

# Dekubity – následek nesprávné ošetrovatelské péče

Šárka Bachanová

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Šárka Bachanová**

Osobní číslo: **H13831**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Dekubity – následek nesprávné ošetrovatelské péče**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury k tématu bakalářské práce.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti problematiky dekubitů.**

**Příprava metodiky průzkumné části.**

**Realizace průzkumu kvantitativní metodou dotazníkového šetření.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

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

**NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. Přehled anatomie. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.**

**ROMANELLI, Marco, Michael CLARK, George CHERRY, Denis COLIN a Tom DEFLOOR. Science and practice of pressure ulcer management. London: Springer, c2006. 214 p. ISBN 978-1-85233-839-8.**

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **13. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016

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



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně .....9.2.16.....

.....Bacharova.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetřování dekubitů u pacientů, u nichž defekt vznikl následkem nesprávné ošetrovatelské péče. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část zahrnuje informace o vzniku a hodnocení dekubitů, o druzích hodnotících škál, o predilekčních místech, ale také o následné léčbě a důležité prevenci. V této části je také nastíněna léčba jak moderní, v podobě vlhkého hojení ran či klasického suchého ošetření. Součástí jsou také různé druhy pomůcek k zabránění vzniku dekubitů. Praktická část je složena z dotazníku, pomocí něhož chci zjistit úroveň ošetřování dekubitů v nemocničním prostředí a v organizacích domácí péče. Cílová oddělení, která byla pro tento výzkum oslovena, jsou hlavně oddělení interního a chirurgického typu a léčebny dlouhodobě nemocných. Další skupinou jsou organizace domácí péče jako Charita a Zdislava ve Veselí nad Moravou. Respondenti jsou všeobecné sestry s minimálně dvouletou praxí u lůžka.

Pomocí této práce bych chtěla zjistit, jak jednotlivá pracoviště o tyto defekty pečují a jakou léčbu preferují.

**Klíčová slova:** dekubitus, hojení ran, prevence, výživa, léčba

## **ABSTRACT**

This thesis deals with the treatment of pressure ulcers in patients whose defect was a result of improper nursing care. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part includes information about the creation and evaluation of pressure ulcers, the types of evaluation scales, a predilection sites, but also subsequent treatment and the importance of prevention. This part is also mentioned as the treatment advanced in the form of moist wound healing or treatment of classical dry. Also included are various kinds of devices to prevent pressure sores. The practical part consists of a questionnaire, which I want to determine the level of treatment of pressure ulcers in hospitals and home care organizations. Target department, who was approached for this research are mainly internal and surgical departments type and hospice. Another group home care organizations like Caritas and Zdislava in Veseli nad Moravia. Respondents are nurses with at least two years' experience at the bedside.

Using the work I wanted to find out how individual sites of these defects care and what treatment they prefer.

Keywords: pressure ulcer, wound healing, prevention, nutrition, therapy

Děkuji paní PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za její vedení, odbornost, trpělivost a cenné informace při zpracování bakalářské práce. Poděkování patří i všem respondentům za vyplnění dotazníku a vrchním sestřám, které mi dotazníkové šetření umožnili.

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

*„Tajemství úspěchu v životě není dělat, co se nám líbí, ale nalézt zalíbení v tom, co děláme.“*

*Thomas Alva Edison*



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KŮŽE</b> .....	<b>13</b>
1.1 ANATOMIE.....	13
1.2 FYZIOLOGIE KŮŽE.....	14
<b>2 DEKUBITY</b> .....	<b>15</b>
2.1 KLASIFIKACE DEKUBITŮ.....	15
2.2 ETIOLOGIE VZNIKU DEKUBITŮ.....	16
2.3 VÝSKYT DEKUBITŮ.....	17
2.4 DEKUBITÁRNÍ NEMOC.....	18
2.5 ŠKÁLY HODNOTÍCÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ.....	18
2.5.1 Škála podle Nortonové.....	19
2.5.2 Škála podle Bradenové.....	19
2.5.3 Škála podle Waterlowa.....	19
2.5.4 Škála podle Shannon.....	19
2.5.5 Škála podle Knolla.....	20
2.6 DOKUMENTACE DEKUBITŮ.....	20
2.7 TERAPIE DEKUBITŮ.....	21
2.7.1 Konzervativní léčba dekubitů.....	21
2.7.2 Chirurgická léčba dekubitů.....	21
2.8 OŠETŘOVÁNÍ DEKUBITŮ V JEDNOTLIVÝCH STADIÍCH.....	21
<b>3 RÁNY</b> .....	<b>23</b>
3.1 FÁZE HOJENÍ RAN.....	23
3.2 HODNOCENÍ SPODINY RÁNY – TIME.....	24
3.3 DÉBRIDEMENT RÁNY.....	25
3.4 METODY HOJENÍ RAN.....	26
3.4.1 Klasické hojení ran.....	26
3.4.2 Vlhké hojení ran.....	27
3.4.3 Výběr terapeutického krytí na ránu.....	27
3.5 MATERIÁLY PRO HOJENÍ RÁNY.....	27
3.5.1 Oplachové roztoky a laváže.....	27
3.5.2 Materiály klasického hojení.....	29
3.5.3 Materiály pro vlhké hojení.....	29
3.6 PODTLAKOVÁ TERAPIE V LÉČBĚ CHRONICKÉ RÁNY.....	32
<b>4 OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE</b> .....	<b>34</b>

4.1	KOMPETENCE SESTRY PŘI OŠETŘOVÁNÍ RÁNY.....	34
4.2	PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ .....	34
4.2.1	Polohování pacienta.....	35
4.2.2	Polohovací pomůcky .....	35
4.2.3	Hygiena.....	36
4.2.4	Výživa.....	37
4.3	DŮVODY VZNIKU DEKUBITŮ .....	38
4.4	ETICKÉ ASPEKTY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....	38
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>44</b>
5.1	CÍLE PRÁCE.....	44
5.2	METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	44
5.2.1	Dotazník.....	44
5.3	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ.....	44
5.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	44
5.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	45
5.5.1	Zpracování dotazníků .....	46
<b>6</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>88</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>90</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>91</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>94</b>
	<b>SEZNAM FOTOGRAFIÍ .....</b>	<b>95</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>96</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>97</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>98</b>

## ÚVOD

Dekubity jsou v dnešní době stále aktuální a stálý problém nemocniční a domácí péče. Tyto defekty se netýkají pouze imobilních pacientů, ale postihují i jiné věkové skupiny nemocných. I s dnešním rozvojem vědy a zdravotnických oborů, kdy máme k dispozici široké spektrum moderních materiálů, které výrazně usnadňují léčbu dekubitů, stále tyto defekty vznikají. Jaké by to bylo, kdyby ke vzniku dekubitů vůbec nedocházelo? Proto bychom se měli zaměřit na to, co je jejich příčinou. Prvotní příčinou vzniku dekubitů bývají často nedostatečná preventivní opatření u rizikových pacientů. Je nutné si také uvědomit, že již vzniklý dekubit je velkou zátěží jak pro samotného pacienta, tak pro pečující osoby. Léčba dekubitu je mnohem finančně náročnější než již zmíněná prevence.

Téma zaměřené na dekubity jsem si vybrala proto, neboť při své praxi na jednotlivých odděleních se neustále setkávám s pacienty, kteří mají dekubity. Problematika vzniku dekubitů mě natolik zaujala, že jsem se rozhodla, toto téma zpracovat v rámci mé bakalářské práce. Cílem práce bylo zjistit, jak se tomuto problému věnují v nemocnicích a v organizacích domácí péče a co dělají proto, aby předcházeli vzniku dekubitů u pacientů.

Při své praxi na různých pracovištích jsem se setkala jak s kladným, tak na druhou stranu i s negativním přístupem sester k dané problematice. Z mého pohledu je rozdíl pečovat o pacienta s dekubitem v nemocničním zařízení a v organizaci domácí péče, kde sestry nemají tolik dostupného materiálu a ani času pro ošetření rány. Jsou závislé na rozhodnutí ošetřujícího lékaře, který pacienta v domácí péči v mnohých případech vůbec nevidí. Proto je zde někdy nezbytné, zapojovat při ošetřování a polohování pacienta s dekubity i jeho rodinu.

V neposlední řadě bych chtěla říct, že všeobecné sestry by měli znát hlavní faktory, které působí na vznik dekubitů, jejich klasifikaci, predilekční místa a vhodnou terapii. Pokud sestry, budou problematiku dekubitů znát, mohou předcházet i jejich vzniku. Problematika dekubitů byla, je a stále bude patřit mezi hlavní problémy ošetřovatelské péče.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE KŮŽE

## 1.1 Anatomie

Kůže tvoří ochranný obal lidského těla. Udržuje stálost vnitřního prostředí organismu, vytváří vitamín D3, svou pigmentací chrání kůži před UV zářením a má vliv na termoregulaci. U dospělého člověka představuje povrch kůže asi 1,7 m<sup>2</sup>. Kůže je tvořena ze dvou vrstev – z pokožky, škály a derivátů pokožky – nehty, vlasy, potní a mazové žlázy, ochlupení a mléčné žlázy. Dále můžeme kůži rozdělit na tenkou ochlupenou, která tvoří většinu povrchu těla a silnou neochlupenou, kterou najdeme především na dlaních, ploskách nohou a na flexorové straně prstu (Naňka, Elišková, Eliška, 2009, s. 327).

Epidermis je povrchová vrstva kůže tvořena vrstevnatým dlaždicovým epitelem, který je v povrchových vrstvách zrohovatělý. Dermis se nachází těsně pod bazální membránou pokožky a zasahuje až do subcutis. Dermis dodává kůži mechanickou pevnost, ohybnost, tažnost a odolnost proti tahu. Tyto vlastnosti souvisejí s obsahem kolagenních vláken (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 13).

Součástí dermis je i hladká svalovina, která vytváří drobné svazky, jejichž úkolem je vzpřimovat chlupy. Škára se dělí na dvě vrstvy:

- Stratum papillare obsahuje kromě vláken i větší množství vazivových buněk a síť kapilár. V oblasti papil se nachází nervové zakončení, smyslové receptory a lymfatické cévy (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 13-14).
- Stratum reticulare tvoří husté svazky kolagenních fibril. Fibrily vytvářejí snopce, které jsou propletené a přitom se šikmo kříží (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 13-14).

Podkožní vazivo (tela subcutanea) spojuje dermis s povrchovou fascií nebo s periostem. Obsahuje vazivové pruhy. Podkožní tkanivo je zdrojem zásobních látek, má ochrannou a izolační funkci při termoregulaci (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 13-14). Dále obsahuje tukové buňky a houbovitou pojivovou tkáň (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 13).

## 1.2 Fyziologie kůže

Integument je označení pro tkáň, které tvoří povrch těla. Zabezpečují první linii obrany organismu před nebezpečnými vlivy prostředí a zajišťují stálost vnitřního prostředí (Kittnar a kol. 2011, s. 473).

Ochranná funkce se dělí na následující podkategorie:

- Mechanická bariéra (Kittnar a kol., 2011, s. 476).
- Chemická bariéra, je málo propustná pro vodu a pro látky, které se v ní rozpouštějí. Látky rozpustné v tucích pronikají snáze. Mazové žlázy produkují kožní maz do vlasových folikulů. Maz se tak dostává na povrch kůže a udržuje její nepropustnost a celistvost keratinizované vrstvy (Kittnar a kol., 2011, s. 476).
- Ochrana proti záření, je nezbytná hlavně v pásmu ultrafialového záření. Toto záření může poškozovat buňky zárodečné vrstvy a buňky obranného systému kůže. Před ultrafialovým zářením kůži chrání melanin distribuovaný v keratinocytech (Kittnar a kol., 2011, s. 476).
- Ochrana proti mikroorganismům, pot a maz obsahuje antibakteriální složky. Další obranou je kyselé pH a přítomnost saprofytických mikroorganismů. V hlubších vrstvách zajišťují obranu Langerhansovy buňky, Gransteinovy buňky, lymfocyty a makrofágy (Kittnar a kol., 2011, s. 476).

Senzorická funkce je složena z receptorů doteku, tlaku, vibrací, teploty a z hrozícího poškození. Metabolická funkce, působením ultrafialového záření dochází ke konverzi prekurzorů vitamínu D. Termoregulační funkce, její funkcí je přenos tepla z okolního prostředí. Hlavním prvkem je změna prokrvení kůže a tvorba potu. Termoizolační funkce, kůže a podkožní vrstvy tvoří termoizolační vrstvu těla. Vylučovací funkce, zabezpečuje vylučování dusíkatých a dalších odpadních látek pomocí kůže a kožních orgánů. Resorpční funkce, kůže vstřebává pouze některé liposolubilní látky. Energetická a zásobní, podkožní tuk tvoří zásobu energie u některých jedinců. Kůže má vysoký obsah bílkovin, při jejich nedostatku nebo zvýšené spotřebě slouží jako zdroj aminokyseliny. Komunikační funkce, představuje vstupní cestu informací pomocí senzorického systému, ale má i komunikační význam. Prostřednictvím kůže můžeme vyjadřovat emoce, mimiku nebo různé pachové signály (Kittnar a kol., 2011, s. 476).

## 2 DEKUBITY

*Dekubity jsou rány, které vznikají na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň. Synonymem dekubitů jsou proleženiny, tlakové rány nebo tlakové vředy (Stryja et al., 2011, s. 140).*

Termínem dekubity můžeme označit jakékoliv poškození kůže nebo tkání způsobené přímým tlakem nebo třecími silami. Poškození pak způsobuje různé klinické projevy s postižením svalů, šlach a kostí (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 113).

Dekubity znamenají běžný, ale zároveň závažný problém nejen ve zdravotnické, ale i domácí péči. Způsobují bolest, mutilaci, zpomalené hojení a omezení běžných denních aktivit. Výskyt dekubitů v akutní péči činí 38 % a v následné péči až 23,9 %. V domácím prostředí incidence činí 17 % (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 112-113).

Hlavní příčinou vzniku dekubitů je tlak působící na tkáň určitý čas. Čím je tlak vyšší, tím rychleji dekubit vznikne. Tlak uzavírá kapiláry a výsledkem je ischemie tkáně (Krajčák, Bajanová, 2012, s. 7).

### 2.1 Klasifikace dekubitů

Nejčastější klasifikace pro hodnocení dekubitů, které se používají, jsou klasifikace podle Guttmana z roku 1955, Byrnea a Felda z roku 1984, Daniela a Seilera a jedna z nejznámějších dle Torrance z roku 1983 (Vytejková et al., 2015, s. 240).

#### **I. stupeň: erytém**

Hlavním znakem je mírný otok nebo zarudnutí či zduření kůže v postižené oblasti. Tyto změny nemusí být však konečné, ale mohou způsobit trvalé změny v podkoží kůže (Mikula, Müllerová, 2008, s. 21).

#### **II. stupeň: puchýř**

Kůže v postižené oblasti je bledá, oteklá a zatvrdlá. Při stlačení nedochází ke kapilárnímu návratu. Objevuje se puchýř nebo je odkryta škára. Bývá zde i poškozeno podkoží s částmi cév, což vede k velmi dlouhému hojení (Mikula, Müllerová, 2008, s. 21).

### III. stupeň – nekróza

Dekubit je pokryt černou suchou nekrózou nebo je tkáň rozbředlá. Hojení trvá několik měsíců i let. Po úplném zhojení vznikne jizva, která se i při menším tlaku otevře a vznikne chronický vřed (Mikula, Müllerová, 2008, s. 21).

### IV. stupeň – vřed

Dekubit je stejný jako u předešlého stádia, ale proniká do sousedních dutin a kloubů. Mohou vzniknout komunikace s močovým měchýřem, dutinou břišní nebo rektum. V této fázi se vždy přistupuje k operačnímu řešení (Mikula, Müllerová, 2008, s. 22).

## 2.2 Etiologie vzniku dekubitů

Faktory, které se podílejí na vznik dekubitů, rozdělujeme na zevní a vnitřní.

### Zevní faktory

- **Intenzita a doba působení tlaku** – běžný kapilární tlak je 32 mm Hg, nesmí převyšovat tuto hodnotu, pokud tuto hranici převyší, způsobí kapilární poruchu.
- **Mechanické vlivy** – patří sem stříhové namáhání a tření. Jsou důsledkem špatné manipulace s pacientem na lůžku. Přítomnost vlhkosti a tepla způsobuje zvýšení tření a tím dochází k poškození kůže a vzniku rizika infekce.
- **Chemické vlivy** – způsobují to převážně sekrety, které jsou vylučovány z těla, jako pot, moč a stolice. Tyto vlivy narušují povrchové vrstvy kůže a dávají vznik mace raci. Kůže je velmi náchylná ke vzniku infekce a mechanickým vlivům (Mikula, Müllerová, 2008, s. 12-13).

### Vnitřní faktory

- **Odolnost tkáně vůči tlaku** – nejmíň odolná na působení tlaku je tuková vrstva z důvodu nepevné stavby tkáně a poté jsou to svaly. Největší odolnost má kůže a vazivo.
- **Pohlaví** – více náchylnější ke vzniku dekubitů jsou ženy, jelikož mají větší tukovou zásobu než muži.



- **Věk** – ve stáří ztrácí pokožka pevnost a je snáze zranitelnější. Starší lidé mají méně prokrvenou pokožku a proto je u nich 20 krát vyšší pravděpodobnost, že u nich vznikne dekubit než u lidí ve stáří 20-40 let. Mezi nejvíce ohroženou skupinou jsou pacienti ve věku od 71 do 90 let.
- **Tělesná hmotnost** – jakákoliv změna tělesné váhy může zvýšit riziko pro vznik dekubitu. Největší riziko je u vyhublých pacientů, u kterých je malá vrstva tukové tkáně, která ochraňuje svaly před působením tlaku. I u obézních osob je riziko vzniku dekubitů z důvodu snížené pohyblivosti a nesnadného polohování.
- **Hybnost** – vlivem nemoci dochází ke snížení pohyblivosti a tím ke zvýšenému riziku dekubitu.
- **Cévní faktory** – jakékoliv změny toku nebo objemu krve snižují odolnost kůže.
- **Výživa** – snížená nebo nedostatečná výživa přispívá k rozvoji dekubitu. Hlavním problémem ve výživě je nedostatek bílkovin ve stravě, které výrazně přispívají ke správnému hojení. Mezi nejkritičtější faktory patří hypoproteinemie, nedostatek zinku a nízký příjem vitamínu C. Tím je narušena schopnost regenerace a proces hojení. Nejvíce ohroženi jsou onkologičtí pacienti, pacienti se selháváním ledvin a jater a dekompenzovanou cukrovkou.
- **Hydratace** – dehydratace způsobuje snížení kožního turgoru a vznik kožních řas. Kůže je suchá, mohou se tvořit otoky a různá poranění. Hyperhydratace vede k zvýšení kožního turgoru, otokům a k poruše integrity kůže.
- **Inkontinence** – způsobuje maceraci kůže a její poškození. Kyseliny a zásady ve stolici a moči poškozují epitel a dávají vznik chemické popálenině. Pokud je porušena integrita kůže, může dojít k rozvoji infekce v ráně (Mikula, Müllerová, 2008, s. 14-15).

### 2.3 Výskyt dekubitů

Dekubity mohou vzniknout na kterékoliv části těla. Nejvíce jich vzniká na místech kostních vyvýšenin, kde je ochablá tuková a svalová tkáň (Mikula, Müllerová, 2008, s. 15). Místa, kde dochází ke zvýšenému riziku dekubitů, nazýváme rizikovými oblastmi, nebo též predilekčními místy. Proto je nutné těmto místům věnovat zvýšenou pozornost a kontrolo-

vat je několikrát za den. Velký podíl na jejich vzniku má poloha pacienta. Dále mohou vznikat na místech málo očekávaných, jako jsou místa pod kanylou, močovým katetrem či nazogastrickou sondou (Hubáčková, 2010, s. 15).

### **Predilekční místa**

Na zádech je nejvíce ohrožena sakrální oblast, patní kost a trn 7. krčního obratle. Mezi další rizikové oblasti na zádech patří kost týlní, hřebeny kostí lopatek a loketní klouby. V poloze na boku jsou ohrožena kost spánková, ucho, ramenní kloub, žebra, hřebeny kosti kyčelní, kolenní klouby, kotníky a palce u nohou. Poloha na břicho nebývá příliš častá, ale i tady může dekubit vzniknout a to na čele, nose, lící kosti, žebrech, hřebenech kosti kyčelní, kolenech a palci u nohou (Keprtová, 2006, s. 14-15).

## **2.4 Dekubitární nemoc**

Při péči o pacienty s dekubity je nutné vědět, že způsobují celkovou reakci organismu tzv. nemoc z dekubitů. Tato nemoc má tři fáze:

- Akutní toxemii, zahrnuje flegmónu, dekubitární sepsi, odlučování nekrózy od spojidiny vředu.
- Toxická kachexie, lokálně jsou přítomny granulační plochy.
- Rekonvalescence a zhojení dekubitu nebo přechod do chronicity a smrt (Stryja et al., 2011, s. 142-143).

## **2.5 Škály hodnotící rizika vzniku dekubitů**

Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů existuje řada mezinárodně používaných stupnic. Skórovací oblasti by měly odpovídat cílovým skupinám pacientů a parametrům daného oddělení (Koutná, Ulrych, 2015, s. 11). V praxi se nejvíce používají škály pro hodnocení rizika dekubitů podle Nortonové, Bradenové či Waterlowa. U nás se nejčastěji používá hodnotící škála dle Nortonové, ovšem záleží na pracovišti, ke které stupnici se přiklání. Škály umožňují posoudit stav u ohrožených pacientů a zavčas zavést preventivní opatření (Mikula, Müllerová, 2008, s. 19).

### 2.5.1 Škála podle Nortonové

Nortonová svoji škálu zveřejnila v roce 1962. Od té doby prošla několika modifikacemi, které reagovaly na změny z pohledu na celkový stav pacienta. Hodnotí se devět kategorií: schopnost spolupráce, další nemoci, tělesný stav, pohyblivost, věk, stav pokožky, stav vědomí, inkontinence a aktivita. Různé kategorie jsou ohodnoceny body od jedné do čtyř. Maximální počet bodů je 36 a minimální počet je 9. Nejvyšší riziko je u pacientů se skóre 9-13, také vysoké riziko je při skóre 14-18, střední při 19-23 a nízké při 24-25 bodech, při 26 bodech nehrozí pacientovi riziko vzniku dekubitu (viz příloha P I). (Koutná, Ulrych, 2015, s. 12).

### 2.5.2 Škála podle Bradenové

V roce 1987 byla uveřejněna škála dle Bradenové. Byla inspirována ze studie jednotlivých rizikových faktorů vzniku dekubitů. Hodnotí se celkem šest položek: aktivita, percepce, pohyblivost, vlhkost, výživa a tření. Kategorie jsou ohodnoceny od jedné do čtyř, jedna kategorie je pouze od jedné do tří bodů. Maximální počet bodů je 23, minimální je 6. Nejnižší riziko je u pacienta s 16 body, střední riziko 13-15 bodů, 12 a méně bodů je velmi vysoké riziko vzniku defektu (viz příloha P III). (Koutná, Ulrych, 2015, s. 12).

### 2.5.3 Škála podle Waterlowa

Škála byla zveřejněna v roce 1985. Je hodnoceno celkem deset kategorií: výška a hmotnost, typ kůže v ohrožené oblasti, pohlaví a věk, zvláštní rizika, kontinence, neurologická porucha, pohyblivost, chuť k jídlu, trauma/operace a medikace. Maximální počet bodů se v jednotlivých kategoriích liší, minimální počet bodů jsou 2. Pacient bez rizika je do 9 bodů, pokud je skóre 10-14 nachází se v riziku, 15-19 bodů znamená vysoké riziko, 20 a více bodů značí velmi vysoké riziko pro vznik dekubitu (viz příloha P IV). (Koutná, Ulrych, 2015, s. 12).

### 2.5.4 Škála podle Shannon

Škála podle Shannon vyšla v roce 1984. Skládá se z osmy kategorií: duševní stav, kontinence, mobilita, aktivita, výživa, cirkulace, teplota a medikace. Maximální počet bodů je 32, minimální počet je 8 bodů. Zvýšené riziko vzniku dekubitu je od 16 bodů níž (Koutná, Ulrych, 2015, s. 12-13).

### 2.5.5 Škála podle Knolla

Skládá se z osmi položek: náchylnost k chorobám, všeobecný stav zdraví, mentální stav, aktivita, pohyblivost, inkontinence, příjem výživy ústy, příjem tekutin ústy. Maximální počet bodů je 33, minimální počet je 0. Při 12 a více bodech je pacient ohrožen vznikem proleženiny (viz příloha P II). (Koutná, Ulrych, 2015, s. 12).

Použití jakékoliv hodnotící škály pomůže všeobecné sestře včas rozeznat ohrožené pacienty a následně naplánovat jejich ošetrovatelskou péči tak, aby se vzniku dekubitů zabránilo. Hodnocení dle škál probíhá hned při příjmu pacienta na oddělení a následně v pravidelných intervalech dle celkového stavu pacienta a při jakékoliv změně (Mikula, Müllerová, 2008, s. 20).

## 2.6 Dokumentace dekubitů

Vedení chronických ran jako jsou dekubity, vyžaduje celkové posouzení zdravotního stavu pacienta, spolu se zaměřením na charakteristiku a historii hojení ran. Posouzení by mělo začít od zaznamenávání polohy, velikosti, hloubky a stavu rány. Tyto klinicky hodnocené parametry představují celkový obraz rány a slouží jako hodnocení pro léčbu rány. Anatomická poloha je důležitá pro definici léčení a potenciál rány. Musí být vždy zaznamenána v dokumentaci pacienta. Dalším zásadním aspektem klinického hodnocení je stanovení charakteru tkáně. Množství, barva, zápach a konzistence exsudátu by měly být posuzovány v pořadí k vyloučení infekce nebo edému. Exsudát může být serózní nebo krvavý, odrážející se od normálního zánětlivého procesu nebo od poškození cév. Přítomnost hnisavého exsudátu doprovázeného nepříjemným zápachem může naznačovat počátek bakteriální infekce. Posouzení zápachu je důležitým parametrem. Změny zápachu mohou znamenat podezření na změněný proces hojení rány. Dále je potřeba všimnout si klinického vzhledu nekrotické tkáně, jako je její barva. Dalším posouzením by měla být okolní kůže a okraje rány. Okraje jsou hodnoceny na přítomnost nové epitelové tkáně, zatímco okolní kůže může být charakterizována výskytem zbarvení, macerací, erytémem nebo erozí. Posledním posouzením je výskyt infekce. V případě infekce je nutné jí rozlišit na infekci povrchní nebo hluboké tkáně. Povrchní infekce postihuje hlavně dekubity druhého stupně, zatímco hluboká infekce postihuje dekubity třetího a čtvrtého stupně (Romanelli et al., 2006, s. 91-93).

## 2.7 Terapie dekubitů

Mezi hlavní cíle v léčbě dekubitů patří odstranění tlaku, který působí na postiženou oblast, débridement rány a následná vlhká terapie pomocí moderních krytí. Léčba infekce s aplikací lokálních antiseptik, antibiotik a chirurgická léčba dekubitů (Stryja et al., 2011, s. 144).

Léčbě a ošetřování chronických ran věnují pozornost odborné společnosti, sdružení a asociace, které působí na národní úrovni např. Česká společnost pro léčbu ran a Evropská asociace pro léčbu ran. Vydávají klinické doporučení pro léčbu nehojících se ran (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 80-81).

### 2.7.1 Konzervativní léčba dekubitů

Podstupuje se u pacientů před chirurgickou terapií dekubitů a u pacientů, u kterých není indikované chirurgické řešení. Konzervativní léčba spočívá v provádění preventivních opatřeních, débridementu a zajištění optimální vlhkosti v ráně. Je nutné ránu průběžně hodnotit a zapisovat do dokumentace (Stryja et al., 2011, s. 146).

### 2.7.2 Chirurgická léčba dekubitů

Chirurgická léčba je určena pro pacienty s dekubity ve III. a IV. stupni. Lékař musí zvážit celkový stav pacienta a prognózu. Na chirurgickou léčbu dekubitů se specializují plastičtí chirurgové. Spočívá v odstranění vředu až do zdravé tkáně, odstranění kostních prominencí, vyplnění kavity svalem a zakrytím vředu vaskularizovaným lalokem (Stryja et al., 2011, s. 146).

## 2.8 Ošetřování dekubitů v jednotlivých stádiích

### Stadium I. – blednoucí hyperemie

Kůži je vhodné omývat a ošetřovat prostředky, které nevyhladí kyselý ochranný kožní film. Pacient musí být v čistotě a v suchu, měl by být v pravidelných intervalech polohován, všechny změny na kůži musí být pečlivě sledovány a zaznamenány. Je důležité zajistit pacientovi zvýšený příjem tekutin a vhodnou výživu a popřípadě podávat speciální doplňky stravy. Pacienta udržovat mobilního v psychické pohodě (Vytejčková et al., 2015, s. 245).

**Stadium II. – neblednoucí hyperemie**

Kůži je nutné obezřetně ošetřovat a promazávat vhodnými prostředky. Ohrožené oblasti by se měly pravidelně ventilovat. Tak jako v prvním stadium, je nutné udržovat pacienta v suchu a čistotě. Dodržovat interval polohování. Sledovat a zaznamenávat změny v ohrožené oblasti a jeho okolí. Pacientovi podávat dostatek stravy a tekutin a aktivizovat ho (Vytejková et al., 2015, s. 245).

**Stadium III. - defekt na kůži**

V tomto stadium se na ránu aplikují neadhezivní krytí, a pokud je sekrece z rány, přikládají se hydrokoloidní přípravky nebo hydrogely. Mohou se aplikovat i algináty nebo transparentní krytí v závislosti na velikosti rány. Polohovat v pravidelných intervalech. Sledovat a zaznamenávat jakékoliv změny na kůži. Pacientovi podávat dostatek stravy a tekutin (Vytejková et al., 2015, s. 245).

**Stadium IV. – vřed na kůži a v podkoží**

V této fázi se uplatňují přípravky vlhkého hojení. Podle velikosti rány lze aplikovat i algináty nebo přípravky s aktivním uhlím. Je nutné pacienta pravidelně polohovat, podávat vhodnou stravu a dostatek tekutin. Je dobré podávat pacientovi sipping a udržovat ho aktivního v dobré psychické pohodě (Vytejková et al., 2015, s. 245).

**Stadium V. – hluboká nekróza tkáně**

Provádí se chirurgické odstranění odumřelé části a následná terapie antibiotiky při infekci. Provádí se výplachy rány a enzymatické čištění. Tak jako ve všech fázích je nutné pacienta polohovat a sledovat změny v postižené oblasti. Podává se sipping, dostatek tekutin a dostatečný příjem stravy (Vytejková et al., 2015, s. 246).

### 3 RÁNY

Hojení ran je komplexní, dynamický proces, který je výsledkem reparace anatomické kontinuity a funkce tkání a buněk. Poškozená tkáň je nahrazena tkání vazivovou, která se mění na jizvu. Proces hojení se skládá ze vzájemně překrývajících se, přesně naprogramovaných fází. Přerušeni některých fází hojení nebo prodloužení procesu může vést k špatnému hojení nebo až ke vzniku chronické rány (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015, s. 32).

#### 3.1 Fáze hojení ran

**Fáze zánětlivá (exsudativní)** – funkcí této fáze je odstranit z rány veškeré nežádoucí složky. Rozvíjí se zánět a v místě rány často dochází k vzniku nekrózy, která brání v uzavření a hojení rány. Pro správné hojení je nutné odstranění nekrózy, poškozených tkání a povlaků. Normální délka trvání exsudativní fáze u traumatické rány je od poranění tři dny. U nehojící se rány dochází z důvodu infekce a přetrvávajících fibrinových a nekrotických povlaků k prodloužení intervalu. Při delším trvání infekce dochází k výskytu dalších příznaků infekce, jako je hemopurulentní exsudát, zápach, vzestup tělesné teploty, zimnice, indurace nebo celulitida tkáně v okolí defektu (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 18).

**Fáze granulační (proliferační)** – v tomto stadiu dochází k neoangiogenezi a defekt se postupně uzavírá novou granulační tkání. Nově vzniklá tkáň je podklad pro epitelizaci. V proliferační fázi je nutné udržet přiměřenou vlhkost a teplotu tkání. Součástí této fáze je taky změna barvy na světle červenou, která ukazuje na pokračující hojení (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 19).

**Fáze epitelizační** – jedná se o konečnou fázi hojení rány. Epitelizace probíhá od okrajů nebo z epitelizačních ostrůvků rány. Buňky putují po vlhké spodině. Vytváří se nosné místo pro vznik nové pojivové tkáně a pokožky. Z granulační tkáně se odstraňuje voda a ubývají cévy, nová tkáň se mění v jizevnatou. Obnovená tkáň je velmi náchylná k úrazu a následnému vzniku nového defektu. Tkáň je tvořena pouze z 80% původní pevnosti po dvou letech od zhojení (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 19).

#### Faktory ovlivňující hojení ran

Systémové faktory vyplývají z celkového stavu organismu. Při léčbě rány je nutné tyto faktory zohledňovat a eliminovat jejich výskyt (Bureš, 2006, s. 11).

### 3.2 Hodnocení spodiny rány – TIME

Hodnocení pomocí TIME systému je důležitý předpoklad pro zahájení, sledování a kontrolu vývoje správného hojení. Precizní popis spodiny rány pomáhá zavčas objevit různé poruchy v hojení. Evropská asociace pro léčbu rány vydala dokument *Příprava spodiny rány v praxi*, týkající se právě této problematiky. Známe ho pod pojmem TIME, nebo TIME systém. Skládá se dohromady ze čtyř oblastí, které sledují vývoj v hojení rány a doporučují postupy a následnou léčbu. TIME systém má za cíl snížovat otok, snížit nebo zvýšit tvorbu exsudátu, udržet vhodnou vlhkost v ráně, odbourat biofilm, odstranit infekci a vytvořit ideální prostředí pro epitelizaci od okrajů rány (Vytečková a kol., 2015, s. 229).

#### **T – Tissue - neživá nebo deficitní tkáň**

Opotřebovaná tkáň, povlak nebo cizí materiál se odstraní z rány za pomoci débridementu. Po provedení débridementu je vhodné na ránu aplikovat hydrogel a za pomoci oplachových roztoků narušit a odbourat biofilm a bakterie, které do rány pronikly (Vytečková a kol., 2015, s. 229).

#### **I – Inflammation, infection – zánět nebo infekce**

U špatně hojící se rány je častá přítomnost zánětu. Zánětlivá fáze hojení patří do fyziologického procesu hojení rány. Na povrchu rány je přítomnost bakteriálního biofilmu. Jestliže se v ráně pomnoží bakterie, zvýší se sekrece a objeví se otok, bolest a zarudnutí v ohrožené oblasti. Infekce uvnitř rány se lečí pouze lokálně, provedením débridementu, aplikací oplachových roztoků a antiseptickým krytím. Jestliže se objeví komplikace spojené se vznikem infekce, indikuje se léčba antibiotiky (Vytečková a kol., 2015, s. 230).

#### **M – Moisture – vlhkost**

Exsudát je tekutina, která uniká z cév. Přiměřené množství tekutiny je ideální pro správné hojení rány, jelikož zabraňuje vysychání spodiny. Zvýšené množství exsudátu prodlužuje, anebo může zastavit proces hojení. Při nadměrném exsudátu je nutné vytvořit drenáž pro odvod tekutiny z rány. Informace o stavu rány nám ukazuje vzhled, hustota, barva, množství a zápach exsudátu (Vytečková a kol., 2015, s. 230).



## E – Epithelisation – epitelizace

Konečné fáze při uzavření rány. Epitelizace začíná z okrajů rány a nově vzniklé buňky se posouvají ke středu, až ji celou uzavřou. Nová tkáň je slabá a má sklon k mechanickému poškození. Je vhodné aplikovat na ránu epitelizující krytí (Vytečková a kol., 2015, s. 230).

Všechna stádia hojení mohou proběhnout postupně, ale mohou se i prolínat. Výrobci zdravotnických prostředků konstruuji své materiály právě podle zásad TIME systému. (Vytečková a kol., 2015, s. 229-230).

### 3.3 Débridement rány

*Profesor F. Gottrup z University Center of Wound Healing v dánském Odense definuje débridement jako odstranění cizího materiálu a nekrotických nebo kontaminovaných tkání z traumatické nebo infikované léze (Stryja et al., 2011, s. 69).*

Cílem débridementu je odkrýt zdravou tkáň na spodině rány a podpořit její hojení. Můžeme ho rozdělit na dvě fáze. První fáze zahrnuje odstranění nekrotické tkáně. Druhá fáze spočívá v udržení čisté rány bez nekróz. V této fázi se uplatňují moderní převazové materiály. Mezi hlavní výhody débridementu patří odstranění bakteriální zátěže a nekrotické tkáně, zmenšení zánětlivé reakce okolí, zmenšení zápachu, zmenšení sekrece z rány a lepší dostupnost růstových faktorů (Stryja et al., 2011, s. 69-70).

#### **Druhy débridementu:**

##### **Mechanický débridement**

- Chirurgický débridement, je nejrychlejší forma. Provádí se při rozsáhlé hluboké nekróze tkání.
- Hydroterapie, skládá se z dalších metod jako je vysokotlaká irigace, pulsní laváže, Whirlpool, VersaJet. Pracují na principu čištění spodiny rány pomocí proudící sterilní vody.
- Débridement wet-to-dry nebo-li vlhké a suché krytí. V České republice patří stále k často k používaným postupům. Krytí je zvlhčené Ringerovým roztokem nebo antiseptiky a při správném postupu se vyměňuje krytí i třikrát denně. Tento postup je bolestivý a ekonomicky náročný (Stryja et al., 2011, s. 72-73).

### **Autolytický débridement**

- Osmotický débridement, probíhá ve vlhkém prostředí na povrchu defektu. Krytí obsahuje hyperosmolární látky jako NaCl nebo produkty s obsahem přírodního medu.
- Uzávěr rány pomocí podtlaku NPWT, pracuje na principu podtlaku v ráně. Pomocí podtlaku se aktivně zmenšuje rána. Zároveň se snižuje bakteriální zátěž infikované rány, zrychluje a zkracuje se trvání čistící fáze hojení, snižují se výdaje na léčbu a umožňuje rychlejší mobilizaci pacientů, kteří se nacházejí v těžkém stavu.
- Chemický débridement, využívá k odstranění nekrotické tkáně chemické sloučeniny. Mezi hlavní látky patří kyselina benzoová, kyselina salicylová, 40 % urea nebo chlornany (Stryja et al., 2011, s. 73-75).

### **Enzymatický débridement**

- Enzymy v externech, do chronické rány se vpraví enzymy, které rozkládají bílkoviny odumřelých tkání u nekrotických ran. Je indikován tehdy, pokud pacient netoleruje jiný způsob débridementu.
- Larvanoterapie, do rány se aplikují sterilní larvy bzučivky zelené. Larvy se umístí na povrch rány a překryjí krytím. Svými trávicími enzymy rozpouštějí nekrotickou tkáň a živí se jí bez toho, aby poškodily zdravou tkáň (Stryja et al., 2011, s. 75-76).

## **3.4 Metody hojení ran**

### **3.4.1 Klasické hojení ran**

Klasické materiály mají sklon ránu traumatizovat, protože při špatné péči přisychají ke spodině defektu. Pokud je rána častěji převazována, dochází k jejímu ochlazení z 37 °C na pouhých 28 °C. Tyto změny teploty mohou způsobit změny pH v ráně, které mohou být příčinou množení mikroorganismů. U tohoto hojení neexistuje bariéra proti infekci a rána je chráněna pouze před vnější kontaminací (Krška a kol., 2011, s. 232).

### 3.4.2 Vlhké hojení ran

Materiály pro vlhké hojení se v zahraničí používají již 40 let. Bylo prokázáno, že hydratace a odvod exsudátu z defektu spojené s možností těchto materiálů napodobovat spodinu rány, zajistí účinné hojení chronických ran (Krška a kol., 2011, s. 232).

#### Výhody vlhkého hojení ran

Rána se oproti klasickému převazování hojí rychleji, krytí nepřisychá k ráně, je kratší doba hospitalizace pacienta, menší bolestivost, převazy jsou méně časté, větší pohodlí pro pacienta během léčby a větší komfort pro zdravotníky (Sárköziová, Kanive, 2006, s. 15).

#### Nevýhody vlhkého hojení ran

Materiály jsou finančně náročné pro zdravotnická zařízení, zvýšená administrativa při předpisu u lékaře, pokud je defekt v oblasti, kde dochází k znečišťování krytí je větší spotřeba materiálu (Sárköziová, Kanive, 2006, s. 15).

### 3.4.3 Výběr terapeutického krytí na ránu

Výběr správného materiálu na konkrétní ránu je nesnadný úkol, jehož zvládnutí je prvním krokem k úspěšné léčbě vředu. Volba správného materiálu vychází z aktuálních požadavků rány, vlastností daného krytí a tolerance léčby pacienta. Účinky materiálu je potřeba průběžně kontrolovat, a pokud nedojde během 3-6 týdnů ke zlepšení stavu defektu, je nutné změnit dosavadní léčbu i aplikovaný materiál (Stryja et al., 2011, s. 263).

## 3.5 Materiály pro hojení rány

### 3.5.1 Oplachové roztoky a laváže

Jsou indikovány při převazech nekrotických, infikovaných a povleklých ran. Pomáhají ránu čistit, odplavit nadbytečný sekret a povlaky, nekrotickou tkáň, hnis, krevní sraženiny a zbytky bakterií. Výplach napomáhá k prokrvení rány a podporuje epitelizaci (Stryja et al., 2011, s. 266).

### **Druhy oplachových roztoků:**

#### ***Ringerův roztok nebo Fyziologický roztok***

Jsou sterilní, nealergizující. Ringerův roztok se musí ohřát, alespoň na 36-37°C (Stryja et al., 2011, s. 267).

#### ***Chlorhexidin***

Jedná se o vodný roztok k výplachům ran. Obsahuje antimikrobiální prostředek účinný na G+ a G- bakterií. Je odolný proti sporám, houbám, virům a některým druhům bakterií, jako Proteus a Pseudomonas (Stryja et al., 2011, s. 267-268).

#### ***Octenisept***

Antiseptický prostředek, který má široké spektrum účinku na G+ a G- kmeny, MRSA, chlamydie a mykoplasmata, houby, kvasinky, viry a protozoi. Nemá toxické účinky, aplikuje se k výplachům ran a sliznic abdominální dutiny a u popálenin (Stryja et al., 2011, s. 269).

#### ***Dermacyn, DebridecaSan***

Má baktericidní, fungicidní, virucidní, sporicidní, tuberkulocidní účinek. Eliminuje zápach z rány. Používá se u vlhké terapie v léčbě ran (Stryja et al., 2011, s. 268-269).

#### ***Prontosan gel***

Úplně první antiseptikum působící na bakteriální biofilm. Je šetrný ke spodině rány, nezabraňuje epitelizaci, nezpůsobuje poškození okolních tkání. Využívá se k udržení vlhkého prostředí uvnitř rány (Stryja et al., 2011, s. 268).

#### ***Betadine***

Při aplikaci do rány je nutné Betadinu naředit s fyziologickým roztokem 1:10. Maximální doporučená délka lokální aplikace je 21 dní. Při dlouhodobém používání působí toxicky, alergizuje a vysušuje spodinu rány (Stryja et al., 2011, s. 269-270).

### *Peroxid vodíku 1-2%*

Má pouze krátkodobý účinek. Působí baktericidně ovšem cytotoxicky na granulační tkáň. Je zde riziko vzduchové embolie po aplikaci do hlubokých ran (Stryja et al., 2011, s. 271).

### *Chloramin sol. 1%*

Je nevhodný k aplikaci do rány. Má mírné baktericidní účinky, ale působí cytotoxicky a alergizuje. Způsobuje bolestivý převaz rány (Stryja et al., 2011, s. 270).

## **3.5.2 Materiály klasického hojení**

Patří sem především mulové krytí, krytí z netkané textilie a neadherentní savé krytí. Tyto krytí přisychají k ráně a opakovaně jí traumatizují. Neudržují vhodnou vlhkost, teplotu a nechrání okolní kůži před poškozením. Krytí neslouží ani jako prevence a nemají bariéru proti infekci (Vytejková et al., 2015, s. 231).

## **3.5.3 Materiály pro vlhké hojení**

Udrží optimální prostředí pro hojení, ránu netraumatizují, respektují jednotlivé fáze hojení, chrání okolí kůže před poškozením, mají bariéru proti infekci a umí ji uzavřít uvnitř krytí. Materiály snižují množství převazů a jsou cenově dostupné. Léčba je možná i v domácím prostředí a zvyšuje kvalitu života pacienta s chronickou ránou. Materiál musí být terapeuticky účinný, šetrný a pro pacienta zcela bezpečný. Měl by být ekonomicky výhodný než klasické materiály pro hojení rány (Vytejková et al., 2015, s. 231-232).

### **Druhy materiálů:**

#### *Neadherentní antiseptická krytí*

Mřížka, která je napuštěna antiseptickým prostředkem. Může se použít na všechny fáze hojení, jak pro akutní, tak pro chronickou ránu (Vytejková et al., 2015, s. 232).

**Produkty:** Mesalt, gáza v kombinaci s Hyiodinem, Betadinem, Prontosanem, Lavanidem, Octeniseptem (Stryja et al., 2011, s. 284).

### *Prostředky s manuka medu*

Patří mezi novou skupinu krytí. Vyrábí se z novozélandského manuka medu. V praxi se s těmito prostředky teprve začíná. Mají antibakteriální účinky (Vytečková et al., 2015, s. 232).

### *Prostředky se stříbrem*

Lze je aplikovat do infikovaných ran vzhledem k jejich baktericidnímu a fungicidnímu účinku. Jsou na bázi ionizovaného stříbra. Lze je užít i jako profylaxe (Vytečková et al., 2015, s. 232).

**Produkty:** Acticoat, Actisorb plus, Atrauman Ag, Silvercel, Contreet H, Aquacel Ag, Askina Calgitrol Ag (Stryja et al., 2011, s. 320).

### *Materiály s aktivním uhlím*

Mají antiseptický účinek a podporují homeostázu. Ránu čistí a eliminují zápach z infikovaného defektu (Vytečková et al., 2015, s. 232).

**Produkty:** Actisorb, Carbonet (Slaninová, Vegerbauer, Malý, 2012, 36).

### *Hydrogely*

Gelová krytí, která obsahují vysoký podíl vody. Jsou určena pro čisticí fázi hojení. Některá krytí obsahují účinné látky, jako algináty nebo enzymy. Minimalizují traumatizaci a bolestivost rány. Mají chladivý účinek (Vytečková et al., 2015, s. 232).

**Produkty:** Nu-gel, Hydrosorb, Normgel, Hypergel, Flamigel (Slaninová, Vegerbauer, Malý, 2012, 36).

### *Kalcium algináty*

Jsou vyrobené z mořských řas. Mají bakteriostatický a hemostatický účinek a vysokou absorpční schopnost. Velmi dobře odstraňují exsudát a povlak ze spodiny rány. Uvnitř defektu se mění v gelovou hmotu, která zakryje spodinu rány (Vytečková et al., 2015, s. 232).

**Produkty:** Sorbalgon, Melgisorb, Suprasorb (Slaninová, Vegerbauer, Malý, 2012, 36).

### *Polyuretanové pěny a hydropolymery*

Nejčastěji vyhledávanou skupinou krytí. Ránu čistí a zabraňují maceraci v okolí rány. Snižují traumatizaci a nepřisychají ke spodině rány. Povrch krytí tvoří semipermeabilní fólie. Jsou ekonomicky výhodné, jelikož v ráně mohou zůstat pět až sedm dní (Vytejková et al., 2015, s. 232).

**Produkty:** Tielle, Permafoam, Syspur-derm (Slaninová, Vegerbauer, Malý, 2012, 36).

### *Polyuretanové pěny se stříbrem nebo jinou účinnou látkou*

Snižují bolest u chronické rány a jsou k ní šetrné (Vytejková et al., 2015, s. 232).

**Produkty:** Biatain Ibu, Biatain Ag, Polymem Ag, Versiva, Allevyn Adhesive, Mepilex (Stryja, 2008, s. 163).

### *Hydrokoloidy*

Zaručují ideální prostředí pro hojení neinfikovaných ran. Přítomnost infekce je brána jako kontraindikace pro použití tohoto krytí (Vytejková et al., 2015, s. 232).

**Produkty:** Hydrocoll, Granuflex, Tegisorb (Slaninová, Vegerbauer, Malý, 2012, 36).

### *Hydrofibre*

Specifické koloidní krytí s absorpční schopností. Hydrofibre umí uzavřít bakterie uvnitř krytí a pohlcuje exsudát. Neměl by se používat do suchých ran (Vytejková et al., 2015, s. 232).

**Produkty:** Aquacel, Aquacel Ag (Stryja, 2008, s. 152).

### *Filmová krytí*

Jsou to průsvitné, voděodolné folie používané nejčastěji na čisté operační nebo malé plochy ran (Vytejková et al., 2015, s. 232).

**Produkty:** Bioclusive, Tegaderm. Hydrofilm, Mefilm, Suprasorb F, Askina Derm (Stryja, 2008, s. 144).

### *Silikony*

Silikony patří k jemným krytím používaných především pro atraumatické převazy. Mají upravenou povrchovou plochu, která se aplikuje přímo do rány. Jejich výhodou je, že nepotřebují už sekundární krytí (Vytejšková et al., 2015, s. 232).

**Produkty:** Mepitel, Mepilex, Mepiform (Slaninová, Vegerbauer, Malý, 2012, 36).

### *Lipido-koloidní krytí*

Tyto materiály slouží pouze k aplikaci do neinfekční rány. Jejich cílem je podpořit granulaci a epitelizaci na plošný defekt. Vyžadují sekundární krytí (Vytejšková et al., 2015, s. 232).

**Produkty:** Urgotul, Urgotul Ag, UrgoStar (Stryja et al., 2011, s. 308).

### *Krytí s kolagenem*

Absorbují exsudát a napomáhají k regeneraci tkáně (Vytejšková et al., 2015, s. 232).

**Produkty:** Catrix prášek, Suprasorb C krytí z přírodního kolagenu, Fibracol plus, Promogran (Stryja, 2008, s. 167).

### *Hydroaktivní krytí*

Obsahuje polštářek, který je savý a zároveň výplachový. Před aplikací se aktivuje Ringero-vým roztokem nebo pomocí Prontosanu. V ráně zůstává nanejvýš den, jelikož rychle vysychá a musí se často měnit (Vytejšková et al., 2015, s. 233).

**Produkty:** TenderWet, TenderWet 24, TenderWet 24 active, Tender Wet Duo (Stryja et al., 2011, s. 286).

Mezi další materiály patří například kyselina hyaluronová, oxidovaná celulóza, krytí s antimikrobiální aktivitou nebo aktivní terapeutické obvazy (Vytejšková et al., 2015, s. 233).

## **3.6 Podtlaková terapie v léčbě chronické rány**

Podtlakovou terapii známe spíše pod názvem VAC terapie. Spočívá v rozložení podtlaku na celou plochu rány. Nutné je zachovat absolutně aseptické prostředí. Rána se překryje



polyuretanovou pěnou a zakryje průhlednou folií. Vše je připojeno přes terčík a drén na podtlak. Dochází k aktivnímu odstraňování exsudátu z rány. Kontrola rány probíhá vždy při jejím převazu. Mezi prioritu patří odstranění nekrózy a odumřelé tkáně (Vytejková et al., 2015, s. 233).

Léčba pomocí této metody byla zveřejněna poprvé v roce 1991. Od té doby se stala významnou metodou pro růst granulační tkáně ve velmi různorodých klinických podmínkách. Léčba pomocí negativního tlaku je indikována u akutních nebo chronických ran, závažné infekce, u opakujících se chirurgických a farmakologických intervencí a u velkých tkáňových ztrát. Podtlak, který se nejčastěji používá má hodnotu 125 mm Hg. Tento tlak je vhodný pro zlepšení krevního průtoku v okolí postižené oblasti a dochází při něm k přijatelné tvorbě granulační tkáně. Je-li hodnota tlaku vyšší jak 500 mm Hg začíná být škodlivý jak pro ránu, tak pro její okolí. Je-li hodnota tlaku nižší jak 25 mm Hg je tento tlak neúčinný (Šimek, Bém a kol., 2013, s. 10-24).

#### **Kontraindikace pro léčbu s negativním tlakem**

- Pacient, který nespolupracuje.
- Osteomyelitida, hluboké nekrózy, střevní píštěle.
- Rána, která naléhá přímo na tumor.

Houba nesmí být položena přímo na cévy, střevní kličky nebo nervy. Aby nedošlo k perforaci, nebo k poranění je nutné použít materiál na bázi mastného tylu (Vytejková et al., 2015, s. 233).

## 4 OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

### 4.1 Kompetence sestry při ošetřování rány

*Právní odpovědnost zdravotních sester je v České republice upravena zejména v Zákoně č.96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a vyhlášce č.55/2011, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Heřmanová et al., 2012, s. 66).*

Neznamená, že sestra nemůže provádět precizně a erudovaně lokální ošetření rány. Předpisy, které jsou uvedeny, platí pro použití veškerých léčebných metod lokálního ošetření. Jak pro metodu vlhkého hojení ran, tak pro klasické hojení. Právě praktické provedení převazu má velký význam pro správné hojení rány. Právě, aby tyto metody pro lokální ošetření rány byly efektní, je potřeba nastavit přesná pravidla a postupy za pomoci ošetřovatelských standardů. Tyto postupy jsou zavedeny do praxe, pro ošetřovatelský personál jednotlivého zařízení. Ošetřovatelské standardy mají velký význam, jak pro správné praktické ošetření defektu, tak pro stanovení kompetence a zodpovědnosti stanoveného ošetřovatelského personálu. Tyto ošetřovatelské standardy vytváří speciální skupina České asociace sester (Pejznochová, 2010, s. 46).

### 4.2 Prevence vzniku dekubitů

Příčiny vzniku dekubitů dobře známe, a proto je třeba jim také předcházet. Správně sestavená kvalitní ošetřovatelská péče má velký význam jak při léčbě dekubitů, tak při prevenci a to jak v nemocnicích tak i doma. Ve zdravotnických zařízeních musí být péče o pacienta komplexně koordinovaná, za spolupráce celého ošetřovatelského týmu. Je třeba dávat pozor a přistupovat ke každému pacientovi individuálně s ohledem na jeho onemocnění a potřeby (Mikula, Müllerová, 2008, s. 25).

Prevenci můžeme poskládat na tři základní oblasti. První oblast se skládá z výběru vhodné polohy a její pravidelné změny. Druhá oblast tvoří péči o kůži proti fyzikálním a chemickým vlivům. Třetí oblast se skládá z pomůcek předcházejících vznik dekubitů (Koutná, Ulrych, 2015, s. 15).

#### 4.2.1 Polohování pacienta

Patří k hlavní prevenci vzniku dekubitu. Poloha pacienta je vždy závislá na jeho celkovém stavu. Při polohování musíme dávat pozor na stabilitu krevního oběhu, dostačující plicní ventilaci a dbát na ochranu kanyl a drénů. Poloha nesmí způsobovat pacientovi bolest a poškozovat klouby ani svaly (Koutná, Ulrych, 2015, s. 15). Pravidelným polohováním pacienta se snižuje doba působení tlaku na tkáň. U imobilního pacienta by se poloha měla měnit za 1-2 hodiny přes den a v noci za 3-4 hodiny. U pacientů, kteří sedí na vozíku nebo na židli by se měla poloha měnit za 30 minut až 1 hodinu, jelikož tlak při sezení je větší než u ležícího pacienta (Mikula, Müllerová, 2008, s. 26-27).

#### 4.2.2 Polohovací pomůcky

V dnešní době již existuje mnoho moderních pomůcek k polohování pacientů, které jsou dobře dostupné. Mezi nejznámější z nich, které se nejvíce používají, patří antidekubitní matrace, polohovací lůžka, podložky pod pacienty, různé kvádry a válce. Dále jsou to pěnové, gelové, pudrové nebo perličkové pomůcky. Pomůcky nikdy nesmí přijít do přímého kontaktu s pacientem (Keprtová, 2007, s. 48-49).

##### **Antidekubitní matrace**

Používá se u pacientů, u kterých hrozí riziko vzniku dekubitu nebo dekubit již vznikl. Jsou velkým přínosem jak pro ošetřující personál, tak pro samotného pacienta. Antidekubitní matrace můžeme rozdělit do tří skupin:

##### ***Statické (pasivní) matrace***

Jsou vyrobeny z polyuretanové pěny. Používají se u pacientů s nízkým až středním rizikem poškození tkáně. Zvyšují pohodlí pacienta a lepší se přizpůsobují tělu. Tlak těla je rozložen na celou matraci (Keprtová, 2007, s. 48-49).

##### ***Aktivní matrace***

Je určena především pro pacienty s dekubitem 1 a 2 stupně. Vhodná je k prevenci s nízkým a středním rizikem rozvoje proleženiny. Tlak je rozložen střídavě pod pacientem (Keprtová, 2007, s. 48-49).

### ***Dynamické matrace***

Používají se u pacientů vysoce rizikových, ale také pro pacienty s dekubity 3 a 4 stupně (Keprtová, 2007, s. 48-49).

### **Gelová kolečka**

Mohou se použít pod hlavu nebo jako chrániče pat a loktů. Nejčastěji se používají při dlouhodobých operačních výkonech (Symerská, 2012, s. 6).

### **Syntetická rouna**

Používají se pod křížovou oblast. Udržují teplo, zmírňují tření, ale nesnižují tlak, který působí na tkáň (Symerská, 2012, s. 6).

### **Nafukovací podložní kola**

Používají se převážně jako návleky na končetiny pro odlehčení kotníků a loktů (Symerská, 2012, s. 5).

### **Perličkové rehabilitační pomůcky**

Jsou vyrobeny z polystyrenových kuliček vpravených do bavlněného nebo omyvatelného potahu. Kuličky jsou měkké, nealergizují, tvoří teplo a při sebemenším tlaku se pohybují a dokonale se přizpůsobují pacientovi (Symerská, 2012, s. 5).

### **Podložní klíny a opěrky, chrániče na lokty a paty**

Jsou nejčastěji vyrobeny z molitanu či syntetického rouna, zabalené do paropropustného omyvatelného obalu (Symerská, 2012, s. 5).

## **4.2.3 Hygiena**

Hygiena hraje důležitou roli v prevenci dekubitů. Minimalizuje škodlivé chemické a infekční vlivy zevního prostředí. Jde především k omezení škodlivého vlivu stolice, potu, moči, vaginálního sekretu a infekce v sakrální oblasti. Je důležité v rizikové oblasti udržovat čistotu, což vyžaduje pravidelnou výměnu osobního a ložního prádla a plen. Při mytí jsou vhodné jemné mycí gely nebo tekutá mýdla. Vlhkou pokožku nevysušujeme třením, ale mírným tlakem nebo teplým proudem vzduchu. Již vzniklý dekubit nemasírujeme, protože masáž napomáhá k rozšíření infekce do okolních tkání. Stav pokožky by se měl kon-

trolovat alespoň jednou denně, zvláště při vzniku začervenalých míst (Mikula, Müllerová, 2008, s. 52-53).

#### 4.2.4 Výživa

Správná výživa u osob trpících nebezpečím vzniku dekubitů nebo u pacientů u nichž dekubit vznikl je důležitou součástí jak prevence, tak vlastní léčby defektu. Proto je nutné příjem stravy sledovat a dle potřeby upravovat s nutričním terapeutem (Mikula, 2008, s. 25). Za optimální hojení dekubitů jsou považovány tyto nutrienty: bílkoviny, arginin, zinek, vitamín C a vitamín E. V roce 2003 vydal Evropský poradní panel pro dekubity (EPUAP) nutriční postupy pro prevenci a léčbu dekubitů. Pro hodnocení nutričního stavu je nutné pravidelné vážení pacientů, kontrola kůže a dokumentace stravy a tekutin (Grofová, 2007, s. 152-153).

#### Nutriční doplňky a zásady jejich podávání

Nutriční přípravky podáváme pacientům po jídle a mezi jídly tak, aby se jejich konzumací nezasytil a neodmítl běžnou stravu. Cílem není snížit příjem normální stravy, ale naopak stravu doplnit a obohatit. Přípravky by měl pacient přijímat pomalu, protože se tak živiny lépe vstřebají. Přípravky se podávají vychlazené nebo mírně ohřáté dle příchuti (Nutriční doplňky u proleženin, 2012).

#### Druhy nutričních přípravků

- Nutridrink Protein: používá se u pacientů s rizikem vzniku dekubitů, jelikož obsahuje vysoký podíl bílkovin. V jedné lahvičce je obsaženo 20 g bílkovin.
- Cubitan: další přípravek používaný u pacientů s dekubity. Také obsahuje zvýšené množství bílkovin a je obohacen o aminokyselinu arginin, vitamíny a stopové prvky. Měl by být podáván až do zhojení proleženiny.
- Cubison: obsahuje bílkoviny, arginin, zinek a vitamíny C a E. Je určen především pro podání do sondy. Velikost jednoho balení je 1000 ml a obsahuje 1030 kcal (Nutriční doplňky u proleženin, 2012).

### 4.3 Důvody vzniku dekubitů

Definice pochybení není nikde ve zdravotnické péči jednoznačně formulována. Můžeme hovořit tedy o „komplikaci léčebné a ošetrovatelské péče“ nebo o „mimořádné události“. Někdy se setkáme z názvy jako iatrogenie nebo incident. Mimořádná událost je stav, při kterém dojde k poškození zdraví pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, k prodloužení hospitalizace pacienta a ke vzniku morbidit (Tomanová, 2007, s. 10).

#### **Nedostatečná péče ze strany ošetrovatelského personálu:**

- Nedostatek preventivních postupů: nerespektování standardů pro prevenci vzniku dekubitů, pooperačních komplikací, pádů a zanedbávání hygieny rukou.
- Špatně vedená ošetrovatelská dokumentace a chybná anamnéza.
- Nezapojení pacienta do průběhu ošetrovatelské péče.
- Špatný výběr převazového materiálu.
- Nezáměr o pacienta, nepozornost a nesprávné rozhodnutí sestry.
- Zanesení infekce do rány.
- Špatná komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu.
- Nedostatečné odborné znalosti při poskytování ošetrovatelské péče (Tomanová, 2007, s. 13-14).

Ministerstvo zdravotnictví v České republice vydalo Resortní bezpečnostní cíle v oblasti kvality a bezpečí. Jsou to opatření, která mají zajistit vyšší bezpečnost a kvalitu poskytované zdravotnické péče. Klasifikace kvality a bezpečí zdravotnických služeb je ustanovena v zákoně č. 372/2011 Sb., o podmínkách poskytování zdravotnických služeb. Tento zákon získal účinnost 1. dubna 2012 (Musilová, 2015, s. 25).

### 4.4 Etické aspekty ošetrovatelské péče

Nejvýznamnější etické aspekty ošetrovatelské péče jsou zachování úcty a respektování lidské důstojnosti nemocného. Sestra by neměla zapomenout na to, že pečuje o pacienta, a to i při všedních činnostech. Pokaždé musí jednat s úctou a začlenit pacienta do rozhodování o

všem, co se ho týká, přistupovat k němu s trpělivostí a ochraňovat jeho soukromí. Vždy je potřeba respektovat rozhodnutí nemocného (Bellová, 2014, s. 25-26).

### **Důstojnost pacienta**

*Důstojnost je univerzální lidská záležitost. Lidská důstojnost v nejobecnějším slova smyslu je tedy cosi, co přísluší každému člověku jako příslušníku svého rodu (Heřmanová et al., 2012, s. 71).*

Důstojnost se může porušit jak fyzickými, tak psychickými a citovými vlivy, ať už je to ponižování nebo narušení soukromí. Traumaticky může být způsobená u osoby obnažené během intimních výkonů, jako je převaz rány. Tyto újmy mohou u pacienta způsobit změnu identity. Aby mezi pacientem a zdravotním personálem vládla partnerský přístup, měla by být sestra „tlumočnickem“ a „obhájcem“ práv nemocných mezi světem medicínským a přirozeným světem pacienta (Bellová, 2014, s. 19-20).

### **Stud pacienta**

Během ošetřování, diagnostice nebo terapie bývá často narušena intimní zóna pacienta zdravotníky. Dochází k obnažení pacienta na vyšetřovně nebo v pokoji před ostatními pacienty, což má velký zásah do soukromí nemocného. Zdravotnímu personálu mnohdy pocity pacienta však unikají. Proto by měli dohlédnout, aby soukromí pacienta bylo narušeno do nejnižší možné míry (Bellová, 2014, s. 21).

### **Vztah sestra – pacient**

Vztah mezi sestrou a pacientem vyžaduje nejen psychologické znalosti, ale i schopnost empatie, rychlost a osobní angažovanost, která jí pomůže správně s pacientem jednat. Shledání sestry s pacientem probíhá za vyhraněných situací. Vhodnou komunikací mohou sestry předejít různým konfliktům. Správná komunikace pozitivně ovlivňuje účinnost terapeutických zásahů a má příznivý vliv na celkový průběh nemoci pacienta. Sestra by měla mít dostatek znalostí, chovat se diskrétně a trpělivě. Sestra je s pacientem více času než lékař a mimo svých odborných schopností poskytuje nemocnému porozumění, oporu a pečuje o jeho emocionální stav. Pacient, chápe sestru jako člověka, poskytující oporu a porozumění, zprostředkovatele informací mezi pacientem a lékařem, člena zdravotnické-

ho týmu, který utužuje důvěru pacienta v léčbě a osobu pečující o emocionální stav nemocného (Bellová, 2014, s. 28).

### **Role sestry**

Sestra by měla zastávat funkci ošetrovatelky, komunikátorky, edukátorky, poradkyně, pacientovi advokátky, nositelky změn, manažerky a výzkumné pracovnice (Kutnohorská, 2007, s. 22). Sestra by měla být součástí zdravotnického týmu a měla by pracovat samostatně v oblasti své působnosti. Dnes již nestačí být pouze zručná, ale v současnosti má v kompetencích mnohem více činností než tomu bývalo dříve. Povinnosti a chování sester jsou zaznamenány v Etickém kodexu sester, který je v České republice platný od 29. března 2003 (Kutnohorská, 2007, s. 40; Bellová, 2014, s. 24-29).

### **Komunikace**

Komunikace patří mezi nejdůležitější schopnosti v ošetrovatelství. Pacient je se sestrou ve vzájemném kontaktu a toto spojení je určitým druhem péče. Sestra by neměla zapomínat, že komunikace ovlivňuje aktuální stav pacienta. Strach nebo bolest mohou nemocnému snížit schopnost slovního vyjádření a porozumění dané situace. Součástí správné komunikace je nejen volba vhodných pojmů, ale i rychlost řeči, hlasitost, výška hlasu, délka projevu nebo pomlky. Sestra by při komunikaci s pacientem měla mluvit jednoduše, stručně, zřetelně a rozhovor si naplánovat na vhodný čas. Další částí komunikace je umění naslouchat. Neznamená to, že sestra slyší, co pacient říká, ale že mu správně rozumí a chápe, co myslí. Pacient má tak možnost svěřit se a sestra projevuje ochotu mu pomoci. Pokud sestra poskytuje pacientovi informační rozhovor, je nutné, aby si ověřila, zda pacient předané informace dobře pochopil. Sestra by dále měla zvládat prvky edukačního rozhovoru. Edukace se může týkat pooperačního režimu, jak správně pečovat a ošetřovat ránu, nebo jak správně vstávat z lůžka. Pro dobré zapamatování by měla sestra pacientovi názorně ukázat, co ho potřebuje naučit. Etické chování neplatí pouze k pacientovi, ale i k jeho rodině a blízkým. Neuctivé chování k rodině nemocného je bráno za stejný prohřešek, jako jednání k pacientovi (Bellová, 2014, s. 26, 31)

Při převazu rány je nutné brát na vědomí, že každý jedinec má své osobní zóny a dotýčný se nachází v jejich středu. Sestry tyto zóny porušují, ale pouze v nezbytných profesních situacích a se souhlasem pacienta. Pacient bude výkon snášet lépe, jestliže s ním bude sest-



ra komunikovat a popisovat co dělá. Nesmí zapomenout na zachování intimity nemocného a respektování jeho studu. Při stresových situacích je vhodné pokud sestra pacienta pohladí nebo letným dotek na paži může nemocného uklidnit (Bellová, 2014, s. 32).

### **Hlášení sester**

Předávání informací mezi sestrami se děje ústní i písemnou formou a říkáme tomu hlášení sester. Předání služby slouží k zachování kontinuity ošetrovatelské péče. Informace, které sestra získá, splní svůj účel, jsou-li včas předány pracovníkům ošetrovatelského týmu, kteří je mohou využít ve prospěch pacienta. Urgentní informaci, hlásí sestra rovnou lékaři, stejně tak může sestra získat závažné zprávy od lékaře. Písemný zápis hlášení je součástí ošetrovatelské dokumentace. Musí být přehledný a smysluplný. Tento oddíl musí obsahovat datum, druh směny, podpis sestry předávající a přebírající směnu, zápis o nežádoucích událostech, závažné zprávy o pacientech, ošetrovatelské úkony, plánovaná vyšetření, zápis o sledování inventáře a zápis o spotřebě opiátů. Záznam o hlášení služby kontroluje staničnická nebo vrchní sestra a je brán jako vizitka oddělení (Müllerová, 2014, s. 27-28).

### **Ošetrovatelská dokumentace**

Poskytuje informace jak sestram, tak lékařům. Každý hospitalizovaný pacient má založenou ošetrovatelskou dokumentaci, počet dokumentů odpovídá zdravotnímu stavu nemocného. Informace do dokumentace mohou zapisovat pouze pověřené osoby. Nejčastěji však obsahuje dokumenty jako je:

- Ošetrovatelská anamnéza a zhodnocení celkového stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení průběhu ošetrovatelské péče.
- Plán ošetrovatelské péče.
- Nutriční screening.
- Hodnocení rizika pádu.
- Hodnocení soběstačnosti pacienta.
- Plán péče o chronickou ránu.
- Hodnocení rizika vzniku dekubitů.
- Záznam o polohování pacienta.

- Edukační záznam.
- Soupis osobních věcí pacienta.
- Ošetřovatelská překládová a propouštěcí zpráva.

Součástí mohou být i další dokumenty dle konkrétního zdravotnického zařízení. Ošetřovatelská dokumentace společně s lékařskou dokumentací tvoří celek, který je dokladem o diagnostické, léčebné a ošetřovatelské péči (Müllerová, 2014, s. 18).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 5.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaká opatření se používají k prevenci dekubitů na vybraných pracovištích.

Cíl 2: Zjistit, jaké hodnotící škály využívají sestry k posouzení dekubitů na jednotlivých pracovištích.

Cíl 3: Zjistit, jestli na lůžkových odděleních a v organizacích domácí péče využívají metodu vlhkého hojení ran.

### 5.2 Metodika průzkumného šetření

Pro zpracování práce jsme zvolily formu kvantitativního průzkumu. Získání informací se uskutečnilo pomocí dotazníkového šetření.

#### 5.2.1 Dotazník

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

Dotazník obsahuje celkem 30 položek. Otázky položené v dotazníku jsou ve formě uzavřených a otevřených odpovědí. Dotazník obsahuje obecné otázky ptající se na pohlaví, věk atd. Ostatní otázky se vztahují k jednotlivým cílům. Dotazník uvádíme v příloze (viz příloha P VI).

### 5.3 Charakteristika respondentů

Kritériem pro výběr respondentů byli všeobecné sestry podle platné legislativy, s ochotou spolupracovat a minimálně dvou letou praxí u lůžka.

### 5.4 Organizace šetření

Dotazníkové šetření probíhalo na interních a chirurgických odděleních a v organizacích domácí péče. Průzkum se uskutečnil v Krajské nemocnici T. Bati, a.s. ve Zlíně, v Uherskohradištské nemocnici a.s., v Charitě ve Veselí nad Moravou a v zařízení Zdisla-

va ve Veselí nad Moravou. Průzkum probíhal od 13. 1. 2016 do 10. 2. 2016. Dohromady bylo distribuováno 140 dotazníků. Vráceno bylo celkem 106 dotazníků. Velmi nízká návratnost dotazníků byla na plicním oddělení v Krajské nemocnici T. Bati, a.s. ve Zlíně, až na tuto výjimku se nevyskytly žádné jiné komplikace.

## **5.5 Zpracování získaných dat**

Data byla uspořádána do tabulek s četností a zpracována v programu Microsoft Excel. Součástí každé tabulky je absolutní četnost (počet respondentů, kteří odpověděli na danou otázku stejnou odpovědí) a relativní četnost (procentuální zastoupení respondentů).

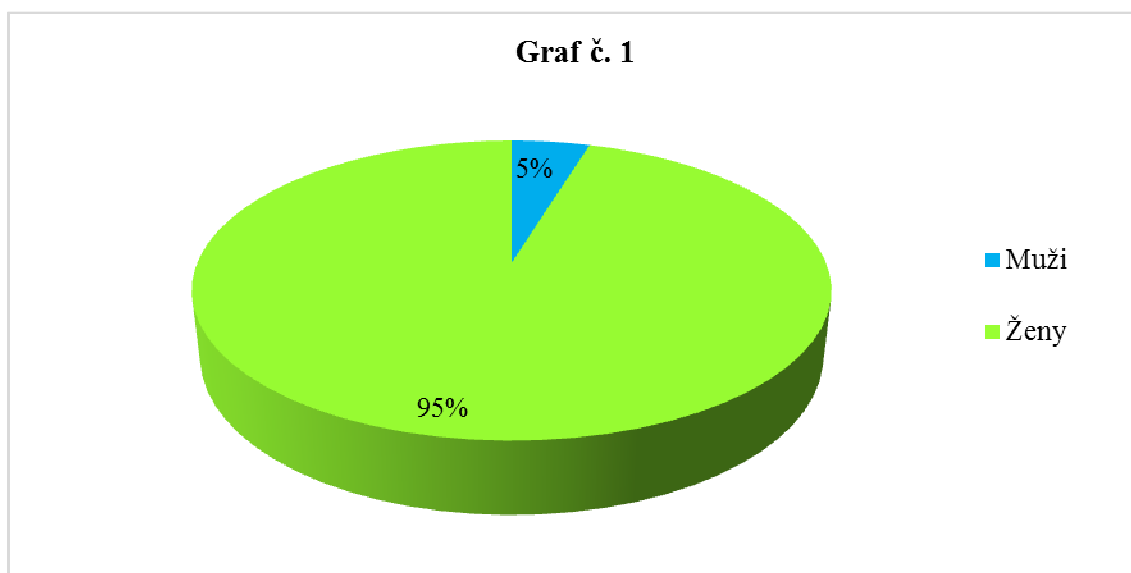
## 5.5.1 Zpracování dotazníků

## Otázka č. 1: Pohlaví

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	101	95,28 %
Muži	5	4,72 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 1 Pohlaví respondentů

**Komentář:**

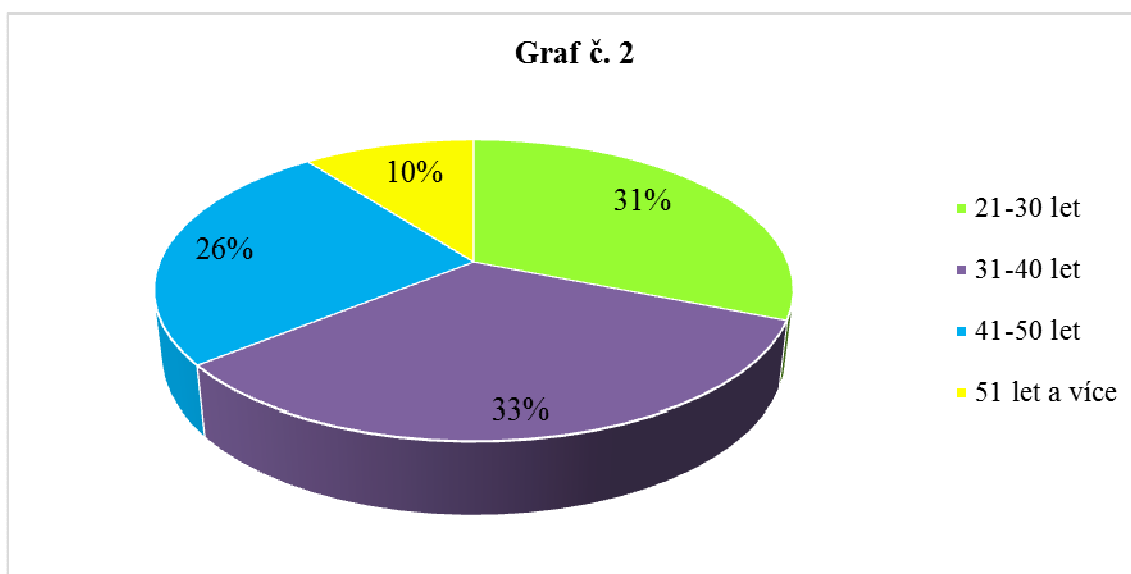
Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 106 respondentů, z toho bylo 101 žen (95 %) a 5 mužů (5 %).

## Otázka č. 2: Věk (doplňte)

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
21 – 30 let	33	31,13 %
31 – 40 let	35	33,02 %
41 – 50 let	27	25,47 %
51 a více	11	10,38 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 2 Věk respondentů

**Komentář:**

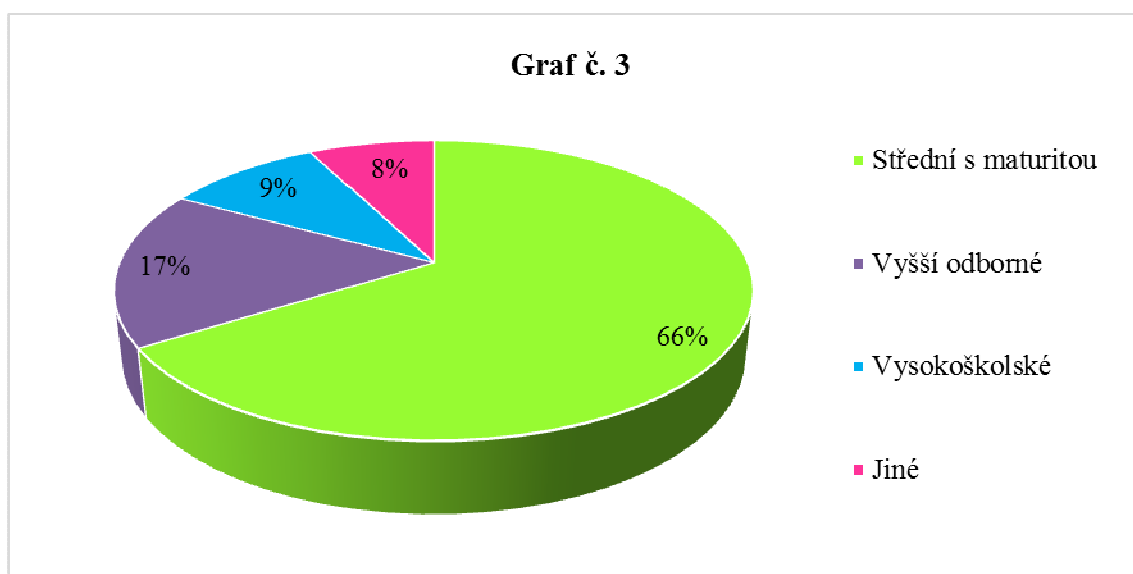
Věkové složení respondentů je složeno do 4 skupin. Největší skupinou jsou respondenti ve věku od 31 let do 40 let. V této věkové skupině je celkem 35 respondentů (33 %). Druhou věkovou skupinou jsou respondenti ve věku od 21 let do 30 let, počet respondentů je zde 33 (31 %). Třetí skupinu tvoří respondenti ve věku od 41 let do 50 let, což je 27 respondentů (26 %). Poslední věkovou skupinou jsou respondenti ve věku nad 50 let, což je 11 respondentů (10 %).

## Otázka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v ošetrovatelství?

Tabulka č. 3 Vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední s maturitou	70	66,04 %
Vyšší odborné	18	16,98 %
Vysokoškolské	10	9,44 %
Jiné	8	7,55 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 3 Vzdělání respondentů

**Komentář:**

Z grafu je patrné, že nejvíce zastoupenou skupinu tvoří respondenti se středoškolským vzděláním, což je 70 respondentů (66 %). Vyšší odborné vzdělání má 18 respondentů (17 %). Vysokoškolské vzdělání má pouze 10 respondentů (9 %). V kolonce jiné se objevilo specializační studium se 4 respondenty a magisterské studium ARIP, které má 4 respondenty. Dohromady tato vzdělání činí (8 %).

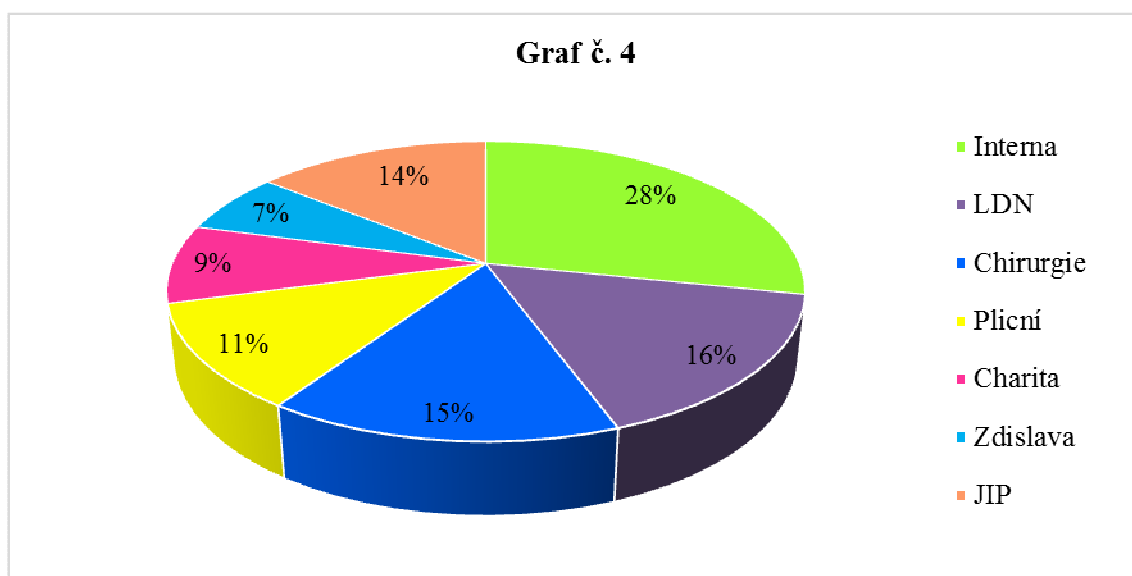


## Otázka č. 4: Pracoviště

Tabulka č. 4 Pracoviště respondentů

Pracoviště	Absolutní četnost	Relativní četnost
Interní oddělení	30	28,30 %
LDN	17	16,03 %
Chirurgické oddělení	16	15,10 %
Plicní oddělení	12	11,32 %
Charita	9	8,50 %
Zdislava	7	6,60 %
JIP	15	14,15 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00%</b>

Graf č. 4 Pracoviště respondentů

**Komentář:**

Největší počet respondentů pracuje na interním oddělení, celkem 30 respondentů (28 %). Na oddělení LDN odpovědělo 17 respondentů (16 %). 16 respondentů (15 %) pracuje na chirurgickém oddělení. Na oddělení JIP odpovědělo všech 15 respondentů (14 %). Na plic-

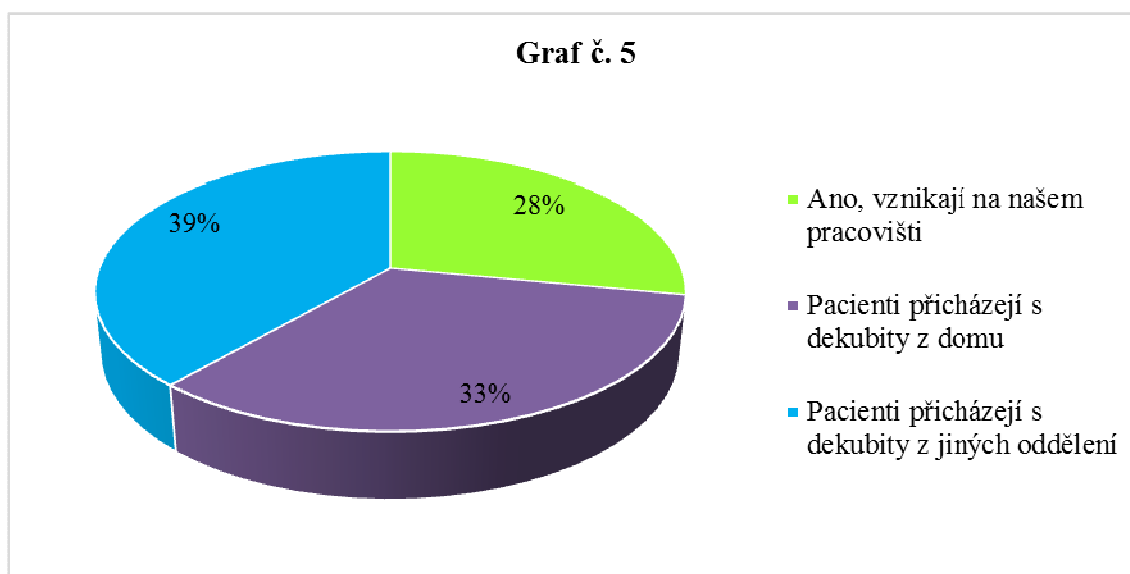
ním oddělení odpovědělo 12 respondentů (11 %). 9 respondentů (9 %) pracuje v Charitě a 7 respondentů (7 %) pracuje v Zdislavě.

**Otázka č. 5: Vznikají na vašem pracovišti dekubity nebo s nimi přicházejí pacienti z jiných oddělení či z domu? (uveďte)**

*Tabulka č. 5 Vznik dekubitů na pracovišti*

Vznik dekubitů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vznikají na našem pracovišti	48	28,07 %
Pacienti s dekubity přicházejí z domu	57	33,33 %
Pacienti přicházejí s dekubity z jiných oddělení	66	38,60 %
<b>Celkem</b>	<b>171</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 5 Vznik dekubitů na pracovišti*

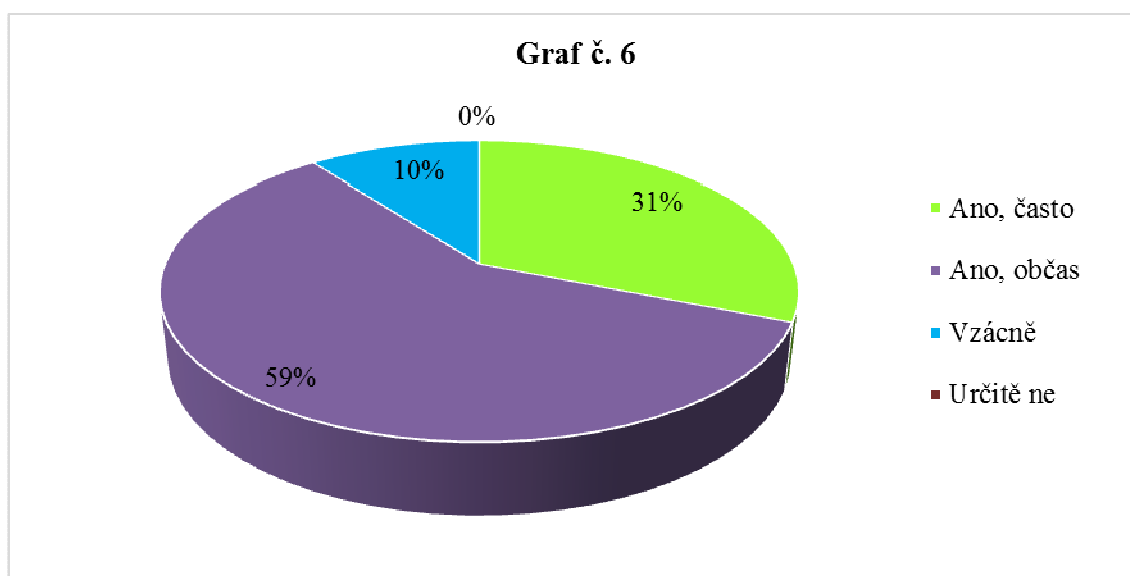


**Komentář:**

V této odpovědi se mohli respondenti samovolně vyjádřit, tudíž absolutní četnost tedy činí počet odpovědí, nikoliv počet respondentů. Nejčastější odpověď, kterou sestry odpověděly, byla, pacienti s dekubity přicházejí z jiných oddělení, 66 respondentů (39 %). Pacienti přicházejí s dekubity z domu je na druhém místě a uvedlo ji 57 respondentů (33 %). Sestry, které uvedli, že dekubity vznikají i na jejich oddělení bylo pouze 48 (28 %). Tato otázka navazuje na otázku č. 6.

**Otázka č. 6: Vyskytují se na Vašem pracovišti dekubity?***Tabulka č. 6 Výskyt dekubitů na pracovišti*

Výskyt dekubitů na pracovišti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, často	33	31,13 %
Ano, občas	62	58,49 %
Vzácně	11	10,38 %
Určitě ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 6 Výskyt dekubitů na pracovišti***Komentář:**

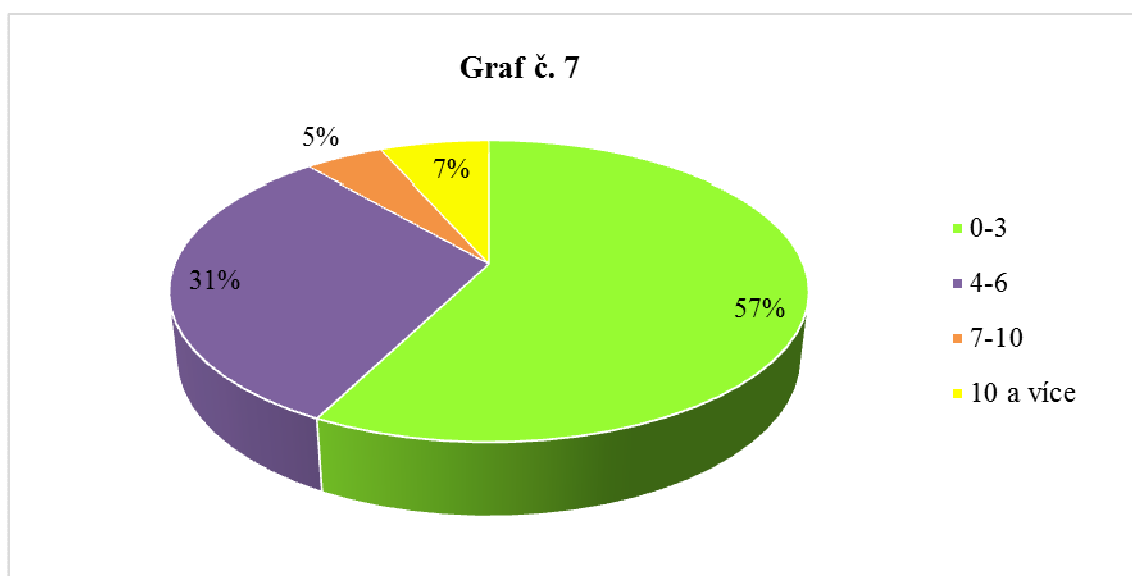
V této otázce respondenti zakroužkovali nejčastější odpověď ano, občas s 62 odpověďmi (59 %). Odpověď ano, často uvedlo 33 respondentů (31 %). Na odpověď vzácně odpovědělo 11 respondentů (10 %). A odpověď určitě ne neuvedl nikdo z oslovených respondentů.

Otázka č. 7: U kolika pacientů se na Vašem oddělení dekubity vyskytují?

Tabulka č. 7 Výskyt dekubitů u pacientů

Výskyt dekubitů u pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 - 3	61	57,55 %
4 - 6	33	31,13 %
7 - 10	5	4,72 %
10 a více	7	6,60 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 7 Výskyt dekubitů u pacientů



#### Komentář:

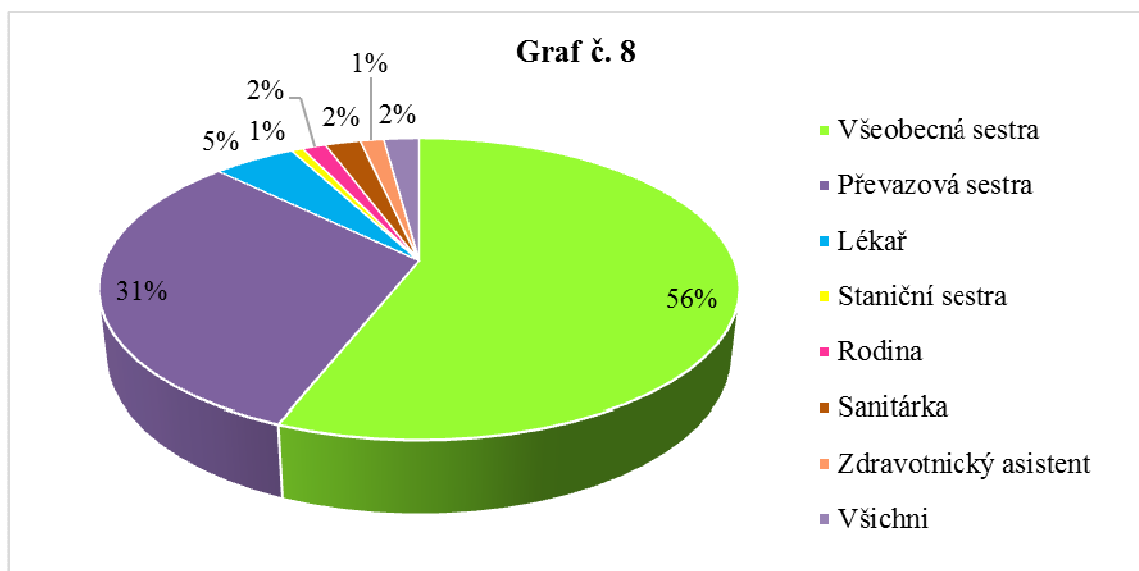
Z výsledků vyplynulo, že 61 respondentů (57 %) uvedlo výskyt dekubitů u 0 – 3 pacientů. Druhé místo s počtem 33 respondentů (31 %) uvedlo výskyt dekubitů u 4 – 6 pacientů. 7 respondentů (7 %) uvedlo vznik dekubitů u 10 a více osob. Na posledním místě s 5 odpověďmi (5 %) skončil výskyt dekubitů u 7 – 10 pacientů. Počet dekubitů byl uveden za jeden kalendářní měsíc.

## Otázka č. 8: Kdo na Vašem pracovišti o dekubity pečuje? (uved'te)

Tabulka č. 8 Kdo pečuje o dekubity na pracovišti

Péče o dekubity	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotní sestra	79	56,03 %
Převazová sestra	44	31,21 %
Lékař	7	4,96 %
Zdravotnický asistent	2	1,42 %
Staniční sestra	1	0,70 %
Sanitárka	3	2,13 %
Rodina	2	1,42 %
Všichni	3	2,13 %
<b>Celkem</b>	<b>141</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 8 Kdo pečuje o dekubity na pracovišti

**Komentář:**

Respondenti v této otázce mohli označit více odpovědí, tudíž absolutní četnost činí počet odpovědí, nikoliv počet respondentů. Na otázku, kdo o dekubity na pracovišti pečuje, od-

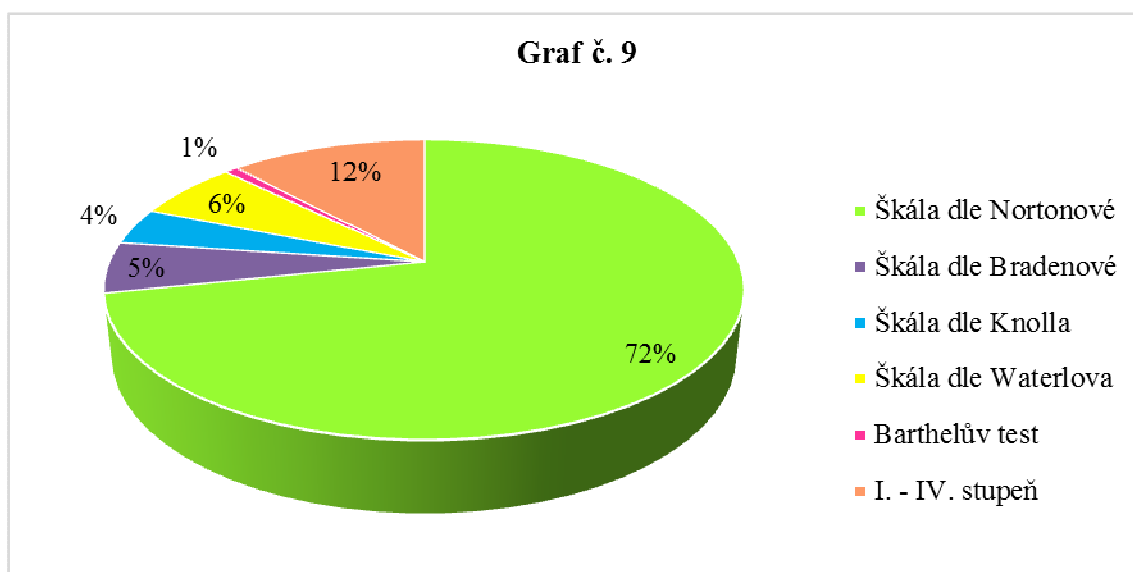
povědělo 79 respondentů (56 %), že všeobecné sestry. Převazovou sestru označilo 44 respondentů (31 %). 7 respondentů (5 %) uvedlo, že o dekubity pečuje lékař. 3 sestry (2 %) označili sanitárku. Odpověď všichni označili stejně jako v předchozí odpovědi 3 respondenti (2 %). 2 sestry (2%) uvedli, že o dekubity pečuje zdravotnický asistent. Stejně jako zdravotnický asistent, tak rodinu uvedli 2 respondenti (2 %). Na posledním místě skončila staniční sestra s 1 odpovědí (1 %).

Otázka č. 9: Jaké znáte hodnotící škály k možnému vzniku dekubitů? (uved'te)

Tabulka č. 9 Znalost hodnotících škál

Znalost škál	Absolutní četnost	Relativní četnost
Škála dle Nortonové	91	71,65 %
Škála dle Bradenové	7	5,51 %
Škála dle Knolla	5	3,94 %
Škála dle Waterlova	8	6,30 %
I. – IV. stupeň	15	11,81 %
Barthelův test	1	0,79 %
<b>Celkem</b>	<b>127</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 9 Znalost hodnotících škál



**Komentář:**

V této otázce sestry odpovídali, jaké znají škály k hodnocení rizika vzniku dekubitů, proto absolutní četnost činí počet odpovědí nikoliv počet respondentů. 91 sester (72 %) zná škálu dle Nortonové. 15 (5 %) respondentů uvedlo I. – IV. stupeň rizika vzniku dekubitu. Škálu dle Waterlova uvedlo 8 sester (6 %). Škálu dle Bradenové zná pouze 7 sester (5 %). 5 re-



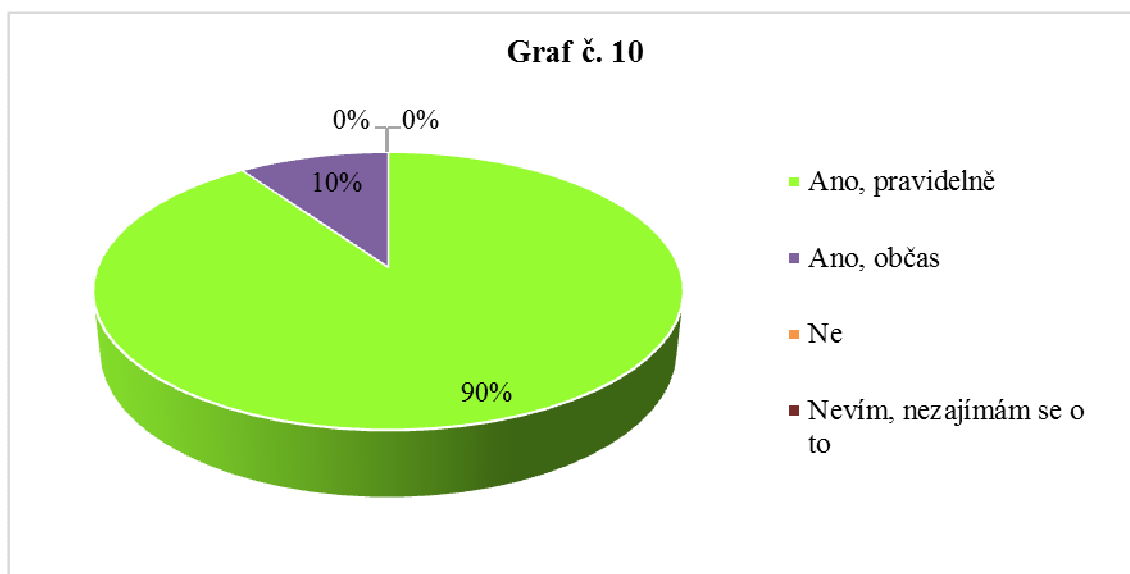
spondentů (4 %) zná škálu dle Knolla a 1 respondent (1 %) uvedl test soběstačnost dle Barthelové.

**Otázka č. 10: Používáte hodnotící škály k hodnocení rizika vzniku dekubitů na Vašem pracovišti? Pokud ano, jaké?**

*Tabulka č. 10 Používání hodnotících škál na pracovišti*

Použití škál na pracovišti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, pravidelně	97	91,51 %
Ano, občas	9	8,49 %
Ne	0	0,00 %
Nevím, nezajímám se o to	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 10 Používání hodnotících škál na pracovišti*



**Komentář:**

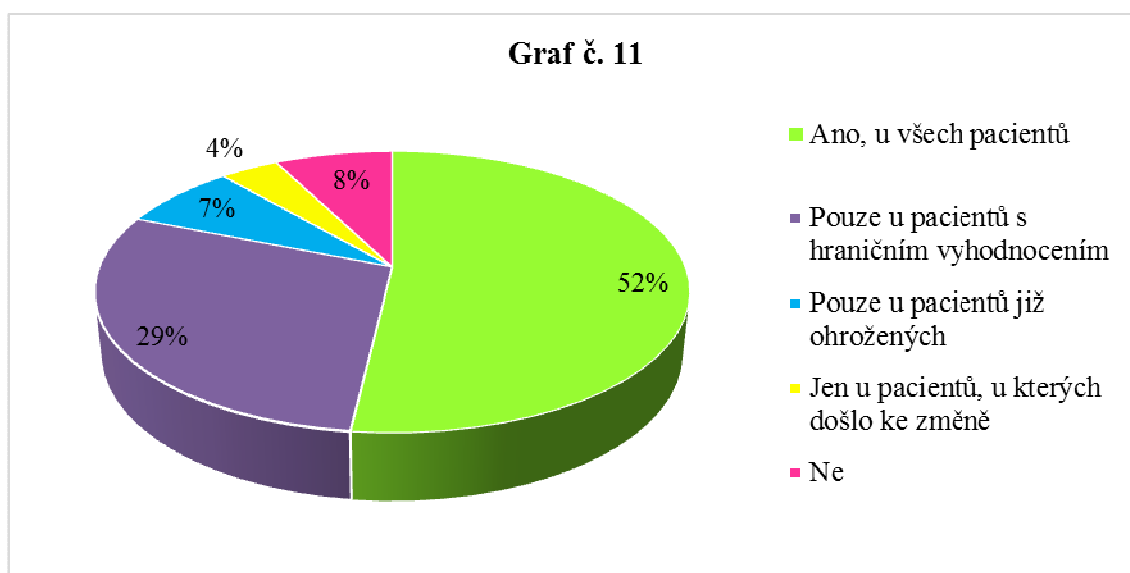
V grafu č. 10 je jasně patrné, že oslovení respondenti používají pravidelně škály k hodnocení rizika vzniku dekubitu. 97 respondentů (90 %), proto uvedlo odpověď ano, pravidelně. Odpověď ano, občas odpovědělo pouze 9 respondentů (10 %). Na odpověď ne a nevím, nezajímám se o to, neodpověděl nikdo z oslovených. Na dotaz jaké škály k hodnocení rizika vzniku dekubitu nejčastěji používají, uvedli respondenti škálu dle Nortonové, I. – IV. stupeň a test soběstačnosti dle Barthelové.

**Otázka č. 11: Opakujete hodnocení rizika vzniku dekubitů i dále, během hospitalizace pacienta?**

*Tabulka č. 11 Hodnocení rizika vzniku dekubitů během hospitalizace*

Hodnocení rizika vzniku dekubitů během hospitalizace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, u všech pacientů	55	51,89 %
Pouze u P/K s hraničním vyhodnocením rizika vzniku dekubitů	31	29,24 %
Pouze u P/K již ohrožených vznikem dekubitů	8	7,55 %
Jen u P/K, u kterých došlo během hospitalizace ke změně zdravotního stavu	4	3,77 %
Ne	8	7,55 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 11 Hodnocení rizika vzniku dekubitů během hospitalizace*



**Komentář:**

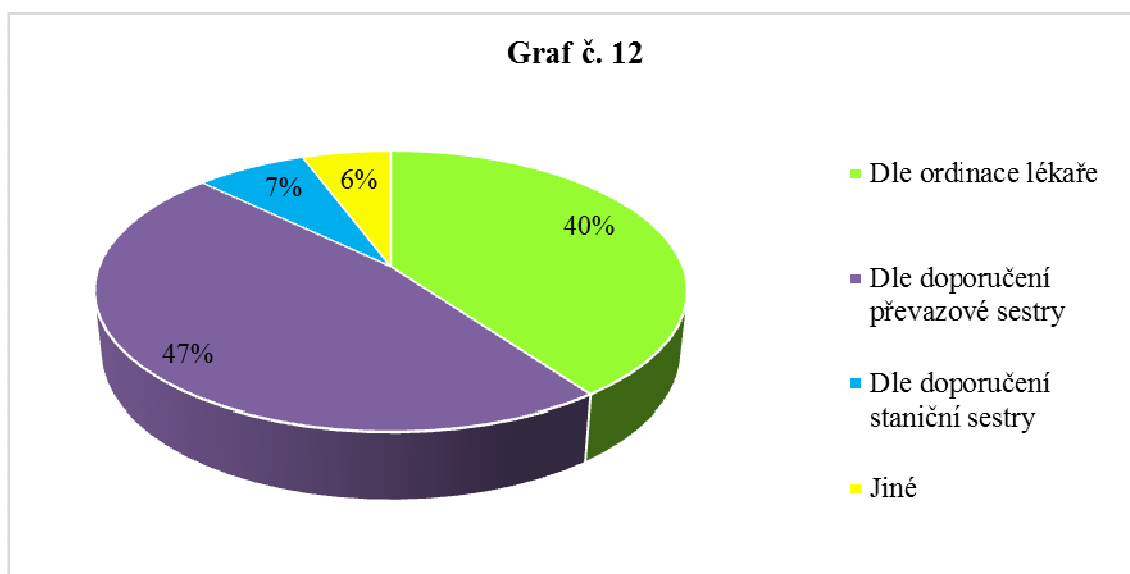
Na otázku jestli sestry opakují hodnocení rizika vzniku dekubitů i dále, během hospitalizace uvedlo odpověď ano, u všech pacientů 55 respondentů (52 %). 31 respondentů (29 %) uvedlo, že hodnocení opakují pouze u pacientů s hraničním vyhodnocením rizika vzniku dekubitů. 8 respondentů (7 %) označilo odpověď, pouze u pacientů již ohrožených vznikem dekubitů. Stejný počet respondentů 8 (8 %) jako v předchozí odpovědi, uvedlo odpověď ne. Pouze 4 respondenti uvedli odpověď, jen u pacientů, u kterých došlo během hospitalizace ke změně zdravotního stavu.

Otázka č. 12: Způsob ošetření dekubitů probíhá? (Možnost označit více odpovědí)

Tabulka č. 12 Ošetření dekubitů probíhá

Ošetření dekubitů probíhá	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dle ordinace lékaře	56	40 %
Dle doporučení převazové sestry	66	47,14 %
Dle doporučení staniční sestry	10	7,14 %
Jiné	8	5,71 %
<b>Celkem</b>	<b>140</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 12 Ošetření dekubitů probíhá



### Komentář:

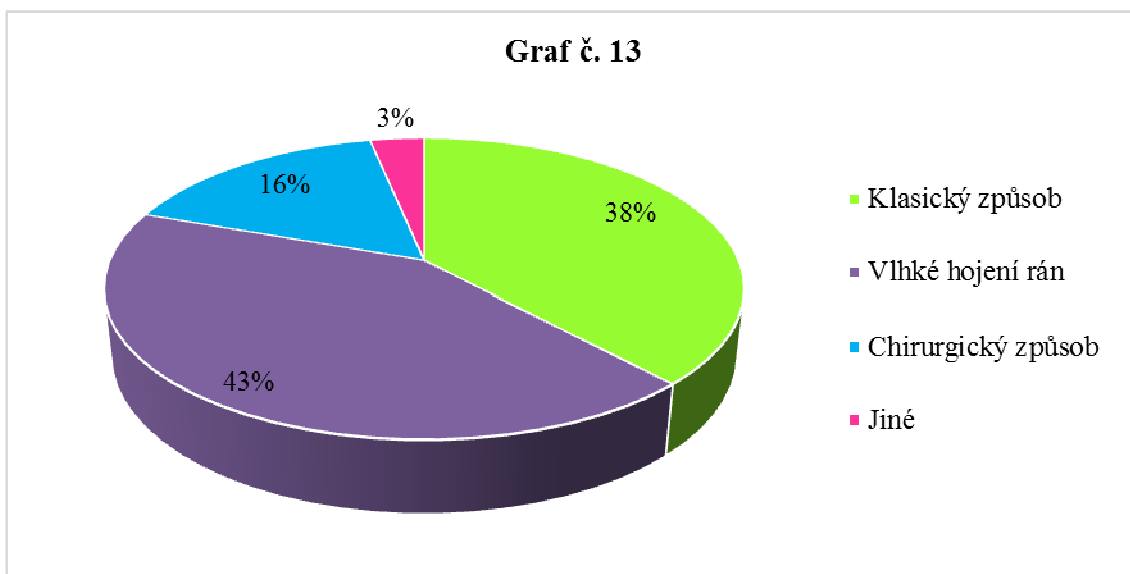
V této otázce mohli také respondenti označit více odpovědí, tudíž absolutní četnost tedy činí, počet odpovědí, nikoliv počet respondentů. První místo se 66 odpověďmi (47 %) zaujímá odpověď, dle doporučení převazové sestry. Druhé místo označilo odpověď, dle ordinace lékaře 56 respondentů (40 %). Dle doporučení staniční sestry obsadilo třetí místo s 10 odpověďmi (7 %). Poslední odpověď byla „jiné“ s 8 odpověďmi (6 %) – dle zkušenosti sestry, dle stupně dekubitu, dle všeobecné sestry a vzájemná domluva.

**Otázka č. 13: Jaké způsoby ošetření obvykle používáte na pracovišti? (Možnost označit více odpovědí)**

*Tabulka č. 13 Způsob ošetření dekubitů*

Způsob ošetření dekubitů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Klasický způsob	70	38,04 %
Vlhké hojení ran	78	42,39 %
Chirurgický způsob	30	16,30 %
Jiné	6	3,27 %
<b>Celkem</b>	<b>184</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 13 Způsob ošetření dekubitů*



**Komentář:**

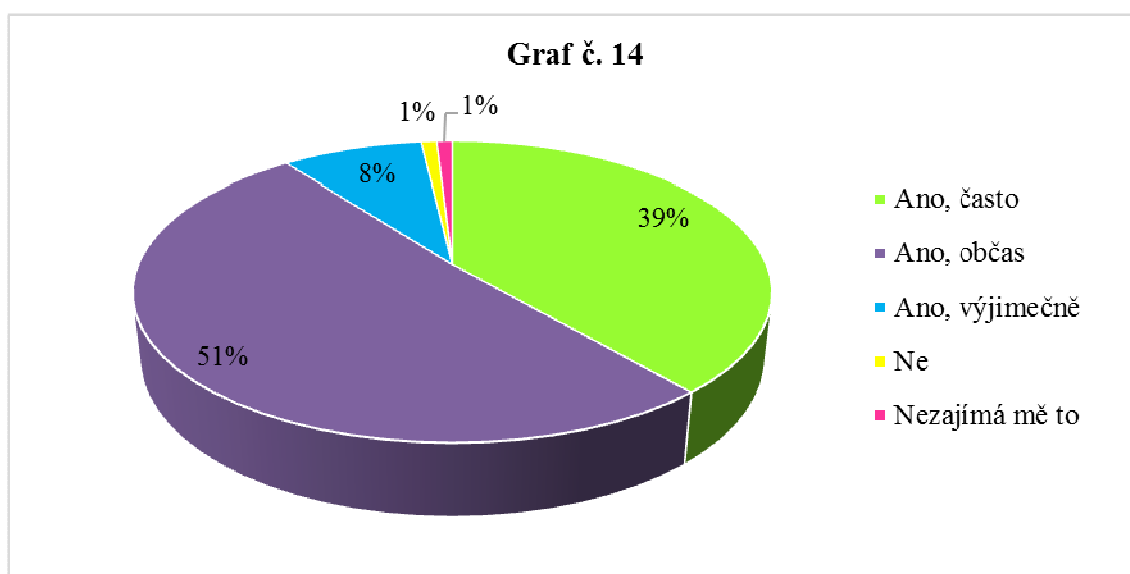
V této otázce měli respondenti zakroužkovat více odpovědí, proto absolutní četnost činí počet odpovědí, nikoliv počet respondentů. Vlhké hojení ran používá na pracovišti celkem 78 respondentů (43 %). Klasický způsob hojení ran označilo 70 respondentů (38 %). 30 respondentů (16 %) využívá chirurgický způsob hojení ran. A v kolonce jiné s 6 odpověďmi (3 %) byly odpovědi – VAC, dle stavu dekubitu a od doby, co dekubity ošetřuje převazová sestra, nemám poněti.

Otázka č. 14: Využíváte na Vašem pracovišti, při ošetření dekubitů tzv. vlhké hojení ran?

Tabulka č. 14 Vlhké hojení ran

Vlhké hojení ran	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, často	41	38,68 %
Ano, občas	54	50,94 %
Ano, výjimečně	9	8,50 %
Ne	1	0,94 %
Nezajímá mě to	1	0,94 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 14 Vlhké hojení ran



#### Komentář:

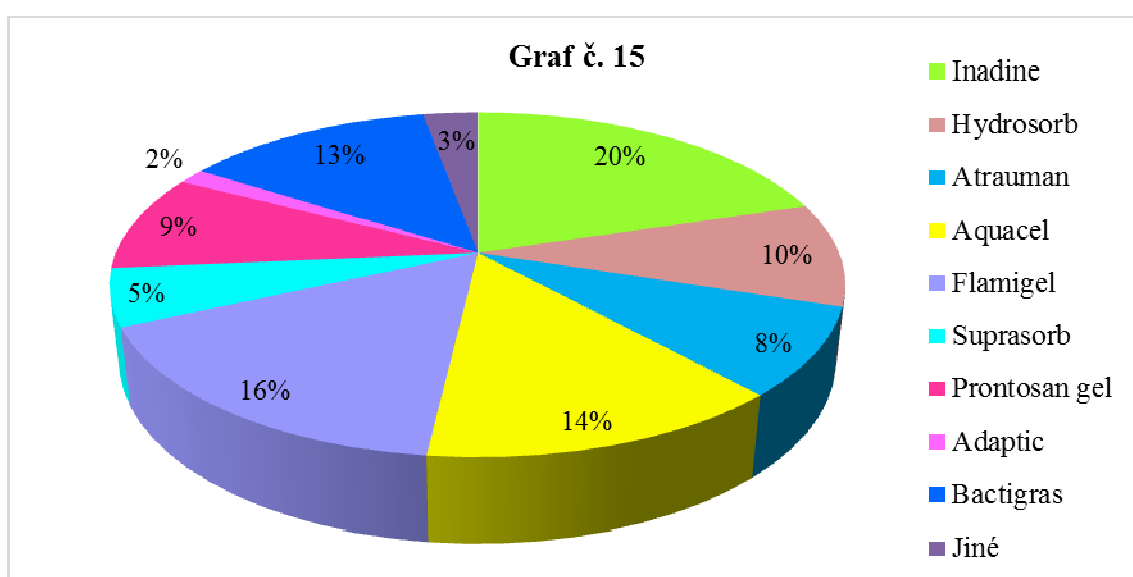
Z grafu č. 14 vyplývá, že 41 respondentů (39 %) odpovědělo na otázku, zda používají na pracovišti metodu vlhkého hojení ran, ano, často. Větší počet respondentů však odpověděl ano, občas a to 54 (51 %) odpovědí. Ano, výjimečně uvedlo 9 respondentů (8 %). Odpověď ne uvedl 1 respondent (1 %), stejně jako odpověď nezajímá mě to s 1 odpovědí (1 %).

Otázka č. 15: Které materiály nejčastěji využíváte? (Možnost označit více odpovědí)

Tabulka č. 15 Materiály vlhkého hojení

Materiály vlhkého hojení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Inadine	98	20,25 %
Hydrosorb	47	9,71 %
Atrauman	40	8,26 %
Aquacel	66	13,64 %
Flamigel	79	16,32 %
Suprasorb	26	5,37 %
Prontosan gel	44	9,09 %
Adaptic	7	1,45 %
Bactigras	63	13,02 %
Jiné	14	2,89 %
<b>Celkem</b>	<b>484</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 15 Materiály vlhkého hojení ran





**Komentář:**

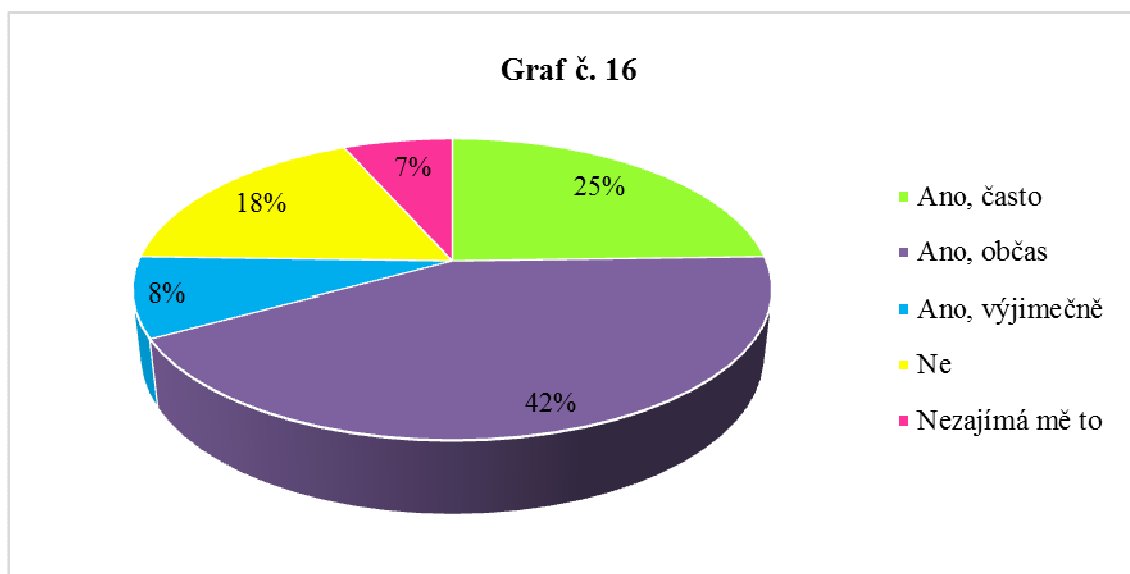
Na otázku č. 15 respondenti kroužkovali více možností, tudíž absolutní četnost činí počet odpovědí, nikoliv počet respondentů. Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů označilo na první místo s počtem 98 odpovědí (20 %) Inadine. Druhé místo zaujímá se 79 odpověďmi (16 %) Flamigel. Aquacel označilo 66 (14 %) respondentů. Dále s počtem 63 odpovědí (13 %) se umístil Bactigras. Hydrosorb označilo 47 (10 %) respondentů. 44 odpovědí (9 %) označilo Prontosan gel. Hned po něm skončil Atrauman, který získal 40 odpovědí (8 %). S počtem 26 odpovědí (5 %) označili respondenti Suprasorb. Pouze se 7 odpověďmi (2 %) respondenti zakroužkovali Adaptic. 14 (3 %) dotazovaných zvolilo odpověď jiné a doplnili – Debricasan, Bionect, Hemagel, Betadine, Sorbalgon, Actisorb a každý dekubit má individuální léčbu.

Otázka č. 16: Využíváte na Vašem pracovišti ke krytí ran také interaktivní obvazy?

Tabulka č. 16 Interaktivní obvazy

Interaktivní obvazy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, často	26	24,53 %
Ano, občas	45	42,45 %
Ano, výjimečně	9	8,50 %
Ne	19	17,92 %
Nezajímá mě to	7	6,60 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 16 Interaktivní obvazy



**Komentář:**

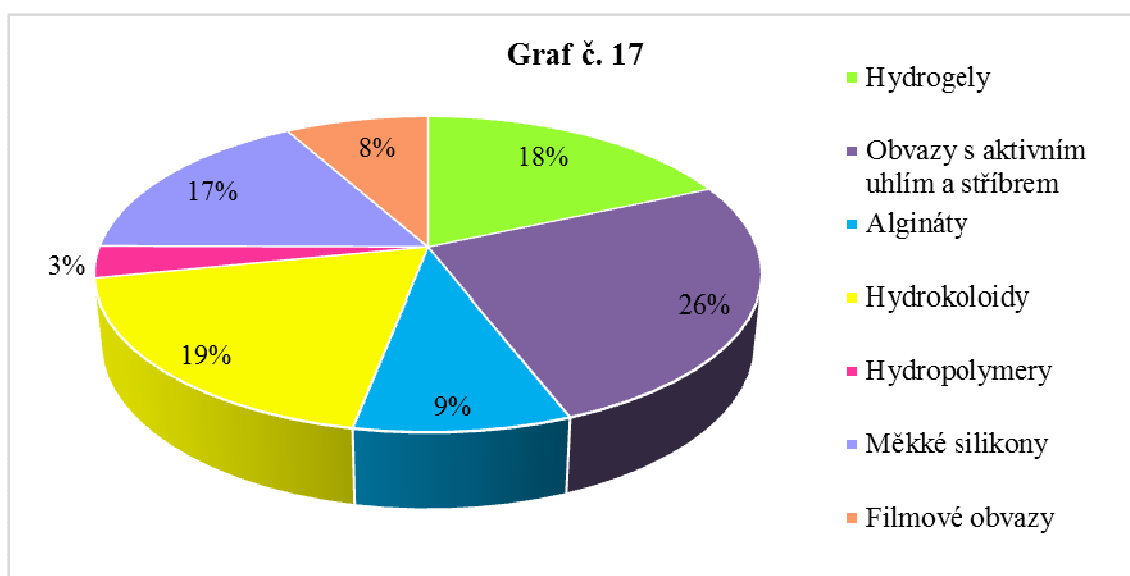
Z výsledků vyplynulo, že interaktivní obvazy s odpovědí ano, často uvedlo pouze 26 respondentů (25 %). Více respondentů uvedlo odpověď ano, občas a to 45 (42 %). Odpověď ano, výjimečně zakroužkovalo 9 respondentů (8 %). 19 respondentů (18 %) uvedlo, že nepoužívají interaktivní obvazy. Nezajímá mě to, zakroužkovalo celkem 7 respondentů (7 %).

Otázka č. 17: Které materiály využíváte nejčastěji? (Možnost označit více odpovědí)

Tabulka č. 17 Druhy interaktivních obvazů

Interaktivní obvazy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hydrogely	45	18,37 %
Obvazy s aktivním uhlím a stříbrem	63	25,71 %
Algináty	22	8,98 %
Hydrokoloidy	46	18,78 %
Hydropolymery	8	3,27 %
Měkké silikony	41	16,73 %
Filmové obvazy	20	8,16 %
<b>Celkem</b>	<b>245</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 17 Druhy interaktivních obvazů



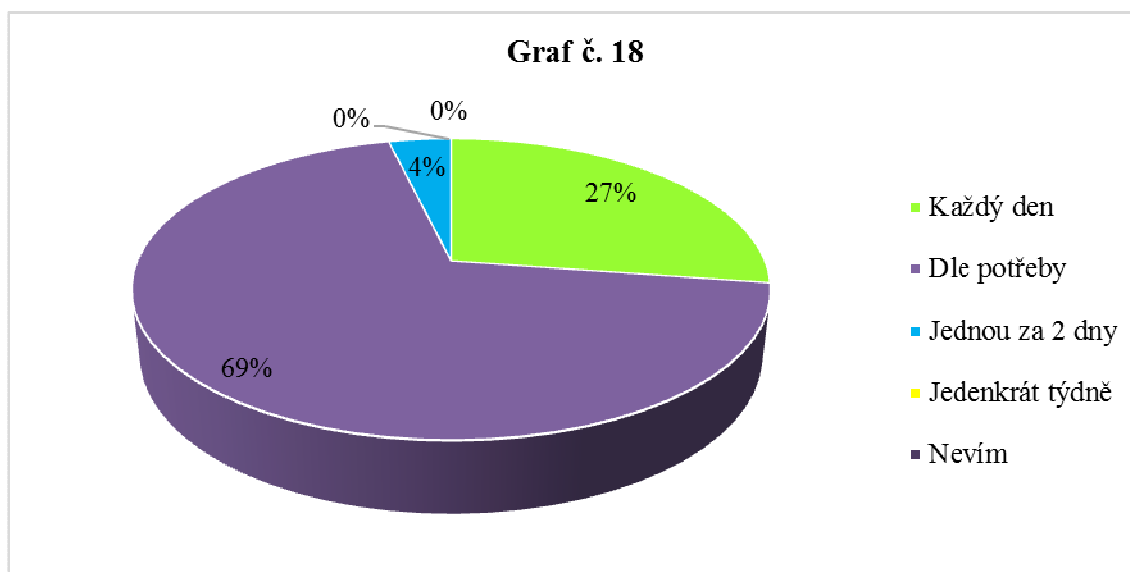
#### Komentář:

V této otázce si mohli respondenti zvolit více odpovědí, proto absolutní četnost tvoří počet odpovědí, nikoliv počet respondentů. Nejvíce používaným interaktivním materiálem jsou obvazy s aktivním uhlím a stříbrem, což uvedlo 63 respondentů (26 %). Hydrokoloidy pat-

řily mezi další nejčastější odpovědi, což uvedlo 46 oslovených respondentů (19 %). Těsně za ním o bod, teda se 45 odpověďmi (18 %) skončily hydrogely. Měkké silikonky využívá v práci 41 respondentů (17 %). 22 respondentů (9 %) používá k ošetřování dekubitů algináty. Pouhých 20 respondentů (8 %) uvedlo, že využívají k ošetření dekubitů filmové obvazy. Hydropolymery využívá při ošetření dekubitů pouze 8 respondentů (3 %).

**Otázka č. 18: Jak často převazujete dekubity na Vašem pracovišti?***Tabulka č. 18 Frekvence převazů*

Frekvence převazů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každý den	29	27,36 %
Dle potřeby	73	68,87 %
Jednou za 2 dny	4	3,77 %
Jedenkrát týdně	0	0,00 %
Nevím	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 18 Frekvence převazů***Komentář:**

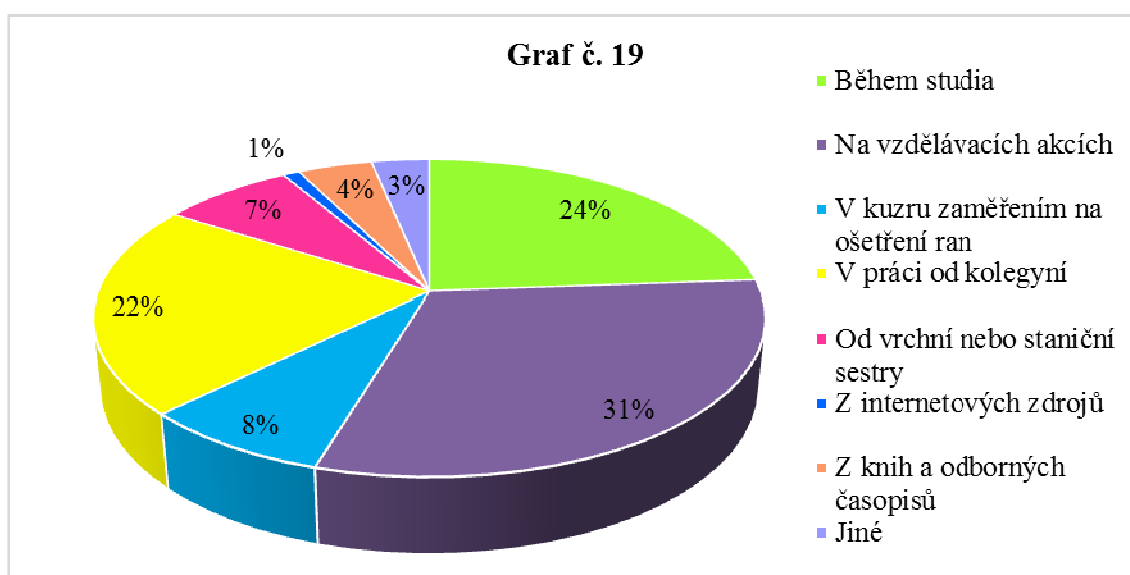
Na otázku jak často převazujete dekubity, respondenti nejčastěji odpověděli dle potřeby a to se 73 odpověďmi (69 %). Každý den převazuje dekubity 29 respondentů (27 %). Odpověď jednou za 2 dny uvedli 4 respondenti (4 %). Odpověď jedenkrát týdně a nevím neuvedl žádný z oslovených respondentů.

Otázka č. 19: Kde jste se seznámila se správným ošetřením dekubitů? (Možnost označit více odpovědí)

Tabulka č. 19 Znalosti o dekubitech

Znalosti o dekubitech	Absolutní četnost	Relativní četnost
Během studia	51	23,83 %
Na vzdělávacích akcích	66	30,84 %
V kurzu zaměřeném na ošetřování ran	17	7,94 %
V práci od kolegyní	46	21,50 %
Od vrchní nebo staniční sestry	16	7,48 %
Z internetových zdrojů	2	0,93 %
Z knih a odborných časopisů	9	4,21 %
Jiné	7	3,27 %
<b>Celkem</b>	<b>214</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 19 Znalosti o dekubitech



**Komentář:**

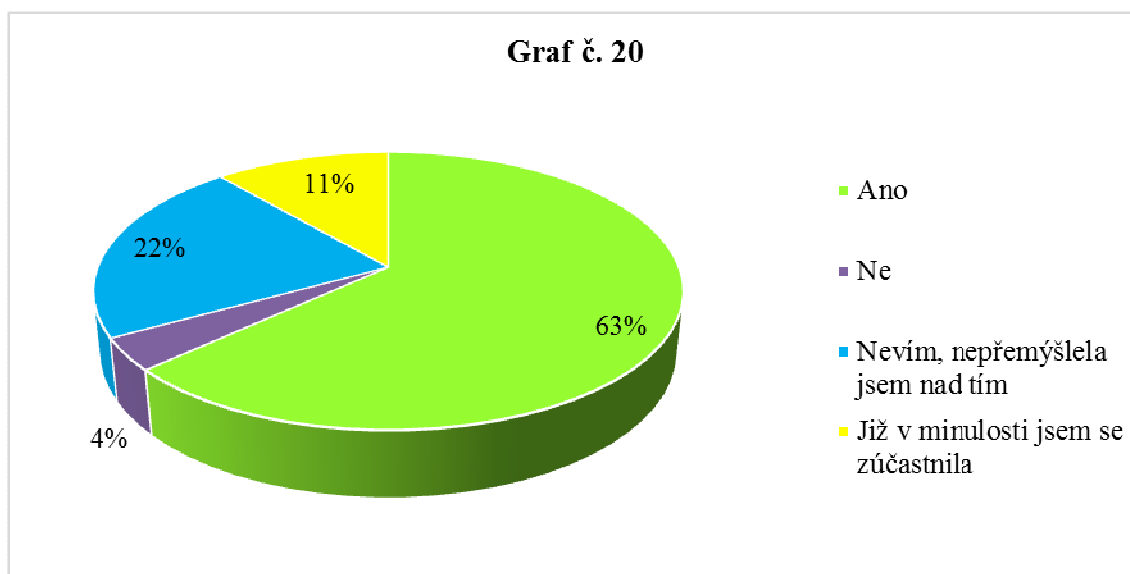
Tak jako v některých předchozích otázkách i zde respondenti mohli vybrat více odpovědí, proto je absolutní četnost dána počtem odpovědí, nikoliv počtem respondentů. 66 respondentů (31 %) uvedlo, že se správným ošetřením dekubitů se seznámili na vzdělávacích akcích a to na školeních a seminářích. Během studia se seznámili se správným ošetřením dekubitů 51 (24 %) respondentů. 46 respondentů (22 %) nabyli zkušenost s ošetřováním v práci od kolegyň. 17 respondentů (8 %) se naučilo o dekubity pečovat v kurzu zaměřeném na ošetřování ran. Odpověď od vrchní nebo staniční sestry odpovědělo celkem 16 respondentů (7 %). Z knih a odborných časopisů čerpá zkušenosti 9 respondentů (4 %). V internetu vyhledávají informace pouze 2 respondenti (1 %). 7 respondentů (3 %) uvedlo jako odpověď „jiné“. Cituji odpovědi respondentů – v minulé práci jsem se naučila o rány pečovat a znalosti mám od převazové sestry.

**Otázka č. 20: Pokud byste měl/a možnost, zúčastnil/a byste se školení metody vlhkého hojení ran?**

*Tabulka č. 20 Školení vlhkého hojení ran*

Školení vlhkého hojení ran	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	67	63,21 %
Ne	4	3,77 %
Nevím, nepřemýšlela jsem nad tím	23	21,70 %
Již v minulosti jsem se zúčastnila	12	11,32 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 20 Školení vlhkého hojení ran*



**Komentář:**

Z grafu č. 20 je patrné, že školení v rámci dekubitů by se zúčastnilo celkem 67 respondentů (63 %). Odpověď nevím, nepřemýšlela jsem nad tím, zakroužkovalo 23 respondentů (22 %). 12 respondentů (11 %) se již zúčastnilo školení a odpověď ne uvedli 4 respondenti (4 %).

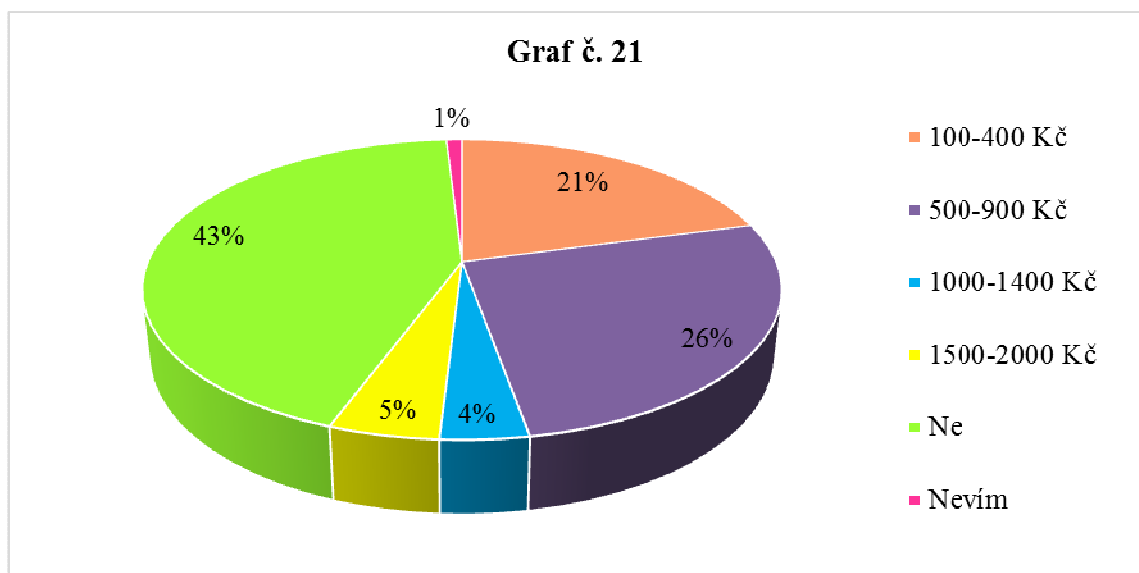


Otázka č. 21: Byl/a byste ochotný/á si školení zaplatit a v jaké maximální výši? (uvedte)

Tabulka č. 21 Maximální částka za školení

Maximální částka za školení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano 100 – 400 Kč	22	20,75 %
Ano 500 – 900 Kč	28	26,42 %
Ano 1000 – 1400 Kč	4	3,77 %
Ano 1500 – 2000 Kč	5	4,72 %
Nevím	1	0,94 %
Ne	46	43,40 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 21 Maximální částka za školení



#### Komentář:

Na otázku zda by si respondenti školení zaplatili, byla nejčastější odpověď ne s 46 odpověďmi (43 %). Zbytek respondentů odpovědělo kladně. Od 100 do 400 Kč by si školení zaplatilo 22 respondentů (21 %). 500 – 900 Kč by si školení zaplatilo 28 respondentů (26 %). 4 respondenti by do školení investovali od 1000 do 1400 Kč a 5 respondentů (5 %)

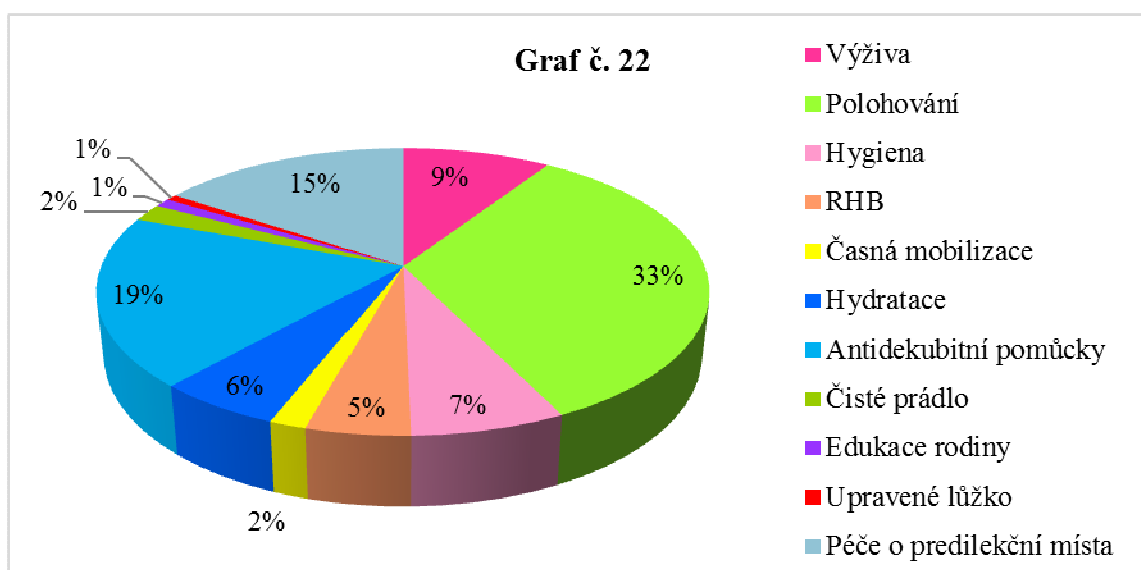
by do školení investovalo od 1500 do 2000 Kč. Odpověď nevím označil 1 respondent (1 %).

Otázka č. 22: Jaké opatření provádíte k prevenci vzniku dekubitů? (uved'te)

Tabulka č. 22 Opatření v prevenci dekubitů

Opatření v prevenci dekubitů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výživa	28	9,27 %
Polohování	101	33,44 %
Hygiena	21	6,95 %
Rehabilitace	14	4,64 %
Časná mobilizace	5	1,66 %
Hydratace	17	5,63 %
Antidekubitní pomůcky	58	19,21 %
Čisté prádlo	6	1,99 %
Edukace rodiny	3	0,99 %
Upravené lůžko	2	0,66 %
Péče o predilekční místa	47	15,56 %
<b>Celkem</b>	<b>302</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 22 Opatření v prevenci dekubitů

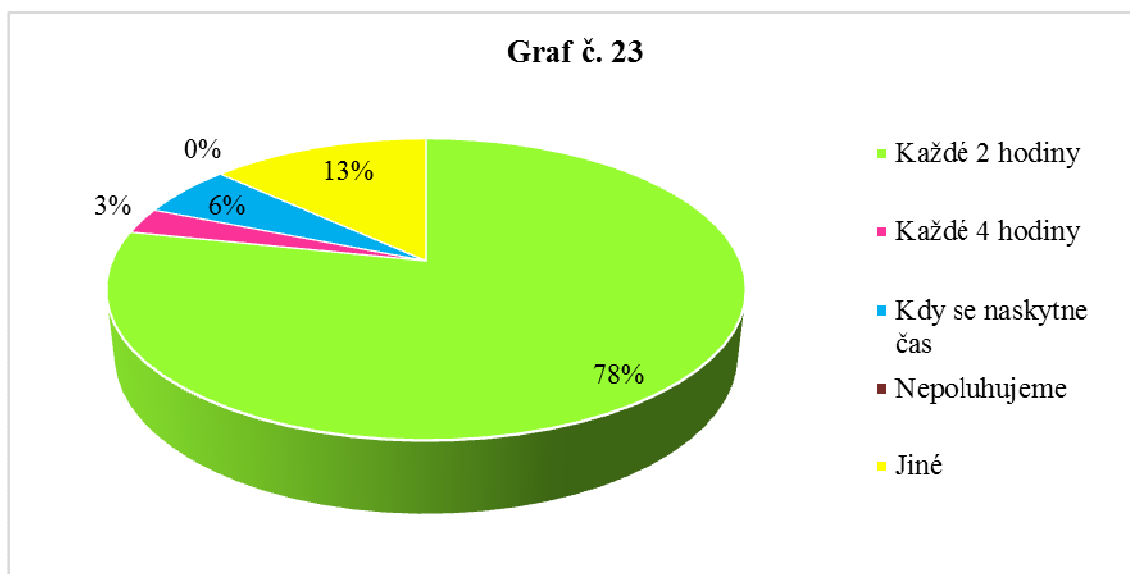


**Komentář:**

V této otázce měli respondenti vypsát jakou nejčastější prevenci používají v boji proti vzniku dekubitů, tudíž absolutní četnost tvoří počet odpovědí. První a jednoznačnou odpovědí bylo polohování se 101 odpověďmi (33 %). Druhou nejčastější odpovědí s 58 (19 %) byly antidekubitní pomůcky. Třetí místo zaujímá péče o predilekční místa se 47 odpověďmi (15 %). Čtvrté místo s počtem 28 odpovědí (9 %) zaujímá výživa. Páté místo patří s 21 odpověďmi (7 %) hygieně. V posledních příčkách jsou odpovědi jako hydratace se 17 odpověďmi (6 %), rehabilitace se 14 odpověďmi (5 %), čisté prádlo s 6 odpověďmi (2 %), časná mobilizace s 5 odpověďmi (2 %), edukace rodiny s 3 odpověďmi (1 %) a upravené lůžko s 2 odpověďmi (1 %).

**Otázka č. 23: Jak často polohujete pacienty s dekubity?***Tabulka č. 23 Frekvence polohování*

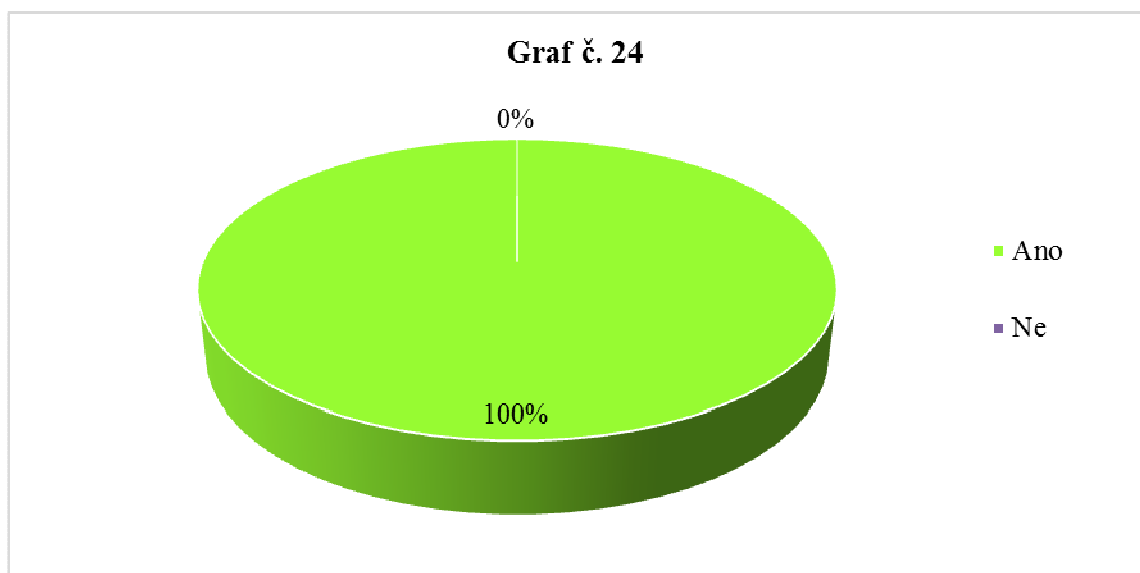
Frekvence polohování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každé 2 hodiny	83	78,30 %
Každé 4 hodiny	3	2,83 %
Kdy se naskytne čas	6	5,66 %
Nepolohujeme	0	0,00 %
Jiné	14	13,21 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 23 Frekvence polohování***Komentář:**

Z výsledků vyplynulo, že 83 sester (78 %) polohuje pacienty každé 2 hodiny. Každé 4 hodiny polohuje pacienty pouze 3 sestry (3 %). 6 sester (6 %) odpovědělo, že pacienty polohuje, kdy se naskytne čas. Na odpověď nepolohujeme, neodpověděla žádná sestra. V odpovědi jiné 14 (13%) byly nejčastější odpovědi – každé 3 hodiny, kdy ke klientům dojdeme, podle stavu dekubitu a edukujeme rodinu v polohování.

**Otázka č. 24: Využíváte speciální pomůcky k prevenci dekubitů?***Tabulka č. 24 Antidekubitní pomůcky*

Speciální pomůcky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	106	100 %
Ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 24 Antidekubitní pomůcky***Komentář:**

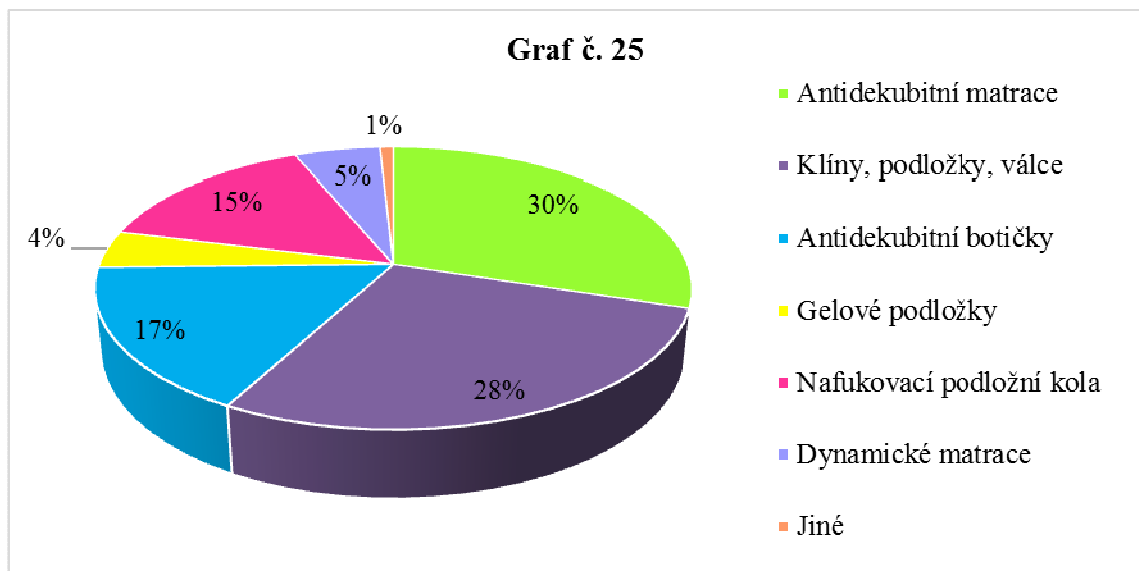
Z grafu je patrné, že všech 106 respondentů (100 %) na otázku, zda využívají speciální pomůcky k prevenci dekubitů na pracovišti, odpověděli kladně.

Otázka č. 25: Jaké používáte na Vašem oddělení pomůcky? (Možnost označit více odpovědí)

Tabulka č. 25 Druhy pomůcek

Druhy pomůcek	Absolutní četnost	Relativní četnost
Antidekubitní matrace	104	29,97 %
Klíny, podložky, válce	97	27,95 %
Antidekubitní botičky	58	16,71 %
Gelové podložky	15	4,32 %
Nafukovací podložní kola	51	14,70 %
Dynamické matrace	19	5,48 %
Jiné	3	0,86 %
<b>Celkem</b>	<b>347</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 25 Druhy pomůcek



**Komentář:**

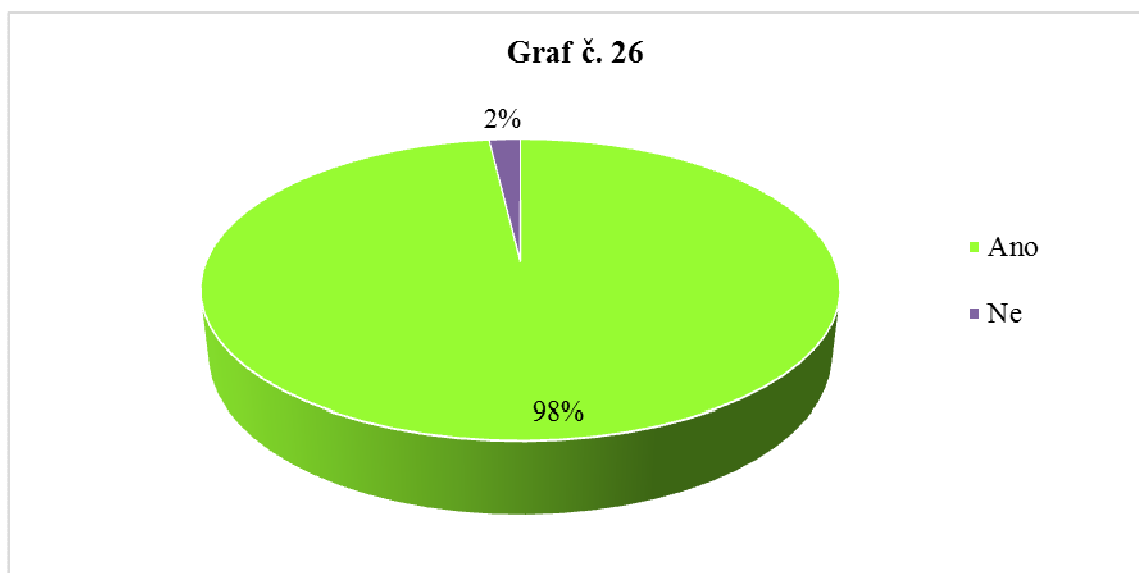
V této otázce mohli dotazovaní zakroužkovat více odpovědí, tudíž absolutní četnost je tvořena počtem odpovědí, nikoliv počtem respondentů. Nejčastější pomůckou, kterou použí-

vají sestry na odděleních je antidekubitní matrace se 104 odpověďmi (30 %). Druhou odpověď zaujímají klíny, podložky a válce s 97 odpověďmi (28 %). Třetí místo zaujímají antidekubitní botičky s 58 odpověďmi (17 %). Čtvrté místo s počtem 51 odpovědí (15 %) zaujímají nafukovací podložní kola. Dynamické matrace zakroužkovalo 19 respondentů (5 %). Předposlední místo s počtem 15 odpovědí (4 %) zaujímají gelové podložky. V kolonce jiné se 3 odpověďmi (1 %) se objevila Ovečka, Had a Allevyn Heel.



**Otázka č. 26: Podáváte pacientům s dekubity doplňky stravy?***Tabulka č. 26 Doplnky stravy*

Doplňky stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	104	98,11 %
Ne	2	1,89 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 26 Doplnky stravy***Komentář:**

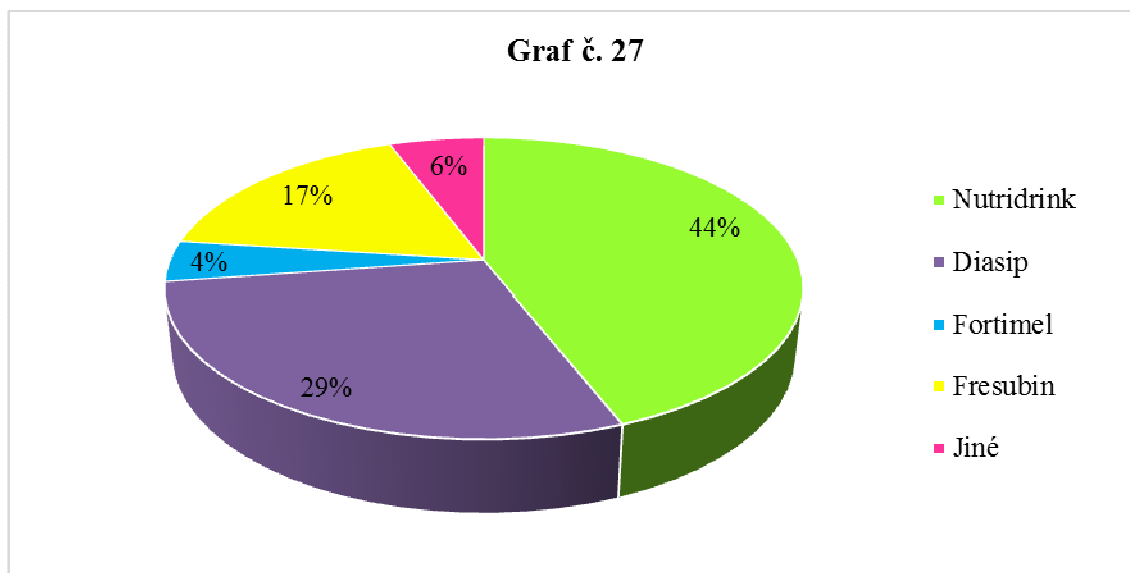
Z celkového počtu 106 respondentů na tuto otázku odpovědělo ano, 104 respondentů (98 %). Zbývá 2 respondenti (2 %) zvolili odpověď ne, protože doplňky stravy kupuje rodina.

**Otázka č. 27: Jaké doplňky stravy máte na pracovišti k dispozici? (Možnost označit více odpovědí)**

*Tabulka č. 27 Druhy doplňků stravy*

Druhy doplňků stravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nutridrink	100	42,19 %
Diasip	65	27,43 %
Fortimel	10	4,22 %
Fresubin	39	16,46 %
Jiné	23	9,70 %
<b>Celkem</b>	<b>237</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 27 Druhy doplňků stravy*



**Komentář:**

V této otázce jsme zjišťovaly, jaké doplňky stravy pracoviště poskytuje. Opět sestry mohli označit více odpovědí a tak jako v některých předešlých otázkách je absolutní četnost tvořena počtem odpovědí. Nejčastější doplněk stravy, který respondenti používají je Nutridrink se 100 odpověďmi (44 %). Diasip obsadil druhé místo s 65 odpověďmi (29 %). Fre-

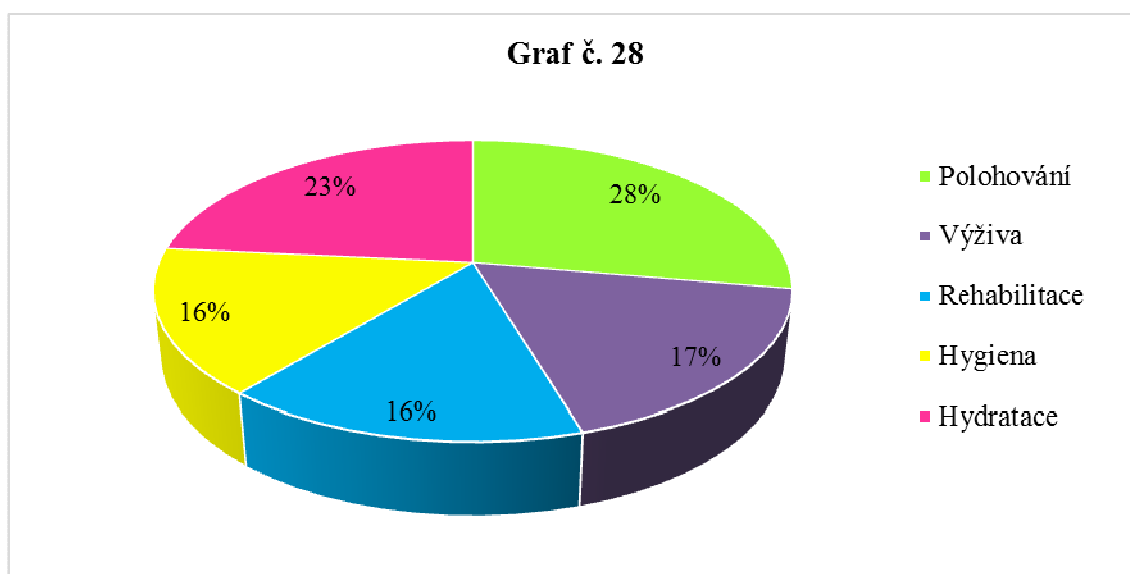
subin zakroužkovalo 39 respondentů (17 %). V kolonce jiné s 23 odpověďmi (6 %) se nejvíce objevily odpovědi jako Ensure, Jevity, Cubitan, Protifar, Nepro nebo Intestamine. Poslední skončil Fortimel s 10 odpověďmi (4 %).

**Otázka č. 28: Jaké jsou podle Vás nejdůležitější formy prevence dekubitů? (Přiřaďte číslo dle důležitosti)**

*Tabulka č. 28 Formy prevence*

Formy prevence	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. Polohování	57	27,94 %
2. Výživa	36	17,65 %
3. Hygiena	31	15,20 %
4. Hydratace	32	15,68 %
5. Rehabilitace	48	23,53 %
<b>Celkem</b>	<b>204</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 28 Formy prevence*

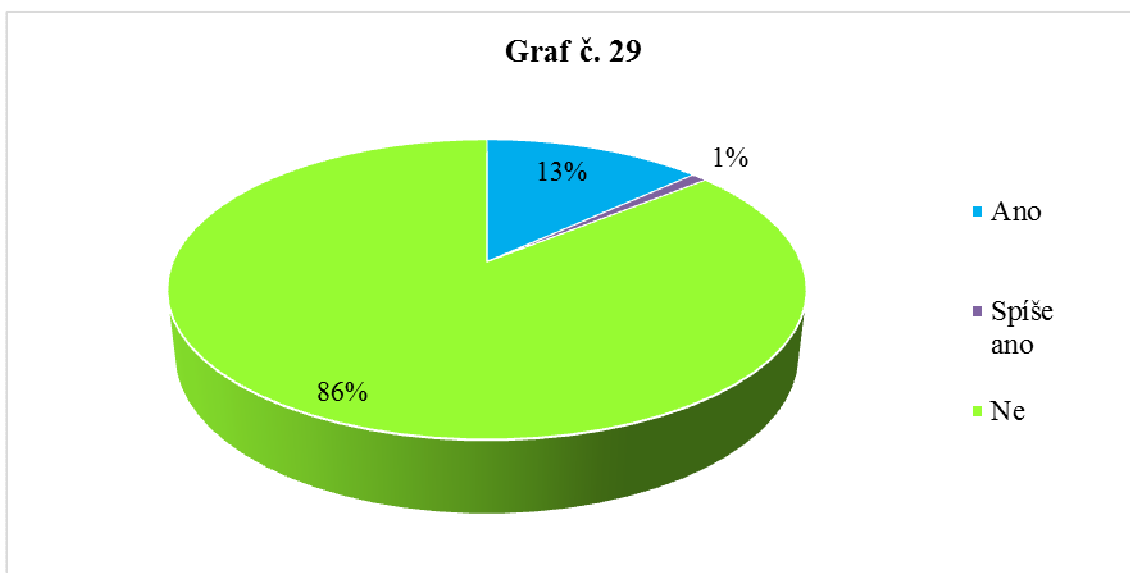


**Komentář:**

Principem této otázky bylo seřadit od respondentů podle jejich názoru, nejdůležitější formy prevence dekubitů. Mezi nejdůležitější formu prevence zařadili respondenti na první místo polohování. Druhé místo obsadila výživa. Na třetí místo zvolili respondenti hygienu. Na předposlední čtvrté místo zařadili respondenti hydrataci a poslední pátou příčku obsadila rehabilitace. Absolutní četnost je zde tvořena počtem odpovědí, nikoliv počtem sester.

**Otázka č. 29: Znáte postup hodnocení spodiny rány TIME?***Tabulka č. 29 TIME*

TIME	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	91	85,85 %
Ne	14	13,21 %
Spíše ano	1	0,94 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

*Graf č. 29 TIME***Komentář:**

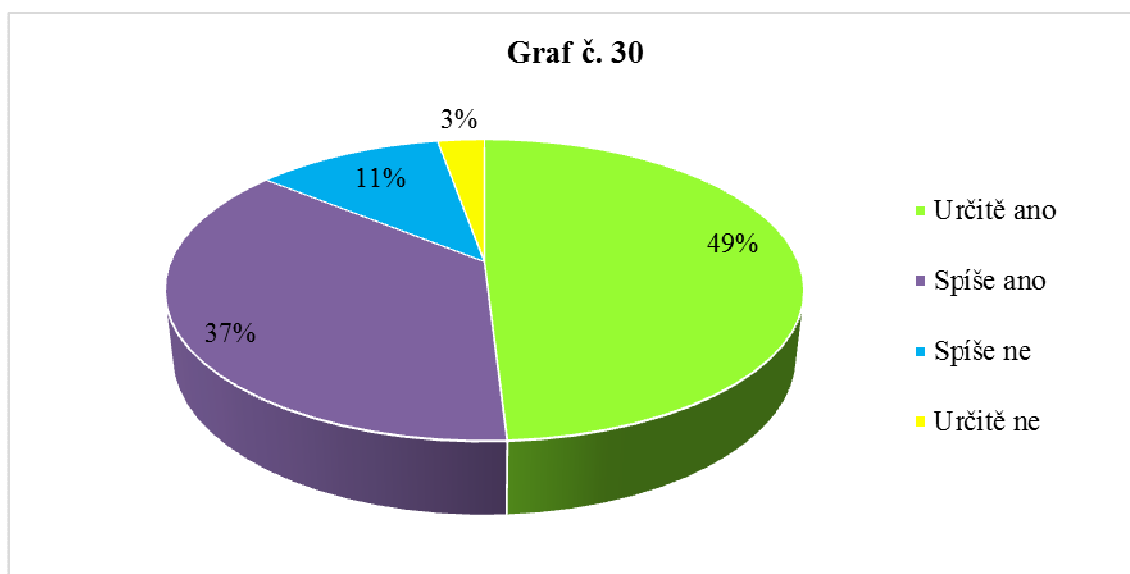
Odpovědi na otázku TIME, byly docela překvapující. Z celkového počtu 106 respondentů odpovědělo 91 sester (86 %) odpovědí ne. Pouze 14 respondentů (13 %) odpovědělo ano a 1 sestra (1 %) odpověděla spíše ano.

Otázka č. 30: Má pracoviště, na kterém pracujete, dostatek materiálu pro ošetřování dekubitů?

Tabulka č. 30 Dostatek materiálu

Dostatek materiálu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	52	49,06 %
Spíše ano	39	36,79 %
Spíše ne	12	11,32 %
Určitě ne	3	2,83 %
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	<b>100,00 %</b>

Graf č. 30 Dostatek materiálu



**Komentář:**

Na otázku má pracoviště dostatek materiálu pro ošetření dekubitů, odpovědělo kladně 52 respondentů (49 %). Spíše ano označilo odpověď 39 respondentů (37 %). 12 respondentů (11 %) označilo odpověď spíše ne. A odpověď určitě ne zakroužkovali 3 respondenti (3 %), důvodem proč respondenti tuto odpověď zvolili je nedostatek peněz a materiál pro ošetření dekubitu má převazová sestra.

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Z odpovědí v dotazníku na otázku č. 29, zjišťujeme, že mnoho respondentů nezná postup hodnocení spodiny rány TIME. Dle získaných výsledků jsme vytvořily informační materiál vztahující se k tomuto tématu (viz. Příloha P X).

## 6 DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem zjišťovala metodou dotazníkové šetření, jaké hodnotící škály používají sestry k hodnocení rizika vzniku dekubitů, jakou léčbu využívají při výskytu dekubitů na jejich pracovišti a materiál, který při ošetření na ránu aplikují. V poslední části dotazníku jsme se zaměřily na znalost sester týkající se prevence vzniku dekubitů a na pomůcky, které mají na pracovišti k dispozici.

### **Cíl č. 1: Zjistit, jaká opatření se používají k prevenci dekubitů na vybraných pracovištích.**

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 22, 24 a 26. Na otázku č. 22, jaké opatření provádí k prevenci vzniku dekubitů, označilo 33 % respondentů, pravidelné polohování pacienta. 19% dotazovaných uvedlo antidekubitní pomůcky. Rehabilitaci zvolilo 15 % dotazovaných. 9 % respondentů si myslí, že výživa patří mezi hlavní prevenci dekubitů. Dalších 7 % respondentů uvedlo, že k prevenci před vznikem dekubitů patří pravidelná hygiena predilekčních míst. 6 % respondentů si myslí, že správnou hydratací předejdou vzniku dekubitu. Důslednou péči o predilekční místa označilo 5 % dotazovaných. 2 % respondentů používá k prevenci časnou mobilizaci pacientů. Čisté prádlo uvedlo stejně, jako v předchozí odpovědi 2 % dotazovaných. Podle 1 % dotazovaných patří k základním opatřením upravené lůžko a edukace rodiny v dodržování prevence označil 1 % respondentů. Z odpovědi na otázku č. 24 jasně vyplynulo, že všech 100 % respondentů využívá speciální pomůcky k prevenci dekubitů. Z výsledků v otázce č. 26 vyplynulo, že ze 106 dotazovaných sester, 98 % respondentů podává pacientům doplňky stravy. Pouze 2 % dotazovaných uvedlo, že doplňky nepoužívají, protože je zajišťuje rodina pacientů.

### **Cíl č. 2: Zjistit, jaké hodnotící škály využívají sestry k posouzení dekubitů na jednotlivých pracovištích.**

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 10 a 11. Z otázky č. 10 vyplynulo, že ze 106 dotazovaných sester, odpovědělo 90 % respondentů, že pravidelně používají hodnotící škály k posouzení vzniku dekubitů. Nejčastější škálu, kterou na pracovišti sestry používají, je škála dle Nortonové (92 dotazovaných). Klasifikaci I-IV stupně využívá 12 sester. 2 respondenti odpověděli, že k posouzení vzniku dekubitů používají Barthelův test. 10 % sester, škály k hodnocení rizika dekubitů využívají občas. Odpověď ne a nevím, nezajímám se o to, nevedl žádný z dotazovaných sester. Opakujete hodnocení rizika dekubitů i dále bě-



hem hospitalizace byla otázka č. 11. Na tuto otázku odpovědělo 52 % respondentů kladně. Odpověď, pouze u pacientů s hraničním vyhodnocením rizika vzniku dekubitů označilo 29 % dotazovaných. 8 % respondentů už neopakuje hodnocení za dobu hospitalizace. Odpověď, pouze u pacientů již ohrožených vznikem dekubitem uvedlo celkem 7 % dotazovaných a 4 % respondentů opakuje hodnocení jen u pacientů, u kterých došlo během hospitalizace ke změně zdravotního stavu.

### **Cíl č. 3: Zjistit, jestli na lůžkových odděleních a v organizacích domácí péče využívají metodu vlhkého hojení ran.**

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 14, 15, 16 a 17. Z odpovědi na otázku č. 14 vyplynulo, že 51 % respondentů občas využívají na pracovišti metodu vlhkého hojení ran. 39 % dotazovaných často využívá při ošetřování dekubitů vlhké hojení ran. Dále 8 % respondentů využívá výjimečně vlhké hojení ran při ošetřování dekubitů. 1 % respondentů uvedlo, že v práci nevyužívá metodu vlhkého hojení ran a odpověď nezajímá mě to, označil také 1 % respondentů. Na otázku č. 15, které materiály nejčastěji využíváte, uvedlo 20 % respondentů Inadine. Hydrosorb používá na pracovišti 10 % dotazovaných. 8 % respondentů využívá k ošetřování proleženin Atrauman. 14 % sester uvedlo, že k ošetření používá spíše Aquacel. Prostředek Flamigel má k dispozici 16 % dotazovaných. 5 % respondentů používá na pracovišti Suprasorb. Prontosan gel využívá 9 % respondentů. Adaptic používá na pracovišti pouze 2 % sester. 13 % respondentů k ošetřování proleženin používá Bactigras. Mezi další materiály, které respondenti uvedli, jsou Debriecasan, Bionect, Hemagel, Beta-dine a Actisorb. Z odpovědi na otázku č. 16 vyplynulo, že 42 % dotazovaných využívá občas interaktivní obvazy na pracovišti. Odpověď často, označilo 25 % respondentů. 8 % dotazovaných využívá interaktivní obvazy výjimečně. 18 % respondentů nevyužívá interaktivní obvazy vůbec. Odpověď nezajímá mě to, označilo 7 % dotazovaných. Z otázky č. 17 vyplynulo, že nejčastěji využívány interaktivní obvaz je s obsahem stříbra a uhlí, který uvedlo celkem 26 % respondentů. 18 % respondentů využívá na pracovišti hydrogel. Algináty používá 9 % dotazovaných. Prostředky s obsahem hydrokoloidů užívá 19 % respondentů. Hydropolymer má na pracovišti k dispozici jen 3 % dotazovaných. 17 % respondentů používá k ošetřování dekubitů měkké polymery. 8 % respondentů aplikuje na rány filmové obvazy.

## ZÁVĚR

Smyslem této práce, bylo přiblížit problematiku vzniku dekubitů na jednotlivých pracovištích. Vzhledem k novým postupům a moderním materiálům v léčbě proleženin se ošetrovatelská péče dostává na čím dál větší úroveň kvality. Samozřejmě, nezáleží jenom na kvalitních prostředcích, ale hlavně na fungujícím týmu ošetrovatelských profesionálů. Jelikož prevence je základ, jak dekubitům zamezit. Je potěšující vědět, že v ČR se rozrůstá počet všeobecných sester, které se chtějí tomuto problému věnovat více do hloubky.

Tato práce byla pro mě velice zajímavou zkušeností, jelikož jsem mohla zjistit, jak sestry k tématu dekubity přistupují a co dělají proto, aby těmto defektům předcházeli. Já sama jsem si pomocí dané práce uvědomila, s jakými nejčastějšími chybami se setkáme na odděleních a v organizacích domácí péče a jak bychom se jim měli co nejlépe vyvarovat.

Na základě daného průzkumu, který jsme provedly na jednotlivých pracovištích, se dá říct, že sestry odvádějí svou práci podle předepsaných standardů. Proto si myslím, že průzkum nepřinesl až tak pozoruhodné objevy, nicméně některá zjištění, které respondenti uvedli, jsou zajímavá a upozorňují na nedostatky v ošetrovatelské péči. Nejčastějšími nedostatky, které respondenti uváděli, byly: málo času na polohování pacienta a nedostatek převazového materiálu k ošetření dekubitů. Největším nedostatkem je asi fakt, že dekubity ošetřuje mnohdy nekvalifikovaný personál na oddělení, jakož jsou sanitárky.

Dostatečné znalosti problematiky prevence a léčby proleženin představuje hlavní předpoklad pro začátek úspěšné ošetrovatelské péče o pacienta s dekubity. Pomocí této práce jsme chtěly upozornit na velký význam v dodržování prevence u rizikových pacientů, jelikož dekubity představují i v dnešní době, velkou zdravotní komplikaci pro mnoho hospitalizovaných pacientů a nemocných v domácí péči.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BELLOVÁ, Daniela, 2014. *Zajištění intimity pacienta při převazu* [online]. České Budějovice [cit. 2016-04-03]. Dostupné z [https://theses.cz/id/3agf2y/Bakalsk\\_prce\\_Bellov.pdf](https://theses.cz/id/3agf2y/Bakalsk_prce_Bellov.pdf).
- [2] BUREŠ, Ivo, 2006. *Léčba rány*. Vyd. 1. Praha: Galén. Care. ISBN 80-726-2413-X.
- [3] GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1868-2.
- [4] HEŘMANOVÁ, Jana et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.
- [5] HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Michaela MIERTOVÁ, 2015. *Nehojace sa rany*. 1. vydání. Turany: Osveta. ISBN 978-80-8063-433-9.
- [6] HUBÁČKOVÁ, Lenka, 2010. *Ošetrovatelská péče o chronické rán - dekubity* [online]. Zlín [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13249/hub%C3%A1%C4%8Dkov%C3%A1\\_2010\\_bp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13249/hub%C3%A1%C4%8Dkov%C3%A1_2010_bp.pdf?sequence=1).
- [7] KEPRTOVÁ, Ivana, 2006. *Dekubitus - chyba v ošetrování?* [online]. Brno [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/101025/lf\\_b/Dekubitus-chyba\\_v\\_oseetrovani.pdf](https://is.muni.cz/th/101025/lf_b/Dekubitus-chyba_v_oseetrovani.pdf).
- [8] KEPRTOVÁ, Ivana, 2007. Dekubitus - chyba v ošetrování. *Sestra*. **17**(5), 48-49. ISSN 1210-0404.
- [9] KITTNAR, Otomar a kolektiv, 2011. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3068-4.
- [10] KOUTNÁ, Markéta a Ondřej ULRYCH, 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-190-2.
- [11] KRAJČÍK, Štefan a Eva BAJANOVÁ, 2012. *Dekubity: prevencia a liečba v praxi*. 1. vyd. Bratislava: Herba. ISBN 978-80-89171-95-8.
- [12] KRŠKA, Zdeněk a kolektiv, 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3815-4.
- [13] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
- [14] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [15] MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ, 2008. *Prevence dekubitů*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2043-2.

- [16] MRÁZOVÁ, Romana, Andrea POKORNÁ a Miroslav KREJCAR, 2012. Možnosti v hojení ran: Orientační klasifikace lokální terapie chronických ran. *Solen* [online]. **9**(2), 2 [cit. 2016-05-11]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/02/11.pdf>.
- [17] MÜLLEROVÁ, Vendula, 2014. *Hlášení sester* [online]. Praha [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/112409/>.
- [18] MUSILOVÁ, Saskie, 2015. *Pochybení sester při ošetřování nemocných* [online]. České Budějovice [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/hum8w3/Saskie\\_Musilov-bakal\\_sk\\_prce.pdf](https://theses.cz/id/hum8w3/Saskie_Musilov-bakal_sk_prce.pdf).
- [19] NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA, 2009. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-612-0.
- [20] Nutriční doplňky u proleženin, 2012. *Výživa v nemoci* [online]. Pardubice [cit. 2016-03-13]. Dostupné z: <http://www.vyzivavnemoci.cz/nutricni-doplanky-u-prolezenin/>.
- [21] PEJZNOCHOVÁ, Irena, 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2682-3.
- [22] POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.
- [23] ROMANELLI, Marco et al., 2006. *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*. London: Springer. ISBN 978-1-85233-839-8.
- [24] SÁRKÖZIOVÁ, Iveta a Ilona KANIVE, 2006. Vlhké hojení ran v praxi. *Sestra*. **16**(5), 15. ISSN 1210-0404.
- [25] SLANINOVÁ, Irena, Milan VEGERBAUER a Josef MALÝ, 2012. Prostředky k prevenci a léčbě dekubitů pohledem farmaceuta. *Solen* [online]. **6**(1): 33-39 [cit. 2016-03-14]. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2012/01/09.pdf>.
- [26] STRYJA, Jan, 2008. *Repetitorium hojení ran*. Vyd. 1. Semily: Geum. ISBN 978-80-86256-60-3.
- [27] STRYJA, Jan et al., 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. Vyd. 1. Semily: Geum. ISBN 978-80-86256-79-5.
- [28] SYMERSKÁ, Markéta, 2012. *Metodický postup: Prevence a ošetřování dekubitů*. Hodonín.
- [29] ŠIMEK, Martin a Robert BÉM, 2013. *Podtlaková léčba ran*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-352-7.

[30] TOMANOVÁ, Dana, 2007. *Chyby a omyly při poskytování ošetrovatelské péče* [online]. České Budějovice [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/tio8ud/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_7473](https://theses.cz/id/tio8ud/downloadPraceContent_adipIdno_7473).

[31] VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ČR	Česká republika
EPUAP	Evropský poradní panel pro dekubity
mm Hg	Milimetr rtuťového sloupce
MRSA	Methicilin rezistentní Staphylococcus aureus
NaCl	Chlorid sodný
např.	Například
NPWT	Negative pressure wound therapy
pH	Potential of hydrogen
Sb.	Sbírka zákonů
tab.	Tabulka
tzv.	Takzvaný
UV	Ultrafialové záření
VAC	Vacuum Assisted Closure
%	Procento

**SEZNAM FOTOGRAFIÍ**

Foto č. 1: Dekubit 2. stupně sacrum.....	PVII
Foto č. 2: Dekubit 2. Stupeň na uchu.....	PVIII
Foto č. 3: Dekubit 4. Stupeň na zevní straně bérce.....	PIX

**SEZNAM GRAFŮ**

<i>Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....</i>	<i>46</i>
<i>Graf č. 2 Věk respondentů.....</i>	<i>47</i>
<i>Graf č. 3 Vzdělání respondentů.....</i>	<i>48</i>
<i>Graf č. 4 Pracoviště respondentů.....</i>	<i>49</i>
<i>Graf č. 5 Vznik dekubitů na pracovišti .....</i>	<i>51</i>
<i>Graf č. 6 Výskyt dekubitů na pracovišti.....</i>	<i>52</i>
<i>Graf č. 7 Výskyt dekubitů u pacientů.....</i>	<i>53</i>
<i>Graf č. 8 Kdo pečuje o dekubity na pracovišti.....</i>	<i>54</i>
<i>Graf č. 9 Znalost hodnotících škál.....</i>	<i>56</i>
<i>Graf č. 10 Používání hodnotících škál na pracovišti.....</i>	<i>58</i>
<i>Graf č. 11 Hodnocení rizika vzniku dekubitů během hospitalizace.....</i>	<i>59</i>
<i>Graf č. 12 Ošetření dekubitů probíhá.....</i>	<i>61</i>
<i>Graf č. 13 Způsob ošetření dekubitů.....</i>	<i>62</i>
<i>Graf č. 14 Vlhké hojení ran.....</i>	<i>63</i>
<i>Graf č. 15 Materiály vlhkého hojení ran.....</i>	<i>64</i>
<i>Graf č. 16 Interaktivní obvazy.....</i>	<i>66</i>
<i>Graf č. 17 Druhy interaktivních materiálů.....</i>	<i>67</i>
<i>Graf č. 18 Frekvence převazů.....</i>	<i>69</i>
<i>Graf č. 19 Znalosti o dekubitech.....</i>	<i>70</i>
<i>Graf č. 20 Školení vlhkého hojení ran.....</i>	<i>72</i>
<i>Graf č. 21 Maximální částka za školení.....</i>	<i>73</i>
<i>Graf č. 22 Opatření v prevenci dekubitů.....</i>	<i>75</i>
<i>Graf č. 23 Frekvence polohování.....</i>	<i>77</i>
<i>Graf č. 24 Antidekubitní pomůcky.....</i>	<i>78</i>
<i>Graf č. 25 Druhy pomůcek.....</i>	<i>79</i>
<i>Graf č. 26 Doplnky stravy.....</i>	<i>81</i>
<i>Graf č. 27 Druhy doplňků stravy.....</i>	<i>82</i>
<i>Graf č. 28 Formy prevence.....</i>	<i>84</i>
<i>Graf č. 29 TIME.....</i>	<i>85</i>
<i>Graf č. 30 Dostatek materiálu.....</i>	<i>86</i>



**SEZNAM TABULEK**

<i>Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů.....</i>	<i>46</i>
<i>Tabulka č. 2 Věk respondentů.....</i>	<i>47</i>
<i>Tabulka č. 3 Vzdělání respondentů.....</i>	<i>48</i>
<i>Tabulka č. 4 Pracoviště respondentů.....</i>	<i>49</i>
<i>Tabulka č. 5 Vznik dekubitů na pracovišti .....</i>	<i>51</i>
<i>Tabulka č. 6 Výskyt dekubitů na pracovišti.....</i>	<i>52</i>
<i>Tabulka č. 7 Výskyt dekubitů u pacientů.....</i>	<i>53</i>
<i>Tabulka č. 8 Kdo pečuje o dekubity na pracovišti.....</i>	<i>54</i>
<i>Tabulka č. 9 Znalost hodnotících škál.....</i>	<i>56</i>
<i>Tabulka č. 10 Používání hodnotících škál na pracovišti.....</i>	<i>58</i>
<i>Tabulka č. 11 Hodnocení rizika vzniku dekubitů během hospitalizace.....</i>	<i>59</i>
<i>Tabulka č. 12 Ošetření dekubitů probíhá.....</i>	<i>61</i>
<i>Tabulka č. 13 Způsob ošetření dekubitů.....</i>	<i>62</i>
<i>Tabulka č. 14 Vlhké hojení ran.....</i>	<i>63</i>
<i>Tabulka č. 15 Materiály vlhkého hojení ran.....</i>	<i>64</i>
<i>Tabulka č. 16 Interaktivní obvazy.....</i>	<i>66</i>
<i>Tabulka č. 17 Druhy interaktivních materiálů.....</i>	<i>67</i>
<i>Tabulka č. 18 Frekvence převazů.....</i>	<i>69</i>
<i>Tabulka č. 19 Znalosti o dekubitech.....</i>	<i>70</i>
<i>Tabulka č. 20 Školení vlhkého hojení ran.....</i>	<i>72</i>
<i>Tabulka č. 21 Maximální částka za školení.....</i>	<i>73</i>
<i>Tabulka č. 22 Opatření v prevenci dekubitů.....</i>	<i>75</i>
<i>Tabulka č. 23 Frekvence polohování.....</i>	<i>77</i>
<i>Tabulka č. 24 Antidekubitní pomůcky.....</i>	<i>78</i>
<i>Tabulka č. 25 Druhy pomůcek.....</i>	<i>79</i>
<i>Tabulka č. 26 Doplnky stravy.....</i>	<i>81</i>
<i>Tabulka č. 27 Druhy doplňků stravy.....</i>	<i>82</i>
<i>Tabulka č. 28 Formy prevence.....</i>	<i>84</i>
<i>Tabulka č. 29 TIME.....</i>	<i>85</i>
<i>Tabulka č. 30 Dostatek materiálu.....</i>	<i>86</i>

**SEZNAM PŘÍLOH**

- P I: Stupnice podle Nortonové
- P II: Stupnice podle Knolla
- P III: Stupnice podle Bradenové
- P IV: Stupnice podle Waterlowa
- P V: Plán péče o dekubity
- P VI: Dotazník
- P VII: Dekubit 2. stupeň sacrum
- P VIII: Dekubit 2. stupeň na uchu
- P IX: Dekubit 4. stupeň na zevní straně bérce
- P X: Informační materiál

## PŘÍLOHA P I: STUPNICE PODLE NORTONOVÉ

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence		
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

**NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ**

HUBÁČKOVÁ, Lenka, 2010. *Ošetrovatelská péče o chronické rán - dekubity* [online]. Zlín [cit. 2016-03-11]. Dostupné z:  
[http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13249/hub%C3%A1%C4%8Dkov%C3%A1\\_2010\\_bp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13249/hub%C3%A1%C4%8Dkov%C3%A1_2010_bp.pdf?sequence=1)

**PŘÍLOHA P II: STUPNICE PODLE KNOLLA**

Parametry	0	1	2	3
<b>Všeobecný stav zdraví</b>	dobrý	přiměřený	chatrný	skomírající
<b>Mentální stav</b>	bdělý	letargie	semikomatózní	komatózní
<b>Aktivita</b>	chodící	potřebuje pomoc	•trvale na vozíku	•trvale na lůžku
<b>Pohyblivost</b>	plná	omezená	•velmi omezená	•imobilita
<b>Inkontinence</b>	žádná	občasná	•obvykle močová	•úplná stolice i moči
<b>Příjem výživy ústy</b>	dobrý	přiměřený	špatný	žádný
<b>Příjem tekutin ústy</b>	dobrý	přiměřený	špatný	žádný
<b>Náchylnost k chorobám (DM, neuropatie, cévní onemocnění, anemie)</b>	chybí	nevelká	průměrná	silná

**Skóre nad 12 bodů znamená, že pacient je ohrožen vznikem dekubitů.**

---

HUBÁČKOVÁ, Lenka, 2010. *Ošetrovatelská péče o chronické rán - dekubity* [online]. Zlín [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13249/hub%C3%A1%C4%8Dkov%C3%A1\\_2010\\_bp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13249/hub%C3%A1%C4%8Dkov%C3%A1_2010_bp.pdf?sequence=1)

**PŘÍLOHA P III: STUPNICE PODLE BRADENOVÉ**

<b>Citlivost / percepce</b>	úplně limitovaný	1	hodně limitovaný	2	mírně limitovaný	3	žádné poškození	4
<b>Vlhkost</b>	velmi vlhká kůže	1	příležitostně mokrý	2	zřídka mokrá	3	nikdy mokrá	4
<b>Aktivita</b>	nemocný připoutaný na lůžko	1	připoutaný k židli	2	příležitostně chodí	3	chodí často	4
<b>Pohyblivost</b>	úplná nepohyblivost	1	velmi omezená	2	mírně omezená	3	bez omezení	4
<b>Výživa</b>	velmi špatná	1	neadekvátní	2	adekvátní	3	výborná	4
<b>Tření</b>	problém	1	možný problém	2	bez problému	3		

**POČET BODŮ:**

- 16** - minimální riziko vzniku dekubitů  
**13-15** - střední riziko vzniku dekubitů  
**12 a méně** - vysoké riziko vzniku dekubitů

---

HUBÁČKOVÁ, Lenka, 2010. *Ošetrovatelská péče o chronické rán - dekubity* [online]. Zlín [cit. 2016-03-11]. Dostupné z:  
[http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13249/hub%C3%A1%C4%8Dkov%C3%A1\\_2010\\_bp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13249/hub%C3%A1%C4%8Dkov%C3%A1_2010_bp.pdf?sequence=1)

## PŘÍLOHA P IV: STUPNICE PODLE WATERLOWA

Poměr výška / váha		Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika		Kontinence	
průměrný	0	zdravá	0	muž	1	podvýživa tkání	8	úplná / katetrizován	0
nadprůměrný	1	papírová	1	žena	2	srdeční selhávání	5	občasná inkontinence	1
obézní	2	suchá	1	14-49	1	periferní vaskulární porucha	5	katetrizován / inkontinence stolice	2
podprůměrný	3	edematózní	1	50-64	2	anemie	2	obojí inkontinence	3
		vlhká (↑teplota)	1	65-74	3	kouření	1		
		nepřiměřeně zbarvená	2	75-80	4				
		porušená	3	81 +	5				
Pohyblivost		Chuť k jídlu		Neurologická porucha		Operace/trauma		Medikace	
úplná	0	průměrná	0	DM	4 -	ortopedická, pod úrovní pasu	5	cytostatika, steroidy, protizánětlivé léky	4
neklidný	1	chabá	1	RSM	4 -	páteř, na stole déle než 2 hod	5		
apatie	2	sonda	2	paraplegie	4 -				
omezená hybnost	3	nic per os	3						
nehybný	4								
v křesle	5								

**Čím vyšší skóre bodů, tím větší riziko vzniku dekubitů**

HUBÁČKOVÁ, Lenka, 2010. *Ošetrovatelská péče o chronické rán - dekubity* [online]. Zlín [cit. 2016-03-11]. Dostupné z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13249/hub%C3%A1%C4%8Dkov%C3%A1\\_2010\\_bp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13249/hub%C3%A1%C4%8Dkov%C3%A1_2010_bp.pdf?sequence=1)



**PŘÍLOHA P VI: DOTAZNÍK****DOTAZNÍK**

Vážený respondente, respondentko,

jmenuji se Šárka Bachanová a studuji na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně, studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia, zpracovávám bakalářskou práci na téma Dekubity – následek nesprávné ošetrovatelské péče. Součástí průzkumné části mé práce je mimo jiné dotazník a Vás chci poprosit o jeho vyplnění. Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce. Doba vyplnění dotazníku je asi 10 - 15 minut. Pokud není uvedeno jinak, označte jen jednu odpověď a to tu, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru, nebo doplňte do vynechávek. Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci.

**1. Pohlaví**

- a) Žena
- b) Muž

**2. Věk (doplňte)**

.....

**3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v ošetrovatelství?**

- a) Střední s maturitou
- b) Vyšší odborné – DiS.
- c) Vysokoškolské – Bc., Mgr.
- d) Zdravotnický záchranář
- e) Jiné.....

**4. Pracoviště**

- a) Interní oddělení
- b) LDN
- c) Chirurgické oddělení
- d) Plicní oddělení
- e) Charita
- f) Zdislava
- g) Jiné.....



**5. Vznikají na Vašem pracovišti dekubity nebo s nimi přicházejí pacienti z jiných oddělení či z domu?**

.....  
.....

**6. Vyskytují se na Vašem pracovišti dekubity?**

- a) Ano, často
- b) Ano, občas
- c) Vzácně
- d) Určitě ne

**7. U kolika pacientů se na Vašem pracovišti dekubity vyskytují?**

- a) 0 – 3
- b) 4 – 6
- c) 7 – 10
- d) 10 a více

**8. Kdo na Vašem pracovišti o dekubity pečuje? (uved'te)**

.....  
.....

**9. Jaké znáte hodnotící škály k možnému vzniku dekubitů? (uved'te)**

.....  
.....

**10. Používáte hodnotící škály k hodnocení rizika vzniku dekubitů na Vašem pracovišti? Pokud ano, jaké?**

- a) Ano pravidelně (doplňte).....
- b) Ano občas (doplňte).....
- c) Ne
- d) Nevím, nezajímám se o to

**11. Opakujete hodnocení rizika vzniku dekubitů i dále, během hospitalizace pacienta?**

- a) Ano, u všech pacientů
- b) Pouze u pacientů s hraničním vyhodnocením rizika vzniku dekubitů
- c) Pouze u pacientů již ohrožených vznikem dekubitů

- d) Jen u pacientů, u kterých došlo během hospitalizace ke změně zdravotního stavu
- e) Ne

**12. Způsob ošetření dekubitů probíhá? (můžete označit více odpovědí)**

- a) Dle ordinace lékaře
- b) Dle doporučení převazové sestry
- c) Dle doporučení staniční sestry
- d) Jiné.....

**13. Jaké způsoby ošetření obvykle používáte na pracovišti? (můžete označit více odpovědí)**

- a) Klasický způsob (výplachy, oplachy, aplikace mastí, past)
- b) Vlhké hojení ran
- c) Chirurgický způsob (debridement)
- d) Jiné.....

**14. Využívá se na Vašem pracovišti, při ošetření dekubitů tzv. vlhké hojení ran?**

- a) Ano, často
- b) Ano, občas
- c) Ano, výjimečně
- d) Ne
- e) Nezajímá mě to
- Pokud jste v této otázce odpověděli ne, následující otázku přeskočte.

**15. Které materiály nejčastěji využíváte? (můžete označit více odpovědí)**

- a) Inadine
- b) Hydrosorb
- c) Atrauman
- d) Aquacel
- e) Flamigel
- f) Suprasorb
- g) Prontosan gel
- h) Adaptic
- i) Bactigras
- j) Jiné .....

**16. Využíváte na Vašem pracovišti ke krytí ran také interaktivní obvazy?**

- a) Ano, často
- b) Ano, občas
- c) Ano, výjimečně
- d) Ne
- e) Nezajímá mě to
- Pokud jste v této otázce odpověděla ne, následující otázky přeskočte

**17. Které materiály využíváte nejčastěji? (můžete označit více odpovědí)**

- a) Hydrogely (Hemagel, Purilon gel, Granugel)
- b) Obvazy s aktivním uhlím a stříbrem (Actisorb, Silvercel Hydroalginate, Carboflex)
- c) Algináty (Sorbalgon, Suprasorb A, Kalginate)
- d) Hydrokoloidy (Hemagel, Granuflex, Suprasorb H)
- e) Hydropolymery (Suprasorb P, Askina Touch)
- f) Měkké silikony (Mepitel, Mepilex, Mepiform)
- g) Filmové obvazy (Hydrofilm, Mefilm, Cavilon)
- h) Jiné.....

**18. Jak často převazujete dekubity na Vašem pracovišti?**

- a) Každý den
- b) Dle potřeby
- c) Jednou za 2 dny
- d) Jedenkrát za týden
- e) Nevím

**19. Kde jste se seznámila se správným ošetřením dekubitů? (můžete označit více odpovědí)**

- a) Během studia
- b) Na vzdělávacích akcích – seminářích, školeních
- c) V kurzu zaměřeném na ošetření ran
- d) V práci od kolegyní
- e) Od vrchní sestry nebo staniční sestry
- f) Z internetových zdrojů
- g) Z knih a odborných časopisů
- h) Jiné.....

**20. Pokud byste měl/a možnost, zúčastnil/a byste se školení metody vlhkého hojení ran?**

- a) Ano

- b) Ne
- c) Nevím, nepřemýšlela jsem nad tím
- d) Již v minulosti jsem se zúčastnila

**21. Byla byste ochotná si školení zaplatit a v jaké maximální výši? (uved'te)**

.....  
.....

**22. Jaké opatření provádíte k prevenci vzniku dekubitů? (uved'te)**

.....  
.....

**23. Jak často polohujete pacienty s dekubity?**

- a) Každé 2 hodiny
- b) Každé 4 hodiny
- c) Kdy se naskytne čas
- d) Nepolohujeme
- e) Jiné.....

**24. Využíváte speciální pomůcky k prevenci dekubitů?**

- a) Ano
- b) Ne
- Pokud jste odpověděla ne, přeskočte následující otázku.

**25. Jaké používáte na Vašem oddělení pomůcky? (můžete označit více odpovědí)**

- a) Antidekubitní matrace
- b) Klíny, podložky, válce
- c) Antidekubitní botičky
- d) Gelové podložky
- e) Nafukovací podložní kola
- f) Dynamické matrace
- g) Jiné.....

**26. Podáváte pacientům s dekubity doplňky stravy?**

- a) Ano

b) Ne (proč ne)

.....  
.....

- Pokud jste odpověděla ne, přeskočte následující otázku

**27. Jaké doplňky stravy máte na pracovišti k dispozici? (můžete označit více odpovědí)**

a) Nutridrink

b) Diasip

c) Fortimel

d) Fresubin

e) Jiné .....

**28. Jaké jsou podle Vás nejdůležitější formy prevence dekubitů? (přiřaďte číslo dle důležitosti)**

a) Polohování 1.

b) Výživa 2.

c) Rehabilitace 3.

d) Hygiena 4.

e) Hydratace 5.

**29. Znáte postup hodnocení spodiny rány TIME?**

.....  
.....

**30. Má pracoviště, na kterém pracujete, dostatek materiálu pro ošetřování dekubitů?**

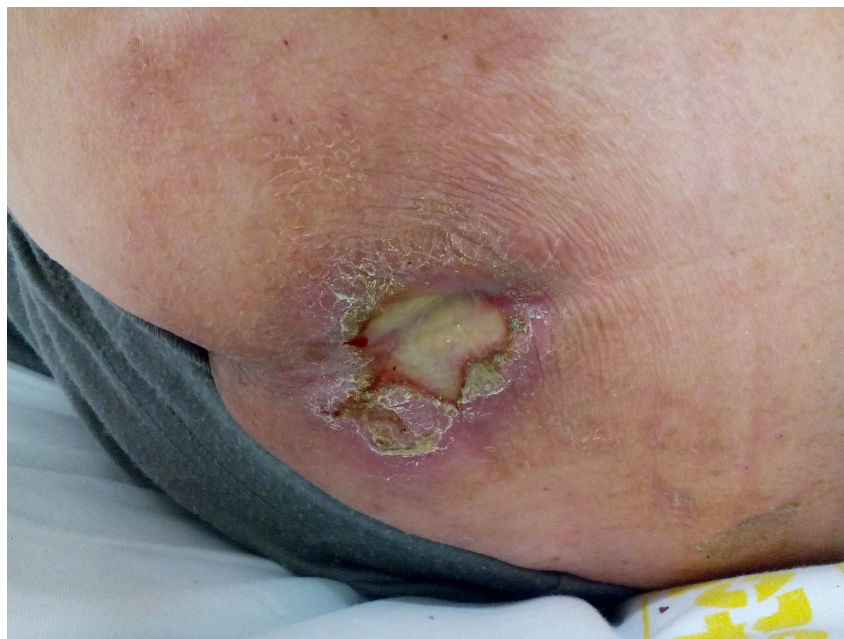
a) Určitě ano

b) Spíše ano

c) Spíše ne

d) Určitě ne (proč).....

## PŘÍLOHA P VII: DEKUBIT 2. STUPEŇ SACRUM



*Foto č. 1: Dekubit 2. Stupně na sacrum (Zdroj vlastní, snímek pořízen se souhlasem pacienta)*

## PŘÍLOHA P VIII: DEKUBIT 2. STUPNĚ NA UCHU



*Foto č. 2: Dekubit 2. stupně na uchu (Zdroj vlastní, snímek pořízen se souhlasem pacienta)*

**PŘÍLOHA P IX: DEKUBIT 4. STUPNĚ NA ZEVNÍ STRANĚ BÉRCE**



*Foto č. 3: Dekubit 4. stupně na zevní straně bérce (Zdroj vlastní, snímek pořízen se souhlasem pacientky)*



## PŘÍLOHA P X: INFORMAČNÍ MATERIÁL

*Hodnocení spodiny rány TIME*

Hodnocení pomocí TIME systému je důležitý předpoklad pro zahájení, sledování a vývoje správného hojení rány. Skládá se dohromady ze čtyř oblastí, které sledují vývoj v hojení rány a doporučují postupy a následnou léčbu.

**T (Tissue)** – označuje neživou, nebo méněcennou tkáň na povrchu rány. Buď se jedná o nekrózu, kostní fragmenty nebo povlaky. Pro správné hojení je nutné provést debridement rány.

**I (Inflammation)** – rány, které se špatně hojí, jsou obvykle kolonizovány bakteriemi. Jako klinické příznaky infekce můžeme pozorovat na spodině rány rozpad tkáně, hnisavý exsudát, absces nebo tvorbu nekrotů. Léčba rané infekce spočívá v lokální aplikaci antimikrobiálních prostředků.

**M (Moisture)** – pro správné hojení rány je důležité udržovat v ráně adekvátní vlhkost. Podnětem k rozvoji tzv. vlhké léčby byla zjištění, že udržování rány ve vlhkém prostředí urychluje epitelizaci a nezvyšuje výskyt infekce.

**E (Epithelisation)** – epitelizace představuje konečné stádium v uzavření defektu. Pro rychlou epitelizaci je nejdůležitější vlhké prostředí v ráně (Vytečková a kol., 2015, s. 229 – 230).

Klasifikace rány	Známky a indikátory pro hodnocení rány	Primární cíle ošetrovatelských intervencí a léčebných zásahů	Lokální materiály
<b>Infikovaná</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ neléčený zánět a poškození kůže a pojlivové tkáně</li> <li>■ hnis</li> <li>■ chorobný zápach</li> <li>■ silná exsudace</li> <li>■ rána je drolivá</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ vyřešení hluboké infekce</li> <li>■ redukovat bakteriální osídlení</li> <li>■ působit preventivně proti septikémií a osteomyelitidě</li> <li>■ ovlivnit zápach</li> </ul>	<b>antiseptická krytí</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ s chlorhexidínem</li> <li>■ PVP jódy</li> <li>■ cadexomer jód</li> </ul> <b>materiály s aktivním uhlím (s Ag, bez Ag)</b> <b>materiály se stříbrem (Ag)</b>
<b>Nekrotická</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ přítomnost převážně <b>černé, černožluté</b> až hnědé tkáně</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ rehydratovat přiškvary – zajistit debridement: chirurgický, enzymatický, hydrolytický, hydrochirurgický (u silně dehydratované odumřelé tkáně)</li> </ul>	<b>primární krytí – hydrogely</b> <b>hydrokoloidy – tenké verze tzv. THIN</b> <b>antiseptická krytí</b> <b>sekundární – filmová krytí</b>
<b>Povleklá, mokvající, secernující</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ viskózní rozředěná formace převážně <b>černé či žluté</b> vrstvy tkáně</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ odstranění všech trosků a podpora rozpadu a odstranění nekrotické tkáně</li> </ul>	<b>hydrogely</b> (čisté nebo s účinnou látkou) <b>algináty</b> (čisté nebo s Ag) <b>hydropolymery</b> <b>aktivní uhlí</b> <b>materiály s aktivním uhlím a se stříbrem</b> <b>polyuretanové pěny</b>
<b>Granulující</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ známky granulace (nejprve ostrůvkovitě)</li> <li>■ vzhled – <b>červené oblasti</b>, které velmi lehce krvácejí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ podpora tvorby nové cévní pleteně a dalšího hojení rány</li> <li>■ ochrana granulující rány před mechanickým poškozením a nadbytečnou sekrecí</li> </ul>	<b>hydrogely, hydrokoloidy, hydrokoloidy, THIN, hydropolymery, polyuretanové pěny, neadheretní mřížky s parafinem, silikonové mřížky</b>
<b>Epitelizující</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ známky epitelizace</li> <li>■ vzhled – <b>růžové oblasti</b> „nové“ tkáně</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ochrana epitelizující rány před mechanickým poškozením</li> </ul>	<b>filmová krytí</b> <b>hydrokoloidy THIN, polyuretanové pěny</b> <b>polyuretanové pěny THIN</b>

MRÁZOVÁ, Romana, Andrea POKORNÁ a Miroslav KREJCAR, 2012. Možnosti v hojení ran: Orientační klasifikace lokální terapie chronických ran. *Solen* [online]. 9(2), 2 [cit. 2016-05-11]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/02/11.pdf>

