

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetrovatelství*



**Anna Funková**

**Průběh posouzení rizika dekubitů podle škály  
Nortonové v Ústřední vojenské nemocnici –  
Vojenské fakultní nemocnici Praha**

*Process of pressure sore risk identification  
according to Norton scale at the Central Military  
Hospital – Military University Hospital Prague*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2019

Autor práce: Anna Funková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 26.6.2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 10. 6. 2019

Anna Funková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové za vynikající odborné vedení, za ochotu a trpělivost a za cenné rady při zpracování této bakalářské práce. Dále bych ráda Interní klinice – oddělení Gastroenterologie, hepatologie a metabolismu Ústřední vojenské nemocnici – fakultní vojenské nemocnici Praha (dále jen ÚVN) za možnost provádět zde výzkum a za poskytnutí potřebných edukačních materiálů.

## **Abstrakt**

Cílem bakalářské práce je podrobně popsat průběh posouzení rizika dekubitů podle škály Nortonové příjmovou sestrou. Dalšími dílčími cíli je zjistit, jak sestra chápe jednotlivé položky, s jakou formou nástroje sestra pracuje, kdy dochází k posuzování rizika vzniku dekubitu a jakým způsobem se to zaznamenává. Zda sestra posuzuje pacienta sama či v doprovodu jiné osoby. Práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část.

Teoretická část práce seznamuje s definicí dekubitu, s příčinami vzniku, rozdělením a léčbou. Dále také popisuje jednotlivé hodnotící škály.

Praktická část je zaměřena na provedení kvalitativního výzkumného šetření ve zdravotnickém zařízení. Šetření, které bylo provedeno, vedlo k seznámení s podrobným popisem toho, jak posouzení rizika dekubitů probíhá. Bylo zjištěno, že posouzení rizika dekubitu je součástí celkového posouzení pacienta při příjmu na oddělení. Příjmová sestra nemá dostatečné informace o pacientovi před příchodem pacienta na oddělení. Byla zjištěna i časová náročnost posouzení a proběhlo seznámení se s nástrojem, který je k posouzení používán. Výsledkem práce je zjištění, že některé položky by měly být zpřesněny nebo přeformulovány.

## **Abstract**

The goal of the bachelor work is to describe in detail process of pressure sore risk identification according to Norton scale by income nurse. The next partial goals are to find how nurse understands single items of the scale, with which form of the tool the nurse works with, when the process of pressure sore risk identification happens and which way it's documented. Another goal is to know if the nurse identifies the sore risk of the patient alone or in attendance of another person. The work is divided into theoretical part and practical part. Theoretical part introduces definition of the pressure sore, the reasons of the creation, degrees of the pressure sore and treatment. Furthermore, it describes each evaluation scale.

Practical part focuses on execution of the qualitative research in a healthcare facility. Research, which has been made, introduces detailed description of how the identification of the pressure sore risk proceeds. It has been found that identification of pressure sore risk is part of the overall identification of the patient during the income on the medical department. Income nurse doesn't have sufficient information about patient before his arrival to the department. The duration of the identification and the tool, which is used for the identification, has been introduced. The result of the work is that some parts of the scale should be clarified or reformulated.

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>1. CO JE TO DEKUBITUS</b> .....	<b>10</b>
1.1. KŮŽE .....	10
1.2. VZNIK DEKUBITU .....	11
1.2.1. Vnější příčiny .....	11
1.2.2. Vnitřní příčiny .....	12
1.2.3. Příčiny způsobené změněným zdravotním stavem.....	13
1.3. STUPNĚ DEKUBITŮ .....	14
1.4. VÝSKYT DEKUBITŮ .....	16
1.5. INFEKCE.....	16
1.5.1. Druhy infekcí podle vzhledu a zápachu ze sekretu .....	16
<b>2. HODNOTÍCÍ ŠKÁLY PRO IDENTIFIKOVÁNÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ</b> .....	<b>17</b>
2.1. ROZŠÍŘENÁ STUPNICE PODLE NORTONOVÉ .....	19
2.1.1. Vysvětlení pojmů dle Metodického návodu č.9/2018 – Prevence a ošetřování dekubitů u pacientů v ÚVN .....	20
2.2. ŠKÁLA PODLE BRADENOVÉ.....	24
2.2.1. Vysvětlení pojmů dle české verze škály Bradenové, 2012.....	25
2.3. ŠKÁLA PODLE WATERLOWÉ .....	28
2.4. STUPNICE PODLE KNOLLA .....	29
2.5. ROZDÍLY MEZI ŠKÁLAMI .....	29
<b>3. PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ V ÚVN</b> .....	<b>30</b>
3.1. POLOHOVÁNÍ PACIENTŮ V ÚVN .....	31
3.2. BLOKOVÁNÍ NEPŘÍZIVÝCH VNĚJŠÍCH MECHANICKÝCH VLIVŮ.....	32
3.3. ÚDRŽBA LŮŽKA .....	32
3.4. SPRÁVNÁ HYGIENA .....	32
3.5. KONTROLA STAVU POKOŽKY .....	33
3.6. NORMALIZACE CELKOVÉ STAVU - VÝŽIVA .....	33
3.7. ANTIDEKUBITNÍ POMŮCKY .....	34
3.8. REHABILITACE.....	34
3.9. DŮSLEDNÉ PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ MEZI OŠETŘOVATELSKÝM PERSONÁLEM A SPRÁVNÉ VEDENÍ DOKUMENTACE.....	35
<b>4. LÉČBA DEKUBITŮ V ÚVN</b> .....	<b>35</b>
<b>5. HLÁŠENÍ VZNIKLÝCH DEKUBITŮ JAKO NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST V ÚVN</b> .....	<b>36</b>
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>38</b>
<b>6. CÍL VÝZKUMU</b> .....	<b>38</b>
<b>7. ČASOVÝ HARMONOGRAM PRÁCE</b> .....	<b>38</b>
<b>8. METODOLOGIE</b> .....	<b>38</b>
8.1. POPIS ODDĚLENÍ GASTROENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE A METABOLISMU .....	39
<b>9. POPIS PROCESU POSOUZENÍ PACIENTA</b> .....	<b>40</b>
9.1. PACIENT Č. 1 .....	40
9.2. PACIENTKA Č. 2 .....	43
9.3. PACIENT Č. 3 .....	46
9.4. PACIENTKA Č. 4 .....	49
9.5. PACIENT Č. 5.....	52
<b>DISKUZE</b> .....	<b>57</b>

<b>10. ZÁVĚR.....</b>	<b>61</b>
<b>11. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>62</b>
<b>12. SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>65</b>
<b>13. SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>66</b>



## Úvod

Téma své bakalářské práce „Průběh posouzení rizika dekubitů podle škály Nortonové v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici Praha“ jsem si vybrala na základě svého zájmu o problematiku vzniku a prevenci dekubitů. Poprvé byly dekubity popsány již ve starověkém Egyptě na tělech egyptských kněží. V 21. století je problematika vzniku dekubitů stále aktuální. Vznikem dekubitů je ohrožen každý člověk, kterého nemoc upoutá na lůžko (Wirthová 2015). Rezervy péče o pacienty trpící dekubity se nacházejí v edukaci daných rizikových skupin, laických pečovatелů a pracovníků sociální péče (Poláková 2016).

Hlavní náplní všeobecné sestry je předcházet vzniku dekubitu. K zjištění rizika vzniku dekubitu u pacientů slouží hodnotící škály. V dnešní době existuje velké množství hodnotících škál. Nejznámějšími a nejvíce používanými škálami pro hodnocení rizika vzniku dekubitu jsou škála Bradenové a Nortonové. Dále bych zmínila Knollovu stupnici a škálu Waterlowé. V nemocnicích v ČR se nejčastěji používá modifikovaná škála Nortonové. Dle zahraničních i tuzemských výzkumů, vychází nejlépe škála Bradenové, která má vysokou senzitivitu a specifitu. V těsném závěsu se umísťuje modifikovaná škála Nortonové. I přesto se nejvíce používá právě škála Nortonové a to z důvodů menší časové náročnosti na provedení. I přes existence těchto škál je důležitý klinický úsudek sester. Hodnotící škály jsou pouze doplněk a vzor jak postupovat v prevenci dekubitů.

V teoretické části své bakalářské práce se budu zabývat tím, co je to dekubitus, jak vzniká, prevencí vzniku, ošetřováním již vzniklého dekubitu a jednotlivými hodnotícími škálami.

Ve výzkumné části jsem popisovala přesný průběh posouzení rizika dekubitu všeobecnou sestrou. Jednalo se o přímé, zúčastněné pozorování. Hodnocení všeobecnou sestrou a poznámky, jsem zaznamenávala do záznamového archu. Záznamový arch jsem si vytvořila pro účely bakalářské práce. Výzkum probíhal v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici Praha na Interní klinice a oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu. Pro výzkum jsem si po domluvě s vedoucí práce a staniční sestrou

vybrala 6 pacientů. Pacienty jsem požádala o ústní souhlas a seznámila jsem je se svým výzkumem. Výsledkem práce je podrobně popsání posouzení a zjištění nedostatků z pozorování vyplývajících.

## 1. Co je to dekubitus

V odborné literatuře nalezneme celou řadu různých definic dekubitů. Všechny definice se shodují, že hlavní příčinou vzniku dekubitu je tlak. Pejznochová (2010, s. 23) uvádí, že: *„Dekubitus je proleženina, která vzniká v důsledku působení patologického tlaku na tzv. predilekční místo.“* Mikula a Müllerová (2008, s. 10) definují dekubitus jako: *„...rány vyvolané tlakem. Velikost dekubitu je dána vzájemným působením intenzity tlaku, dobou působení tlaku, celkovým stavem nemocného a zevními podmínkami.“* Pokorná a Mrázová (2012, s. 113) konstatuje, že: *„Dekubity můžeme nazývat jakékoli poškození kůže nebo tkáně způsobené přímým tlakem, nebo třecími silami. Poškození pak nabývá různých klinických projevů (od erytémů až po hluboké tkáňové léze) včetně postižení svalů, šlach a kostí.“*

### 1.1. Kůže

Kůže je označována jako největší smyslový orgán lidského těla. Vytváří bariéru mezi vnitřním prostředím organismu a vnějším okolím. Zároveň funguje jako spojení mezi vnějším okolím a vnitřním prostředím organismu. Kůže u dospělého člověka zaujímá plochu o velikosti 1,1 až 1,85 m a tvoří 12% až 16% celkové hmotnosti. Nejtenčí vrstvu kůže nalezneme na očních víčkách. Naopak nejtlustší vrstva se nachází na zádech (Dylevský 2009). Kůže je tvořena třemi vrstvami tkáně: pokožka (epidermis), škára (korium), a podkožní vazivo (tela subcutanea) (Pokorná a Mrázová 2012).

Pokožku (epidermis) tvoří mnohvrstevný, dláždícovitý epitel. Epitel je tvořen buňkami nazývanými keratinocyty. Keratinocyty jsou produkovány nejspodnější vrstvou epidermis. Buňky tohoto epitelu na svrchní straně rohovatí, odumírají a odlupují se a jsou nahrazovány stále dělicími se buňkami z nejspodnější vrstvy. Pokožka neobsahuje žádné cévy. Potřebná výživa pokožky je obstarána difuzí z kapilárního lůžka škóry. (Pokorná a Mrázová 2012)

Škára (korium) se nachází pod epidermis. Je to pevná a pružná vazivová tkáň hojně prostoupena cévami a nervovými zakončeními.

Podkožní vazivo (tela subcutanea) se nachází pod škárou. Podkožní vazivo je nejhlubší vrstvou kůže. Jedná se o řídkou vazivovou tkáň. V různých místech je více či méně bohaté na tuk.

Mezi důležité funkce kůže patří ochrana lidského těla před vniknutím bakterií, virů a před chemickým, fyzikálním a mechanickým poškozením. Kůže prostřednictvím vylučovaného potu, vazokonstrikcí nebo naopak vazodilatací cév zajišťuje udržování stále tělesné teploty. Pomocí tukové vrstvy a ochlupení zajišťuje izolaci lidského organismu. Smyslová funkce kůže je zapříčiněna přítomností receptorů pro mechanické, tepelné a bolestivé počítky. Součástí podkožního vaziva je tuk, který je zásobárnou energie. Ukládají se zde také vitamíny rozpustné v tucích (A, D, E, K). Kůže si umí sama syntetizovat vitamín D a melanin. V kůži se nacházejí potní a mazové žlázy, které zabezpečují svým vylučováním ochranu kůže. Pot má slabé dezinfekční účinky. Zdravá a neporušená kůže resorbuje malé množství látek z okolí. Naopak kůže porušená může resorbovat velké množství mikroorganismu, které poškodí stálost vnitřního prostředí (Mikula a Müllerová 2008).

## **1.2. Vznik dekubitu**

Faktory způsobující dekubity nepůsobí nikdy samostatně, ale mají multifaktoriální charakter. To znamená, že na vzniku dekubitu se podílí řada faktorů. Dělí se na vnější, vnitřní a způsobené změněným zdravotním stavem.

### **1.2.1. Vnější příčiny**

Tlak, který působí delší dobu na predilekční místa, nebo tlak, který působí velkou silou kratší dobu. Kostní výčnělky nejsou dostatečně kryté vrstvou tuku a svalů. Daná predilekční místa se liší polohou nemocného v lůžku (Wirthová 2015). Fyziologický kapilární tlak nepřesahuje 32 mm Hg a proto jakýkoli vnější tlak přesahující tuto hranici, způsobí kapilární poruchu. Kapilární poruchy způsobí nedostatečné zásobení tkání kyslíkem a živinami (Mikula a Müllerová 2008).

Stav, kdy se kůže pacienta tře o podložku či prostěradlo. Důležitou činností sestry je zajistit, aby postel byla vždy řádně povlečena a prostěradla a podložky byly dokonale vypnuty.

Při působení střížné síly, kdy se z fyzikálního hlediska kombinuje tlaková a třecí síla. Střížná síla působí například u pacienta, který zaujímá Fowlerovu polohu. Tato poloha se nejčastěji používá u pacientů s onemocněním srdce, plic a po výkonech v břišní dutině. Pacienta můžeme nejčastěji vidět v sedu nebo v polosedu. Horní část lůžka se nachází v rozmezí od 30 do 90 stupňů. Fowlerova poloha se dle úhlů dělí na polohu mírnou, střední a vysokou (Wirthová 2015). Třecí síla způsobuje poškození povrchové vrstvy kůže a způsobuje její sníženou obranyschopnost. Při přítomnosti vlhka tepla, např. inkontinentní pacienti, působí třecí síla více a může dojít k riziku infekce. Špatně působí i přesuny z lůžka na vozík a z lůžka na WC a pády (Mikula a Müllerová 2008).

Dále je důležité se vyvarovat nečistotám v lůžku a vlhké pokožce pacienta nebo vlhkému ložnímu prádlu. Sestra musí zajistit, aby se po hygieně pacient dostatečně osušil a pokud se při hygieně znečistilo ložní prádlo, tak je důležitá jeho výměna.

Důležitou místní příčinou vzniku dekubitu je porucha místního oběhu krve (Wirthová 2015).

### **1.2.2. Vnitřní příčiny**

Nejméně odolná tkáň na vyvíjený tlak je tuková tkáň, o něco odolnější jsou svaly a nejvíce odolná tkáň je vazivo a kůže. Tuková tkáň je nejméně odolná z důvodu řídké cévní sítě a nepevnou stavbou tkáně.

Věk pacientů je důležitým faktorem při vzniku dekubitů, s rostoucím věkem roste riziko vzniku dekubitů. Pokožka starých lidí je méně elastická a pevná, tím pádem je křehčí a snáze zranitelnější. Starší lidé mají celkově méně prokrvenou pokožku, čímž se snižuje možnost hojení. Mikula a Müllerová (2008, s. 14) uvádějí, že: „*U seniorů je 20krát vyšší pravděpodobnost vzniku dekubitů než u lidí ve stáří 20-40 let. Některé studie uvádějí, že nejvíce jsou ohroženi pacienti ve věkovém pásmu 71-90let. Až 71% pacientů s dekubity je starších 70 let*“.

Ke vzniku dekubitů jsou náchylnější více ženy než muži a to vzhledem k tukové vrstvě, která je více citlivá na působení tlaku. Snáze tak dojde k poškození.

Výživa hraje důležitou roli a to hlavně nedostatek vitamínu C, zinku, železa a bílkovin. Se špatnou výživou souvisí snížená tělesná hmotnost, vyhublost a kachexie. Zde je zvýšené riziko z důvodu malé tukové vrstvy, která ochraňuje svaly před působením tlaku. Naopak obézní pacienti častěji trpí poruchami krevního oběhu a mají špatné stravovací návyky, které poškozují stav kůže.

Důležitou roli hraje hydratace. Při dehydrataci je snížené kožní napětí a dochází k tvorbě kožní řasy. Pokožka je vysušena a více náchylná k otokům a poraněním. Při hyperhydrataci je zvýšené kožní napětí a dochází k otokům a k poruše kožní integrity.

U inkontinentních pacientů je důležité hlídat, zda dlouho neleží ve vlhkém a znečištěném lůžku a zda dochází k maceraci kůže a k poškození. Vlhkost, jak už jsem zmínila ve vnějších příčinách, způsobuje zvýšení třecí síly.

Pokožku poškozují i látky obsažené v moči a stolici, silné zásady a kyseliny, které způsobují chemické poškození kůže. (Mikula a Müllerová 2008).

### **1.2.3. Příčiny způsobené změněným zdravotním stavem**

Pacienti s chronickým onemocněním jsou více k náchylnější k tvorbě dekubitů nežli zdravé osoby. V odborných člancích se můžeme dočíst, že dekubitus vznikne u 3-6% hospitalizovaných pacientů a riziko vzniku je 30-50%. Více jsou ohroženi pacienti v zařízeních dlouhodobé péče. Dle údajů je ročně z 2 300 000 přijatých pacientů do nemocnic 25,6-34,5 % hospitalizovaných již se vzniklým dekubitem. U těchto pacientů je také až 5x vyšší míra úmrtnosti než u pacientů stejně starých, kteří dekubity netrpí (Kubátová 2015).

Mezi tyto příčiny patří poruchy CNS, poškození míchy a mozku. Vegetativní složka nervového systému se podílí na správném prokrvení kůže a podkoží. Senzitivní složkou je způsobeno vnímání a motorická složka způsobuje pohyb. Z těchto faktů vyplývá, že nejvíce je snížena odolnost tkání na tlak při poruchách nervového systému. Pacienti jsou nejvíce náchylní k tvorbě dekubitu v období míšního šoku v prvních dvou hodinách po vzniku léze. Posléze doba

vzniku dekubitu klesá na ½ - 1 hodinu. Z čehož nám vyplývá to, že i při správném dodržování dvouhodinového režimu otáčení může u čerstvého plegika vzniknout dekubit.

U pacientů s poruchou mozkové činnosti, kteří jsou v bezvědomí, se ztrácí schopnost, postarat se o své tělesné potřeby. Ke stejnému dochází u pacientů s polytraumaty, nebo u pacientů v anestezii či pod tlumící medikací. U pacientů s depresí je tato schopnost částečně omezena.

U pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě (dále jen CMP) je sníženo až nulové vnímání poškozené části těla. Pacienti si neuvědomují, že je něco tlačí či bolí a pokud ano, tak z důvodu poškození řeči si nemohou říci o pomoc. U těchto pacientů je důležité dodržování polohování.

Další rizikovou skupinou v tvorbě dekubitu jsou diabetici. Diabetici často trpí stavem zvaným periferní neuropatie. Jedná se o postižení periferních nervů. Otruba (2011, s. 285) uvádí: „*Může se jednat o postižení jednotlivých nervů nebo o vícečetné systémové postižení periferních nervů, které vzniká působením různých endogenních nebo exogenních vlivů (zánětlivé, metabolické, toxické, imunopatogenní, vitamínové a nutriční deficiencie, degenerativní i paraneoplastické)*“. Pacienti ztrácejí citlivost v chodidlech a v dlaních. Diabetici si často neuvědomují bolesti způsobené tlakem, např. v botách. Tím pádem u nich hrozí vyšší riziko vzniku dekubitů. Dalším problémem je špatná cirkulace krve, způsobená tímto onemocněním. Tento stav vede ke zpomalenému hojení nově vzniklých a už vzniklých dekubitů. (Mikula a Müllerova 2008)

### **1.3. Stupně dekubitů**

Pro ošetrovatelskou praxi je zásadní mít na paměti, že dekubity postupují směrem z hloubky na povrch. Právě proto, může i nevinně vypadající poškození na povrchu kůže značit rozsáhlé poškození. U každého pacienta je tvorba a průběh dekubitů odlišný. Z tohoto důvodu je důležité umět klasifikovat stupeň dekubitu. Klasifikace dekubitů jsou rozdílné dle jednotlivých odborných zdrojů. Rána je tak diferencovaná do tří, čtyř až pěti stupňů. U nás v ČR se ve většině nemocnic používá klasifikace Evropského poradního sboru pro otázky proleženin (dále jen EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel), který v roce 2003 na sjezdu

v Tampere doporučil čtyřstupňové rozdělení (Wirthová 2015, Mikula a Müllerova 2008, Pokorná a Mrázová 2012).

**Klasifikace dekubitů** (Wirthová 2015, NPUAP 2016):

- 1. stupeň** – erytém (začervenání), kůže není poškozena, léze se vyznačuje mírným otokem a jemným zarudnutím. Jedním z prvních příznaků je bolest v daném místě. Erytém při zatlačení prstem nevybledne. Jedná se o reverzibilní změny, ale v důsledku působení tlaku může dojít k trvalým změnám na podkoží. Barevné změny nezahrnují fialové nebo kaštanové zbarvení. Tyto barvy vyznačují, že by se mohlo jednat o hluboké kožní poranění. Jedná se o zrádný stupeň, kdy my vidíme pouze zarudnutí na povrchu kůže pacienta. U pacientů tmavé pleti nebo s větší pigmentací kůže je diagnostika o to těžší.
- 2. stupeň** – puchýř, kůže je poškozena, uvnitř puchýřů je čirá tekutina. Puchýře se postupně zvětšují a praskají. Postižené místo je nateklé a ztvrdlé. Při stlačení prstem nedochází ke kapilárnímu návratu. Po anatomické stránce dochází k poškození epidermis a dermis. V této fázi může dojít k samovolnému vyhojení, které je velice zdlouhavé. Tento stupeň nelze použít pro popis poškození kůže vlivem vlhkého prostředí, dermatitidy spojené s únikem moči, lékařského adhezivního poškození kůže nebo traumatických změn na kůži.
- 3. stupeň** – nekróza, dochází k destrukci podkoží, tukové vrstvy až po fascii. Může zde být suchá nekróza, nebo rozbředlá. Na kůži vznikají vředy s podminovaným okolím, spodina je tvořena obnaženou kostí. I v této fázi může dojít k samovolnému zhojení, které ale trvá několik měsíců až let.
- 4. stupeň** – vřed, jedná se o stejný vzhled jako u 3. stupně. Rozdílem je postižení ostitidou kostního podkladu a artritidou okolních kloubů.

## 1.4. Výskyt dekubitů

Místa s nejvyšší pravděpodobností výskytu dekubitů jsou nazývána „predilekční místa“. Tato místa se liší, dle pacientovy polohy, kterou zaujímá v lůžku (Wirthová 2015). Většinou se jedná o místa kostních vyvýšenin, která jsou kryta slabou tukovou a svalovou vrstvou. Mezi tato místa patří např. týlní krajina, oblast loktů, hřebeny lopatek, žebra, výběžky obratlů na páteři, boky, sakrální oblast, kyčelní krajina, kyčelní kost, sedací hrboly, kloubní hrboly kosti stehenní a kosti holenní, kolena, hlavičky lýtkových kostí, kotníky, paty nebo tlakové body plosek chodidel (Mikula a Müllerová 2008).

V odborných článcích se můžeme dočíst, že dekubitus vznikne u 3-6% hospitalizovaných pacientů a riziko vzniku je 30-50%. Více jsou ohroženi pacienti v zařízeních dlouhodobé péče. Dle údajů je ročně z 2 300 000 přijatých pacientů do nemocnic 25,6-34,5 % hospitalizovaných již se vzniklým dekubitem. U těchto pacientů je také až 5x vyšší míra úmrtnosti než u pacientů stejně starých, kteří dekubity netrpí (Kubátová 2015).

## 1.5. Infekce

Mikula a Müllerová (2008, s. 23) uvádí, že: *„Dekubity jsou vždy infikované rány.“* K zanesení infekce do rány dochází většinou z blízkého okolí stolicí, močí, vaginálním sekretem, potem nebo krví. Špatné prokrvení kůže vede ke zvýšenému riziku infekce a rána se stává ideální živnou půdou pro bakterie. Jestliže si organismus sám nepomůže proti toxickým bakteriím, bakterie proniknou hluboko do rány a poškodí tkáň. Dále se rozmnoží a způsobí zánětlivou reakci, tj. ranou infekci. Dle Mikuli a Müllerové (2008 s. 23): *„Inkubační doba bývá kolem 8-10 hodin, poté počet bakterií začne rychle narůstat.“* Pokud má pacient dekubity III. a IV. stupně je nutné provádět sěr biologické materiálu k rozboru na bakteriologii. Nejvyšší koncentrace bakterií se nachází na okrajích rány a hluboko v ráně. Je nutné odebírat sěr správně a právě z těchto míst.

### 1.5.1. Druhy infekcí podle vzhledu a zápachu ze sekretu

- Stafylokok – smetanově žlutý sekret bez zápachu



- Streptokok – řídký, žlutohnědý sekret
- Pseudomonas – modrozelenavý, nasládle páchnoucí sekret
- Escherichia coli – nahnědlý sekret páchnoucí po fekáliích, nejčastěji u dekubitu v sakrální oblasti, z důvodu nedostatečné hygieny

## 2. Hodnotící škály pro identifikování rizika vzniku dekubitů

Včasná identifikace dekubitů je velice důležitá v ošetrovatelském procesu. Dekubity stěžují pacientovi kvalitu života, znamenají pro něho bolest a velké utrpení a pro nemocnice jsou to vysoké ekonomické náklady na péči a ošetřování pacienta s dekubity (Wirthová 2015).

Nejvíce ohrožení pacienti vznikem dekubitů jsou (Wirthová 2015):

- Nemocní s poruchou CNS nebo míchy
- Nemocní v bezvědomí, s poruchou vědomí
- Nemocní užívají léky proti bolesti, hypnotika a psychofarmaka
- Nemocní s nedostatkem bílkovin a vitamínů
- Nemocní ohrožení malnutricí
- Nemocní s kachexií
- Imobilní nemocní
- Nemocní starší 85 let věku

Pokorná a Mrázová (2012, s. 117) uvádí, že: „Chceme-li preventivně působit proti určitému jevu, musíme jej znát a znát postupy, které reálně vedou k jeho identifikaci a následnému ovlivnění. Rizikové faktory vzniku dekubitu jsou známy a na jejich základě byly připraveny nástroje pro hodnocení rizika vzniku dekubitů.“ Vyšetření zjišťující rizika vzniku dekubitů se provádějí u pacientů v den přijetí, s odstupem 24 hod a nejdéle po cca 1 týdnu hospitalizace na daném oddělení. Důležité je však říci, že výsledek získaný danou škálou není definitivní a nezajišťuje 100% odpověď, zda u hospitalizovaného pacienta dekubitus vznikne. Dané škály slouží spíše jako pomůcky při odborném a klinickém rozhodování (Houfková 2006). Výběr hodnotících škál je v režii samotného pracoviště. Musí ale odpovídat cílové skupině pacientů a specifikám daného

oddělení. Důležité je sjednotit personál v porozumění daným položkám hodnotících škál. Nechápanost či rozdílné subjektivní odpovědi v jednotlivých parametrech mohou vést k rozdílným výsledkům, což je patrné ve velkém měřítku (Ulrych 2016).

V dnešní době existuje na světě více jak 40 škál pro posouzení rizika vzniku dekubitů. Z tohoto velkého množství škál bylo testováno na validitu pouze pár. Slovo validita znamená platnost, právoplatnost něčeho a slovo reliabilita znamená spolehlivost výzkumné metody nebo techniky (Abz.cz 2019). Pro používání těchto škál v praxi je důležité, aby byli validní a reliabilní. Mezi nejčastěji testované škály v zahraničí patří škála Bradenové, škála Nortonové a škála Waterlowa. Je důležité, aby škála měla nejenom dobrou validitu, ale také vysokou hodnotu inter-rater reliability (=shoda mezi posuzovateli). Při nízké hodnotě inter-rater reliability může být hospitalizovaný pacient vyhodnocen jednou sestrou jako rizikový a druhou sestrou nikoli. Z tohoto hlediska může dojít k plýtvání prostředku na péči, nebo naopak může být potřebná péče zanedbána. V ČR byly doposud testovány jen škály Bradenové, Nortonové a Waterlowové. U škály Bradenové byla v ČR testována jak inter-rater reliabilita celkově, tak u jednotlivých položek. U škál dle Nortonové a Waterlowa došlo k hodnocení celkové inter-rater reliability (Šáteková a Žiaková 2016). Ve výzkumu, který byl prováděn na Slovensku Lenkou Šátekovou a Katarínou Žiakovou (2016) dopadly výše zmíněné škály následovně. Cílem výzkumu bylo zjistit stupeň inter-rater reliability jednotlivých položek daných škál. Mezi posuzovanými škálami byla škála Nortonové, Bradenové a Waterlowové. Data byly sbírány v roce 2014 od dubna do srpna na oddělení s dlouhodobou péčí. Výzkum byl tvořen 32 pacienty. Závěr výzkumu byl následující, nejvyšší shody mezi dvěma posuzovateli dosáhly jednotlivé položky škály podle Nortonové, následovaly položky škály podle Bradenové a na posledním místě skončily položky škály podle Waterlowa. Na závěr bylo apelováno na další testování daných škál v českém klinickém prostředí (Šáteková a Žiaková 2016).

Mezi okruhy, které jsou součástí hodnotících škál, patří (Wirthová 2015):

- Fyzický stav nemocného

- Duševní stav nemocného
- Aktivita během dne
- Mobilita, schopnost se pohybovat
- Inkontinence moči a stolice
- Stav výživy, BMI, malnutrice
- Stav kůže, její případné problémy
- Věk nemocného
- Pohlaví
- Posouzení poruch čítí
- Tření a střížná síla
- Tělesná teplota, horečka
- Stupeň vědomí
- Přidružená onemocnění
- Dehydratace
- Porucha sebekpěče
- Absolvování operačních výkonů
- Bolest
- Používané léky

U nás se nejčastěji, využívá Rozšířená stupnice podle Nortonové, Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám, Waterlowé škála, stupnice podle Bradenové (Pokorná a Mrázová, 2012). V dalších podkapitolách si popíšeme specifika každé z vypsanych škál a stupnic.

## **2.1. Rozšířená stupnice podle Nortonové**

Jedná se o první známou škálu pro posouzení rizika vzniku dekubitů u dlouhodobě nemocných. Škála byla sestavena na základě klinických zkušeností Doreen Nortonovou v roce 1962. D. Nortonová byla britská sestra, která po diskuzi se svými kolegy sepsala pět hlavních rizikových faktorů, ze kterých je škála sestavena. Je zde zahrnut fyzický stav, psychický stav, aktivita, mobilita a inkontinence. Dané položky jsou hodnoceny od 1 do 4 bodů. 1 bod značí, že pacient je v dané položce v nejhorsím možném stavu. 4 body značí, že pacient je v nejlepším možném stavu u dané položky. Jednotlivé hodnocení položek je

v kapitole 2.1.1. Celkově lze získat 20 bodů. Čím nižší je bodový výsledek, tím vyšší je riziko vzniku dekubitů (Šáteková et al., 2015).

V roce 1987 byla škála modifikována Ch. Bienstein a rozšířena na skóre 25 bodů. Důvodem k rozšíření škály byla možnost škálu používat v širším měřítku. K poslední modifikaci této škály došlo roku 1989 a škála byla rozšířena na skóre 36 bodů. K původní škále z roku 1962 přibyly položky schopnost spolupráce, věk, stav pokožky a přidružené onemocnění (Mikula a Müllerová, 2008). Vlasta Smažáková ve své Diplomové práci z roku 1990 poprvé uvádí přeloženou škálu podle Nortonové a apeluje na její využití v českém zdravotnictví (Smažáková 1990).

Každá z 9 položek je hodnocena od 1 do 4 bodů, kdy jeden bod označuje nejhorší možný výsledek.

Při získání více jak 25 bodů je pacient bez rizika vzniku dekubitu. Pokud pacientovi vyjde méně než 25 bodů je v riziku vzniku dekubitu.

### **2.1.1. Vysvětlení pojmů dle Metodického návodu č.9/2018 – Prevence a ošetřování dekubitů u pacientů v ÚVN**

Metodický návod popisuje jak jednotlivě přistupovat při prevenci a ošetřování dekubitů. Dále popisuje jak správně vést dokumentaci a hlášení výskytu již vzniklých dekubitů u pacientů hospitalizovaných v ÚVN včetně monitorace prevalence dekubitů jako indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Následující položky jsou uvedené v plném znění, jako jsou popsány v Metodickém návodu č.9/2018.

#### **Schopnost spolupráce**

V této položce se hodnotí schopnost spolupráce pacienta ve smyslu komunikace.

- Úplná – pacient je lucidní, komunikuje, rozumí, vyhoví
- Částečně omezená – pacient po operačním zákroku nebo po jiném invazivním výkonu, kdy byly použity léky na zklidnění
- Velmi omezená – pacient je dezorientovaný, zmatený a nevyhoví výzvě

- Žádná – pacient je tlumený léky, dezorientovaný, nevyhoví výzvě, v bezvědomí

Pokud je pacienta zcela při vědomí a schopen komunikace je ohodnocen 4 body. Pacient, jehož schopnost je částečně omezená, je ohodnocen 3 body. U pacienta, kdy je schopnost spolupráce velmi omezená, např. pacient je dezorientován, je bodové hodnocení 2 body. Pacient, který je zcela neschopný spolupráce potažmo komunikace, je ohodnocen 1 bodem.

### **Věk**

- Patří mezi důležitý faktor při vzniku dekubitů, s rostoucím věkem roste riziko vzniku dekubitů. Tato položka je dána rokem narození pacienta. Pacienti mladší 10 let jsou hodnoceny plným počtem bodů. Pacienti mladší 20 let jsou hodnoceni 3 body. Dvěma body jsou hodnoceny pacienti mladší 60 let a pacienti starší 60 let jsou hodnoceny pouze 1 bodem.

### **Stav pokožky**

- Normální – bez defektů, i u běžného pacienta je nutné počítat se zhoršením stavu pokožky na suchou
- Alergie – pokožka reagující na alergen
- Vlhká – teploty, pocení, inkontinence moči s nutností častého převlékání lůžka
- Suchá – kůže, kdy se při dotyku drolí a je hrubá na dotek

Tato položka je sestrami považována za nejvíce spornou. Normální stav pokožky je hodnocen plným počtem bodů – 4 body a suchá pokožka je hodnocena pouze 1 bodem. Pokožka zhodnocena jako alergická je ohodnocena 3 body a vlhká 2 body.

### **Přidružená onemocnění**

Pacienti s chronickými onemocněními jsou náchylnější více k tvorbě dekubitů nežli zdravé osoby. Vždy spíše preferovat onemocnění za méně bodů. Karcinom musí být vždy zohledněn v anamnéze. Žádná přidružená onemocnění

jsou hodnocena plným počtem bodů – 4 body. Přidružená onemocnění jako jsou Diabetes Mellitus (dále jen DM) a Tělesná teplota (dále jen TT) jsou hodnoceny 3 body. Pacienti, kteří trpí anemií, kachexií, trombózou a obezitou jsou hodnoceny 2 body. Nejméně jsou hodnoceni pacienti trpící nádorovým onemocnění – 1 bod.

### **Fyzický stav**

V této položce se hodnotí fyzický stav pacienta přesněji, jak pacienti zvládají denní aktivity.

- Dobrý – denní aktivity vykonává pacient bez obtíží, není omezen při běžné zátěži, nevyžaduje pomoc, je zcela soběstačný
- Zhoršený – denní aktivity vykonává s obtížemi (omezení pohyblivosti, dechové obtíže, snížená svalová síla), není třeba pomoc personálu, posadí se v lůžku, ale není schopen samostatné chůze
- Špatný – některé denní aktivity jsou těžce omezeny (těžký neurologický deficit, podstatné omezení hybnosti, minimální svalová síla, výrazné dechové obtíže, potřebuje výraznou pomoc personálu ve všech oblastech
- Velmi špatný – zcela ležící pacient, nesoběstačný ve všech oblastech denních aktivit

### **Stav vědomí**

V této položce se zohledňuje jak kvantitativní, tak kvalitativní poruchy vědomí.

- Bdělý
- Apatický – chorobná spavost provázející některá nervová a duševní onemocnění, lhostejnost, netečnost, otupělost
- Zmatený
- Bezvědomí

### **Aktivita**

V této položce se hodnotí, zda je pacient schopen sám chodit, jestli provádí své pohyby úmyslně, jestli je schopen provést úkol, úkon. Pacienti, kteří jsou zcela chodící, jsou ohodnoceni plným počtem bodů – 4 body. Pacienti chodící s doprovodem jsou hodnoceni 3 body. Pacienti upoutáni na vozík jsou hodnoceni

2 body. Pacienti, kteří jsou zcela odkázáni na pomoc personálu a jsou ležící, jsou hodnoceni 1 bodem.

- Chodí – nepotřebuje žádnou dopomoc personálu, úkony provádí samostatně nebo s kompenzační pomůckou
- Chodí s doprovodem – dopomoc personálu při provádění úkonu, doprovod při lokomoci nebo doprovod při používání kompenzační pomůcky
- Sedačka – pacient je závislý na pomoci od personálu, neschopný lokomoce, k transportu používá invalidní vozík
- Leží – zcela závislý ležící pacient, vše provádí personál

### **Mobilita**

V této položce se hodnotí schopnost změny polohy v lůžku.

- Úplná – lokomoce bez omezení (sed, stoj, chůze), pacient nepotřebuje dopomoc od personálu
- Částečná – pacient potřebuje dopomoc při změně polohy (do sedu, stoje, při chůzi)
- Velmi omezená – pacient potřebuje dopomoc při změně polohy v lůžku, do sedu, při transportu mimo lůžko, není schopen chůze
- Žádná – pacient v bezvědomí, dezorientování nebo zcela nesoběstačný, změnu polohy v lůžku vykonává ošetřující personál

### **Inkontinence**

V této položce se hodnotí únik moči a stolice.

- Není – plně kontinentní pacient, pacient se stomií (ileostomie, urostomie, kolostomie), zaveden PMK
- Občas – stresová inkontinence, fekální inkontinence
- Moč – únik moči
- Moč, stolice – únik moči i stolice

### **Přesné bodové rozhraní:**

- Nad 25 bodů Bez rizika
- 25 – 24 bodů Nízké riziko

- 23 – 19 bodů Střední riziko
- 18 – 14 bodů Vysoké riziko
- 13 – 9 Velmi vysoké riziko

## 2.2. Škála podle Bradenové

Škála podle Bradenové byla vytvořena během projektu Roberta Wooda Johnsona „Teaching Nursing Home“ (= Výuka domácího ošetřovatelství), souběžně se zpracováním návrhu pro studium rizikových faktorů pro vznik dekubitu. Škála byla vyvinuta americkými doktorkami Barbarou Braden a Nancy Bergstormovou. Právě po první zmíněné, Barbaře Braden, byla škála pojmenována. Výsledky testování škály Bradenové pro spolehlivost a platnost byly publikovány v roce 1987 v Nursing Research. Následovala studie větší, kde se zjišťovala spolehlivost a platnost škály v různých prostředích. Výsledky studie vedly ke změnám doporučení pro kritické mezní hodnoty a časový harmonogram hodnocení. Výsledky této rozsáhlejší studie byly publikované v roce 1988. (Prevention Plus, Home of the Braden Scale 2010).

Škála podle Bradenové patří mezi nejvíce známé a používané škály na predikci rizika vzniku dekubitů. Po výzkumech, dokazující její vysokou spolehlivost a platnost, je využívána hlavně v intenzivní péči a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. V USA patří mezi nejvíce používanou škálu pro predikci rizika vzniku dekubitů (Šateková, Žiaková a Zeleníková 2015)

Škála je sestavena ze šesti následujících položek, kterými jsou smyslové vnímání, vlhkost, aktivita, mobilita, výživa a tření a stříh.

Každá z výše uvedených položek je rozdělena do 4 stupňů závažnosti, vyjma poslední položky tření a stříh, ta je rozdělena pouze do tří stupňů. Bodové hodnocení jednotlivých položek je od 1 do 4 bodů, u poslední položky tření a stříh je počet bodů od 1 do 3. Každá položka je u pacienta posuzovatelem zhodnocena a obodována, body se následně sčítají. Bodové hodnocení škály se pohybuje od 6 do 23 bodů. Čím je skóre nižší, tím je větší riziko vzniku dekubitu (Mikula a Mullerová 2008).



### **2.2.1. Vysvětlení pojmů dle české verze škály Bradenové, 2012**

Tato škála byla přeložena v roce 2012 Petrou Mandysovou, MSN se souhlasem Barbary Braden.

#### **Smyslové vnímání**

V této položce se hodnotí schopnost pacienta smysluplně reagovat na nepohodlí související s tlakem.

- Zcela omezen – pacient nereaguje na bolestivé podněty vzhledem ke snížené úrovni vědomí nebo sedace, omezená schopnost pociťovat bolest na většině těla
- Velmi omezen – pacient reaguje pouze na bolestivé podněty, nepohodlí sděluje pouze pomocí sténání nebo neklidu, má senzorickou poruchu, která omezuje schopnost pociťovat bolest nebo nepohodlí na ½ těla
- Poněkud omezen – pacient reaguje na slovní povely, ale nemůže vždy sdělit nepohodlí, nebo má senzorický deficit, který omezuje schopnost pociťovat bolest nebo nepohodlí v 1 nebo 2 končetinách
- Žádná porucha – pacient reaguje na slovní povely, nemá senzorický deficit, který by omezoval schopnost pociťovat nebo vyjadřovat bolest

Pokud je pacientovo smyslové vnímání zcela omezeno, je ohodnocen 1 bodem. Velmi omezené smyslové vnímání je ohodnoceno 2 body. Poněkud omezené smyslové vnímání je ohodnoceno 3 body a smyslové vnímání bez sebemenší poruchy je ohodnoceno plným počtem bodu – 4 body.

#### **Vlhkost**

V této položce se hodnotí stupeň vlhkosti, kterému je vystavena pokožka pacienta. Patří sem vlhkost způsobena pocením, ale i vlhkost způsobena močí a stolicí.

- Neustále vlhký – kůže je neustále vlhká, např. potem, močí atd. vlhkost je u pacienta objevena při každém otočení nebo přesunutí
- Velmi vlhký – kůže je často, ale ne vždy vlhká, ložní prádlo musí být vyměněno alespoň jednou za směnu
- Občas vlhký – občas vlhká, výměna prádla nutná jedenkrát za den

- Zřídka vlhký – kůže je obvykle suchá, prádlo vyžaduje výměnu pouze v pravidelných intervalech

Pacient, který je neustále vlhký a je nutná pokaždé výměna ložního prádla, je ohodnocen 1 bodem. Pacient, u kterého je nutné vyměnit ložní prádlo 1x za službu je ohodnocen 2 body. Pacient, který je vlhký občas a výměna prádla je nutná standardně 1x za den, je ohodnocen 3 body. Pacient, který není vystaven vlhkosti a výměna ložního prádla je v pravidelných intervalech, je ohodnocen – 4 body.

### **Aktivita**

V této položce se hodnotí míra fyzické aktivity

- Upoután na lůžko
- Upoután na židli – pacientova schopnost chůze je omezena, nebo nechodí vůbec, neudrží vlastní váhu, nutná pomoc při přesunu na židli nebo kolečkové křeslo
- Občas chodí – pacient ujde velmi krátké vzdálenosti během dne, s pomocí nebo bez ní, spíše v posteli nebo na lůžku
- Často chodí – alespoň 2x za den chodí mimo pokoj, chodí po pokoji alespoň jednou za dvě hodiny

Pacient upoutaný na lůžko je ohodnocen 1 bodem. Pacient, který je omezen v chůzi a svůj čas tráví na židli, je ohodnocen 2 body. Pacient, který je schopen ujít krátké vzdálenosti, je ohodnocen 3 body. Pacient, který chodí často a sám bez pomoci, je ohodnocen 4 body.

### **Mobilita**

V této položce se hodnotí schopnost měnit a řídit polohu těla

- Zcela nepohyblivý – pacient bez pomoci neprovede změny polohy těla nebo končetiny
- Velmi omezen – provádí občasné nepatrné změny polohy těla nebo končetiny, ale bez pomoci neprovede časté nebo podstatné změny
- Poněkud omezen – samostatně provádí časté, i když nepatrné polohy těla nebo končetiny
- Žádná porucha – bez pomoci provádí velké a časté změny polohy

Pacient, který je zcela nepohyblivý a bez pomoci neprovede změnu polohy těla, je ohodnocen 1 bodem. Pacient, který provádí občasné nepatrné změny polohy, je ohodnocen 2 body. Pacient, který samostatně provádí časté, ale spíše nepatrné změny polohy těla, je ohodnocen 3 body. Pacient, který provádí často a sám velké změny polohy těla, je ohodnocen 4 body.

### **Výživa**

V této položce se hodnotí obvyklý vzorec potravy pacienta.

- **Velmi špatný** – pacient nikdy nesní celé jídlo, zřídka sní 1/3 porce, málo bílkovin za den, špatně přijímá tekutiny, nepřijímá tekutý doplněk stravy. Nebo nesmí nic per os, je udržován na průhledných tekutinách nebo i.v. více než pět dnů
- **Pravděpodobně nedostatečný** – pacient zřídka sní celé jídlo, spíše sní pouze ½ porce, příjem bílkovin obsahuje pouze 3 porce masa nebo mléčných výrobků za den, občas přijme doplněk stravy. Dostává méně než optimální množství tekuté diety nebo krmení sondou.
- **Dostačující** – pacient sní přes polovinu většiny jídel, sní celkem 4 porce bílkovin za den. Občas odmítne jídlo, ale přijme doplněk stravy. Nebo přijímá potravu sondou nebo TPN (totálně parenterální výživa), která splňuje nutriční potřeby.
- **Vynikající** – pacient sní většinu každého jídla, neodmítá, sní celkem 4 nebo více porcí bílkovin. Občas jí mezi jídly.

Pokud má pacient velmi špatný stav výživy, je ohodnocen 1 bodem. Pacient, který má pravděpodobně nedostatečný příjem živin, je ohodnocen 2 body. Pacient, který má dostačující příjem živin, je ohodnocen 3 body. Pacient, jehož stav výživy je vynikající, je ohodnocen 4 body.

### **Tření a stříh**

V této položce se hodnotí tření a stříh.

- **Problém** – pacient vyžaduje střední až maximální pomoc při pohybech, přesun bez sklouznutí na ložním prádle je nemožný, pacient často sklouzává dolů na lůžku nebo na židli a vyžaduje časté polohování s maximální pomocí

- Potenciální problém – pacient se chabě pohybuje nebo vyžaduje minimální pomoc, pacient udržuje relativně dobrou polohu na židli nebo na lůžku, ale občas sklouzne dolů
- Žádný zjevný problém – pacient se samostatně pohybuje na lůžku a na židli, má dostatečnou svalovou sílu se během pohybu úplně zvednout, udržuje dobrou pozici v rámci lůžka nebo židle

V této položce se hodnotí pouze tři položky. Pokud má pacient problém s přesunováním v lůžku a je jasně zřetelné jeho sklouzávání jak při polohování, tak i v klidu, je pacient ohodnocen 1 bodem. Pacient, který má potencionální problém, to znamená, že potřebují minimální pomoc a občas sklouzne, je ohodnocen 2 body. Pokud u pacienta není žádný zjevný problém, tak je ohodnocen 3 body.

Čím je skóre nižší, tím je větší riziko vzniku dekubitu.

Přesné bodové rozhraní:

- 6-9 bodů = vysoké riziko
- 9-16 bodů = střední
- 16-20 bodů = malé riziko
- 20 bodů a výše = velmi malé riziko

Všechny výše zmíněné položky jsou v plném znění dle českého překladu podle Mandysové, 2012.

### **2.3. Škála podle Waterlowé**

Škála podle Waterlowé je nejvíce používána sestrami ve Velké Británii a Irsku. Škála byla vytvořena na základě výzkumu, který probíhal v roce 1985. Zakladatelkou škály je sestra Judy Waterlowá. Původně byla škála vytvořena pro potřeby jejích studentů (Judy-waterlow.co.uk rok neuveden). Škála obsahuje následující hlediska: tělesná konstituce, hmotnost, kontinence, typ kůže, mobilita, pohlaví, věk a chuť k jídlu. Mezi rizikové faktory patří chirurgický zákrok, vliv léků, věku a nemoci. S ohledem na dané rizikové faktory je pacient obodován. Tyto body se následně sčítají. U této škály platí, že čím vyšší bodové ohodnocení, tím vyšší riziko vzniku dekubitu. Bodové rozhraní je následující: vyšší než 10

existuje riziko, 15-20 vysoké riziko, nad 20 bodů velmi vysoké riziko vzniku dekubitů (Mikula 2008).

Podle výzkumu ve všeobecné nemocnici ve Velké Británii, který uvádí Dobrovodská ve své publikaci (2012), se u 71% z 2507 sledovaných pacientů zjistilo pomocí této škály riziko vzniku dekubitů. Tak vysoké procento naznačuje, že opatření na prevenci dekubitů potřebuje až tři čtvrtiny hospitalizovaných pacientů, což by bylo velmi nákladné. O přínosu těchto opatření neexistuje žádný důkaz.

## **2.4. Stupnice podle Knolla**

Stupnice pochází z USA. Je tvořena 8 položkami: všeobecný stav zdraví, mentální stav, aktivita, pohyblivost na lůžku, inkontinence, příjem potravy ústy, příjem tekutin ústy a náchylnost k chorobám. Bodové hodnocení je v rozmezí 0-3 bodů u jednotlivých položek. Nejvýše lze dosáhnout 24 bodů, což znamená velmi nízkou pravděpodobnost rizika vzniku dekubitů. V ČR a ani ve světě nebyla tato škála podrobena výzkumu validity (Mikula a Müllerová 2008).

## **2.5. Rozdíly mezi škálami**

### **Místo vzniku**

- Rozšířená stupnice dle Nortonové, Škála podle Waterlowé - Velká Británie
- Škála podle Bradenové, Knollova stupnice – USA

### **Počet hodnotících faktorů (položek)**

- Rozšířená stupnice dle Nortonové – 9
- Škála podle Bradenové - 6
- Škála podle Waterlowé - 10
- Knollova stupnice – 8

### **Bodové hodnocení**

- Rozšířená stupnice dle Nortonové, Škála podle Bradenové – čím nižší bodové hodnocení, tím vyšší riziko vzniku dekubitů
- Škála podle Waterlowé, Knollova stupnice – čím vyšší bodové hodnocení, tím vyšší riziko vzniku dekubitů

Stejná pro všechny výše zmíněné škály je položka s názvem pohyblivost. Aktivita je zařazena ve všech škálách kromě škály podle Waterlowé. Položka inkontinence je zařazena ve všech škálách kromě škály podle Bradenové. Škála podle Waterlowé zahrnuje více rizikových faktorů, které jsou specifické pro pacienty v intenzivní péči (Suriadi a kol. 2008). Jednotlivé položky se ve škálách hodnotí od lepšího k horšímu. Naopak tomu je u škály podle Bradenové. Škála podle Bradenové má oproti ostatním škálám navíc položku tření a stříh. Položka, týkající se příjmu potravy, chybí u rozšířené škály dle Nortonové. Škála podle Waterlowé obsahuje oproti ostatním škálám položku typ kůže.

### **3. Prevence vzniku dekubitů v ÚVN**

Slovo prevence pochází z latinského slova *praevenire* a znamená předcházet. Ulrych (2016, s. 8) uvádí, že: „Základní znalost míry rizika vzniku dekubitu vede k časnému zahájení prevence, respektive ke snížení či zvýšení preventivních opatření. Mezi nejzákladnější preventivní opatření můžeme řadit polohování či využití pomůcek a zdravotnické techniky ke snížení pravděpodobnosti vytvoření dekubitu. Je tedy důležité znát a umět vyhodnotit dostupné škály pro rizika vzniku dekubitů. Prevence je z velké části v rukou všeobecných sester. Lékaři se podílejí na prevenci dekubitů tím, že rozhodnou o postupu léčby, stanoví ordinaci daných léků a popřípadě doplňků stravy. Na prevenci vzniku dekubitů se dále podílejí nutriční specialisti a fyzioterapeuti. Z toho vyplývá, že na prevenci vzniku dekubitů se podílí celý zdravotnický tým (Ulrych 2016).

Činnosti sester v prevenci dekubitů (Wirthová 2015):

- Sestra řádně kontroluje stav kůže pacienta např. při koupeli, podávání i.m. injekcí, polohování, celkové hygieně, apod.
- Pozoruje stav kůže, změnu barvy, defekty vyskytující se na kůži
- Hlídá citlivost a bolestivost pacienta (není možné u pacientů s poruchou CNS)
- Kontroluje teplotu kůže, teplá kůže může být známkou infekce

- Všechny výše uvedené poznatky zaznamenává pečlivě a správně do dokumentace
- Snižuje tlak, tření a střížnou sílu působící na predilekční místa
- Kontroluje čistotu a úhlednost lůžka pacienta
- Využívá dostupné antidekubitní pomůcky (válce, matrace)
- Pravidelné polohování

### 3.1. Polohování pacientů v ÚVN

Jedná se o základní a nejúčinnější prostředek v prevenci vzniku dekubitů. Dle Mikuly a Müllerové (2008, s. 26): „*Jedná se o systematické, přesnými pravidly se řídicí časované změny polohy.*“

Pacient by měl být polohován každé 2 hodiny během dne a v noci každé 3 hodiny. Pacienta, který má již vzniklý dekubitus, je nutné polohovat v kratších časových úsecích.

U pacientů, kteří se nacházejí v těžkých stavech, je nutné polohování každých 10 – 20 minut. Je důležité dodržovat zásady správného polohování. Vrchní část těla by měla být zvýšena o 30 %, střídáme polohy na boku (pravý bok, záda, levý bok) nebo polohu na břicho. Při každé změně kontrolujeme místo, na kterém byl pacient napolohován. Neméně důležité je i mikropolohování. Mikropolohování je odlehčování tlaku na predilekční místa pomocí polohovacích pomůcek a pacient spočívá jen na mírném boku. Nemocného se snažíme polohovat tak, aby nedocházelo k útlaku místa, kde se nachází vzniklý dekubitus. Pokud je pacient v riziku vzniku dekubitu, je důležité snížit použitím antidekubitárních pomůcek tlak na predilekční místa. Predilekční místa se snažíme podkládat například molitanovými válci, polštáři, gelovými podložkami atd. Je nutná šetrnost při polohování pacienta. K poškození kůže dochází právě při špatné manipulaci. Pacienty je třeba řádně edukovat o důležitosti polohování v rámci lůžka. Pokud jsou pacienti soběstační, mění polohu sami. U pacientů, kteří jsou částečně soběstační, je důležitá aktivita při polohování zdravotnickým personálem (Wirthová 2015).

Polohy, které sestry používají při polohování (Wirthová 2015):

- Poloha na zádech (= supinační poloha)
- Poloha na břiše (=pronační poloha)
- Poloha na pravém boku
- Poloha na levém boku
- 30 stupňů pravá laterální poloha
- 30 stupňů levá laterální poloha

### **3.2. Blokování nepříznivých vnějších mechanických vlivů**

Je důležité, aby bylo lůžko čisté a suché. Součástí lůžka by měla být antidekubitární matrace, měkká. Pacient musí být správně polohován. Využití antidekubitálních pomůcek (molitanové válce, gelové podložky, perličkové polštáře). Při polohování dbát na šetrné zacházení s pacientem. Snaha předejít poškození kůže vlivem střížných sil při přesunu pacienta v rámci lůžka (Wirthová 2015, Tým specialistek pro péči o rizikové pacienty rok neuveden).

### **3.3. Údržba lůžka**

Matrace by měla být po celé délce stejně vysoká, neproležená a standardně měkká. Matrace jsou pasivní a aktivní. Pasivní matrace jsou molitanové, vodní, vzduchové, atd. Aktivní matrace, které jsou například tvořeny matrací s proudícím vzduchem, kdy se podle polohy pacienta vzduch rozloží okolo. Prostěradla by měla být čistá, suchá a vypnutá. Nevhodné jsou igelitová prostěradla v lůžku nemocného.

Dále je důležité se vyvarovat předmětům, které do lůžka nepatří, například víčka, tužky, atd. Dále všeobecná sestra udržuje správnou polohu lůžka v rámci pohodlí pacienta (Wirthová 2015, Tým specialistek pro péči o rizikové pacienty rok neuveden).

### **3.4. Správná hygiena**

Hygienická péče by měla být prováděna podle individuálních potřeb pacienta, alespoň 1x denně. Důležité je umýt pacienta při úniku moči nebo stolice. Pro umývání pacientů jsou nejvhodnější šetrná mýdla či mycí emulze Menalind.



Jestliže defekt již vznikl nejlepší je používat pouze čistou vodu. Vhodná teplota vody se pohybuje v rozmezí 37-40 stupňů celsia. Po umytí a šetrném osušení pacienta je na místě použití ochranných přípravků na kůži s pH5,5. Rozhodně nepoužívat zásyp možná tvorba infekce. Nejlépe přípravky, které pokožku hydratují a zamašťují. Při osušování kůže je dobré se vyvarovat silnému tření, hrozí vznik oděrek. Účinné jsou jemné masáže kůže s použitím olejů nebo balzámů s obsahem kafru. Pokud pacient dekubit má, nesmí se toto místo masírovat. Následně pacienta obléknout do čistého a suchého prádla (Wirthová 2015, Tým specialistek pro péči o rizikové pacienty rok neuveden).

### **3.5. Kontrola stavu pokožky**

Tento bod je úzce spjat se správnou hygienou. Při celkové hygieně pacienta má sestra možnost zhodnotit stav pokožky. Je důležité si všimnout barvy kůže, hlavně začervenání. Je důležité se nejprve ujistit, zda po změně polohy začervenání nezmizí. Pokud začervenání nezmizí, je možné, že se jedná o vznikající dekubit. Je důležité kontrolovat teplotu kůže. Teplá kůže může být známkou počínající infekce. Důležité je sledovat, jaká pokožka je. Zda je suchá, ekzémová, vlhká. Když je pokožka suchá, je důležité ji často mazat hydratačními krémy. Pokud je na pokožce výrazný ekzém, je nutné používat krémy k tomu určené po dohodě s lékařem. Vlhkou pokožku je zase nutné šetrně osušit a zjistit příčinu vlhkosti. Výše uvedené je důležité hlídat hlavně na predilekčních místech, jako je kostrč, boky, lopatky, paty, lokty, zátylek, apod. (Wirthová 2015).

### **3.6. Normalizace celkového stavu - Výživa**

Důležitá je spolupráce s nutričním specialistou. Sestra provádí screening u všech přijatých pacientů. Pokud má pacient dekubitus I. Stupně a k tomu je zjištěno riziko malnutrice, tak je informován nutriční specialista. Dále je nutriční specialista informován, pokud má pacient dekubitus II. až IV. stupně. U pacienta se sleduje bilance stravy. Nutriční specialista provede vyšetření.

Při prevenci i léčbě dekubitů se uplatňují nutriční faktory. Při prevenci je důležitý zvýšený příjem bílkovin a dobrá hydratace. Při léčbě je potřebné přijímat řádně dávky energie, bílkovin a mikronutrientů, které jsou důležité k vlastnímu hojení rány. V prevenci je důležité zvýšení příjmu bílkovin prostřednictvím

jogurtů, sýrů, libového masa. Pravidelným pitný režim je nutné dodržovat, alespoň 2 litry denně. Dobré jsou čaje, minerální vody, stolní vody a 100% džusy. Doplnky stravy je možné zařadit do příjmu po poradě s nutričním specialistou. Doplnky je možné volně zakoupit i v lékárnách. Existuje spousta druhů, jsou vyrobené i speciální pro pacienty s Diabetem Mellitem (Wirthová 2015, Tým specialistek pro péči o rizikové pacienty rok neuveden).

### **3.7. Antidekubitní pomůcky**

Existují lůžka aktivní a pasivní. Mezi aktivní lůžka patří vzdušného lůžko s mírným únikem vzduchu. Dají se použít podložky do lůžka např. Dekuba, jedná se o náhradu ovčího rouna. Podložka je vyrobena ze syntetických vláken. Dále např. Ardo, Roho, atd. Dále se dají využít antidekubitní systémy v lůžku např. Decubiflow, Nimbus, atd. Při polohování nemocného se hojně používají speciální polštáře, kruhy, válce a kvádr z molitanu, perliček a vzduchu. Povrch je většinou hladký a snadno omyvatelný nebo pratelný. Využívají se podložní kola z měkkého materiálu vyplněného perličkami. Dále se používají nalepovací gelová srdíčka na sacrum. Existují gelové chrániče na paty a lokty. Tyto pomůcky se využívají jako prevence proleženin na operačních sálech, kde při dlouhým operací je vysoké riziko jejich vzniku (Wirthová 2015, Tým specialistek pro péči o rizikové pacienty rok neuveden).

### **3.8. Rehabilitace**

Úzká spolupráce s fyzioterapeuty. Snaha o návrat hybnosti a podporu soběstačnosti pacienta. Pokud se pacient vlivem RHB stane soběstačný, může se v rámci lůžka polohovat sám. Sám bude moc zareagovat změnou polohu na bolest, kterou mu bude způsobovat daná poloha. S rehabilitací je nutné začít co nejdříve. Po operacích se s rehabilitací začíná u pacientů hned druhý den v rámci lůžka.

Jedná se o RHB nejen fyzickou, ale i psychickou. Fyzioterapeuti dochází v nejlepších případech 2x denně na oddělení. S pacientem se snaží cvičit co nejdéle, ale v množství pacientů se to nedaří. Proto je nesmírně důležité, aby každá sestra měla vědomosti z oblasti základů rehabilitace. Proto se pořádají kurzu v rehabilitačním ošetřovatelství. (Wirthová 2015).

### **3.9. Důsledné předávání informací mezi ošetřovatelským personálem a správné vedení dokumentace**

Zjištěné informace o stavu pacienta zaznamenává sestra do ošetřovatelské dokumentace. Je důležité, aby byla ošetřovatelská dokumentace vedena sestrou správně a úhledně. Sestra musí co nejlépe popsat například již vzniklý defekt a vše, co k jeho prevenci či léčbě použila. Při již vzniklých defektech je důležitá fotodokumentace, která nám ukazuje vývoj léčby dekubitu. V ÚVN jsou tyto informace vedeny v AMIS HD v záznamu Péče o rány a dekubity.

Velkým problémem je neznalost sester v rozlišení různého stupně dekubitu. Sestry často dekubitus I. stupně označí jako dekubitus III. stupně. Nebo plenkovou dermatitidu hodnotí jako stupeň II. Je potřebné sjednotit vědomosti sester, aby nedocházelo ke špatným zápisům v ošetřovatelské dokumentaci. Proto jsou sestry celoživotně vzdělávány v této problematice. Skupina pro sledování výskytu dekubitů dekubity v ÚVN pořádá několikrát do roka workshopy, kde jsou sestram vysvětlovány stupně dekubitů, a jak je poznat. Dále se řeší, jak správně vést záznamy o dekubitech v dokumentaci péče o rány. Velice důležité je správné předávání informací mezi jednotlivým personálem. Sestra, která nastupuje například do denní služby a pacienta má poprvé, musí být seznámena s tím, zda má pacient riziko vzniku dekubitu nebo už dekubitus má. Pro sestru je to důležité z důvodu vymezení času na potřebné polohování a další prevenci (Přednáška STOP dekubitů 2018).

## **4. Léčba dekubitů v ÚVN**

Závisí na celkovém posouzení zdravotního stavu pacienta. Z toho vyplývá následující a to vytvoření plánu péče o již vzniklý dekubit. Do plánu péče patří medikace, terapie a v neposlední řadě i případná chirurgická léčba. Ve spoustě případů je dekubitus kolonizován bakteriemi, a proto k léčbě mohou být použity antibakteriální léky. Dále jsou podávány léky proti bolesti.

Hlavní úkolem všeobecné sestry nebo pečující osoby je zachovávat rány čisté a podporovat hojení rány. Za kvalitu poskytované péče o pacienty v riziku i s již vzniklým dekubitem zodpovídá staniční sestra, vedoucí sestry směny a sestra koordinátorka.

Přípravky, které jsou v této práci zmiňovány, používají zdravotníci k léčbě dekubitů v ÚVN. Používané k léčbě dekubitu se rozdělují do několika skupin. První skupinou jsou přípravky čistící. Mezi ty se řadí např. Hydrosorb, Nu-gel, Suprasorb G. Druhou skupinou jsou přípravky se stříbrem a aktivním uhlím, které mají funkci exudativní. Mezi ty patří např. Melgisorb, Actisorb (plus), Polymem. Třetí skupinou jsou přípravky, které mají funkci granulační. Tyto přípravky se dále dělí na Hydrokoloidy (Suprasorb, Flamigel a Hydrocoll), Hydropolymery a pěny (Mepilex, Biatain), Hydropolymery se stříbrem, pěny (Biatain Ag a Mepilex Ag), Hydroaktivní (Hydrotul, Suprasorb) a Monokrytí (PolyMem). Čtvrtou skupinou jsou přípravky, které podporují granulaci a epitelizaci. Tyto přípravky se dále dělí na Silikony (Mepitel, Hydro-Tac, Granuflex extra thin), Filmová krytí (Opsite, Cavilon sprej), Monokrytí (Polymem, Polymem Ag), Neadherentní krytí (Atrauman, Mepitel) a Ochranná krytí – krémy (Cavilon krém, Menalind, HemaGel, Sensi – care. Pátou skupinou jsou Antiseptická krytí. Mezi ty patří např. Inadien, Bactigras, Lalugen. Šestou skupinou jsou Sekundární krytí. Mezi ty patří např. AB kompresy, Surgipad a Vliwazel. Sedmou skupinou jsou Oplachové roztoky. Mezi ty patří např. Sprcha – chlorovaná voda, Prontosan, Aquitox. Chirurgické léčbě se přiklání, když je potřeba odstranit nekrotickou tkáň. Tento postup se nazývá Débridement.

Na vzniklé dekubity nesmí spočívat tlak. Důležitá je i správná výživa, hlavně příjem bílkovin. Samotná léčba i doba, po kterou se bude dekubitus hojit, závisí na stupni dekubitu. Doba léčení dekubitu 1. a 2. stupně při správně prevenci a léčbě může být relativně krátká. Léčba dekubitů stupně 3. a 4. se vyznačuje delší dobou léčby a agresivním typem léčby. Léčba dekubitů je dlouhodobá a složitá (Vitalia 2015, Dekubity.eu).

## **5. Hlášení vzniklých dekubitů jako nežádoucí událost v ÚVN**

V rámci sledování výskytu dekubitů je důležité, aby byly vzniklé dekubity sledovány a zanášeny do centrálního systému nežádoucích událostí (dále jen NU). Sběr dat pro výskyt dekubitů se prováděl v ÚVN poslední středu v měsíci. Nyní to je poslední středu v měsících březen, červen, září a prosinec. Tedy 1x čtvrtletně. každé 3 měsíce. Způsob jak se provádí, hlášení NU je dán metodickým pokynem

zpracovaným Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. Jako nežádoucí událost se hlásí jak vzniklý dekubitus přímo na oddělení, tak i dekubitus, s kterým pacient přišel z domova nebo jiného zdravotnického či sociálního zařízení. Mezi základní informace patří datum nahlášené události, stav, identifikátor a typ NU. Dále je důležitý název zdravotnického zařízení a pracoviště, kde dekubitus vznikl. Dále musí být součástí přesný popis NU, okamžité řešení, preventivní opatření, závěr a popřípadě další informace. Dále jsou součástí hlášení NU informace o pacientovi, úroveň poškození, výkon, soběstačnost pacienta a spolupráce, psychický stav, nutriční stav dle BMI a předchozí postižení, komplikace zdravotního stavu. Dále se jako NU hlásí, pokud je dekubitus důsledkem hospitalizace. Zde se opět vyplňují potřebné informace (Pokorná a kol. 2017)

## VÝZKUMNÁ ČÁST

### 6. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu této práce je podrobný popis průběhu posouzení pacienta všeobecnou sestrou, v oblasti rizika vzniku dekubitů pomocí modifikované škály Nortonové.

Z daného cíle vyplývají dílčí úkoly, kterými se budu ve své práci také zabývat:

- jak sestra chápe jednotlivé položky
- s jakou formou nástroje sestra pracuje
- kdy dochází k posuzování rizika vzniku dekubitů
- jakým způsobem, kdy a kam se to zaznamenává
- posuzuje sestra pacienta sama nebo s pomocí jiné osoby

### 7. Časový harmonogram práce

Říjen 2018

V tomto období jsem si vybrala téma své bakalářské práce a začínala jsem si vyhledávat odbornou literaturu s tímto tématem související.

Listopad 2018 až leden 2019

V těchto měsících jsem si zpracovávala teoretickou část své bakalářské práce a konzultovala jsem výzkumnou část se svoji vedoucí práce.

Únor 2019

V měsíci únoru jsem prováděla výzkum na Interní klinice oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu ÚVN.

Březen až květen 2019

V těchto měsících jsem prováděla změny v teoretické části své bakalářské práce. Dále jsem sepisovala část výzkumnou.

### 8. Metodologie

Jako metoda výzkumu bylo zvoleno standardizované pozorování. K tomu účelu byl vytvořen záznamový arch, do kterého byly pozorované údaje zanášeny.

Z tohoto hlediska se jedná o kvantitativní přístup ke zkoumání. Pozorování bylo přímé a zúčastněné.

Výzkum probíhal na Interní klinice 1. LF UK a ÚVN v Praze na Oddělení Gastroenterologie, hepatologie a metabolismu. Sběr dat probíhal od 19. 2. do 26. 2. 2019. Na oddělení jsem docházela v pracovní dny v dopoledních hodinách, kdy probíhají plánované i neplánované příjmy příjmy. Stopovala jsem zde pracující všeobecnou sestru, která má pracovní pozici příjmová sestra.

Posouzení rizika vzniku dekubitu je součástí celkového příjmu pacienta. Na Oddělení gastrologie, hepatologie a metabolismu provádí plánované příjmy příjmová sestra. Náplní práce příjmové sestry je provádění plánovaných příjmů, překladů a propouštění. Příjmová sestra v rámci posouzení sbírá informace pro ostatní členy zdravotnického týmu. Pokud se na oddělení ve stejný čas sejde vícero příjmů, tak provádí příjmy i ostatní všeobecné sestry. Příjmová sestra pracuje od pondělí do pátku v ranních službách. Příjmová sestra před uskutečněním plánovaného příjmu má k dispozici administrativní údaje o pacientovi. Pokud byl pacient již v ÚVN hospitalizován, je možné si jeho údaje vyhledat v nemocniční databázi. Další informace o pacientovi poskytne až lékař.

## **8.1. Popis oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu**

Oddělení je součástí Interní Kliniky Ústřední vojenské nemocnice – Vojenské fakultní nemocnice Praha. Oddělení sídlí v budově A7. Oddělení je rozděleno na stanici A a B. Pacienti jsou zde přijímáni cestou z Ambulance, z Emergency, endoskopických sálu nebo překlady z jiných zdravotnických zařízení. Oddělení se zabývá chorobami břišních orgánů (jícen, žaludek, tenké a tlusté střevo, slinivka břišní, jater a žlučových cest). Pacientům je zde poskytována komplexní péče. Dále je zde poskytována i péče pacientům s DM v úzké spolupráci s Diabetologickým centrem. Oddělení zajišťuje pregraduální výuku studentům 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany a Fakulty tělesné výchovy a sportu UK. Na druhé straně zajišťuje i postgraduální vzdělání lékařů při přípravě na atestaci z oboru

gastroenterologie. Jsou zde specializační vzdělávání v interních oborech pro všeobecné sestry.

Obě stanice (A i B) mají svoji sesternu. Obě oddělení jsou zrcadlově totožná. Na stanici A je intermediální pokoj.

Na oddělení je k dispozici společná jídelna s televizí. Pokoje pro pacienty jsou 2 až 4 lůžkové. Pacienti si zde mohou zaplatit nadstandardní pokoj. Klasický pokoj je vybaven šatními skříněmi a každý pacient má k dispozici svůj noční stolek. Na nadstandardním pokoji má pacient k dispozici stůl, noční stolek, lednici, šatní skříň a vlastní sociální zařízení.

## **9. Popis procesu posouzení pacienta**

### **9.1. Pacient č. 1**

Dne 19. 2. 2019 byl plánovaně přijat 61 letý pacient s diagnózou hepatocelulární karcinom pro celkové zhoršení stavu. Začátek posouzení v 10:50, pacient seděl na jídelně. Pacientovi jsme se představili a dotázali jsme se ho, zda souhlasí s naší přítomností u příjmu na oddělení. Pacient souhlasil. Pacient byl dovezen rodinným příslušníkem. Posouzení stavu pacienta příjmovou sestrou začalo již prvním kontaktem s pacientem na jídelně. Pacient si zaplatil nadstandardní pokoj č.11. Příjmová sestra seznamuje pacienta s prostředím jídelny, a rozložením oddělení cestou po chodbě. Na chodbě je pacient zvážen. Příjmová sestra si sebou bere EKG přístroj. Celkové posouzení pacienta probíhá již na pokoji č. 11. Pokoj je vybaven vlastním sociálním zařízením vlevo ode dveří. Vpravo ode dveří se nachází šatní skříň, lednice a stůl s varnou konvicí. Pokoj je vybaven televizí. Sestra pacienta seznámí s obsluhou ovládacího zařízení k lůžku a signalizačního zařízení. Příjmová sestra si získané údaje o pacientovi zapisuje do záznamového archu, který byl vytvořen pro potřeby oddělení. Na oddělení se používá elektronická dokumentace. Záznamový arch obsahuje následující položky: Alergie, Fyziologické funkce, Váha, Výška, Bydlení, Dýchání, Bolest, Kouření, Alkohol, Pomůcky (brýle, zubní protéza, naslouchadla, hole), jiná onemocnění (Diabetes, Hypertenze), Léky, Kůže, Moč, Stolice, Morse – pády, Váhový úbytek, PŽK, Drogy, Duchovní služby, Spánek.



Příjmová sestra se pacienta nejdříve zeptala na aktuální zdravotní stav, zda není pacient nachlazen nebo nepocítuje aktuálně bolest. Následně se pacienta zeptala, zda má problémy s močením nebo se stolicí. Následovala otázka týkající se váhy a váhového úbytku za poslední měsíc. Pacient udal, že zhubl 5 kg, ale nyní opět váhu nabral. Podle pozorování pacienta bylo jasné, že nabrání hmotnosti je způsobené zavodněním. Proto sestra změřila obvod břicha kvůli riziku ascitu. Následovala otázka na pacientovo žluté zbarvení kůže a bělma. Podle pacienta na žluté zbarvení jako první upozornila pacientova manželka. Další otázka byla, zda pacient v poslední době prodělal úraz či pád. Další otázka byla, zda pacient nyní bere léky a jaké. Pacient sestře předal Furorese, které má na odvodnění a Essentiale. Jako další se příjmová sestra zajímalo o stav kůže. Nejdříve se pacienta dotázala, zda pacient nemá problémy s kůží, např. svědění, pálení. Pacient uvedl, že ho poslední dobou svědí kůže na rukách a nohách. Sestra provedla kontrolu stavu kůže na rukách a hrudníku. Poté sestra zjišťovala, zda pacient má kompenzační pomůcky. Při pohledu na pacienta bylo jasné, že má problémy se zrakem vzhledem k přítomnosti brýlí. Problémy se sluchem pacient neudal. Pacient má zubní protézu na dolní čelisti. Na zubní protézu na horní čelist čeká. Následovala otázka na kouření a pití alkoholu. Pacient je nekuřák a již 4 měsíce nepije žádný alkohol. Předtím příležitostně pivo a tvrdý alkohol. Příjmová sestra se dále zeptala na problémy s dušností. Pacient žádné problémy s dechem neudává. Po těchto otázkách příjmová sestra požádala pacienta o přesun na lůžko. Sestra natočila EKG. V rámci tohoto vyšetření měla možnost si u pacienta prohlédnout dolní končetiny. Pacient sám udal, že má nyní otoky dolních končetin. Následně sestra zkontrolovala chodidla a paty. Dolní končetiny pacienta byly bez defektů a kůže nebyla suchá. V rámci otoků se sestra pacienta zeptala na pitný režim a intenzitu močení. Pacient udal, že vypije 2 – 2,5 litru denně. Sestra odchází od pacienta v tu chvíli, kdy má zjištěné potřebné informace, které bude potřebovat při vyplňování příjmové zprávy. Pacienta má zváženého, změřeny FF, natočené EKG a vyzpovídáného. Pokud je pacient soběstačný, nechává ho na pokoji si vybalit věci a seznámit se s pokojem. Sestra odchází vyplnit elektronickou dokumentaci, kde využila informace ze záznamového archu. Posouzení bylo ukončeno v 11:30.

### **Schopnost spolupráce**

Tuto položku sestra posuzuje podle celkového rozhovoru, který s pacientem vede během příjmu.

### **Věk**

Příjmová sestra tuto informaci zná již před samotným příjmem pacienta na oddělení ve formě rodného čísla.

### **Stav pokožky**

Příjmová sestra se pacienta zeptala, zda pozoruje změny na své kůži. Pacient zodpověděl, že ho poslední dobou svědí kůže na rukou a nohou. Sestra pacientovi zkontrolovala stav kůže na rukou. Na rukou byly viditelné strupy. Zvýšené svědění kůže je v důsledku zvýšené hladiny bilirubinu v krvi. Následně sestra pacienta poprosila o vysvětlení do půli těla a provedla kontrolu stavu kůže na hrudi. V rámci pacientovi diagnózy sestra změřila obvod břicha. Na břicho byly jasné hematomy po aplikaci nízkomolekulárního heparinu. Vzhledem k faktu, že je pacient 15 let diabetik na PADu, nyní kompenzovaný pouze dietou, zeptala se sestra pacienta, zda neprodělal defekty v oblasti dolních končetin. Kontrola stavu kůže na nohou byla provedena v lůžku v rámci měření EKG. Z důvodu, že je pacient zcela soběstačný nebylo nutné pacientovi kontrolovat intimní oblasti.

### **Přidružená onemocnění**

V této položce byl pacient zhodnocen nejnižším počtem bodu a to bodem číslo 1 vzhledem k jeho diagnóze. Onemocnění DM II. typu je také branné jako rizikové vzhledem k riziku vzniku dekubitů.

### **Fyzický stav**

Vzhledem k závažnosti onemocnění byl fyzický stav pacienta zhodnocen jako zhoršený.

### **Stav vědomí**

Pacient na pokládané otázky odpovídal přiléhavě.

### **Aktivita**

Pacient je schopen se samostatně pohybovat, provádět úkon a úkol. Pacient byl schopen sám dojít z jídelny na pokoj. Přesun ze židle na lůžko provedl také

samostatně. I přesto v této položce sestra zhodnotila pacienta jako chodícího s doprovodem a to z důvodu vážného onemocnění pacienta.

### **Mobilita**

Pacient je schopen samostatného pohybu v rámci lůžka i mimo něj, ale v závislosti na diagnóze byl pacient ohodnocen jako částečně mobilní. Na pacientovi bylo během pozorování např. při chůzi vidět, že je schopný samostatné chůze, ale pokud byla možnost se něčeho přidržet, tak ji pacient využil.

### **Inkontinence**

Sestra se při celkovém vyšetřování pacienta zeptala na to, zda má potíže s močením či stolicí. Pacient udal pouze změnu barvy moči – tmavá a změnu barvy stolice – světlá. Pacient nyní užívá diuretikum – Furorese. Pacient byl tedy sestrou zhodnocen jako kontinentní.

Pacient po vyplnění a vyhodnocení škály Nortonové v elektronické dokumentaci vyšel Bez rizika vzniku dekubitů s bodovým hodnocením 27. Pacient vyšel v riziku pádu podle Morse a v riziku malnutrice vzhledem k závažnosti onemocnění.

## **9.2. Pacientka č. 2**

### **Co věděla příjmová sestra před celkovým posouzením stavu:**

Pacientka ročník 1943. Trpící DM II. na Inzulínové terapii. Stav po kolapsu pro hypoglykémii při přípravě na rektoskopii. Pacientka bude uložena na pokoj č. 9.

Dne 20. 2. 2019 byla plánovaně přijata 76 letá pacientka k přípravě na kolonoskopické vyšetření. Pacientka byla přijata s diagnózou Ulcerózní kolitida. Pacientka je hospitalizovaná ÚVN po několikáté. Začátek posouzení v 10:30, kdy pacientka po vpuštění na oddělení přišla na sesternu. Pacientka byla sestrou v denní službě zavedena na příslušný pokoj. Na pokoji byla pacientka ponechána a srozuměna s tím, že za chvíli dorazí příjmová sestra provést celkové posouzení v rámci příjmu. Před samotným posouzením byla pacientka dotázána příjmovou sestrou, zda pacientce nevádí přítomnost studentky. Pacientka s mojí přítomností souhlasila. Při vstupu na pokoj jsem se pacientce představila a sama jsem se znovu dotázala, zda jí nevádí, že budu přítomna u celkového posouzení. Pacientka

znovu souhlasila. Pokoj, na který byla pacientka uložena, je čtyřlůžkový. Pacientka byla uložena na postel u okna. K dispozici má noční stolek, šatní skříň. Z důvodu, že pacientka byla již v minulosti hospitalizována v ÚVN i přímo na tomto oddělení, tak se jí sestra zeptala, zda ví, že je zde k dispozici jídelna a sociální zařízení. Při příchodu na pokoj si pacientka ukládala své osobní věci a byla převlečena do své noční košile. Nejdříve sestra pacientku požádala o zvážení. Sestra se pacientky zeptala, zda v poslední době nenastal váhový úbytek. Pacientka uvedla, že naopak v minulosti nastal váhový příbytek a to z důvodu léčby kortikoidy. Nyní je pacientka neužívá, ale váha zůstala stále stejná. Váha předtím 58 kg a váha nyní 68 kg. Následovala otázka na výšku. Pacientka uvedla, že měří 153 cm. Sestra pokračovala otázkou na aktuální zdravotní stav (např. nachlazení). Pacientka uvedla, že před 14 dni prodělala akutní bronchitidu, která byla zaléčena Antibiotiky (dále jen ATB). Nyní udala pouze chronickou bolest velkých kloubů. V souvislosti s nedávným užíváním ATB se příjmová sestra zeptala na alergie. Pacientka uvedla, že je alergická na Klacid, Biseptol, Penicilin). Další otázka směřovala na používání kompenzačních pomůcek. Pacientka uvedla, že nosí brýle a má zubní protézu, kterou nyní nepoužívá. Příjmová sestra se zeptala na léky, které pacientka užívá. Pacientka si každý den aplikuje Inzulín. Obě pera předala sestře. Ostatní per os medikaci předala také. Od léku příjmová sestra přešla k otázce spánku. Pacientka uvedla, že problémy se spánkem nemá. Dále se sestra zeptala, zda pacientka neprodělala v poslední době úraz nebo pád. Pacientka uvedla, že ne. Následovala otázka na stav kůže. Pacientka uvedla, že problémy s kůží žádné nemá. Příjmová sestra zkontrolovala stav kůže na rukách a nohách. Příjmová sestra se ptala pacientky, jestli se u ní nevyskytly defekty na dolních končetinách. Pacientka byla dotázána sestrou, zda kouří a konzumuje alkohol. Pacientka uvedla, že kouřila 40 lety 10 cigaret denně. Posledních 10 let nekouří. Alkohol konzumuje příležitostně. Pacientka odpověděla, že s ničím takovým problémem zatím neměla. Následovala otázka na moč a stolicí. Pacientka uvedla, že problém s močí ani stolicí nemá. Poslední stolice dnes. Následovalo natočení EKG a změření tlaku. Při natáčení EKG sestra znovu zkontrolovala stav kůže na nohách a chodidlech. Jako poslední proběhlo seznámení se zařízením na ovládání lůžka a signalizačním zařízením. Pacientka,

ale sama uvedla, že už to zná z předchozích hospitalizací. Po uvedení všech zjištěných údajů a zapsání do záznamového archu příjmová sestra opouští pokoj. Na řadu přichází vyplnění zjištěných údajů do elektronické dokumentace.

### **Schopnost spolupráce**

Tato položka byla hodnocena na základě celkového posouzení. Pacientka je orientovaná, komunikuje, otázkám rozumí a odpovídá přiléhavě. Požadavků ze strany sestry vyhoví. Proto byla v této položce ohodnocena plným počtem bodů.

### **Věk**

Příjmová sestra měla k dispozici pacientky rok narození. Vzhledem k věku vyššímu 60 let byla pacientka ohodnocena 1 bodem.

### **Stav pokožky**

V této položce byla pacientka zhodnocena 4 body. Sestra se pacientky zeptala, zda nepozoruje změny na kůži, např. ekzémy, změny vlhkosti. Pacientka uvedla, že ne. Následně příjmová sestra provedla kontrolu stavu kůže na rukou a nohou. Při natáčení EKG provedla kontrolu i v oblasti hrudníku. Pacientka je zcela soběstačná a proto nebyla potřeba kontrolovat intimní oblasti. Vzhledem k přidruženému onemocnění DM II. typu byla pacientka dotázána, zda neprodělala v minulosti defekty v oblasti dolních končetin. Pacientka uvedla, že nikoliv.

### **Přidružená onemocnění**

V této položce byla pacientka ohodnocena 3 body. Důvodem tohoto hodnocení bylo, že pacientka trpí DM II. typu.

### **Fyzický stav**

V této položce byla pacientka ohodnocena 4 body. Pacientka je zcela soběstačná, denní úkony zvládá bez pomoci. To bylo hlavně patrné po příchodu na pokoj pacientky, kdy si sama uklidila osobní věci a převlékla se do své noční košile.

### **Stav vědomí**

Pacientka odpovídala na otázky přiléhavě. Byla orientována, a proto byl její stav vědomí ohodnocen plným počtem bodů.

### **Aktivita**

Pacientka je schopná samostatné chůze. Při chůzi neměla potřebu se přidržovat okolních věcí. Sestra proto pacientku zhodnotila jako chodící, tedy plným počtem bodů. Pacient je schopen se samostatně pohybovat, provádět úkon a úkol. Pacient byl schopen sám dojít z jídelny na pokoj. Přesun ze židle na lůžko provedl také samostatně. I přesto v této položce sestra zhodnotila pacienta jako chodícího s doprovodem a to z důvodu vážného onemocnění pacienta.

### **Mobilita**

Pacientka byla schopna samostatné pohybu v rámci lůžka při provádění EKG vyšetření. Proto byla u pacientky zhodnocena tato položka plným počtem bodů.

### **Inkontinence**

Tuto položku sestra zjišťuje přímou otázkou na pacienta. Pacientka uvedla, že s inkontinencí moči ani stolice problém nemá. Proto i tato položka byla ohodnocena plným počtem bodů.

Pacientka po vyplnění a vyhodnocení škály Nortonové v elektronické dokumentaci vyšla Bez rizika vzniku dekubitů s hodnocením 32 bodů. Zjištěné údaje z pozorování a dotazování sestrou jsem zanesla do záznamového archu. Pacientce v elektronické dokumentaci nevyšlo riziko v žádné oblasti.

## **9.3. Pacient č. 3**

### **Co věděla všeobecná sestra před celkovým posouzením stavu nemocného:**

Pacient ročník 1935 přijat k observaci po výkonu kolonoskopie. Sestra měla k dispozici Souhlas s kolonoskopií, pacientův štítek a krevní výsledky staršího data.

### **Popis průběhu celkového posouzení:**

Dne 21. 2. 2019 byl plánovaně přijat 89 letý pacient k observaci po kolonoskopii. Při kolonoskopii došlo k odstranění přisedlého polypu. Pacient byl přivezen sanitářkou v 9:35 na postel a rovnou zavezen na pokoj č. 10. Příjmová

sestra zadává pacienta do elektronické dokumentace, po zadání diagnózy lékařem. Jedná se o diagnózu Nezhoubný novotvar – rektosigmoideální spojení. Pacient je v ÚVN hospitalizován po několikáté. Před samotným posouzením byl pacient dotázán příjmovou sestrou, zda mu nevádí má přítomnost při celkovém posouzení stavu. Pacient s mojí přítomností souhlasil. Při vstupu na pokoj, jsem se pacientovi představila a sama jsem se znovu dotázala, zda mohu být přítomna u celkového posouzení. Pacient opět souhlasil. Posouzení pacienta začíná na pokoji č. 10 otázkou na nynější stav zdraví, zda pacient nepocituje bolest. Zda neměl v poslední době rýmu nebo kašel. Následuje otázka na alergie, ty pacient neguje. Příjmová sestra pokračuje s otázkou týkající se problémů se stolicí a močí. Pacient žádné problémy neudává. Následně příjmová sestra zjišťuje, zda má pacient s sebou nějaké léky. Pacient odpovídá, že počítal s propuštěním ještě tento den, tak s sebou žádné léky nemá. Následuje otázka na chuť k jídlu a váhový úbytek za poslední tři měsíce. Pacient udává chuť k jídlu dobrou. Váha se stále drží na stejném čísle podle pacienta. Pacient udává, že se váží pravidelně. Příjmová sestra přechází k otázce na pokožku a následně sama kontroluje její stav na rukou a nohou. Pacient neudává žádné změny na kůži, jako ekzémy, suchá kůže, dekubity. Následuje změření fyziologických funkcí, zvážení a otázka na pacientovu výšku. Následně pacient podepisuje Souhlas s hospitalizací. Příjmová sestra pacienta krátce seznamuje se signalizačním zařízením a ovládáním lůžka. Pacient je poučen, že nyní nesmí pít ani jíst. Pacientovi budou dovezeny osobní věci a léky příbuznými. Po otázce zda pacient něco nepotřebuje, odchází příjmová sestra z pokoje, zadat získané informace do elektronické dokumentace.

### **Schopnost spolupráce**

Tato položka byla hodnocena na základě celkového posouzení. Pacient je orientován místem, časem i osobou. Komunikuje, otázkám rozumí a odpovídá přiléhavě. Požadavkům ze strany sestry vyhoví. Proto byl v této položce pacient ohodnocen plným počtem bodů.

### **Věk**

Příjmová sestra měla k dispozici pacientův rok narození. Vzhledem k věku vyššímu 60 let byl pacient ohodnocen 1 bodem.

### **Stav pokožky**

V této položce byl pacient ohodnocen 4 body. Sestra se pacienta zeptala, zda nepozoruje změny na kůži, např. ekzémy, změny vlhkosti. Pacient uvedl, že ne. Následně příjmová sestra provedla kontrolu stavu kůže na rukou a nohou. Při provádění EKG vyšetření provedla kontrolu i v oblasti hrudníku. Pacient je zcela soběstačný a proto nebyla potřeba kontrolovat intimní oblasti.

### **Přidružená onemocnění**

V této položce byl pacient ohodnocen 4 body. Pacient nemá v lékařské zprávě žádné přidružené onemocnění, které by způsobovala zvýšené riziko v oblasti rizika vzniku dekubitů.

### **Fyzický stav**

V této položce byl pacient ohodnocen 4 body. Pacient je zcela soběstačný, denní úkony zvládá bez pomoci. Pacient při příjmu ležel na lůžku v rámci, kterého se pohyboval bez problému. Po dokončení příjmu se šel za doprovodu příbuzné projít po chodbě.

### **Stav vědomí**

Pacient odpovídal na otázky přiléhavě. Byl orientován, a proto byl pacientův stav vědomí ohodnocen plným počtem bodů a to 4 body.

### **Aktivita**

Pacient je schopen samostatné chůze. Při chůzi neměl potřebu se přidržovat okolních věcí. Sestra proto pacienta zhodnotila jako chodící, tedy plným počtem bodů. Pacient je schopen se samostatně pohybovat, provádět úkon a úkol. Pacient se odpoledne procházel po chodbě za doprovodu blízké osoby.

### **Mobilita**

Pacient byl schopen samostatného pohybu v rámci lůžka při provádění EKG vyšetření. Proto byl pacient ohodnocen plným počtem bodů.

### **Inkontinence**

Tuto položku sestra zjišťuje přímou otázkou na pacienta. Pacient uvedl, že s inkontinencí moči ani stolice problém nemá. Proto i tato položka byla ohodnocena plným počtem bodů.



Pacient po vyplnění a vyhodnocení škály Nortonové v elektronické dokumentaci vyšel Bez rizika vzniku dekubitů s hodnocením 33 bodů. Zjištěné údaje z pozorování a dotazování sestrou jsem zanesla do záznamového archu. Pacientovi v elektronické dokumentaci vyšlo nízké riziko pádu dle Morseho. Důvodem je stav po vyšetření a zavedena PŽK. V elektronické dokumentaci je doporučeno při riziku pádu postupovat dle směrnic ředitele.

#### **9.4. Pacientka č. 4**

##### **Co věděla příjmová sestra před celkovým posouzením stavu nemocného:**

Pacientka ročník 1944 po provedeném vyšetření ERCP přijata k observaci. Pacientka bude uložena na pokoj číslo 5. na stanici A.

Dne 21. 2. 2019 byla plánovaně přijata 75 letá pacientka k observaci po vyšetření ERCP. Pacientka byla přijata s diagnózou Karcinom hlavy pankreatu s metastázemi do jater. *Pacientka je hospitalizovaná ÚVN po několikáté. Začátek posouzení v 11:10, kdy byla pacientka přivezena na lůžku z vyšetření sanitářem.* Pacientka byla zavezena na pokoj č. 5. Pacientka byla srozuměna s tím, že za chvíli dorazí příjmová sestra, která provede celkové posouzení stavu v rámci příjmu. Před samotným posouzením byla pacientka dotázána příjmovou sestrou, zda pacientce nevádí přítomnost studentky. Pacientka s mojí přítomností souhlasila. Při vstupu na pokoj jsem se pacientce představila a sama jsem se znovu dotázala, zda jí má přítomnost neobtěžuje. Pacientka znovu souhlasila. Pokoj, na který byla pacientka uložena, je čtyřlůžkový. Pacientka byla uložena na postel u dveří. K dispozici má noční stolek, šatní skříň. Z důvodu, že pacientka byla již v minulosti hospitalizována v ÚVN i přímo na tomto oddělení, tak se ji sestra zeptala, zda ví, že je zde k dispozici jídelna a sociální zařízení. Při příchodu na pokoj pacientka ležela v poloze na levém boku. Pacientka si ihned stěžovala na bolest, a proto byla hned zavolána všeobecná sestra, která bude mít pacientku tento den na starosti. Všeobecná sestra následně pacientce donesla čípek proti bolesti dle ordinace lékaře, který si pacientka zavedla po našem odchodu. Příjmová sestra se nejdříve dotázala na aktuální stav zdraví. Pacientka uvedla, že od rána pociťuje bolest žaludku. Poslední měsíc bez nachlazení. Pacientka dále uvedla, že ji svědí kůže. Pacientka užívá kortikoidy. Léky s sebou nemá. Po této

informaci zkontrolovala příjmová sestra stav kůže pacientky. Ruce a hrud' má pacientka posetou začervenalými pupínky. Podobnější kontrola kůže proběhla při provádění EKG vyšetření. Příjmová sestra pokračovala s otázkami, týkající se vylučování. Pacientka uvedla, že inkontinencí netrpí. Pacientka uvedla, že barva moři je hodně tmavá. Barva stolice normální. Následovala otázka na kompenzační pomůcky. Pacientka používá brýle na čtení. Následovaly otázky týkající se váhy, výšky a chuti k jídlu. Pacientka uvedla, že za poslední 3 měsíce byl váhový úbytek +/- 5 kg. Na posledy se pacientka vážila minulý týden. Pacientka uvedla, že měří 166 cm. Chuť k jídlu žádná. Pacientka převážně konzumuje kašovitá jídla a popíjí Nutridrinky – 1 maximálně 2 denně. Nejdříve sestra pacientku požádala o zvážení. Sestra se pacientky zeptala, zda v poslední době nenastal váhový úbytek. Příjmová sestra pokračovala otázkou ohledně bydlení. Pacientka uvedla, že žije sama a dlouhou chůzi moc dobře nezvládá. Na otázku týkající se alergií, pacientka odpověděla, že je alergická na sluneční paprsky. Příjmová sestra se zeptala na kvalitu spánku. Pacientka uvedla, že spí špatně a často se budí. Příjmová sestra pokračovala vyšetřením EKG, kdy podrobněji zkontrolovala znovu stav pokožky. Pacientky se dotázala na umístění bolesti břicha. Při kontrole stavu pokožky byly vidět četné modřiny na kůži. Příjmová sestra se proto zeptala, zda pacientka neprodělala v poslední době úraz nebo pád. Pacientka uvedla, že ne. Následovalo změření fyziologických funkcí. Pomohli jsme pacientku zvážit. Váha ukázala 43 kg. Pacientka tedy od září zhubla 9 kg. Pacientce jsme následně pomohli se převléknout do vlastního pyžama. Pacientčiny věci jsme uložily do skříně. Příjmová sestra pacientku seznámila se signalizačním zařízením a ovládáním lůžka. Také pacientce pověděla rozložení oddělení. Nakonec pacientka vyplnila a podepsala Souhlas s hospitalizací. Pacientka byla dotázána sestrou, zda kouří a konzumuje alkohol. Pacientka uvedla, že kouřila před 37 lety 5 cigaret denně. Pacientky jsme se dotázaly, zda nepotřebuje s něčím pomoc. Pacientka uvedla, že nyní ne. S příjmovou sestrou opouštíme pokoj a odcházíme zadat získané informace do elektronické dokumentace.

### **Schopnost spolupráce**

Tato položka byla hodnocena na základě celkového posouzení. Pacientka je orientovaná místem, časem i osobou. Komunikuje, otázkám rozumí a odpovídá

přiléhavě. Požadavků ze strany sestry vyhoví. Proto byla v této položce ohodnocena plným počtem bodů – 4 body.

### **Věk**

Příjmová sestra měla k dispozici pacientky rok narození. Vzhledem k věku vyššímu 60 let byla pacientka ohodnocena 1 bodem.

### **Stav pokožky**

V této položce byla pacientka zhodnocena 4 body. I přesto, že na pokožce pacientky je přítomna vyrážka. Dle příjmové sestry nemá pacientka kůži ani suchou ani vlhkou a ekzém není způsobený alergií. Proto je v této položce zaškrtnuto stav pokožky normální. Pacientka dále neuvedla žádné jiné změny na kůži. Příjmová sestra provedla kontrolu stavu kůže na rukou a nohou. Při natáčení EKG provedla kontrolu i v oblasti hrudníku. Pacientka je převážně soběstačná a proto nebyla potřeba kontrolovat intimní oblasti.

### **Přidružená onemocnění**

V této položce byla pacientka ohodnocena nejnižším možným počtem bodů – 1 bod. Důvodem je nádorové onemocnění.

### **Fyzický stav**

V této položce byla pacientka ohodnocena 3 body. Pacientka je převážně soběstačná. Z důvodu závažného onemocnění není pacientka schopna dlouhé chůze. Při vstávání je potřeba opora druhé osoby. Úkony v rámci lůžka zvládá bez pomoci.

### **Stav vědomí**

Pacientka odpovídala na otázky přiléhavě. Byla orientována, a proto byl její stav vědomí ohodnocen plným počtem bodů – 4 body.

### **Aktivita**

Pacientka není schopná samostatné chůze. Při posuzování sama řekla, že není schopna dlouhé chůze. Při vstávání byla nutná opora druhé osoby. Příjmová sestra proto pacientku zhodnotila jako chodící s pomocí – 3 body.

### **Mobilita**

Pacientka pociťovala bolest, a proto byl pohyb v rámci lůžka částečně omezen. Pacientka byla ohodnocena 3 body.

### **Inkontinence**

Tuto položku sestra zjišťuje přímou otázkou na pacienta. Patientka uvedla, že s inkontinencí moči a stolice problém nemá. Proto i tato položka byla ohodnocena plným počtem bodů. Patientka pouze udala změnu barvy moči. Barva stolice normální. V této položce byla pacientka ohodnocena plným počtem bodů – 4 body.

Pacientka po vyplnění a vyhodnocení škály Nortonové v elektronické dokumentaci vyšla Bez rizika vzniku dekubitů s hodnocením 27 bodů. Zjištěné údaje z pozorování a dotazování sestrou jsem zanesla do záznamového archu. Pacientce v elektronické dokumentaci vyšlo vysoké riziko pádu dle Morseho stupnice. Patientka z důvodu svého závažného onemocnění vyšlo riziko Malnutrice. Proto byla odeslána elektronickou cestou žádost o vyšetření nutričním terapeutem. Pacientce byl založen záznamový arch na sledování příjmu potravy.

## **9.5. Pacient č. 5**

### **Co věděla všeobecná sestra před celkovým posouzením stavu nemocného:**

Pacient ročník 1949 přijat cestou Emergency pro celkové zhoršení stavu a elevaci jaterních enzymů. K dispozici byla ambulantní zpráva z Emergency a z psychiatrické ambulance.

### **Popis průběhu celkového posouzení:**

Dne 21. 2. 2019 byl cestou z Emergency přijat 70 letý pacient s diagnózou dekompenzace jaterní cirhózy. Pacient byl přivezen na oddělení ve 12:45 na lůžku a rovnou zavezen na pokoj č. 4. na stanici A. Před samotným posouzením byl pacient dotázán příjmovou sestrou, zda mu nevádí má přítomnost při celkovém posouzení stavu. Pacient s mojí přítomností souhlasil. Před vstupem na pokoj jsme si s příjmovou sestrou navlékly rukavice a ústenku. Při vstupu na pokoj, jsem se pacientovi představila a sama jsem se znovu dotázala, zda mohu být přítomna u celkového posouzení. Pacient opět souhlasil. Posouzení pacienta začíná na pokoji otázkou na trvalé bydliště. Pacient udává, že převážně bydlí na Praze 6. Příjmová sestra pacienta seznamuje se zařízením pokoje, se signalizačním zařízením a s ovládáním lůžka. Následuje otázka týkající se alergií. Pacient žádné neudává. Příjmová sestra pokládá otázku na aktuální stav zdraví. Při pozorování pacienta je jasné, že má kašel. Pacient udává, že vykašlává hleny.

Pacient se při komunikaci zadýchává. Příjmová sestra pokračuje otázkou týkající se výšky a váhy. Pacient neví. S pomocí pacienta zvedáme z lůžka a snažíme se ho přidržet na váze. Pacientovi se podlamují nohy a bez opory nedokáže chvíli stát. Pacient udává, že zhubl, ale chuť k jídlu má prý dobrou. Příjmová sestra kontroluje stav kůže na hrudi a zádech. Pacient má velmi suchou kůži. Na pacientově kůži jsou přítomny hematomy. Proto následuje otázka na úrazy a pády v minulosti. Pacient přiznává, že občas padá. Také udává, že některé modřiny si způsobí sám tím, že se například silně chytne své ruky. Problémy s močí a stolicí neudává. Sám zavádí řeč na své nohy, které ho bolí. Příjmová sestra provádí kontrolu nohou. Nohy jsou oteklé. Bolest je dle pacienta tupá a ohodnocena VAS 2. Pacient přiznává, že doma hodně sedí. Doma má k dispozici francouzské hole a chodítko. Kompenzační pomůcky mu sehnal jeho syn. Pacient nebyl tedy vyšetřen lékařem. Pacient dále používá brýle na čtení. Příjmová sestra kontroluje intimní oblasti. Nachází lehké začervenání v oblasti sacra. Dále je zjištěna lehká inkontinence. Pacient má plenkové kalhotky. Pacient neudává žádná jiná onemocnění. Léky žádné nebere. Pacient je rámcově orientovaný a odpovídi v relaci dotazu. Příjmová sestra se proto pacienta ptá na konzumaci alkoholu. Pacient zásadně odmítá, že by byl alkoholik. Udává, že pije pouze 2 panáky tvrdého alkoholu denně. Pacientovi je změřen obvod paže. Při pozorování pacienta je zřejmý třes rukou. Příjmová sestra provádí EKG vyšetření a měří FF. Příjmová sestra se pacienta dotazuje na údaje na kontaktní osobu. Pacient poskytuje potřebné informace. Následně podepisuje Souhlas s hospitalizací. Z důvodu vyskytujících se defektů na kůži je důležitá jejich fotodokumentace. Tu provádí příjmová sestra za přítomnosti staniční sestry a všeobecné sestry, která bude mít pacienta na starosti. Pacientovi jsme pomohly s uložením osobních věcí. Po získání potřebných informací odchází příjmová sestra zadat získané informace do elektronické dokumentace. Do elektronické dokumentace je důležité nahrát fotky defektů a hlavně všechny defekty vypsat a popsat je.

### **Schopnost spolupráce**

Tato položka byla hodnocena na základě celkového posouzení. Pacient byl v této položce sestrou ohodnocen 3 body. Pacient byl rámcově orientovaný. Na většinu položených otázek odpověděl přiléhavě.

## Věk

Příjmová sestra měla k dispozici pacientův rok narození. Vzhledem k věku vyššímu 60 let byl pacient ohodnocen 1 bodem.

## Stav pokožky

V této položce byl pacient ohodnocen nejnižším počtem bodů – 1 bod. Kůže pacienta byla velmi suchá. Na ruku pacienta se vyskytovala četné hematomy. Příjmová sestra provedla, důkladnou kontrolu kůže vleže a ve stoje. Provedla i kontrolu intimních oblastí. V oblasti gluteální rýhy byla přítomná malá ragáda. Všechny tyto defekty byly vyfoceny a popsány do elektronické dokumentace

Popis defektů:

- Druh rány: hematomy  
Lokalizace, velikost: PHK – od lokte až po konečky prstů  
Povaha rány, exudát, zápach: nekrvácející, mírně bolestivé  
Okolí rány: zarudlé, hojící se hematomy  
Převaz: kontrola stavu pokožky, mast (Hiruroid)
- Druh rány: odřenina – vznik doma  
Lokalizace, velikost: LHK – loket  
Povaha rány, exudát, zápach: nekrvácející, mírně bolestivé  
Okolí rány: zarudlé  
Převaz: ponecháno volně
- Druh rány: hematomy  
Lokalizace, velikost: LDK – koleno, 1x1 cm  
Povaha rány, exudát, zápach: nekrvácející, mírně bolestivé  
Okolí rány: klidné  
Převaz: mast (Hiruroid)
- Druh rány: ragáda v gluteální rýze

Lokalizace, velikost: gluteální rýha, 10x10 cm

Povaha rány, exudát, zápach: nekrvácející, bez sekrece, mírně bolestivé

Převaz: ponecháno volně, kontrola stavu + častá hygiena, výměna plen

Veškeré defekty vznikly doma.

### **Přidružená onemocnění**

V této položce byl pacient ohodnocen 2 body. Pacient je kachektický.

### **Fyzický stav**

V této položce byl pacient ohodnocen 3 body. Pacient je v rámci lůžka převážně soběstačný. Vstát z lůžka zvládne pouze s oporou. Ve stoje bez opory nevydrží a s oporou pouze chvíli. Pacient se celý třese a podlamují se mu kolena.

### **Stav vědomí**

Pacient byl v této položce ohodnocen 3 body. Pacient byl rámcově orientovaný a většinou odpovídal přiléhavě.

### **Aktivita**

Pacient není schopen samostatné chůze. Sestra proto pacienta ohodnotila jako ležícího, tedy nejnižším počtem bodů – 1 bod. V rámci lůžka se pacient dokáže pohybovat. Podá si věci ze stolku.

### **Mobilita**

Pacient je převážně schopen samostatného pohybu v rámci lůžka. Proto byl pacient ohodnocen 3 body.

### **Inkontinence**

Tuto položku sestra zjišťuje přímou otázkou na pacienta. Pacient uvedl, že s inkontinencí moči ani stolice problém nemá. Při kontrole intimních míst bylo jasné, že inkontinence moči je občasná. Pacient byl tedy ohodnocen 3 body.

Pacient po vyplnění a vyhodnocení škály Nortonové v elektronické dokumentaci vyšel ve středním riziku vzniku dekubitů s hodnocením 20 bodů. Zjištěné údaje z pozorování a dotazování sestrou jsem zanesla do záznamového archu. Prevence dekubitů dle standardů nemocnice. Pacientovi bude poskytnuta Antidekubitní matrace, polohování a častá hygiena a kontrola defektů. Pacientovi v elektronické dokumentaci vyšlo vysoké riziko pádu Morseho. V elektronické

dokumentaci je doporučeno při riziku pádu postupovat dle směrnic ředitele.  
V hodnocení základních všedních činností podle Barthelové vyšel pacient jako  
vysoce závislý s 20 body.

Ukončení posouzení ve 14:15.



## Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo podrobně popsat průběh posouzení rizika vzniku dekubitu v ÚVN při příjmu pacienta.

Při zpracování svého výzkumu jsem nedohledala v české literatuře žádné podobné výzkumy, a proto nemohu s ničím porovnávat. Zahraniční literatura jen na tom podobně. Výzkumy, které se týkají rizika vzniku dekubitu, jsou nejčastěji orientované na validitu hodnotících škál. Slovo validita znamená platnost, právoplatnost něčeho. Důležité také je, aby škály byly reliabilní. Slovo reliabilita znamená spolehlivost výzkumné metody nebo techniky. Oba tyto pojmy jsou pro hodnotící škály důležité. Mezi nejčastěji testované škály patří škála Bradenové, škála Nortonové a škála Waterlowové. Ve své bakalářské práci jsem pro výzkum použila modifikovanou škálu Nortonové. Modifikovaná škála Nortonové je v ČR nejvíce používání. Tato škála vznikla v roce 1962 pro hodnocení rizika na oddělení dlouhodobě nemocných. V ČR byli prozatím testované pouze škála Bradenové, Nortonové a Waterlowové. Ze zahraničních výzkumů jasně vyplývá, že nejlépe vychází škála Bradenové, následována modifikovanou škálou Nortonové. Naopak z výzkumu, provedeném Šatekovou a kol. v roce 2014 na Slovensku, se umístila první rozšířená škála Nortonové a za ní škála Bradenové. Na závěr výzkumu bylo apelováno na další testování daných škál v českém klinickém prostředí.

V souvislosti s akreditací nemocnic se objevila potřeba objektivizace ošetrovatelského posouzení, a tedy i škál, které by tuto objektivizaci umožnily. Posuzování rizika vzniku dekubitů je důležité pro včasnou prevenci a možnosti předcházet vzniku dekubitů. V 21. Století jsou dekubity stále velký problém. Léčba dekubitu je vysoce ekonomicky náročná. Na druhé straně pro pacienta je i velmi psychicky náročná a bolestivá. Dekubity jsou indikátorem ošetrovatelské péče. Jedná se o ukázkou toho, zda sestra plní preventivní opatření, např. i u pacienta, který nevyšel v riziku vzniku dekubitu. To, že pacient nevyjde v riziku vzniku dekubitu, neznamená, že jím není ohrožen. Při používání hodnotících škál, je důležitý klinický úsudek sester. V rámci toho jsou sestry školeny v rámci workshopu, seminářů, apod. Jedná se o celoživotní vzdělávání. Léčba dekubitů se

posouvá dále. Vznikají nové a nové léčebné prostředky. Proto je důležitý sběr dat o dekubitech.

Dekubity jsou hlášeny jako NU a posílány do Centrálního systému NU. Popis toho, jak má vypadat zápis NU je sepsán v Metodickém pokynu zpracovaným Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. Jako nežádoucí událost se hlásí jak vzniklý dekubitus přímo na oddělení, tak i dekubitu, s kterým pacient přišel z domova nebo jiného zdravotnického či sociálního zařízení. Mezi základní informace patří datum nahlášené události, stav, identifikátor a typ NU. Dále je důležitý název zdravotnického zařízení a pracoviště, kde dekubitus vznikl. Dále musí být součástí přesným popis NU, okamžité řešení, preventivní opatření, závěr a popřípadě další informace. Dále jsou součástí hlášení NU informace o pacientovi, úroveň poškození, výkon, soběstačnost pacienta a spolupráce, psychický stav, nutriční stav dle BMI a předchozí postižení, komplikace zdravotního stavu. Dále se jako NU hlásí, pokud je dekubitus důsledkem hospitalizace. Zde se opět vyplňují potřebné informace. Hlášení v ÚVN dříve probíhala každou poslední středu v měsíci. Nyní probíhá každé tři měsíce a opět poslední středu. (Pokorná a kol. 2017).

Cílem této bakalářské práce bylo podrobně popsat průběh posouzení pacienta všeobecnou sestrou. Dílčími cíli bylo zjistit, jak sestra chápe jednotlivé položky a zda jí přijdou, některé položky špatně interpretované. Příjmová sestra, kterou jsem stopovala má za sebou více jak 20 letou praxi a jednotlivé položky chápe dobře. Podrobně jsou jednotlivé položky popsány v Metodickém návodu č. 9/2018 zpracovaným ÚVN. Dílčím cílem č. 2 bylo zjistit, s jakým typem hodnotící škály sestra pracuje. Jak již bylo zmíněno výše, v ÚVN je používání modifikovaná škála Nortonové. Dílčím cílem č. 3 bylo, kdy dochází k posuzování rizika vzniku dekubitu. Posouzení rizika vzniku dekubitu, je součástí celkového příjmu pacienta v rámci příjmu na oddělení. K posouzení dochází nejčastěji ihned po příjmu pacienta na oddělení. Dle mého je důvodem to, že zde na oddělení je funkce příjmové sestry, která zajišťuje příjmy, propouštění a překlady pacientů. Nejpozději by mělo dojít k posouzení pacienta do 12 hodin od přijetí. Dílčím cílem č. 4 bylo, jakým způsobem se zjištěná rizika zaznamenávají do dokumentace. Nemocnice ÚVN má propracovanou elektronickou dokumentaci a

proto se při příjmu pacienta, nic nezaznamenává do papírové dokumentace. Sestra má k dispozici záznamový arch, který si vytvořilo samo oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu. Na záznamovém archu jsou poznamenány položky, na které se sestra nesmí zapomenout zeptat. Po celkovém posouzení pacienta sestra odchází na sesternu k počítači, kam vše zaznamenává. Ve své práci nemám daného pacienta, který by byl přehodnocován v riziku vzniku dekubitu. K přehodnocování dochází při zhoršení zdravotního stavu pacienta a každý 7 den hospitalizace. Přehodnocování sestra provádí u počítače na sesterně na základě informací, které o pacientovi získala během ošetrovatelské péče. Nebo na základě informací získaných od ostatních sester nebo nižšího zdravotního personálu. Posledním dílčím cíle bylo zjistit, zda sestra provádí posouzení pacienta sama nebo s druhou osobou. Posouzení pacienta s druhou osobou se provádí při těžkém zdravotním stavu pacienta, nebo pokud pacient má již vzniklý dekubitus. Kontrolu provádí staniční sestra a vzniklý dekubitus také hlásí jako NÚ. U pacienta, který má již vzniklý dekubitus, je nutné provést fotodokumentaci. Pořízené snímky se následně nahrají do elektronické dokumentace. Dále je nutný podrobný popis rány a způsob léčby.

Do záznamového archu, který byl vytvořen pro potřeby mé bakalářské práce, jsem zanášela odpovědi, které zvolila příjmová sestra v elektronické dokumentaci. Následně jsem se doptávala, proč zvolila zrovna tuto položku. Největší problém příjmová sestra vidí u položky stav kůže. V této položce jsou na výběr následující body a to kůže normální, alergická, vlhká a suchá. Příjmová sestra položila otázku, co že je vlastně alergická kůže. V této položce sama, jako studentka vidím problém.

Dále jsem do záznamového archu zanášela časový údaj začátku a konce posouzení. Samotné posouzení dle rozšířené škály Nortonové není časově náročné. Ve většině případů posouzení trvá méně než 5 minut. Jelikož je posouzení rizika vzniku dekubitu, prováděné v rámci celkového posouzení, byly časové údaje delší. U pacienta č. 5 trvalo celkové posouzení 1,5 hodiny. Nejvíce časově náročné je zapsání a popsání dekubitů do elektronické dokumentace. Po skončení celkového posouzení a zanesení do elektronické dokumentace, jsem poprosila příjmovou sestru, zda by pro pacienta vyplnila i škálu Bradenové.

Posouzení dle škály Bradenové trvalo více než 5 minut. Posouzení dle Bradenové jsem do své bakalářské práce nezařadila. Jelikož tato škála není pro sestry příliš známa a neznají vysvětlení jednotlivých položek. Proto vidím škálu Nortonové, z časových důvodů jako vyhovující měřicí nástroj. Avšak by byla přínosná například změna některých položek či její doplnění o některé položky.

## 10. Závěr

Tato bakalářská práce měla za cíl podrobně popsat průběh hodnocení rizika vzniku dekubitu sestrou pomocí hodnotící škály v ÚVN. Jako hodnotící škála byla použita rozšířená škála podle Nortonové. Práce byla rozdělena na teoretickou část a praktickou. Teoretická část práce seznamuje s tím, co dekubitus je, jaké jsou příčiny vzniku dekubitu, jaká je prevence v předcházení vzniku dekubitu nebo zajištění zmírnění tlaku při již vzniklém dekubitu. Dále popisuje jednotlivé hodnotící škály, kdy nejvíce je popsána rozšířená škála Nortonové a škála Bradenové. Důležité bylo také popsat léčbu dekubitů a v neposlední řadě celoživotní vzdělávání sester v této problematice a hlášení dekubitu na národní úrovni. V praktické části jsou popisovány cíle práce, metodologii provádění výzkumu a je zde podrobný popis jednotlivých posouzení u 6 pacientů. Výsledky bakalářské práce byly shrnuty v diskuzi. Z výsledku této bakalářské práce by nebylo na škodu, pokud by došlo k přepracování některých položek či k přidání položek nových do rozšířené škály Nortonové.

## 11. Seznam použité literatury

1. ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání. *ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání* [online]. Copyright © [cit. 06. 01. 2019]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/>
2. Dekubity.eu, *Ošetřování*[online].[cit. 14. 03. 2019]. Dostupné z: <http://www.dekubity.eu/informace-pro-verejnost/osetrovani/>
3. DOBROVODSKÁ, L. *Jak dobré jsou důkazy pro využívání hodnocení rizika k prevenci vzniku dekubity?* Florence (Praha). 2012, roč. 8, č. 4, s. 18 – 21. ISSN: 1801-464X.
4. DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
5. HOUFKOVÁ, L. *Sestra: Odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Strategie Praha, 1991 – 2014. 2006, roč. 16, Mimořádná příloha 10 (Hojení ran/2), s. 4. ISSN: 1210-0404.
6. Judy – waterlow.co.uk[online]. ©2005-2007[cit. 06. 01. 2019]. Dostupné z: [http://www.judy-waterlow.co.uk/waterlow\\_score.htm](http://www.judy-waterlow.co.uk/waterlow_score.htm)
7. KUBÁTOVÁ, L. *Vzdělávání personálu ÚVN V Praze v oblasti prevence dekubitů*. Florence (Praha). 2015, roč. 11, č. 1-2, s. 30-31. ISSN: 1801-464X.
8. MANDYSOVÁ, P. – EHLER, E. – TREJBALOVÁ, L. The Czech version of the Braden Scale: the translation method and inter-rater reliability In *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012[cit. 08. 01. 2019]., vol. 2, no. 4, pp. 137–142. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-4/ceska-verze-skaly-bradenove-metodika-prekladu-a-shodamezi-posuzovateli>.
9. MIKULA, J.; MÜLLEROVÁ N.. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. *Sestra* (Grada). ISBN 978-80-247-2043-2.
10. NPUAP, *NPUAP Pressure injury stage*[online]. 2016[cit. 14. 03. 2019]. Dostupné z: <https://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>

11. OTRUBA, P. Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa. 2015, roč. 18, č. 2, s. 61-68. ISSN: 1211-9326
12. PEJZNOCHOVÁ, I. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2682-3.
13. POKORNÁ, A., ŠTROMBACHOVÁ, V., BŮŘILOVÁ, P., DOLANOVÁ, D., Centrální systém hlášení nežádoucích událostí. Metodika nežádoucí událost. DEKUBITUS[online]. Verze 01/2017 [cit. 16. 05. 2019]. Dostupné z: [https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke\\_dokumenty/Dekubity\\_plna\\_verze.pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/Dekubity_plna_verze.pdf)
14. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ R. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3371-5.
15. POLÁKOVÁ, H. Léčba ran: odborný časopis určený pro lékaře, farmaceuty a nelékařské zdravotnické pracovníky. 2016, roč. 3, č. 4, s. 4-5. Praha: Vzdělávání In, 2014-. ISSN: 2336-520X
16. Prevention Plus, Home of the Braden Scale[online]. ©2016[cit. 06. 01. 2019]. Dostupné z: <http://bradenscale.com/>
17. SMAŽÁKOVÁ, V. *Ležící nemocný a dekubity*. Praha, 1990. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta.
18. SURIADI, SANADA H., SUGAMA J., THIGPEN B., SUBUH M., *Development of a new assessment scale for predicting pressure ulcers in an intensive care unit*. Nursing in Critical Care. 2008, roč. 13, č. 1. s-34–43. PubMed
19. ŠATEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K., ZELENÍKOVÁ, R. Predictive validity of the Braden scale, Norton scale and Waterlow scale in Slovak Republic. Central European Journal of Nursing and Midwifery. [online]. 2015, roč. 6, č. 3, s. 283-290 [cit. 15. 02. 2019]. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2015-03/17-satekova-ziakova-zelenikova.pdf>
20. ŠATEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K. Ošetřovatelský výzkum a praxe založená na důkazech. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě,

- Lékařská fakulta, [2016]. 2016, s. 214-220. ISBN: 978-80-7464-826-7 (brožováno).
21. TÝM SPECIALISTEK PRO PÉČI O RIZIKOVÉ PACIENTY, *Prevence proleženin*[leták]. ÚVN Praha, rok neuveden
  22. ULRYCH, O. Léčba ran: odborný časopis určený pro lékaře, farmaceuty a nelékařské zdravotnické pracovníky. 2016, roč. 3, č. 3, s. 7-8 Praha: Vzdělávání In, 2014-. ISSN 2336-520X
  23. VACKOVÁ, K *Proleženiny: léčba závisí na stupni dekubitu*[online].Vitalia: ©2009-2019[cit. 14. 5. 2019]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/prolezeniny-lecba-zavisi-na-stupni-dekubitu/>
  24. WIRTHOVÁ, V. Péče o pacienta s dekubity. In VYTEJČKOVÁ, R. a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3421-7.



## 12. Seznam zkratk

ČR	Česká republika
DM II. stupně	Diabetes Mellitus II. Stupně
EKG	Elektrokardiografické vyšetření
FF	Fyziologické funkce
Hg	Rtuť
LHK	Levá horní končetina
LDK	Levá dolní končetina
mm	Milimetr
NÚ	Nežádoucí událost
PHK	Pravá horní končetina
PŽK	Periferní žilní katétr
RHB	Rehabilitace
USA	Spojené státy americké
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
WC	Toaleta

## 13. Seznam příloh

### Příloha č. 1: Záznamový arch autorky práce

Jméno posuzovatele:  
Zahájení posouzení:  
Ukončení posouzení:

#### ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ

Poznámky:

Pacient: Oddělení:

Pohlaví: Diagnóza:

Narození: Počet dní hospitalizace:

#### Rozšířená klasifikace dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
Úplná	< 10	Normální	Žádné	Dobrý	Bdělý	Chodí	Úplná	Není	4
Malá	10 - 30	Alergie	DM, TT	Zhoršený	Apatický	Chodí s pomocí	Částečná	Občas	3
Částečná	30 - 60	Vlhká	Anémie, kachexie	Špatný	Zmatený	Sedačka	Velmi omezená	Moč	2
Žádná	> 60	Suchá	Kachexie	Velmi špatný	Bezvědomí	Ležící	Žádná	Moč, stolice	1

Zdroj: MZČR. Věstník 6/2009. Praha 2009. [online]. [cit. 28.1.2019].  
Dostupné z [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c\\_3628\\_1779\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3628_1779_11.html)

#### Bodové hodnocení:

**Bodové hodnocení:** Nad 25 bodů Bez rizika  
25 – 24 bodů Nizké riziko  
23 – 19 bodů Střední riziko  
18 – 14 bodů Vysoké riziko  
13 – 19 bodů Velmi vysoké riziko

#### Celkové bodové hodnocení:

Při výsledku < 25bodů riziko vzniku dekubitů – nutná intervence