože testové kritérium je větší než kritická hodnota, zamítám testovanou hypotézu a prokazuji, že na 5 %-ní hladině významnosti je mezi četnostmi odpovědí statisticky významný rozdíl. Nulovou hypotézu tímto zamítám a platí alternativní hypotéza.

H_A : Mezi četnostmi dostupnosti polohovacích pomůcek (kvádry, válce, klíny) ve sledovaném souboru je statisticky významný rozdíl

Polohovací pomůcky (kvádry, válce, klíny) jsou pomůcky dostupné v dostatečném množství pro všechny pacienty. Tuto domněnku potvrzuje použití testu o shodě dvojice absolutních četností, který prokazuje statisticky významný rozdíl mezi četností odpovědí „1“ (56 respondentů) a druhou největší četností odpovědí „2“ (36 respondentů).

Ověření statistické významnosti *kategorie polohovací pomůcky (kruhy, kroužky)*:

H_0 : Mezi četnostmi odpovědí dostupnosti polohovacích pomůcek (kruhy, kroužky) není ve sledovaném souboru statisticky významný rozdíl (četnosti jsou stejné)

$$u = 8 / 9,59 = 0,83 \quad 0,83 < 1,96$$

Testové kritérium je větší než kritická hodnota. Prokázala jsem tedy na 5 %-ní hladině významnosti, že mezi četnostmi odpovědí není statisticky významný rozdíl. Nulovou hypotézu tímto potvrzuji. Podle mého názoru četnosti odpovědí ukazují na to, že kruhy a kroužky jsou polohovací pomůcky dostupné v dostatečném množství pro všechny pacienty, nebo jsou dostupné v dostatečném množství pro všechny pacienty s rizikem vzniku dekubitů.

Ověření statistické významnosti *kategorie pomůcky pro péči o inkontinentní pacienty*:

H_0 : Mezi četnostmi odpovědí dostupnosti pomůcek pro péči o inkontinentní pacienty není ve sledovaném souboru statisticky významný rozdíl (četnosti jsou stejné)

$$u = 53 / 9,85 = 5,38 \quad 5,38 > 1,96$$

Protože testové kritérium je větší než kritická hodnota, zamítám testovanou hypotézu a prokazuji na 5 %-ní hladině významnosti, že četnosti odpovědí se ve sledovaném souboru liší. Nulovou hypotézu tímto zamítám a platí alternativní hypotéza.

H_A : Mezi četnostmi dostupnosti pomůcek pro péči o inkontinentní pacienty ve sledovaném souboru je statisticky významný rozdíl

Pomůcky pro péči o inkontinentní pacienty jsou dostupné v dostatečném množství pro všechny pacienty. Tuto domněnku potvrzuje použití testu o shodě dvojice absolutních četností, který prokazuje statisticky významný rozdíl mezi četností odpovědí „1“ (75 respondentů) a druhou největší četností odpovědí „2“ (22 respondentů).

Ověření statistické významnosti *kategorie ochranný olej či bariérový krém na pokožku*:

H_0 : Mezi četnostmi odpovědí dostupnosti ochranného oleje či bariérového krému na pokožku není ve sledovaném souboru statisticky významný rozdíl (četnosti jsou stejné)

$$u = 62 / 9,80 = 6,33 \quad 6,33 > 1,96$$

Protože testové kritérium je větší než kritická hodnota, zamítám testovanou hypotézu a prokázala jsem na 5 %-ní hladině významnosti, že četnosti odpovědí se ve sledovaném souboru liší. Nulovou hypotézu tímto zamítám a platí alternativní hypotéza.

H_A : Mezi četnostmi dostupnosti ochranného oleje či bariérového krému na pokožku ve sledovaném souboru je statisticky významný rozdíl

Ochranný olej či bariérový krém na pokožku je pomůcka dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty. Tuto domněnku potvrzuje použití testu o shodě dvojice absolutních četností, který prokazuje statisticky významný

rozdíl mezi četností odpovědí „1“ (79 respondentů) a druhou největší četností odpovědí „2“ (17 respondentů).

Ověření statistické významnosti *kategorie zvedák (přístroj ke zvednutí pacienta)*:
 H_0 : Mezi četnostmi odpovědí dostupnosti zvedáku (přístroj ke zvednutí pacienta) není ve sledovaném souboru statisticky významný rozdíl (četnosti jsou stejné)

$$u = 64 / 9,70 = 6,60 \quad 6,60 > 1,96$$

Protože testové kritérium je větší než kritická hodnota, zamítám testovanou hypotézu a prokazuji na 5 %-ní hladině významnosti, že četnosti odpovědí se ve sledovaném souboru liší. Nulovou hypotézu tímto zamítám a platí alternativní hypotéza.

H_A : Mezi četnostmi dostupnosti zvedáku (přístroj ke zvednutí pacienta) ve sledovaném souboru je statisticky významný rozdíl

Zvedák (přístroj ke zvednutí pacienta) je na pracovištích nedostupná pomůcka. Tuto domněnku potvrzuje použití testu o shodě dvojice absolutních četností, který prokazuje statisticky významný rozdíl mezi četností odpovědí „4“ (79 respondentů) a druhou největší četností odpovědí „1“ (15 respondentů).

Názor sester na omezené množství pomůcek jako překážku v realizaci prevence dekubitů

V jedenácté otázce jsem zjišťovala názor sester, zda považují nedostatečné či omezené množství pomůcek pro prevenci dekubitů za překážku v realizaci prevence dekubitů. Na tuto otázku odpovědělo 65 sester, že omezené nebo nedostatečné množství pomůcek je pro ně překážkou v realizaci prevence dekubitů, naproti tomu 31 sester uvedlo opačný názor: nedostatek pomůcek nepovažují za překážku v realizaci prevence dekubitů. 4 sestry uvedly, že tuto problematiku nedokážou posoudit. Domnívám se tedy, že pokud si tyto 4 sestry nedokázaly vytvořit na danou problematiku názor, zastávají spíše negativní postoje, proto jsem tuto skupinu respondentek přiřadila ke skupině sester, která odpověděla, že nedostatek pomůcek nepovažuje za překážku v realizaci prevence dekubitů.

Tab. 25 Názor sester na omezené množství pomůcek jako překážku v realizaci prevence dekubitů

Ano	65
Ne	35
Celkem	100

Pro vyhodnocení této otázky jsem použila testovací metodu pro normální rozložení. Testovala jsem statistické hypotézy, že dvě absolutní četnosti ve sledovaném souboru jsou shodné, nulová hypotéza (H_0) oproti alternativní hypotéze (H_A), že se liší. Hledala jsem tedy odpověď na otázku, zda rozdíl mezi dvojicí absolutních četností ve výběru lze ještě považovat za náhodný, nebo zda je statisticky významný. Rozsah výběrového souboru je 100. Jako testové kritérium jsem použila tuto charakteristiku (Herzman, 1998):

$$u = \frac{|n_i - n_j|}{\sqrt{n_i + n_j}}$$

Pro testování rozdílů četností souhlasných a záporných odpovědí jsem stanovila nulovou a alternativní hypotézu.

H_0 : Počet souhlasných a nesouhlasných odpovědí se ve sledovaném souboru neliší (četnosti jsou stejné)

$$u = 30 / 10 = 3$$

Hodnotu testového kritéria jsem porovнала s kritickou hodnotou, jež je při zvolené hladině významnosti $u_{0,975} = 1,96$ normovaného normálního rozdělení.

$$3 > 1,96$$

Protože testové kritérium je větší než kritická hodnota, zamítám testovanou hypotézu a prokázala jsem na 5 %-ní hladině významnosti, že souhlasný názor je ve sledovaném souboru častější než názor nesouhlasný. Nulovou hypotézu tímto zamítám a platí alternativní hypotéza.

H_A : Mezi souhlasnými a nesouhlasnými odpověďmi ve sledovaném souboru je statisticky významný rozdíl.

Sestry považují omezené nebo nedostatečné množství pomůcek za překážku v realizaci prevence dekubitů. Tuto domněnku potvrzují výsledky testování rozdílů četností, které vykazují statisticky významný rozdíl mezi četností souhlasných odpovědí (65 sester) a četností nesouhlasných odpovědí (35 sester).

11 Diskuse

Výzkumná část práce předkládané diplomové práce byla zaměřena na analýzu práce sestry a její uvědomování si své úlohy v oblasti prevence a léčby dekubitů. Výzkumné šetření jsem směřovala také na překážky bránící sestřím v realizaci prevence dekubitů.

K naplnění cílů své práce jsem si stanovila tři výzkumné otázky, které jsem ověřovala výzkumem. Výzkum byl proveden popisnou analýzou dat a zčásti statistickou procedurou. Potřebná data pro výzkum jsem zjišťovala metodou dotazování za použití techniky dotazníku.

11.1 První výzkumná otázka

V první výzkumné otázce mě zajímalo, zda vůbec a v jakém rozsahu aplikují sestry pacientům s rizikem vzniku dekubitů preventivní opatření. Odpovědí se mi staly výsledky odpovědí sester na otázky číslo 5, 6, 7, 8 a 9. K detekci pacientů, kteří jsou ohroženi vznikem dekubitů, používají sestry hodnocení rizika vzniku dekubitů. Sestry aplikují u pacientů s rizikem vzniku dekubitů preventivní opatření. Výzkumná otázka byla zodpovězena.

Výchozím bodem pro aplikaci preventivních opatření jsou výsledky hodnocení rizika vzniku dekubitů, to provádí podle výsledků výzkumu všechny sestry. Většina sester (77 %) vyhodnocuje riziko u každého pacienta, ostatní sestry screening rizika dekubitů provádí, ale ne u všech pacientů. Občas jsem v praxi viděla jednání sester, kdy sice riziko vzniku dekubitů vyhodnotily, avšak dále s jeho výsledky nepracovaly. Při zjištění pozitivních výsledků nepodnikly další preventivní opatření. Domnívám se, že vyšetření rizika vzniku dekubitů braly jako další administrativní záležitost nutnou vyplnit při přijetí pacienta a založit do dokumentace. Toto chápání managementu rizik bere smysl vlastnímu hodnocení rizika vzniku dekubitů. Proto jsem v dotazníku položila respondentkám otázku, zda se získanými výsledky dále pracují. 6 % sester potvrdilo svojí odpovědí moji výše popsanou zkušenost. Naopak 78 % kladných odpovědí nasvědčuje užitečnosti používání samotného hodnocení. Z výsledků osmé otázky vyplývá, že většina sester aplikuje intervence, mající za cíl prevenci dekubitů. Drtivá většina (96 %) dotázaných uvedla, že aplikuje preventivní opatření, 76 % sester zavede a zpracuje plán ošetřovatelské péče pro prevenci dekubitů. Obě intervence, založit list o polohování a zaznamenat zvýšené riziko vzniku dekubitů

u pacienta do dokumentace, uvedlo více než 89 % sester. Intervenci zopakování hodnocení rizika vzniku dekubitů udává 45 sester, tuto informaci ještě zpřesňují a doplňují výsledky šesté otázky v dotazníku. V této otázce sestry uvádí okolnosti, za kterých budou vyhodnocení rizika proleženin opakovat. Výsledky vypovídající o dobré úrovni vyhodnocování a práce s výsledky hodnocení rizika vzniku dekubitů jsou podle mého názoru dány i tím, že vedení nemocnice má v souvislosti s nedávno získanou akreditací pečlivě propracovaný management rizik. Vedení nemocnice tedy samozřejmě nezapomíná na hodnocení rizika vzniku dekubitů, jež je velmi dobrým ukazatelem kvality péče a nástrojem k dobré prevenci vzniku mimořádné události v podobě dekubitů (11).

Mile mě překvapila odpověď ohledně frekvence opakování posouzení rizika dekubitů. Ze 45 sester, které zaškrtnuly interenci opakování hodnocení rizika, 32 sester uvádí, že opakuje hodnocení rizika vzniku dekubitů po 7 dnech a dalších 9 sester neuvádí periodu opakování delší než 5 dní. Zjištěné periody v opakování hodnocení rizika vzniku dekubitů u 91 % odpovídajících korelují s doporučením uvedeným v knize *Prevence dekubitů* (na straně 20) Jana Mikuly a Niny Millerové (15). Autoři zde informují, že hodnocení pacientů má sestra provést při jejich příjmu a dále v pravidelných intervalech podle stavu pacienta a při jakékoliv změně. Doporučují zde rozpětí od maxima 1x denně a minima 1x týdně. Literatura však není v tomto ohledu jednotná, jiné zdroje zase uvádí jako jedinou správnou frekvenci hodnocení každý den (16), nebo se pouze odkazují na průběžné hodnocení s frekvencí závislou na změně stavu pacienta (4).

Potěšující jsou výsledky vyplývající z deváté otázky. Drtivá většina sester považuje všechny uvedené postupy (polohování, hygiena, péče o pokožku, péče o genitál, úprava lůžka, hodnocení rizika vzniku dekubitů, rehabilitace, výživa, aktivizace pacienta) používané v prevenci proleženin za zásadně důležité, velmi důležité, nebo důležité. Z toho lze také usuzovat, že sestry realizují u pacientů ohrožených dekubity ty postupy (tedy všechny uvedené), které samy považují za důležité. To zpětně koresponduje s již zmíněnými výsledky osmé otázky, které informují o četnostech sester provádějící jednotlivé intervence u pacientů s rizikem vzniku proleženin.

11.2 Druhá výzkumná otázka

Ve druhé výzkumné otázce jsem si chtěla z názorů sester ověřit domněnku, že nedostatek pomůcek (nedostatečné materiální zajištění) je pro sestry překážkou v realizaci prevence dekubitů. Pro ověření této domněnky jsem použila testovací metodu pro normální rozložení, jejíž pomocí jsem statisticky zpracovala výsledky desáté a jedenácté otázky. Výzkumná otázka byla zodpovězena, domněnka byla potvrzena.

První z těchto otázek zjišťovala názor sester na dostupnost pomůcek pro realizaci prevence dekubitů na jejich oddělení. Z výsledků vyplývá, že čtyři z deseti pomůcek jsou na pracovištích, kde dotazované sestry pracují, v nedostatečném množství. Aktivní antidekubitní matrace je na pracovištích dostupná v tak omezeném množství, že ji nelze použít ani pro všechny pacienty ohrožené vznikem dekubitů, nebo na pracovištích není k dispozici vůbec. Pasivní antidekubitní matrace je na části oddělení dostupná pro všechny pacienty a na části oddělení je tato pomůcka naprosto nedostupná. Antidekubitor je v lůžkových zdravotnických zařízeních pomůcka dostupná v tak omezeném množství, že ji nelze použít ani pro všechny pacienty ohrožené vznikem dekubitů, nebo na pracovištích není k dispozici vůbec. Zvedák (přístroj ke zvednutí pacienta) je na pracovištích nedostupná pomůcka. Dostupnost pomůcek k prevenci proleženin a materiálů k jejich ošetřování se na jednotlivých pracovištích liší. Avšak čtyři z deseti sledovaných pomůcek jsou na většině oddělení dostupné ve velmi omezeném množství, nebo chybí úplně. S výsledky zjištěnými v mé práci koreluje tvrzení Markéty Koutné, která pracuje v KARIM. Ta ve svém článku Řešme problémy, dokud jsou malé! v publikaci Léčba rány přiznává, že „naše nemocnice ještě nejsou vybaveny dostatečným množstvím antidekubitních matrací a pomůcek. O to více prostředků musíme vynakládat na dlouhodobou léčbu dekubitů“ (Koutná, strana 62, zdroj 2).

V další otázce jsem zjišťovala názor sester, zda považují nedostatečné, či omezené množství pomůcek pro prevenci dekubitů za překážku v realizaci prevence dekubitů. Výsledky testování rozdílů četností potvrzují domněnku, že sestry považují omezené nebo nedostatečné množství pomůcek za překážku v realizaci prevence dekubitů. Mezi četností souhlasných odpovědí (65 sester) a četností nesouhlasných odpovědí (35 sester) je statisticky významný rozdíl. Oba

výsledky potvrzují domněnku, že sestry si myslí, že nedostatek pomůcek (nedostatečné materiální zajištění) je překážkou v realizaci prevence dekubitů.

11.3 Třetí výzkumná otázka

Ve třetí výzkumné otázce jsem chtěla zjistit, zda je nedostatek informací překážkou, která brání sestřám v realizaci prevence a léčby dekubitů. O informovanosti středního zdravotnického personálu vypovídají otázky číslo 17, 18, 19, 20 a 22. Nepřímo také vypovídají o úrovni znalostí sester pracujících na odděleních lůžkové péče otázky číslo 3, 4, 12, 14, 15, 16. Sestry jsou o problematice dekubitů a svojí nezastupitelné roli v ní informované. Nedostatek informací tudíž nebrání sestřám v realizaci prevence a léčby dekubitů. Výzkumnou otázku považuji za zodpovězenou.

O informovanosti sester vypovídá sedmnáctá otázka, která vypovídá o zdrojích informací. Jsem ráda, že se naplnilo moje očekávání, že všechny sestry mají určitou míru znalostí o prevenci a léčbě dekubitů, vyplývá to z nulové četnosti odpovědí u možnosti Nemám žádné informace. 72 sester uvádí jako zdroj informací absolvované vzdělání, o něm informují i výsledky třetí otázky dotazníku, kde 46 % respondentek uvádí vyšší míru vzdělání než středoškolské vzdělání s maturitou. Povzbuzující je 23 procentní četnost sester s pomaturitním specializačním vzděláním, 18 % sester udává vyšší odborné vzdělání zakončené titulem DiS., 5 % absolvovalo vysokoškolské vzdělání. 72 respondentek uvádí jako zdroj informací o problematice proleženin seminář. Tuto výpověď potvrzuje vysoké procento sester (78 %), které uvádí v osmnácté otázce, že se zúčastnily školení či semináře o dekubitech. Na zvyšování informovanosti sester se významně podílí odborná literatura, ve které je problematika dekubitů poměrně často diskutována. Podstatnou měrou přispívá ke zvyšování úrovně znalostí i samotný farmaceutický průmysl, kdy výrobci jednotlivých krytí a pomůcek prostřednictvím svých zástupců informují zdravotnický personál o novinkách v léčbě a prevenci dekubitů.

Pozitivní je zjištění, že 82 % dotázaných odpovědělo v devatenácté otázce, že na jejich pracovišti probíhají semináře na téma prevence a léčba dekubitů. Zájem sester o další vzdělávání jsem zjišťovala v otázce číslo 20, v níž 96 % dotázaných má zájem o informace o novinkách v problematice proleženin. Z tohoto počtu 20 % respondentek uvádí názor, že jsou informace málo dostupné.

Zda je tato připomínka oprávněná, můžeme diskutovat. Snad je to dáno geografickou vzdáleností od univerzitních měst a fakultních nemocnic, kde je nabídka různých vzdělávacích programů pestřejší a bohatší. Zájem sester o vzdělání potvrzuje i četnost 22 % sester, které v osmnácté otázce uvádí, že se sice dosud žádného semináře na téma proleženiny nezúčastnily, ale rády by se ho zúčastnily v budoucnu. Velice mě potěšily výsledky četností odpovědí ve dvacáté druhé otázce, kde 76 % udává, že ví o existenci ambulance pro chronické rány v (jejich) nemocnici v Novém Městě na Moravě. Potěšilo mě také, že 46 % sester s touto ambulancí spolupracuje a má s ní kladné zkušenosti, tato informace vyplývá z dat ve dvacáté třetí otázce.

Jestliže 93 % sester používá moderní přístupy k léčbě dekubitů a jsou v 81 % s efektivitou léčby spokojeny, svědčí to o určité úrovni znalostí práce s těmito materiály (viz výsledky otázek číslo 14 a 15). Tomu nasvědčuje i výsledek šestnácté otázky, z jejíž výsledků se dozvídáme, že 81 % sester vyhovují materiály, jež používají k převazům dekubitů. O skutečnosti, že si sestry uvědomují svoji úlohu v léčbě a prevenci dekubitů, svědčí výsledky otázek 4 a 12. Celých 100 % sester označilo v obou otázkách možnosti, že svoji úlohu v prevenci a léčbě dekubitů považují za důležitou. Tyto velmi povzbudivé výsledky jsou také nepřímým důkazem toho, že sestry jsou o problematice dekubitů a svojí nezastupitelné roli v ní informované.

12 Závěr

Téma mé diplomové práce je zaměřeno na problematiku prevence a léčby dekubitů a úlohu sestry v této oblasti. Sestra je v realizaci prevence a léčby dekubitů důležitou součástí zdravotnického týmu. Problematika prevence dekubitů je plně v kompetenci kvalifikovaných sester, podpořená současnou legislativou. Sestra hodnotí riziko vzniku dekubitů a plánuje realizaci prevence vzniku dekubitů. Zlepšuje se i vybavenost pracovišť odpovídajícími pomůckami. Sestry absolvují školení na téma dekubity, léčba ran moderním krytím. Úloha sestry je také v posuzování již vzniklého dekubitu, ošetřuje jej a volí vhodné krytí.

Pozornost jsem zaměřila na překážky, které brání sestřám v realizaci prevence dekubitů. Výsledky výzkumu ukazují, že sestry mají určitou úroveň znalostí o problematice dekubitů a mají zájem o další nové informace o metodách prevence a léčby proleženin. Nedostatek informací tudíž nebrání sestřám v realizaci prevence dekubitů. Nedostatek pomůcek naopak tvoří překážku v poskytování kvalitní péče a v aplikaci preventivních opatření bránícím vzniku dekubitů. Druhým cílem bylo zjistit, zda si sestry uvědomují svoji úlohu v léčbě dekubitů. Z výzkumu je patrné, že sestry si uvědomují svoji nezastupitelnou úlohu v oblasti dekubitů, a to jak v léčbě, tak i v prevenci. Oba cíle byly splněny a výzkumné otázky byly zodpovězeny.

V praxi bych chtěla svojí prací přispět ke zkvalitnění preventivní péče o pacienty ohrožené vznikem dekubitů a léčebné péče o pacienty, jejichž zdravotní stav je již proleženinou komplikován. Výsledky výzkumné části práce mohou posloužit vedení nemocnice Nové Město na Moravě v managementu kvality péče a jejího zvyšování, například nákupem dalších pomůcek vhodných k prevenci dekubitů, nebo zvýšením nabídky vzdělávacích seminářů o problematice dekubitů. Domnívám se, že přestože jsem výzkum prováděla v nemocnici v Novém Městě na Moravě, mohou výsledky mojí práce uplatnit zdravotničtí pracovníci a vedení i jiných zdravotnických zařízení. Také samotné sestry se mohou a mají podílet na získávání prostředků a výběru pomůcek, které budou používat v ošetrovatelské praxi. Výsledkem bude zkvalitnění preventivní péče a zvýšení efektivity péče léčebné. To zajisté ocení nejen personál, ale zejména pacienti - a to je náš cíl a motivace.

Soupis bibliografických citací

1. BOCZAR, N. a kol. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0278-9.
2. BUREŠ, I. *Léčba rány*. 1. vyd., Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-413-X.
3. Česká společnost pro léčbu ran: *Doporučené postupy pro léčbu dekubitů*. [online]. National Pressure Ulcer Advisory Panel, 1998 [cit.2010-01-20]. Dostupný z WWW: < <http://www.cslr.cz/download/EPUAP-lecba.pdf> > .
4. Česká společnost pro léčbu ran: *Doporučené postupy pro prevenci dekubitů*. [online]. National Pressure Ulcer Advisory Panel, 1998 [cit.2010-01-20]. Dostupný z WWW: < <http://www.cslr.cz/download/EPUAP-prevence.pdf> > .
5. Česká společnost pro podporu zdraví: *Proleženina (dekubitus) – informace o vzniku onemocnění*. [online] [cit.2010-01-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.hojeni21.cz/prolezenina-info.php>>.
6. DORNER, B.; POSTHAUER, M.; E. THOMAS, D. *The Role of Nutrition in Pressure Ulcer Prevention and Treatment: National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper* [online]. National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009 [cit.2010-01-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.npuap.org/Nutrition%20White%20Paper%20Website%20Version.pdf>>.
7. Effectiveness of interventions for undernourished older inpatients in the hospital setting. *Best practice*, 2007, roč. 11, č. 2. ISSN 1329-1874
8. GERMANN G. *Kompendium ran a jejich ošetřování*. Veverská Bítýška, 1999. Odborný materiál firmy Hartmann-Rico, a.s. ISBN 3-929870-18-5.
9. HERZMAN, J.; NOVÁK, I.; PECÁKOVÁ, I. *Pořizování a vyhodnocování dat ve výzkumech veřejného mínění*. 2. vyd., Praha : Vysoká škola ekonomická, 1998. ISBN 80-7079-3570.
10. JANÁKOVÁ, A. *Hojení proleženin zevnitř*. [online] [cit.2010-01-20]. Dostupný z WWW: <<http://www.vyzivavnemoci.cz/?module=hojeni-prolezenin-zevnitr>>
11. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2436-2.
12. KOVAČIČOVÁ, R.; TSYBULYA, A.; ŠÍPKOVÁ, V. *Moderní přístupy v léčbě dekubitů u geriatrických pacientů v následné péči – naše zkušenosti*. [online] [cit.2010-01-20].

Dostupný z WWW: <http://www.geriatickarevue.cz/pdf/gr_08_01_09.pdf>.

13. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a praxe*. [Díl] 2. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
14. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
15. MIKULA, J.; MÜLLEROVÁ, N. *Prevence dekubitů*. 1. vyd., Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.
16. Pressure ulcers – prevention of pressure related damage. *Best practice*, 2008, roč. 12, č. 2. ISSN 1329-1874.
17. Pressure ulcers – management of pressure related tissue damage. *Best practice*, 2008, roč. 12, č. 3. ISSN 1329-1874.
18. RESL, V. *Hojení chronických ran*. 1. vyd. Praha : Grada, 1997. ISBN 80-7169-239-5.
19. RIEBLOVÁ, V.; VÁLKA, J.; FRANČŮ, M. *Trendy soudobé chirurgie*. [Díl] 3. 1. vyd. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7262-033-9.
20. STRYJA, J. *Terminologie chronické rány, pohled chirurga*. [online] [cit.2010-01-20].
Dostupný z WWW: <<http://cslr.cz/kongresy/stryja.php>>.
21. Topical skin care in aged care facilities. *Best practice*, 2007, roč. 11, č. 3. ISSN 1329-1874
22. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.
23. VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. 8. rozš. vyd. Praha : Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-123-3.
24. VONDRÁČEK, L.; WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2763-9.

Seznam tabulek

Tab. 1 Počet respondentek z jednotlivých oddělení	33
Tab. 2 Věk respondentek	34
Tab. 3 Vzdělání respondentek	34
Tab. 4 Názor respondentek na důležitost ošetrovatelské péče v oblasti prevence dekubitů	35
Tab. 5 Hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta	36
Tab. 6 Opakování hodnocení rizika vzniku dekubitů během hospitalizace pacienta	37
Tab. 7 Práce sester s výsledky hodnocení rizika vzniku dekubitů	38
Tab. 8 Intervence při zjištěném riziku vzniku dekubitů	39
Tab. 9 Důležitost postupů pro prevenci dekubitů	40
Tab. 10 Dostupnost pomůcek pro realizaci prevence dekubitů	42
Tab. 11 Názor sester na omezené množství pomůcek jako překážku v realizaci prevence dekubitů	44
Tab. 12 Názor sester na jejich úlohu v léčbě dekubitů	45
Tab. 13 Názor sester na personální zajištění převazu dekubitu	45
Tab. 14 Používaná terapie	46
Tab. 15 Hodnocení léčby	47
Tab. 16 Hodnocení používaných materiálů	48
Tab. 17 Zdroj informací	49
Tab. 18 Účast na semináři	50
Tab. 19 Získávání informací na pracovišti	50
Tab. 20 Zájem o další informace	51
Tab. 21 Personální zajištění převazu dekubitu	52
Tab. 22 Povědomí sester o ambulanci pro chronické rány v jejich nemocnici ...	53
Tab. 23 Spolupráce s ambulancí pro chronické rány	54
Tab. 24 Dostupnost pomůcek pro realizaci prevence dekubitů	55
Tab. 25 Názor sester na omezené množství pomůcek jako překážku v realizaci prevence dekubitů	62

Seznam obrázků

Obr. 1 Graf počtu respondentek	33
Obr. 2 Graf věku respondentek	34
Obr. 3 Graf vzdělání respondentek	35
Obr. 4 Graf hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta	36
Obr. 5 Graf opakování hodnocení rizika vzniku dekubitů během hospitalizace pacienta	37
Obr. 6 Graf práce sester s výsledky hodnocení rizika vzniku dekubitů	38
Obr. 7 Graf intervence při zjištěném riziku vzniku dekubitů	39
Obr. 8 Graf důležitost postupů pro prevenci dekubitů	40
Obr. 9 Graf dostupnost pomůcek pro realizaci prevence dekubitů	43
Obr. 10 Graf názor sester na omezené množství pomůcek jako překážku v realizaci prevence dekubitů	44
Obr. 11 Graf názor sester na personální zajištění převazu dekubitu	45
Obr. 12 Graf používaná terapie	46
Obr. 13 Graf hodnocení léčby	47
Obr. 14 Graf hodnocení používaných materiálů	48
Obr. 15 Graf zdroj informací	49
Obr. 16 Graf získávání informací na pracovišti	50
Obr. 17 Graf zájem o další informace	51
Obr. 18 Graf personální zajištění převazu dekubitu	52
Obr. 19 Graf povědomí sester o ambulanci pro chronické rány v jejich nemocnici	53
Obr. 20 Graf spolupráce s ambulancí pro chronické rány	54

Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1 - Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Příloha 2 - Dokumentace posouzení a ošetření dekubitů

Příloha 3 – Dotazník

Příloha 1 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Rozšířená stupnice Nortonové (1975)

Vyhodnocením počtu bodů na podkladě posouzení fyzického stavu, vědomí, aktivity, pohyblivosti či inkontinence lze určit možnost vzniku dekubitů.

<i>Schopnost spolupráce</i>	<i>Věk</i>	<i>Stav pokožky</i>	<i>Přidružené onem.</i>	<i>Fyzický stav</i>	<i>Stav vědomí</i>	<i>Aktivita</i>	<i>Mobilita</i>	<i>Inkontinence</i>
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

Zvýšené riziko vzniku dekubitů je u pacienta, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!)

TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno : IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-324-8

Plán prevence/péče o dekubity a jiné rány

Dat.	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet				
	úplná 4	<10 4	normální 4	žádné 4	dobry 4	bdelý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	4				
	částečně omezená 3	<30 3	alergie 3	DM, ↑ TT 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprov. 3	částečně omezená 3	občas 3	3				
	velmi omezená 2	<60 2	vlhká 2	anémie, kachexie 2	špatný 2	zmatený 2	seďačka 2	omezená 3	převážně moč 2	2				
	žádná 1	>60 1	suchá 1	trombóza, obezita 2	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leži 1	velmi omezená 2	moč+stolice 1	1				
				karcinom 1				omezená 2						
								žádná 1						
analýza rány														
dat.: dekubitus <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> gangraena diabetica <input type="checkbox"/> zčervenání <input type="checkbox"/> puchýř rána: <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulující <input type="checkbox"/> epitelizující <input type="checkbox"/> infikovaná <input type="checkbox"/> zápach sekret: <input type="checkbox"/> bílý <input type="checkbox"/> žlutý <input type="checkbox"/> zelený <input type="checkbox"/> nekróza velikost rány: <input type="checkbox"/> bolest: <input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> silná <input type="checkbox"/> nesnesitelná <input type="checkbox"/> rána ošetřena (čím):				<input type="checkbox"/> polohovat <input type="checkbox"/> mobilizace: <input type="checkbox"/> sed v křesle <input type="checkbox"/> stoj <input type="checkbox"/> chůze <input type="checkbox"/> ATD matrace, typ: <input type="checkbox"/> molit. kola <input type="checkbox"/> molit. klíny ATD pomůcky <input type="checkbox"/> na lokty <input type="checkbox"/> na paty další ATD pomůcky: <input type="checkbox"/> hydratace - množství ml/24 h <input type="checkbox"/> výživa: ↑ proteiny/vitam/minerály <input type="checkbox"/> ↑ hygiena <input type="checkbox"/> analgetika dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> ↑ úroveň vědomosti: <input type="checkbox"/> v léčbě <input type="checkbox"/> v prevenci <input type="checkbox"/> další převaz (kdy): <input type="checkbox"/> jiné: podpis sestry:				frekvence		polohování			podpis	
								hodina			RS			
								poloha						
								hodina						
								poloha			OS			
								hodina						
								poloha						
								hodina			NS			
								poloha						
								hodina			RS			
								poloha						
								hodina						
								poloha			OS			
								hodina						
								poloha			NS			
								hodina			RS			
								poloha						
								hodina						
								poloha			OS			
								hodina						
								poloha			NS			
								hodina						
								poloha						

BOCZAR, N. a kol. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0278-9.

Příloha 3 – Dotazník

Dotazník

Vážená sestro,

jmenuji se Ludmila Polnická, jsem studentkou 2. ročníku Fakulty zdravotnických studií na Pardubické univerzitě, obor: Ošetrovatelství (navazující studium).

V rukou držíte anonymní dotazník týkající se problematiky prevence a léčby dekubitů.

Získané výsledky jsou pro mne velmi důležité ke zpracování diplomové práce na téma

Úloha sestry v prevenci a léčbě dekubitů.

V přiloženém dotazníku jsou použity dva typy otázek. U prvního typu otázek je možný výběr z více odpovědí. Druhý typ otázek vyžaduje Vaše písemné doplnění.

Prosím Vás, abyste věnovala pozornost všem těmto otázkám a odpověděla na ně.

Děkuji Vám za spolupráci. V případě Vašeho zájmu o výsledky výzkumu mě můžete kontaktovat: Ludmila.Polnicka@seznam.cz

S přáním pěkného dne

Ludmila Polnická

1. Na jakém typu oddělení pracujete?

- a) interna b) chirurgie
- c) ortopedie d) ARO
- e) kožní f) urologie
- g) neurologie h) LDN

2. Kolik je Vám let?

- a) Méně než 35 let
- b) Méně než 50 let
- c) 50 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání?

- a) Středoškolské s maturitou
- b) Vyšší odborné vzdělání zakončené titulem DiS.
- c) Vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Bc.
- d) Vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Mgr.
- e) Pomaturitní specializační studium

4. Myslíte si, že je ošetrovatelská péče sestry důležitá v oblasti prevence dekubitů?

- a) Ano, úloha sestry je v prevenci dekubitů důležitá
- b) Ano, úloha sestry je důležitá, ale důležitější roli v prevenci dekubitů má lékař
- c) Nevím
- d) Ne, úloha sestry není důležitá

5. Provádíte hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta?

- a) Ano, u každého pacienta
- b) Ano, u většiny pacientů
- c) Ano, ale jen u některých pacientů
- d) Ne

6. Opakujete hodnocení rizika vzniku dekubitů během hospitalizace pacienta?
- a) Ano, u všech pacientů
 - b) Ano, jen u pacientů s hraničním vyhodnocením rizika vzniku dekubitů
 - c) Ano, jen u pacientů již ohrožených vznikem dekubitů
 - d) Ano, jen u pacientů, u kterých došlo během hospitalizace ke změně zdravotního stavu
 - e) Ne
7. Pracujete dále s výsledky hodnocení rizika vzniku dekubitů?
- a) Ano
 - b) Někdy
 - c) Ne
8. Pokud má pacient riziko vzniku dekubitů pak (můžete označit více odpovědí):
- a) Aplikuji preventivní opatření
 - b) Zaznamenám tuto skutečnost do dokumentace
 - c) Zavedu a zpracuji plán ošetrovatelské péče pro prevenci dekubitů
 - d) Založím List o polohování
 - e) Opakuji hodnocení rizika vzniku dekubitů, pravidelně po dnech

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

1 – zásadně důležité

2 – velmi důležité

3 – důležité

4 – prospěšné

5 – nedůležité

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

10. Jsou uvedené pomůcky na vašem pracovišti k dispozici pro realizaci prevence dekubitů? Prosím uveďte na škále od 1 do 4, kdy tato čísla znamenají následující:

1 – pomůcka je dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty,

2 – dostupná v dostatečném množství pro všechny pac. s rizikem vzniku dekubitů,

3 – dostupná v omezeném množství – nelze je použít ani u všech pac. s rizikem vzniku dekubitů,

4 – pomůcka je na tomto pracovišti nedostupná

a) Polohovací lůžko	1 – 2 – 3 – 4
b) Aktivní antidekubitní matrace	1 – 2 – 3 – 4
c) Pasivní antidekubitní matrace	1 – 2 – 3 – 4
d) Antidekubitor	1 – 2 – 3 – 4
e) Molitanové podložky / polštáře	1 – 2 – 3 – 4
f) Polohovací pomůcky (kvádry, válce, klíny)	1 – 2 – 3 – 4
g) Polohovací pomůcky (kruhy, kroužky)	1 – 2 – 3 – 4
h) Pomůcky pro péči o inkontinentní pac.	1 – 2 – 3 – 4
i) Ochranný olej, či bariérový krém na pokožku	1 – 2 – 3 – 4
j) Zvedák (přístroj ke zvednutí pacienta)	1 – 2 – 3 – 4

11. Považujete omezené nebo nedostatečné množství pomůcek uvedených v předchozí otázce za překážku v realizaci prevence dekubitů?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nedokážu posoudit
12. Myslíte si, že je úloha sestry důležitá v oblasti léčby dekubitů?
- a) Ano, úloha sestry je v léčbě dekubitů důležitá
 - b) Ano, úloha sestry je důležitá, ale důležitější roli v léčbě dekubitů má lékař
 - c) Nevím
 - d) Ne, úloha sestry v léčbě dekubitů není důležitá
13. Kdo by měl podle Vašeho názoru provádět převazy dekubitů na oddělení?
- a) Sestra
 - b) Lékař
 - c) Je to jedno, lékař nebo sestra
 - d) Nevím
14. Jaký typ terapie používáte při ošetřování dekubitů?
- a) Vlhká metoda (léčba rány moderním krytím)
 - b) Klasická forma obvazového krytí
 - c) Používám oba typy terapie
15. Hodnotíte terapii používanou k ošetřování dekubitů na vašem oddělení jako efektivní?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nedokážu posoudit
16. Vyhovují Vám Vámi používané materiály pro léčbu dekubitů?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nedokážu posoudit

17. Odkud jste získala informace o prevenci a léčbě dekubitů?

(můžete označit více odpovědí)

- a) V rámci absolvovaného vzdělání
- b) Z odborného časopisu
- c) Na semináři
- d) Na jiném odborném pracovišti
- e) Od zástupce firmy nabízejícího produkty pro prevenci, či léčbu dekubitů
- f) Jinde (prosím doplňte)
- g) Nemám žádné informace

18. Zúčastnila jste se nějakého školení, semináře o dekubitech?

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

19. Je na vašem pracovišti možnost získávání informací ohledně prevence a léčby dekubitů?

- a) Ano, probíhají pravidelná školení na toto téma
- b) Ano, probíhají nepravidelná školení na toto téma
- c) Ne, na toto téma školení neprobíhají

20. Máte zájem o další vzdělávání a informace o novinkách v prevenci a terapii dekubitů?

- a) Ano
- b) Ano, ale myslím si, že jsou málo dostupné
- c) Ne, nemám zájem

21. Kdo provádí převazy dekubitů na vašem oddělení?

- a) Lékař
- b) Sestra
- c) Nejsou přesně určena pravidla, kdo provádí převaz (lékař nebo sestra)
- d) Lékař spolupracuje se sestrou

22. Víte o existenci ambulance pro chronické rány v nemocnici v Novém Městě na Moravě?

- a) Ano, vím
- b) Ne, nevím
- c) Ne, nevím, ale vím o jiné ambulanci pro chronické rány
- d) Ne, nevím, že vůbec tyto ambulance v ČR existují

23. Spolupracuje vaše oddělení s ambulancí pro chronické rány?

- a) Ano, spolupráci hodnotíme jako přínosnou
- b) Ano, ale spolupráci hodnotíme jako neefektivní
- c) Ne, nevěděli jsme o ambulanci pro chronické rány
- d) Ne, ale chceme navázat spolupráci, nebo možnost spolupráce zvažujeme
- e) Ne, nechceme s ambulancí pro chronické rány spolupracovat