

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství 5341

Bc. Simona Táborská

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech

Povědomí veřejnosti o problematice dekubitů

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová

PLZEŇ 2015

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Simona TÁBORSKÁ**
Osobní číslo: **Z13N0015P**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech - CHIR**
Název tématu: **Povědomí veřejnosti o problematice dekubitů**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

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

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- SCHULLER, Matthias a OSTER, Peter. Geriatrie od A do Z pro sestry. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.
- MARX, David a STANĚK, Ivan. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: komentovaný oficiální překlad. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0629-6.
- POKORNÁ, Andrea a MRÁZOVÁ, Romana. Kompendium hojení ran pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4733-715.
- STRYJA, Jan. Repetitorium hojení ran 2. 1. vyd. Semily: GEUM, 2011. ISBN 978-808-6256-795.
- MIKULA, Jan a MÜLLEROVÁ, Nina. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.
- DZIEDZIC, Mary Ellen. Fast facts about pressure ulcer care for nurses: how to prevent, detect, and resolve them in a nutshell. 2nd ed. Marblehead, MA: HCPro, 2013. ISBN 9780826198945.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Simona Šípová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání diplomové práce: **25. června 2014**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2015**


Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.
děkan




Mgr. Jana Holoubková, DiS.
vedoucí katedry

V Plzni dne 30. ledna 2015

Prohlášení:

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

V Plzni dne 25. 3. 2015

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Simoně Šípové za odborné vedení diplomové práce, za její čas, cenné rady, podporu a trpělivost. Dále děkuji Mgr. Nině Müllerové za poskytnutí cenných materiálních podkladů, za její rady a pomoc při realizaci výzkumného šetření. Velké díky patří rovněž Fakultní nemocnici Plzeň, Fakultní nemocnici Hradec Králové, Středomoravské nemocniční a.s. a Ústřední vojenské nemocnici Praha za spolupráci při realizaci výzkumného šetření.

Anotace

Příjmení a jméno: Táborská Simona

Katedra: Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Povědomí veřejnosti o problematice dekubitů

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová

Počet stran: číslované 76, nečíslované 35

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 51

Klíčová slova: dekubitus – EPUAP – prevence - proleženina – rizikové faktory – STOP dekubitům

Souhrn:

Diplomová práce má dvě části, a to teoretickou a praktickou. V teoretické části je komplexně shrnuta problematika dekubitů. V první kapitole je stručně popsána anatomie a fyziologie kůže, další část je věnována samotnému pojmu dekubitus, jeho epidemiologii a současné situaci v ČR. Větší důraz je kladen na kapitolu mechanismus vzniku dekubitů a samotnou prevenci jejich rozvoje. Dále jsou zde části zaměřené na terapii dekubitů, zhodnocení rizika jejich vzniku, ale i již existujícího dekubitu. Následně je v práci popsána finanční náročnost proleženin, kvalita zdravotní péče a organizace, které se zabývají problematikou dekubitů a s nimiž souvisí i akce STOP dekubitům.

Praktická část této práce je zaměřena na výzkumné šetření, které mapovalo povědomí veřejnosti o problematice dekubitů. U dotazovaných byla zjišťována úroveň informovanosti o vzniku dekubitů, ale i péče o takto postiženého jedince. Dále byla zkoumána míra zkušenosti s proleženinami a zájem o informace týkající se této problematiky.

Annotation

Surname and name: Táborská Simona

Department: Nursing and obsteric

Title of thesis: Public Awareness on the Issue of Pressure Ulcers

Consultant: Mgr. Simona Šípová

Number of pages: numbered 76, unnumbered 35

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 51

Key words: bedsore – EPUAP – pressure ulcer – prevention – risk factors – STOP Pressure Ulcer

Summary:

Thesis is divided into two main parts, theoretical and practical section. In theoretical part there is issue of pressure ulcers comprehensively explained. In first chapter there is anatomy and physiology of skin briefly described, the next section is devoted to the term of decubitus, its epidemiology and to current situation in Czech Republic. Major emphasis is placed on chapter mechanism of pressure ulcers origin and its prevention. Next there are chapters focused on pressure ulcer therapy, risk assessment and classification of present pressure ulcer. As next there is financial costingness of pressure ulcers, quality of health care and organisations beeing concerned with pressure ulcers described. To these organisations is the international STOP Pressure Ulcers day related.

Practical part of this thesis is devoted to the research, which was surveying not only public awareness of pressure ulcers, but also of taking care of an individual with bedsore. The respondents level of their knowledge about origin of pressure ulcers and taking care of individual with bedsore was evaluated. Next the experiences with pressure ulcers and respondents interest in informations about this issue were assessed.

Obsah

ÚVOD	10
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KŮŽE	12
1.1 Epidermis – pokožka.....	12
1.2 Dermis, corium – škára	12
1.3 Podkožní vazivo (subcutis, tela subcutanea).....	13
1.4 Deriváty epidermis.....	13
1.5 Fyziologie kůže.....	13
2 DEKUBITUS.....	14
3 EPIDEMIOLOGIE.....	15
4 SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE.....	16
5 MECHANISMUS VZNIKU DEKUBITŮ	16
5.1 Vnější faktory	17
5.1.1 Intenzita a doba působení tlaku	17
5.1.2 Mechanické vlivy	17
5.1.3 Chemické vlivy.....	18
5.2 Vnitřní faktory	18
5.2.1 Věk.....	18
5.2.2 Pohlaví	18
5.2.3 Cévní faktory.....	19
5.2.4 Tělesná hmotnost.....	19
5.2.5 Výživa, hydratace	19
5.2.6 Inkontinence	19
5.2.7 Léky	20
5.2.8 Imobilita.....	20
6 MÍSTA VZNIKU DEKUBITŮ	20
7 RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ	21
7.1 Škála dle Nortonové.....	22
7.2 Škála dle Bradenové	23
7.3 Waterlowova škála.....	24
8 KLASIFIKACE DEKUBITŮ.....	25
8.1 Klasifikace dle EPUAP	26
8.2 Danielova klasifikace.....	28
8.3 Klasifikace dle Torrance	28
8.4 PuClas 3	29
9 PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ	29
9.1 Snížení tlaku	30
9.2 Polohování.....	30
9.2.1 Polohovací pomůcky.....	31
9.2.2 Polohovací lůžka.....	32
9.2.3 Antidekubitní matrace.....	32
9.3 Profylaktické obvazy	33
9.4 Blokování zevních mechanických vlivů	33

9.5	Hygiena	34
9.6	Výživa	34
10	KVALITA PÉČE	36
10.1	Indikátory kvality péče	36
10.2	Kontinuální zvyšování kvality	37
10.3	Standardy ošetrovatelské péče - dekubity	37
11	TERAPIE DEKUBITŮ	38
11.1	Cíle v terapii dekubitů	38
11.2	Prostředky fázového (vlhkého) hojení ran.....	38
11.3	Tradiční obvazové materiály	39
11.4	Nové možnosti v hojení chronických ran	39
12	FINANČNÍ NÁROČNOST DEKUBITŮ	40
13	ORGANIZACE, KTERÉ SE ZABÝVAJÍ DEKUBITY.....	41
13.1	European Pressure Ulcer Advisory Panel.....	41
13.2	Stop Pressure Ulcer Day.....	41
13.3	National Pressure Ulcer Advisory Panel	42
13.4	European Wound Management Association.....	42
13.5	Česká společnost pro léčbu ran.....	42
14	FORMULACE PROBLÉMU	44
14.1	Hlavní problém	44
15	CÍL A ÚKOL VÝZKUMU	44
16	METODIKA	44
17	HYPOTÉZY	47
18	VZOREK RESPONDENTŮ	48
19	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ	49
20	DISKUSE	73
	ZÁVĚR	83
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	86
	SEZNAM ZKRATEK.....	93
	SEZNAM TABULEK.....	95
	SEZNAM GRAFŮ.....	96
	SEZNAM OBRÁZKŮ	97
	SEZNAM PŘÍLOH.....	98
	Přílohy	99

ÚVOD

Dekubit je definován jako lokalizované poškození kůže a současně i tkání uložených pod ní. Tato rána vzniká působením tlaku, stříhových sil, tření nebo kombinací těchto jevů. (Mikula et al., 2008)

Proleženiny lze zařadit mezi tzv. chronické rány, které jsou charakterizovány jako poškození kůže a jejích ostatních struktur, které i přes veškerou adekvátní snahu nevykazují během 6 – 9 týdnů žádné známky hojení. V roce 2010 došlo na základě usnesení European Wound Management Association (dále jen EWMA) k úpravě terminologie ran. Pojem chronická rána byl nahrazen termínem non-healing wound (nehojící se rána), který na rozdíl od původního označení zohledňuje nejen časový faktor, ale i stav rány, její příčinu či prognózu. (Pokorná, 2012)

Dekubity jsou vážnou, ale bohužel celkem běžnou komplikací ošetrovatelské péče. European Pressure Ulcer Advisory Panel (dále jen EPUAP) uvádí, že dekubity postihují až 20 % všech pacientů. Dle aktuálních dat Národního referenčního centra (dále jen NRC) za poslední rok k 28. lednu 2015 u nás vzniklo celkem 1198 dekubitů. Jejich léčba je finančně náročná, v Nizozemsku je dokonce 1 % všech nákladů na zdravotní péči investováno právě do této oblasti. Přestože představují markantní ekonomickou zátěž, největším úskalím je fakt, že mohou vést k úmrtí postižených jedinců či se na něm podílet. Proleženiny postihují bez výjimky všechny věkové kategorie, nicméně velká část jich vzniká u starších jedinců. Proto je potřeba věnovat pozornost veškerým opatřením, která mohou vzniku dekubitů zabránit, a cíleně tyto informace předávat i laické veřejnosti, neboť každý z nás se někdy může dostat do role pečovatele. Dle údajů NRC má totiž až 30 % pacientů dekubitus již při příjmu do zdravotnického zařízení. Pokud by se tento záměr podařilo zrealizovat, v závěru života a nejen během něj by mohlo dekubity trpět méně lidí. Je potřeba si uvědomit, že samotný dekubitus nemusí vždy znamenat zanedbání péče o daného jedince. Na jejich vzniku se totiž podílí celá řada exogenních i endogenních faktorů, které pečující osoby mnohdy nemohou, byť sebelepší péčí, ovlivnit. Pokud proleženina již vznikne, je třeba si uvědomit, že i nadále se musí realizovat veškerá preventivní opatření v boji proti dekubitům. Díky těmto intervencím můžeme zabránit nejen vzniku dalšího dekubitu, ale i zmírnit dopad na rozvoj stávající proleženiny. (EPUAP, 2012; Linet, 2014; NRC, 2015)

Na základě konsensu odborníků z října 2011 platí, že prevence dekubitů patří mezi základní lidská práva. Toto usnesení je zakotveno v deklaraci z Rio de Janeiro (příloha 9). (EPUAP, 2011)

Problematikou proleženin se zabývá celá řada mezinárodních, ale i tuzemských organizací, které se vzájemně asociují v boji proti jejich vzniku. Nejznámější mezinárodní organizací je výše zmiňovaný EPUAP, dále se můžeme setkat i s National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) či Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Také v České republice existuje několik takových organizací, jako například Česká společnost pro léčbu ran (ČSLR) a Česká asociace sester (ČAS). Kromě nich se problematikou proleženin zabývá i Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR).

Toto téma diplomové práce jsem si zvolila proto, že mě problematika proleženin velice zajímá. Celosvětově je tomuto tématu věnována značná pozornost, nicméně i zde je stále co zlepšovat. I přes současný pokrok medicíny pořád existují jisté aspekty, které nejsou dostatečně prozkoumány a zaslouží si tak svou pozornost. Wound management zasahuje do celé řady vědních disciplín, a to jak z oblasti medicíny, tak například i z odvětví fyziky, mechaniky, ekonomie a mnohých dalších. Jedná se o nesmírně komplexní a rozsáhlý obor, který si jistě zaslouží pozornost každého nejen zdravotnického pracovníka. I přesto, že si velká část populace myslí, že se jíh téma proleženin netýká, opak je pravdou. Vzhledem k současnému trendu stárnutí populace a pozdního odchodu do starobního důchodu je tato situace stále vážnější.

Na základě těchto skutečností byl stanoven cíl diplomové práce takto: „Zmapovat povědomí veřejnosti o problematice dekubitů.“ Tohoto záměru bylo dosaženo realizací výzkumného šetření, které probíhalo symbolicky 20. listopadu 2014 u příležitosti konání mezinárodního dne STOP dekubitům, který probíhal na základě výzvy EPUAP. Na této akci byla oslovována laická veřejnost s otázkami zaměřenými na problematiku proleženin, současně však probíhala edukace dotazovaných, která měla za cíl zvýšit povědomí veřejnosti o dekubitech.

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KŮŽE

Kůže (cutis), známá též pod řeckým názvem derma, je plošný zevní orgán a tvoří jakousi bariéru organismu vůči zevnímu okolí. Chrání nás proti fyzikálním, chemickým, mechanickým, ale i mikrobiologickým noxám z okolí. Kůže je i vylučovacím orgánem, podílí se na termoregulaci, současně ale obsahuje mnoho volných nervových zakončení a specializovaných receptorů, jejichž prostřednictvím zajišťuje exterocepci. Je orgánem hmatu, umožňuje také vnímání tepla, chladu a bolesti. Mimo jiné má i resorpční funkci, které se využívá zejména v oblasti aplikace léků (mastí). Nedílnou součástí kůže jsou tzv. kožní adnexa – chlupy (vlasy), nehty a kožní žlázy.

Kůže člověka v dospělosti dosahuje plochy až 2 m², kterou lze rozdělit následovně: 11 % hlava, 30 % trup, 23 % horní končetiny a 36 % dolní končetiny. Tloušťka kůže se liší v závislosti na jednotlivých částech těla a dosahuje rozmezí 0,5 – 4 mm. Její hmotnost je ovlivněna velikostí tukového polštáře, průměrně se však pohybuje kolem 3 kg. Kůži lze rozdělit na dvě hlavní vrstvy – epidermis a dermis, které jsou v některé odborné literatuře navíc rozšířeny o další část, a to podkožní vazivo.

Barva kůže je závislá na její tloušťce, hustotě prokrvení a na množství pigmentu, který vzniká v melanocytech. Nažloutlou až temně hnědou barvu dodává kůži pigment, který je ve formě drobných zrníček obsažen v epidermis. Množství pigmentu je závislé na věku, novorozenec má mnohem méně pigmentovanou kůži než dospělý. Pigmentace je odlišná na jednotlivých částech těla – např. chodidla a dlaně jsou téměř bez pigmentu, naopak dvorec a bradavka prsu jsou značně pigmentované.

(Čihák, 2004; Petrovický, 2002)

1.1 Epidermis – pokožka

Tato povrchová část kůže je tvořena několika vrstvami plochých buněk, které přiléhají těsně na sebe a na povrchu se olupují. Epidermis je charakteristická absencí cév, v hlubších vrstvách má však nervová zakončení, která slouží k vnímání bolesti. (Dylevský, 2009)

1.2 Dermis, corium – škára

Škára je fibroelastické kolagenní vazivo, které má dvě vrstvy – stratum papillare a stratum reticulare, které dává kůži její mechanickou pevnost. Jednotlivá elastická vlákna jsou uspořádána do určitých směrů, které odpovídají směru mechanického zatížení kůže v dané oblasti. Každá část kůže je pak charakteristická specifickým uspořádáním škára.

Směry štěpitelnosti kůže musí být respektovány v chirurgii při jednotlivých kožních řezech, jinak by vznikla rozsáhlá, nepevná a kosmeticky nepřijatelná jizva. Znalost linie štěpů, místních rozdílů v síle, prokrvení a pružnosti kůže je důležitá i v oblasti vzniku dekubitů. Stejně tak užitečné jsou i znalosti o mechanismech, kterými je z kůže vnímána bolest. Škára je prolnta sítěmi kapilár, které umožňují výživu kůže prostřednictvím difuze. Jsou zde uloženy mazové žlázy, termoreceptory, hmatová tělíska a hojný počet nervových zakončení. Na svém povrchu má škára jemné lineární vyvýšeniny, tzv. hmatové lišty, které jsou charakteristické svou neměnností po celý život, pomáhají tak k identifikaci osob v oblasti daktyloskopie. (Dylevský, 2009)

1.3 Podkožní vazivo (subcutis, tela subcutanea)

Podkožní vazivo spojuje kůži s podkladem (fascie, periost, perichondrium) a skládá se z kolagenních a elastických vláken, mezi nimiž jsou rozvrstveny i vazivové buňky. Představuje potenciální tukovou vrstvu, která může být až několik centimetrů silná – tzv. tukový polštář (panniculus adiposus).

(Dylevský, 2009; Petrovický, 2002)

1.4 Deriváty epidermis

Mezi deriváty epidermis lze zařadit chlupy (vlasy), nehty a kožní žlázy - potní, mazové, ale také mléčnou žlázu. Chlupy (vlasy) jsou tvořeny plochými, zrohovatělými buňkami. Každý chlup (vlas) je tvořen částí vyčnívající nad epidermis a částí vnořenou (vlasový kořen). Kořen vlasu je vnořen do tzv. vlasové pochvy a je ukončen v podkožním vazivu vlasovou cibulkou. Do vlasových pochev ústí mazové žlázy, které produkují tukovitou látku (maz), která vytváří nesmáčivý a ochranný film na povrchu vlasu. Nehet (unguis) je 0,5 - 1,5 mm silný rohovitý útvar, který je vytvořen na konečcích prstů ruky a nohy. Nehet vyrůstá z nehtového lůžka, ke spodině je připevněn vazivovými proužky.

(Dylevský, 2009; Petrovický, 2002)

1.5 Fyziologie kůže

Kůže má několik důležitých funkcí. Chrání nás před nepříznivými vlivy zevního prostředí, a to zejména svou pružností, pevností a schopností posouvat se proti spodině. Rohová vrstva a tuková tkáň nás chrání před nepříznivými klimatickými vlivy, melanin má schopnost zachycovat v určité míře ultrafialové záření. Povrchový kožní film, který je tvořen zejména mazem a potem, dokáže kůži ochránit před chemikáliemi z vnějšího

prostředí, ale i před macerací vodou. Důležitou funkcí je i termoregulace, která je ovlivňována zejména sekrecí potu a změnou prokrvení. Kůže je špatně propustná pro tekutiny a plyny, čímž chrání organismus před vysycháním. Zdravá kůže má též funkci senzory, dokáže vnímat chlad, teplo, bolest a dotyk. Kůže představuje v některých případech i významnou energetickou zásobárnu v podobě podkožního tuku, má však i komunikační význam. Součástí neverbální složky komunikace mohou být tak např. pachové signály, mimika, či viditelné projevy emocí (zčervenání). Ve stáří prochází kůže charakteristickými změnami, např. snížení obsahu kolagenu, zmenšení kožního turgoru, snižuje se její elasticita a kůže se hůře prokrvuje. V důsledku těchto změn je pak celkově tenčí, hůře se hojí a je náchylnější na vznik poranění. (Stryja et al., 2011)

2 DEKUBITUS

Dle směrnice Prevence a léčba dekubitů, která byla vydána v roce 2014 Evropským poradním panelem pro dekubity (EPUAP), lze dekubitus charakterizovat jako lokální poškození kůže a/nebo tkáně, které vzniká následkem působení tlaku anebo jeho kombinací s třecí silou, a to obvykle v místě kostního výčnělku. (EPUAsP, 2014)

Pro dekubitus existuje mnoho synonym, která také plně vyjadřují jeho význam. Lze například použít termíny jako: proleženina, prosezenina, tlaková rána, tlakový vřed. Dekubity mohou vznikat velmi rychle, jejich hojení je často zdlouhavé a komplikované, řadí se typicky mezi chronické rány. (Stryja et al., 2011)

Slovo dekubitus má svůj původ v latinském názvu decumbere, což je vyjádřeno jako lehnout si, položit se. Dříve byl též někdy nazýván termínem „Gangreana per decubitus“, neboli hnilobná rána, která vzniká dlouhodobým ležením. Samotnou historii dekubitů lze však datovat již do období starého Egypta. Problematikou dekubitů se zdravotní sestry zabývají již celou řadu let. Dokonce již v první učebnici ošetřovatelství od Florence Nightingelové můžeme nalézt zmínky o prevenci dekubitů.

(Veisová, 2009; Trachtová et al., 2013)

Nemocní s dekubitem bývají hospitalizováni jak na lůžkách akutní, tak i následné péče či na lůžkách sociální péče. Část jich rovněž zůstává v domácím prostředí, kde jsou odkázáni na péči rodinných příslušníků či agentur domácí péče. (Stryja et al., 2011)

3 EPIDEMIOLOGIE

Je obecně známo, že dekubity představují obrovský a závažný problém pro celou společnost. Existuje řada studií, které se snaží o přesné vyčíslení finanční náročnosti léčby dekubitů, jiné studie naopak dokazují, že prevence dekubitů je méně nákladná než jejich léčba, a tedy výhodnější. Dekubity nepůsobí negativně jen v oblasti financí, ale prokazatelně zvyšují bolestivost, snižují vitalitu a tělesnou aktivitu nemocných a obecně zhoršují kvalitu života. Mohou vést až k úmrtí jedince, případně na něj mají svůj vliv. Davies et al. ve svém výzkumu z Velké Británie publikují, že roku 1986 zemřelo 171 osob v důsledku dekubitů, v 1929 případech dekubitus k úmrtí přispěl. (EPUAP, 2012)

V roce 2007 byla publikována jedna z nejstěžejnějších pilotních studií, která se zabývá dekubity. Vanderwee et al. zjišťovali fakta, která by dokázala přinést odpověď na otázku, proč se dekubity vlastně vůbec zabývat. Představují opravdu takový celospolečenský problém? Této studii se účastnilo 26 nemocnic z Itálie, Belgie, Portugalska, Švédska a Velké Británie. Celkem bylo zařazeno 5 947 pacientů, z nichž 1 078 mělo 1 či více dekubitů, což představuje zhruba 18 % z celkového počtu. Ve 2/3 případů se jednalo o dekubity I. a II. stupně s nejčastější lokalizací na křížové oblasti a patách. Všechny studie se shodují na tom, že téměř 20 % všech pacientů je postiženo dekubity. Zajímavá jsou též data získaná v Bradfordu ve Velké Británii, která stanovila výskyt dekubitu v poměru 0,74 osoby s dekubity na 1 000 pacientů. Dle výsledků výzkumného šetření však dále vyplývá, že pouze 11 % pacientů s dekubity je umístěno v nemocnici. Přitom veškerá snaha v oblasti problematiky dekubitů je směřována především na nemocnice. Lze tedy říci, že současná epidemiologická data a finanční nákladnost jsou podhodnoceny, protože většina studií se zaměřuje právě na problematiku dekubitů v nemocnicích. (EPUAP, 2012)

Neexistují žádné normované odhady nákladů, které by souvisely s léčbou dekubitů. Obecně je však známo, že léčba těchto ran je velmi nákladná. Ve Velké Británii jsou dekubity považovány za tzv. nejdražší chronické rány, odhad na jejich léčbu je stanoven na 1 760 až 2 640 milionů liber ročně. Bennett et al. se již v roce 2004 pokusili stanovit odhad celkových nákladů na léčbu dekubitů, a to podle jejich stupně. Aktualizované částky však přinášejí ve své práci autoři Dealey et al., které jsou zrevidovány pro rok 2012. Dle autorů vyjde léčba dekubitu 1. stupně přibližně na 1 214 liber, přičemž dekubitus 4. stupně již na 14 108 liber. Tento rozdíl je diametrálně odlišný. (EPUAP, 2012; Dealey et al., 2012)

4 SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE

Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo ve svém Věstníku z roku 2009 metodické doporučení za účelem sjednocení sběru dat a jejich následnému vyhodnocení v ošetrovatelské praxi na národní úrovni. V České republice je sledováním výskytu dekubitů pověřeno NRC v rámci projektu Šetření dekubitů na národní úrovni. Motivací pro realizaci tohoto projektu byla zejména potřeba nějakým způsobem řešit jeden z nejvýznamnějších problémů ošetrovatelské péče. Důvody sledování jsou jednak ekonomické (snížení nákladů na péči spojenou s léčbou dekubitů), ale rovněž preventivní. Cílem je ochránit zdraví pacienta a zabránit tak vůbec vzniku dekubitu jako komplikaci ošetrovatelské péče. Aktuální referenční hodnoty za poslední rok jsou aktualizovány k 30. 12. 2014. Pokud se zaměříme na problematiku dekubitů ve všech oborech, celkem vzniklo 1 162 dekubitů, přičemž pacientů zařazených do rizika vzniku bylo 11 366. Pokud se dále podíváme na statistická data NRC s rozčleněním dekubitů v jednotlivých oblastech, může se na první pohled zdát, že nejvíce dekubitů vzniklo u pacientů v interních oborech. Ve skutečnosti tomu však tak není. Pro zjištění přesnějších informací je nutné stanovit relativní četnost výskytu dekubitů v jednotlivých oborech. Největší počet dekubitů vznikl v oborech následné péče, následován intenzivní péčí. Podrobněji je daná problematika zobrazena v příloze 1. (NRC, 2015)

5 MECHANISMUS VZNIKU DEKUBITŮ

Mechanismus vzniku dekubitů by se dal stručně popsat následujícím způsobem. Dekubitus vzniká v důsledku ischemie kůže, podkožních tkání a svalů. Následkem toho vzniká za současného působení vnitřních a vnějších faktorů ulcerace, která může vyústit až v nekrózu. (Meluzínová et al., 2007)

Rozsah vzniklé nekrózy je závislý na řadě faktorů, zejména na intenzitě působícího tlaku, době jeho působení, odolnosti organismu vůči tomuto působícímu tlaku a na řadě vnějších vlivů prostředí. Faktory, které jsou rizikové pro vznik dekubitů, lze rozdělit jednoduše na vnitřní a vnější. (Stryja et al., 2011)

5.1 Vnější faktory

5.1.1 Intenzita a doba působení tlaku

Doba, která stačí k tomu, aby dekubit vznikl, je značně individuální. Závisí na hmotnosti rizikového jedince. Čím je hmotnost vyšší, tím větší riziko vzniku dekubitu hrozí. Tlak je definován jako síla, která působí kolmo na plochu. Platí zde pravidlo, že čím vyšší tlak působí na menší plochu, tím vyšší riziko vzniku dekubitu hrozí. Pokud velikost působícího tlaku na danou tkáň překročí normální krevní tlak v kapilárách (4,27 kPa = 32 mm Hg), dojde k zástavě krevního oběhu v daném místě a následuje rozvoj ischemie, která může vyústit v již zmiňovanou nekrózu. V komprimované či deformované podkožní tkáni, krevních a lymfatických cévách dochází vlivem následujících změn k poruše zásobování krví, kyslíkem, živinami a rovněž je ovlivněno i hromadění toxických metabolitů. V minulosti byla považována právě hodnota 32 mm Hg za jakousi univerzální a platnou hranici pro účinnou terapii, nové studie však tento mýtus vyvracejí. U hypotenzních, oslabených jedinců stačí k rozvoji ischemie i relativně nižší vnější tlak. Kubešová (2003) popisuje ve své publikaci faktory, které ovlivňují odolnost vůči tlaku. Z jejích závěrů vyplývá, že tuková tkáň je nejodolnější vůči tlaku, svaly jsou na tom jen o něco málo hůře. Autorka dále uvádí, že odolnost vůči tlaku je značně snížena při výpadku periferních nebo centrálních nervových funkcí. Konkrétní a univerzální časový údaj, který by prokazatelně vedl k rozvoji vzniku dekubitu, neexistuje. Kosiak tvrdil, že tzv. kritická perioda, po které dochází k patologickým změnám na tkáních, se pohybuje kolem 1 - 2 hodin. Naopak Riebelová uvádí, že v extrémních případech stačí pouze 20 až 30 minut ke vzniku dekubitů, a to zejména u jedinců v kritickém stavu. Zdravý jedinec předchází vzniku dekubitů pravidelnou změnou polohy, a to i ve spánku. Průměrně polohu měníme každých 10 minut. Za 8 hodin spánku tedy zhruba 40krát zaujmeme jinou polohu. U starších osob s omezenou mobilitou, kde je tato frekvence o polovinu nižší (méně než 20krát), hrozí až 90% riziko vzniku dekubitu.

(Stryja et al., 2011; Mikula et al., 2006; Meluzínová et al., 2007)

5.1.2 Mechanické vlivy

Mezi nejvýznamnější rizikové faktory jsou řazeny střížné síly a tření. Stříhové síly souvisejí s gravitací a působí negativně zejména v polosedě. Trup pak snadněji sklouzává po podložce na lůžku směrem dolů za současného tření kůže. Střížný efekt souvisí i s nesprávnou manipulací s jedincem. Nemocný je na lůžku posouván, místo toho aby byl

nadzvednut nad matraci. Při tomto chybném postupu pak dochází k zalamování, napínání a trhání cév, což vede k následnému rozvoji ischemie. Při tomto postupu navíc dochází k odtržení a oddělení svalových vláken od podkožní tkáně. Negativní vliv tření se projevuje i při spasmech, třesu či neklidu pacienta, vlivem nerovností lůžkovin a nesprávně přiložených obvazů. Třením o podložku se poškozuje zejména povrchová vrstva kůže, negativní účinek se zvyšuje v případě vlhka a tepla (inkontinence, subfebrilie). Teplu urychluje metabolismus, navozuje pocení a snižuje odolnost tkáně proti tlaku.

(Stryja et al., 2011; Mikula et al., 2006; EPUAP, 2014)

5.1.3 Chemické vlivy

Povrchové vrstvy kůže se často macerují i vlivem působících tělesných exkretů (potu, moči, stolice), které snižují odolnost kůže proti infekci a mechanickým vlivům. Nesprávné je uložení nemocných na neprodyšných a nesavých podložkách, které udržují vlhkost.

5.2 Vnitřní faktory

5.2.1 Věk

Kůže s přibývajícím věkem prochází několika fyziologickými změnami. Snižuje se její pevnost a elasticita, je křehčí a náchylnější k poranění, která se následně vlivem pokročilého věku hůře hojí. Snižuje se její ochranná funkce i produkce mazu a potu, termoregulace je rovněž oslabená. Nejohroženější věkovou kategorií jsou senioři, a to zejména ti nad 70 let. Obecně mají 20x vyšší riziko vzniku dekubitu než jedinci v produktivním věku (20 - 40 let). Tento údaj potvrzuje i skutečnost, že až 71 % jedinců s dekubity je starších 70 let. Vznik dekubitů v pokročilém věku souvisí i s častější přítomností chronických či akutních onemocnění, pak lze říci, že se jedná o multifaktoriální etiologii. V neposlední je nutné upozornit na riziko vzhledem ke snížené schopnosti starších jedinců samostatně si ošetřit menší tkáňové defekty.

(Ondriová et al., 2011; Mikula et al., 2006; Pejznochová, 2010; Trachtová et al., 2013)

5.2.2 Pohlaví

Riziko vzniku dekubitů je zpravidla vyšší u žen, a to z důvodu silnější tukové vrstvy. (Pejznochová, 2010; Mikula et al., 2008)

5.2.3 Cévní faktory

Jakákoliv porucha cirkulace krve snižuje odolnost kůže a tím zvyšuje riziko vzniku dekubitů. Mezi rizikové stavy lze zařadit šok, arteriosklerotické změny, ale i cévní změny, které jsou způsobeny kouřením. (Mikula et al., 2006)

5.2.4 Tělesná hmotnost

Jak již bylo popsáno výše, na vzniku dekubitů se podílí i tělesná hmotnost. Nepříznivý vliv zde má zejména obezita. Obézní jedinci mají horší pohyblivost, obtížněji se polohují, častěji trpí malnutricí a poruchami oběhu, které mají za následek zvýšené riziko vzniku dekubitů. Vysoce ohroženou skupinou jsou rovněž vyhublí jedinci, kteří mají malou vrstvu tuku. Tlak tak působí skrz kostní prominenci a klouby přímo na podložku. Obecně lze považovat jakoukoliv odchylku od ideální tělesné hmotnosti za rizikovou.

(Mikula et al, 2008; Pejznochová, 2010)

5.2.5 Výživa, hydratace

Malnutrice prokazatelně zvyšuje riziko vzniku dekubitů, nemusí být však na první pohled zřetelná. Nejčastější problém představuje nedostatek bílkovin ve stravě, což vede ke zhoršené regeneraci tkání. Neméně důležitou složkou potravy jsou i vitamíny a minerály, v tomto případě zejména vitamin C a zinek. Nedostatek všech těchto nutrientů v potravě způsobuje snížení buněčné imunity a odolnosti k infekcím. Ohrožené jsou tak zejména osoby s maligním onemocněním, selháváním jater či ledvin. Pokud se organismus dostane do stavu negativní dusíkové bilance, rovněž se zvyšuje riziko vzniku dekubitů, a to až 3x. Neméně důležitá je i správná míra hydratace. Při hyperhydrataci dochází k otokům, ke zvýšení kožního napětí a kůže je tak náchylnější ke vzniku poškození. Dehydratace naopak způsobí vysušení kůže, která je tak následně náchylnější k otokům, ale i poranění.

(Mikula et al., 2006; Meluzínová et al., 2007)

5.2.6 Inkontinence

Kyselé a zásadité látky v moči narušují integritu kůže, po kontaminaci pokožky těmito agresivními látkami vzniká tzv. chemická popálenina. Inkontinence má řadu příčin, např. vyšší věk, psychické a metabolické poruchy, poruchy CNS, užívání některých léků, urogenitální onemocnění. K jejímu vzniku však přispívá i obezita a obstipace. Pokud dojde k porušení integrity kůže, vznikne tak defekt, který je náchylný ke vzniku infekce. Se vznikem dekubitů je spojována řada negativních vlivů, které na pacienta při inkontinenci působí. I přes veškeré snahy a pokroky některých firem ve výrobě

inkontinenčních pomůcek je při jejich použití stále snížena schopnost pokožky dobře větrat, negativně působí i nevhodně zvolená velikost těchto pomůcek, či jejich nedostatečná absorpce. Nepříznivě rovněž působí nadměrné používání mýdel, která snižují obsah přirozených ochranných látek v pokožce. Nežádoucí jsou rovněž zbytky některých detergentů v lůžkovinách, které zvyšují reaktivitu pokožky. Pokud se jedná o smíšenou inkontinenci, moč zvyšuje účinek některých enzymů obsažených ve stolici, pH pokožky se tak zvyšuje. V souvislosti s inkontinencí se často hovoří o kontaktní dermatitis, která je se vznikem dekubitů rovněž spojována, ovšem vyžaduje jiná preventivní a terapeutická opatření. (Mikula et al., 2008; Bobál, 2012)

5.2.7 Léky

Některá léčiva mohou zapříčinit zvýšené riziko vzniku dekubitů. Jedná se zejména o hypnotika a sedativa, která nepříznivě ovlivňují mechanismus změn polohy těla. Nebezpečná jsou rovněž nesteroidní antirevmatika či steroidy, které tlumí tvorbu kapilár, reaktivní hyperemii a zpomalují tak proces hojení. Negativně působí rovněž cytostatika, která kromě maligních buněk ničí i všechny rychle rostoucí buňky v těle. Imunosupresivní látky zvyšují riziko vzniku infekce a nepříznivě ovlivňují proces hojení rány.

(Pokorná, 2012; Mikula et al., 2008)

5.2.8 Imobilita

Lindgren et al. (2004) provedli studii, která byla zaměřena na rizikové faktory vzniku dekubitů. Z jejich výsledků vyplývá, že imobilita je nejvíce rizikový faktor pro vznik dekubitů u dospělých jedinců. I když ve studii zohlednili i ostatní rizikové faktory (délka hospitalizace, hmotnost, věk a chirurgická léčba), imobilita představovala stále signifikantní hrozbu. Častěji dekubity vznikly u osob podstupujících chirurgickou terapii, u nichž je imobilita bezprostředně po chirurgickém zákroku nasadě.

(Lindgren et al, 2004)

6 MÍSTA VZNIKU DEKUBITŮ

Tlak, jakož to jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro vznik dekubitů, souvisí také s místem, na nějž působí. Místa na těle, která jsou náchylná pro vznik dekubitů, označujeme jako tzv. predilekční místa. Lze je jednoduše definovat jako oblasti, kde se kost nachází nejbliže povrchu těla. Na těchto plochách těla bývá rovněž nižší vrstva tukové tkáně a málo svalové hmoty. Lokalizace dekubitů je závislá na poloze pacienta, ve které

se jedinec převážně nachází. Dle EPUAP (PuClas 3) má vysoký tlak působící kratší dobu stejný negativní účinek jako nízký tlak působící delší dobu. V poloze vleže na zádech vznikají dekubity nejčastěji v oblasti nad kostí křížovou (1/3 všech dekubitů) a na patách (1/3 všech dekubitů). Hrboly kostí patních jsou hypersenzitivní z důvodu, že se zde setkávají 2 typy kůže a působí zde stejný tlak na různé tkáně. Zhruba v 6 % případů se pak můžeme setkat s dekubity na hřebenech lopatek, 7. krčním obratli, temeni hlavy či loktech. Stryja et al. (2011) uvádí, že více než 90 % všech dekubitů vzniká na dolní polovině těla, tedy distálně od pasu. Při poloze vleže na břicho vznikají dekubity zejména v místě frontální kosti, dolní čelisti, distálního konce humeru, sterna, spina iliaca anterior, pately a přední hrany holenní kosti. Při poloze na boku je rizikovým místem oblast nad velkým trochanterem, zevním kondylem tibie, zevním kotníkem, ale i vnitřním kotníkem kontralaterální končetiny, ramenním kloubem, oblast lopatek, žeber, laterálního okraje lopaty kosti kyčelní, zevní části kolenního kloubu. V příloze 2 jsou zobrazena nejčastější místa vzniku dekubitů dle klasifikace PuClas 3.

(Stryja et al., 2011; Pokorná, 2012; PuClas 3, 2012)

7 RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ

Hlavním pilířem péče o jedince, kteří vykazují rizikové faktory vzniku dekubitů, jsou preventivní opatření. V ošetrovatelském procesu je posuzování pacienta jedním z klíčových faktorů, který zajistí východisko pro efektivní uplatnění ošetrovatelských intervencí. Hodnotit riziko vzniku dekubitů lze dle několika stupnic, v zahraničí jich bylo popsáno dokonce 17. Cílem je odhalit příčiny vzniku dekubitů a eliminovat tak některé symptomatické úkony v péči o rizikového jedince. Díky hodnotícím stupnicím lze snáze včas zavést daná preventivní opatření v ošetrovatelské péči o osoby s rizikem vzniku proleženin. V České republice se k hodnocení tohoto rizika nejčastěji využívá modifikovaná stupnice dle Nortonové. Prostřednictvím této stupnice lze riziko vzniku dekubitů hodnotit přesněji a snáze identifikovat příčinu a rizikové faktory. Šáteková et al. (2014) však uvádějí, že optimální validitu má Bradenova škála. Toto tvrzení se potvrzuje i v několika dalších studiích. Pancorbo-Hidalgo et al. (2006) taktéž uvádějí, že Bradenova škála se jeví jako neoptimálnější z hlediska poměru citlivost/specifičnost (57,1 %/67,5 %). Zajímavý je rovněž výsledek zhodnocení Waterlowovy škály, která má vysokou citlivost, ale velmi malou specifičnost (82,4 %/27,4 %). Neméně zajímavé je

zhodnocení klinického úsudku sester, kde byl zjištěn poměr citlivosti a specifičnosti 50,6 %/60,1 %, nicméně nelze jej považovat za vhodný a spolehlivý prediktor.

(Mikula et al., 2008; Šáteková et al., 2014; Pancorbo-Hidalgo et al., 2006; Pokorná, 2012)

7.1 Škála dle Nortonové

Tabulka 1 Modifikovaná škála dle Nortonové

Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpov. 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, obezita, karcinom	špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Zdroj: TRACHTOVÁ et al., 2013, s. 65.

Škála dle Nortonové byla poprvé sestavena roku 1962 a hodnotí několik dimenzí: celkový zdravotní a fyzický stav, stav vědomí, aktivitu, mobilitu a inkontinenci. Prvotně vznikla pro hodnocení pacientů v dlouhodobé péči, roku 1987 byla rozšířena na skóre 25 bodů a roku 1989 byla modifikována, čímž se její použití rozšířilo. Pacient je nově hodnocen ve všech těchto oblastech: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, přidružená onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, mobilita, pohyblivost a inkontinence. Jedinec je hodnocen v každé dimenzi 1 - 4 body, dle jeho aktuálního stavu v posuzované oblasti. Čím je bodové ohodnocení nižší, tím je riziko vzniku proleženin vyšší. Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně. Maximálně může jedinec získat 36 bodů, minimálně 9. Nortonová byla zhodnocena takto: citlivost 46,6 %, specifičnost 61,8 %.

(Trachtová et al., 2013; Mikula et al., 2008; Pancorbo-Hidalgo et al., 2006)

7.2 Škála dle Bradenové

Tabulka 2 Stupnice dle Bradenové

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

Zdroj: TRACHTOVÁ et al., 2013, s. 66.

Tato škála vznikla roku 1984, autorkami jsou Barbara J. Braden a Nancy Bergstrom. Je tvořena 6 dimenzemi: smyslové vnímání, aktivita, mobilita, nutriční stav, vlhkost a tření a střížné síly. Jedinec může být ohodnocen maximálně 23 body, přičemž platí pravidlo, že čím nižší počet bodů získá, tím vyšší mu hrozí riziko vzniku dekubitů. Vysoké riziko vzniku dekubitů je stanoveno pro interval 12 a méně bodů. Nejčastěji je využívána v nemocnicích, její použití se však testovalo i v různých typech ošetřovatelských domů. Nejvyšší oblibě se těší u sester ve Spojených státech amerických. Oproti škále dle Nortonové je specifitější, lépe zahrnuje všechny rizikové faktory. Navíc zohledňuje i podstatné faktory vzniku dekubitů, a to výživu, tření a střížné síly.

(Mikula et al., 2008; Braden et al., 2005)

7.3 Waterlowova škála

Tabulka 3 Waterlowova škála

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

Zdroj: TRACHTOVÁ et al., 2013, s. 66.

Waterlowova škála se nejčastěji používá ve Velké Británii, je poměrně obsáhlá a podrobná. Vznikla v roce 1985. Je přesnější než stupnice dle Nortonové a zahrnuje následující hlediska: tělesná stavba, hmotnost, typ kůže, inkontinence, pohlaví, věk, mobilita a chuť k jídlu. Současné jsou však hodnoceny další rizikové faktory, a to zejména chirurgický zákrok, přidružená onemocnění, vliv medikace a neurologický deficit. Platí zde pravidlo, že čím vyššího počtu bodů v konečném součtu pacient dosáhne, tím vyšší riziko vzniku dekubitu u něj hrozí. Pokud jedinec dosáhne 10 bodů a výše, existuje u něj již zmíněné riziko. Hodnota 15 - 20 představuje vysoké riziko, 21 a více značí velmi vysoké riziko vzniku dekubitů.

(Trachtová et al., 2013; Mikula et al., 2008)

Hodnocení kůže a tkáně je důležité při prevenci vzniku dekubitů, jeho klasifikaci, ale i diagnostice a léčbě. Použitím některého ze systému hodnocení může sestra snadněji odhalit rizikové pacienty a naplánovat si ošetrovatelskou péči zaměřenou na prevenci vzniku dekubitů. Cílem je zajistit, aby komplexní zhodnocení stavu kůže bylo součástí odhadu rizika ve všech zařízeních zdravotní péče. Směrnice EPUAP (2014) doporučuje provádět strukturovaný a ucelený odhad rizika vzniku dekubitů u jedinců co nejdříve, nejdéle však do 8 hodin od přijetí do péče. Dále se doporučuje provádět kompletní zhodnocení stavu kůže jedince se zvláštním důrazem na predilekční místa a při každé změně polohy pacienta je nutné rovněž provést krátké zhodnocení stavu kůže. U jedinců s rizikem vzniku dekubitů je žádoucí vyšetřit kůži na přítomnost erytému, případně zjistit jeho příčiny a rozsah. Soustředit se je nutné i na další faktory, jako jsou teplota kůže, otok či změny v tuhosti tkáně. Při každé kontrole kůže je nezbytné zhodnotit i její bolestivost. Kůže, která přichází do kontaktu s léčebnými pomůckami, by měla být vyšetřována alespoň 2x denně. V případě zhoršení stavu pacienta je žádoucí rovněž zvýšit frekvenci hodnocení stavu kůže. Platí zde zásada, že vše musí být dokumentováno.

(EPUAP, 2014; Mikula et al., 2008; Schuler et al., 2010)

8 KLASIFIKACE DEKUBITŮ

Při klasifikaci dekubitů je nezbytné si uvědomit, že jejich vznik začíná v hloubce a postupuje dále směrem k povrchu kůže. Naši pozornost si proto zaslouží jakýkoliv defekt či poškození na kůži, které možná prvotně nevypadá tak rozsáhle, v hloubce tkáně však již může být mnohem větší. Léze jsou diferencovány dle několika klasifikací, z nichž se každá mírně liší počtem stupňů a jejich konkrétní definicí. V České republice se nejčastěji využívá klasifikace dekubitů dle EPUAP. (Mikula et al., 2008; Pokorná, 2012)

8.1 Klasifikace dle EPUAP

Obrázek 1 Dekubit I. stupně



Zdroj: Mikula et al., 2008, s. 82 (barevná příloha II)

I. stupeň

Tento stupeň je charakteristický neblednoucím erytémem, integrita kůže není porušena. Poškození je často lokalizováno nad kostním výčnělkem, barva poškozené kůže se může lišit od okolních oblastí. Místo výskytu může být bolestivé, tuhé, měkké, teplé nebo chladné v porovnání s okolní tkání. Tento stupeň poškození kůže se obtížně identifikuje u jedinců s tmavší pletí. Tyto změny jsou reverzibilní, mohou však trvale poškodit zejména podkoží. (EPUAP, 2014)

II. stupeň

Obrázek 2 Dekubit II. stupně



Zdroj: Mikula et al., 2008, s. 82 (barevná příloha II)

V tomto případě se jedná o částečnou ztrátu integrity kůže či částečnou ztrátu tloušťky kožní vrstvy. Poškozené místo je charakteristické edémem a indurací, je poškozena kapilární cirkulace, cévy mohou druhotně odumírat. Zhojení tohoto stupně postižení je často zdlouhavé, a to právě vlivem poškozené cévní cirkulace. II. stupeň lze definovat rovněž jako puchýř, který je naplněn tekutinou. Tento puchýř může být celistvý, v některých případech praská a secernuje. Nicméně se lze setkat i s podobou lesklého/suchého vředu bez nekrózy. Anatomicky je poškozena dermis a epidermis. (EPUAP, 2014)

III. stupeň

Obrázek 3 Dekubitus III. stupně



Zdroj: Mikula et al., 2008, s. 83 (barevná příloha III)

III. stupeň dekubitu je charakteristický ztrátou tloušťky kůže, může být viditelný podkožní tuk, kosti a šlachy, svaly však viditelné nejsou. Může být přítomna nekróza, která však ránu nevyplňuje zcela. Hloubka závisí na lokalizaci - čím vyšší tuková tkáň se v poškozené oblasti nachází, tím hlubší je i samotný dekubitus. Anatomicky je poškozena epidermis, dermis a subcutis. (EPUAP, 2014)

IV. stupeň

Obrázek 4 Dekubitus IV. stupně



Zdroj: Mikula et al., 2008, s. 83 (barevná příloha III)

IV. stupeň je charakteristický plnou ztrátou tloušťky tkáně s obnaženou kostí, šlachou nebo svačem. Nekróza bývá přítomna na některých místech rány, často se však rozšiřuje pod okolní tkáň dekubitu. Hloubka dekubitu rovněž závisí na lokalizaci a množství podkožního tuku. Vlivem poškození nosných částí pohybové soustavy (šlachy, svaly, kosti) často vzniká ostitida s případnou artritidou přilehlých kloubů. (EPUAP, 2014)

8.2 Danielova klasifikace

Tato druhá nejčastěji využívaná klasifikace má 5 stupňů.

I. Zarudnutí kůže

II. Povrchové kožní vředy

III. Nekróza podkožního tuku

IV. Postižení všech hlubších struktur kromě kostí

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

(Vorlíček et al., 2012)

8.3 Klasifikace dle Torrance

Stupeň Ia: Stádium tzv. blednoucí hyperemie - tlak prstu v místě erytému zanechává na kůži blednoucí místo a kůže je intaktní.

Stupeň Ib: Stádium tzv. neblednoucí hyperemie - po lehkém stlačení prstem erytém přetrvává, což značí poruchu mikrocirkulace. Může být přítomno povrchové poškození kůže, včetně epidermální ulcerace.

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

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

Stupeň IV: Rozpad tkáně se šíří do hloubky i do šířky a infekční nekróza proniká do spodiny fascie.

(Vorlíček et al., 2012)

Klasifikace dekubitů mají i svá negativa a omezení. Rozdělení dekubitů do určitých stupňů nedokáže vystihnout samotný proces hojení rány. Uplatňuje se zde riziko subjektivizace hodnocených dat, proto je nutné neustálé vzdělávání všech pracovníků v této oblasti. Dále je žádoucí si uvědomit, že prvotně viditelné povrchové poškození kůže vzniklo v důsledku působení několika faktorů a jeho primární zařazení do určitého stupně může být vysoce rizikové. Danou klasifikaci je tak potřeba vždy zohlednit spolu s klinickým úsudkem sestry. (Pokorná, 2012)

8.4 PuClas 3

EPUAP vyvinul již několik verzí klasifikačních systémů dekubitů, které mají za cíl vzdělávat zdravotníky v oblasti diagnostiky a klasifikace dekubitů. Nejaktuálnější je systém PuClas 3 ze srpna 2014, který vznikl za významné pomoci Dr. Beeckam D., Dr. Schoonhoven L. a Dr. C. Deelay, kteří se snažili o vylepšení stávající verze. Toto nejnovější vydání obsahuje aktualizované informace dle poslední mezinárodní směrnice, najdeme tu i aktualizovanou terminologii související s intaktní močovou dermatitidou. Systém je navíc doplněn o vysoce kvalitní fotografie. Po nastudování všech materiálů si zdravotník může provést základní test, jehož práh pro úspěšné splnění je 70 %. Pokud této hranice dosáhne, může postoupit k testu na pokročilé úrovni, jehož limit pro úspěšné splnění je 75 %. Nejvyšší testovou úroveň představuje test s případovými studiemi. Díky tomuto programu se tak mohou zdravotníci celosvětově vzdělávat pomocí jednotného systému klasifikace dekubitů. Cílem je rovněž zajistit jednotnost a objektivitu při klasifikaci a diagnostice dekubitů. (Beeckman et al, 2014)

9 PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ

Dekubity představují velmi nepříjemný problém, který zhoršuje kvalitu života pacientů. Základem prevence dekubitů je dobře zorganizovaná a kvalitně zrealizovaná vysoce

odborná ošetrovatelská péče. Jelikož jsou rizikové faktory vzniku dekubitů dobře známy, poměrně snadno si tak lze uvědomit i způsoby, jak jim předcházet. V praxi to znamená zajistit všechny potřeby pacienta, a to včetně těch psychických a sociálních. Nedílnou součástí je také spolupráce rodiny. Každý pacient je individuální osobnost a musíme k němu s tímto vědomím přistupovat. V péči o jeho osobu bychom měli zohlednit všechny jeho specifické potřeby a onemocnění. Milne et al (2009) publikují zjištění, že kvalitní preventivní postupy dokáží snížit riziko vzniku dekubitů ze 41 % na 4,2 %. Cílem základních preventivních opatření, která zabrání vzniku dekubitu, je: snížit tlak, který působí na tkáň pacienta, blokovat všechny zevní vlivy podílející se na vzniku dekubitů, dostatečně a správně provádět hygienu a snažit se o normalizaci celkového zdravotního stavu. Nedílnou součástí je také identifikace rizikových jedinců a včasná diagnostika všech dekubitů. Samotná prevence dekubitů nezahrnuje pouze precizně prováděnou ošetrovatelskou péči, ale i edukaci pacientů, pečovatелů, a rovněž zdravotnických pracovníků.

(Krajčák et al., 2012; Mikula et al., 2008; Milne et al., 2009; Maďar, 2006)

9.1 Snížení tlaku

Tlak je považován za jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro vznik dekubitů. Pokud se nám tento tlak podaří snížit, zabráníme rozvoji ischemie a následně i nekrózy. Tlak, který působí na kožní tkáň, závisí na typu podložky, na které je pacient umístěn. Rozdíly jsou značné. Pokud jedinec leží na tvrdém operačním stole, tlak působící na jeho tkáň dosahuje hodnot kolem 140 - 260 mm Hg. Naopak, pokud je umístěn na aktivní vzduchové lůžko, hodnota působícího tlaku dosahuje cca 30 mm Hg. Z toho praktického příkladu vyplývá, že tlak lze snížit použitím speciálních matrací/podložek či pravidelným polohováním.

(Mikula et al, 2008; Resl, 1997)

9.2 Polohování

Polohování je definováno jako systematická změna polohy pacienta na lůžku, IV, či v křesle, které se provádí v přesných časových intervalech. Pravidelnými změnami polohy těla daného jedince zabraňujeme působení déletrvajícího tlaku, který má za následek rozvoj ischemie. Konkrétní časové intervaly jsou individuální, řídí se dle aktuálního stavu pacienta, obvykle se však v praxi setkáváme s polohováním pacientů po 1 až 2 hodinách. U pacientů v kritickém stavu se může tento interval zkrátit na

20 až 30 minut. Při poloze vsedě/na vozíku by neměl být interval delší než 30 minut až 1 hodinu, protože tlak působící na určitá predilekční místa je v tomto případě podstatně vyšší, než je tomu při poloze na zádech. Frekvence polohování dále závisí na několika faktorech: pružnosti tkáně, úrovni aktivity/mobility, cíli léčby, stavu kůže a komfortu jedince. Vyhnout bychom se měli vždy polohování na místa, kde je již přítomný neblednoucí erytém, který je prvním znamením tlakového poškození. Pozornost bychom rovněž měli věnovat správné technice polohování. Při manipulaci s jedincem bychom měli využívat pomůcky pro redukci stříhu. Ve většině případů lze použít jednoduchou techniku zdvihu pomocí prostěradla/podložky. Nikdy bychom pacienta neměli tahat po podložce, ale vždy ho zdvihnout. Polohování musí být rovněž řádně dokumentováno, zaznamenávat se musí všechny polohovací režimy, frekvence a rovněž i výsledky polohovacího režimu. Polohování je nejzákladnější a nejúčinnější prostředek proti vzniku dekubitů, v praxi se ovšem mnohdy setkáváme s jeho absencí/nepravidelností. Je totiž značně náročné pro ošetřující personál, který často díky němu trpí vertebrogenními potížemi či tělesným vyčerpáním. Tuto situaci lze zlepšit používáním polohovacích pomůcek a systémů pro manipulaci s nemocnými. (Mikula et al., 2008; EPUAP, 2014)

9.2.1 Polohovací pomůcky

Polohovací pomůcky usnadňují práci ošetřujícímu personálu a v dnešní době jsou již snadno dostupné. Výrobou těchto pomůcek se zabývá řada tuzemských i zahraničních firem, k dispozici tedy máme v současné době celé spektrum podložních kruhů, válců, kvádrů, klínů a polštářů, které zabraňují působení nadměrného tlaku a současně tak vzniku proleženin. Při výběru těchto pomůcek bychom se měli řídit několika kritérii. Polohovací pomůcky by měly mít voděodolný a paropropustný potah, který lze snadno omýt. Tato povrchová úprava zabraňuje zvýšenému pocení jedince a omezuje tak vznik vlhkosti. Dle nové směrnice EPUAP (2014) se nedoporučuje používat polohovací pomůcky kruhového tvaru, jejichž okraje mohou vytvářet nadměrný tlak a poškodit tak tkáň. Je nutné si uvědomit, že všechny tyto pomůcky by měly být používány správně, protože i jakákoliv nesprávně použitá/uložená antidekubitní pomůcka může zapříčinit vznik proleženiny. EPUAP (2014) rovněž nedoporučuje pro prevenci vzniku dekubitů v oblasti paty používání pomůcek z umělé ovčí kůže. V ideálním případě by na paty neměl působit žádný tlak, tomuto stavu se někdy říká „floating heels“ – vznášející se paty. Podpůrné pomůcky pro zdvižení paty by měly být používány tak, aby váha nohy byla rozložena na lýtko, nikoliv na Achillovu šlachy. (EPUAP, 2014; Mikula et al., 2008; Šeflová et al., 2010)

9.2.2 Polohovací lůžka

I v tomto případě lze říci, že v současné době nabízí trh nepřeberné množství mechanicky či elektricky ovládaných polohovatelných lůžek. Tato lůžka mají mnoho výhod, a to jednak pro pacienta samotného, ale i pro ošetřující personál. Polohovatelná lůžka zabraňují zvýšenému tření pacienta o podložku při přesunech, lze snadno nastavit jejich výšku/sklon a rovněž zajišťují větší nezávislost nemocných, což platí zejména pro elektricky ovládaná lůžka. Tato lůžka jsou často vybavena i funkcí tzv. autoregrese, která má značný podíl v oblasti prevence dekubitů. Tato funkce zabraňuje posouvání matrace po lůžku a rovněž zvětšuje prostor v hýžd'ové oblasti, čímž snižuje tlak na toto predilekční místo. Polohovatelná lůžka tak dnes mají nezastupitelné místo v péči o jedince.

(Mikula et al., 2008)

9.2.3 Antidekubitní matrace

Antidekubitní podložky, matrace, ale i sedací polštáře přerozdělují tlak působící na tkáň a tím snižují riziko vzniku dekubitu. V praxi se setkáváme se dvěma skupinami podpurných povrchů, a to s pasivními a aktivními antidekubitními matracemi. Kvalitní matrace má příznivý vliv na efektivitu léčby dekubitů, ale zajišťuje i lepší komfort pacienta. Pasivní antidekubitní matrace má za úkol rozložit hmotnost pacienta, a to co nejdokonaleji, čímž se sníží tlak na predilekční místa. I přes všechny snahy v těchto případech působí na tkáň jedince nízký tlak, který mnohdy postačí k rozvoji ischemických změn. Aktivní antidekubitní matrace mají široké spektrum využití. Lze je použít u rizikových jedinců, rovněž ale i u jedinců s již vzniklým dekubitem všech stupňů. Jejich hlavním cílem je odlehčit predilekčním místům a obnovit prokrvení tkáně. V současnosti existuje celá řada aktivních antidekubitních systémů, které jsou založeny na principu střídavého odlehčení jednotlivých částí těla anebo na principu maximálního rozložení hmotnosti pacienta, které ho lze dosáhnout zvětšením tloušťky podložky. Matrace bývají naplněny vzduchem, který se pravidelně vyfukuje a nafukuje. Tyto střídavé procesy nafukování a vyfukování napodobují přirozené pohyby, čímž brání rozvoji ischemie. I přes všechna pozitiva mají aktivní antidekubitní matrace i své kontraindikace. Neměly by se používat u pacientů po CMP, protože jejich nestabilní povrch může omezit mobilitu jedince, stejně tak je tomu i u pacientů po amputaci. Plnou kontraindikací jsou rovněž nestabilní zlomeniny. Základní principy fungování aktivních a pasivních antidekubitních matrací vysvětluje příloha 3.

EPUAP (2014) nedoporučuje používání aktivních matrací, které mají vzduchové kapsy s malým průměrem (méně než 10 cm), protože nemohou být dostatečně nafouklé tak, aby zajistily snížení působícího tlaku nad vyfouklými kapsami. V oblasti vývoje antidekubitních systémů dochází k neustálému zdokonalování, čímž se snižuje závislost na ošetrovatelské péči. Existuje celá řada kvalitních produktů, které dosahují maximálních výsledků v oblasti prevence a léčby dekubitů.

(Mikula et al., 2008; Kapounová, 2007; EPUAP, 2014)

9.3 Profylaktické obvazy

EPUAP (2014) ve své nejnovější směrnici doporučuje zdravotníkům zvážit použití profylaktických ob vazů ve vztahu ke vzniku proleženin. Tento obvaz by se měl vybírat vždy s ohledem na jeho schopnost ovlivnit vlhkost a mikroklima, zvážit se musí rovněž jeho způsob používání, schopnost pravidelně hodnotit stav kůže a stejně tak je nutné zvážit i typ/účel použití a anatomické umístění. Vyhybat bychom se měli nadměrnému vrstvení profylaktických ob vazů, které by mohlo mít za následek zvýšení působícího tlaku. Profylaktické obvazy mají za úkol snížit tření a střižné síly a udržovat mikroklima. Podílejí se na rozložení tlaku v exponované oblasti, díky jejich účinkům lze zabránit maceraci kůže. Použití profylaktických ob vazů však nevyklučuje další nutnost poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. (EPUAP, 2014; Stryja et al., 2011; Black et al., 2012)

9.4 Blokování zevních mechanických vlivů

Základem kvalitní ošetrovatelské péče je v oblasti prevence dekubitů upravené, suché lůžko s dokonale vypnutým prostěradlem a měkkou antidekubitní matrací. Nedílnou součástí je rovněž i péče o polohovací pomůcky, které pomáhají klientům se vyrovnat s jejich specifickými nároky. Pokud jedinec v lůžku sedí, má tendenci klouzat dolů. Tímto nepříznivým mechanismem na pokožku působí tření a střižné síly, které lze minimalizovat například právě použitím různých antidekubitních klínů, které napomáhají jedinci v zapření se v lůžku o dolní končetiny. Ošetřující personál by současně měl zajistit omezení doby, po kterou je podhlavní část lůžka zvednuta. Zajistit bychom měli rovněž i optimální vlhkost a teplotu vzduchu v místnosti, kde imobilní jedinec pobývá. Ideálně je doporučeno dodržovat teplotu okolo 23°C a více a současně pravidelně větrat. Dekubit by neměl být vystavován častým změnám teploty, protože by mohlo dojít k ovlivnění procesu hojení. V prevenci dekubitů se rovněž nedoporučuje používat zdroje tepla (např. lahve

s teplou vodou, hřejivé polštářky) přímo na kůži nebo na místa s dekubitem. Teplo totiž zrychluje metabolismus, navozuje pocení a snižuje odolnost tkáně proti tlaku.

(Mikula et al., 2008; EPUAP, 2014; Šeflová et al., 2010)

9.5 Hygiena

Hygienická péče by měla být prováděna dle individuálních potřeb pacienta, nejčastěji se však doporučuje frekvence 2x denně. Cílem hygieny je minimalizovat nepříznivé chemické a mikrobiální vlivy zevního prostředí (pot, moč, stolice, vaginální sekret). Vyhnout bychom se měli používání horké vody, používat bychom naopak měli jemné, nedráždivé mycí gely a tekutá mýdla s neutrálním pH. Minimalizovat bychom měli rovněž kontakt nemocného s vlhkostí, omytou pokožku je tak třeba řádně osušit – doporučuje se spíše jemný poklep (tapování) než intenzivní tření a vysoušení. Nesprávné vysoušení totiž může mít za následek rozvoj mikrotraumat a oděrek. Po omytí je žádoucí pokožku promazat speciálními ochrannými krémy, v žádném případě však nemasírovat, mohlo by tak dojít k poškození hlubokých tkání. Na postižená místa se nesmí používat látky, které vyvolávají podráždění a překrvení tkáně (kafr, ichthamol, mentol). Rovněž se nedoporučuje využívat lampy, které způsobují překrvení tkání. Při každé hygieně pokožky pacienta je nutné kontrolovat její stav, zvláště na predilekčních místech. Zvýšenou hygienu si vyžadují inkontinentní pacienti. V tomto případě bychom měli používat prodyšné jednorázové inkontinentní pomůcky, které měníme dle potřeby, při každém sebemenším znečištění. Naším cílem by měla být podpora kontinence. V případě použití nevhodných (neprodyšných) podložek, plen a kalhotek dochází k zapaření a macerování kůže a současně je tak ohrožena integrita tkáně. V optimálním případě bychom tedy měli volit látky vodonepropustné a parapropustné, díky nimž může pokožka dýchat a nezapařuje se.

(EPUAP, 2014; Mikula et al., 2008; Trachtová et al., 2013; Kapounová, 2007; Stryja et al., 2011)

9.6 Výživa

Výživa je klíčovým faktorem v prevenci, ale i léčbě dekubitů. Nutriční podpoře dnes stále bohužel není přikládána taková vážnost, jakou by si zasloužovala. Nedostatečná výživa, se kterou se v praxi můžeme setkat mnohdy u starších jedinců, ovlivňuje odolnost tkání vůči tlaku. Pacienti s dekubitem musí mít ve stravě dostatek bílkovin, ale i energie pro udržování dobré kondice a pro správné hojení ran. Proteiny jsou důležité, jelikož slouží k buněčné obnově a reparaci tkáně, jejich vliv na hojení ran je tedy zásadní.

V Doporučených nutričních postupech EPUAP (Součková, 2008) je uvedeno, že optimálně musíme jedinci zajistit minimálně 30 – 35 kcal/kg/den, 1 – 1,5 g bílkovin na 1 kg/den . Při nedostatečném perorálním příjmu bílkovin musíme zvážit jejich suplementaci pomocí speciálních nutričních doplňků. Nejčastěji se tyto doplňky podávají prostřednictvím tzv. sippingu, neboli popíjení. Pro potřeby jedinců s dekubitem byl dnes již vyvinut speciální přípravek Cubitan, který obsahuje zvýšený obsah bílkovin, ale i vitamínu A, C, E a stopových prvků, zejména pak zinku. Hojení ran je složitý proces, který si žádá nejen makronutrienty, ale i mikronutrienty a stopové prvky. V tomto případě se jedná o vitamin C, který se podílí na tvorbě kolagenu. Stejně tak důležité jsou vitaminy A a E, které působí jako významné antioxidanty. Nejzákladnějším stopovým prvkem je v tomto případě zinek, který je součástí matrixových metaloproteáz, které se přímo účastní procesu hojení. Důležité jsou ale i měď a selen, které jsou součástí antioxidantních systémů. Z přehledu několika studií jasně vyplývá, že vysokoproteinové nutriční doplňky výrazně snižují riziko vzniku dekubitů. Benati et al. (2001) publikují zjištění, že strava bohatá na bílkoviny a energii spolu s dostatečným příjmem vitamínů a stopových prvků s antioxidantním účinkem mají pozitivní vliv na proces hojení ran. Pokud nelze u daného jedince zajistit tuto suplementaci normálním perorálním příjmem či perorálními doplňky, musíme zvážit i jiné cesty jejich podání (sonda). EPUAP (2014) zdravotníkům doporučuje sledovat nutriční stav každého jedince s rizikem vzniku dekubitů nebo s již vzniklým dekubitem při přijetí do zdravotní péče a při každé výraznější změně zdravotního stavu. Hodnocení výživy zahrnuje posouzení váhového stavu, ale i schopnosti jedince samostatně se najíst, přiměřenosti celkového příjmu živin (jídlo, tekutiny, doplňky stravy, enterální/parenterální výživa). Každý jedinec s rizikem vzniku dekubitu či s již vzniklým dekubitem by tedy měl být vyšetřen nutričním terapeutem, který vypracuje plán vhodné nutriční podpory a/nebo suplementace s ohledem na individuální potřeby a cíle léčby každého jedince. Mezi nejzákladnější ukazatele nutričního stavu patří Body Mass Index (BMI), který představuje jednoduchou a dostupnou metodu hodnocení nutričního stavu jedince. Dalším spolehlivým ukazatelem může být měření obvodu pasu, tedy intraabdominální tukové tkáně. V anamnéze dále pátráme po tzv. váhové historii a cíleně se snažíme odhalit výrazné úbytky hmotnosti (více jak 5 % za 30 dní anebo více jak 10 % za 180 dnů). Dalšími cennými ukazateli nutričního stavu mohou být laboratorní testy. Nejčastěji se vyšetřuje hladina albuminu, její odchylky však mohou signalizovat i jiné problémy – např. změny

hydratace a přítomnost zánětu v těle. (Benati et al., 2001; Grofová, 2009; Grofová, 2013; Součková, 2008)

10 KVALITA PÉČE

Kvalitě ošetrovatelské péče je v posledních letech věnována značná pozornost. Toto citlivé téma dnes nezajímá jen odbornou, ale i širokou laickou veřejnost. Kvalitu zdravotní péče lze definovat několika způsoby. Mikula et al. (2003, s. 56) uvádějí ve své publikaci následující definici dle I. Gladkije: *„Kvalita péče v nemocnici zahrnuje všechny dílčí činnosti, které jsou prováděny s vysokou profesionalitou, se snahou o optimální výsledek a minimalizaci rizika pro pacienty, ve shodě s aktuálními medicínskými standardy a hodnotami, s ohledem na hospodárné vynaložení zdrojů a s naplněním stále obsáhlejšího očekávání pacientů.“* Mezi základní atributy kvality ošetrovatelské péče lze zařadit: bezpečnost, odbornost, přijatelnost péče, její efektivnost, vhodnost, ekonomičnost, dostupnost, dodržení kontinuity péče, včasnost a rovněž i sociokulturní aspekt péče. Ve zdravotnickém zařízení můžeme z hlediska kvality péče sledovat několik ukazatelů. Sledujeme tzv. produkt, kam lze například zařadit kvalitu stravy, dokumentace, léků, dále monitorujeme kvalitu péče/služeb, zde je hodnocena jejich komplexnost a úplnost, např. RHB, diagnostická, ošetrovatelská a lékařská péče. Nedílnou součástí je rovněž sledování kvalifikace zaměstnanců a prostředí, kam lze zahrnout tyto ukazatele: stav budovy, osvětlení, míru hluku, provozní podmínky apod.

(Mikula et al., 2008; Brabcová, 2008; Plevová et al., 2012)

10.1 Indikátory kvality péče

Indikátory kvality ošetrovatelské péče lze jednoduše definovat jako měřitelná kritéria, která při porovnání se stanovenými standardy, směrnicemi či požadavky vypovídají, jak moc/málo byl tento doporučený postup (směrnice, standard) dodržen. Tyto indikátory se mohou týkat procesů (čekací doba, výskyt nozokomiálních nákaz), struktury (kvalifikace personálu, počet zaměstnanců, technické vybavení), ale i výstupů (počet stížností, náklady na lůžko/den). Měly by být smysluplné, prakticky se jedná o číslo, které je následně zasazeno do numerického kontextu, který ve výsledku porovnává něco s něčím. Jedním ze základních indikátorů kvality péče je právě sledování výskytu dekubitů, přičemž se hodnotí počet vzniklých dekubitů ve vztahu k počtu rizikových pacientů. Mezi indikátory kvality léčebné péče lze uvést mimořádné události (náhlé úmrtí, chybování při

podávání léčiv a transfúzních přípravků, selhání techniky). Každé oddělení má však stanoveny „vlastní“ indikátory kvality zdravotnické péče, které pak závisí na charakteristice a zaměření poskytované péče. (Brabcová, 2008; Plevová et al., 2012)

10.2 Kontinuální zvyšování kvality

Samostatnou úlohou v oblasti kontroly kvality zdravotní péče je její monitorace a vyhodnocování. Zdroje dat, z nichž následné vyhodnocování probíhá, můžeme získat z několika pramenů – od pacientů a jiných interních a externích klientů, od externích odborníků, z auditů a z indikátorů kvality. Cílem nemocnic by tak mělo být zavádění Programu kontinuálního zvyšování kvality do praxe. Tento program jak již z názvu vyplývá, je zaměřen na kontinuální zvyšování kvality. Jeho cílem je, aby dané zařízení nestagnovalo a nespokojilo se tak pouze s aktuálně dosaženými cíli. Nikdy totiž v praxi nelze říci, že jsme dosáhli té nejvyšší kvality a není co zlepšovat. Nástroji kontinuálního zvyšování kvality jsou audity a standardizace, které zkoumají, zda reálně prováděná péče odpovídá standardům (doporučeným postupům), Dalším nástrojem může být rovněž příprava anebo samotné získání akreditace. (Brabcová, 2008; Plevová et al., 2012)

10.3 Standardy ošetřovatelské péče - dekubity

Ošetřovatelský standard představuje dohodnutou profesní normou kvality, vymezuje úroveň minimální péče, která musí být poskytnuta. Standardní ošetřovatelský postup týkající se problematiky proleženin lze zařadit mezi tzv. řídicí standardy, které se zaměřují na popis ošetřovatelských činností a výkonů. Při tvorbě standardů (doporučených ošetřovatelských postupů) je vhodné vycházet ze zahraničních materiálů a studií založených na důkazech. Každý takový standard zaměřený na proleženiny by pak měl obsahovat definici samotné proleženiny, kompetentní osoby (znalosti a dovednosti sester), zhodnocení integrity kůže, diagnózu, doporučení (včetně odůvodnění), určení cílů (pro personál, pro pacienta), plánování péče, doporučené pomůcky, povinnosti před výkonem, při vlastním výkonu, ale i po výkonu, edukace klienta/pečovatele, intervence (pro postiženou, ale i nepostiženou oblast tkáně), zhodnocení intervence a komunikace s pacientem/pečovatelem/rodinou. Většinou jsou uvedeny i možné komplikace daného výkonu. Tento standard pak může být rozdělen na intervence a povinnosti ošetřovatelského personálu v prevenci dekubitů, v léčbě (při již vzniklém dekubitu) a obvykle obsahuje i informace o způsobu provedení záznamu do dokumentace. V závěru mohou být přílohy a uvádí se zde i použitá literatura či kritéria k auditu. Velká část zdravotnických zařízení si

vypracovává vlastní řídicí standardy, které by měly korelovat s požadavky akreditačních standardů. Samotnou tvorbou těchto standardů se pak zabývá management daného zařízení.

(Mikula et al., 2008; Maďar et al., 2006; Šeflová et al., 2006; Plevová et al., 2012)

11 TERAPIE DEKUBITŮ

Léčba dekubitů představuje náročný proces, který si vyžaduje intervence týkající se celkového stavu, ale i vlastních tlakových vředů. Hlavním cílem je odstranění tlaku na postiženou oblast. (Stryja et al., 2011)

11.1 Cíle v terapii dekubitů

Zaměřit bychom se měli na léčbu dekubitární infekce, v neposlední řadě lze využít i metod chirurgické léčby dekubitů. Důležité je polohování pacienta, které musí být prováděno v pravidelných časových intervalech. Základní zásadou v boji proti dekubitům je rovněž opakující se kontrola stavu kůže a její pravidelné ošetřování speciální ochrannou kosmetikou. Nezastupitelné místo zde mají i speciální antidekubitní matrace, které zvyšují pohodlí pacienta, ale také usnadňují práci zdravotníkům. Nedílnou součástí je rovněž zajištění optimálního stavu výživy, zaměřit bychom se měli na bílkoviny a některé minerální látky. Edukace pacientů samotných, ale i jejich rodinných příslušníků a pečovatелů by měla probíhat systematicky a opakovaně. (Stryja et al., 2011)

11.2 Prostředky fázového (vlhkého) hojení ran

Tyto materiály, někdy rovněž označovány jako moderní obvazy, jsou v České republice přibližně od 90. let minulého století, ve světě je jejich používání však známo již v roce 1962. Zajišťují vlhké prostředí v ráně v průběhu celého procesu jejího hojení, ránu příliš netraumatizují, naopak ji chrání před mechanickým poškozením. Jejich další výhodou je, že snižují celkově frekvenci převazů a celkově optimalizují proces hojení. Efektivně propouští plyny a vodní páru a je možné zvolit takový typ materiálu, který je cílený na dané stádium hojení chronické (nehojící se) rány. Nelze říci, že by se jednalo o 1 terapeutický obvaz, který je vhodný pro jakési univerzální použití, vždy je nutno přistupovat individuálně. Na tuzemském trhu dnes existuje celá řada různých materiálů s odlišnými účinky, názvy, ale i pořizovacími náklady. Existují obvazové materiály se stříbrem, které má baktericidní a fungicidní účinky, setkat se však může i s tzv. hydrogely

a alginogely, které slouží k rehydrataci poškozené tkáně. Známé jsou rovněž koloidní obvazy, které vytvářejí optimální vlhké a hypoxické prostředí v ráně, a tak se podílejí na výstavbě nové tkáně. Hydropolyмеры a polyuretanové pěny mají speciální absorpční jádro, které tvoří účinnou bakteriální bariéru. Stejně tak existuje další řada těchto typů krycích materiálů se speciálními účinky, které mají v dnešní době nezastupitelné místo ve wound managementu. Zarážející je fakt, že jejich používání není v dnešní době standardem a mnohá zdravotnická zařízení se stále uchylují k používání běžných, klasických obvazových materiálů. Tato skutečnost souvisí se zvýšenými vstupními náklady a nedostatečnou erudicí zdravotnických pracovníků. (Pokorná, 2012)

11.3 Tradiční obvazové materiály

I přes mnohé pokroky v medicíně je jejich používání v dnešní době typické, zvláště z důvodu jejich ekonomické dostupnosti a jisté tradici v přístupu k ošetřování ran. V případě použití prostředků k vlhkému hojení ran jsou však velmi důležité, mnohdy slouží jako sekundární obvazy, vyzdvihována je i jejich absorpční schopnost.

(Pokorná, 2012)

11.4 Nové možnosti v hojení chronických ran

Medicína se neustále vyvíjí, v současné době se tak můžeme setkat s celou řadou nových metod, které mají pomoci zejména pacientům, u nichž běžná léčba selhala a jejichž defekty jsou obtížně zhojitelné běžně dostupnými prostředky. V terapii dekubitů se tak můžeme setkat s využíváním podtlaku, který má příznivý vliv na hojení ran. Jedná se o tzv. NPWT terapii, dříve též nesprávně označované jako V.A.C. terapie. V tomto případě byla stanovena hranice 125 mm Hg, která je dle výzkumů považována za nejefektivnější při procesu hojení ran. Další novinkou je i Maggot terapie, která je charakteristická využitím larev mouchy bzučivky zelené. Někdy je též označována termínem biologický nůž. Tato metoda umožňuje nechirurgické (biologické) odstranění mrtvé tkáně. Jejím hlavním účelem je dezinfekce a vyčistění rány. V praxi se však dále můžeme setkat s celou řadou nových technologických přístupů k hojení ran jako například s ozonoterapií, hyperbaroxickou terapií či fototerapií. (Pokorná, 2012; Kapounová, 2007)

12 FINANČNÍ NÁROČNOST DEKUBITŮ

Profesor Nick Santamaria z University of Melbourne and Royal Melbourne Hospital, který je autorem randomizované studie prováděné u pacientů v kritickém stavu na JIP a emergency, publikuje, že prevence dekubitů je méně nákladná než jejich léčba. Ve své studii se zaměřil zejména na predilekční místa sakra a pat, která jsou ke vzniku dekubitů nejnáchylnější. Cílem bylo vyhodnotit výhodnost používání vícevrstvých silikonových krytí v prevenci dekubitů. Pacienti zařazení do studie byli náhodně rozděleni do kontrolní a intervenované skupiny. U zástupců z první jmenované kategorie byly používány běžné postupy pro prevenci vzniku dekubitů, u intervenované skupiny bylo použito speciální pěnové krytí Mepilex Border Sacrum nebo Mepilex Heel, jinak u nich však byly také plně používány běžné postupy v boji proti dekubitům. Následně byly vyčísleny náklady spojené s použitím speciálních silikonových krytí, ale i náklady spojené se standardní léčbou dekubitů či průměrná cena péče připadající na jednu osobu. První výsledky ukazují, že dekubity vznikly ve 13,1 % u kontrolní skupiny, oproti tomu jen u 3,1 % u intervenované skupiny. Náklady na použití Mepilexu byly odhadnuty na 36,61 AUD na osobu. I když se to na první pohled může jevit jako nákladnější řešení, výsledky mluví jasně. V závěru lze říci, že náklady na péči u intervenované skupiny byly finálně nižší, a to 70,82 AUD oproti 144,56 AUD u kontrolní skupiny. Z výsledků této studie jasně vyplývá, že používání speciálních silikonových krytí vede ke 4x nižšímu výskytu dekubitů, a to za současného snížení celkových nákladů až o polovinu. Závěrečné argumenty je však nutné upravit s ohledem na cílovou skupinu, pro kterou jsou určeny. V případě zdravotníků je třeba argumentovat prospěchem pro pacienta, ale i kvalitou poskytované péče. Pokud se zaměříme na vedení nemocnic, zde lze zcela jasně argumentovat nižšími náklady, díky jejichž úspoře tak můžeme ošetřit více pacientů. Nicméně v tomto případě se jedná i o dobré jméno a postavení zdravotnického zařízení, které představují velmi významné aspekty. Nick Santamaria na 17. jednání EPUAP dále prezentoval zajímavá fakta ohledně hrazení nákladů spojených s léčbou dekubitů. Upozorňuje na nutnost snížení nákladů souvisejících se zdravotní péčí. Jako příklad uvedl porovnání hrazení zdravotní péče ve dvou zemích, a to v Austrálii a USA. Zatímco v Austrálii je léčba dekubitů hrazena plně jakožto komplikace zdravotního stavu, v USA tomu tak není. Náklady na péči jsou v tomto případě zdravotní pojišťovnou kráceny.

(Santamaria et al., 2013; Müllerová et al., 2014; Black et al., 2012)

13 ORGANIZACE, KTERÉ SE ZABÝVAJÍ DEKUBITY

13.1 European Pressure Ulcer Advisory Panel

Nejvýznamnější mezinárodní organizací, která se zabývá problematikou dekubitů, je bezesporu EPUAP, neboli European Pressure Ulcer Advisory Panel. Tato organizace byla založena v Londýně v prosinci roku 1996 s cílem vést a podporovat všechny evropské země v boji proti dekubitům. EPUAP zajišťuje šíření vzdělávacích nástrojů (PuClas) a materiálů, rovněž vytvořil několik pracovních skupin, které jsou zaměřeny na prevenci a léčbu dekubitů. V neposlední řadě se hojně podílí na publikační činnosti, některé jejich materiály byly přeloženy do českého jazyka a slouží jako hlavní edukační materiál pro pacienty, ale i odbornou veřejnost. EPUAP rovněž vydal Doporučené postupy pro prevenci a léčbu dekubitů, které jsou hojně využívány po celém světě. V roce 2014 vydal novou směrnici, která byla vytvořena na základě spolupráce mezi EPUAP, NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) a PPPIA (Pan Pacific Pressure Injury Alliance). Její obsah byl konzultován s 986 odborníky, u každého doporučení je uvedena síla důkazu a vhodnost použití tohoto návrhu. Směrnice obsahuje 575 doporučení, která jsou rozdělena do několika oblastí, jako jsou např. výživa, polohování, léčba, hodnocení rizik apod. V současné době se připravuje její česká lokalizace. Velmi důležitou činností EPUAP je pořádání odborných výročních konferencí, na nichž se setkává celá řada klinických specialistů, odborníků a výzkumných pracovníků, kteří zde diskutují nad současným stavem v oblasti prevence a léčby dekubitů. (EPUAP, 2015)

13.2 Stop Pressure Ulcer Day

Světový den Stop dekubitům byl poprvé zrealizován 16. 11. 2012 na základě iniciace organizace EPUAP. Cílem celé této akce je zvýšit povědomí veřejnosti o proleženinách a současně edukovat zdravotnické pracovníky v moderních přístupech k prevenci a léčbě dekubitů. Pro tento účel vytvořil EPUAP několik edukačních materiálů, z nichž některé jsou určeny pro laickou, jiné zase pro odbornou veřejnost. Tyto podklady byly přeloženy do několika světových jazyků, českou verzi překladu zajistilo Ministerstvo zdravotnictví ČR. 20. 11. 2014 se konal již 3. ročník této akce, k jehož uspořádání vyzvala jednotlivá zdravotnická zařízení hlavní sestra ČR Mgr. Alena Šmídová a Česká asociace sester. V České republice se této události účastnilo několik zdravotnických zařízení, jejichž počet se rok od roku zvyšuje. Většina z nich uspořádala workshop pro širokou veřejnost, kde se

zúčastnění mohli seznámit s celou řadou pomůcek a technik vhodných pro polohování pacientů. Obeznámit se rovněž mohli s péčí o pacienta v riziku vzniku dekubitu a také způsobem, jak toto riziko správně posoudit. Některá zdravotnická zařízení uspořádala odborné konference a semináře pro zdravotnické pracovníky, které byly věnovány rovněž problematice dekubitů. (EPUAP, 2015)

13.3 National Pressure Ulcer Advisory Panel

NPUAP neboli National Pressure Ulcer Advisory Panel je nezávislá nezisková profesní organizace, která se zaměřuje na prevenci a léčbu dekubitů. Vznikla v roce 1987, sídlí ve Washingtonu DC a sdružuje přední odborníky z různých oborů. Jejich hlavní činnost spočívá v tvorbě vzdělávacích materiálů, účasti na odborných konferencích a v podpoře výzkumu a vzdělávání v oblasti prevence a léčby dekubitů. NPUAP má 3 základní pracovní skupiny, z nichž se první zaměřuje na zvýšení povědomí veřejnosti o této problematice, druhá se orientuje na edukaci a třetí na výzkum. (NPUAP, 2015)

13.4 European Wound Management Association

European Wound Management Association (EWMA) byla založena roku 1991 a sídlí v Dánsku. Jejím hlavním cílem je rozvoj edukace a výzkumu v několika oblastech hojení ran všech etiologií. Je zastřešující organizací, která spojuje asociace pro hojení ran napříč Evropou, čímž vytváří multidisciplinární skupinu, která sdružuje všechny organizace a jedince se zájmem o problematiku hojení ran. Sama EWMA funguje jako edukační zdroj informací, organizuje konference, spolupracuje na mezinárodních projektech, aktivně podporuje implementaci existujících znalostí do praxe a poskytuje informace ze všech oblastí wound managementu. (EWMA, 2015)

13.5 Česká společnost pro léčbu ran

Česká společnost pro léčbu ran (ČSLR) je občanským sdružením, jehož členy jsou fyzické i právnické osoby se zájmem o chronické rány nejrůznější etiologie. Tato organizace se podílí na komplexním řešení problematiky hojení ran, zlepšování kvality péče o nemocné s nehojící se ránou. Dále se odborníci účastní tvorby odborných standardů péče o nemocné s chronickými ránami a pořádají vzdělávací akce zaměřené na tuto problematiku. V neposlední řadě se věnují rovněž edukaci, vzdělávání a výuce veřejnosti. Členy tohoto sdružení jsou jedinci z řad lékařů, zdravotních sester z lůžkové, ambulantní

i domácí péče, ostatní vysokoškolští pracovníci a rovněž dobrovolníci z řad laické veřejnosti. (ČSLR, 2015)

14 FORMULACE PROBLÉMU

14.1 Hlavní problém

Oblast proleženin již odedávna představuje obrovský problém, a to celosvětově. Většinu dekubitů lze však předcházet, a to mimo jiné i prostřednictvím kvalitní ošetrovatelské péče, kterou bychom měli všem svým klientům a pacientům poskytovat. Někteří jedinci s rizikem vzniku dekubitu jsou však v péči svých rodinných příslušníků v domácím prostředí. Nezbytně nutné je tedy uvědomit si skutečnost, že jakož to zdravotníci bychom se měli zaměřit mimo jiné i na edukaci a vzdělávání této laické „pečující“ veřejnosti. Jako problém diplomové práce byla stanovena tato otázka: „Je veřejnosti dostatečně informována o problematice proleženin?“

15 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU

Hlavní cíl diplomové práce byl zformulován takto: „Zmapovat povědomí veřejnosti o problematice dekubitů.“ Tento cíl byl rozdělen na několik dílčích úkolů celé práce:

Dílčí cíl 1: Zjistit úroveň znalostí laické veřejnosti o vzniku dekubitů

Dílčí cíl 2: Zjistit, v jaké míře se laická veřejnost již setkala s dekubity

Dílčí cíl 3: Zjistit úroveň znalostí veřejnosti v péči o jedince s rizikem vzniku dekubitů

Dílčí cíl 4: Zjistit ochotu veřejnosti k získávání informací o problematice dekubitů

16 METODIKA

Ke sběru výzkumných dat byla použita explorativní metoda kvantitativního výzkumu, a to dotazníkové šetření. Sběr samotných dat probíhal dne 20. listopadu 2014, a to symbolicky u příležitosti konání mezinárodního dne STOP dekubitům. Celkem byla oslovena prostřednictvím e-mailu 4 zdravotnická zařízení, u nichž bylo předem známo, že v rámci světové výzvy EPUAP zde bude realizována akce pro veřejnost, která se zaměří na osvětu a edukaci laiků o dekubitech. Konkrétně se jednalo o Fakultní nemocnici Plzeň, Fakultní nemocnici Hradec Králové, Ústřední vojenskou nemocnici Praha a Středomoravskou nemocnici a.s. Všechna tato zařízení projevila po přiblížení našeho záměru a předložení dotazníků souhlasné stanovisko s výzkumným šetřením a do této akce se tedy zapojila. Před samotnou realizací výzkumného šetření byla provedena pilotní

studie. Celkem bylo osloveno 10 respondentů, kteří potvrdili srozumitelnost předloženého dotazníku.

Největší poměrnou část výzkumného šetření tvoří data získaná ve Fakultní nemocnici Plzeň. Zde jsme se spolu s Mgr. Ninou Müllerovou, vedoucí centra řízení kvality FN Plzeň, podílely na realizaci samotné akce STOP dekubitům. V rámci FN Plzeň byla vytvořena 4 stanoviště, která byla umístěna v areálu na Borech, ale i na Lochotíně. V Borské části nemocnice se pak konkrétně jednalo o informační stánek na II. interní klinice, kde vyplňování a edukaci veřejnosti zajišťovaly studentky SZŠ a VOŠZ Plzeň. Další borské stanoviště bylo na Interním oddělení, kde se o dotazování veřejnosti postarala kolegyně Bc. Kristina Hejduková z magisterského studia. Na Lochotíně byly informační stánky umístěny u vchodu do budovy F, kde jsem realizaci dotazníkového šetření prováděla já spolu s Bc. Pavlínou Týmlovou, další kolegyní z magisterského studia. V tomto areálu byl rovněž ještě jeden informační stánek, a to ve vestibulu onkologického pracoviště, kde dotazníky vyplňovala spolu s veřejností Mgr. Simona Šípová. Současně na všech výše zmiňovaných místech byli přítomni zaměstnanci FN Plzeň. Na těchto stanovištích byla laická veřejnost oslovována s cílem zjistit současnou míru informovanosti o problematice dekubitů, ale zároveň dotazovaným předat užitečné informace. Dotazníky byly vyplňovány za účasti zdravotnických pracovníků a jednalo se o jakousi formu edukačního rozhovoru. Oslovování jedinci si tak mohli vyzkoušet prakticky polohování pacienta na lůžku a seznámit se s veškerými doplňky a pomůckami, které zdravotníci využívají v péči o jedince s dekubitem. Časová dotace na vyplnění jednoho dotazníku tak byla individuální, v mnoha případech stačilo cca 10 minut. Pro představu jsou přiloženy fotografie z jednotlivých stanovišť (příloha 4). V ostatních participujících zařízeních si výzkum a samotné vyplňování dotazníků realizovaly samy oslovené náměstkyně pro ošetrovatelskou péči.

Dotazník, který byl pro tyto účely sestaven, obsahoval 22 otázek, které byly koncipovány do 4 částí. První dvě otázky byly identifikační, zkoumaly věk a pohlaví dotazovaných. Další část tvořily otázky zaměřené na vznik dekubitů, ale i na zkušenosti respondentů s proleženinami. U otázky č. 11, která se dotazovala na predilekční místa vzniku dekubitů, bylo pro lepší představu použito tabletu, na kterém dotazovaní jedinci mohli prostřednictvím speciální aplikace označit místa vzniku proleženin. Pokud dané místo vzniku označili dotykem na obrazovku, byla zobrazena informace o relativní četnosti vzniku dekubitů na tomto místě těla. Třetí část dotazníku obsahovala otázky cílené na péči

o jedince s dekubity, poslední závěrečná skupina otázek pak byla nevědomostní, ale spíše postojová. Dotazník je k nahlédnutí v příloze 8.

Získaná data byla zpracována v programech Microsoft Excel 2010 a Microsoft Access 2010. Za účelem statistického zhodnocení dat bylo potřeba stanovit nulové (H_0) a alternativní hypotézy (H_A). Dotazníky byly nejprve zadány do databáze vytvořené v programu MS Access 2010. Díky tomuto kroku bylo možné zajistit konzistentnost dat, mimo jiné se jednalo o efektivnější způsob zpracování velkého množství surových dat. Databáze byla tvořena celkem 23 tabulkami, z nichž 22 reprezentovalo jednotlivé otázky z dotazníku. Tabulka k dané otázce vždy obsahovala všechny možnosti odpovědí. 23. tabulka (hlavní) utvářela kompletní seznam všech statisticky vyhodnocovaných dotazníků. Jednotlivé položky této tabulky byly zadávány pomocí vytvořeného formuláře s 22 poli se seznamem (příloha 5), z nichž opět každé reprezentovalo 1 otázku. Po rozkliknutí každého pole tak bylo vždy možné vybrat pouze z předem nabízených možností odpovědi. Zobrazované možnosti byly získávány vždy z tabulky patřící k dané otázce. Nemohlo tedy dojít k duplicitně zadané odpovědi. V příloze 6 je zobrazeno relační schéma této databáze.

Hlavní tabulka s dotazníky byla poté exportována do programu MS Excel 2010. Pro následující statistické zpracování odpovědí bylo nutné obodovat jednotlivé otázky, přičemž každé správné odpovědi byla přiřazena hodnota 1, každé nesprávné odpovědi 0.

Na základě získaných počtů odpovědí dle zvoleného kritéria byly vytvořeny kontingenční tabulky a vypočteny relativní četnosti odpovědí v programu MS Excel 2010. Z těchto tabulek byly vytvořeny výsledné grafy, jejichž finální zpracování se liší dle hypotézy, ke které se vyhodnocovaná otázka vztahuje. Následně bylo pro každého respondenta zvlášť sečteno bodové skóre z otázek vztahující se k dané hypotéze. Ke každé hypotéze bylo zapotřebí stanovit si kritérium, při jehož splnění byl respondent u vyhodnocované hypotézy označen číslem 1 (splnil), případně číslem 0 (nesplnil). Toto kritérium bylo stanoveno u všech hypotéz stejně, jednalo se o 2/3 z maximálního možného skóre.

Na základě ohodnocených respondentů bylo možné sestavit kontingenční tabulky, které vyjadřují závislost počtu respondentů, kteří splnili/nesplnili kritérium, na zvoleném charakteristickém znaku (pohlaví, věk).

Pro zjištění míry závislosti/nezávislosti zvoleného znaku na správných/špatných odpovědích byl použit chí-kvadrát, tzv. test dobré shody. Tento test umožňuje ověřit, zda

nějaký výběr určité náhodné veličiny odpovídá předem danému rozložení. Testovací statistika je u chí-kvadrátu definována pomocí vztahu:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(n_i - o_i)^2}{o_i} \quad (1)$$

V tomto vztahu n_i značí absolutní četnosti získané pomocí výzkumu a o_i vyjadřuje očekávané hodnoty. Očekávané četnosti byly vypočítány pomocí vztahu:

$$o_{ij} = \frac{n_i \cdot n_j}{n} \quad (2)$$

Zde n představuje celkový počet respondentů a n s indexy v čitateli udávají celkové součty řádků a sloupců kontingenční tabulky.

Po zjištění hodnot testovací statistiky, která se řídí asymptotickým χ^2 -rozdělením, nalezneme v tabulkách p-hodnotu odpovídající naší statistice. Tuto hodnotu porovnáme se zvolenou hladinou významnosti α , která byla stanovena na standardní hodnotu 0,05 (5 %). Pokud je výsledná p-hodnota nižší než výše zmiňovaná hladina významnosti $\alpha = 0,05$, zamítáme nulovou hypotézu, která vyjadřuje, že četnosti odpovědí získané výzkumným šetřením odpovídají vypočítaným očekávaným četnostem.

(Müller, 2002; Litschmannová, 2009)

17 HYPOTÉZY

1H₀: Úroveň znalostí laické veřejnosti o vzniku dekubitů není ovlivněna pohlavím dotazovaných.

1H_A: Úroveň znalostí laické veřejnosti o vzniku dekubitů je ovlivněna pohlavím dotazovaných.

2H₀: Konfrontace laické veřejnosti s dekubity nesouvisí s věkem dotazovaných.

2H_A: Konfrontace laické veřejnosti s dekubity souvisí s věkem dotazovaných.

3H₀: Úroveň znalostí laické veřejnosti v péči o jedince s rizikem vzniku dekubitu není ovlivněna pohlavím dotazovaných.

3H_A: Úroveň znalostí laické veřejnosti v péči o jedince s rizikem vzniku dekubitu je ovlivněna pohlavím dotazovaných.

4H₀: Zájem laické veřejnosti o informace týkající se problematiky dekubitů nesouvisí s věkem dotazovaných.

4H_A: Zájem laické veřejnosti o informace týkající se problematiky dekubitů souvisí s věkem dotazovaných.

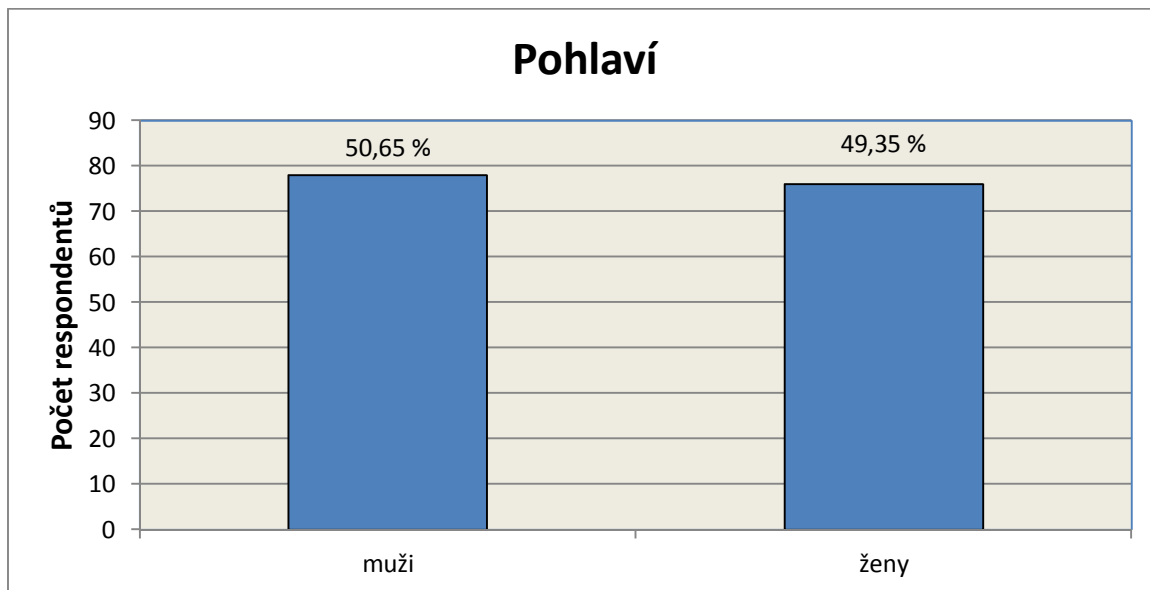
18 VZOREK RESPONDENTŮ

Respondenti zapojeni do výzkumného šetření byli jedinci z řad laické veřejnosti. Oslovováni byli bez rozdílu věku, pohlaví, rasy, vzdělání, ... Celkem bylo k finálnímu zpracování použito dat ze 154 dotazníků, z nichž 20 pocházelo z FN Hradec Králové, 10 ze Středomoravské nemocniční a.s. a taktéž 10 z Ústřední vojenské nemocnice Praha. Jak již bylo zmíněno výše, podstatná část dotazníků byla získána ve FN Plzeň, jednalo se o 114 kusů. Vzhledem k velmi rozdílným počtům vyplněných dotazníků nelze vyhodnotit rozdíly ve znalostech dotazovaných z jednotlivých lokalit.

Návratnost dotazníků v našem případě nelze určit, neboť nebyl předem stanoven počet, který bylo potřeba získat. Na každém stanovišti pak bylo cílem shromáždit jich co možná nejvíce. Jak již bylo zmíněno v kapitole metodiky výše, samotné vyplnění měly na starost osoby, které byly s dotazníkem předem pečlivě obeznámeny, čímž se eliminovalo jejich chybné vyplnění. V závěru byly z celého výzkumu tedy vyřazeny pouze 3 dotazníky, a to z důvodu jejich neúplného vyplnění.

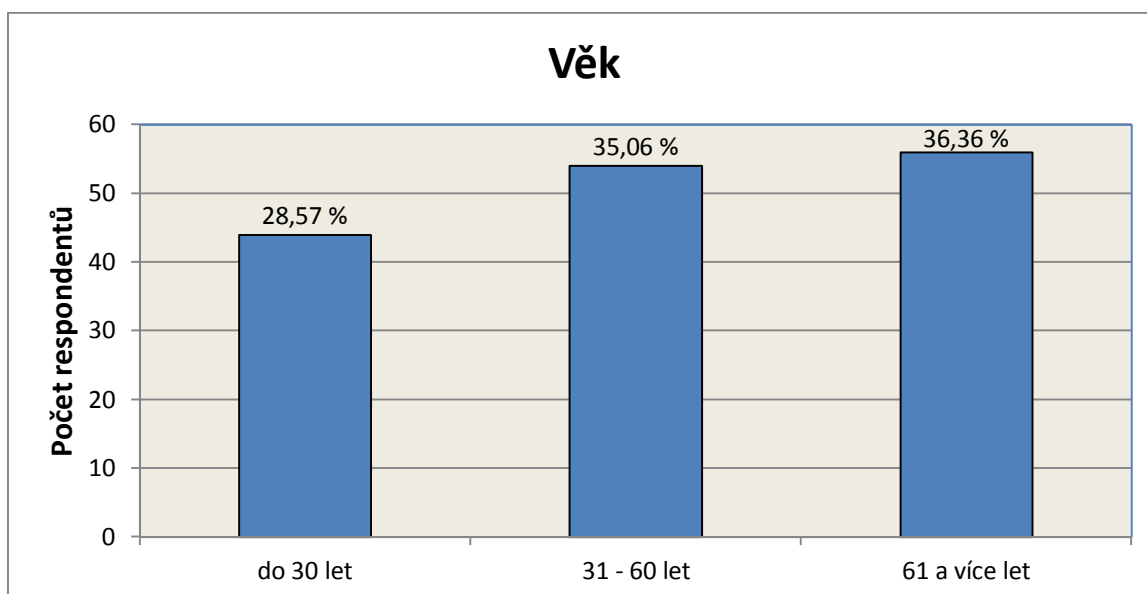
19 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ

Graf 1 Pohlaví



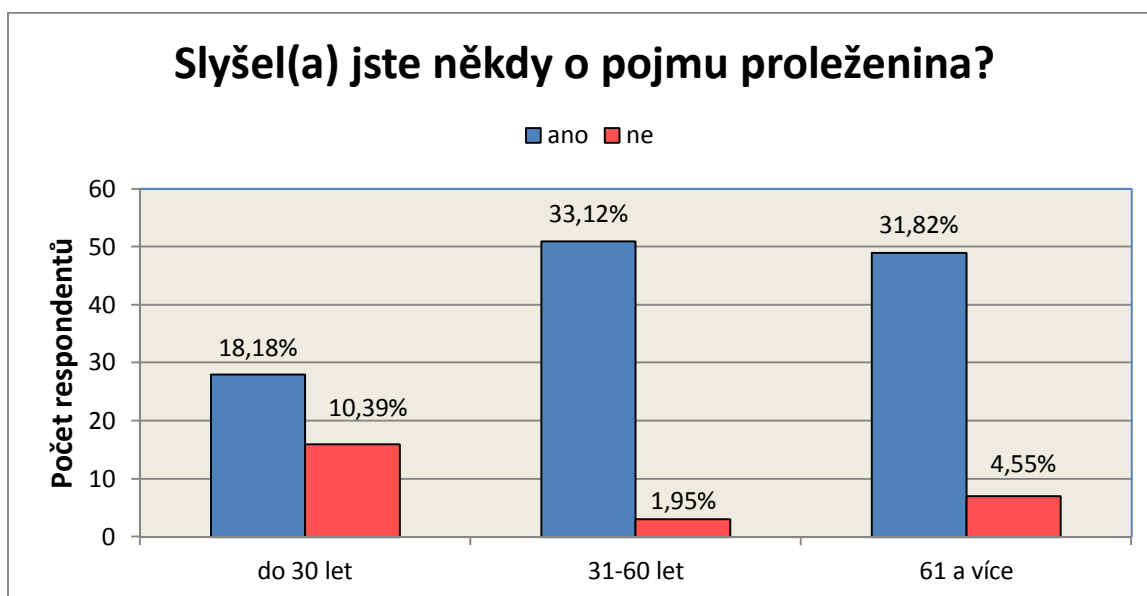
Graf 1 zobrazuje rozdělení dotazovaných dle pohlaví. Z celkového počtu 154 dotazovaných byli muži zastoupeni v 78 případech (50,65 %), žen bylo 76 (49,35 %).

Graf 2 Věk



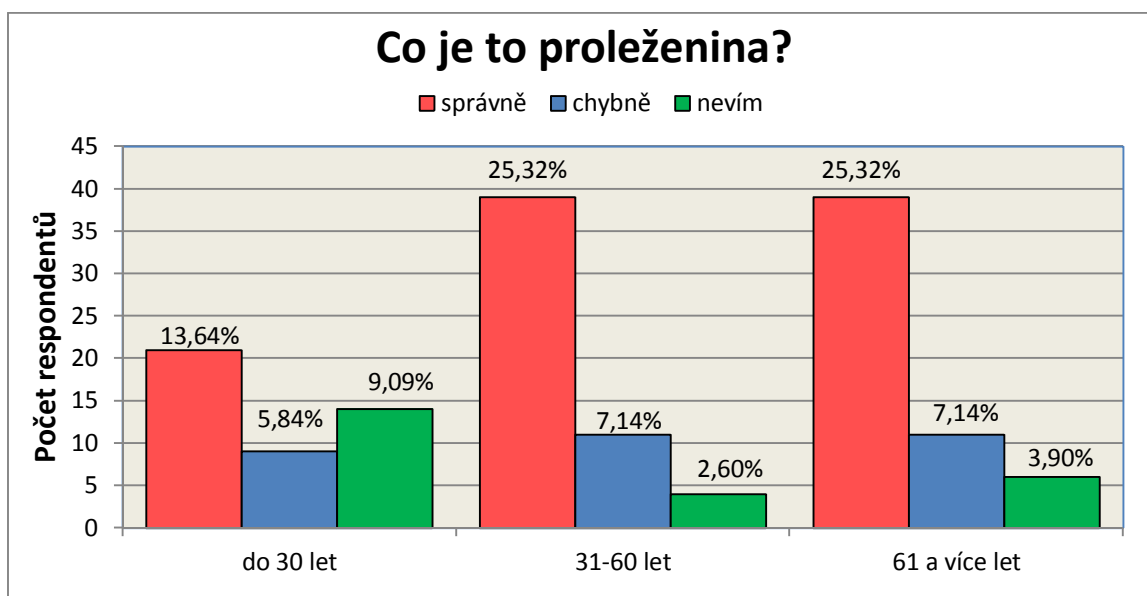
Graf 2 znázorňuje rozdělení respondentů dle věkových kategorií. Celkem byly předefinovány 3 věkové skupiny, díky nimž lze jedince jednoduše rozdělit do kategorie mladšího, středního a staršího věku. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 61 a více let (36,36 %), celkem jich bylo 56. 54 jedinců bylo zařazeno do věkové kategorie 31 – 60 let, tedy 35,06 %. Nejméně účastníků výzkumného šetření pak bylo ve věkové kategorii do 30 let (28,57 %), konkrétně 44.

Graf 3 Existence proleženin



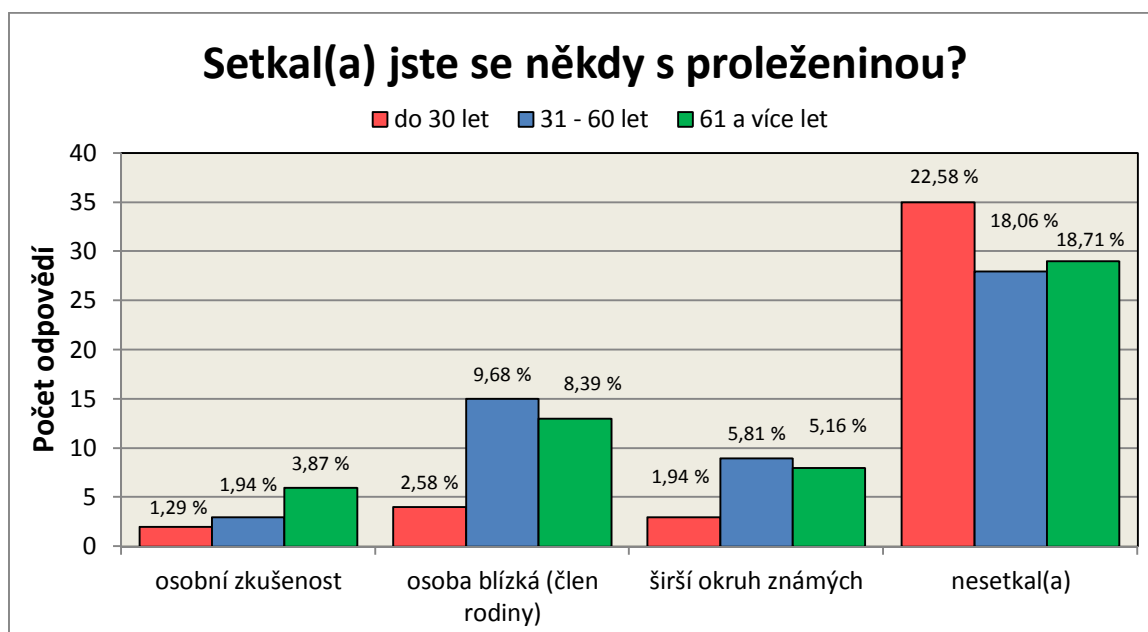
Graf 3 znázorňuje odpovědi dotazovaných na otázku: „Slyšel(a) jste někdy o pojmu proleženina?“ Vzhledem ke stanovené hypotéze č. 2, ke které se tato otázka vztahuje, bylo k závěrečnému zobrazení použito sloupcového grafu s rozdělením odpovědí dle věkových kategorií. Nejčastěji o pojmu proleženina slyšeli respondenti z věkové kategorie 31 - 60 let, a to 51 dotazovaných (33,12 %), pouze 3 (1,95 %) jedinci z této věkové kategorie o pojmu proleženina nikdy neslyšeli. Podobných výsledků dosahují probandi z věkové kategorie 61 a více let, 49 z nich (31,82 %) již o proleženině slyšelo, 7 nikoliv (4,55 %). Nejméně často o proleženině slyšeli jedinci z věkové kategorie do 30 let. Pouze 28 z nich (18,18 %) o tomto pojmu někdy slyšelo, 16 však nikoliv (10,39 %).

Graf 4 Pojem proleženina



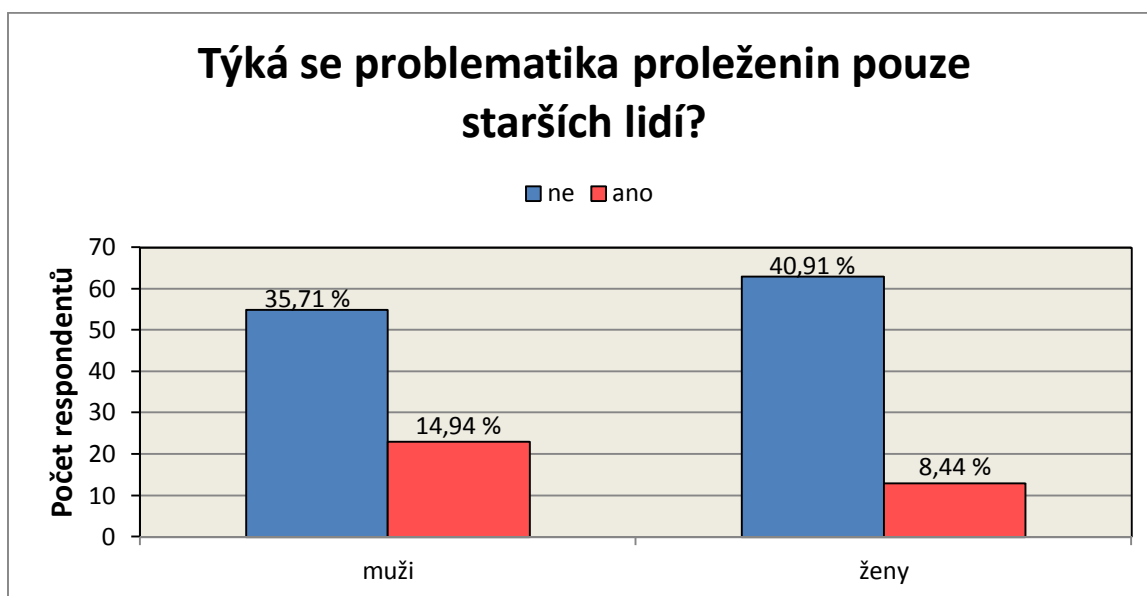
Graf 4 zachycuje odpovědi dotazovaných na kontrolní otázku: „Co si představujete pod pojmem proleženina?“ Pro přehlednější zobrazení výsledných dat bylo použito sloupcového grafu s rozdělením odpovědí dle jejich správnosti/chybnosti/nevím, a to dle jednotlivých věkových kategorií. 39 probandů (25,32 %) z věkové kategorie 61 a více let dokázalo odpovědět správně, 11 jedinců z této věkové kategorie (7,14 %) má mylnou představu o pojmu proleženina. 6 jedinců ve věku 61 a více let (3,90 %) žádnou představu nemá, zvolili možnost nevím. Téměř shodně je na tom věková kategorie 31 – 60 let, kde 39 dotazovaných (25,32 %) dokázalo odpovědět správně, 11 probandů (7,14 %) má chybnou představu o tomto pojmu a 4 dotazovaní (2,60 %) v tomto případě nevěděli. Nejhorší je na tom věková kategorie do 30 let. Pouze 21 jedinců (13,64 %) dokázalo odpovědět správně, 9 dotazovaných (5,84 %) se v tomto případě vyjádřilo nesprávně. 14 probandů (9,09 %) z této věkové kategorie zvolilo možnost nevím. Jelikož se jednalo o otevřenou otázku, každá odpověď byla posuzována individuálně. Přihlíželo se i k faktu, že se jedná o laickou veřejnost, tudíž nelze očekávat odpovědi hodné odborné definice. Nejčastěji se objevovaly formulace „otlaky“, „vředy z nadměrného tlaku“ a „rána související s dlouhodobým ležením“.

Graf 5 Konfrontace s proleženinou



Graf 5 zobrazuje konfrontaci dotazovaných s proleženinami. Jelikož tato otázka souvisí s hypotézou č. 2, opět bylo zvoleno zobrazení dle věkových kategorií. Jednalo se o uzavřenou otázku s jednou možnou odpovědí. Ve věkové kategorii 61 a více let bylo 6 jedinců (3,87 %), kteří se s proleženinou setkali na vlastní kůži. Tato osobní zkušenost má sestupnou tendenci dle věku, tzn., že ve věkové kategorii 31 – 60 let se s proleženinou osobně setkali pouze 3 dotazovaní (1,94 %), ve věkové kategorii do 30 let už to byli jen 2 jedinci (1,29 %). Možnost osoba blízká (člen rodiny) byla nejčastěji volena ve věkové kategorii 31 – 60 let, a to v 15 případech (9,68 %), následuje věková kategorie 61 a více let s 13 jedinci (8,39 %). Pouze 4 dotazovaní (2,58 %) ve věku do 30 let se setkali s proleženinou u osoby blízké (člena rodiny). 9 probandů (5,81 %) z věkové kategorie 31 – 60 let se přišlo do styku s proleženinou u někoho ve svém širším okruhu známých, u jedinců do 30 let to bylo pouze ve 3 případech (1,94 %). Laici nad 61 let se ve svém širším okruhu známých setkali s proleženinou celkem 8x (5,16 %). Největší skupinu odpovědí lze zařadit do možnosti „nesetkal(a) jsem“ se s proleženinou. Nejčastěji byla označována u jedinců do 30 let – 35x (22,58 %), ve věkové kategorii 61 a více let byla označena ve 29 případech (18,71 %), u jedinců ve věku 31 – 60 let byla zvolena 28x (18,06 %).

Graf 6 Riziková jedinci náchylní ke vzniku proleženin



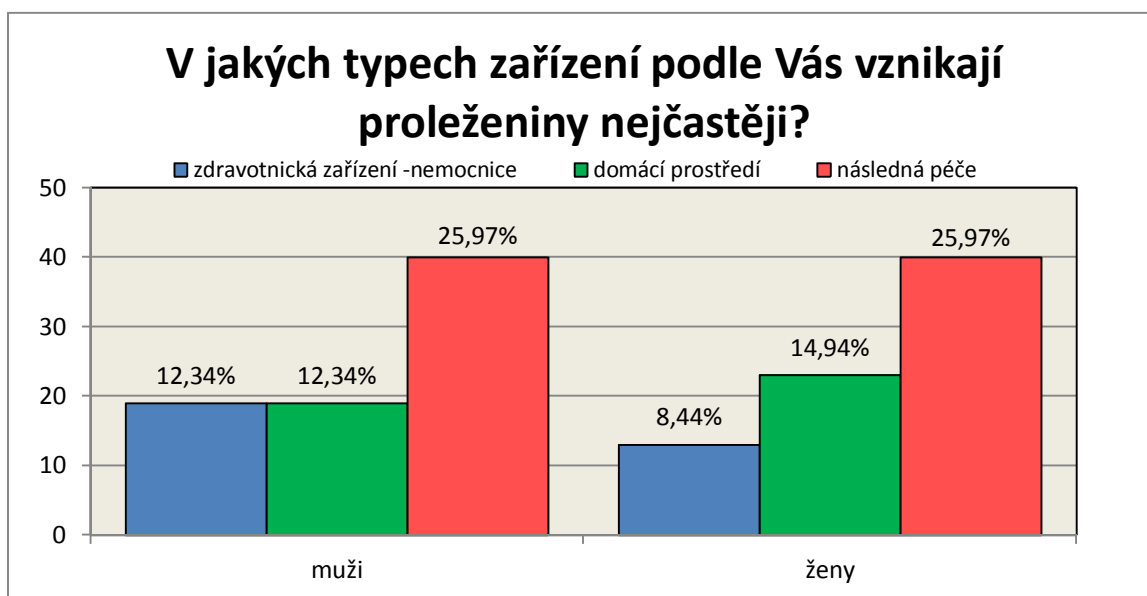
Graf 6 zobrazuje odpovědi získané na otázku č. 6, která zněla takto: „Myslíte si, že se problematika proleženin týká pouze starších lidí?“ Pokud jedinec odpověděl „ne“, dostal další otázku, a to: „A koho dalšího?“ 23 (14,94 %) dotazovaných mužů volilo možnost „ano“, 55 (35,71 %) pak možnost „ne“. U žen se odpověď „ano“ objevila ve 13 případech (8,44 %), odpověď „ne“ byla zvolena 63x (40,91 %).

Tabulka 4 Další rozčlenění odpovědí – otázka č. 6

	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	muži	ženy	% muži	%ženy
mladí lidé	12	13	21,82%	20,63%
ležící jedinci	26	36	47,27%	57,14%
lidé po operaci, úrazu	4	5	7,27%	7,94%
všichni lidé	13	9	23,64%	14,29%

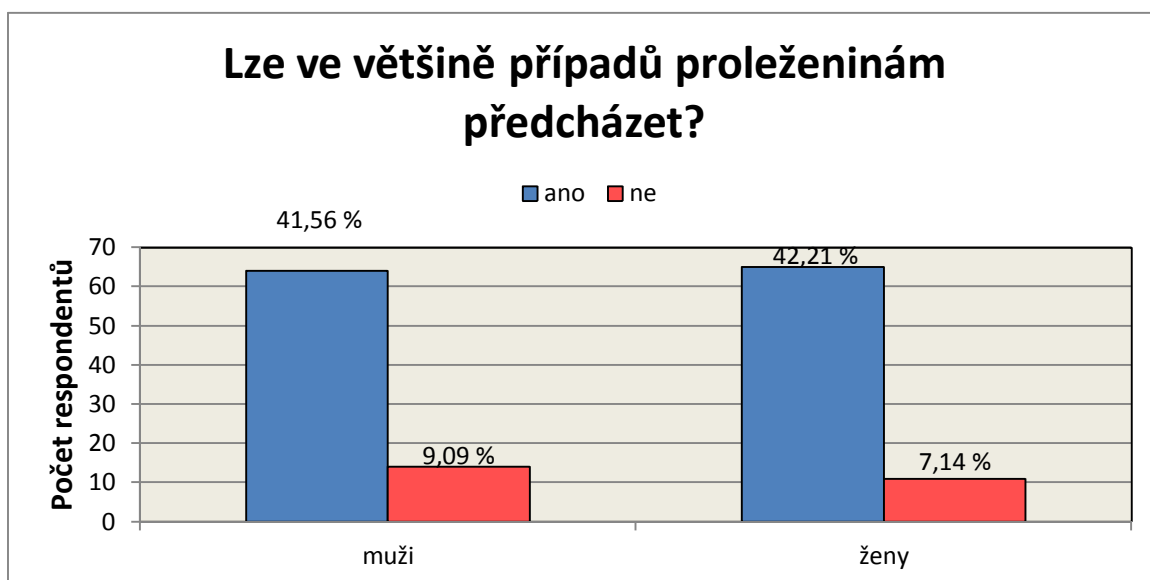
Tabulka 4 je doplňující ke grafu 6. Zobrazuje konkrétní odpovědi na doplňující otázku: „A koho dalšího se problematika proleženin může týkat?“ Celkem zde bylo použito 118 odpovědí „ne“. Muži nejčastěji odpovídali „ležících jedinců“ – 26x (47,27 % odpovědí), ženy taktéž nejčastěji volily tuto možnost, a to 36x (57,14 % odpovědí). Všechny odpovědi byly v podstatě správné. Za nejpřesnější odpovědi lze považovat možnost všech lidí, kterou zvolilo 13 mužů (23,64 % odpovědí) a 9 žen (14,29 % odpovědí).

Graf 7 Proleženiny v jednotlivých typech zařízení



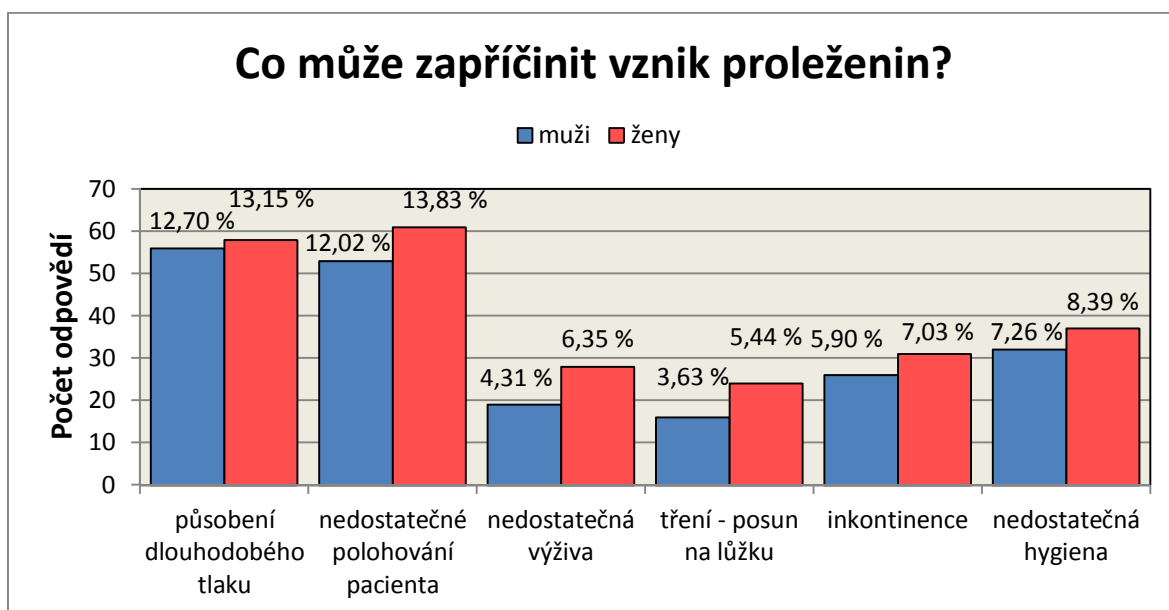
Graf 7 se zabývá odpověďmi respondentů na otázku: „V jakých typech zařízení podle Vás vznikají proleženiny nejčastěji?“ Ženy nejčastěji volily možnost „v zařízeních následné péče“ (25,97 %) – 40x, naprosto shodně jsou na tom muži, čili taktéž zvolili sociální zařízení 40x (25,97 %). 23 (14,94 %) žen má představu o tom, že proleženiny vznikají nejčastěji v domácím prostředí, muži domácí prostředí označili 19x (12,34 %). Nejméně četnou odpovědí byla možnost „zdravotnická zařízení – nemocnice“. Muži tuto odpověď označili v 19 případech (12,34 %), ženy 13x, tedy 8,44 % z celkového počtu.

Graf 8 Možnost předejití vzniku proleženin



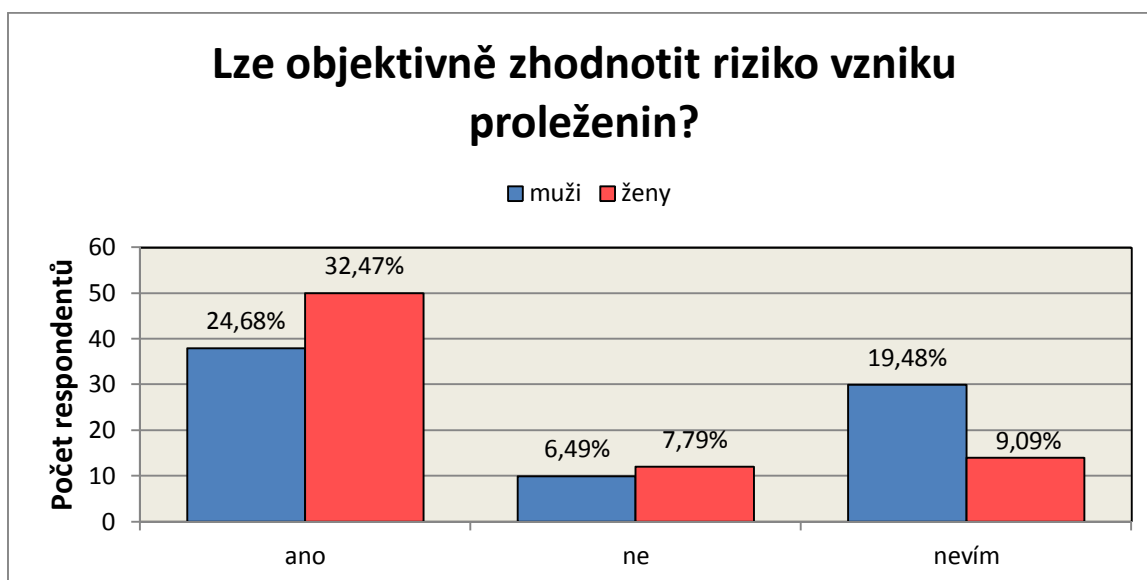
Graf 8 je zaměřen na názor probandů, zda si myslí, že lze ve většině případů proleženinám předcházet. 64 mužů (41,56 %) si myslí, že ano, taktéž 63 žen (42,21 %) si myslí, že proleženinám lze předcházet, tedy ve většině případů. Možnost „ne“ označilo 14 mužů (9,09 %) a 11 žen (7,14 %).

Graf 9 Rizikové faktory vzniku proleženin



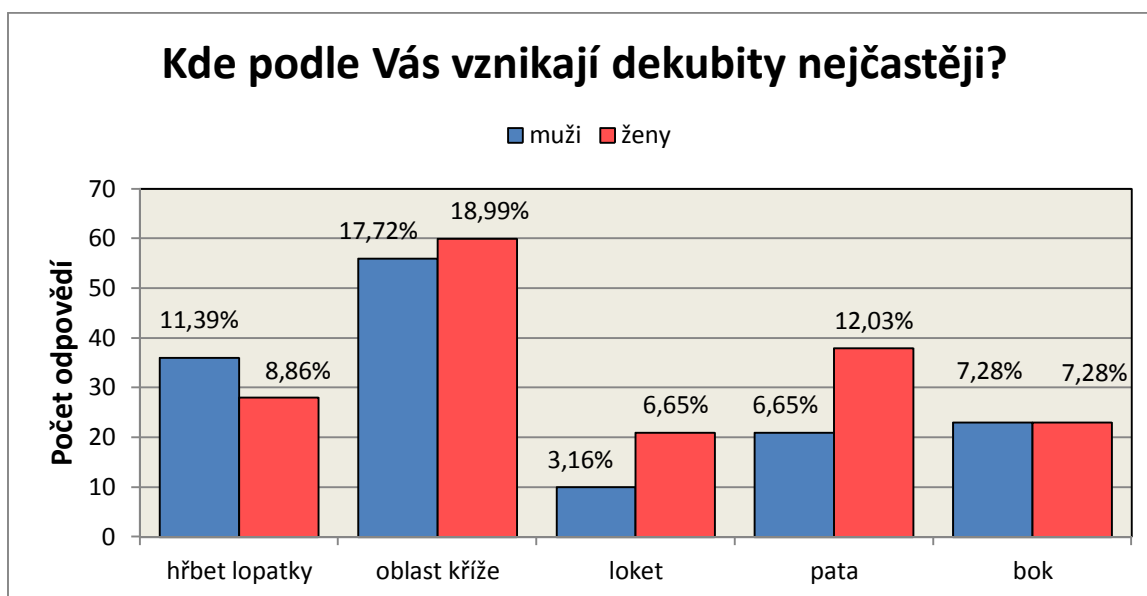
Graf 9 mapuje představu respondentů o rizikových faktorech, které se podílejí na vzniku dekubitů. Jedinci mohli zvolit i více možností, graf vychází tedy z celkového počtu 441 označených odpovědí (100 %). Ženy nejčastěji volily možnost „nedostatečné polohování pacienta“, označily ji 61x (13,83 %), muži nejčastěji označovali možnost působení dlouhodobého tlaku, a to 56x (12,70 %). Pomyslnou druhou příčku u žen obsadila možnost „působení dlouhodobého tlaku“ – označena byla 58x (13,15 %), muži na druhé místo zařadili „nedostatečné polohování pacienta“ – 53x (12,02 %). „Nedostatečná hygiena“ byla jako rizikový faktor pro vznik dekubitů označena u 37 žen (8,39 %) a u 32 mužů (7,26 %). Inkontinenci považuje 31 žen (7,03 %) a 26 mužů (5,90 %) za rizikovou, a to vzhledem k souvisejícímu riziku vzniku proleženin. Poměrně opomíjené byly odpovědi jako „nedostatečná výživa“ a „tření, neboli posun na lůžku“. Nedostatečnou výživu, jakož to nebezpečný faktor související se vznikem proleženin, označilo pouze 28 žen (6,35 %) a 19 mužů (4,31 %). Nejméně často dotazovaní označovali možnost „tření (posun na lůžku)“, označilo ji pouze 24 žen (5,44 %) a 16 mužů (3,63 %). Graf 9 celkově zobrazuje, že ženy dokázaly správně označit rizikové faktory pro vznik dekubitu častěji než muži.

Graf 10 Hodnocení rizika vzniku proleženin



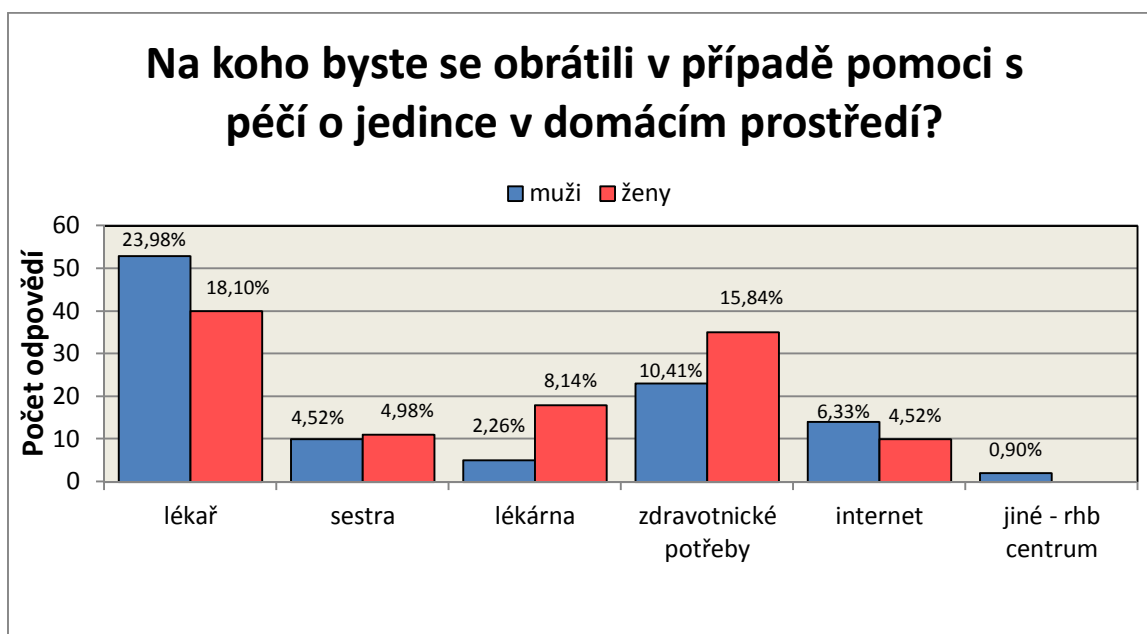
Graf 10 mapuje názor respondentů o existenci „nástroje“ pro objektivní měření rizika vzniku dekubitů. 50 žen (32,47 %) si myslí, že vznik proleženin můžeme objektivně posoudit, téhož názoru je i 38 mužů (24,68 %). 10 mužů (6,49 %) a 12 žen (7,79 %) vyjadřuje názor, že riziko vzniku proleženin objektivně nijak nezhodnotíme. 30 mužů (19,48 %) a 14 žen (9,09 %) na tuto otázku odpovědět nedokázalo, zvolili proto možnost „nevím“.

Graf 11 Místa vzniku proleženin



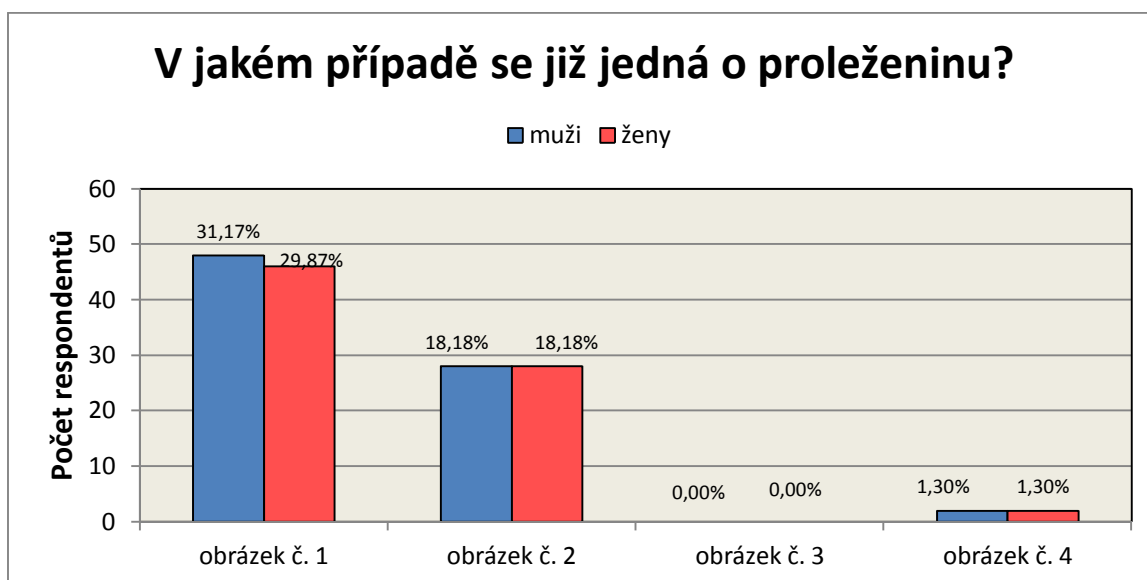
Graf 11 mapuje znalosti dotazovaných o místech vzniku dekubitů. Jedinci mohli zvolit libovolný počet odpovědí, graf tedy zobrazuje procentuelní zastoupení dané odpovědi z celkového množství všech odpovědí. Nejčastěji byla označována možnost „oblast kříže“, ženy ji zvolily 60x (18,99 %), muži 56x (17,72 %). Na druhou příčku muži zařadili odpověď „hřbet lopatky“ – 36x (11,39 %), ženy zvolily možnost „pata“ – 38x (12,03 %). Třetí nejčastější zvolená odpověď byla opět odlišná dle pohlaví. 28 žen (8,86 %) zvolilo možnost „hřbet lopatky“, 23 mužů (7,28%) označilo volbu „bok“. Ženy označily tuto možnost 23x (7,28 %), zařadily ji tak na 4. příčku. Muži v tomto případě volili položku „pata“, a to 21x (6,65 %). Nejméně četnou odpovědí byla volba „loket“, která byla označena u 10 mužů (3,16 %) a 21 žen (6,65 %).

Graf 12 Pomoc s péčí o jedince v domácím prostředí



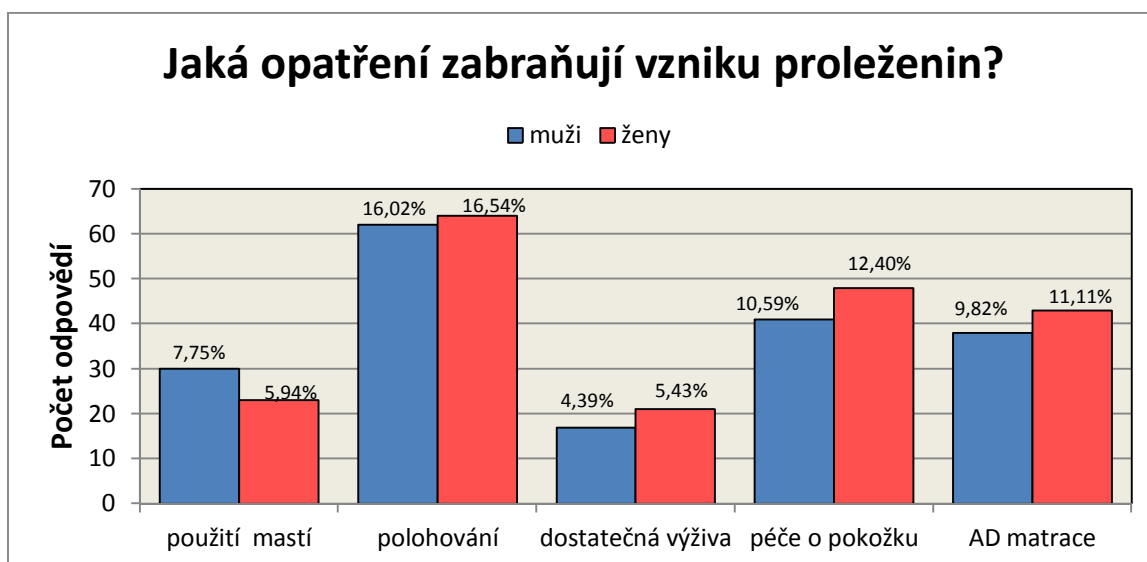
Graf 12 prezentuje postoj probandů na otázku: „Na koho byste se obrátili s žádostí o pomoc s péčí o jedince v domácím prostředí?“ Jedinci mohli zvolit opět více odpovědí. Největší důvěru získala položka „lékař“, která byla označena u 53 mužů (23,98 %) a 40 žen (18,10 %). Dále by se dotazovaní obrátili na zdravotnické potřeby, ženy ve 35 případech (15,85 %) a muži ve 23 případech (10,41 %). Ženy by na třetím místě zašly do lékárny - 8x (8,14 %), muži by v tomto případě hledali informace nejprve na internetu – 14x (6,33 %). Ženy by jako 4. možnost zvolily položku „sestra“ – 11x (4,98 %), muži na to mají v tomto případě stejný názor, sestru označili 10x (4,52 %). Předposlední pozici si u žen vysloužil „internet“ – 10x (4,52 %), u mužů možnost „lékárna“ – 5x (2,26 %). Dotazovaní mohli taktéž zvolit možnost „jiné“ a napsat tak další osobu/instituci apod., na kterou by se v případě potřeby obrátili. Tato odpověď byla zvolena pouze 2 muži (0,90 % odpovědí), konkrétně se jednalo v obou případech o odpověď „RHB centrum“.

Graf 13 Vznik proleženiny - obrázek



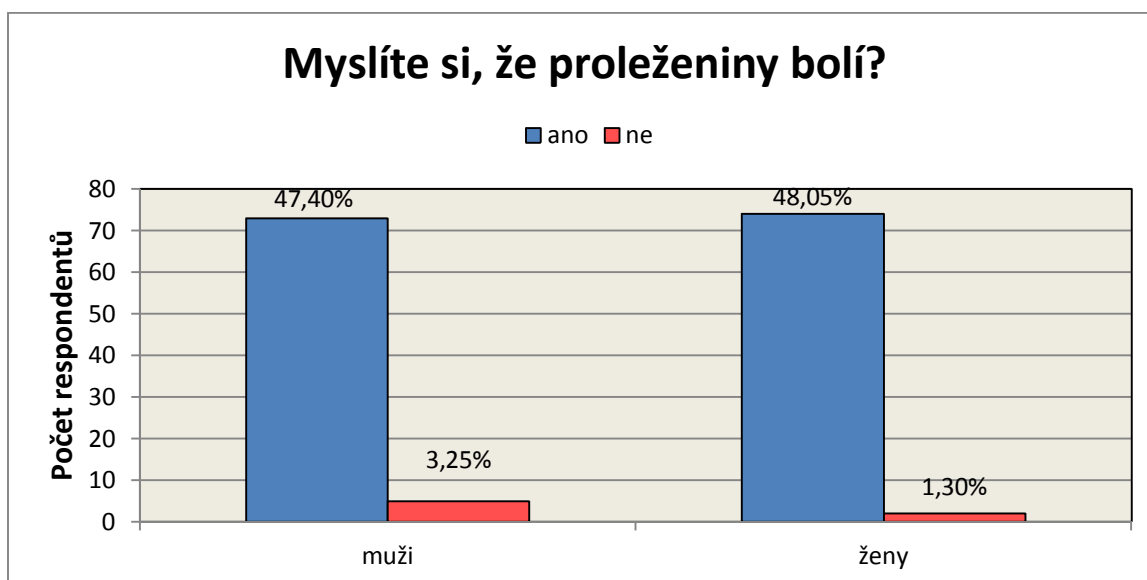
Graf 13 mapuje znalost respondentů o vzniku dekubitů, a to z obrázků. Jedinci měli za úkol vybrat 1 ze čtyř nabízených obrázků (viz. příloha 7) a rozpoznat ten, na kterém se již jedná o počátek dekubitu. Potěšující je četnost odpovědí „obrázek č. 1“, který signalizoval dekubitus I. stupně. 48 mužů (31,17 %) a 46 žen (29,87 %) dokázalo správně odhalit tento stupeň proleženiny, který je v tomto případě vyobrazen jako začervenání kůže (PuClas 3). Někteří dotazovaní ovšem označili možnost „obrázek č. 2“, konkrétně se jednalo o 28 mužů (18,18 %) a 28 žen (18,18 %). V tomto případě byl dekubitus II. stupně vyobrazen již jako začervenání spolu s tvorbou puchýřů. III. stupeň dekubitu (obrázek č. 3), který byl vyobrazen již jako otevřená rána, žádný z respondentů neoznačil. IV. stupeň dekubitu označili 2 muži (1,30 %) a 2 ženy (1,30 %). V tomto případě se jednalo již o rozsáhlý dekubit v oblasti sakra, který zasahoval již do hlubších vrstev tkáně a současně je již přítomný výrazný povlak.

Graf 14 Opatření zabraňující vzniku proleženin



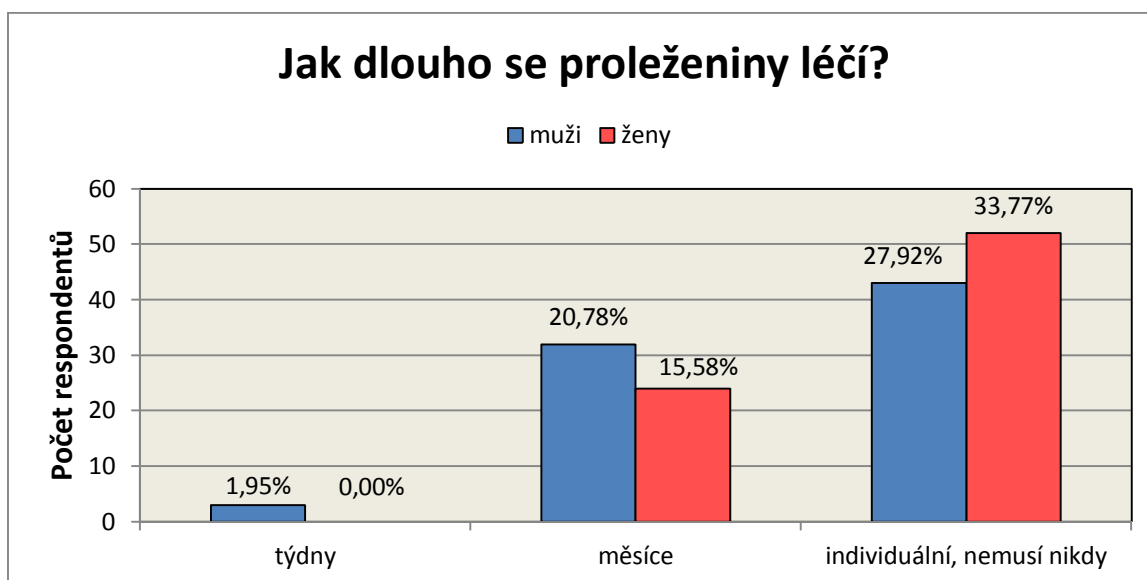
Graf 14 je zaměřen na opatření, která, dle názoru dotazovaných, zabraňují vzniku proleženin. U této otázky bylo možné označit více odpovědí, v závěru tedy relativní četnosti vycházejí z celkového počtu 387 odpovědí. Nejčastěji byla vybrána odpověď „polohování“, uvedlo ji 62 mužů (16,02 %) a 64 žen (16,54 %). Druhá v pořadí je možnost „péče o pokožku“, kterou zvolilo 41 mužů (10,59 %) a 48 žen (12,40 %). Následně dotazovaní muži i ženy zvolili „AD matrace“, které označilo 38 mužů (9,82 %) a 43 žen (11,11 %). Poslední dvě položky byly u dotazovaných poměrně podceňovány. „Použití mastí“, jakož to preventivní opatření zabraňující vzniku dekubitů, bylo označeno u 30 mužů (7,75 %) a 23 žen (5,94 %). Nejvíce opomíjeným opatřením v boji proti dekubitům byla volba „dostatečná výživa“, kterou označilo pouze 17 mužů (4,39 %) a 21 žen (5,43 %).

Graf 15 Bolest proleženin



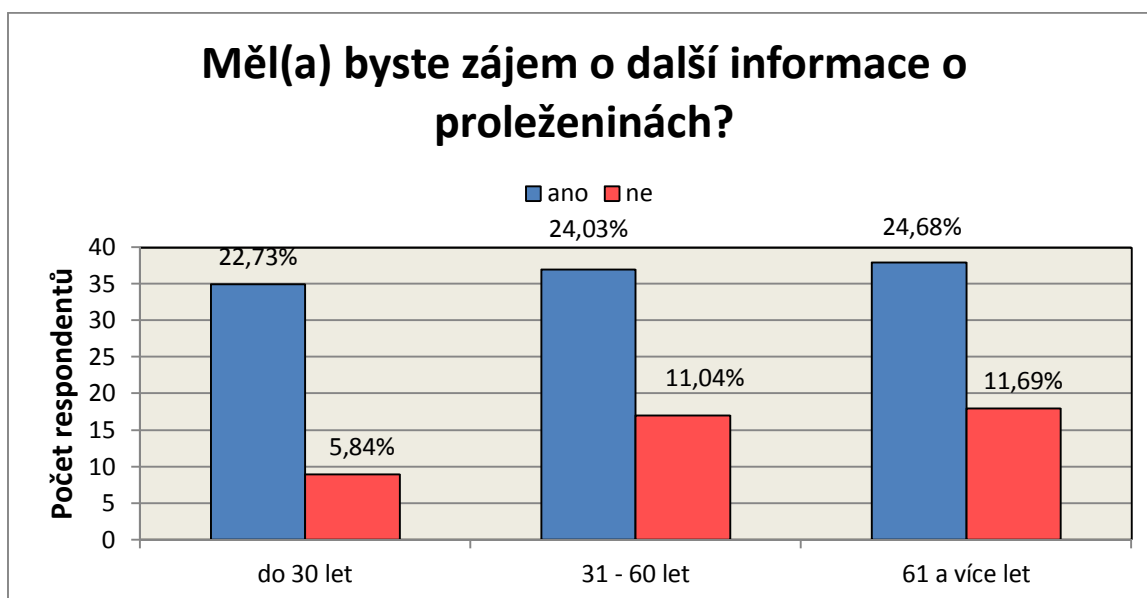
Graf 15 mapuje názor respondentů na bolest, která souvisí s problematikou dekubitů. 73 mužů (47,40 %) a 74 žen (48,05 %) si myslí, že proleženiny bolí. Pouze 5 mužů (3,25 %) a 2 ženy (1,30 %) volili možnost „ne“, zastávají tedy názor, že proleženiny bolestivé nejsou.

Graf 16 Délka léčby proleženin



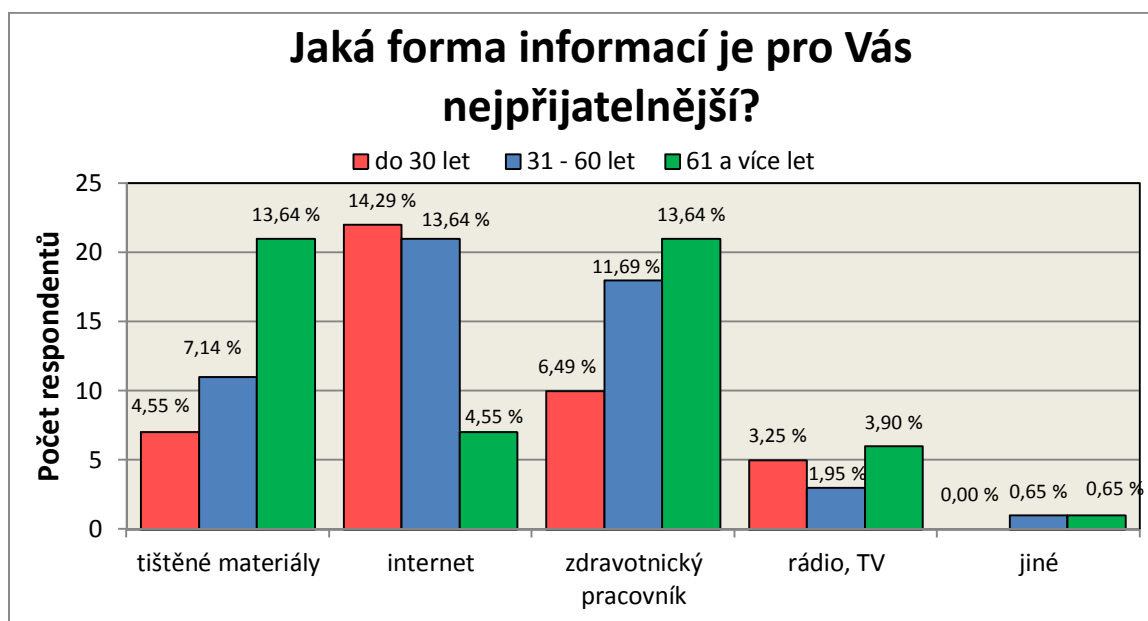
Graf 16 souvisí s názorem probandů na délku trvání léčby proleženin. Pouze 3 muži (1,95 %) si myslí, že vyléčit proleženinu je otázkou týdnů. 32 mužů (20,78 %) a 24 žen (15,58 %) je toho názoru, že se doba léčby proleženin dá datovat v řádech měsíců. Nejčtenější odpověď byla možnost „je to individuální, nemusí se vyléčit nikdy“, zvolilo ji 43 mužů (27,92 %) a 52 žen (33,77 %).

Graf 17 Zájem o další informace o proleženinách



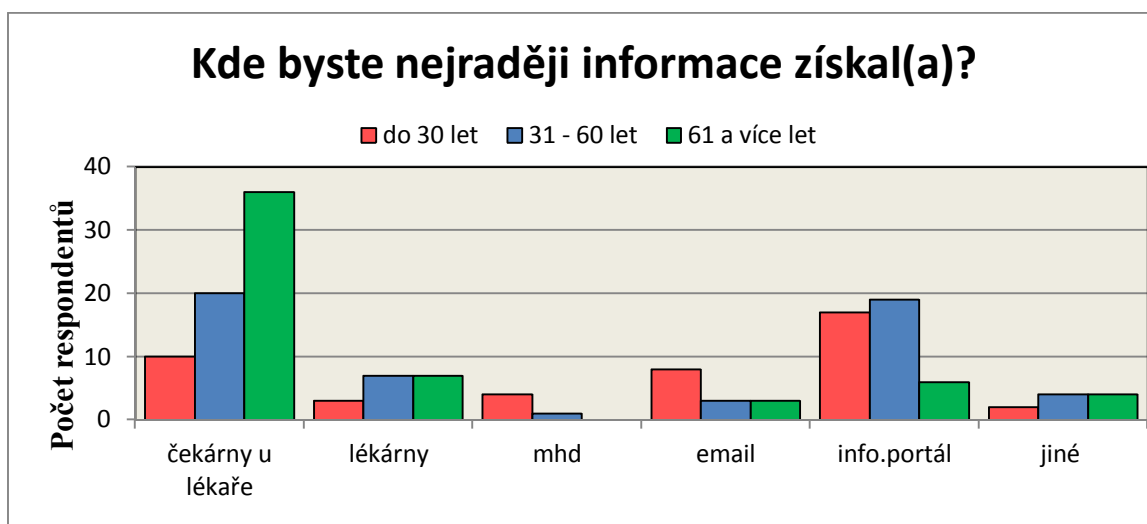
Graf 17 mapuje ochotu laické veřejnosti k získání dalších informací týkajících se problematiky proleženin. Největší zájem o tyto informace projevila věková kategorie 61 a více let, 38 jedinců (24,68 %) by informace v tomto případě rádo získalo. Těsně v závěsu je se svým zájmem věková kategorie 31 – 60 let, zde by rádo informace získalo 37 jedinců (24,03 %). Nejmenší zájem o informace související s problematikou dekubitů projevila věková kategorie do 30 let, zde zvolilo možnost „ano“ 35 jedinců (22,73 %). 18 respondentů (11,69 %) ve věku 61 a více let zájem o informace, které by souvisely s problematikou dekubitů, neprojevilo. Rovněž tento zájem nesdílelo 17 respondentů (11,04 %) z věkové kategorie 31 – 60 let a 9 dotazovaných (5,84 %) ve věku do 30 let.

Graf 18 Forma informací



Graf 18 vypovídá o formě informací, kterou dotazovaní respondenti preferují. Podle očekávání je v dnešní době nejžádanější formou internet, o nějž projevíli zájem především jedinci z věkové kategorie do 30 let (14,29 %) – 22 dotazovaných, těsně následování jedinci ve věku od 31 do 60 let (13,64 %) – 21 respondentů. Nejstarší věková kategorie 61 a více let o něj projevila zájem minimálně (4,55 %), konkrétně pak pouze v 7 případech. Potěšující je fakt, že zdravotnický pracovník se jako zdroj informací umístil těsně v závěsu za internetem. Tuto formu naopak preferují nejvíce senioři, označena v tomto případě byla 21x (13,64 %). S klesajícím věkem respondentů rovněž klesá i jejich zájem o získávání informací od zdravotnického pracovníka. Pro tuto možnost se vyslovilo 18 jedinců (11,69 %) z věkové kategorie 31 – 60 let, v případě skupiny do 30 let to bylo pouze 10 probandů (6,49 %). Analogicky vypadá složení odpovědi „tištěné materiály“, kterou označilo pouze 7 jedinců (4,55 %) z věkové kategorie do 30 let, následováno 11 dotazovanými (7,14 %) z věkové kategorie 31 – 60 let. Největší zájem zde projevila skupina nad 61 let, která tuto možnost zvolila 21x (13,64 %). Rádio a televize se jako preferovaný zdroj informací těší pouze malému zájmu, celkem ho projevilo pouze 14 jedinců, z nichž 5 (3,25 %) bylo ve věku do 30 let, 3 (1,95 %) spadají do kategorie středního věku a zbývajících 6 jedinců (3,90 %) lze zařadit do věkové kategorie 61 a více let. Zanedbatelné množství odpovědí (celkem 2) patří možnosti „jiné“, kde dotazovaní v obou případech uvedli možnost „konference a přednášky“.

Graf 19 Preferovaná místa získávání informací



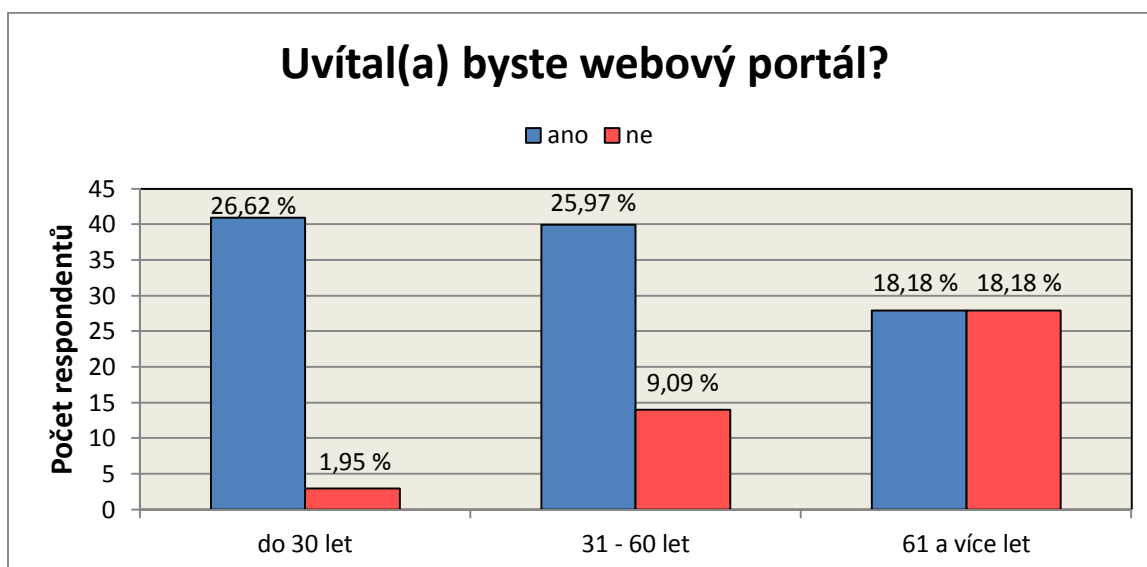
Graf 19 znázorňuje místa, kde by dotazovaní jedinci nejraději získali informace. Jelikož by tento graf byl spolu s procentuelním zobrazením konkrétních hodnot značně nepřehledný, pro zjednodušené vyjádření jsem jej doplnila tabulkou č. 5. V tomto případě byla nejčastěji volena možnost „čekárna u lékaře“, kterou zvolilo 36 dotazovaných (23,38 %) ve věku 61 a více let, 20 jedinců (12,99 %) v kategorii 31 – 60 let a taktéž 10 probandů (6,49 %) ve věku do 30 let. Následoval „informační portál“, který označilo 17 jedinců (11,04 %) do 30 let a 19 dotazovaných (12,34 %) ve věkovém rozmezí 31 – 60 let. Nejmenší zájem o tuto možnost vykazuje populace nad 61 let, označila ji pouze 6x (3,90 %). Ostatní nastíněné možnosti byly zvoleny méněkrát. Jako další v pořadí se umístil email, který označilo celkem 14 jedinců. Konkrétně pak šlo o 8 dotazovaných (5,19 %) do 30 let, ostatní věkové kategorie jej zvolili shodně, a to 3x (1,95 %). Poměrně málo zastoupenou odpovědí byla možnost „lékárna“, kterou označilo 7 jedinců starších 61 let (4,55 %), věková kategorie 31 – 60 let na tom byla totožně, taktéž 4,55 %. Mladí jedinci do 30 let tuto možnost označili pouze 3x (1,95 %). Oproti tomu tato nejmladší věková skupina zvolila 4x „MHD“ (2,60 %), ve věkové kategorii 31 – 60 let tuto skutečnost uvedl pouze 1 proband (0,65 %). Odpověď jiné zvolilo celkem 10 dotazovaných, objevily se zde odpovědi: konference, rádio a televize.

Tabulka 5 Preferovaná místa získávání informací – absolutní a relativní četnosti

	Absolutní četnost			Relativní četnost		
	do 30 let	31 - 60 let	61 a více let	do 30 let	31-60 let	61 a více let
čekárny u lékaře	10	20	36	6,49 %	12,99 %	23,38 %
lékárny	3	7	7	1,95 %	4,55 %	4,55 %
MHD	4	1	0	2,60 %	0,65 %	0,00 %
email	8	3	3	5,19 %	1,95 %	1,95 %
Informační portál	17	19	6	11,04 %	12,34 %	3,90 %
jiné	2	4	4	1,30 %	2,60 %	2,60 %

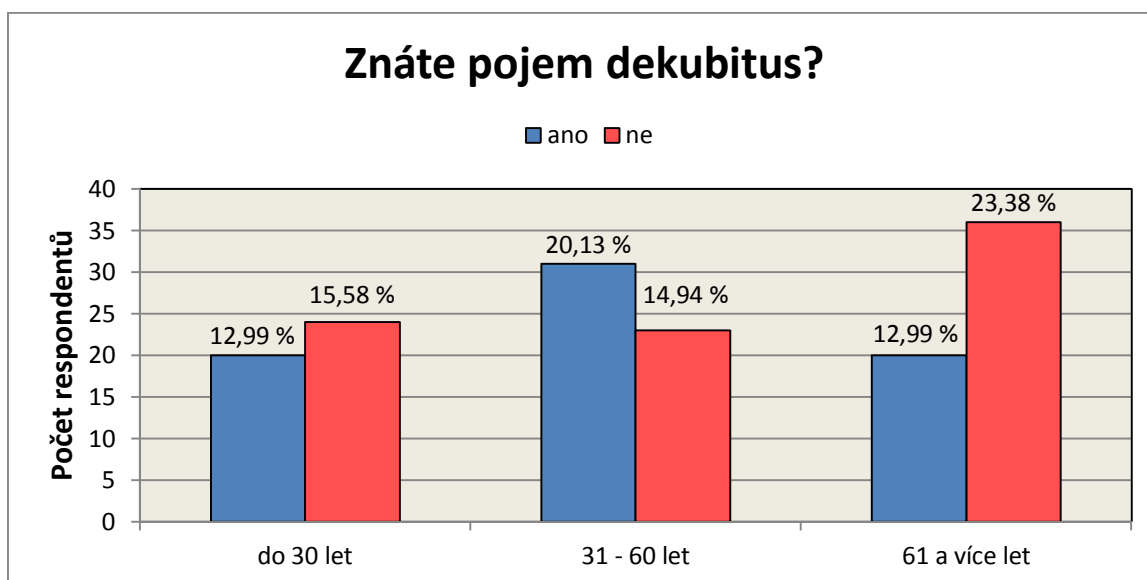
Jak již bylo popsáno výše, tabulka 5 je doplňující ke grafu 19 a jejím cílem je získaná data zpřehlednit a sjednotit.

Graf 20 Webový portál



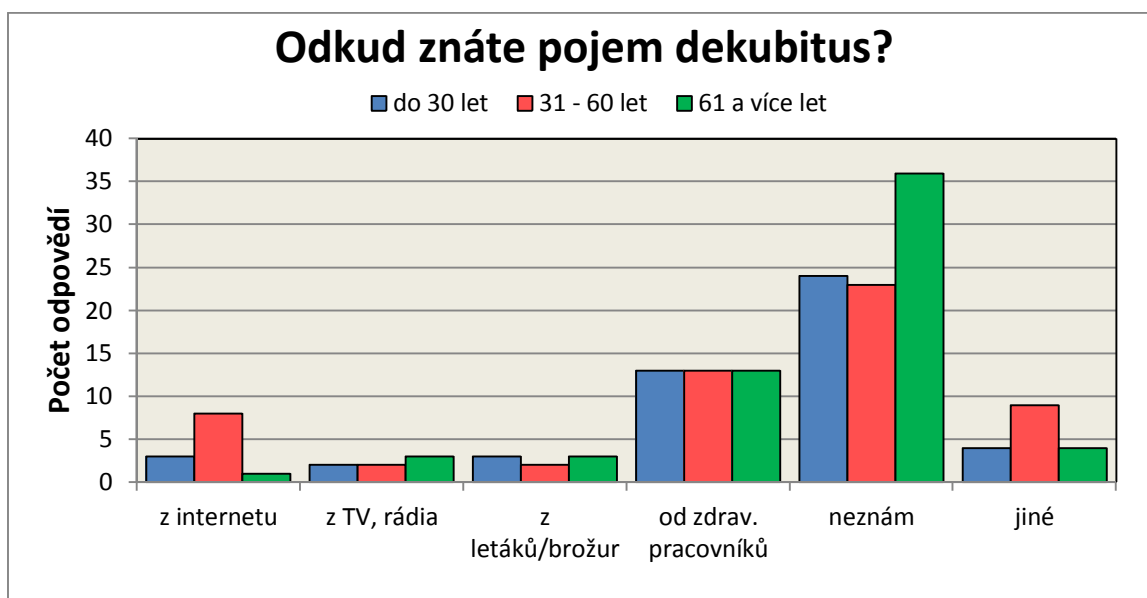
Graf 20 znázorňuje zájem dotazovaných o informační webový portál, který by se zabýval problematikou dekubitů a péčí o ležící jedince v domácím prostředí. Největší ochotu vyjádřili probandi z věkové kategorie do 30 let – 41x (26,62 %), je zde i předpoklad lepšího ovládní „moderních“ technologií, mezi něž lze internet bez pochyby zařadit. Podobný zájem vykazují i jedinci ve věku 31 – 60 let, souhlasné stanovisko projevili ve 40 případech (25,97 %). Nejmenší zájem prokazují jedinci starší 61 let, kteří by tento portál uvítali pouze ve 28 případech (18,18 %). Stejně tak 28 jedinců (18,18 %) z výše uvedené věkové kategorie (61 a více let) by tento portál neuvítalo. Pouze 3 dotazovaní (1,95 %) do 30 let o tento portál rovněž neprojevili zájem. 14 probandů (9,09 %) z věkové kategorie 31 – 60 let taktéž zvolilo možnost „ne“.

Graf 21 Znalost pojmu dekubitus



Graf 21 znázorňuje míru znalosti dotazovaných o pojmu „dekubitus“. Největší informovanost o tomto odborně používaném termínu vykazuje věková kategorie 31 – 60 let, kde tuto znalost prokázalo 31 dotazovaných (20,13 %). Ostatní věkové kategorie dotazovaných své povědomí v tomto případě prokázaly naprosto shodně, a to v 12,99 %. Znalost prokázalo pak 20 jedinců z každé výše zmiňované věkové kategorie. Neznalost tohoto pojmu byla v případě tohoto výzkumného šetření mírně vyšší než jeho znalost. 36 jedinců (23,38 %) ve věku nad 61 let tento pojem nezná, rovněž tak 23 jedinců (14,94 %) ve věku 31 – 60 let a 24 dotazovaných (15,58 %) do 30 let.

Graf 22 Znalost pojmu dekubitus – odkud



Graf 22 mapuje místa, odkud dotazovaní znají pojem „dekubitus“. Jelikož by se opět jednalo o rozsáhlý a nepřehledný graf, je doplněn tabulkou č. 6. Velká část dotazovaných se s tímto odborným pojmem nikdy nesešla, konkrétně pak 36 jedinců (21,69 %) nad 61 let, 23 dotazovaných (13, 86%) ve středním věku (31 – 60 let) a 24 probandů (14,46 %) mladších 30 let. Podstatnou část odpovědí tvořila možnost „od zdravotnických pracovníků“, kterou zvolilo v každé věkové kategorii 13 jedinců (7, 83 %). Poměrná část odpovědí patří variantě „jiné“, kterou celkem označilo 17 dotazovaných (celkem 10,24 %), nejčastěji se zde objevovaly odpovědi: „z doslechu“, „ze zaměstnání“ a „ze školy“. Znalost tohoto pojmu z internetu byla celkem označena 12x (6,69 %), největší počet těchto odpovědí se objevil ve věkové kategorii 31 – 60 let, a to 8 (4,82 %). Poměrně malá část respondentů preferovala možnosti „z letáků a brožur“, „z TV, rádia“ – viz. tabulka 6.

Tabulka 6 Znalost pojmu dekubitus – odkud, absolutní a relativní četnosti

	Absolutní četnost			Relativní četnost		
	do 30 let	31 - 60 let	61 a více let	do 30 let	31-60	61+
z internetu	3	8	1	1,81 %	4,82 %	0,60 %
z TV, rádia	2	2	3	1,20 %	1,20 %	1,81 %
z letáků/brožur	3	2	3	1,81 %	1,20 %	1,81 %
od zdrav. pracovníků	13	13	13	7,83 %	7,83 %	7,83 %
neznám	24	23	36	14,46%	13,86%	21,69%
jiné	4	9	4	2,41%	5,42%	2,41%

Tabulka 6 slouží rovněž jako doplňující ke grafu 22, cílem je zpřehlednit získaná data a pokusit se tak komplexně nastínit situaci.

20 DISKUSE

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat povědomí laické veřejnosti o problematice dekubitů. Přestože se může na první pohled zdát, že se problematika proleženin týká pouze odborné zdravotnické veřejnosti, ve skutečnosti tomu tak však není. Je známo, že dekubitus je zaznamenán až u 30 % pacientů již na příjmu. Z toho vyplývá, že dekubity vznikají jak v domácí péči, tak i v zařízeních následné péče, stejně jako v ostatních zdravotnických zařízeních. Od roku 2011 patří prevence dekubitů mezi základní lidská práva, o čemž se snaží odborníci informovat laickou veřejnost v rámci konání mezinárodní akce Den Stop dekubitům. Poslední tato událost proběhla 20. listopadu 2014. (Linet, 2014)

Aktivít zabývajících se problematikou dekubitů je prováděna celá řada, drtivá většina z nich je však cílena hlavně na odbornou veřejnost. Jak již bylo zmíněno výše, tento problém se týká všech, a tak jsme se zaměřily cíleně na laickou, tedy neodbornou veřejnost. Celá realizace samotné akce Stop dekubitům je blíže popsána v kapitole metodika práce. Na základě našich informací se jedná o vůbec první takto pojaté výzkumné šetření, z tohoto důvodu nelze získané výsledky přímo porovnat s jinými autory. V této části práce jsou tedy prezentována námi získaná data ve srovnání s údaji z odborné literatury. Hlavní cíl této diplomové práce byl rozdělen do několika dílčích cílů, které budou dále podrobněji rozpracovány.

První dvě otázky z dotazníku byly čistě identifikační. Zjišťovaly pohlaví a věk dotazovaných respondentů, čímž bylo docíleno rozdělení probandů do vzájemně se nepřekrývajících kategorií, což bylo nutné pro následné statistické vyhodnocení. Data patřící do těchto skupin byla vyhodnocena pomocí chi-square testu, který vždy vyhodnotil, zda se zkoumaný znak statisticky významně liší napříč kategoriemi. Celkem bylo použito dotazníků od 154 respondentů, z nichž 78 vyplnili muži, 76 pak ženy. Co se věku týče, nejméně jedinců bylo ve věku do 30 let – 44. Následuje věková kategorie 31 – 60 let, tedy střední věk, do které spadalo 54 jedinců. Největší část respondentů tvořila věková kategorie 61 a více let, celkem 56 jedinců. Toto zjištění pro nás není ničím překvapivé, neboť se dá očekávat, že do zdravotnického zařízení docházejí především jedinci staršího věku, kteří bývají navíc ochotnější k vyplnění dotazníků. Následující otázky (č. 6, 7, 8, 9, 10, 11) se vztahovaly k dílčímu cíli č. 1, který byl zformulován následovně:

Dílčí cíl 1: Zjistit úroveň znalostí veřejnosti o vzniku dekubitů

Na základě tohoto cíle pak byla stanovena první nulová a alternativní hypotéza:

$1H_0$: Úroveň znalostí laické veřejnosti o vzniku dekubitů není ovlivněna pohlavím dotazovaných.

$1H_A$: Úroveň znalostí laické veřejnosti o vzniku dekubitů je ovlivněna pohlavím dotazovaných.

Otázka č. 6 zjišťovala, zda se podle dotazovaných problematika proleženin týká pouze starších lidí. Naším záměrem zde bylo zjistit, zda si veřejnost uvědomuje skutečnost, že proleženiny mohou postihnout jedince od jeho narození až do smrti. Stryja et al. (2011) sice uvádí, že 62 % pacientů s dekubity je starších 70 let, což sice představuje nadpoloviční většinu, nicméně nezanedbatelných 38 % dekubitů pak připadá na jedince z mladších věkových kategorií. Málokdo by pak čekal, že proleženiny se mohou vyskytovat i u nejmladších z nás, u novorozenců. Na tuto problematiku upozornil Guido Ciprandi z Itálie na 17. jednání Evropského poradního panelu pro prevenci dekubitů. Uvedl, že například nesprávná fixace katétrů a endotracheálních rourek či chybná volba materiálu může mít za následek vznik dekubitu. (Müllerová et al., 2014) Překvapující je zde skutečnost, že 118 jedinců (76,6 %) dokázalo správně odpovědět, že se problematika proleženin netýká pouze starších lidí. U možnosti „ne“ mohli respondenti dále uvést, koho dalšího se tato problematika týká. Nejčastěji zde byla uváděna možnost „ležících jedinců“, kterou celkem uvedlo 61 jedinců, následovala odpověď „i mladých“, kterou zvolilo 25 dotazovaných. V tom případě dokázalo správně odpovědět 41 % žen (63) a 36 % mužů (55).

Otázka č. 7 se zabývala problematikou vzniku proleženin v jednotlivých typech zařízení. Dle dostupných dat NRC vznikají dekubity nejčastěji u jedinců v následné péči, je však třeba brát v potaz možnost zkreslení dat. Do projektu „Šetření dekubitů na národní úrovni“ je totiž zapojeno pouze 10 zařízení, kde je monitoring řádně prováděn dle Věstníku MZČR z roku 2009. Nejčastěji v tomto případě byla označována možnost „zařízení následné péče“, kterou zvolilo celkem 80 lidí (52 %). Další v pořadí byla se značným odstupem vybírána možnost „domácí prostředí“, kterou označilo 42 lidí (27 %). Překvapující je skutečnost, že nejméně častou odpovědí byla „zdravotnická zařízení – nemocnice“ s počtem 32 odpovědí (21 %). Výsledky odpovídají faktu, že zařízení následné péče nemají, dle mého názoru, příliš dobrou pověst a mnoho odstrašujících případů je medializováno. Odpovědi u této otázky se v závislosti na pohlaví výrazně neodlišovaly.

Otázka č. 8 se dotazuje, zda je možné vzniku dekubitů ve většině případů předejít. Odborná literatura se shoduje, že míra preventability je vysoká a závisí především na kvalitě ošetrovatelské péče. Nicméně některé z rizikových faktorů nelze zcela ovlivnit, proto se může dekubit objevit i při sebelepší úrovni poskytované ošetrovatelské péče. Jedná se zejména o jedince v kritickém stavu a polymorbidní pacienty v pokročilém věku. Potěšující je zjištění, že 129 dotazovaných (84 %) je přesvědčeno, že proleženinám mohou ve většině případů předcházet. Odpovědi se u této otázky, stejně tak jako v předešlém případě, v závislosti na pohlaví významně neodlišovaly.

Otázka č. 9 zkoumala znalost rizikových faktorů vzniku dekubitů. Jedinci měli na výběr z 6 předem definovaných odpovědí, přičemž všechny lze považovat za správné. Z tohoto důvodu byl za každý zvolený rizikový faktor dotyčným započítán 1 bod. V závěru tedy platí, že více označených odpovědí znamená větší počet bodů. Nejčastěji byly označovány možnosti „působení dlouhodobého tlaku“ a „nedostatečné polohování pacienta“, které spolu v podstatě souvisí (shodně 114 odpovědí – cca 25,5 % všech odpovědí). Následuje odpověď „nedostatečná hygiena“, kterou označilo 69 dotazovaných (16 % odpovědí). Dalšími v pořadí jsou možnosti „inkontinence“ (13 % odpovědí) a „nedostatečná výživa“ (11 % odpovědí). Nejméně krát byl zvolen rizikový faktor „tření – posun na lůžku“ (9 % odpovědí), který je však velmi významný. Při nesprávném posunu pacienta totiž dochází ke tření kůže o podložku, čímž dochází k mikrotraumatizaci tkáně, která je pak náchylnější ke vzniku dekubitů. Každá z možností byla častěji volena ženami, souhrnně tak lze říci, že ženy znají rizikové faktory vzniku proleženin lépe než muži. Ženy celkem označily 239 možností, muži pak 202.

Otázka č. 10 je zaměřena na zhodnocení rizika vzniku proleženin. Respondenti jsou dotazováni, zda lze objektivně zhodnotit riziko vzniku proleženin. Dotazovaní měli celkem na výběr z možností „ano“, „ne“, „nevím“. V závěrečném zpracování dat byly odpovědi „ne“ a „nevím“ sloučeny, neboť obě nejsou v podstatě správné. V tomto případě správně odpovědělo celkem 88 respondentů (57 %). Pokud se zaměříme na rozčlenění dle pohlaví, i zde platí, že ženy jsou v tomto směru informovanější. Správně odpovědělo 50 z nich, mužů jen 38.

U otázky č. 11 měli dotazovaní za úkol označit predilekční místa vzniku dekubitů. Na výběr měli z 5 možností, z nichž všechny, stejně tak jako u otázky č. 9, byly správné. Vyhodnocení zde probíhalo stejně tak jako u otázky č. 9. Stryja et al. (2011) uvádí, že přes 90 % všech proleženin vzniká distálně od pasu, tedy na končetinách a v oblasti pánve.

Topinková (2010) ve své publikaci uvádí konkrétnější čísla. Dle jejích údajů vznikají dekubity nejčastěji v oblasti sacra (34 %) a následně na patách (26 %). Validitu tohoto tvrzení podtrhuje fakt, že Nick Santamaria se při své randomizované studii, v nichž dokazuje účinnost speciálních silikonových krytí (Mepilex), zaměřil právě na tato dvě predilekční místa. Potěšující je zjištění, že respondenti nejčastěji označovali právě možnost „oblast kříže“, celkem byla zvolena 116x (37 % odpovědí). V našem výzkumném šetření byla na druhém místě vybírána „oblast hřbetu lopatky“, kterou celkem označilo 64 jedinců (20 % odpovědí). V těsném závěsu se dále vyskytovala volba „paty“, na kterých vznikají proleženiny podle 59 respondentů (19 % odpovědí). „Bok“ tvořil 14,5 % všech odpovědí (46), zatímco loket pouze 10 % (31). V tomto případě bylo opět cílem zjistit obecnou znalost predilekčních míst vzniku dekubitů, v praxi se samozřejmě riziková místa odvíjejí od polohy, ve které se jedinec nachází. I v tomto případě ženy projevily větší informovanost, celkem označily 170 odpovědí, zatímco muži jen 146.

V tomto případě **byla zamítnuta $1H_0$ a přijata $1H_a$** s p-hodnotou 0,000789. **Úroveň znalostí laické veřejnosti o vzniku dekubitů tedy souvisí s pohlavím dotazovaných.** Podrobnější počty jedinců splňujících/nesplňujících dané kritérium zobrazuje kontingenční tabulka 7. Tabulka 8 zobrazuje vypočítané očekávané četnosti, vůči kterým byla data porovnána prostřednictvím chi-square testu.

Tabulka 7 Rozdělení respondentů dle kritéria k $1H_0$, $1H_a$

Počet z H1	0	1	Celkem
muži	69	9	78
ženy	50	26	76
Celkem	119	35	154

Tabulka 8 Očekávané četnosti k $1H_0$, $1H_a$

Očekávané četnosti	0	1
Muži	60,27273	17,72727
ženy	58,72727	17,27273

Dílčí cíl 2: Zjistit, v jaké míře se laická veřejnost již setkala s dekubity

Na základě takto zformulovaného dílčího cíle byla stanovena druhá nulová a alternativní hypotéza následovně:

2H₀: Konfrontace laické veřejnosti s dekubity nesouvisí s věkem dotazovaných.

2H_A: Konfrontace laické veřejnosti s dekubity souvisí s věkem dotazovaných.

S těmito hypotézami souvisejí otázky číslo 3, 4, 5, 21, 22. Otázka číslo 3 „Slyšel(a) jste někdy o pojmu proleženina?“ měla za cíl odhalit nejen to, zda se dotazovaní s proleženinou někdy setkali, ale i to, zda vůbec slyšeli o existenci tohoto problému. Nejčastěji o dekubitech slyšeli jedinci z věkové kategorie 31 – 60 let, odpověď „ano“ zvolili 51x (33,12 %). Velice podobně jsou na tom probandi z nejstarší věkové skupiny (61 a více let), kteří kladně odpověděli ve 49 případech (31,82 %). Dle našeho očekávání v tomto případě nejhůře dopadla skupina do 30 let, v níž jedinci odpověděli souhlasně pouze 28x (18,18 %).

Otázka číslo 4 „Co si pod tímto pojmem představujete?“ sloužila jako kontrolní. Ověřovala, zda respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně, skutečně vědí, co tento pojem znamená. Na druhou stranu také zjišťovala, zda i ti, kteří o proleženinách nikdy předtím neslyšeli, dokážou již z názvu odvodit význam tohoto termínu. Jednalo se o otevřený typ otázky, každý měl tedy prostor pro vlastní názor. Při závěrečném zhodnocení byly otázky rozděleny do skupin správně, nesprávně a nevím. Při ověřování korektnosti odpovědí bylo bráno v potaz to, že se jedná o výroky laické veřejnosti, tudíž nelze očekávat přesné definice ani terminologii z oboru. I zde dopadly nejlépe věkové kategorie 31 – 60 let a 61 a více let, z nichž správně pojem proleženina vysvětlilo shodně 39 (25,32 %) jedinců. Nejmladší věková skupina do 30 let dosahuje horších výsledků, neboť správnou představu o tomto termínu mělo jen 21 (13,64 %) dotazovaných. Zajímavé je zjištění, že cca 10 zástupců z každé věkové kategorie uvedlo, že někdy o proleženinách slyšelo, ale nedokázalo však správně tento pojem vysvětlit.

Otázka 5 byla pro přijetí/zamítnutí stanovených hypotéz stěžejní. Dotazovala se na přímé setkání jedinců s proleženinou. V tomto případě se jednalo o uzavřenou otázku, kde respondenti mohli vybírat ze 4 možností. Nejčastěji se s dekubitem setkali jedinci z věkové kategorie 31 – 60 let, těsně následování respondenty staršími 61 let. Dle očekávání si proleženinu na vlastní kůži zažili nejčastěji nejstarší z dotazovaných (zhruba 2x více než v ostatních kategoriích). Další náš předpoklad se potvrdil u varianty „osoba blízka, člen rodiny“. Osoby ve věku 31 – 60 let tuto položku volili nejčastěji. Zde se dá totiž očekávat, že se ve svém věku mohou samy dostat do role pečovatele, neboť jejich rodiče dosahují již pokročilejšího věku. Stejně složení odpovědí dle věku bylo i u následující varianty „širší

okruh známých“. Z výsledků je ale evidentní, že drtivá většina populace se s dekubity nikdy nesetkala. Není překvapením, že nejčastěji s dekubity nebyla konfrontována skupina dotazovaných do 30 let.

Otázku číslo 21 „Znáte pojem dekubitus?“ považujeme spíše za doplňující, neboť u laické veřejnosti nelze počítat se znalostí odborné terminologie. Tato domněnka se nejvíce potvrdila u nejstarších z dotazovaných. S postupem času se však dá očekávat, že i u starších lidí bude tato znalost postupně vyšší, neboť současná věková skupina 31 – 60 let, která vykazovala většinovou znalost tohoto pojmu, dospěje do pokročilejšího věku.

Otázka 22 pak zkoumala, odkud dotazovaní pojem dekubitus znají. Totožný počet respondentů uvedl jako zdroj informací zdravotnické pracovníky. Tato skutečnost není nijak překvapivá, protože i přes to, že se dekubity týkají úplně všech, pořád jsou největším předmětem zájmu právě zdravotníků. 49 jedinců (31,82 %) ze všech dotazovaných vykazovalo znalost pojmu proleženina i dekubitus současně.

V tomto případě **přijímáme $2H_0$ a zamítáme $2H_A$** , neboť p-hodnota vyšla 0,668223, což je vysoko nad stanovenou hladinu významnosti 0,05. Souhrnně zde lze říci, že **konfrontace laické veřejnosti s dekubity nesouvisí s věkem dotazovaných**. Z výsledků může ale být na první pohled patrné, že věk ovlivňuje zkušenosti dotazovaných s dekubity, což podporuje především skutečnost, že nejmladší z respondentů se výrazně v tomto směru odlišovali. Závěrečný výsledek ale nakonec zvrátil fakt, že věkové skupiny 31 – 60 a 61 a více let se z tohoto hlediska statisticky významně nelišily. Kontingenční tabulka 9 zachycuje počty jedinců, kteří splňují/nespĺňují dané kritérium vzhledem k věku, tyto četnosti byly pomocí chi-square testu porovnány s očekávanými četnostmi, které zobrazuje kontingenční tabulka 10.

Tabulka 9 Rozdělení respondentů dle kritéria k $2H_0$, $2H_A$

Počet z H2	0	1	Celkem
do 30	36	8	44
31-60	41	13	54
61 a více	46	10	56
Celkem	123	31	154

Tabulka 10 Očekávané k 2H₀, 2H_a

Očekávané četnosti	0	1
do 30	35,14286	8,857143
31-60	43,12987	10,87013
61 a více	44,72727	11,27273

Dílčí cíl 3: Zjistit úroveň znalostí veřejnosti v péči o jedince s rizikem vzniku dekubitů

3H₀: Úroveň znalostí laické veřejnosti v péči o jedince s rizikem vzniku dekubitu není ovlivněna pohlavím dotazovaných.

3H_A: Úroveň znalostí laické veřejnosti v péči o jedince s rizikem vzniku dekubitu je ovlivněna pohlavím dotazovaných.

K těmto hypotézám jsou vázány otázky číslo 13, 14, 15, 16. Otázka č. 13 byla specifická tím, že dotazovaní měli na výběr ze 4 fotografií, která zobrazovaly různá stádia dekubitů. Cílem bylo zjistit, v jakém případě by respondenti zahájili opatření proti vzniku proleženin. Samozřejmě jsme si vědomy skutečnosti, že tato opatření je nutno realizovat v případě výskytu kteréhokoliv dekubitu. Účelem bylo ale zjistit, jak si dotazovaní vizuálně představují v podstatě I. stupeň dekubitu. Nejčastěji byla označována možnost „obrázek č. 1“, tedy správná odpověď, kterou zvolilo 94 jedinců (61,04 %), vzhledem k pohlaví je zde rozdíl minimální. Poměrná část laické veřejnosti označila „obrázek č. 2“, který zobrazoval proleženinu II. stupně, celkem se pro tuto možnost vyslovilo 56 respondentů (36,36 %). I v tomto případě je struktura odpovědí dle pohlaví naprosto totožná.

Otázka číslo 14 byla zaměřena na opatření, která zabraňují vzniku proleženin. I zde by se dala naše získaná data porovnat s aktuální odbornou literaturou, ale jelikož toto srovnání bylo provedeno již u hypotézy 1, která se zaměřovala na vznik dekubitů a v podstatě i rizikové faktory, byly by tyto údaje duplicitní. Jednalo se o uzavřenou otázku s libovolným počtem možných odpovědí. Čím více odpovědí pak jedinec zvolil, tím vyššího počtu bodů zde dosáhl, neboť všechny odpovědi byly správné. Nejčastěji byla označována možnost „polohování“, která tvořila cca 32 % všech odpovědí. Následovala položka „péče o pokožku“, která tvořila 23 % všech odpovědí. Třetí místo zaujímala možnost „antidekubitní matrace“, která získala 21 % všech odpovědí. Nejméně často pak byly označovány opatření „použití mastí“, celkem 14 % odpovědí a „dostatečná výživa“, celkem 10 % odpovědí. Nedostatečná výživa, jakož to rizikový faktor pro vznik

proleženin, byla značně opomíjena již u otázky číslo 9, kde tvořila pouze 6 % všech odpovědí. Položky „péče o pokožku“ a „použití mastí“ se mohou na první pohled jevit jako totožné a tedy duplicitní, ve skutečnosti však „péče o pokožku“ zahrnuje především hygienickou stránku, „použití mastí“ pak následné ošetření kůže. Toto upřesnění bylo vždy díky specifické formě dotazování jedinců uvedeno na pravou míru. U 4 z 5 možných odpovědí vykazovaly lepší znalost ženy, šlo však jen o statisticky nevýznamné rozdíly.

Otázka č. 15 byla zaměřena na bolest, která souvisí s výskytem dekubitů. Potěšující je zjištění, že 95 % všech dotazovaných si uvědomuje, jak bolestivé proleženiny mohou být. I v tomto případě nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly vzhledem k pohlaví. Jedinci s dekubitem mohou trpět specifickou intenzivní bolestí, která se objevuje jak při léčebných procedurách, tak i při odpočinku. (EPUAP, 2014)

Otázka číslo 16 cílila na léčbu dekubitů, konkrétně pak na její časovou náročnost. Největší část odpovědí náleží položce „individuální, nemusí se vyléčit nikdy“, kterou zvolilo 62 % všech dotazovaných. Následovala možnost „měsíce“, kterou považovalo 36 % všech jedinců za správnou. Pokud se zaměříme na rozčlenění dle pohlaví, projevíly ženy lepší orientaci v této problematice.

Na základě výše uvedených skutečností **přijímáme $3H_0$ a zamítáme $3H_A$** . P-hodnota chi-square testu vyšla 0,621, čili značně překračuje stanovenou hladinu významnosti 0,05 (5 %). Zjednodušeně lze tedy říci, že **úroveň znalostí laické veřejnosti v péči o rizikového jedince nesouvisí s pohlavím dotazovaných.**

Tabulka 11 Rozdělení respondentů dle kritéria k $3H_0$, $3H_a$

Počet H3	0	1	celkem
muži	38	40	78
ženy	34	42	76
Celkem	72	82	154

Tabulka 12 Očekávané četnosti k $3H_0$, $3H_a$

Očekávané četnosti	0	1
muži	36,46753	41,53247
ženy	35,53247	40,46753

Dílčí cíl 4: Zjistit ochotu veřejnosti k získávání informací o problematice dekubitů

K takto stanovenému cíli byly následně zformulovány tyto hypotézy:

4H₀: Zájem laické veřejnosti o informace týkající se problematiky dekubitů nesouvisí s věkem dotazovaných.

4H_A: Zájem laické veřejnosti o informace týkající se problematiky dekubitů souvisí s věkem dotazovaných.

K následujícím hypotézám se vztahovaly otázky s číslem 17, 18, 19 a 20. Jelikož jsou tyto položky dotazníku čistě informační a zkoumají osobní postoj/názor laické veřejnosti ke způsobu získávání informací, nelze je zařadit do stanoveného systému bodování pro následné statistické vyhodnocení. Pro ověření těchto hypotéz bylo tedy použito absolutních a relativních četností.

Otázka číslo 17 zjišťovala zájem laické veřejnosti o další informace týkající se problematiky proleženin. Ochotu k získání informací zde projevilo 71 % všech dotazovaných, z čehož největší podíl odpovědí „ano“ náleží věkové kategorii 61 a více let. Rozdíly oproti dvěma zbývajícím skupinám jsou pak téměř zanedbatelné. Toto zjištění nás mile překvapilo, nicméně otázkou zůstává, zda by se nám dostalo stejných odpovědí v případě, že by se jednalo o pouhé vyplnění dotazníku bez edukačního rozhovoru. Rozhovory vedené s dotazovanými „tváří v tvář“ považujeme za významný faktor, který v důsledku může ovlivnit výsledky samotného výzkumného šetření. Tuto formu jsme však zvolily zejména proto, že naším cílem bylo působit na cílovou veřejnost tematicky, a to v rámci akce STOP dekubitům, preferovaly jsme osobní kontakt a v neposlední řadě nám šlo o to, aby si dotazovaní z celé akce odnesli užitečné informace.

Otázka číslo 18 vyhodnocuje formu informací, která je pro dotazované nejpřijatelnější. Dle očekávání je nejvýznamnějším zdrojem informací „internet“, pro který se vyslovila třetina dotazovaných. Nejvíce byla tato odpověď zastoupena u jedinců ve věkové kategorii do 30 let, následně 31 – 60 let. Téměř totožně dopadl „zdravotnický pracovník“, který byl nejvíce preferován dotazovanými ve věku 61 a více let, což lze považovat za jakýsi úspěch. Překvapivé je zjištění, že se značná část respondentů vyslovila pro možnost „tištěné materiály“, většina z nich pak z řad těch nejstarších z nás. V dnešní době, kdy se mnoho lidí cítí býti zahlceno přemírou reklamních letáků, je tento fakt neočekávaný.

Otázka číslo 19 úzce souvisí s předchozí otázkou. Cílem zde bylo zejména zjistit, kam situovat výstupy naší práce. Ze všech uvedených možností byly preferovány nejvíce „čekárny u lékaře“ a „informační portál“. I zde se jednotlivé odpovědi liší z hlediska věku.

Otázka s číslem 20 je zaměřena konkrétněji, táže se, zda by dotazované uvítali specifický webový portál, který by se problematikou proleženin zabýval. Více než 2/3 lidí o tuto myšlenku zájem projevilo.

Na základě získaných dat lze tedy říci, že **přijímáme $4H_A$ a zamítáme $4H_0$. Zájem laické veřejnosti o informace týkající se problematiky proleženin tedy souvisí s věkem dotazovaných**, což je jasně patrné i z grafů k jednotlivým otázkám.

ZÁVĚR

Dekubity jsou bezesporu problémovým jevem, na který je nutné se neustále zaměřovat. Proleženiny mohou postihnout všechny osoby bez rozdílu pohlaví, věku, rasy apod. Právě z tohoto důvodu je nutné cílit veškerá vynaložená opatření nejen na odbornou zdravotnickou veřejnost, ale i na tu neodbornou, tedy laickou. Cílem této diplomové práce bylo zjistit úroveň znalostí laické veřejnosti o problematice dekubitů. Vzhledem k tomu, že se dle našich informací jednalo o první výzkumné šetření tohoto typu, stály jsme před složitým rozhodnutím, za jaký konec tuto komplexní a obsáhlou problematiku uchopit. Rozhodly jsme se provést spíše jakési „mapování terénu“, ve kterém jsme se zaměřily jak na úroveň znalostí laické veřejnosti o vzniku a léčbě dekubitů, tak i na konfrontaci s nimi či na preferované zdroje a způsoby získávání nových informací. Šířka tohoto tématu značně ovlivnila i teoretickou část této práce, do které byly zařazeny souhrnné informace týkající se této problematiky. Rozsah i obsah jednotlivých kapitol by zajisté mohl být širší, nicméně by překračoval rámeček této práce.

Výsledná data jsme získaly za významné spolupráce s FN Plzeň, která nám umožnila participovat na realizaci akce STOP dekubitům a tím splnit náš záměr. Tyto výsledky má již FN Plzeň k dispozici, rovněž o nich bude informován i EPUAP. Naším původním záměrem bylo vytvořit webový portál pro laickou veřejnost, kde by našla veškeré informace týkající se problematiky péče o jedince v domácím prostředí, nicméně tento záměr byl již realizován, a to prostřednictvím portálu www.dekubity.eu. Tento informační portál shromažďuje informace jak pro odbornou, tak i laickou veřejnost, které jsou rozděleny do několika sekcí. Jedná se o realizaci výstupů z kulatých stolů k tématu problematiky dekubitů. Užitečná je také možnost položení dotazu, který bude následně zodpovězen odborníkem. Garantem celého portálu je ČSLR a ČAS. Tento web spravuje a provozuje Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) s podporou MZČR. V současné době jsme oslovily redakční radu tohoto portálu, po vzájemné domluvě bude v nejbližší době probíhat participace na samotné tvorbě webu. Cílem je zveřejnit zde celou diplomovou práci, která by mohla být vodítkem a inspirací pro další odborníky a budoucí výzkumná šetření. Výstupem této diplomové práce bude rovněž spolupráce na tvorbě samotného obsahu tohoto portálu, do něhož by měly být zařazeny námi získané informace. Díky tomuto kroku se nám podaří reagovat na skutečnost, že pro laickou veřejnost je nejvíce preferovaným zdrojem informací právě

internet. Téma dekubitů mě při tvorbě této práce oslovilo natolik, že bych se v budoucnosti ráda stala pravidelnou přispěvatelkou tohoto portálu.

Laická veřejnost ovšem v rámci získávání informací preferuje i tištěné edukační materiály. V současnosti, dle našeho názoru, tyto materiály existují ve vysoké kvalitě, a to zejména díky českému překladu oficiálních podkladů od EPUAPU. Tyto podklady jsou hojně využívány zejména při realizaci akce STOP dekubitům, nicméně by bylo vhodné zajistit jejich propagaci i mimo tento den. Dle našeho názoru by měly být v rámci zdravotnického zařízení k dispozici především na některých charakteristických typech oddělení, v rámci FN Plzeň by se jednalo například o nově otevřený Denní stacionář pro seniory. Nicméně nevyklučujeme ani jejich možnost další propagace, zejména na oddělení interního typu, lůžka následné či sociální péče, geriatrické oddělení a další.

Tomuto závažnému problému je věnováno rovněž i velmi působivé informační video (<https://www.youtube.com/watch?v=SIQbuhPGoEs>), které vzniklo díky EPUAPU a vhodnou formou upozorňuje na závažnost dekubitů. Dalším cílem do budoucna by mohl být český překlad tohoto videa, které by následně bylo ke zhlédnutí v čekárnách ambulantních lékařů, a to jako trvalá smyčka. Tento záměr by bylo možné zrealizovat prostřednictvím spolupráce se Státním zdravotním ústavem, který se pod záštitou MZČR zaměřuje na ochranu a podporu veřejného zdraví (zákon č. 258/2000). Za zvážení by rovněž stálo i vytvoření nového propagačního videa, které by přímo zobrazovalo základní principy péče o jedince s rizikem vzniku dekubitu, čímž by vhodně doplnilo již existující video od EPUAPU.

Cíle diplomové práce byly splněny. Myslíme si, že celé naše výzkumné šetření bylo zrealizováno vhodnou formou, která již sama o sobě měla přínos pro laickou veřejnost. Doufáme, že námi získané informace budou nadále přínosem pro ostatní a že se nám podaří alespoň částečně provést osvětu a zvýšit tak povědomí veřejnosti o tomto problému. Rády bychom dosáhly toho, aby se každému při vyslovení pojmu „proleženina, dekubitus“ vybavila alespoň základní představa o této komplexní problematice, stejně tak jako je tomu například u pojmu „klíšťová encefalitida“. Sice ne každý dokáže plně vysvětlit toto onemocnění, nicméně alespoň ve sdělovacích prostředcích je mu věnována značná podpora. Jsme si plně vědomy skutečnosti, že se nám toto přání nepodaří splnit bez významné pomoci ostatních. I když se může zprvu zdát, že problematice dekubitů je věnována značná podpora a zájem, myslíme si, že i zde jsou výrazné mezery, zejména co

se působení na laickou veřejnost týká. V návaznosti na to budou výsledky této práce předneseny na několika odborných konferencích.

Problematika proleženin je tak obsáhlá a komplexní, že není v našich silách vystihnout celý její rozsah. Potěšující je skutečnost, že ve snaze zlepšit péči o pacienty se stává ve většině zdravotnických zařízení v ČR sledování dekubitů jedním z indikátorů kvality péče. Prevence a léčba dekubitů si žádá spolupráci všech odborníků zapojených do péče o naše pacienty. Důležité je uvědomit si fakt, že problematika proleženin se týká primární, sekundární, ale i terciární péče a vyžaduje kontinuální spolupráci všech participujících odborníků.

Myslíme si, že je v závěru více než na místě uvést citát, který vyslovil J. W. Goethe: „Nestačí vědět, znát. Vše, co víme, musíme umět využít. Nestačí chtít, je nutno konat.“ (Müllerová et al., 2013)

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Aktuální referenční hodnoty. In: *Národní referenční centrum: Šetření dekubitů na národní úrovni* [online]. Praha, 2015 [cit. 2015-01-15]. Dostupné z: <http://www.dekubity.nrc.cz/dekubity/aktualni-referencni-hodnoty>

BEECKMAN, Dimitri, Lisette SCHOONHOVEN a Carol DEALEY. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. *Pressure Ulcer Classification Tool 3* [online]. Oxford, 2014 [cit. 2015-01-16]. Dostupné z: <http://users.ugent.be/~dibeeckm/puclas/html/>

BENATI, G., S. DELVECCHIO, D. CILLA a V. PEDONE. Impact on pressure ulcer healing of an arginine-enriched nutritional solution in patients with severe cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [online]. 2001, vol. 33, s. 43-47 [cit. 2015-01-05]. DOI: 10.1016/S0167-4943(01)00120-0. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494301001200>

BLACK, Joyce, Michael CLARK, Paulo ALVES, Tod BRINDLE, Evan CALL, Carol DEALEY a Nick SANTAMARIA. Consensus statement: Global evidence based practice recommendations for the use of wound dressings to augment pressure ulcer prevention protocols - August 2012. In: *Mölnlycke health care* [online]. Švédsko, 2012 [cit. 2015-01-22]. Dostupné z: www.molnlycke.com/Documents/GLOBAL_-_ENG/Wound_Care/Consensus_Statement.pdf

BOBÁL, Ján. Inkontinence a dekubity. *Sestra*. 2012, č. 5, s. 55. ISSN: 1210-04-04.

BRABCOVÁ, Iva. *Management zdravotnických služeb: studijní opora*. České Budějovice, 2008, 82 s.

BRADEN, Barbara a Joann MAKLEBUST. Preventing pressure ulcers with the Braden scale: an update on this easy-to-use tool that assesses a patient's risk. *The American Journal of Nursing* [online]. 2005, roč. 105, č. 8, s. 70-72 [cit. 2014-12-15].

ČESKÁ REPUBLIKA. Metodika prevalenčního sledování dekubitů na národní úrovni. In: *Věstník MZ ČR*. 2009, částka 6, s. 69 - 82. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=9284&typ=application/pdf&nazev=V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ_06-09.pdf

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3. 2.*, upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 673 s. ISBN 80-247-1132-X.

ČSLR. *Česká společnost pro léčbu rány* [online]. [cit. 2015-01-16]. Dostupné z: <http://www.cslr.cz/>

DEALEY, Carol, John POSNETT a Andy WALKER. The cost of pressure ulcer in the UK. *Journal of wound care*. 2012, roč. 21, č. 6, 261-2, 264, 266. ISSN 0969-0700.

Declaration of Rio de Janeiro on Pressure Ulcers Prevention as a Univesal Human Right. In: EPUAP. *EPUAP* [online]. 2011 [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2012/02/Declaracion-de-Rio_Ingles.pdf

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

EPUAP, 2012. Pressure ulcers: Just the facts!. In: *European Pressure Ulcer Advisory Panel* [online]. 2012 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2012/05/Factsheet_A4.pdf

EPUAP, 2014. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.

EPUAP. *European Pressure Ulcer Advisory Panel* [online]. [cit. 2015-01-15]. Dostupné z: <http://www.epuap.org/>

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Bony prominences. In: *PuClas 3: Pressure Ulcer Clasification Tool* [online]. 2012 [cit. 2015-01-10]. Dostupné z: <http://users.ugent.be/~dibeeckm/puclas/html/>

EWMA. *European Wound Management Association* [online]. Denmark [cit. 2015-01-16]. Dostupné z: <http://ewma.org/english.html>

GROFOVÁ, Zuzana. *Dieta na podporu hojení ran*. 1. vyd. Praha: Forsapi, c2012, 190 s. ISBN 978-808-7250-211.

GROFOVÁ, Zuzana. Výživa, malnutrice, dekubity a hojení ran. *Lékařské listy* [online]. 2009, č. 18, s. 30-32 [cit. 2015-01-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/vyziva-malnutrice-dekubity-a-hojeni-ran-447838>

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 9788024718309.

KRAJČÍK, Štefan a Eva BAJANOVÁ. *Dekubity: prevencia a liečba v praxi*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2012, 85 s. ISBN 978-808-9171-958.

LANGMEIER, Miloš. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 320 s. ISBN 978-802-4725-260.

LINDGREN, Margareta, Mitra UNOSSON, Mats FREDRIKSON a Anna-Christina EK. Immobility - a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2004, roč. 18, č. 1, s. 57-64 [cit. 2014-12-17]. DOI: 10.1046/j.0283-9318.2003.00250.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.0283-9318.2003.00250.x>

LINET. Stop dekubitům. *Komfort*. 2014, roč. 11, č. 3, s. 4-5. ISSN: neuvedeno.

LITSCHMANNOVÁ, Martina. *Statistika I.: cvičení*. Ostrava, 2009, 33 s. Dostupné z: http://homel.vsb.cz/~lit40/STA1/Cviceni/PDF/11cParam_Hypotezy.PDF

MAĎAR, Rastislav, Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 178 s. ISBN 8024716739.

MELUZÍNOVÁ, Hana, Pavel WEBER, Zuzana NAVRÁTILOVÁ a Hana KUBEŠOVÁ. Dekubitus - komplexní pohled geriatra. *Interní medicína pro praxi*. 2007, roč. 9, č. 11, s. 499-506.

MILNE, C.T., TRIGILIA, D., HOULE, T.L., DELONG, S., ROSEN-BLUM, D.: Reducing pressure ulcer prevalence rates in the long-term acute care setting. *Ostomy Wound Manage*, 55, 2009, 4, s. 50 - 59.

MÜLLER, Luděk. *Diagnostika a rozhodování*. 1. vyd. Plzeň, 2002. Dostupné z: <http://www.kky.zcu.cz/cs/courses/dr>

MÜLLEROVÁ, Nina a Jitka HOVORKOVÁ. Ve Stockholmu probíhalo 17. jednání Evropského panelu pro prevenci dekubitů. In: *Florence* [online]. 2014 [cit. 2015-01-10]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/ve-stockholmu-probihalo-17-jednani-evropskeho-panelu-pro-prevenci-dekubitu/>

MÜLLEROVÁ, Nina, Jitka HOVORKOVÁ, Zdena SURÁ a Romana EYSSELTOVÁ. Ve Vídni se konalo 16. jednání Evropského poradního panelu pro prevenci dekubitů. *Florence*. 2013, roč. 9, č. 11, s. 32-33.

NPUAP. *National Pressure Ulcer Advisory Panel* [online]. Washington DC [cit. 2015-01-15]. Dostupné z: <http://www.npuap.org/>

ONDŘIOVÁ, Iveta a Terézia FERTALOVÁ. Dekubity jako indikátor kvality péče. *Sestra*. 2011, č. 1, s. 48-49. ISSN: 1210-0404.

PANCORBO-HIDALGO, Pedro L., Francisco Pedro GARCIA-FERNANDEZ, Isabel Ma LOPEZ-MEDINA a Carmen ALVAREZ-NIETO. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2006, vol. 54, issue 1, s. 94-110 [cit. 2015-02-15]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03794.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2006.03794.x>

PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 76 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4726-823.

PETROVICKÝ, Pavel. *Anatomie s topografií a klinickými aplikacemi*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002, 542 s. ISBN 80-806-3048-8.

PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. Sestra (Grada). ISBN 9788024738710.

POKORNÁ, Andrea. *Úvod do wound managementu: příručka pro hojení chronických ran pro studenty nelékařských oborů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 112 s. ISBN 978-802-1060-487.

RESL, Vladimír. *Hojení chronických ran*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997, 425 s. ISBN 80-716-9239-5.

SANTAMARIA, Nick, Wei LIU, Marie GERDTZ, Sarah SAGE, Jane MCCANN, Amy FREEMAN, Theresa VASSILIOU, Stephanie DEVINCENTIS, Ai W NG, Elizabeth MANIAS, Jonathan KNOTT a Danny LIEW. The cost-benefit of using soft silicone multilayered foam dressings to prevent sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: a within-trial analysis of the Border Trial. *International Wound Journal*. 2013, n/a-n/a. DOI: 10.1111/iwj.12160. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/iwj.12160>

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.

SOUČKOVÁ, Bohuslava. Doporučené nutriční postupy pro prevenci a léčbu dekubitů. In: [online]. Praha, 2008 [cit. 2015-01-05]. Dostupné z: <http://www.cslr.cz/admin/files/EPUAP-Doporucene-nurtricni-postupy-pro-prevenci-a-lecibu-dekubitu.pdf>

STRYJA, J. et al, 2011, STRYJA, Jan, Petr KRAWCZYK, Michal HÁJEK a František JALŮVKA. *Repetitorium hojení ran 2*. Vyd. 1. Semily: GEUM, 2011, 371 s. ISBN 978-808-6256-795.

ŠÁTEKOVÁ, Lenka a Katarína ŽIAKOVÁ. VALIDITY OF PRESSURE ULCER RISK ASSESSMENT SCALES : REVIEW. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2014, roč. 5, č. 2, s. 85-92. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2014-02/6-satekova-et-al.pdf>

ŠEFLOVÁ, Lenka a Gabriela JANČÍKOVÁ. *Postupy v prevenci a léčbě dekubitů*. Olomouc: Solen, 2010, s. 56-67. ISBN 978-80-97327-36-4.

ŠEFLOVÁ, Lenka a Irena BERÁNKOVÁ. Management ošetřování dekubitů. *Interní medicína pro praxi*. 2006, roč. 8, č. 5, s. 252-256. ISSN: 1212-7299.

TERNBACHOVÁ, Kajetána. Monitoring dekubitů napomáhá prevenci. *Komfort*. 2014, roč. 11, č. 3, s. 5. ISSN: neuvedeno.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3.. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-807-0135-532.

VEISOVÁ, Marie. Výskyt dekubitů u seniorů - management dekubitů v ČR a SRN [online]. Brno 2009 [cit. 2015-01-02]. 118s. Diplomová práce, Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce ALICE ONDERKOVÁ. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/101013/lf_m/.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka, ABRAHÁMOVÁ, a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. ISBN 9788024737423.

SEZNAM ZKRATEK

AD	antidekubitní
apod.	a podobně
AUD	australský dolar
BMI	Body mass index
cca	circa, přibližně
cm	centimetr
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
č.	číslo
ČAS	Česká asociace sester
ČSLR	Česká společnost pro léčbu ran
EPUAP	Evropský poradní panel pro prevenci dekubitů
EWMA	Evropská asociace pro léčbu ran
FN	fakultní nemocnice
IV	invalidní vozík
JIP	jednotka intenzivní péče
kg	kilogram
kPa	kilopascal
m ²	metr čtvereční
mm Hg	milimetr rtuťového sloupce
mm	milimetr
MS	Microsoft
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NPUAP	Národní poradní panel pro prevenci dekubitů
NPWT	Negative Pressure wound therapy
NRC	Národní referenční centrum
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
RHB	rehabilitace
SZŠ	střední zdravotnická škola

tzv.	takzvaný(ě)
USA	Spojené státy americké
V.A.C.	Vacuum assisted closure therapy
VOŠZ	vyšší odborná škola zdravotnická

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Modifikovaná škála dle Nortonové
Tabulka 2	Stupnice dle Bradenové
Tabulka 3	Waterlowova škála
Tabulka 4	Další rozčlenění odpovědí – otázka č. 6
Tabulka 5	Preferovaná místa získávání informací – absolutní a relativní četnosti
Tabulka 6	Znalost pojmu dekubitů - odkud, absolutní a relativní četnosti
Tabulka 7	Rozdělení respondentů dle kritéria k $1H_0$, $1H_a$
Tabulka 8	Očekávané četnosti k $1H_0$, $1H_a$
Tabulka 9	Rozdělení respondentů dle kritéria k $2H_0$, $2H_a$
Tabulka 10	Očekávané četnosti k $2H_0$, $2H_a$
Tabulka 11	Rozdělení respondentů dle kritéria k $3H_0$, $3H_a$
Tabulka 12	Očekávané četnosti k $3H_0$, $3H_a$

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Pohlaví
Graf 2	Věk
Graf 3	Existence proleženin
Graf 4	Pojem proleženina
Graf 5	Konfrontace s proleženinou
Graf 6	Rizikové jedinci náchylní ke vzniku proleženin
Graf 7	Proleženiny v jednotlivých typech zařízení
Graf 8	Možnost předejít vzniku proleženin
Graf 9	Rizikové faktory vzniku proleženin
Graf 10	Hodnocení rizika vzniku proleženin
Graf 11	Místa vzniku proleženin
Graf 12	Pomoc s péčí o rizikového jedince v domácím prostředí
Graf 13	Vznik proleženiny - obrázek
Graf 14	Opatření zabraňující vzniku proleženin
Graf 15	Bolest proleženin
Graf 16	Délka léčby proleženin
Graf 17	Zájem o další informace o proleženinách
Graf 18	Forma informací
Graf 19	Preferovaná místa získávání informací
Graf 20	Webový portál
Graf 21	Znalost pojmu dekubitů
Graf 22	Znalost pojmu dekubitů - odkud

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1	Dekubitus I. stupně
Obrázek 2	Dekubitus II. stupně
Obrázek 3	Dekubitus III. stupně
Obrázek 4	Dekubitus IV. stupně

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Počet vzniklých dekubitů dle jednotlivých oborů (2014)
Příloha 2	Nejčastější predilekční místa vzniku dekubitů (PuClas 3)
Příloha 3	Aktivní a pasivní antidekubitní matrace
Příloha 4	Fotodokumentace akce STOP dekubitům FN Plzeň (20. 11. 2014)
Příloha 5	Formulář - Access
Příloha 6	Relační schéma databáze Access
Příloha 7	obrázky – otázka č. 13
Příloha 8	dotazník
Příloha 9	Deklarace Rio de Janeiro 2011

Přílohy

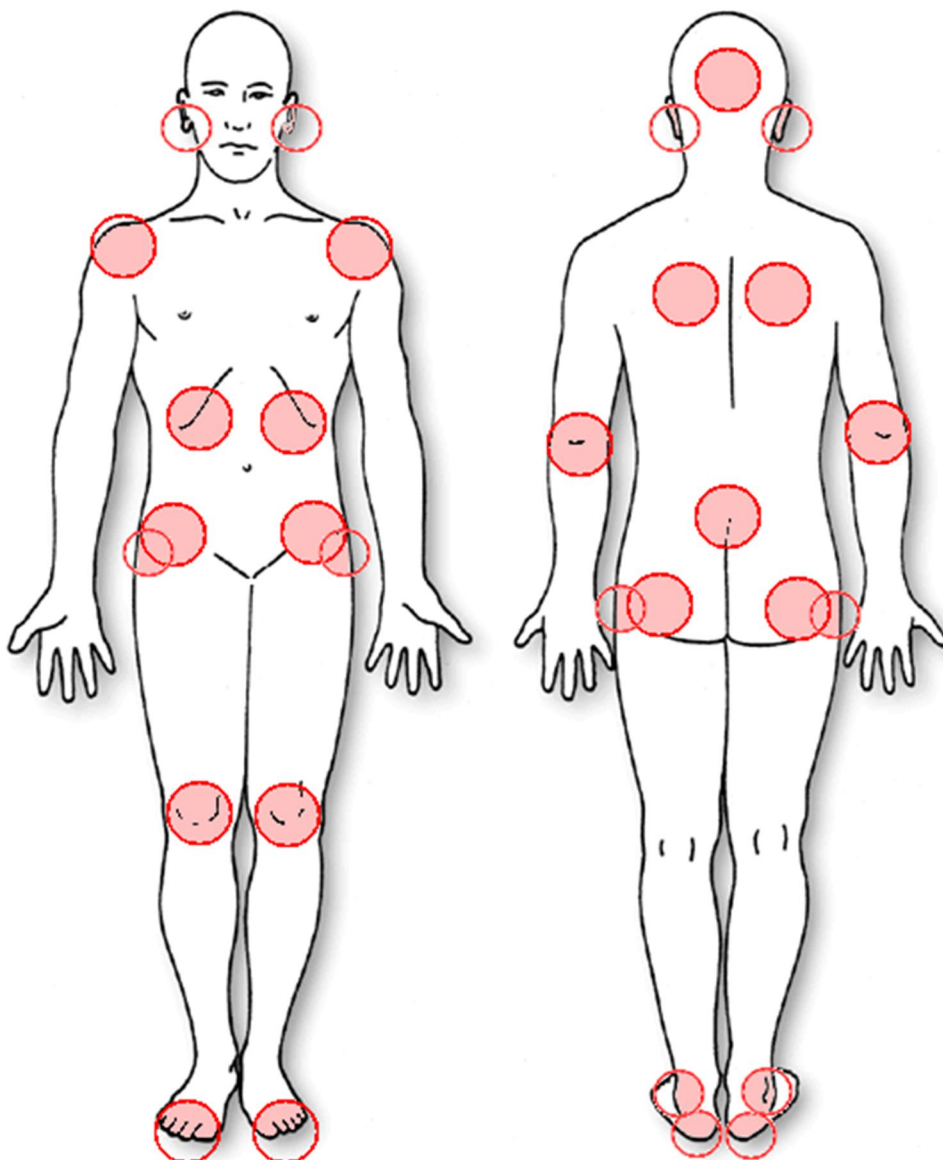
Příloha 1 Počet vzniklých dekubitů dle jednotlivých oborů (2014)

typ péče	pacienti v riziku	počet vzniklých dekubitů	relativní četnost výskytu dekubitů
interní obory	4286	332	7,7 %
chirurgické obory	2197	186	8,5 %
intenzivní péče	2280	300	13,2 %
následná péče	1925	300	15,6 %
ostatní péče	678	44	6,5 %

Zdroj: vlastní

Zdroj dat: Aktuální referenční hodnoty. In: Národní referenční centrum: Šetření dekubitů na národní úrovni [online]. Praha, 2014 [cit. 2015-01-15]. Dostupné z: <http://www.dekubity.nrc.cz/dekubity/aktualni-referencni-hodnoty>

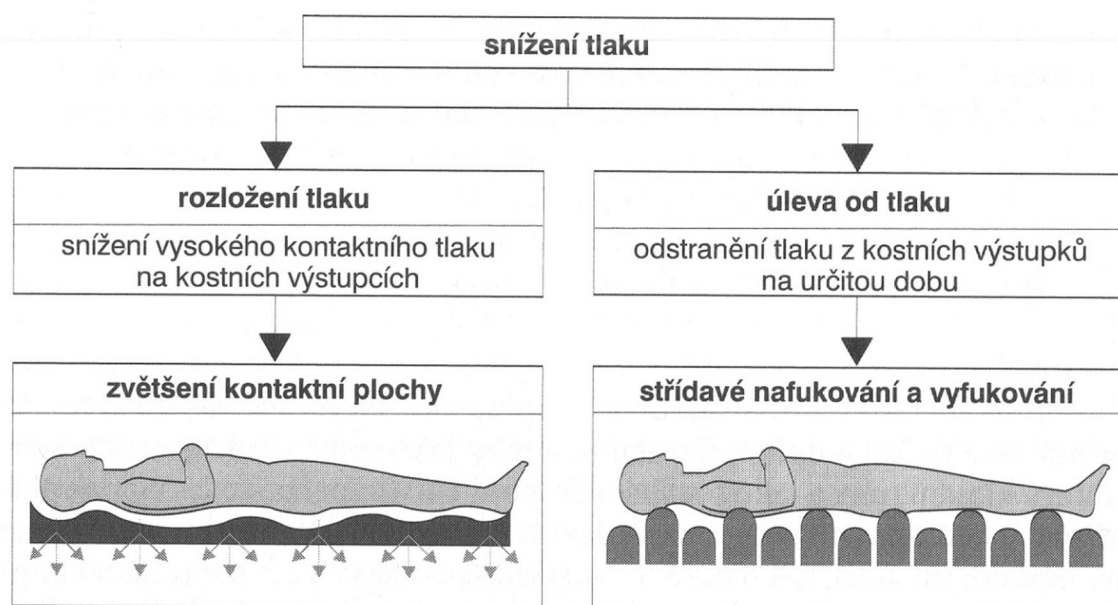
Příloha 2 Nejčastější predilekční místa vzniku dekubitů (PuClas3)



Zdroj: EPUAP. Location_bony prominences1. [fotografie]. PuClas 3 [online]. Dostupné z: http://users.ugent.be/~dibeeckm/puclas/html/images/location_bonyprominences1.gif.

Formát: 480 x 578.

Příloha 3 Aktivní a pasivní antidekubitní matrace



Zdroj: MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008, s. 40. ISBN 978-80-247-2043-2.

Příloha 4 Fotodokumentace akce STOP dekubitům FN Plzeň (20. 11. 2014)



Zdroj: archiv FN Plzeň



Zdroj: archiv FN Plzeň



Zdroj: archiv FN Plzeň



Zdroj: archiv FN Plzeň



Zdroj: archiv FN Plzeň



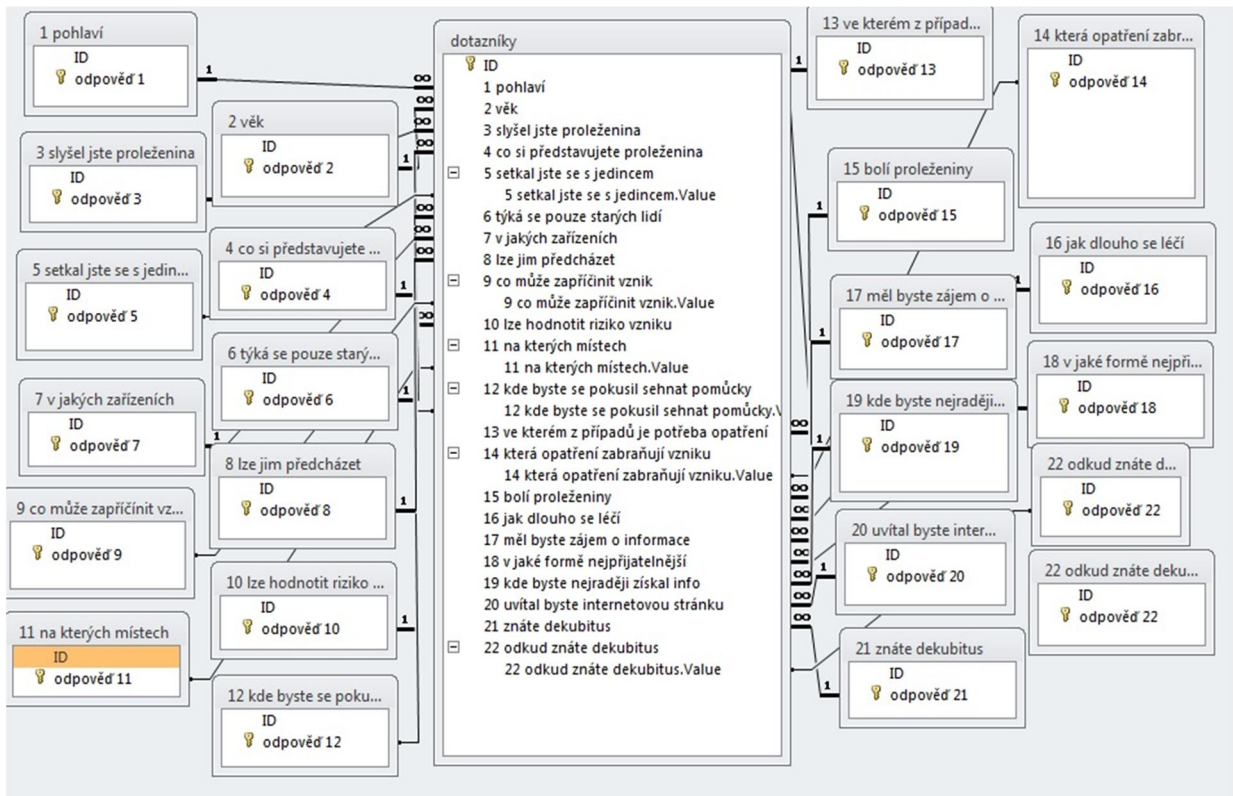
Zdroj: archiv FN Plzeň

Příloha 5 Formulář - Access

1 pohlaví	<input type="text"/>	13 ve kterém z	<input type="text"/>
2 věk	<input type="text"/>	14 která opatře	<input type="text"/>
3 slyšel jste pro	<input type="text"/>	15 bolí proležer	<input type="text"/>
4 co si představ	<input type="text"/>	16 jak dlouho se	<input type="text"/>
5 setkal jste se	<input type="text"/>	17 měl byste zá	<input type="text"/>
6 týká se pouze	<input type="text"/>	18 v jaké formě	<input type="text"/>
7 v jakých zaříze	<input type="text"/>	19 kde byste ne	<input type="text"/>
8 lze jim předcť	<input type="text"/>	20 uvítal byste i	<input type="text"/>
9 co může zapří	<input type="text"/>	21 znáte dekub	<input type="text"/>
10 lze hodnotit	<input type="text"/>	22 odkud znáte	<input type="text"/>
11 na kterých m	<input type="text"/>		
12 kde byste se	<input type="text"/>		

Zdroj: vlastní

Příloha 6 Relační schéma databáze Access



Zdroj: vlastní

Příloha 7 Obrázky – otázka č. 13

Obrázek 1



Zdroj: klasifikace PuClas 3

Obrázek 2



Zdroj: klasifikace PuClas 3

Obrázek 3



Zdroj: klasifikace PuClas 3

Obrázek 4



Zdroj: klasifikace PuClas 3

Příloha 8 Dotazník

1. Pohlaví:
 žena
 muž

2. Věk:
 do 30 let
 31 – 60 let
 61 a více let

3. Systém(a) jste někdy o pojmu proleženina?
 ano
 ne

4. Co si pod tímto pojmem představujete?

5. Setkal(a) jste se někdy s jedincem s proleženinou?
 osobní zkušenost
 osoba blízká / člen rodiny
 širší okruh známých
 nesetkal(a)

6. Myslíte si, že se problematika proleženin týká pouze starších lidí?
 ano
 ne - kolik dalších? _____

7. V jakých typech zařízení vznikají proleženiny podle Vás nečastěji?
 zdravotnická zařízení - nemocnice
 domácí prostředí
 zařízení následné péče – LDN, domov pro seniory

8. Myslíte si, že lze proleženinám ve většině případů předcházet?
 ano
 ne

9. Co může podle Vás zapříčinit vznik proleženiny? *
 působení dlouhodobého tlaku
 nedostatečné polohování pacienta
 nedostatečná výživa
 tření – posun na lůžku
 únik moči a stolice - inkontinence
 nedostatečná hygiena

10. Myslíte si, že lze objektivně zhodnotit riziko vzniku proleženin?
 ano
 ne

11. Na kterých místech těla mohou proleženiny podle Vás vznikat? *
 hřbet lopatky
 oblast kříže
 loket
 páteř
 bok

12. Kde byste se v případě potřeby pokusil(a) zajistit pomůcky potřebné k péči o pacienta v domácím prostředí? (inkontinenční pomůcky, speciální matrace, přípravky k péči o kůži apod.) *
 lékař
 sestra
 lékárna
 zdravotní služby
 internet
 jiné _____

* lze zvolit více možných odpovědí

13. Ve kterém z následujících případů je dle Vás nutné zahájit opatření proti proleženinám?
 obrázek č. 1
 obrázek č. 2
 obrázek č. 3
 obrázek č. 4
14. Která z těchto opatření podle Vás zabrání vzniku proleženin? *
 používání mastic
 polohování
 dostatečná výživa
 použití antidekubitní matrace
 péče o pokožku
15. Myslíte si, že proleženiny boří?
 ano
 ne
16. Jak dlouho podle Vás trvá vyčistit proleženinu?
 v řádech týdnů
 v řádech měsíců
 individuálně, nemusí se vyčistit nikdy
17. Měla byste zájem o získání informací týkajících se problematiky proleženin?
 ano
 ne
18. V jaké formě jsou pro Vás informace nejpřijatelnější?
 tištěné materiály – letáky, brožury
 internet
 zdravotnický pracovník – lékař, sestra
 rádio, televize
 jiné _____
19. Na jakém místě byste neprávě informace získala?
 v čekárnách u lékaře
 v lékárnách
 ve veřejné dopravě
 zaslání e-mailem
 informační portál – internet, webová stránka
 jiné: _____
20. Uvažoval byste v případě potřeby internetovou stránku s komplexními informacemi týkajícími se péče o ležícího ležince?
 ano
 ne
21. Znáte pojem dekubitus?
 ano
 ne
22. Pokud ano, odkud? *
 z internetu
 z TV, rádia
 z letáků/ informacích brožur
 od zdravotnických pracovníků
 jiné: _____
 nevím

* lze zvolit více možných odpovědí!

Příloha 9 Deklarace Rio de Janeiro (2011)

DECLARATION OF RIO DE JANEIRO ON PRESSURE ULCERS PREVENTION AS A UNIVERSAL HUMAN RIGHT (OCTOBER 2011)

Considering that:

- 1- States are responsible to guarantee people right to life and health.
- 2- Pressure ulcers are a major health problem, which affects millions of people worldwide, deteriorates their health and quality of life, and, eventually, can lead to disability and death.
- 3- Pressure ulcers produce high costs for Healthcare systems and could lead to serious ethical consequences and legal issues for professionals.
- 4- Scientific knowledge currently available has proved that these lesions could be almost completely avoided (at least at 95 %).
- 5- Pressure ulcers are an adverse event and it must be considered as a major threat for patients' safety both in Healthcare systems and in the Community.

In order to deal with this problem it is necessary:

- 1- To achieve a strong commitment for the development and implementation of determined policies aimed to prevent this important public health problem.
- 2- To assure that people have an equitable and universal access to high quality technical and human resources to prevent and treat these lesions.
- 3- To guarantee the use of quality and scientific evidence-based criteria, not just economic ones, when preventive and therapy resources are selected.
- 4- To improve both basic and post-basic education for Healthcare professionals about caring for people with or at risk of suffering these lesions, using an interdisciplinary and integral approach.
- 5- To promote research, development and innovation for making progress in the knowledge about caring for people with these problems.
- 6- To promote the creation of wound-care specialized clinical settings, with a clear interdisciplinary approach, and the availability of expert consultants in every community and healthcare setting.
- 7- To reinforce the Nursing leadership for caring people with pressure ulcers, because nurses are the professionals with the most suitable education and most adequate position in Healthcare systems to do this.

This declaration have been promoted by:

GNEAUPP (Spanish National Group for the Study and Advise on Pressure Ulcers and chronic wounds)

SILAHUE (Ibero-Latin-American Society on Wounds)



Zdroj: Declaration of Rio de Janeiro on Pressure Ulcers Prevention as a Universal Human Right. In: *EPUAP* [online]. 2011 [cit. 2015-01-23]. Dostupné z: http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2012/02/Declaracion-de-Rio_Ingles.pdf