

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023

Jiří Brabenec

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Efektivita hodnocení rizika dekubitů v klinické praxi

Diplomová práce

2023

Bc. Jiří Brabenec, DiS.

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2021/2022

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Jiří Brabenec, DiS.**  
Osobní číslo: **Z21321**  
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**  
Téma práce: **Efektivita hodnocení rizika dekubitů v klinické praxi**  
Téma práce anglicky: **Effectiveness of pressure ulcer risk assessment in clinical practice**  
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: **50 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BRABCOVÁ, Iva a Sylva BÁRTLOVÁ. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2015. ISBN 978-80-7422-402-7.  
HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.  
HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Edward HULO. *Management chronických ran*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0620-2.  
MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.  
POKORNÁ, Andrea, Dana DOLANOVÁ, Veronika ŠTROMBACHOVÁ, Petra BÚŘILOVÁ, Jana KUČEROVÁ a Jan MUŽÍK. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0720-9.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D.**  
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**  
Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2023**

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.** v.r.  
děkanka

L.S.

**Mgr. et Mgr. Michal Kopecký** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2023

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem Hodnocení rizika dekubitů v klinické praxi jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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 26. 4. 2023

Bc. Jiří Brabenec, DiS. v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Mé velké poděkování a vděčnost za veškerou pomoc a rady během psaní této diplomové práce patří Mgr. Zuzaně Červenkové, Ph.D., bez ní by tato práce nikdy nevznikla. Další poděkování patří mé rodině, především mému bratrov, Ing. Ondřeji Brabencovi, za mnohé rady technického charakteru a dodávání pravidelné dávky optimismu, že práci zvládnou napsat.

## **ANOTACE**

Tématem diplomové práce je efektivita hodnocení rizika dekubitů v klinické praxi vybraného pracoviště spolupracující nemocnice. Teoretická část je zaměřena nejen obecně na riziko vzniku dekubitů a jejich prevenci, ale rovněž na management kvality se zaměřením právě na prevenci dekubitů. Výzkumná část na teoretickou volně navazuje formou aplikovaného výzkumu studiem interních předpisů, pozorováním, rozhovory a dotazníkovým šetřením mezi zaměstnanci. Svými cíli se snaží zmapovat současný stav a navrhnout progresivní úpravy za účelem zvýšení kvality poskytované ošetrovatelské péče na zkoumaném pracovišti.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Aplikovaný výzkum, hodnocení rizika dekubitů, klinická praxe, management kvality

## **TITLE**

Effectiveness of pressure ulcer risk assessment in clinical practice

## **ANNOTATION**

The topic of the master's thesis is the effectiveness of pressure ulcer risk assessment in the clinical practice of a selected workplace of a cooperating hospital. The theoretical part is focused not only on the risk of pressure ulcers and prevention in general, but also on quality management with a focus on the prevention of pressure ulcers. The research part loosely follows on from the theoretical one in the form of applied research by studying internal regulations, observation, interviews and a questionnaire survey among employees. With its goals, it tries to map the current state and propose progressive adjustments in order to increase the quality of nursing care provided at the investigated workplace.

## **KEYWORDS**

Applied research, clinical practice pressure ulcer risk assessment, quality management,

# OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle a metody práce .....	13
Teoretická část .....	14
2 Dekubity.....	14
2.1 Co je to dekubitus a jak vzniká .....	14
2.2 Klasifikace dekubitů.....	15
2.3 Problematika dekubitů v číslech .....	16
2.4 Rizikové faktory pro vznik dekubitu.....	18
2.4.1 Vnější faktory vzniku.....	18
2.4.2 Vnitřní faktory vzniku .....	19
2.5 Hodnocení rizika dekubitů a typy škál.....	21
2.6 Prevence vzniku dekubitů .....	22
3 Kvalita péče .....	26
3.1 Resortní bezpečnostní cíle (RBC).....	26
3.2 Interní a externí audity .....	27
3.3 Dekubit jako indikátor kvality, nežádoucí události.....	28
Výzkumná část.....	30
4 Metodika výzkumné části .....	31
4.1 Charakteristika zkoumaného pracoviště .....	31
4.2 Charakteristika respondentů dotazníkového šetření.....	33
4.3 Metodika předvýzkumu .....	34
4.4 Metodika vlastního dotazníkového šetření.....	35
5 Předvýzkum .....	37
5.1 Analýza interních dokumentů .....	37
5.1.1 Směrnice <i>Zdravotnická dokumentace</i> .....	37
5.1.2 Standard ošetrovatelské péče <i>Péče o kůži</i> .....	38



5.1.3	Standard ošetrovateľskej péče <i>Prevence a ošetrovaní dekubitů a nehojících se ran</i>	38
5.1.4	Metodický pokyn <i>Prevence a léčba dekubitů a nehojících se ran</i> .....	38
5.1.5	Shrnutí analýzy dokumentů k ověření v praxi: .....	39
5.2	Pozorování.....	40
5.2.1	Pozorování na standardním lůžkovém oddělení .....	40
5.2.2	Pozorování na jednotce intenzivní péče.....	41
5.2.3	Některé zjištěné skutečnosti při pozorování .....	43
5.3	Rozhovor se zdravotníky.....	43
5.3.1	Některé zjištěné skutečnosti při rozhovorech se zdravotníky.....	45
5.4	Výsledek předvýzkumu – co je třeba výzkumem ověřit:.....	45
6	Dotazníkové šetření .....	46
7	Diskuze .....	57
7.1	Obsahují interní předpisy k hodnocení rizika dekubitů všechny náležitosti uvedené v Národním ošetrovateľském postupu a doporučeních EPUAP?.....	57
7.2	Jsou interní předpisy k hodnocení rizika dekubitů jednoznačně popisující, jak mají zdravotníci postupovat? .....	58
7.3	Probíhá písemné hodnocení rizika vzniku dekubitů v souladu s vnitřními předpisy?	59
7.4	Probíhá písemné plánování intervencí v souladu s vnitřními předpisy?.....	62
7.5	Jak je ze strany kvalifikovaných zdravotníků hodnocen současný přístup? .....	64
7.6	Mají zdravotníci nějaký návrh na úpravu současného systému hodnocení a plánování péče? 65	
7.7	Návrhy pro vedení pracoviště na změnu či zlepšení .....	68
8	Závěr .....	70
9	Bibliografie .....	72
10	Přílohy.....	76

## SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 - Schéma průběhu výzkumné práce .....	31
Tabulka 1 - Statistiky dekubitů v ČR a zkoumaném zdravotnickém zařízení v roce 2021 .....	18
Tabulka 2 - Přehled obsazenosti služeb .....	33
Tabulka 3 - Délka praxe na pracovišti .....	46
Tabulka 4 - Popisné statistiky, délka praxe respondentů .....	46
Tabulka 5 - Přehled respondentů dle vzdělání a ukončeného adaptačního procesu .....	47
Tabulka 6 - Souhrn odpovědí na polouzavřené otázky 6–8 .....	51
Tabulka 7 - Realizované intervence při vyhodnocení pacienta v riziku vzniku dekubitu .....	52
Tabulka 8 - Zaznamenávaná preventivní opatření v dokumentaci .....	54
Tabulka 9 - Důvod k přehodnocení rizika dle škály .....	55
Tabulka 10 - Návrhy na úpravu stávajícího systému .....	56
Tabulka 11 - Zkušenosti z jiných pracovišť .....	56
Graf 1 - Délka praxe na pracovišti .....	47
Graf 2 - Porovnání účasti zaměstnanců dle nejvyššího dosaženého vzdělání .....	48
Graf 3 - Respondentem preferovaný postup při hodnocení rizika dekubitů .....	48
Graf 4 - Důkladnost vyšetření pacienta před hodnocením škál .....	49
Graf 5 - Zastoupení respondentů s odpovědí "C" u otázky 5 dle dokončeného vzdělání a ukončenosti adaptačního procesu .....	49
Graf 6 - Dostatečnost a uživatelský komfort stávajícího systému .....	50
Graf 7 - Odlišnost preventivních opatření a intervencí dle stupně rizika .....	52
Graf 8 - Jak často respondent hodnotí stav kůže a případný vývoj dekubitů na predilekčních místech? .....	53
Graf 9 - Zaznamenávání realizovaných preventivních opatření do zdravotnické dokumentace .....	54
Graf 10 - Zájem respondentů o připravené plány péče .....	55

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ASA	Alkoholová septální ablace
ČR	Česká republika
ČSLR	Českou společnost pro léčbu rány
EPUAP	Evropský poradní panel pro otázky dekubitů (European Pressure Ulcer Advisory Panel)
FZS	Fakulta zdravotnických studií
i. v.	Intravenózně
ICD	Implantabilní kardioverter – defibrilátor (Implantable Cardioverter-Defibrillator)
ISQua	Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (International Society for Quality in Health Care)
JIP	Jednotka intenzivní péče
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NOP	Národní ošetrovatelské postupy
NPUAP	Národní poradní panel Spojených států pro otázky dekubitů (The US National Pressure Ulcer Advisory Panel)
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PFO	Perzistující (otevřené) foramen ovale
PiCCO	Termodiluční měření srdečního výdeje (Pulse Contour Cardiac Output)
PMK	Permanentní močový katétr
PPPIA	Panpacifická aliance pro dekubity (The Pan Pacific Pressure Injury Alliance)
RBC	Rezortní bezpečnostní cíl
SHNU	Systém hlášení nežádoucích událostí
SKG	Selektivní koronarografie

TAVI	Katetrizační náhrada aortální chlopně (Transcatheter Aortic Valve Implantation)
UNIS	Univerzální nemocniční informační systém (patientský software využívaný ve zkoumaném zdravotnickém zřízení)
UPCE	Univerzita Pardubice
UPV	Umělá plicní ventilace
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZZ	Zdravotnické zařízení
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

## ÚVOD

V rámci Evropské unie je zhruba osmi až dvanácti procentům pacientů přijatých do nemocnic způsobena újma během poskytování zdravotní péče. Ministerstvo zdravotnictví České republiky postupně zavádí systémová opatření, která vedou ke snížení rizika popisované újmy pacientů i k zajištění vyšší kvality poskytované zdravotní péče. Jedním z preventivních opatření je i vyhlášení Resortních bezpečnostních cílů (RBC), které se věnují prevenci největších rizik souvisejících s poskytováním zdravotní péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021). Jen v oficiálním Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) bylo v uvedeném roce evidováno 104 516 nežádoucích událostí a z nich téměř polovina (50 795) připadala právě na nově vzniklé dekubity u hospitalizovaných pacientů (ÚZIS, 2022). Mezi RBC řadíme i cíl číslo 8 Prevence vzniku proleženin / dekubitů u hospitalizovaných pacientů, právě s cílem toto riziko minimalizovat. Zdravotnická zřízení se prevenci dekubitů věnují ve svých interních předpisech často velmi obsáhle. V současné době je výskyt dekubitů jedním z hlavních indikátorů hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče (Brabcová, 2021). Správně nastavená interní preventivní opatření, postupy a obsah interních předpisů kontrolují při svých šetřeních nejen interní či externí auditoři. Důvodem k zájmu o úspěšné akreditování zdravotnického zařízení by měla být především snaha poskytovat kvalitní a bezpečnou péči (Šupšáková, 2017). V průběhu klinické praxe jsem však dospěl k otázce, zda jsou na pracovišti, kde jsem již několik let zaměstnán, všechny procesy v praxi nastaveny dostatečně, případně řádně realizovány ošetrovatelským personálem. A pokud nejsou, je příčina na straně nezájmu personálu, špatné organizaci práce nebo například v nedostatku znalostí či pomůcek?

# 1 CÍLE A METODY PRÁCE

## **Cíl teoretické části práce**

Cílem teoretické části práce je popsat problematiku dekubitů, hodnocení rizika vzniku a preventivní opatření. V kapitole o kvalitě péče blíže zpracovat oblast významu hodnocení kvality péče, rezortních bezpečnostních cílů, indikátorů kvality a interních auditů.

## **Hlavní cíl výzkumné části práce**

Hlavním cílem výzkumné části této práce je zhodnotit účinnost a použitelnost zavedených standardizovaných postupů při hodnocení rizika dekubitů a s ním souvisejících nápravných opatření, posouzení možné implementace progresivních úprav směrnic nebo postupů i s přihlédnutím ke zkušenostem respondentů s postupy zavedenými na jiných klinických pracovištích.

## **Dílčí cíle práce**

- I. Popsat, jak směrnice/ metodické pokyny na zkoumaném pracovišti upravují prevenci dekubitů.
- II. Popsat, jak je vedena zdravotnická dokumentace daného pracoviště v problematice prevence dekubitů.
- III. Zjistit pohled zdravotníků daného pracoviště na systém hodnocení rizika dekubitů a následné intervence včetně jejich názorů na změnu i s přihlédnutím k jejich případným zkušenostem z jiných pracovišť.
- IV. Na základě výsledků uvést návrhy na zvyšování kvality managementu rizika dekubitů vedoucím pracovníkům.

## **Metody k dosažení cíle**

Využitými metodami byla analýza dokumentů, přímé pozorování, nestrukturovaný rozhovor a dotazníkové šetření

# TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je zaměřena na popis problematiky dekubitů. Popisuje nejen statistiky vzniku dekubitů, příčiny jejich vzniku a možnosti prevence, ale i dekubity jako indikátor kvality poskytované péče. Zkoumanou oblastí je rovněž management rizika dekubitů včetně jejich identifikace, hodnocení a možné strategie eliminace či minimalizace jejich vzniku.

## 2 DEKUBITY

Proleženiny čili dekubity jsou záležitosti staré jako lidstvo samo. Dle Brabcové (2021, s. 530) byly dokonce popisovány již ve starověku na egyptských mumiích a sama Florence Nightingalová upozorňovala na riziko úmrtí pacienta, pokud sestra nezaznamená včas nežádoucí změny na kůži. Dekubity jsou v klinické praxi i teoretickém ošetrovatelství stále aktuálním a přetrvávajícím tématem. Laická veřejnost, ale často i ta odborná, považuje dekubitus za důsledek nedostatečné ošetrovatelské péče. Faktory jeho vzniku jsou však mnohem širší, než je izolovaný rámec ošetrovatelské péče. Preventivní i případný terapeutický proces vyžaduje multidisciplinární přístup (Hlinková, 2019, s. 269). Vzhledem k závažnosti problematiky dekubitů se tomuto tématu věnuje v České republice i ve světě několik odborných společností. Mezi hlavní zástupce můžeme řadit Českou společnost pro léčbu rány (ČSLR), která je zároveň členem European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), The US National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) a The Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Doporučení a guidelines těchto organizací spolu s organizací vzdělávacích akcí a vydáváním odborné literatury mají za cíl nejen zvýšit povědomí o riziku dekubitů, informovat o možnostech prevence a zároveň ujednotit a zlepšit péči o již vzniklé dekubity (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

### 2.1 Co je to dekubitus a jak vzniká

Přímých definic dekubitu existuje hned několik. Například dle světových společností pro léčbu ran je definice následující: „*Dekubitus je lokální poškození kůže, které se obvykle vyskytuje nad kostním výčnělkem v důsledku působení tlaku nebo kombinaci tlaku a smyku. Se vznikem dekubitu je spojeno také množství dalších faktorů, jejichž význam nebyl dosud objasněn*“ (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014, s. 17). Jak již říká samotná definice, jedná se o ránu vzniklou tlakem, kdy tkáň odumírá z důvodu neprůchodnosti kapilár. Limitní tlak je dle literatury 4,27 Pa (32 mmHg). Zjednodušeně se jedná o tlak, který je zdravému člověku nepříjemný a nutí ho změnit polohu, což ale člověk ve špatném stavu nebo pacient upoutaný na lůžko nedokáže zhodnotit ani změnit polohu. Na vznik dekubitu má vliv mnoho faktorů.

Rozhodující je například intenzita tlaku, doba působení a odolnost organismu na tlak, mechanické a chemické vlivy (vlhkost, přítomnost mikroorganismů, nerovnosti v lůžku a další). U některých pacientů, především na operačních sálech nebo v kritickém stavu mohou dekubity vzniknout během desítek minut, u jiných nemusí k poškození kůže dojít vůbec. Vznikající dekubitus je obtížné odhalit. Tlakové poškození postupuje z hloubky na povrch těla, jelikož nejodolnější vůči tlaku je krycí vrstva kůže, ale nejméně odolné jsou tukové vrstvy a svaly uložené v hloubce. Vznikající dekubitus na povrchu tak často vypadá lépe, než je reálné poškození vnitřních tkání. Tento fenomén lze označit za špičku ledovce. (Brabcová, 2021, s. 547–553)

## 2.2 Klasifikace dekubitů

V současné době existuje pro dekubity asi 16 publikovaných klasifikačních systémů. Společným znakem všech je vyšší závažnost s rostoucí hodnotou (číslnou i písmennou). Například *Seilerova klasifikace* rozděluje dekubity na stupeň A (čistou granulující ránu), B (špinavě povleklou ránu bez nekróz a infiltrace okolí) a C (stupeň B s infiltrací okolí nebo známky sepse). *Válkova klasifikace* se dělí na stupně I–IV, kdy I. stupeň označuje reverzibilní změny (zarudnutí, zpomalený kapilární návrat), II. stupeň označuje nekrotické změny zasahující do podkoží a tuku, III. stupeň zahrnuje nekrózu kůže s ohraničeným zánětlivým lemem a u IV. stupně dochází ke tvorbě různě hlubokých, velkých a infikovaných dekubitů (Brabcová, 2021, s. 554–564).

V současné době je nejpoužívanější níže uvedený klasifikační systém dle European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Obrazový přehled jednotlivých stupňů dekubitů je uveden v příloze A.

**Dekubitus I. stupně** (zarudnutí kůže, erytém) znamená neporušenou kůži s lokalizovaným neblednoucím zarudnutím, typicky v místě nad kostním výčnělkem. Tato oblast může být bolestivá, tvrdá i měkká, teplá či studená. Obtížně hodnotitelný pacient v prvním stupni dekubitů je především každý s tmavě pigmentovanou kůží (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

**Dekubitus II. stupně** (částečná ztráta kožního krytu) se prezentuje jako lesklý nebo suchý mělký otevřený vřed s červeným ohraničením, případně přítomným prasklým nebo neporušeným, serózní tekutinou naplněným puchýřem. Spodina je červenorůžová bez povlaku. Přítomnost modřiny nebo podlitiny ukazují na možné hluboké poškození tkáně. Termín



dekubitus se nepoužívá k popisu změn na kůži (stržená kůže, poškození náplastí, inkontinenční dermatitida nebo macerace) (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

**Dekubitus III. stupně** (úplná ztráta kožního krytu) zahrnuje takové poškození tkáně, kdy je na spodině rány vidět podkožní tuk, ale kosti, šlachy a svaly nejsou odhalené ani poškozené. Hloubka rány se liší dle místa lokalizace. Především v oblastech s velkým množstvím tukové tkáně se mohou tvořit hluboké dekubity a mohou být přítomná podminování a sinusy. Může být přítomen rovněž povlak nebo strupy (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

**Dekubitus IV. stupně** (úplná ztráta kůže a podkoží) je závažné poškození s úplnou ztrátou tkání, obnaženou kostí, šlachou nebo svalem. Ve spodině mohou být přítomny černé krusty nebo povlaky. Často jsou přítomná podminování a sinusy. Hloubka je i zde závislá na lokalizaci defektu (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

**Dekubitus bez určení stupně** (neznámá hloubka vředu / rány) je poškození s úplnou ztrátou tkáně s povlakem (žlutým nebo hnědým) nebo nekrózou pokrývající spodinu rány. Hloubku rány a rozsah poškození není možné určit, dokud se neodstraní dostatečné množství povlaku nebo nekrózy. Stabilní nekróza na patách však slouží jako biologický kryt těla a neměl by se odstraňovat (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

**Podezření na hluboké poškození tkání** (neznámá hloubka rány / vředu) je typ defektu, kdy není viditelně poškozená kůže, ale oblast poškozené tkáně je fialově nebo tmavě červeně zbarvená nebo je přítomen puchýř naplněný krví. Postižená část může být bolestivá, tuhá, teplejší nebo chladnější než okolí. Nejčastěji k tomuto postižení dochází tlakem nebo střížným efektem a je obtížně rozpoznatelné především u osob s tmavou pleť. Může začít malým puchýřem nad tmavou spodinou rány, který se dále rychle vyvíjí a může odhalit další vrstvy tkání (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

### 2.3 Problematika dekubitů v číslech

Dekubity představují zdravotní problém u lidí po celém světě. Dle odborných statistik se prevalence dekubitů pohybuje v rozmezí 0–72,5 %, se značnými rozdíly dle zeměpisného umístění. Světová incidence za rok 2018 v akutních lůžkových zařízeních činila 14,8 % (Al Mutairi, 2018). Evropská čísla vypadají oproti celosvětovým statistikám lépe. Dle systematické review z roku 2019, která zkoumala 79 studií byla průměrná evropská prevalence 10,8 %. Z toho 32,4 % dekubitů byly pouze dekubity 1. stupně. Nejvyšší prevalenci vykazovalo Nizozemsko (27,2 %), nejmenší Finsko (4,6 %) (Moore, 2019). V posledních dvaceti letech je však patrný pozvolný pokles prevalence dekubitů. Pravděpodobně na to má vliv i zaměření

preventivních programů a činnost odborných organizací v oblasti preventivních programů. Přesto mají dekubity značný vliv na rozpočty zdravotnických systémů. Například ve Velké Británii tvoří náklady na léčbu dekubitů až 4 % rozpočtu (2,1 mld. liber) Národní zdravotní služby (Pokorná, 2022, s. 6).

Česká republika není výjimkou a dekubity jsou i zde značný problém. Zdrojů dat ohledně počtu dekubitů na území České republiky je několik. Jak uvádí Pokorná (2023b), základním zdrojem informací je výstup ze Systému hlášení nežádoucích událostí. Dekubity patří mezi nežádoucí události, které má povinnost hlásit každé zdravotnické zařízení. Počet hlášených dekubitů v letech 2018–2021 se pohybuje v rozmezí 47 000–51 000 a má narůstající tendenci (Pokorná, 2023a). Dalším zdrojem informací o počtu vzniklých dekubitů mohou být informace od zdravotních pojišťoven, konkrétně z Národního registru hrazených zdravotních služeb. Tento registr spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) a lze v něm sledovat vykazování diagnózy L89 (Dekubitální vřed a proleženina). Dle rozsáhlé studie uskutečněné ve fakultní nemocnici Ostrava s daty z let 2018–2020 však tento systém vykazuje několik nedostatků. Pokud má jeden pacient více dekubitů během jedné hospitalizace, bude u něj vykazována diagnóza L89 pouze jednou. Zároveň není vykazování pomocí kódu Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) důsledné. Lékařských diagnóz L89 bylo ve zkoumaném zařízení za roky 2018–2020 vykazáno 294, ale počet dekubitů hlášený ošetřovatelským personálem pomocí nemocničního systému do celostátního SHNU za stejné období byl 2231 (Krupová, 2022). I na základě tohoto výzkumu ze data ze SHNU považovat za objektivně přesnější. Podle Krajčíka a Bajanové (2012, s. 10) je však reálný výskyt dekubitů v ČR asi 20x vyšší než vykázaná oficiální statistická čísla. Jako jednu z možností uvádí autoři tu, že zdravotnický personál často především dekubity 1. stupně nehlásí a dokud se jejich stupeň či rozsah nezvětší, snaží se je preventivními opatřeními léčit. Zároveň není ve statistikách zahrnuto velké množství dekubitů z domácího prostředí. Dekubity se nevyhýbají ani námi zkoumané nemocnici. V tabulce 1 jsou porovnávána celostátní data počtu pacientů a u nich vzniklých dekubitů s čísly celonemocničními i s počty dekubitů vzniklých a celkově evidovaných na námi zkoumaném pracovišti. Celostátní průměr 21,89 hlášených dekubitů na 1000 pacientů (incidence 2,19 %) zkoumaná nemocnice překračuje s průměrem 3,56 % o více než polovinu. Zkoumané pracoviště je však naopak s průměrem 0,759 % pacientů s dekubity, včetně vzniklých mimo pracoviště, hluboko pod celostátním průměrem. Tato čísla se však zdaleka nepřibližují světovým průměrům incidence 14,8 %, jak uváděl již výše zmíněný Al Mutairi (2018) ani průměrům v Evropě 10,8 %, jak uváděla Moore (2019).

Tabulka 1 - Statistiky dekubitů v ČR a zkoumaném zdravotnickém zařízení v roce 2021

Tabulka 1: Statistiky dekubitů v ČR a zkoumaném zdravotnickém zařízení v roce 2021						
DEKUBITY 2021	Celkem pacientů	Celkem pacientů v riziku dekubitu	Hlášeno dekubitů celkem	Celkový počet hlášených dekubitů na 1000 pacientů	Hlášeno nově vzniklých dekubitů	Počet nově vzniklých dekubitů na 1000 pacientů
<b>Všechna zdravotnická zařízení v ČR</b>	2 320 850		50 795	21,89		
<b>Fakultní a velké nemocnice</b>	716 816		14 701	18,91		
<b>Zkoumaná nemocnice</b>	73 926	16 018	2 634	35,63	1 821	24,63
<b>Zkoumané pracoviště</b>	4 481	645	34	7,59	23	5,13

Zdroje: ÚZIS, 2022. Nežádoucí události za rok 2021. ÚZIS [online]. [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: [https://shnu.uzis.cz/res/file/shnu\\_data\\_2021\\_vysledky\\_final.pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/shnu_data_2021_vysledky_final.pdf); Interní statistiky hlášení nežádoucích událostí za rok 2021 zkoumaného zdravotnického zařízení. Staženo z nemocničního intranetu 26. 1. 2023

## 2.4 Rizikové faktory pro vznik dekubitu

Rizikových faktorů pro vznik dekubitů je celá řada a lze je základně rozdělit na faktory zevní a vnitřní. Právě eliminace rizikových faktorů může být jedním z efektivních nástrojů v prevenci vzniku dekubitů. Minimalizace vlivu rizikových faktorů na pacienta často neobnáší nijak složité nebo drahé postupy (Mikula, 2008, s. 19).

### 2.4.1 Vnější faktory vzniku

Vnější faktory vzniku dekubitů lze rozdělit na několik druhů. Jedná se ale především o vlivy prostředí, ve kterém se pacient nachází, často dokonce o vlivy bezprostředně v místě vzniku dekubitu.

#### Intenzita a doba působení tlaku

Lokalizovaný tlak není přímým tvůrcem dekubitu. Způsobuje však útlak kapilár, a tím se ke tkáni nedostává kyslík a živiny. Naopak se ve tkáni hromadí metabolický odpad a následuje odumírání tkáně, vzniká anoxie a buněčný rozvrat. Při déletrvajícím tlaku tak dochází k nezvratným patologickým změnám (Mikula, 2008, s. 13). Dekubity mohou vzniknout po krátkém působení vysokého tlaku stejně jako po dlouhodobém působení řádově nižšího tlaku. Často vznikají již na operačním sále, kde je potřebná minimální změna polohy pacienta. Na sále se však dekubitus ještě neprojeví a může být považován za banální zarudnutí. Postupující nekróza se naplno projeví až za několik dní, kdy je pacient často již na jiném

oddělení (Šeflová, 2010, s. 66). Pro vznik dekubitu je však podstatná více než intenzita tlaku délka jeho působení. Čím větší je hmotnost těla, čím horší je celkový stav pacienta, čím horší jsou vnější podmínky pro vznik dekubitu, tím kratší doba působení tlaku ke vzniku dekubitu stačí (desítky minut, hodiny) (Brabcová, 2021, s. 638–644).

### **Mechanické vlivy**

Mezi nejzávažnější nepříznivé mechanické vlivy patří střížné síly a tření. Střížné síly i tření nejvíce působí v polosedě, jelikož pacient klouže v lůžku směrem k nohám. Zároveň je příčinou nesprávná manipulace s pacientem v lůžku, kdy je posouván tahem po podložce. (Kouřilová, 2010, s. 25) V těchto případech dochází ke snížení toku krve a následné ischemii. Rovněž je zde riziko odtržení a oddělení níže uložených svalových vláken a podkožní tkáně a vzniklé sraženiny blokují mikrocirkulaci. Třením dochází k oděru povrchových vrstev kůže a postupnému snížení obranyschopnosti (Hlinková, 2019, s. 281–283). Dalšími příčinami může být například nesprávně upravené lůžko nebo zapomenutí předmětu v lůžku (zátky katétru či obaly od jehel) (Kouřilová, 2010, s. 25)

### **Chemické vlivy**

Působením především močí, stolicí a potem na povrchové vrstvy kůže dochází k jejich maceraci. Macerovaná kůže je méně odolná vůči mechanickým vlivům i infekci. Riziko vzniku dekubitu tak zvyšuje inkontinence pacienta, horečka spojená s nadměrným pocením nebo pobyt ve vlhkém a teplém prostředí (Mikula, 2008). Inkontinenci moči lze u rizikových pacientů řešit častou výměnou absorpčních plen nebo zavedením permanentního močového katétru. Větší problém nastává při inkontinenci stolice, obzvláště u pacientů s vysokým rizikem nebo již počínajícím defektem v sakrální oblasti. Řešení pomocí jednorázového uzavřeného systému ke zvládnutí fekální inkontinence lze použít pouze při průjmovité stolici (Šeflová, 2010, s. 61).

### **Infekční ložisko**

Zdroj infekce je nejčastěji z blízkého okolí rány (moč, stolice, pot). Méně často je zdroj infekce ze vzdálených infekčních ložisek v těle. Rovněž se mohou infikovat jednotlivé dekubity mezi sebou hnisem (Brabcová, 2021, s. 445).

## **2.4.2 Vnitřní faktory vzniku**

Oproti vnějším faktorům jsou vnitřní faktory, jak z názvu vypovídá, přímo související se samotným pacientem. Vnitřní faktory nejsou přímou příčinou dekubitu, ale spíše rozhodují

o odolnosti či náchylnosti pacienta ke vzniku dekubitu. Bývá složité působení vnitřních faktorů zabránit, jelikož opatření jsou finančně i časově náročnější. Některé vnitřní faktory dokonce ovlivnit nelze, například věk či pohlaví (Hlinková, 2019, s. 276–276)

**Odolnost tkáně vůči tlaku** je nejnižší u tukové tkáně, kvůli řídkému cévnímu zásobení a nízké pevnosti. Odolnější jsou svaly a nejdolnější je podkožní vazivo (Mikula, 2008, s. 14).

**Pohlaví** má na vznik dekubitu vliv především anatomicky. Vyšší riziko mají ženy, protože mají silnější tukové vrstvy (Mikula, 2008, s. 14).

**Tělesná hmotnost** je nejméně riziková v ideálních hodnotách. Kachectičtí lidé mají minimální tukovou vrstvu chránící svaly před tlakem. Oproti tomu obézní lidé mají často malnutrici, sníženou hybnost a obtížně se polohují (Mikula, 2008).

**Vyšší věk** sám o sobě zhoršuje kvalitu kůže. Dochází k oslabování spojení kůže s podkožím, klesá elasticita, zhoršuje se prokrvení a zvyšuje se propustnost kůže. Zároveň se zhoršuje případná regenerace (Hlinková, 2019, s. 286).

**Stav výživy** je jeden z rozhodujících faktorů pro vznik dekubitu. Dlouhotrvající neadekvátní výživa má za následek ztrátu tělesné hmotnosti, poškození tkáně a způsobuje svalovou atrofii. Neznamena to však, že je dekubity ohrožen pouze kachektický pacient. Souvislost těchto skutečností je problematická (Hlinková, 2019, s. 283). Často i obézní pacient trpí skrytým výživovým deficitem, především v příjmu bílkovin, vitamínů a stopových prvků. Hypoproteinemie spolu s deficitem vitamínu C a zinku patří mezi nejkritičtější faktory vzniku dekubitů. Nedostatek plnohodnotné stravy způsobí pokles svalové hmoty, snižuje buněčnou imunitu a odolnost vůči infekcím. Při malnutrici a některých metabolických chorobách je snížena regenerační schopnost kůže a hojivé procesy jsou zpomalené. Vznik dekubitů je 3x častější u pacientů s negativní dusíkovou bilancí. Zvláště ohroženi jsou pacienti s onemocněním ledvin, dekompenzovaným diabetem nebo onkologickým onemocněním (Mikula, 2008, s. 16).

**Přidružená onemocnění** chronická i akutní zvyšují významně riziko dekubitů především svými důsledky. Těžké pooperační a poúrazové stavy snižují hybnost, diabetes nebo ischemická choroba snižují prokrvení a citlivost predilekčních oblastí, imunosuprese zvyšuje riziko infekce rány a prodlouženou dobu hojení. Pacienti užívající různá sedativa si plně neuvědomují nepohodlí a bolest. Specifickou skupinou pacientů jsou rovněž osoby v umělém spánku, bezvědomí a terminálním stádiu onemocnění (Mikula, 2008, s. 17-19; Brabcová, 2021, s. 645).

Nejčastěji je dekubitus jako vedlejší diagnóza vykazován u pacientů hospitalizovaných s onemocněním dýchací, oběhové, močové a pohlavní soustavy (Krupová, 2022, s. 25).

## **2.5 Hodnocení rizika dekubitů a typy škál**

Predikce rizika vzniku dekubitu patří v současném ošetrovatelství k jedné z priorit. Ošetrovatelský proces, jako systematická, aktivní a racionální metoda plánování a poskytování péče má pět základních fází. První fází je právě posouzení stavu pacienta (Plevová, 2018, s. 106). K efektivnímu posouzení rizika vzniku dekubitů nám slouží hodnotící škály. V současné době existuje pro posouzení rizik 17 standardizovaných hodnotících škál (Mikula, 2008, s. 19). Obecně se jedná o systém přidělování bodů v jednotlivých kategoriích rizikových faktorů. Výsledné skóre pak bývá součtem přidělených bodů a mělo by odrážet míru celkového rizika pro pacienta. Výsledek může mít pět variant - pacient bez rizika, v nízkém riziku, středním, vysokém nebo velmi vysokém (Brabcová, 2021, s. 657). V ošetrovatelské péči by se mělo jednat o pomocný nástroj ošetrovatelského personálu. V posledních desetiletích bylo realizováno větší množství studií zkoumajících efektivitu predikce rizika a míru validity indikátorů. Jako přednost se ukazuje možnost hodnotit větší množství rizikových faktorů za krátký čas, ale nevýhodou je jejich nepřesnost a sporná vědecká hodnota. V současné době se v České republice i okolních evropských státech nejčastěji využívají škály dle Nortonové, Bradenové a Waterlowé (Hlinková, 2019, s. 285–287).

**Škála dle Nortonové** byla původně vyvinuta v šedesátých letech dvacátého století pro oddělení dlouhodobé péče. Hodnotí fyzický stav pacienta, stav vědomí, aktivitu, pohyblivost a inkontinenci. V dnešní době je využívána její rozšířená verze, kterou upravila v roce 1987 Christe Biensteinová. Nižší výsledná hodnota skóre ukazuje na vyšší stupeň rizika. V českém zdravotnickém systému se jedná o nejčastěji využívanou škálu pro hodnocení rizika dekubitů (Brabcová, 2021, s. 621).

**Škála dle Bradenové** zahrnuje hodnocení smyslového vnímání, vlhkosti, aktivity, pohyblivosti, výživy, tření a střížné síly. Proti Nortonové sice zohledňuje stav výživy, tření a střížné síly, ale naopak nehodnotí věk a přidružená onemocnění. Škála byla testována na nejrůznějších pracovištích a je často využívána na jednotkách intenzivní péče (Brabcová, 2021, s. 605).

**Škála dle Waterlowé** se typicky využívá ve Spojeném království. Hodnotí tělesnou konstituci, hmotnost, kontinenci, typ kůže, mobilitu, pohlaví, věk a chuť k jídlu. Za každý rizikový faktor přiděluje pacientovi body. Více bodů řadí pacienta do vyššího stupně rizika. Zvláště rizikově

jsou hodnoceny faktory přidružených onemocnění, věku, vlivu léků a prodělaného chirurgického zákroku. Pro tuto škálu je typické právě hodnocení typu kůže či prodělaného operačního výkonu (Mikula, 2008, s. 21–22).

Kompletní obsah otázek všech tří škál je uveden v příloze B. Dle mezinárodních odborných společností (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014, s. 17–19) není důležité jakou škálu dané pracoviště využívá, protože univerzální nejlepší metoda neexistuje. Při posuzování rizika je třeba postupovat systematicky, strukturovaně, konzistentně a brát v potaz i všechny relevantní rizikové faktory. Zásadní ve vyhodnocení rizika a plánování preventivní péče je zásadní správný klinický úsudek, kterému hodnotící škály pouze pomáhají. Dle Mikuly (2008, s. 19) nezáleží na zvolené škále, ale na následně poskytnuté ošetrovatelské péči, protože ohroženého pacienta dokáže poznat zkušený zdravotník i bez použití univerzálních škál. Naopak Brabcová uvádí (2021, s. 627–630), že použití hodnotících škál nesnižuje výskyt dekubitů, ale zvyšuje efektivitu preventivních ošetrovatelských intervencí. Zároveň zmiňuje výzkum Španělky Pedro Hidalgové, která srovnávala škálu dle Nortonové, Bradenové a Waterlowé. *„Z 22 dohledaných studií vyplývá, že škála dle Bradenové nabízí největší rovnováhu mezi citlivostí, specifičností a rovněž má nejvyšší odhad rizika. Oproti tomu Nortonové škála nepřináší příliš validní informace.“*

Odborná literatura se shoduje na faktu, že je nutné hodnocení rizika provádět co nejdříve. Jednotlivé časové údaje pro hodnocení a přehodnocování škály se však liší. Například dle Brabcové (2021, s. 657) se hodnocení provádí při příjmu pacient (nejpozději do 2–24 hodin) a následně se přehodnocuje při změně stavu pacienta nebo po 48 hodinách. Mikula (2008, s. 20) konkrétní časový údaj prvního hodnocení neuvádí, pouze říká, že má být riziko vyhodnoceno při příjmu a následně minimálně jednou týdně. EPUAP uvádí (2014, s. 19) doporučení hodnotit riziko vzniku co nejdříve to lze, nejpozději však 8 hodin od příjmu a následně při každé změně stavu. Jako rizikové pro vznik dekubitů lze rovněž dle EPUAP považovat samotné upoutání na lůžko, protože za nezbytnou podmínku pro vznik dekubitů se považuje právě omezení aktivity či pohyblivosti. Metodika nežádoucí události Dekubitus vydaná ÚZIS v roce 2022 (Pokorná, 2023a, s. 13) uvádí, že se hodnocení rizika provádí co nejdříve, ideálně do 8 hodin od příjmu, ale nejpozději 12 hodin.

## **2.6 Prevence vzniku dekubitů**

Nejlepší obranou před dekubity je vždy prevence, se kterou je třeba začít vždy co nejdříve. Preventivní opatření je třeba realizovat nejen při vyhodnocení rizika vzniku dekubitů, ale vždy,

kdy člověk začne využívat lůžko převážnou část dne i noci. Preventivní opatření je ideální plánovat právě s přihlédnutím ke stupni rizika a ostatním rizikovým faktorům (Brabcová, 2021, s. 699). Rozsah realizovaných preventivních opatření, nebo vůbec potřeba nějaká opatření vykonávat je závislá na stavu pacienta, jeho rizikových faktorech a zjištěném stupni rizika dekubitů. Preventivní opatření je nutné realizovat bezprostředně po vyhodnocení rizika. Při preventivních opatřeních i případné léčbě je klíčová kvalitní ošetrovatelská péče (Mikula, 2008, s. 26). V zahraničí není výjimkou, že náklady spojené s léčbou dekubitů vzniklých při pobytu ve zdravotnickém zařízení odmítají zdravotní pojišťovny hradit, což zařízení motivuje k maximální prevenci a je v nich problematika dekubitů považována za důležitou (Pokorná, 2013, s. 7). Preventivní péče musí být komplexní a zahrnovat nejen minimalizaci vlivu tlaku na tkáň a zvyšování její odolnosti, ale rovněž adekvátní nutrici, důslednou hygienu a ochranu predilekčních míst (Hlinková, 2019, s. 288).

### **Profesionální hygienická péče**

Hygienická péče má za cíl minimalizovat dopad nepříznivých chemických a infekčních vlivů na pokožku pacienta, především moči, stolice a vaginálního sekretu. Nezbytná je výměna ložního i osobního prádla tak často, jak je nezbytné pro udržení pacienta v suchu. Doporučené je rovněž využití profesionálních ochranných krémů, aby pokožka zůstala vláčná a přirozeně zvlhčená (Mikula, 2008). Nevhodné jsou však na predilekční místa přípravky s vysokým obsahem tuku, které zamezují přirozenému přívodu vzduchu a podporují maceraci (Brabcová, 2021, s. 660). Na samotnou koupel je nejvhodnější vlažná voda a profesionální mycí emulze či pěny. Koupel by měla být krátká s následným důkladným vysušením, které ale neprovádíme třením pokožky, jelikož to zvyšuje riziko trhlin a mikroskopických oděrek. Dostatečně vypnuté čisté a suché ložní prádlo má být vždy vzdušné. Vyvarujeme se gumových podložek či antidekubitních pomůcek neobalených textilní vrstvou. Využití nepropustných podložek či plen minimalizujeme na nezbytně nutné případy. To vše potlačuje a snižuje riziko macerace. Při inkontinenci moči i stolice je nutná častá výměna savých podložek, případně zavedení permanentního močového katétru. Při inkontinenci průjmovité stolice, obzvláště infekční, je vhodné zvážit použití jednorázového uzavřeného systému ke zvládnutí fekální inkontinence (Šeflová, 2010). Lůžkoviny jsou vhodné z látek imitujících hedvábní spíše než bavlněné. Tyto alternativní látky mají nižší tření a střižné síly (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

### **Polohování a ochrana predilekčních míst**

Polohování má za cíl zkrácení doby působení nepříznivého tlaku na riziková místa a je nejúčinnější a zároveň nejlevnější prevencí vzniku dekubitů. Polohování nejen odlehčuje kůži



a zvyšuje prokrvení odlehčené oblasti, ale zároveň zabraňuje zkracování svalů, zlepšuje psychický stav nemocného a může působit pozitivně i při zmírnění bolesti. Pasivní polohování provádíme dle potřeby v rozsahu desítek minut až dvou hodin. Interval delší než dvě hodiny není doporučován ani v nočních hodinách (Brabcová, 2021, s. 655). Mezi polohování patří i vertikalizace (sed, stoj, chůze), které zabraňují kontrakturám svalů. Pasivní polohování na boky by mělo být v rozsahu 30–60° a při polohování do polosedu zvedat podhlavní díl lůžka maximálně o 30°, jinak hrozí zvýšené přetížení oblasti kosti křížové (Hlinková, 2019, s. 295–297) a u částečně soběstačných pacientů je vhodné je poučit o nutnosti polohování, pobízet je samotné k pohybu v lůžku, případně dopomoci ošetrovatelskému personálu při polohování. Při polohování pacienta je rovněž důležité dbát na správnou polohu všech katétrů, kabelů, hadiček a sond, které jsou pro vznik dekubitů rovněž vysoce rizikové (Šeflová, 2010).

Zvláštní kapitolou v oblasti polohování jsou antidekubitní matrace. To jsou takové matrace, které dokáží optimálně rozložit tlak podložky na tkáň. Pasivní matrace na bázi studené pěny rozkládají tlakové zatížení na větší plochu a jejich využití by mělo být základem prevence na všech nemocničních lůžkách. Vyšším stupněm jsou aktivní antidekubitní matrace na principu vzduchových článků rozdělených do několika zón, které se průběžně nafukují a vyfukují. Tím dochází ke střídavému zatížení a odlehčení predilekčních míst (Mikula, 2008).

Vhodným moderním doplňkem polohování je ochrana predilekčních míst silikonovým nebo transparentním filmovým krytím. Silikonová krytí u rizikových pacientů napomáhají rozložit tlak na predilekční místa, snižují tření a minimalizují riziko střížných sil. Moderní silikonová krytí zároveň optimálně regulují mikroklima chráněné oblasti (Hlinková, 2019, s. 292). Krytí je nezbytné pravidelně kontrolovat, protože pouhé nalepení ochranného materiálu nenahrazuje vizuální kontrolu rizikových míst. Poškozené, posunuté, znečištěné nebo prosáklé krytí je nutné ihned vyměnit (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014). Na lehce zarudlá místa s počínajícím defektem je možné rovněž použít transparentní filmové krytí, které snižuje tření, lze se s ním koupat, nepropouští k ráně vlhkost (například moč či vlhko z lůžka) a lze přes něj ránu kontrolovat. Doplňkem jsou rovněž transparentní filmy ve spreji (Hlinková, 2019, s. 293)

## **Výživa**

Mezi základní prvky ošetrovatelské péče patří pomoc s příjmem potravy, krmení nesoběstačných pacientů a monitorace bilance tekutin. Velký důraz je kladen na vyváženost potravy, dostatečný obsah bílkovin, minerálních látek a stopových prvků. Nezbytná je

u vážných případů spolupráce s nutričním terapeutem. Pokud není schopen pacient přijímat potravu ústy, je nutné pátrat po příčinách a co nejdříve zahájit výživu jinou cestou (nasogastrickou sondou, perkutánní endoskopickou gastrostomií (PEG) nebo nitrožilně (Šeflová, 2010). Vhodným doplňkem stravy je sipping bohatý na bílkoviny a energii nejen ve formě nápojů, ale rovněž jako pudíng, džus nebo slané verze imitující polévky. Nezbytný energetický příjem by měl být 30–35 kcal /kg hmotnosti pacienta denně a příjem proteinů 1,25–1,5 g /kg hmotnosti za den (Hlinková, 2019, s. 284).

### **Edukace a spolupráce pacienta i rodiny**

Vhodné je udržet pohyblivost a soběstačnost pacienta v maximální možné míře. Vhodná je časná rehabilitace a vertikalizace pacienta. Důležitá je edukace pacienta o vhodných preventivních opatřeních (například změna polohy v lůžku, nutnost dostatečného příjmu tekutin a potravy), ale i rodinných příslušníků, aby se snažili motivovat pacienta k co největší samostatnosti (například nekrmili pacienta, který to zvládne sám). Neméně důležitá je opakovaná edukace zdravotnického personálu v nových preventivních postupech, ochranných materiálech a správném zhodnocení rizikových faktorů (Šeflová, 2010).

### 3 KVALITA PÉČE

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) (2023): „Kvalita péče je míra, do jaké zdravotnické služby pro jednotlivce a populace zvyšují pravděpodobnost požadovaných zdravotních výsledků. Je založena na odborných znalostech podložených důkazy a je zásadní pro dosažení univerzálního zdravotního pokrytí. Kvalitní zdravotní služby by měly být efektivní, bezpečné a zaměřené na lidi.“ Systém hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem zavedeným pro zajištění kvality procesů ve zdravotnictví. Rada Evropy dala doporučení k jeho zavedení na úrovni států již v roce 1997. Hodnocením kvality a bezpečím ve zdravotnictví se zabývá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022). MZ ČR (2022) dále uvádí, že mezinárodní akreditační principy dle ISQua a WHO stanovují plnění následujících požadavků:

- zaměření na pacienta, respektování jeho práv,
- odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování,
- optimální využívání zdrojů,
- řízení rizik,
- proces jasného řízení v organizaci,
- zahrnutí všech činností do strategického plánování,
- kontakt s přímými poskytovateli zdravotních služeb v příslušném regionu.

#### 3.1 Resortní bezpečnostní cíle (RBC)

V roce 2009 vydala Rada EU rozsáhlý soubor Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí, který je strategický dokument poskytující návody a jednotlivé kroky na zlepšení situace v oblasti bezpečnosti pacientů (Rada EU, 2009). V České republice byl jako nástroj k dosažení těchto doporučení přijat Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010–2012, na základě kterého byly stanoveny i Resortní bezpečnostní cíle (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018). Jedná se o pravidelně aktualizované doporučené postupy, které mají za cíl snížit riziko poškození pacientů i jiných osob v procesu poskytování zdravotnické péče. Pro přímo řízené organizace MZ ČR jsou tyto standardy závazné, pro ostatní zdravotnická zařízení doporučené (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021).

Vzhledem k závažnosti dekubitů se na ně zaměřuje samostatný Resortní bezpečnostní cíl, konkrétně RBC 8 Prevence vzniku dekubitů / proleženin u hospitalizovaných pacientů. Cílem

standardu je sledování výskytu dekubitů a předcházení jejich vzniku. Nemocnice výskyt dekubitů sleduje v elektronickém nemocničním systému Hlášení nežádoucích událostí a je pro lepší zajištění nápravných opatření pravidelně vyhodnocován (Brabcová, 2015, s. 797–801).

Dle Ministerstva zdravotnictví ČR (2021) je standard splněn, jestliže poskytovatel:

- zavede vnitřním předpisem proces vstupního hodnocení rizika vzniku dekubitu u hospitalizovaných pacientů a opakovaného/periodického hodnocení u pacientů, u nichž došlo ke změně zdravotního stavu, ke změně pohybového režimu apod.,
- zavede opatření ke snížení rizika dekubitů u pacientů, kteří jsou vyhodnoceni jako riziková,
- má stanoven jednotný postup pro prevenci vzniku dekubitů a postup řešení v případě, že k rozvoji dekubitu dojde,
- má zavedený systém evidence dekubitů, sledované výsledky analyzuje a pravidelně vyhodnocuje. V případě potřeby stanovuje nápravná a preventivní opatření,
- má zavedený vnitřní postup pro ošetřování dekubitů a volbu vhodných terapeutických postupů,
- má zaveden systém vzdělávání zdravotnického personálu v problematice prevence a léčby dekubitů,
- má stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, systém sledování nežádoucích událostí viz dále) v případě potřeby stanovuje nápravná a preventivní opatření.

### **3.2 Interní a externí audity**

Celosvětovým trendem je zajištění bezpečné a kvalitní zdravotní péče. Minimalizace rizik a prevence rizikových faktorů spojených s poskytováním zdravotní péče vedou ke snížení nákladů a ke zvýšení spokojenosti pacientů s poskytnutou péčí (Brabcová, 2015, s. 798–802). Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je zároveň stanoveno v zákoně č. 372/2011 Sb. Ten mimo jiné v § 47 nařizuje poskytovatelům zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí (Česko, 2011). Kontrola jeho zavedení a úroveň plnění jeho standardů se označuje jako „interní audit.“ Ministerstvo zdravotnictví vypracovalo doporučené postupy pro zavedení interního systému hodnocení, včetně požadavků na kontrolu plnění resortních bezpečnostních cílů (Brabcová, 2015, s. 805). Mezi zdravotníky převládají názory o tom, že audit je něco negativního, kontrola, která má za cíl pouze vytýkat chyby. Opak by měl být pravdou. Jak interní, tak externí audity analyzují úspěch na oddělení nebo odkrývají

problémové oblasti. Netýkají se pouze manuální práce zaměstnanců, ale také vedení dokumentace nebo hospodaření s léčivý. Audit je proces, který postupuje podle předem vytvořeného harmonogramu a je jedním z nejefektivnějších nástrojů kontinuálního zvyšování kvality (Škrla, 2003, s. 108–113).

**Interní audit** se zabývá aktuálními procesy, postupy a činnostmi, které se snaží vyhodnotit a případně zlepšit. Interní auditor je vlastní zaměstnanec, pomocník pro všechny pracovníky plnit stanovené cíle co nejefektivněji a vyhnout se rizikům. Interní audit má fungovat jako nezávislý pohled na prováděné činnosti a fungování pracoviště (Brabcová, 2015, s. 810).

**Externí audit** není pro zdravotnická zařízení povinný. Kontroluje dodržování interních předpisů i platné legislativy s cílem zjistit, zda nedochází k jejich porušení. Externí audit částečně pracuje i s historickými záznamy. Externím auditorem ve zdravotnictví může být pouze Oprávněná osoba, v České republice nejčastěji Spojená akreditační komise, o.p.s. Certifikát kvality a bezpečí má dobu platnosti 3 roky (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022).

Kontrolní kritéria interního auditu si může stanovit každé zařízení samo nebo lze vycházet z Národních ošetrovatelských postupů (NOP) (Brabcová, 2015, s. 811). Interní audity by měly být zaměřeny mimo jiné na dodržování RBC (Pokorná, 2019, s. 782). Dle Ministerstva zdravotnictví (2020) kontrolní kritéria NOP Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity zahrnují například otázky:

- Je provedeno posouzení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta dle doporučené škály a zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace?
- Odpovídá míra rizika v záznamu skutečnému stavu pacienta?
- Byl dodržen časový limit (do 8 max. 12 hod) pro zápis?
- Provedl zápis do ošetrovatelské dokumentace kompetentní zdravotník?
- Je riziko vzniku dekubitů pravidelně hodnoceno při změně zdravotního stavu pacienta, popř. v intervalu 1 x za 7 dní?

### **3.3 Dekubit jako indikátor kvality, nežádoucí události**

Nedílnou součástí integrovaného managementu zdravotnických zařízení by mělo být právě řízení rizik. Indikátory kvality, které si jednotlivá zdravotnická zařízení stanovují a sledují, mohou významně ovlivnit nejen řízení kvality, ale i řízení rizik (Brabcová, 2015). Cílem sledování indikátorů kvality není mít koncem sledovaného období nezměrné množství statistických dat, ale mít specifické indikátory, které napomohou ke zvyšování kvality péče.

(Spojená akreditační komise, 2023). Indikátor kvality je kvantitativní údaj o úrovni kvality poskytované péče. Nabízí srovnání v čase na jednom pracovišti nebo mezi jednotlivými sledovanými odděleními. Je často označován za ukazatele úspěšnosti zlepšování kvality poskytované péče. V nemocnici jsou nejčastěji jako celonemocniční indikátory kvality sledovány: pády pacientů, výskyt dekubitů, celkový počet nežádoucích událostí, spokojenost zaměstnanců, hospitalizovaných i ambulantních pacientů, nozokomiální nákazy nebo počet oprávněných stížností (Brabcová, 2021).

Všichni poskytovatelé lůžkové péče jsou od roku 2018 povinni se zapojit do Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU). Nežádoucí události jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v poškození pacienta, poskytovatele zdravotních služeb nebo jeho zaměstnance. Mezi nežádoucí události náleží také situace, k jejichž identifikaci došlo před poškozením pacienta, či jiné osoby v procesu poskytování zdravotních služeb a péče. Mezi nežádoucí události na centrální úrovni povinně hlášené a statisticky zpracovávané patří pouze dekubity a pády. Hlášení ostatních nežádoucích událostí do systému SHNU je dobrovolné (Pokorná, 2023b).

## VÝZKUMNÁ ČÁST

Na základě zpracování teoretických poznatků a dat v předchozí kapitole jsou obecné informace přeneseny do klinické praxe a zpracovány v kontextu péče na konkrétním klinickém pracovišti.

### Hlavní cíl práce:

Hlavním cílem výzkumné části této práce je zhodnotit účinnost a použitelnost zavedených standardizovaných postupů při hodnocení rizika dekubitů a s ním souvisejících nápravných opatřeních, posouzení možné implementace progresivních úprav směrnic nebo postupů i s přihlédnutím ke zkušenostem respondentů s postupy zavedenými na jiných klinických pracovištích.

### Dílčí cíle práce:

- V. Popsat, jak směrnice/ metodické pokyny na zkoumaném pracovišti upravují prevenci dekubitů.
- VI. Popsat, jak je vedena zdravotnická dokumentace daného pracoviště v problematice prevence dekubitů.
- VII. Zjistit pohled zdravotníků daného pracoviště na systém hodnocení rizika dekubitů a následné intervence včetně jejich názorů na změnu i s přihlédnutím k jejich případným zkušenostem z jiných pracovišť.
- VIII. Na základě výsledků uvést návrhy na zvyšování kvality managementu rizika dekubitů vedoucím pracovníkům.

### Výzkumné otázky vycházející z prvních tří dílčích cílů práce:

- Ia. Obsahují interní předpisy k hodnocení rizika dekubitů všechny náležitosti uvedené v národním ošetřovatelském postupu a doporučeních EPUAP?
- Ib. Jsou interní předpisy k hodnocení rizika dekubitů jednoznačně popisující, jak mají zdravotníci postupovat?
- IIa. Probíhá písemné hodnocení rizika dekubitů v souladu s vnitřními předpisy?
- IIb. Probíhá plánování a realizace intervencí v souladu s vnitřními předpisy?
- IIIa. Jak je ze strany kvalifikovaných zdravotníků<sup>1</sup> hodnocen současný postup?
- IIIb. Mají zdravotníci nějaký návrh na úpravu stávajícího systému hodnocení a plánování péče?

---

<sup>1</sup> Vzhledem ke čtivosti a plynulosti textu jsou v celé práci zdravotničtí záchranáři, praktické sestry, všeobecné sestry a sestry se specializací označovány souhrnným pojmem „kvalifikovaný zdravotník“.

## 4 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Výzkumná část práce je pro optimální dosažení cíle práce organizována jako aplikovaný výzkum. U takového typu výzkumu jde především o získání a přenesení teoretických poznatků a zjištění do klinické praxe. Je realizován především v případě potřeby zkoumat či řešit problém v klinické praxi nebo se více informovat o problémovém jevu. Jedná se v ošetrovatelství o hojně využívanou metodu, která zahrnuje nejen řešení praktických problémů, ale zároveň možnosti rozvoje a následného vyhodnocování nové metody nebo postupu. Často je tématem objasnění a návrh řešení momentálních problémů v ošetrovatelské praxi (Kutnohorská, 2009, s. 13–14).

Následující kapitoly popisují provedený předvýzkum rozdělený pro důkladnější zhodnocení do 3 stěžejních částí (analýza interních dokumentů, pozorování a rozhovor) a samotné dotazníkové šetření. Průběh celé výzkumné práce je možné shrnout a ilustrovat následujícím schématem na Obrázku 1.



Obrázek 1 - Schéma průběhu výzkumné práce

### 4.1 Charakteristika zkoumaného pracoviště

Zkoumaným pracovištěm byla kardiologická klinika spolupracující fakultní nemocnice. Konkrétní zkoumané klinické pracoviště vybraného zdravotnického zařízení je v práci dále označováno pouze pojmem „pracoviště“. Pod pojmem „nemocnice“ je v praktické části diplomové práce označováno spolupracující zdravotnické zařízení, jehož součástí je zkoumané klinické pracoviště.

Ambulantní činnost kliniky zajišťuje dvanáct specializovaných ambulancí. Intervence jsou prováděny na dvou katetrizačních sálech a dvou sálech arytmiologických. Lůžkovou část kliniky reprezentují dvě standardní lůžková oddělení a koronární jednotka, jako pracoviště intenzivní péče. Obě standardní lůžková oddělení disponují vždy devíti třílůžkovými pokoji, které mají koupelnu a toaletu společnou se sousedním pokojem. Součástí obou oddělení je i jeden



jednolůžkový a jeden dvojlůžkový nadstandardní pokoj s vlastním sociálním zázemím, lednicí a dalším vybavením včetně vzhledu hotelového typu.

První lůžková stanice má kapacitu třicet lůžek. Jsou zde hospitalizováni pacienti v méně závažném stavu, především k plánovaným výkonům, například k selektivním koronarografiím (SKG), výměně trvalého kardiostimulátoru (TKS) či implantabilního kardioverter–defibrilátoru (ICD), katetrizační implantaci aortální chlopně (TAVI), alkoholové septální ablací (ASA) nebo před katetrizačním uzávěrem perzistujícího foramen ovale (PFO). Ve dvanáctihodinové službě jsou vždy dva kvalifikovaní zdravotníci. Na ranní službu v pracovní dny jsou na oddělení tři lékaři, staniční sestra a sanitář zajišťující například převoz pacientů na výkony a zpět.

Druhá lůžková stanice s rovněž třiceti lůžky je uzpůsobena především pro akutní příjmy, pacienty ve zhoršeném zdravotním stavu, imobilní, přeložené z jednotky intenzivní péče nebo pro pacienty s kontinuální intravenózní (i. v.) lékovou terapií. Stanice je vybavena celkem osmi bezdrátovými EKG monitory (telemetriemi), jedním třílůžkovým pokojem se zabudovanými monitory pro nepřetržité sledování EKG, saturaci krve kyslíkem, neinvazivní tlak nebo dechovou frekvenci. Mezi nejčastější diagnózy při příjmu pacientů je na této lůžkové stanici městnavé srdeční selhání, nestabilní angina pectoris, ischemická choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin a různé druhy srdečních arytmií, například před radiofrekvenční ablací nebo implantací TKS či ICD. Denní službu zajišťují tři kvalifikovaní zdravotníci a jeden sanitář na dvanáctihodinové směny, noční službu poté dva kvalifikovaní zdravotníci a jeden sanitář. Ranní službu ve všední den navíc posiluje staniční sestra a další dva sanitáři, především k převozu velkého množství pacientů na výkony a vyšetření. Během této ranní služby jsou na pracovišti zároveň přítomní tři lékaři, jeden z těchto lékařů slouží také v konziliární pohotovosti („příslužba“) pro oddělení urgentního příjmu.

Jednotka intenzivní péče, koronární jednotka, disponuje dvanácti monitorovanými lůžky rozdělenými do jedno- a dvojlůžkových pokojů, interně označovaných pojmem „box“. Na jednotlivých „boxech“ je vždy linka se zdravotnickým materiálem, pracovní plocha a uzamykatelná skříňka s léky a infuzními roztoky. Oddělení je podlouhlého tvaru, kdy na koncích je vždy 6 lůžek a středovou část tvoří sklady, místnost s léky, pracovna lékařů a denní místnost pro personál, sklad materiálu a přístrojů, sprcha pro pacienty a malý zákrokový sál včetně rentgenu. V nemocnici je na odděleních intenzivní péče pracovna sester s monitorovací centrálou zřízena na chodbě před pokoji na obou stranách oddělení. Tomuto prostoru se v nemocnici oficiálně říká dozor, proto je tento pojem využíván i v této práci. Koronární

jednotka je plně uzpůsobena pro poskytování specializované a vysoce specializované péče o pacienty s akutním infarktem myokardu, život ohrožujícími arytmiemi, akutním srdečním selháním, akutní plicní embolií nebo po úspěšné kardiopulmonální resuscitaci. Přístrojové vybavení mimo jiné zahrnuje kontinuální hemodialýzu, umělé plicní ventilátory, intraaortální balónkovou kontrapulzaci, přístroje k termodilučnímu měření srdečního výdeje pomocí PiCCO (Pulse Contour Cardiac Output) nebo SwanGanzova katétru, jícnovou echokardiografii či srdeční podporu extrakorporální membránovou oxygenací (ECMO). Nepřetržitou službu zajišťuje ve dvanáctihodinových směnách pět až šest kvalifikovaných zdravotníků a jeden sanitář. Ranní služby ve všední den zajišťují čtyři lékaři, mimo pracovní dobu je ve službě jeden atestovaný lékař pro koronární jednotku a vyžádaná statimová kardiologická konzilia. Kompletní přehled obsazenosti služeb personálem je shrnut v tabulce 2.

**Tabulka 2 - Přehled obsazenosti služeb**

<b>PŘEHLED OBSAZENOSTI SLUŽEB</b>		<b>kvalifikovaní zdravotníci</b>	<b>lékaři</b>	<b>ostatní nelékařští zdravotníci</b>	<b>staniční sestry</b>
<b>ranní provoz</b> všední dny 7:00–15:30	standardní oddělení 1	2	3	1	1
	standardní oddělení 2	3	3	2	1
	jednotka intenzivní péče	5–6	4	1	1
<b>ve službě</b> všední dny 15:30–19:00 o víkendu 7:00–19:00	standardní oddělení 1	2	1	X	X
	standardní oddělení 2	3		1	X
	jednotka intenzivní péče	5–6	1	1	X
<b>noční služba</b> 19:00–07:00	standardní oddělení 1	2	1	X	X
	standardní oddělení 2	2		1	X
	jednotka intenzivní péče	5–6	1	1	X

## 4.2 Charakteristika respondentů dotazníkového šetření

Respondenti byli zdravotničtí záchranáři, praktické sestry, všeobecné sestry a sestry se specializací lůžkových oddělení zkoumaného pracoviště. Všechny čtyři výše uvedené profese označujeme v celé diplomové práci pojem kvalifikovaný zdravotník. Celkem bylo v době distribuce dotazníku na lůžkové části zkoumaného pracoviště zaměstnáno 16 všeobecných

sester, 12 sester se specializací, 9 zdravotnických záchranářů a 13 praktických sester, dohromady tedy 50 kvalifikovaných zdravotníků. Počty jsou včetně staničních sester, které se dotazníkového šetření rovněž mohly účastnit. Staniční sestra standardního lůžkového oddělení je držitelkou zvláštní odborné způsobilosti pro léčbu chronických a nehojících se ran a další všeobecná sestra s absolvovaným interním nemocničním kurzem se zaměřením na péči o chronické rány a defekty ji v týmu doplňuje. V případě potřeby jsou k dispozici na vyžádání ostatním pracovníkům napříč klinikou. Žádný kvalifikovaný zdravotník však nemá specializaci jako Sestra se specializací v interních oborech.

### **4.3 Metodika předvýzkumu**

Dle Kutnohorské (2009, s. 53) můžeme předvýzkumem nazývat například získání orientačních informací pozorováním nebo sondáží v malé skupině či prostoru. Smyslem předvýzkumu je na základě výsledků zkvalitnit vlastní přípravy výzkumu. Analyzované dokumenty jsou závazné pro celou nemocnici, včetně zkoumaného pracoviště. Práce s interními předpisy probíhala ve spolupráci s odpovědnými pracovníky pracoviště v říjnu roku 2022 a byly analyzovány aktuálně platné verze jednotlivých interních předpisů. Vzhledem k zachování anonymity nemocnice nejsou následující interní předpisy uvedeny včetně přesného zdroje, ale jsou vždy označeny jen názvem konkrétního interního předpisu, za kterým následují důležité části daných předpisů vztahující se ke zkoumané problematice. Analýza dokumentů jako výzkumná metoda si klade za cíl zpracovat dokumenty pro účel výzkumu, kdy však téměř nedochází výzkumem k ovlivnění těchto analyzovaných dokumentů. Jedná se o kvalitativně – interpretační analýzu písemností, tedy prakticky o práci s již vytvořenými daty, kdy výzkumník již nová data nevytváří (Kutnohorská, 2009, s. 42–43).

Pro bližší pochopení procesu příjmu pacienta, systému hodnocení rizika vzniku dekubitů a plánování preventivních opatření a ošetrovatelské péče na pracovišti bylo vhodné do předvýzkumu zahrnout pozorování činnosti zdravotníků na pracovišti. Pozorování probíhalo rovněž v říjnu 2022 během několika služeb na jednotce intenzivní péče i standardních odděleních pracoviště. Pozorování je vědecká technika, při které dochází ke sledování určitých jevů záměrně, cílevědomě a systematicky. Cílem vědeckého pozorování je dosažení objektivního popisu daného jevu, který umožní následnou analýzu. Jako výzkumná technika bylo zvoleno přímé pozorování, kdy pozorování provádí sám výzkumník bez dotazování a ovlivňování pozorovaného subjektu. „Přímým předmětem pozorování je chování osob, někdy také celková situace, atmosféra apod.“ Pozorování bylo zjevné, nikoliv skryté, tedy takové, kdy objekt ví, že je pozorován (Kutnohorská, 2009, s. 35–37).

Rozhovor navazoval na pozorování při službách na jednotce intenzivní péče i standardním oddělení. Šlo o krátký neformální rozhovor se třemi kvalifikovanými zdravotníky, jedním ze standardního oddělení a dvěma z jednotky intenzivní péče. Cílem rozhovoru bylo zjistit jejich názor na efektivitu hodnocení rizika dekubitů, dostatečnost současného procesu a podněty na zlepšení. Nebyly předem stanoveny formální otázky, ale jednalo se především o získání subjektivního názoru a poznatků z klinické praxe. Takovou formu rozhovoru lze označit termínem nestandardizovaný nebo nekategorizovaný rozhovor a má rovněž z hlediska teorie výzkumu daná pravidla. Podobá se běžnému rozhovoru s nenásilným průběhem a přirozeností konverzace. Výzkumník (tazatel) se neřídí pevně stanoveným plánem, ale pouze udržuje rozhovor ve směru hlavního tématu a sleduje sdělení v kontextu výzkumných otázek. Tazatel má na začátku pouze jasno, na jakou otázku hledá odpověď a přibližnou představu o průběhu rozhovoru (Miovský, 2006, s. 158).

#### **4.4 Metodika vlastního dotazníkového šetření**

Výzkumná část přímo navazuje na realizovaný předvýzkum a zakládá se především na výsledcích dotazníkového šetření u kvalifikovaných zdravotníků zkoumaného pracoviště. Distribuce a následný výběr dotazníků byl realizován v měsících listopadu a prosinci roku 2022, kdy bylo rozdáno celkem 50 dotazníků, tedy všem kvalifikovaným zdravotníkům na jednotce intenzivní péče i obou standardních lůžkových pracovištích. Navráceno bylo dotazníků 36 (72 %), které byly zpracovány, vyhodnoceny a získaná data s výsledky tato práce v následujících částech prezentuje a diskutuje. Úplné znění dotazníku je vloženo v příloze D. Jelikož se na celém pracovišti používají jednotné interní předpisy, nebylo v dotazníkovém šetření bráno v potaz zařazení respondenta na konkrétní lůžkové oddělení (jednotka intenzivní péče či standardní oddělení). Součástí dotazníku jsou rovněž otázky, které zohledňují některé pokyny z výše zkoumaných směrnic. Na základě odborné literatury a realizovaného předvýzkumu byly v dotazníku rozděleny odpovědi v otázce na délku praxe pouze na respondenty bez dokončeného adaptačního procesu a po ukončeném adaptačním procesu. Nebylo v literatuře nalezeno přesné časové rozmezí, kdy se již zdravotník považuje za „více zkušeného“. Například dle Špirudové (2015, s. 78–80) se za zkušenou sestru považuje ta, která je v organizaci již zapracovaná a plně orientovaná, bez bližší časové specifikace. Jediné časové vymezení uvádí rovněž Špirudová u adaptačního procesu, kdy se pro potřeby adaptačního procesu doporučuje praxe sestry školitelky dva roky jako nejkratší možná a rovněž věstník Ministerstva zdravotnictví ČR (2009) toto téma blíže nespecifikuje. Pouze u sester vedoucích

adaptační proces uvádí, že se musí jednat o pracovníka způsobilého k výkonu příslušného povolání bez odborného dohledu.

Celý níže popisovaný proces hodnocení rizik u pacienta probíhá spolu s odběrem ošetřovatelské anamnézy při příjmu pacienta na lůžkové oddělení pracoviště. Kvalifikovaný zdravotník s využitím škály hodnotí stav se záznamem do nemocničního systému na počítači, ale většina ostatní zdravotnické dokumentace má papírovou formu. Přehodnocení pomocí škál v počítači se provádí dle interních předpisů jedenkrát za sedm dní nebo při změně pacientova stavu. Proto se některé otázky v dotazníkovém šetření zaměřují právě na tuto problematiku. Hodnocení rizika dekubitů dle škály Nortonové zmiňuje dotazník i ostatní části diplomové práce proto, že je využití této škály stanoveno interním předpisem v celé zkoumané nemocnici a jednotný systém online škálování pacienta pracuje právě s touto škálou. Data byla statisticky zpracována pomocí softwarů Microsoft Excel od společnosti Microsoft Corporation a Statistica 14 od společnosti TIBCO Software Inc.

## 5 PŘEDVÝZKUM

Výzkumná část diplomové práce si klade mimo jiné za cíl charakterizovat konkrétní zkoumané pracoviště po stránce personálního zajištění, organizace práce a obsahu interních předpisů, se zaměřením na prevenci dekubitů u hospitalizovaných pacientů na lůžkových odděleních pracoviště. Před samotným dotazníkovým šetřením bylo nutné nejdříve s pomocí předvýzkumu provést celkové posouzení situace na pracovišti pro dostatečné pochopení realizace interních procesů v praxi. Při rozhovorech s kvalifikovanými zdravotníky na pracovišti se podařilo blíže specifikovat některé problematické oblasti při hodnocení rizika dekubitů u hospitalizovaných pacientů, na které se následně mohlo dotazníkové šetření zaměřit. Součástí předvýzkumu byla rovněž tvorba formy dotazníkového šetření, kdy byl sestavený dotazník s vybranými kvalifikovanými zdravotníky konzultován a bylo v něm zapracováno několik jejich poznatků k obsahu otázek i jejich formulací. V následujících kapitolách jsou některé věty psány kurzívou. Takto označené informace jsou určeny k ověření v dotazníkovém šetření.

### 5.1 Analýza interních dokumentů

Důležitým pilířem celé problematiky prevence dekubitů a managementu péče obecně je dostatečná znalost a následné správné uplatnění interních předpisů v klinické praxi. Proto i součástí předvýzkumu byla důkladná analýza interních dokumentů, konkrétně analýza směrnic a metodických pokynů nemocnice zabývajících se managementem ošetrovatelské péče, hodnocením rizika vzniku dekubitů a prevence dekubitů.

#### 5.1.1 Směrnice *Zdravotnická dokumentace*

Velmi obsáhlá obecná směrnice, která popisuje vedení veškeré zdravotnické dokumentace v nemocnici. Její obsah se u mnoha odstavců odkazuje na řadu dalších, konkrétnějších interních předpisů. Ve směrnici o zdravotnické dokumentaci bylo nalezeno několik bodů, které se věnují obecně hodnocení pacientova stavu sestrou, plánování a hodnocení ošetrovatelské péče. *V souladu se směrnici obsahuje zhodnocení pacientova stavu sestrou ošetrovatelská anamnéza. Formulář ošetrovatelské anamnézy zkoumaného zdravotnického zařízení je v příloze C. Lhůta pro odebrání a zápis ošetrovatelské anamnézy vyplněním zavedeného formuláře je 24 hodin. Plánování a realizace ošetrovatelské péče probíhá na základě zjištěných problémů pacienta a promítá se do Záznamu ošetrovatelské péče a dalších formulářů, např. v Plánu péče o dekubity a kožní defekty, který se zakládá pouze online v nemocničním systému UNIS. Bližší specifikace výše uvedené činnosti popisují následující interní předpisy.*

### **5.1.2 Standard ošetrovateľskej péče *Péče o kúži***

Standarty ošetrovateľskej péče jsou v nemocnici rozpracovány formou stručných pokynů obsahujících konkrétní procesy a z nich vycházející výsledky. *V souladu s tímto standardem zdravotník minimálně jednou za směnu monitoruje stav kůže pacienta, vyhodnocuje rizika změn na kůži především u rizikových pacientů, případně konzultuje ošetrovateľskou péči o kožní defekty s lékařem či konzultantkou pro hojení ran. Konzultuje ošetrovateľskou péči s pacientem a edukuje jej o preventivních opatřeních. Dále zajistí vhodnou péči o kúži včetně preventivní péče o predilekční místa, kontroluje dostatečnou hydrataci pacienta a vhodnou výživu.*

### **5.1.3 Standard ošetrovateľskej péče *Prevence a ošetrování dekubitů a nehojících se ran***

Tento standard vydaný v roce 2017 bez další aktualizace určuje, že u pacienta po zhodnocení rizika pomocí škály dle Nortonové, kterému vyjde při vyhodnocení riziko dekubitů, má kvalifikovaný zdravotník založit v Plánu ošetrovateľskej péče ošetrovateľskou diagnózu „riziko dekubitu.“

### **5.1.4 Metodický pokyn *Prevence a léčba dekubitů a nehojících se ran***

Metodický pokyn podrobně rozpracovává téma dekubitů včetně jejich charakteristiky, prevence a následné léčby. Je tedy jedním ze stěžejních interních předpisů i pro účely této diplomové práce. Popisuje procesy hodnocení rizika dekubitů, preventivní opatření a případnou terapii dekubitů.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů je součástí vstupní ošetrovateľskej anamnézy všech hospitalizovaných pacientů a je realizováno v elektronické dokumentaci (UNIS). Pouze první hodnotu skóre dle Nortonové zaznamená do formuláře ošetrovateľskej anamnézy, další hodnocení je již výhradně součástí elektronické dokumentace. Hodnocení je realizováno i v průběhu hospitalizace, například při zhoršení stavu pacienta, v případě jeho překladau na jiné oddělení nemocnice nebo alespoň jedenkrát týdně. Pacient vyhodnocený jako rizikový dostane zelený identifikační náramek nebo na červený náramek (označující pacienta v riziku pádu) zelenou tečku a je v ošetrovateľskej dokumentaci učiněn záznam o provedených preventivních opatřeních. Dle tohoto pokynu má být kladen důraz především na čtyři oblasti prevence.

První oblastí prevence je tlak a tření. Například má zdravotník *uložit rizikového pacienta na antidekubitní matraci, pasivní či aktivní dle stupně rizika*. Důležitou oblastí prevence je také polohování s intervalem 2 hodiny během dne, v noci 3 hodiny nebo dle aktuálního stavu pacienta a mělo by být vždy zaznamenáno do ošetrovateľskej dokumentace. *Vhodné je rovněž*

využití preventivních materiálů především na predilekčních místech, obzvláště u pacientů před dlouhým operačním výkonem, u pacientů s vysokým rizikem vzniku dekubitů s nemožností polohování nebo u pacientů, u kterých je evidentní, že nebude polohování dostatečnou formou prevence.

Druhou oblastí prevence dekubitů je hygiena pacienta. Je dbáno o celkovou hygienu včetně využití bariérových filmů či jiných profesionálních přípravků (krémy, spreje, ...), obzvláště u inkontinentních pacientů a při používání plenkových kalhotek. Při opakovaných průjmech je vhodné zvážit využití pomůcek k řešení fekální inkontinence. Zavedení permanentního močového katétru ale není dle směrnice prevencí dekubitu!

Třetí oblastí preventivní péče je výživa. Kvalifikovaný zdravotník zhodnotí při příjmu nutriční riziko, monitoruje příjem stravy a tekutin u pacienta v riziku dekubitů, případně upozorní ošetřujícího lékaře na nové známky malnutrice či dehydratace. Při nedostatečném perorálním příjmu stravy je vhodné doplnit stravu enterální výživou ve formě douškového popíjení („sippingu“) speciálně vyvinutého pro pacienty s dekubity. Při závažném stavu je vhodné zvážit i parenterální výživu, obvykle ve formě „All in one“ vaku.

Čtvrtou, preventivní složkou je psychický stav pacienta a snaha o jeho maximální soběstačnost a spolupráci. Kvalifikovaný zdravotník věnuje pozornost psychice nemocného, maximálně rozvíjí a využívá soběstačnost pacienta. Zároveň poučí nejen pacienta, ale i ostatní členy ošetřovatelského týmu o možném riziku a preventivních opatřeních.

### **5.1.5 Shrnutí analýzy dokumentů k ověření během pozorování, rozhovorů a dotazníkového šetření:**

- Obsahuje zhodnocení pacientova stavu sestrou ošetřovatelská anamnéza?
- Je splněna lhůta 24 hodin pro odebrání a zápis ošetřovatelské anamnézy a hodnocení rizik pomocí škál?
- Probíhá plánování a realizace ošetřovatelské péče na základě zjištěných problémů pacienta a promítá se do Záznamu ošetřovatelské péče a dalších formulářů?
- Monitoruje zdravotník minimálně jednou za směnu stav kůže pacienta a vyhodnocuje rizika změn na kůži?
- Je v ošetřovatelské dokumentaci prováděn záznam o provedených preventivních opatřeních?
- Je ukládán rizikový pacient na antidekubitní matraci, pasivní či aktivní dle stupně rizika?



- Jsou u rizikových pacientů využívány preventivní materiály, především na predilekčních místech?

## **5.2 Pozorování**

Pro bližší pochopení procesu příjmu pacienta, systému hodnocení rizika vzniku dekubitů a plánování preventivních opatření a ošetrovatelské péče na pracovišti bylo vhodné do předvýzkumu zahrnout pozorování činnosti zdravotníků na pracovišti. Pozorování probíhalo v říjnu 2022 během několika služeb na jednotce intenzivní péče i standardních odděleních pracoviště.

### **5.2.1 Pozorování na standardním lůžkovém oddělení**

Během běžné denní dvanáctihodinové služby na každém ze dvou prakticky identických odděleních v pracovní den přijali nebo propustili během pozorovacích směn v průměru 9 pacientů. To kladlo značné nároky na zdravotníky, především v kontextu s další ošetrovatelskou a administrativní činností. Kvalifikovaní zdravotníci připravili a odesílali v průměru 13 pacientů na operační výkony a intervence na sálech a zároveň 16 pacientů na ambulantní vyšetření. Vytížení kvalifikovaných zdravotníků při denních službách bylo v pracovních dnech velmi vysoké. Bohužel při příjmu většího množství pacientů najednou a další potřebné práci na počítačích není na sesterně k dispozici adekvátní množství výpočetní techniky k provedení práce v plném potenciálním rozsahu. Každý kvalifikovaný zdravotník nemá vlastní, ale na pracovišti jsou pouze dva společné počítače pro tři až čtyři pracovníky ve službě. Přitom se za posledních několik let množství práce online výrazně zvýšilo. Přes počítač jsou odesílány laboratorní žádanky, objednávána strava, vystavovány žádanky na zdravotní transport či sterilizaci nástrojů a v neposlední řadě se přes jeden určený počítač na každé sesterně zadávají a spravují informace v elektronickém systému Nástěnka, který v roce 2022 jednotně aktualizoval elektronickou evidenci pacientů hospitalizovaných na lůžkovém oddělení nemocnice a plně nahradil papírově vedené záznamy. Za nedostatečný lze rovněž označit stav těchto počítačů. Počítače na odděleních jsou staré v průměru 4 roky, což může být při jejich nepřetržitém provozování jedním z faktorů, který rychlost výkonu ovlivní. Během pozorování zpracování dokumentace u jednoho z příjmů dokonce došlo k úplnému „zamrznutí“ počítače a ten musel být restartován. Činnost kvalifikovaného zdravotníka tak byla opět na několik minut paralyzována.

Při příjmu nového pacienta v pracovní den ve většině případů ošetrovatelka, studenti zdravotnických škol na praxi nebo jiný zdravotník sepisuje ošetrovatelskou anamnézu

a ošetřující zdravotník pouze dle vyplněných údajů, často bez kontaktu s pacientem vyplní ošetřovatelské škály v PC na sesterně při prvotním záznamu příjmu pacienta v online systému. Škála dle Nortonové a další ošetřovatelské hodnotící škály mohou být, a často to tak vyplňující osoba provede, u lůžka pacienta vyplněny do tabulky na zadní straně papírové ošetřovatelské anamnézy. Následně ji ale kvalifikovaný zdravotník musí vyplnit i v osobní kartě pacienta v online systému UNIS, čímž dochází k duplicitnímu hodnocení. Hodnocení pomocí škály v papírovém formuláři není ve směrnících uvedeno jako povinný úkol, povinné je pouze hodnocení online s následným zapsáním výsledné hodnoty do papírové anamnézy, ale při výše uvedeném procesu je to jediná možnost, jak si předat informace o stavu pacienta. Další přehodnocování probíhá rovněž pouze online, často rovněž bez přímého kontaktu s pacientem za účelem zhodnocení jeho stavu, ale pouze na základě upozornění systému, že je po sedmi dnech nutné přehodnotit pacientovy škály a kvalifikovaný zdravotník většinou vychází z předchozího kontaktu s pacientem při jiném ošetřovatelském úkonu. Kvalifikovaní zdravotníci nemají k dispozici pro online hodnocení škál a vyplňování dalších údajů přímo do online pacientovy karty tablety nebo jiné digitální prostředky pro činnost přímo u lůžka, ale pouze stolní počítače na sesterně.

Vzhledem k velkému vytížení je pro kvalifikované zdravotníky značně složité poskytnout v dostatečné míře především v dopoledních hodinách pracovních dní preventivní péči včetně polohování. Systém prevence stojí spíše na zkušenostech a svědomitosti zdravotníků, kteří mají rizikové pacienty v péči. Malá zelená tečka u jména pacienta v online nástěnce je prakticky jediné upozornění na riziko vzniku dekubitů, které mají kvalifikovaní zdravotníci na očích. Dopsání jakékoli poznámky do elektronické nástěnky přímo ke konkrétnímu pacientovi nelze. Identifikační náramek zelené barvy, upozorňující na pacienta v riziku vzniku dekubitu, často není vidět. Dokumentace realizovaných opatření je vedena v Záznamu ošetřovatelské péče. Zde zaznamenává kvalifikovaný zdravotník stručně případné použití dynamické matrace, nalepení ochranného pěnového krytí nebo polohování. Styl zápisu se liší zdravotník od zdravotníka. Někdo jen v bodech popíše úkony, jiný je více rozepíše (časy polohování, boky, aj..).

### **5.2.2 Pozorování na jednotce intenzivní péče**

Oddělení má tvar dlouhé chodby s pokoji v přední a zadní části a je tak pomyslně děleno na dvě poloviny s předním a zadním dozorem. Na každém dozoru je jeden počítač pro potřeby nelékařských zdravotníků. Lékaři mají na lékařském pokoji každý vlastní počítač a počítače nelékařských zdravotníků nepoužívají. Zdravotníci na JIP se potýkají se stejným problémem ohledně stavu počítačů, jako jejich kolegové na standardních odděleních. Navíc dva počítače

pro všechny kvalifikované zdravotníky na oddělení se při pozorování ukázaly jako krajně nedostatečné. Všechna lůžka jsou vybavena pasivními antidekubitními matracemi. Třetina z nich jsou matrace nové, pořízené v létě 2022, ostatní již starší a některé značně opotřebené. V roce 2023 se plánuje obnova i ostatních matrací. V případě potřeby mají na oddělení k dispozici osm aktivních (dynamických) vzduchových antidekubitních matrací, které mohou umístit do lůžka pacienta místo matrace pasivní. Využití dynamických matrací v době pozorování bylo značné (6 z 8).

Proces příjmu pacienta na jednotku intenzivní péče je oproti standardnímu oddělení lehce odlišný. Administrativní povinnosti a množství vyplňované dokumentace je sice téměř shodné, ale rozdělení úkolů a jejich naléhavost je na JIP z podstaty oddělení odlišná. Při příjmu pacienta ve zhoršeném stavu se do procesu příjmu pacienta zapojuje větší množství personálu. Jeden kvalifikovaný zdravotník, dále označován jako „administrativní zdravotník“, se od příchodu pacienta na oddělení věnuje administrativní stránce příjmu. Vyplňuje osobní údaje do počítače, zakládá zdravotnickou dokumentaci, vyplňuje s pacientem ošetřovatelskou anamnézu a další rutinní činnosti. Jiní členové ošetřovatelského týmu vykonávají přímou činnost u pacienta. Zde se činnost u jednotlivých zdravotníků liší. Někteří kvalifikovaní zdravotníci, kteří budou mít nově přijímaného pacienta v péči, si zpracovávají kompletně dokumentaci včetně ošetřovatelské anamnézy a zhodnocení škál a přímou činnost nechávají vykonávat kolegy. Naopak část kvalifikovaných zdravotníků nechá veškerou administrativu vypracovat jiného kolegu a jsou přímo u pacienta. Hodnocení ošetřovatelských škál tak často provádí administrativní zdravotník u počítače, ale bez předchozího kontaktu či důkladného zhodnocení pacienta v lůžku, protože počítač, do kterého se údaje vyplňují je z pokoje vzdálen na dozor. Některé údaje na sebe zdravotníci volají z pokoje na dozor, aby urychlili zadání pacienta do počítače, v lepším případě si administrativní zdravotník bere papír a tužku a na potřebné údaje se jde zeptat pacienta přímo k lůžku. Ani na JIP nemají kvalifikovaní zdravotníci k dispozici pro online hodnocení škál a vyplňování dalších údajů přímo do online pacientovy karty tablety nebo jiné digitální prostředky pro činnost přímo u lůžka, ale pouze stolní počítače na dozoru.

O použití aktivní antidekubitní matrace se zdravotníci často rozhodují již při avizování příjmu. Je-li avizován pacient ve špatném stavu nebo na umělé plicní ventilaci, je rovnou připraveno lůžko s aktivní antidekubitní matrací, různé polohovací pomůcky a ochranné krémy. Všem imobilním pacientům a pacientům ve vyšším stupni rizika dekubitů je automaticky nalepeno pěnové ochranné krytí. Zdravotníci na JIP mají k dispozici a hojně využívají široký sortiment polohovacích pomůcek, který se ale během některých služeb ukázal jako početně nedostatečný,

pokud je na oddělení hospitalizováno větší množství pacientů ve vyšším stupni rizika vzniku dekubitů. Dokumentace realizovaných preventivních opatření probíhá do předem určeného řádku Záznamu ošetrovatelské péče JIP, kde je evidováno nejčastěji použití ochranného pěnového krytí na predilekční místa, rehabilitace či polohování. Dále se v hlášení sester často objevují zápisy o aktivizaci pacienta, kontrole predilekčních míst nebo jejich mazání ochrannými prostředky.

### **5.2.3 Některé zjištěné skutečnosti při pozorování**

- Na standardním oddělení není ve formuláři Záznam ošetrovatelské péče dostatečný prostor pro popis navržených a realizovaných preventivních opatření. Jediný prostor je část textového pole, kdy personál vypisuje do společného textu i záznamy o provedených preventivních opatřeních, nejčastěji formulací: „Pacient pravidelně polohován.“
- Byl vyzorován systém příjmu pacienta k hospitalizaci, který prakticky vylučuje vyplnění vstupní anamnézy a zhodnocení škál později, než do 24 hodin od začátku hospitalizace. Kvalifikovaný zdravotník tyto úkony provádí většinou bezprostředně po uložení pacienta na lůžko při zpracování dokumentace k příjmu. Nevyplněné formuláře jsou ponechány ihned za deskami šanonu s chorobopisem daného pacienta k bezprostřednímu doplnění.
- Zjištěn špatný stav výpočetní techniky a její početní nedostatek, absence tabletů a vedení dokumentace komplikovaně částečně v PC a částečně papírovou formou.
- Dynamické antidekubitní matrace jsou především na oddělení JIP hojně využívány.
- Během všedních dní vyzorována vysoká vyčízenost kvalifikovaných zdravotníků administrativou.
- Systém Nástěnka neumožňuje vkládání poznámek k jednotlivým pacientům.
- Hodnocení škál a odběr ošetrovatelské anamnézy bývá realizován studenty.
- Škály často hodnotí jiný kvalifikovaný zdravotník než ten, který fyzicky vidí pacienta při příjmu.

### **5.3 Rozhovor se zdravotníky**

Na jednotce intenzivní péče probíhal rozhovor s jedním zdravotnickým záchranářem a jednou všeobecnou sestrou. Zde by oba kvalifikovaní zdravotníci ocenili možnost vyplňování hodnotících škál i ostatní zdravotnické dokumentace přímo u lůžka pacienta například v tabletu pro rychlejší zadání příjmu. Potvrdili ale, že na současný systém jsou již zvyklí a hodnocení a preventivní péče probíhá dle nich celkem efektivně. U vysoce rizikových a imobilních

pacientů se zdravotníci snaží již při příjmu v rámci možností o maximální možnou prevenci. Mezi takové preventivní zásahy můžeme řadit použití pěnového krytí predilekčních míst, polohování na lůžku, aplikaci ochranných krémů a další.

Podle dotazované všeobecné sestry ze standardního oddělení je při hodnocení rizika dekubitů často rozhodující, kdy pacient k hospitalizaci přichází. V dopoledních částech pracovních dní jsou zdravotníci velmi pracovně vytíženi, zpracovávají i více příjmů najednou a některé úkony opět provádí jen v nezbytně nutném rozsahu. Nejvíce by dle dotazované ulehčila práci přítomnost nějakého administrativního pracovníka na ranních službách, který by řešil zakládání chorobopisů plánovaných i akutních příjmů, vyřizování telefonních hovorů a ostatních administrativní záležitostí (objednání stravy, úpravu údajů v online nástěnce, objednávání vyšetření) a kvalifikovaní zdravotníci by měli více času na péči o pacienty. To ostatně potvrdilo i mé pozorování, kdy kvalifikovaný zdravotník při zpracování příjmu pacienta v počítači nemá příliš času na důkladné vyšetření přijímaného pacienta, je opakovaně vyrušován neustále zvonícím telefonem a vychází především z údajů v ošetřovatelské anamnéze, kterou mu navíc často odebral jiný kvalifikovaný zdravotník či student. Ve večerních hodinách nebo v noci bývá na administrativní záležitosti více času, ale je na oddělení méně personálu. Často tak hodnocení provádí přímo ošetřující kvalifikovaný zdravotník, který si i před samotným hodnocením škál odebral u pacienta ošetřovatelskou anamnézu. Sám dotazovaný ale nedokázal říct, jak by systém zlepšil. Polohování a preventivní péče je při běžném provozu oddělení náročná a často tuto činnost zajišťují sanitáři a ošetřovatelé. Kvalifikovaný zdravotník často pouze zkontroluje, jak je realizovaná. Polohovacích pomůcek mají dle vyjádření zdravotníka ze standardního oddělení nedostatek pouze při plném obsazení oddělení.

Více formální je již následné přehodnocení rizika po sedmi dnech, které dle zjištění většina kvalifikovaných zdravotníků provádí pouze u počítače, často bez předchozího kontaktu s pacientem. Jako horší označili shodně všichni tři přehodnocení rizika v počítači při změně stavu pacienta, na které podle dotazovaných řada kvalifikovaných zdravotníků zapomíná. Se všemi třemi dotazovanými byla zároveň konzultována pracovní verze navrhovaného dotazníku. Díky této konzultaci byl rozšířen úvodní popis dotazníku a jeho zadání. Zároveň v něm byly upraveny některé otázky, které byly podle dotazovaných nejednoznačné. Dvě otázky byly do dotazníku přidány právě na základě předchozích rozhovorů.

### **5.3.1 Některé zjištěné skutečnosti při rozhovorech se zdravotníky**

- Zdravotníci by ocenili tablety k lůžku a elektronickou interaktivní dokumentaci.
- Zdravotníci aktivně využívají preventivní pěnová krytí predilekčních míst a bariérové krémy.
- Na standardním oddělení ve všední dny chybí pracovník na ranní službu (klidně pouze administrativní) na značné množství zpracovaných záležitostí okolo příjmů a propouštění většího množství lidí, vyřizování telefonních hovorů a aktualizaci dat v informačních systémech (Nástěnka, objednání stravy, odesílání žádanek, a další).
- Polohovacích pomůcek je dle dotazovaných na pracovišti dostatek.
- Polohování na standardním oddělení realizují vzhledem k časovému vytížení často jen sanitáři a ošetřovatelé na pokyn kvalifikovaného zdravotníka.

### **5.4 Výsledek předvýzkumu – co je třeba dotazníkovým šetřením ověřit:**

- zda vůbec, kdo a jakým způsobem odebírá ošetřovatelskou anamnézu,
- zda vůbec, kdo a jakým způsobem hodnotí riziko dekubitů,
- zda považují kvalifikovaní zdravotníci aktuální systém hodnocení rizika vzniku dekubitů uživatelsky přívětivý,
- zda považují kvalifikovaní zdravotníci aktuální systém hodnocení rizika vzniku dekubitů za dostatečný z hlediska prevence dekubitů,
- zda kvalifikovaní zdravotníci zaznamenávají realizovaná preventivní opatření do Záznamu ošetřovatelské péče,
- zda je při plánování ošetřovatelských intervencí zohledněn zjištěný stupeň rizika vzniku dekubitů.

## 6 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

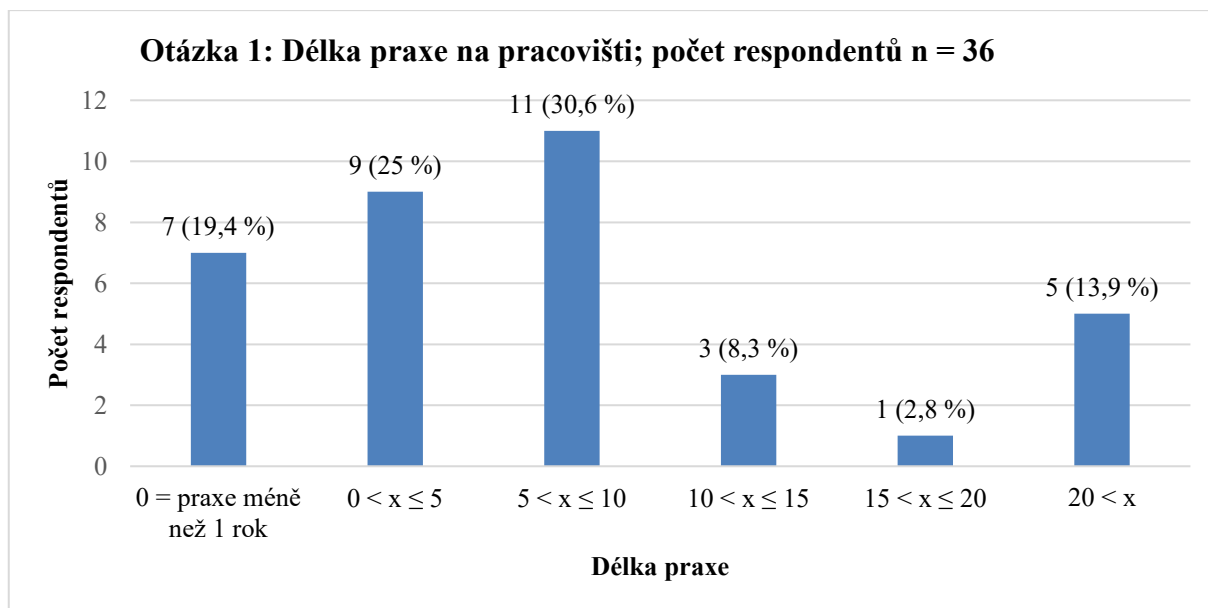
Dotazníkové šetření výzkumné části diplomové práce přímo navazuje na realizovaný předvýzkum a bylo provedeno se skupinou kvalifikovaných zdravotníků zkoumaného pracoviště (viz kapitola 4.2). Délka praxe u respondentů byla velmi variabilní. 7 respondentů uvedlo délku praxe kratší než jeden rok, oproti tomu dva respondenti uvedli délku praxe na zkoumaném pracovišti 25 let. Bližší charakteristika zkoumaného souboru z hlediska délky praxe je zpracována v tabulce 3 a 4 a na grafu 1. Respondenti, kteří uvedli délku praxe méně než jeden rok, byli pro statistické zpracování označeni délkou praxe 0 let. Největší relativní zastoupení měla v souboru respondentů skupina kvalifikovaných zdravotníků s praxí od 5 do 10 let (11, 30,6 %).

Tabulka 3 - Délka praxe na pracovišti

Délka praxe na pracovišti	Počet	Kumulativní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní relativní četnost %
0 = praxe méně než 1 rok	7	7	19,44	19,44
$0 < x \leq 5$	9	16	25	44,44
$5 < x \leq 10$	11	27	30,56	75,00
$10 < x \leq 15$	3	30	8,33	83,33
$15 < x \leq 20$	1	31	2,78	86,11
$20 < x$	5	36	13,89	100,00
celkem	36	-	100	-

Tabulka 4 - Popisné statistiky, délka praxe respondentů

Popisné statistiky, délka praxe respondentů v letech							
	Počet respondentů	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Minimum	Maximum
Délka praxe na pracovišti	36	7,94	7,00	0	7	0	25



**Graf 1 - Délka praxe na pracovišti**

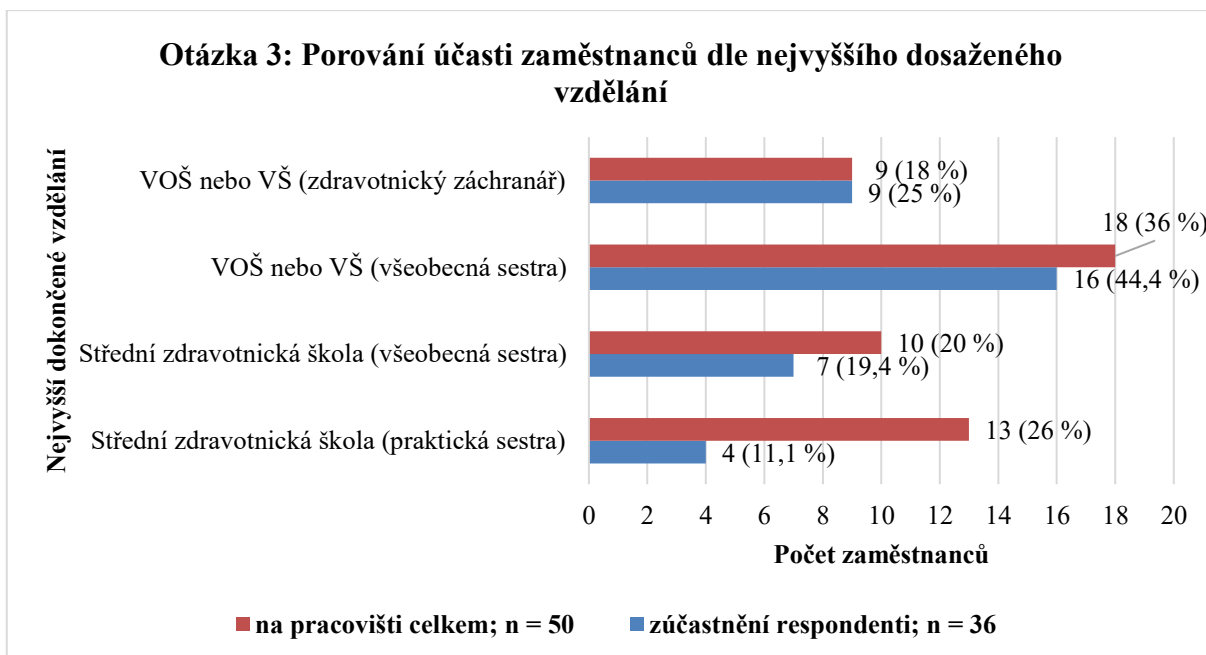
Poměr respondentů s ukončeným a neukončeným adaptačním procesem je uveden v následující tabulce 5. Z ní je patrné, že 6 respondentů (17 %) nemá ukončený adaptační proces. Ze zpracovaných dat rovněž vyplynulo, že respondenti s neukončeným adaptačním procesem mají délku praxe na pracovišti kratší než jeden rok s jedinou výjimkou. Jeden respondent bez ukončeného adaptačního procesu uvedl délku praxe 2 roky.

**Tabulka 5 - Přehled respondentů dle vzdělání a ukončeného adaptačního procesu**

<b>Přehled respondentů dle vzdělání a ukončeného adaptačního procesu</b>					
<b>Ukončený adaptační proces</b>	<b>Praktická sestra</b>	<b>Všeobecná sestra SZŠ</b>	<b>Všeobecná sestra VŠ / VOŠ</b>	<b>Zdravotnický záchranář</b>	<b>Celkem</b>
Ano	4	7	13	6	30
Ne	0	0	3	3	6
<b>Celkem</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>36</b>

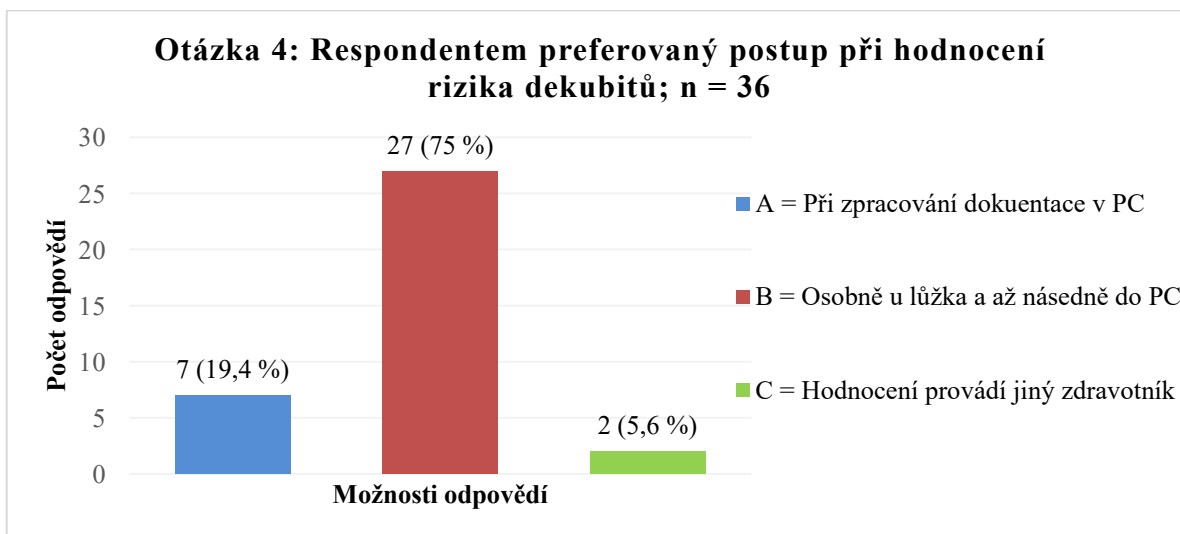
Z hlediska vzdělání respondentů je zřejmé, že na pracovišti jsou zastoupeni kvalifikovaní zdravotníci všech čtyř výše popisovaných profesí. V grafu 2 je uvedeno u každé profese, kolik je na lůžkové části pracoviště celkem pracovníků a kolik z nich se dotazníkového šetření zúčastnilo. Nejmenší podíl účastníků v dotazníkovém šetření v porovnání s počtem jich zaměstnaných měli kvalifikovaní pracovníci se střední zdravotnickou školou v oboru praktická sestra, kterých odevzdalo vyplněný dotazník necelá jedna třetina (4 respondenti ze 13 zaměstnaných). Naopak zdravotničtí záchranáři odevzdali vyplněný dotazník všichni.





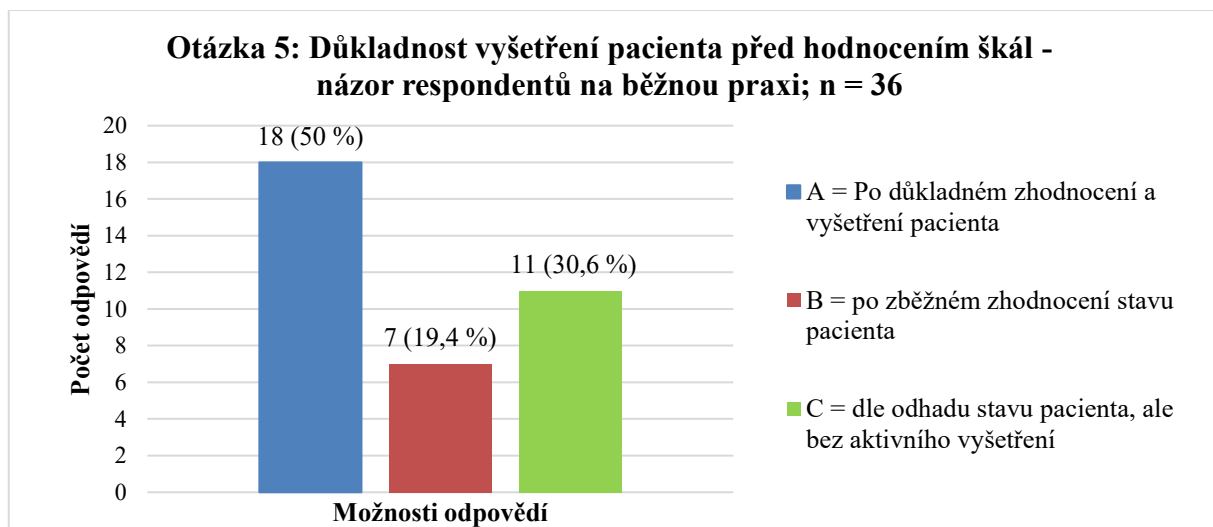
**Graf 2 - Porovnání účasti zaměstnanců dle nejvyššího dosaženého vzdělání**

Otázka číslo 4 sledovala respondentem v praxi preferovaný postup hodnocení rizika dekubitu při příjmu pacienta a nabízela tři možnosti odpovědí. Z preferovaných postupů se nejvíce respondentů, konkrétně 27 (75 %), ztotožnilo s popisem postupu, kdy respondent provádí hodnocení osobně u lůžka, případně přímo na zadní straně ošetrovatelské anamnézy a až následně zadává hodnocení do PC. Nejméně respondentů (dva) preferuje postup, kdy za něj hodnocení škál zpracovává jiný kvalifikovaný zdravotník, jak lze vyčíst z grafu 3.

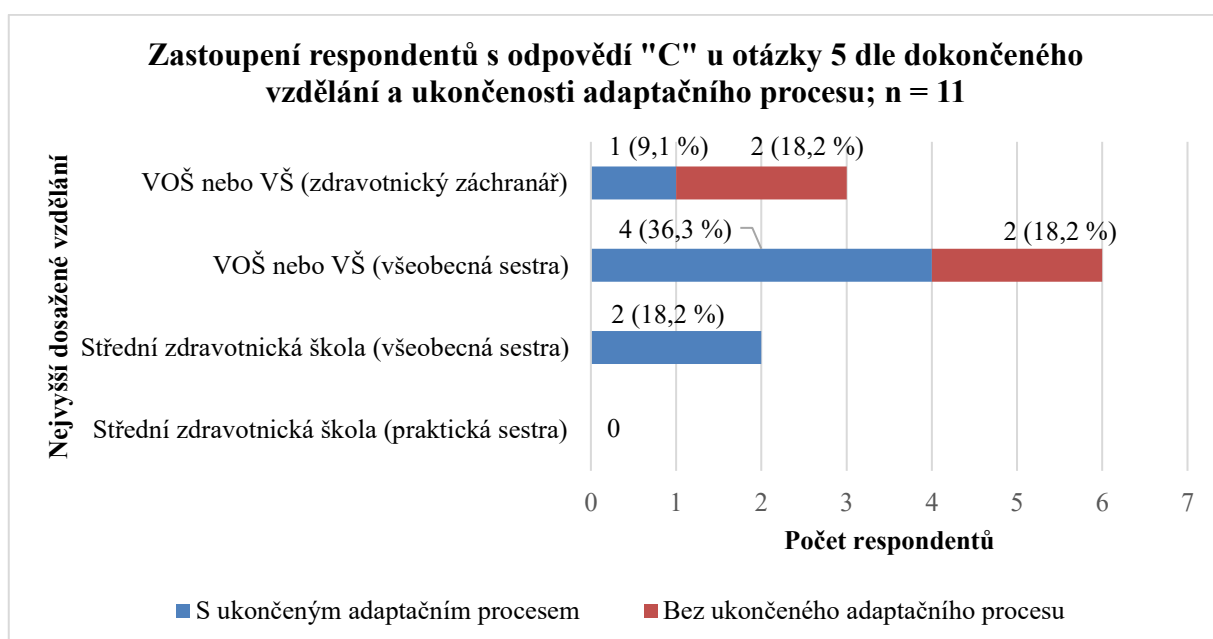


**Graf 3 - Respondentem preferovaný postup při hodnocení rizika dekubitů**

Otázka 5 zjišťovala názor respondentů na hodnocení rizika dekubitů z hlediska důkladnosti vyšetření pacienta. V této otázce respondenti vybírali odpověď, která dle jejich názoru na pracovišti převládá, nikoliv nejčastější postup respondenta. Tím se zabývala již otázka 4. 18 respondentů považuje za nejčastější postup na pracovišti takový, kdy kvalifikovaný zdravotník nejprve důkladně pacienta vyšetří a zhodnotí jeho stav. Více výsledků je uvedeno v grafu 4. V grafu 5 je podrobně rozpracováno rozložení respondentů dle vzdělání a ukončeného adaptačního procesu u odpovědi „C“ na otázku 5.

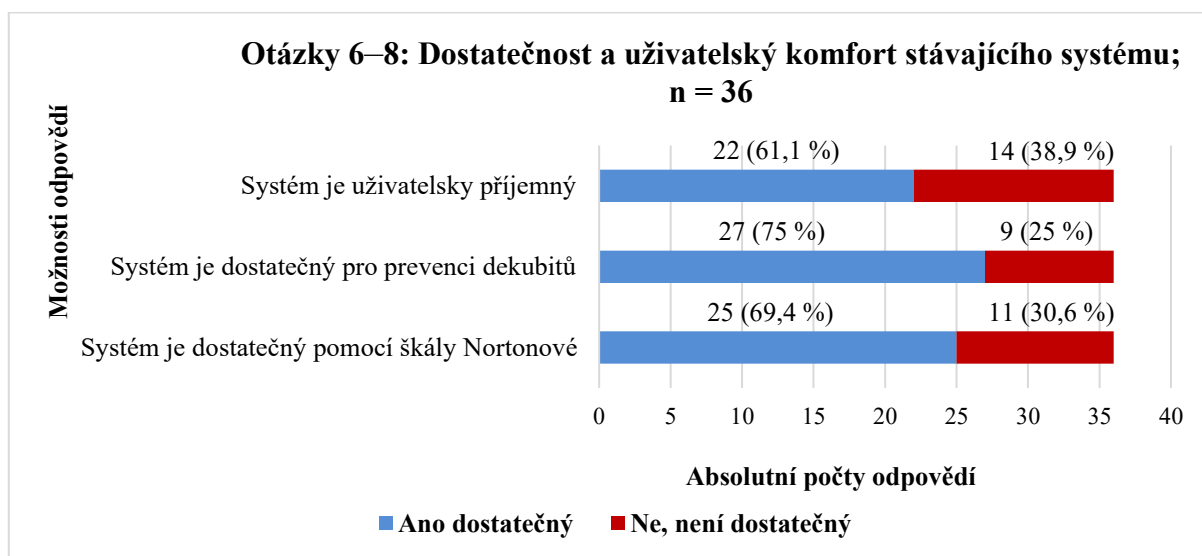


Graf 4 - Důkladnost vyšetření pacienta před hodnocením škál



Graf 5 - Zastoupení respondentů s odpovědí "C" u otázky 5 dle dokončeného vzdělání a ukončenosti adaptačního procesu

Otázky číslo 6–8 se věnují aktuálnímu systému hodnocení rizika dekubitů na zkoumaném pracovišti. Respondenti v nich určují, zda je podle nich současný systém dostatečný jen pomocí škály dle Nortonové (otázka 6), zda jej považují za dostatečný z hlediska prevence dekubitů (otázka 7) a zda je nastavení systému hodnocení uživatelsky příjemné (otázka 8). Souhrn a vyhodnocení odpovědí je uvedeno v grafu 6. V těchto otázkách byly rovněž polouzavřené možnosti odpovědí, kdy respondent, pokud zvolil možnost, že systém považuje za dostatečný ve většině případů nebo jej nepovažuje za dostatečný, měl možnost napsat v čem je podle něj stávající systém nedostatečný a jak by jej upravil. Konkrétní důvody nedostatečnosti systému a podněty ke zlepšení jsou vypsány v tabulce 6 níže, včetně četnosti těchto podnětů.



**Graf 6 - Dostatečnost a uživatelský komfort stávajícího systému**

Tabulka 6 - Souhrn odpovědí na polouzavřené otázky 6–8

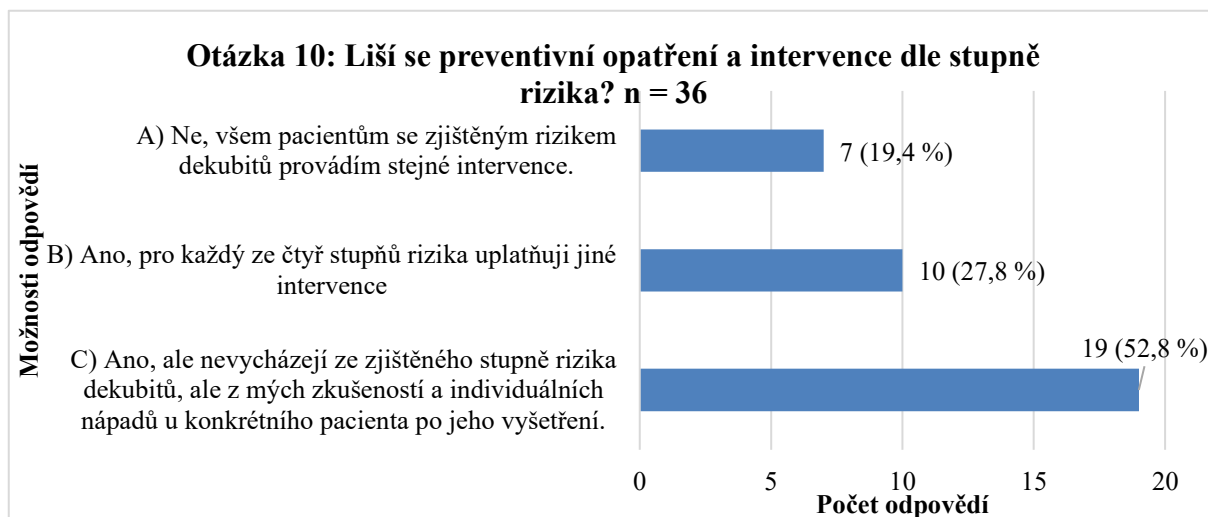
Souhrn odpovědí na polouzavřené otázky 6–8, které se věnují stávajícímu systému hodnocení					
Nedostatky systému hodnocení pomocí škály Nortonové	Odpovědi	Nedostatky z hlediska prevence dekubitů	Odpovědi	Nedostatky systému z hlediska uživatelské přijemnosti	Odpovědi
Škála neobsáhne všechny aspekty	1	Tablet u lůžka	1	Nemožnost vkládat k hodnocení stavu defektu do počítače aktuální fotky	2
Není upravená verze pro JIP	1	Fotodokumentace stávajících defektů	1	Opakované přepisování dat, ošetrovatelská anamnéza se odebírá i při opakované hospitalizaci celá znovu	1
Nedostatečné a nepřesné odpovědi na otázky škály	3	Chybí individuální plány péče	1	Chybí tablet na hodnocení rizika online u lůžka pacienta	4
Nedostatečná u pacientů, kteří se částečně hýbou sami	1	Sestra pacienta hodnotí spíš úsudkem než škálou	1	Nemožnost vkládat poznámky k hodnocení rizika či navrhované péči do systému	2
Výsledek nemá dostatečnou vypovídající hodnotu	1	Univerzální systém hodnocení nevyhovuje spektru pacientů kardiologie	1	Zrušit škály, pouze nějak upozornit a reagovat na rizikovou oblast	1
Neřeší délku imobilizace	2	Často jen jednou týdně přehodnocená škála, ale bez stanovených intervencí	1	Nevhodné možnosti výběru odpovědí u škály Nortonové	1
		Nelze plánovat intervence jen dle stupně rizika (pacient na UPV x krátkodobá imobilizace po výkonu SKG)	1	Dvojitě přepisování škály – nejprve hodnotím na formulář u lůžka a následně je znovu hodnotím v PC	2
				Není v dokumentaci místo na zaznamenání realizovaných intervencí	1

Co udělá respondent, pokud při hodnocení škály zjistí u pacienta riziko dekubitu? To byl obsah otázky číslo 9. Nejčastěji se s volbou odpovědi ztotožnili respondenti s použitím antidekubitní dynamické matrace a zajištěním dalších preventivních kroků. 4 z nich také označili současně i odpověď, která uvádí ještě jednu novou kontrolu u pacienta se zhodnocením stavu kůže a uvažuje také promazání ochranným krémem, a to i přes zadání dotazníku, aby si respondent vybral vždy jen jednu odpověď, která nejlépe vystihuje jeho jednání. V otevřené odpovědi „f“ odpověděli všichni respondenti stejnou odpovědí, že by provedená opatření záležela na stupni vyhodnoceného rizika a stavu pacienta. Souhrn odpovědí je uveden v tabulce 7.

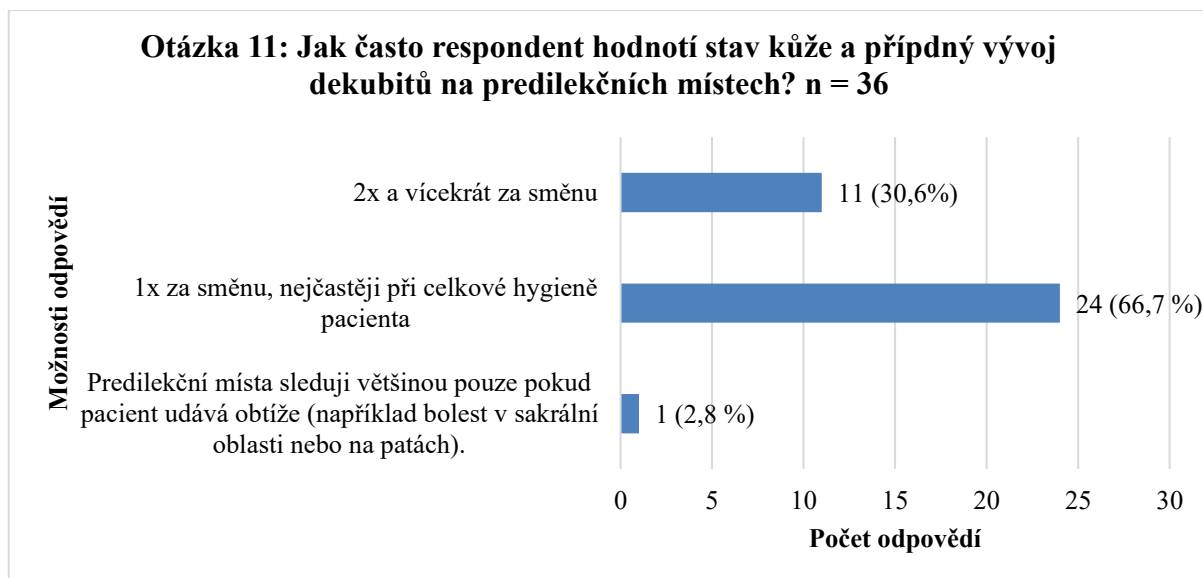
**Tabulka 7 - Realizované intervence při vyhodnocení pacienta v riziku vzniku dekubitu**

<b>Otázka 9: Pokud pomocí škály dle Nortonové zjistím u pacienta riziko dekubitu, provedu:</b>	<b>Počet odpovědí</b>
a) Nic, jen tuto skutečnost zaznamenám do ošetrovatelské anamnézy.	0
b) Zmíním se o tom kolegyni, jestli jí něco nenapadne.	1
c) Půjdu se na pacienta podívat ještě jednou, zhodnotím stav kůže, zkontroluji predilekční místa a případně je promažu ochranným krémem.	9
d) Uložím pacienta na antidekubitní dynamickou matraci a zajistím další preventivní opatření (pěnová krytí na predilekční místa, vypodložení pat, loktů...).	26
e) Založím ošetrovatelskou diagnózu v plánu ošetrovatelské péče.	1
f) Jiné (rozepište co):	3

Na odpovědi třech respondentů v otázce 9, kteří odpověděli, že intervence rozlišují dle stupně rizika dekubitů, navazuje otázka číslo 10, která se respondentů ptá, zda se liší množství preventivních opatření a intervencí u pacienta dle stupně rizika. Více než polovina respondentů nebere v potaz zjištěný stupeň rizika, ale vychází především z vlastních zkušeností a individuálních nápadů u konkrétního pacienta, jak je patrné z grafu 7.



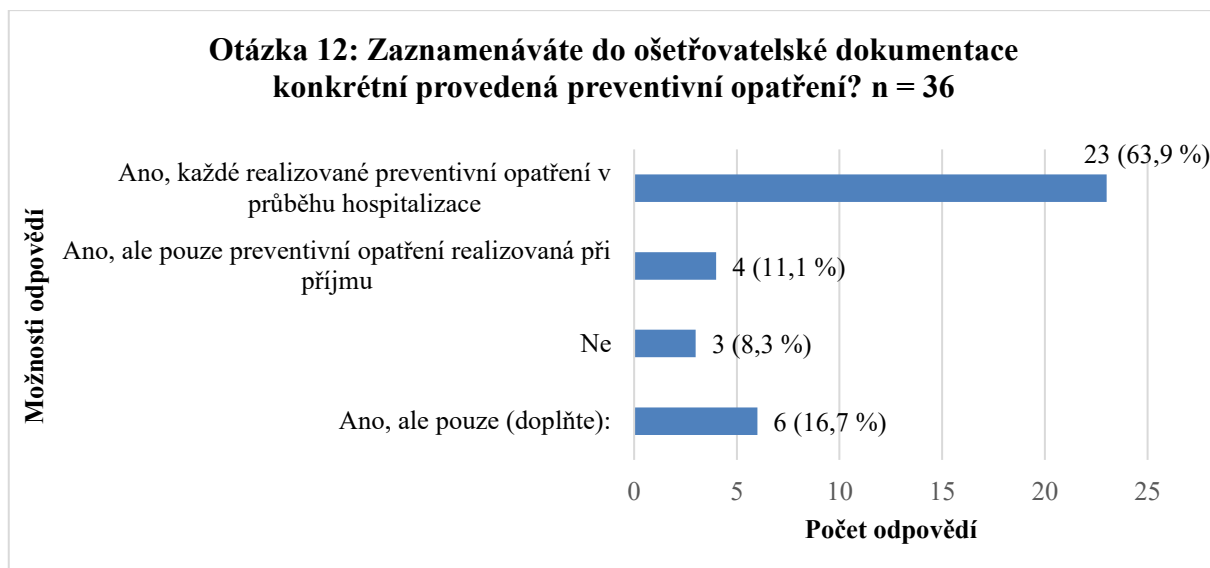
**Graf 7 - Odlišnost preventivních opatření a intervencí dle stupně rizika**



**Graf 8 - Jak často respondent hodnotí stav kůže a případný vývoj dekubitů na predilekčních místech?**

Dále skoro pětina respondentů uvedla, že všem pacientům se zjištěným rizikem dekubitů provádí stejné intervence. Po samotném plánování a realizaci ošetrovatelských intervencí obecně je důležitým prvkem ošetrovatelské péče u pacienta v riziku dekubitu pravidelná kontrola predilekčních míst. Až na jednoho respondenta, paradoxně s desetiletou praxí, provádějí kontrolu predilekčních míst alespoň jedenkrát za směnu všichni respondenti, jak je vidět v grafu 8 k otázce 11.

Zda personál nejen intervence či hodnocení rizik provádí, ale rovněž řádně dokumentuje, zjišťovalo dotazníkové šetření v otázce 12, jejíž výsledky jsou zpracovány v grafu 9. Slovní odpovědi při zvolené variantě „D – Ano, ale pouze (doplňte): “ jsou včetně četnosti zaznamenány v tabulce 8. Jeden respondent uvedl, že intervence nelze dostatečně zaznamenávat, protože na záznam není v ošetrovatelské dokumentaci dostatek prostoru.



**Graf 9 - Zaznamenávání realizovaných preventivních opatření do zdravotnické dokumentace**

**Tabulka 8 - Zaznamenávaná preventivní opatření v dokumentaci**

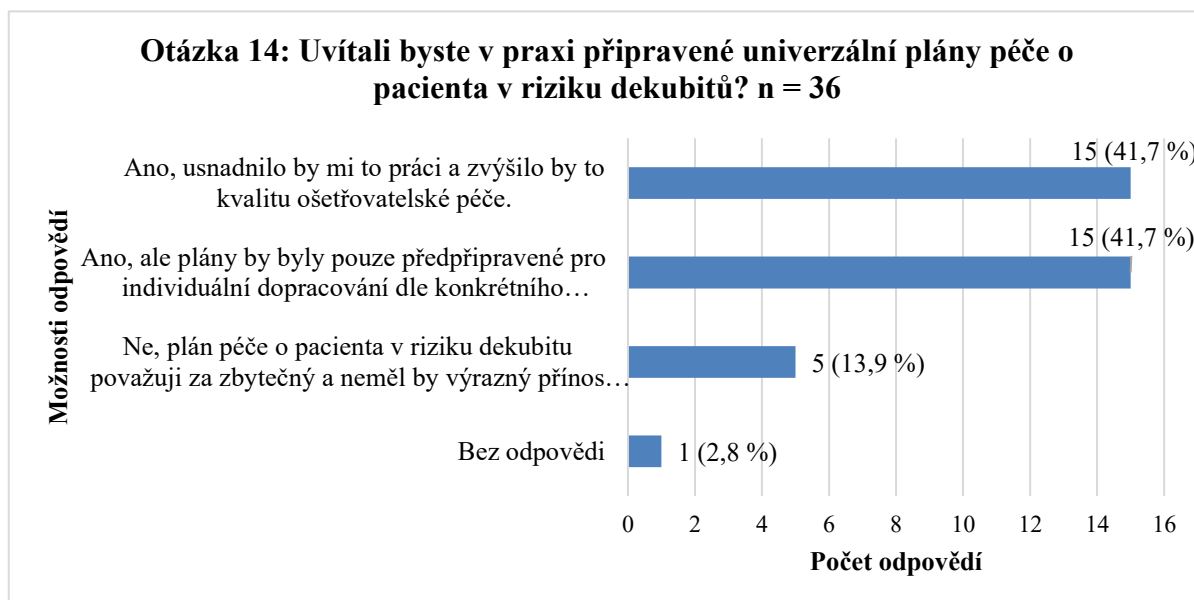
<b>Zaznamenávaná preventivní opatření v dokumentaci (odpověď 12D)</b>	
<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>
Polohování	6
Preventivní nalepení pěnového ochranného krytí	2
Použití dynamické matrace	1

Otázka 13 dotazníku nenabízela žádné uzavřené odpovědi, ale respondent musel napsat, v jakých situacích provádí přehodnocení rizika pomocí škály. Tím bylo zajištěno, že nebudou respondenti podbízeny připravené odpovědi. Odpovědi respondentů lze rozdělit do dvou skupin. Část odpovědí obsahovala časový údaj (periodu přehodnocování). Ten uvedlo pouze 20 respondentů. Z uvedených časových údajů jasně dominuje přehodnocení po 7 dnech a to v 17 případech vypsání odpovědi. Druhá skupina odpovědí spíše popisovala stav pacienta, při kterém respondent přistoupí k přehodnocení. Jednotlivé odpovědi včetně jejich četnosti lze vyčíst v tabulce 9 níže. 33 respondentů uvedlo, že pomocí škály přehodnotí riziko při změně stavu a v dalších případech. Dva respondenti uvedli pouze časový údaj a jediný respondent (praktická sestra s 13letou praxí) neuvedl žádný důvod k přehodnocení škály.

Tabulka 9 - Důvod k přehodnocení rizika dle škály

Přehodnocení dle pacientova stavu		Přehodnocení rizika dle času	
Odpověď	Počet odpovědí	Odpověď	Počet odpovědí
Při změně stavu	33	po 2 dnech	1
Po operačním výkonu	3	po 5 dnech	1
Změna defektu	1	po 6 dnech	1
Při použití omezovacích prostředků	1	po 7 dnech	17
Při změně pohybového režimu	1	časový údaj neuveden	16
Při nasazení analgosedace	1		

Zda by respondenti v praxi ocenili předpřipravené plány péče o pacienta v riziku dekubitů, vypovídají odpovědi na otázku 14 v grafu 10, kde je patrný značný zájem o tuto formu preventivních opatření.



Graf 10 - Zájem respondentů o připravené plány péče

Poslední dvě otázky shromažďovaly informace o tom, jaké by respondenti uvítali změny či vylepšení stávajícího systému hodnocení rizika a preventivních opatření (otázka 15, soupis odpovědí je uveden v tabulce 10) a zda mají i zkušenosti z jiných pracovišť (otázka 16, soupis odpovědí je uveden v tabulce 11). Více než polovina respondentů uvedla, že jiné zkušenosti nemá, ale 21 respondentů uvedlo nějaké nápady na zlepšení stávajícího systému. Zde mohli respondenti napsat i více podnětů, nebyla odpověď omezena na jeden nápad.



**Tabulka 10 - Návrhy na úpravu stávajícího systému**

<b>Otázka 15: Návrhy na úpravu stávajícího systému</b>	<b>Počet odpovědí</b>
bez odpovědi	12
tablet k lůžku pro lepší hodnocení i monitoring intervencí, online dokumentace	9
system by měl u pacienta v riziku nabízet individualizované intervence a podněcovat personál	5
ujasnit hodnocení inkontinence u permanentního močového katétru (PMK) a další nejasnosti ve škálách	3
tvorba individuálních plánů prevence, jinak každý dělá něco jiného	3
podrobnější formulář na záznam ošetrovatelské péče, není kam psát intervence	2
zviditelnit někde zjištěné riziko (na záznam ošetrovatelské péče, na dekurz, ...)	2
škály upravené dle klinik a typu pracoviště (standard / JIP)	2
více polohovacích pomůcek	2
anamnéza v systému zůstává a při dalším příjmu ji jen aktualizovat (zrychlení, eliminace chyb - že si pacient nevzpomene nebo se personál nezeptá)	1
zestručnit záznam, doplnit o postavičky na vyznačení rizikových míst	1
hodnotit více faktorů	1

**Tabulka 11 - Zkušenosti z jiných pracovišť**

<b>Otázka 16: Zkušenosti z jiných pracovišť</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Bez odpovědi	8
Ne	20
Ano, stejně	3
Ano, ošetrovatelské diagnózy - nevyhovující	1
Ano, online dokumentace, tablety k lůžku	1
Ano, ale beze škál	1
Ano, škála dle Bradenové, JIP bez aktivních matrací	1
Ano, škály denně, zaškrťování realizovaných opatření a hodnocení každou směnou online v tabletu u pacientů v riziku	1

## 7 DISKUZE

Problematika dekubitů je i v této době stále aktuální, jak ukazují i statistická čísla v tabulce 1 na straně 19. Jen v ČR v roce 2021 bylo hlášeno více než 50 000 dekubitů. Celostátní průměr 21,89 hlášených dekubitů na 1000 pacientů (incidence 2,19 %) zkoumaná nemocnice překračuje s průměrem 3,56 % o více než polovinu (ÚZIS, 2022). Pravděpodobných příčin může být několik. Vysoký počet hospitalizovaných v těžkém stavu na oddělení ARO a JIP, dále pak více než 300 lůžek v léčebně dlouhodobě nemocných, geriatrické klinice a oddělení následné intenzivní péče. Zkoumané pracoviště je však naopak s průměrem 0,759 % pacientů s dekubity, včetně těch vzniklých mimo pracoviště, hluboko pod celostátním i celonemocničním průměrem. To i přes hospitalizování pacientů v kritických stavech na umělé plicní ventilaci či mimotělních orgánových podporách na oddělení JIP. Zároveň zkoumaná nemocnice využívá elektronický systém Záznam péče o ránu, kdy každý založený záznam o dekubitu je automaticky započítáván do statistik a podléhá hlášení do SHNU. Tato čísla se však zdaleka nepřibližují světovým průměrům incidence 14,8 %, jak uváděl již výše zmíněný Al Mutairi (2018) ani průměrům v Evropě 10,8 %, jaké uváděla Moore (2019). Je zřejmě nepravděpodobné, že by Česká republika byla světovým lídrem v počtu dekubitů, protože celostátní průměr 2,19 % je ještě o polovinu nižší než průměr Finska 4,6 %, které dle rozsáhlé studie z roku 2019 bylo zemí s nejnižší hlášenou prevalencí dekubitů (Moore, 2019). Jako pravděpodobnější se jeví nedostatečné hlášení dekubitů do statistických systémů.

Zaveden je na pracovišti rovněž systém kontroly kvality pomocí interních auditů, kdy zkoumané pracoviště má celkem tři manažery kvality. Ti se věnují kontrole otevřené zdravotnické dokumentace a interním auditům pomocí měsíčních kontrolních listů, především se zaměřením na rezortní bezpečnostní cíle. Dále jsou k dispozici jako konzultanti pro zdravotnické pracovníky v případě nejasností ohledně ošetrovatelských postupů a podílejí se na vyhodnocování a úpravě stávajících procesů za účelem zvýšení kvality a efektivity poskytované péče.

### **7.1 Obsahují interní předpisy k hodnocení rizika dekubitů všechny náležitosti uvedené v Národním ošetrovatelském postupu a doporučeních EPUAP?**

Stěžejním interním předpisem ve zkoumané nemocnici je metodický pokyn Prevence a léčba dekubitů a nehojících se ran, který cíleně popisuje rizika a preventivní opatření i případnou léčbu již vzniklých dekubitů. Tato skutečnost je rovněž v souladu s doporučením EPUAP, které

považuje za zásadní systémovost a jednotnost postupů a vypracování interních předpisů doporučuje (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014). Směrnice Zdravotnická dokumentace uvádí lhůtu pro odběr ošetřovatelské anamnézy a zhodnocení rizik pomocí škál do 24 hodin od příjmu pacienta. V tomto časovém údaji by mohl být interní předpis ještě přísnější, neboť například EPUAP doporučuje hodnotit riziko nejpozději do 8 hodin od přijetí pacienta (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014). Národní ošetřovatelský postup MZ ČR rovněž uvádí doporučení hodnotit riziko co nejdříve, ideálně do 8 hodin, nejpozději však do 12 hodin (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020). Interní předpisy tak doporučení EPUAP, výše uvedené Metodiky i NOP MZČR překračují dvojnásobně.

V souladu s EPUAP i NOP MZ ČR uvedenými v předchozím odstavci jsou v interních předpisech rovněž uvedeny i další důležité činnosti. Personál přehodnocuje riziko vzniku dekubitů při každé změně stavu pacienta nebo alespoň jednou za sedm dní. Je kladen důraz na edukaci pacienta a jeho příbuzných. Pacienta v riziku vzniku dekubitů personál pravidelně (alespoň 1x za směnu) kontroluje pečlivě a celkově, se zaměřením na riziková místa. Zjištěné riziko je zaznamenáno elektronicky či písemně. Personál používá u rizikových pacientů preventivní pěnová krytí predilekčních míst. K hygieně jsou využívány pouze k tomu určené profesionální mycí přípravky a pokožka je důkladně, ale šetrně vysušena.

Metodický pokyn Dokumentace ošetřovatelského procesu určuje, že plánování ošetřovatelské péče probíhá především dle zjištěných skutečností v ošetřovatelské anamnéze a jeho realizace je zapsána v Záznamu ošetřovatelské péče. Neurčuje však, že má být plánování někde písemně zaevidováno i pro další personál, což například uvádí ve svých doporučeních EPUAP (2014). Je zde tedy nedostatek metodického pokynu oproti doporučením.

Systém hodnocení rizika přímo v nemocničním systému zároveň zjednodušuje statistické zpracování dat a informací o pacientech v riziku vzniku dekubitů, elektronická evidence vzniku dekubitů a evidovaný průběh léčby usnadňují hlášení vzniklých dekubitů do Národního portálu Systému hlášení nežádoucích událostí (Pokorná, 2023a).

## **7.2 Jsou interní předpisy k hodnocení rizika dekubitů jednoznačně popisující, jak mají zdravotníci postupovat?**

Závažnost problematiky dekubitů si ve zkoumaném zdravotnickém zařízení uvědomují. Mají zde vypracováno celkem sedm interních předpisů, které více či méně upravují prevenci dekubitů, jejich hodnocení nebo terapii. Obecně lze po prostudování rozsáhlého souboru interních předpisů konstatovat, že pro praktické použití jsou některé směrnice a metodické

pokyny psány příliš obsáhle a v některých se obtížně orientuje. Zároveň v této práci popisované téma či případně řešená podtémata, například hodnocení rizika dekubitů při příjmu pacienta, zmiňuje hned několik dokumentů, ale vždy pouze částečně, což je pro kvalifikovaného zdravotníka zbytečně komplikované a matoucí. Před složitými, obsáhlými a nejednoznačnými interními předpisy varuje i Weinberger (2016) ve svém článku o Úskalí interních směrnic. Jedinou výjimkou je metodický pokyn Prevence a léčba dekubitů a nehojících se ran, který cíleně popisuje rizika a preventivní opatření i případnou léčbu již vzniklých dekubitů. Mezi jednotlivými interními předpisy nebyly shledány rozpory či protichůdné informace. Jediná rozporuplnost při analýze interních předpisů byla u Standardu ošetrovatelské péče Prevence a ošetřování dekubitů a nehojících se ran. Tento předpis hovoří o založení ošetrovatelské diagnózy u pacienta se zjištěným rizikem vzniku dekubitů. Systém ošetrovatelských diagnóz včetně interního formuláře na tyto diagnózy byl však ve zkoumané nemocnici zrušen již v roce 2018 a předpis nebyl od té doby aktualizován. Současná legislativa vedení ošetrovatelských diagnóz nepožaduje (Koubová, 2018). Pro zachování kvality a kontinuity péče je nutná dokumentace realizovaných preventivních opatření. Několik interních předpisů hovoří shodně o povinném provedení zápisu o realizovaných preventivních opatřeních do zdravotnické dokumentace. Blíže ale není upřesněno, jak mají vypadat či kam přesně je má kvalifikovaný zdravotník napsat.

### **7.3 Probíhá písemné hodnocení rizika vzniku dekubitů v souladu s vnitřními předpisy?**

V souladu se směrnicí Zdravotnická dokumentace je na pracovišti odebírána ošetrovatelská anamnéza a je prováděno hodnocení pomocí určených ošetrovatelských škál do 24 hodin. Jak vyplynulo z pozorování, je často vše realizováno v mnohem kratší době. Vyhodnocení rizika v krátké době po příjmu není výjimka, protože k podobným závěrům dospěla i Příhodová (2016). V jejím výzkumu hodnotilo 54 % respondentů riziko do jedné hodiny od příjmu a déle než za 24 hodin pouze 1,26 %. Ve výzkumu Lněničkové (2013) však vyhodnocení rizika proběhlo do 24 hodin pouze u 73 % respondentů, respektive u 93 % respondentů v druhém souboru. Pokud je pacient vyhodnocen v riziku vzniku dekubitů, je toto riziko zaznamenáno pouze hluboko v nemocničním systému a na formuláři ošetrovatelské anamnézy. Následné přepisování například na aktuální Záznam ošetrovatelské péče se neprovádí. Někteří zdravotníci si stěžují, že není riziko uvedené například ve vrchní části Záznamu ošetrovatelské péče, se kterým denně několikrát pracují a na jehož vrchu jsou například informace o alergii, zavedených vstupech aj. Zajímavé výsledky přinesla dotazníková otázka na přehodnocování

škály rizika vzniku dekubitů. Otázka neměla cíleně žádné nabízené odpovědi. Podmínky pravidelného přehodnocování rizika museli do dotazníku respondenti vypsát, neměli možnosti k výběru. Tímto bylo dosaženo nejlepšího přehledu. Stejně jako to dělala ve svém dotazníku Příhodová (2016). Dle interních předpisů i doporučení odborných společností (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014) přehodnotí kvalifikovaný zdravotník škálu při každé změně stavu pacienta a po sedmi dnech. 16 respondentů neuvedlo časový údaj. 7 dní tak neuvedla ani polovina respondentů, naopak tři zdravotníci na sebe byli přísnější než interní předpisy a uvedli, že přehodnocují škály po 2, 5 nebo 6 dnech. Pouze čtyři neuvedli jako podmínku přehodnocení změnu pacientova stavu. Periodické přehodnocení vyžaduje i UNIS, který při otevření seznamu ležících pacientů žlutě podbarví pacienty, u kterých mají být přehodnoceny škály. To lze považovat za další pozitivní krok. Naopak kladně lze hodnotit výsledek, kdy 33 respondentů (92 %) uvedlo, že přehodnotí škály při změně stavu, což je plně v souladu i s doporučením státní autority (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020) a mnohem více než například ve výzkumu Příhodové (2016), kde takto odpovědělo pouze 27 % respondentů a 49 % uvedlo, že škály hodnotí každý den. V obou případech se však jedná o výrazný rozdíl oproti výzkumu Lněničkové (2013), kde uvedlo periodické přehodnocování rizika vzniku dekubitů v dokumentaci 0 % respondentů. Někteří respondenti uvedli i další důvody jako například stav po operačním výkonu nebo nasazení analgosedace, které ale lze všechny zařadit do pojmu změna stavu. Dva respondenti uvedli pouze časový údaj a jediný respondent neuvedl žádný důvod k přehodnocení škály.

Dle pozorování na standardních odděleních je zde nastaven systém práce velmi efektivně. Kvalifikovaný zdravotník vykonává velké množství práce včetně značné administrativní zátěže. Zde by právě zjednodušení administrativy spojené s příjmem a propuštěním pacienta bylo vhodným nástrojem ke zefektivnění práce a zajištěním dostatku času na přímou ošetrovatelskou činnost u pacienta. Pro zjednodušení příjmu si často zdravotníci vypomáhají. Zde je právě kritický bod, kdy jeden zdravotník, často například ošetrovatel bez kompetence k danému úkolu, jak je popsáno v odstavci níže, sepíše s pacientem ošetrovatelskou anamnézu a tu následně předá kvalifikovanému zdravotníkovi, který administrativně zakládá pacientův příjem a v počítači hodnotí škály bez předchozího přímého kontaktu s pacientem. To ostatně potvrdily i výsledky dotazníkového šetření, kdy tento způsob uvedlo celkem 9 respondentů. Dle metodického pokynu Prevence a léčba dekubitů a nehojících se ran i metodiky Nežádoucí události dekubitus (Pokorná, 2023a) je dále součástí příjmu pacienta i hodnocení stavu výživy a jeho psychického stavu, ale vzhledem k rozsahu práce již nebyla tato témata do předložené

diplomové práce zahrnuta. Jedná se ale rovněž o důležitý aspekt, který by mohl být námětem pro další práce.

Respondenti dotazníkového šetření byli kvalifikovaní zdravotníci. V této diplomové práci, jak již bylo upřesněno výše, je pod pojmem „kvalifikovaný zdravotník“ označován zdravotnický záchranář, všeobecná a praktická sestra. Zajímavý je poměr respondentů dle vzdělání ve vztahu k celkovému počtu pracovníků daného vzdělání na pracovišti. Například zdravotníci záchranáři vyplnili dotazník všichni, ale praktických sester pouze 30 %. Proto pravděpodobně ani porovnání výsledků dle dosaženého vzdělání není zcela přesné a příliš detailně jsme odpovědi dle vzdělání nerozpracovávali. Důvod, proč tomu tak je nelze nijak podložit a jednalo by se o pouhé spekulace.

Všichni kvalifikovaní zdravotníci provádějí v souladu s běžnou praxí na pracovišti odebírání ošetřovatelské anamnézy a hodnocení škál, včetně škály rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. Zde ale dochází ke střetu s legislativou, konkrétně vyhláškou č. 55/2011 Sb. Dle této vyhlášky má kompetence pouze všeobecná sestra (§ 4, odst. 1 písm. a): „*Vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití hodnotících a měřících technik používaných v ošetřovatelské praxi, zejména testů soběstačnosti, rizika vzniku proleženin, hodnocení bolesti, stavu vědomí, kognitivních funkcí a stavu výživy.*“ Praktické sestře přiděluje § 4a kompetence pozorovat a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta a provádět komplexní hygienickou péči včetně prevence proleženin. O kompetenci hodnotit škály včetně rizika vzniku dekubitů ale §4a nehovoří. V kompetencích zdravotnického záchranáře (§ 17) se o hodnocení dle rizikových škál například riziku vzniku dekubitů rovněž nehovoří vůbec. Zdravotnickému záchranáři jsou touto vyhláškou určeny stejné kompetence jako praktické sestře v § 4a (Česko, 2011). Praktické sestry a zdravotníci záchranáři tak hodnocení rizika vzniku dekubitů provádějí dle výše uvedených paragrafů v rozporu s touto vyhláškou. Byly analyzovány i přehledy náplně práce těchto zdravotníků na zkoumaném pracovišti, ale jejich obsah je velmi obecný a odkazuje se na výše uvedené paragrafy 4a a 17. Kvalifikovaný ošetřovatel nemá kompetenci podle § 37 výše uvedené vyhlášky ani k odběru samotné ošetřovatelské anamnézy, což se však dle pozorování na standardním oddělení děje. Podobný problém nastává u vyplňování ošetřovatelské anamnézy studentem, který by měl tuto činnost vykonávat pod odborným dohledem vyučujícího, mentora klinické praxe nebo jiného kvalifikovaného zdravotníka.

Kvalifikovaných zdravotníků před ukončeným adaptačním procesem se dotazníkového šetření zúčastnilo šest a celkem sedm respondentů má praxi kratší než jeden rok. U těchto respondentů lze částečně tolerovat nedostatečné znalosti nebo nesprávné postupy. Ostatní by již měli být, dle výše uvedených zdrojů v organizaci a kvalitě práce zapracovaní (Špirudová, 2015, s. 78–80). Bohužel v některých oblastech tomu výsledky dotazníkového šetření neodpovídají. Například dle otázky 5 hodnocení rizika vzniku dekubitů provádí více než 30 % respondentů (11 osob) bez důkladného vyšetření pacienta, z nichž je již 7 (64 %) kvalifikovaných zdravotníků s ukončeným adaptačním procesem, jak je uvedeno v grafu 5 v kapitole 6. Jistou míru vyšší chybovosti u pracovníků bez ukončeného adaptačního procesu však vyzdvihnout lze, protože tuto chybu dělají 4 ze 6 kvalifikovaných zdravotníků bez ukončeného adaptačního procesu. Zde například by mělo dojít ke zlepšení minimálně při samotném adaptačním procesu (více probrat správné postupy). Odpověď na otázku 5 je ale částečně v rozporu s otázkou 4, kde 27 respondentů (75 %) uvedlo, že riziko hodnotí nejdříve u pacienta a pak následně i v PC.

Dle standardu Péče o kůži hodnotí kvalifikovaný zdravotník stav kůže pacienta alespoň jedenkrát za směnu. Jediný respondent, paradoxně s desetiletou praxí a vyšším odborným vzděláním s kvalifikací všeobecná sestra, odpověděl, že většinou pouze pokud pacient udává obtíže. 30 % respondentů (11 osob) dokonce uvádí, že kontroluje stav kůže 2x a vícekrát za směnu, tedy ještě častěji, než určují interní předpisy. To odpovídá i závěrům Příhodové (2016), kdy pouze 5 % respondentů uvedlo, že stav kůže nehodnotí vůbec nebo pouze při uváděných obtížích. Ostatní ji hodnotili při každém polohování (70 %), při ranní hygieně (14 %) nebo při každém kontaktu s pacientem (11 %).

#### **7.4 Probíhá plánování a realizace intervencí v souladu s vnitřními předpisy?**

Ke konkrétnímu plánování intervencí na pracovišti například pomocí formuláře nebo interaktivního rozhraní UNIS u hodnocení rizika vzniku dle pozorování nedochází, i když je dle EPUAP (2014) přesné plánování preventivních opatření vhodné pro dostatečné sledování všech oblastí rizika. Nejsou pro kvalifikované zdravotníky připravené žádné plány péče (ani univerzální k dopracování) a je tak pouze na úsudku kvalifikovaného zdravotníka, jaké intervence zvolí a realizuje. Někteří zdravotníci vyjádřili zájem o využívání připravených preventivních schémat. Rovněž není ve zdravotnické dokumentaci pro standardní oddělení (v záznamu ošetrovatelské péče) dostatek prostoru na plánování a následné záznamy o realizaci preventivních opatření. Interní předpisy (směrnice Zdravotnická dokumentace) sice nařizují jejich evidenci, ale jak bylo zjištěno pozorováním i v odpovědích respondentů, současná forma

papírové dokumentace pro standardní oddělení není vhodná, respektive ve formuláři není prostor pro podobné záznamy. Vzhled a obsah zdravotnické dokumentace si však mohou jednotlivá zařízení upravit (Koubová, 2018). Avšak například použití dynamické matrace na standardním oddělení do dokumentace viditelně zaznamenávají. Záznam ošetřovatelské péče pro JIP je sestaven jinak a například volné řádky na polohování a další poznámky obsahuje. Zde zdravotníci zaznamenávají především preventivní nalepení pěnového krytí na sacrum či polohování. Zároveň ale, poněkud v rozporu se zjištěním při pozorování i odpověďmi v jiných otázkách, uvedlo 64 % respondentů, že zaznamenávají každé realizované preventivní opatření. Pokyny z rozsáhlého metodického pokynu Prevence a léčba dekubitů a nehojících se ran mají logickou návaznost a obsahují řadu pokynů pro kvalifikované zdravotníky. Dle pozorování i výsledků dotazníkového šetření 2/3 respondentů realizují při zjištění rizika vzniku dekubitů opatření v souladu s tímto metodickým pokynem. Někteří další respondenti uvedli, že pacienta ještě jednou vyšetří, případně se na navržených preventivních opatřeních poradí s kolegy. Tuto variantu lze rovněž považovat za správnou, především u méně zkušených kvalifikovaných zdravotníků. Dále je třeba podotknout, že například umístění pacienta na dynamickou antidekubitní matraci, jako základní preventivní opatření, je v praxi na JIP zvoleno ještě před fyzickým vyšetřením pacienta a jsou na ni umístěni rovnou všichni pacienti, kteří jsou avizováni od záchranné služby nebo urgentního příjmu ve špatném stavu. Tento postup je plně v souladu s Národním ošetřovatelským postupem, který doporučuje použití dynamické antidekubitní matrace u pacientů v bezvědomí, neschopné žádného aktivního pohybu nebo pokud je jejich polohování kontraindikováno (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020). Možná i to je příčinou nízkého počtu nově vzniklých dekubitů na zkoumaném pracovišti. Je i pro ošetřovatelský personál jednodušší raději po krátké době přemístit pacienta v dobrém stavu z dynamické na pasivní matraci, než z pasivní matrace překládat pacienta ve špatném stavu na dynamickou. Zde je výhodou velký počet dostupných dynamických matrací na oddělení JIP. V otázce číslo 9, Co udělá respondent, pokud vyhodnotí pacienta v riziku dekubitu, nebyly žádné z odpovědí v rozporu s interními předpisy. Nikdo nezvolil možnost, že neudělá nic, což lze považovat za pozitivní zjištění. Většina (72 %) zvolila možnost s uložením na antidekubitní matraci a zajištěním dalších preventivních opatření (nalepením ochranných prostředků či elevaci pat). Například Příhodová (2016) uvádí, že 18 % respondentů uvedlo, že v intenzivní péči nevyužívají aktivní antidekubitní matrace vůbec. Tři respondenti se rozepsali v polootevřené odpovědi, že by opatření volili dle stupně rizika. Na to se ptala i následující otázka, zda respondenti rozlišují přijatá opatření dle stupně rizika. Zde většina potvrdila, že ano (29 respondentů = 80 %), ale z nich 19 uvedlo, že opatření neupravují dle stupně dekubitu, ale



individuálně dle stavu a potřeb pacienta po jeho vyšetření. Při tomto řešení není péče systémová a může být různými zdravotníky realizována jinak, ale pro pacienta je individualizovaná péče pravděpodobně nejlepší možná. Nízká čísla ve statistice interního nemocničního systému (zdroj dat je neveřejný - pozn. autora) nových dekubitů na pracovišti potvrzují, že tento většinový přístup zřejmě funguje. Jeden respondent uvedl, že založí ošetřovatelskou diagnózu v plánu péče. Tuto odpověď nelze hodnotit jako v rozporu s interními předpisy, protože tuto činnost opravdu nařizuje jeden ze Standardů ošetřovatelské péče, ale jak se blíže uvádí v podkapitole 7.2, tento standard je zastaralý a nekoresponduje se současným postupem, protože ošetřovatelské diagnózy byly ve zkoumané nemocnici zrušeny již v roce 2018. Při pozorování bylo zjištěno, že jsou zaznamenávány pouze některé realizované intervence. Dle ÚZIS je však důležité zaznamenávání preventivních opatření především pro návaznost a jednotnost poskytované péče (Pokorná, 2023a). Na standardních odděleních například zaznamenávají použití dynamické matrace, ale na JIP nikoliv. Naopak dokumentace na oddělení JIP nabízí přímo určený řádek pro bližší informace o polohování, ale záznam standardních oddělení jen textové pole, kde někteří uvádějí jen informaci, že pacient polohován, jiní píšou i časy a natočení. Na všech odděleních pracoviště ale kvalifikovaní zdravotníci zaznamenávají použití ochranných pěnových krytí včetně data nalepení nebo aktivizaci pacienta, například posazování k jídlu, hygieně, aj. V dotazníkovém šetření uvádí 64 % respondentů, že zaznamenávají každé realizované opatření, což ale úplně neodpovídá našemu zjištění při pozorování ani možnostem ošetřovatelské dokumentace. 3 respondenti naopak uvádí, že nic nezaznamenávají. 6 respondentů uvádí, že zapisuje polohování a pouze 2 si vzpomněli na nalepení ochranného pěnového krytí. Například dle výzkumu Lněničkové (2013) zdravotníci před aktualizací interních předpisů evidovali polohování po dvou hodinách jen v 67 % případů.

## **7.5 Jak je ze strany kvalifikovaných zdravotníků hodnocen současný přístup?**

Jako velmi nedostatečný se v průběhu pozorování ukázal stav počítačů. Dle vyjádření vedení kliniky již v době pozorování je plánována obnova. Ta fyzicky proběhla 3 měsíce po pozorování. S nově zavedeným systémem online nástěnky se personál zcela neztotožnil. Oproti původní papírové verzi na zdi sesterny je zadávání do počítače zdlouhavé a jako hlavní nevýhoda se ukázala nemožnost vkládat k jednotlivým pacientům textové poznámky. Na tuto nevýhodu si stěžovali i zdravotníci při rozhovoru a pozorování. Rizika jsou u jednotlivých pacientů znázorněna pouze malou barevnou tečkou. Dalším rozporuplným opatřením, v souladu se směrnicí, je označení pacienta v riziku dekubitů zelenou tečkou na identifikační

náramek. Efektivita tohoto opatření je přinejmenším sporná, protože náramek není příliš vidět a pokud již personál přichází pacienta polohovat nebo zkontrolovat predilekční místa, o riziku ví a nepotřebuje na něj být znovu upozorněn tečkou na náramku. Tento úkon však vychází z Metodiky MZ ČR (Pokorná, 2023a).

Ve třech otázkách, zda zdravotníci považují stávající systém za dostatečný pomocí škály Nortonové, dostatečný z hlediska prevence dekubitů a uživatelsky příjemný, odpověděla u každé přibližně třetina, že nikoliv. Souhrn poznámek naleznete v tabulce 6 v kapitole 6. Mezi nejčastěji zmiňované, které korespondují se zjištěními i při pozorování či rozhovorech, patří především nejednoznačnost a přílišná univerzálnost škály dle Nortonové, což tvrdí i Brabcová (2021). Škála dle Nortonové nerespektuje skladbu pacientů na pracovišti délku imobilizace, nemožnost hodnotit škály přímo u pacienta například pomocí tabletu, nemožnost vkládat poznámky či navrhovaná preventivní opatření přímo do systému ke zhodnoceným škálám a duplicitní škálování u pacienta na papírovém formuláři a poté do počítače. Toto by podle respondentů mohl vylepšit přechod na elektronickou dokumentaci s tablety k lůžku a případnou úpravou škály (viz kapitola 7.6), protože 30 % respondentů v dotazníkovém šetření považuje hodnocení dle škály Nortonové za nedostatečné. Elektronická dokumentace však musí být dostatečně intuitivní a nebyť kombinována s papírovou formou, jak uvedli respondenti nesouhlasící s elektronickou dokumentací (30 % zúčastněných) ve výzkumu Böhmové (2018), podle nichž kombinované vedení dokumentace je ještě horší než čistě papírové.

## **7.6 Mají zdravotníci nějaký návrh na úpravu současného systému hodnocení a plánování péče?**

Vytiženost kvalifikovaných zdravotníků standardních oddělení především ve všedních dnech byla zjištěna již při pozorování a poukazovali na ni i zdravotníci při rozhovorech. I Příhodová (2016) ve výzkumu uvádí, že nejčastější překážkou v dostatečné preventivní péči je nedostatek času kvalifikovaných zdravotníků. Zde navrhují respondenti posílení personálního stavu do ranních směn o ještě jednoho kvalifikovaného zdravotníka na veškeré úkony spojené s administrativou příjmu, který by mohl mimo jiné sám řádně hodnotit pacientovy škály, zajišťovat potřebná preventivní opatření a následně jen tyto informace předat ošetřujícímu kvalifikovanému zdravotníkovi k dalším opatřením. Pozorování na jednotce intenzivní péče ukázalo zcela odlišný styl organizace práce. Při příjmu akutního pacienta se příjmu věnuje větší množství personálu a zde se i liší způsob hodnocení rizika vzniku dekubitů dle jednotlivých kvalifikovaných zdravotníků. Jak ukázalo pozorování i následné dotazníkové šetření, někteří zdravotníci se raději věnují fyzicky pacientovi a administrativu nechávají na jiném kolegovi.

Jiní naopak prosazují zpracování dokumentace sami a nechávají péči o pacienty na ostatních. Zde pak může dojít k situaci, kdy jeden kvalifikovaný zdravotník jen zhodnotí škály a zapíše jejich hodnotu do ošetřovatelské anamnézy, ale fyzicky se o další intervence nestará. Právě zde navrhuji v dotazníkovém šetření i při rozhovorech respondenti elektronizaci dokumentace a možnost veškeré záležitosti příjmu vyřešit u lůžka pacienta, nikoliv na vzdálené sesterně, proti čemuž nelze asi nic namítat. Ošetřovatelská anamnéza z předchozích hospitalizací by byla viditelná a dalo by se přímo v ní zaznamenat změny oproti minulé hospitalizaci. Böhmová (2018) uvádí, že 70 % respondentů mělo zájem na elektronickém vedení dokumentace (anamnéza, příjmové zprávy, souhlasy s hospitalizací, a.j.), ale 95 % respondentů je pro zachování alespoň záznamu ošetřovatelské péče v písemné podobě.

Další z možností vylepšení systému je poskytnutí univerzálních plánů péče o pacienta v riziku vzniku dekubitů. Lze to chápat jako například karty s možnými úkony, které lze nebo je třeba u pacienta vykonat a sledovat a mohly by být rozděleny dle stupně zjištěného rizika. Případně by se mohlo jednat jen o předpřipravené plány, které by zdravotník po zjištění rizika konkretizoval a individuálně upravil pro každého pacienta jako součást elektronické dokumentace zmíněné v odstavci níže. Takovéto univerzální plány ale pravděpodobně nejsou v praxi příliš rozšířené, jelikož se nám nepodařilo dohledat ani jediný takový plán nebo i jen zmínku o jeho využívání. 15 respondentů (42 %) považuje univerzální plány za možnost, jak usnadnit práci ošetřovatelskému personálu a zároveň zvýšit kvalitu ošetřovatelské péče. Kvalifikovaní zdravotníci by vykonávali úkony u daného pacienta stejně. Jiných 15 respondentů by ocenilo předpřipravené plány k dopracování pro konkrétního pacienta. Pouze 5 respondentů (14 %) považuje plán péče za zbytečný a pro pacienta nepřínosný. Zde lze pozorovat další možnost ke zlepšení péče a současně zefektivnění činnosti kvalifikovaných zdravotníků.

Možnou inspirací pro úpravu stávajícího systému může být i zkušenost z jiných pracovišť. Proto byla do dotazníku tato otázka zařazena. Tu uvedlo 8 respondentů (22%). Tři respondenti měli zkušenosti se stejným systémem jako na zkoumaném pracovišti. Dva dříve používali tablety a online systém dokumentace. Tato zkušenost by i korespondovala s náměty respondentů na zlepšení současného systému. Jediný respondent uvedl zkušenosti s jinou škálou (dle Bradenové), ale bez konkrétnějšího popisu, zda ji považuje za lepší či nikoliv. Jeden respondent naopak uvádí zkušenost z pracoviště, kde hodnotící škály nepoužívali.

Během pozorování a rozhovorů bylo odhaleno několik možností ke zlepšení stávajícího systému prevence vzniku dekubitů na zkoumaném pracovišti. Další podněty na zlepšení přinesly odpovědi respondentů v dotazníkovém šetření, které lze nalézt v tabulce 10 v kapitole 6. Mezi nejčastější návrhy na změnu či vylepšení patří jednoznačně tablet k lůžku a digitalizace zdravotnické dokumentace. Tuto odpověď uvedlo celkem 9 respondentů a odpovídá i zjištěním při pozorování a názorům dotazovaných při rozhovorech. Interaktivní online systém dokumentace i například vyplňování ošetřovatelské anamnézy a hodnocení škál by mohl nabízet online systém jednoduše a vše by bylo na jednom místě. Návrhy na realizaci opatření by mohly být interaktivně zahrnuty přímo do záznamu ošetřovatelské péče nebo u zhodnocených rizik (5 respondentů), ve kterém by se například jen kliknutím na příslušný panel potvrdila realizace některého z navrhovaných opatření. Některé údaje by se tak nemusely od pacienta získávat do tištěných formulářů při opakované hospitalizaci stále znovu, například anamnéza (1 respondent). Tím by se ještě zvýšila efektivita práce ošetřovatelského personálu. Nehledě na environmentální dopad tohoto opatření ve formě rapidní úspory papíru a toneru do tiskáren. Například dle Böhmové (2018), která se věnovala výhodám a nevýhodám elektronické zdravotnické dokumentace je nespornou výhodou čitelnost elektronických záznamů, nepřetržitá dostupnost dokumentace, minimalizace rizika ztráty částí dokumentace a možná intuitivnost a efektivnost práce. Jako nevýhody označili odpůrci elektronické dokumentace (30 % respondentů) vysoké finanční náklady, složitost ovládání pro starší personál a s tím spojené delší zapisování do PC oproti papírovému formuláři či riziko nedostatečného zabezpečení dat. Interní předpis Dokumentace ošetřovatelského procesu však uvádí, že při opakované hospitalizaci má být využita původní, již vyplněná ošetřovatelská anamnéza, není-li starší než tři měsíce. Jelikož je však anamnéza vedena papírovou formou, nemá ošetřovatelský personál při příjmu šanci se pro původní anamnézu dostat do archivu uzavřených chorobopisů.

Několik dalších respondentů požadovalo změnu či úpravu hodnotící škály, konkrétně upravit škály dle typu pracoviště a spektra pacientů, hodnotit více faktorů a upřesnění hodnocení inkontinence u pacientů, kdy většina má zavedený permanentní močový katétr (celkem 3 respondenti). Zde je však problém se změnou otázek ve škále dle Nortonové, jelikož škálu nelze vzhledem k její verifikaci libovolně měnit. Zde by však byla možnost změny škály. Dle odborné literatury (Brabcová, 2021, s. 627–630), „Z 22 dohledaných studií vyplývá, že škála dle Bradenové nabízí největší rovnováhu mezi citlivostí, specifíčností a rovněž má nejvyšší odhad rizika. Oproti tomu Nortonové škála nepřináší příliš validní informace.“ Škála dle Bradenové je rovněž nejpoužívanější ve Slovenské republice (Pokorná, 2023a).

O nedostatečnosti formuláře pro záznam ošetrovatelské péče již tato kapitola pojednává a v dotazníku na to upozornili rovněž dva respondenti. Dva respondenti navrhují pořízení více polohovacích pomůcek, což je opět částečně v kontrastu se závěry rozhovorů, kdy se dotazovaní shodli, že polohovacích pomůcek mají většinu dostatek. Například dle Příhodové (2016) je druhou nejčastější překážkou v moderní preventivní péči o dekubity právě nedostatek pomůcek a materiálů.

## **7.7 Návrhy pro vedení pracoviště na změnu či zlepšení**

Na základě studia odborné literatury, předvýzkumu i následného dotazníkového šetření bylo zpracováno několik návrhů na možné zlepšení současného stavu.

- I. Aktualizovat interní předpisy, především v oblasti hodnocení rizika, dle současných doporučení odborných společností (EPUAP), metodiky nežádoucí události dekubitus a aktuálního Národního ošetrovatelského postupu MZ ČR.
- II. Zvážit možnost výměny používané škály pro hodnocení rizika dle Nortonové za škálu dle Bradenové. Případně u škály dle Nortonové upřesnit odpovědi k výběru, například nejednoznačnost u inkontinence při PMK.
- III. Věnovat v adaptačním procesu nových zaměstnanců větší pozornost proškolení v oblasti hodnocení rizik u pacientů, vedení zdravotnické dokumentace v této oblasti a možným preventivním opatřením.
- IV. Zařadit do plánu periodického vzdělávání zdravotníků téma rizika vzniku dekubitů, jeho správné hodnocení a možnosti preventivních intervencí. Především s důrazem na jednotnost postupu všech kvalifikovaných zdravotníků.
- V. Navrhnout úpravu formuláře „Záznam ošetrovatelské péče“ pro standardní oddělení především s ohledem na současnou nemožnost řádně zaznamenávat realizované ošetrovatelské intervence a navrhnout sjednocený postup při zaznamenávání realizovaných ošetrovatelských intervencí.
- VI. Zvážit možnost vypracování univerzálních plánů péče (univerzálních schémat) o pacienta v riziku vzniku dekubitů. Plány by mohly být připravené obecně k dopracování pro konkrétního pacienta nebo alespoň jako souhrn doporučení, jaké intervence u pacienta realizovat. To vše s cílem sjednocení realizovaných intervencí a zvýšení kvality a efektivity poskytované péče. V dotazníkovém šetření mezi kvalifikovanými zdravotníky by tuto možnost ocenilo 83 % respondentů.
- VII. Přechod na digitalizovanou dokumentaci, využívání tabletů k lůžku pro přímé vyplňování ošetrovatelské anamnézy a hodnocení rizik u pacienta pomocí škál bez

mezikroku s papírovým formulářem. Ošetrovatelská anamnéza z předchozích hospitalizací by byla viditelná a dalo by se přímo v ní zaznamenat změny oproti minulé hospitalizaci.

- VIII. Elektronický systém hodnocení rizika by měl po vyhodnocení pacienta v riziku vybízet k realizaci konkrétních intervencí, alespoň formou doporučení pro daný stupeň rizika.
- IX. Pořídit více polohovacích pomůcek, především pro standardní oddělení.
- X. Upravit vedení zdravotnické dokumentace tak, aby zjištěná rizika byla jednoznačně patrná z ošetrovatelské dokumentace. Barevné tečky v systému Nástěnka personál v dotazníkovém šetření nepovažuje za dostatečné. Navíc systém Nástěnka neumožňuje vkládat poznámky k pacientům.
- XI. Možnost vkládat fotodokumentaci již vzniklých dekubitů přímo do formuláře Záznam péče o ránu, případně i do formuláře pro hodnocení rizika vzniku dekubitů, pokud je s dekubitem pacient již přijímán.

## 8 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou efektivitu hodnocení rizika dekubitů v klinické praxi.

Teoretická část práce zahrnuje popis problematiky dekubitů v číslech, jejich klasifikaci dle mezinárodní společnosti EPUAP do celkem 6 kategorií, rizikové faktory pro vznik dekubitu, hodnocení rizika vzniku pomocí škál, především se změřením na nejpoužívanější škály dle Nortonové, Bradenové a Waterlové, a možná preventivní opatření. Druhým tématem teoretické části práce je kvalita péče. Systém hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem zavedeným pro zajištění kvality procesů ve zdravotnictví již od roku 1997. Resortní bezpečnostní cíle jako pravidelně aktualizované doporučené postupy MZ ČR mají v kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péči rozhodně své místo stejně jako interní a externí audity. Vznik dekubitu jako indikátor kvality je spolu s pádem pacienta povinně hlášenou mimořádnou událostí v lůžkovém zdravotnickém zařízení a jen v roce 2021 jich v ČR bylo hlášeno více než 50 000. Cílem jejich sledování je získání dostatečného množství dat pro zvyšování kvality péče (Spojená akreditační komise, 2023).

Výzkumná část práce měla za cíl zhodnotit na konkrétním klinickém pracovišti fakultní nemocnice účinnost a použitelnost zavedených standardizovaných postupů při hodnocení rizika vzniku dekubitů a s ním souvisejících nápravných opatření, posouzení možné implementace progresivních úprav směrnic nebo postupů i s přihlédnutím ke zkušenostem respondentů s postupy zavedenými na jiných klinických pracovištích.

Prvním cílem bylo popsat, jak směrnice / metodické pokyny na zkoumaném pracovišti upravují prevenci dekubitu. Bylo popsáno celkem sedm interních předpisů, které se dotýkaly tématu hodnocení rizika vzniku dekubitů a prevence. Pro praktické použití jsou některé směrnice a metodické pokyny psány příliš obsáhle a v některých se obtížně orientuje. Bylo zjištěno, že některé interní předpisy je třeba aktualizovat do souladu s aktuálně platnými doporučeními odborných společností i MZ ČR. Jedna směrnice zároveň vykazovala zastaralost a odkazovala na jiná, již neplatná nařízení. Současné interní předpisy jednoznačně nepopisují, jak mají zdravotníci postupovat. Obecně ale směrnice poskytují dostatečný návod pro činnost kvalifikovaných zdravotníků.

Druhým cílem výzkumné práce bylo popsat, jak je vedena zdravotnická dokumentace v problematice prevence dekubitů. Zkoumané pracoviště využívá kombinaci elektronického systému hodnocení rizika pomocí škál a rovněž případný záznam péče o ránu (či dekubitus)

probíhá v počítači. Ostatní příjmová i následná ošetrovatelská dokumentace je však vedena na několika papírových formulářích. To se ukázalo v praxi jako nevyhovující. Zdravotníci ve formulářích nemají na záznam plánovaných a realizovaných intervencí dostatek prostoru. Zároveň papírová dokumentace není dostatečně intuitivní a návodná k doporučeným intervencím.

Třetí cíl výzkumné části zjišťoval pohled zdravotníků daného pracoviště na současný systém hodnocení rizika vzniku a následné intervence. U přibližně jedné třetiny respondentů dotazníkového šetření není současný systém hodnocení považován za dostatečně efektivní a uživatelsky komfortní. Zdravotníci naopak navrhli řadu možností ke zlepšení systému.

Čtvrtým cílem práce bylo zpracování návrhů na zvyšování kvality managementu rizika dekubitů pro vedoucí pracovníky. Na základě dat získaných v teoretické části, v předvýzkumu i z odpovědí dotazníkového šetření bylo vypracováno celkem 11 bodů k projednání s vedením pracoviště. Mezi nejvýraznější body patří jednoznačně přechod k elektronické dokumentaci s využitím tabletů přímo k lůžku, návrh úpravy současného formuláře Záznam ošetrovatelské péče a možnost vypracování univerzálních schémat / doporučených plánů péče pro pacienty v jednotlivých stupních rizika vzniku dekubitů.

Výstupem diplomové práce je vypracovaný přehled možných úprav stávajícího systému hodnocení rizika vzniku dekubitů a plánování preventivních intervencí, který bude předán kompetentním vedoucím pracovníkům zkoumaného pracoviště.

Veškerá data a výstupy se vztahují k jednomu konkrétnímu pracovišti jednoho zkoumaného zdravotnického zařízení a jsou platná pouze pro toto zařízení. Je však možné je využít jako inspiraci i pro ostatní pracoviště či jiná zdravotnická zařízení, která budou řešit stejný nebo podobný problém.



## 9 BIBLIOGRAFIE

AL MUTAIRI, Khaid a Delia HENDRE, 2018. Global incidence and prevalence of pressure injuries in public hospitals: A systematic review. *Wound Medicine*. 6(22), 23-31. ISSN 2213-9095.

BÖHMOVÁ, Iveta, 2018. *Elektronická zdravotnická dokumentace*. Plzeň. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

BRABCOVÁ, Iva a Sylva BÁRTLOVÁ, 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Vydání první. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 978-80-7422-402-7.

BRABCOVÁ, Soňa, 2021. *Péče o rány: pro sestry a ostatní nelékařské profese* [online]. 1. vydání. Praha: Grada Publishing [cit. 2023-04-13]. ISBN 978-80-271-4630-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/pece-o-rany-1204547/>

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. *Sbírka zákonů*. 2011(131), 4730-4801. ISSN 1211-1244.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, , NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL a PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. 2nd ed. Osborne Park, Western Australia: Cambridge Media. ISBN 978-0-9579343-6-8.

HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Edward HULO, 2019. *Management chronických ran* [online]. 1. vydání. Praha: Grada Publishing [cit. 2023-04-13]. ISBN 978-80-271-2678-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/management-chronicky-ran-1209496/>

KOUBOVÁ, Michaela, 2018. Ošetrovatelská dokumentace ode zdi ke zdi? Odpadá dublování a formality, ne povinnost dokumentovat péči. In: *Zdravotnický deník* [online]. Praha: Media Network s.r.o. [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/05/osetrovatelska-dokumentace-ode-zdi-ke-zdi-odpada-dublovani-formality-ne-povinnost-dokumentovat-peci/>

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

KRAJČÍK, Štefan a Eva BAJANOVÁ, 2012. *Dekubity. Prevencia a liečba v praxi*. 1. Bratislava: Herba, s. r. o. ISBN 978-8089-171-95-8.

- KRUPOVÁ, L. a M. KRUPA, 2022. Sledování prevalence dekubitů – srovnání národních dat s daty konkrétního poskytovatele zdravotních služeb – Fakultní nemocnice Ostrava. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 85118(1), 22-27 [cit. 2023-04-13]. ISSN 1210-7859. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/archiv-cisel/2022-supplementum-1-1>
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LNĚNIČKOVÁ, Hana, 2013. *Vliv ošetrovatelského standardu na výskyt dekubitů*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
- MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ, 2008. *Prevence dekubitů*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2043-2.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2018. Doporučení rady EU. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/doporuceni-rady-eu-2/>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2020. Národní ošetrovatelský postup prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity. *Věstník MZ ČR* [online]. 2020(2), 129-198 [cit. 2023-04-08]. ISSN 1211-0868. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18554/40328/Vestnik%20MZ\\_2-2020.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18554/40328/Vestnik%20MZ_2-2020.pdf)
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2021. Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. *Věstník MZ ČR* [online]. 2021(13), 2-18 [cit. 2023-04-09]. ISSN 1211-0868. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/11/Vestnik-MZ\\_13-2021.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/11/Vestnik-MZ_13-2021.pdf)
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2022. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: MZ ČR [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb-2/>
- MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- MOORE, Zena, Pinar AVSAR, Laura CONATY, David MOORE, Declan PATTON a Tom O'CONNOR, 2019. The prevalence of pressure ulcers in Europe, what does the European data

tell us. *Journal of wound care* [online]. 28(11), 710-719 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/jowc.2019.28.11.710>

PLEVOVÁ, Ilona, 2018. *Ošetřovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0888-6.

POKORNÁ, Andrea, 2013. Problematika prevence dekubitů s ohledem na soudobé poznatky a závěry empirických studií. *Hojení ran* [online]. 1(4), 7-11 [cit. 2023-04-08]. ISSN 1802-6400. Dostupné z: <https://www.prosestru.cz/casopisy/hojeni-ran/2013-4/problematika-prevence-dekubitu-s-ohledem-na-soudobe-poznatky-a-zavery-empirickyh-studii-47719>

POKORNÁ, Andrea, 2022. Doporučené postupy pro prevenci a léčbu dekubitů. In: *ÚZIS* [online]. Praha: Agentura pro zdravotnický výzkum České republiky [cit. 2023-04-07]. Dostupné z: <https://kdp.uzis.cz/res/guideline/33-dekubity-final.pdf>

POKORNÁ, Andrea, 2023a. Metodika Nežádoucí událost DEKUBITUS. In: *SHNU - ÚZIS* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 2023-04-07]. Dostupné z: [https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke\\_dokumenty/dekubitus\\_plna\\_verze\\_metodiky\\_2022\\_final\\_na\\_web.pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/dekubitus_plna_verze_metodiky_2022_final_na_web.pdf)

POKORNÁ, Andrea, 2023b. Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. In: *SHNU - ÚZIS* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: [https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke\\_dokumenty/obecna\\_metodika sledovani\\_nu\\_2022\\_final\\_na\\_web.pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/obecna_metodika sledovani_nu_2022_final_na_web.pdf)

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

PŘÍHODOVÁ, Markéta, 2016. *Praxe založená na důkazech v oblasti prevence a péče o dekubity v intenzivní péči*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta.

RADA EU, 2009. DOPORUČENÍ RADY EU ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí. In: *EUR-Lex*. Lucemburk: Úřední věstník Evropské unie, ročník 2009, C 151/01. Dostupné také z: [doi:10.3000/17255163.C\\_2009.151.ces](https://doi.org/10.3000/17255163.C_2009.151.ces)

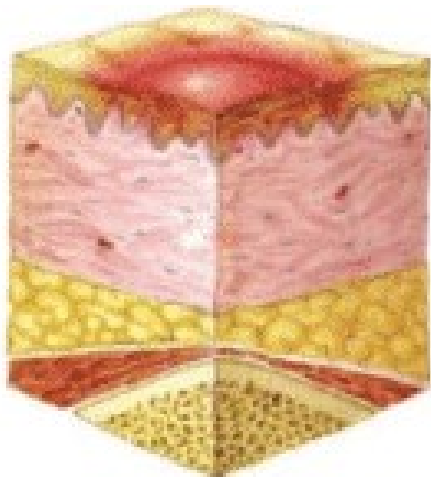
- SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, 2023. Kvalita péče jako indikátor spokojenosti pacientů. In: *Spojená akreditační komise* [online]. Praha: Spojená akreditační komise ČR [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/page/wrote-about-us/1022>
- ŠEFLOVÁ, Lenka, 2010. Postup v prevenci a léčbě dekubitů. *Medicína pro praxi* [online]. 7(0), 11 [cit. 2023-04-13]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/88/07.pdf>
- ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Vyd. 1. Praha: Advent-Orion. ISBN 80-7172-841-1.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5711-7.
- ŠUPŠÁKOVÁ, Petra, 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0062-0.
- ÚZIS, 2022. Nežádoucí události za rok 2021. *ÚZIS* [online]. [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: [https://shnu.uzis.cz/res/file/shnu\\_data\\_2021\\_vysledky\\_final.pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/shnu_data_2021_vysledky_final.pdf)
- WEINBERGER, Jiří, 2016. Úskalí interních směrnic a jak se jim vyhnout. In: *HR News* [online]. Praha: Ivitera [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.hrnews.cz/lidske-zdroje/rozvoj-id-2698897/uskali-internich-smernic-a-jak-se-jim-vyhnout-id-2861752>
- WHO, 2023. Quality of care. In: *World Health Organizational* [online]. Geneva: World Health Organizational [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)

## 10 PŘÍLOHY

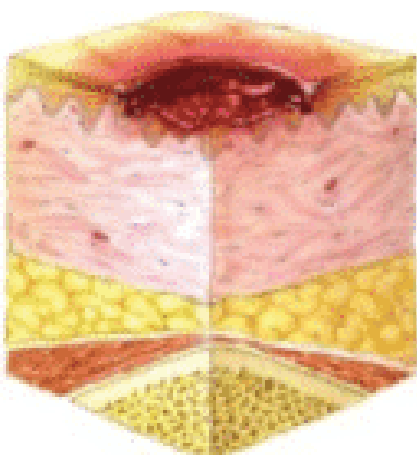
Příloha A – <i>Stupně dekubitů dle NPUAP</i> .....	77
Příloha B – <i>Přehled obsahu hodnotících škál dle Nortonové, Bradenové a Waterlowé</i> .....	79
Příloha C – <i>Formulář ošetrovatelské anamnézy zkoumané nemocnice</i> .....	81
Příloha D – <i>Vzor dotazníku</i> .....	83

Příloha A - Stupně dekubitů dle NPUAP

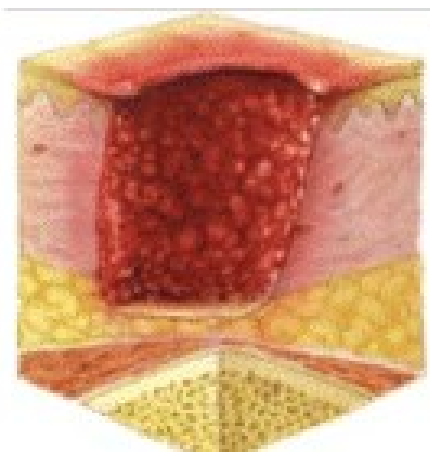
**Dekubitus I. stupně: Zarudnutí kůže / neblednoucí hyperémie – erytém**



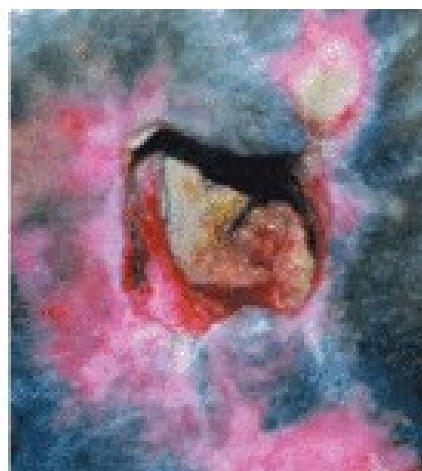
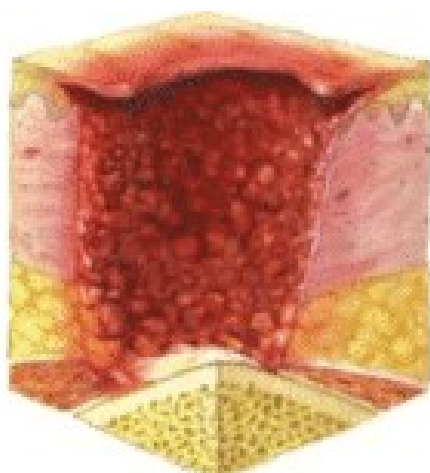
**Dekubitus II. stupně: Částečně ztráta kožního pokryvu**



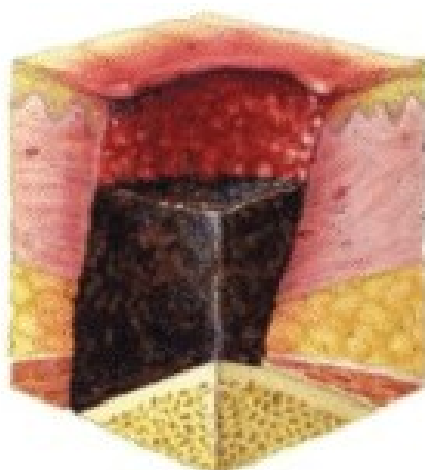
**Dekubitus III. stupně: Úplná ztráta kožního pokryvu**



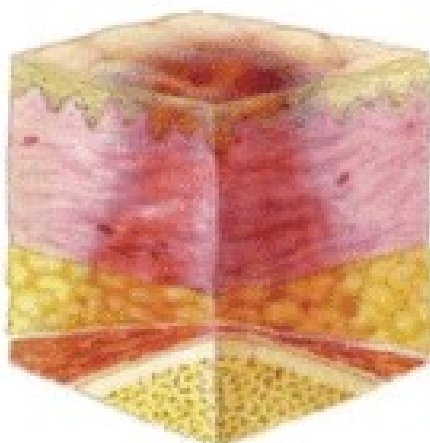
**Dekubitus IV. stupně: Úplná ztráta kůže a podkoží**



**Bez určení stupně: Neznámá hloubka rány / vředu**



**Podezření na hluboké poškození tkání: Neznámá hloubka rány / vředu**



Zdroj: (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014)

## Příloha B - Přehled obsahu hodnotících škál dle Nortonové, Bradenové a Waterlowé

Rozšířená stupnice Nortonové									
	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
4	• úplná	• do 10 let	• normální	• žádné	• dobrý	• bdělý	• chodící samostatně	• úplná	• kontinentní
3	• malá	• do 30 let	• suchá, šupinatá	• snížení imunity • horečka • diabetes mellitus	• zhoršený	• apatický	• chodící s doprovodem	• částečně omezená	• občasná inkontinence
2	• částečná	• do 60 let	• vlhká	• sklerosis multiplex • obezita • anemie	• špatný	• zmatený	• sedící na lůžku, v křesle	• velmi omezená	• inkontinence převážně moče
1	• žádná	• 60 let +	• alergie, porušená	• onemocnění cév • kachexie • karcinom	• velmi špatný	• bezvědomí	• ležící	• žádná	• inkontinence moče a stolice
									Celkem
Riziko vzniku dekubitů		nízké (25 - 24 bodů)		střední (23 - 19 bodů)		vysoké (18 - 14 bodů)		velmi vysoké (13 - 9 bodů)	

<https://www.meyra.cz/upload/files/rozsirena-stupnice-nortonove.pdf>

## Bradenové stupnice

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

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

### POČET BODŮ:

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

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



## Waterlowova škála

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Poměr výška / váha		Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika		Kontinence	
průměrný	0	zdravá	0	muž	1	podvýživa tkání	8	úplná / katetrizován	0
nadprůměrný	1	papírová	1	žena	2	srdeční selhávání	5	občasná inkontinence	1
obézní	2	suchá	1	14-49	1	periferní vaskulární porucha	5	katetrizován / inkontinence stolice	2
podprůměrný	3	edematózní	1	50-64	2	anemie	2	obojí inkontinence	3
		vlhká (↑teplota)	1	65-74	3	kouření	1		
		nepřiměřeně zbarvená	2	75-80	4				
		porušená	3	81 +	5				
Pohyblivost		Chuť k jídlu		Neurologická porucha		Operace/trauma		Medikace	
úplná	0	průměrná	0	DM	4 - 6	ortopedická, pod úrovní pasu	5	cytostatika, steroidy, protizánětlivé léky	4
neklidný	1	chabá	1	RSM	4 - 6	páteř, na stole déle než 2 hod	5		
apatie	2	sonda	2	paraplegie	4 - 6				
omezená hybnost	3	nic per os	3						
nehybný	4								
v křesle	5								

**Čím vyšší skóre bodů, tím větší riziko vzniku dekubitů**

Výsledný součet vyšší než 10 u pacienta upozorňuje na riziko dekubitů, 15–20 bodů značí vysoké riziko a více než 20 bodů znamená velmi vysoké riziko vzniku dekubitů.

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

Příloha C - Formulář ošetřovatelské anamnézy zkoumané nemocnice

<b>OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA – DOSPĚLÍ</b>		Identifikační štítek:
<b>ALERGIE:</b>		<b>Riziko pádu:</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ANO: <b>Riziko dekubitů:</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ANO: <b>Nutriční riziko:</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ANO:
<b>VĚDOMÍ</b>	<input type="checkbox"/> plně při vědomí, orientovaný <input type="checkbox"/> <b>DEZORIENTOVANÝ (zmatený)</b> <i>Psychický stav:</i> <input type="checkbox"/> neklidný	<input type="checkbox"/> <b>PORUCHA VĚDOMÍ - GCS:</b> <input type="checkbox"/> nespolupracující <input type="checkbox"/> agresivní
<input type="checkbox"/> nelze zjistit		
<b>SMYSLY</b>	<b>Zrak</b>	<input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> omezení: <i>Kompenzační pomůcky:</i> <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> čočky <input type="checkbox"/> jiné:
	<b>Sluch</b>	<input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> <b>NEDOSLYCHAVOST</b> <i>Kompenzační pomůcky:</i> <input type="checkbox"/> sluchadlo
	<b>Řeč</b>	<input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> <b>PORUCHA ŘEČI</b> <input type="checkbox"/> <b>JAZYKOVÁ BARIÉRA</b> <b>Způsob komunikace:</b>
<b>DÝCHÁNÍ</b>	<input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> KOUŘENÍ <input type="checkbox"/> KAŠEL <input type="checkbox"/> DUŠNOST <input type="checkbox"/> INHALÁTOR U SEBE <input type="checkbox"/> KYSLÍKOVÁ TERAPIE <input type="checkbox"/> UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE <input type="checkbox"/> <b>ENDOTRACHEÁLNÍ KANYLA:</b> <input type="checkbox"/> <b>TRACHEOSTOMICKÁ KANYLA:</b>	
<b>INVAZIVNÍ VSTUPY /DRÉNY</b>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> <b>PŽK:</b> <input type="checkbox"/> <b>CŽK:</b> <input type="checkbox"/> <b>I.V. PORT:</b> <input type="checkbox"/> <b>PICC:</b> <input type="checkbox"/> <b>MIDLINE:</b> <input type="checkbox"/> jiné:	
<b>KŮŽE/SLIZNICE</b>	<input type="checkbox"/> bez defektů <input type="checkbox"/> poškození kůže:	<input type="checkbox"/> <b>DEKUBITUS:</b> <input type="checkbox"/> <b>BÉRCOVÝ VŘED:</b> <input type="checkbox"/> <b>INKONTINENČNÍ DERMATITIDA:</b> <input type="checkbox"/> jiné:
<b>AKTIVITA, SOBĚSTAČNOST</b>	<input type="checkbox"/> soběstačný <i>Potřeba pomoci při:</i> <input type="checkbox"/> chůzi <input type="checkbox"/> výživě <input type="checkbox"/> hygieně <input type="checkbox"/> oblekání <input type="checkbox"/> vyprazdňování <i>Pomůcky, které pacient používá:</i> <input type="checkbox"/> hůl: <input type="checkbox"/> berle: <input type="checkbox"/> chodítka <input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> <b>AMPUTACE:</b>
<b>VÝŽIVA/PŘÍJEM TEKUTIN</b>	Hmotnost: ..... kg Výška: ..... cm BMI: ..... (muži 18-20 cm; ženy 16-18 cm = nutriční riziko) Pokud nelze zvážit obvod paže: ..... cm	
<b>Příjem stravy</b>	<input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> <b>ZVRACENÍ</b> <input type="checkbox"/> jiné obtíže: <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> <b>NG SONDA:</b> <input type="checkbox"/> <b>PEG:</b>	
<b>Dietní omezení:</b>	Tekutiny za 24 hod: ..... (optimální příjem 30 ml/kg/24 hod)	<input type="checkbox"/> <b>ZNÁMKY DEHYDRATACE</b> <input type="checkbox"/> <b>OTOKY (lokalizace):</b>
<b>VYPRAZDŇOVÁNÍ /VYMĚŠOVÁNÍ</b>	<b>Moč</b> <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> <b>INKONTINENCE</b> <input type="checkbox"/> <b>PMK:</b> <input type="checkbox"/> <b>STOMIE (typ):</b> <b>Stolice</b> <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> <b>PRŮJEM</b> <input type="checkbox"/> <b>ZÁCPA</b> <input type="checkbox"/> <b>INKONTINENCE</b> <input type="checkbox"/> <b>STOMIE</b> <i>Inkontinenční pomůcky:</i>	
<b>SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ</b>	Kontakt na pacientem určené osoby: <input type="checkbox"/> nelze zjistit <input type="checkbox"/> bydlí s rodinou <input type="checkbox"/> LDN / CNP <input type="checkbox"/> Domov důchodců <input type="checkbox"/> <b>BYDLÍ SÁM</b> <input type="checkbox"/> <b>BEZ DOMOVA</b>	
<i>Jiné:</i> <input type="checkbox"/> KRÁTKÁ INTERVENCE – PŘI KOUŘENÍ		
<input type="checkbox"/> Potřeba sociální péče <input type="checkbox"/> Potřeba spirituální péče (jaké): <input type="checkbox"/> Donesená léčiva <input type="checkbox"/> Obtíže se spánkem:		
Pacient schopen přijmout informace a poučení <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> <b>NE</b>		Datum/čas: .....
<b>Potřeba edukace (téma):</b>		Sestra/záchranář: .....



Riziko dekubitů – rozšířená klasifikace dle Nortonové			
<b>1 BOD</b>	<b>2 BODY</b>	<b>3 BODY</b>	<b>4 BODY</b>
<b>POSUZOVANÁ OBLAST</b>	Omezená/částečná	Omezená/malá	Plná
<b>Schopnost spolupráce (motivace)</b>	Žádná nad 60	pod 30	pod 10
<b>Věk (let)</b>	Významné změny/flány, alergické exkoriace kůže	Střední změny/Vlhká	Normální/mínimální
<b>Stav pokožky</b>	Trombóza, onemocnění tepen, nádory, kachexie	Neurologická onemocnění, obezita, anémie	Žádné
<b>Přidružené/souběžné onemocnění</b>	Velmi špatný	Zhořšený/obstojný	Dobry
<b>Fyzický stav</b>	Stupor/Bezvědomí	Apatie	Bdělý/jasně vědomí
<b>Psychický stav/vědomí</b>	Ležící	Chodící s doprovodem	Chodící/Plná
<b>Aktivita</b>	Žádná	Mimně omezená/částečná	Neomezená/plná
<b>Pohyblivost</b>	Moc a stolice	Občas/omezená	Není/žádná
<b>Inkontinence</b>			
<b>Při zhodnocení méně než 25 bodů = riziko vzniku dekubitů nutnost intervence</b> <b>HODNOCENÍ:</b> <input type="checkbox"/> Nad 25 bodů ⇒ Bez rizika <input type="checkbox"/> 23-24 bodů ⇒ Nízké riziko <input type="checkbox"/> 21-22 bodů ⇒ Střední riziko <input type="checkbox"/> 18-19 bodů ⇒ Vysoké riziko <input type="checkbox"/> 13-9 bodů ⇒ Velmi vysoké riziko			

TABULKA K HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU	
<b>POHYB</b>	<b>1 Smyslové poruchy</b> 1 Vizualní, smyslové, smyslový deficit 1 Občasná noční dezorientace <b>Mentální status</b> 1 Dezorientace v anamnéze, demence <b>Po celkové anestezii</b> 2 Po dobu 24 hodin <b>VĚK</b> 1 70 a vyšší <b>PAD</b> 1 V anamnéze 2 Během hospitalizace
<b>KOLAPSOVÉ STAVY, VERTIGO</b>	<b>1</b> V anamnéze <b>2</b> Během hospitalizace
<b>WPRAZDŇOVÁNÍ</b>	<b>1</b> Nykturie/inkontinence <b>1</b> Vyžaduje pomoc
<b>MEDIKACE</b>	<b>1</b> Užívá léčiva s vlivem na CNS: <input type="checkbox"/> Antipsychotika <input type="checkbox"/> Sedativa <input type="checkbox"/> Hypnotika <input type="checkbox"/> Antiepileptika <input type="checkbox"/> Antiparkinsonika <input type="checkbox"/> Antidepresiva <b>Užívá léčiva s vlivem na KVS:</b> <input type="checkbox"/> Antihipertenziva <input type="checkbox"/> Diuretika <input type="checkbox"/> Antiaritmika <b>Další riziková léčiva:</b> <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> Inzulín <input type="checkbox"/> Slabé a silné opioidy <input type="checkbox"/> Teofylin <input type="checkbox"/> Oční přípravky <b>2</b> Kombinace 2 a více skupin léčiv
<b>Skóre 2 a vyšší</b> pacient je ohrožen rizikem pádu – zajistěte prevenci podle metodického pokynu „Prevence pádu a zranění pacienta a jeho řešení“ <b>Po pádu vždy měření TK, P</b>	

GLASGOW COMA SCALE	
<b>OTVÍRÁNÍ OČÍ</b>	Reakce zornic: 4 Spontánní 3 Na slovní výzvu 2 Na bolestivý podnět 1 Nereaguje <b>CELKOVÉ SKÓRE:</b> 6 15 plně vědomí 5 13 lehká porucha 4 9-12 střední porucha vědomí 3 8 a méně těžká porucha vědomí 2 3 hluboké bezvědomí 1 Bez odpovědi
<b>NELEPŠÍ MOTORICKÁ ODPOVĚĚ</b>	na slovní výzvu na bolestivý podnět 6 Adekvátní 5 Lokalizuje bolest 4 Úhyb 3 Flexe na bolest 2 Extenze na bolest 1 Bez odpovědi
<b>NELEPŠÍ SLOVNÍ ODPOVĚĚ</b>	Plně orientovaný, konverzují Dezorientován, konverzují Neadekvátní výrazy a slova Nesrozumitelné zvuky Bez odpovědi 5 Plně orientovaný, konverzují 4 plác - utišitelný 3 výrvalý plác - přechodně utišitelný 2 plác - neutišitelný, agitovanost, neklid 1 nereaguje

BARTHELŮV TEST ADL (závislosti v základních všedních činnostech)	
<b>MAJEDENÍ, NAPITÍ</b>	10 Samostatně 5 S pomocí
<b>OBLEKÁNÍ</b>	10 Samostatně 5 S pomocí
<b>KOUPÁNÍ</b>	5 Samostatně / s pomocí 5 Samostatně / s pomocí
<b>OSOBNÍ HYGIENA</b>	5 Občas inkontinentní 5 Plně kontinentní
<b>KONTINENCE MOČI</b>	5 Občas inkontinentní 5 Plně inkontinentní
<b>KONTINENCE STOLICE</b>	5 Občas inkontinentní 5 Plně inkontinentní
<b>POUŽITÍ WC</b>	10 Samostatně 5 S pomocí
<b>PRESUN LŮŽKO - ŽIDLE</b>	15 Samostatně 5 S malou pomocí
<b>CHŮZE PO ROVINĚ</b>	15 Samostatně nad 50 m 5 Na vozíku 50 m (chodítka)
<b>CHŮZE PO SCHODECH</b>	10 Samostatně 5 S pomocí
<b>Celkové skóre:</b>	100 95-65 40-0
<b>nezavisly</b>	<b>lehká závislost</b>
<b>střední závislost</b>	<b>vysoká závislost</b>

NUTRIČNÍ SKÓRE	
<input type="checkbox"/> 1b. věk nad 65 let	<input type="checkbox"/> 2b. BMI pod 18
<input type="checkbox"/> 1b. BMI 18 – 20; nad 35	
<b>ZTRÁTA HMOTNOSTI ZA 3 MĚSÍCE</b>	
<input type="checkbox"/> 1b. 1 – 3 kg	<input type="checkbox"/> 2b. 3 – 6 kg
<input type="checkbox"/> 3b. nad 6 kg	
<b>MNOŽSTVÍ JIDLA ZA POSLEDNÍ 3 TÝDNY</b>	
<input type="checkbox"/> 1b. poloviční porce	<input type="checkbox"/> 2b. ji občas nebo nej
<b>PROJEVY NEMOCI V SOUČASNÉ DOBĚ</b>	
<input type="checkbox"/> 1b. nechutenství, bolesti břicha	<input type="checkbox"/> 2b. zvracení, průjem > 6 za den
<b>STRES</b>	
<input type="checkbox"/> 1b. střední chron. nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok	
<input type="checkbox"/> 2b. vysoká akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, UPV, popalenniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení GIT	
<input type="checkbox"/> 3b. nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny	
<b>NUTRIČNÍ RIZIKO (CELKOVÝ POČET BODŮ)</b>	
<input type="checkbox"/> do 3b.	NENÍ NUTNÁ NUTRIČNÍ INTERVENCE
<input type="checkbox"/> 4 – 7b.	NUTNÉ VYŠETŘENÍ DIETNÍ SESTROU
<input type="checkbox"/> 8 – 12b.	NUTNÁ SPECIÁLNÍ NUTRIČNÍ INTERVENCE

## Příloha D - Vzor dotazníku

### Dotazník k diplomové práci

Dobrý den,

mé jméno je Jiří Brabenec a jsem studentem navazujícího magisterského oboru Ošetřovatelství v interních oborech na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tématem mojí diplomové práce je management kvality, konkrétně nastavení systému hodnocení rizika dekubitů a případná preventivní opatření na vybraném klinickém pracovišti fakultního typu. Rád bych vás tedy pro můj výzkum požádal o vyplnění následujícího anonymního dotazníku. Některé otázky jsou polouzavřené a při zvolení některé z možností vás dále vybízejí k jejímu vysvětlení. Vždy prosím vybírejte jednu odpověď, která nejlépe vystihuje váš názor nebo postup. Je pro mě velmi důležité získat právě tento subjektivní názor, proč jste se tak rozhodl/a.

Děkuji za spolupráci

- 1) Jaká je délka vaší praxe na současném pracovišti v letech? \_\_\_\_\_
  
- 2) Máte již ukončený adaptační proces?
  - a) Nemám ukončený adaptační proces.
  - b) Již mám ukončený adaptační proces.
  
- 3) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru:
  - a) Střední zdravotnická škola (praktická sestra)
  - b) Střední zdravotnická škola (ještě jako všeobecná sestra)
  - c) VOŠ nebo VŠ (všeobecná sestra)
  - d) VOŠ nebo VŠ (zdravotnický záchranář)
  
- 4) Hodnocení rizika dekubitu dle Nortonové při příjmu pacienta (vyplňte vámi v praxi preferovaný postup):
  - a) Hodnocení provádím při zpracování dokumentace přijímaného pacienta v PC. O pacienta se v tu dobu fyzicky stará (zajišťuje základní úkony s novým pacientem) jiný kvalifikovaný zdravotník.
  - b) Hodnocení provádím osobně já přímo u lůžka, případně přímo na zadní straně ošetřovatelské anamnézy do tabulek škál. Až následně data zadávám do PC.
  - c) Hodnocení za mě provádí jiný kvalifikovaný zdravotník, která mi zpracovává zdravotnickou dokumentaci nově přijímaného pacienta. Já osobně si zajišťuji u pacienta v tu dobu jiné ošetřovatelské úkony (například zavedení PŽK, zhotovení EKG záznamu, přípravu na operační výkon).

- 5) Hodnocení jednotlivých bodů škály dle Nortonové probíhá podle mého názoru na mém pracovišti převážně:
- Až po důkladném vyšetření a zhodnocení pacienta kompetentním zdravotníkem.
  - Na základě zběžného zhodnocení stavu pacienta.
  - Dle odhadu stavu pacienta kompetentním zdravotníkem (podle vstupní diagnózy, dle vzhledu, dle anamnézy), ale bez aktivního vyšetření.
- 6) Připadá vám systém hodnocení rizika dekubitů pomocí škály Nortonové za dostatečný?
- Ano, zcela dostatečný.
  - Ne, nepovažuji jej za dostatečný (zde napište, proč případně u jakých pacientů je nedostatečný).
- 7) Připadá vám aktuální systém hodnocení rizika dekubitů dostatečný z hlediska prevence dekubitů?
- Ano, hodnocení v počítači na sesterně či dozoru JIP po vyšetření pacienta je dostačující.
  - Nevyhovuje, nepovažuji jej za dostatečný a upravil bych ho (napište jak, například změna postupu, nové pomůcky – tablet k lůžku, online plány péče, aj.)
- 8) Připadá vám aktuální systém hodnocení rizika dekubitů uživatelsky příjemný?
- Ano, hodnocení rizika u pacienta a následně v počítači na sesterně či dozoru JIP je intuitivní a jednoduše realizovatelné.
  - Nevyhovuje, nepovažuji jej za uživatelsky příjemný a upravil bych ho (napište jak, například změna postupu, nové pomůcky – tablet k lůžku, online plány péče, aj.):
- 9) Pokud pomocí škály dle Nortonové zjistím u pacienta riziko dekubitu, provedu:
- Nic, jen tuto skutečnost zaznamenám do ošetřovatelské anamnézy.
  - Zmíním se o tom kolegyni, jestli jí něco nenapadne.
  - Půjdu se na pacienta podívat ještě jednou, zhodnotím stav kůže, zkontroluji predilekční místa a případně je promažu ochranným krémem.
  - Uložím pacienta na antidekubitní dynamickou matraci a zajistím další preventivní opatření (pěnová krytí na predilekční místa, vypodložení pat, loktů...).
  - Založím ošetřovatelskou diagnózu v plánu ošetřovatelské péče.
  - Jiné (rozepište co):
- 10) Liší se na našem pracovišti množství preventivních opatření a intervencí u pacienta dle stupně rizika dekubitů?
- Ne, všem pacientům se zjištěným rizikem dekubitů provádím stejné intervence.
  - Ano, pro každý ze čtyř stupňů rizika uplatňuji jiné intervence
  - Ano, ale nevycházejí ze zjištěného stupně rizika dekubitů, ale z mých zkušeností a individuálních nápadů u konkrétního pacienta po jeho vyšetření.
- 11) Jak často během služby hodnotíte stav kůže a případný vývoj dekubitů nejen na predilekčních místech?

- a) Predilekční místa sleduji většinou pouze pokud pacient udává obtíže (například bolest v sakrální oblasti nebo na patách).
  - b) 1x za směnu, nejčastěji při celkové hygieně pacienta
  - c) 2x a vícekrát za směnu
- 12) Zaznamenáváte do ošetrovatelské dokumentace konkrétní provedená preventivní opatření?
- a) Ano, každé realizované preventivní opatření v průběhu hospitalizace
  - b) Ano, ale pouze preventivní opatření realizovaná při příjmu
  - c) Ne
  - d) Ano, ale pouze (doplňte):
- 13) Kdy přehodnocujete u pacienta škálu rizika dekubitů (vypište situace, kdy vy osobně přehodnocujete škálu):
- 14) Uvítali byste v praxi připravené univerzální plány péče o pacienta v riziku dekubitů? Mají podle vás plány péče smysl v klinické praxi?
- a) Ano, usnadnilo by mi to práci a zvýšilo by to kvalitu ošetrovatelské péče.
  - b) Ano, ale plány by byly pouze předpřipravené pro individuální dopracování dle konkrétního pacienta.
  - c) Ne, plán péče o pacienta v riziku dekubitu považuji za zbytečný a neměl by výrazný přínos pro pacienta. Nevypracovávám jej.
- 15) Zde prosím napište, jaké byste rád/a uvítal/a změny v systému hodnocení rizika dekubitů a preventivních opatření:
- 16) Máte zkušenosti i z jiných pracovišť nebo zdravotnických zařízení, kde hodnocení rizika dekubitů a případné intervence dělali jinak a dle vašeho názoru lépe? Jak?
- 17) Máte nějaké další postřehy a nápady, které chcete sdělit?