

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Jana Tabogová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Jana Tabogová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY A JEJICH VYUŽITÍ V PRAXI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2014.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům FN Plzeň za poskytování odborných rad.

Anotace

Příjmení a jméno: Tabogová Jana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Antidekubitní pomůcky a jejich využití v praxi

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran – číslované: 48

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 29

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: dekubity – chronické rány - prevence dekubitů – antidekubitní pomůcky

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na prevenci dekubitů, antidekubitní pomůcky a jejich využití v praxi. Teoretická část práce obsahuje fakta o dekubitech, prevenci a pomůckách proti vzniku dekubitů a léčbě dekubitů. Praktická část zahrnuje kvantitativní výzkum s využitím dotazníkového šetření, které je zaměřeno na rizikové faktory dekubitů, antidekubitní pomůcky a na znalosti respondentů v oblasti prevence dekubitů.

Annotation

Surname and name: Tabogová Jana

Department: Nursing of Midwifery

Title of thesis: Anti-decubitus aids and their use in practice

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages – numbered: 48

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 29

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 23

Keywords: pressure ulcers – chronic wounds – prevention of pressure ulcers – anti-decubitus aids

Summary:

This thesis is focused on the prevention of pressure ulcers, anti-decubitus aids and their use in practice. The theoretical part contains facts about pressure ulcers, prevention and aids to treat pressure ulcers and pressure sores. The practical part includes quantitative research, there is a method used by the questionnaires that are targeted risk factors for pressure ulcers, decubitus aids and the respondents' knowledge of pressure ulcers.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ANATOMIE	10
1.1 FYZIOLOGIE.....	11
2 ETIOLOGIE DEKUBITŮ	12
2.1 Definice pojmu	12
2.2 Mechanismus vzniku	12
3 PŘÍČINY VZNIKU DEKUBITŮ.....	13
3.1 Změny kůže ve stáří	13
3.2 Faktory ovlivňující vznik dekubitů.....	13
3.2.1 Zevní faktory	13
3.2.2 Vnitřní faktory	14
4 KLASIFIKACE DEKUBITŮ.....	15
4.1 Danielova klasifikace dekubitů.....	15
4.2 Seilerovo posuzování vzhledu proleženin	15
4.3 Stupnice dekubitů podle Torrance	15
4.4 Vývoj dekubitů podle Válka	16
4.5 Klasifikace dekubitů dle Hibbsové.....	16
4.6 Predilekční místa pro vznik dekubitů	17
5 HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ	18
5.1 Stupnice dle Nortonové	18
5.2 Stupnice dle Bradenové	18
5.3 Stupnice dle Waterlow	18
5.4 Škála dle Knoll.....	18
6 PREVENCE DEKUBITŮ	19
6.1 Polohování	19
6.2 Antidekubitní pomůcky	21
6.3 Polohovací lůžka a antidekubitní matrace	22
6.3.1 Pasivní antidekubitní matrace (statické).....	22
6.3.2 Aktivní antidekubitní matrace (dynamické).....	22
6.4 Hygiena	23
6.5 Odstranění zevních mechanických vlivů	23
6.6 Výživa a hojení dekubitů	24
6.7 Ošetřování kůže	24
6.8 Rehabilitace	25

7	TERAPIE DEKUBITŮ	26
8	KOMPLIKACE DEKUBITŮ	28
	PRAKTICKÁ ČÁST	29
9	FORMULACE PROBLÉMU	29
9.1	Hlavní problém	29
9.2	Dílčí problémy	29
10	CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	30
11	VZOREK RESPONDENTŮ	30
12	METODY PRŮZKUMU	30
13	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	32
13.1	Analýza průzkumu	32
	DISKUZE	52
	ZÁVĚR	56
	LITERATURA A PRAMENY	58
	SEZNAM ZKRATEK	61
	SEZNAM TABULEK	62
	SEZNAM GRAFŮ	63
	SEZNAM PŘÍLOH	64

ÚVOD

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku dekubitů, jejich prevenci a využití antidekubitních pomůcek. V dnešní době dochází k vývoji antidekubitních pomůcek, zejména pro imobilní pacienty upoutané na lůžko. Dekubity (proleženiny) jsou rány vyvolané tlakem. Vzájemným působením intenzity tlaku, dobou působení tlaku a celkovým stavem pacienta může dojít až k odúmrti tkáně. Faktory, které vznik dekubitů ovlivňují, jsou zejména tlak, mechanické vlivy, vlhkost, infekce, pohlaví, věk a hmotnost pacienta, výživa, souběžná onemocnění, léky a další. Tímto onemocněním trpí zejména imobilní pacienti, kteří jsou upoutáni na lůžko. Předcházet tomuto onemocnění lze díky včasné prevenci. Do prevence zahrnujeme polohování, používání antidekubitních pomůcek, hygienu, odstranění zevních nepříznivých mechanických vlivů, výživu, ošetřování kůže a rehabilitaci. V léčbě se využívá především tzv. vlhká terapie, jelikož je velice účinná.

Téma antidekubitních pomůcek jsem si vybrala především proto, že v současné době jsou dekubity stále aktuální. Řešením je včasná prevence, na kterou se mnohdy nebere ohled. Chtěla jsem se dozvědět, zda-li mají všeobecné sestry znalosti o prevenci dekubitů a jaké antidekubitní pomůcky se v současnosti využívají nejvíce. Je potřeba, aby se všeobecné sestry více zaměřily na tento problém a došlo tím ke zlepšení ošetrovatelské péče jak v nemocničním, tak v domácím prostředí.

V bakalářské práci jsem si zvolila 3 cíle. Prvním cílem bylo zmapovat rizikové faktory, které zvyšují možnost vzniku dekubitů. Druhým cílem bylo zmapovat úroveň informovanosti všeobecných sester v oblasti prevence dekubitů. Třetím cílem bylo zjistit, jaké druhy antidekubitních pomůcek jsou nejvíce využívány. Tato práce by měla sloužit ke zmapování prevence dekubitů a antidekubitních pomůcek v současné době. Nízký počet dekubitů u pacientů zcela jistě svědčí o kvalitní ošetrovatelské péči.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE

„Kůže (cutis) (ř. derma) tvoří souvislý pokryv těla s mnohotnými funkcemi recepčními, termoregulačními, imunitními, metabolickými a ochrannými.“ (1, s.508)

Kůže je největší orgán těla a odděluje vnitřní a zevní prostředí organismu. Plocha kůže odpovídá asi 1,7 – 2,0 m², tloušťka tvoří od 0,5 – 4,0 mm. Záda a stehna mají kůži nejsilnější a horní víčko nejtenčí. Kůže váží asi 3 kg, pokud je vytvořena i tuková tkáň, může tak dosahovat hmotnosti až 20 kg. (1, s.508)

Dermatologie je samostatný obor medicíny zabývající se stavbou, funkcí a chorobami kůže. (1, s.507)

Kůži tvoří epidermis (pokožka), dermis (škára), tela subcutanea (podkoží) a adnexa (přídavné orgány kůže). (2, s.9-10)

Epidermis se skládá z vícevrstevného dlaždicového epitelu a její průměrná tloušťka dosahuje 0,2 mm. Zrání buněk od bazální vrstvy k povrchu trvá přibližně 28 dní. Obsahuje několik vrstev. Jednou z nich je Stratum basale, která obsahuje keranocyty. Asi 5 % buněk z nich jsou melanocyty, které tvoří melanin. Další vrstvou je Stratum spinosum. Obsahuje polygonální buňky spojené desmozomy a mezibuněčně jsou vyplněny tkáňovým mokem. Stratum granulosum je vrstva tvořená plochými buňkami. Tenká stratum lucidum obsahuje 2-3 vrstvy buněk s jádry, která ztratila barvitelnost. Je to důležitá bariéra kůže. Poslední vrstvou je stratum corneum. Těmito vrstvami prostupuje síť dendrických Langerhansových buněk a plní tak funkci imunity. (3, s.805)

Corium (dermis) má mezenchymální původ. Obsahuje dvě části – pars papillaris a pars reticularis. Tvoří ji vazivová vlákna, buněčné elementy, nervy, cévy, adnexa a svaly. Obsahuje tři druhy vláken – kolagenní, elastická a retikulinová. Buňky jsou zastoupeny fibrocyty, histocyty, mastocyty, lymfocyty aj. Nervy jsou senzitivní a vegetativní. (3, s.805)

Krevní cévy zásobují kůži živinami a kyslíkem, cévy lymfatické odvádějí metabolity a udržují rovnováhu tekutin. (2, s.9)

Tela subcutanea je původu mezenchymálního a obsahuje vazivo, cévy, nervy a potní žlázy. U žen je většinou podkožní tuk dvakrát silnější než u mužského pohlaví. (3, s.806)

Kožní adnexa tvoří halokrinní, apokrinní a ekrinní žlázy, vlasy a nehty. Halokrinní žlázy jsou hlavně v tzv. seborhoické lokalizaci (obličej – nos a okolí, horní část prsou a zad), na dlaních ani chodidlech nebývají. Ekrinní žlázy spolu s mazem jsou ochrannou bariérou kůže a jsou všude vyjma červeně rtů, klitorisu, glans penis, malých stydkých pysků, prepucia a nehtového lůžka. (3, s.806)

1.1 FYZIOLOGIE

Význam kůže spočívá v ochraně těla a udržování stálé tělesné teploty. Kůže má rovněž smyslovou, skladovací, vylučovací a resorpční funkci. V rámci metabolismu umí syntetizovat melanin a vitamin D. (2, s.10)

Ochrannou funkci doplňuje pevnost a pružnost kůže, proti záření brání maz pokožky, podkožní tuk má tepelné a izolační vlastnosti. Mnoho mechanismů, jako např. kyselé pH nebo odlučování rohové vrstvy, zajišťují ochranu před mikroorganismy. Před vysycháním chrání malá propustnost tekutin a plynů přes kůži. Kůže je sídlem cití, zajišťuje vnímání dotyku, tlaku, tepla, chladu a bolesti. (3, s.806-807)

2 ETIOLOGIE DEKUBITŮ

2.1 Definice pojmu

Dekubity (proleženiny) jsou rány vyvolané tlakem. Odúmrť tkáně je dána vzájemným působením intenzity tlaku, dobou působení tlaku, celkovým stavem nemocného a zevními vlivy. (2, s.10-11)

Patří mezi velmi závažné komplikace, které vznikají asi u 10-30% imobilních pacientů. Vznikají na tzv. predilekčních místech, tam, kde působí velký tlak proti tvrdé podložce, např. kosti. Dojde k stlačení cév a tím tak k přerušení průtoku krve. Do příslušné oblasti proto nepřichází živiny ani kyslík a dochází tak k nedokrevnosti s následnou odúmrťí tkáně. (4, s.152)

2.2 Mechanismus vzniku

Překročí-li intenzita tlaku působící na tkáň normální tlak v kapilárách, tj. 4,27 kPa (32 mmHg), dojde k zástavě krevního oběhu. To způsobuje poškození až odúmrť tkání ležících mezi podložkou a kostní vyvýšeninou. Stlačení a následná úleva je pro tělo naprosto fyziologické. V tuto dobu odlehčení dochází k cévnímu roztažení a kyslík se opět dostane do tkání. (2, s.11)

3 PŘÍČINY VZNIKU DEKUBITŮ

Dekubity mohou být velkou komplikací zdravotního stavu, prodlužují pobyt ve zdravotnickém zařízení. Jedním z důvodů vzniku dekubitů jsou změny kůže. Další faktory, které ke vzniku přispívají lze rozdělit na zevní a vnitřní. (5, s.14)

3.1 Změny kůže ve stáří

Kůže ve stáří má větší náchylnost k poranění. Kůže se tedy s věkem mění. Některé změny viditelné nejsou, jiné ano. Snižuje se aktivita mazových žláz, kůže není schopna zadržovat vodu. Výsledkem je suchá kůže, která často svědí. Mohou se objevit hnědé stařecké skvrny (lentigo senilis), ke kterým dochází v důsledku rozpadu buněk, melanocytů, které tvoří pigment melanin. Snižuje se elasticita kůže, vytvoří se vrásky, zvyšuje se vypadávání vlasů. K dalším změnám patří ochlupení ve tváři nebo úbytek podkožního tuku. (5, s.14)

3.2 Faktory ovlivňující vznik dekubitů

3.2.1 Zevní faktory

Přímý tlak - důležitá je intenzita a délka působení tlaku na totéž místo. (6). Normální kapilární tlak nebývá vyšší než 32 mmHg. Jakékoliv vnější tlaky, které překračují tuto hranici, způsobí poruchy prokrvení, chybí zásoba kyslíku a živin a může dojít k poškození kůže. (5, s.14)

Mechanické vlivy - nejzávažnější nepříznivé mechanické vlivy jsou střížné síly a tření. Třením o podložku dochází k poškození kůže v povrchové vrstvě. Kůži klesá její schopnost obrany, je náchylnější k infekci a vzniku proleženin. Pokud je přítomno teplo a vlhkost, je tření ještě zvýšeno. (2, s.13) Ke vzniku dekubitů napomáhá nešetrná manipulace s pacientem, např. při zvedání pacienta do Fowlerovy polohy. Střížná síla je kombinací tření i tlaku, je výsledkem gravitačního působení, které táhne tělo dolů. Na rozhraní tkání na povrchu a hlubokých tkání působí právě tato střížná síla. (5, s.14) Snižuje se krevní tok, zásobování krví a dochází k ischemii. (2, s.13)

Vlhkost a chemické vlivy - pokud je kůže vlhká, dochází k většímu riziku vzniku dekubitů. Příčinou vlhkosti může být chemické působení moči a stolice u inkontinentních pacientů, pot u pacientů s horečkou. Tyto chemické vlivy narušují povrchové vrstvy kůže a vyvíjí se změkčení kůže, tzv. macerace. (5, s.14)

Infekce - k infekci lze dojít hematogenně nebo z blízkého okolí, jako je vaginální sekret, pot, stolice, či moč. Infekce se může šířit mezi blízkými dekubity navzájem. (2, s.23)

3.2.2 Vnitřní faktory

Pohlaví a věk pacienta - jelikož jsou tukové vrstvy u žen silnější než u mužů, jsou ženy ke vzniku dekubitů náchylnější. (2, s.14) U starých lidí se snižuje elasticita a pevnost kůže, pokožka je zranitelnější a křehčí. Hojení snižuje i méně prokrvená pokožka starých lidí. (5, s.15)

Mobilita - za normálních podmínek provádí zdravý člověk spontánně svoje pohyby a mění svou polohu. V nemoci, u imobilních pacientů, se tato schopnost ztrácí, zejména u klientů s letargií, při poruchách vědomí nebo poškození mozku. (2, s.14)

Tělesná hmotnost - riziko pro vznik dekubitů zvyšuje jakákoli odchylka od ideální tělesné váhy. Vyhublí lidé jsou náchylnější z důvodu malé vrstvy tuku, která chrání svaly před tlakem, obézní lidé kvůli snížené pohyblivosti. (2, s.14)

Výživa - hojení poranění a snížená regenerace se vyskytuje u všech stavů malnutrice. Sníženou odolnost vůči infekci a snížení buněčné imunity může způsobit nedostatek bílkovin, zinku nebo vitamínu C v jídle. (5, s.15) Bylo zjištěno, že u osob, které mají negativní dusíkovou bilanci, vznikají dekubity až třikrát častěji než u zdravých osob. (2, s.15)

Shearing (přepětí či ohnutí cév) - přerušení toku krve bez překročení kapilárního tlaku vnějším stlačením. (7, s.201)

Souběžné nemoci - vznik dekubitů podporují i onemocnění, které narušují obranyschopnost organismu. Může to být např. diabetes mellitus, anémie, úrazy, poruchy míchy, zhoubné nádory, cévní nemoci, poruchy imunitního systému. (5, s.15)

Vliv léků - velkým rizikem jsou ti pacienti, kteří užívají sedativa nebo analgetika, které ovlivňují přirozený ochranný mechanismus těla, steroidy, snižující hojení pokožky, anebo cytostatika, která ničí všechny rychle rostoucí buňky. (2, s.17)

4 KLASIFIKACE DEKUBITŮ

Dekubity se mohou vyskytovat v několika stupních a každý tento stupeň potřebuje odlišnou ošetrovatelskou péči i terapii. Průběh a doba vzniku proleženin je u každého člověka jiný. (5, s.15) Existuje několik stupnic klasifikace dekubitů od různých autorů. Pro praxi je velmi důležité, aby zdravotnický personál věděl, jaká klasifikace se v daném zdravotnickém zařízení používá. (2, s.21)

4.1 Danielova klasifikace dekubitů

I. Zarudnutí kůže.

II. Povrchní kožní vředy.

III. Nekróza podkožního tuku.

IV. Postižení všech hlubších struktur kromě kostí.

V. Rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, sekvestrace kostí nebo destrukce kloubů.

(8, s.63)

4.2 Seilerovo posuzování vzhledu proleženin

A „čistá“ granulující rána bez nektróz,

B rána špinavě povleklá se zbytky nektróz, okolí není infikováno,

C rána jako ve stádiu B, ale s infiltrací okolní rány a nebo s projevy celkové

infekce (sepsy) (8, s.63)

4.3 Stupnice dekubitů podle Torrance

Stupeň 1a: Jedná se o stádium tzv. blednoucí hyperémie. To znamená, že tlak prstu v místě erytému zanechává na kůži blednoucí místo a kůže je intaktní.

Stupeň 1b: Tento stupeň je označován jako tzv. neblednoucí hyperémie. Po lehkém stlačení prstem erytém přetrvává, což je příznak poruchy mikrocirkulace. Může být přítomno povrchové poškození kůže včetně epidermální ulcerace.

Stupeň 2: Poškození se šíří do podkožní tkáně a vzniká vředový defekt kůže.

Stupeň 3: Vřed vykazuje tendenci k dalšímu rozšíření, spodní fascie není zasažena. Vřed zasahuje podkožní tukovou vrstvu.

Stupeň 4: Rozpad tkáně se šíří do šířky i do hloubky a infekční nekróza proniká do spodiny fascie. (8, s.64)

4.4 Vývoj dekubitů podle Válka

1. Reverzibilní změny – zarudnutí, otok, drsná olupující se kůže, tlak prstu zanechává bledé místo s obleněným krevním návratem.
2. Nekróza podkoží a tuku.
3. Nekróza kůže s demarkačním zánětlivým lemem.
4. Tvorba různě hlubokých, rozsáhlých a infikovaných dekubitů. (8, s.65)

4.5 Klasifikace dekubitů dle Hibbové

I. stupeň: erytém = tlaková léze bez poškození kůže - kůže je zarudlá, objevuje se mírný otok a zatvrdnutí postižené části. Změny jsou reverzibilní, ale vlivem trvalého tlaku se mohou objevit trvalé stopy na podkoží. Podkoží se přemění na vazivo a kůže pak naléhá na kostní podklad. Podkožní tuk kolikvuje, může unikat píštělí. Pokud se však infikuje, vznikne flegmóna, která se šíří do okolí. (2, s.21)

II. stupeň: tlaková léze s poškozením kůže - objevuje se otok, kůže může být indurovaná (zatvrdlá vlivem zmnožením vaziva). Vytváří se puchýř, bývá obnažená spodní vrstva kůže a vzniká tak nebezpečí vzniku infekce. (5, s.15) Je primárně postiženo podkoží s cévami vyživující kůži, lze druhotně čekat její odumření. Je možné spontánní zhojení, ale trvá dlouho. (2, s.21)

III. stupeň: tlaková léze se zničením tkání mezi kostí a pokožkou - proleženinu kryje černá nekrotická tkáň, která se vlivem infekce může změnit na rozbředlou nekrotickou masu. Rána obsahuje sekret, který velmi zapáchá. (5, s.15) Nekrózy mají specifický tvar, lokalizaci i rozsah. Jelikož je defekt kůže vždy menší než defekt podkoží, vznikají na místě odumřelých tkání vředy s podminovanými okraji. Spodinu tvoří kostní podklad, který je obnažený. Je možné i zhojení spontánně, ale může trvat až několik let. Po zhojení vzniká tenká atrofická jizva, těsně přilehlá na kostní podklad. Ta se po malém zatížení může opět rozpadnout a vznikne tak chronický vřed. (2, s.21-22)

IV. stupeň: Tlaková léze doprovázená ostitidou a artritidou - vnější vzhled dekubitů může být stejný jako u třetího stupně. Vyznačuje se ostitidami kostního podkladu a mohou být i infikované klouby sousední. Vyskytují se komunikace s dutinou břišní, retroperitoneem, rektum a močovým měchýřem. Spontánně se zhojit tyto dekubity nedokáží. Výsledkem je operační řešení. (2, s.22)

4.6 Predilekční místa pro vznik dekubitů

Dekubity mohou být lokalizovány na kterémkoli místě na těle. Největší oblastí, kde se dekubity vyskytují, jsou místa nad kostními prominencemi, kde je slabá svalová a tuková vrstva. (2, s.22)

Predilekční místa rozdělujeme podle polohy, ve které je pacient uložen: V poloze na zádech to bývá kost týlní, 7. krční obratle, hřebeny lopatek, loketní klouby, křížová kost, hýždě a kosti patní. V poloze na boku je udávána kost spánková, kloub ramene, hřebeny kyčelních kostí, velký trochanter, zevní a vnější strana kolenního kloubu, oblast kotníků. Kost lící, kolena, palce, ucho a oblast klíční kosti jsou udávány jako predilekční místa při poloze na břiše. (5, s.15)

Dekubity mohou vznikat i uvnitř těla, jako následek tlaku cizího tělesa, např. zubní protéza, permanentní močový katetr a jiné. (5, s.15)

5 HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ

Existuje řada stupnic a škál pro hodnocení rizika vzniku dekubitů. Pomáhají tak poskytovat efektivní ošetrovatelskou péči ohroženým pacientům a vedou k minimalizaci dekubitů. V České republice je nejznámější a nejrozšířenější škála Nortonové. (5, s.16)

5.1 Stupnice dle Nortonové

Rozšířená stupnice, která zahrnuje tato hodnocení: ochota a schopnost spolupráce, věk, stav kůže, souběžná onemocnění, somatický stav, duševní stav, aktivita, pohyblivost a inkontinence. (9, s.58) Pacientovi se vypočte celkové bodové hodnocení. Vyšší riziko vzniku dekubitů hrozí těm pacientům, kteří mají bodové hodnocení nižší. (5, s.16) Celkový možný počet bodů je 36, nebezpečí vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a níž, nejvyšší riziko 13 a méně, vysoké riziko 18-14, o středním riziku svědčí hodnota 23-19 a nízké riziko 25-24. (9, s.58)

5.2 Stupnice dle Bradenové

Použití škály podle Bradenové je třeba posoudit s ohledem na zaměření zdravotnického pracoviště. (2, s.20) Vyhodnocuje úroveň senzitivního vnímání, vlhkost kůže, stupeň fyzické aktivity, mobilitu, stav výživy, tření a střížné síly. (5, s.16) Celkový počet bodů 20 a více bodů velmi malé riziko, 16-20 malé riziko, 9-16 bodů střední riziko a skóre 6-9 znamená vysoké riziko vzniku dekubitů. (2, s.20)

5.3 Stupnice dle Waterlow

Dalším systémem, který hodnotí riziko vzniku dekubitů je Waterlowa tabulka z roku 1985 a využívají jí sestry ve Velké Británii. Zahrnuje položky jako je pohlaví, věk, hmotnost, tělesná konstituce, mobilita, kontinence, výživa, stav pokožky, chirurgické výkony, medikace. Vyšší riziko dekubitů vzniká tím, čím je celkové skóre vyšší. Velmi velké riziko vzniku dekubitů značí součet bodů vyšší než 20, vysoké riziko nad 15 bodů. (2, s.20)

5.4 Škála dle Knoll

Tento systém hodnotí všeobecný zdravotní a mentální stav, aktivitu, mobilitu, inkontinenci, příjem potravy a tekutin per os a náchylnost k onemocněním. Každá položka se oboduje 0 až 3 body. Jestliže má pacient více než 12 bodů, je již rizikem vzniku dekubitu ohrožený. (10, s.27)

6 PREVENCE DEKUBITŮ

Známe-li dobře příčiny vzniku proleženin, budeme tak znát i způsob předcházení dekubitů. Dobře provedená ošetrovatelská péče má velký význam při hojení a prevenci dekubitů jak v domácí péči, tak i ve zdravotnickém zařízení. (5, s.17)

Mezi zásady preventivního opatření zahrnujeme eliminaci působení tlaku na tkáň klienta – polohování, profesionální hygienickou péči, odstranění nepříznivých zevních mechanických vlivů, rehabilitaci a zlepšení celkového stavu – výživa a ošetřování kůže. (2, s.25)

6.1 Polohování

Jedná se o systematickou, pravidly řízenou změnu polohy pacienta, která se provádí v časových intervalech. Je nejdůležitějším a neúčinnějším prostředkem prevence vzniku proleženin. Pravidelným polohováním se zabraňuje přílišnému tlaku na tkáň a kostní prominence pacienta. (2, s.26) Dosáhne se tak dostatečného okysličení a prokrvení tkání. Intervaly mezi změnami polohy se řídí podle aktuálního stavu pacienta, kolísají od 20 minut do 4 hodin. U sedících pacientů (vozik či křeslo) by měl být interval kratší než 30 minut a u imobilních pacientů by neměl být interval delší než 1-2 hodiny. (5, s.17) Pokud se při zvolené poloze pacienta objeví známky vznikající proleženiny, je nutné interval polohování zkrátit. (2, s.26)

Manuální polohování vyžaduje velkou fyzickou náročnost pro personál, a proto často vede ke zdravotním problémům zdravotníků. Dochází k poškození intervertebrálních disků i celkovému tělesnému vyčerpání. Nejčastěji tomu tak bývá na odděleních, jako jsou LDN, nebo sociální ústavy. (2, s.27)

Zásady polohování - změna polohy se provádí v souvislosti se zdravotním stavem, dle potřeb pacienta. Polohujeme během celých 24 hodin v pravidelných časových intervalech. (11, s.40) Při předcházení komplikací se doporučuje měnit polohu pacienta přes den každé 2 hodiny, přes noc každé 3 hodiny. (12, s.96) Po změně polohy vždy zkontrolujeme stav kůže, můžeme využít polohovací pomůcky. Nevhodným polohováním můžeme docílit bolestí zad i krku, nebo můžeme vyvolat flekční stažení svalstva krku použitím nadměrného vypodložení hlavy. (5, s.18)

Polohy pacienta se rozdělují na vyšetřovací a léčebné. Vyšetřovacích poloh se využívá při některých vyšetřeních, např. gastrokopie, kolonoskopie apod. Léčebné polohy jsou významné při celkovém léčebném procesu. Mezi další rozdělení můžeme zařadit polohu aktivní, úlevovou a pasivní. Aktivní polohu si zajišťuje pacient sám, je to ta poloha, která mu nejvíce vyhovuje, kterou zaujme sám a může jí kdykoliv změnit. Naopak úlevovou polohu zvolí pacient tehdy, když bude mít nějaké zdravotní omezení a tato poloha mu potíže zmírní. Jako pasivní polohu nazýváme tu, do které pacienta aktivně uvádí sestra, jelikož pacient ji sám provést nedokáže. Mezi léčebné polohy řadíme polohu na zádech, na boku a polohu na břiše. (12, s.96)

Poloha na zádech - pacient leží vodorovně na zádech s napřímenou páteří a dochází tak k uvolnění svalů břicha. (12, s.96) Pod hlavou může být malý polštářek, avšak brada by se neměla dotýkat hrudníku a hlava nesmí být zvrácena. HK jsou zpravidla položeny podél těla, ale mohou být polohovány v ramenním kloubu v zevní i vnitřní rotaci. DK jsou natažené v kyčelních i kolenních kloubech. (11, s.40)

Poloha na boku - pod hlavu můžeme vložit malý polštář a trup zezadu podepřít např. stočenou dekou. Pacienta se zlomeninou nikdy nepolohujeme na postiženou stranu. Spodní HK je položena volně vedle hlavy na polštáři. Vrchní HK je buď podepřena polštářem a leží před trupem, nebo je natažena podél těla tak, že mezi trupem a paží je vypodložena. Spodní DK je v extenzi, vrchní DK ve flexi a podložena polštářem. (11, s.40) Pro lepší stabilitu můžeme flektovat i obě DK, ale preventivně vkládáme polštář, nebo pěnové podložky mezi kolena a kotníky, aby se vzájemně nedotýkaly. (12, s.96)

Poloha na břiše - pacient leží bez polštáře, střídá se otáčení hlavy na pravou a levou stranu, nebo je hlava opřena o čelo, vypodložena např. ručníkem, aby mohl pacient volně dýchat. Břicho můžeme podložit polštářem. Loket HK na obličejové straně je ve flexi, dlaň ruky může podepřít čelo, či být volně položena. HK na straně záhlaví je volně položena podél těla s dlaní otočenou směrem nahoru. Je-li hlava opřena o čelo, HK jsou kolmo k hlavě ohnuté. DK jsou v extenzi. Tato poloha se udává jako nejméně pohodlná, proto se téměř nikdy nepoužívá. (12, s.96)

Můžeme využít také hýžd'ové svaly při polohování, které jsou odolnější proti tlaku než místa s kostními prominencemi. Pacient tak leží v „poloze mezi“, tzn. ani na boku, ani na zádech. (13, s.150)

Polohy, jichž se využívá při polohování, jsou supinační, pronační, pravá a levá laterální poloha, 30° pravá a levá laterální poloha a pravá a levá Simsova poloha. Je nutné o nich vést záznam. Můžeme využít tzv. polohovací hodiny. (13, s.150) (příloha 5)

Poloha vsedě - je nutné správně polohovat pacienty na židli, v křesle, nebo vozíku. Pacient by měl být ve vzpřímené poloze, ramena by neměla být pokleslá, koleno a hlezno by měly být kolmé a plosky nohou celou plochou na podložce. Využíváme sedacích podložek, polštářů a jiných pomůcek k polohování. Nikdy nepolohujeme pacienta na již vzniklý dekubit. (11, s.41)

Manipulace s pacientem při posouvání – často dochází k sesunu pacienta dolů po lůžku a je potřeba ho vrátit do původní polohy. Jsou zapotřebí minimálně dvě osoby. Jednu ruku vložíme do podpaží pacienta a spojíme tak ruce s druhou osobou. Druhou ruku vkládáme pod dolní část stehen a pokynem posuneme pacienta směrem nahoru. Zamezíme tak tření a odírání o podložku. Zdravotníci mohou využít i vsunutou plátěnou podložku pod pacientem, pokud je k dispozici. Může-li pacient spolupracovat, skrčí obě nohy, opře je o lůžko, chytne se hrazdičky a stejným způsobem jej posuneme. (5, s.18)

6.2 Antidekubitní pomůcky

Pomůcky, které se využívají v prevenci vzniku dekubitů, jsou velmi praktické, snadno dostupné a ušetřují práci zdravotnickým pracovníkům. V dřívější době se tyto pomůcky vyráběli doma, nebo byly vyráběny na zakázku v čalounictvích. (2, s.27)

Nyní existuje veliký výběr antidekubitních pomůcek, jako jsou válce, klíny, kvádry, polštáře, korýtko, područky, podkovy, hadi, podhlavníky, podložky pod paty a lokty, sedací kruhy či podložky do vozíku. Velký výběr antidekubitních pomůcek nabízí např. společnost CAREWAVE. (14)

Pomůcky jsou vyrobeny z různých materiálů, bývají obaleny neдрáždivým potahem, který je zpravidla vodovzdorný, aby se daly lehce omývat. Navíc mohou být i paropropustné, zabraňují tak pocení a vzniku vlhkosti. Existují i pomůcky s náplní polystyrenových mikrokuliček, které se perfektně přizpůsobí všem křivkám těla. (5, s.17)

Jednou ze zásad používání antidekubitních pomůcek je také používání co nejméně pomůcek u jednoho pacienta, jelikož každá nadbytečná věc v lůžku imobilizuje pacienta mnohem více. (2, s.27)

6.3 Polohovací lůžka a antidekubitní matrace

Polohovací lůžka jsou nedílnou součástí vybavení zdravotnických zařízení. Mohou se ovládat mechanicky, nebo elektricky. Polohovací lůžka lze používat mnoha způsoby. Zvýšením zádového dílu dochází ke zvýšení srdečního výdeje, podpoře dýchání, polohuje horní část těla. Zvednutí lýtek zamezuje sesunutí pacienta z lůžka a eliminuje riziko trombózy a edému. Poloha křesla polohuje dolní i horní polovinu těla, zlepšuje vylučování apod. Pro personál i pacienty je využití mechanických lůžek nepříznivé. Pro zdravotníky znamená manipulace s pacienty velkou zátěž a hrozí i riziko úrazu. Předkláněním, otáčením a ohýbáním může dojít k postižení pohybového aparátu. Pro pacienty se daleko více zvyšuje riziko tření a oděrek, nepohybliví pacienti jsou radikálně odkázáni na zdravotníky. Proto je zcela výhodnější využití elektrických lůžek. Pacienti se snáze polohují, nastavení výšky je jednodušší, pacient je méně závislý na personálu, možné je i použití v domácím prostředí. (2, s.27-28)

„Antidekubitní matrace jsou všechny podpůrné povrchy (podložky, matrace, sedací polštáře), které redistribuují tlak působící na tkáň.“ (2, s.39) Nejlepší podpůrný povrch je ten, který napodobuje fyziologické pohyby nebo snižuje tlak na optimální hodnoty. Existují dva hlavní druhy antidekubitních matrací – pasivní a aktivní. (2, s.39)

6.3.1 Pasivní antidekubitní matrace (statické)

Tyto matrace snižují působení tlaku na tkáň tím, že je nápor rozložen na celou plochu matrace. (15, s.57) Snížení tlaku však není pod úroveň tlaku uzavírající cévy, a nevznikají tak žádné ireverzibilní změny. Tyto matrace jsou primárně určeny pro nízké nebo střední riziko vzniku dekubitů. Mohou být různých druhů, např. pěnové – příčně prořezávané, vícevrstvé či tvarované, statické vzduchové matrace, gelové podložky nebo plněné vlákny aj. Tyto matrace se zcela přizpůsobí tvaru těla. (2, s. 40)

Tlak se díky těmto matracím rozloží po celé ploše těla. Tlaky jsou laboratorně měřeny a jejich výsledek se značí jako PAI – Pressure Area Index (Index plošného působení tlaku). Pro tyto matrace se jako prahové hodnoty využívají tlaky 30, 20 a 10 mm Hg. (2, s.42)

6.3.2 Aktivní antidekubitní matrace (dynamické)

Tyto matrace snižují tlak na tkáň pod prahovou hodnotu, tj. tlak nižší než je tlak uzavírající cévy. Dochází tak ke zlepšení prokrvení těla pacienta. Používají se hlavně pro střední, vysoké, nebo velmi vysoké riziko vzniku dekubitů. Působení tlaku se snižuje

střídáním místa, kde tlak účinkuje tak, že bublinové zóny jsou nafukovány a následně vyfukovány elektrickou pumpou. Tento jev musí mít svojí amplitudu a dostatečný čas trvání. Tlak se reguluje v závislosti na váze a poloze pacienta. (2, s.40-41)

Schopnost matrací, které fungují na principu nafukování a vyfukování, se hodnotí výpočtem PRI – Pressure Relief Index (Index úlevy od tlaku). Tak se hodnotí i to, zda jsou matrace účinné. Měří se čidlem, který se připevní na kostní prominence a zároveň se připojí k počítači. (2, s.45)

6.4 Hygiena

Hygiena má velký význam v prevenci dekubitů a je důležitá především tam, kde byla již proleženina vytvořena, či došlo k inkontinenci. (5, s.20) Tento soubor opatření napomáhá odstraňovat vlivy chemické a infekční. Jde hlavně o nepříznivé vlivy moči, stolice, potu a hnisu v pánevní oblasti. (2, s.52)

Měli bychom se vyvarovat neprodyšným materiálům, jako jsou gumové a igelitové podložky či pomůcky, neprodyšné pleny, jelikož by se kůže mohla zapářit až macerovat, což je snadnější stav pro vznik infekce. Dbáme na častou výměnu plen, ložního a osobního prádla. Pokožku bychom měli udržovat čistou a vláčnou, používat ochranné krémy, oleje, emulze. Důraz klademe na vyvarování se jakéhokoliv tření a sušení pokožky velkým tlakem a masírování kůže. Postupujeme jemně, citlivě, kůži lze osušit tzv. tapováním (mírným tlakem). (2, s.53) Všímáme si i kožních partií, záhybů, jako jsou třísla, místa pod prsy nebo podpaží. (9, s.61) Při prevence infekce si všímáme i vzdálených zánětů, jako jsou pneumonie a akutní pyelitida, které se mohou krví dostat i do oblastí pánve a způsobit tak hnisavé záněty. (2, s.53)

Kontrola stavu kůže by se měla provádět alespoň 1x denně, popřípadě dle potřeby pacienta. Dbáme na kontrolu zvláště začervenalých míst. (2, s.53) Kontrola spočívá ve sledování a hodnocení kožních změn, kožní integrity, vlhkosti, teploty, zápachu či svědění. Do prevence zahrnujeme i péči o DÚ, uši, nos, vlasy, příjem tekutin a dechová cvičení. (5, s.20)

6.5 Odstranění zevních mechanických vlivů

Základním požadavkem je především upravené lůžko. Podmínkou je měkká a suchá matrace s dobře vypnutým prostěradlem, popřípadě i podložkou, žádné cizí předměty v posteli, vyjma antidekubitních pomůcek. (5, s.18) Při poloze vsedě je nejlepší prevencí

tření zapřených nohou pacienta polštáři, dřevěnou bedýnkou, podnožkami atd. Důraz klademe i na malá poranění, která vznikají přesunem z lůžka na WC či vozík, podporu dekubitů v sakrální oblasti představuje i dlouho ponechaná podložní mísa. (2, s.52) Oblečení by mělo být volné, z kvalitního materiálu a nemělo by škrtit. (5, s.18)

6.6 Výživa a hojení dekubitů

Výživa úzce souvisí s hojením proleženin a je tak jednou z klíčových rolí v prevenci. Pokožku udržuje vláčnou, poskytuje vyvážený stav živin, minerálů, stopových prvků, zvyšuje imunitu proti infekci a díky výživě se krátí i doba hojení ran. (16, s.8) Větší riziko vniku proleženin je zvláště u pacientů s malnutricí či obezitou. (5, s.25)

Nutriční anamnéza probíhá pomocí výpočtu BMI, laboratorních výsledků krve a moči. Nutné je také zjistit jak se pacient stravuje a zda má dostatečný příjem tekutin. (16, s.8) Všímáme si změny tělesné hmotnosti, změny ve stravování, ptáme se na obtíže gastrointestinálního traktu, užívání léků, alkoholu a psychosomatické problémy. (17, s.52) Můžeme využít screeningový dotazník MNA(=Mini Nutritional Assesment), který zjišťuje nutriční specialista a následně pro pacienta vytvoří specifický plán nutriční péče. (5, s.25)

Pacient s dekubity by měl mít dostatečný příjem tekutin a vypít tak minimálně 30 tekutin na 1 kg svojí váhy za den. Měl by mít dostatek energie, asi 30 kcal za den, a bílkovin, 1 – 1,5 g na 1 kg denně. (16, s.8) Skladba jídelníčku by měla zohledňovat dietní kritéria, měla by obsahovat bílkoviny, potraviny s obsahem mastných kyselin n^{-3} a n^{-6} , pouze rostlinné tuky, sacharidy zajišťující energii, potraviny s obsahem vitaminů a stopových prvků. (5, s.26)

Pacientům, kteří malnutricí trpí, můžeme podat doplňky potravy. Příchutí je mnoho, a tak je na pacientovi jaký druh doplňku zvolí. (18, s.11) Podávají se buď tzv. sippingem (popíjení), enterálně nebo parenterálně a to mezi jídly. (16, s.8) Velký význam má i kompenzace diabetu, nejlépe inzulinoterapií. (19, s.55)

6.7 Ošetřování kůže

Kontrolu stavu pokožky bychom měli provádět několikrát denně, tedy nejen při vlastní hygienické péči při ranní hygieně. Při kontrole si všímáme barvy kůže, bolesti, popřípadě frekvence a stupně bolesti dle škály, ekzému, svědění, u vzniklého dekubitu hodnotíme vzhled, povlaky a rozměr. (5, s.19) Pokud se objeví porušená integrita kůže, ihned jednáme. Nejdříve omyjeme okolí tkáně vodou, použijeme roztok na oplach rány,

sterilně kryjeme, při polohování se vyhýbáme poloze na postižené místo a nadále kontrolujeme stav pokožky. (20, s.22)

6.8 Rehabilitace

Je potřebnou součástí antidekubitní prevence. Důraz se klade na obnovu soběstačnosti, samostatnosti a návrat pohyblivosti. Je důležité stanovit individuální intervaly rehabilitace, aby nedošlo k poškození pacienta. Nutná je i spolupráce s rehabilitačními odborníky. (2, s.55) Včasná mobilizace se provádí podle zdravotního stavu, pacienta vedeme k chůzi, fyzioterapeut, ale i ošetřovatelský personál, doprovází pacienta na toaletu, k umyvadlu, posazuje na lůžku i mimo lůžko. (9, s.59)

7 TERAPIE DEKUBITŮ

Pacient s dekubitem je obvykle v takovém zdravotním stavu, kdy je potřeba pravidelná péče lékaře, v některých případech i lékaře - specialisty. (16, s.7)

Základem je začít s léčbou základní nemoci a zlepšit zdravotní stav pacienta. Terapie probíhá buď konzervativně, nebo chirurgicky. Terapie záleží na stupni vzniklého dekubitu. (2, s.81)

Dekubity I. Stupně (klasifikace dle Hibbsově) - při zarudnutí postiženého místa není třeba zvláštní terapie, je však nutné odstranit tlak, který je na tuto oblast vyvíjen. Postižená oblast se může regenerovat již do 2 hodin, proto je také doporučeno pravidelné polohování nebo využívání polohovacích matrací. (2, s.81)

Dekubity II. Stupně (klasifikace dle Hibbsově) - tyto dekubity představují velký léčebný problém, jelikož velmi pomalu dochází k úplnému zhojení. Nejdříve je nutné odstranit vzniklý puchýř, dbá se na to, aby do rány nepronikla infekce, zároveň je třeba vysušit ránu tak, aby se vytvořila suchá krusta pevně lpící na kóriu. Pokud vše probíhá bez komplikací, krusta se odlamuje a zmenšuje, a tak dochází ke zhojení ve formě růžové pokožky. (2, s.81-82)

Dekubity III. stupně a IV. Stupně (klasifikace dle Hibbsově)- klinický obraz můžeme rozdělit na několik typů – rána krytá nektrózou, rána s granulační plochou a stenozující chronický dekubit. Rána krytá nektrózou - přítomnost nektrózy značně brání hojení v ráně. Pacient je velmi ohrožen infekcí a flegmónou. Nektrózu je proto důležité co nejdříve odstranit. Dekubity II. a III. stupně jsou velmi zálučné, jelikož je těžké rozpoznat, zda už se jedná o totální nektrózu. Rána s granulační plochou - v tomto období je cílem rychlé vyčištění rány a podpora epitelizace. Stenozující chornické dekubity - tento typ se vyskytuje především u ochrnutých pacientů a dochází často ke komplikacím. Řadí se sem dekubity trochanterické, ischiální a výjimečně i sakrální. Hlavní zásada spočívá v tom, že se rána nesmí uzavřít, dokud není dutina vředu zlikvidována. Často se indikuje radikální operace. (2, s.82)

Dekubity IV. stupně se řeší operativně, pomocí kompletní excize vředu, někdy s nutnou částečnou osteotomií. (2, s.83)

Je důležité dbát na ošetřování okolní kůže dekubitu, využít můžeme zinkovou pastu a jiné ochranné krémy. (7, s.206) Velký význam má využití antidekubitních matrací, pomůcek a polohovacích lůžek v domácí péči, neboť urychluje léčení a předchází tak vzniku dekubitů nových. (2, s.81)

Velmi účinné je v poslední době moderní krytí ran, kde se využívá fázové hojení rány (exsudativní, proliferační a diferenciací fáze hojení). Mezi nejpoužívanější prostředky na trhu řadíme: 1. Čištění rány - přípravky s enzymatickým účinkem, hydrogely, preparáty obsahující stříbro, jód či Chlorhexidin.(7, s.207) Zařadit sem lze i larvální terapii. (19, s.65) Larvy tak rozloží mrtvou tkáň, díky vyměšování trávicích enzymů, a následně hmotu opět pohltí. (21) Ne vždy se tato metoda dostane pozitivního přijetí. Tato metoda není široké veřejnosti tolik známá, avšak je leckdy velmi účinná. (19, s.65) 2. Krytí ran: Hydrokoloidní krytí, algináty, hydropolymery, absorpční krytí s aktivním uhlím, pěnová polyuretanová krytí, hydrovlákna, hydrobalanční krytí aj. (7, s.208-209)

K dalším možnostem terapie dekubitů řadíme využití laseru, biolampy, hyperbarické oxygenoterapie, pneumatických přístrojů či transplantace kůže. (7, s.210)

8 KOMPLIKACE DEKUBITŮ

Komplikace rozdělujeme na celkové a místní. K hlavním celkovým komplikacím dekubitů řadíme sepsi. Hořčnaté stavy mohou být projevem např. ostitidy. K lokálním komplikacím patří absces, vytvoření hematomu, nebo rozevření rány. Nespolupracující pacient, kontraindikace polohování nebo nedostatek ATD pomůcek a ATD matrací může být též komplikací dekubitů. (22, s.17)

PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

Zásadním problémem v dnešní době je fakt, že v některých zdravotních zařízeních není aktivně využíváno moderních antidekubitních pomůcek, včetně antidekubitních matrací. Většina zařízení má k dispozici malý výběr z pomůcek a spíše než preventivně, je používají sekundárně, u již vzniklého dekubitu.

9.1 Hlavní problém

Hlavním záměrem této bakalářské práce je zmapovat rizikové skupiny, které jsou ohroženy vznikem dekubitů. Zjistit preventivní opatření snižující riziko vzniku dekubitů u rizikových skupin pacientů a zmapovat využívání antidekubitních pomůcek ve zdravotnických zařízeních.

9.2 Dílčí problémy

Jaké rizikové faktory považují všeobecné sestry za nejdůležitější?

Cíl 1: Zmapovat rizikové faktory, které zvyšují možnost vzniku dekubitů.

Předpoklad 1: Předpokládám, že většina všeobecných sester považuje za nejsilnější rizikový faktor ovlivňující vznik dekubitů inkontinenci. (*Kritérium: většina = 70 %*)

Otázky č. 6 a 7

Mají všeobecné sestry dostatečné znalosti v oblasti prevence dekubitů?

Cíl 2: Zmapovat úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti prevence dekubitů.

Předpoklad 2: Předpokládám, že všeobecné sestry správně zodpoví většinu dotazovaných otázek. (*Kritérium: většina = 85 %*)

Otázky č. 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 14 a 15

Jaké antidekubitní pomůcky využívají všeobecné sestry na svých odděleních nejvíce?

Cíl 3: Zjistit, jaké antidekubitní pomůcky jsou nejvíce využívány.

Předpoklad č. 3: Předpokládám, že většina všeobecných sester využívá na svém oddělení aktivní antidekubitní matrace. (*Kritérium: většina = 80%*)

Otázky č. 10 a 11

10 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Téma dekubitů a využití nových antidekubitních pomůcek mě velmi zaujalo. Mým cílem je zjistit, zda mají všeobecné sestry dostatek znalostí v oblasti dekubitů a pomůcek využívaných k jejich prevenci.

11 VZOREK RESPONDENTŮ

Vzorek respondentů tvořilo 100 všeobecných sester. Dotazníky jsem rozdávala na základě povolení sběru informací ve FN Plzeň na chirurgických, interních a geriatrických odděleních. Výzkum probíhal v období ledna 2014. Dotazníky byli zcela dobrovolné, anonymní a rozdávány v tištěné formě.

Výsledky dotazníků ze všech oddělení byly zpracovány hromadně, nikoliv zvlášť pro každé oddělení. Z celkového počtu 100 % (100) rozdaných dotazníků byla návratnost zcela vyplněných dotazníků 78 % (78).

12 METODY PRŮZKUMU

Výzkumné šetření bylo prováděno kvantitativní metodou technikou dotazníkového šetření. *Kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji. Zjišťuje množství, rozsah, nebo frekvenci výskytu jevů, resp. jejich míru (stupeň). Číselné údaje se dají matematicky zpracovat. Je možno je sčítat, vypočítat jejich průměr, vyjádřit je v procentech nebo použít další metody matematické statistiky.* (23, s.23)

V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s tématem bakalářské práce a instrukcemi k vyplnění dotazníku. Byly upozorněny, že dotazník je anonymní. Dotazník tvořilo 17 otázek a byl rozdělen do 3 částí. První část dotazníku obsahovala 3 položky faktografické (otázky číslo 1, 2, 3). Měli zjistit kolik je respondentům let, jaké je jejich

nejvyšší dosažené vzdělání a jaká je délka jejich praxe. Druhá část otázek se vztahovala k vymezeným cílům a výzkumným předpokladům a tvořily je uzavřené, polozavřené i otevřené otázky. Ke stanovenému výzkumnému předpokladu č. 1 se vztahují otázky číslo 6 a 7. K dalšímu stanovenému výzkumnému předpokladu č. 2 se vztahují otázky číslo 4, 5, 8, 9, 12, 13, 14 a 15. Otázky číslo 10 a 11 se vztahuje k poslednímu stanovenému výzkumnému předpokladu č. 3. Poslední část se stávala z projekčních otázek (otázky číslo 16 a 17). K získání dotazníků jsem použila přímou metodu, kdy jsem dotazníky sama rozdávala i vybírala.

13 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Výsledky výzkumného šetření jsou pro přehlednost zpracovány do tabulek a grafů. Zpracování dat probíhalo pomocí MS Word a MS Excel.

Tabulky obsahují absolutní četnost, relativní četnost (vyjádřenou v procentech a zaokrouhlenou na dvě desetinná čísla) a celkovou četnost.

13.1 Analýza průzkumu

Vyhodnocení otázky č. 1 – Kolik je Vám let?

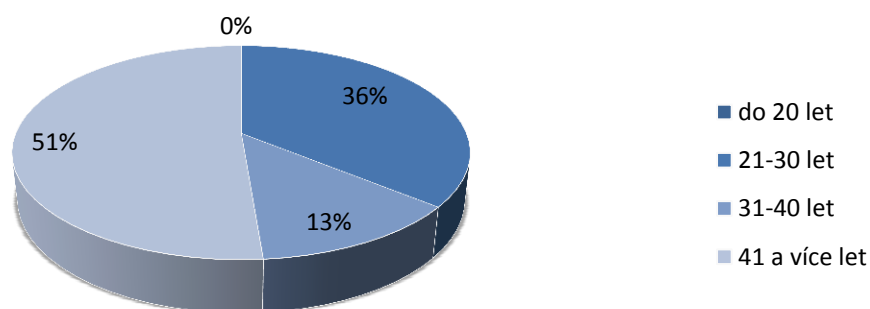
Tabulka 1: Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 20 let	0	0,00%
21-30 let	28	35,90%
31-40 let	10	12,82%
41 a více let	40	51,28%
Celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 1 znázorňuje, kolik je respondentům let. 40 respondentů (51,28 %) uvedlo, že jejich věk dosahuje 41 až více let, 28 respondentům (35,90 %) je 21-30 let a 10 respondentů (12,82 %) odpovídá věku 31-40 let. Žádní respondenti (0,00%) nebyli ve věku do 20 let.

Graf 1: Věk respondentů



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažení vzdělání?

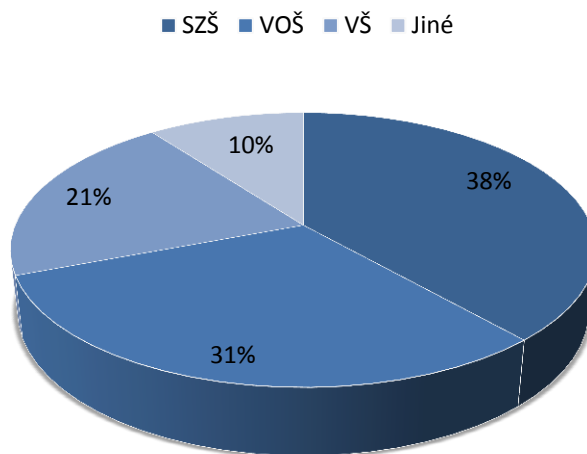
Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
SZŠ	30	38,46%
VOŠ	24	30,77%
VŠ	16	20,51%
Jiné	8	10,26%
Celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 2 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. 30 respondentů (38,46 %) je absolventem střední zdravotnické školy, 24 respondentů (30,77 %) vystudovali vyšší odbornou školu a 16 respondentů (20,51 %) uvedlo, že absolvovali vysokou školu. 8 respondentů (10,26 %) absolvovali jinou školu, než byla uvedena.

Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 3 – Jaká je délka Vaší praxe?

Tabulka 3: Délka praxe

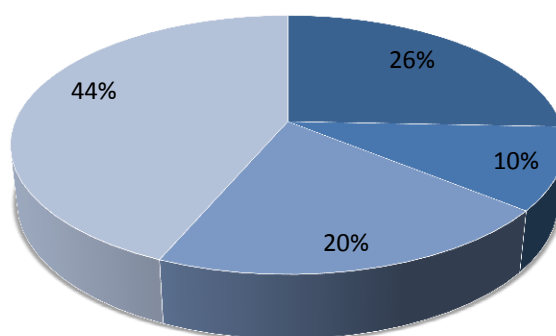
Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 5 let	20	25,64%
5-10 let	8	10,26%
11-15 let	16	20,51%
Více než 16 let	34	43,59%
Celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 3 znázorňuje, jak dlouho vykonávají respondenti profesi zdravotní sestry. 34 respondentů (43,59 %) pracuje v této profesi více než 16 let. 20 respondentů (25,64 %) vykonávají tuto profesi méně než 5 let. 16 respondentů (20,51 %) uvedlo, že v této profesi pracují 11-15 let a dalších 8 respondentů (10,26 %) je v této profesi 5-10 let.

Graf 3: Délka praxe

■ Méně než 5 let ■ 5-10 let ■ 11-15 let ■ Více než 16 let



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 4 – Jak byste definovali pojem dekubit (proleženina)?

Tabulka 4: Definice pojmu dekubit

Dekubit	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správná odpověď	78	100,00%
Chybná odpověď	0	0,00%
Celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 4 znázorňuje počet správných a chybných odpovědí na příslušnou otázku. Všech 78 respondentů (100 %) zodpovědělo na tuto otázku dobře, jednou z možných definic pojmu dekubit.

Vyhodnocení otázky č. 5 – Znáte klasifikaci dekubitů užívanou ve Vaší nemocnici? Pokud ano – jakou?

Tabulka 5: Klasifikace dekubitů

Klasifikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, klasifikace dle Nortonové	34	43,59%
Klasifikace stávající se ze 4 stupňů dekubitů	33	42,31%
Neznám	11	14,10%
Celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 5 znázorňuje, zda respondenti znají klasifikaci, kterou využívají na svém oddělení. 34 respondentů (43,59 %) uvedlo, že na svém oddělení využívají klasifikaci dle Nortonové. Tato odpověď byla neplatná. 33 respondentů (42,31 %) nevědělo název, ale popsali klasifikaci obsahující 4 stupně dekubitů. 11 respondentů (14,10 %) uvedlo, že klasifikaci nezná.

Vyhodnocení otázky č. 6 – Uveďte minimálně 5 základních příčin vzniku dekubitů.

Tabulka 6: Příčiny dekubitů

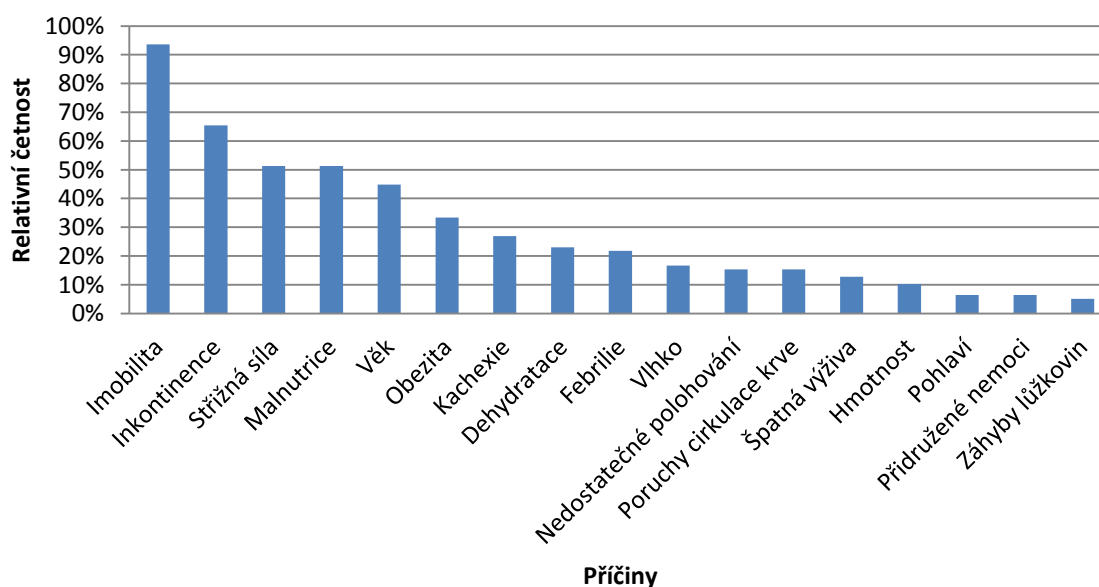
Příčiny	Absolutní četnost	Relativní četnost
Imobilita	73	93,59%
Inkontinence	51	65,38%
Střížná síla a tlak	40	51,28%
Malnutrice	40	51,28%
Věk	35	44,87%
Obezita	26	33,33%
Kachexie	21	26,92%
Dehydratace	18	23,08%
Febrilie	17	21,79%
Vlhko	13	16,67%
Nedost.pohovávání	12	15,38%
Poruchy cirkulace	12	15,38%
Špatná výživa	10	12,82%
Hmotnost	8	10,26%
Pohlaví	5	6,41%
Přidružené nemoci	5	6,41%
Záhyby lůžkovin	4	5,13%
Celkem	78	

Zdroj: Vlastní

Tabulka 6 znázorňuje, jaké základní příčiny vzniku dekubitů respondenti uvedli. 73 respondentů (93,59 %) uvedlo, že za základní příčiny považují imobilitu. Podle 51 respondentů (65,38 %) ovlivňuje vznik dekubitů inkontinence. 40 respondentů (51,28 %) si myslí, že za příčinou vzniku dekubitů stojí střížná síla, tlak a malnutrice. Podle 35 respondentů (44,87 %) může vznik dekubitů ovlivňovat věk pacienta a 26 respondentů (33,33 %) uvedlo, že základní příčinou je obezita. Počet dotázaných respondentů, kteří si myslí, že příčinou může být kachexie, dehydratace či febrilie, byl skoro stejný. 21 respondentů (26,92 %) uvedlo za příčinu kachexii, 18 respondentů (23,08 %) dehydrataci a

17 respondentů (21,79 %) uvedlo febrilii. Dalších 13 respondentů (16,67 %) si myslí, že za příčinou stojí vlhké prostředí a 12 respondentů (15,38 %) uvedlo nedostatečné polohování pacienta a poruchu cirkulace krve. Špatnou výživu uvedlo jako příčinu 10 respondentů (12,82 %) a hmotnost 8 respondentů (10,26 %). Podle 5 respondentů (6,41 %) je příčinou pohlaví a přidružené nemoci. Pouze 4 respondenti (5,13 %) uvádí jako příčinu, která ovlivňuje vznik dekubitů, záhyby lůžkovin.

Graf 4: Příčiny dekubitů:



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 7a – Uved'te, která z uvedených onemocnění (i jiných), je na Vašem oddělení nejčastější.

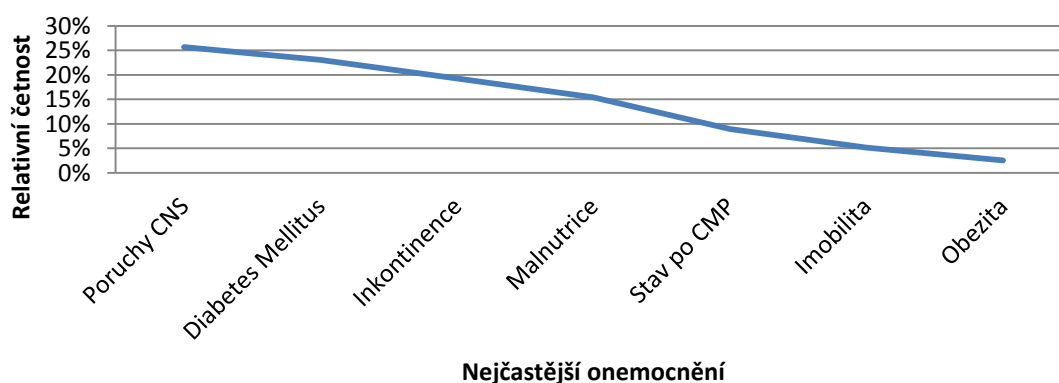
Tabulka 7a: Nejčastější onemocnění

Nejčastěji	Absolutní četnost	Relativní četnost
Poruchy CNS	20	25,64%
Diabetes Mellitus	18	23,08%
Inkontinence	15	19,23%
Malnutrice	12	15,38%
Stav po CMP	7	8,97%
Imobilita	4	5,13%
Obezita	2	2,56%
Celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 7a znázorňuje, která z přidružených onemocnění, podílejících se na vzniku dekubitů, se na oddělení respondentů vyskytuje nejčastěji. 20 respondentů (25,64 %) uvedlo, že nejčastějším onemocněním jsou poruchy CNS. 18 respondentů (23,08 %) považuje za nejčastější onemocnění DM. Podle 15 respondentů (19,23 %) je nejčastějším onemocněním inkontinence. Malnutrici označilo za nejčastější onemocnění 12 respondentů (15,38 %) a 7 respondentů (8,97 %) označilo stav po CMP. 4 respondenti (5,13 %) označilo za nejčastější imobilitu a 2 respondenti (2,56 %) uvedli obezitu.

Graf 5: Nejčastější onemocnění



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 7b – Uveďte, které onemocnění pokládáte z hlediska zkušeností za nejvýznamnější.

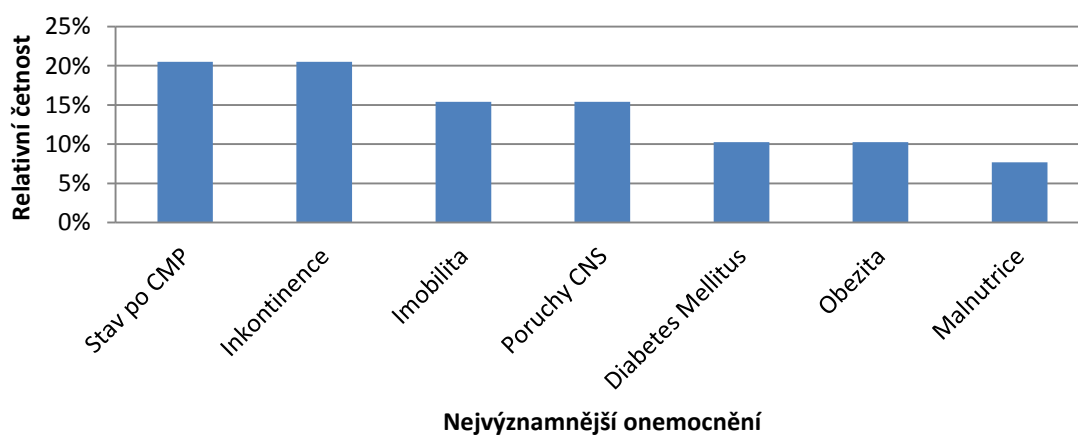
Tabulka 7b: Nejvýznamnější onemocnění

Nejvýznamnější	Absolutní četnost	Relativní četnost
Stav po CMP	16	20,51%
Inkontinence	16	20,51%
Imobilita	12	15,38%
Poruchy CNS	12	15,38%
Diabetes Mellitus	8	10,26%
Obezita	8	10,26%
Malnutrice	6	7,69%
Celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 7b znázorňuje, kterou z přidružených onemocnění, které se podílí na vzniku dekubitů, označili respondenti jako nejvýznamnější z hlediska zkušeností. 16 respondentů (20,51 %) označili za nejvýznamnější stav po CMP a inkontinenci. 12 respondentů (15,38 %) uvedli, že za nejvýznamnější považují imobilitu a poruchy CNS. Podle 8 respondentů (10,26 %) je nejvýznamnějším onemocněním DM a obezita. Pouze 6 respondentů (7,69 %) uvedli malnutrici jako nejvýznamnější onemocnění.

Graf 6: Nejvýznamnější onemocnění



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 8 – Vyjmenujete minimálně 5 predilekčních míst vzniku dekubitů.

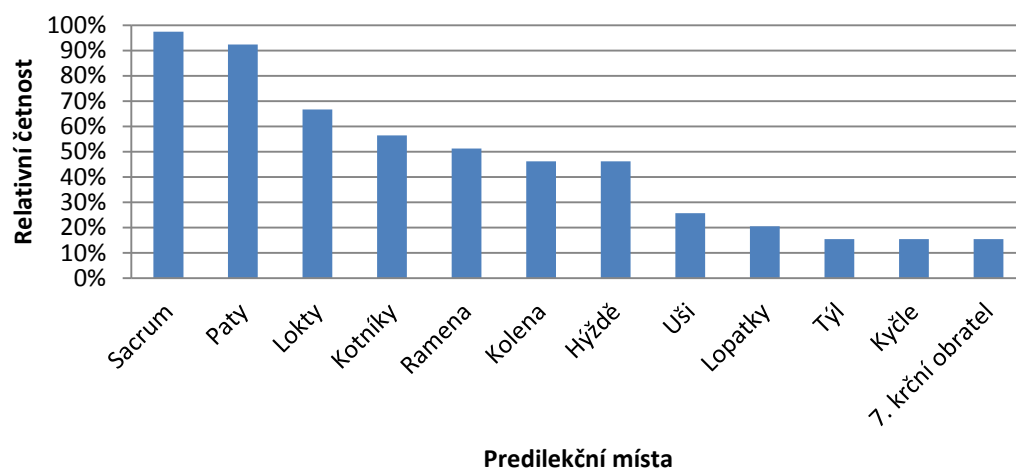
Tabulka 8: Predilekční místa

Predilekční místa	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sakrální oblast	76	97,44%
Paty	72	92,31%
Lokty	52	66,67%
Kotníky	44	56,41%
Ramena	40	51,28%
Kolena	36	46,15%
Hýždě	36	46,15%
Uši	20	25,64%
Lopatky	16	20,51%
Týl	12	15,38%
Kyčle	12	15,38%
7. krční obratel	12	15,38%
celkem	78	

Zdroj: Vlastní

Tabulka 8 znázorňuje otázku, ve které měli respondenti vyjmenovat minimálně 5 predilekčních míst vzniku dekubitů. Většina respondentů, tj. 76 respondentů (97,44 %) uvádí jako predilekční místo sakrální oblast. 72 respondentů (92,31 %) uvedlo paty jako predilekční místo vzniku dekubitů. 52 respondentů (66,67 %) si myslí, že predilekčním místem vzniku dekubitů jsou lokty, 44 respondentů (56,41 %) udává kotníky a 40 respondentů (51,28 %) uvedlo jako predilekční místo ramena. Podle 36 respondentů (46,15 %) mohou být predilekčním místem kolena a hýždě. 20 respondentů (25,64 %) uvádí jako predilekční místo uši a 16 respondentů (20,51 %) si myslí, že jsou to lopatky. Týl, kyčle a 7.krční obratel označilo 12 respondentů (15,38 %).

Graf 7: Predilekční místa



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 9 – Je na Vašem pracovišti k dispozici standard „Prevence a ošetřování dekubitů“.

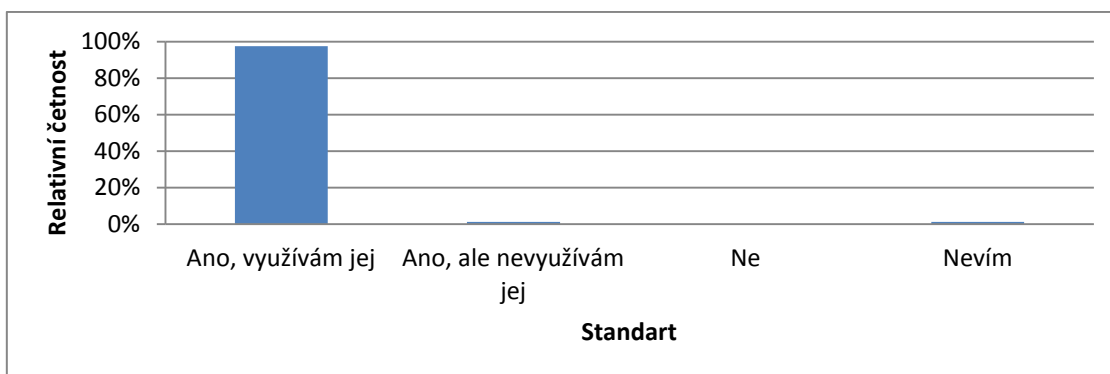
Tabulka 9: Standard „Prevence a ošetřování dekubitů“

Standard	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, využívám jej	76	97,44%
Ano, ale nevyžívám jej	1	1,28%
Ne	0	0,00%
Nevím	1	1,28%
celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 9 znázorňuje, zda na pracovištích respondentů mají k dispozici standard „Prevence vzniku a léčba dekubitů“. Většina respondentů, tj. 76 respondentů (97,44 %) uvedlo, že ano, a že tento standard využívá. 1 respondent (1,28 %) uvedl, že ano, ale že standard nevyžívá a taktéž 1 respondent (1,28 %) odpověděl, že neví.

Graf 8: Standard „Prevence a ošetřování dekubitů“



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 10 – Kolik je na Vašem oddělení lůžek s elektrickým pohonem?

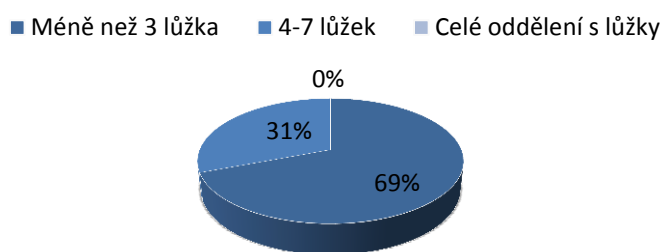
Tabulka 10: Lůžka s elektrickým pohonem

Lůžka s elektrickým pohonem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 3 lůžka	54	69,23%
4-7 lůžek	24	30,77%
Celé oddělení s lůžky	0	0,00%
celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 10 znázorňuje, kolik lůžek s elektrickým pohonem mají k dispozici respondenti na odděleních. Většina respondentů, tj. 54 respondentů (69,23 %) mají k dispozici méně než 3 lůžka. 24 respondentů (30,77 %) uvedlo, že na odděleních mají 4-7 lůžek s elektrickým pohonem. Žádný respondent neuvedl, že celé oddělení, na kterém pracuje, má lůžka s elektrickým pohonem.

Graf 9: Lůžka s elektrickým pohonem



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 11 – Jaké prostředky prevence vzniku dekubitů používáte na Vašem oddělení?

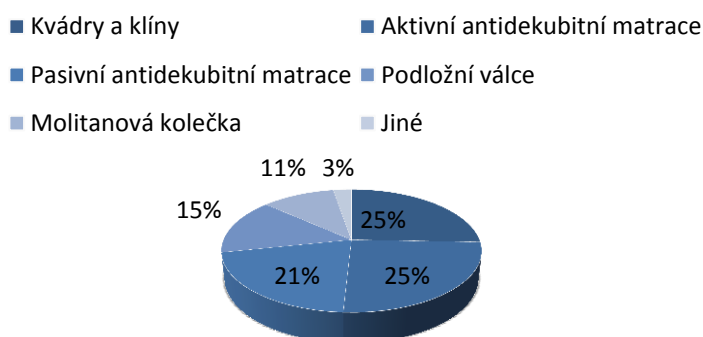
Tabulka 11: Prostředky prevence vzniku dekubitů – využití

Prostředky prevence	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kvádry a klíny	76	97,44%
Aktivní antidekubitní matrace	75	96,15%
Pasivní antidekubitní matrace	62	79,49%
Podložní válce	44	56,41%
Molitanová kolečka	32	41,03%
Jiné (polštáře)	8	10,26%
Celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 11 znázorňuje, jaké prostředky prevence vzniku dekubitů respondenti používají na oddělení. Téměř všichni, tedy 76 respondentů (97,44 %) uvedlo, že používají jako prevence vzniku dekubitů kvádry a klíny. Přibližně stejně respondentů, tj. 75 respondentů (96,15 %) používá na oddělení aktivní antidekubitní matrace. Pasivní antidekubitní matrace využívá 62 respondentů (79,49 %). 44 respondentů (56,41 %) využívá podložní válce. Molitanová kolečka používá na oddělení 32 respondentů (41,03 %). 8 respondentů (10,26 %) zvolilo možnost jiné prostředky, uvedlo např. polštáře jako preventivní prostředek vzniku dekubitů.

Graf 10: Prostředky prevence vzniku dekubitů – využití



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 12 – Jaké škály a stupnice hodnotí riziko vzniku dekubitů?

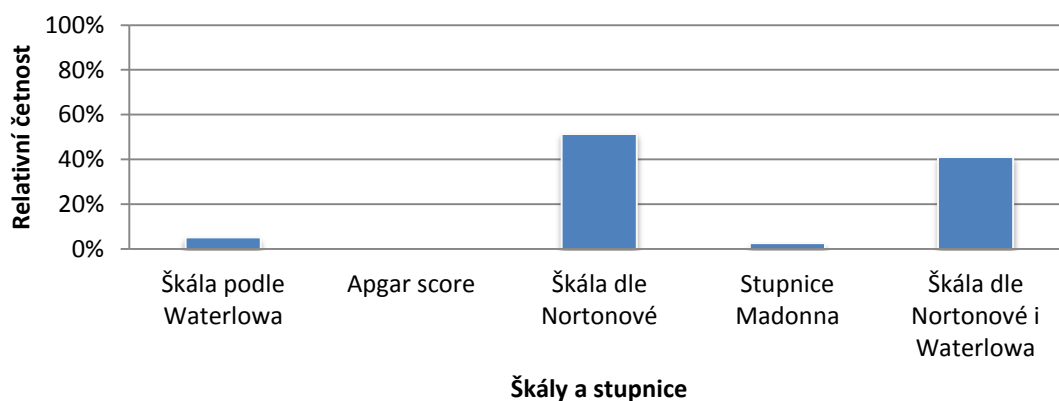
Tabulka 12: Škály a stupnice hodnocení rizika vzniku dekubitů

Škály	Absolutní četnost	Relativní četnost
Škála podle Waterlowa	4	5,13%
Apgar score	0	0,00%
Škála dle Nortonové	40	51,28%
Stupnice Madonna	2	2,56%
Škála dle Nortonové i Waterlowa	32	41,03%
Celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 12 znázorňuje, jako odpověď zvolili respondenti za správnou v oblasti hodnocení rizika vzniku dekubitů. 40 respondentů (51,28 %) si myslí, že správnou odpovědí je pouze Škála dle Nortonové. Správně odpovědělo 32 respondentů (41,03 %), kteří zvolili Škálu dle Nortonové a Waterlowa. 4 respondenti (5,13 %) uvedlo, že hodnotící škálou je pouze Škála dle Waterlowa. 2 respondenti (2,56 %) uvedli, že riziko vzniku dekubitů hodnotí stupnice Madonna. Apgar score neuvedl žádný respondent.

Graf 11: Škály a stupnice hodnocení rizika vzniku dekubitů



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 13 – Jak často provádíte polohování pacientů s imobilizačním syndromem?

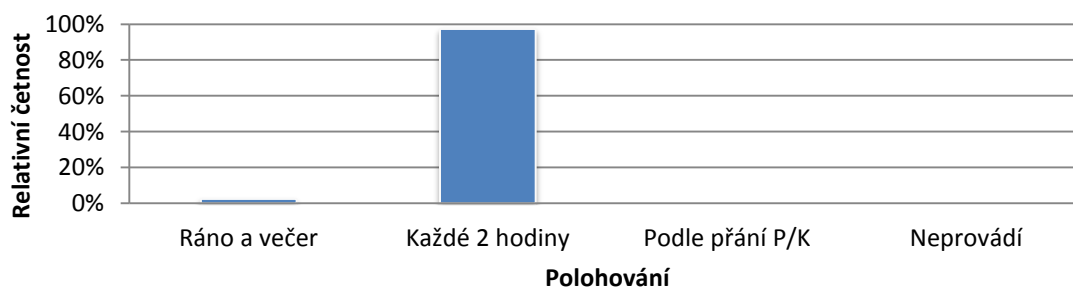
Tabulka 13: Polohování pacientů

Polohování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ráno a večer	2	2,56%
Každé 2 hodiny	76	97,44%
Podle přání P/K	0	0,00%
Neprovádí	0	0,00%
Celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 13 znázorňuje četnost polohování pacientů s imobilizačním syndromem. Většina respondentů (97,44 %) udává, že polohování pacientů provádějí každé 2 hodiny. 2 respondenti (2,56 %) uvedlo, že polohování provádějí pouze ráno a večer.

Graf 12: Polohování pacientů



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 14 – Dekubit kterého stupně značí dle Danielovy klasifikace nekróza?

Tabulka 14: Danielova klasifikace – nekróza

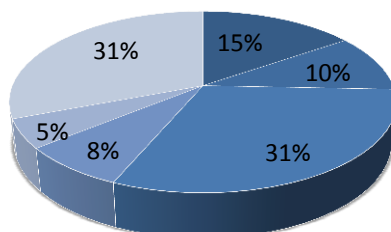
Danielova klasifikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
3. stupeň	12	15,38%
4. stupeň	8	10,26%
3. a 4. stupeň	24	30,77%
3. a 5. stupeň	6	7,69%
5. stupeň	4	5,13%
Nezná/Nepoužívají	24	30,77%
Celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 14 znázorňuje, jakou odpověď zvolili respondenti za správnou. Měli určit, jaký stupeň dekubitů značí dle Danielovy klasifikace nekróza. 24 respondentů (30,77 %) uvedlo, že nekrózu značí 3. a 4. stupeň dekubitů nebo Danielovu klasifikaci nezná či nepoužívá. 12 respondentů (15,38 %) si myslí, že nekrózu značí 3. stupeň, 8 respondentů (10,26 %) vybrali 4. stupeň dekubitů. 3. a 5. stupeň Danielovy klasifikace uvedlo 6 respondentů (7,69 %). Pouze 4 respondenti (5,13 %) uvedli jako správnou odpověď 5. stupeň. Za správnou odpověď jsem považovala pouze tu, u které byly zvoleny všechny možnosti, tj. 3., 4. a 5. stupeň.

Graf 13: Danielova klasifikace – nekróza

■ 3.stupeň ■ 4. stupeň ■ 3. a 4. stupeň
■ 3. a 5. stupeň ■ 5. stupeň ■ Nezná/Nepoužívají



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 15 – Je hygiena součástí prevence vzniku dekubitů?

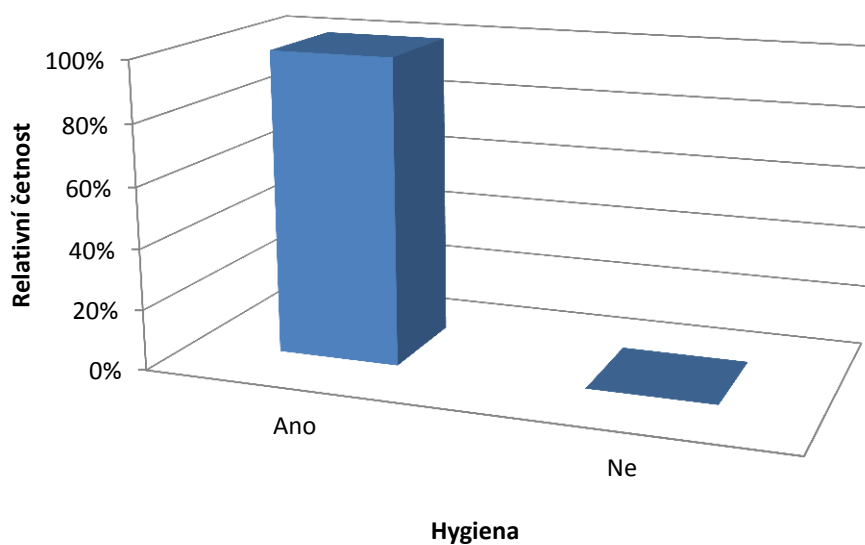
Tabulka 15: Prevence vzniku dekubitů – hygiena

Hygiena	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	78	100%
Ne	0	0%
Celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 15 znázorňuje, zda odpověděli respondenti správně na otázku týkající se hygieny. Všichni respondenti, tj. 78 respondentů (100 %) uvedlo „ano“ jako správnou odpověď.

Graf 14: Prevence vzniku dekubitů – hygiena



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 16 – Jste spokojen/á s vybavením antidekubitních pomůcek a matrací na Vašem pracovišti vzhledem k prevenci vzniku dekubitů?

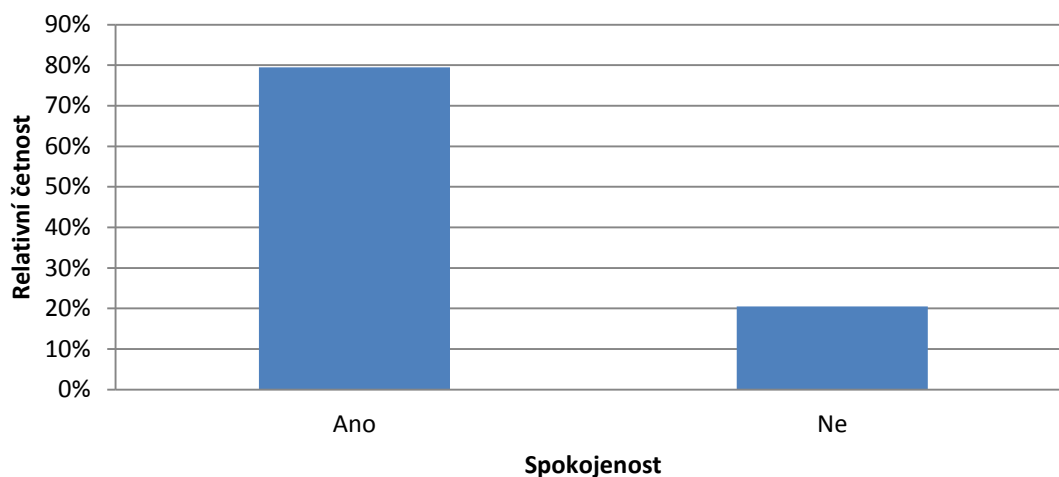
Tabulka 16: Spokojenost respondentů s vybavením

Spokojenost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	62	79,49%
Ne	16	20,51%
celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 16 znázorňuje, zda jsou respondenti spokojeni s vybavením antidekubitních pomůcek a matrací na pracovišti. 62 respondentů (79,49 %) uvedlo, že spokojeni jsou. 16 respondentů (20,51 %) spokojeno není.

Graf 15: Spokojenost respondentů s vybavením



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení otázky č. 17 – Čím byste chtěl/a dovybavit vaše oddělení?

Tabulka 17: Vybavení oddělení

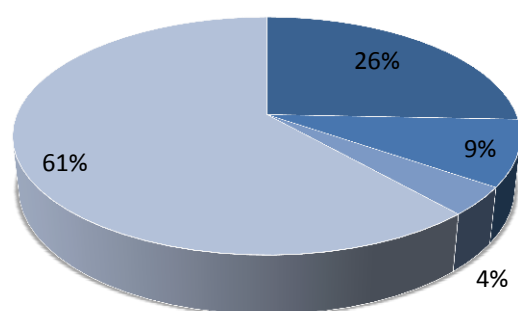
Dovybavení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lůžka s el. pohonem	20	25,64%
Více antidekubitních pomůcek	7	8,97%
Více antidekubitních matrací	3	3,85%
Jsem spokojená	48	61,54%
Celkem	78	100%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 17 znázorňuje, čím by respondenti dovybavili oddělení, na kterém pracují. 48 respondentů (61,54 %) uvedlo, že jsou spokojeni a žádné vybavení nepotřebují. 20 respondentů (25,64 %) by si přálo mít na oddělení více lůžek s elektrickým pohonem. 7 respondentů (8,97 %) by potřebovalo zvýšit počet antidekubitních pomůcek. Více antidekubitních matrací by ocenili 3 respondenti (3,85 %).

Graf 16: Vybavení oddělení

- Lůžka s el. pohonem a s
- Více antidekubitních pomůcek
- Více antidekubitních matrací
- Jsem spokojená



Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení správných a chybných odpovědí na otázky č. 4, 5, 6, 7, 12 a 14.

Tabulka 18: Správné a chybné odpovědi

Otázka č.	SPRÁVNÉ ODPOVĚDI	CHYBNÉ ODPOVĚDI	%
4.	78	0	100,00%
5.	33	45	42,31%
6.	78	0	100,00%
7.	78	0	100,00%
12.	76	2	97,44%
14.	0	78	0,00%
Celkem respondentů	78		
PRŮMĚR správných odpovědí			73,29%

Zdroj: Vlastní

Tabulka 19 znázorňuje počet správných a chybných odpovědí jednotlivých otázek. 78 respondentů (100 %) odpovědělo správně v otázkách č. 4, 6 a 7. 76 respondentů (97,44 %) odpovědělo správně na otázku č. 12. Na otázku č. 5 odpovědělo správně 33 respondentů (42,31 %) a žádný z respondentů neodpověděl zcela správně na otázku č. 14. Respondenti tedy odpověděli správně na 73 % dotazovaných otázek.

DISKUZE

Na začátku výzkumného šetření byly stanoveny tři cíle výzkumu a tři výzkumné předpoklady, podle kterých byl sestaven dotazník. Ten měl pomocí otázek ověřit pravdivost výzkumných předpokladů. Prvním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat rizikové faktory, které zvyšují možnost vzniku dekubitů. Dalšími cíli bylo zmapovat úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti prevence dekubitů a zjistit, jaké antidekubitní pomůcky jsou nejvíce využívány.

Položka 1 měla zjistit, kolik je respondentům let. Po vyhodnocení dotazníku jsem zjistila, že nejvíce respondentů bylo ve věku 41 až více let. Naopak nikdo z respondentů nebyl ve věku do 20 let. To si vysvětluji tím, že stále více absolventů SZŠ pokračují ve studiu na vyšších odborných, nebo vysokých školách.

Položka 2 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Po vyhodnocení dotazníku mi vyšlo, že nejvíce respondentů jsou absolventi střední školy. Dalších respondentů absolvovalo vyšší odbornou školu a pouze 16 respondentů mají vysokoškolské vzdělání, což mě velice překvapilo. Při sestavování dotazníku jsem předpokládala, že většina respondentů absolvovalo vysokou školu. Tuto informaci si vysvětluji tím, že většina dotazovaných respondentů tvořili sestry ve věku 41 a více let, tudíž si vysokoškolské vzdělání teprve doplňují.

Položka 3 měla zjistit, kolik let vykonávají respondenti profesi zdravotní sestry. Po vyhodnocení dotazníku jsem zjistila, že nejvíce respondentů tuto profesi vykonává více než 16 let, nebo méně než 5 let. Myslím si, že tento výsledek je ovlivněný tím, že mnoho respondentů, kteří tuto profesi vykonávají 5-15 let, jsou na mateřské dovolené, nebo mají malé děti a dávají přednost jednosměnné pracovní době.

Cíl 1 měl zmapovat rizikové faktory vzniku dekubitů. Výzkumná otázka 1, tj. předpoklad, že většina všeobecných sester zvolí jako nejsilnější rizikový faktor inkontinenci, se vztahuje k otázkám č. 6 a 7. Otázka č. 6 zjišťovala, zda respondenti dokážou uvést minimálně 5 základních příčin vzniku dekubitů. Většina respondentů považuje za základní příčinu vzniku dekubitů imobilitu. 51 respondentů zvolilo inkontinenci. Otázka č. 7 byla rozdělena na a) a b). V otázce č. 7 a) měli respondenti uvést, které onemocnění podílející se na vzniku dekubitů se na jejich pracovišti vyskytuje nejvíce. Necelá třetina uvedla, že nejčastější onemocnění jsou poruchy CNS. Další

respondenti zvolili diabetes mellitus jako nejčastější chorobu. Otázka č. 7 b) zjišťovala, které onemocnění pokládají respondenti za nejvýznamnější vzhledem ke zkušenostem. Pětina respondentů zvolila stavy po CMP a inkontinenci za nejvýznamnější. Tento výzkumný předpoklad se tedy nepotvrdil.

Položky 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 14 a 15 se týkají znalostí všeobecných sester v oblasti prevence vzniku dekubitů a vztahují se k cíli 2. Otázka č. 4 zjišťovala, zda respondenti znají definici pro dekubity (proleženiny). Naprostá většina zvolila správnou odpověď. U 42 respondentů byla odpověď: Je to rána, která je způsobená dlouhotrvajícím tlakem v predilekčních místech lokalizovaných na těle pacienta. U 36 respondentů byla odpověď: Je to porušení kožní integrity způsobené tlakem. Otázka č. 5 zjišťovala, zda respondenti znají klasifikaci dekubitů používanou ve FN Plzeň a pokud ano, jakou. Více jak polovina respondentů uvedla, že využívají klasifikace dle Nortonové. Tato odpověď je tak nepravdivá. Tento výsledek si vysvětluji tím, že respondenti si pletou klasifikaci dekubitů s hodnotící škálou dekubitů. Pokud by se tedy tato otázka týkala škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů, byla by správně zodpovězená. 33 respondentů neuvedlo název klasifikace, ale uvedlo její 4 stupně: 1. stupeň = erytém – tlaková léze bez poškození kůže, 2. stupeň = puchýř – tlaková léze s poškozením kůže, 3. stupeň = nekróza = tlaková léze se zničením tkáně mezi kostí a pokožkou, 4. stupeň = vřed provázený ostitidou a artritidou. Díky těmto odpovědím předpokládám, že se respondenti řídili vývojem dekubitů podle Hibbové. Proto jsem uznala odpověď za správnou. Zbylí respondenti klasifikaci užívanou ve FN Plzeň vůbec nezná, což mě velice překvapilo. V otázce č. 8 měli respondenti vyjmenovat minimálně 5 predilekčních míst vzniku dekubitů. V této otázce byli respondenti úspěšní, protože každý respondent uvedl alespoň 5 predilekčních míst. Většina dotázaných zvolilo sakrální oblast jako predilekční místo. Další odpovědi pak byly paty, lokty, kost týlní, kyčelní klouby, 7. krční obratel aj. Otázka č. 9 zjišťovala, zda mají respondenti na pracovišti k dispozici standard „Prevence vzniku a léčba dekubitů“. Naprostá většina respondentů odpověděla, že k dispozici standard mají a aktivně ho využívají. 1 respondent uvedl, že neví. Otázka č. 12, mapovala znalosti respondentů o tom, jaké škály a stupnice hodnotí riziko vzniku dekubitů. Více než polovina respondentů odpovídala obdobně. Zvolili škálu dle Nortonové. Odpověď byla správná a dala se očekávat, avšak na výběr měli i škálu dle Waterlowa, což byla také správná odpověď a zvolili ji pouze 4 respondenti (5,13 %). Obě správné možnosti zvolilo 32 respondentů. Překvapení pro mě byla volba stupnice dle Madonny, kterou zvolili 2 respondenti. Otázka

č. 13 měla zjistit, jakým intervalem respondenti provádí polohování. Dozvěděla jsem se, že sestry polohují každé dvě hodiny, což byla správná odpověď. Byli ale i tací, kteří uvedli, že provádí polohování pouze ráno a večer. Otázka č. 14 se týkala znalosti Danielovy klasifikace. Překvapilo mě, že třetina respondentů ji vůbec nezná. Stejný počet respondentů zvolil odpověď - 3. a 4. stupeň. 6 respondentů zvolilo, že Danielova klasifikace uvádí nekrozu jako 3. a 5. stupeň. Zcela správnou odpověď, tj. 3., 4. a 5. stupeň nezvolil žádný z respondentů. Poslední otázka zjišťující znalosti respondentů byla otázka č. 15, zjišťující, zda je hygiena součástí prevence vzniku dekubitů. 100% zvolilo odpověď: ano. Tabulka č. 19 naznačuje, že v dotazníku správně odpovědělo 78 respondentů na 73 % otázek. Výzkumný předpoklad 2 se tedy nepotvrdil.

Další cíl 3 zněl - zjistit, jaké antidekubitní pomůcky jsou nejvíce využívány. K výzkumnému předpokladu 3, tj. předpoklad, že většina respondentů využívá na svém pracovišti aktivní antidekubitní matrace, se vztahovala k otázce č. 10 a 11. Otázka č. 10 zjišťovala, kolik lůžek s elektrickým pohonem mají respondenti k dispozici na svém pracovišti. Většina respondentů mají k dispozici méně než 3 lůžka s elektrickým pohonem, další mají 4-7 lůžek s elektrickým pohonem. Nenašel se žádný respondent, který by pracoval na oddělení, které by bylo celé vybavené lůžky s elektrickým pohonem. V otázce č. 11 jsem zjišťovala, jaké prostředky prevence vzniku dekubitů na pracovištích využívají nejvíce. Téměř všichni respondenti využívají antidekubitní kvádry a klíny. Aktivní antidekubitní matrace označilo více než 80 % respondentů a tudíž se potvrdil 3. výzkumný předpoklad.

Shrnutí - dle analýzy dat se potvrdily/vyvrátily tyto výzkumné předpoklady:

Výzkumný předpoklad 1 - Předpokládám, že většina všeobecných sester považuje za nejsilnější rizikový faktor ovlivňující vznik dekubitů inkontinenci. (Kritérium: většina = 70 %). Z výzkumného šetření vyplývá, že jako nejsilnější rizikový faktor zvolili všeobecný sestry imobilitu. **Výzkumný předpoklad 1 se tedy nepotvrdil.**

Výzkumný předpoklad 2 - Předpokládám, že všeobecné sestry správně zodpoví většinu dotazovaných otázek. (Kritérium: většina = 85 %). Správně na dané otázky odpovědělo pouze 78% respondentů. Proto se **výzkumný předpoklad 2 nepotvrdil.**

Výzkumný předpoklad 3 - Předpokládám, že většina všeobecných sester využívá na svém oddělení aktivní antidekubitní matrace. (Kritérium: většina = 80%). Nejvíce

respondentů využívá pasivních antidekubitních matrací, aktivní antidekubitní matrace jsou však také populární, a to z 96,15 %. **Výzkumný předpoklad 3 se potvrdil.**

Výsledky výzkumného šetření jsem porovnávala s prací M. Veisové, která ve své bakalářské práci „Nejčastější příčiny vzniku dekubitů – praktické zkušenosti“ uvádí, že minimálně 60 % sester používá na svém pracovišti aktivní antidekubitní matrace. (22). V tomto výzkumném předpokladu se tedy shodujeme.

Potřebné informace jsem se snažila získat i z internetových stránek firem, které se zabývají výrobou a prodejem antidekubitních pomůcek. Nejvíce mě zaujaly výrobky značky Carewave. To mě vedlo k vytvoření tabulky, ve které jsou přehledně předvedeny výrobky zamezující vznik dekubitů a jejich rozsah využití pro pacienty s dekubity. (příloha 8)

ZÁVĚR

Na závěr bych ráda shrnula obsah mé bakalářské práce. Práce je zaměřená na prevenci dekubitů a využití antidekubitních pomůcek v praxi. Teoretická část popisuje dekubity, jejich etiologii, faktory ovlivňující vznik dekubitů, léčbu, ale především prevenci dekubitů, která je stěžejní pro tuto práci. K praktické části byl vytvořen dotazník, který měl splnit cíle práce a ověřit výzkumné předpoklady. Distribuováno bylo celkem 100 (100%) dotazníků, návratnost byla 78 % (78).

Problematikou dekubitů se v současné době zabývají mnohá zařízení, ať zdravotnická či sociální. Dekubity jsou závažnou komplikací, která snižuje kvalitu života, a náklady na léčbu jsou nemalé, proto se věnuje velká pozornost prevenci. Sestra je s pacientem v nejbližším kontaktu, je s ním nejčastěji, a proto jsou její odborné znalosti nezbytné a velmi důležité.

Tato práce má přispět k lepší orientaci v oblasti prevence dekubitů, neboť důsledná prevence je přínosná jak pro zdravotnický personál, tak hlavně pro samotné pacienty. Výskyt dekubitů vyvolává pocit selhání sester, prodlužuje pobyt v nemocnici a výrazně zvyšuje náklady na následnou léčbu. Kvalitní antidekubitní pomůcky snižují finanční náklady na léčbu a šetří tak čas zdravotníkům.

Odborníci se domnívají, že výskytu dekubitů je možné zabránit, pokud mají jednotlivé nemocnice vypracované standardy pro prevenci a ošetřování dekubitů. Ty jsou však účinné pouze tehdy, když se jimi personál řídí. Výsledky dotazníkového šetření jasně potvrzují skutečnost, že všeobecné sestry mají nedostatečné znalosti v oblasti prevence vzniku dekubitů. Dovolím si navrhnout doporučení pro praxi, která mohou být přínosem v prevenci o pacienty s dekubity:

- Sestry by si měli své teoretické nedostatky uvědomit, jelikož je mohou brzdit i v praktických činnostech.
- Doplnit si znalosti v oblasti prevence dekubitů. Jako učební materiál lze využít standart pro prevenci a ošetřování dekubitů.
- Dodržování a plánování preventivních opatření pro snížení výskytu dekubitů. I přes možnosti dnešní doby využívat antidekubitní matrace a moderní antidekubitní pomůcky je stále důležité zaměřit se na všechny položky prevence

dekubitů, jako je pravidelné polohování, výživa, hygiena, ošetřování kůže, hydratace či rehabilitace.

- Pro každého pacienta vytvořit individuální plán polohování.
- Úplné vedení ošetrovatelské dokumentace.
- Volba vhodných zařízení a pomůcek. Každý pacient ohrožený vznikem dekubitů by měl mít antidekubitní matraci. Pokud je na oddělení omezený počet pomůcek, zvolit polštář nebo stočenou deku.
- Doporučuji věnovat pozornost kůži imobilního pacienta, která je zčervenalá a při jiné poloze již nebledne.

Věřím, že moje práce přispěla ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienty s dekubity, včetně poskytování preventivní péče.

LITERATURA A PRAMENY

1. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 544 s. ISBN 978-80-247-3240-0.
2. MIKULA, Jan a MÜLLEROVÁ, Nina. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
3. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
4. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
5. MLÝNKOVÁ, Jana. Příčiny a vznik dekubitů. *Sociální péče: odborný časopis pracovníků sociální péče*. Brno: Ikaria CZ, 2010, 1, s.14-26. ISSN 1210-0404
6. ANDERS, J., A. HEINEMANN, C. LEFFMANN, M. LEUTENEGGER, F. PRÖFFENER a W. von RENTELN-KRUSE. Decubitus Ulcers: Pathophysiology and Primary Prevention. *Deutsches Arzteblatt International*. 2010, 107(21), s. 371-382. ISSN 1866-0452.
7. KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
8. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2006, 183 s. ISBN 80-7013-324-4.
9. POSPÍŠILOVÁ, A.: Přístupy k léčbě chronických ran. *Léčba ran a péče o pokožku*. Olomouc: Solen, 2010, 90 s. ISBN 978-80-87327-36-4.
10. MÜLLEROVÁ, Nina. *Sledování prevalence dekubitů jako indikátorů kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni* [online]. 2009 [cit. 2014-03-11]. Diplomová práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Sylva Bártlová. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/uctohn/>>.

11. KRONUSOVÁ, Radka. Polohování – aktivní způsob ošetřování. *Sestra*. Praha: Knižní podnikatelský klub, 2008, 2, s. 40-42. ISSN 1210-0404.
12. KYASOVÁ, Miroslava. Možnosti polohování nemocných na lůžku. *Interní medicína pro praxi*. 2009, 11(2), s. 96-97. ISSN 1212-7299.
13. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 149-151. ISBN 978-802-4731-841.
14. *Medifab 2014* [online]. Medifab: ©2014 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: <http://www.medifab.co.nz/products>.
15. MIKŠOVÁ, Zdeňka, et al. *Kapitoly ošetřovatelské péče I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
16. FORMÁNKOVÁ, Kateřina. Výživa, nutriční a její vliv na léčbu dekubitů. *Diagnóza v ošetřovatelsví*. Praha: Promediamotion, 2009, 6, s. 7-8. ISSN 1801-1349.
17. BALOGOVÁ, Eva a kol. Význam výživy při hojení akutních a chronických ran. *Sestra*. Praha: Knižní podnikatelský klub, 2012, 3, s. 52-53. ISSN 1210-0404.
18. APPELTOVÁ, Milada. Péče o seniory. *Diagnóza v ošetřovatelsví*. Praha: Promediamotion, 2010, 1, s. 11. ISSN 1801-1349.
19. ČAGÁNKOVÁ, Andrea, MARTINKOVÁ, Vlasta. Léčba rozsáhlých chronických defektů. *Sestra*. Praha: Knižní podnikatelský klub, 2010, 12, s. 54-55. ISSN 1210-0404.
20. KIRCHNEROVÁ, Ivana. Dekubitus a jak jej ošetřujeme? *Diagnóza v ošetřovatelsví*. Praha: Promediamotion, 2009, 3, s. 22. ISSN 1801-1349.
21. ROMANELLI, Marco a Madeleine FLANAGAN. After TIME: wound bed preparation for pressure ulcers. *The Journal of the European Wound Management Association (EWMA)*. Denmark: Kailow Graphic A/S, Denmark, 2005, roč. 5, č. 1, s. 22-30. ISSN 1609-2759.

22. VEISOVÁ, Marie. *Nejčastější příčiny vzniku dekubitů – praktické zkušenosti* [online]. 2006 [cit. 2014-02-11]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Hana Pinkavová. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/101013/lf_b/>.
23. VALEŠOVÁ, Monika. *Metodický pokyn k tvorbě kvalifikační práce*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012, 56 s. ISBN 978-80-261-0156-7.

SEZNAM ZKRATEK

aj. – a jiné

ATD – antidekubitní

BMI – body mass index

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

č. – číslo

DK – dolní končetina

DM – diabetes mellitus

DÚ – dutina ústní

FN – fakultní nemocnice

g – gram

HK – horní končetina

kcal – kilokalorie

kg - kilogram

kPa – kilopascal

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

mm – milimetr

mmHg – milimetr rtuťového sloupce

např. – například

s. - strana

tj. – to je

tzn. – to znamená

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 – Věk respondentů

Tab. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Tab. 3 – Délka praxe

Tab. 4 – Definice pojmu dekubit

Tab. 5 – Klasifikace dekubitů

Tab. 6 – Příčiny dekubitů

Tab. 7a – Nejčastější onemocnění

Tab. 7b – Nejvýznamnější onemocnění

Tab. 8 – Predilekční místa

Tab. 9 – Standard „Prevence a ošetřování dekubitů“

Tab. 10 – Lůžka s elektrickým pohonem

Tab. 11 – Prostředky prevence vzniku

Tab. 12 – Škály a stupnice hodnocení rizika vzniku dekubitů

Tab. 13 – Polohování pacienta

Tab. 14 – Danielova klasifikace - nekróza

Tab. 15 – Prevence vzniku dekubitů - hygiena

Tab. 16 – Spokojenost respondentů s vybavením

Tab. 17 – Vybavení oddělení

Tab. 18 – Správné a chybné odpovědi

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Věk respondentů

Graf 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 3 – Délka praxe

Graf 4 – Příčiny dekubitů

Graf 5 – Nejčastější onemocnění

Graf 6 – Nejvýznamnější onemocnění

Graf 7 – Predilekční místa

Graf 8 – Standard „Prevence a ošetřování dekubitů“

Graf 9 – Lůžka s elektrickým pohonem

Graf 10 – Prostředky prevence vzniku

Graf 11 – Škály a stupnice hodnocení rizika vzniku dekubitů

Graf 12 – Polohování pacienta

Graf 13 – Danielova klasifikace - nekróza

Graf 14 – Prevence vzniku dekubitů - hygiena

Graf 15 – Spokojenost respondentů s vybavením

Graf 16 – Vybavení oddělení

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Rozšířená hodnotící stupnice podle Nortonové

Příloha 2 – Hodnotící stupnice podle Bradenové

Příloha 3 - Waterlowa tabulka hodnocení rizika vzniku dekubitů (1985)

Příloha 4 – Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám

Příloha 5 – Polohovací hodiny a záznam o polohování P/K

Příloha 6 – Dotazník

Příloha 7 – Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Příloha 8 – Antidekubitní pomůcky firmy Carewave

Příloha 1: Rozšířená hodnotící stupnice podle Nortonové

Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2006. ISBN 80-7013-324-4.

Bodů	Schop.-nost spolu-práce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpovíd. stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	< 10	Normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	Diabetes, teplota, kachexie,	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	anémie, ucpávání tepen,	špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá	obezita, karcinom	velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně

Příloha 2: Hodnocení stupnice podle Bradenové

Zdroj: MIKŠOVÁ, Zdeňka, et al. *Kapitoly ošetrovatelské péče I.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

body	senzitivní vnímání	vlhkost pokožky	aktivita	mobilita	výživa	Tření a střížná síla
1	úplně omezené	stále vlhká	trvale na lůžku	úplně omezená	velmi chudá	problém
2	velmi omezené	často vlhká	trvale na vozíku	velmi omezená	pravděpodobně nepřiměřená	potencionální problém
3	lehce omezené	občas vlhká	občasná chůze	lehce omezená	přiměřená	bez problémů
4	neporušené	zřídka vlhká	častá chůze	bez omezení		skvělá

Celkové bodové hodnocení K/P:

Datum:

16 a méně = RIZIKO

Příloha 3: Waterlowa tabulka hodnocení rizika vzniku dekubitů (1985)

Zdroj: MIKŠOVÁ, Zdeňka, et al. *Kapitoly ošetrovatelské péče I.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

	0	1	2	3	4	5	6	7
		muž	žena					
věk	0-14	15-49	50-64	65-74	75-80	81 a výše		
stavba těla	průměr	nadprůměr	BMI > 29	BMI < 17				
pohyblivost	plně mobilní	pohyblivý okolo lůžka	pohyblivý na lůžku	omezená pohyblivost	nepohyblivý kvůli přístrojům (trakce)	nepohyblivý kvůli stavu (poranění páteře)	pacient tlumen nebo ochrnutý	nemožnost pasivního pohybu
kontinence	-kontinence moče a stolice -močový katetr	zřídka inkont.moče a stolice	-inkontinence stolice -moč. katetr	inkontinence moče a stolice				
výživa		-příjem potravy p.o. bez omezení -totální enterální výživa 100J/kg/těl. -parenterální výživa	-dietní omezení -enterální výživa (< 2500 ml/24 h) -nazogastrická výživa	-chronická nechut' k jídlu -nízkokalorická výživa -bolusové podání enterální výživy -aspirovaný žaludeční obsah 100 ml/4 h	-enterální výživa -aspirovaný žaludeční obsah > 1500 ml/4 h -průjem -snížená absorpce energie	krystaloidy > 3 dny	bez výživy > 3 dny	
kůže	zdravá		-suchá -horečnatá -edematózní	-bledá -cyanotická	-porušená -popraskaná			
velké operační výkony						-více jak 2 hod spinální anestezie -perif. selhání v průběhu anestezie		
speciální riziko	bez rizika	kouření	anemie		-selhání dýchání -chronická hypoxie -astma -chronické selhání ledvin	-periferní cévní onemocnění -albumin <20 g/l -PaO ₂ < 9,0 kPa -TT < 35° C		-term.stav -akutní/ maligní lymfom -AIDS -TK střední < 50 mm Hg
medikace						-steroidy, cytostatika -protizánětlivé léky -radiace -renální podpora dop.	-adrenalin -noradrenalin -dopamin (3μg/kg/min)	
neurologické						-CMP sklerosis multiplex, diabetes	-motorický deficit -senzitivní deficit	

Příloha 4: Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám

Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2006. ISBN 80-7013-324-4.

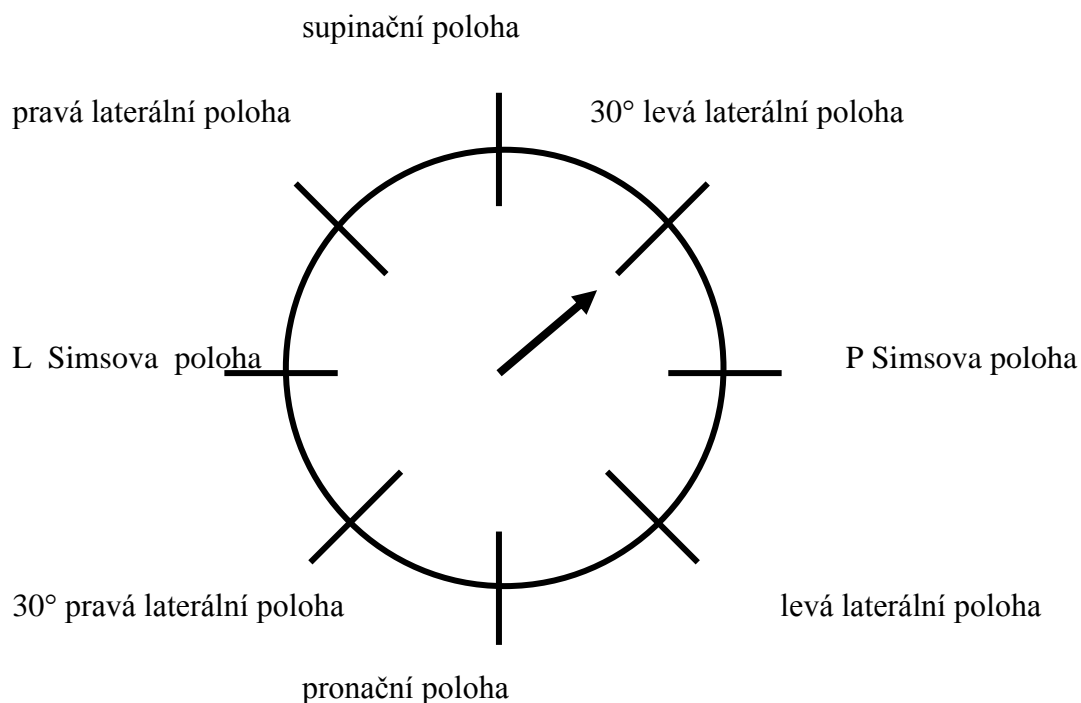
Parametry	0	1	2	3
všeobecný stav zdraví	dobry	přiměřený	chatrný	skomirající
mentální stav	bdělý	letargie	semikomatózní	komatózní
aktivita	chodící	potřebuje pomoc	⊗trvale na vozíku	⊗trvale na lůžku
pohyblivost	plná	omezená	⊗velmi omezená	⊗imobilita
inkontinence	žádná	občasná	⊗obvykle močová	⊗úplná stolice i moč
příjem výživy ústy	dobry	přiměřený	špatný	žádný
příjem tekutin ústy	dobry	přiměřený	špatný	žádný
náchylnost k chorobám (DM, neuropatie, cévní onemocnění, anémie)	chybí	nevelká	průměrná	silná

Nemocný se skóre nad 12 je ohrožen vznikem dekubitů.

Vysvětlivka: ⊗ tyto stavy započítat dvojnásobně.

Příloha 5: Polohovací hodiny a záznam o polohování P/K

Zdroj: MIKŠOVÁ, Zdeňka, et al. *Kapitoly ošetrovatelské péče I.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.



Jméno:						
Datum:						
Poloha:	čas:	podpis:	čas:	podpis:	čas:	podpis:
supinační						
30° levá laterální						
práva Simsova						
levá laterální						
pronační						
30° pravá laterální						
levá Simsova						
práva laterální						

Příloha 6: Dotazník

Zdroj: Vlastní

DOTAZNÍK

Vážená kolegyně, kolego.

jmenuji se Jana Tabogová, jsem studentka 3. ročníku bakalářského studia na Západočeské univerzitě v Plzni, Fakultě zdravotnických studií, obor všeobecná sestra.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který slouží jako podklad pro zpracování mé bakalářské práce na téma „Antidekubitní pomůcky a jejich využití v praxi“.

Instrukce k vyplnění dotazníku:

- **dotazník je anonymní, neuvádějte proto Vaše jméno**
- **odpovídejte prosím pravdivě a na všechny uvedené otázky**
- **označte vždy křížkem jen jednu Vámi zvolenou odpověď (pokud není uvedeno jinak)**
- **u otevřených otázek uveďte Váš stručný názor a důvod odpovědi**

Děkuji Vám za ochotu, spolupráci a za strávený čas vyplněním tohoto dotazníku.

- 1) Kolik je Vám let?
 - a) Do 20 let
 - b) 21-30 let
 - c) 31-40 let
 - d) 41 a více let

- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) SZŠ
 - b) VOŠ
 - c) VŠ
 - d) Jiné

- 3) Jaká je délka Vaší praxe?
 - a) Méně než 5 let
 - b) 5-10 let
 - c) 11-15 let
 - d) Více než 16 let

4) Jak byste definovali pojem dekubit (proleženina)?

.....
.....
.....

5) Znáte klasifikaci dekubitů užívanou ve Vaší nemocnici? Pokud ano – jakou?

.....
.....
.....

6) Uveďte minimálně 5 základních příčin vzniku dekubitů.

.....
.....
.....

7) Mezi nejčastější přidružená onemocnění, které se podílí na vzniku dekubitů, patří např. diabetes mellitus, poruchy CNS, inkontinence moči a stolice, malnutrice, obezita a další.

a) Uveďte, která z nich (i jiných), je na Vašem oddělení nejčastější:

.....
.....

b) Uveďte, které pokládáte z hlediska zkušeností za nejvýznamnější:

.....
.....

8) Vyjmenujte minimálně 5 predilekčních míst vzniku dekubitů.

.....
.....
.....

9) Je na Vašem pracovišti k dispozici standard „Prevence a ošetřování dekubitů“?

- a) Ano, využívám jej
- b) Ano, ale nevyžívám jej
- c) Ne
- d) Nevím

10) Kolik je na Vašem oddělení lůžek s elektrickým pohonem?

- A) Méně než 3 lůžka s elektrickým pohonem
- B) 4-7 lůžek s elektrickým pohonem

- C) Celé oddělení má lůžka s elektrickým pohonem
- D) Jiné

11) Jaké prostředky prevence vzniku dekubitů používáte na Vašem oddělení? (více možných odpovědí)

- a) Pasivní antidekubitní matrace
- b) Aktivní antidekubitní matrace
- c) Molitanová kolečka
- d) Podložní válce
- e) Kvádry a klíny
- f) Jiné

12) Jaké škály a stupnice hodnotí riziko vzniku dekubitů? (více možných odpovědí)

- a) Škála podle Waterlowa
- b) Apgar score
- c) Škála dle Nortonové
- d) Stupnice dle Madonna

13) Jak často provádíte polohování pacientů s imobilizačním syndromem?

- a) Ráno a večer
- b) Každé 2 hodiny
- c) Podle toho, jak často si to pacient přeje
- d) Polohování neprovádíme
- e) Jiné

14) Dekubit kterého stupně značí dle Danielovy klasifikace nekróza?

.....

.....

.....

15) Je hygiena součástí prevence vzniku dekubitů?

- a) Ano
- b) Ne

16) Jste spokojen/á s vybavením antidekubitních pomůcek a matrací na pracovišti vzhledem k prevenci vzniku dekubitů?

- a) Ano
- b) Ne

17) Čím byste chtěl/a dovybavit Vaše oddělení?

.....

.....

.....

Příloha 7: Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Zdroj: Vlastní



Útvar náměstka pro ošetřovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Jana Tabogová

*Studentka oboru Všeobecná sestra, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií,
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence*

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetřovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného všeobecným sestřím, pracujícím na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Kliniky – I. interní, II. interní, chirurgická.*
- *Oddělení – geriatrické, chirurgické.*

Vaše šetření budete provádět – za uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Antidekubitní pomůcky a jejich využití v praxi*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry / všeobecný ošetřovatel oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., v platném znění.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.







Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovass@fnplzen.cz

21. 1. 2014

Příloha 8: Antidekubitní pomůcky firmy Carewave

Zdroj: Medifab 2014. *Medifab 2014* [online]. 2014 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: <http://www.medifab.co.nz/products>

 <p>DECUBITUS CUSHION: Tyto tvarovatelné polštáře jsou vhodné k vytvoření stabilní polohy. Polštář ve tvaru „S“ lze využít tak, že jeden díl podložíme podél boku a druhý díl vložíme mezi kolena. Polštář může být použit i do tvaru „U“ a poskytnout tak podporu pro lokty.</p>	
 <p>SEMI-FOWLER CUSHION: Tento polštář se přizpůsobí všem tvarům těla a může být použit různými způsoby. Poskytuje podporu a pohodlně drží pacienta ve Fowlerově poloze. Polštář se umísťuje pod stehna, výstupný modul je dán mezi kolena.</p>	
 <p>RING CUSHION: Tento polštář přináší podporu pro hlavu. V případě potřeby podložit jen částí hlavy, lze díky speciální náplni polštář protřepat a to umožní vychýlení hlavy ke straně. Můžeme modul využít i s otvorem směřujícím k vizuální straně pacienta a docílit tak stabilní polohy hlavy a krku.</p>	



CYLINDRICAL CUSHION:

Pro mnoho pacientů poskytuje tento válcovitý polštář dostatečnou oporu pro dosažení optimální polohy. Může být použit mezi nohy, pod paty a kotníky, s cílem snížit tlak na dané oblasti.



ABDUCTION CUSHION:

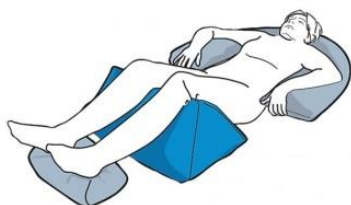
Používá se při poloze vleže, polštář může být umístěn v oblasti



HEEL BOOTIE:

Tato bota je určena k ochraně paty a zabránění tak vzniku dekubitů.





DELTA CUSHION:

Tyto polštáře vytvářejí stabilitu buď pro boční použití, s jedním na každé straně, nebo pro vytvoření neutrální polohy v kolenním a kyčelních kloubech.



HALF- MOON CUSHION

Může být použit ke stabilizaci horní části těla.



HEEL CUSHION:

Tento polštář zajišťuje zmírnění tlaku na paty a kotníky. Díky nastavitelným páskům lze připevnit k matraci.



DECUBITUS SLIM CUSHION:

Tento polštář ve tvaru „S“ může být vložen podél zad, mezi kolena a pod paty. Umožňuje také polohování dolních končetin.



BACK CUSHION:

Používá se při poloze vsedě a pomáhá snížit tlak na sedací kost a paty.



BODY BOLSTER CUSHION:

Polštář pro zjednodušené použití a lepší podporu těla od hlavy až k patě. Používáme v boční poloze.

