

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Nikola Loskotová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení úrovně znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti
péče o pacienta s dekubitem

Nikola Loskotová

Bakalářská práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Nikola Loskotová**
Osobní číslo: **Z17269**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Hodnocení úrovně znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti péče o pacienta s dekubitem**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- HLINKOVÁ, ědita, Jana NEMCOVÁ a Edward HULO. *Management chronických ran*. 1. vyd. Praha: Grada, 2019, 224 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0620-2.
- KOUTNÁ, Markéta a ULRYCH, Ondřej. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015, 200 s. ISBN 978-80-7492-190-2.
- MEZERA, Vojtěch a BUREŠ, Ivo. Chronické nehojící se rány v geriatrici. *Vnitřní lékařství*. 2018, 64 (11), s. 1098-1104. ISSN 0042-773X.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. vyd. Praha: Grada, 2016, 256 s. ISBN 978-80-271-0131-3.
- STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran 2*. 1. vyd. Semily: Geum, 2011, 372 s. ISBN 978-808-6256-79-5.
- ŠEFLOVÁ, Lenka, STEJSKALOVÁ, Petra a DANIŠ Lukáš. Dekubity v praxi. *Medicína pro praxi*. 2016. 13 (5), s. 263-267. ISSN 1214-8687.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kristýna Šoukalová**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2020

Prohlášení autora

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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 00.00.2020

Nikola Loskotová

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych upřímně ráda poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Kristýně Šoukalové za její odborné vedení, cenné připomínky, čas a ochotu po dobu zpracování této práce. Dále děkuji za ochotu a spolupráci zdravotnickému personálu z nemocnice, kde probíhal sběr dat pro praktickou část práce. Poděkování patří i mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala a v neposlední řadě mým dvěma kolegyním Lucií Langerové a Lídě Vavříčkové za spolupráci během celého studia.

ANOTACE

Východiska: Téma prevence vzniku a péče o dekubity je v současné době velice aktuální jak po stránce ošetrovatelské, tak po stránce medicínské. Vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu (dále jen NLZP) v oblasti prevence vzniku a péče o dekubity je nedílnou součástí profesní přípravy na všech úrovních vzdělávání. Je velice důležité, aby NLZP měl informace o tom, jak správně vzniku dekubitů předcházet a jak o již vzniklé dekubity pečovat.

Cíl: Cílem této bakalářské práce bylo zhodnocení úrovně znalostí v této problematice na několika vybraných odděleních akutní péče jedné nemocnice krajského typu. Součástí tohoto cíle bylo vytvoření edukačního letáku, který se zabývá predilekčními místy vzniku dekubitů.

Metody: Tato bakalářská práce je teoreticko-průzkumnou prací. Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 57 respondentů. Sběr dat pro průzkumnou část bakalářské práce probíhal pomocí dotazníku vlastní konstrukce dle předem stanovených cílů a výzkumných otázek, ve zdravotnickém zařízení krajského typu na třech odděleních standardního typu a na jedné jednotce intenzivní péče.

Výsledky: Otázky týkající se příčin vzniku dekubitů a léčby dekubitů dopadly nejlépe. Průměrná hodnota z otázek týkajících se příčin vzniku dekubitu byla vypočítána na 93 % a z oblasti týkajících se léčby dekubitů na 94 % správných odpovědí. Hůře, i když ne úplně špatně (87 %) dopadly otázky týkající se prevence vzniku dekubitů. Otázky vztahující se k tématu predilekčních míst dopadly nejhůře. Z průzkumného šetření této bakalářské práce vyšlo, že z 57 NLZP pracujících na odděleních akutní péče bylo pouze 8x označeno jako predilekční místo u pacienta v poloze na zádech – trn 7. krčního obratle. U pacienta v poloze na boku bylo 14x označeno predilekční místo – nad velkým chocholíkem.

Závěr: V průzkumném šetření vyšlo, že NLZP této nemocnice má dostačující znalosti ve všech oblastech. Jak v oblasti příčin vzniku dekubitů, prevence vzniku dekubitů i léčby dekubitů.

KLÍČOVÁ SLOVA

prevence, dekubit, péče o dekubity, vzdělávání, nelékařský zdravotnický personál

TITLE

Title of the bachelor thesis in the English language.

ANNOTATION

Abstract: The knowledge about prevention and treatment of Decubitus is relevant for both the caregivers and medical practitioners in today's world. Teaching the prevention and treatment of Decubitus to non-medical practitioners (NMP) is an integral part of their training throughout their profession. It is significant that the NMPs have access to information about proper ways to prevent the onset of Decubitus and the treatment of this condition.

Objective: The objective of the bachelor's thesis was to evaluate the level of knowledge in prevention and treatment of Decubitus in selected wards in the main hospital in the region. Part of the objective was to produce an educational material containing information regarding body areas that are more likely to have a Decubitus onset.

Methodology: This bachelor's thesis was a descriptive research that used survey method. The questionnaire used was made by the researcher in accordance to the stated objectives and research questions. The study was conducted in a regional hospital, with a total of 57 respondents from three standard wards and one intensive care unit.

Results: Questions regarding causes and treatment of Decubitus had high scores. The average score for questions about causes of Decubitus onset was 93% and treatment of the condition was 94%. Meanwhile, 87% was the average scores for the questions regarding prevention of Decubitus onset. The question number nine, which focused on which body areas that are more likely to have a Decubitus onset, was regarded to have the lowest average score of 55% which showed that NMPs have insufficient knowledge in this topic. The responses of 57 respondents showed that for patients lying in lateral position, the part above the major trochanter or commonly known as hip joint was marked 14 times and part above the knee joints was marked 30 times as the areas that are most likely to have Decubitus onset.

Conclusion: Overall, the research survey found that the hospital's NMPs have sufficient knowledge regarding the causes, prevention, and treatment of Decubitus.

KEYWORDS

prevention, decubitus, treatment of decubitus, education, non-medical practitioners

ÚVOD	14
1 TEORETICKÁ ČÁST	15
1.1 Anatomie kůže.....	15
1.2 Fyziologie kůže.....	15
2 DEKUBITY	17
2.1 Výskyt dekubitů v ČR.....	17
2.2 Mechanismus vzniku dekubitů.....	18
2.3 Příčiny vzniku dekubitů	18
2.3.1 Zevní příčiny.....	18
2.3.2 Vnitřní příčiny	19
2.4 Lokalizace dekubitů	20
2.4.1 Predilekční místa	21
2.5 Klasifikace dekubitů	21
2.5.1 Klasifikace dekubitů podle EPUAP/NPUAP.....	21
2.5.2 Klasifikace dekubitů dle Daniela.....	23
2.6 Hodnocení rizik vzniku dekubitů.....	23
2.6.1 Škála dle Nortonové.....	24
2.6.2 Škála dle Bradenové	24
2.6.3 Škála dle Knolla.....	24
2.6.4 Škála dle Waterlowové.....	24
2.6.5 Škála dle Shannona.....	25
2.7 Prevence vzniku dekubitů	25
2.7.1 Výživa.....	25
2.7.2 Polohování	26
2.7.3 Antidekubitní pomůcky.....	26
2.7.4 Ochrana kůže.....	27
2.7.5 Mobilizace pacienta.....	27
2.7.6 Podpora aktivit MZČR v prevenci vzniku dekubitů.....	27
2.8 Terapie dekubitů	28
2.8.1 Terapeutická krytí k léčbě dekubitu – obecná doporučení	29
3 MANAGMENT VZDĚLÁVÁNÍ NLZP	30
3.1 Vzdělávání NLZP	30
4 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	31
4.1 Důkaz	31

4.2	Dotazník	31
4.3	Nejdůležitější požadavky na konstrukci dotazníku	31
5	PRŮZKUMNÁ ČÁST	32
5.1	Hlavní cíl:	32
5.2	Dílčí cíle:	32
5.3	Průzkumné otázky:	32
6	METODIKA PRŮZKUMU	33
6.1	Popis dotazníku.....	33
6.2	Průběh předvýzkumu	33
6.3	Průběh průzkumu.....	34
6.4	Charakter výzkumného vzorku.....	35
6.5	Zpracování a vyhodnocení odpovědí	35
7	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	36
8	DISKUZE	56
9	ZÁVĚR	63
	POUŽITÁ LITERATURA	64
	PŘÍLOHY	68

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1: nejčastější predilekční místa u pacienta v poloze na zádech.....	43
Tabulka 1 – Vyhodnocení položky znázorňující definici pojmu dekubitus.....	36
Tabulka 2 – Vyhodnocení položky znázorňující hlavní příčiny vzniku dekubitů.....	37
Tabulka 3- Vyhodnocení položky znázorňující správného tvrzení o vzniku dekubitů	38
Tabulka 4 – Vyhodnocení položky znázorňující časový interval polohování u pacienta s vysokým rizikem vzniku dekubitů.....	39
Tabulka 5 – Vyhodnocení položky znázorňující znalosti respondentů modifikované klasifikace rizikových faktorů vzniku dekubitů	40
Tabulka 6 – Vyhodnocení položky znázorňující preventivní opatření vzniku dekubitů	41
Tabulka 7 – Vyhodnocení položky znázorňující znalost, co jsou to predilekční místa.....	42
Tabulka 8 – Vyhodnocení položky znázorňující znalost míst se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů při poloze na zádech	43
Tabulka 9 – Vyhodnocení položky znázorňující znalosti na otázku zabývající se nejčastějšími místy vzniku dekubitů v poloze na boku.....	44
Tabulka 10 – Vyhodnocení položky znázorňující nutnost zvýšení proteinů v potravě u pacienta v riziku dekubitu	45
Tabulka 11 – Vyhodnocení položky znázorňující znalost stupňů dekubitů dle klasifikace NPUAP/EPUAP	46
Tabulka 12 – Vyhodnocení položky znázorňující uložení pacienta s dekubitem v oblasti kosti křížové.....	47
Tabulka 13 – Vyhodnocení položky znázorňující znalost výhod „moderního“ krytí	48
Tabulka 14 – Vyhodnocení položky znázorňující základní znalost podmínky hojení ran ..	49
Tabulka 15–Vyhodnocení položky znázorňující chirurgickou léčbu dekubitů.....	50
Tabulka 16 – Vyhodnocení položky znázorňující znalosti aplikace mastí obsahující mentol, kafr na postižená místa.....	51
Tabulka 17 – Vyhodnocení položky znázorňující znalosti přípravků pro podporu hojení dekubitů.....	51
Tabulka 18 – Vyhodnocení položky pohlaví respondentů.....	52
Tabulka 19 – Vyhodnocení položky délky praxe respondentů ve zdravotnictví	52
Tabulka 20 – Vyhodnocení položky zabývající se pracovištěm respondentů.....	53

Tabulka 21 – Vyhodnocení položky zabývající se nejvyšším dosažené vzdělání respondentů	54
Tabulka 22 – Vyhodnocení položky získaných vědomostí respondentů o prevenci vzniku, příčinách vzniku a léčbě dekubitů	55

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

aj.	a jiné
ČR	Česká republika
DM	diabetes mellitus
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
EBP	Evidence based practice
Hg.	hydrargyrum
lat.	latinsky
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
NRHOSP	Národní registr hospitalizovaných
NU	Nežádoucí událost
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
SHNU	System hlášení nežádoucích událostí
s.	strana
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
tj.	to je
tzv.	takzvaně

ÚVOD

Populace stárne, což s sebou přináší spoustu negativních jevů. Ke stárnutí obyvatelstva se vztahuje prevalence chronických ran, přičemž jednou z nejčastějších je dekubitální léze. Dekubity jsou rány vzniklé na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň. Podle European Wound Management Association je výskyt nehojících se ran v Evropě 3 581 927 ročně. Celkový počet hlášených dekubitů v České republice za 1. pololetí roku 2017 představuje 9 123 případů. V zařízení, kde průzkumné šetření probíhalo, bylo managementu nemocnice nahlášeno za rok 2019 43 nově vzniklých dekubitů z celkového počtu 2484 pacientů v riziku vzniku dekubitu. Při aktivním pátrání je reálný výskyt dekubitů až 20x vyšší než oficiální udávané statistiky (Hlinková, Nemcová, Hul'o, 2019, s. 76).

Téma hodnocení úrovně znalostí nelékařského zdravotnického personálu (dále jen NLZP) v oblasti péče o pacienta s dekubitem bylo zvoleno z důvodu poukázání na tento celosvětový problém a závažnost jeho komplikací, které často způsobují zhoršení kvality života pacientů a mohou dokonce vést k úmrtí. Problematika dekubitů je i přes veškerý pokrok v medicíně stále vážným, přetrvávajícím a aktuálním problémem jak po stránce medicínské, tak po stránce ošetrovatelské. V současné době je výskyt dekubitů sledován a hodnocen jako indikátor kvality ošetrovatelské péče (Pokorná, 2019, s. 20–21).

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat znalosti NLZP v oblasti péče o pacienta s dekubitem. Bylo zjišťováno, zda ošetřující personál ví, co jsou to dekubity. Zda ví, jaká jsou preventivní opatření vzniku dekubitů a jaká je následně léčba již vzniklých dekubitů.

Bakalářská práce je rozdělena do teoretické a průzkumné části. V teoretické části se práce zabývá anatomii a funkcí kůže, definicí, vznikem, lokalizací, klasifikací, hodnocením, prevencí a léčbou dekubitů. V průzkumné části jsou analyzovány výsledky průzkumného šetření z vytvořených anonymních dotazníků. Dotazníky byly vytvořeny pro ověření znalostí NLZP v oblasti prevence, příčin vzniku a péče o dekubity. Následným vyhodnocením znalostí NLZP byly zjištěny nedostatky týkající se zejména prevence vzniku dekubitů, a to zejména znalostí predilekčních míst. V důsledku zjištění těchto nedostatků, byl následně vytvořen edukační materiál pro NLZP.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce stručně popisuje anatomii a fyziologii kůže, podstatu dekubitů, faktory ovlivňující vznik dekubitů, hodnocení a lokalizaci, prevenci vzniku dekubitů a jejich následnou terapii. Dále stručně popisuje management vzdělávání sester a dotazníkovou metodu šetření.

1.1 Anatomie kůže

Kůže, *integumentum commune*, je největší orgán lidského těla. Povrch lidského těla je u dospělého člověka pokrytý 2,0 m² kůže, u dětí je to 0,2 m² kůže. Kůže tvoří 8–12 % tělesné hmotnosti. Skládá se ze tří hlavních částí. Tyto části se nazývají pokožka, latinsky *epidermis*, škára, latinsky *korium* a podkoží, latinsky *tela subcutanea*. Mazové žlázy, potní žlázy (velké a malé), mléčné žlázy a vlasy s nehty jsou nedílnou součástí kůže, tzv. kožní *adnexa*. V okolí tělních otvorů přechází kůže do sliznic (Stryja, 2011, s. 22).

1.2 Fyziologie kůže

Kůže vykonává mnoho důležitých funkcí. Představuje mezník mezi vnitřním a vnějším prostředím. Při poruše celistvosti kůže dochází ke snadnějšímu pronikání patogenů do vnitřního prostředí organismu. A naopak, poruchy vnitřního organismu se prezentují na kůži (Koutná, Ulrych, 2015, s. 3).

Kůže vykonává následující funkce:

- Funkce ochranná – zejména ochrana proti virové, bakteriální a mykotické infekci, fyzikálním vlivům a chemickým látkám.
- Funkce smyslová – řada receptorů, které reagují na teplo, chlad, tlak nebo poranění tkání je uložena v kůži.
- Funkce metabolická, kdy dochází k syntéze vitamínu D a melaninu, funkce metabolická se uplatňuje také při tvorbě protilátek.
- Funkce termoregulační – pomocí několika mechanismů: podkožním tukem, ochlupením a vlasovou příkrývkou, sekrecí potu, vazodilatací a vazokonstrikcí kůže napomáhá udržovat stálou teplotu těla (např. odpařováním, radiací apod.).
- Funkce energetická a zásobní – v závislosti na tělesné konstrukci tvoří podkožní tuk zásobu energie. Kůže je také zásobárnou vody, chloridů a cukrů.

- Funkce komunikační – kůže je součástí nonverbální komunikace, jelikož prostřednictvím kůže se dají vyjadřovat emoce.
- Funkce vylučovací – kůže je důležitým orgánem pro vylučování chemických látek z těla prostřednictvím potních a mazových žláz, jejichž sekrety (maz a pot) přispívají k ochraně kůže (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 14–15).

Zdravá kůže vnímá teplo, chlad, bolest, tlak, dotyk, ale i zvláštní pocit jako je svědění, které doprovází spoustu kožních onemocnění. Stárnutím se kůže mění a dochází k jejím anatomickým a fyziologickým změnám. Snižuje se kolagen a elastin v kůži, následkem toho se snižuje prokrvení kůže. Klesá produkce kožního mazu a potu a tím dochází ke snížení kožního turgoru. Také klesá činnost potních žláz, což vede k suchosti kůže. Kůže se ztenčuje, stává se náchylnější ke vzniku ran, které se následně velmi špatně hojí, snadněji vznikají rány otevřené (Stryja, 2011, s. 25).

2 DEKUBITY

„Dekubitus je místní buněčné poškození tkáně, které vzniká v důsledku přímého tlaku, tření imobility a celkově zhoršeného stavu nemocného. Proleženina patří mezi jedny z nejsledovanějších ukazatelů kvality poskytované péče. Proces začíná v podkoží a postihuje kůži, svaly, šlachy, až kosti“. (Veverková a kol., 2019. s. 86).

„Dekubity jsou rány vzniklé na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň.“ (Pokorná a kol., 2019, s. 20).

Dokument s názvem *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide* je referenční příručka vydaná organizacemi EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel), NPUAP (National Pressure Injury Advisory Panel) a PPPIA (Pan Pacific Pressure Injury Alliance) a definuje dekubitus jako: *„Lokalizované poškození kůže a/nebo hlubších podkožních struktur, které obvykle vzniká nad kostními výčnělky v důsledku působení tlaku nebo tlaku v kombinaci s třecími silami. Se vznikem dekubitů souvisí řada dalších faktorů, jejichž významnost je třeba ještě objasnit.“* (NPUAP – EPUAP – PPPIA, 2014, s. 12). V uvedené příručce jsou shrnuta doporučení, která jsou vědecky podložena, týkají se léčby dekubitů a preventivních doporučení, jež by byla použitelná pro zdravotnické pracovníky na celém světě. Význam doporučení pojmenovává důležitost navrhovaného postupu podle toho, jaká je jeho schopnost pro zlepšení zdravotního stavu pacienta. Napomáhá tak při výběru vhodných intervencí. Vždy však s ohledem na individuální stav pacienta, konkrétní kulturní prostředí a vlastní klinický úsudek (Hlinková, Nemcová, Hul'o, 2019. s. 76).

2.1 Výskyt dekubitů v ČR

Dekubity se vyskytují zejména u hůře mobilních a imobilních, ležících pacientů. V lůžkových zařízeních se četnost dekubitů sleduje a slouží jako indikátor kvality ošetrovatelské péče. Výskyt dekubitů se liší podle skladby pacientů a okolností, s rozsahem 0–17 % v zařízeních domácí péče, 0,4 % až 38 % v zařízeních akutní péče a 2 % až 24 % v sociálních zařízeních (Mezera, Bureš, 2018, s. 1102).

Dekubity jsou v České republice zaznamenávány v NRHOSP (národní registr hospitalizovaných) a v databázích SHNU (národní systém hlášení nežádoucích událostí). Podle sledování dat v NRHOSP byla za rok 2015 zaznamenána přítomnost dekubitů v 1548 případech během hospitalizace na území ČR (ÚZIS ČR, 2015). Do systému hlášení NU (nežádoucích událostí) bylo za období 2009-2015 nahlášeno 14861 NU týkajících se dekubitů z celkového počtu 93601 NU (Pokorná a kol., 2019, s. 21).

2.2 Mechanismus vzniku dekubitů

Dekubity vznikají velmi rychle. V některých případech se mohou vytvořit během několika desítek minut až hodin. Dochází k zástavě oběhu v kapilárních tkáních, které jsou vystaveny déletrvajícím tlaku. V důsledku toho dojde k nedokrvení tkáně a nekróze, která vede ke vzniku kožních vředů. Mohou vznikat nejen na povrchu těla, ale také uvnitř těla na sliznici, v místech dlouhodobě zavedených kanyl: např. nazogastriká sonda, dlouhodobá orotracheální intubace, katetry a jiné drenáže (Pokorná, Komínková, 2013, s. 27; Stryja, 2011, s. 140–142).

Mezi hlavní faktory ovlivňující vznik dekubitů patří tření, tlak, cévní faktory, výživa, imobilita, inkontinence, imunosuprese, věk, tělesná hmotnost a zdravotní stav.

2.3 Příčiny vzniku dekubitů

Dekubity jsou důsledkem sumace množství rizikových faktorů. V následujících podkapitolách budou podrobněji popsány zevní i vnitřní příčiny, které vznik dekubitů ovlivňují.

2.3.1 Zevní příčiny

Mezi zevní příčiny ovlivňující vznik dekubitů patří vlhkost, tření, přímý tlak na predilekční místa, sřížná síla, neupravené lůžko (drobky, nevhodný oděv, shrnuté prostěradlo), dále nevhodné polohování pacienta a špatná hygiena (Pejznochová, 2010, s. 25).

Přímý tlak

Významná je délka a intenzita působení tlaku na stejné místo, nejčastěji na křížovou kost. Normální tlak ve vlasečnicích nepřesahuje 32 mm Hg. Poruchy prokrvení působí jakýkoliv vnější tlak převyšující hranici 32 mm Hg. Dochází totiž k uzavěru vlasečnic, ke zpomalení až zastavení krevního proudu v místě působení vnějšího tlaku. Již po dvou hodinách poruchy mikrocirkulace dochází k nevratnému poškození tkáně a kůže, která se nachází mezi podložkou a kostí. Tkáň a kůže již nejsou dostatečně distribuovány krví a trpí nedostatkem živin a kyslíku. Dochází k poškození podkožních tkání a kůže. V posledním stádiu až k nekróze svalů (Mlýnková, 2016, s. 130).

Tření

K poškození povrchové vrstvy kůže dochází třením o podložku. Kůže se třením odírá, snižuje se její obranná schopnost a stává se náchylnější ke vzniku dekubitů a k infekci.

Při nešetrné manipulaci personálu s pacientem může také docházet k tření (Mlýnková, 2016, s. 130).

Mnoho mechanických poranění vzniká přesunem nemocného, a to hlavně z lůžka na jiné lůžko, invalidní vozík, WC židli či na koupací vanu, a samozřejmě i při přesunech na lůžka. K mechanickému poranění kůže může dojít i při dlouhodobě shrnutém ložním i osobním prádle, či při neodborném přiložení dlahy, ortézy či obvazu (Kelnarová, 2015, s. 162).

Střížná síla

Kombinací tření a tlaku se vytváří střížná síla. Stříhový efekt je výsledkem působení gravitace, která táhne lidské tělo dolů. Střížná síla poškozují tkáně i krevní řečiště v dané lokalitě (Mlýnková, 2016, s. 130).

Vlhkost

Na vlhké kůži se dekubity tvoří mnohem rychleji než na kůži suché. Vlhkost můžou způsobovat lidské exkrementy jako stolice, pot nebo moč. Jsou to agresivní chemické vlivy, které narušují povrchové vrstvy kůže. Kůže se stává měkčí a je náchylnější k narušení integrity tkáně. Při delším působení vlhka je kůže vystavena vysokému riziku vzniku dekubitů, proto je nutné dávat velký pozor u inkontinentních pacientů, pacientů s vysokou teplotou nebo pacientů obézních (Mlýnková, 2016, s. 131).

2.3.2 Vnitřní příčiny

Mezi vnitřní příčiny ovlivňující vznik dekubitů patří hybnost, výživa, věk, pohlaví, cévní faktory, hydratace, inkontinence, tělesná hmotnost, odolnost tkáně vůči tlaku (Pokorná, 2012, s. 114).

Věk a pohlaví

Věk je dalším rizikovým faktorem vzniku dekubitů. Více než 2/3 pacientů s dekubity v ČR tvoří lidé starší 70 let. Nicméně dekubit se může vytvořit u pacientů jakékoli věkové kategorie, nejen u seniorů. U seniorů je pokožka křehčí, tenčí a snadno zranitelná. Prokrvenost kůže u starších jedinců je nižší, a tudíž i hojení ran je pomalejší. Více náchylné ke vzniku dekubitů jsou ženy než muži. Ženy jsou více ohroženy vznikem dekubitu zejména díky silnější tukové vrstvě (Pejznochová, 2010, s. 25; Mezera, Bureš, 2018, s. 1102).

Tělesná hmotnost

Jakákoliv tělesná odchylka zvyšuje riziko vzniku dekubitálních vředů. U obézních pacientů je rizikem vzniku dekubitu především nekvalitní tuková tkáň, která není odolná působícímu

tlaku a je špatně prokrvená. Rizikem vzniku dekubitů je také nízká pohyblivost u ležících pacientů nebo u pacientů upoutaných na invalidní vozík. U kachektických pacientů s malým podkožním polštářem vzniká riziko působení lokálního tlaku na kost (Pokorná, Komínková, 2013, s. 29).

Inkontinence

Velmi závažným vnitřním faktorem je inkontinence, kdy dochází k maceraci kůže, tím k jejímu poškození a riziku vzniku infekce. Významným problémem při inkontinenci stolice je vyšší agresivita exkretů na kůži, a tím vyšší riziko vzniku poruchy integrity tkání v perineální a perianální oblasti. Působením vlhkosti také dochází k podráždění kůže a riziku vzniku dekubitu. *Escherichia coli* a *Staphylococcus aureus* jsou nejčastější infekční agens moči a stolice, které na kůži působí a tím dochází k dalšímu jejímu podráždění (Pejznochová, 2010, s. 25; Pokorná, s. 243).

Cévní faktory

Jakákoliv porucha toku či objemu krve snižuje odolnost kůže a zvyšuje nebezpečí vzniku dekubitu. Velké riziko představuje přeplnění žil, cévní poruchy a aterosklerotické změny, které jsou nejvíce přisuzovány kouření (Trachtová, 2013, s. 62).

Imobilita

U osob nemocných, dlouhodobě upoutaných na invalidní vozík, lůžko či jinak omezených v pohybu, se riziko vzniku dekubitů výrazně zvyšuje. U těchto pacientů se obrana proti vzniku dekubitů v podobě spontánních pohybů vytrácí. Nejvíce ohroženi jsou pacienti při dlouhodobé anestezii, při ztrátě vědomí či poškození mozku, senioři s imobilizačním syndromem a další. Proto je u takto imobilních pacientů důležité pravidelné polohování a včasná rehabilitace (Mlýnková, 2010, s. 1394; Trachtová, 2013, s. 62).

2.4 Lokalizace dekubitů

Dekubity se mohou vyskytovat kdekoli na lidském těle, ale i na sliznicích uvnitř těla. Nejvíce dekubity vznikají na tzv. predilekčních místech, zejména při sníženém prokrvení tkání, nevhodně přiložených dlahách, ortézách a obvazech, při poruchách výživy (obezita, kachexie) a při poruchách kožní citlivosti (Zeman, 2011, s. 329).

U mladších nemocných dekubity vznikají především tehdy, pokud jsou upoutáni na invalidní vozík, největší výskyt proleženin je u těchto pacientů zejména v oblasti nad kostí křížovou a nad hřebeny kostí kyčelních (Mezera, Bureš, 2018. s. 1102).

2.4.1 Predilekční místa

Predilekční místa jsou oblasti nad kostními vyvýšeninami, které jsou z hlediska rozvoje dekubitu vysoce rizikové. Jsou to místa s dostatečně velkou styčnou plochou kloubu či kosti krytou kůží a sníženou vrstvou tukové tkáně v dané lokalizaci (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 115).

V poloze na zádech jsou to oblasti: nad kostí křížovou, nad kostí týlní, nad kostmi patními, nad loketními klouby, nad trnem 7. krčního obratle, nad hřebeny lopatek (viz Příloha C obr. 1).

V poloze na břiše jsou nejvíce ohroženy oblasti: na uchu, nad koleny, nad palci dolních končetin, nad hřebeny kostí kyčelních, nad lící kostí (Příloha C obr. 2).

Při poloze na boku jsou to tato místa: nad kolenními klouby, nad kostí spánkovou, nad kotníky, nad ramenním kloubem, nad velkým chocholíkem, nad hřebeny kyčelních kostí (Příloha C obr. 3) (Koutná, Ulrych, 2015. s. 11).

2.5 Klasifikace dekubitů

Ke sjednocení přístupů při léčbě a ošetřování ran včetně kvality zápisu do dokumentace slouží různé klasifikace ran. Projevy poškození kůže a dalších vrstev tkáně do hloubky s charakterem spodiny lůžka rány klasifikuje schéma dle EPUAP a hodnocení rány dle Hibbsové. V případě infekce v ráně je to hodnocení dle klasifikace Torrancové a Danielové. První zaznamenaná klasifikace dekubitů, pochází z roku 1955 a jejím autorem byl Gutmann. V roce 1989, během první konference NPUAP, byl vyvinut základní čtyřstupňový systém pro hodnocení dekubitů podle závažnosti postižení. Klasifikace podle mezinárodního systému Národního a Evropského panelu prevence dekubitů by měla být vzorem, klasifikace je na základě EBP (Evidence Based Practice) stále aktualizována a v současné době byla rozšířena na kategorii „suspektní hluboké postižení tkání“ a na stádium „neklasifikovatelný dekubit“ (Koutná, Ulrych, 2015. s. 41–43; Pokorná, 2019. s. 29).

2.5.1 Klasifikace dekubitů podle EPUAP/NPUAP

Dekubitus I. stupně: erytém – zarudnutí kůže/neblednoucí hyperemie

Dekubitus I. stupně se projevuje jako neporušená kůže s lokalizovaným neblednoucím zarudnutím. Nejčastěji se jedná o místo nad kostním výčnělkem. Toto místo může být ve srovnání s okolím tkáně tvrdé, měkké nebo bolestivé, chladnější či teplejší. Od okolí může být barevně odlišeno. U pacientů s tmavší pletí se dekubitus I. stupně hůře určuje, jelikož

u tmavě pigmentované kůže nemusí být změna barvy kůže (blednutí po zatlačení) viditelná (Příloha A obr. 1).

Dekubitus II. stupně – částečná ztráta kožního krytu

Částečná ztráta kožního krytu vypadá jako vřed mělkého charakteru s růžovočernou spodinou bez přítomnosti povlaku. Může se také jevit jako neporušený nebo prasklý puchýř naplněný serózní tekutinou. Toto označení II. stupně dekubitu se nesmí užívat pro poškození kůže náplastí, perineální dermatitidu, exkoriaci kůže, macerací nebo pro strženou kůži (Příloha A obr. 2).

Dekubitus III. stupně – úplná ztráta kožního krytu

Jako úplná ztráta kožního krytu se projevuje dekubitus III. stupně. Šlachy, kosti a svaly v tomto stádiu nejsou odhalené, na spodině je možné vidět podkožní tuk. Může zde být přítomný i povlak, sinusy a podminování, hodnocení hloubky rány to ale nezabraňuje. Hloubka rány se u dekubitu III. stupně liší podle místa vzniku dekubitu (anatomické lokalizace). Ucho, zátylek, kotník a hřbet nemají podkožní tkáň. Zde může být dekubitus mělký. Velmi hluboké dekubity se mohou naopak tvořit v místech s velkým množstvím tukové tkáně. Šlacha či kost nejsou viditelné nebo přímo hmatné (Příloha A obr. 3).

Dekubitus IV. stupně – úplná ztráta kůže a podkoží

V tomto stádiu dekubitu se jedná o úplnou ztrátu tkání s obnaženou šlachou, svalem nebo kostí. Černá nekróza (odúmrtí tkáně) nebo povlak mohou být přítomny ve spodině rány. Často jsou zde přítomny i dutiny a podminování. Hloubka rány se u dekubitu IV. stupně liší podle místa výskytu (anatomické lokalizace). Dekubity IV. stupně se mohou rozšířit do pojivových tkání (např. šlachy, fascie či kloubního pouzdra) anebo do svalu, což může vyvolat osteomyelitidu. Obnažená šlacha nebo kost je přímo hmatná nebo viditelná (Příloha A obr. 4).

Neklasifikovatelný dekubitus – bez určení stupně

Hloubka vředu/rány u tohoto neklasifikovatelného stupně dekubitu není známá. Jedná se o úplnou ztrátu tkáně s povlakem (bronzovým, žlutým, hnědým nebo zeleným) pokrývajícím spodinu rány. Ve spodině rány se může také nacházet krusta/nekróza (hnědá, černá, bronzová). Dokud nedojde k odstranění dostatečného množství povlaku nebo nekrózy, které pokrývají spodinu rány, není možné určit hloubku rány a stupeň dekubitu (Příloha A obr. 5).

Suspektní hluboké postižení tkání

Jde o lokalizovanou oblast, které se projevuje tmavě/fialovou červeně zbarvenou neporušenou kůží nebo jako puchýř naplněný krví. Střížný efekt nebo tlak jsou hlavními příčinami tohoto poškození měkkých tkání. Část, která je takto postižená může být chladnější, teplejší, tuhá, rozměklá nebo bolestivá než okolní tkáň. Toto hluboké suspektní poškození může být obtížně rozpoznatelné u osob s tmavou pletí. Může začínat jako malý puchýř nad tmavou spodinou rány. Dekubitus se dále rozvíjí a může být pokrytý tenkou krustou. I přes ideální léčbu se může dekubit dále rozvíjet a odhalit další vrstvy tkání (Příloha A obr. 6) (NPUAP – EPUAP – PPPIA, 2015, s. 15-16).

2.5.2 Klasifikace dekubitů dle Daniela

Druhou nejčastěji používanou klasifikací pro hodnocení dekubitů je Danielova klasifikace, která hodnotí 5 stupňů dekubitů. Zaměřuje se na poškození hlubokých struktur i se znázorněním rozsahu a závažné problémy týkající se zánětu kostního aparátu.

I. stupeň: zarudnutí kůže

II. stupeň: povrchové kožní vředy

III. stupeň: nekróza podkožního tuku

IV. stupeň: postižení všech kostních struktur kromě kostí

V. stupeň: nekrózy rozsáhlé s osteomyelitidou, destrukcí kloubů nebo sekvestrací kostí (Pokorná, 2012, s. 119; Koutná, Ulrych, 2015, s. 45).

2.6 Hodnocení rizik vzniku dekubitů

Aby mohlo dojít k efektivní léčbě dekubitů a předcházení jejich vzniku, je nutné zhodnotit v jakém stavu je pacientova kůže, v jakém stupni ohrožení rizika vzniku dekubitu se nemocný nachází či v jakém stádiu již vzniklý dekubitus na kůži či na sliznici je. V ČR se vyhodnocují rizikové faktory vzniku dekubitů nejčastěji podle modifikované klasifikace dle Nortonové z roku 1962 (Příloha A obr. 1). Tato klasifikace hodnotí věk nemocného, stav jeho pokožky, fyzický stav pacienta, stav jeho vědomí, schopnost spolupráce, další přidružená onemocnění, mobilitu pacienta, aktivitu a zda netrpí inkontinencí. Při hodnocení se musí dávat pozor, aby nedošlo k podhodnocení zdravotního stavu pacienta, a to zejména v oblasti přidružených onemocnění a stavu pokožky. Na základě zjištěných hodnot, které se určí vyhodnocením klasifikací, se vytvoří plán ošetrovatelské a lékařské péče. Za hodnocení dekubitů je zodpovědná všeobecná sestra, která hodnocení provádí v pravidelných intervalech. Doporučuje se nespolehat jen na jednu škálu, ale kombinovat škálu s některými

dalšími, např. škála dle Bradenové, Knolla, Waterlowové, Shannonové, které jsou popsány níže (Šeflová, Stejskalová, Daniš, 2016, s. 263; Koutná, Ulrych, 2015, s. 12; Pokorná, Komínková, 2013, s. 27).

2.6.1 Škála dle Nortonové

Původní Nortonova škála z roku 1962 se zabývala hodnocením pěti oblastí rizika vzniku dekubitů, v roce 1987 byla Nortonova škála rozšířena na současných devět hodnocených oblastí. Mezi devět hodnocených parametrů patří schopnost spolupráce pacienta (úplná, malá, částečná a žádná), tělesný stav nemocného (dobrý, zhoršený, špatný, velmi špatný), věk nemocného (0–10, 11–30, 31–60, nad 60), stav jeho vědomí (dobrý, apatický, zmatený, bezvědomí), další přidružená onemocnění, které nemocný má (žádné, DM, horečka, anémie, karcinom, kachexie, obezita, onemocnění cév aj.), zda je u pacienta přítomna inkontinence (není, občas, převážně močová, stolice i moč). Také je Nortonovou škálou hodnocena aktivita pacienta (chodí, doprovod, sedačka, upoután na lůžko), stav jeho pokožky (normální, alergie, vlhká, suchá) a pohyblivost nemocného (úplná, částečná, velmi omezená, žádná). Rozmezí bodů v jednotlivých kategoriích je od jedné do čtyř. Maximální počet bodů je 36 a minimální 9 bodů. Při 26 bodech a více je pacient bez rizika, při 25–24 bodech je riziko nízké, střední riziko je při 23–19 bodech, vysoké riziko je při 18–14 bodech a velmi vysoké při dosažení 13–9 bodů (Příloha B) (Koutná, Ulrych, 2015, s. 12).

2.6.2 Škála dle Bradenové

Tato škála hodnotí úroveň smyslového vnímání, stav výživy, střížnou sílu a tření, výši smyslového vnímání, vlhkost pokožky i fyzickou aktivitu nemocného. Naopak neobsahuje hodnocení přidružených onemocnění a věku pacienta (Mlýnková, 2010, s. 144).

2.6.3 Škála dle Knolla

Škála podle Knolla hodnotí hlediska pohyblivosti, příjem stravy a tekutin ústy, mentální stav, všeobecný stav zdraví, aktivitu, náchylnost k chorobám, např. anémii, cévním onemocněním, diabetu mellitu, neuropatii, inkontinenci atp. Pokud je skóre nad 12 bodů je pacient v riziku vzniku dekubitů (Trachtová, 2013, s. 65).

2.6.4 Škála dle Waterlowové

Tato škála, která je nejvíce využívána zdravotníky ve Velké Británii, řeší následující kategorie: věk pacienta, kontinenci, pohyblivost, medikace (cytostatika, steroidy), stavba těla, stav kůže, výživa, velké operační výkony, speciální riziko (kouření, onemocnění, anémie), neurologické nemoci (Mlýnková, 2010, s. 144).

2.6.5 Škála dle Shannona

Stupnice podle Shannona hodnotí duševní zdraví u nemocného, výživu, užívání léků (steroidy, sedativa, analgetika), mobilitu, aktivitu, kontinenci a cirkulaci krve. Pokud pacient dosáhne 16 bodů a méně znamená to výrazné riziko vzniku dekubitů (Mlýnková, 2010, s. 144).

2.7 Prevence vzniku dekubitů

“V problematice dekubitů platilo, stále platí a vždy platit bude, že prevence je několikanásobně přínosnější z více hledisek než léčba již vytvořeného dekubitu.” (Csisko, 2014, s. 31).

Prevence dekubitů je základní kompetencí především všeobecné sestry. Zrod dekubitu u pacienta lze dnes považovat za zanedbání ošetrovatelské péče, avšak mnohdy může vzniknout i přes všechna preventivní opatření. Preventivní opatření vzniku dekubitů se skládá ze 4 hlavních pilířů: zaměření se na správnou výživu, polohování, péče o pokožku a mobilizace pacienta. Náklady na prevenci dekubitů jsou mnohem menší než náklady na jejich následnou léčbu (Pokorná, Komínková, 2013, s. 30; Mezera, Bureš, 2018, s. 1103).

2.7.1 Výživa

Velmi důležitou roli při léčení chronických ran a defektů i při prevenci vzniku dekubitů hraje výživa. Nedostatečná výživa může například ovlivnit odolnost tkání vůči tlaku. Pro prevenci vzniku dekubitů se doporučuje zvýšit příjem bílkovin, protože je dokázáno, že dostatečný příjem bílkovin pomáhá předcházet vzniku dekubitů. Potřeba bílkovin u pacienta s dekubitem je doporučena minimálně 30–35 kcal na kg tělesné hmotnosti za den, při požadavku 1 až 1,5 g bílkovin na kg a den a tekutin 1 ml na 1 kcal na den nebo 30 ml/kg tělesné hmotnosti a den. U pacientů s rozsáhlými ranami nebo v případě podvýživy se jedná o ještě vyšší dávku bílkovin. Kromě bílkovin a energie je důraz kladen také na podávání stopových prvků s antioxidačním účinkem neboli mikronutrientů, také je důležitý zvýšený příjem vitamínů. Z mikronutrientů se jedná hlavně o zinek, měď, selen a vitamíny C, A, E.

Důležité je také mít u pacienta s dekubitem založený screening příjmu potravy. Součástí tohoto hodnocení celkového příjmu potravy by měla být i informace, zda se pacient nají sám nebo je krmen, případně by měl být zaznamenán váhový úbytek. (Grofová, 2019, s. 130–132; Mezera, Bureš, 2018, s. 1103; Grofová, 2012, s. 48–49).

Sipping

Sipping znamená popíjení či usrkávání. Podávání nutriční podpory ve formě sippingu (forma enterální výživy) a podávání antioxidantů je velice přínosné. Jako hlavní zdroj bílkovin a energie slouží podpůrný nutriční přípravek Cubitan, který obsahuje vysoké množství proteinů, vitamíny, minerály, stopové prvky a arginin. Cubitan podle prokázaných studií pozitivně ovlivňuje malnutrici, zlepšuje chuť k jídlu, působí na psychickou stránku pacienta, a hlavně vede ke zhojení defektů. Doporučuje se popíjet 1–3 přípravky denně mezi jídly (Balnerová, 2012, s. 38).

2.7.2 Polohování

Další důležitou složkou v prevenci dekubitů je polohování pacienta. Poloha pacienta se odvíjí od jeho celkového stavu. Během polohování musí být zajištěn krevní a plicní oběh, musí být dbáno na stabilizaci drénů a kanyl. Důležité je vyvarovat se polohování pacienta na zarudlá místa. Zaujatá poloha musí být pro pacienta pohodlná. Při poloze musí být klouby a svaly ve fyziologickém postavení. Časové intervaly změn poloh se řídí podle stavu pacienta v rozmezí od 20 minut do 4 hodin. U většiny imobilních a nepohyblivých pacientů je interval polohování mezi 1–3 hodinami, kdy přes den je interval 1–2 hodiny a přes noc cca 3 hodiny, tak aby zatížené části těla byly opět zatíženy až při třetí změně polohy. Zásadní je měnit polohu pacienta dle jeho potřeby. Při delším intervalu polohování může docházet k poškození zásobené tkáně živinami a odvodu škodlivin, tím dochází k riziku vzniku dekubitu. Důležité je zaznamenat frekvenci, polohu pacienta a hodnocení výsledků režimu polohování do zdravotnické dokumentace, zvláště pokud dojde ke zdravotním komplikacím, netoleranci polohování či jiným závažným stavům spojeným s polohováním. Pokud je pacient v kritickém stavu, nemusí docházet k úplné změně polohy, stačí pouze využít polohovací pomůcky, tak aby docházelo ke změně tlaku na pokožku. Další možností může být využití antidekubitní matrace (Koutná, Ulrych, 2015, s. 15–16).

2.7.3 Antidekubitní pomůcky

K odstranění nebo zmírnění působení tlaku na postiženou oblast lidského těla slouží antidekubitní pomůcky. Existuje spousta tvarů těchto pomůcek a mnoho materiálů, ze kterých jsou vyráběny. Mezi tyto pomůcky patří také antidekubitní matrace a podložky, jež umožňují rozložení tlaku vyvíjeného na tkáň. Mezi rehabilitační polohovací pomůcky ze studené pěny či syntetického rouna patří např. opěrky a klíny, chrániče na paty a lokty, které jsou uloženy v dezinfikovatelném a omyvatelném paropropustném obalu. Do nafukovacích a gelových polohovacích pomůcek se řadí návleky na končetiny, chrániče loktů a pat,

podložní kola bez otvoru uprostřed a speciální pomůcky na operační stůl. Velkou výhodou polohovacích pomůcek perličkových jsou polystyrenové kuličky, které se při sebemenším tlaku pohybují a dokonale přizpůsobují pacientovi. Kuličky jsou měkké, nealergizují, vytvářejí tepelný efekt a jsou uloženy do flanelového nebo bavlněného potahu. Obal musí být vždy omyvatelný nebo jednorázový (Pokorná, 2019, s. 27–28).

2.7.4 Ochrana kůže

Správnou ochranou kůže zajistíme její dostatečné prokrvení a zabráníme jejímu přímému kontaktu fyzikálních a chemických faktorů. V péči o kůži se postupuje jemně a citlivě, je důležité vyvarovat se tření při mytí a sušení kůže. K mytí ušpiněné kůže se využívá výhradně speciální kosmetika – oleje, pěny, mycí emulze. Pokožku je možné chránit před vlhkostí pomocí savé vrstvy nebo ochranných filmů, které zabraňují jejímu poškození. Pokud pacient trpí inkontinencí, je nutné pečlivě dodržovat hygienu a zajistit používání vhodných inkontinentních pomůcek. Provádět masáž predilekčních míst při hygieně je vhodné pouze tehdy, pokud nejsou tato místa začervenalá. Při přetrvávajícím začervení kůže se místo vzniku dekubitu nesmí masírovat, došlo by tak k další hypoxii tkáně (Šeflová, 2010, s. 60–61; Koutná, Ulrych, 2015, s. 16; Csisko, 2014, s. 31).

2.7.5 Mobilizace pacienta

Komplikacemi u imobilního pacienta jsou svalové atrofie, kontraktury nebo také osteoporóza. Zabránit těmto komplikacím může včasná mobilita pacienta. Velice důležitá je motivace pacienta k včasné mobilizaci v návaznosti na jeho zdravotní stav. Všeobecné sestry ve spolupráci s dalším nelékařským zdravotnickým personálem, jako jsou sanitáři, ošetřovatelky, fyzioterapeuti, zajišťují správnou polohu a pohyb pacienta, čímž ho udržují částečně soběstačného. Pečují tak o potřeby pacienta nejen po stránce fyzické, ale i psychické (Vytejková a kol., 2011, s. 85).

2.7.6 Podpora aktivit MZČR v prevenci vzniku dekubitů

Ministerstvo zdravotnictví podporuje aktivity vedoucí ke snížení vzniku dekubitů. V roce 2015 došlo k přeložení a v roce 2016 k aktualizaci doporučení „Prevention ant Treatment of Pressure Ulcers“, které bylo vydáno v roce 2014 National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pacific Pressure Injury Alliance, dále od roku 2012 se zapojuje do realizace každoročně pořádané mezinárodní akce „Světový den STOP dekubitům“, který připadá v ČR na jeden listopadový den. Tato akce se věnuje problematice prevence, sledování a ošetřování dekubitů a je zejména určena nelékařským zdravotníkům

pracujícím na lůžkové části, poskytujícím základní ošetrovatelskou péči, ale i sestřám, specialistkám na hojení ran. Také v roce 2015 došlo k vydání Věstníkem MZ ČR (Ministerstvo zdravotnictví České republiky) rezortního bezpečnostního cíle č. 8 Prevence vzniku dekubitů/proleženin u hospitalizovaných pacientů (Šeflová, Stejskalová, Daniš, 2016, s. 263; Libertová, 2017, s. 21).

2.8 Terapie dekubitů

K léčbě a ošetřování dekubitů patří všechny preventivní opatření, včetně léčby základních a interkurentních onemocnění a všech vzniklých komplikací. Lokální léčba a ošetřování dekubitů záleží na rozsahu dekubitu, podmínování okolní tkáně, lokalitě defektu, přítomnosti chobotů, typu tkáně, přítomnosti infekce a množství sekrece. Nepřípustné je, aby docházelo ke zpětné klasifikaci dekubitů. Z toho vyplývá, že nikdy nebude ze IV. stupně dekubitu III. stupeň, ze III. stupně II. stupeň a ze II. stupně I. stupeň dekubitu. Je důležité vždy odlišit dekubitus od jiné rány, například od stržené kůže, bércového vředu, diabetické nohy, dermatitidy spojené s inkontinencí nebo od poranění adhezivy. V ošetřování dekubitů má velký význam používání speciální ochranné kosmetiky na kůži. Naopak látky, které vyvolávají překrvení tkáně a lokální podráždění kůže, se nikdy nesmí aplikovat na postižená místa. Jedná se například o mentol, kafr, ichthamol apod. Stejně tak se nedoporučuje používat lampy, které vyvolávají lokální překrvení tkání. Postižené místo se nikdy nesmí masírovat. Dekubity v rozsahu III. a IV. stupně jsou indikovány pro chirurgickou léčbu. Důležité je zvážit operátorem celkový stav pacienta a jeho prognózu. (Stryja, 2011, 145–146; Šeflová, Stejskalová, Daniš, 2016, str. 267).

Výběr správného krytí na ránu je nelehký úkol a jeho zvládnutí je prvním krokem k úspěšné léčbě dekubitu. Moderní krytí splňuje požadavky na vlhké hojení ran. Už v roce 1962 profesor G. Winter zjistil, že udržováním vlhka v ráně se urychluje proces reepitalizace. Profesor Hutchonson v roce 1991 uvedl, že udržování rány ve vlhkém stavu snižuje výskyt infekce. Ideální krytí zajišťuje stabilní vlhké prostředí, stabilní pH a teplotu na povrchu rány, je bariérou proti infekci. Je nesenzibilující, netoxické, má ekonomické a flexibilní využití. Mezi další výhody moderního krytí patří rychlejší čištění spodiny a granulace vředů, menší pracovní zátěž ošetrujícího personálu, menší bolestivost a menší spotřeba analgetik, snížený počet převazů s vlhkým krytím o 4–5x oproti klasickým výměnám a také zkrácení celkové doby léčení na cca 50–75 %. Je nutné průběžně kontrolovat účinek krytí a toleranci léčby pacientem, a pokud nedojde ke zlepšení stavu během 3–6 týdnů, je nutné změnit strategii léčby a aplikovat jiné krytí (Stryja, 2011, s. 261–263).

Ke správné léčbě dekubitu se doporučuje využít mezinárodní doporučení, která vycházejí z výsledků studií, názorů expertů a kazuistik. Jedná se o doporučené postupy evropského poradního panelu „Prevention and Treatment of Pressure Ulcers“, které jsou popsány v následující podkapitole (Šeflová, Stejskalová, Daniš, 2016, str. 267).

2.8.1 Terapeutická krytí k léčbě dekubitu – obecná doporučení

Je doporučeno vybírat materiály ke krytí rány podle druhu a množství exsudátu v ráně, stavu kůže v okolí rány, velikosti, hloubky a lokalizaci dekubitu, schopnosti udržet vlhkost v ráně, potřeby řešit bakteriální biozátěž a přítomnost tunelů nebo podminování. Důležité je chránit kůži v okolí dekubitu, dále je nutné zhodnotit stav dekubitu při každém převazu a ujistit se o vhodnosti stávajícího léčebného plánu. Pokud dojde k protékání stolice, moče a jiných sekretů pod krytí, je nutná jeho výměna. Při výměně materiálu je nutné vždy sundat všechny terapeutický materiál. V plánu péče by měla být zahrnuta i informace o tom, jak dlouho může být krytí ponecháno na místě dekubitu (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2015, s. 56–57).

Hydrokoloidní krytí se využívají na nekontaminované dekubity II. stupně na částech těla, kde nedojde k rozpouštění nebo rolování krytí. Použití se musí zvážit na neinfikované, mělké dekubity III. stupně. Z jemné pokožky se musí hydrokoloidní krytí odstraňovat opatrně. Mohlo by dojít k poškození kůže. U mělkých dekubitů s minimálním množstvím exudátu, kde není prokázána infekce, se využívá hydrogelové krytí. Dále se hydrogelové krytí využívá u bolestivých dekubitů a pro léčbu proleženin se suchou spodinou. Krytí se stříbrem se používá u dekubitů s infekcí, ale nesmí se využívat dlouhou dobu. Krytí s medem se aplikuje na dekubity II. a III. stupně. U senetrujících dekubitů II. stupně a mělkých dekubitů III. stupně se doporučuje aplikovat pěnová krytí. Alginátové krytí se používá u dekubitů se středně velkým až velkým množstvím exudátu, toto krytí se velice šetrně odstraňuje, před odstraněním je nutné krytí zvlhčit, aby byl proces méně bolestivější (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2015, s. 57–59).

3 MANAGMENT VZDĚLÁVÁNÍ NLZP

Pro účinnou a účelnou léčbu je nutné, aby informace, které zdravotník získá, byl schopen v praxi uplatnit. Péči o nemocné s chronickými ranami se v dnešní době stává vysoce specializovanou činností, nazývanou „wound care“ nebo „wound management“, někdy též „wound healing“ (Stryja, Pokorná, 2011).

3.1 Vzdělávání NLZP

Vzdělávání NLZP zejména všeobecných sester v problematice péče o chronické rány by mělo být nedílnou součástí běžné profesní přípravy na všech úrovních vzdělání. U NLZP je povinnost celoživotního vzdělávání legislativně zákonem č. 201/2017 Sb. Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, prohlubování, zvyšování a doplňování znalostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Dle platné legislativy zahrnuje celoživotní vzdělávání NLZP specializační vzdělávání certifikované kurzy, účast na školicích akcích (semináře, symposia, kongresy a konference), publikační, pedagogickou a vědecko-výzkumnou činnost, inovační kurzy a samostatné studium odborné literatury. Výsledkem úsilí odborníků z oblasti péče o rány a zdravotnických vzdělávacích institucí jsou akreditované certifikované kurzy při MZ ČR, které jsou součástí postgraduálního vzdělávání nelékařských pracovníků. Vystudováním certifikovaného kurzu nabyde NLZP odbornou způsobilost k vymezeným činnostem a tím dojde k rozšíření kompetencí zdravotních sester k péči o nehojící se rány. V dnešní době existují v ČR tři akreditované kurzy zasvěcující se péči o chronickou ránu. Jsou to kurzy pořádané Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, dále kurz pořádají ve Fakultní nemocnici v Brně Bohunicích a v Nemocnicích Pardubického kraje – Pardubické nemocnici. Tyto kurzy jsou určeny pro všeobecné sestry, které pečují o pacienty s akutními a chronickými ranami a starají se o hojení těchto ran (Stryja, Pokorná, 2011).

4 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 Důkaz

Důkaz vytváří východisko pro dané přesvědčení nebo rozhodnutí. V poslední době se důkaz stává významný také v medicíně a v nelékařských oborech, včetně ošetrovatelství. Proces ošetrovatelství založený na důkazech se skládá ze sedmi fází: dotazování (posouzení pacienta), formulace klinické otázky, vyhledávání nejlepšího důkazu, kritické zhodnocení důkazu, integrace důkazu – aplikace v praxi, zhodnocení výsledků – platnost a aplikovatelnost a diseminace výsledků – sebehodnocení a zhodnocení vlastního postupu u pacienta (Jarošová, 2014, s. 17–18).

4.2 Dotazník

Testy, rozhovory a dotazníky společně náleží do třídy tzv. explorativních metod, které nabývají informace z výpovědí účastníků ankety. Dotazník je určený pro hromadné shánění záznamů. Dotazník je založen na písemném pokládání otázek a na získávání písemných odpovědí, proto je způsobilý oslovit velké množství respondentů. Výhodou je, vyplňuje-li respondent dotazník prezenční formou, tj. za přítomnosti dotazovatele, návratnost dotazníku je pak zaručena, avšak přítomnost výzkumného pracovníka může ovlivnit výpovědi dotazovaného. Dotazník může být posílán i poštou, jedná se pak o poměr počtu odeslaných k počtu vyplněných a vrácených dotazníků. Návratnost dotazníků zaslaných poštou bývá 50–60 %. V dnešní době jsou často používány webové aplikace, které umožňují vytvořit online dotazník a oslovit velké množství respondentů (Váňová, Skopal, 2017, s. 41).

4.3 Nejdůležitější požadavky na konstrukci dotazníku

V následujícím odstavci budou shrnuta pravidla, požadavky a zásady, které se musí dodržovat při sestavování dotazníku.

Položky v dotazníku musí být vždy srozumitelné a jasné a měly by být formulovány co nejstručněji. Položky v dotazníku by měly zjišťovat jen nezbytné údaje, nesmějí být sugestivní a návodné, tj. nesmí nikterak naznačovat, jak mají být zodpovězeny. Dotazník by neměl být příliš rozsáhlý. Pro úspěch dotazníkového šetření je nutná ochota respondentů spolupracovat. Dále je nutné, aby dotazník obsahoval jasné pokyny k vyplnění. Dotazník obvykle začíná zcela konkrétními, jednoduchými otázkami, dále následují obsahové položky, které se dle potřeby prokládají položkami filtračními, funkcionálně psychologickými a kontrolními (Chrátka, 2016, s. 164–165).

5 PRŮZKUMNÁ ČÁST

5.1 Hlavní cíl:

Zmapovat znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti péče o pacienta s dekubitem.

5.2 Dílčí cíle:

1. Zhodnotit úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti příčin vzniku dekubitů.
2. Zhodnotit úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti prevence vzniku dekubitů.
3. Zhodnotit úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti péče o dekubity.

5.3 Průzkumné otázky:

1. Jaká je úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti příčin vzniku dekubitu?
2. Jaká je úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti prevence vzniku dekubitu?
3. Jaká je úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti péče o dekubit?

6 METODIKA PRŮZKUMU

Práce se zabývá analýzou znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti péče o pacienta s dekubitem na odděleních akutní péče. Sběr dat pro bakalářskou práci probíhal ve zdravotnickém zařízení krajského typu na odděleních interního, chirurgického a neurologického typu a jedné jednotce intenzivní péče. Nemocniční zařízení, kde průzkum probíhal, disponuje 247 lůžky. V roce 2019 bylo v tomto zdravotnickém zařízení celkem 2484 pacientů v riziku vzniku dekubitu. Z toho bylo nahlášeno 43 nově vzniklých dekubitů jako nežádoucí událost.

Data byla získána pomocí kvantitativní metody sběrem anonymních dotazníků. Byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, který byl vytvořen na základě teoreticky dostupných informací a konzultací s 2 lékaři a 1 vrchní sestrou interního oddělení a 1 všeobecnou sestrou z oddělení akutní péče.

6.1 Popis dotazníku

Anonymní dotazník byl složen z 22 otázek. Úvodní část dotazníku seznamuje respondenty s autorem a jím studovanou školou, tématem bakalářské práce a účelem dotazníkového šetření. Zároveň informuje respondenty o anonymitě dotazníku a využití získaných dat. Otázky v dotazníku byly uzavřené. V dotazníku byla také otázka (č. 8), kde byl použit obrázek znázorňující predilekční místa v poloze pacienta na zádech (ot. č. 8). První část otázek (č.1–3) spadá pod výzkumnou otázku číslo 1, která se věnovala teoretickému přehledu NLZP v oblasti dané problematiky, zejména příčinám vzniku dekubitů. U otázek č. 4–10 bylo cílem zjistit, zda NLZP mají znalosti v oblasti prevence vzniku dekubitů. Tyto otázky spadají pod výzkumnou otázku číslo 2. Otázky č. 11–17 se zaměřovaly na znalosti NLZP v oblasti péče o dekubity, tím se zabývá výzkumná otázka číslo 3. Otázky č. 18–22 byly sociodemografické a zaměřovaly se na pohlaví, vzdělání respondentů, kde odpovídající pracuje a délku praxe a místo, kde vědomosti o dané problematice respondenti získali. Možnost odpovědi „Nevím“ byla zakomponována do většiny otázek dotazníku z důvodu snížení rizika tipování správné odpovědi pro případ, že by respondenti odpověď neznali.

6.2 Průběh předvýzkumu

Samotnému průzkumu předcházela předvýzkum, aby se zjistilo, zda jsou otázky v dotazníku srozumitelné. K dotazníku byl přiložen záznamový arch s hodnocením srozumitelnosti otázek. Škála srozumitelnosti vypadala takto: (1 – naprosto srozumitelná, 2 – srozumitelná, 3 – nesrozumitelná, 4 – naprosto nesrozumitelná). Otázky byly srozumitelné, pouze jednu

otázku bylo potřeba upravit. Jednalo se o otázku č.3, kdy jedna z odpovědí nebyla srozumitelná. Otázka č. 3 byla v předvýzkumu hodnocena jako srozumitelná na 62 % a jako nesrozumitelná na 38 %, proto došlo k následné úpravě. Původně otázka č.3 zněla takto: „Dekubity v poloze na zádech nejčastěji vznikají na patách, v oblasti sakra a na bocích“. Otázka byla následně upravena do této podoby: „Dekubity v poloze na boku nejčastěji vznikají nad kostí spánkovou, nad ramenním kloubem, nad kotníky a nad kolenními klouby“, aby mohla být tato odpověď respondenty označována jako správná. Ostatní otázky byly hodnoceny jako naprosto srozumitelné. Do předvýzkumu bylo zařazeno 10 nelékařských zdravotnických pracovníků, 1 manažerka interních oborů, 1 staniční sestra, 2 praktické sestry a 2 lékaři. Předvýzkum probíhal v měsíci říjnu roku 2019. Každý respondent měl celkem 14 dnů na vyhodnocení předloženého dotazníku.

6.3 Průběh průzkumu

Průzkumné šetření probíhalo v období od prosince roku 2019 do ledna roku 2020 na odděleních akutní péče. Povolení provést průzkumné šetření bylo zdravotnickým zařízením uděleno na základě písemné žádosti o provedení průzkumu v rámci závěrečné práce. Dotazníky byly předloženy vrchním sestřám příslušných oddělení, kde průzkumné šetření probíhalo, s taktéž s kladným souhlasem rozdaní dotazníků na jejich oddělení. Společně s předáním dotazníků bylo vrchním sestřám vysvětleno, jak dotazníky vyplňovat, aby mohly následně předat informace svým podřízeným.

Dotazníky byly rozdaný na oddělení akutní péče celkem 60 respondentům, kterým byl vysvětlen důvod dotazníkového šetření a zároveň jim byla zdůrazněna anonymita dotazníků. Společně s distribucí dotazníků probíhalo i rozdaní obálek respondentům. Respondenti měli dostatek času na vyplnění, a to téměř 2 měsíce.

Z celkového počtu 60 rozdaných dotazníků vlastní výroby byla návratnost dotazníků 95 %. Počet, který je v rámci vyhodnocení uváděn jako 100 %, je 57 dotazníků.

Autorkou této bakalářské práce byla vytvořena hodnotící škála, podle které byly následně hodnoceny znalosti nelékařského zdravotnického personálu. Znalosti byly hodnoceny nad procentuální úspěšností víc jak 60 % jako dostatečné znalosti. Hodnota procentuální úspěšnosti pod 59 % byla vyhodnocena jako nedostatečné znalosti respondentů.

6.4 Charakter výzkumného vzorku

Výzkumný soubor tvořilo celkem 57 nelékařských zdravotnických pracovníků, 26 % respondentů bylo z interního oddělení, 26 % respondentů z oddělení neurologie, 25 % dotazovaných bylo z chirurgického oddělení a 23 % z interního oddělení JIP. Střední zdravotnickou školu jako nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo 60 % respondentů a 25 % respondentů pracuje ve zdravotnictví více jak 20 let.

Respondenti byli NLZP pracující na odděleních akutní péče. Získaná data jsou porovnávána v relativní a absolutní četnosti. Základním předpokladem zařazení do průzkumného šetření byla ochota respondentů vyplnit dotazník.

Celkem dotazník vyplnilo 57 respondentů, což představuje 95 % z celkového počtu rozdaných dotazníků. Pouze jeden dotazník byl vyplněn částečně a dva nebyly vráceny vůbec. Pro vypracování hodnocení a zodpovězení cílů bakalářské práce bylo celkem použito 57 správně vyplněných dotazníků, což představuje 95 % ze 100 % rozdaných dotazníků.

6.5 Zpracování a vyhodnocení odpovědí

K vyhodnocení výsledků získaných pomocí anonymních dotazníků byly využity počítačové programy Microsoft Excel 2019 a Microsoft Word 2019. Výsledky hodnocení jsou zpracovány do tabulek četností, kdy každá z položek obsahuje vyhodnocení, počet respondentů v dané skupině a komentář. V textu jsou tučně označeny správné odpovědi. Vzhledem k malému průzkumnému vzorku jsou v praktické části zaokrouhlena čísla na celá.

7 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Otázka č. 1: **Jak byste definovali pojem dekubitůs?**

- Místní poškození tkáně s vyšší pigmentací
- Místní buněčné poškození tkáně vlivem snížené imunity
- Rána vzniklá na podkladě lokálního působení tlaku na tkáně**
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Místní poškození tkáně s vyšší pigmentací	0	0 %
Místní buněčné poškození tkáně vlivem snížené imunity	0	0 %
Rána vzniklá na podkladě lokálního působení tlaku na tkáně	57	100 %
Nevím	0	0 %

Tabulka 1 – Vyhodnocení položky znázorňující definici pojmu dekubitůs

Otázka č.1 měla pouze jednu správnou odpověď. Z tabulky č. 1 je patrné, že správnou odpověď: *Rána vzniklá na podkladě lokálního působení tlaku na tkáně* označili všichni z dotazovaných respondentů 57 (100 %). Odpověď, že dekubitůs je *Místní poškození tkáně s vyšší pigmentací* neoznačil ani jeden respondent. Stejně tak odpověď, že dekubitůs je *Místní buněčné poškození tkáně vlivem snížené imunity* nevedl ani jeden respondent. Žádný respondent nevedl možnost *Nevím*.

Otázka č. 2: Jaké jsou příčiny vzniku dekubitů?

(možno označit i více odpovědí)

- Přímý tlak na kůži**
- Inkontinence moči a stolice**
- Zvýšený příjem bílkovin
- Malnutrice**
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přímý tlak na kůži	55x	97 %
Inkontinence moči a stolice	47x	83 %
Zvýšený příjem bílkovin	7x	12 %
Malnutrice	54x	95 %
Nevím	0	0 %

Tabulka 2 – Vyhodnocení položky znázorňující hlavní příčiny vzniku dekubitů

Otázka č. 2 měla více správných odpovědí a tabulka č. 2 zobrazuje odpovědi respondentů na otázku hlavních příčin vzniku dekubitů. Správné odpovědi byly *Přímý tlak na kůži*, *Inkontinence moči a stolice* a *Malnutrice*. Dle tabulky č. 2 je patrné, že odpověď *Přímý tlak na kůži* byla zodpovězena 55x (97 %). Odpověď *Inkontinence moči a stolice* byla uvedena 47x (83 %). Další správná odpověď *Malnutrice* byla vybrána celkem 54x (95 %). Nejméně, a to 7x (12 %) bylo odpovězeno, že příčinou vzniku dekubitů je *Zvýšený příjem bílkovin*. Žádný respondent neoznačil odpověď *Nevím*.

Otázka č. 3: **Označte správné tvrzení.**

(možnost více správných odpovědí)

- Dekubity vznikají pouze u mužů
- Dekubity mohou vznikat nejenom na kůži, ale i na sliznicích**
- Dekubity vznikají pouze u pacientů starších 70 let
- Dekubity v poloze na boku nejčastěji vznikají nad kostí spánkovou, nad ramenním kloubem, nad kotníky a nad kolenními klouby**
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dekubity vznikají pouze u mužů	0	0 %
Dekubity mohou vznikat nejenom na kůži, ale i na sliznicích	57x	100 %
Dekubity vznikají pouze u pacientů starších 70 let	1x	2 %
Dekubity v poloze na boku nejčastěji vznikají nad kostí spánkovou, nad ramenním kloubem, nad kotníky a nad kolenními klouby	42x	74 %
Nevím	0	0 %

Tabulka 3- Vyhodnocení položky znázorňující správného tvrzení o vzniku dekubitů

Tabulka č. 3 uvádí, kterou z nabízených odpovědí respondenti uvedli jako správné tvrzení v otázce o dekubitech. Respondenti měli možnost vybírat z více správných odpovědí. Nejvíce respondentů, 57x (100 %), uvedlo správnou odpověď, že *Dekubity mohou vznikat nejenom na kůži, ale i na sliznicích*. Další správná odpověď, že *Dekubity v poloze na boku nejčastěji vznikají nad kostí spánkovou, nad ramenním kloubem, nad kotníky a nad kolenními klouby* byla zvolena 42x. Možnost, že *Dekubity vznikají pouze u mužů*, neoznačil ani jeden respondent, stejně tak odpověď *Nevím* nevybral nikdo. Pouze 1 (2 %) respondent správně uvedl, že možnost *Dekubity vznikají pouze u pacientů starších 70 let*.

Otázka č. 4: **Polohu u ležícího pacienta v riziku dekubitu měníme přes den v pravidelných časových intervalech každé:**

- 2 hodiny, v případě potřeby dříve**
- 4 hodiny
- 6 hodin
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
2 hodiny, v případě potřeby dříve	51	90 %
4 hodiny	5	9 %
6 hodin	0	0 %
Nevím	1	2 %

Tabulka 4 – Vyhodnocení položky znázorňující časový interval polohování u pacienta s vysokým rizikem vzniku dekubitů

Otázka č. 4 měla pouze jednu správnou odpověď, a to: *2 hodiny, v případě potřeby dříve*. Správnou označilo celkem 51 (90 %) respondentů. Odpověď *4 hodiny* označilo celkem 5 (9 %) respondentů. Žádný z dotazovaných neoznačil odpověď *6 hodin*. Pouze jeden respondent označil odpověď *Nevím*.

Otázka č. 5: V ČR vyhodnocujeme rizikové faktory vzniku dekubitů podle modifikované klasifikace:

- MADDON
- Barthelové
- Nortonové
- Apgarové
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
MADDON	0	0 %
Barthelové	1	2 %
Nortonové	54	95 %
Apgarové	0	0 %
Nevím	2	4 %

Tabulka 5 – Vyhodnocení položky znázorňující znalosti respondentů modifikované klasifikace rizikových faktorů vzniku dekubitů

Tabulka č. 5 obsahuje odpovědi na otázku, která se zaměřuje na vyhodnocení rizikových faktorů vzniku dekubitu podle modifikované klasifikace. Jedinou správnou odpověď *Nortonové* označilo celkem 54 (95 %) dotazovaných. Odpověď *MADDON* neoznačil ani jeden z respondentů, stejně tak nikdo nevybral odpověď *Apgarové*. Pouze 2 (4 %) z celkového počtu 57 dotazovaných uvedlo odpověď *Nevím*. Jediný (2 %) odpovídající označil odpověď *Barthelové*.

Otázka č. 6: V čem spočívá správné předcházení vzniku dekubitů?

(možnost více správných odpovědí)

- Identifikace rizikových pacientů**
- Sledování příjmu tuků
- Polohování pacienta každé 4 hodiny
- Aktivizace a rehabilitace pacientů**
- Polohování pacienta každých 6 hodin v noci
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Identifikace rizikových pacientů	55x	97 %
Sledování příjmu tuků	7x	12 %
Polohování pacienta každé 4 hodiny	15x	26 %
Aktivizace a rehabilitace pacientů	57x	100 %
Polohování pacienta každých 6 hodin v noci	4x	7 %
Nevím	0x	0 %

Tabulka 6 – Vyhodnocení položky znázorňující preventivní opatření vzniku dekubitů

Tabulka č. 6 znázorňuje znalosti respondentů v o správném předcházení vzniku dekubitů. Respondenti měli na výběr z více správných odpovědí. Většina dotazovaných 55x (97 %) přiřadila správně odpověď *Identifikace rizikových pacientů*. Všech 57 (100 %) respondentů uvedlo druhou správnou odpověď *Aktivizace a rehabilitace pacientů*. Odpověď *Sledování příjmu tuků* se objevila celkem 7x (12 %). Pouze 4x (7 %) bylo označeno *Polohování pacienta každých 6 hodin v noci* a celkem 15x (26 %) byla respondenty vybrána odpověď *Polohování pacienta každé 4 hodiny*. Žádný z dotazovaných neoznačil možnost *Nevím*.

Otázka č. 7: **Co jsou to predilekční místa?**

- Místa, kde se tvoří krev
- Místa, kde vzniká žluč
- Místa, kde je silná tuková vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí
- Místa, kde je slabá tuková vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí**
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Místa, kde se tvoří krev	0	0 %
Místa, kde vzniká žluč	0	0 %
Místa, kde je silná tuková vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí	0	0 %
Místa, kde je slabá tuková vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí	57	100 %
Nevím	0	0 %

Tabulka 7 – Vyhodnocení položky znázorňující znalost, co jsou to predilekční místa

Tabulka č. 7 znázorňuje odpovědi na otázku, která se zabývá znalostí definice pojmu „predilekční místa“. Pouze jediná odpověď *Místa, kde je slabá tuková vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí* byla správná a všech 57 (100 %) respondentů na ni správně odpovědělo. Žádný respondent (0 %) nevybral odpověď *Místa, kde se tvoří krev*, stejně tak žádný respondent (0 %) neoznačil možnost *Místa, kde vzniká žluč*. Ani jeden odpovídající nevybral odpověď *Místa, kde je silná tuková vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí*, možnost *Nevím* taktéž nikdo neoznačil.

Otázka č. 8: Na následujícím obrázku vyznačte místa, která jsou ohrožena vznikem dekubitů u pacienta v poloze na zádech.



Obrázek 1: nejčastější predilekční místa u pacienta v poloze na zádech

Zdroj obrázku: Trendweb.sk

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Týlní kost	40x	70 %
Trn 7. krčního obratle	8x	14 %
Lopatky	47x	83 %
Loketní kloub	48x	84 %
Kost křížová	52x	91 %
Paty	56x	98 %
Kotníky	1x	2 %
Kolenní kloub	3x	5 %
Lýtková kost	5x	9 %

Tabulka 8 – Vyhodnocení položky znázorňující znalost míst se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů při poloze na zádech

Tabulka č. 8 znázorňuje odpovědi na otázku, ve které respondenti na obrázku označovali predilekční místa vzniku dekubitů u pacienta v poloze na zádech. Respondenti celkem označili 9 míst, ale jen 6 z nich správně. Mezi správně odpovědi patřily: *Týlní kost*, *Trn 7. krčního obratle*, *Lopatky*, *Loketní kloub*, *Kost křížová* a *Paty*. Za špatné odpovědi byly považovány: *Kotníky*, *Kolenní kloub* a *Kost lýtková*. *Paty* byly správně označeny jako místo častého vzniku dekubitů 56x (98 %). Druhou nejčastější odpovědí byla oblast *Kosti křížové*, a to celkem 52x (91 %). Odpověď *Loketní kloub* byla uvedena 48x (85 %) a *Lopatky* byly vybrány 47x (83 %). Celkem 40x (70 %) byla označena *Týlní kost*. Pouze 8x (14 %) byla vybrána oblast vzniku dekubitů *Trn 6-7. krčního obratle*. Špatná možnost *Kotníky* byla označena pouze 1x. Tříkrát byla špatně uvedena možnost *Kolenního kloubu* a celkem 5x (9 %) byla špatně zakreslena oblast *Lýtkové kosti*.

Otázka č. 9: Nejčastějšími místy vzniku dekubitů v poloze na boku jsou místa:

(možnost více správných odpovědí)

- Nad kostí spánkovou
- Nad ramenním kloubem
- Nad hřebeny kyčelních kostí
- Nad velkým chocholíkem
- Nad kolenními klouby
- Nad kotníky
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nad kostí spánkovou	33x	58 %
Nad ramenním kloubem	32x	56 %
Nad hřebeny kyčelních kostí	40x	70 %
Nad velkým chocholíkem	14x	25 %
Nad kolenními klouby	30x	53 %
Nad kotníky	38x	67 %
Nevím	8x	14 %

Tabulka 9 – Vyhodnocení položky znázorňující znalosti na otázku zabývající se nejčastějšími místy vzniku dekubitů v poloze na boku

Tabulka č. 9 vystihuje odpovědi respondentů na otázku nejčastějších míst vzniku dekubitů u pacienta v poloze na boku. Respondenti měli možnost vybrat více správných odpovědí. Nejvíce, 40x (70 %) bylo respondenty uvedeno *Nad hřebeny kyčelních kostí*. Dále celkem 38x (67 %) byla označena jako správná odpověď *Nad kotníky*. Možnost *Nad kostí spánkovou* byla označena celkem 33x (58 %). Odpověď *Nad ramenním kloubem* byla uvedena celkem 32x (56 %). Další správná odpověď *Nad kolenními klouby* byla zaškrtnutá 30x (53 %). Možnost *Nad velkým chocholíkem* byla vybrána 14x (25 %). Nejméně, 8x (14 %) byla označena odpověď *Nevím*.

Otázka č. 10: U pacientů v riziku dekubitu je nutné zvýšit příjem:

- Vlákny
- Tuků
- Sacharidů
- Proteinů**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vlákny	1	2 %
Tuků	2	4 %
Sacharidů	0	0 %
Proteinů	54	95 %

Tabulka 10 – Vyhodnocení položky znázorňující nutnost zvýšení proteinů v potravě u pacienta v riziku dekubitu

Tabulka č. 10 shrnuje odpovědi na otázku č. 10, jakou složku v potravě je nutné zvýšit u pacienta s rizikem dekubitu. Nejvíce respondentů a to celkem 54 (95 %) označilo správnou odpověď *Proteinů*. Pouze 2 (4 %) odpovídající označili možnost *Tuků*. Jen 1 (2 %) respondent odpověděl možnost *Vlákny*. Žádný z dotazovaných respondentů neuvedl možnost *Sacharidů*.

Otázka č. 11: **Kolik stupňů dekubitů dle mezinárodní klasifikace NPUAP/EPUAP hodnotíme?**

- 3 stupně
- 4 stupně
- 2 stupně
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
3 stupně	1	2 %
4 stupně	56	98 %
2 stupně	0	0 %
Nevím	0	0 %

Tabulka 11 – Vyhodnocení položky znázorňující znalost stupňů dekubitů dle klasifikace NPUAP/EPUAP

Tabulka č. 11 demonstruje odpovědi na otázku zabývající se hodnotícími stupni dekubitů dle mezinárodní klasifikace NPUAP/EPUAP, kde je jen jedna možnost odpovědi správná a tou je možnost *4 stupně*. Tuto možnost označilo 56 (98 %) z celkového počtu 57. Pouze 1 respondent uvedl možnost odpovědi *3.stupně*. Žádný z dotazovaných respondentů nevedl možnost odpovědi *2 stupně*, stejně tak odpověď *Nevím* nikdo neoznačil.

Otázka č. 12: **Do jaké polohy uložíme pacienta s dekubitem v oblasti křížové kosti?**

- Polohu supinační–na zádech
- Polohu na boku**
- Genukubitální–Kolenoloketní
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Polohu supinační–na zádech	0	0 %
Polohu na boku	57	100 %
Genukubitální–Kolenoloketní	0	0 %
Nevím	0	0 %

Tabulka 12 – Vyhodnocení položky znázorňující uložení pacienta s dekubitem v oblasti kosti křížové

Tabulka č. 12 obsahuje odpovědi na otázku ohledně uložení pacienta s dekubitem v oblasti kosti křížové. Jedinou správnou odpověď *Polohu na boku* vybralo všech 57 respondentů (100 %). Žádný (0 %) odpovídající nevybral možnost *Polohu supinační na zádech* a stejně tak ani jeden (0 %) respondent neuvedl odpověď *Genukubitální-kolenoloketní* a možnost *Nevím*.

Otázka č. 13: **Mezi výhody „moderních“ krytí patří:**

(možnost více správných odpovědí)

- Snížení počtu převazů s vlhkým krytím o 4–5násobek oproti klasickým výměnám**
- Pomalejší čištění spodiny a granulace vředů
- Menší bolestivost, menší spotřeba analgetik**
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Snížení počtu převazů s vlhkým krytím o 4–5násobek oproti klasickým výměnám	54x	98 %
Pomalejší čištění spodiny a granulace vředů	6x	11 %
Menší bolestivost, menší spotřeba analgetik	44x	77 %
Nevím	0	0 %

Tabulka 13 – Vyhodnocení položky znázorňující znalost výhod „moderního“ krytí

K otázce č. 13 zjišťující výhody „moderních“ krytí se vztahuje tabulka č. 13. V této otázce byly celkem 2 odpovědi správné a to odpovědi: *Snížení počtu převazů s vlhkým krytím o 4–5násobek oproti klasickým výměnám* a odpověď: *Menší bolestivost, menší spotřeba analgetik*. Celkem 54x (98 %) byla respondenty uvedena správná odpověď: *Snížení počtu převazů s vlhkým krytím o 4–5násobek oproti klasickým výměnám*. Druhou nejčastější a správnou odpovědí s celkovým počtem 44x (77 %) byla vybrána odpověď: *Menší bolestivost, menší spotřeba analgetik*. Jediná špatná odpověď *Pomalejší čištění spodiny a granulace vředů* byla vybrána 6x (11 %). Ani jednou nebyla vybrána odpověď *Nevím*.

Otázka č. 14: **Základní podmínkou pro léčbu proleženin je zajištění** (vyberte z následujících možností) prostředí v ráně, které brání vstupu infekce z okolí rány a udržuje v ráně stálou teplotu.

- Suchého
- Vlhkého**
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Suchého	3	5 %
Vlhkého	54	95 %
Nevím	0	0 %

Tabulka 14 – Vyhodnocení položky znázorňující základní znalost podmínky hojení ran

Tabulka č. 14 uvádí odpovědi na otázku č. 14, kde byla pouze jedna odpověď správná. Správnou odpověď *Vlhkého* uvedlo celkem 54 (95 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost *Suchého*, tuto špatnou odpověď uvedli tři respondenti. Ani jednou nebyla označena možnost *Nevím*.

Otázka č. 15: Při léčbě, jakého stupně dekubitu se nejčastěji provádí chirurgické odstranění nekrózy (odúmrť tkáně)?

- I. a II. stupně
- III. a IV. stupně**
- Pouze u dekubitu III. stupně
- U žádného dekubitu se chirurgické odstranění nekrózy neprovádí
- Lze použít u všech stupňů dekubitů
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. a II. stupně	0	0 %
III. a IV. stupně	56	98 %
Pouze u dekubitu III. stupně	0	0 %
U žádného dekubitu se chirurgické odstranění nekrózy neprovádí	0	0 %
Lze použít u všech stupňů dekubitů	0	0 %
Nevím	1	2 %

Tabulka 15–Vyhodnocení položky znázorňující chirurgickou léčbu dekubitů

Otázka č. 15 měla pouze jednu správnou odpověď, a to možnost *III. a IV. stupně*. Téměř všichni respondenti 56 (98 %) z celkového počtu dotázaných 57 označili jako správnou odpověď *III. a IV. stupně*. Pouze 1 (2 %) respondent uvedl možnost *Nevím*. Žádný (0 %) z dotázaných neoznačil odpověď *I. a II. stupně*. Stejně tak žádný (0 %) z respondentů neuvedl možnost *Pouze u dekubitu III. stupně* nebo odpověď *U žádného dekubitu se chirurgické odstranění nekrózy neprovádí* ani odpověď *Lze použít u všech stupňů dekubitů* nebyla zaškrtnuta ani jednou.

Otázka č. 16: **Smí se na postižená místa aplikovat masti, která obsahují mentol, kafr?**

- Ano
- Ne**
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	0	0 %
Ne	57	100 %
Nevím	0	0 %

Tabulka 16 – Vyhodnocení položky znázorňující znalosti aplikace mastí obsahující mentol, kafr na postižená místa

Otázka č. 16 měla pouze jednu správnou možnost, a to odpověď *Ne*. Všichni (100 %) účastníci průzkumného šetření označili možnost *Ne*. Ani jeden (0 %) z dotazovaných respondentů neuvedl možnost odpovědi *Nevím* nebo možnost *Ano*.

Otázka č. 17: **Příkladem nutričních doplňků s vysokým obsahem energie, bílkovin a specifických nutrientů používaných při léčbě dekubitů je:**

- Nutridrink
- Cubitan**
- Diasip
- Nevím

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nutridrink	10	18 %
Cubitan	45	79 %
Diasip	1	2 %
Nevím	1	2 %

Tabulka 17 – Vyhodnocení položky znázorňující znalosti přípravků pro podporu hojení dekubitů

K otázce ohledně speciálního přípravku využívaného pro podporu hojení dekubitů, se vztahuje tabulka č. 17. Celkem 45 (79 %) respondentů správně uvedlo, že na podporu hojení dekubitů byl vyvinut speciální přípravek *Cubitan* s vysokým obsahem energie, bílkovin a specifických nutrientů. Odpověď *Nutridrink* jako speciální přípravek na podporu hojení dekubitů bylo špatně označeno celkem 10 (18 %) respondenty. Pouze jednou (2 %) bylo chybně označeno jako podporující přípravek při hojení dekubitů *Diasip*. Stejně tak pouze 1 odpovídající (2 %), označil odpověď *Nevím*.

Vyhodnocení identifikačních otázek dotazníku

Otázka č. 18: **Jaké je Vaše pohlaví?**

- Žena
- Muž

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	54	95 %
Muži	3	5 %

Tabulka 18 – Vyhodnocení položky pohlaví respondentů

Tabulka č. 18 zobrazuje odpovědi na otázku č. 18, která je zaměřena na pohlaví respondentů. Celkem 54 (95 %) respondentů jsou *Ženy*. Pouze 3 (5 %) z dotazovaných jsou *Muži*.

Otázka č. 19: **Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?**

- Méně než 5 let
- 6–10 let
- 11–15 let
- 16–20 let
- Více jak 20 let

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 5 let	13	23 %
6–10 let	12	21 %
11–15 let	13	23 %
16–20 let	5	9 %
Více jak 20 let	14	25 %

Tabulka 19 – Vyhodnocení položky délky praxe respondentů ve zdravotnictví

Délku odborné praxe respondentů prezentuje tabulka č. 19. Celkem 13 (23 %) dotazovaných uvedlo, že svoji profesi vykonávají *Méně než 5 let*. Celkem 12 (21 %) z dotazovaných respondentů uvedlo, že ve zdravotnictví pracují *6–10 let*. Délku odborné praxe *11–15 let*, označilo celkem 13 (23 %) dotazovaných. Celkem 5 (9 %) respondentů uvedlo, že ve zdravotnictví pracují *16–20 let*. Nejdelší odbornou praxi, *Více jak 20 let* uvedlo celkem 14 (25 %) respondentů.

Otázka č. 20: **Na kterém oddělení akutní péče pracujete?**

- Interní oddělení
- Neurologické oddělení
- Chirurgické oddělení
- Interní oddělení JIP

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Interní oddělení	15	26 %
Neurologické oddělení	15	26 %
Chirurgické oddělení	14	25 %
Interní oddělení JIP	13	23 %

Tabulka 20 – Vyhodnocení položky zabývající se pracovištěm respondentů

Celkem se průzkumného šetření zúčastnilo 57 nelékařských zdravotnických pracovníků ze 4 oddělení. 15 (26 %) respondentů bylo z *Interního oddělení*, stejný počet respondentů, taktéž 15 (26 %) dotazovaných bylo z *Neurologického oddělení*. Celkem 14 (25 %) respondentů bylo z *Chirurgického oddělení*. Z *Interního oddělení JIP* bylo celkem 13 (23 %) respondentů, tedy nejméně.

Otázka č. 21: **Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?**

- SZŠ (praktická sestra, všeobecná sestra)
- VOŠ – Dis.
- VŠ – Bc.
- VŠ – Mgr.
- Specializační vzdělání

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
SZŠ (praktická sestra, všeobecná sestra)	42	74 %
VOŠ–Dis.	8	14 %
VŠ–Bc.	6	11 %
VŠ–Mgr.	1	2 %
Specializační vzdělání	8	14 %

Tabulka 21 – Vyhodnocení položky zabývající se nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů

Tabulka č. 21 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. *Střední zdravotnickou školu (praktická sestra, všeobecná sestra)* jako nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo celkem 42 (74 %) respondentů. Celkem 8 (14 %) z dotazovaných vystudovalo *Vyšší odbornou školu (DiS.)*, *Vysokou školu (Bc.)* absolvovalo celkem 6 (11 %) respondentů. Pouze 1 (2 %) respondent z celkového počtu 57 vystudoval *Vysokou školu (Mgr.)*. 8 (14 %) respondentů navíc uvedlo *Specializační vzdělání*. Žádný z respondentů neuvedl jako nejvyšší dosažené vzdělání *Vysokou školu (Bc.)* a k tomu navíc *Specializační vzdělání*. Ani žádný respondent, který uvedl jako nejvyšší dosažené vzdělání *Vyšší odbornou školu (Dis.)*, neuvedl jako další *Specializační vzdělání*.

Otázka č. 22: Kde jste získal(a) znalosti o dekubitech?

(možnost více odpovědí)

- Střední škola
- Vyšší odborná škola
- Vysoká škola
- Doškolovací kurzy
- Odborná literatura
- Praxe

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední škola	39x	68 %
Vyšší odborná škola	9x	16 %
Vysoká škola	8x	14 %
Doškolovací kurzy	19x	33 %
Odborná literatura	26x	46 %
Praxe	57x	100 %

Tabulka 22 – Vyhodnocení položky získaných vědomostí respondentů o prevenci vzniku, příčinách vzniku a léčbě dekubitů

Tabulka č. 22 prezentuje, kde NLZP získali vědomosti o prevenci před dekubity, jejich vzniku a péči o ně. Respondenti mohli uvést i více možností. Nejvíce přínosná byla pro respondenty *Praxe*, tato možnost byla uvedena všemi odpovídajícími, a to celkem 57x (100 %). *Střední škola* byla jako přínosná označena respondenty celkem 39x (68 %). *Vyšší odbornou školu* jako zdroj vědomostí uvedli respondenti celkem 9x (16 %). Celkem 8x (14 %) se v odpovědích objevila *Vysoká škola*. *Doškolovací kurzy* byl jako zdroj vědomostí respondenty uveden celkem 19x (33 %). *Odborná literatura* byla zvolena celkem 26x (46 %).

8 DISKUZE

Praktická část této bakalářské práce se zabývá tématem hodnocení znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti péče o pacienta s dekubitem. Byl stanoven hlavní cíl a k němu byly určeny tři dílčí cíle, ke kterým byly následně vytvořeny výzkumné otázky.

Níže jsou popsány výsledky celého průzkumného šetření a někde je zvlášť diskutováno nad výsledky respondentů z jednotky intenzivní péče. V tomto průzkumném šetření byly předpokládány větší znalosti respondentů z jednotky intenzivní péče, jelikož z 13 NLZP pracujících na JIP uvedli 4 respondenti jako nejvyšší dosažené vzdělání specializaci. Tudiž bylo předpokladem, že NLZP pracující na JIP mají větší znalosti než NLZP pracující na standardním oddělení.

Hlavní cíl bakalářské práce: Zmapovat znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti péče o pacienta s dekubitem.

Dosažené hodnoty z otázek č. 1–17 ukazují, kolik procent NLZP zodpovědělo danou otázku správně (u více možností uvedeny všechny možnosti správně). Na základě toho byla vypočtena průměrná hodnota znalostí NLZP v oblasti příčin vzniku dekubitů, jejich prevence vzniku a následné péče o ně. Průměrná hodnota znalostí činila 91 %. Celkově byly vyhodnoceny znalosti NLZP jako dostačující.

Průzkumu se z celkového počtu 57 respondentů účastnilo 54 (95 %) žen a pouze 3 muži (5 %). Délka praxe respondentů byla rozmanitá, a to v rozmezí od méně než 5 let do více než 20 let praxe. Praxi kratší než 5 let uvedlo 13 (23 %) respondentů, 6–10 let označilo 12 (21 %) dotazovaných, 11–15 let praxe mělo 13 (23 %) respondentů. Více než 20 let praxe uvedlo 14 (25 %) respondentů, tedy nejvíce ze všech. Délku praxe v rozmezí 16–20 let uvedlo 5 (9 %) respondentů, tedy nejméně.

Z tabulky č. 21 je patrné, že nejvíce respondentů mělo středoškolské vzdělání (praktická sestra, všeobecná sestra), 8 respondentů navíc uvedlo, že mají specializační vzdělání. Tato možnost byla respondenty celkem označena 42x.

Z tabulky č. 22 vyplývá, že nejvíce znalostí a vědomostí získal všechen dotazovaný NLZP praxí. Na druhém místě se umístila střední škola, ta byla jako zdroj informací uvedena 39x (68 %).

Respondenti pracovali na 4 odděleních. Stejný počet byl z oddělení interního a neurologického, a to celkem 15 (26 %) respondentů. Z chirurgického oddělení bylo 14 (25 %) respondentů a z interní jednotky intenzivní péče bylo 13 (23 %) respondentů.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti příčin vzniku dekubitů?

Pro tuto výzkumnou otázku byly vyhodnoceny otázky č. 1–3. Z výsledků z okruhu těchto otázek byla následně vypočtena průměrná hodnota znalostí v oblasti příčin vzniku dekubitu na 93 %. Znalosti NLZP z toho okruhu byly tedy vyhodnoceny jako dostačující.

Pokorná a kol. (2019) definují dekubity takto: „*Dekubity jsou rány vzniklé na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň.*“ Znalosti z otázky č. 1 byly vyhodnoceny jako dostačující, jelikož všech 57 (100 %) respondentů označilo jedinou správnou odpověď, a to: „*Dekubity jsou rány vzniklé na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň.*“ Petrášková (2018) ve své bakalářské práci uvádí, že predilekční místa jsou místa se slabou tukovou a svalovou vrstvou mezi vrchní vrstvou kůže a kostí. Petrášková vybrala pro svůj průzkum respondenty z akutní a následné péče. V bakalářské práci Kamily Petráškové (2018) správně na stejnou položku odpovědělo 74 ze 76 respondentů, což představuje 97,4 % správných odpovědí.

Dalším zjištěním z tohoto průzkumu bylo, že u otázky č. 2, týkající se příčin vzniku dekubitů, kde byla možnost označit více správných odpovědí, a která zní: „*Jaké jsou příčiny vzniku dekubitů?*“ byla označena odpověď *inkontinence moči a stolice* 47x (83 %). Autorky Pokorná a Pejznochová (2010) ve svých publikacích uvádějí, že inkontinence je velmi závažným vnitřním faktorem, kdy dochází k maceraci kůže a jejímu následnému poškození. Ostatní správné odpovědi: *přímý tlak na kůži* a *malnutrice* byly označeny téměř všemi respondenty. *Přímý tlak na kůži* byl označen 55x (97 %) a *malnutrice* 54x (95 %). Tyto příčiny by měl v zájmu správné péče o pacienta znát všechen ošetrovatelský personál na jakémkoli oddělení. Celkově byla otázka č. 2 správně zodpovězena z 92 %. Tato otázka byla hodnocena tedy jako znalosti NLZP dostačující. V bakalářské práci Synkové (2016) uvedlo 93 ze 102 respondentů jako nejčastější příčiny vzniku dekubitů dlouhodobý tlak. V této práci bylo všemi respondenty (n=13) z jednotky intenzivní péče správně označeny odpovědi: *přímý tlak na kůži* a *inkontinence moči a stolice*. *Malnutrice* byla zvolena 12x. Ze 44 respondentů pracujících na standardních odděleních zvolilo špatnou odpověď *zvýšený příjem bílkovin* 7 z nich.

Otázka č. 3, ve které respondenti vybírali správná tvrzení týkající se dekubitů, byla celkově zodpovězena na 87 %. Znalosti této problematiky byly tedy vyhodnoceny jako dostačující. Podle Pokorné a Komínkové (2014) dekubity mohou vznikat nejen na povrchu těla, ale také na sliznici uvnitř. Tuto možnost uvedli všichni respondenti v této bakalářské práci jako správnou. Všichni dotazovaní (n=13) na jednotce intenzivní péče správně vybrali možnosti, že *dekubity mohou vznikat nejenom na kůži, ale i na sliznicích* a také, že *dekubity v poloze na boku nejčastěji vznikají nad kostí spánkovou, nad ramenním kloubem, nad kotníky a nad kolenními klouby*. Naopak v bakalářské práci Synkové (2016) byla respondenty 89x (54,27 %) uvedena jako správná možnost, že dekubity mohou vznikat nejenom na kůži, ale i na sliznicích a 67x (40,85 %), že rizikový faktor vzniku dekubitu je střížná síla, která nejvíce vzniká v poloze polosedě, či nesprávnou manipulací pacienta („popotahování“ pacienta po podložce).

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti prevence vzniku dekubitů?

Do otázek z oblasti prevence vzniku dekubitů byly zařazeny otázky č. 4–10. Z výsledků byla následně vypočtena průměrná hodnota znalostí v oblasti prevence vzniku dekubitů na 87 %. Znalosti NLZP z této oblasti byly vyhodnoceny jako dostačující.

Otázka č. 4 byla ve vztahu ke znalostem respondentů vyhodnocena jako dostačující. Jedinou správnou odpověď *2 hodiny, v případě potřeby dříve* označilo správně 51 (90 %) respondentů. Autorka Trachtová (2013) doporučuje polohovat nemocné po 2 hodinách podle rozvrhu polohování. Zásadní je přizpůsobit polohu pacienta jeho potřebám. Všech 13 (100 %) respondentů z jednotky intenzivní péče v tomto šetření správně uvedlo, že polohu u ležícího pacienta v riziku dekubitu je nutné měnit v pravidelných časových intervalech *každé 2 hodiny, v případě potřeby dříve*. Z NLZP pracujícího na standardním oddělení zvolilo 5 respondentů špatnou odpověď *4 hodiny* a 1 označil odpověď *Nevím*. V bakalářské práci Gabriely Synkové (2016) uvedlo správně možnost *po 2 hodinách, v případě potřeby častěji* 97 ze 102 (75,19 %) respondentů. Lukáši Krajčovi (2018) v průzkumném šetření v rámci jeho bakalářské práci uvedlo správnou odpověď *po 2 hodinách* pouze 23 z celkového počtu 78 respondentů. Kamila Petrášková (2018) ve své bakalářské práci uvádí, že celý výzkumný soubor ví, jaký je časový interval polohování u pacienta s vysokým rizikem vzniku dekubitů. V bakalářské práci Petráškové (2018) všech 76 (100 %) respondentů z akutní i následné péče správně odpovědělo, že časový interval je *každé 2 hodiny, v případě potřeby dříve*.

U otázky č. 5, která se zabývá znalostí klasifikace rizikových faktorů vzniku dekubitů, vycházejí výsledky hůře, než ve své práci prezentuje Synková (2016). Synková své průzkumné šetření prováděla na několik interních oddělení a na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. V práci Synkové (2016) označilo 101 ze 102 (99,02 %) respondentů klasifikaci Nortonové jako správnou. V této práci byl výsledek 95 % správných odpovědí vyhodnocen stupněm znalosti dostačující. Autoři Koutná a Ulrych (2015) ve své uvádějí knize, že v ČR jsou vyhodnocovány rizikové faktory vzniku dekubitů nejčastěji podle modifikované klasifikace dle Nortonové z roku 1962. Naopak Lukáš Krajč (2018) z Univerzity Karlovy ve své bakalářské práci uvádí, že všichni respondenti uvedli nejčastěji používanou škálu k hodnocení dekubitů dle Hibbsové. Krajč (2018) prováděl průzkum k bakalářské práci na 3 jednotkách intenzivní péče a jeho výzkumný soubor tvořilo 78 respondentů. V této bakalářské práci označilo všech 13 (100 %) respondentů z řad NLZP z jednotky intenzivní péče správně, že se jedná o klasifikaci dle *Nortonové*. Ze standardního oddělení pouze 1 respondent špatně označil klasifikaci dle *Barthelové*, 2 dotazovaní vybrali odpověď *nevím*. Znalosti byly vyhodnoceny jako dostačující.

V otázce č. 6 měli respondenti uvést, jak správně předcházet vzniku dekubitů. Podle Pokorné (2019) je pro prevenci vzniku dekubitu mimo jiné důležitá *identifikace rizikových pacientů a aktivizace a rehabilitace pacientů*. Tato otázka byla celkově zodpovězena správně na 99 %, tím pádem byly znalosti celého výzkumného souboru vyhodnoceny jako dostačující. Gabriela Synková (2016) ve své bakalářské práci uvádí, že správně lze dekubitům předcházet aktivizací a rehabilitací nemocného, co nejkvalitnější hygienickou péčí a také každodenními kontrolami stavu kůže a sliznic.

Podle Mikuly (2008) jsou predilekční místa oblasti, kde je slabá tuková vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí. Touto definicí se v této bakalářské práci zabývá otázka č. 7, znalosti NLZP v oblasti této definice jsou dostačující, protože všichni (100 %) respondenti odpověděli správně. I Gabriela Synková (2016) se ve své bakalářské práci zabývá predilekčními místy. Její respondenti měli výběr z více možností a mohli označit pouze tvrzení, která jsou správná. V práci Synkové bylo 76x (44, 97 %) správně označeno, že predilekční místa jsou málo izolovaná vrstvou podkožního tuku a svalstva a 88x (52, 07 %) bylo správně vybráno, že predilekční místa se kontrolují při každém polohování nemocného.

Otázky č. 8 a 9 se zabývají predilekčními místy. Otázka č. 8 se zaměřuje na predilekční místa u pacienta v poloze na zádech a otázka č. 9 u pacienta v poloze na boku. Autoři Koutná s Ulrychem (2015) ve své publikaci uvádí jako predilekční místa u pacienta v poloze na

zádech tyto oblasti: nad kostí křížovou, nad kostí týlní, nad kostmi patními, nad loketními klouby, nad trnem 7. krčního obratle, nad hřebeny lopatek. Nejméně byl respondenty jako predilekční místo u pacienta v poloze na zádech označován *trn 7. krčního obratle*, a to pouze 8x (14 %). Pouze 40x (70 %) byla označena *týlní kost*. Respondenty z jednotky intenzivní péče byla 10x (77 %) označena jako místo vzniku dekubitu u pacienta v poloze na zádech „*týlní kost*“. Otázka č. 8 byla správně zodpovězena na 73 %. Znalosti byly vyhodnoceny jako dostačující.

Koutná a Ulrych (2015) popisují jako predilekční místa, u pacienta v poloze na boku tyto oblasti: nad kolenními klouby, nad kostí spánkovou, nad kotníky, nad ramenním kloubem, nad velkým chocholíkem a nad hřebeny kyčelních kostí. Pouze 14x (25 %) bylo respondenty zodpovězeno *nad velkým chocholíkem* a jen 30x (53 %) bylo označeno místo *nad kolenními klouby*. Jako predilekční místo u pacienta v poloze na boku byla 33x (58 %) označena oblast *nad kostí spánkovou*. Možnost *nad ramenním kloubem* byla označena pouze 32x (56 %). Otázka číslo 9 byla správně zodpovězena na 55 %. Znalosti respondentů v této otázce byly vyhodnoceny jako nedostačující.

Vzhledem k nedostačeným znalostem týkajících se predilekčních míst byl jako výstup této práce vytvořen edukační leták (Příloha E) pro nelékařský zdravotnický personál nemocnice, ve které průzkumné šetření probíhalo.

Otázka č. 10 měla za úkol zjistit, zda respondenti vědí, jakou složku v potravě je potřeba zvýšit u rizikových pacientů. Jak ve svém článku uvádí Grofová (2019), pro prevenci vzniku dekubitů se doporučuje zvýšit příjem bílkovin, jelikož je dokázáno, že dostatečný příjem bílkovin pomáhá předcházet vzniku dekubitů. Potřeba bílkovin u pacienta s dekubitem je doporučena minimálně na 30–35 kcal na kg tělesné hmotnosti za den, při požadavku 1 až 1,5 g bílkovin na kg a den a tekutin 1 ml na 1 kcal na den nebo 30 ml/kg tělesné hmotnosti a den. Správnou odpověď *proteinů* označilo celkem 54 (95 %) respondentů. Znalosti z této otázky byly hodnoceny tedy jako dostačující.

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti péče o dekubit?

Do otázek z oblasti péče o dekubity byly zařazeny otázky č. 11–17. Z výsledků z okruhu z těchto otázek byla následně vypočtena průměrná hodnota znalostí v oblasti péče o dekubit na 94 %. Znalosti NLZP z toho okruhu byly vyhodnoceny jako dostačující.

Z dosažených výsledků u otázky č. 11 z oblasti klasifikace stupně dekubitů lze soudit, že většina respondentů používá jako hodnotící škálu poškození kůže, škálu doporučovanou EPUAP/EPUAP, a to klasifikaci čtyř stádií dekubitů. Pokorná (2019) ve své knize uvádí, že již roku 1989, během první konference NPUAP, byl vyvinut základní čtyřstupňový systém pro hodnocení dekubitů podle závažnosti postižení. Znalosti z této otázky byly vyhodnoceny jako dostačující, protože 56 (98 %) respondentů odpovědělo správně *4 stupně*. V bakalářské práci Petráškové (2018) uvedlo 73 (96,1 %) z celkového počtu 76 respondentů správnou možnost 4 stádií klasifikace dekubitů. Pouze 1 respondent v této bakalářské práci uvedl nesprávnou odpověď *3 stupně*. Znalost klasifikace dekubitů je považována za velice důležitou pro následnou léčbu již vzniklého dekubitu a pro další preventivní opatření.

Dalším zjištěním bylo, že všichni respondenti (100 %) vědí, do jaké polohy by uvedli pacienta s dekubitem v oblasti křížové kosti, tzn. do *polohy na boku*. Znalosti NLZP této problematiky (otázka č. 12) tudíž byly hodnoceny jako dostačující. V práci Synkové (2016) se objevila otázka: *Označte, do jaké polohy byste nejhodněji uložila pacienta s dekubitem v sakrální oblasti?* Na tuto otázku bylo 54x (52,94 %) zodpovězeno: *poloha na levém boku (mírná boční) s antidekubitní podložkou za trupem a podloženou hlavou* a 46x (45,10 %) *poloha na levém boku připomínající polohu stabilizovanou. Podložené je pravé koleno, pravá horní končetina a hlava*.

Otázka č. 13 se týká znalostí výhod „moderního“ krytí. Správnou odpověď *snížení počtu převazů s vlhkým krytím o 4-5násobek oproti klasickým výměnám* vybrali respondenti 54x (98 %) a druhou správnou odpověď *menší bolestivost, menší spotřeba analgetik* označili respondenti 44x (77 %). Celkově byla otázka č. 13 správně zodpovězena na 88 %. Tato otázka byla v rámci znalostí NLZP vyhodnocena jako dostačující. „*Do výhod moderního krytí patří rychlejší čištění spodiny a granulace vředů, menší pracovní zátěž ošetřujícího personálu, menší bolestivost a menší spotřeba analgetik, snížená počtu převazů s vlhkým krytím o 4-5násobek oproti klasickým výměnám, a také zkrácení celkové doby léčení na cca 50–75 %*“ (Stryja, 2011. s. 261–263). Oropallo (2016) uvádí jako hlavní výhody moderního krytí, např. zkrácení doby hojení, snížení bolesti, udržení růstových faktorů v ráně, stimulace syntézy kolagenu, snížení výskytu infekce v ráně. Všichni (n=13) respondenti z jednotky intenzivní péče označili odpověď: *snížení počtu převazů s vlhkým krytím o 4–5násobek oproti klasickým výměnám..* Druhá správná odpověď *menší bolestivost, menší spotřeba analgetik* byla respondenty z jednotky intenzivní péče označena 8x (62 %).

Otázka č. 14 hodnotí znalosti týkající se základní podmínky pro léčbu dekubitu. Stryja (2015) popisuje jako ideální krytí, které zajišťuje stabilní vlhké prostředí, stabilní pH a teplotu na povrchu rány a je bariérou proti infekci. Možnost *vlhkého* označilo celkem 54 (95 %) respondentů. Znalosti NLZP jsou tedy hodnoceny jako dostačující. Celý výzkumný soubor z jednotky intenzivní péče věděl, že základní podmínkou pro hojení ran je zajištění vlhkého prostředí v ráně. Oropallo (2016) ve svém článku uvádí, že ve vlhkém prostředí pro hojení ran je tělo schopné soustředit se spíše na hojení rány než na její ochranu a rány se hojí rychleji.

Pozitivní bylo také zjištění, že na otázku č. 15 odpovědělo 56 (95 %) respondentů správně. Otázka se zabývala znalostmi v oblasti chirurgické léčby dekubitu, konkrétně při léčbě, jakého stupně dekubitu se nejčastěji provádí chirurgické odstranění nekrózy, Stryja (2011) píše, že pro chirurgickou léčbu jsou indikovány dekubity „III. a IV. stupně.“ Podle NPUAP, EPUAP a PPPIA je chirurgická léčba dekubitů popsána takto: možnost operace je u pacientů s dekubitem III. nebo IV. stupně, které nereagují na konzervativní léčbu. Znalosti NLZP v této otázce byly vyhodnoceny jako dostačující.

Také u otázky č. 16 všichni (100 %) respondenti správně odpověděli, že se na postižená místa nesmí aplikovat masti, které obsahují kafir, mentol, jak uvádí v literatuře Stryja (2015).

U otázky č. 17 měli respondenti uvést příklad nutričních doplňků s vysokým obsahem energie, bílkovin a specifických nutrientů používaných při léčbě dekubitů. Balnerová (2012) uvádí přípravek Cubitan, který obsahuje vysoké množství proteinů, vitamíny, minerály, stopové prvky a arginin. Cubitan podle odborných studií pozitivně ovlivňuje malnutrici, zlepšuje chuť k jídlu, působí na psychickou stránku pacienta a vede ke zhojení defektů. Přípravek Cubitan byl v dotazníku jedinou správnou odpovědí. Tuto možnost označilo 45 (79 %) z celkového počtu 57 respondentů. Znalosti NLZP v této otázce byly vyhodnoceny jako dostačující. Podobnou otázku měly ve svých bakalářských pracích Petrášková (2018) i Synková (2016). Příkladem nutričních doplňků s vysokým obsahem energie, bílkovin a specifických nutrientů používaných při léčbě dekubitů je přípravek Cubitan. Výsledky této práce vyšly nejhůře oproti zmiňovaným dvěma pracím. Petrášková ve své práci uvádí 92, 1 % a Synková 95, 1 % správných odpovědí. V této práci bylo správných odpovědí zodpovězeno na 79 %.

9 ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zabývala tématem hodnocení znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti péče o pacienta s dekubitem. Hlavní cílem bylo zmapovat znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti péče o pacienta s dekubitem. Z výsledků práce vyplynulo, že znalosti tohoto výzkumného souboru byly dostačující. Průměrná hodnota znalostí celkově činila 91 %. Na základě získaných dat lze hodnotit znalosti v oblasti příčin vzniku dekubitů jako dostačující, protože průměrná hodnota znalostí v této oblasti byla 93 %. V oblasti prevence vzniku dekubitu byla průměrná hodnota správných odpovědí 87 % a v oblasti léčby dekubitů byla průměrná hodnota správných odpovědí vypočtena na 94 %.

V otázce č. 9 měl výzkumný soubor rezervy. Jednalo se o otázku zabývající se problematikou prevence vzniku dekubitů. Otázka č. 9 zaměřená na predilekční místa vzniku dekubitů, byla vyhodnocena jako nedostatečné znalosti NLZP na 55 %, z tohoto důvodu byl následně vytvořen edukační materiál pro nelékařský zdravotnický personál nemocnice krajského typu, ve které průzkumné šetření probíhalo.

Dále také došlo k porovnání znalostí NLZP pracujících na standardním oddělení a jednotce intenzivní péče. Průzkumné šetření ukázalo, že největší deficit znalostí mají NLZP z jednotky intenzivní péče v otázce č.9, která se týká predilekčních míst. Otázka č.9 byla respondenty z jednotky intenzivní péče správně zodpovězena na 59 %.

Výsledky tohoto výzkumu byly poskytnuty manažerce oddělení kvality zařízení, kde byl průzkum prováděn, bylo jí navrženo začlenění seminářů o dekubitech do plánů celoživotního vzdělávání nelékařských pracovníků. Zároveň jí byl předán vytvořený edukační materiál (Příloha E), jenž by mohl posloužit jako osvěta pro nelékařský zdravotnický personál této nemocnice. Tato bakalářská práce byla přínosem i pro mě samou, díky ní jsem se dozvěděla mnoho nových informací nejen o zpracovávané tematice.

Závěrem bych ráda upozornila na limity tohoto průzkumného šetření. Bylo by vhodné zapojit do průzkumu více pracovníků z jednotek intenzivní péče, což by umožnilo lepší srovnání se standardními odděleními. Dále v dotazníku u otázky č. 22 chyběla možnost *jiné* pro ty respondenty, kteří získali informace i z jiných zdrojů, například z internetu.

POUŽITÁ LITERATURA

Tištěné zdroje

BALNEROVÁ, Eva. Komplexní léčba dekubitů u geriatrických pacientů. *Florence*. 2012, 8 (3), s. 38-39. ISSN 1801- 464X.

CSISCO, Matej. Prevence dekubitů v ošetrovatelské praxi. *Sestra*. 2014, 24 (4), s. 30-31. ISSN 1210- 0404.

GROFOVÁ, Kala Zuzana. Vliv nutriční na hojení chronických ran a defektů. *Medicína pro praxi*. 2019, 16 (2), s. 130-132. ISSN 1214-8687.

GROFOVÁ, Kala Zuzana. *Dieta na podporu hojení ran*. 1. vyd. Praha. 2012, 190 s. ISBN 978-80-87250-21-1.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. *Prevence a léčba dekubitů-příručka k doporučení pro klinickou praxi* [online]. 2015, [cit. 2020-01-08]. Dostupné z: www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/czech-dekubity-preklad_uprava_july2015.pdf

HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Edward HUEL. *Management chronických ran*. 1. vyd. Praha: Grada, 2019, 224 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0620-2.

CHRÁSKA Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Grada. 2016, 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.

JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 136 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5345-4.

KELNEROVÁ Jarmila et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy 1. ročník*. 2. vyd. Praha: Grada. 2014, 240 s. ISBN 978-80-247-5332-4.

KOUTNÁ, Markéta a ULRYCH, Ondřej. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015, 200 s. ISBN 978-80-7492-190-2.

LIBERTOVÁ, Karla. STOP dekubitům. *Zdravotnictví, medicína*. 2017, 12, s. 21. ISSN 2336-2987.

MEZERA, Vojtěch, BUREŠ, Ivo. Chronické nehojící se rány v geriatrii. *Vnitřní lékařství*. 2018, 64 (11), s. 1098-1104. ISSN 0042- 773X.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 272 s. ISBN 978-80-247-3184-1.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. vyd. Praha: Grada, 2016, 256 s. ISBN 978-80-271-0131-3.

OROPALLO, Alisha. WoundSource. *The benefits of Moist Wound Healing* [online]. 2016, [cit. 2020-03-31] Dostupné z: <https://www.woundsource.com/blog/benefits-moist-wound-healing>

PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 80 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2682-3.

POKORNÁ, Andrea. *Úvod do wound managementu: příručka pro hojení chronických ran pro studenty nelékařských oborů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 112 s. ISBN 978-80-210-6048-7.

POKORNÁ, Andrea a Alena KOMÍNKOVÁ. *Ošetřovatelské postupy založené na důkazech*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013, 171 s. ISBN 978-80-210-6331-0.

POKORNÁ, Andrea a MRÁZOVÁ, Romana. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 2012, 192 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

POKORNÁ, Andrea, Dana DOLANOVÁ, Veronika ŠTROMBACHOVÁ, Petra BŮŘILOVÁ, Jana KUČEROVÁ a Jan MUŽÍK. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. 1.vyd. Praha: Grada, 2019, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0720-9.

POKORNÁ, Andrea. Prevence dekubitů při používání inkontinenčních pomůcek. *Urologie pro praxi*. 2017. 18 (5), s. 243. ISSN 1803-5299.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelsví I*. 2. vyd. Praha: Grada, 2018, 286 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.

PRŮCHA Jan. *Andragogický výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada. 2014, 152 s. ISBN 978- 80-247-5232-7.

STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran 2*. 1. vyd. Semily: Geum, 2011, 372 s. ISBN 978-808-6256-79-5.

STRYJA, Jan a Andrea POKORNÁ. Medical Tribune. *Receptem na úspěch je efektivní edukace* [online]. 2011, 4 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/21671-receptem-na-uspech-je-efektivni-edukace>

ŠEFLOVÁ, Lenka, STEJSKALOVÁ, Petra a DANIŠ Lukáš. Dekubity v praxi. *Medicina pro praxi*. 2016. 13 (5), s. 263-267. ISSN 1214-8687.

ŠEFLOVÁ, Lenka, JANČÍKOVÁ, Gabriela. Postupy v prevenci a léčbě dekubitů. *Medicina pro praxi*. 2010, 7, s. 56-67. ISSN 1214-8687.

TRACHTOVÁ Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCONZO. 2013, 185 s. ISBN 978-807013-553-2.

VÁŇOVÁ, Hana a Jiří SKOPAL. *Metodologie a logika výzkumu v hudební pedagogice*. 3. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017, 164 s. ISBN 978-80-246-3621-4.

VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ a Lucie DOLEJŠÍ. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2019, 216 s. ISBN 978-80-247-2747-9.

VYTEJČKOVÁ Renata et al. *Ošetrovatelské postupy pro nemocné I*. 1.vyd. Praha: Grada. 2011, 232+24 s. ISBN 978-80-247-3419-4. 39.

VYTEJČKOVÁ Renata et al. *Ošetrovatelské postupy pro nemocné III*. 1.vyd. Praha: Grada. 2015, 304 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

WAGNER, Uwe. *Polohování v péči o nemocné*. 2.vyd. Praha: Grada, 2018, 136 s. ISBN 978-3-437-25074-3.

ZEMAN, Miroslav et al. *Chirurgická propedeutika*. 3. vyd. Praha: Grada. 2011, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

Akademické práce

KRAJČ, Lukáš. *Srovnání znalostí všeobecných sester a praktických sester o prevenci a léčbě dekubitů*. Praha, 2018. 94 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Pavla Kordulová.

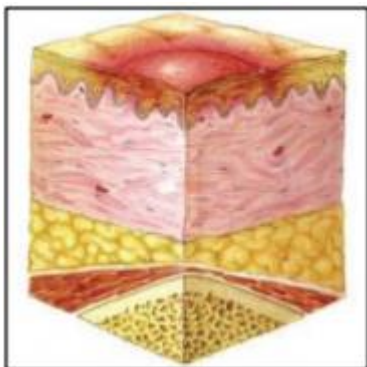
PETRÁŠKOVÁ, Kamila. *Znalosti nelékařského zdravotnického personálu v oblasti prevence, péče a vzniku dekubitů*. Pardubice, 2018. 99 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Kristýna Šoukalová.

SYNKOVÁ, Gabriela. *Úroveň znalostí zdravotních sester o problematice dekubitů*. Brno, 2016. 123 s. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Soňa Vasmanská.

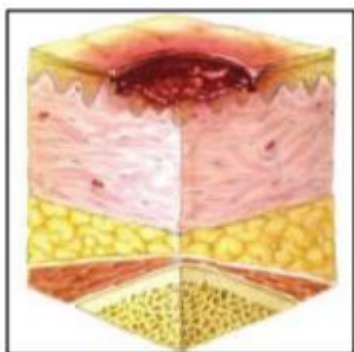
PŘÍLOHY

Příloha A – Stupně dekubitů dle NPUAP-EPUAP-PPPIA klasifikace	69
Příloha B – Škála dle Nortonové	71
Příloha C – Predilekční místa	72
Příloha D – Dotazník „Hodnocení úrovně znalostí NLZP v oblasti péče o pacienta s dekubitem“	73
Příloha E – Edukační materiál pro nelékařský zdravotnický personál v oblasti predilekčních míst.....	78

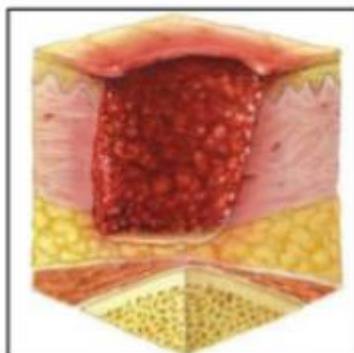
Příloha A – Stupně dekubitů dle NPUAP-EPUAP-PPPIA klasifikace



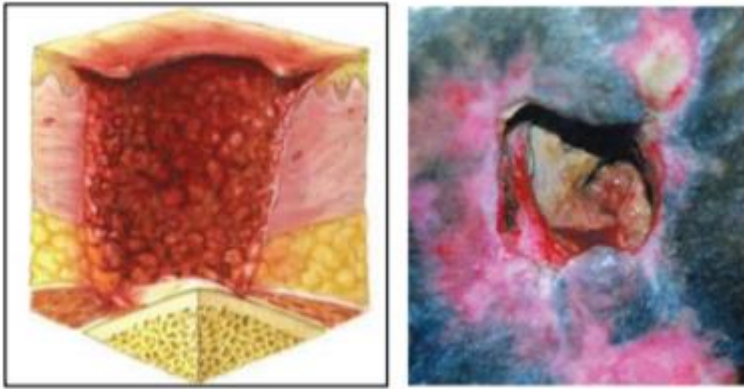
Obr. 1 - Dekubitus I. stupně: Zarudnutí kůže /neblednoucí hyperemie – erytém (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2015, s. 15).



Obr. 2 - Dekubitus II. stupně: Částečná ztráta kožního krytu (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2015, s. 15).



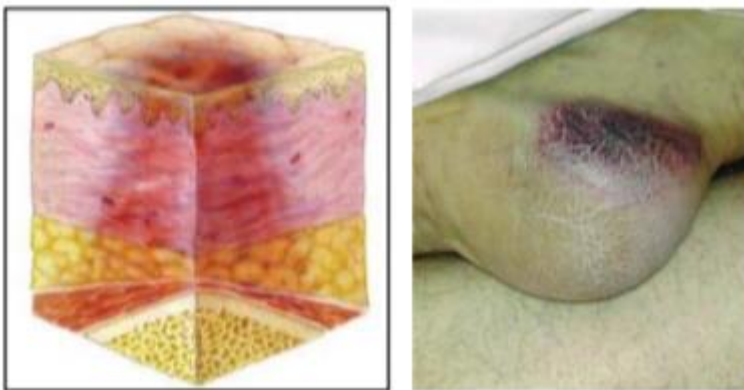
Obr. 3 - Dekubitus III. stupně: Úplná ztráta kožního krytu (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2015, s. 15).



Obr. 4 - Dekubitus IV. stupně: Úplná ztráta kůže a podkoží (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2015, s. 16).



Obr. 5 - Bez určení stupně: Neznámá hloubka rány/vředu (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2015, s. 16).



Obr. 6 - Podezření na hluboké poškození tkání: Neznámá hloubka rány/vředu (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2015, s. 16).

Příloha B – Škála dle Nortonové

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita	
Úplná	4	00-10	4	Normální	4	Žádné	4	Dobry	4	Dobry	4	Úplná	4	Není	4	Chodí	4
Malá	3	11-30	3	Alergie	3	Horečka Diabetes Anemie Karcinom	Podle závažnosti nemoci 3-1	Zhoršený	3	Apatický	3	Částečně omezená	3	Občas	3	Doprovod	3
Částečná	2	31-60	2	Vlhká	2	Kachexie Obezita On.cév A jiné		Špatný	2	Zmatený	2	Velmi omezená	2	Převážně močová	2	Sedačka	2
Žádná	1	nad 60	1	Suchá	1			Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Žádná	1	Stolice i moč	1	Upoután na lůžko	1

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

Obr. 1 – Škála dle Nortonové, Zdroj obrázku: gebymaruska.blog.cz/

Příloha C – Predilekční místa



Obr. 1 – Poloha na zádech, Zdroj obrázku: Vlastní



Obr. 2 – Poloha na břiše, Zdroj obrázku: Vlastní



Obr. 3 – Poloha na boku, Zdroj obrázku: Vlastní

DOTAZNÍK

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Nikola Loskotová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Obracím se na Vás s prosbou o zapojení do průzkumného šetření zaměřeného na hodnocení úrovně znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti péče o pacienta s dekubitem.

Toto hodnocení spočívá ve vyplnění předloženého anonymního dotazníku.

Cílem tohoto dotazníku je zjistit rozdíl úrovně znalostí nelékařského zdravotnického personálu v péči o pacienty s dekubitem na odděleních akutní péče.

Vaše účast na průzkumu je zcela dobrovolná, není honorována, ani pro Vás není spojena s žádnými náklady. Velmi si vážím Vaší spolupráce, ochoty a předem Vám děkuji za čas, který jste věnoval(a) vyplněním dotazníku.

V případě dotazů jsem Vám k dispozici.

Nikola Loskotová

1. Jak byste definovali pojem dekubitus?

- Místní poškození tkáně s vyšší pigmentací
- Místní buněčné poškození tkáně vlivem snížené imunity
- Rána vzniklá na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň
- Nevím

2. Jaké jsou příčiny vzniku dekubitu? (možnost více správných odpovědí)

- Přímý tlak na kůži
- Inkontinence moči a stolice
- Zvýšený příjem bílkovin
- Malnutrice
- Nevím

3. Označte správné tvrzení. (možnost více správných odpovědí)
- Dekubity vznikají pouze u mužů
 - Dekubity mohou vznikat nejenom na kůži, ale i na sliznicích
 - Dekubity vznikají pouze u pacientů starších 70 let
 - Dekubity v poloze na boku nejčastěji vznikají nad kostí spánkovou, nad ramenním kloubem, nad kotníky a nad kolenními klouby.
 - Nevím
4. Polohu u ležícího pacienta v riziku dekubitu měníme přes den v pravidelných časových intervalech každé:
- 2 hodiny, v případě potřeby dříve
 - 4 hodiny
 - 6 hodin
 - Nevím
5. V ČR vyhodnocujeme rizikové faktory vzniku dekubitů podle modifikované klasifikace:
- MADDON
 - Barthelové
 - Nortonové
 - Apgarové
 - Nevím
6. V čem spočívá správné předcházení vzniku dekubitů? (možnost více správných odpovědí)
- Identifikace rizikových pacientů
 - Sledování příjmu tuků
 - Polohování pacienta každé 4 hodiny
 - Aktivizace a rehabilitace pacientů
 - Polohování pacienta každých 6 hodin v noci
 - Nevím
7. Co jsou to predilekční místa?
- Místa, kde se tvoří krev
 - Místa, kde vzniká žluč
 - Místa, kde je silná tuková vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí
 - Místa, kde je slabá tuková vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí
 - Nevím

8. Na následujícím obrázku vyznačte místa, která jsou ohrožena vznikem dekubitů u pacienta v poloze na zádech.



Zdroj obrázku:Trendweb.sk

9. Nejčastějšími místy vzniku dekubitů v poloze na boku jsou místa: (možnost více správných odpovědí)

- Nad kostí spánkovou
- Nad ramenním kloubem
- Nad hřebenem kyčelních kostí
- Nad velkým chocholíkem
- Nad kolenními klouby
- Nad kotníky
- Nevím

10. U pacientů v riziku dekubitu je nutné zvýšit příjem:

- Vlákny
- Tuků
- Sacharidů
- Proteinů

11. Kolik stupňů dekubitů dle mezinárodní klasifikace NPUAP/EPUAP hodnotíme?

- 3 stupně
- 4 stupně
- 2 stupně
- Nevím

12. Do jaké polohy uložíme pacienta s dekubitem v oblasti křížové kosti?

- Polohu supinační – na zádech
- Polohu na boku
- Genukubitální- Kolenoloketní
- Nevím

13. Mezi výhody „moderních“ krytí patří: (možnost více správných odpovědí)

- Snížení počtu převazů s vlhkým krytím o 4- 5 násobek oproti klasickým výměnám
- Pomalejší čištění spodiny a granulace vředů
- Menší bolestivost, menší spotřeba analgetik
- Nevím

14. Základní podmínkou pro léčbu proleženin je zajištění (vyberte z následujících možností) prostředí v ráně, které brání vstupu infekce z okolí rány a udržuje v ráně stálou teplotu.

- Suchého
- Vlhkého
- Nevím

15. Při léčbě jakého stupně dekubitu se nejčastěji provádí chirurgické odstranění nekrózy (odúmrť tkáně)?

- I. a II. stupně
- III. a IV. stupně
- Pouze u dekubitu III. stupně
- U žádného dekubitu se chirurgické odstranění nekrózy neprovádí
- Lze použít u všech stupňů dekubitů
- Nevím

16. Smí se na postižená místa aplikovat masti, která obsahují mentol, kafr?

- Ano
- Ne
- Nevím

17. Příkladem nutričních doplňků s vysokým obsahem energie, bílkovin a specifických nutrientů používaných při léčbě dekubitů je?

- Nutridrink
- Cubitan
- Diasip
- Nevím

18. Jaké je Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

19. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

- Méně než 5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- Více jak 20 let

20. Na kterém oddělení akutní péče pracujete?

- Interní oddělení
- Neurologické oddělení
- Chirurgické oddělení
- Interní oddělení JIP

21. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- SZŠ (praktická sestra, všeobecná sestra)
- VOŠ – Dis.
- VŠ – Bc.
- VŠ – Mgr.
- Specializační vzdělání

22. Kde jste získal(a) znalosti o dekubitech? (možnost více odpovědí)

- Střední škola
- Vyšší odborná škola
- Vysoká škola
- Doškolovací kurzy
- Odborná literatura
- Praxe



*EDUKAČNÍ MATERIÁL PRO NELEKAŘSKÝ
ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL V OBLASTI PREDILEKČNÍCH MÍST*

Vypracovala: Nikola Loskotová, studentka Univerzity Pardubice, Fakulty zdravotnických studií, rok 2020,
Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Šoukalová

Predilekční místa: oblasti nad kostními vyvýšeninami, která jsou z hlediska rozvoje dekubitu vysoce riziková. Jsou to místa s dostatečně velkou styčnou plochou kloubu či kosti krytou kůží a sníženou vrstvou tukové tkáně v dané lokalizaci (Pokorná, Mrázová, 2012, str. 115).



Obr. 1 – Poloha na zádech, Zdroj obrázku: Vlastní

V poloze na zádech jsou to oblasti: nad kostí křížovou, nad kostí týlní, nad kostmi patními, nad loketními klouby, nad trnem 7.krčního obratle, nad hřebeny lopatek (Koutná, Ulrych, 2015, str. 11).



Obr. 2 – Poloha na břiše, Zdroj obrázku: Vlastní

V poloze na břiše jsou nejvíce ohroženy oblasti: na uchu, nad koleny, nad palci dolních končetin, nad hřebeny kostí kyčelních, nad lící kostí (Koutná, Ulrych, 2015, str. 11).

Zdroj: vlastní tvorba



Obr. 3 – Poloha na boku, Zdroj obrázku: Vlastní

Při poloze na boku jsou to tyto místa: nad kolenními klouby, nad kostí spánkovou, nad kotníky, nad ramenním kloubem, nad velkým chocholíkem, nad hřebeny kyčelních kostí (Koutná, Ulrych, 2015, str. 11).



POUŽITÉ ZDROJE

OBRÁZKY: Vlastní zdroj

LITERATURA:

KOUTNÁ, Markéta a ULRYCH, Ondřej. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015, 200 s. ISBN 978-80-7492-190-2.

POKORNÁ, Andrea a MRÁZOVÁ, Romana. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 2012, 192 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

Zdroj: vlastní tvorba