

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

DEKUBITY, PROBLEMATIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Bakalářská práce

Autor práce: **Hana Ochtinská**
Vedoucí práce: **Jaroslava Pečenková**

2008

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

Dekubituses, probléme of nurse care

Bachelor's thesis

Author: **Hana Ochtinská**

Supervisor: **Jaroslava Pečenková**

2008

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

.....

(podpis)

Děkuji paní Jaroslavě Pečenkové za vedení mé bakalářské práce, za poskytnutí mnoho rad, konzultací a čas věnovaný k této práci.

Děkuji všem vrchním sestřám, že mi umožnily tento výzkum, a všem sestřám za vyplnění dotazníku.

Poděkování patří celé mé rodině za trpělivost a pomoc při psaní mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	7
Teoretická část a její cíle.....	7
Výzkumná část a její cíle.....	7
1. Teoretická část.....	8
1.1. Kůže.....	8
1.1.1. Anatomie kůže.....	8
1.1.2. Fyziologie kůže.....	10
1.2. Rány.....	12
1.2.1. Definice rány.....	12
1.2.2. Chronické rány.....	12
1.3. Etiologie dekubitů.....	14
1.3.1. Definice dekubitů.....	14
1.3.2. Historie.....	14
1.3.3. Mechanismus vzniku dekubitů.....	15
1.3.4. Faktory ovlivňující vznik dekubitů.....	15
1.4. Patologie dekubitů.....	18
1.4.1. Klasifikace dekubitů.....	18
1.4.2. Lokalizace dekubitů.....	20
1.5. Prevence vzniku dekubitů.....	21
1.5.1. Hodnocení vzniku dekubitů.....	21
1.5.2. Metody prevence.....	22
1.6. Výživa.....	27
1.6.1. Faktory ovlivňující výživu.....	27
1.6.2. Posouzení stavu výživy.....	28
1.6.3. Výživa v prevenci a léčbě dekubitů.....	28
1.6.4. Speciální výživa.....	29
1.7. Hojení a terapie dekubitů.....	30
1.7.1. Hojení ran.....	30
1.7.2. Chyby prodlužující hojení.....	31
1.7.3. Terapie dekubitů.....	31

1.8. Komplikace dekubitů.....	36
1.8.1. Infekce.....	36
1.8.2. Heterotopická osifikace.....	36
1.8.3. Maligní zvrát v tlakové lézi.....	36
1.8.4. Celkové onemocnění z dekubitů.....	36
2. Empirická část.....	38
2.1. Úvod výzkumné části.....	38
2.2. Výzkumný cíl.....	38
2.3. Metoda výzkumu.....	39
2.4. Výzkumný vzorek.....	39
2.5. Výsledky výzkumu.....	39
Diskuze.....	69
Závěr.....	74
Anotace.....	76
Použitá literatura a prameny.....	77
Seznam tabulek.....	78
Seznam grafů.....	79
Seznam příloh.....	80
Přílohy.....	81

ÚVOD

Dekubity jsou chronické rány, které představují stále aktuální problém ošetrovatelské péče. Vznikají převážně u dlouhodobě ležících imobilních pacientů a mohou výrazně ovlivnit kvalitu jejich života. Léčení dekubitů je velmi zdlouhavé, proto je lépe dekubitům předcházet než řešit již vzniklé defekty. Je důležité si uvědomit, že vznik dekubitů je podmíněn několika faktory. Úkolem sestry, která pacienta ošetřuje je nalézat tyto faktory a redukovat je na minimum. Problematika dekubitů není jen v rukou sestry, která se zaměřuje na prevenci vzniku, případně jejich ošetřování. Sestra spolupracuje s lékařem a společně se podílejí na úpravě celkového stavu pacienta. Není-li zdravotní stav v normě, veškerá snaha sester je omezená. Znalost této problematiky je velmi důležitá.

Během své praxe jsem měla možnost pracovat na několika odděleních a téměř vždy jsem se u pacientů s dekubity setkala. Nyní pracuji na interním oddělení a i zde pečujeme o pacienty s dekubity.

Práce má dvě části, teoretickou a empirickou. Chtěla bych v ní přiblížit problematiku ošetrovatelské péče o pacienty s dekubity a zjistit, jaké znalosti o vzniku a ošetřování dekubitů mají sestry na standardních odděleních.

Teoretická část a její cíle:

- shromáždit informace o anatomii kůže, chronických ranách, dekubitech a jejich patologii
- shromáždit informace o prevenci vzniku dekubitů
- objasnit důležitost výživy
- zabývat se hojením, terapií dekubitů a jejich komplikacemi

Výzkumná část a její cíle:

- zjistit míru znalostí sester v prevenci a péči o dekubity a jaké metody prevence používají
- zjistit, kdo se nejvíce věnuje ošetřování dekubitů a jaké jsou nejčastěji používané prostředky konzervativní léčby
- zjistit zájem sester o prohloubení svých dosavadních znalostí a zda mají možnost někoho oslovit

1.TEORETICKÁ ČÁST

1.1.Kůže

1.1.1.Anatomie kůže

Kůže (cutis) vytváří největší plošný orgán lidského těla. Její plocha je asi 1,5-1,8m² a váží přibližně 4,5 kilogramů. Skládá se ze tří vrstev: povrchová pokožka, škára a podkožní vazivo(viz příloha č1).

Pokožka (epidermis)

Skládá se z vrstev plochých buněk, které na povrchu odumírají, rohovatí a olupují se. Zrohovatělé buňky se odlučují, jsou nahrazeny buňkami z hlubokých vrstev epidermis. Povrchové buňky epidermis kromě své mechanické odolnosti obsahují bílkovinu, která je těžko rozpustná ve vodě.

Vazivové buňky hlubších vrstev pokožky obsahují zrna tmavohnědého pigmentu melaninu. Barva kůže závisí na jeho množství, hloubce uložení a na propustnosti kůže.

Škára (korium)

Škára je vazivová vrstva kůže. Skládá se z vazivových buněk a elastických vláken, které se kříží v podkoží.

Elastická vlákna škáry jsou orientována do určitých směrů. Vlákna zajišťují pružnost, roztažitelnost, pevnost a štěpitelnost kůže v určitých směrech.

Ve škáře probíhají krevní, mízní cévy a nervy. Kůže je zásobárnou krve, která je v případě potřeby poskytována jiným orgánům.

Škára vybíhá proti pokožce četnými bradavkovitými výběžky. V nich jsou receptory, které umožňují vnímání bolesti, tepla, chladu a hmatové počítky.Receptory nejsou v kůži rozloženy rovnoměrně.

Ve škáře jsou uloženy dva typy kožních žláz: mazové a potní

1.Mazové žlázy jsou uloženy ve škáře vedle vlasů nebo chlupů. Chybí v kůži dlaní a plosky nohou. Ústí do pochvy vlasu nebo chlupu a štěrbinou mezi povrchem vlasu a stěnou pochvy se polotekutý maz dostává na povrch kůže. Zde maz vytváří film. Má především ochrannou funkci. Skládá se z tukových látek, bílkovin a solí. Denně se vytvářejí asi 1-2 gramy mazu.

Zvláštní složení má maz zevního zvukovodu, zevních pohlavních orgánů a maz povlékající kůži plodu.

2.Potní žlázy jsou v kůži rozloženy nerovnoměrně. Nejvíce jich je v kůži dlaně, čela a na plosce nohou. Na končetinách a na trupu je potních žlázek méně a úplně chybějí na okraji rtů. Klubíčkovitě stočené žlázy ústí vývody na povrchu kůže. Zvláštními žlázami jsou potní žlázy v podpaží a v kůži zevních pohlavních orgánů. Tyto sexuální žlázy produkují aromatické látky.

Pot je tvořen z tkáňového moku. Obsahuje především vodu a chlorid sodný. Složení potu je proměnlivé. Z organických látek obsahuje močovinu, kyselinu močovou, kreatinin, mastné kyseliny, některé aminokyseliny a řadu dalších látek. Je zde také zvláštní kyselina zabraňující vzniku zánětu kůže působením slunečního záření. Denní množství potu je různé a závisí na tepelném spádu mezi tělem a prostředím. Pot se začíná tvořit při teplotě kůže asi 34,5°C. Podle teploty prostředí, vlhkosti ovzduší a příjmu tekutiny kolísá denní množství potu od jednoho do deseti i více litrů. Potní žlázy se významně uplatňují při řízení tělesné teploty a zasahují do hospodaření s vodou.

Podkožní vazivo

Podkožní vazivo je tvořeno sítí kolagenních a elastických vláken, mezi kterými jsou roztroušeny vazivové buňky, umožňuje posun kůže a je tukovou tkání schopnou ukládat v buňkách velké množství tukových kapének.

Přídavné kožní orgány

Pod pojem přídavné kožní orgány zahrnujeme **vlasý (capili), chlupy (pili) a nehty (unguis).**

Vlasý a chlupy vyrůstají z vlasových váčků ve škáře. Ve vlasových váčcích jsou vazivové bradavky zajišťující svým cévním zásobením výživu vlasu nebo chlupu. Vlas se skládá z vnitřní dřeně a z zrohovatělých buněk kůry. Do povrchové vrstvy vlasové kůry se upínají drobné kožní svaly, které jsou schopné svým smrštěním napřimovat vlasý i chlupy a vytlačovat maz z mazových žlázek.

Podle časového vývoje rozeznáváme ochlupení **primární, sekundární a terciální.**

Primární ochlupení se vyvíjí v době nitroděložního vývoje a pokrývá celé tělo plodu. Toto ochlupení se nazývá lanugo. Před porodem odpadá do plodové vody. Sekundární ochlupení se objevuje již před narozením, ale hlavní vývoj pokračuje po narození. Patří sem vlasý, řasy, obočí a drobné chloupky na povrchu těla. Terciální ochlupení se vyvíjí až po

pubertě a v dospělém věku. Terciální ochlupení tvoří chlupy v podpaží, ochlupení stydké krajiny a zevních pohlavních orgánů, chlupy v zevním zvukovodu, v nosním vchodu a u mužů vousy.

Nehet (zrohovatělá destička na konečných článcích prstů ruky a nohy) vyrůstá z nehtového lůžka. Nehty poskytují mechanickou ochranu koncovým článkům prstů.

(2)

1.1.2.Fyziologie kůže

Kůže těla plní řadu důležitých funkcí. Mezi nejvýznamnější patří:

Ochrana těla

- obaluje tělo
- brání vniknutí škodlivých látek do vnitřního prostředí organismu
- je pevná, pružná a tažná (významné z hlediska odolnosti proti mechanickému působení vnějších faktorů- tlaku, nárazům, tření)
- pigment v ní chrání organismus před slunečním UV zářením

Smyslová funkce

V kůži je uloženo velké množství receptorů sloužících k vnímání mechanických, tepelných a bolestivých počitků. Tyto receptory umožňují:

- hmatové počitky
- vnímání tepla, chladu
- vnímání bolesti

Udržení tělesné teploty

- kůže je plošný orgán, jehož prokrvení má vliv na výdej tepla
- je špatně tepelně vodivá, chrání organismus před tepelnými ztrátami
- izolační význam má také podkožní vazivo tvořící i u velmi štíhlých osob poměrně silnou vrstvu

Skladovací funkce

- v podkožním vazivu je uložen tuk, který má mechanickou, tepelnou a izolační funkci a je energetickou zásobárnou organismu

- je zásobárnou vitamínů rozpustných v tucích (A,D,E,K)
- účinkem slunečního ultrafialového záření vzniká v kůži určité množství vitamínu D

Vylučovací funkce

Tuto funkci zabezpečují mazové a potní žlázy. Sekrety žláz (maz, pot) se uplatňují:

- při ochraně kůže i celého organismu
- pot kyselou reakcí omezuje růst mikroorganismů
- pot má slabě dezinfekční účinek

Resorpční funkce

- kůže je pro vodu a látky ve vodě rozpustné prakticky nerozpustná
- chceme-li nanášet masti, musí být obsaženy v tukových látkách
- je-li poškozena, například při popáleninách, stává se významnou resorpční plochou

(2)

1.2.Rány

1.2.1.Definice rány

Rána je narušení integrity tkáně tělesného povrchu, mnohdy spojená i se ztrátou hmoty. Rány akutní a chronické představují stále aktuálnější problém ošetrovatelské péče. Úlohou lékařského a ošetrovatelského personálu je poskytnout takovou léčbu a péči, která vyřeší často zdlouhavý a pro pacienta po fyzické i psychické stránce velmi namáhaný proces, a pozitivně tím ovlivní kvalitu života.

(4)

1.2.2.Chronické rány

Chronickou ránou je označována sekundárně se hojící rána, která i přes adekvátní léčbu nemá po dobu osmi týdnů tendenci se hojit. Chronická rána může vzniknout z rány akutní působením infekce nebo jako důsledek neadekvátního primárního ošetření. Většinou se jedná o poslední stádium pokročilého zničení tkáně vyvolané závažným postižením cévního systému, poruchami látkové výměny nebo působením dlouhodobého tlaku. Zmiňované příčiny mohou být spojeny s celkově špatným stavem organismu, malnutricí, vyšším věkem a polymorbiditou.

(5)

Charakter chronické rány

Nekrotická (žlutá, hnědá nebo černá)

povrchová.....exsudující

.....suchá

hluboká.....exsudující

zapáchající

Infikovaná (otok, zčervenání, bolest, silný exsudát)

bakteriologický stěr.....systémová antibiotika, pokud je stěr pozitivní a zapáchající

Povleklá (oddělující se mrtvá žlutá tkáň)

povrchová.....silně exsudující

.....slabě exsudující

hluboká.....silně exsudující

.....slabě exsudující

Granulující (sytě červená, vyplněná, snadno krvácející tkáň)

povrchová.....silně exsudující

.....slabě exsudující

hluboká.....silně exsudující

.....slabě exsudující

Epitelizující (růžová, snadno zranitelná tkáň)

suchá

mírně secernující

(3)

1.3.Etiologie dekubitů

1.3.1.Definice dekubitů

Dekubitus (proleženina) je místní odúmrtí tkáně. Slovo dekubitus pochází z latinského slova decumbere (položít, lehnout si). Dekubity jsou problémem pro nemocné upoutané na lůžko. Dekubity jsou rány vyvolané tlakem z vnějšího prostředí proti kosti. Vznikají v místech s malou vrstvou tukové a svalové tkáně. Čím slabší je vrstva podkožních tkání, tím větší je riziko vzniku dekubitů. Po dobu působení tlaku jsou tkáně špatně zásobovány živinami a kyslíkem, dochází k postupnému odumírání, vznikají dekubity. Současně však na vznik působí i řada dalších faktorů, které přispívají k jejich vzniku (jde o celkově těžký stav nemocného podmíněný základním onemocněním, mobilitu pacienta, deficit polohování a další). Nejméně odolné tkáně na tlak jsou tukové vrstvy a svaly, které leží v hloubce. Nejodolnější vůči tlaku je vrchní krycí vrstva kůže, méně odolné je podkoží. Tlakové poškození postupuje vždy z hloubky na povrch. Proleženiny se tvoří velmi rychle a v některých případech vznikají i během desítek minut až hodin. Do rizikové skupiny osob s častým výskytem dekubitů patří ležící pacientů- plegici s poškozením míchy, lidé ve vážném celkovém stavu a v bezvědomí, osoby se sníženou soběstačností, imunitou i s malnutrií.

(16)

1.3.2.Historie

V pokynech pro ošetřování nemocných z konce minulého století nalezneme návody, jak zabránit vzniku proleženin. Cuřinová uvádí:

„Jest přihlížeti k tomu, aby se nemocný neproležel...Proleženiny se velmi těžce hojí a právem vzbuzují postrach u každé zkušené ošetřovatelky. Proto má býti její snahou, aby pacienta proleženin uchránila. Je třeba několikrát za den i v noci nerovnosti a záhyby na prostěradle a prádle nemocného vyrovnati. Lůžko má být stále udržováno v čistotě. Nemocný sám má být koupán, ohrožená místa dvakrát denně omývána vodou, octem, kořalkou, kolínskou vodou apod. Nemocný má měniti častěji polohu na lůžku a pod něho at' se podkládají kaučukové věnce nebo polštáře vzduchem nebo vodou plněné.“

(16)

Do šedesátých až sedmdesátých let 20.století se používala hojně při převazech gáza. Nyní víme, že gáza přisychá ke spodině rány, nová granulační tkáň vrůstá do struktury gázy a při převazu je tkáň poškozována. V šedesátých letech minulého století se objevují studie,

kteřé prokazují, že vlhké prostředí urychluje hojení. Objevují se i terapeutická krytí, která se snaží udržet optimální prostředí pro dobré hojení ran a neadherují ke spodině rány. Při aplikaci těchto krytí se musí respektovat fáze hojení. Na konci devadesátých let se začala objevovat krytí, která přímo modulují terapeutický proces, zasahují do buněčných aktivit, ovlivňují enzymy, zvyšují přítomnost růstových faktorů. Další terapeutické postupy vznikají v oblasti bioaktivního inženýrství.

(1)

1.3.3.Mechanismus vzniku dekubitů

Hlavním vyvolávajícím mechanismem je tlakové zatížení určité partie těla. Normální hodnota krevního tlaku v kapilárách je 32 mmHg. Překročí-li intenzita tlaku normální hodnotu krevního tlaku v kapilárách, trpí stlačené tkáně i cévy nedostatečným přísunem živin a kyslíku. Krevní proud se postupně zpomaluje, až se zastaví, a vážne odsun krve ve stlačených cévách. Kyslík se rychle spotřebuje, nový není přisunován v dostatečném množství a dostatečně rychle. Prohlubuje se hypoxie tkání. Nedostatkem kyslíku a živin tkáně rychle odumírají, vzniká nekróza.

(15)

1.3.4.Faktory ovlivňující vznik dekubitů

Na vznik dekubitů se uplatňují místní a celkové faktory.

Mechanický tlak

Tlak působící dlouhodobě na místech kontaktu pacienta s podložkou. Vznik dekubitu závisí na intenzitě tlaku dané hmotnosti těla a soustřeďuje se na kostní výčnělky. Dekubity nacházíme vždy nad tvrdým kostním podkladem. Mezi tlakovým bodem a podložkou dochází ke stlačení tkání včetně drobných kapilár, které tkáň prokrvují, zásobují živinami a kyslíkem. Stoupne-li tento tlak nebo doba trvání nad únosnou míru, dochází k uzavření drobných cév s následným možným poškozením tkáně, ke vzniku dekubitu.

Vliv tlaku podporují nevhodné matrace, shrnuté osobní a ložní prádlo, špatně uložené pomůcky pro zajištění polohy nemocného.

Při vzniku dekubitů rozhoduje intenzita tlaku a doba působení. K rozvoji poškození tkání dochází průměrně mezi 1-6 hodinami trvale působícího tlaku(někdy dříve, někdy později, není pravidlem).

Doba působení tlaku

Dříve než dojde ke vzniku dekubitu, je doba působení tlaku ovlivněna různými faktory. Čím větší je hmotnost těla, čím horší je celkový stav pacienta, čím nepříznivější jsou vnější podmínky, tím kratší doba působení tlaku stačí ke vzniku dekubitu (desítky minut, hodiny, dny).

Odolnost organismu na tlak

Nejméně odolná je tuková tkáň, odolnější jsou svaly, nejlépe odolává kůže a vazivo.

Mezi nepříznivé faktory patří- anémie s následnou hypoxií, nedostatek bílkovin ve tkáních, hyperhydratace, dehydratace, diabetes mellitus, jaterní onemocnění, selhání ledvin, rozvrat vnitřního prostředí, periferní cévní onemocnění a nádorová onemocnění.

Poruchy mozkové činnosti (cévní mozkové příhody, neurosvalová onemocnění, chronická systémová onemocnění CNS, duševní choroby, demence, deprese, intoxikace léky) snižují schopnost postiženého postarat se o své tělesné potřeby.

Při úrazech míchy a mozku je odolnost na tlak nejnižší v prvních hodinách po vzniku léze. V této době se může u čerstvého pacienta- plegika vytvořit dekubitus. V dalších dnech se odolnost pomalu zlepšuje. Nedojde-li k obnově nervové funkce, jako například u úplných transverzálních míšních lézí, zůstává odolnost na tlak definitivně změněna. Snadno dochází k prudkému zhoršení při celkovém onemocnění (chřipce, pyelitidě). U těžších spastických plegií stav ještě zhoršují nárazy končetin a tření o podložku při svalových křečích.

Tření, střížné síly

Patří k nejzávažnějším a nejméně nápadným nepříznivým mechanickým vlivům. Když pacient sklouzává na lůžku, židli, křesle nebo invalidním vozíku, působí na kůži tření a střížné síly. Kůže často přilne k povrchu podložky tak, že tření vede k jejímu poškození a riziku infekce. Závažnější jsou účinky tření hluboko ve svalu. Dochází k přechodnému stlačení cév, které vyživují sval a tím k nedostatku kyslíku ve tkáních a jejich znečítlivění. Pacienti to ani nepocítí, zvláště ti, kteří mají neurologické postižení. Vznikají hluboké proleženiny až ke kosti a povrch kůže nemusí být ani viditelně poškozen. Škodlivý vliv mají také při spazmech, velkém třesu těla, neklidu končetin, vlivem nerovnosti lůžka a při přesunech pacienta na lůžku.

Chemické vlivy

Vlivem inkontinence moči, stolice a vlivem pocení při hořčnatých onemocněních se narušují povrchové vrstvy kůže (macerace). Takto porušená kůže je méně odolná vůči infekci a mechanickým vlivům.

Infekce

Dekubity jsou téměř vždy infikované rány. K infekci dochází z blízkého okolí (stolice, moč, vaginální sekret, pot), hematogenně ze vzdálených infekčních ložisek.

Výživa

Dekubity mohou vznikat při nedostatečné výživě, špatných stravovacích návycích, dehydrataci.

Tělesná hmotnost

U kachektických pacientů je riziko působení lokálního tlaku na kost. U obézních pacientů je rizikem špatná pohyblivost.

Vyšší věk

S věkem se snižuje mechanická odolnost kůže a zhoršuje se obnova epidermis i hojení defektu. Staří, častěji polymorbidní lidé mají sníženou schopnost ošetřit si defekty a provést základní hygienickou péči. Někdy způsobené sníženou ochotou spolupracovat.

Imunosuprese

Imunosuprese zvyšuje možnost infekce rány a prodlužuje proces hojení (nemocný s maligním onemocněním).

Imobilita

V nemoci a ve stáří je snižena fyzická aktivita. Inaktivita zvyšuje možnost působení tlaku mezi pacientem a podložkou. Rozhodující je i čas působení tlaku.

(14)

1.4.Patologie dekubitů

Dekubity můžeme rozdělit na povrchové a hluboké.

Povrchové dekubity postihují povrchovou vrstvu- kůži. Nejčastěji jsou způsobené třením. Pokud se neléčí, poškození může proniknout do hlubších vrstev kůže.

Hluboké dekubity vznikají působením střížných sil a tlaku. Začínají v hlubších tkáních nad kostí a šíří se nahoru k povrchu. Hluboké dekubity nemusí být z počátku viditelné.

Subjektivními příznaky u nemocných bez poruchy citlivosti jsou bolest, pocity pálení a mravenčení. Provázejí především povrchová stádia s obnažením nervových zakončení. Hluboké nekrózy jsou obvykle nebolestivé.

(7)

1.4.1.Klasifikace dekubitů

Vývoj dekubitů podle Válka:

1.stupeň: dekubity bez poškození kůže

Prvním příznakem namáhané oblasti je mírný otok, jemné začervenání, pokožka není z vnějšku poškozena. Při krátkém stisknutí kůže nezbělá,zůstává zarudlá. Změny jsou reverzibilní. Po odlehčení tlaku se během krátké doby obnoví krevní zásobení tkání a zarudnutí se postupně ztrácí. Tlak však zanechává trvalé stopy v podkoží. Tuková vrstva reaguje na poškození několika způsoby. Během několika týdnů se přemění ve vazivo, ztenčí se podkoží nebo zcela vymizí a kůže naléhá přímo na kost. Nekrotický tuk rozbředne a vyprazdňuje se větším počtem kapilárních píštělí. Pokud se podkoží hematogenně nebo z okolí infikuje, vzniká hnisavý zánět,šířící se v podkoží, mezi svalovou tkáň, na kost, do kloubů, a teprve později odumírá kůže.

2.stupeň: dekubity s částečným poškozením kůže

Postižená oblast je edematózní nebo indurovaná. Po tlakové zkoušce se neobnoví krevní oběh. Někdy se objevuje puchýř, místy bývá obnažené korium. V tomto případě je postiženo podkoží i s částí cév pro kůži, a proto oblast může druhotně odumírat. Spontánní epitelizace léze je možná, ale vzhledem ke špatně prokrvené a nekrotickými prostoupené spodině zdlouhavá.

3.stupeň: tlakové léze se zničením všech tkáňových vrstev stlačených mezi kostní prominencí a podložkou

Poškození tukových vrstev, svalů a integrity kůže. Vypadá jako hluboký kráter. Může být zasažena i okolní tkáň rány v podkoží. U rychle vznikajících dekubitů tlakovou oblast pokrývá suchá černá eschara nebo rozbředlé nekrotické masy. Po eliminaci odumřelých tkání se tvoří vředy s širokými okraji, protože defekt podkoží je vždy větší než defekt kůže. Spodinu tvoří obnažený kostní podklad. I zde je možné spontánní zhojení. Trvá mnoho měsíců, někdy i let. Po zhojení vzniká tenká atrofická jizva naléhající na kostní podklad. Ta se i po malé zátěži znovu rozpadá. Po odlehčení postižené krajiny se po delší době opět zahojí.

4.stupeň: tlakové léze komplikované ostitidami kostních prominencí a purulentními artritidami sousedních kloubů

Zevní vzhled těchto typů může být stejný jako u předešlých. Kromě zánětů kostí se objevují i infikované klouby- kyčelní, křížokyčelní, kolenní, loketní. Konzervativní cestou se tyto dekubity nezhojí. Řeší se pouze operativně (viz příloha č.2).

(14)

Danielova klasifikace dekubitů:

- I. Zarudnutí kůže
- II. Povrchní kožní vředy
- III. Nekróza podkožního tuku
- IV. Postižení všech hlubších struktur kromě kostí
- V. Rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, sekvestrace kostí nebo destrukce kloubů

Seilerovo posuzování vzhledu proleženin:

- A., „čistá“ granulující rána bez nektróz
- B. rána špinavě povleklá se zbytky nektróz, okolí není infikováno
- C. rána jako ve stádiu B, ale s infiltrací okolní rány a nebo s projevy celkové infekce

Stupnice dekubitů podle Torrance:

Stupeň 1a:

Jedná se o stádium blednoucí hyperémie. Tlak prstu v místě erytému zanechává na kůži blednoucí místo a kůže je intaktní.

Stupeň 1b:

Stupeň je označován jako neblednoucí hyperémie. Po lehkém stlačení prstem erytém přetrvává. Je to příznak poruchy mikrocirkulace. Může být přítomno povrchové poškození kůže včetně epidermální ulcerace.

Stupeň 2:

Poškození se šíří do podkoží tkáně a vzniká vředový defekt kůže.

Stupeň 3:

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

Stupeň 4:

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

(16)

1.4.2.Lokalizace dekubitů

Dekubity postihují oblasti, kde jsou kosti blízko pokožky a jsou málo izolovány tukovou vrstvou, na tzv.předilekčních místech. Ta se liší podle polohy nemocného:

poloha na zádech:

tylní krajina, hřeben lopatky, loketní krajina, výběžek obratlů na páteři, kostrč, pata

poloha na boku:

hřeben kosti kyčelní, kotník, vnější strana kolen, spánková oblast, rameno, ucho, bedra

poloha na břiše:

rameno, brada, lícní kost, ucho, prsa u žen, genitál u muže, přední strana kolen, palec, malíček

Fowlerova poloha:

trn 7.obratle, křížová kost, hrbol kosti sedací, pata

(7)

1.5.Prevence vzniku dekubitů

Proleženiny jsou velmi závažnou komplikací celkového těžkého stavu pacienta. Jejich ošetřování a léčení je obtížné. Lze jim však úspěšně předcházet nebo snížit jejich riziko. Pečujeme-li o pacienta, který by mohl být vzhledem k svému onemocnění ohrožen vznikem dekubitů, je důležité zhodnotit, zda nepatří do rizikových skupin. K vyhodnocení rizika vzniku dekubitů nám napomáhá řada stupnic a škál. Mezi nejznámější patří rozšířená stupnice podle Nortonové, stupnice podle Bradenové, Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám, Waterlowova škála.

1.5.1.Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Vyplňujeme:

- při přijetí pacienta do akutní péče, přehodnocení po 48 hodinách nebo při změně stavu
- u dlouhodobě ležících 1x týdně a při změně stavu
- u pacientů v domácím ošetřování se provádí při každé návštěvě sestry domácí péče

Nortonova stupnice:

Podle této stupnice se vyhodnocuje: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, přidružená onemocnění, fyzický stav, psychický stav, aktivita, pohyblivost, inkontinence. Každá oblast nabízí čtyři možné varianty, které jsou hodnoceny jedním až čtyřmi body. Po sečtení bodů z každé oblasti získáme celkový počet, který nás informuje o možném stupni rizika.

Riziko: žádné (více než 26 bodů)

nízké (25-24 bodů)

střední (23-19 bodů)

vysoké (18-14 bodů)

velmi vysoké (13-9 bodů)

(viz příloha č 3)

Bradenova stupnice:

Tato stupnice se zaměřuje na smyslové vnímání, vlhkost, aktivitu, pohyblivost, výživu, tření a stříh. Každá oblast nabízí čtyři možnosti, které jsou hodnoceny jedním až

čtyřmi body. Po sečtení bodů z každé oblasti získáme celkový počet, který nás informuje o možném riziku.

Riziko: nízké (23-20 bodů)

střední (19-16 bodů)

vysoké (15-11 bodů)

velmi vysoké (10-6 bodů)

(viz příloha č 3)

Waterlowova škála:

Mezi hodnocené oblasti patří stavba těla, výška, typ kůže v ohrožené oblasti, pohlaví, věk, kontinence, pohyblivost, chuť k jídlu, neurologická porucha, zvláštní rizika.

Čím vyšší je bodové skóre, tím vyšší je riziko vzniku dekubitů. Tato škála je přesnější než rozšířená stupnice podle Nortonové.

(viz.příloha č 3)

Knollova stupnice:

Hodnocenými oblastmi jsou všeobecný stav zdraví, mentální stav, aktivita, pohyblivost, inkontinence, příjem výživy ústy, příjem tekutin ústy, náchylnost k chorobám (Diabetes mellitus, neuropatie, cévní onemocnění, anémie).

(viz příloha č 3)

Stupnice podle Shannon:

Mezi hodnocené oblasti patří duševní stav, kontinence, mobilita, aktivita, cirkulace, tělesná teplota, medikace.

Pacient se skóre 16 bodů a méně představuje významné riziko vzniku proleženin.

(viz příloha č.3)

1.5.2. Metody prevence

Je důležité poskytovat pacientům kvalitní preventivní péči než následně řešit již vzniklé dekubity a jejich komplikace. Pacienta ušetříme značných útrap, pečujícím osobám, rodině i zdravotnickému zařízení čas a značné finanční prostředky na nákladnou a dlouhodobou léčbu dekubitů. Díky tomu, že známe faktory vzniku dekubitů, známe i způsob

jak jim čelit. Jde o zkracování doby působení tlaku pravidelným polohováním, používání antidekubitních pomůcek, dokonalou hygienu, rehabilitaci, normalizaci celkového stavu.

Polohování

Je přesnými pravidly se řídící časové změny polohy pacienta na lůžku nebo v křesle. Je to základní a neúčinnější prostředek proti vzniku dekubitů. Pravidelnými změnami polohy nemocného se blokuje působení tlaku na tlakové body a zajišťuje se potřebné okysličování a prokrvování tkání. Intervaly mezi změnami polohy se řídí podle okamžitého stavu nemocného. Mohou kolísat od půl do čtyř hodin. Polohování musí být kvalitnější a častější, je-li větší riziko vzniku dekubitů a je i závažnější postižení pacienta i jeho celkového zdravotního stavu. Pokud je pacient mobilní, polohuje se sám. Není-li schopen samostatného pohybu, musí ho polohovat ošetřující personál. Většinou se používají polohy na zádech, na boku, na břicho, na boku šikmo s použitím polohovacích pomůcek.

Leží-li pacient na zádech, neměl by mít zvednutou hlavu a horní polovinu těla o více než 30°. Je-li to nutné, zvedáme jen na nezbytně dlouhou dobu (v období jídla) a zabráníme sjíždění těla pomocí opěrky v nohách. Dále je důležité odlehčení pat podložkou vloženou pod nohy mezi střed lýtka a kotníky. V poloze na boku se používají polštáře nebo podložky pro zamezení kontaktu mezi koleny a kotníky obou nohou, aby se vzájemně nedotýkaly. V poloze boční šikmé (15-30°) se vkládají různé podpěry zádové části těla. Dáváme-li pacienta sedět, nikdy na existující dekubit. Posadíme ho do vzpřímené polohy a zajistíme, aby nesjížděl ze židle, z křesla, měl stehna ve vodorovné poloze, chodidla na podložce, lokty, předloktí pohodlně na opěrkách.

Při polohování často potřebujeme posunout pacienta po podložce směrem nahoru k podhlavníku.

1. Může-li pacient spolupracovat, skrčí si nohy a opře je o podložku. Nadzvedne spodní část těla a současně s personálem, který ho chytne v podpaží, se posune směrem nahoru k podhlavníku.

2. Není-li pacient schopen spolupracovat a je-li k dispozici více personálu, další možností je posunout pacienta za pomoci polohovací podložky. Ta se uchopí za rohy a vysune se s pacientem k podhlavníku. Tento způsob je šetrnější jak ze strany personálu, tak pacienta.

Nevhodné je zcela imobilního pacienta povytáhnout za ruce v podpaží v poloze na zádech. Spodní část těla leží plnou vahou na podložce a při popotažení dochází k značnému tření o podložku.

Polohování se zdá být jednoduché a snadno realizovatelné. Ve skutečnosti to může mít blahodárné výsledky pro pacienta, ale zničující pro ošetřující personál, zvláště tehdy, má-li pacient velkou hmotnost. Je nutné na to myslet především u sester a sanitářek, u kterých se pak objevuje poškození vertebrálních disků

(19)

Blokování nepříznivých mechanických vlivů zevního prostředí

Lůžko je základem nemocničního pokoje. Pacient na něm tráví v průběhu nemoci mnoho času. K prevenci dekubitů je důležité udržovat dokonale upravené suché lůžko s měkkou matrací a napnutým prostěradlem. Shrnutá podložka nebo plena může být příčinou atypicky uložených dekubitů. Neodmyslitelnou součástí a výbornými pomocníky patřícími k dokonale připravenému lůžku jsou různě tvarované molitanové podložky a chrániče tlakových bodů.

(14)

Antidekubitní matrace

Antidekubitní matrace se používají u rizikových pacientů nebo u pacientů s dekubity. Snižují tlak působící mezi pacientem a podložkou. Je možné interval mezi jednotlivým polohováním prodloužit. Je však nutné si uvědomit, že ani kvalitní matrace nechrání stoprocentně proti tlaku a nedokáže nahradit lidskou pomoc. Antidekubitní matrace se dělí na aktivní a pasivní.

Aktivní matrace pracují na principu vzduchových matrací, odlehčují jednotlivé partie těla a obnovují prokrvení. Umožňují i maximální rozložení hmotnosti pacienta. Matrace mají speciální tvar, uspořádání cel a různé funkce ovládaní kompresoru.

Typy:matrace s alternující funkcí,matrace s Low Air Loss systémem (11)

Principem pasivní matrace je co nejdokonalejší rozložení váhy pacienta, aby nedocházelo k velkému utlačování ani v oblastech s nejčastějším výskytem dekubitů. Základem je použití vysoce kvalitních měkkých pěn, dále prořezání jádra matrace a použití pružných potahů.

Typy:Pěnové matrace jsou vyrobeny z polyuretanové pěny různé hustoty a profilace. Obecně platí, že matrace by měla mít minimální hustotu 35 kg/m³.

U gelových matrací tvoří jádro vysoce přizpůsobivý gel. Používají se na operačních sálech.

Vodní matrace tvoří několik oddělených nebo částečně propojených segmentů naplněných vodou.

Principem vzduchových matrací jsou sady komor propojených tak, aby se vzduch přepouštěl podle pohybu pacienta do jednotlivých částí matrace.

(12)

Antidekubitní lůžka

U vysoce rizikových pacientů se používají speciální lůžka, která umožňují pokles perfuzního tlaku v kapilárách pod 45 mmHg. Tato lůžka jsou velmi nákladná.

V praxi je používáno mnoho různých lůžek. Jejich tlak na kožní povrch v závislosti na podložce se liší:

Laminární- flow- lůžko 30 mmHg

Lůžko se vzduchovým polštářem 32 mmHg

Prachový polštář z pěnové látky 36 mmHg

Vodní lůžko 58 mmHg

Pěnová matrace 68 mmHg

Pěřová matrace 164 mmHg

Operační stůl 140-260 mmHg

(viz příloha č.4)

(13)

Hygiena

Hygienickou péči je nutné provádět u každé osoby. Zdravý člověk si vykonává hygienu sám, nemocný, zvláště imobilní pacient, je odkázán na pomoc druhých. Tato péče vyvolává pocit čistoty, uvolnění, pohody a je jednou ze základních potřeb nemocného. Minimalizujeme nepříznivé chemické zevní vlivy (moč, stolice, vaginální sekret, pot) a infekci. Tato skutečnost je obzvláště důležitá u inkontinentních pacientů a nemocných již s dekubity. Znečištění močí může způsobit maceraci kůže, znečištění stolicí může vést k závažné infekci rány, která se dále šíří krví do jiných tkání a orgánů. Po vyprázdnění ihned místa omyjeme, osušíme a vhodné je i ošetření regeneračními krémy a použití jednorázových plenkových kalhotek nebo podložek, které mají dobrou absorpční schopnost. Zcela nepřijatelné je použití umělohmotných či igelitových pomůcek, neboť dochází k zapaření a tím i k narušení integrity kůže. Dekubity se mohou vyvíjet neobyčejně prudce. Kromě uvedených hygienických opatření podporujeme jemnými masážemi kafrovými nebo alkoholovými roztoky životnost kůže. V žádném případě nemasírujeme existující dekubit.

Rehabilitace

Nedílnou a velmi důležitou součástí prevence dekubitů je rehabilitace. Ta se snaží podporovat návrat hybnosti a obnovit soběstačnost. Obecně platí, že je s ní nutno začít co nejdříve. Způsob a intenzita rehabilitace se však musí individualizovat, aby nevhodným postupem nebo intenzitou naopak nedošlo k poškození pacienta. Proto je důležitá spolupráce celého zdravotnického týmu.

Normalizace celkového stavu

Z laboratorních výsledků a dalších vyšetření získává lékař přehled o stavu nemocného a naordinuje příslušnou terapii. Obvykle se týká srdeční kompenzace, korekce anémie, hypoproteinémie, rovnováhy vnitřního prostředí, diabetu, blokování infekce, srdeční kompenzace a někdy stačí bohatá strava na bílkoviny a vitamíny. Nutné je zdůraznit fakt, že nezlepší-li se celkový stav nemocného, především nutrice, veškerá opatření budou málo účinná a eventuální dekubity se nebudou hojit.

(14)

1.6.Výživa

Výživa je souhrn všech interakcí mezi organismem a požitou potravou. Je biologickou potřebou. Lidé potřebují potravu a živiny na růst a zachování tkání těla, ale i na normální fungování procesů probíhajících v organismu.

Mezi základní látky obsažené v potravě patří bílkoviny, sacharidy, tuky, minerály, vitaminy a voda. Bílkoviny z potravy se využívají k obnově a k nové tvorbě vlastních bílkovin. Základními stavebními jednotkami bílkovin jsou aminokyseliny. Sacharidy jsou zdrojem energie. Tuky kromě energetické funkce mají i funkci stavební (ve spojení s bílkovinou). V optimální denní dávce stravy by mělo být 15% bílkovin, 55-65% sacharidů, 20-30% tuků. Minerální látky udržují stálé vnitřní prostředí. Vitamíny jsou přídatnými složkami potravy, udržují přeměnu látek a energie, ale nejsou stavebními součástmi buněk a tkání. Voda je hlavní stavební složkou tkání a tvoří prostředí pro většinu chemických reakcí probíhajících v těle. Minimální množství přijatých tekutin by mělo být 2,5-3litry za den.

(2)

1.6.1.Faktory ovlivňující výživu:

1.Fyziologicko- biologické faktory

- funkce zažívacího systému
- věk, růst, vývoj
- pohlaví
- zdravotní stav

2.Psychicko- duchovní faktory

- zvyklosti, potřeby
- osobnost
- emocionální ladění

3.Sociálně- kulturní faktory

- kulturní zvyky a obyčeje
- způsob života
- ekonomická situace
- religiozní hodnoty

4.Faktory životního prostředí

- klima a geografická poloha
- stav životního prostředí
- valita vzduchu,vody,půdy

(16)

1.6.2.Posouzení stavu výživy

Určení stavu výživy je velmi důležité pro zkvalitnění léčby. K tomuto určené se používají následující metody:

1. sběr antropometrických hodnot
2. hodnocení biochemických údajů
3. vyšetření klinických parametrů stavu výživy
4. získání výživové anamnézy

(viz příloha č.5)

1.6.3.Výživa v prevenci a léčbě dekubitů

Výživa nemocného má velký význam pro prevenci i léčbu dekubitů. Věnujeme zvýšenou pozornost množství bílkovin, stopových prvků, vitaminů C a E, minerálním látkám a tekutinám.

Důležitý je přísun bílkovin ve stravě. Nemůžeme je nahradit jinou složkou potravy a organismus je nedovede ukládat do zásoby. Přijaté bílkoviny se rozkládají na aminokyseliny, ty se slučují a vytvářejí bílkoviny tělu vlastní. Ty se využívají pro obnovu tkání. Z nepotřebných aminokyselin se odštěpují dusíkaté skupiny NH_2 . Vzniká amoniak, který se po sloučení s kyselinou uhličitou mění na močovinu. Její množství nás informuje o metabolismu bílkovin. Při nedostatku bílkovin v těle klesá hmota svalstva, dochází ke snížení imunity, k poklesu onkotického tlaku a vzniku otoků, zhoršuje se hojení ran. Tento stav nastává, když člověk konzumuje nevyváženou stravu.

U chronických ran se také sleduje hladina zinku. Ten je nepostradatelnou složkou pro funkci enzymů, zvláště pro slučování bílkovin. Může ovlivnit imunitní reakci, hojení a reparaci tkání. Také nedostatek mědi zpomaluje angiogenezi v nové tkáni a tvorbu nové vazivové tkáně.

Vitamín C zasahuje do většiny metabolických dějů v organismu, zvyšuje

odolnost proti infekcím a zrychluje hojení ran. Vitamín E ovlivňuje cévní permeabilitu a imunitní odpověď organismu.

K minerálním látkám potřebným pro hojení ran patří sodík, draslík, vápník a hořčík. Stejně jako nedostatečná výživa může vést i dehydratace k poruše elektrolytové rovnováhy.

(2) (6)

1.6.4. Speciální výživa

Jakmile pacient není schopen přijímat dostatečně vyváženou kvalitní stravu, měla by se zvážit nutnost podávání speciální výživy. Strava se vyznačuje kvalitativními a kvantitativními změnami ve vztahu k racionální stravě. Změny spočívají v posílení, snížení nebo vyloučení některých potravin nebo jejich speciální úpravě. Vhodnou výživu volíme podle vyskytujících se přidružených onemocnění (diabetes mellitus, žaludeční, jaterní, ledvinové problémy).

(10)

Můžeme zvolit upravenou dietu, která je hodnotnější, různé doplňky diety (vitamíny, minerály, stopové prvky), léky stimulující chuť k jídlu, umělou výživu. Podávají se perorálně, sipping (popíjení po celý den), parenterálně nebo enterálně (sondou zavedenou do žaludku nebo do tenkého střeva, popřípadě gastrostomií).

Nutriční doplňky

Nutriční doplňky existují ve formě tekuté, práškové, multivitaminové, minerální:

- Nutridrink- tekutá výživa vyráběná s různými příchutěmi, doporučená dávka 2-3 balení za den
- Diasip- Nutridrinky určené pro diabetiky (bez cukru)
- Nutrilac- chuťově lepší než Nutridrinky, levnější
- Nutrison- prášek, má pozitivní účinek na hojení dekubitů, zvyšuje obranyschopnost
- Fortimel- bohatý na vitamíny a stopové prvky
- Preventan- posiluje imunitu
- Cubitan, Cubison

(viz příloha č.6)

(20)

1.7. Hojení a terapie dekubitů

1.7.1. Hojení ran

Hojení rány je přirozeným procesem, který se zahájí okamžitě po vzniku rány a probíhá v několika fázích. Ty se navzájem překrývají. Vše je ovlivňováno lokálními faktory (typ, velikost, lokalizace rány, stav okrajů a spodiny rány, přítomnost infekce, věk rány) a systémovými faktory (věk pacienta, stav výživy, stav imunitního systému, přidružená onemocnění, pooperační komplikace, následky akutního traumatu nebo šoku, léky, psychosociální aspekty). Proces hojení chronických ran je výrazně prodloužen zvláště tehdy, je-li přítomna infekce.

Fáze hojení ran:

1. Exsudativní (zánětlivá) fáze

V okamžiku poranění dochází k zastavování krvácení kontrakcí cév a hemokoagulací. Po té následuje zvýšení permeability kapilár, dilatace cév, exsudace krevní plasmy do intersticia. Vlivem těchto změn se hromadí množství leukocytů v ráně a zabraňují možné infekci. Dále se uvolňuje množství mediátorů, jež působí chemotakticky na monocyty a lymfocyty. Ty po 24 hodinách začínají eliminovat bakterie a odumřelé buňky.

2. Proliferační fáze

Hlavním úkolem je vytvořit nové cévy a defekt vyplnit granulační tkání. Tato fáze je závislá na cytokinech a růstových faktorech uvolněných z makrofágů v průběhu exsudativní fáze. Granulační tkáň, která se v průběhu této fáze tvoří, je tkáň, která ránu uzavírá a slouží jako „lůžko“ pro pozdější epitelizaci.

3. Fáze epitelizace

V této fázi dozrávají kolagenová vlákna. Rána se kontrahuje, zpevňuje a mění v jizvu. Granulační tkáň je chudší pro vodu a cévy. Proces epitelizace je úzce spojen s tvorbou granulace. Z granulační tkáně po celém okraji rány se buňky epitelu přibližují a uzavírají mezeru. Takto se daří u povrchových ran šterbinovitého tvaru. U chronických ran se buňky epitelu přesouvají po granulační tkáni. Po překrytí granulační tkáně vrstvou epitelu se buňky epitelu dále dělí, až vznikne silnější vrstva. Výsledkem je vytvoření méněcenné jizevnaté tkáně chudé na cévy, kožní žlázy a pigmentové buňky se sníženým počtem nervových zakončení.

(4)

1.7.2. Chyby prodlužující hojení

Při ošetřování ran musíme vědět, čeho chceme a můžeme dosáhnout. Chceme-li pacientovi pomoci, vnímáme ho jako celek a jeho problém řešíme komplexně.

Další chybou je používání nejrůznějších past a mastí, které nám znemožňují objektivně posoudit stav spodiny rány.

Velmi častým jevem je podcenění okolí defektu. Pokud ho pečlivě neošetříme, zvyšujeme riziko vzniku dalších ložisek a hojení se velmi zpomalí.

Negativně na hojení rány působí pasivní přístup pacienta. Je třeba, aby si uvědomil, že nestačí jen odborná pomoc a dobré účinky léčiv, ale i jejich aktivní se zapojení do léčebného procesu.

(17)

1.7.3. Terapie dekubitů

Podmínkou hojení chronických ran je poskytnout správnou terapii týkající se celkového stavu a léčbu vlastních tlakových lézí.

Celková terapie u akutních dekubitů

Dekubity 1. a 2. stupně, pokud nejsou infikované, nevyžadují speciální léčbu. Léčba se zaměřuje na základní onemocnění a odlehčení postižené oblasti.

Dekubity 3. a 4. stupně jsou provázeny sepsí, která zhoršuje celkový stav pacienta. V této situaci jsou kromě zkracování intervalu mezi jednotlivým polohováním indikována antibiotika proti grampozitivní bakteriální nebo gramnegativní bakteriální sféře. Antibiotika se volí na základě kultivace z postižené oblasti. Důležitá je také terapie anémie, hypoproteinémie a rozvratu vnitřního prostředí.

Celková terapie u chronických dekubitů

U chronických dekubitů je organismus vlivem infekce oslabován ztrátami bílkovin, tvorbou obranných látek, anémií a ztrátami tekutin. Je vhodné podávat kvalitní výživu a kontrolovat hodnoty laboratorních vyšetření. V případě nepříznivých hodnot začínáme s terapií.

Místní konzervativní terapie

Před zahájením lokální terapie posuzujeme ránu. Hodnotí se lokalizace, hloubka, spodina, okraje, okolí a bolestivost rány. Výběr vhodné terapie také vychází z určité fáze hojení rány.

Dekubity 1. stupně nepotřebují léčbu, jen odlehčení postižené oblasti a použití přípravků pro zklidnění a ošetření pokožky.

Dekubity 2. stupně je nutno chránit před infekcí. Puchýře odstraníme a oblast osušíme, aby se vytvořila krusta lpící ke korigu. V případě infekce odstraníme krustu a odsáváme hnis. I zde je nutné odlehčování vhodným polohováním.

Dekubity 3. a 4. stupně mohou být kryty nektrózou, přeměnit se v granulační plochu, popřípadě v chronický vřed nebo vzniknou stenózující chronické dekubity.

U znekrotizované rány se musí nektróza odstranit, protože znemožňuje hojení a je zdrojem infekce. Odstranění se provádí chirurgicky nebo se použijí přípravky na změkčení a rozbřednutí mrtvé tkáně.

Terapie rány s granulační tkání je zaměřena na tlumení infekce a podporu tvorby granulace a epitelizace.

Stenózující dekubity jsou nebezpečné zužováním až možným uzávěrem rány pod nimž zůstává dutina vředu. Terapií zabráňujeme zužování pomocí přikládání masťových plomb. Uzavře-li se rána a uvnitř se hromadí hnis, musí se vstup chirurgicky rozšířit.

(14)

Ošetření rány

Po sejmutí krytí z rány se očistí spodina i okolí rány. K tomu se používá Fyziologický a Ringerův roztok, roztok Hypermanganu nebo Peroxid. Je-li přítomna nektróza, je vhodné ji odstranit chirurgicky nebo pomocí přípravků usnadňujících snesení mrtvé tkáně. Okolí vředu zbavíme zbytků ochranných past lněným nebo slunečnicovým olejem. Kůži chráníme před macerací použitím ochranných prostředků (zinková pasta, krém Menalind). Podle charakteru rány zvolíme materiál na ošetření. V zevní léčbě lze používat klasické nebo moderní prostředky.

Klasické léčebné prostředky mohou být používány ve všech fázích hojení. Používá se nejčastěji 5% salicylová vazelína, 3% borová vazelína či pasta, masti s 1% argenti nitricum, masti a pasty s obsahem antibiotik. V minulosti se hojně používala genciánová violet (nyní se méně používá pro cytostatický efekt a omezení přehlednosti rány). V posledních letech se od klasických prostředků ustupuje, avšak v mnohých případech zůstávají nezastupitelné.

Moderní léčebné prostředky upřednostňují vlhké hojení ran. Přiměřená vlhkost zajišťuje rychlejší hojení. Výhodou je udržení stabilní teploty, která zajišťuje rychlejší hojení. Krytí je nepropustné pro mikroorganismy a mělo by vyloučit i další kontaminaci rány. Pro pacienty přináší komfort v léčbě vzhledem ke snadné manipulaci, bezbolestné vnímatelnosti a

prodloužení intervalu převazů. Některé mají analgetický účinek a mohou pohlcovat nepříjemný zápach.

(Pro porovnání vlhké a klasické metody, jejich náklady a výsledky hojení uvádím příklad kazuistik v příloze číslo 7)

Prostředky k modernímu čištění rány:

- Přípravky s enzymatickým účinkem obsahují hydrolyzující enzymy, které působí na patologicky změněné tkáně, například Irujol Mono mast (Knoll) nebo Fibrolan mast (Parker-Davis).
- U suchých nekrotických i povleklých ran je možné použít hydrogely. Gel je schopen rehydratovat suchou spodinu, podpořit demarkaci nekrózy a usnadnit snesení, ale jen při dostatečně silné vrstvě gelu. Nugal- hydrogel s alginátem (Johnson & Johnson), Granugel (Convatec), Intrasite gel (Smith+Nephew). Vhodná je i kombinace s dalšími typy obvazů, například s Actisorb plus či Inadine.
- Při mokré terapii se také používá krytí Tender Wet 24 (Hartmann). Je to polyakrylátový polštář s absorpčním jádrem, který účinkuje po zalití Ringerovým roztokem.
- Je možno použít preparáty s antiseptickým a antibakteriálním účinkem, například Bactroban mast (SmithKline & Beecham), Dermazin mast, Betadine mast a roztok (Egist).
- Využívají se též preparáty s obsahem kyseliny Hyaluronové, například Ialugen plus cream (IBSA).

Prostředky k modernímu krytí ran a kožních defektů:

- Hydrokoloidní krytí je vhodné pro granulující rány mírně až středně secernující. Skládá se ze dvou vrstev. Vnější vrstva je pro vodu nepropustná, vnitřní absorpční vrstva reaguje se sekretem a vytváří gelovou hmotu. Sekundární krytí není nutné a rána se převazuje dle množství exudace za 3-7 dnů. Příklady: Granuflex kompresivní obvaz (Convatec), Tegisorb (3M), Suprasorb H (Raucher), Hydrocoll (Hartmann).
- Algináty jsou vhodné pro silně secernující rány. Vláknina alginátu vytvářejí se sekretem rány neadherující gel, který působí jako vlhký obvaz a současně pojímá zbytky odumřelých buněk a hnisu. Převazy se provádějí za 2-5 dnů dle charakteru rány a

množství sekretu. Příklady: Sorbalgon (Hartman), Tegagen (3M), Suprasorb A (Raucher).

- Hydropolymery jsou polymery s hydrofilním účinkem vhodné pro mírně secernující, neinfikované rány k podpoře granulace a epitelizace. Mění se dle množství sekrece za 3-7 dnů. Sekundární krytí není nutné. Příklady: Tielle (J&J).
- Absorpční krytí se používá jako sekundární krytí u silně secernujících ran i jako náhrada klasické gázy. Příklady: Surgipad (J&J), Comprigel (Hartmann), Zetuvit (Hartmann).
- Absorpční krytí s aktivním uhlím je vhodné pro silně a středně secernující rány a pro rány s příznaky infekce. Zajišťuje čistící účinek a má schopnost redukovat zápach. Primární krytí měníme za 2-5 dnů, sekundární při prosáknutí. Příklady: Actisorb plus se stříbrem (J&J), CarboFlex (Convatec).
- Pěnová polyuretanová krytí jsou polopropustné obvazy, které napomáhají výměně par a plynů, s exudátem odstraní i zbytky odumřelých buněk. Jsou určeny pro povrchové i hluboké rány. Příklady: Allevyn a Allevyn adhesive (S+A) Dutinová cavity foam, Dutinová cavity (S+N)
- Krytí ze síťových materiálů tvoří tkaniny, které jsou napuštěny masťovým základem. Mohou být doplněny o účinnou látku (jod, silikon). Používají se u povrchových ran a účinné jsou i v kombinaci s hydrogely. Příklady: antiseptické obvazy- Inadine vázaný s jodem (J&J), Bactigras s parafinem a chlorhexidinacetátem (S+N), obvazy impregnované masťovým základem – Atrauman s bílou vazelinou (Hartmann), Grassolind(Hartmann).
- Xerogely mají výraznou absorpční kapacitu. Jsou používané v monoterapii i v kombinaci s hydrokoloidy. Příklady: Debrisan pasta s dextranomerem, polyethylen-glykolem a s vodou (Kabi pharmacia).
- Transparentní filmy tvoří bariéru proti infekci a jsou propustné pro plyny a vodní páry. Používají se u povrchových defektů nebo jako sekundární krytí. Příklady: Tegaderm (3M), Hydrofilm (Hartmann), Suprasorb F (Raucher), Opsite (S+N).
- Gelové obvazy jsou materiály s vysokým podílem vody. V ráně vytvářejí vlhké prostředí a současně absorbují nadbytečný sekret. Umožňují kontrolu rány i bez převazu. Příklady: Hydrosorb (Hartmann), SuprasorbG (Raucher).

- Biomechanické obvazy jsou schopny inaktivovat činnost proteáz v chronické ráně a zároveň chrání růstové faktory. Jsou určeny pro středně secernující granulující a epitelizující rány. Příklad: Promogran (J&J). (viz příloha č.8)

Při léčbě dekubitů se může také využít účinku laseru, který urychluje hojení, čistí a oživuje spodinu ulcerací. Další možností jsou účinky biolampy, která podporuje granulaci, aktivuje fibroblasty, kapilární cévy a epitelie.

(6)

Operační léčba dekubitů

Je-li rána příliš velká a hluboká, je nutný operační zákrok. Ten se provádí většinou u pacientů s nehojícími se dekubity 3. a 4. stupně. Pro operaci platí určité obecné zásady:

1. Excize vředu, jizev a nekrotické tkáně.
2. Odstranění kostních prominencí ležících v místě dekubitu.
3. Vyplnění dutin transpozicí svalu (je-li to výhodné).
4. Krytí defektu měkkých tkání rozsáhlými dobře vaskularizovanými laloky z daných dárcovských oblastí.
5. Uzavření sekundárního defektu suturou nebo volným transplantátem.

(14)

1.8.Komplikace dekubitů

1.8.1.Infekce

Dekubity jsou téměř vždy infikované rány. Infekce může vznikat při kontaminaci močí, stolicí, potem, krví ze vzdálených ložisek nebo se dekubity infikují mezi sebou hnisem. Každý dekubit je nebezpečný tím, že se zhoršuje lokální i celkový stav pacienta. Organismus může na rozšířenou infekci reagovat septickým stavem. U dekubitů 4. stupně se objevují záněty kostí. (18)

Dekubity bývají kolonizované bakteriální florou různé patogenity, afinity ke tkáním a různé citlivosti na antibiotika. Je vhodné provádět sěr biologického materiálu k rozboru na bakteriologii a podle výsledků nasadit příslušnou terapii.

Dle vzhledu a zápachu sekretu rozlišujeme tyto druhy infekcí:

Stafylokok- smetanově žlutý sekret bez zápachu

Streptokok- řídký žlutošedý sekret

Pseudomonas- modrozelenavý nasládle páchnoucí sekret

Escherichia coli- nahnědlý sekret páchnoucí po fekáliích

1.8.2.Heterotopická osifikace

Útvary připomínající kost v měkkých tkáních okolo kloubů a kostí pod úrovní nervové léze (nejčastěji okolo kyčelního kloubu a kosti sedací). Vyskytují se u plegiků. Tvorba začíná velmi brzy po úrazu, progreduje do určitého bodu a pak obvykle nastává stabilizace.

1.8.3.Maligní zvrát v tlakové lézi

V chronických dekubitech trvajících mnoho let může dojít ke zhoubnému bujení. Karcinomy mají velmi agresivní charakter. Doporučuje se rozsáhlý radikální výkon s exstirpací příslušných lymfatických uzlin.

1.8.4.Celkové onemocnění z dekubitů

Hluboké a rozsáhlé dekubity vyvolávají těžké celkové onemocnění tzv.nemoc z akutních dekubitů. Situace je složitá, neboť dekubity jsou již komplikací jiných těžkých chorob ohrožujících život nemocného. Na vzniku celkového onemocnění se podílí tlak způsobující nekrózy a infekce, která vyvolá septický stav, anémii, hypoproteinémii nebo

rozvrat vnitřního prostředí. Pokud není zahájena adekvátní ošetrovatelská, léčebná péče nebo není zvládnutelné primární postižení, vznikají další dekubity, kachexie, nebo pacient umírá. V klinickém obrazu rozeznáváme tři stádia.

I.stádium- akutní toxémie: Pacienti mají vysoké teploty kolísavého charakteru někdy doprovázející třesavkou. Pacienti mohou být obluzení, unavení, apatičtí nebo agresivní. Nechutná jim jíst, hubnou, nedodržují pitný režim. Rány s nekrózami secernují a nejeví známky granulací. Laboratorně zjišťujeme anémii, hypoproteinémii, poruchy granulace, poruchy minerálového hospodářství. Zvyšují se hodnoty urey a jaterních testů. Toto období trvá několik týdnů i měsíců a nejčastěji končí smrtí.

II.stádium- toxická kachexie: Teploty se pohybují v rozmezí 37-38°C. Pacient lépe spí a jí, lehce se unaví. Laboratorně hodnoty klesají, ale nedosahují normy. Rány se svrašťují, na okrajích se objevuje epitelizační lem. Granulace jsou sklovité, sekrece mírnější, nekrózy vymizely. I zde mohou být pacienti, kteří umírají tělesným i psychickým vyčerpáním.

III.stádium- může probíhat pod obrazem rekonvalescence: Dekubity většinou I.a II.stupně se hojí a celkový stav se upravuje. Pokud nedojde ke zhojení, přechází onemocnění do chronického stádia. Zde jde o dekubity III.a IV.stupně. I zde může pacient umřít. Pacienti umírají na sepsi, selhání ledvin, jater a vyčerpáním.

Další komplikací celkového onemocnění je chronická nemoc z dekubitů. Obrannoschopnost nemocného je zatěžována infekcí i z malých solitárních klidových vředů. Horší situace je u pacientů s mnohočetnými vředy, které provází sepse s početnými akutními exacerbacemi při retencích hnisu v ranách. Pacient trpí subfebriliemi, někdy doprovázenými třesavkou. Chřadne a nakonec umírá na urémii, amyloidózu nebo banální interkurentní chorobu.

(14)

2.EMPIRICKÁ ČÁST

2.1.Úvod výzkumné části

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na problematiku ošetrovatelské péče o dekubity. Jak jsem již uvedla, proleženiny jsou závažnou komplikací celkového těžkého stavu pacienta. Lze jim však předcházet nebo snížit jejich riziko pravidelným ošetřováním a léčením. Úkol v léčbě o pacienta má lékař zaměřující se na jeho celkový stav. Není-li celkový stav v normě, veškerá snaha sester v prevenci dekubitů je málo účinná a případně vzniklé dekubity se mohou pomalu hojit. Všeobecně je známo, že je lépe dekubitům předcházet, než pečovat už o vzniklé dekubity. Ušetříme tím mnoho nepříjemností pacientovi i ošetřujícímu personálu.

Ve výzkumné části této práce monitoruji znalosti sester o prevenci a péči o vzniklé dekubity, metody a prostředky používané při práci a jejich zájem prohloubit si své dosavadní znalosti v této problematice.

2.2.Výzkumný cíl

Výzkumným cílem práce je na základě získaných informací pomocí dotazníků:

- získat přehled o délce praxe u sester ve zdravotnictví, na jakém oddělení pracují a jejich nejvyšší ukončené vzdělání
- zjistit míru znalostí sester v prevenci a péči o dekubity
- zjistit nejčastěji používané metody prevence
- zjistit nejčastěji používané prostředky konzervativní léčby
- zjistit, kdo se nejvíce věnuje ošetřováním dekubitů
- zjistit stupeň a místo nejčastějšího ošetřování dekubitů
- zjistit názor na ovlivnění výživy v prevenci a léčbě dekubitů
- zjistit zájem sester o prohloubení svých dosavadních znalostí a možnost někoho oslovit
- zjistit názor na úspěšnost léčby

2.3. Metoda výzkumu

Pro výzkum jsem použila anonymní dotazník, který byl určen pro sestry pracující u lůžka nemocného. Dotazník obsahuje 24 otázek. Ty jsou voleny ke zjištění vytčených cílů. V dotazníku se nabízí možnost výběru předvolené odpovědi, výběr více možností, dále jsou zde otázky se zdůvodněním či upřesněním odpovědi a v závěru mají sestry možnost vyjádřit se více k problematice dekubitů.

Dotazník byl rozdán se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče a s pomocí vrchních a staničních sester jednotlivých oddělení. Plné znění dotazníku je uvedeno v příloze č.9.

2.4. Výzkumný vzorek

O provedení výzkumu jsem požádala dvě nemocnice východočeského kraje. Ochotně na vyplnění dotazníku reagovali primáři a vrchní sestry interního oddělení, neurologického oddělení a LDN. Dotazníky vyplnily sestry s různým vzděláním a odlišnou délkou praxe. Všem byla zaručena anonymita. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Zpětně se jich vrátilo 67. Návratnost dotazníků tedy činilo 67%. Výzkum probíhal od listopadu 2007 do poloviny ledna 2008.

2.5. Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumné části jsou prezentovány pomocí přehledných tabulek a grafů.

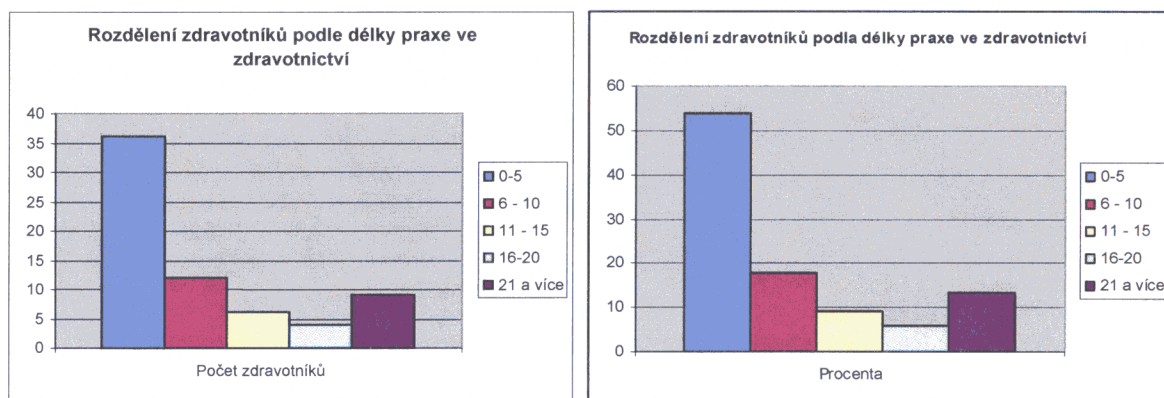
Otázka č.1

Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

Tabulka č.1 Rozdělení zdravotníků podle délky praxe ve zdravotnictví.

Věkové rozmezí v letech	0-5	6 - 10	11 - 15	16-20	21 a více	Celkem
Počet zdravotníků	36	12	6	4	9	67
Procenta	53,73	17,92	8,95	5,97	13,43	100

Graf č.1 Rozdělení zdravotníků podle délky praxe ve zdravotnictví.



Komentář:

Dotazník vyplnilo 36 zdravotníků s praxí 0-5 let (53,73%), 12 zdravotníků s praxí 6-10 let (17,92%), 6 zdravotníků s praxí 11-15 let (8,95%), 4 zdravotníci s praxí 16-20 let (5,97%), 9 zdravotníků s praxí 21 a více let (13,43%). Celkem bylo vyplněno 67 dotazníků.

Nejvyšší zastoupení tvoří skupina zdravotníků s délkou praxe 0-5 let.

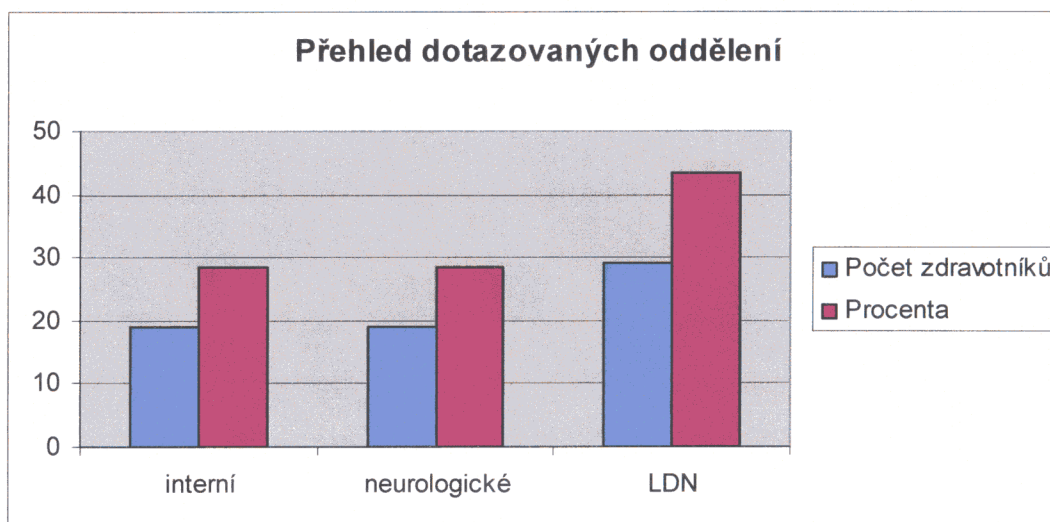
Otázka č.2

Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka č.2 Přehled dotazovaných oddělení.

Oddělení	interní	neurologické	LDN	celkem
Počet zdravotníků	19	19	29	67
Procenta	28,35	28,35	43,30	100

Graf č.2 Přehled dotazovaných oddělení.



Komentář:

Dotazník bylo ochotno vyplnit 19 zdravotníků interního oddělení (28,35%), 19 zdravotníků neurologického oddělení (28,35%) a 29 zdravotníků LDN (43,30%). Celkem bylo vyplněno 67 dotazníků.

Nejvyšší zastoupení tvoří zdravotníci pracující na LDN.

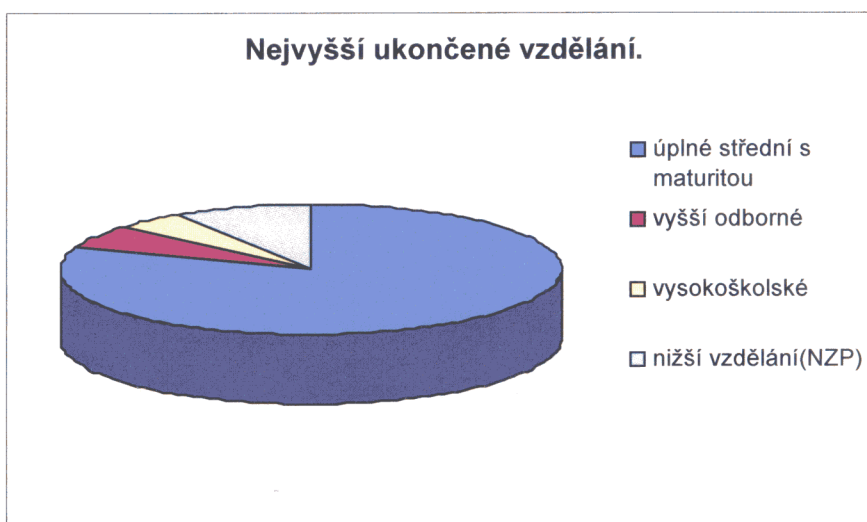
Otázka č.3

Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Tabulka č.3 Nejvyšší ukončené vzdělání.

Ukončené vzdělání	Počet zdravotníků	Procenta
úplné střední s maturitou	54	80,59
vyšší odborné	4	5,98
vysokoškolské	3	4,47
nižší vzdělání	6	8,96

Graf č.3 Nejvyšší ukončené vzdělání.



Komentář:

Vzdělání úplné střední s maturitou má 54 sester (80,59%), vyšší odborné mají 4 sestry (5,98%), vysokoškolské mají 3 sestry (4,47%), nižší vzdělání (NZP) má 6 sester (8,96%).

Nejčastější dosažené vzdělání sester je úplné střední s maturitou.

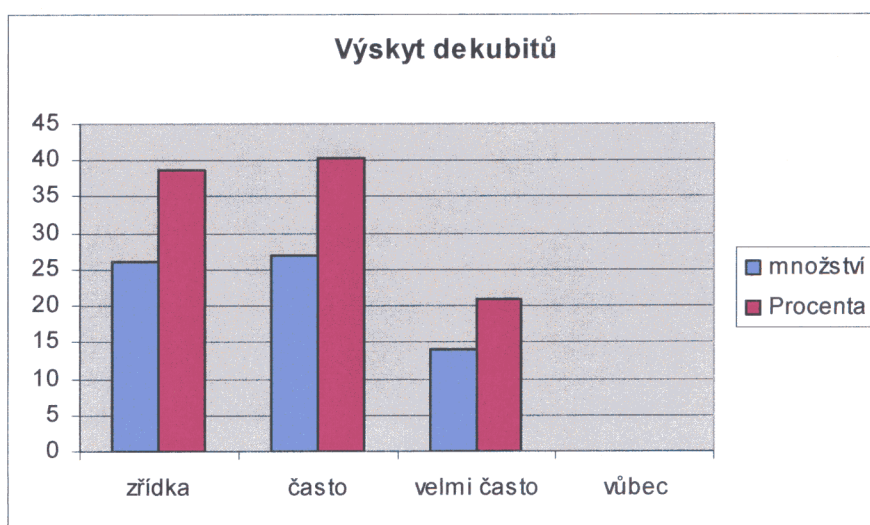
Otázka č.4

Vyskytují se na Vašem oddělení dekubity?

Tabulka č.4 Výskyt dekubitů

Výskyt	množství	Procenta
zřídka	26	38,81
často	27	40,29
velmi často	14	20,90
vůbec	0	0

Graf č.4 Výskyt dekubitů



Komentář:

Na otázku výskytu dekubitů na oddělení odpovědělo „zřídka“ 26 sester (38,81%), „často“ 27 sester (40,29%), „velmi často“ 14 sester (20,90%), „vůbec“ 0 sester (0%).

Nejvíce sester uvádějí častý výskyt dekubitů.

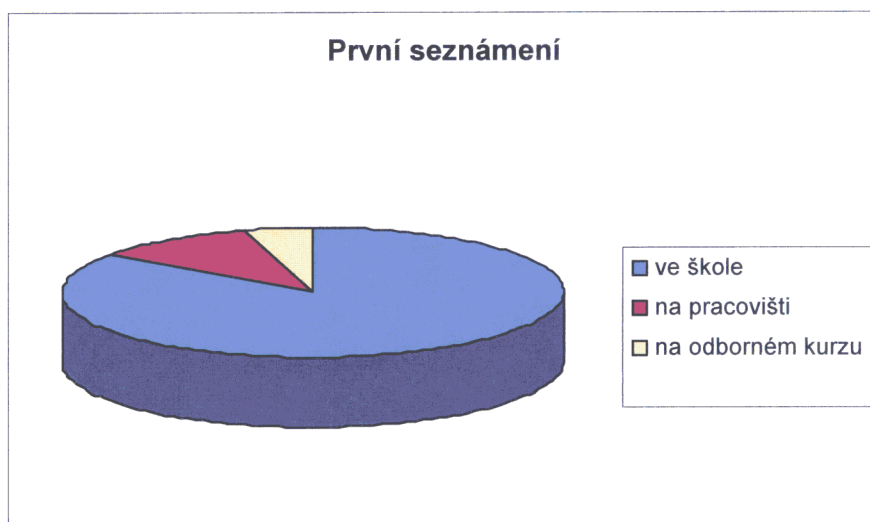
Otázka č.5

Kde jste se poprvé seznámila s problematikou dekubitů?

Tabulka č.5 První seznámení s dekubity.

První seznámení	Počet	Procenta
ve škole	57	85,08
na pracovišti	7	10,45
na odborném kurzu	3	4,47

Graf č.5 První seznámení s dekubity.



Komentář:

Seznámení s problematikou poprvé ve škole 57 sester (85,08%), na pracovišti 7 sester (10,45%), na odborném kurzu 3 sestry (4,47%).

Sestry se nejčastěji seznámily s problematikou dekubitů ve škole.

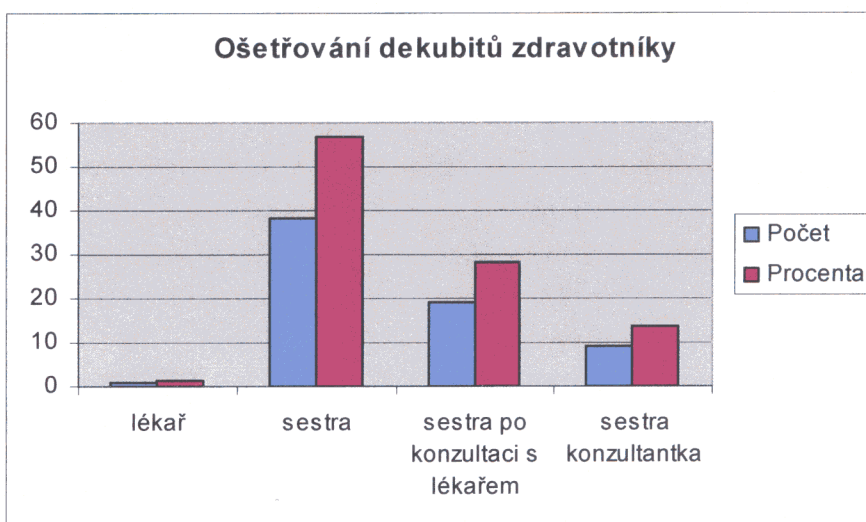
Otázka č.6

Ošetřováním dekubitů se na Vašem oddělení nejvíce věnuje.

Tabulka č.6 Ošetřování dekubitů zdravotníky

Zdravotníci	Počet	Procenta
lékař	1	1,49
sestra	38	56,72
sestra po konzultaci s lékařem	19	28,35
sestra konzultantka	9	13,44

Graf č.6 Ošetřování dekubitů zdravotníky



Komentář:

Ošetřováním dekubitů na oddělení se z celkového počtu dotázaných věnuje 1 lékař (1,49%), 38 sester (56,72%), 19 sester po konzultaci s lékařem (28,35%), 9 sester konzultantek (13,44%).

Nejvíce se ošetřování dekubitů věnují sestry.

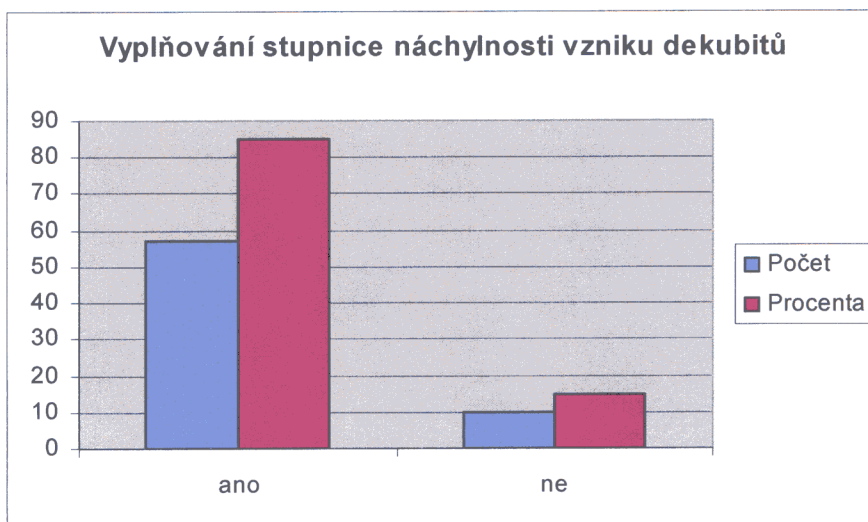
Otázka č.7

Vyplňujete u všech pacientů stupnici náchylnosti vzniku dekubitů?

Tabulka č.7a Vyplňování stupnice náchylnosti vzniku dekubitů.

Vyplňování stupnice	Počet	Procenta
ano	57	85,08
ne	10	14,92

Graf č.7a Vyplňování stupnice náchylnosti vzniku dekubitů.



Komentář:

Vyplňování stupnice věnuje pozornost 57 sester (85,08%), nevěnuje pozornost 10 sester (14,92%).

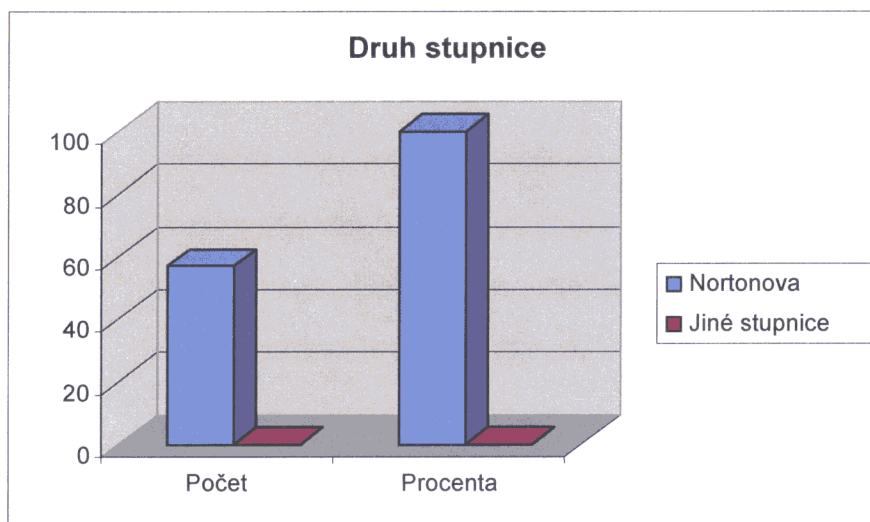
Ve většině případů sestry vyplňují stupnici náchylnosti vzniku dekubitů.

Jakou stupnici pro hodnocení náchylnosti vzniku dekubitů vyplňujete?

Tabulka č.7b Druh stupnice

Druh stupnice	Počet	Procenta
Nortonova	57	100

Graf č.7b Druh stupnice



Komentář:

Sestry vyplňující stupnici náchylnosti vzniku dekubitů uvádějí Nortonovou stupnici. Jinou stupnici pro hodnocení nezmiňují.

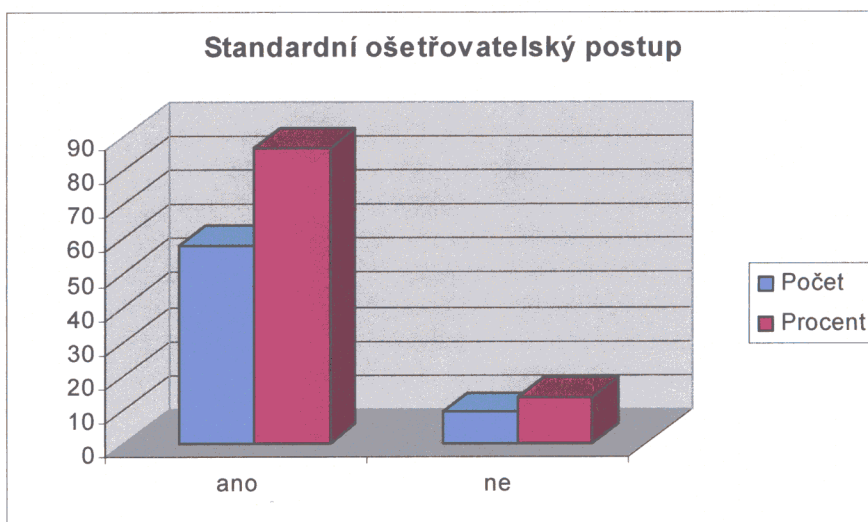
Otázka č.8

Máte na Vašem oddělení vypracovaný standardní ošetrovatelský postup v prevenci dekubitů?

Tabulka č.8 Standardní ošetrovatelský postup

Standardní ošetrovatelský postup	Počet	Procent
ano	58	86,57
ne	9	13,43

Graf č.8 Standardní ošetrovatelský postup



Komentář:

Standardní ošetrovatelský postup má vypracovaný na oddělení 58 sester (86,57%), nemá vypracovaný 9 sester (13,43%).

Dotazovaná skupina sester nejvíce odpověděla „ano“, mají tedy vypracovaný standardní ošetrovatelský postup.

Otázka č.9

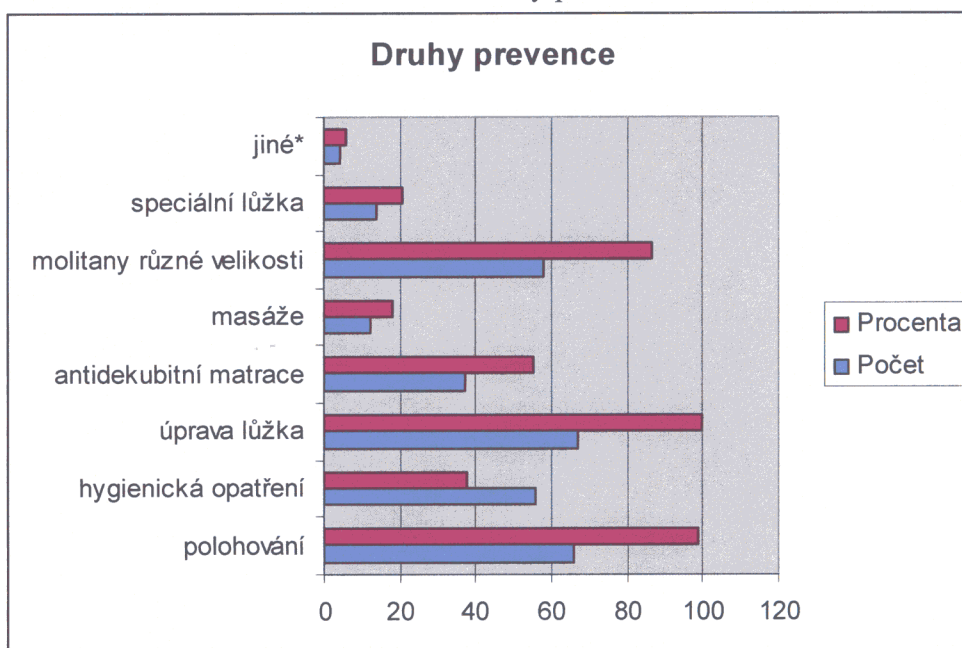
Jaké druhy prevence používáte u rizikových pacientů? (Možnost zaškrtnutí více variant nebo doplnění).

Tabulka č.9 Druhy prevence.

Druh	Počet	Procenta
polohování	66	98,50
hygienická opatření	56	83,58
úprava lůžka	67	100
antidekubitní matrace	37	55,22
masáže	12	17,91
molitany různé velikosti	58	86,56
speciální lůžka	14	20,89
jiné*	4	5,97

jiné*-motivace,polohovací klíny

Graf č.9 Druhy prevence



Komentář:

Druhy prevence: polohování používá 67 sester (98,50%), hygienická opatření 56 sester (83,58%), úpravu lůžka 67 sester (100%), antidekubitní matraci 37 sester (55,22%), masáže 12 sester (17,91%), molitany různé velikosti 58 sester (86,56%), speciální lůžka 14 sester (20,89), jiné 4 sestry (5,97%).

Nejvíce používaná prevence je polohování a úprava lůžka.

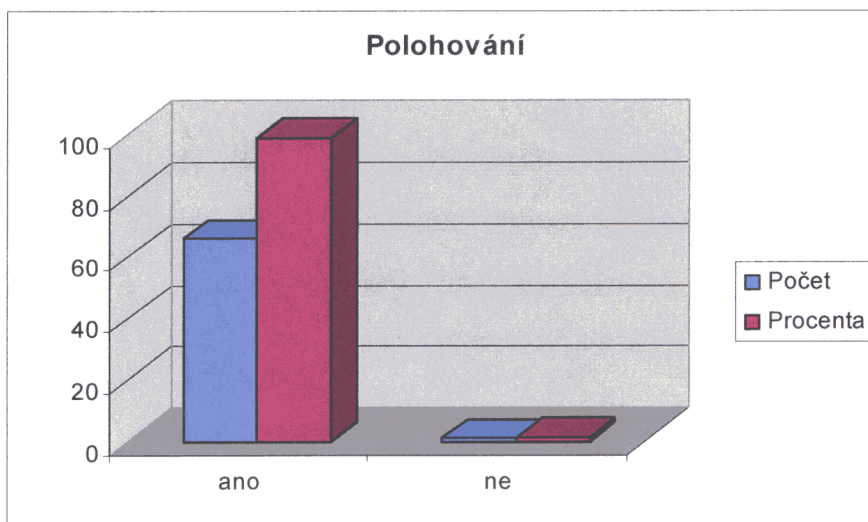
Otázka č.10

Polohujete rizikové pacienty v pravidelných časových intervalech?

Tabulkač.10a Polohování

Polohování	ano	ne	Celkem
Počet	66	1	67
Procenta	98,51	1,49	100

Graf č.10a Polohování



Komentář:

Polohování provádí 66 sester (98,51%), neprovádí 1 sestra (1,49%).

Nejvíce sestry odpověděly na odpověď „ano“, polohují rizikové pacienty.

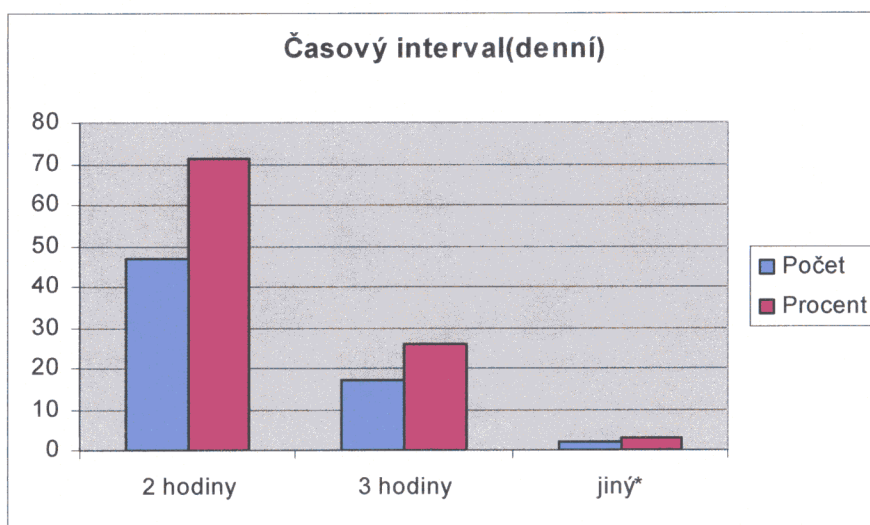
V jakých časových intervalech polohujete ve dne?

Tabulka 10b Časový interval(denní)

Denní interval	2 hodiny	3 hodiny	jiný*	celkem
Počet	47	17	2	66
Procent	71,21	25,75	3,04	100

jiný*-dle potřeby,interval 1 hodina

Graf 10b Časový interval(denní)



Komentář:

Polohování provádí ve dne po 2 hodinách 47 sester (71,21%), po 3 hodinách 17 sester (25,75%), jinak 2 sestry(3,04%).

Nejvyšší zastoupení měla skupina sester polohující ve dne po 2 hodinách.

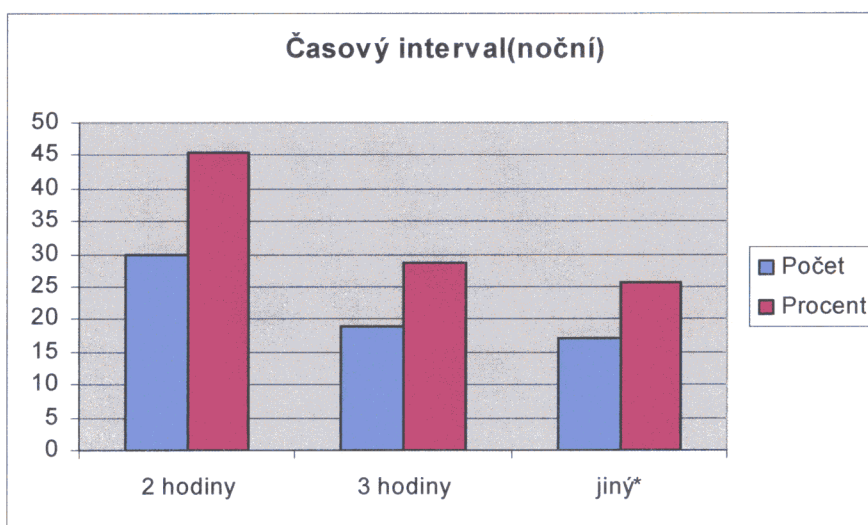
V jakých časových intervalech polohujete v noci?

Tabulka č.10c Časový interval(noční)

Noční interval	2 hodiny	3 hodiny	jiný*	Celkem
Počet	30	19	17	66
Procent	45,46	28,78	25,76	100

jiný*-interval 4 hodiny,interval 2x za noc

Graf č.10c Časový interval(noční)



Komentář:

Polohování provádí v noci po 2 hodinách 30 sester (45,46%), po 3 hodinách 19 sester (28,78%), jinak 17 sester (25,76%).

Nejvyšší zastoupení měla skupina sester polohující v noci po 2 hodinách.

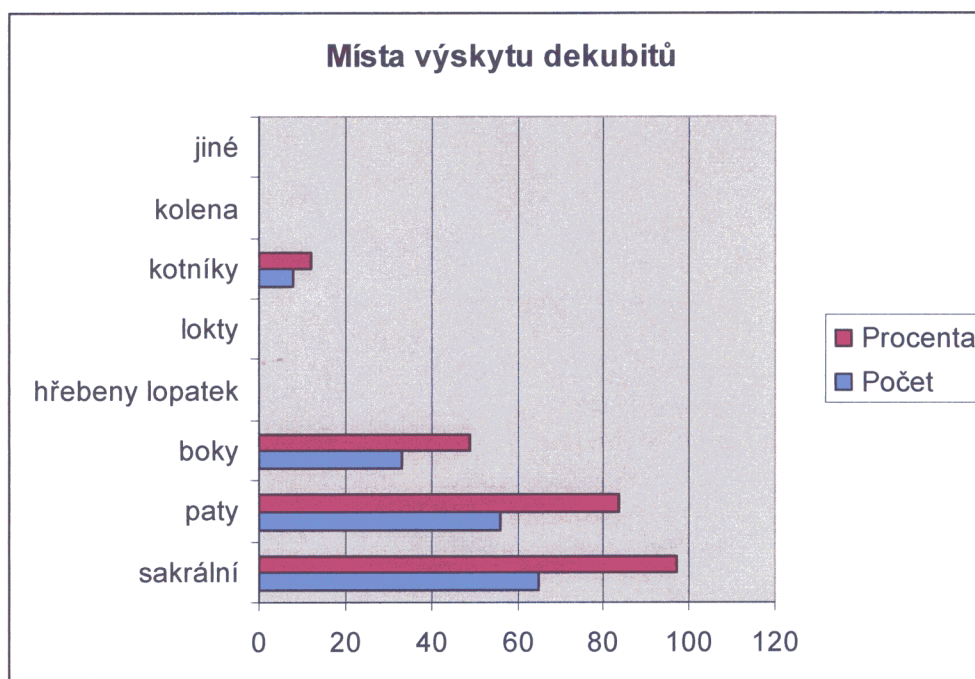
Otázka č.11

Na jakém predilekčním místě se na Vašem oddělení nejvíce vyskytují dekubity?
(Možnost zaškrtnutí více variant nebo doplnění).

Tabulka č.11 Místa výskytu dekubitů.

Místa výskytu	Počet	Procenta
sakrální	65	97,01
paty	56	83,58
boky	33	49,25
hřebeny lopatek	0	0
lokty	0	0
kotníky	8	11,94
kolena	0	0
jiné	0	0

Graf č.11 Místa výskytu dekubitů.



Komentář:

Výskyt dekubitů v oblasti sakrální uvedlo 65 sester (97,01%), na patách uvedlo 56 sester (83,58%), na bocích uvedlo 33 sester (49,25%), na hřebenech lopatek uvedlo 0 sester (0%), na loktech uvedlo 0 sester (0%), na kotních uvedlo 8 sester (11,94%), na kolenou uvedlo 0 sester (0%), jiný výskyt 0 sester (0%).

Nejvíce se vyskytují dekubity v sakrální oblasti.

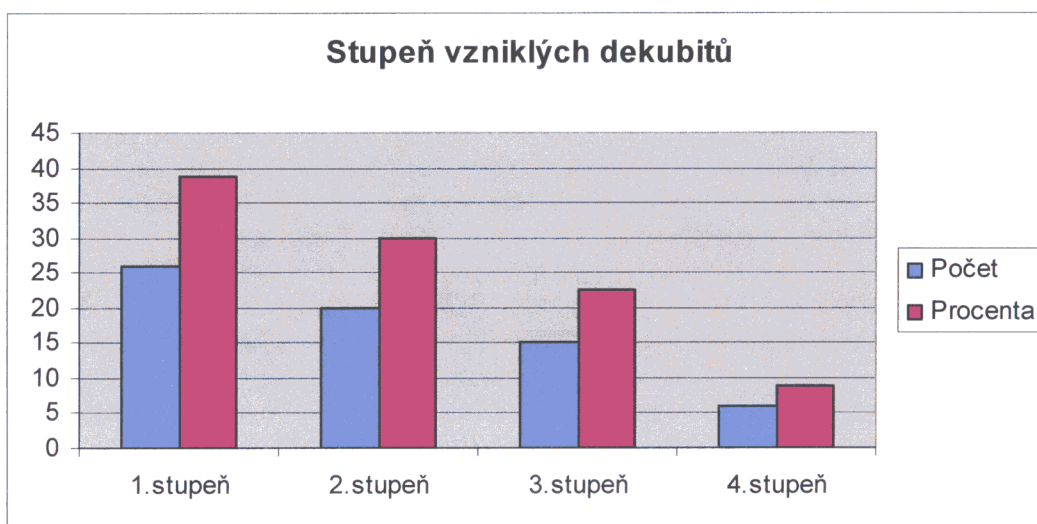
Otázka č.12

V jakém stupni vzniklých dekubitů nejčastěji ošetřujete dekubity?

Tabulka č.12 Stupeň vzniklých dekubitů.

Stupeň	1.stupeň	2.stupeň	3.stupeň	4.stupeň	celkem
Počet	26	20	15	6	67
Procenta	38,81	29,86	22,38	8,95	100

Graf č.12 Stupeň vzniklých dekubitů.



Komentář:

Ošetřování dekubitů 1.stupně uvádí 26 sester (38,81%), 2.stupně uvádí 20 sester (29,86%), 3.stupně uvádí 15 sester (22,38%), 4.stupně 6 sester (8,95%).

Nejčastěji jsou ošetřeny dekubity 1.stupně.

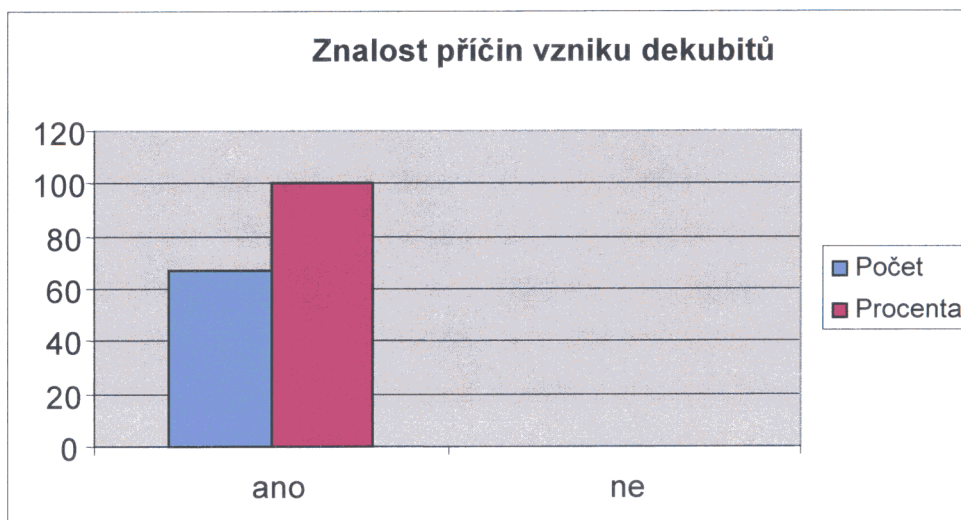
Otázka č.13

Víte,jaké jsou příčiny vzniku dekubitů.

Tabulka č.13a Znalost příčin vzniku dekubitů.

Znalost příčin vzniku dekubitů	Počet	Procenta
ano	67	100
ne	0	0

Graf č.13a Znalost příčin vzniku dekubitů



Komentář:

Znalost příčin vzniku dekubitů udává 67 (100%) sester,neznalost 0 (0%) sester.

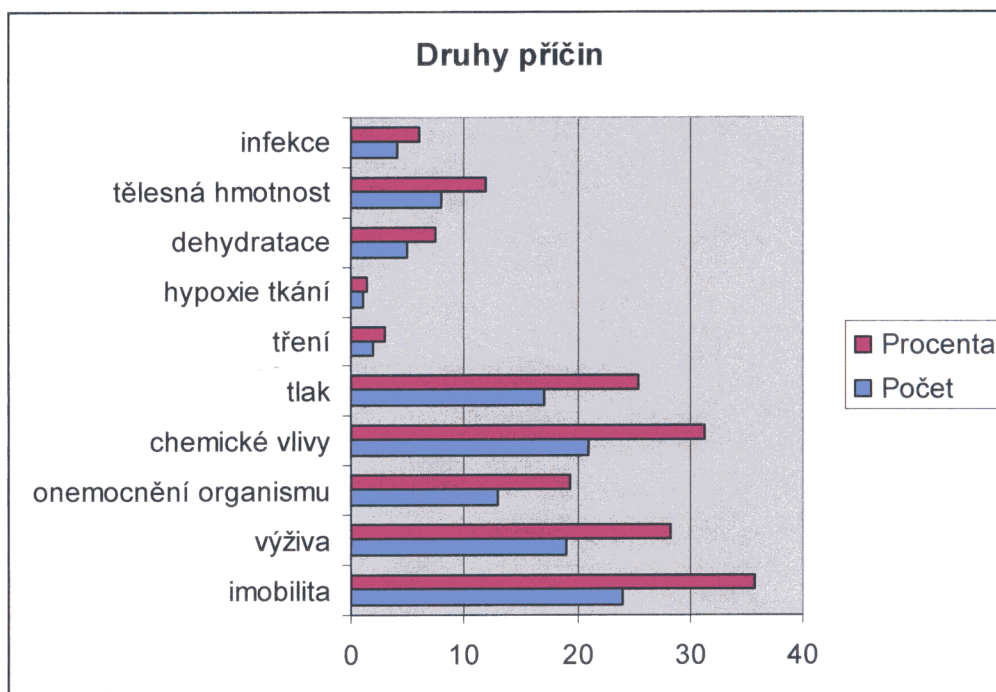
Všechny sestry znají příčiny vzniku dekubitů.

Jaké druhy příčin znáte?

Tabulka č.13b Druhy příčin

Druhy příčin	Počet	Procenta
imobilita	24	35,82
výživa	19	28,35
onemocnění organismu	13	19,40
chemické vlivy	21	31,34
tlak	17	25,37
tření	2	2,98
hypoxie tkání	1	1,49
dehydratace	5	7,46
tělesná hmotnost	8	11,94
infekce	4	5,97

Graf č.13b Druhy příčin



Komentář:

Jako příčinu uvedlo imobilitu 24 sester (35,82%), výživu 19 sester (28,35%), onemocnění organismu 13 sester (19,40%), chemické vlivy 21 sester (31,34%), tlak 17 sester (25,37%), tření 2 sestry (2,98%), hypoxii tkání 1 sestry (1,49%), dehydrataci 5 sester (7,46%), tělesnou hmotnost 8 sester (11,94%), infekci 4 sestry (5,97%).

Jako nejčastější příčinu vzniku dekubitů uvedly sestry imobilitu.

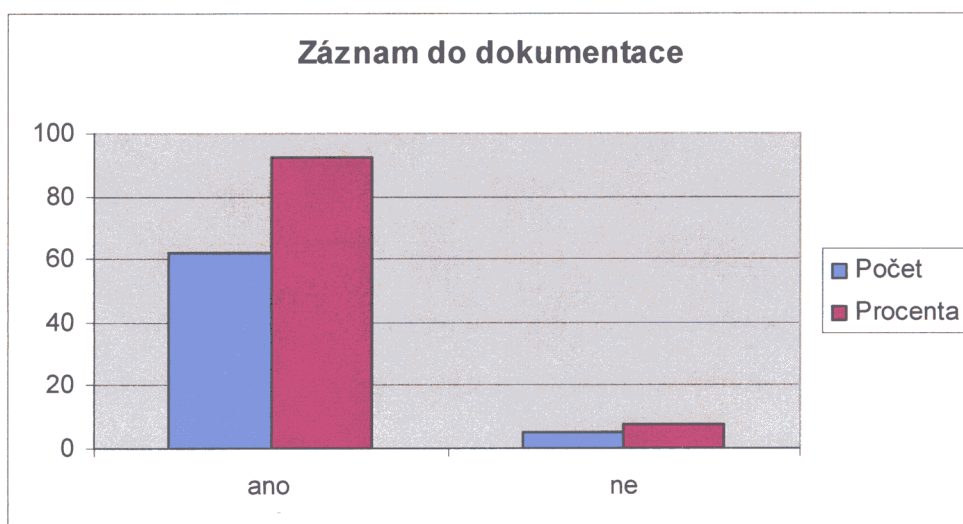
Otázka č.14

V případě vzniku dekubitů vedete v průběhu ošetřování záznam do dokumentace?

Tabulka č.14 Záznam do dokumentace

Záznam do dokumentace	Počet	Procenta
ano	62	92,54
ne	5	7,46

Graf č.14 Záznam do dokumentace



Komentář:

Záznam o ošetřování dekubitů vede 62 sester (92,54%), nevede 5 sester (7,46%).

Většina sester vede záznam do dokumentace.

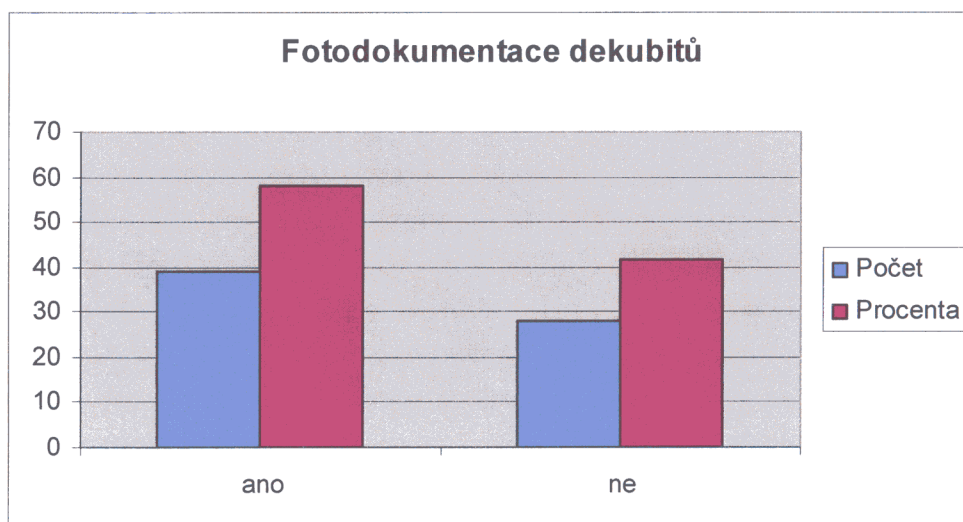
Otázka č.15

Provádíte se souhlasem pacienta fotodokumentaci dekubitů?

Tabulka č.15a Fotodokumentace dekubitů

Fotodokumentace dekubitů	Počet	Procenta
ano	39	58,21
ne	28	41,79

Graf č.15a Fotodokumentace dekubitů



Komentář:

Fotodokumentaci dekubitů se souhlasem pacienta provádí 39 sester (58,21%), neprovádí 28 sester (41,79%).

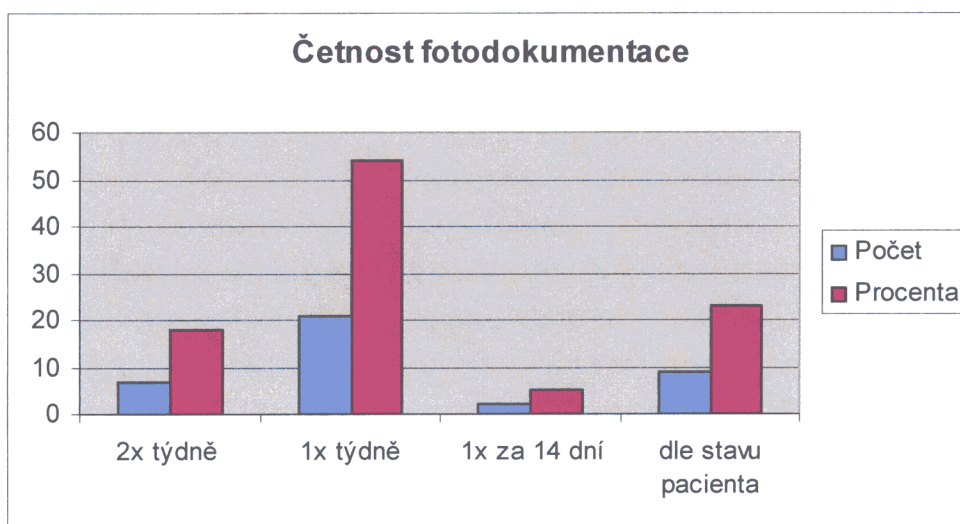
Nejvíce je zastoupená skupina sester provádějící fotodokumentaci dekubitů se souhlasem pacienta.

Jak často u jednoho pacienta?

Tabulka č.15b Četnost fotodokumentace

Četnost fotodokumentace	Počet	Procenta
2x týdně	7	17,95
1x týdně	21	53,85
1x za 14 dní	2	5,12
dle stavu pacienta	9	23,08

Graf č.15b Četnost fotodokumentace



Komentář:

Fotodokumentaci provádí 7 sester (17,95%) 2x týdně, 21 sester (53,85%) 1x týdně, 2 sestry (5,12%) 1x za 14 dní, 9 sester (23,08%) dle stavu.

Nejvíce zastoupenou skupinu tvoří sestry provádějící fotodokumentaci 1x týdně.

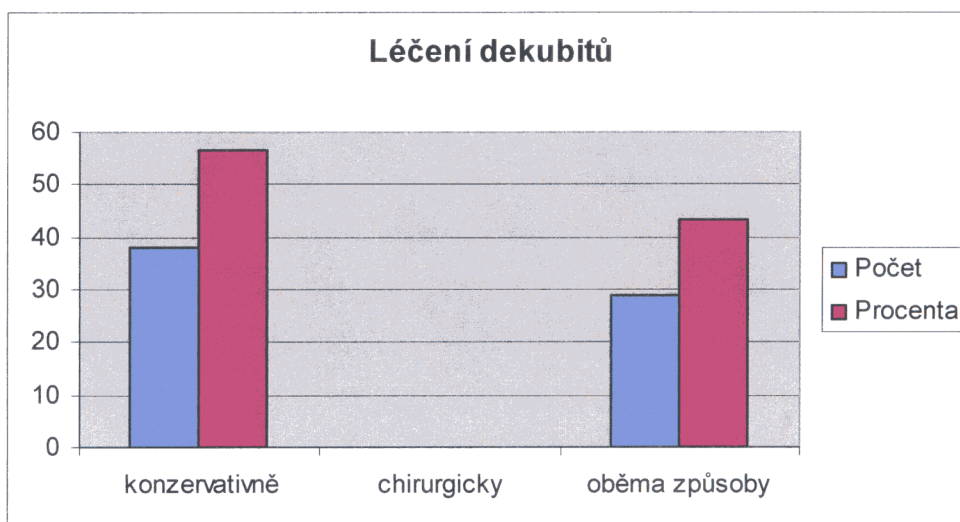
Otázka č.16

Jakým způsobem nejčastěji léčíte na oddělení dekubity?

Tabulka č.16 Léčení dekubitů

Léčení dekubitů	Počet	Procenta
konzervativně	38	56,72
chirurgicky	0	0
oběma způsoby	29	43,28

Graf č.16 Léčení dekubitů



Komentář:

Léčení dekubitů konzervativně uvádí 38 sester (56,72%), chirurgicky 0 sester (0%), oběma způsoby 29 sester (43,28%).

Nejčastěji se provádí léčení dekubitů konzervativně.

Otázka č.17

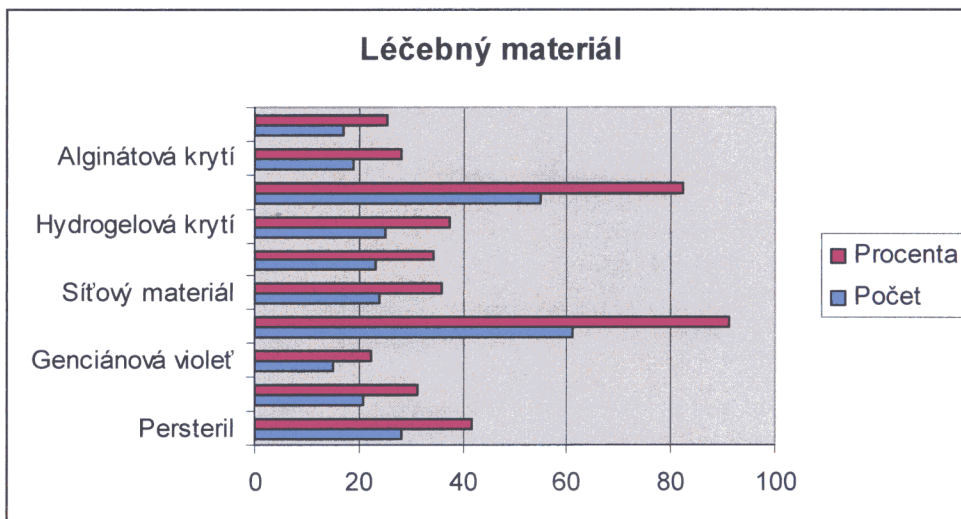
Jaké materiály využíváte v konzervativní léčbě? (Možnost zaškrtnutí více variant nebo doplnění).

Tabulka č.17 Léčebný materiál

Léčebný materiál	Počet	Procenta
Persteril	28	41,79
Rivanol	21	31,34
Genciánová violet'	15	22,38
Menalind	61	91,04
Sít'ový materiál	24	35,82
Obvazy s aktivním uhlím	23	34,32
Hydrogelová krytí	25	37,31
Hydrokoloidní krytí	55	82,08
Alginátová krytí	19	28,35
Jiné*	17	25,37

jiné*:preparáty s antiseptickým a antibakteriálním účinkem-Betadine,Hyiodine

Graf č.17 Léčebný materiál



Komentář:

Léčebný materiál Persteril používá 28 sester (41,79%), Rivanol 21 sester (31,34%), Genciánovou violet' 15 sester (22,38%), Menalind 61 sester (91,04%), Sít'ový materiál 24 sester (35,82%), Obvazy s aktivním uhlím 23 sester (34,32%), Hydrogelová krytí 25 sester (37,31%), Hydrokoloidní krytí 55 sester (82,08%), Alginátová krytí 19 sester (28,35%), jiný materiál 17 sester (25,37%).

Nejvíce sestry používají Menalind.

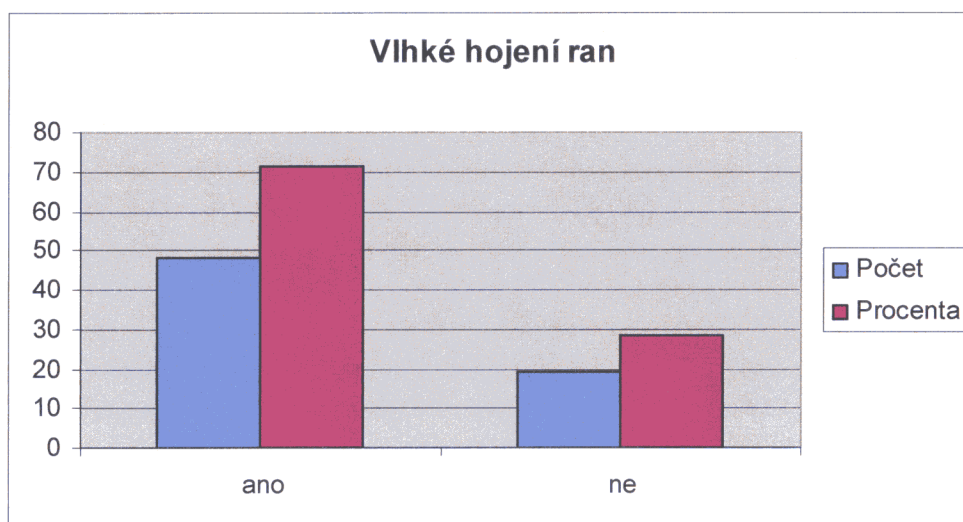
Otázka č.18

Používáte metodu vlhkého hojení ran?

Tabulka č.18 Vlhké hojení ran

Vlhké hojení ran	Počet	Procenta
ano	48	71,64
ne	19	28,36

Graf č.18 Vlhké hojení ran



Komentář:

Vlhké hojení ran používá 48 sester (71,64%), nepoužívá 19 sester (28,36%).

Dotazovaná skupina sester nejvíce odpověděla „ano“, používají metodu vlhkého hojení ran.

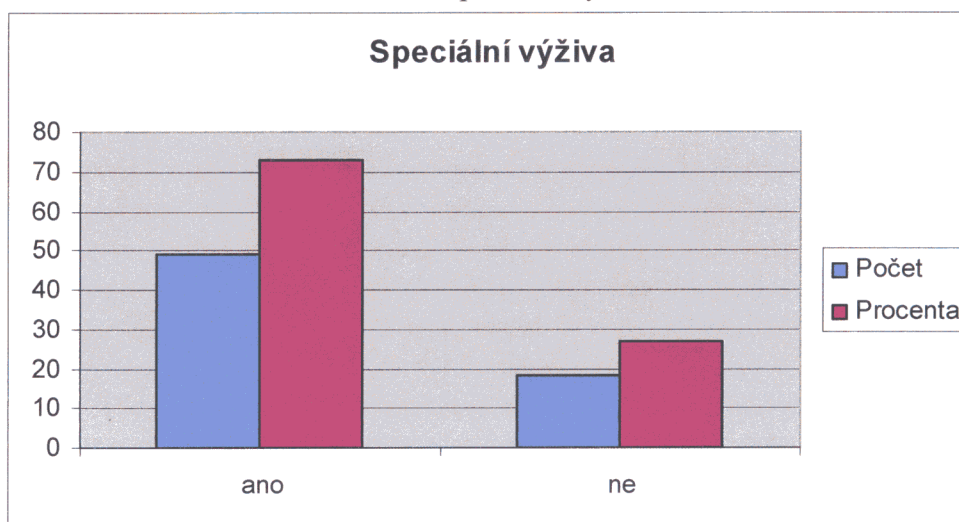
Otázka č.19

Myslíte si, že k prevenci a léčbě dekubitů je důležité podávat speciální výživu?

Tabulka č.19a Speciální výživa

Speciální výživa	Počet	Procenta
ano	49	73,14
ne	18	26,86

Graf č.19a Speciální výživa



Komentář:

49 sester (73,14%) uvádí, že je důležité podávat speciální výživu, 18 sester (26,86%) uvádí, že není důležité podávat speciální výživu k prevenci a léčbě dekubitů.

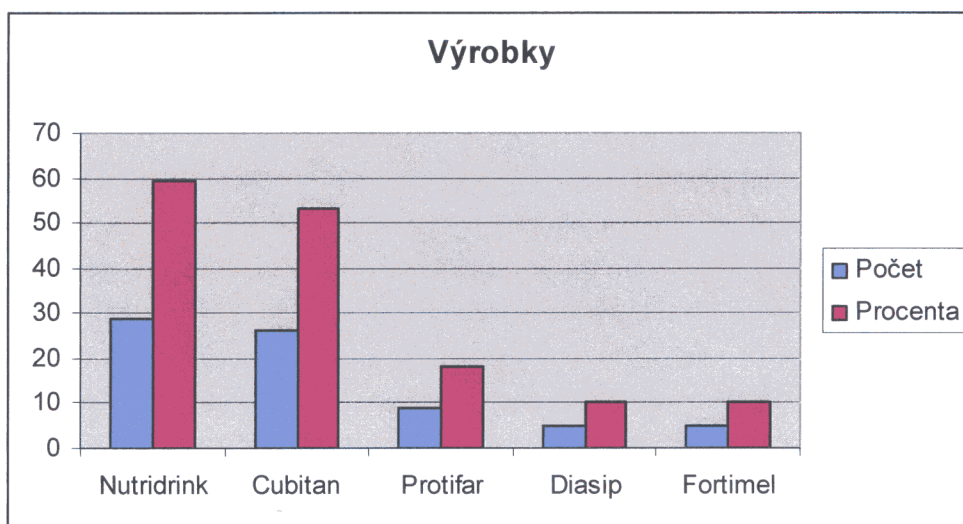
Většina sester považuje za důležité podání speciální výživy.

Jaké podáváte výrobky?

Tabulka č.19b Výrobky

Výrobky	Počet	Procenta
Nutridrink	29	59,18
Cubitan	26	53,06
Protifar	9	18,36
Diasip	5	10,20
Fortimel	5	10,20

Graf č.19b Výrobky



Komentář:

Výrobky: Nutridrink podává 29 sester (59,18%), Cubitan podává 26 sester (53,06%), Protifar podává 9 sester (18,36%), Diasip podává 5 sester (10,20%), Fortimel podává 5 sester (10,20%).

Nejvíce se podává Nutridrink.

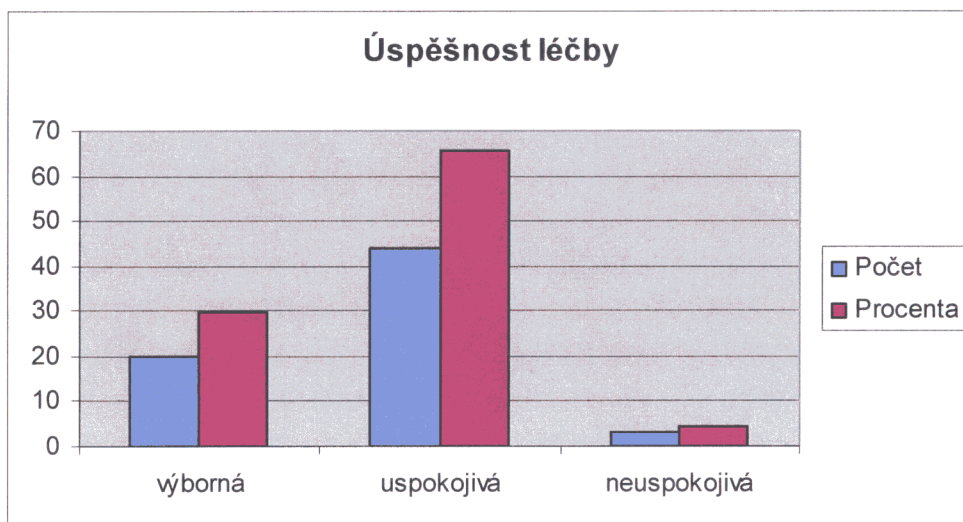
Otázka č.20

Jak hodnotíte úspěšnost léčby dekubitů na Vašem oddělení?

Tabulka č.20 Úspěšnost léčby

Úspěšnost léčby	Počet	Procenta
výborná	20	29,85
uspokojivá	44	65,67
neuspokojivá	3	4,48

Graf č.20 Úspěšnost léčby



Komentář:

Úspěšnost léčby na výbornou hodnotí 20 sester (29,85%), uspokojivě 44 sester (65,67%), neuspokojivě 3 sestry (4,48%).

Úspěšnost léčby hodnotí nejvíce sester uspokojivě.

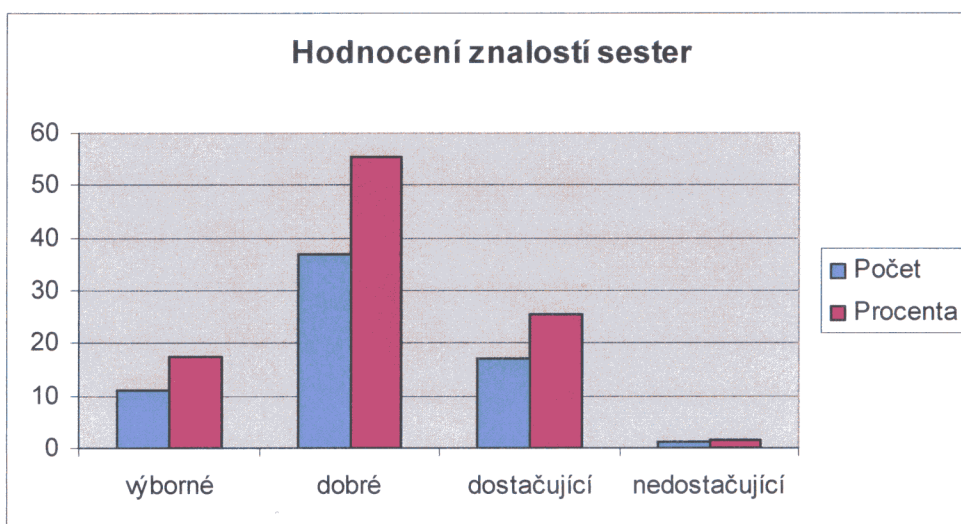
Otázka č.21

Jak hodnotíte své znalosti v této problematice?

Tabulka č.21 Hodnocení znalostí sester

Hodnocení znalostí sester	Počet	Procenta
výborné	11	17,61
dobré	37	55,32
dostačující	17	25,58
nedostačující	1	1,49

Graf č.21 Hodnocení znalostí sester



Komentář:

Své znalosti v problematice dekubitů hodnotí výborně 11 sester (17,61%), dobře 37 sester (55,32%), dostatečně 17 sester (25,58%), nedostatečně 1 sestru (1,49%).

Většina sester hodnotí své znalosti jako dobré.

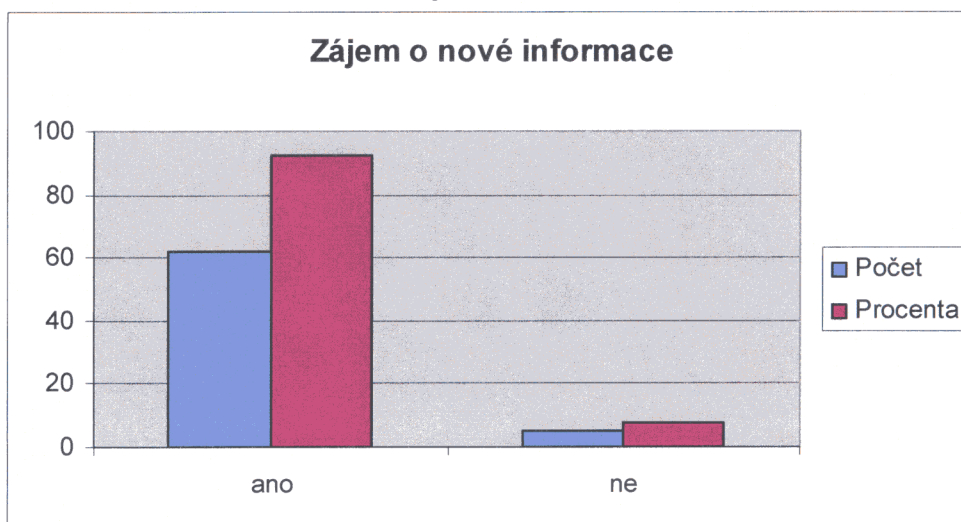
Otázka č.22

Máte zájem si prohloubit své dosavadní znalosti o dekubitech?

Tabulka č.22 Zájem o nové informace

Zájem o nové informace	Počet	Procenta
ano	62	92,54
ne	5	7,46

Graf č.22 Zájem o nové informace



Komentář:

Zájem o nové informace má 62 sester (92,54%), nemá zájem 5 sester (7,46%).

Velká skupina sester má zájem prohloubit si své dosavadní znalosti o dekubitech.

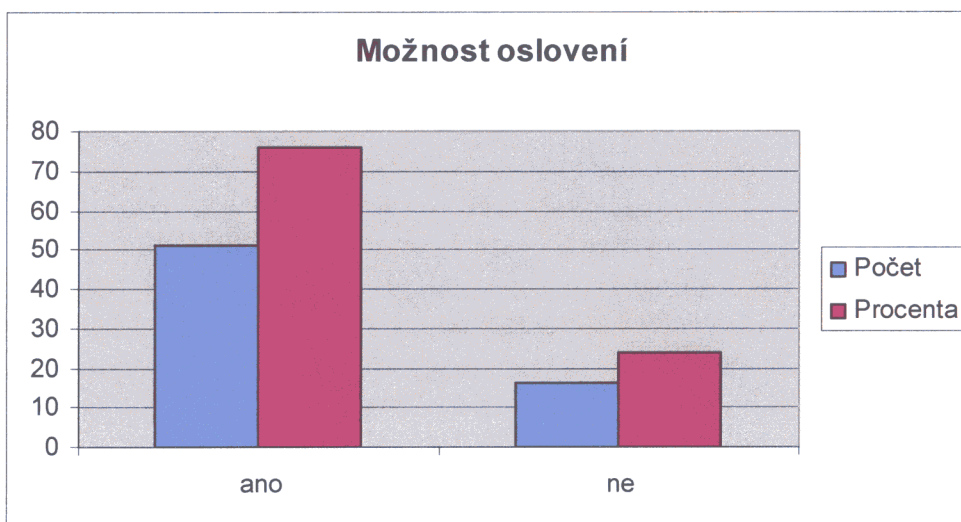
Otázka č.23

Kdybyste měla zájem dále se vzdělávat v péči o dekubity, víte, koho můžete oslovit?

Tabulka č.23 Možnost oslovení

Možnost oslovení	Počet	Procenta
ano	51	76,12
ne	16	23,88

Graf č.23 Možnost oslovení



Komentář:

V případě zájmu se vzdělávat ví 51 sester (76,12%), na koho se může obrátit, 16 sester neví (23,88%).

Nejvíce je zastoupená skupina sester odpovídající „ano“, ví, na koho se můžou obrátit.

Diskuze

Pro výzkum této bakalářské práce jsem si zvolila metodu dotazníku, abych získala potřebné informace od většího počtu sester pracujících na standardních odděleních, kde jsem předpokládala výskyt dekubitů. Rozdala jsem celkem 100 dotazníků a z navracených 67 vyplněných dotazníků jsem provedla rozbor.

V otázce č.1 se zaměřuji na délku praxe sester na standardním oddělení. Z nabízených pěti možností je nejvíce zastoupena skupina sester pracujících na standardu 0-5 let. Postupně s narůstající délkou praxe se počet sester snižuje, jen s praxí 21 a více let je sester o něco více. V porovnání s nejkratší délkou praxe je to $\frac{1}{4}$. Z toho vyplývá, že na standardních odděleních pracuje více mladších sester. Sestry získají zkušenosti a po té odchází na jiná specializovaná pracoviště a jen malé množství se vrací zpět. Domnívám se, že mladší sestry lépe snášejí náročnost provozu, psychické a časové zatížení. Zároveň jsou schopny větší přizpůsobivosti, která je nezbytná pro rychlé učení a zapamatování si nových poznatků. Sestry staršího věku hůře snáší zátěž, proto si mnohé z nich hledají nová umístění.

Otázkou číslo 2 zjišťuji, na jakém oddělení sestry pracují. Při dotazování, kde mohu provést výzkum, mi byla ochotně nabídnuta spolupráce na interním a neurologickém oddělení a v Léčebně dlouhodobě nemocných. Na těchto odděleních jsou sice hospitalizováni pacienti s různými zdravotními problémy, ale délka léčby se může prodloužit a pacienti se mnohdy stávají nepohyblivými a jsou více náchylní ke vzniku dekubitů. Nejvíce dotazníků se mi vrátilo z Léčebny dlouhodobě nemocných. Po devatenácti z interního a neurologického oddělení. Z toho plyne, že nejvíce dotazníků vyplnily sestry pečující o pacienty v Léčebně dlouhodobě nemocných. Na tomto oddělení jsou hospitalizováni především imobilní pacienti delší dobu. Nedokáží se sami o sebe dostatečně postarat a mají řadu nemocí. Jsou odkázáni na pomoc jiných osob. Tato nepohyblivost značně přispívá ke vzniku dekubitů.

Otázkou číslo 3 se informuji na nejvyšší ukončeném vzdělání sester. Ve zdravotnictví je nutností se neustále vzdělávat a získávat nové vědomosti k výkonu této profese. V současné době existuje možnost vysokoškolského vzdělání denní nebo kombinovanou formou. Tímto dotazem jsem chtěla získat přehled o počtu vysokoškolsky vzdělaných sester. Průzkum potvrdil, že jich je stále málo. Pravděpodobně je to způsobeno velkým počtem sester, velkým zájmem o toto studium, ale malým procentem přijatých uchazečů. Zvyšování počtu sester s vysokoškolským typem vzdělání je pouze otázkou času.

Otázkou číslo 4, chci zmapovat četnost výskytu dekubitů na oddělení, kde dotazované sestry pracují. Většina potvrdila častý výskyt a o něco málo dotazovaných výskyt řídký. Častější výskyt tohoto onemocnění se objevuje na oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti s vážnějším onemocněním a vyššího věku. Tyto lidé jsou častěji upoutáni na lůžko a jsou imobilní. Řidší výskyt se potvrdil na oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti s méně vážným onemocněním. Zda se na odděleních věnuje ošetřování dekubitů všeobecná sestra nebo sestra konzultantka pro ošetřování ran rozeberu v otázce číslo 6.

Otázka číslo 5 byla věnována dotazu, kde se sestry poprvé seznámily s problematikou dekubitů a jakým způsobem získávají informace. Z nabízených čtyř variant nejvíce sester odpovědělo o možnosti „ve škole“. Nejsm si zcela jistá, zda informace v učebních textech je shodná s dnešní praxí. Vzniklé rozdíly lze kompenzovat současnou odbornou literaturou. Mnoho sester má podle mého názoru jen základní informace, a proto považují za vhodné se dále vzdělávat v této problematice. Existuje také řada seminářů a kurzů, na které se mohou přihlásit. V otázce 23 zjišťuji, jaký je o získávání nových informací zájem.

V šesté otázce vyhodnocuji, kdo se nejvíce věnuje ošetřování dekubitů. Zjistila jsem, že nejčastěji je ošetřuje sestra (56,72%), sestra po konzultaci s lékařem (28,35%), méně často konzultantka pro ošetřování ran (13,44%) a nejméně lékař (1,49%). I zde se mi potvrzuje nutnost vzdělávání sester. Podle mého názoru je práce sester specialistek velmi odborná. Tyto sestry mají velké znalosti v prevenci a léčbě dekubitů. Jsou nápomocny svou odbornou radou jak sestrám, tak i lékařům. Sestry konzultantky jsou však stále málo využívány. Předchozí uvedená procenta ukazují, že nejvíce je péče v rukou všeobecných sester, a proto by měly spolupracovat se sestrou konzultantkou a seznamovat se s dalšími konzervativními postupy v péči. Od ní získávat potřebné informace, které použijí v její nepřítomnosti.

Stupnice náchylnosti vzniku dekubitů by se měla vyplňovat u všech přijatých pacientů. Dává nám informace o celkovém stavu nemocného a po sečtení bodů odhalí možné rizikové pacienty. Následně je možné naplánovat a realizovat potřebnou ošetrovatelskou péči. *V sedmé otázce* vyhodnocuji, kolik sester se tomu věnuje. Ukázalo se, že většina vyplňuje stupnici. Na otázku „jakou stupnici vyplňují“, uvedlo všech 57 dotazovaných Nortonovou stupnici. O jiné například Waterlowově stupnici, která je přesnější než Nortonova stupnice se nezmiňují. Je patrné, že Nortonova stupnice je nejrozšířenější používanou stupnicí.

Otázkou číslo 8, zda je na jejich oddělení vypracovaný standardní ošetrovatelský postup v prevenci dekubitů jsem položila záměrně, neboť na oddělení, kde pracuji, jsem se s ním dosud nesešla. Prevence dekubitů u rizikových pacientů je důležitá, a proto považují za vhodné mít k dispozici na oddělení tento standardní postup. Napomáhá nám jak kvalitně a

účelně má poskytovat kompetentní osoba potřebnou péči podle předem stanovených cílů s vhodně zvolenými pomůckami. Domnívala jsem se, že jen malé procento sester má k dispozici standardní ošetrovatelský postup. Výsledek však ukázal, že 86,57% sester ho má na svém oddělení vypracovaný.

Devátá otázka zjišťuje, jaké druhy prevence jsou používány na standardních odděleních. Ukázalo se, že se využívá mnoha metod. Nejvíce používaná metoda prevence je polohování a úprava lůžka. To potvrdily téměř všechny dotazované. Velké zastoupení také tvoří různé druhy molitanů, hygienická opatření a antidekubitní matrace. Dle mého názoru základem prevence je hygiena a proto mě překvapilo, že sestry neuvádí hygienu na prvním místě. Další druhy prevence nejsou tak hojně využívány. Domnívám se, že je to problém vybavení oddělení. Kvalitní antidekubitní pomůcky se někde soustřeďují na intenzivní péči.

V desáté otázce navazuji na předchozí. Uvedla jsem, že častou metodou prevence je polohování. Jak kvalitně sestry provádí polohování? Dle dostupných informací se polohuje ve dne i v noci po dvou hodinách, případně u více rizikových pacientů se intervaly zkracují. Z mého výzkumu vyplývá, že polohování provádí 66 sester. 47 polohuje pacienty ve dne po dvou hodinách, 17 po třech hodinách a dvě sestry uvedly interval jiný (dle potřeby, po 1 hodině). 30 sester polohuje v noci po dvou hodinách, 19 sester po třech hodinách a 17 sester uvedlo interval jiný (po 4 hodinách, 2x za noc). Překvapilo mě jak sestry polohují v noci. V poslední otázce 24 jsem dala možnost se více vyjádřit k této problematice. Zde sestra reagovala na frekvenci polohování takto: „*Na našem oddělení polohujeme v noci do 24 hodin, po té je necháme vyspat*“.

V otázce jedenácté a dvanácté jsem chtěla získat přehled o tom na jakém predilekčním místě se nejvíce vyskytují dekubity a v jakém stupni se nejčastěji ošetřují. Ukázalo se, že nejvíce ohrožená oblast vzniku dekubitů je sakrální oblast a paty. Výskyt na hřebenech lopatek uvedla polovina sester a na kotnících 8 sester. Na ostatních částech těla je výskyt nulový. A v jakém stupni se ošetřují dekubity? Nejčastěji sestry odpovídaly: ošetřování dekubitů 1.stupně. Z odpovědí na otázku číslo 18 získáme informace o nejčastěji používaných materiálech konzervativní léčby.

Otázka třináctá je zaměřena na znalost příčin vzniku dekubitů. Všech 67 dotazovaných uvedlo alespoň jednu příčinu. Nejčastěji byla uvedena imobilita, chemické vlivy, špatná výživa, tlak, onemocnění organismu a pod 12% tělesná hmotnost, dehydratace, infekce, tření, hypoxie tkání. Dle mého výzkumu se potvrzuje, že sestry znají příčiny vzniku dekubitů.

Ve čtrnácté a patnácté otázce věnuji pozornost záznamům o ošetřování dekubitů do dokumentace. Dokumentace je podle mého názoru nepostradatelnou součástí zdravotnických záznamů. Získáváme tak přehled o metodě ošetřování a vývoji stavu defektu. Je důležité, aby byla jednoduchá a účelná. Svým rozsahem by neměla ubírat sestře čas, který by mohla věnovat další péči o pacienty. Rozborem zjišťuji, že je záznam veden 62 sestrami z celkového počtu 67. Za důležité považuji se zmínit o tom, zda sestry provádějí se souhlasem pacienta fotodokumentaci dekubitů. Tato dokumentace nám dává přehled o průběhu hojení ran a také poskytuje právní ochranu před případnými stížnostmi na léčbu. Z výsledků vyplývá, že fotodokumentaci provádí 39 sester. Z tohoto počtu fotodokumentuje 2x týdně 7 sester, 1x týdně 21 sester, 1x za 14 dní 2 sestry a dle stavu pacienta 9 sester.

Otázky číslo 16 až 20 jsou zaměřeny na léčbu dekubitů. Zajímalo mě, jaká je nejpoužívanější metoda léčby. Ze 67 sester odpovědělo 38, že na oddělení léčí konzervativně, 29 oběma způsoby a nikde neléčí pouze chirurgicky. Výsledky průzkumu ukazují, že v péči o dekubity je využíván druh péče- konzervativní. Je to způsobeno tím, že prostředky ke konzervativní péči jsou k pacientovi šetrnější a jejich nabídka je dostupnější. Chirurgická péče se dostává spíše tam, kde konzervativní léčbu již nelze použít. Domnívám se, že kombinace obou metod má své opodstatnění. Konzervativní terapie se uplatňuje v začátcích léčby, chirurgická péče ve vyšších stádiích. Jakou péči zvolíme, je na uvážení stavu pacienta a rozhodnutí ošetřujícího lékaře. Na tuto otázku navazuje otázka číslo 17 týkající se nejpoužívanějších materiálů v konzervativní léčbě. Nejvíce je zastoupen Menalind, se kterým pracuje 61 sester, Hydrokoloidní krytí používá 55 sester, Persteril 28, Hydrogelové krytí 25, síťový materiál 24, obvazy s aktivním uhlím 23, Rivanol 21, Alginátová krytí 19 sester, jiná krytí (například Betadine, Hyiodine) 17 sester a nejméně Genciánová violet' v počtu 15 sester. Zde se potvrdila odpověď na otázku číslo 12. Nejčastěji sestry ošetřují dekubity 1.stupně a tedy jsou hojně využívány výrobky z řady Menalind. Mohou být používány různé pěny, oleje, krémy, které chrání, čistí nebo ošetřují pokožku. Další otázkou chci zjistit, v jaké míře se metoda vlhkého hojení používá. Tato moderní metoda zajišťuje rychlejší hojení a pro pacienty určitý komfort vzhledem k bezbolestné vnímatelnosti a prodloužení intervalu převazu. Z průzkumu plyne, že 48 sester tuto metodu používá a 19 nepoužívá. Na základě zjištěných výsledků se domnívám, že je většině pacientům poskytován určitý komfort v léčbě ran. Při léčbě dekubitů se také zaměřujeme na výživu. Problematika výživy v prevenci a léčbě dekubitů je stále více aktuálnější téma, neboť výživa významně ovlivňuje hojení ran. Věnujeme zvýšenou pozornost především malnutrici. Nezbytnou podmínkou pro regenerační procesy a hojení je přísun energie a potřebných substrátů. Není-li tomu tak, hojení se

zpomaluje. Je tedy nutné podání speciální výživy. Z dotazníků vyplývá, že většina sester upřednostňuje podávání speciální výživy pro lepší hojení, zejména granulaci a podání bílkovin, které jsou stavebním materiálem pro obnovu tkání. I zde byly sestry, které to neuměly zdůvodnit. V této otázce jsem se chtěla dozvědět, jaké přípravky mohou sestry podávat. Uvedly Nutridrink, Cubitan, Protifar, Diasip, Fortimel. A jak je hodnocena léčba dekubitů? 20 sester hodnotí úspěšnost léčby výborně, 44 sester uspokojivě a 3 sestry neuspokojivě.

V závěru (*otázka 21 až 23*) se zaměřují na osobnost sestry. Jak sestry hodnotí své znalosti v této problematice? Ze 67 dotazovaných považuje 17,61% své znalosti za výborné, 55,32% za dobré, 25,58% za dostačující. Bohužel i 1,49% sester považuje své znalosti za nedostačující. Většina dotazovaných tedy považovala své znalosti za dobré či dostačující. Zde se mi nabízí otázka: Zda mají sestry zájem prohloubit si své dosavadní znalosti. Dle mého předpokladu se potvrdilo, že velká většina 92,54% je ochotna se dále vzdělávat. Překvapující je však odpověď na otázku číslo 23, zda sestry vědí, koho mohou v případě zájmu o vzdělání oslovit. Na tuto otázku odpovídalo 76,12% ano, 23,88% ne. Ty sestry, které nevědí, koho oslovit a chtějí se dozvědět více, se musí informovat samy. Podle mého názoru by měly sbírat informace z odborných časopisů nebo se kontaktovat s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, s primářem, vrchní sestrou oddělení nebo se vzdělávacím centrem, které organizuje základní kurzy ošetřování dekubitů (IDVZP Brno).

Závěr

Ve své bakalářské práci se zmiňuji o problematice ošetrovatelské péče u pacientů s dekubity. Dekubity jsou chronické rány, které vznikají především u imobilních pacientů, u lidí, kteří jsou odkázáni na pomoc jiných osob. Dekubity jsou i přes veškerý pokrok v medicíně stále vážným problémem, proto dobře organizovaná kvalitní ošetrovatelská péče má zásadní význam při jejich prevenci a léčbě.

V teoretické části se zmiňuji o anatomii a fyziologii kůže a dále definuji pojem rány. Největší část práce jsem věnovala problematice chronických ran- dekubitům. Zmiňuji se o historii péče o dekubity. Ve své práci uvádím možné příčiny vzniku a patologie dekubitů a možné klasifikace. Velký význam věnuji prevenci proleženin. Podle mého názoru je nejdůležitější, aby dekubity vůbec nevznikaly. Další část se týká výživy, která na prevenci a léčbu má velký vliv. Není-li člověk schopen přijímat plnohodnotnou stravu, rány se špatně hojí. V závěru teoretické části práce se věnuji terapii a komplikacím dekubitů. Při léčbě a ošetrování dekubitů je nutno si uvědomit, že chceme-li pacientovi pomoci, jeho problém musíme řešit komplexně.

Pomocí výzkumné práce jsem se pokusila zhodnotit ošetrovatelskou péči o pacienty s touto problematikou. Dotazníky byly určeny sestřím pracujícím na standardním oddělení, kde je výskyt dekubitů, dle výsledku výzkumu, častý. Šetřením zjišťuji, že péče o tyto pacienty je poskytována sestrami s krátkou délkou praxe a nejčastěji se středoškolským vzděláním. Sester konzultantek v porovnání s počtem dotazovaných sester je stále méně využíváno. Dále jsem se zabývala stupnicí náchylnosti vzniku dekubitů, standardním ošetrovatelským postupem a preventivním opatřením. Zjistila jsem, že polohování provádějí téměř všechny sestry, ale v intervalu polohování se už liší. Zde jsou oproti literatuře rozdíly. Nejčastěji jsou ošetrovány dekubity 1.stupně v sakrální oblasti a na patách. Nejvíce je používán konzervativní postup, metodu vlhkého hojení ran zná $\frac{3}{4}$ dotazovaných. Ošetření pacientů je pečlivě dokumentováno, popřípadě fotodokumentováno, vždy se souhlasem pacienta. Bohužel fotodokumentaci provádí pouze menší procento dotazovaných. Většina pracovníků považuje léčbu dekubitů na svém oddělení za uspokojivou. Jen malá část sester považuje léčbu za výbornou a velmi malá skupinka za neuspokojivou. Výživa pacientů je také důležitou součástí prevence a léčby dekubitů. Z mého průzkumu je patrné, že je stále co zlepšovat.

V otázce znalostí této problematiky se ukazují dobré výsledky. Ale i zde se sestry hodnotí výborně, jiné dostatečně a dokonce i některé nedostatečně. Zájem o nové informace má také velká většina sester. Důležité je, že se sestry chtějí dále vzdělávat a získávat další informace o možnostech zlepšování péče. Vědí sestry, koho v případě zájmu mohou oslovit? Většina dotazovaných ano.

Tato práce mě umožnila získat ucelený pohled této problematiky na neurologickém, interním oddělení a LDN. Další práce by mohla být zaměřena na řešení dané problematiky na konkrétním oddělení.

Závěrem práce bych chtěla připomenout, že i ve zdravotnictví je v současné době nutné neustále se vzdělávat. To platí i v oblasti dekubitů. Vývoj v prevenci a léčbě proleženin jde stále dopředu. Je žádoucí, aby budoucí sestry na vysokých a vyšších zdravotnických školách získaly potřebné informace a mohly je ve své praxi neustále rozšiřovat. Věřím, že i v dalších letech bude odborná péče poskytována kvalitně.

Anotace

Autor: Hana Ochtinská
Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetřovatelství
Název práce: Dekubity, problematika ošetřovatelské péče
Vedoucí práce: Jaroslava Pečenková
Počet stran: 96
Počet příloh: 9
Rok obhajoby: 2008
Klíčová slova: dekubity, proleženiny, prevence, ošetřovatelská péče, výživa, léčba, komplikace

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetřovatelské péče o pacienta s dekubity. Vznikají u imobilních pacientů a představují stále aktuální problém ošetřovatelské péče. Dobře organizovaná kvalitní péče má zásadní význam při prevenci a léčbě dekubitů.

Součástí práce je výzkum, který monitoruje znalosti dotazovaných v prevenci a péči o vzniklé dekubity. Zkoumaný vzorek tvoří sestry standardních oddělení, kde byl předpoklad výskytu dekubitů.

The Bachelor work is focused in problems of nurse care of patient with decubitus. These usually arise in case of immobile patient representing a permanent actual problem of medical care. Well organized quality care carries a crucial weight in decubitus prevention and treatment.

The research monitoring knowledge of interviewed in arisen decubitus prevention and treatment is a part of this work. Examined sample consists of nurses from the standard wards, where decubitus occurrence has been supposed.

Použitá literatura a prameny

1. Bureš, I., Nové trendy v hojení ran. Florence. 2005, č.5, s. 27-29
2. Dylevský, I., Trojan, S., Somatologie. 2.vyd. Praha: Avicenum, 1990. 312s. ISBN 80-201-00636
3. Ferko, A., Vobořil, Z., Šmejkal, K., Bedrna, J., Chirurgie v kostce. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 596s. ISBN 80-247-0230-4
4. <http://cz.hartmann.info/CZ/74453.htm>
5. <http://cz.hartmann.info/CZ/76217.htm>.
6. Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P., a kolektiv, Geriatrie a Gerontologie. 1.vyd. Praha: GradaPublishing, 2004. 864s. ISBN 80-247-0548-6
7. Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R., Ošetrovatelství 2. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
8. Lavičková, J., Kvalita ošetrovatelské péče očima zdravotníků. Sestra. 2006, č.4, s.30-31
9. Marečková, J., Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
10. Mikšová, Z., Fraňková, M., Hernová, R., Zajíčková, M., Kapitoly z ošetrovatelské péče. 1.vyd. Grada Publishing, a.s. 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6
11. Pasivní a aktivní matrace v boji proti dekubitům. Sestra. 2005, č.5, s.32
12. Pasivní matrace. Komfort. 2004, č.4, s.10-11
13. Resl, V., Hojení chronických ran. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 425s. ISBN 80-7169-269-5
14. Riebelová, V., Válka, J., Franců, M., Dekubity, Prevence, konzervativní a chirurgická terapie. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 159 s. ISBN 80-7262-033-9
15. Rozsypalová, M., Staňková, M., a kolektiv, Ošetrovatelství I/1. 2.vyd. Praha: Informatorium, spol.s.r.o., 1996. 209 s. ISBN 80-85427-93-1
16. Trachtová, E., a kolektiv, Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 186s. ISBN 80-7013-324-8
17. Vlhová, H., Chyby prodlužující hojení. Sestra. 2006, příloha č.6, s.10
18. www.osobniasistence.cz/dekubity1.php
19. www.osobniasistence.cz/dekubity2.php
20. www.osobniasistence.cz/dekubity3.php

Seznam tabulek

Tabulka 1	Rozdělení pracovníků podle délky praxe ve zdravotnictví, s.43
Tabulka 2	Přehled dotazovaných oddělení, s.44
Tabulka 3	Nejvyšší ukončené vzdělání, s.45
Tabulka 4	Výskyt dekubitů, s.46
Tabulka 5	První seznámení s dekubity, s.47
Tabulka 6	Ošetřování dekubitů zdravotníky, s.48
Tabulka 7a	Vyplňování stupnice náchylnosti vzniku dekubitů, s.49
Tabulka 7b	Druh stupnice, s.50
Tabulka 8	Standardní ošetřovatelský postup, s.51
Tabulka 9	Druhy prevence, s.52
Tabulka 10a	Polohování, s.53
Tabulka 10b	Časový interval (denní), s.54
Tabulka 10c	Časový interval (noční), s.55
Tabulka 11	Místa výskytu dekubitů, s.56
Tabulka 12	Stupeň vzniklých dekubitů, s.57
Tabulka 13a	Znalost příčin vzniku dekubitů, s.58
Tabulka 13b	Druhy příčin, s.59
Tabulka 14	Záznam do dokumentace, s.60
Tabulka 15a	Fotodokumentace dekubitů, s.61
Tabulka 15b	Četnost fotodokumentace, s.62
Tabulka 16	Léčení dekubitů, s.63
Tabulka 17	Léčebný materiál, s.64
Tabulka 18	Vlhké hojení ran, s.65
Tabulka 19a	Speciální výživa, s.66
Tabulka 19b	Výrobky, s.67
Tabulka 20	Úspěšnost léčby, s.68
Tabulka 21	Hodnocení znalostí sester, s.69
Tabulka 22	Zájem o nové informace, s.70
Tabulka 23	Možnost oslovení, s.71

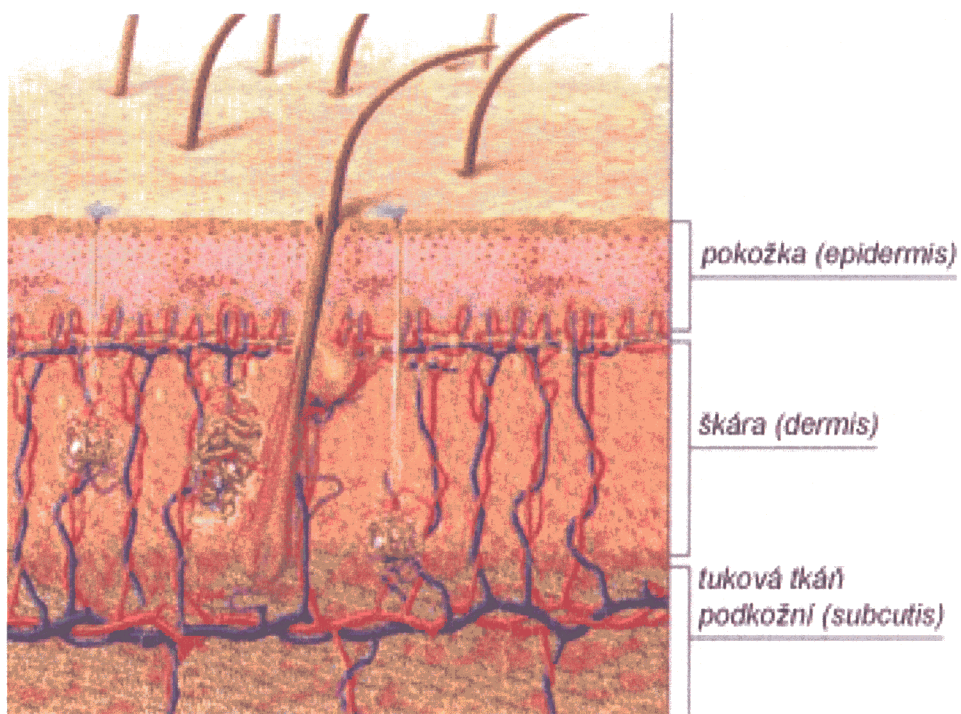
Seznam grafů

- Graf 1 Rozdělení pracovníků podle délky praxe ve zdravotnictví, s.43
- Graf 2 Přehled dotazovaných oddělení, s.44
- Graf 3 Nejvyšší ukončené vzdělání, s.45
- Graf 4 Výskyt dekubitů, s.46
- Graf 5 První seznámení s dekubity, s.47
- Graf 6 Ošetřování dekubitů zdravotníky, s.48
- Graf 7a Vypĺňování stupnice náchylnosti vzniku dekubitů, s.49
- Graf 7b Druh stupnice, s.50
- Graf 8 Standardní ošetrovatelský postup, s.51
- Graf 9 Druhy prevence, s.52
- Graf 10a Polohování, s.53
- Graf 10b Časový interval (denní), s.54
- Graf 10c Časový interval (noční), s.55
- Graf 11 Místa výskytu dekubitů, s.56
- Graf 12 Stupeň vzniklých dekubitů, s.57
- Graf 13a Znalost příčin vzniku dekubitů, s.58
- Graf 13b Druhy příčin, s.59
- Graf 14 Záznam do dokumentace, s.60
- Graf 15a Fotodokumentace dekubitů, s.61
- Graf 15b Četnost fotodokumentace, s.62
- Graf 16 Léčení dekubitů, s.63
- Graf 17 Léčebný materiál, s.64
- Graf 18 Vlhké hojení ran, s.65
- Graf 19a Speciální výživa, s.66
- Graf 19b Výrobky, s.67
- Graf 20 Úspěšnost léčby, s.68
- Graf 21 Hodnocení znalostí sester, s.69
- Graf 22 Zájem o nové informace, s.70
- Graf 23 Možnost oslovení, s.71

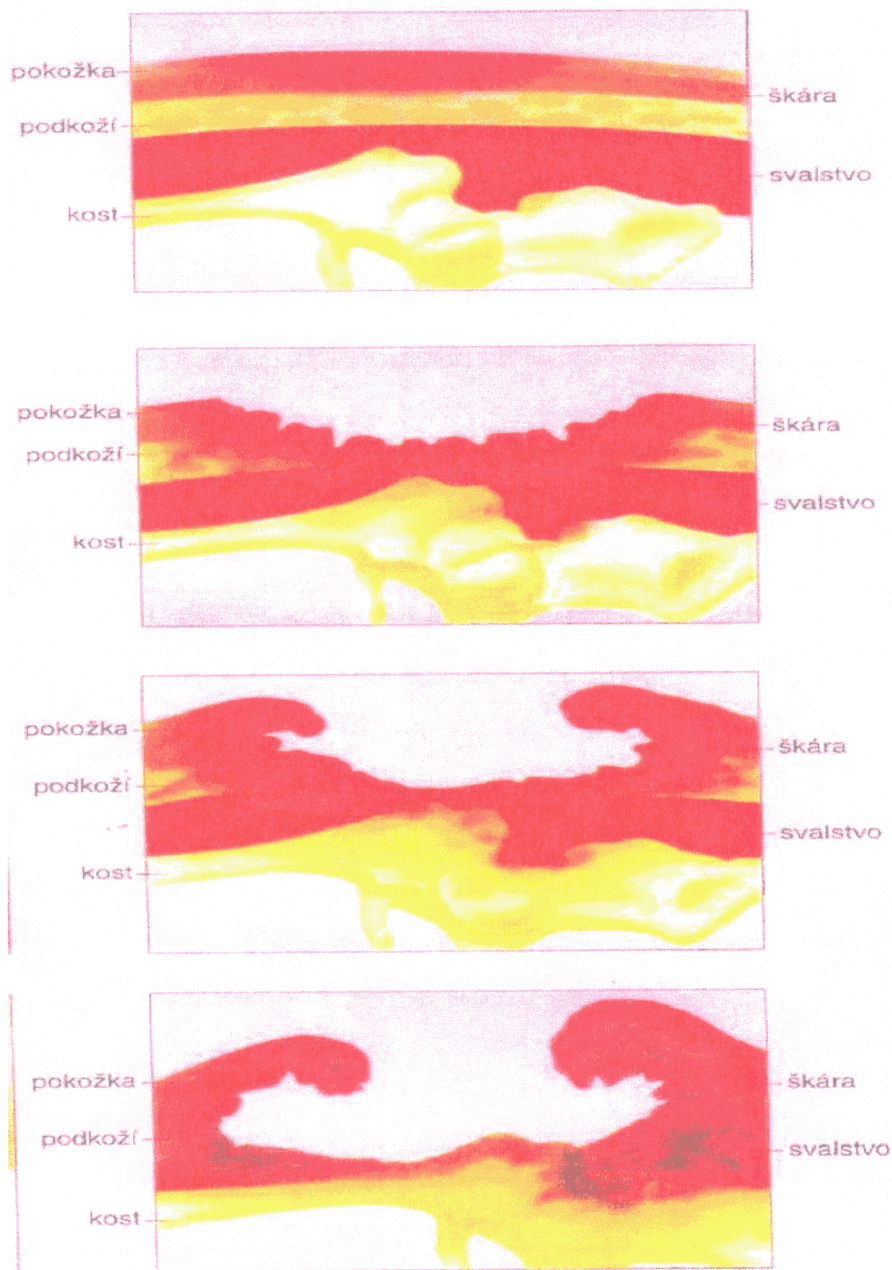
Seznam příloh

Příloha č.1	Stavba kůže
Příloha č.2	Vývoj dekubitů podle Válka
Příloha č.3	Hodnocení rizika vzniku dekubitů
Příloha č.4	Antidekubitní materiál
Příloha č.5	Posouzení stavu výživy
Příloha č.6	Nutriční výrobky
Příloha č.7	Hojení ran- srovnání vlhké a klasické metody
Příloha č.8	Převazový materiál
Příloha č.9	Dotazník

Příloha č.1 Stavba kůže



Příloha č.2 Vývoj dekubitů podle Válka



Příloha č.3 Hodnocení rizika vzniku dekubitů (Nortonova stupnice, Bradenova stupnice, Waterlowova stupnice, Knollova stupnice, stupnice podle Shannon)

2. Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů – tabulka dle Nortonové (modifikovaná)

	1 bod	2 body	3 body	4 body	body
Schopnost spolupráce (motivace)	Žádná	Velmi omezená	Omezená	Plná	
Věk (let)	nad 60	pod 60	pod 30	pod 10	
Stav pokožky	Rány, alergické rozedření kůže	Vlhká	Suchá, šupinatá	Normální	
Přidružené onemocnění	Trombóza, onemocnění tepen, nádory	Roztroušená skleróza, obezita	Poškozená imunita, horečky, cukrovka	Žádné	
Fyzický stav	Velmi špatný	Špatný	Zhoršený	Dobry	
Psychický stav	Bezvědomí	Zmatený	Apatický	Bdělý	
Aktivita	Ležící	Upoután na vozík	Chodící s doprovodem	Chodící	
Pohyblivost	Žádná	Velmi omezená	Mírně omezená	Neomezená	
Inkontinence	Moč a stolice	Obvykle moč	Občas	Není	
Riziko dekubitů dle Nortonové					
				Celkem bodů	

1. Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů-tabulka dle Bradenové

	1 bod	2 body	3 body	4 body	
Smyslové vnímání (schopnost smyslově reagovat na nepohodlí, neklid, na bolest související s tlakem, citlivost pokožky, ... jsou-li pravdivé 2 odpovědi-zvolí se varianta s nižším počtem bodů)	Zcela omezené -nereaguje(nestěná, neucukává)na podmínky bolesti,díky snížené úrovni vědomí nebo po utlumení léky NEBO -má omezenou schopnost cítit bolest na téměř celém povrchu těla(vážné poškození míchy)	Velmi omezené -reaguje pouze na bolestivé podněty, není schopen vyjádřit pocity, kromě stěnáni a neklidu NEBO -má poškození smyslů, což omezuje schopnost vnímat bolest na jedné polovině těla(poškození míchy)	Mírně omezené -reaguje na slovní podněty, ale není vždy schopen vyjádřit pocity nebo podněty otočit se na lůžku NEBO -má určité poškození smyslů, které omezuje schopnost cítit bolest v jedné nebo obou končetinách	Bez omezení -reaguje dobře na slovní podněty NEBO -nemá žádné smyslové postižení, které by omezovalo schopnost cítit nebo vyjádřit bolest, pocity	
Vlhkost-pocení (stupeň, jak je pokožka vystavena vlhkosti, potu, působení moči, stolice)	Stále propocení -pokožka je trvale ve vlhkém prostředí díky potu, moči apod. -vlhkost je zjištěna pokaždé, když se pacient pohne nebo otočí	Propocení -pokožka je často, ale ne vždy zapocená, vlhká -ložní prádlo se musí měnit více než 2x denně	Občas propocení -pokožka je občas zapocená, vyžadující výměnu ložního prádla přibližně 1x denně	Výjimečně vlhký -pokožka je obvykle suchá -ložní prádlo vyžaduje výměnu pouze v běžných intervalech	
Aktivita (stupeň fyzické aktivity pohyblivost)	Upoutaný na lůžko -zcela upoutaný na lůžko	Upoutaný na vozík -schopnost chůze silně omezená nebo je nemožná -není schopen udržet rovnováhu a nebo se mu musí pomoci posadit se na židli nebo na vozík	Občas chodí -občas během dne chodí, ale na velmi krátkou vzdálenost, s pomocí nebo bez pomoci -tráví po většinu dne na lůžku nebo na vozíku	Chodí často -chodí ven mimo pokoj nejméně 2x denně a na pokoji nejméně 1-2 hodiny během ranních hodin	
Pohyblivost (schopnost změnit a ovládat polohu těla)	Úplně imobilní -sám neudělá jakýkoli i jednoduchý pohyb tělem nebo končetinami bez pomoci	Velmi omezená -dokáže občas mírně změnit polohu těla nebo končetiny -není schopen samostatně udělat opakované nebo zásadní změny polohy těla	Mírně omezená -dokáže provést časté, i když malé změny polohy těla nebo končetiny samostatně bez pomoci	Bez omezení -dokáže provést zásadní a časté změny polohy těla zcela bez pomoci	
Výživa (profil obvyklého příjmu stravy, ... jsou-li pravdivé 2 odpovědi-zvolí se varianta s nižším počtem bodů)	Velmi špatná -nikdy nesní všechno jídlo, těžko sní více než 1/3 podaného jídla -přijme 2 porce nebo méně bílkovin(maso nebo mléčné produkty) -málo pije tekutiny -nepřijímá tekuté doplňky stravy (Nutridrink apod.) NEBO -dostává výživu infuzemi nebo „gastro“ sondou déle než 5 dní	Dost nepřiměřená -výjimečně sní celou porci a obvykle sní pouze 1/2 z podaného jídla -přijímá bílkovin je omezen pouze na 3 porce masa nebo mléčných produktů denně -občas užívá doplňky stravy(Nutridrink, apod.) NEBO -přijímá méně než podané množství tekuté stravy nebo stravy z lahve	Přiměřená -sní více než polovinu většiny podaných jídel -sní denně až 4 porce bílkovin(maso, mléčné produkty) -občas odmítne maso, ale obvykle sní přílohu, je-li mu nabídnuta NEBO -přijímá stravu z lahve nebo speciální dietu, která kryje výživové potřeby pacienta	Výborná -sní většinu všech jídel, nikdy jídlo neodmítá -obvykle sní 4 nebo více porcí masa a mléčných produktů denně -občas jí i mezi jednotlivými jídly -nevyžaduje vitamínové doplňky, přílohy	
Tření a stříh (pohyb po podložce, na lůžku, na vozíku)	Problém -vyžaduje střední až úplnou pomoc při pohybu -úplně vyzvednutí bez posouvání po prostěradle není možné -časté sklouzávání na lůžku, židli, vozíku, vyžadující časté vyzvedávání s úplnou pomocí druhé osoby -křečovitost (spasticita), kontrakce NEBO -neklid, elasticita vede k častému tření pokožky o podložku	Potenciální problém -pohybuje se velmi špatně nebo vyžaduje částečnou pomoc -během pohybu pokožka klouže do určitého stupně proti prostěradlu, židli, překážce, apod. -dokáže se většinou relativně dobře posadit na lůžku nebo na židli -občas sklouzává dolů	Bez zjevných potíží -na lůžku a na vozíku se pohybuje samostatně -má dostatečnou svalovou sílu pro vyzvednutí se na lůžku a vozíku -udrží postavení končetin po celou dobu jak na lůžku, tak na vozíku, na židli		

Datum:

Součet bodů:

Tab. č. 12: Waterlowova škála

Stavba těla / výška pro váhu	Typ kůže v ohrožené oblasti	Pohlaví, věk	Zvláštní rizika		
průměrný	0 zdravá	0 muž	1 podvýživa tkání např. termická kachexie	8	
nadprůměrný	1 papírová	1 žena	2 srdeční selhání	5	
obézní	2 suchá	1 14 – 49	1 periferní vaskulární choroba	5	
podprůměrný	3 edematózní	1 50 – 74	2 anémie	2	
		1 vlhká (zvýšená teplota)	1 75 – 80	3 kouření	1
		2 nepřiměřeně zbarvená	2 81 +	4	
Kontinence	Pohyblivost	Chuť k jídlu	Neurologická porucha		
úplná (katetrizován)	0 plná	0 průměrná	0 DM	4 – 6	
občasná inkontinence	1 neklidný (vrtí se)	1 chabá	1 roztroušená skleróza	4 – 6	
katetrizován/inkontinence stolice	2 apatie	2 sonda (pouze tekutiny)	2 paraplegie	4 – 6	
obojí inkontinence	3 omezená hybnost	3 nic per os			
		4 nehybný (trakce)			
		5 v křesle			
Operace / trauma	Medikace				
ortopedická, pod úroveň pasu	5 cytostatika, vysoké dávky steroidů, protizánětlivé léky	5			
páteř, na stole déle než 2 hodiny	5				

Waterlowova škála je přesnější než rozšířená stupnice podle Nortonové.

Tab. č. 11: Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám

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

Nemocný se skóre nad 12 je ohrožen vznikem dekubitů.

Vysvětlivka: ❖ tyto stavy počítat dvojnásobně

Hodnocení rizika vzniku proleženin

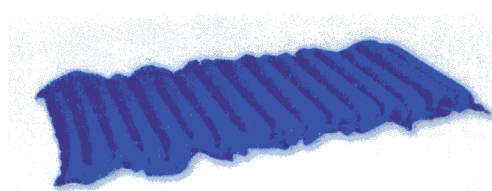
(Shannon,.,L.,1984)

	Body		Body		Body		Body		Body	Teplota	Body	Součet
Bděllost, činnost	4	Kontinence	4	Plná hybnost	4	Chodící	4	Normální prokrvení	4	Do 37,2°C	4	
Apatie	3	Inkontinence moče bez katétru	3	Mírné omezení	3	Chůze s pomocí	3	Snížené prokrvení	3	37,3-37,7°C	3	
Zmatenost	2	Inkontinence stolice	2	Velmi omezená	2	Pouze na vozíku	2	Špatná	2	37,8-38,3°C	2	
Sopor, koma	1	Inkontinence moče a stolice	1	Imobilita	1	Ležící	1	Kachexie	1	Nad 38,4°C	1	
Celkem :												

Skóre 16 bodů a méně představuje významné riziko vzniku proleženin.

MATRACE ANTIDEKUBITNÍ VZDUCHOVÁ DMA PA 1500

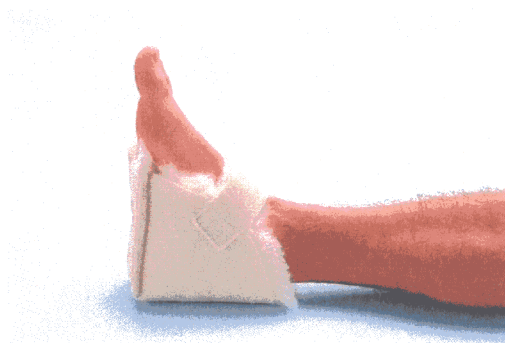
s pulzním kompresorem 4x9,5 min. cyklus



- nutno používat s pěnovou matrací !
- antibak. impregnované PVC
- automat. nafuk. dle hmot. pacienta
- stříd. přefukování příčných komor
- při vysokém riziku vzniku dekubitů
- rozměr šxdxv 90x200x13(9) cm
- nosnost 100 kg

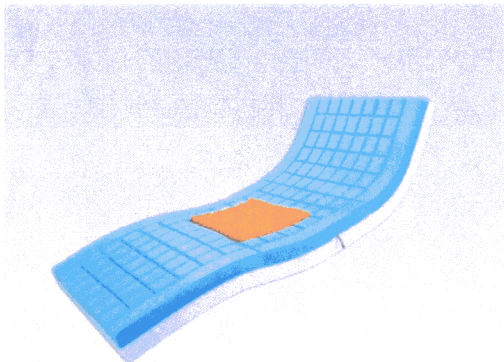
PODLOŽKA ANTIDEKUBITNÍ POD PATU DMA 626

vhodná při nízkém riziku vzniku dekubitů



- vlna
- fixační pásy na suchý zip

MATRACE ANTIDEKUBITNÍ PĚNOVÁ DMA Combiflex Air omyvatelný a paroprodyšný potah



- dva typy PU pěny s paměťovým efektem
- omyvatelný a paroprodyšný potah
- vzduchová podložka Polyair ve středové nebo spodní části
- rozměry (šxdxv) 90x200x14 cm
- při vysokém riziku vzniku dekubitů

MATRACE ANTIDEKUBITNÍ VZDUCHOVÁ DMA PA 3500 **Prelude**

s pulzním kompresorem 4x9,5 min. cyklus s alarmem



- nutno používat s pěnovou matrací !
- antibakteriálně impregnované PVC
- automatické nafukování dle hmotnosti pacienta
- střídavé přefukování příčných vyměnitelných komor
- při vysokém riziku vzniku dekubitů
- rozměr šxdxv 90x200x13 cm
- nosnost 105 kg

www.zdravotnické-potřeby.cz

Příloha č.5 Posouzení stavu výživy

Posouzení stavu výživy

V anglické literatuře se pro hodnocení stavu výživy používá metoda „ABCD“ :

- A: sběr antropometrických hodnot,
- B: hodnocení biochemických údajů,
- C: vyšetření klinických parametrů (clinical signs) stavu výživy,
- D: získání výživové anamnézy (dietary history).

Antropometrická měření poskytují informace o velikosti a složení těla. Patří sem měření výšky, hmotnosti, hmotnostního indexu, kožní řasy a obvodu svalu ramene. Ideální hmotnost se pohybuje v mezích, která závisí na věku, pohlaví, výšce. Osoba, která má neadekvátní výživu, může mít podprůměrnou nebo nadměrnou hmotnost. Vždy se jedná o nerovnováhu mezi příjmem a výdejem. Nemocní, kteří mají hmotnost vyšší o 20 % nebo nižší než 10 %, než je ideální hmotnost, dále nemocní, u kterých se hmotnost nečekaně snížila nebo zvýšila o 10 %, se považují za rizikové pacienty.

Hmotnostní index ukazuje, zda je hmotnost přiměřená výšce, zda má člověk nadváhu. Výpočet BMI (body mass index):

$$BMI = \frac{\text{hmotnost [kg]}}{\text{výška [m]} \times \text{výška [m]}}, \text{ např.: } BMI = \frac{56}{1,6 \times 1,6}$$

Normou není přesná hodnota, ale určité rozmezí. Za normální je považovaná hodnota 20 – 25.

Rozpětí BMI a jeho hodnocení:

- 20 – 25 = přiměřená hmotnost
- 25,1 – 30 = prostá nadváha
- 30,1 – 40 = střední nadváha
- 40,1 a více = těžká nadváha

Měření kožní řasy určuje množství tuku v těle. Kožní řasa zahrnuje subkutánní tkáň, ne svaly, které leží pod ní:

Biochemické údaje pomáhají určit subklinické poruchy výživy (malnutrici). Patří sem vyšetření krevního séra, moče a zjišťování metabolitů (konečných produktů nebo enzymů), jejichž hodnoty jsou ovlivněné živinami. Jednotlivá vyšetření:

- Hemoglobin a hematokrit,*
- Sérový albumin,*
- Trnasferin,*
- Celkový počet lymfocytů,*
- Dusťková bilance,*
- Kreatinin...*

Klinické příznaky (indikátory) stavu výživy. Výživa ovlivňuje většinu systémů v organismu, jejich vyšetření může odhalit problémy výživy. Posuzování začíná fyzikálním vyšetřením při příjmu nemocného a hodnotí se *kůže, nehty, vlasy, oči, jazyk, sliznice, srdeční systém, trávicí systém, nervový systém, vitalita, hmotnost.*

Výživová anamnéza obsahuje údaje o stravovacích návycích pacienta, o preferenci jídel, omezeních, o denním příjmu tekutin, příjmu vitaminů, minerálů apod. Dále pojednává o problémech s výživou, nemocech, fyzické aktivitě. Sestra zjišťuje typický 24hodinový program stravování. Důležité jsou údaje o lécích, které nemocný užívá, zvláště jsou významné léky, které bere v závislosti na jídle (před jídlem, po jídle) – viz tabulku č. 17 (na násl. straně).

NUTRICIA



O krok napřed v enterální výživě



Výživa pro aplikaci sondou

polymerní	Nutrison
speciální	Diason Low Energy
	Nutrison Protein Plus Multi Fibre
oligomerní	Peptisorb

Aplikační materiál Flocare

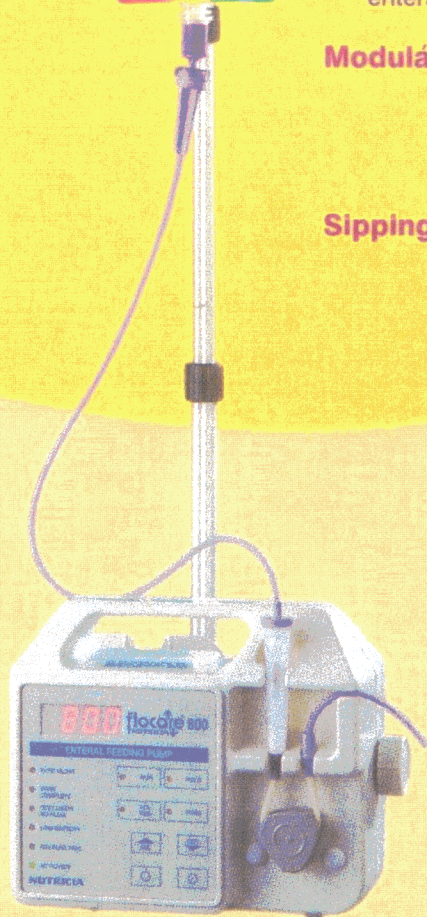
aplikační sondy, sady
PEG, PEJ
enterální pumpy

Modulární dietetika

Fantomalt
Protifar
Nutilis

Sipping

Nutridrink
Nutridrink Yoghurt
Nutridrink Fat Free
Nutridrink Multi Fibre
Diasip



NUTRICIA
clinical

Na Pankráci 30, 140 21 Praha 4, tel.: 296 332 725, e-mail: informace@prague.nutricia.com,
www.nutriciaclinical.cz, www.vyzivavnemoci.cz

HOJENÍ RAN

SOUHRN Cílem hojení ran je jejich rychlé vyléčení s co nejmenšími náklady a malým zatížením pacienta. Je důležitá jak léčba všech chorob pacienta, tak zajištění kvalitní ošetrovatelské péče, výživy, hygieny.

SUMMARY The goal of wound treatment is fast cure with the least possible cost and gentle to the patient. It is important to treat all patient's diseases, provide quality nursing care, nutrition and hygiene.

HOJENÍ RAN – SROVNÁNÍ VLHKÉ A KLASICKÉ METODY

Ve svém článku bych chtěla srovnat léčbu dekubitů pomocí moderních materiálů (metoda vlhkého hojení) a klasickou metodou (Betadine obložky), její náklady a výsledky hojení.

➔ Sledovala jsem léčbu dekubitů na sacru v období 2 měsíců u 2 pacientů, její náklady a četnost převazů.

KAZUISTIKA 1

Muž, 1931, přeložen z neurologické kliniky, dg. hepatopatie, pankreatopatie, CMP, dyspepsie, dekubitus. Pacient je inkontinentní, nespolutracující, neorientovaný, imobilní, má levostrannou plegii.

24. 11.: dekubit IV. st. velikosti 10 x 6 x 2 cm, zbytky žluté nekrózy, okraje nepravidelné, okolí rány rudé.

1. 12.: dekubit IV. st., cavita, spodina se zbytky žluté nekrózy, granulace, vlhká sekrece, zápach, okraje epitalizace, okolí zarudlé.

9. 1.: dekubit IV. st., spodina granulující, cavita 9 x 6 cm, okraje epitelizující, nepravidelné, okolí klidné.

22. 1.: dekubit IV. st., cavita průměr 8,5 cm, spodina čistá, granulace, okolí klidné, okraje nepravidelné.

Z důvodu nespolutracování pacienta byly k převazům používány Betadine obložky a Menalind pasta k ochraně okolí dekubitu. Převazy bylo nutné provádět 2krát denně, pro pacienta byly dosti bolestivé. U dekubitu na sacru došlo k odloučení žluté nekrózy a k jeho zmenšení, spodina je čistá a dochází k tvorbě granulace.

NÁKLADY NA LÉČBU

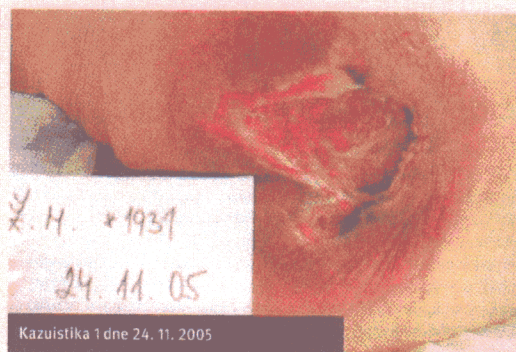
1 ks Betadine roztok 483 Kč
2 balení mulových čtverců 280 Kč
CELKOVÉ NÁKLADY 763 Kč

KAZUISTIKA 2

Žena, 1934, přeložena z interní kliniky, dg. CMP, DM na PAD, demence.

Pacientka je inkontinentní, imobilní, neorientovaná, přijata pro rehabilitaci.

16. 12.: dekubit III. st. o průměru 1 cm, spodina se žlutým povlakem, okraje ohraničené, okolí klidné. K převazu



Kazuistika 1 dne 24. 11. 2005



Kazuistika 1 dne 9. 12. 2005



Kazuistika 1 dne 16. 1. 2006

použita Askina Sorb. Cena převazu 10 Kč. Převaz jednou za 4 dny.

28. 12.: vel. 3 x 1,5 cm, zhoršeno, spodina žlutozelená nekróza, okraje macerované, okolí zarudlé, střední sekrece, zápach. K převazu použit Granuflex. Cena převazu 9 Kč. Převaz jednou za dva dny.

21. 1.: dekubit III. st., průměr 5 cm, žlutý povlak, okraje nepravidelné, okolí zarudlé. K převazu použity obložky s Betadine masť. Cena převazu 5 Kč. Převazy prováděny denně.

3. 2.: průměr 4 cm, spodina žluté povleklá, okolí klidné. K převazu použita Askina Hydro. Cena převazu 15 Kč. Převaz jednou za 4 dny.

25. 2.: dekubit III. st., průměr 4 cm, spodina žlutý povlak, okolí zarudlé. K převazu použit Intrasite gel. Cena převazu 20 Kč. Převaz jednou za tři dny.

I přes počáteční zhoršení dekubitu na začátku léčby dochází k pozvolnému zlepšení a hojení dekubitu. Převazy prováděny jednou za dva až čtyři dny, podle zvoleného materiálu a vzhledu rány. Převazy jsou pro pacientku méně náročné a bolestivé.

NÁKLADY NA DVOUMĚSÍČNÍ LÉČBU BYLY 321 Kč.

Při hojení dekubitů vlhkou metodou jsou viditelnější výsledky léčby, menší množství převazů zabere ošetřování dekubitu méně času, rychleji se odlučují nekrózy a snadněji čistí rány. Rovněž epitalizace a granulace je mnohem rychlejší než při použití obložek. Betadine roztok vysychá, takže je nutné převazy dělat aspoň 2krát denně. Je to bolestivé pro pacienta a náročné na čas. Navíc může být roztok pro pacienta alergizující a může dojít k popálení pokožky. Při sledování dekubitů u pacientů mohu konstatovat, že většina se jich zhojila anebo došlo k výraznějšímu zlepšení.

Jana Zákopalová, DiS.
DRO Nový Lískovec Brno
(janule.z@seznam.cz)

FOTO: ARCHIV AUTOROKY

	<p>NU-GEL® K léčbě nekrotických ran a s fibrinovým povlakem:</p> <ul style="list-style-type: none">• proleženin• bérkových vředů• diabetické nohy	
	<p>ACTISORB® PLUS K léčbě infikovaných ran:</p> <ul style="list-style-type: none">• bérkových vředů• proleženin• chronických ran rezistentních na terapii• infikovaných pooperačních ran	
	<p>INADINE® K léčbě a prevenci infekce:</p> <ul style="list-style-type: none">• kožních infekcí• odřenin• řezných ran• infikovaných bérkových vředů• proleženin• popálenin	
	<p>TIELLE® K léčbě neinfikovaných, mírně až středně exudujících ran ve fázi granulace a epitelizace:</p> <ul style="list-style-type: none">• bérkových vředů• proleženin• chirurgických ran	

Dotazník

Vážené kolegyně, kolegové,

Prosím Vás o spolupráci při vyplňování tohoto dotazníku, který se týká problematiky ošetrovatelské péče o dekubity. Informace, které mi poskytnete, použiji ve výzkumné části bakalářské práce. Dotazník je anonymní. Zaručuji, že Vámi poskytnuté informace nebudou zneužity.

Prosím, odpovězte pravdivě na všechny uvedené otázky. Vámi vybranou odpověď označte zakroužkováním, popřípadě zakroužkováním a doplněním odpovědi. Pokud se spletete, nevadí, zakroužkovanou variantu škrtněte a zakroužkujte vybranou odpověď. V závěru tohoto dotazníku Vás prosím více se vyjádřit k této problematice.

Po vyplnění vložte dotazník do přiložené obálky.

Děkuji Vám za ochotu a čas věnovaný vyplňování dotazníku.

Hana Ochtinská
studentka 4.ročníku
bakalářského studijního programu Ošetrovatelství
Lékařské fakulty v Hradci králové
Univerzity Karlovy v Praze

1. Jaká je délka Vaší praxe na standardním oddělení? (bez mateřské dovolené).

- a) 0 - 5 let
- b) 6 - 10 let
- c) 11 - 15 let
- d) 16 - 20 let
- e) 21 a více

2. Na jakém oddělení pracujete?

- a) interní
- b) chirurgické
- c) LDN
- d) neurologické
- e) ARO
- f) jiné.....

3. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) úplné střední s maturitou
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské
- d) ARIP
- e) obor ošetrovatelství
- f) jiné.....

4. Vyskytují se na Vašem oddělení dekubity?

- a) vůbec
- b) zřídka
- c) často
- d) velmi často

5. Kde jste se poprvé seznámila s problematikou dekubitů?

- a) ve škole
- b) na pracovišti
- c) na odborném kurzu
- d) jinde (kde?).....

6. Ošetřováním dekubitů se na Vašem oddělení nejvíce věnuje:

- a) lékař
- b) sestra
- c) sestra po konzultaci s lékařem
- d) sestra konzultantka pro hojení ran

7. Vyplňujete u všech pacientů stupnici náchylnosti vzniku dekubitů?

- a) ano (jakou).....
- b) ne

8. Máte na Vašem oddělení vypracovaný standardní ošetrovatelský postup v prevenci dekubitů?

- a) ano
- b) ne

9. Jaké druhy prevence používáte u rizikových pacientů? (Možnost zaškrtnutí více variant nebo doplnění).

- a) polohování
- b) hygienická opatření
- c) úprava lůžka
- d) antidekubitní matrace
- e) masáže
- f) molitany různé velikosti
- g) speciální lůžka
- h) jiné.....

10. Polohujete rizikové pacienty v pravidelných časových intervalech?

- a) ano (jak často) ve dne....., v noci.....
- b) ne

**11. Na jakém predilekčním místě se na Vašem oddělení nejvíce vyskytují dekubity?
(Možnost zaškrtnutí více variant nebo doplnění).**

- a) sakrální
- b) paty
- c) boky
- d) hřebeny lopatek
- e) lokty
- f) kotníky
- g) kolena
- h) jiné.....

12. V jakém stupni vzniklých dekubitů nejčastěji ošetřujete dekubity?

- a) 1. stupeň (začervenání)
- b) 2. stupeň (puchýře)
- c) 3. stupeň (porušení celistvosti tkáně, obnaženo podkoží)
- d) 4. stupeň (nekróza, může být obnažen až periost)

13. Víte, jaké jsou příčiny vzniku dekubitů?

- a) ano (jaké?).....
- b) ne

14. V případě vzniku dekubitů vedete v průběhu ošetřování záznam do dokumentace?

- a) ano
- b) ne

15. Provádíte se souhlasem pacienta fotodokumentaci dekubitů?

- a) ano (jak často u jednoho pacienta?).....
- b) ne

16. Jakým způsobem nejčastěji léčíte dekubity?

- a) konzervativně
- b) chirurgicky
- c) oběma způsoby

17. Jakých prostředků využíváte v konzervativní léčbě? (Možnost zaškrtnutí více variant nebo doplnění).

- a) Persteril
- b) Rivanol
- c) Genciánová violet
- d) Menalind
- e) obvazy s aktivním uhlím
- f) Hydrogelová krytí (NU-Gel)
- g) Hydrokoloidní krytí (Granuflex)
- h) Alginátová krytí
- ch) jiné (jaké).....

18. Používáte metodu vlhkého hojení ran?

- a) ano
- b) ne

19. Myslíte si, že k prevenci a léčbě dekubitu je důležité podávat speciální výživu?

a) ano (jakou).....

b) ne

Zdůvodněte.....

20. Jak hodnotíte úspěšnost léčby dekubitů na Vašem oddělení?

a) výborné

b) uspokojivé

c) neuspokojivé

21. Jak hodnotíte své znalosti v této problematice?

a) výborné

b) dobré

c) dostačující

d) nedostačující

22. Máte zájem si prohloubit své dosavadní znalosti o dekubitech.

a) ano

b) ne

23. Kdybyste měla zájem dále se vzdělávat v péči o dekubity, víte na koho se obrátit?

a) ano

b) ne

24. Možná, že jsem se Vás zapomněla na něco důležitého zeptat. Pokud chcete, napište zde:

.....

.....

.....

.....

.....