

Prevence vzniku dekubitů v ošetrovatelské péči

Leona Pecinová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Leona Pecinová**

Osobní číslo: **H13681**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Prevence vzniku dekubitů v ošetrovatelské péči**

Zásady pro vypracování:

Zpracovat rešerše a prostudovat odbornou literaturu k tématu.

Vymezit pojmy a teoretická východiska z oblasti ošetrovatelské péče zaměřené na prevenci vzniku dekubitů.

Připravit metodiku praktické části bakalářské práce.

Realizovat průzkum kvantitativní metodou dotazníkového šetření.

Zpracovat, vyhodnotit a interpretovat získaná data.

Prezentovat výsledky šetření, shrnout je a doporučit pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

CLAY, Karen. Evidence-based pressure ulcer prevention: a study guide for nurses. 2nd. ed. Marblehead: HCPPro, 2008. 166 p. ISBN 978-16-01461-71-1.

KOUŘILOVÁ, Irena. Lokální ošetřování ran a defektů na kůži. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 76 s. ISBN 978-80-247-2682-3.

KRAJČÍK, Štefan a Eva BAJANOVÁ. Dekubity: prevencia a liečba v praxi. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2012. 85 s. ISBN 978-80-89171-95-8.

MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. Kompendium hojení ran pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

RIEBELOVÁ, Věra, Milada FRANČŮ a Jan VÁLKA. Dekubity: prevence, konzervativní a chirurgické terapie. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 159 s. ISBN 80-7262-033-9.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

8. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 8. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

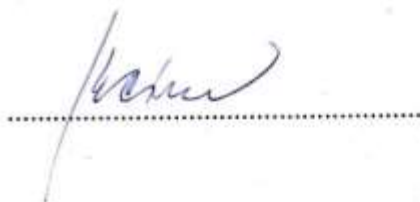
- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

12.2.16



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledky obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může se zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybnějiho projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je „Prevence vzniku dekubitů v ošetrovatelské péči“.

První, teoretická část se zaměřuje na shrnutí základních znalostí z oblasti anatomie a fyziologie kůže. Jsou zde vymezeny pojmy, jako je dekubitus, jeho klasifikace, projevy a příčiny vzniku. Dále se v jednotlivých kapitolách zaměřuje na důležité údaje vztahující se k preventivní péči v oblasti vzniku dekubitů, a to počínaje využitím hodnotících škál i vhodnou a potřebnou ošetrovatelskou péčí.

Ve druhé, praktické části formou dotazníkového šetření zjišťujeme zavedené způsoby a úroveň ošetrovatelské péče, znalosti z oblasti prevence, užívání hodnotících škál, pomůcek, a také osobní potřebu dalšího vzdělávání ošetrovatelského personálu.

Klíčová slova: dekubitus, klasifikace dekubitů, prevence, ošetrovatelská péče, hodnotící škály, hygiena, imobilita, polohování pacienta a výživa.

ABSTRACT

The theme of the thesis is "Prevention of pressure ulcers in nursing care."

The theoretical part focuses on the summary of basic knowledge of anatomy and physiology of the skin. There are also defined terms such as decubitus, its classification, symptoms and causes. Further, in each chapter focuses on the important data relating to preventative care in decubitus, starting with the use of rating scales and opportunity and need nursing care.

In the second part we find a form of questionnaire established ways and levels of nursing care, knowledge of prevention, the use of rating scales, instruments, and also the personal need for further training of nursing staff.

Keywords: bed sores, decubitus classification, prevention, nursing care, rating scales, hygiene, immobility, patient positioning and nutrition.

Keywords: pressure ulcers, classification of pressure ulcers, prevention, nursing care, evaluation scales, hygiene, imobility, pacient position and nutrition.

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Anně Krátké, Ph.D., za její odborný dohled a vedení mé bakalářské práce. Čas i cenné rady, které mi věnovala při konzultacích, mi velmi pomohly.

Poděkování patří i mé rodině a všem přátelům, kteří mě během studia podporovali.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Kvasicích, dne 12. 4. 2016

Leona Pecinová

OBSAH

ÚVOD	10	
I	TEORETICKÁ ČÁST	11
1	ANATOMICKO – FYZIOLOGICKÉ ZÁKLADY KOŽNÍHO ÚSTROJÍ	12
1.1	ANATOMIE KŮŽE	12
1.2	FUNKCE KŮŽE.....	12
2	DEKUBITUS	13
2.1	DEFINICE A KLASIFIKACE DEKUBITU	13
2.2	FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK DEKUBITŮ.....	13
2.2.1	Vnější faktory pro vznik dekubitů.....	14
2.2.2	Vnitřní faktory pro vznik dekubitů.....	15
2.3	HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ.....	16
2.3.1	Škála dle Nortonové	17
2.3.2	Škála dle Bradenové.....	17
2.3.3	Škála podle Waterlowa.....	17
3	PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ	18
3.1	SNÍŽENÍ OKOLNÍHO TLAKU NA TKÁŇ PACIENTA	18
3.2	ODSTRANĚNÍ A BLOKOVÁNÍ ZEVNÍCH MECHANICKÝCH VLIVŮ	19
3.3	HYGIENA	19
3.4	NORMALIZACE CELKOVÉHO STAVU PACIENTA.....	20
3.5	VÝŽIVA	20
3.6	ORGANIZACE PREVENCE V JEDNOTLIVÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH	20
3.6.1	Kvalita péče.....	20
3.7	ÚLOHA SESTRY V PREVENCI VZNIKU DEKUBITŮ.....	21
II	PRAKTICKÁ ČÁST	23
4	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	24
5	METODIKA PRÁCE	25
5.1	VÝZKUMNÁ METODA.....	25
5.2	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	25
5.3	ORGANIZACE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	25
5.4	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	26
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU	27
	DISKUZE	70
	VÝSTUP PRO PRAXI	72
	ZÁVĚR	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	77
SEZNAM GRAFŮ	78
SEZNAM TABULEK.....	80
SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

Prevence v oblasti vzniku dekubitů patří k základním preventivním metodám ošetrovatelské péče o pacienty. I když dlouho přetrvávající zastaralé teze o vzniku dekubitů přibrzdily rozvoj preventivní péče, lze dnes tuto oblast považovat za velmi propracovanou, s vysokou úrovní prevence i terapie.

Z ošetrovatelského pohledu v současné době známe mnoho mechanismů, pomůcek a prostředků, které pomáhají v preventivní péči o pacienta, který je potencionálně ohrožen vznikem dekubitů. Dekubity jsou častá, ve většině případů však nikoli nevyhnutelná poranění kůže. Jejich výskyt zasahuje nejen významně kvalitu života pacienta, ale je vždy spojen se značnými finančními náklady na léčbu a ošetrovatelskou péči. Výskyt dekubitů je zcela objektivním kritériem kvality ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský personál má možnost získávat nové informace a dovednosti prostřednictvím přednášek, seminářů i kurzů. Každá sestra, která drží krok společně s rozvojem medicíny a ošetrovatelství, sama projevuje zájem o navýšení svých znalostí v této problematice, a to nejen teoreticky, ale i prakticky.

Tato bakalářská práce se zabývá prevencí vzniku dekubitů na lůžkových odděleních. S touto problematikou se v praxi osobně setkávám již patnáct let. Cílem je zmapovat vybavenost pracovišť a práci všeobecných sester a zdravotnických asistentů, která je realizována prostřednictvím moderních prostředků k prevenci dekubitů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMICKO – FYZIOLOGICKÉ ZÁKLADY KOŽNÍHO ÚSTROJÍ

Kůže je hranicí mezi organizmem a jeho okolím. Funguje nejen jako bariéra, ale také jako spojení mezi vnějším světem a vlastními vnitřními orgány. Je také největším smyslovým orgánem našeho těla, tvoří asi 12 – 16 procent z celkové tělesné hmotnosti a její plocha u dospělé osoby představuje přibližně 1,5 – 2,0 m². Přijímá až třetinu objemu cirkulující krve. Kůže, za normálních okolností, chrání člověka před negativním působením okolního prostředí a mikroorganismy, zadržuje vodu v organizmu a reguluje tělesnou teplotu. Pomocí ní se tělo zbavuje odpadních látek, dovoluje vnímat teplo a chlad a také se podílí na syntéze vitamínu D. (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 9)

1.1 ANATOMIE KŮŽE

Pokožka (epidermis) - svrchní vrstva, je tvořena mnohvrstevnatým, dlaždicovitým epitelem. Jeho nejsvrchnější buňky neustále rohovatí, odumírají a odlupují se. Buňky hlubších vrstev se oproti nim neustále dělí a vytlačují starší buňky k povrchu kůže.

Škára (korium) – je pevná a zároveň pružná vazivová vrstva kůže. Do pokožky vysílá četné výběžky, ve kterých jsou nervová zakončení a kapilární sítě.

Podkožní vazivo (tela subcutanea) – je uloženo pod škárou a obsahuje větší, či menší množství tuku. Nacházejí se v něm receptory k vnímání tlaku a tahu. Poměrně řídké podkožní vazivo umožňuje pohyblivost kůže na některých tělesných částech, jako např. na čele a krku. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 10)

1.2 FUNKCE KŮŽE

Důležitou funkcí kůže je ochrana těla proti vniknutí virů a bakterií, před mechanickým a chemickým poškozením, před dehydratací a před účinky UV záření. Udržuje stálou tělesnou teplotu pomocí vylučovaného potu, vazokonstrikcí nebo vazodilatací cév a zajišťuje izolaci pomocí ochlupení a tukové vrstvy. Kůže má také smyslovou funkci. Pomocí receptorů vnímá tepelné, mechanické a bolestivé působení z okolí. V podkožním vazivu je k dispozici energie uložená v tucích a jsou zde přítomny i vitamíny v tucích rozpustné. Kůže dokáže vytvořit vitamín D a melanin. Obsahuje mazové a potní žlázy, maz a pot kůži chrání. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 10)

2 DEKUBITUS

2.1 Definice a klasifikace dekubitu

Dekubit je jakékoli poškození kůže nebo tkání kůže způsobené přímým tlakem nebo třecími silami; poškození může být v rozsahu od trvalého erytému až po nekrotickou ulceraci postihující svaly, šlachy a kosti. K tomu, aby rána vznikla, musí působit alespoň dva tyto faktory. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 11)

Dekubity, jiným slovem proleženiny, tlakové léze, prosezeniny, vředy, jsou rány vyvolané tlakem. Ne jejich vzniku se však podílí mnoho jiných, významných faktorů, které lze řadit do dvou skupin – do příčin zevních a vnitřních.

Vznik dekubitu závisí na intenzitě tlaku dané hmotnosti těla a soustřeďuje se na kostní prominence (tlakové body, tlakové oblasti). Proto dekubity nacházíme vždy nad tvrdým kostním podkladem – nad křížovou kostí, nad trochantery, nad sedacími hrboly ap. (Riebelová, Franců a Válka, 2000, s. 13)

Projevy přítomnosti tlakových lézí a dekubitů jsou různé, mění se v souvislosti se stupněm a závažností poškození kůže. Vzhledem ke klinickému hodnocení je potřebné vědět, že dekubity vystupují z hloubky na povrch, a ne obráceně. V praxi je důležité závažnost dekubitu klasifikovat, odvíjí se od toho další postupy při jejich léčbě, či zabránění zhoršení stavu. Dekubity klasifikujeme čtyřmi stupni. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 21-22)

- I. stupeň: erytém - tlaková léze bez poškození kůže
- II. stupeň: puchýř - tlaková léze s částečným poškozením kůže – edém, po kompresi se neobjeví kapilární návrat
- III. stupeň: nekróza - tlaková léze se zničením tkání mezi kostní a pokožkou
- IV. stupeň: vřed - tlaková léze provázená ostitidou a artritidou.

2.2 Faktory ovlivňující vznik dekubitů

Ještě v nedávné době byla problematika vzniku dekubitů přijímána jako spontánní a neodvratný děj. Nástup moderní prevence a terapie dekubitů je výsledkem intenzivního zkoumání a nových klinických studií. Nejdůležitější prevencí v oblasti dekubitů je předcházení známým faktorům, které se podílejí na jejich vzniku, ať už vnějších, nebo vnitřních. (Kouřilová, 2010, s. 9)

2.2.1 Vnější faktory pro vznik dekubitů

Při vzniku dekubitů mají velký význam zevní podmínky. K poškození kůže a tkání může dojít nejen tlakem a mechanicky, ale také chemicky nebo případně i vzniklou infekcí.

- Intenzita a doba působení tlaku

K poškození vrstev kůže může dojít i po krátkém působení vysokého kontaktního tlaku, nebo i po dlouhodobém působení nízkého kontaktního tlaku. Vlivem tlaku dochází ke kompresi kapilár, tkáň je zbavena přísunu kyslíku a živin. Hromadí se metabolický odpad a důsledkem je odúmrť tkáně. Snížení vlivu tlaku na pokožku je tedy prvotním předpokladem pro prevenci vzniku dekubitů. Čím větší je hmotnost pacienta a čím vážnější je jeho zdravotní stav, tím kratší doba působení tlaku stačí ke vzniku dekubitu. (Riebelová, Franců a Válka, 2000, s. 13-14; Vytečková, 2011, s. 87-90)

- Mechanické vlivy

Pro vznik dekubitů se mechanické vlivy jeví jako nejzávažnější. Jedná se o tzv. střížné síly a tření. Střížné síly nejvíce působí v polosedě, kdy se trup posouvá směrem dolů, klouže po podložce. Cévy se napínají, ohýbají, nebo dokonce trhají. Kromě toho dochází v této situaci i ke tření kůže o podložku. Namáhání a následné poškození kůže se nejvíce projevuje v okamžiku, kdy se s pacientem nesprávně manipuluje – při popotahování pacienta na lůžku, místo aby byl přesunutý nad matrací. Mechanická poranění způsobují také přesuny pacienta z lůžka na vozík, z lůžka na lůžko, přesuny na WC, pády a nemalou měrou se na nich podílí i nerovnosti ložního prádla v lůžku pacienta, jeho oděv, nesprávně přiložené obvazy, či opomenuté předměty v lůžku. (Riebelová, Franců a Válka, 2000, s. 15)

- Chemické vlivy

Na povrchové vrstvy kůže má vliv působení potu, moče a stolice. Zvýšené riziko pro vznik dekubitů je tedy u inkontinentních osob, u pacientů s vyšším sklonem k pocení, při horečnatých stavech, či při hnisavých poraněních. Vyšší výskyt vzniku dekubitů se projevuje i v letních obdobích roku. Pokud dojde k poškození chemickými vlivy, dochází k rozkladu povrchových vrstev až maceraci a kůže hůře odolává mechanickým vlivům, které přispívají ke vzniku dekubitů. (Pelikánová a Bartoš, 2011, s. 491)

- Infekce

U dekubitů se jedná téměř vždy o infikované rány. Původcem infekce může být blízké okolí, jako například moč a stolice, nebo je to cestou hematogenní. Dekubity se mohou infikovat i mezi sebou. (Riebelová, Franců a Válka, 2000, s. 15)

2.2.2 Vnitřní faktory pro vznik dekubitů

Mezi vnitřní faktory, které zvyšují riziko vzniku dekubitu, jistě patří některá systémová onemocnění, jako je diabetes mellitus, dlouhodobé užívání kortikosteroidů, maligní nádorová onemocnění a renální selhání. S tím jsou spojeny další faktory, jako je inkontinence, bolest, polymorbidita, poruchy vědomí a psychiky, věk pacienta nad 70 let, dekubitus v anamnéze a celkově těžký zdravotní stav. Dále anémie, nedostatek bílkovin, poruchy nutrice a hydratace, poruchy psychiky ve smyslu deprese či poruchy percepce. (Riebelová, Franců a Válka, 2000, s. 14)

- Věk

U pacientů ve vyšším věku je snížena pevnost a elasticita kůže. Pokožka je snadněji zranitelná, křehká a méně prokrvená. U seniorů se dekubit vyvine častěji nejen z výše uvedených faktorů, ale také i proto, že mají sníženou schopnost si sami ošetřit poškození tkáně.

- Tělesná hmotnost

Zvýšené riziko vzniku dekubitů mají také pacienti s nadváhou i podváhou. U vyhublých pacientů je riziko větší z důvodu malé tukové vrstvy. U pacientů s nadváhou, případně až obezitou je riziko vyšší z důvodu obtížné pohyblivosti a nedostatečného polohování.

- Hybnost

Zdravý, normálně pohyblivý člověk provádí běžné pohyby, kterými se brání tlaku na pokožku. Tyto schopnosti jsou omezeny v případě poruchy v oblasti mobility, při poraněních mozku a nervů, při poraněních míchy, u pacientů po CMP, ztrátách vědomí, v anestezii apod. (Kalvach, 2004, s. 414; Šamánková, 2011, s. 111)

- Inkontinence

U inkontinentních osob je vždy zvýšeno riziko vzniku dekubitů. Vliv moče a stolice na pokožku vede k poškození jejího epitelu a až k její maceraci. Při porušení integrity kůže je velmi pravděpodobné, že dojde ke vzniku rány a její následné infekci. Vlhké prádlo zvyšuje riziko v oblasti třecích sil. V souvislosti s inkontinencí je třeba dbát na pečlivý hygienický režim pacienta, správnost provedení postupů při hygieně, výměnu inkontinentních pomůcek. Pokožka ale nesmí být udržovaná příliš suchá a zbavená přirozeného kožního mazu. Stává se křehkou, suchou a náchylnou k praskání. V prevenci má významný vliv i péče v podobě mastí a ochranných krémů. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 13)

- Cévní faktory

Odolnost kůže vůči jejímu narušení je podmíněna poruchami krevního oběhu. Méně prokrvená pokožka snižuje schopnost hojení. Tkáně jsou zbaveny možnosti přísunu živin a kys-

líku, hromadí se metabolický odpad a dochází až k odúmrti tkáně. Na vznik dekubitů mohou mít vliv arteriosklerotické změny, anémie a také cévní změny v důsledku kouření. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 15)

- Výživa

Nedostatečná výživa, ať v oblasti množství nebo skladby jednotlivých živin, zvyšuje riziko vzniku dekubitů. Nemocný může mít snížený příjem bílkovin ve stravě a nebude mít potřebnou energii pro regeneraci, hojivé schopnosti jsou zpomalené. Nedostatek plnohodnotné stravy způsobuje úbytek svalové hmoty, snižuje obranyschopnost vůči infekci a celkovou imunitu. (Zadák, 2008, s. 23; Marková, 2010, s. 105)

- Hydratace

Při nedostatečné hydrataci dochází ke snížení napětí kůže a k vyšší tvorbě kožních řas a záhybů. Pokožka je vysušená a náchylná k snadnému poranění. V opačném jevu – hyperhydrataci – je kůže zvýšeně napjatá, je zde riziko otoku a následné poruše integrity. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 15; Topinková, 2005, s. 147)

- Vliv léků nebo jiných onemocnění

Chronicky nemocní pacienti jsou vznikem dekubitů ohroženi nejvíce. Pacienti trpící chorobou diabetes mellitus mají sklony k infekci kůže a ke špatnému hojení ran, z důvodu poruch krevního oběhu. Diabetici vlivem periferní neuropatie ztrácejí citlivost vůči drobným poraněním a tlaku. U onkologicky nemocných pacientů má na stav pokožky a její hojení negativní vliv chemoterapie, protože ničí rychle rostoucí buňky. Více ohroženi jsou také pacienti s chorobami srdce, s poruchami metabolismu, při urémii a septických stavech. Vliv některých léků, jako sedativa a analgetika mohou toto riziko ještě zvýšit, protože ovlivňují pohyblivost pacienta. Je zde také výrazný vliv steroidů a imunosupresivních látek. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 17-18)

2.3 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů je v praxi užívána řada stupnic. Bylo popsáno velké množství hodnotících škál, nejužívanějšími z nich jsou stupnice Nortonové, Bradenové a Waterlowa. V České republice se nejčastěji užívá stupnice dle Nortonové. Autoři všech stupnic se jednoznačně shodují na významu vstupního hodnocení rizika vzniku. Použití kterékoliv škály uvedené níže pomáhá sestřám i dalšímu personálu určit rizikové pacienty a plánovat a zavádět u nich péči tak, aby byla cíleně zahájena prevence vzniku dekubitů. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 18-20)

2.3.1 Škála dle Nortonové

Tato škála byla sestavena v roce 1962. Hodnotí fyzický stav pacienta, stav vědomí, aktivitu, mobilitu a inkontinenci. Na základě těchto hledisek je pacient vyhodnocen určitým počtem bodů. Čím je bodové hodnocení nižší, tím vyšší je u něho riziko vzniku dekubitů. V hodnocení lze získat maximálně 20 bodů. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 19)

2.3.2 Škála dle Bradenové

Použití této škály je třeba zvážit s ohledem na charakter zdravotnického zařízení. Škála hodnotí smyslové vnímání (zda pacient je schopen reagovat na nepohodlí vzniklé tlakovou zátěží), vlhkost, stupeň fyzické aktivity, pohyblivost, výživu a tření a střižné síly. Čím nižší bodové hodnocení, tím více je pacient ohrožen vznikem dekubitů. Oproti hodnotící škále Nortonové obsahuje důležité riziko třecích a střižných sil, neobsahuje však riziko věku ani přidružených onemocnění. Předností této škály je přesná definice pojmů. (Krajčík a Banajová, 2012, s. 19-20)

2.3.3 Škála podle Waterlowa

Škála je velmi podrobná a byla vyvinuta v roce 1985 na základě výzkumu. Hodnotí tělesnou konstituci, hmotnost, kontinence, typ kůže, mobilitu, pohlaví, věk a chuť k jídlu. Za další rizikové faktory považuje chirurgické zákroky, další choroby a vlivy léků. Každý faktor je ohodnocen určitým počtem bodů a ty se ve výsledku sčítají. Čím vyšší počet bodů, tím je vyšší riziko vzniku dekubitů. Oproti škálám uvedených výše, obsahuje kritérium hodnocení typu kůže. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 26-27)

3 PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ

Příčiny vzniku dekubitů jsou dnes dobře známé, pacientův organismus nedokáže imobilitě odolávat delší časové období. Dobrou vyhlídkou je vždy krátká doba nutné imobilizace pacienta a jeho včasná vertikalizace. (Kalina, 2008, s. 24–25) Známe způsoby, jak dekubitům předcházet. Pro prevenci vzniku dekubitů má zásadní význam koordinovaná spolupráce celého týmu, dobře organizovaná a kvalitně poskytovaná ošetrovatelská péče, a to nejen ve zdravotnickém zařízení, ale i v domácí péči. Na základě znalosti rizikových faktorů je vytvořen soubor zásad preventivní ošetrovatelské péče u rizikových pacientů. Zde je třeba zdůraznit, že ke každému pacientovi přistupujeme zároveň jako k individualitě, která má své vlastní specifické potřeby. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 25; Trachtová, Fojtová a Mastiliaková, 1999, s. 63)

Obecné zásady prevence vzniku dekubitů:

- Snížení okolního tlaku na tkáň pacienta
- Odstranění a blokování zevních mechanických vlivů
- Hygiena
- Normalizace celkového stavu pacienta
- Organizace prevence v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

3.1 Snížení okolního tlaku na tkáň pacienta

Tlak na tkáň je velmi rizikovým faktorem pro vznik dekubitu. Při zvýšeném, nebo dlouhodobém tlaku dochází k ischemii a následné odúmrti tkáně. Při omezení, či odstranění tlaku na tkáň se obnovuje cirkulace krve v kapilárách. Proudící živiny a kyslík podpoří hojení a regeneraci. Základní a velmi účinnou metodou snižování tlaku na tkáň je polohování pacienta. Pravidelným polohováním pacienta se zkracuje doba působení tlaku. Časové intervaly se pohybují v rozmezí od 20 minut do 4 hodin. U nepohyblivých pacientů se doporučuje interval 1 – 2 hodiny. U pacientů sedících na židli, nebo invalidním vozíku by měl být interval 30 minut až 1 hodinu, protože tlak na určité tkáň je větší než při poloze v sedu. Tato činnost je pro pacienta ohroženého vznikem dekubitu velmi přínosná, pro ošetroující personál je ale fyzicky náročná, zvláště pokud se jedná o pacienta s vyšší hmotností. Tento způsob péče tedy od sester vyžaduje značnou obětavost a poctivost, za niž mnohdy platí vertebrogenními potížemi. (Mandincová, 2011, s. 17–20)

Dobu mezi změnou polohy může výrazně prodloužit kvalitní matrace, polohovací lůžko, nebo celá řada dalších polohovacích pomůcek. Jsou to velmi praktické a snadno dostupné

prostředky, které usnadňují práci ošetrovatelskému personálu. Jsou k dispozici nepřeberná množství podložních kruhů, válců, klínů, korýtek, podložek a polštářů. Výborným pomocníkem jsou také polohovací lůžka ovládaná mechanicky nebo elektricky. Lůžka mohou být doplněna aktivními, nebo pasívními antidekubitními matracemi a sedacími polštáři. Při užití všech těchto pomůcek je třeba mít na zřeteli fakt, že přítomnost zbytečně velkého množství dalších předmětů v lůžku pacienta vede k prohloubení imobility pacienta. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 26-27; Klusoňová a Pitnerová, 2000, s. 71-79)

3.2 Odstranění a blokování zevních mechanických vlivů

Dalším základním bodem v prevenci vzniku dekubitů je správně upravené suché lůžko pacienta, s napnutým prostěradlem a podložkou bez nerovností a záhybů. Také používané inkontinenční pomůcky a lůžkoviny by měly být prodyšné a prostupné pro páru a vlhkost. Důležitá je také teplota vzduchu v pokoji pacienta, doporučuje se teplota vyšší, než by byla u normálně pohyblivého pacienta, a to nejlépe 23°C a více. V poloze vsedě, nebo v polosedě, je třeba dbát na přítomné třecí síly. Pacient postupně klouže dolů a dochází k vlivu tzv. třecích sil. Zásadou je předcházet jakémukoliv poranění pacientovi pokožky, a to např. při přesunu z lůžka, při změnách polohy apod. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 51-52)

3.3 Hygiena

Hygiena je velmi významným pomocníkem v prevenci vzniku dekubitů, ale zároveň velmi důležitá hlavně tehdy, kdy je již k tvorbě dekubitu došlo a zároveň se jedná o pacienta postiženého inkontinencí. Správnou a důslednou hygienickou péčí minimalizujeme vlivy chemické i infekční. (Schuler, 2010, s. 154–155) Hygienická čistota je udržována častou výměnou osobního a ložního prádla, plen a dalších inkontinenčních pomůcek. Provádějí se koupele teplou vodou, sprchování a omývání. Jde o eliminaci negativního vlivu stolice, moče, potu a vaginálního sekretu. K mytí se používají jemná tekutá mýdla, gely nebo pěny. Před další vlhkostí chráníme pokožku jemným a důsledným vysušením. Pokožku udržujeme vláčnou a vyživenou pomocí regeneračních, nebo ochranných krémů. Stav pokožky by měl být pečlivě kontrolován alespoň 1 x denně. Kontrola by měla být důsledně zaměřena na tzv. predilekční místa a místa již začervenalá. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 52-53)

3.4 Normalizace celkového stavu pacienta

Zásadní roli v normalizaci stavu pacienta má lékař. Na základě provedených vyšetření a jejich výsledků vyhodnocuje zdravotní stav pacienta, jeho diagnózu a ordinuje terapii. Z hlediska rizika vzniku dekubitů je důležitá péče o vnitřní prostředí pacienta, okysličování, správný krevní oběh, infekce a celkové zlepšení zdravotního stavu. Pokud nedochází ke stabilizaci, nebo ke zlepšení zdravotního stavu, jsou další preventivní opatření jen velmi málo účinná. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 53)

3.5 Výživa

Správná výživa u osob ohrožených vznikem dekubitů je dalším, důležitým bodem nejen prevence, ale také léčby. (Kohout a Kotrlíková, 2009, s. 9) Vyvážená strava a dostatečný příjem tekutin udržuje pokožku i tkáně vláčné. Dostatek živin, vitamínů a minerálů zaručuje rychlejší hojení, regeneraci a celkové léčení. Zvláště u starších, imobilních pacientů je skladby jídelníčku nevyvážená, chybí množství kvalitních bílkovin. (Mourek, 2012, s. 84) Důvody mohou být z nedostatečné konzumace masa, nebo nechutenství. Za nedostatkem může být nejen malnutrice, ale i malabsorpce vlivem dalšího onemocnění. Správně sestavený a vyvážený jídelníček může být i rukou nutričního terapeuta. (Grofová, 2007, s. 92-95; Kapounová, 2007, s. 49–50) Prvním krokem může být důsledná dokumentace veškerých jídel, které pacient konzumuje. Obvykle je potřeba doplnit běžný jídelníček pacienta o tekutou formu výživy, která je nutričně komplexně vyvážená. Běžně je dostupné velké množství těchto produktů, ať už pro orální, tak intravenózní podání. Pokud je u pacienta zlepšen výživový stav, obvykle se vrací i jeho chuť k jídlu. Příklad stravy je nutné i nadále sledovat a nelze opomínat velmi důležitý pitný režim. (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 35-40; Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 77)

3.6 Organizace prevence v jednotlivých zdravotnických zařízeních

Pro prevenci vzniku dekubitů má zásadní význam koordinovaná spolupráce celého týmu, dobře organizovaná a kvalitně poskytovaná ošetrovatelská péče. Kvalitě péče je již po léta věnována velká pozornost.

3.6.1 Kvalita péče

Součástí systému hodnocení a zvyšování kvality je zavádění standardů péče a klinické audity. Klinické standardy jsou doporučené postupy lege artis, které korespondují současné

poznatky vědy a klinické medicíny. Standard kvality je dohodnutá úroveň dosažení požadovaného výsledku péče. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 62)

Kvalita péče v nemocnici zahrnuje všechny dílčí činnosti, které jsou prováděny s vysokou profesionalitou, se snahou o optimální výsledek a minimalizací rizika pro pacienty, ve shodě s aktuálními medicínskými standardy a hodnotami, s ohledem na hospodárné vynaložení zdrojů a s naplněním stále obsáhlejšího očekávání pacientů. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 56)

Úkolem standardů je vymezit přijatelnou úroveň péče a profesionálního jednání zdravotníků. Aby byla kvalita ošetrovatelské péče v oblasti dekubitů zvyšována, musí být prověřena úroveň preventivních opatření. Organizační řešení se odvíjí od velikosti nemocnice, nebo charakteru zařízení. Náměstkyně ošetrovatelské péče se věnují tvorbě koncepcí a standardů ošetrovatelské péče, sledují indikátory kvality, vytvářejí vzdělávací programy pro zaměstnance. (Hekelová, 2012, s. 36) Součástí pracovní skupiny je celý tým odborníků – nutriční specialisté, specialisté na ošetřování ran, sestra pro sledování kvality poskytované ošetrovatelské péče a jiní. Je velmi důležité mít vytvořené a fungující strategie pro prevenci vzniku dekubitů i pro další vzdělávání zaměstnanců. Vzdělávání by mělo být založeno na nejlepších důkazech z praxe. Veškeré úkony, postupy a výsledky by měly být zdokumentovány. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 63-64)

3.7 Úloha sestry v prevenci vzniku dekubitů

Dekubity jsou ošetrovatelským problémem, který postihuje všechny věkové skupiny pacientů. Způsobují utrpení a zvyšují náklady na léčbu spojenou s prodlouženou hospitalizací. Existují názory, že ve většině případů je vznik dekubitů příznakem toho, že péče o pacienta není nejlepší a že ošetřující personál nepodniká všechna možná opatření, která by tvorbě dekubitů mohla zabránit vhodnou volbou ošetrovatelských opatření a antidekubitních pomůcek. Výskyt dekubitů je jedním z indikátorů kvality ošetrovatelské péče. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 60-62)

Předmětem této bakalářské práce není léčba dekubitů, zabývá se jen prevencí. Přesto podle dostupných materiálů je možné si vyčíslit finanční náklady a náročnost léčby dekubitů.

Dekubity jsou spojovány nejen s ošetrovatelskými problémy, ale i se značnými finančními náklady. Je tedy na místě opět vyzvednout nutnost zavádění a důsledných dodržování preventivních opatření. Procento výskytu těchto případů je vysoké a náklady na jejich léčení obrovské. Z toho, co bylo dosud o prevenci napsáno, jedná se o systém, který je náročný,

namáhavý a finančně nákladný. Přitom nadále platí, že finanční náklady vynaložené na prevenci dekubitů jsou vždy dobrou investicí, neboť prevence je vždy levnější, než léčba samotná. (Riebelová, Franců a Válka, 2000, s. 42)

Prevence proti vzniku dekubitů je nepochybně v rukou sestry, v její samostatné práci a zároveň ve spolupráci celého ošetrovatelského týmu, také v důsledném vykonání lékařské ordinace. Sestra sleduje a hodnotí individuální potřeby, rizikové faktory a projevy onemocnění u pacienta s využitím různých měřících technik. V uplynulých deseti letech došlo významnému pokroku v dostupnosti potřebného materiálu na trhu a k rozvoji a zavádění nových ošetrovatelských postupů do praxe, jako jsou plány péče, plány prevence, výběr vhodných pomůcek a správného způsobu ošetřování. Osvědčila se investice do efektivního využití pomůcek, materiálů i vzdělávání vyškolení sester specialistek. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 64)

Bez vzdělané sestry nemusí být ani sebelepší technika efektivní. (Mikula a Müllerová, 2008, s. 65)

Přes všechny tyto skvělé prostředky, nejdůležitější úlohu hraje vždy sestra. Ta, která má výborné znalosti a pozitivní přístup k problematice. Sestra si často jako první všimne počínajícího dekubitu. Tehdy je nutné, aby vzájemně komunikovala v týmu a včas adekvátně zasáhla. Sestra pravidelně kontroluje i další riziková místa, které by mohly mít význam v dalším výskytu dekubitu. Kontroluje lůžko pacienta, polohuje ho, podporuje, dbá na dostatečnou hygienickou péči a výživu. Nedílnou součástí úlohy sestry jsou její edukační dovednosti. Edukace není směřována pouze k pacientovi, ale také k jeho rodinným příslušníkům či dalším pečujícím osobám. Zvláště před odchodem rizikových pacientů do domácí péče je třeba vyzvednout důležitost polohování, správné výživy a hygieny, rehabilitačního cvičení a mobilizace. Je schopna edukovat ve všech odborných činnostech nejen teoreticky, ale také předvést praktické dovednosti pečujícím osobám. (Juřeníková, 2010, s. 37)

V České republice se problematice prevence a léčby dekubitů věnuje Česká společnost pro léčbu ran (ČSLR), která byla založena v roce 1999.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cíle dotazníkového šetření

- 1) Zjistit úroveň znalostí ošetrovatelského týmu v oblasti prevence dekubitů
- 2) Zjistit, jaké prostředky používají respondentky k prevenci dekubitů na jejich pracovišti
- 3) Zjistit, jak respondentky vyhodnocují rizika vzniku dekubitů na jejich pracovišti

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Výzkumná metoda

Výzkumné šetření bylo realizováno dotazníkovou metodou. Jednalo se o originálně sestavený dotazník.

Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. (Kutnohorská, 2009, s. 41)

Předkládaný dotazník obsahuje 24 otázek (viz příloha P I.).

5.2 Charakteristika respondentů

Zkoumaný vzorek respondentů tvořili zdravotničtí pracovníci pracující na pozici všeobecné sestry nebo zdravotnického asistenta, bez udání pohlaví, bez omezení věku nebo délky praxe, pracující na standardních odděleních v přímé péči u lůžka. Dotazníky byly distribuovány především osobně. Ve značné míře se jednalo o studenty UTB ve Zlíně, obor Všeobecná sestra v kombinované formě, různých ročníků. Tímto byl využitý fakt, že se jedná o pracovníky z velmi různorodých i velmi vzdálených zdravotnických zařízení. V menší míře byli respondenti osloveni zprostředkovaně, prostřednictvím vrchních a staničních sester.

5.3 Organizace dotazníkového šetření

Na základě cílů byl vytvořen originální dotazník.

V dotazníku jsou použity otázky uzavřené, otevřené i polootevřené.

K zajištění tzv. demografických dat jsou určeny otázky č. 1, 2, 3.

K cíli č. 1 směřují otázky č. 4, 7, 8, 9, 10, 12, 23.

K cíli č. 2 směřují otázky č. 5, 11, 13, 14, 15, 16, 17.

K cíli č. 3 směřují otázky č. 6, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

Otázka č. 24 je vyhrazena jako prostor pro další možné sdělení respondentů.

V rámci přípravy dotazníku byl proveden tzv. předvýzkum. Dotazník byl nabídnut 5 osobám, které pracují na pozici všeobecná sestra, nebo zdravotnický asistent. Dle respondentů z předvýzkumu se jevil dotazník natolik srozumitelný, že jej nebylo třeba upravovat. Po schválení vedoucí práce byl dotazník finalizován do konečné podoby a distribuován mezi respondenty. Výzkumné šetření probíhalo od 2. 12. 2015 do 1. 4. 2016. Celkem bylo distribuováno 100 dotazníků. Zpět řádně vyplněných se vrátilo 92 (92 %) dotazníků.

5.4 Interpretace získaných dat

Získaná data byla zpracována a uspořádána do tabulek četností. Každá tabulka obsahuje nejen absolutní četnost, která udává počet respondentů, kteří odpovídali shodně na danou otázku, ale také relativní četnost, která je vyjádření v procentech. Každá otázka byla pro lepší názornost graficky znázorněna.

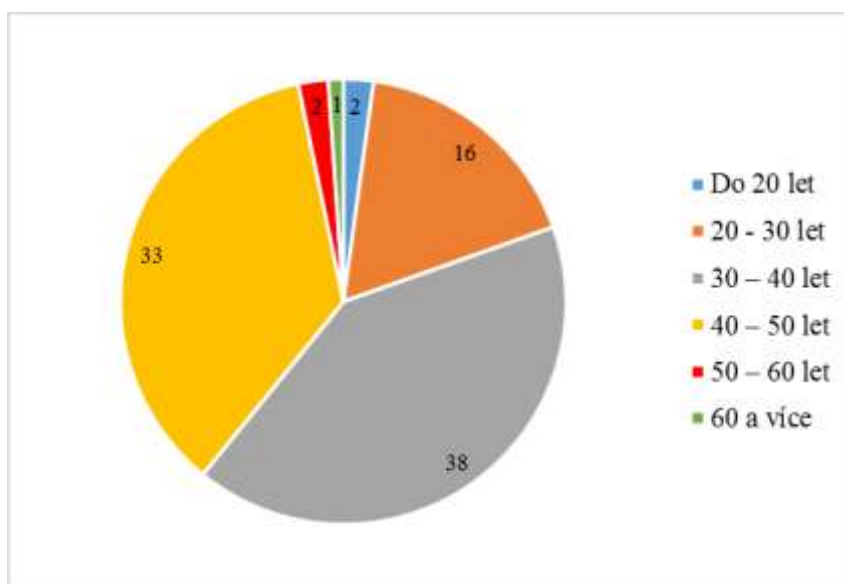
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Zpracování dotazníkového šetření

Otázka č. 1 Patříte do věkové kategorie

Tabulka 1 Věková kategorie

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 20 let	2	2,17 %
20 - 30 let	16	17,39 %
30 – 40 let	38	41,31 %
40 – 50 let	33	35,87 %
50 – 60 let	2	2,17 %
60 a více	1	1,09 %
Celkem	92	100,00 %



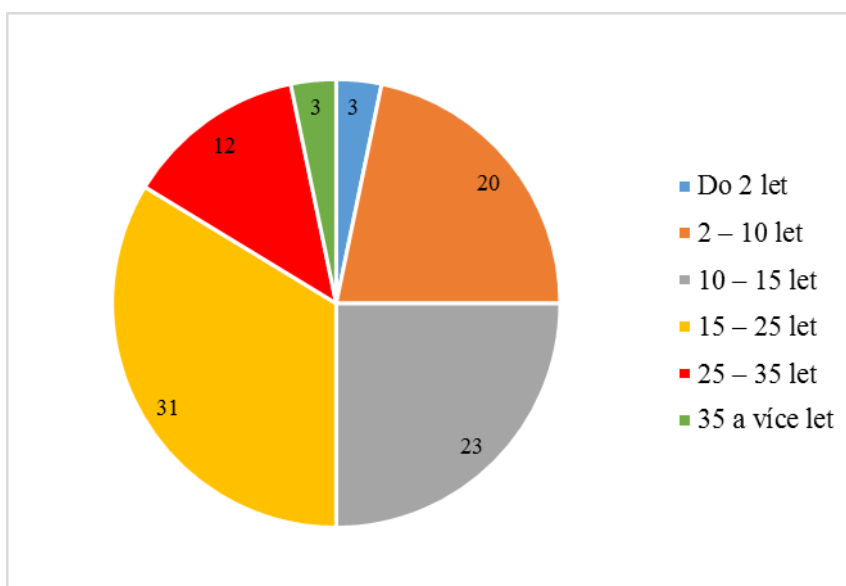
Graf 1 Věková kategorie

Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů byla nejvíce zastoupena kategorie věku 30 – 40 let a to 38 (41,31 %) respondenty. Kategorie 40 – 50 let byla zastoupena v počtu 33 (35,87 %) respondentů, v kategorii 20 – 30 let bylo 16 (17,39 %) respondentů, kategorie do 20let obsahuje 2 (2,17 %) respondenty a věkové rozmezí mezi 50 – 60 lety označili 2 (2,17 %) respondenti. Nejméně byla zastoupena kategorie 60 let a více, a to 1 (1,09 %) respondentem.

Otázka č. 2 Kolik let pracujete ve zdravotnictví?*Tabulka 2 Roky praxe*

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 2 let	3	3,26 %
2 – 10 let	20	21,74 %
10 – 15 let	23	25 %
15 – 25 let	31	33,70 %
25 – 35 let	12	13,04 %
35 a více let	3	3,26 %
Celkem	92	100,00 %

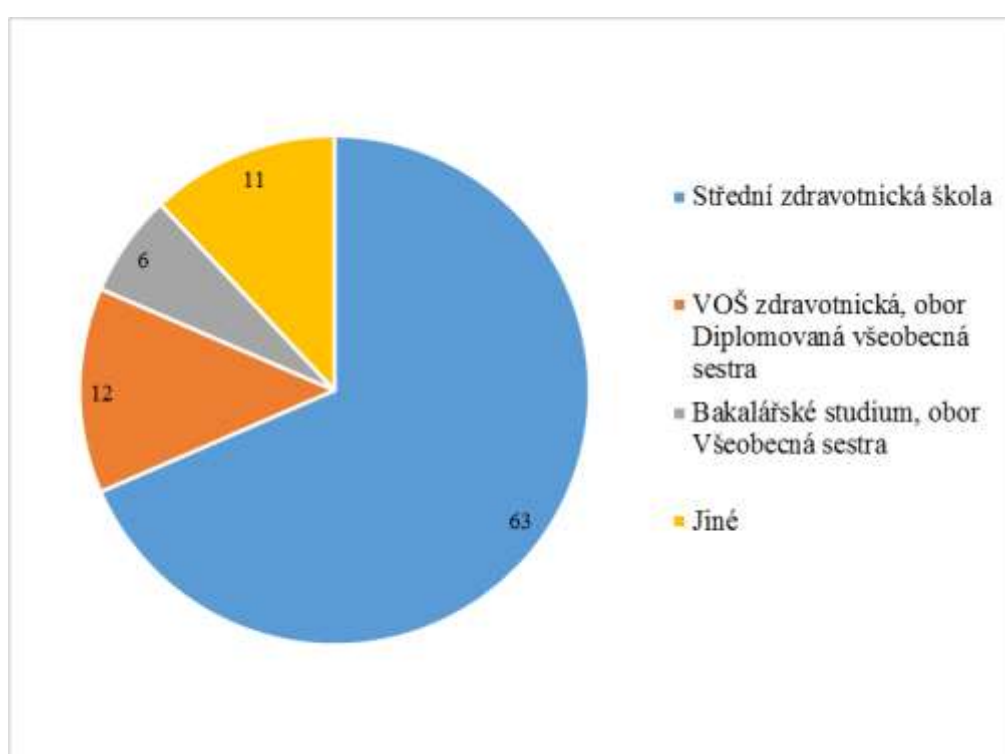
*Graf 2 Roky praxe***Komentář**

Z celkového počtu 92 respondentů uvedlo 31 (33,70 %) respondentů, že ve zdravotnictví pracuje 15 – 25 let. 23 (25 %) respondentů pracuje ve zdravotnictví 10 – 15 let. 20 (21,74 %) respondentů ve zdravotnictví pracuje 2 – 10 let. V kategorii od 25 – 35 let pracuje ve zdravotnictví 12 (13,04 %) respondentů. Nejméně respondentů nalézáme v kategorii 35 a více let, zde nalézáme 3 (3,26 %) respondenty a také celkem 3 (3,26 %) respondenty v kategorii do 2 let práce ve zdravotnictví.

Otázka č. 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v ošetrovatelství?

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední zdravotnická škola	63	68,48 %
Vyšší odborná škola zdravotnická, obor Diplomovaná všeobecná sestra	12	13,04 %
Bakalářské studium, obor Všeobecná sestra	6	6,52 %
Jiné	11	11,96 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

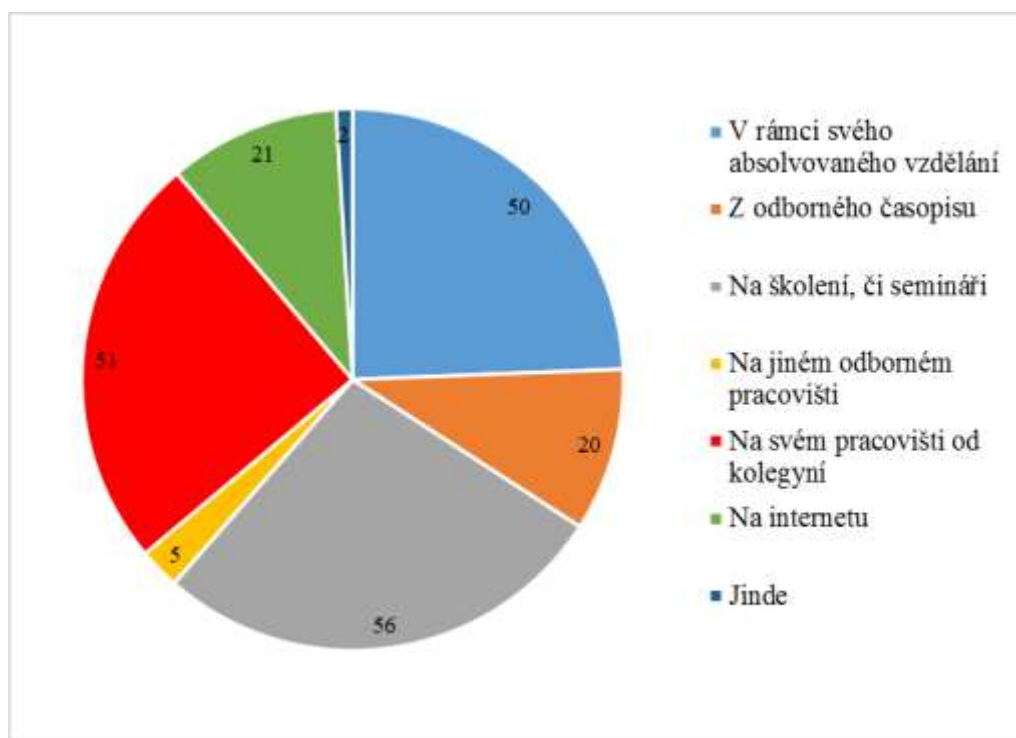
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů uvedlo 63 (68,48 %) respondentů, že jejich nejvyšší vzdělání je střední zdravotnická škola. 12 (13,04 %) respondentů uvedlo studium na vyšší odborné škole zdravotnické, 6 (6,52 %) respondentů absolvovalo bakalářské studium. Celkově 11 (11,96 %) respondentů uvedlo studium jiné, jednalo se o specializační studium ARIP.

Otázka č. 4 Kde jste získal/a informace o prevenci a léčbě dekubitů?

Tabulka 4 Získané informace o prevenci

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
V rámci svého absolvovaného vzdělání	50	24,39 %
Z odborného časopisu	20	9,76 %
Na školení, či semináři	56	27,32 %
Na jiném odborném pracovišti	5	2,44 %
Na svém pracovišti od kolegyní	51	24,88 %
Na internetu	21	10,24 %
Jinde	2	0,97 %
Celkem	205	100,00 %



Graf 4 Získané informace o prevenci

Komentář

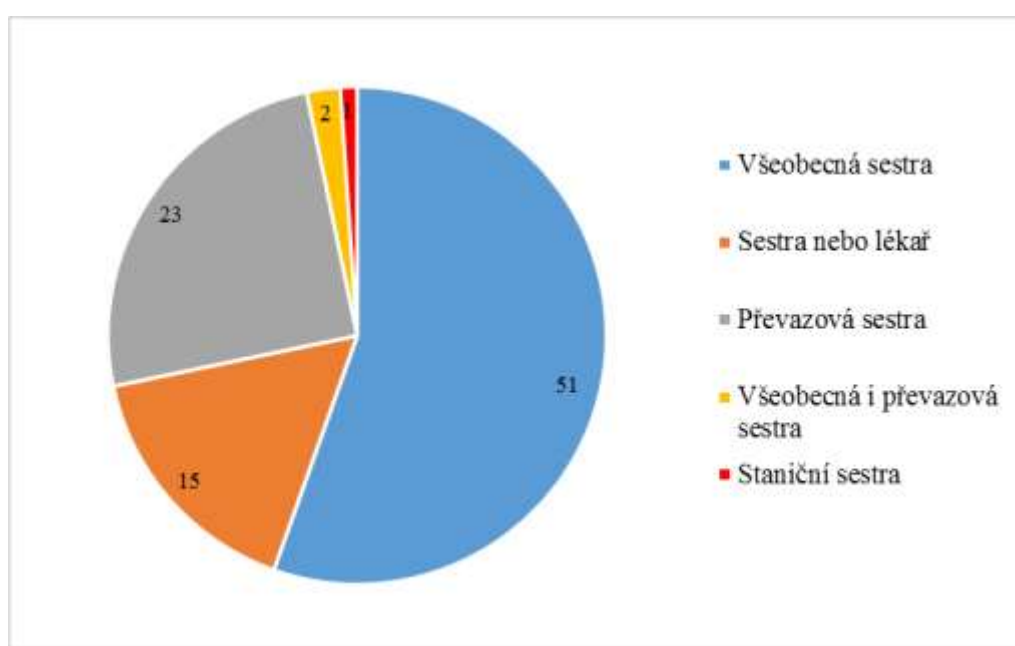
Na tuto otázku byla možnost zvolit i více odpovědí. Absolutní četnost je v tomto případě počet odpovědí, nikoli počet respondentů. Celkem v 56 (27,32 %) případech respondenti zvolili možnost, že nejvíce informací o prevenci a léčbě dekubitů získali na školení, či semináři. V 51 (24,88 %) případech respondenti zvolili možnost, že získali informace na svém pracovišti od kolegyní, v 50 (24,39 %) případech respondenti zvolili možnost, že získalo informace v rámci svého vzdělání. V 21 (10,24 %) případech byla respondenty zvo-

lena možnost, že získali informace na internetu. Ve 20 (9,76 %) případech byla označena možnost, že mají informace z odborného časopisu. Možnost na jiném odborném pracovišti byla označena v 5 (2,44 %) případech a pouze ve 2 (0,97 %) případech respondenti uvedli, že získali informace jinde.

Otázka č. 5 Převezky dekubitů na Vašem oddělení provádí?

Tabulka 5 Převezky dekubitů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Všeobecná sestra	51	55,44 %
Sestra nebo lékař	15	16,30 %
Převazová sestra	23	25 %
Všeobecná i převazová sest- ra	2	2,17 %
Staniční sestra	1	1,09 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 5 Převezky dekubitů

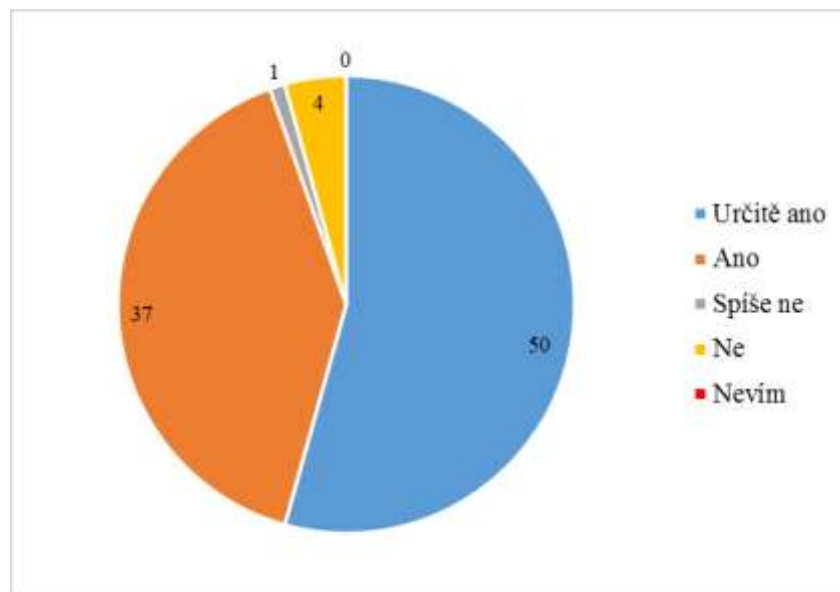
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 51 (55,44 %) uvedlo, že převezky dekubitů na jejich oddělení provádí všeobecná sestra, 23 (25 %) respondentů uvedlo, že převezky provádí převazová sestra, 15 (16,30 %) respondentů uvedlo, že převezky provádí sestra nebo lékař, 2 (2,17 %) respondenti uvedli, že převezky provádí jak všeobecné, tak převazové sestry. Pouze 1 (1,09 %) respondent uvedl, že na jejich oddělení převezky dekubitů provádí staniční sestra.

Otázka č. 6 Sledujete na Vašem pracovišti výskyt dekubitů?

Tabulka 6 Sledování výskytu dekubitů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	50	54,35 %
Ano	37	40,22 %
Spíše ne	1	1,08 %
Ne	4	4,35 %
Nevím	0	0 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 6 Sledování výskytu dekubitů

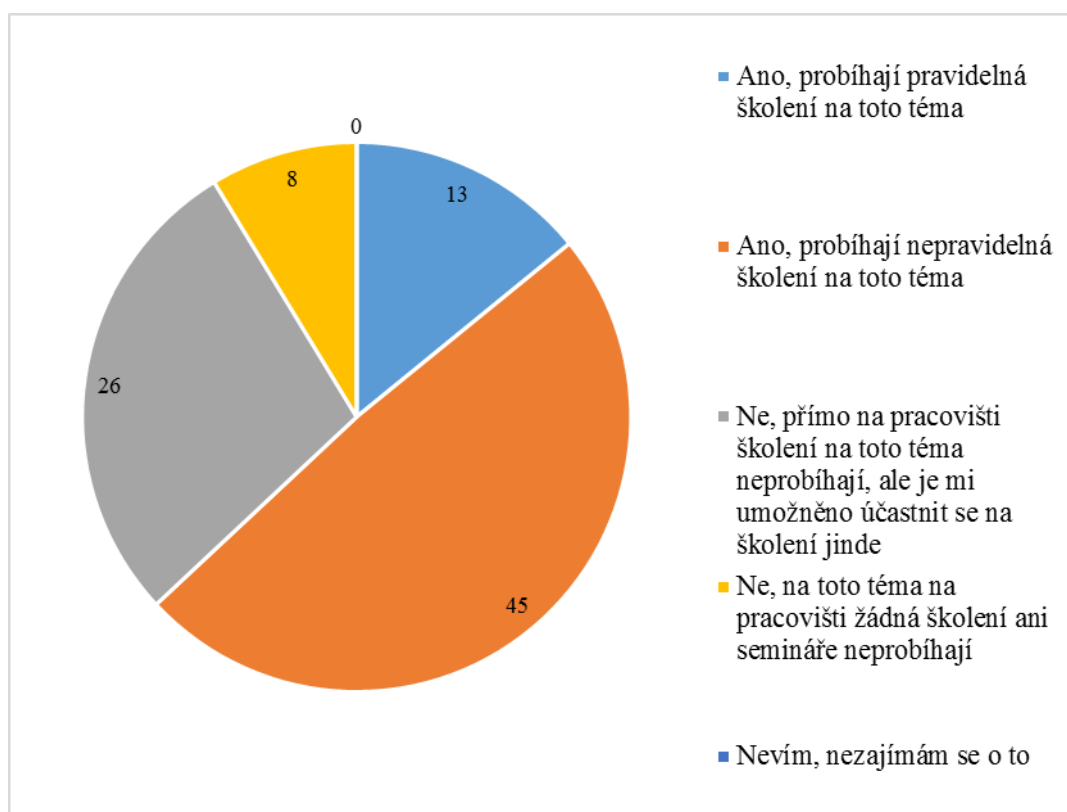
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich uvedlo 50 (54,35 %), že určitě ano na svém pracovišti sledují výskyt dekubitů. 37 (40,22 %) respondentů uvedlo odpověď ano. Pouze 1 (1,08 %) respondent uvedl odpověď spíše ne a 4 (4,35 %) respondenti uvedli, že se na jejich pracovišti výskyt dekubitů nesleduje. Lze předpokládat, že se jedná o pracoviště, na kterých se pacienti s rizikem vzniku dekubitů nevyskytují.

Otázka č. 7 Je na Vašem pracovišti možnost získávání informací ohledně prevence a léčby dekubitů, jako jsou např. školení, nebo semináře?

Tabulka 7 Informace o prevenci a léčbě dekubitů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, probíhají pravidelná školení na toto téma	13	14,13 %
Ano, probíhají nepravidelná školení na toto téma	45	48,91 %
Ne, přímo na pracovišti školení na toto téma neprobíhají, ale je mi umožněno účastnit se na školení jinde	26	28,26 %
Ne, na toto téma na pracovišti žádná školení ani semináře neprobíhají	8	8,70 %
Nevím, nezajímám se o to	0	0 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 7 Informace o prevenci a léčbě dekubitů

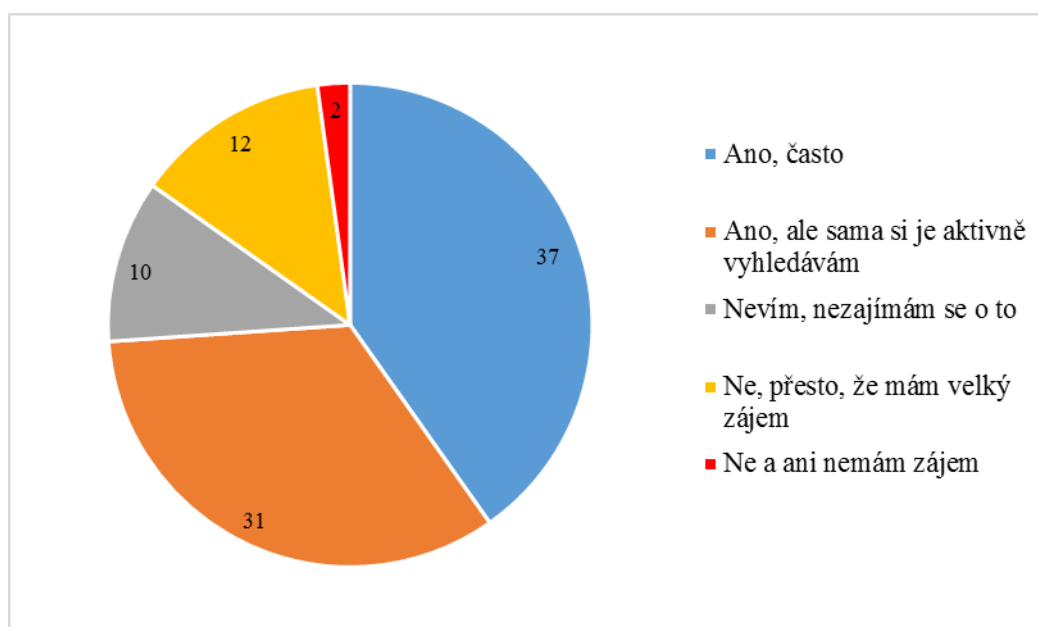
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 45 (48,91 %) uvedlo, že na jejich pracovišti probíhají nepravidelná školení na toto téma. 26 (28,26 %) respondentů uvedlo, že školení na jejich pracovišti neprobíhají, ale mají umožněno účastnit se školení jinde. 13 (14,13 %) respondentů označilo odpověď, že u nich na pracovišti probíhají pravidelná školení na toto téma. 8 (8,70 %) respondentů uvedlo, že na jejich pracovišti žádná školení ani semináře na toto téma neprobíhají. Možnost odpovědi nevím, nezajímám se o to, nevyužil žádný respondent.

Otázka č. 8 Setkáváte se s nabídkami akcí zaměřených na prevenci vzniku dekubitů?

Tabulka 8 Nabídka vzdělávacích akcí

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, často	37	40,22 %
Ano, ale sama si je aktivně vyhledávám	31	33,70 %
Nevím, nezajímám se o to	10	10,87 %
Ne, přesto, že mám velký zájem	12	13,04 %
Ne a ani nemám zájem	2	2,17 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 8 Nabídka vzdělávacích akcí

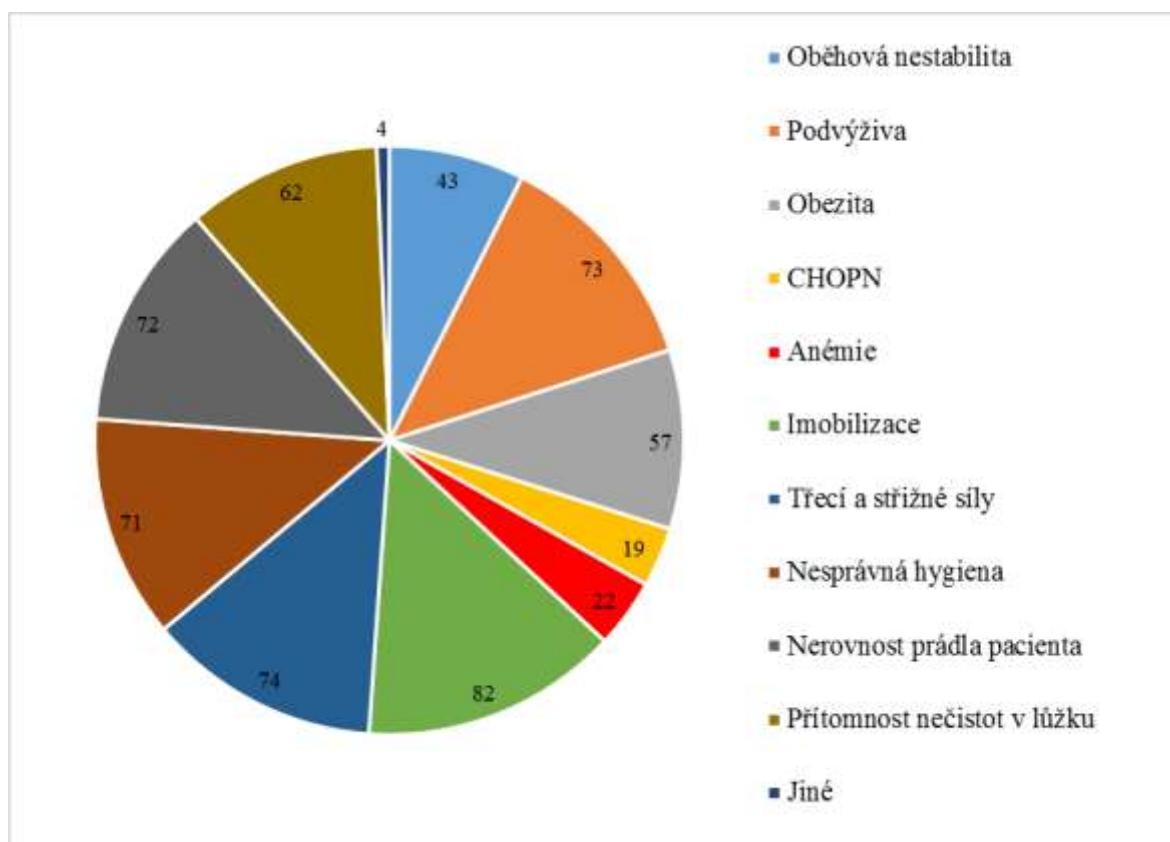
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 37 (40,22 %) uvedlo, že se často setkávají s nabídkami akcí zaměřených na prevenci vzniku dekubitů. 31 (33,70 %) respondentů se s nabídkami setkává, ale sami si je aktivně vyhledávají. 12 (13,04 %) respondentů se s nabídkami neseťkávají, přesto, že mají velký zájem. 10 (10,87 %) respondentů uvedlo, že neví a zároveň se o to nezajímá. Pouze 2 (2,17 %) respondenti uvedli, že se s nabídkami akcí neseťkávají a ani nemají zájem.

Otázka č. 9 Označte faktory, které podle Vašich zkušeností nejvíce ovlivňují vznik dekubitů

Tabulka 9 Faktory vzniku dekubitů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Oběhová nestabilita	43	7,43 %
Podvýživa	73	12,61 %
Obezita	57	9,84 %
CHOPN	19	3,28 %
Anémie	22	3,80 %
Imobilizace	82	14,16 %
Třecí a střížné síly	74	12,78 %
Nesprávně provedená hygienická péče	71	12,26 %
Nerovnost ložního, nebo osobního prádla pacienta	72	12,43 %
Přítomnost nečistot a nežádoucích předmětů v lůžku pacienta	62	10,71 %
Jiné	4	0,70 %
Celkem	579	100,00 %



Graf 9 Faktory vzniku dekubitů

Komentář

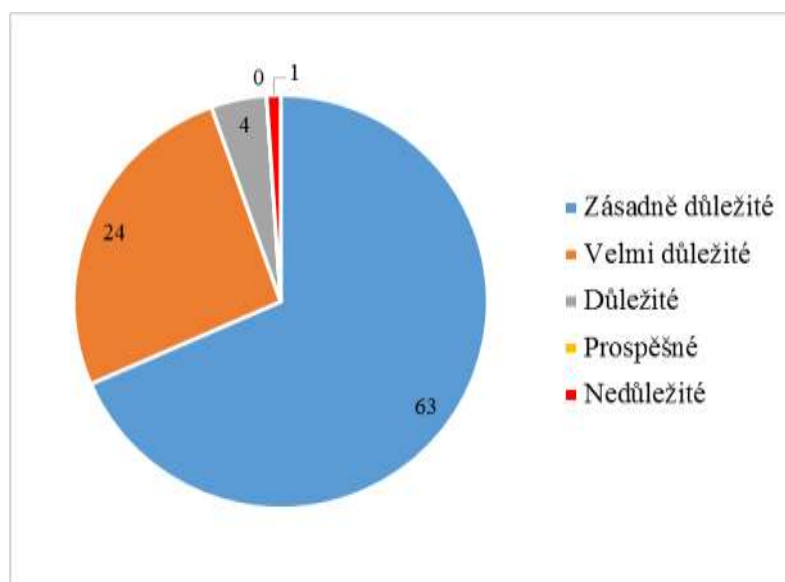
Na tuto otázku byla možnost zvolit i více odpovědí. Absolutní četnost je v tomto případě počet odpovědí, nikoli počet respondentů. Nejvíce, v 82 (14,16 %) případech, byla respondenty zvolena možnost, kde podle jejich zkušeností vznik dekubitů nejvíce ovlivňuje imobilizace pacienta. V 74 (12,78 %) případech respondenti uvedli možnost vlivu třecích a střížných sil, v 73 (12,61 %) případech respondenti zvolili vliv podvýživy, v 72 (12,43 %) případech uvedli respondenti vliv nerovnosti ložního a osobního prádla pacienta. V 71 (12,26 %) případech respondenti označili vliv nesprávně provedené hygienické péče. V 62 (10,71 %) případech respondenti uvedli možnost vlivu přítomných nečistot a nežádoucích předmětů v lůžku pacienta, v 57 (9,84 %) případech respondenti uvedli jako významný vliv obezitu, v 43 (7,43 %) případech respondenti uvedli vliv oběhové nestability. Ve 22 (3,80 %) případech respondenti uvedli vliv anémie a v 19 (3,28 %) případech označili jako významný vliv CHOPN. Pouze ve 4 (0,70 %) případech respondenti označili ještě vliv jiný, konkrétně v 1 (0,17 %) případě byla uvedena porucha inervace, ve 2 (0,34 %) případech respondenti uvedli vliv nespolupracujícího pacienta a v 1 (0,17 %) případě respondent uvedl vliv věku pacienta. Všechny tyto faktory se významně podílí na zvýšení rizika vzniku dekubitů.

Otázka č. 10 Jaká je důležitost jmenovaných postupů pro prevenci dekubitů z Vašeho pohledu?

a) Hygiena

Tabulka 10 Hygiena

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zásadně důležité	63	68,48 %
Velmi důležité	24	26,08 %
Důležité	4	4,35 %
Prospěšné	0	0 %
Nedůležité	1	1,09 %
Celkem	92	100,00 %



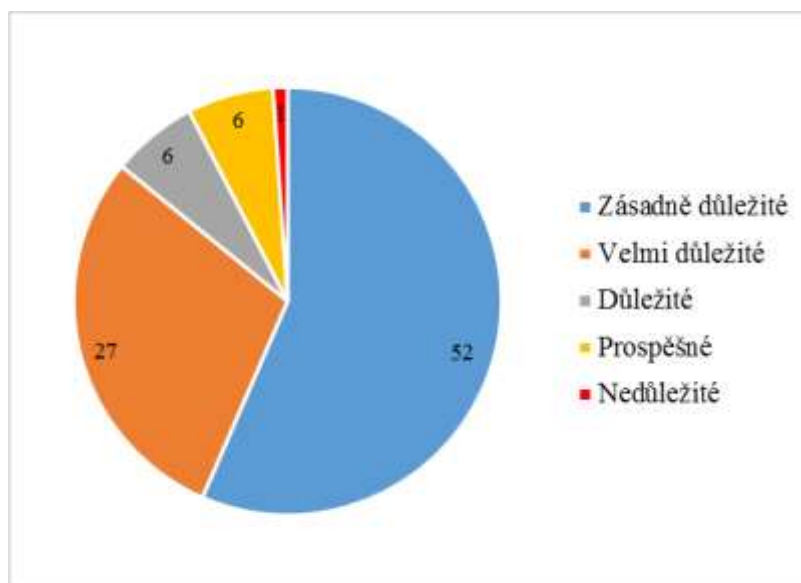
Graf 10 Hygiena

Z celkového počtu 92 respondentů se jich 63 (68,48 %) domnívá, že ze jmenovaných postupů je hygiena zásadně důležitá, 24 (26,08 %) respondentů označilo hygienu jako velmi důležitou, 4 (4,35 %) respondenti považují hygienu za důležitou a 1 (1,09 %) respondent považuje hygienu pro prevenci dekubitů za nedůležitou. Správně prováděná hygienická péče se významně podílí na snížení rizika vzniku dekubitů.

b) Úprava lůžka

Tabulka 11 Úprava lůžka

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zásadně důležité	52	56,52 %
Velmi důležité	27	29,35 %
Důležité	6	6,52 %
Prospěšné	6	6,52 %
Nedůležité	1	1,09 %
Celkem	92	100,00 %



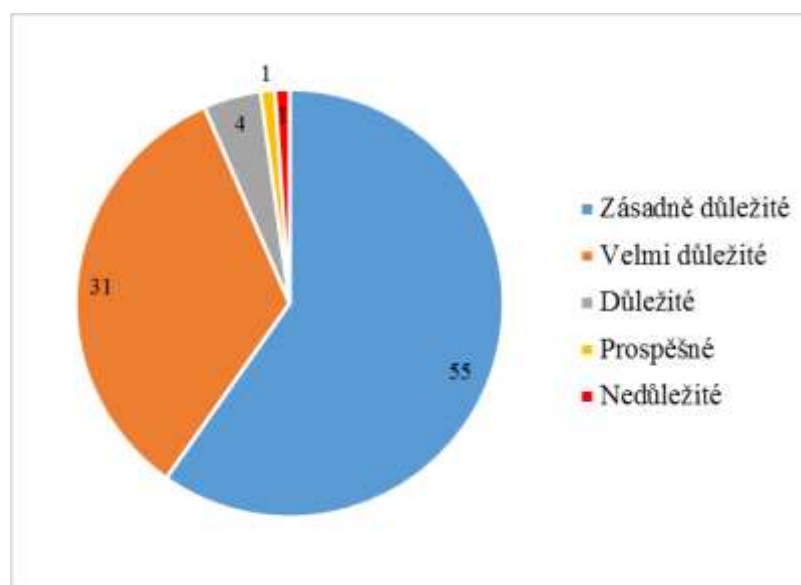
Graf 11 Úprava lůžka

Z celkového počtu 92 respondentů jich 52 (56,52 %) považuje úpravu lůžka za zásadně důležitou, 27 (29,35 %) respondentů považuje úpravu lůžka za velmi důležitou a 6 (6,52 %) respondentů považuje úpravu lůžka za důležitou. Dalších 6 (6,52 %) respondentů považuje úpravu lůžka za prospěšnou a pouze 1 (1,09 %) respondent považuje úpravu lůžka v prevenci dekubitů za nedůležitou. Pečlivá úprava lůžka se významně podílí na snížení rizika dekubitů.

c) Péče o pokožku

Tabulka 12 Péče o pokožku

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zásadně důležité	55	59,78 %
Velmi důležité	31	33,69 %
Důležité	4	4,35 %
Prospěšné	1	1,09 %
Nedůležité	1	1,09 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 12 Péče o pokožku

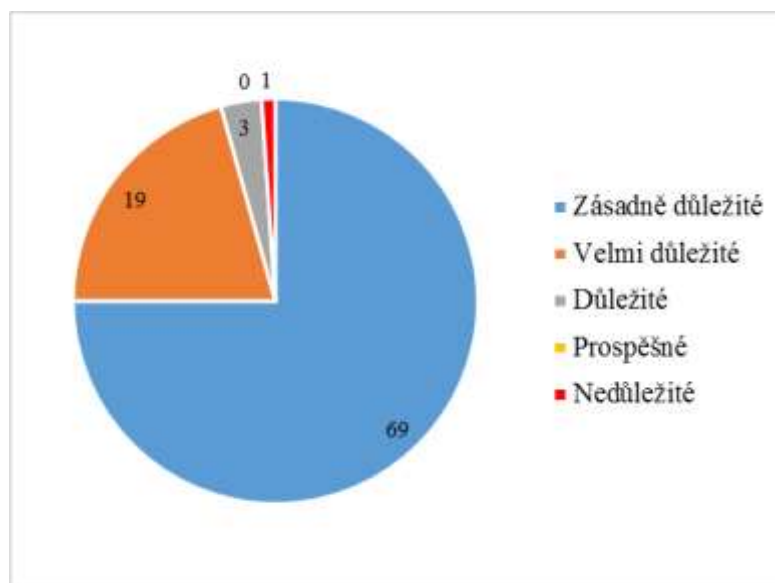
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů považuje 55 (59,78 %) péči o pokožku u prevence dekubitů za zásadně důležité, 31 (33,69 %) respondentů považuje péči o pokožku za velmi důležitou, 4 (4,35 %) respondenti považují péči o pokožku za důležitou a 1 (1,09 %) respondent považuje péči o pokožku za prospěšnou. Pouze 1 (1,09 %) respondent považuje péči o pokožku v prevenci dekubitů za nedůležitou. Správná a pečlivá péče o pokožku se významně podílí na snížení rizika vzniku dekubitů.

d) Polohování

Tabulka 13 Polohování

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zásadně důležité	69	75 %
Velmi důležité	19	20,65 %
Důležité	3	3,26 %
Prospěšné	0	0 %
Nedůležité	1	1,09 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 13 Polohování

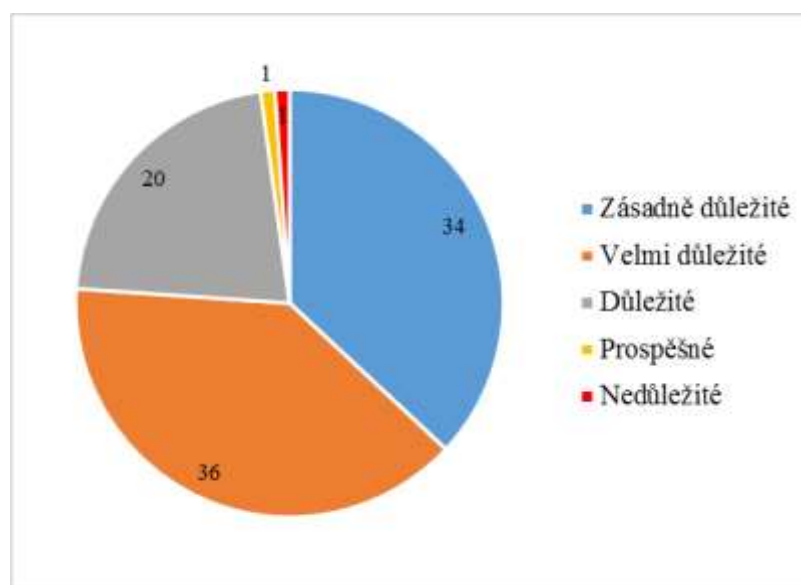
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů se vyjádřilo 69 (75 %) tak, že polohování je z jejich pohledu zásadně důležité pro prevenci dekubitů, 19 (20,65 %) respondentů považuje polohování za velmi důležité a 3 (3,26 %) respondenti považují polohování za důležité. Pouze 1 (1,09 %) respondent považuje polohování v prevenci dekubitů z jeho pohledu jako nedůležité. Správné a pravidelně prováděné polohování významně snižuje riziko vzniku dekubitů.

e) Stabilizace zdravotního stavu

Tabulka 14 Stabilizace zdr. stavu

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zásadně důležité	34	36,96 %
Velmi důležité	36	39,13 %
Důležité	20	21,73 %
Prospěšné	1	1,09 %
Nedůležité	1	1,09 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 14 Stabilizace zdrav. stavu

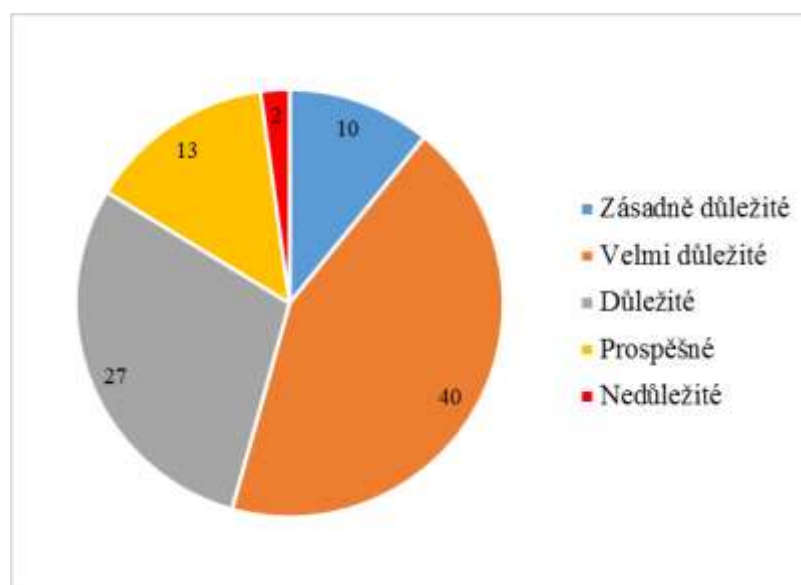
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 36 (39,13 %) označilo stabilizaci zdravotního stavu v prevenci dekubitů jako velmi důležitou, 34 (36,96 %) respondentů uvedlo stabilizaci stavu jako zásadně důležitou, 20 (21,73 %) respondentů uvedlo stabilizaci stavu jako důležitou a 1 (1,09 %) respondent uvedl tuto možnost jako prospěšnou. Pouze 1 (1,09 %) respondent hodnotí stabilizaci zdravotního stavu při prevenci dekubitů jako nedůležitou. Stabilizace zdravotního stavu pacienta má významný podíl na snížení rizika vzniku dekubitů.

f) Hodnocení rizik vzniku dekubitů

Tabulka 15 Hodnocení rizik vzniku dekubitů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zásadně důležité	10	10,87 %
Velmi důležité	40	43,48 %
Důležité	27	29,35 %
Prospěšné	13	14,13 %
Nedůležité	2	2,17 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 15 Hodnocení rizik vzniku dekubitů

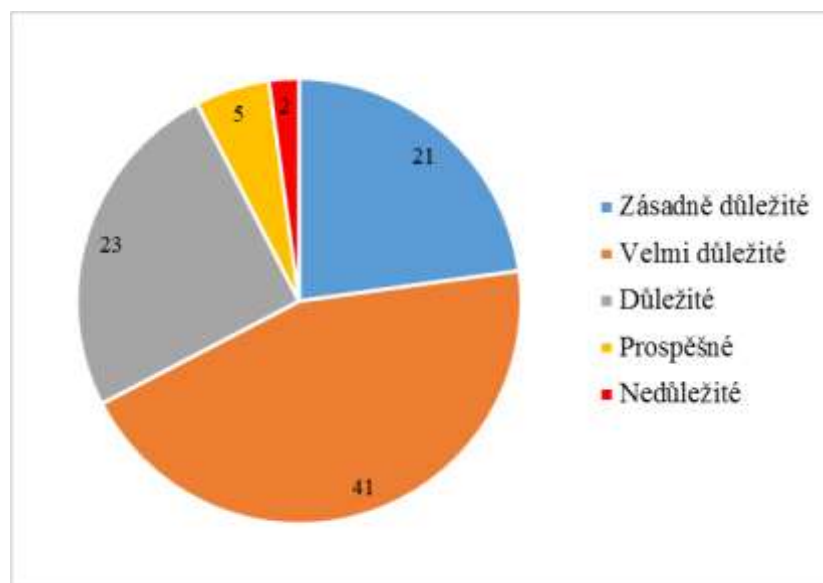
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů se jich 40 (43,48 %) vyjádřilo, že hodnocení rizik vzniku dekubitů je pro prevenci velmi důležité, 27 (29,35 %) respondentů uvedlo hodnocení rizik jako důležité, 13 (14,13 %) uvedlo hodnocení rizik jako prospěšné. Jako zásadně důležité považuje hodnocení rizik 10 (10,87 %) respondentů a 2 (2,17 %) respondenti považují hodnocení rizik vzniku dekubitů jako nedůležité. Hodnocení rizik je významným nástrojem v oblasti prevence vzniku dekubitů.

g) Rehabilitace

Tabulka 16 Rehabilitace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zásadně důležité	21	22,83 %
Velmi důležité	41	44,57 %
Důležité	23	25 %
Prospěšné	5	5,43 %
Nedůležité	2	2,17 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 16 Rehabilitace

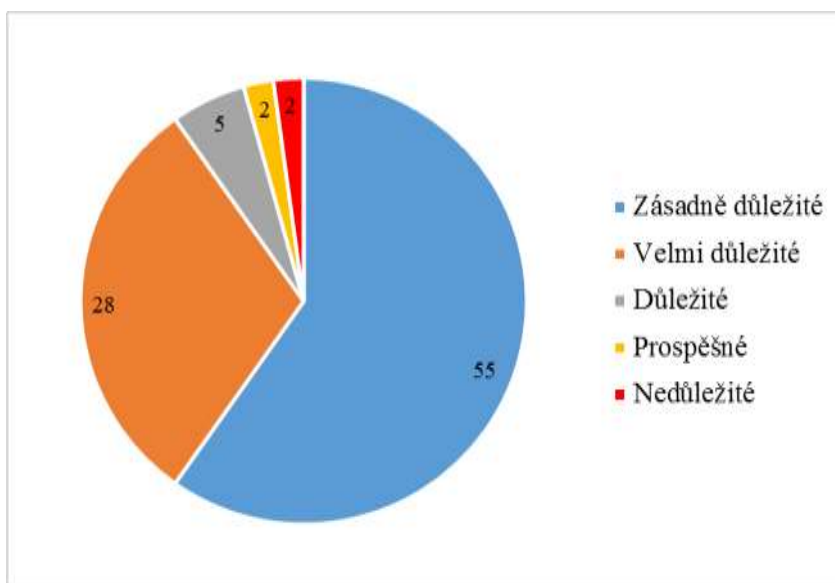
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů 41 (44,57 %) uvedlo, že rehabilitace je pro prevenci dekubitů velmi důležitá, 23 (25 %) respondentů uvedlo rehabilitaci jako důležitou, 21 (22,83 %) respondentů uvedlo rehabilitaci jako zásadně důležitou a 5 (5,43 %) respondentů uvedlo rehabilitaci jako prospěšnou. Pouze 2 (2,17 %) respondenti označili rehabilitaci v prevenci dekubitů jako nedůležitou. Rehabilitace a včasná mobilizace pacienta významně snižuje riziko vzniku dekubitů.

h) Výživa

Tabulka 17 Výživa

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zásadně důležité	55	59,79 %
Velmi důležité	28	30,43 %
Důležité	5	5,44 %
Prospěšné	2	2,17 %
Nedůležité	2	2,17 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 17 Výživa

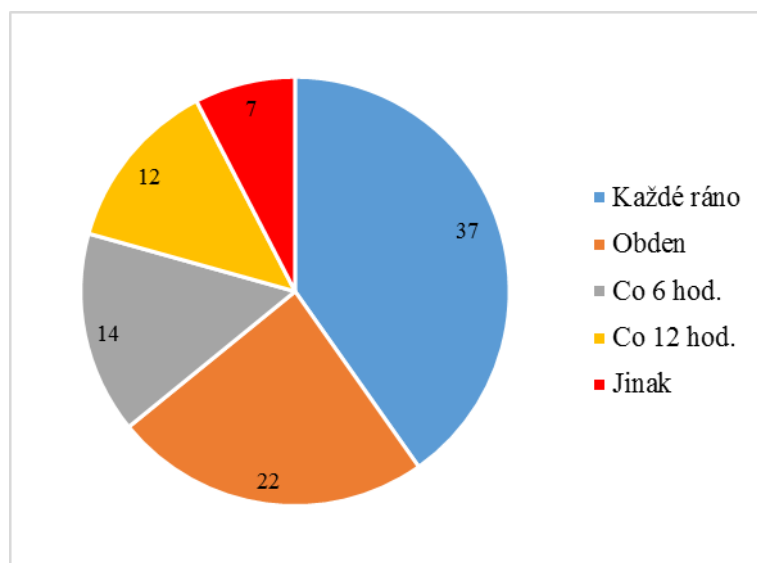
Komentář

Z celkového počtu respondentů uvedlo 55 (59,79 %) výživu v prevenci dekubitů jako zásadně důležitou, 28 (30,43%) respondentů uvedlo výživu jako velmi důležitou, 5 (5,44%) respondentů uvedlo jako důležitou a 2 (2,17 %) respondenti uvedli výživu jako prospěšnou. Pouze 2 (2,17 %) respondenti uvedli výživu v prevenci dekubitů jako nedůležitou. Stav pacienta v oblasti výživy se významně podílí na prevenci vzniku dekubitů.

Otázka č. 11 Jak často polohujete u pacienta nazogastrickou sondu?

Tabulka 18 Polohování NGS

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každé ráno	37	40,22 %
Obden	22	23,91 %
Co 6 hod.	14	15,22 %
Co 12 hod.	12	13,04 %
Jinak	7	7,61 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 18 Polohování NGS

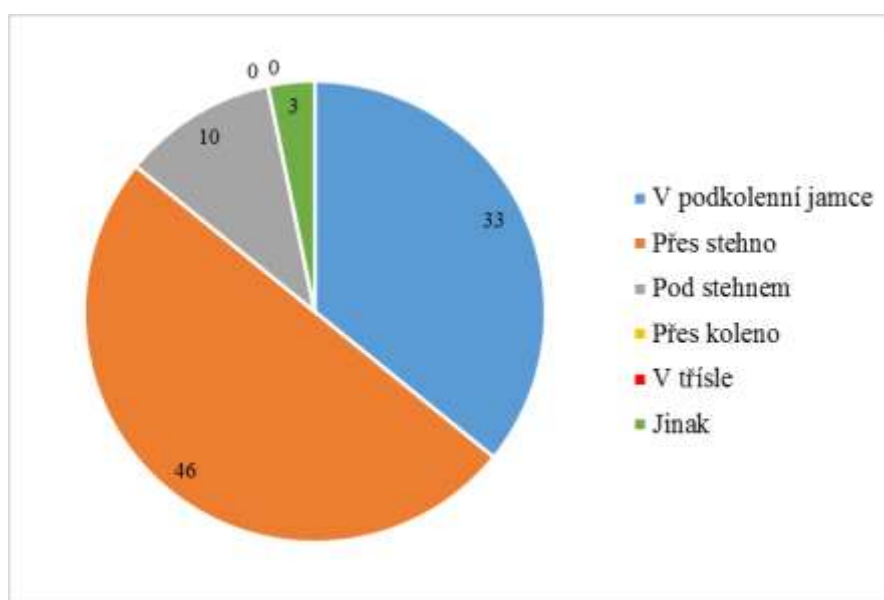
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 37 (40,22 %) uvedlo, že nazogastrickou sondu polohují každé ráno, 22 (23,91 %) respondentů polohuje NGS obden, 14 (15,22 %) respondentů polohuje NGS co 6 hodin a 12 (13,04 %) respondentů polohuje NGS co 12 hodin. 7 (7,61 %) respondentů polohuje NGS jinak. Z toho konkrétně uvedli 3 (3,26 %) respondenti, že NGS polohují po každé aplikaci. 2 (2,17 %) respondenti uvedli, že nyní nemají pacienty s NGS. 1 (1,08 %) respondent uvedl, že NGS polohují 1x během 24 hodin a 1 (1,08 %) respondent uvedl, že NGS polohují po 2 dnech. Polohování nazogastrické sondy bychom měli provádět minimálně jednou denně.

Otázka č. 12 V jaké poloze má být uložen permanentní močový katetr u ležícího pacienta?

Tabulka 19 Poloha PMK

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
V podkolenní jamce	33	35,87 %
Přes stehno	46	50 %
Pod stehnem	10	10,87 %
Přes koleno	0	0 %
V třísele	0	0 %
Jinak	3	3,26 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 19 Poloha PMK

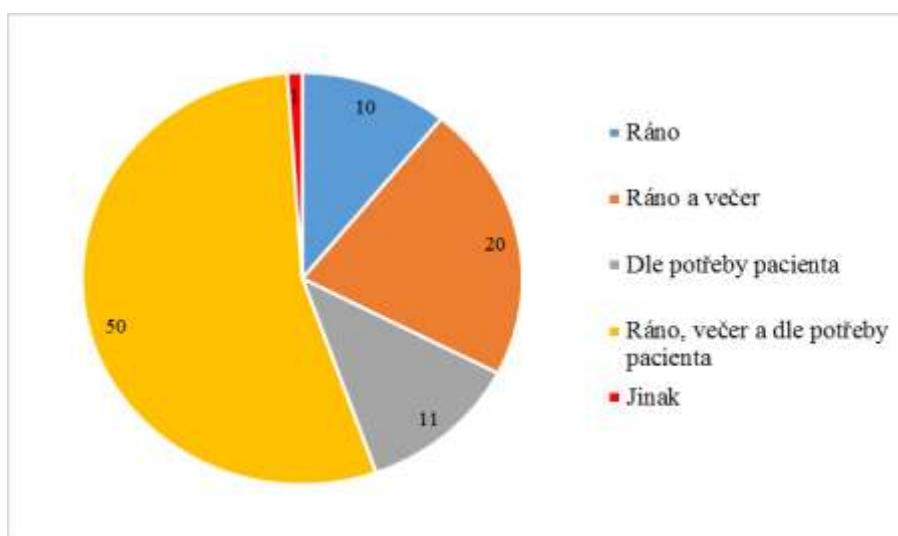
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 46 (50 %) uvedlo, že permanentní močový katetr u ležícího pacienta by měl být uložen přes stehno, 33 (35,87 %) respondentů označilo uložení PMK v podkolenní jamce a 10 (10,87%) respondentů se domnívá, že správné uložení PMK je pod stehnem. Pouze 3 (3,26 %) respondenti označili, že PMK je správně uložen jinak, a to dle polohy pacienta. Permanentní močový katetr by měl být vyveden v závislosti na poloze pacienta, nikdy ne v třísele. Pokud leží pacient na zádech, PMK vyvádíme přes stehno nebo v podkolenní jamce.

Otázka č. 13 Jak často provádíte hygienickou péči u ležících pacientů?

Tabulka 20 Frekvence hygienické péče

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ráno	10	10,87 %
Ráno a večer	20	21,74 %
Dle potřeby pacienta	11	11,95 %
Ráno, večer a dle potřeby pacienta	50	54,35 %
Jinak	1	1,09 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 20 Frekvence hygienické péče

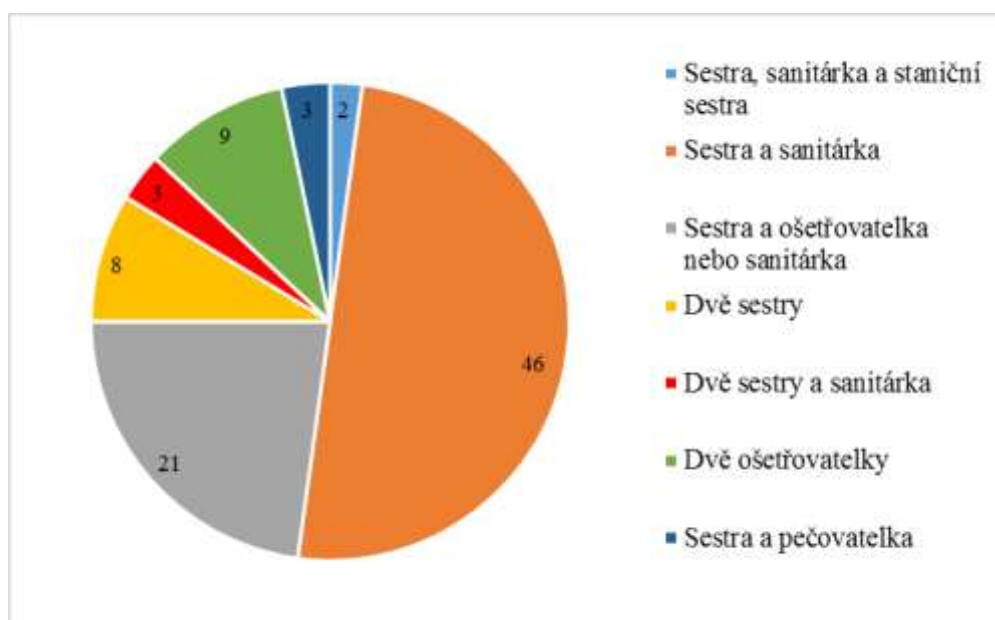
Komentář

Z celkového množství 92 respondentů jich 50 (54,35 %) uvedlo, že u ležících pacientů provádějí hygienickou péči ráno, večer a dle potřeby pacienta. 20 (21,74 %) respondentů uvedlo, že hygienu provádí ráno a večer. 11 (11,95 %) respondentů označilo možnost provádění hygieny dle potřeby pacienta. 10 (10,87 %) respondentů označilo možnost ráno. Pouze 1 (1,09 %) respondent označil, že hygienu provádí jinak, konkrétně uvedl provádění hygieny ráno, v poledne, večer a dle potřeby pacienta. Správně bychom měli provádět hygienickou péči u ležících pacientů minimálně dvakrát denně, tedy ráno, večer a dle potřeby pacienta.

Otázka č. 14 Jaké je složení pracovního týmu při provádění hygienické péče u ležících pacientů?

Tabulka 21 Pracovní tým při hygieně

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sestra, sanitárka a staniční sestra	2	2,17 %
Sestra a sanitárka	46	50 %
Sestra a ošetřovatelka nebo sanitárka	21	22,83 %
Dvě sestry	8	8,70 %
Dvě sestry a sanitárka	3	3,26 %
Dvě ošetřovatelky	9	9,78 %
Sestra a pečovatelka	3	3,26 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 21 Pracovní tým při hygieně

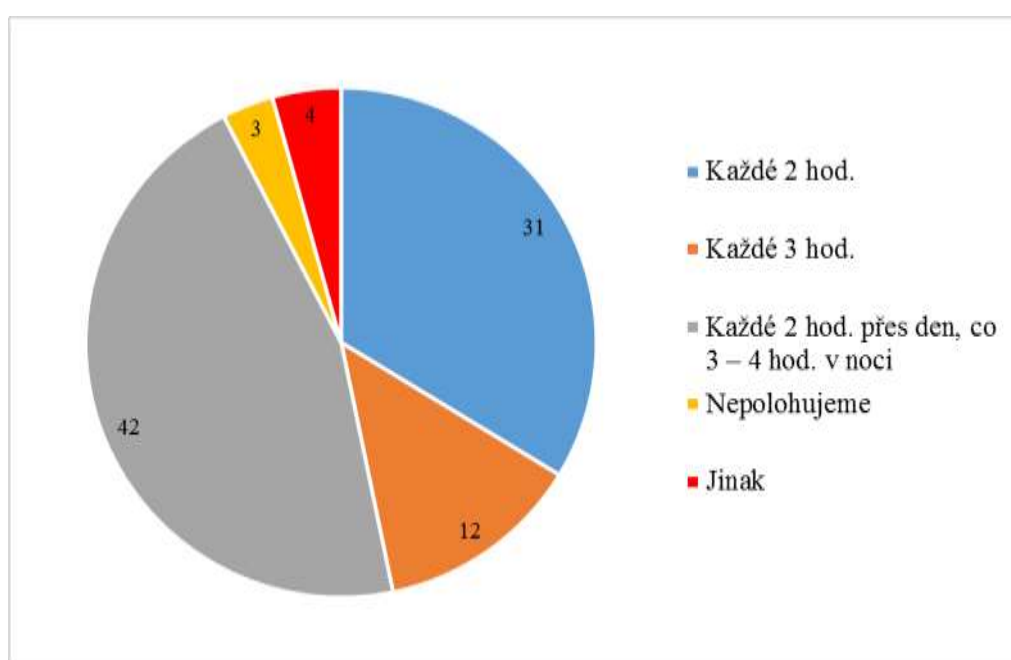
Komentář

Z celkového počtu 92 oslovených respondentů jich 46 (50 %) uvedlo, že pracovní tým při provádění hygienické péče u ležících pacientů je složen ze sestry a sanitárky, 21 (22,83 %) respondentů uvedlo složení týmu sestra a ošetřovatelka, nebo sanitárka. 9 (9,78 %) respondentů uvedlo složení týmu dvě ošetřovatelky, 8 (8,70 %) respondentů uvedlo možnost dvě sestry, 3 (3,26 %) respondenti uvedli možnost dvě sestry a sanitárka a 3 (3,26 %) respondenti uvedli možnost sestra a pečovatelka. 2 (2,17 %) respondenti uvedli složení týmu při provádění hygienické péče u ležících pacientů jako sestra, sanitárka a staniční sestra. Ideálním stavem je přítomnost alespoň jedné sestry.

Otázka č. 15 Jak často polohujete ležící pacienty na Vašem oddělení?

Tabulka 22 Jak často pohujete pacienty

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každé 2 hod.	31	33,70 %
Každé 3 hod.	12	13,04 %
Každé 2 hod. přes den, co 3 – 4 hod. v noci	42	45,65 %
Nepolohujeme	3	3,26 %
Jinak	4	4,35 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 22 Jak často polohujete pacienty

Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 42 (45,65 %) uvedlo, že na svém oddělení polohují ležící pacienty každé 2 hod. přes den a co 3 – 4 hod. v noci. 31 (33,70 %) respondentů uvedlo možnost každé 2 hodiny, 12 (13,04 %) respondentů uvedlo možnost každé 3 hodiny a 3 (3,26 %) respondenti uvedli, že pacienty nepolohují. 4 (4,35 %) respondenti označili možnost jinak, konkrétně uvedli dle individuálního režimu ležícího pacienta. Jako správný způsob polohování je uváděn postup co 2 hod. přes den, co 3 – 4 hodiny v noci.

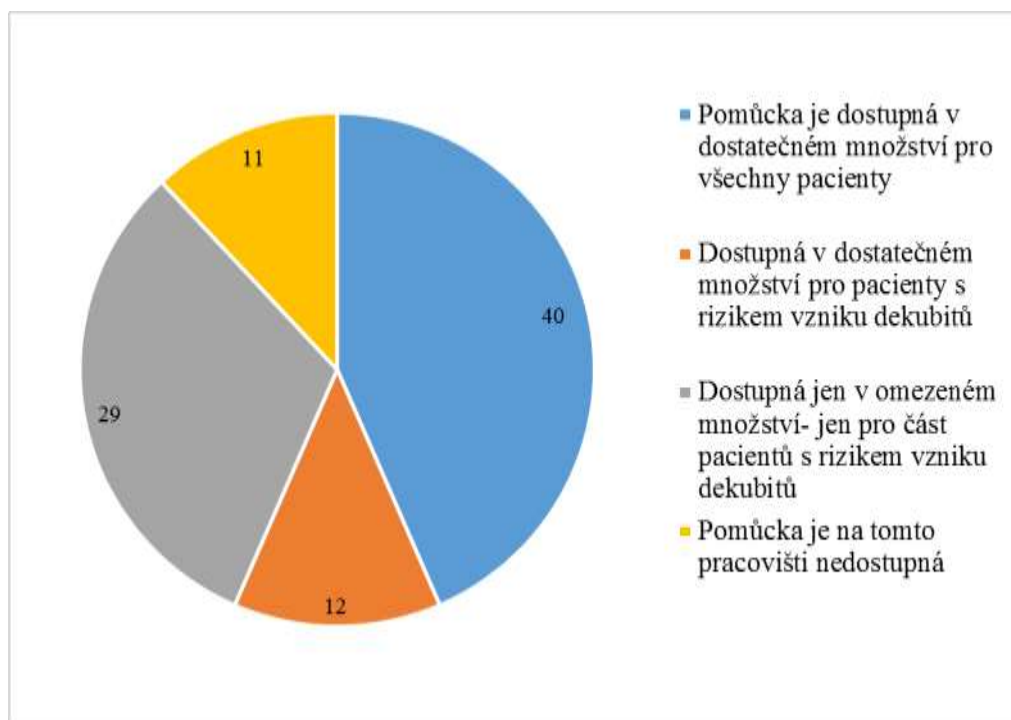
Otázka č. 16 Jsou uvedené pomůcky k prevenci dekubitů na Vašem pracovišti k dispozici

V této otázce je možnost vyjádřit se k míře dostupnosti pomůcek na pracovišti. Proto je každá konkrétní pomůcka zpracována do vlastní tabulky a grafu.

a) Polohovací lůžka

Tabulka 23 Polohovací lůžka

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pomůcka je dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty	40	43,47 %
Dostupná v dostatečném množství pro pacienty s rizikem vzniku dekubitů	12	13,04 %
Dostupná jen v omezeném množství- jen pro část pacientů s rizikem vzniku dekubitů	29	31,53 %
Pomůcka je na tomto pracovišti nedostupná	11	11,96 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 23 Polohovací lůžka

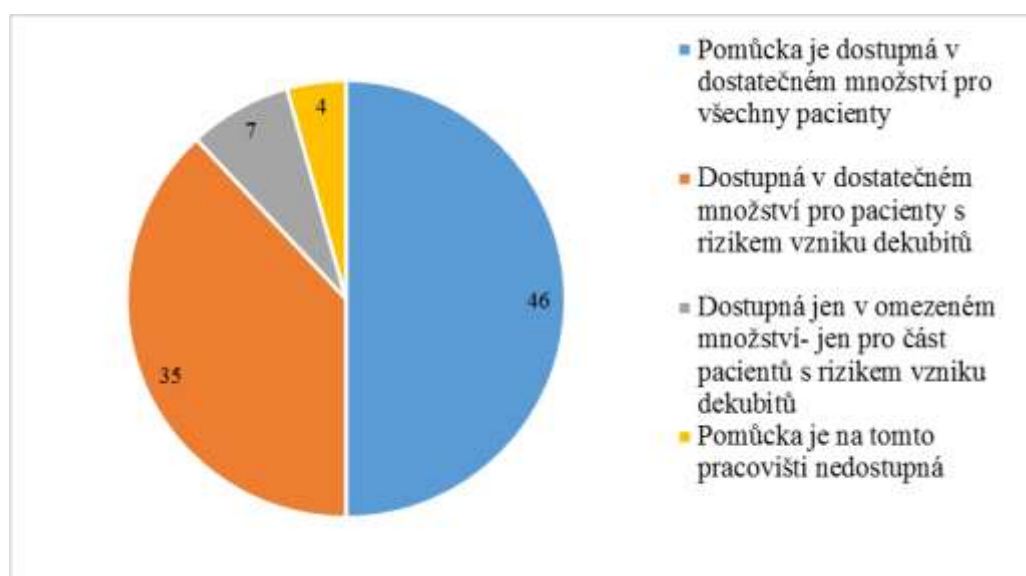
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 40 (43,47 %) uvedlo, že na pracovišti mají polohovací lůžka dostupná pro všechny pacienty. 29 (31,53 %) respondentů uvedlo, že lůžka jsou dostupná jen v omezeném množství a jen pro část pacientů s rizikem dekubitů. 12 (13,04 %) respondentů udává, že lůžka jsou dostupná v dostatečném množství pro pacienty s rizikem dekubitů a 11 (11,96 %) respondentů uvádí skutečnost, že na jejich pracovišti jsou pro pacienty polohovací lůžka nedostupná. V ideálním případě by měla být polohovací lůžka dostupná pro všechny pacienty.

b) Polohovací pomůcky, jako válce, kvádry, klíny, kroužky

Tabulka 24 Polohovací pomůcky

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pomůcka je dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty	46	50 %
Dostupná v dostatečném množství pro pacienty s rizikem vzniku dekubitů	35	38,04 %
Dostupná jen v omezeném množství- jen pro část pacientů s rizikem vzniku dekubitů	7	7,61 %
Pomůcka je na tomto pracovišti nedostupná	4	4,35 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 24 Polohovací pomůcky

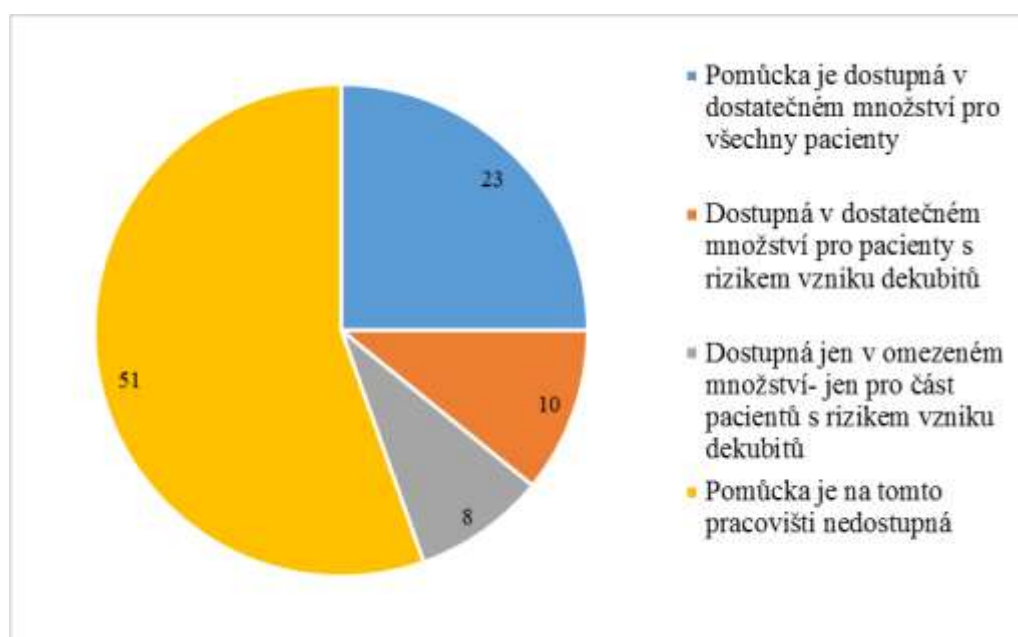
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 46 (50 %) uvedlo, že na jejich pracovišti jsou polohovací pomůcky dostupné v dostatečném množství pro všechny pacienty. 35 (38,04 %) respondentů uvedlo, že pomůcky mají dostupné v dostatečném množství pro pacienty s rizikem vzniku dekubitů. 7 (7,61 %) respondentů uvedlo, že pomůcky mají dostupné jen pro část pacientů s rizikem vzniku dekubitů. 4 (4,35 %) respondenti uvedli, že pomůcky jsou na jejich pracovišti nedostupné. V ideálním případě by měli být polohovací pomůcky dostupné v dostatečném množství alespoň pro všechny pacienty s rizikem dekubitů.

c) Zvedák

Tabulka 25 Zvedák

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pomůcka je dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty	23	25 %
Dostupná v dostatečném množství pro pacienty s rizikem vzniku dekubitů	10	10,87 %
Dostupná jen v omezeném množství- jen pro část pacientů s rizikem vzniku dekubitů	8	8,70 %
Pomůcka je na tomto pracovišti nedostupná	51	55,43 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 25 Zvedák

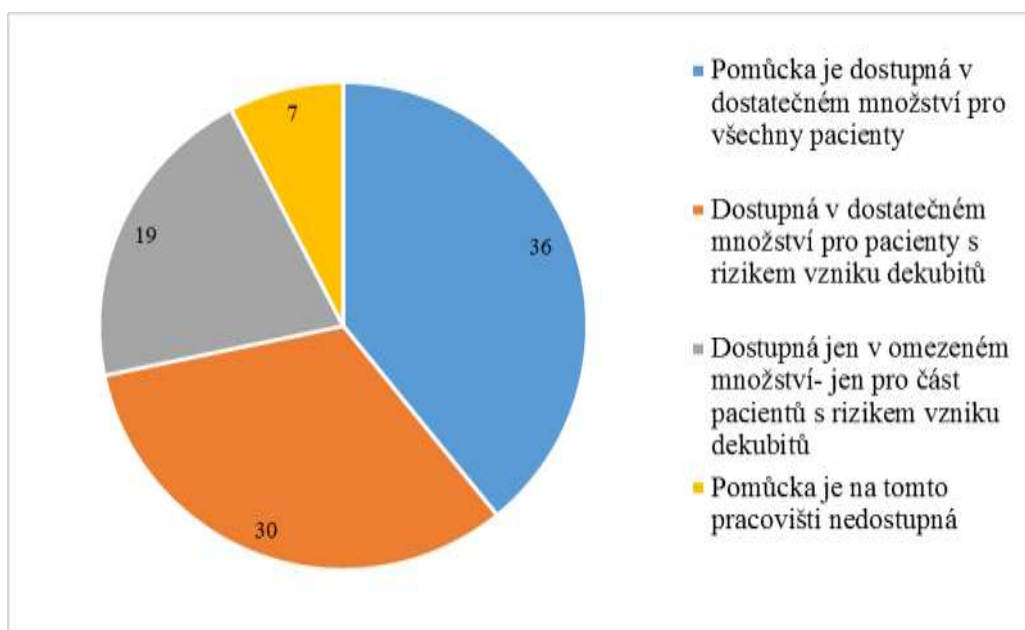
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 51 (55,43 %) uvedlo, že zvedák k přesunu pacienta je na jejich pracovišti nedostupný. 23 (25 %) respondentů uvedlo, že zvedák mají dostupný pro všechny pacienty, 10 (10,87 %) respondentů má na pracovišti dostupný zvedák pro pacienty s rizikem dekubitů a 8 (8,70 %) respondentů má na pracovišti zvedák dostupný jen pro část pacientů s rizikem dekubitů. Zde je třeba vyzvednout fakt, že více než polovina respondentů nemá na pracovišti zvedák k přesunu pacienta.

d) Molitanové podložky/polštáře

Tabulka 26 Molitanové podložky

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pomůcka je dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty	36	39,13 %
Dostupná v dostatečném množství pro pacienty s rizikem vzniku dekubitů	30	32,61 %
Dostupná jen v omezeném množství- jen pro část pacientů s rizikem vzniku dekubitů	19	20,65 %
Pomůcka je na tomto pracovišti nedostupná	7	7,61 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 26 Molitanové podložky

Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 36 (39,13 %) uvedlo, že molitanové podložky mají dostupné na pracovišti v dostatečném množství pro všechny pacienty. 30 (32,61 %) respondentů má tyto pomůcky dostupné v dostatečném množství jen pro pacienty s rizikem dekubitů, 19 (20,65 %) respondentů má na pracovišti tyto pomůcky dostupné jen pro část pacientů s rizikem dekubitů. 7 (7,61 %) respondentů uvedlo, že tato pomůcka je na jejich pracovišti nedostupná.

e) Aktivní antidekubitní matrace

Tabulka 27 Aktivní antidekubitní matrace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pomůcka je dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty	31	33,70 %
Dostupná v dostatečném množství pro pacienty s rizikem vzniku dekubitů	16	17,40 %
Dostupná jen v omezeném množství- jen pro část pacientů s rizikem vzniku dekubitů	38	41,30 %
Pomůcka je na tomto pracovišti nedostupná	7	7,60 %
Celkem	92	100,00%



Graf 27 Aktivní antidekubitní matrace

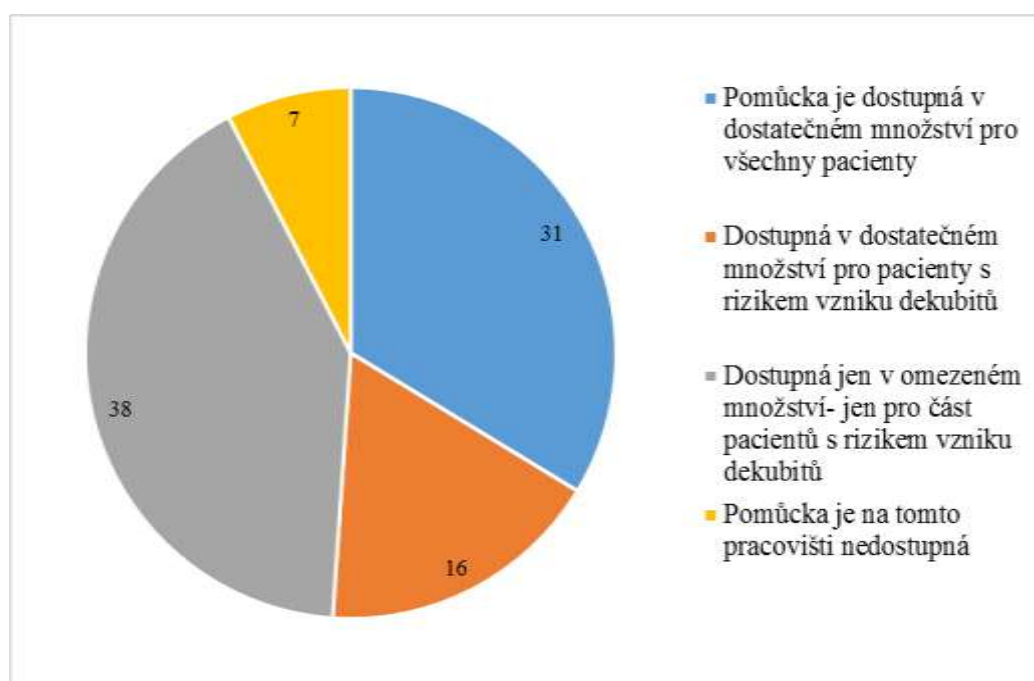
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů se 38 (41,30 %) vyjádřilo, že aktivní antidekubitní matrace jsou na jejich pracovišti dostupné jen pro část pacientů s rizikem dekubitů. 31 (33,70 %) respondentů udává, že tyto matrace mají dostupné v dostatečném množství pro všechny pacienty a 16 (17,40 %) respondentů má dostatečné množství matrací pro pacienty s rizikem dekubitů. Celkem 7 (7,60 %) respondentů uvedlo, že na jejich pracovišti jsou tyto matrace nedostupné. Aktivní antidekubitní matrace jsou významným preventivním pomocníkem v prevenci dekubitů, proto by měli být dostupné pro všechny pacienty s rizikem dekubitů.

f) Pasívní antidekubitní matrace

Tabulka 28 Pasívní antidekubitní matrace

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pomůcka je dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty	28	30,43 %
Dostupná v dostatečném množství pro pacienty s rizikem vzniku dekubitů	23	25 %
Dostupná jen v omezeném množství- jen pro část pacientů s rizikem vzniku dekubitů	22	23,91 %
Pomůcka je na tomto pracovišti nedostupná	19	20,66 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 28 Pasívní antidekubitní matrace

Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 28 (30,43 %) uvedlo, že pasívní antidekubitní matrace mají dostupné v dostatečném množství pro všechny pacienty. 23 (25 %) respondentů uvedlo, že tyto matrace jsou dostupné v dostatečném množství jen pro pacienty s rizikem dekubitů a 22 (23,91 %) respondentů má tyto matrace dostupné jen pro část pacientů s rizikem dekubitů. Celkem 19 (20,66 %) respondentů nemá na svém pracovišti pasívní antidekubitní matrace k dispozici.

g) Pomůcky pro péči o inkontinentní pacienty

Tabulka 29 Pomůcky při inkontinenci

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pomůcka je dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty	48	52,18 %
Dostupná v dostatečném množství pro pacienty s rizikem vzniku dekubitů	34	36,96 %
Dostupná jen v omezeném množství- jen pro část pacientů s rizikem vzniku dekubitů	5	5,43 %
Pomůcka je na tomto pracovišti nedostupná	5	5,43 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 29 Pomůcky při inkontinenci

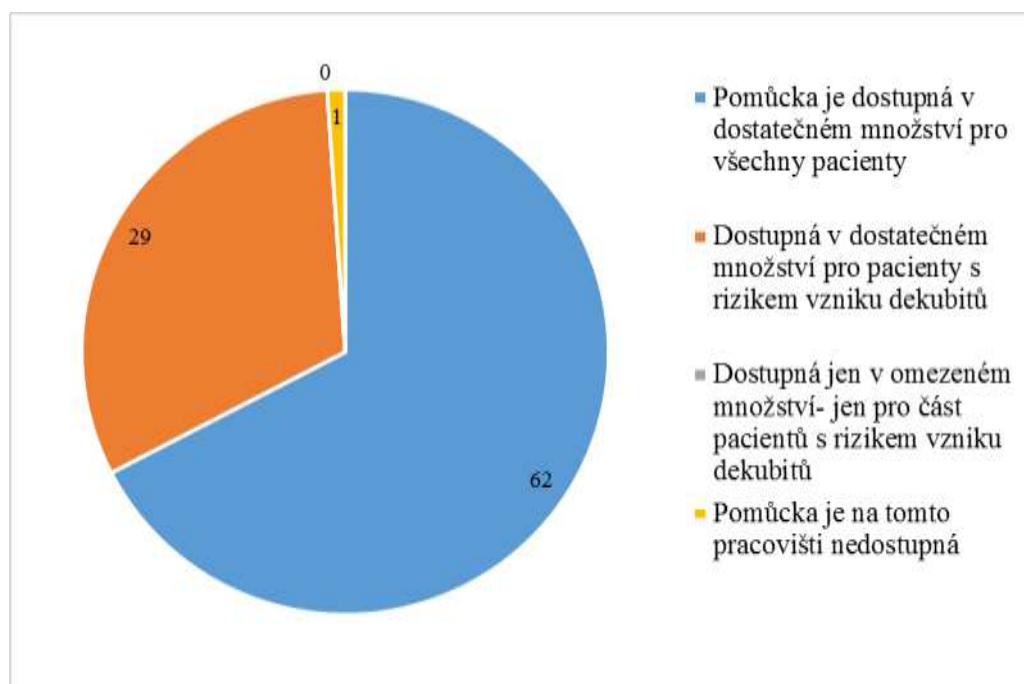
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 48 (52,18 %) uvedlo, že pomůcky pro péči o inkontinentní pacienty jsou na jejich odděleních dostupné v dostatečném množství pro všechny pacienty. 34 (36,96 %) respondentů uvedlo, že tyto pomůcky jsou dostupné v dostatečném množství pro pacienty s rizikem dekubitů. 5 (5,43 %) respondentů uvedlo, že mají tyto pomůcky dostupné jen pro část pacientů s rizikem dekubitů. Dalších 5 (5,43 %) respondentů uvedlo, že tyto pomůcky jsou na jejich pracovišti nedostupné.

h) Ochranné krémy, masti, či bariérová péče na pokožku

Tabulka 30 Ochranné krémy

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pomůcka je dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty	62	67,39 %
Dostupná v dostatečném množství pro pacienty s rizikem vzniku dekubitů	29	31,52 %
Dostupná jen v omezeném množství- jen pro část pacientů s rizikem vzniku dekubitů	0	0 %
Pomůcka je na tomto pracovišti nedostupná	1	1,09 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 30 Ochranné krémy

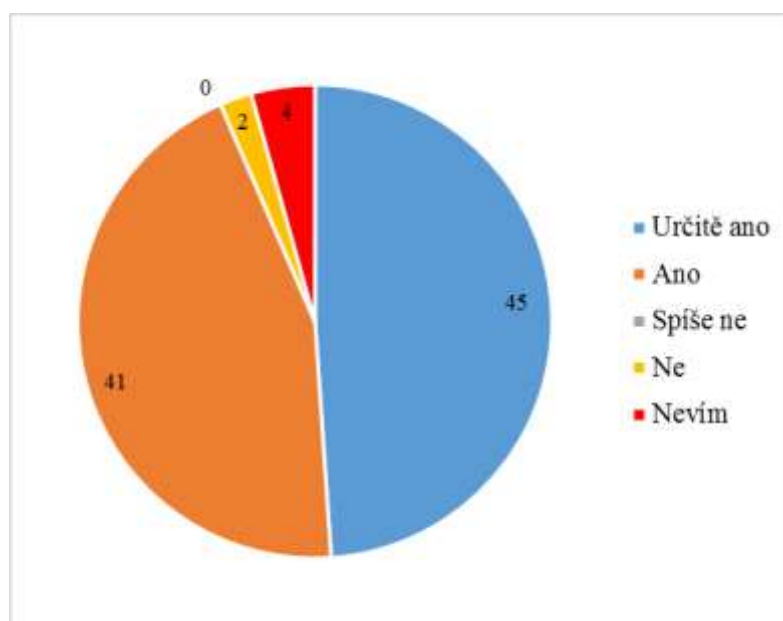
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 62 (67,39 %) uvedlo, že krémy, masti i bariérová péče je na jejich pracovišti dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty. 29 (31,92 %) respondentů uvedla, že tyto prostředky mají dostupné v dostatečném množství pro pacienty s rizikem dekubitů. Pouze 1 (1,09 %) respondent uvedl, že tyto pomůcky jsou na jeho pracovišti nedostupné.

Otázka č. 17 Má Vaše pracoviště standard o prevenci dekubitů?

Tabulka 31 Standard o prevenci

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	45	48,91 %
Ano	41	44,57 %
Spíše ne	0	0 %
Ne	2	2,17 %
Nevím	4	4,35 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 31 Standard o prevenci

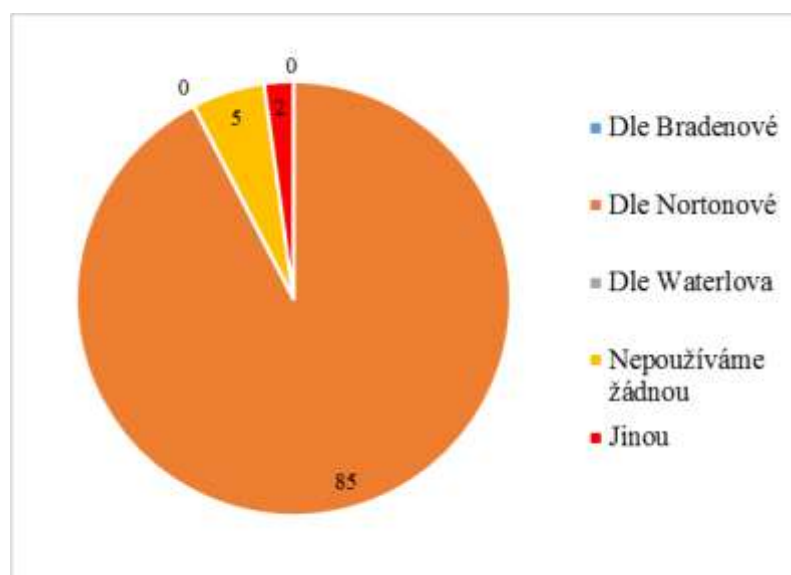
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 45 (48,91 %) uvedlo, že jejich pracoviště určitě má standard o prevenci dekubitů. 41 (44,57 %) respondentů uvedlo možnost ano, 4 (4,35 %) respondenti uvedli možnost nevím a 2 (2,17 %) respondenti uvedli, že jejich pracoviště nemá standard o prevenci dekubitů. Standard o prevenci dekubitů by měl být zpracován ve všech zdravotnických zařízeních.

Otázka č. 18 Jakou stupnici (škálu) používáte k vyhodnocení rizika vzniku dekubitů?

Tabulka 32 Používaná škála

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dle Bradenové	0	0 %
Dle Nortonové	85	92,39 %
Dle Waterlova	0	0 %
Nepoužíváme žádnou	5	5,44 %
Jinou	2	2,17 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 32 Používaná škála

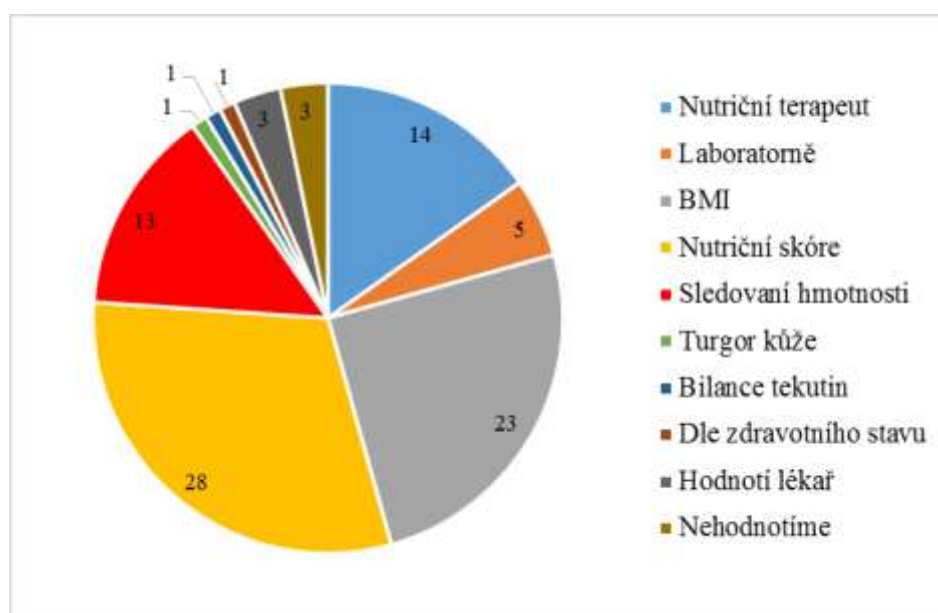
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 85 (92,39 %) uvedlo, že k vyhodnocení rizika vzniku dekubitů používají škálu Dle Nortonové, což je většina. 5 (5,44 %) respondentů uvedlo, že škálu k vyhodnocení rizika nepoužívají žádnou. 2 (2,17 %) respondenti uvedli, že používají škálu jinou, konkrétně vlastní škálu k vyhodnocení rizika vzniku dekubitů. Výsledek potvrzuje již známý fakt, že v ČR je nejčastěji využívána škála Dle Nortonové.

Otázka č. 19 Popište, jak na pracovišti hodnotíte stav výživy u hospitalizovaných pacientů?

Tabulka 33 Hodnocení stavu výživy

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nutriční terapeut	14	15,22 %
Laboratorně	5	5,43 %
BMI	23	25 %
Nutriční skóre	28	30,43 %
Sledování hmotnosti	13	14,13 %
Turgor kůže	1	1,09 %
Bilance tekutin	1	1,09 %
Dle zdravotního stavu	1	1,09 %
Hodnotí lékař	3	3,26 %
Nehodnotíme	3	3,26 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 33 Hodnocení stavu výživy

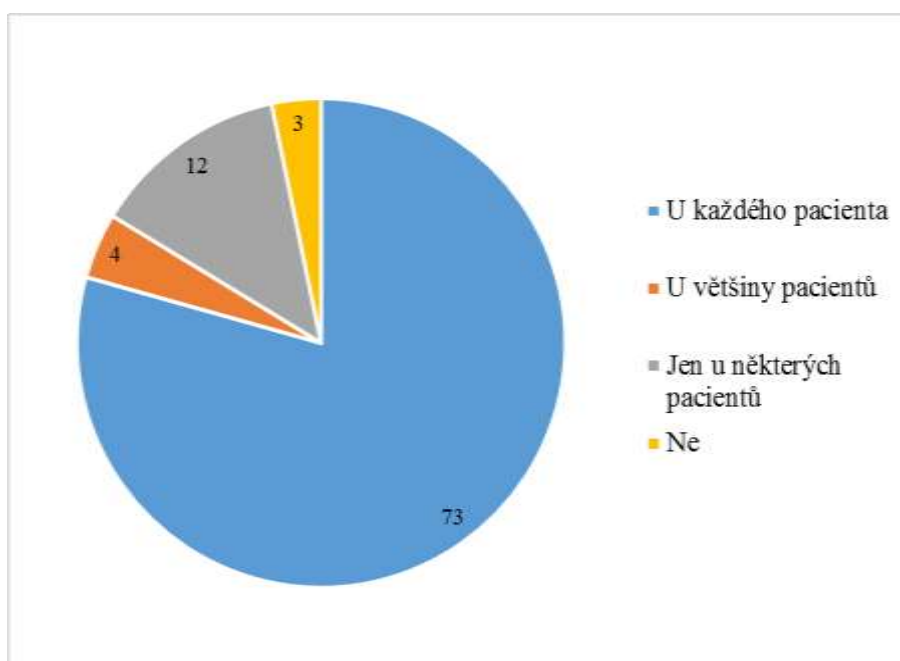
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich největší část, 28 (30,43 %), uvedlo možnost, že k hodnocení stavu výživy u hospitalizovaných pacientů užívají nutriční skóre. Dalších 23 (25 %) respondentů uvedlo, že u pacientů sledují BMI, 14 (15,22 %) respondentů uvedlo nutričního terapeuta a 13 (14,13 %) respondentů sleduje hmotnost pacientů. 5 (5,43 %) respondentů sleduje stav laboratorně. Pomocí bilance tekutin, turgoru kůže a zdravotního stavu sleduje stav výživy po 1 (1,09 %) respondentu. 3 (3,26 %) respondenti označili hodnocení lékařem a další 3 (3,26 %) respondenti nehodnotí stav výživy vůbec.

Otázka č. 20 Provádíte hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta na oddělení?

Tabulka 34 Hodnocení rizika při příjmu

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
U každého pacienta	73	79,35 %
U většiny pacientů	4	4,35 %
Jen u některých pacientů	12	13,04 %
Ne	3	3,26 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 34 Hodnocení rizika při příjmu

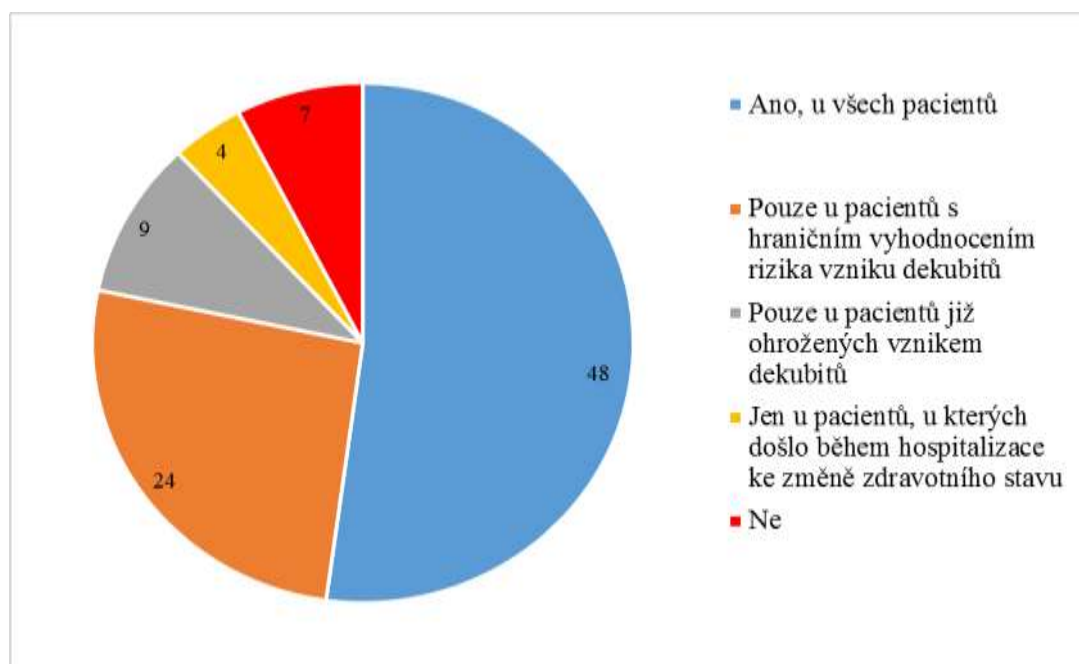
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 73 (79,35 %) uvedlo, že hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu provádějí u každého pacienta. 12 (13,04 %) respondentů provádí hodnocení rizika při příjmu jen u některých pacientů. 4 (4,35 %) respondenti uvedli, že hodnocení rizika při příjmu provádějí u většiny pacientů a 3 (3,26 %) respondenti hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta neprovádí. Z výzkumu vyplývá, že téměř na každém oddělení se riziko vzniku dekubitů hodnotí. Správně bychom měli riziko dekubitů hodnotit při příjmu pacienta a při každé změně jeho stavu.

Otázka č. 21 Opakujete hodnocení rizika vzniku dekubitů i dále během hospitalizace pacienta?

Tabulka 35 Opakované hodnocení rizika

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, u všech pacientů	48	52,17 %
Pouze u pacientů s hraničním vyhodnocením rizika vzniku dekubitů	24	26,09 %
Pouze u pacientů již ohrožených vznikem dekubitů	9	9,78 %
Jen u pacientů, u kterých došlo během hospitalizace ke změně zdravotního stavu	4	4,35 %
Ne	7	7,61 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 35 Opakované hodnocení rizika

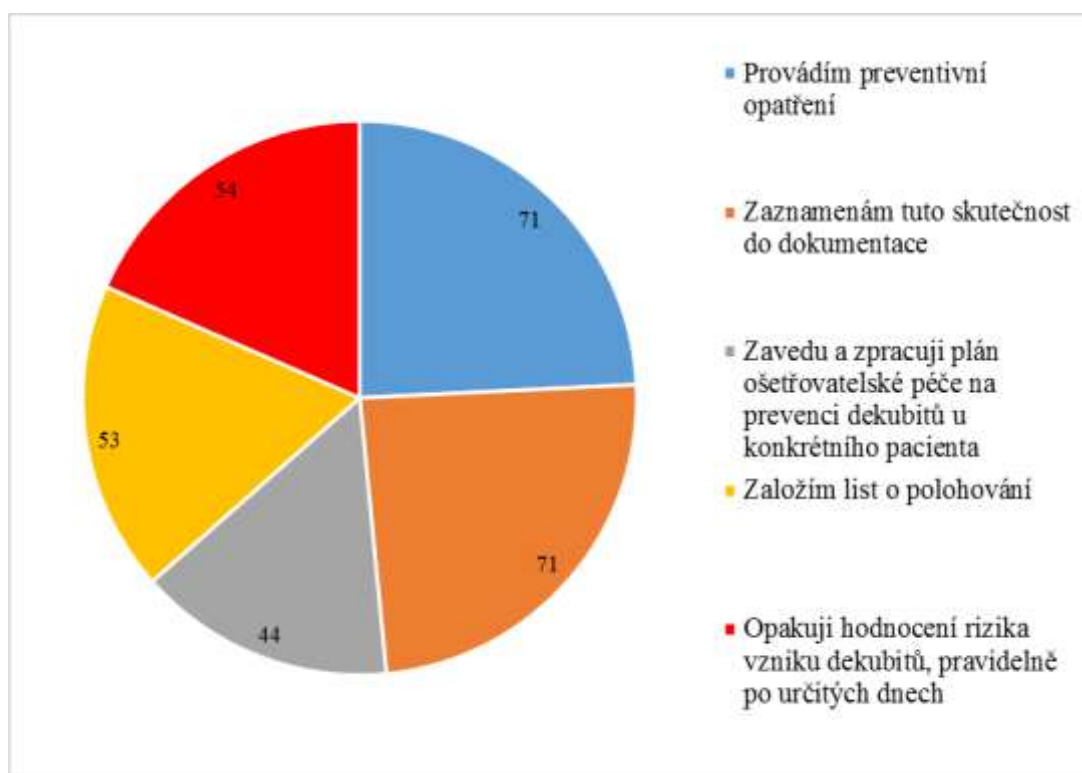
Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 48 (52,17 %) uvedlo, že hodnocení rizika vzniku dekubitů opakují u všech pacientů. 24 (26,09 %) respondentů uvedlo, opakují hodnocení rizika pouze u pacientů s hraničním vyhodnocením rizika vzniku dekubitů. 9 (9,78 %) respondentů opakuje hodnocení pouze u pacientů již ohrožených vznikem dekubitů a 4 (4,35 %) respondenti opakují hodnocení jen u pacientů, u kterých došlo během hospitalizace ke změně zdravotního stavu. Celkem 7 (7,61 %) respondentů hodnocení rizik neopakuje.

Otázka č. 22 Pokud má pacient riziko vzniku dekubitů, pak:

Tabulka 36 Opatření u rizika dekubitů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Provádím preventivní opatření	71	24,23 %
Zaznamenám tuto skutečnost do dokumentace	71	24,23 %
Zavedu a zpracuji plán ošetrovatelské péče na prevenci dekubitů u konkrétního pacienta	44	15,02 %
Založím list o polohování	53	18,09 %
Opakuji hodnocení rizika vzniku dekubitů, pravidelně po určitých dnech	54	18,43 %
Celkem	293	100,00 %



Graf 36 Opatření u rizika dekubitů

Komentář

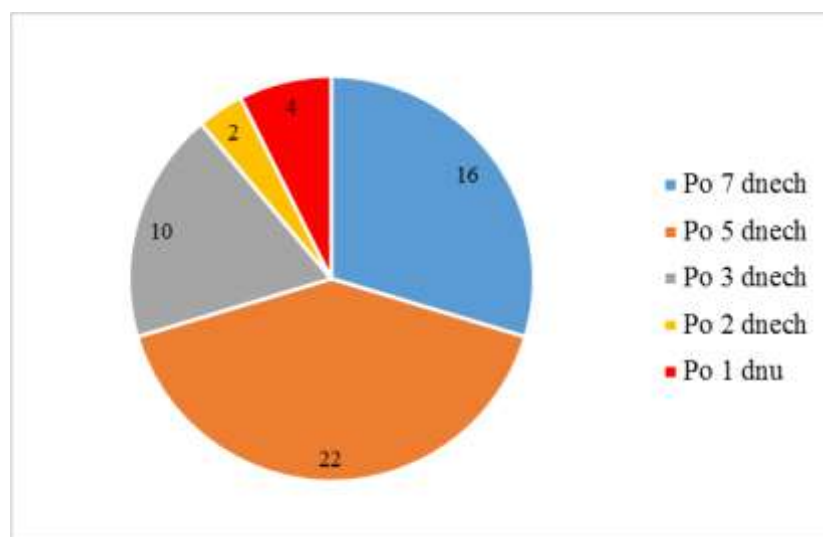
Na tuto otázku byla možnost zvolit i více odpovědí. Absolutní četnost je v tomto případě počet odpovědí, nikoli počet respondentů. Celkem v 71 (24,23 %) případech volí respondenti možnost, že pokud má pacient riziko dekubitů, provádí preventivní opatření. V dalších 71 (24,23 %) případech volili respondenti možnost, že zaznamenávají tuto skutečnost

do dokumentace. V 53 (18,09%) případech respondenti vybrali možnost, že založí list o polohování a ve 44 (15,02 %) případech uvedli, že je zaveden a zpracován plán ošetrovatelské péče. V 54 (18,43 %) případech byla označena možnost, že respondenti opakují hodnocení rizika pravidelně po určitých dnech a uvedli počet dnů dle zvyklostí svého pracoviště. Tato situace byla pro názornost zpracována do další tabulky a grafu.

Opakují hodnocení rizika vzniku dekubitů, pravidelně po...dnech.

Tabulka 37 Opakování hodnocení po dnech

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Po 7 dnech	16	29,63 %
Po 5 dnech	22	40,74 %
Po 3 dnech	10	18,52 %
Po 2 dnech	2	3,70 %
Po 1 dnu	4	7,41 %
Celkem	54	100,00 %



Graf 37 Opakování hodnocení po dnech

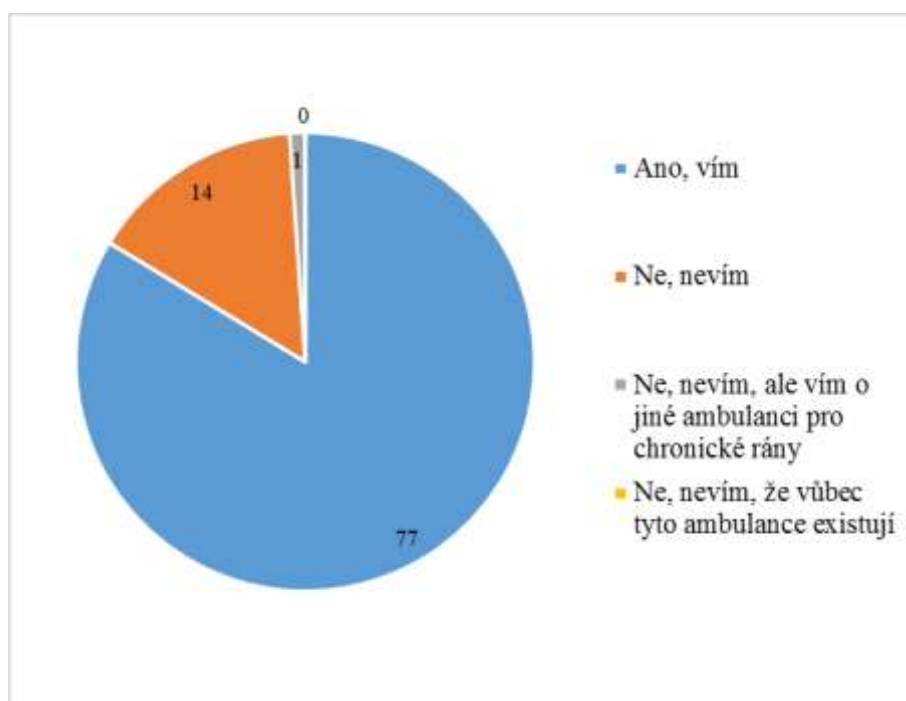
Komentář

Z celkového počtu 54 respondentů, kteří odpověděli na volnou, doplňující otázku, vyplývá fakt, že 22 (40,74 %) z nich opakuje hodnocení rizika po 5 dnech. 16 (29,63 %) respondentů provádí opakované hodnocení po 7 dnech, 10 (18,52 %) respondentů opakuje hodnocení po 3 dnech, 4 (7,41 %) respondenti opakují hodnocení po 1 dnu a 2 (3,70 %) respondenti opakují hodnocení po 2 dnech. Správně bychom měli riziko dekubitů hodnotit při příjmu pacienta a při změně jeho stavu. Pokud se stav nemění, vyhodnocujeme pravidelně alespoň jednou týdně.

Otázka č. 23 Víte o existenci ambulance pro chronické rány ve Vaší nemocnici, nebo ve vašem okolí?

Tabulka 38 Ambulance pro chronické rány

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vím	77	83,70 %
Ne, nevím	14	15,21 %
Ne, nevím, ale vím o jiné ambulanci pro chronické rány	1	1,09 %
Ne, nevím, že vůbec tyto ambulance existují	0	0 %
Celkem	92	100,00 %



Graf 38 Ambulance pro chronické rány

Komentář

Z celkového počtu 92 respondentů jich 77 (83,70 %) uvedlo, že vědí o existenci ambulance pro chronické rány v jejich nemocnici, nebo v jejich okolí. 14 (15,21 %) respondentů uvedlo, že o existenci této ambulance nevědí. Pouze 1 (1,09 %) respondent uvedl, že neví o ambulanci v jejich nemocnici a okolí, ale že ví o jiné ambulanci pro chronické rány.

Otázka č. 24 Místo pro Vaše další sdělení

Komentář

Zde byl vyhrazen prostor pro případná další sdělení. Nebyl využitý žádným z respondentů.

DISKUZE

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 92 (92 %) respondentů. Největší část respondentů se nachází ve věkové kategorii 30 – 40 let a také v kategorii 40 – 50 let. Podstatně méně respondentů se nachází v mladších věkových kategoriích, mezi 20 – 30 lety a v kategorii do 20 let. Délka praxe ve zdravotnictví se nejčastěji pohybuje v rozmezí 15 – 25 let, nejméně je zastoupena praxe v rozmezí do 2 let a od 2 – 10 let. Jako nejvyšší dosažené vzdělání v ošetrovatelství převládá střední zdravotnická škola. Menší část, 11 (11,96 %) respondentů udává specializační studium ARIP a pouze 6 (6,52 %) respondentů uvádí bakalářské studium. Z těchto údajů vyplývá skutečnost, že ošetrovatelský personál je spíše mladšího a středního věku, s poměrně dlouhou a mnohaletou praxí ve zdravotnictví. Většina personálu je středoškolsky vzdělaná. Specializační a vyšší vzdělání má z nich jen malá část.

Tato bakalářská práce měla pomocí dotazníkového šetření zjistit 3 cíle.

Cílem č. 1 bylo zjistit úroveň znalostí ošetrovatelského týmu v oblasti prevence dekubitů. K tomuto cíli směřovalo celkem 7 otázek. Bylo zjištěno, že ošetrovatelský tým je dostatečně vzdělaný v prevenci dekubitů a že je dále v této oblasti vzděláván. Pokud není ošetrovatelský tým vzděláván přímo na pracovišti, je mu umožněno se vzdělávat jinde. Respondenti také ve většině udávají skutečnost, že je jim nabízen dostatek vzdělávacích akcí zaměřených na prevenci dekubitů. O vysoké úrovni znalostí týmu svědčí i fakt, že většina respondentů označila správně v jednotlivých otázkách významné faktory i zásadně důležité postupy, které jsou rozhodující v ošetrovatelské péči u pacientů s rizikem dekubitů.

Cílem č. 2 bylo zjistit, jaké prostředky respondentky používají k prevenci dekubitů na jejich odděleních. K tomuto cíli směřovalo celkem 7 otázek. Bylo zjištěno, že většina respondentů má na svých odděleních v rámci péče o pacienty s rizikem dekubitů zaveden účinný preventivní systém při poskytování hygienické péče. U většiny se na hygienické péči podílí všeobecná sestra, která je zárukou včasného zachytu prvních příznaků vznikajícího dekubitu. Co se týče potřebného vybavení a pomůcek však značná část respondentů uvádí sníženou dostupnost, v některých případech jsou pomůcky zcela nedostupné. Konkrétně může být zmíněna nedostupnost pomůcek pro péči o některé inkontinentní pacienty a velmi častá je i nedostupnost zvedáků pro přesun pacientů.

Cílem č. 3 bylo zjistit, jak jsou ošetrovatelským personálem hodnocena rizika vzniku dekubitů na jejich odděleních. K tomuto cíli směřovalo celkem 7 otázek. Bylo zjištěno, že téměř většina ošetrovatelského personálu na svých pracovištích hodnotí rizika vzniku

dekubitů vždy při příjmu pacienta a hodnocení rizika pravidelně opakují i pokud se zdravotní stav pacienta během hospitalizace nezmění. Téměř ve všech případech je k hodnocení rizika vzniku dekubitů používaná stupnice dle Nortonové a pracoviště mají standard o prevenci dekubitů. Pokud je vyhodnoceno, že pacient je ohrožen vznikem dekubitů, sestra postupuje dle stanovených preventivních opatření. Z těchto opatření nejčastěji provádí přímá preventivní opatření, zaznamenává tuto skutečnost do dokumentace, zakládá list o polohování a zpracovává a zavádí plán ošetrovatelské péče u konkrétního pacienta.

Závěry z těchto šetření byly srovnány se závěry jiných bakalářských prací, které byly vypracovány na příbuzné téma. Co se týče výsledků šetření z demografických údajů, autorka Lucie Slováčková z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, došla přibližně ke stejným výsledkům. V závěru své práce s názvem Prevence vzniku dekubitů na odděleních intenzivní péče upozorňuje na fakt, že většina ošetrovatelského personálu je jen středoškolsky vzdělaná. Zdůrazňuje nutnost klást větší důraz na vzdělání všeobecných sester, zvláště na studium vysokoškolské. (Slováčková, 2014, s. 76) Závěry ze šetření u cíle č. 1 korespondují s výsledky šetření v bakalářské práci s názvem Ošetrovatelská péče o chronické rány – dekubity. Autorka bakalářské práce Lenka Hubáčková z Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně došla k podobným výsledkům, informovanost ošetrovatelského personálu v oblasti prevence dekubitů je velmi dobrá. (Hubáčková, 2010, s. 72) Výsledky ze šetření u cílů 2 a 3 byly srovnány s výsledky bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta s dekubity. Autorka Martina Šeriová z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích shodně prezentuje, že je prováděna účinná prevence a poukazuje na nedostatky v dostupnosti pomůcek. Také shodně udává zjištěné skutečnosti v oblasti používaných preventivních postupů, hodnotících škál a fungujících standardů. (Šeriová, 2013, s. 68-69)

VÝSTUP PRO PRAXI

Vzhledem ke konkrétním výsledkům tohoto kvantitativního výzkumu by bylo přínosné předložit tyto informace osobám z managementu nemocnic, i jednotlivých oddělení. Během sběru svých vyplněných dotazníků jsem se setkala s reakcemi některých staničních sester, které projevíly zájem o situaci v běžné dostupnosti některých pomůcek v jiných zařízeních. Například, pokud sami na oddělení nedisponují např. zvedákem k přesunu pacientů, zajímá je, zda jinde bývá běžně dostupný. Konkrétně hlavním, vrchním i staničním sestřám by měla být nastíněna situace, jak jsou nemocnice obecně vybaveny pomůckami pro prevenci dekubitů. Podle konkrétních zjištění lze jednoznačně poukázat na fakta, že stále ještě není stav dostupnosti pomůcek ideální a že situace není dobrá ani při vyhodnocování rizik. Ne vždy je viníkem stavu nedostatek finančních prostředků. Situaci je třeba vidět pohledem, že ta či ona pomůcka, i když finančně nákladná, bude návratná z pohledu snížení náročnosti pracovního výkonu, bude úsporou času, bude šetrnou ke zdraví pacienta. Zároveň je třeba apelovat na dostupnost i z hlediska ochrany svého personálu, který v důsledku trpí vertebrogenními potížemi, které jsou zdrojem pracovní neschopnosti.

Oproti tomu, vrchním a staničním sestřám může být přínosem skutečnost, že jejich kolegyně mají velmi dobré znalosti z oblasti prevence dekubitů, že většinu svých znalostí získaly na školeních a vzdělávacích seminářích a mají chuť se dále vzdělávat. Cesta tímto směrem je jistě správná.

!

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou preventivní ošetrovatelské péče v oblasti dekubitů. Týká se téměř všech medicínských oborů – chirurgie, neurologie, traumatologie, interních oborů, urologie, intenzivní i následné péče... Systémy propracovanosti prevence, způsoby i zásady vedení potřebné dokumentace a vypracované standardy nebudou nikdy dostatečnou zárukou úspěšné prevence, pokud za nimi nestojí vzdělaná sestra. Během přípravy k bakalářské práci jsem se setkávala s velkým zájmem ošetrovatelského personálu o toto téma. Byla projevena velká ochota poskytnout informace a zároveň byl značný zájem o výsledky konkrétních šetření.

Jednou z komplikací, které se vyskytují v prevenci dekubitů, je ne příliš dobrá dostupnost pomůcek a prostředků, bez kterých nelze důslednou preventivní péči v oblasti dekubitů vykonávat. V mnoha případech by se mělo vložit více finančních prostředků na dostatečné množství prostředků a pomůcek, které se užívají alespoň v prevenci proti dekubitům u ohrožených pacientů. Také je jistě možné se shodnout na tom, že pro zdravotnická zařízení je nejlepší investicí vkládat peníze do preventivních opatření. Vzhledem k zanedbané, či nedůsledně prováděné prevenci se může léčba mnohonásobně prodražit, ohrozit ještě více zdraví pacienta komplikacemi a v neposlední řadě zatížit personál dalšími složitými ošetrovatelskými a léčebnými úkony. Účinnou prevencí nemocnice zkracují dobu hospitalizace a snižují ekonomické náklady na léčbu.

Cíle, které byly v této bakalářské práci stanoveny, byly splněny. Z celkového dotazníkového šetření vyplynulo, že téměř většina z dotázaných všeobecných sester a zdravotnických asistentů má znalosti o prevenci dekubitů na velmi dobré úrovni. Velká část se v této oblasti nadále vzdělává. Sestry systematicky vyhodnocují rizika a využívají hodnotící škály. Je to personál vzdělaný, informovaný a má chuť se dovídat nové informace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CLAY, Karen, © 2008. *Evidence – based pressure ulcer prevention*. Marblehead: HCPro. ISBN 978-16-01461-71-1.

GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.

HEKELOVÁ, Zuzana, 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4032-4.

HUBÁČKOVÁ, Lenka, 2010. *Ošetrovatelská péče o chronické rány – dekubity*. [online]. Zlín [cit. 2016-04-12]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta Humanitních studií. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13249/hub%C3%A1%C4%8Dkov%C3%A1_2010_bp.pdf?sequence=1.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALINA, Miroslav, 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-107-9.

KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzívní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ, 2000. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-319-8.

KOHOUT, Pavel a Eva KOTRLÍKOVÁ, 2009. *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapi, 2009. ISBN 978-80-8725-005-1.

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

KRAJČÍK, Štefan a Eva BAJANOVÁ, 2012. *Dekubity: Prevencia a liečba v praxi*. Bratislava: Herba, 2012. ISBN 978-80-89171-95-8.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

MAKLEBUST, Joann a Mary SIEGGREEN, © 2001. *Pressure ulcers: Guidelines for prevention and management paperback*. Ambler, Montgomery County: Springhouse. ISBN 978-15-82550-35-2.

MANDINCOVÁ, Petra, 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3811-6.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3172-1.

MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ, 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.

MOUREK, Jindřich, 2012. *Fyziologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2.

PELIKÁNOVÁ, Terezie a Vladimír BARTOŠ, 2011. *Praktická diabetologie 5*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-244-5.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ, 2012. *Kompedium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

RIEBELOVÁ, Věra, Milada FRANČŮ a Jan VÁLKA, 2000. *Dekubity: Prevence, konzervativní a chirurgické terapie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-033-9.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.

SLOVÁČKOVÁ, Lucie, 2014. *Prevence vzniku dekubitů na odděleních intenzivní péče* [online]. Zlín [cit. 2016-04-12]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/28041/slov%C3%A11%C4%8Dkov%C3%A1_1_2014_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1777-7.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠERIOVÁ, Martina, 2013. *Ošetrovatelská péče o pacienta s dekubity*. [online]. České Budějovice [cit. 2016-04-12]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/okn9l2/Oetovatelsk_pe_o_pacienta_s_dekubity.pdf.

TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 1999. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-285-X.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.

ZADÁK, Zdeněk, 2008. *Výživa v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2844-5.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARIP	anestézie – resuscitace – intenzivní péče
BMI	body mass index
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
ČR	Česká republika
NGS	nazogastrická sonda
PMK	permanentní močový katétr

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Věková kategorie</i>	27
<i>Graf 2 Roky praxe</i>	28
<i>Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	29
<i>Graf 4 Získané informace o prevenci</i>	30
<i>Graf 5 Přeřazy dekubitů</i>	32
<i>Graf 6 Sledování výskytu dekubitů</i>	33
<i>Graf 7 Informace o prevenci a léčbě dekubitů</i>	34
<i>Graf 8 Nabídka vzdělávacích akcí</i>	36
<i>Graf 9 Faktory vzniku dekubitů</i>	37
<i>Graf 10 Hygiena</i>	39
<i>Graf 11 Úprava lůžka</i>	40
<i>Graf 12 Péče o pokožku</i>	41
<i>Graf 13 Polohování</i>	42
<i>Graf 14 Stabilizace zdrav. stavu</i>	43
<i>Graf 15 Hodnocení rizik vzniku dekubitů</i>	44
<i>Graf 16 Rehabilitace</i>	45
<i>Graf 17 Výživa</i>	46
<i>Graf 18 Polohování NGS</i>	47
<i>Graf 19 Poloha PMK</i>	48
<i>Graf 20 Frekvence hygienické péče</i>	49
<i>Graf 21 Pracovní tým při hygieně</i>	50
<i>Graf 22 Jak často polohujete pacienty</i>	51
<i>Graf 23 Polohovací lůžka</i>	52
<i>Graf 24 Polohovací pomůcky</i>	54
<i>Graf 25 Zvedák</i>	55
<i>Graf 26 Molitanové podložky</i>	56
<i>Graf 27 Aktivní antidekubitní matrace</i>	57
<i>Graf 28 Pasívní antidekubitní matrace</i>	58
<i>Graf 29 Pomůcky při inkontinenci</i>	59
<i>Graf 30 Ochranné krémy</i>	60
<i>Graf 31 Standard o prevenci</i>	61
<i>Graf 32 Používaná škála</i>	62

<i>Graf 33</i> Hodnocení stavu výživy	63
<i>Graf 34</i> Hodnocení rizika při příjmu	64
<i>Graf 35</i> Opakované hodnocení rizika	65
<i>Graf 36</i> Opatření u rizika dekubitů.....	66
<i>Graf 37</i> Opakování hodnocení po dnech	67
<i>Graf 38</i> Ambulance pro chronické rány	68

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Věková kategorie.....</i>	<i>27</i>
<i>Tabulka 2 Roky praxe</i>	<i>28</i>
<i>Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	<i>29</i>
<i>Tabulka 4 Získané informace o prevenci</i>	<i>30</i>
<i>Tabulka 5 Převezvy dekubitů.....</i>	<i>32</i>
<i>Tabulka 6 Sledování výskytu dekubitů</i>	<i>33</i>
<i>Tabulka 7 Informace o prevenci a léčbě dekubitů</i>	<i>34</i>
<i>Tabulka 8 Nabídka vzdělávacích akcí.....</i>	<i>36</i>
<i>Tabulka 9 Faktory vzniku dekubitů.....</i>	<i>37</i>
<i>Tabulka 10 Hygienia.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabulka 11 Úprava lůžka.....</i>	<i>40</i>
<i>Tabulka 12 Péče o pokožku.....</i>	<i>41</i>
<i>Tabulka 13 Polohování</i>	<i>42</i>
<i>Tabulka 14 Stabilizace zdr. stavu</i>	<i>43</i>
<i>Tabulka 15 Hodnocení rizik vzniku dekubitů.....</i>	<i>44</i>
<i>Tabulka 16 Rehabilitace</i>	<i>45</i>
<i>Tabulka 17 Výživa.....</i>	<i>46</i>
<i>Tabulka 18 Polohování NGS</i>	<i>47</i>
<i>Tabulka 19 Poloha PMK</i>	<i>48</i>
<i>Tabulka 20 Frekvence hygienické péče</i>	<i>49</i>
<i>Tabulka 21 Pracovní tým při hygieně.....</i>	<i>50</i>
<i>Tabulka 22 Jak často pohujete pacienty</i>	<i>51</i>
<i>Tabulka 23 Polohovací lůžka.....</i>	<i>52</i>
<i>Tabulka 24 Polohovací pomůcky</i>	<i>54</i>
<i>Tabulka 25 Zvedák.....</i>	<i>55</i>
<i>Tabulka 26 Molitanové podložky</i>	<i>56</i>
<i>Tabulka 27 Aktivní antidekubitní matrace.....</i>	<i>57</i>
<i>Tabulka 28 Pasívní antidekubitní matrace</i>	<i>58</i>
<i>Tabulka 29 Pomůcky při inkontinenci</i>	<i>59</i>
<i>Tabulka 30 Ochranné krémy.....</i>	<i>60</i>
<i>Tabulka 31 Standard o prevenci</i>	<i>61</i>
<i>Tabulka 32 Používaná škála</i>	<i>62</i>

<i>Tabulka 33</i> Hodnocení stavu výživy.....	63
<i>Tabulka 34</i> Hodnocení rizika při příjmu	64
<i>Tabulka 35</i> Opakované hodnocení rizika	65
<i>Tabulka 36</i> Opatření u rizika dekubitů	66
<i>Tabulka 37</i> Opakování hodnocení po dnech.....	67
<i>Tabulka 38</i> Ambulance pro chronické rány.....	68

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I - DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Leona Pecinová, studuji na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci se zaměřením na prevenci dekubitů, s názvem Prevence vzniku dekubitů v ošetrovatelské péči. Cílem mého výzkumu je zmapovat vybavenost pracovišť a práci všeobecných sester a zdravotnických asistentů, která je realizována prostřednictvím moderních prostředků k prevenci dekubitů. Součástí průzkumné části mé práce je mimo jiné dotazník a já Vás chci touto cestou poprosit o jeho vyplnění.

Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce.

Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte jen 1 odpověď, tu která nejvíce odpovídá Vašemu názoru, nebo doplňte. Doba k vyplnění dotazníku je asi 10 minut.

Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci, bez Vaší pomoci bych nemohla svou práci dokončit.

Leona Pecinová

1. Patříte do věkové kategorie:

- a) Do 20 let
- b) 20 – 30 let
- c) 30 – 40 let
- d) 40 – 50 let
- e) 50 – 60 let
- f) 60 a více

2. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- a) do 2 let
- b) 2 – 10 let
- c) 10 – 15 let
- d) 15 – 25 let
- e) 25 – 35 let
- f) 35 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v ošetrovatelství?

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší odborná škola zdravotnická, obor Diplomovaná všeobecná sestra
- c) Bakalářské studium, obor Všeobecná sestra

d) Jiné (uved'te)

4. Kde jste získal/a informace o prevenci a léčbě dekubitů? (můžete označit i více odpovědí)

a) V rámci svého absolvovaného vzdělání

b) Z odborného časopisu

c) Na školení, či semináři

d) Na jiném odborném pracovišti

e) Na svém pracovišti od kolegyní

f) Na internetu

g) Jinde (uved'te):

5. Převezvy dekubitů na Vašem oddělení provádí (doplňte).....

6. Sleduje se na Vašem pracovišti výskyt dekubitů?

a) Určitě ano

b) Ano

c) Spíše ne

d) Ne

e) Nevím

7. Je na Vašem pracovišti možnost získávání informací ohledně prevence a léčby dekubitů, jako jsou např. školení, nebo semináře?

a) Ano, probíhají pravidelná školení na toto téma

b) Ano, probíhají nepravidelná školení na toto téma

c) Ne, přímo na pracovišti školení na toto téma neprobíhají, ale je mi umožněno účastnit se na školení jinde

d) Ne, na toto téma na pracovišti žádná školení ani semináře neprobíhají

e) Nevím, nezajímám se o to

8. Setkáváte se s nabídkami akcí zaměřených na prevenci vzniku dekubitů?

a) Ano, často

b) Ano, ale sama si je aktivně vyhledávám

c) Nevím, nezajímám se o to

d) Ne, přesto, že mám velký zájem

e) Ne a ani nemám zájem

9. Označte faktory, které podle Vašich zkušeností nejvíce ovlivňují vznik dekubitů: (můžete označit i více odpovědí)

a) Oběhová nestabilita

b) Podvýživa

- c) Obezita
- d) CHOPN
- e) Anémie
- f) Imobilizace
- g) Třecí a střížné síly
- h) Nesprávně provedená hygienická péče
- i) Nerovnost ložního, nebo osobního prádla pacienta
- j) Přítomnost nečistot a nežádoucích předmětů v lůžku pacienta
- k) Jiné (uved'te)

10. Jaká je důležitost jmenovaných postupů pro prevenci dekubitů z Vašeho pohledu? Prosím uveďte na škále od 1 do 5, kdy tato čísla znamenají následující: 1 – zásadně důležité 2 – velmi důležité 3 – důležité 4 – prospěšné 5 – nedůležité

- | | |
|--|-------------------|
| a) Hygiena | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| b) Úprava lůžka | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| c) Péče o pokožku – masti, krémy, masáže | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| d) Polohování | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| e) Stabilizace zdravotního stavu | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| f) Hodnocení rizik vzniku dekubitů | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| g) Rehabilitace | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| h) Výživa | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

11. Jak často polohujete u pacienta nazogastrickou sondu?

- a) Každé ráno
- b) Obden
- c) Co 6 hod.
- d) Co 12 hod.
- e) Jinak (uved'te)

12. V jaké poloze má být uložen permanentní močový katetr u ležícího pacienta?

- a) V podkolenní jamce
- b) Přes stehno
- c) Pod stehnem
- d) Přes koleno

- e) V tříse
- f) Jinak (uved'te).....

13. Jak často provádíte hygienickou péči u ležících pacientů?

- a) Ráno
- b) Ráno a večer
- c) Dle potřeby pacienta
- d) Ráno, večer a dle potřeby pacienta
- e) Jinak (uved'te):

14. Jaké je složení pracovního týmu při provádění hygienické péče u ležících pacientů? (vypište)

.....

15. Jak často polohujete ležící pacienty na Vašem oddělení?

- a) Každé 2 hod.
- b) Každé 3 hod.
- c) Každé 2 hod. přes den, co 3 – 4 hod. v noci
- d) Nepolohujeme
- e) Jinak (uved'te):

16. Jsou uvedené pomůcky k prevenci dekubitů na Vašem pracovišti k dispozici? Prosím, uveďte na škále od 1 do 4, kde tato čísla znamenají následující:

1 – pomůcka je dostupná v dostatečném množství pro všechny pacienty, 2 – dostupná v dostatečném množství jen pro pacienty s rizikem vzniku dekubitů, 3 – dostupná v omezeném množství-jen pro část pacientů s rizikem vzniku dekubitů, 4 – pomůcka je na tomto pracovišti nedostupná

- | | |
|---|---------------|
| a) Polohovací lůžka | 1 – 2 – 3 – 4 |
| b) Polohovací pomůcky, jako válce, kvádry, klíny, kroužky | 1 – 2 – 3 – 4 |
| c) Zvedák (přístroj ke zvednutí a přesunu pacienta) | 1 – 2 – 3 – 4 |
| d) Molitanové podložky/polštáře | 1 – 2 – 3 – 4 |
| e) Aktivní antidekubitní matrace | 1 – 2 – 3 – 4 |
| f) Pasivní antidekubitní matrace | 1 – 2 – 3 – 4 |
| g) Pomůcky pro péči o inkontinentní pacienty | 1 – 2 – 3 – 4 |
| h) Ochranné krémy, masti, či bariérová péče na pokožku | 1 – 2 – 3 – 4 |

17. Má Vaše pracoviště standard o prevenci dekubitů?

- a) Určitě ano
- b) Ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

18. Jakou stupnici (škálu) používáte k vyhodnocení rizika vzniku dekubitů?

- a) Dle Bradenové
- b) Dle Nortonové
- c) Dle Waterlova
- d) Nepoužíváme žádnou
- e) Jinou (uved'te):

19. Popište, jak na pracovišti hodnotíte stav výživy u hospitalizovaných pacientů?

.....
.....

20. Provádíte hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu pacienta na oddělení?

- a) U každého pacienta
- b) U většiny pacientů
- c) Jen u některých pacientů
- d) Ne

21. Opakujete hodnocení rizika vzniku dekubitů i dále během hospitalizace pacienta?

- a) Ano, u všech pacientů
- b) Pouze u pacientů s hraničním vyhodnocením rizika vzniku dekubitů
- c) Pouze u pacientů již ohrožených vznikem dekubitů
- d) Jen u pacientů, u kterých došlo během hospitalizace ke změně zdravotního stavu
- e) Ne

22. Pokud má pacient riziko vzniku dekubitů, pak (můžete označit i více odpovědí):

- a) Provádím preventivní opatření
- b) Zaznamenám tuto skutečnost do dokumentace
- c) Zavedu a zpracuji plán ošetrovatelské péče na prevenci dekubitů u konkrétního pacienta
- d) Založím List o polohování
- e) Opakuji hodnocení rizika vzniku dekubitů, pravidelně po (uved'te)dnech

23. Víte o existenci ambulance pro chronické rány ve Vaší nemocnici, nebo ve Vašem okolí?

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

24. Místo pro Vaše další sdělení

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