

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Kamila Petrášková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Znalosti nelékařského zdravotnického personálu v oblasti prevence, péče a
vzniku dekubitů

Kamila Petrášková

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kamila Petrášková, MBA**
Osobní číslo: **Z14226**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Znalosti nelékařského zdravotnického personálu v oblasti
prevence, péče a vzniku dekubitů**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická


Seznam odborné literatury:

1. DRUGA, Rastislav, Miloš GRIM a Karel SMETANA. Anatomie periferního nervového systému, smyslových orgánů a kůže. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-970-1.
2. KELNAROVÁ, Jarmila a kol. Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy 1. ročník. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5332-4.
3. MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. Prevence dekubitů. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.
4. POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. Kompendium hojení ran pro sestry. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.
5. ROZSYPALOVÁ, Marie, Alena ŠAFRÁNKOVÁ a Renata VYTEJČKOVÁ. Ošetřovatelství I. Praha: Informatorium, 2009. ISBN: 978-80-7333-074-3.
6. ROZSYPALOVÁ, Marie a kol. Ošetřovatelství II. Praha: Informatorium, 2010. ISBN 978-80-7333-076-7.
7. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-3421-7.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Kristýna Šoukalová
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2018


prof. MUDr. Josef Fušek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Boráčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracoval/vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil/využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl/byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 19. 04. 2018

.....

Kamila Petrášková

PODĚKOVÁNÍ

velice ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Šoukalové Kristýně, vedoucí bakalářské práce, za odborné vedení práce, cenné připomínky, čas, ochotu a za významnou pomoc při zpracování bakalářské práce.

ANOTACE

Východiska: I v současné době je téma prevence vzniku a péče o dekubity stále aktuální jak po stránce medicínského, tak po stránce ošetrovatelského charakteru. Vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu (dále jen NLZP) v oblasti prevence vzniku a péče o dekubity jsou nedílnou součástí běžné profesní přípravy na všech úrovních vzdělávání. Znalosti NLZP jsou nedílnou součástí pro vytvoření podmínek k účinné prevenci a péči o dekubity, efektivnímu využívání materiálu k ošetřování ran a správnému používání vhodných antidekubitních pomůcek.

Cíl: Cílem bakalářské práce bylo porovnat úroveň znalostí v této problematice na vybraných odděleních následné a akutní péče. Součástí tohoto cíle bylo navrhnout zařazení seminářů na toto téma do plánů firemního vzdělávání v rámci celoživotního vzdělávání nelékařských pracovníků a návrh na vznik pracovní instrukce pro nelékařské pracovníky k určení správného stupně dekubitů dle EPUAP klasifikace.

Metody: Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je zaměřena v jednotlivých kapitolách na obeznámení se se všemi důležitými informacemi vztahujícími se k problematice prevence, péče a vzniku dekubitů. Empirická část je zaměřena na znalosti nelékařského zdravotnického personálu v problematice dekubitů na vybraných standardních odděleních, které byly zjišťovány pomocí anonymních dotazníků.

Výsledky: Výsledky znalostí NLZP v oblasti prevence vzniku a péče o dekubity byly shromážděny na odděleních následné a akutní péče. Při srovnávání můžeme pozorovat, že na výsledku znalostí se nejvíce podílí praxe respondentů, místo získání vědomostí a zkušeností v oblasti prevence vzniku a péče o dekubity.

Závěr: Výsledky znalostí NLZP naznačují potřebu zařazení seminářů v rámci celoživotního vzdělávání NLZP na téma prevence vzniku a péče o dekubity do plánů firemního vzdělávání a návrh na vznik pracovní instrukce pro nelékařské pracovníky k určení správného stupně dekubitů dle EPUAP klasifikace.

KLÍČOVÁ SLOVA

dekubitus, prevence, klasifikace, péče a vznik dekubitů.

TITLE

Knowledge of paramedical personnels in the areas of prevention, care and the formation of pressure ulcers.

ANNOTATION

Background: Even now currently have is the theme of the prevention and care of pressure ulcers still current both in terms of medical, so after page of the nursing character. education of non-physician medical personnel (hereinafter referred to as NPMP) in the area of prevention and care of pressure ulcers are an integral part of normal professional training at all levels of education. knowledge NPMP are an integral part for the creation of conditions for effective prevention and care of decubitus ulcers, the efficient use of the material for treatment of wounds and the proper use of appropriate anti-decubitus aids.

Aim: the aim of the bachelor thesis was to compare the level of knowledge in this area with selected departments of follow-up and acute care. Part of this objective was to propose the inclusion of seminars on this topic in company education plans in the context of lifelong training for non-medical staff, and a proposal to create working instructions for non-medical staff to determine the correct degree of decubitus according to EPUAP classification.

Methods: the thesis is divided into a theoretical and empirical part. The theoretical part is focused on individual chapters to familiarize with all important data related to prevention, care and the formation of decubitus. The empirical part focuses on the knowledge of non-medical health personnel in the field of decubitus problems in selected standard departments, which are surveyed using anonymous questionnaires.

Results: the results of NPMP knowledge on the prevention and establishment of decubitus were collected in the aftercare and acute care departments. In comparison, we can say that the experience of the respondents is the most involved in the practice of knowledge and experience in the prevention and creation of decubitus.

Conclusion: the NPMP knowledge outcomes suggest the need to include seminars in the framework of lifelong education of the NPMP on the topic of prevention of the creation and care of decubitus in company education plans and the proposal to create working instructions

for non-medical workers to determine the correct degree of decubitus according to EPUAP classification.

KEYWORDS

decubitus, prevention, classification, care, and the formation of decubitus.

Obsah

Úvod.....	16
1. Teoretická část	17
1.1 Anatomie a funkce kůže.....	17
1.1.1 Pokožka, <i>lat. epidermis</i>	18
1.1.2 Škára, <i>lat. dermis, řecky corium</i>	19
1.1.3 Podkožní vazivo, <i>lat. subcutis, tela subcutanea</i>	20
1.1.4 Kožní adnexa, <i>deriváty epidermis</i>	20
<i>Chlup, vlas, lat. pilus</i>	20
2. Dekubitus, <i>proleženína</i>	21
2.1 Mechanismus vzniku dekubitů.....	22
2.2 Příčiny vzniku dekubitů	23
2.2.1 Zevní příčiny ovlivňující vznik dekubitů.....	23
2.2.1.1 Působení přímého tlaku na predilekční místa.....	23
2.2.1.2 Doba působení tlaku	24
2.2.1.3 Tření a střižná síla	24
2.2.1.4 Vlhkost a macerace kůže	24
2.2.2 Vnitřní příčiny ovlivňující vznik dekubitů	25
2.2.2.1 Věk.....	25
2.2.2.2 Pohlaví	25
2.2.2.3 Tělesná hmotnost	25
2.2.2.4 Mobilita.....	26
2.2.2.5 Odolnost tkáně vůči tlaku	26
2.2.2.6 Cévní faktory	26
2.2.2.7 Výživa	26
2.2.2.8 Hydratace	26

2.2.2.9	Inkontinence.....	27
2.3	Lokalizace dekubitů	27
2.3.1	Predilekční místa.....	27
2.4	Klasifikace dekubitů.....	28
2.5	Hodnocení rizik vzniku dekubitů	29
2.5.1	Škála podle Nortonové.....	30
2.5.2	Škála podle Bradenové	30
2.5.3	Škála podle Waterlowa	30
2.5.4	Škála podle Knolla.....	30
2.6	Prevence vzniku dekubitů	31
2.6.1	Polohování	32
2.6.2	Polohovací pomůcky.....	33
2.6.3	Hygiena.....	34
2.6.4	Nutričně vyvážená strava.....	35
2.6.5	Rehabilitace	35
2.7	Vlastní léčba dekubitů.....	36
3.	Management vzdělávání	37
3.1	Pregraduální vzdělávání	38
3.2	Postgraduální vzdělávání	38
4.	Výzkum pomocí dotazníků.....	39
4.1	Důkaz	39
4.2	Dotazování	40
4.3	Dotazník	40
4.3.1	Konstrukce dotazníků	40
4.3.2	Vlastnosti dobrého dotazníku	41
4.3.3	Provedení dotazníkového šetření	41
5.	Praktická část	42

5.1	Hlavní cíl:.....	42
5.2	Dílčí cíle:.....	42
5.3	Výzkumné otázky.....	42
6.	Metodika výzkumu	43
6.1	Popis dotazníku	43
6.2	Průběh výzkumu.....	44
6.3	Charakter výzkumného vzorku	45
6.4	Zpracování a vyhodnocení získaných dat	45
7.	Vyhodnocení výsledků výzkumu.....	46
	Vyhodnocení identifikačních otázek z dotazníku	66
8.	Diskuze	74
9.	Závěr	83
10.	Použitá literatura	85
	Tištěné zdroje.....	85
	Internetové zdroje	88
11.	Přílohy.....	89
	Dotazník.....	93

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 - nejčastější predilekční místa při poloze na zádech. Zdroj: Pospíšilová, 2014, s. 127	52
Obrázek 2 - nejčastější predilekční místa při poloze na boku. Zdroj: Pospíšilová, 2014, s. 127	53
Tabulka 1 – tabulka znázorňující definici pojmu dekubitus	46
Tabulka 2 - tabulka znázorňující nejčastější místo vzniku dekubitů	47
Tabulka 3 – tabulka znázorňující hlavní příčiny vzniku dekubitů.....	48
Tabulka 4 – tabulka znázorňující pojem predilekční místa	49
Tabulka 5 – tabulka znázorňující správného tvrzení o vzniku dekubitů	50
Tabulka 6 – tabulka znázorňující hodnocení rizika vzniku dekubitů do dokumentace.....	51
Tabulka 7 – tabulka znázorňující místa se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů při poloze na zádech	52
Tabulka 8 – tabulka znázorňující místa se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů při poloze na boku	53
Tabulka 9 – tabulka znázorňující stádia dekubitů	54
Tabulka 10 – tabulka znázorňující časový interval polohování u pacienta s vysokým rizikem vzniku dekubitů.....	55
Tabulka 11 – tabulka znázorňující místní příčiny vzniku dekubitů.....	56
Tabulka 12 – tabulka znázorňující vnitřní příčiny vzniku dekubitů	57
Tabulka 13 – tabulka znázorňující správná prevence dekubitů	58
Tabulka 14 – tabulka znázorňující nejvhodnější poloha při výskytu DKB v sacru	59
Tabulka 15 – tabulka znázorňující polohovací pomůcky používané k polohování pacienta s dekubity na patách	60
Tabulka 16 – tabulka znázorňující klasifikace jednotlivých stupňů dekubitů.....	61
Tabulka 17 – tabulka znázorňující ošetřování dekubitu I. stupně	63
Tabulka 18 – tabulka znázorňující metoda při ošetřování dekubitů	64
Tabulka 19 – tabulka znázorňující přípravky pro podporu hojení dekubitů.....	65
Tabulka 20 – tabulka znázorňující pohlaví respondentů	66
Tabulka 21 – tabulka znázorňující věk respondentů	67
Tabulka 22 – tabulka znázorňující dosaženého vzdělání respondentů	68
Tabulka 23 – tabulka znázorňující délku praxe respondentů	69
Tabulka 24 – tabulka znázorňující profesní zařazení	70

Tabulka 25 – tabulka znázorňující pracoviště respondentů.....	71
Tabulka 26 – tabulka znázorňující získané vědomosti v oblasti prevence, péče a vzniku dekubitů	72

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
cca	přibližně
CMP	cévní mozková příhoda
ČR	Česká republika
DM	diabetes mellitus
DMO	dětská mozková obrna
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ICHS	ischemická choroba srdeční
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů
NLZP	nelékařský zdravotnický personál
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance (Pan-pacifická aliance pro dekubity)
p.o.	per os
PSM	psychosomatické
Sb.	Sbírka zákonů
str.	strana
TT	tělesná teplota
VŠ	vysoká škola

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá skutečným stavem znalostí nelékařského zdravotnického personálu (dále jen NLZP) v oblasti prevence, péče a vzniku dekubitů na vybraných standardních odděleních následné a akutní péče. Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu. Stav znalostí NLZP v oblasti prevence vzniku dekubitů, je důležitý ošetrovatelský problém. Z toho vyplývají tyto otázky: „Signalizuje přítomnost dekubitů nedostatečné znalosti NLZP v ošetrovatelské péči o pacienta? Jsou dekubity vzniklé na oddělení projevem selhání NLZP v ošetrovatelské péči? Rozezná NLZP počínající dekubitus a jeho příčiny? Zná NLZP oblasti možného vzniku dekubitů na celém těle pacienta? Zná NLZP pojem dekubitus, střížná síla a predilekční místa? Zná NLZP prevenci a příčiny vzniku dekubitů? A mnoho dalších otázek a otazníků.

Bohužel, i když je mnoho metod, moderního obvazového materiálu a vybavení, stále se potýkáme s problematikou vzniku dekubitů. Právě zde se nabízí otázka, zda je ošetrovatelský tým dostatečně proškolen v oblasti prevence a péče o dekubity, zda je dostatečné množství antidekubitních pomůcek a hlavně ošetrovatelského personálu, aby se vzniku dekubitů dalo předcházet. Dekubity představují závažný problém, jejich přítomnost nejen prodlužuje hospitalizaci, ale snižuje zároveň kvalitu života pacienta a dokonce jej může ohrožovat i na životě. Proto je velice důležité předcházení vzniku dekubitů, hlavně důraz by měl být kladen na co nejdokonalejší prevenci. V této oblasti hrají nejdůležitější roli právě NLZP, kterých je bohužel v dnešní době nedostatek. Právě NLZP jsou ti, kteří tráví s pacienty nejvíce času a mohou včas rozpoznat a určit příčiny vzniku dekubitů a zároveň jejich vzniku předcházet.

Bakalářská práce je rozdělena do teoretické a empirické části. V teoretické části se zabývám anatomii a funkcí kůže, definicí, vznikem, lokalizací, klasifikací, hodnocením, prevencí a léčbou dekubitů. V empirické části jsem analyzovala výsledky výzkumného šetření z rozdaných anonymních dotazníků, které mi byly navráceny. Tyto dotazníky byly vytvořeny pro získání znalostí NLZP v oblasti prevence, vzniku a péče o dekubity.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Anatomie a funkce kůže

Kůže, *lat. cutis, řecky derma*, tvoří ochranný kryt těla, o přibližné velikosti 1,7m² (1,5-1,8m²) v závislosti na konstituci těla a výšce člověka. Tloušťka kůže se pohybuje okolo 1-4mm podle lokalizace a typu. Svou pigmentací chrání před UV zářením, ochraňuje vnitřní prostředí organismu, produkuje důležitý vitamin D a hlavně se podílí na termoregulaci organismu. (Druga, 2013, str. 156; Trachtová, 2013, str. 53)

Znát procentní rozsah povrchu jednotlivých částí těla je velice důležité při hodnocení rozsahu poškození např. popáleninami. Největší část tvoří dolní končetiny – 36% (2x 18%), dále trup 30%, horní končetiny tvoří celkem 23% a nejmenší část tvoří krk a hlava 11% (Naňka, 2009, str. 327).

Kůže nepředstavuje pouze vnější obal těla, ale jsou v ní uloženy četné žlázy a mechanoreceptory. Na termoregulaci se účastní spolu s teplotními receptory v hypothalamu a v míše termoreceptory, které zprostředkovávají vnímání tepla a chladu. Nocireceptory obsažené v kůži se podílejí na příjmu, vedení a centrálním zpracováním signálů o poškození. Kůže plní různé funkce a to: ochranou funkci organismu před vnějšími vlivy, smyslovou funkci, skladovací funkci, vylučovací funkci a funkci resorpční, která je poměrně malá, jelikož kůže je pro vodu a pro látky rozpustné ve vodě prakticky nepropustná. Naopak poškozená kůže má velké resorpční schopnosti a organismus může být zaplavován velkým množstvím mikroorganismů, které narušují stálost jeho vnitřního prostředí. Kůže funguje na jedné straně jako bariéra, na druhé straně jako spojení mezi vnitřními orgány a vnějším prostředím. Je hraniční vrstvou mezi okolím a organismem. Chrání organismus před ztrátou tělesných tekutin, vnitřní orgány před poškozením a to svou vysokou mechanickou odolností. Dále zabraňuje před proniknutím mikroorganismů do těla a udržuje životně nezbytnou tělesnou teplotu kolem 37° C. (Novotný, 2010, str. 102; Ward, 2012, str. 119)

Kůže se skládá z podkožního vaziva (subcutis), škáry (dermis) a pokožky (epidermis). Podkožní vazivo (tela subcutanea) připojuje kůži k povrchovým fasciím či periostu, je posunlivé a řidší. Ke kůži také patří kožní deriváty (deriváty epidermis), kam patří jak deriváty rohové zastoupené různými druhy chlupů, vlasy a nehty, tak sem patří deriváty

žlázové, tedy mazové kožní žlázy, aromatické (potní) žlázy a mléčná žláza. Deriváty žlázové se uplatňují v kůži jako sekreční orgán. (Druga, 2013, str. 160)

Kůže se obecně dělí na tenkou ochlupenou část, pokrývající většinu tělního povrchu a silnou neochlupenou část vyskytující se především na ploškách nohou, na dlaních a flektované straně prstů, kde se u člověka nacházejí hmatové a úchopové lišty. (Naňka, 2009, str. 327)

1.1.1 Pokožka, *lat. epidermis*

Pokožka je tvořena mnohvrstevným dlaždicovým rohovějícím epitelem. Skládá se čtyř až pěti vrstev buněk, které produkují keratin. Tyto buňky se nazývají keratinocyty. Keratin je nositelem funkčních vlastností pokožky. (Naňka, 2009, str. 237)

Obnova epitelu se uskutečňuje ve dvou nejnižší položených buněčných vrstvách, kde se buňky posouvají směrem nahoru k povrchu kůže. V průběhu této buněčné přeměny dochází ke keratinizaci. Nejsvrchnější vrstva pokožky, která je tvořena zrohovatělými buňkami, je opotřebovávaná nepřetržitým postupným olupováním. Proces obnovení pokožky za normálních podmínek trvá od buněčného dělení až po odloučení zrohovatělých buněk přibližně 30 dní. Na dělení se podílí řada substancí, mezi které patří vitamíny, hormony a růstové faktory. (Druga, 2013, str. 159)

Pokožka je zásobována difuzí živin z kapilárního lůžka škóry, jelikož sama o sobě cévy neobsahuje – je bezcévnatá. Obsahuje důležité funkční jednotky, kterými jsou Langerhansovy buňky, které jsou významné pro imunitní reakce kůže, Merkelovy buňky, které jsou sensorické a také melanocyty produkující a shromažďující barvivo melanin. Langerhansovy buňky se podílí na projevech imunitní reakce kůže a uplatňují se při vzniku atopického onemocnění kůže projevujícího se ekzémem. Merkelovy buňky jsou receptorové buňky uložené v bazální vrstvě pokožky, s hmatovými lištami kůže v ochlupené části reagují na mechanické podněty. Množství melaninu a jeho rozložení je zodpovědné za barvu kůže, chlupů a vlasů. V melanocytech dochází vlivem slunečního záření k obranné reakci proti UV záření, ke zvýšené tvorbě melaninu, což se projevuje zhnědnutím kůže. (Druga, 2013, str. 160; Naňka, 2009, str. 237)

1.1.2 Škára, *lat. dermis, řecky corium*

Škára je nejhluběji uloženou vrstvou epidermis, od které je oddělena bazálními laminy. Je to vazivová vrstva kůže obsahující fibronektin, laminin, kolagen typu IV. a heparansulfát. Fibronektiny jsou hlavní složkou mimobuněčné hmoty, jsou to velké glykoproteiny, které se vyskytují volně v tělních tekutinách, na povrchu buněčných membrán a v buněčné hmotě. Laminin je glykoprotein, který se skládá ze tří polypeptidů vytvářející tvar kříže. Tvoří základní složku tzv. bazálních lamin na bázi epiteliálních tkání. Kolagen je extracelulární bílkovina, rozpustná ve vodě a je základní stavební hmotou pojivových tkání. (Druga, 2013, str. 160; Naňka, 2009, str. 328)

Ve škáře se nachází bohatá síť nervové pleteně a na cévy bohatá vazivová tkáň, která je histologicky rozdělována na dvě vrstvy. Na vnitřní síťovitou vrstvu skládající se z navzájem propojených kolagenních svazků a na vnější papilární vrstvu, která je prstovými výběžky, tzv. papilami, pevně spojena s pokožkou. Tyto vrstvy nejsou od sebe nijak odděleny. Odlišují se od sebe pouze hustotou a uspořádáním svých vazivových vláken. V papilární části (*lat. pars papillaris*) se v oblasti papil nachází kapilární kličky zajišťující volná nervová zakončení, smyslové receptory a iniciální lymfatické cévy (iniciální – počáteční). Kostra samotné vazivové tkáně se skládá z fibrocytů, je protažena elastickými kolagenními vlákny, které probíhají všemi směry, ale orientují se převážně šikmo k pokožce (epidermis) nebo rovnoměrně s povrchem těla. Síťovitá část (*lat. pars reticularis*) propůjčuje svým uspořádáním kůži elasticitu, díky které se může přizpůsobit kolísání objemu organismu a pohybům. Při vysokých požadavcích na elasticitu škáry mohou vznikat ruptury – strie, probíhající kolmo na linie štěpnosti např. při zvýšení tělesné hmotnosti či v době těhotenství. Nejčastěji tyto strie vznikají v oblasti stehen, břicha a na bocích. (Druga, 2013, str. 160; Naňka, 2009, str. 328)

Škára obsahuje i buněčné součásti. Charakteristickým buněčným typem je fibrocyt, poskytující ve své aktivované formě jako fibroblast celou řadu substancí pro výstavbu nové tkáně. Fibroblasty produkují a syntetizují elastin, prokolagen a glykoproteiny vyzrávající na povrchu buněk v elastická a kolagenní vlákna. V nevláknité formě spolu tvoří gelovitou základní substituci. (Naňka, 2009, str. 328)

Ve škáře se dále nacházejí mastocyty, tzv. žírné buňky, jejichž granule obsahují lymfocyty, makrofágy vznikající z krevních monocytů, heparin a histamin. Buňky se podílejí na nespecifických i specifických obranných mechanismech těla, secernují a jsou nezbytné v průběhu hojení ran pro postup reparačních procesů. (Naňka, 2009, str. 328)

1.1.3 Podkožní vazivo, *lat. subcutis, tela subcutanea*

Podkožní vazivo je nejhlubší vrstva kůže, je to vrstva řídkého vaziva pod škárrou, nad povrchovou fascií popřípadě periostem. Podkožní vazivo obsahuje pruhy kolagenního vaziva připojujícího se k fasciím a k periostu. V různých místech je více či méně bohaté na tuk, který se nejvíce ukládá v podkožním vazivu na břiše, hýždích, bocích a stehnech. Podkožní vazivo obsahuje tělíska Vater-Paciniho, která jsou receptory čítí tahu a tlaku. Značnou pohyblivost kůže na některých částech těla jako je čelo a krk umožňuje řídké podkožní vazivo. (Druga, 2013, str. 161; Naňka, 2009, str. 328)

Jako důsledek stárnutí podkožního vaziva a hromadění tukové tkáně dochází ke svrštění kůže, kdy vznikají dolíčky a hrbolky, které jsou označovány jako celulitida. (Druga, 2013, str. 161; Naňka, 2009, str. 328)

1.1.4 Kožní adnexa, *deriváty epidermis*

Kožní adnexa se dělí na deriváty rohové, kam patří vlasy/chlupy a nehty. A deriváty žlázovité, kam patří kožní žlázy mazové, potní a mléčná žláza. (Druga, 2013, str. 161)

Chlup, vlas, lat. pilus

Každý chlup se skládá z volné části, vlasového stvol, vyčnívajícího z kůže (*scapus pili*) a vlasového kořene (*radix pili*), který je zakotvený do kůže a kaudálně se zduřuje ve vlasovou cibulku (*bulbus pili*). Dělením buněk cibulky vlas roste do délky. Vlastní chlup se skládá z kůry, dřene a tenké povrchové folikuly, do které je zapuštěna vlasová cibulka. Barvu vlasů podmiňuje pigment, který je obsažen především v kůře vlasu. Barva je dána množstvím melaninu tvořeného ve vlasové cibulce melanocyty. Je-li pigmentu málo, vlas je světlý. Snížením tvorby melaninu a vniknutím vzduchových bublinek do kůry vlasu je způsobeno šedivění vlasů. (Druga, 2013, str. 163-5; Naňka, 2009, str. 329)

Primární funkcí ochlupení je účast na termoregulaci a mechanické ochraně kůže. U člověka je celkové ochlupení redukováno a tím je jeho termoregulační funkce oslabena. Vlasy (*capili*) jsou u člověka nejdelší chlupy, které rostou na hlavě a mají pro člověka také sociální funkci. Počet vlasových folikulů u člověka se odhaduje asi na 5 milionů, kdy na hlavě je jich asi 80-140 tisíc. Obnova a růst chlupů a vlasů probíhá v cyklicky se opakujících fázích. Tyto cyklické fáze rozeznáváme tři: anagen, katagen a telogen. V anagenu dochází k růstu, je nejdelší fází cyklu, kdy se nejdříve regeneruje dolní segment folikulu a poté z něj začne růst

vlas (chlup). Ve kštici vlas může dorůst až do délky 1 metru. Anagen v dospělosti trvá asi 2-6 let, u řas které jsou krátké je doba růstové fáze kratší, cca 2-3 měsíce. Vlas denně povyroste cca o 0,3 mm. V katagenu část folikulu zaniká, jedná se o fázi inovace folikulu, která je krátká. Ve kštici trvá asi 10-20 dní. Stávající populace buněk se nahrazuje novými buňkami, které jsou odvozené z kmenových buněk v bulge. Třetí fází růstového cyklu je dlouhá klidová fáze – telogen. V této fázi folikul setrvává, dokud není reaktivován k novému cyklu, kdy se folikul zcela rozpadá a probíhá vypadnutí chlupu při mytí či česání, nebo dokud není vytlačen nově vyrůstajícím vlasem. Následně se vytváří nová vlasová cibulka. Ze kštice u zdravého dospělého člověka vypadává každý den asi 50-150 vlasů. Během života se v jednou vlasovém folikulu vystřídá několik generací vlasů. (Druga, 2013, str. 164-6)

Do škáry se v oblasti folikulu šikmo upíná hladká svalovina – musculus arrector pili, která je inervována sympatickými vlákny a její kontrakcí se šikmo uložený vlas / chlup vzpřimuje, což je projevem reakce na strach či chlad. (Naňka, 2009, str. 329)

2. DEKUBITUS, proleženina

V literatuře se setkáváme z různými definicemi dekubitů, které v podstatě popisují ty samé příčiny vzniku dekubitů (proleženin):

„Proleženina je alternací v integritě kůže. Proleženiny se běžně projevují v oblastech vystavených vysokému tlaku tělesné váhy na kostní výčnělky. Slovo dekubitus pochází z latinského slova decumbere, což znamená položit, lehnout si. Proleženiny byly tak pojmenovány, protože jsou běžné pro nemocné upoutané na lůžko.“ (Trachtová, 2013, str. 62)

„Dekubitus je místní buněčné poškození tkáně, které vzniká v důsledku přímého tlaku, tření, imobility a celkově zhoršeného stavu. Může postihnout kůži, svaly, sliznice, šlachy až kosti.“ (Pokorná, 2013, str. 132)

„Dekubitální vřed (dekubitus) je ischemické poškození tkáně vzniklé protrahovaným působením tlaku. Postihuje kůži, podkoží, i hlubší struktury.“ (Topinková, 2010, str. 28)

„Dekubitus = proleženina, vzniká v důsledku dlouhodobé imobility, nedodržování systému polohování a hygienické péče o kůži“ takto definuje pojem dekubitus Irena Prejznochová ve skriptech „Komunitní ošetřovatelství pro sestry“ (Marková, 2010, str. 64)

I v dnešní moderní době se dekubity u pacientů vyskytují napříč celou populací a to jak u starších, tak i u mladších osob ve všech typech zdravotnických i sociálních zařízení. Dekubity se mohou vyskytovat i u jedinců, kteří jsou v domácí péči a to ve většině případů vlivem imobility či malnutrice. Výskyt dekubitů se zvyšuje s délkou hospitalizace. Další skupinou pacientů, kteří jsou ohroženi výskytem dekubitů, jsou pacienti s poruchou vědomí, s vysokými teplotami, pacienti dlouhodobě pod sedativy, obézní či naopak podvyživení, v těžkých stavech a v terminálním stádiu. Dekubity se vyznačují zpomalenou hojivou tendencí. Vedou k omezení běžných denních aktivit a narušení životního komfortu a to především u rizikových a starších osob. Většinou jsou spojeny s bolestí a v neposlední řadě poškozením různých vrstev kůže. (Marková, 2010, str. 64; Vytečková, 2011, str. 122)

2.1 Mechanismus vzniku dekubitů

Dekubitus neboli proleženina je poškození kůže, které vzniká následkem lokálního působení tlaku, působením střížné síly a vnitřních i zevních faktorů na predilekční místa. Mohou vznikat nejen na povrchu těla, ale také uvnitř těla na sliznici o podslizniční vazivu, např. při zavedení invazivních vstupů jako jsou např. sondy, katetry a jiné drenáže. (Vytečková, 2015, str. 150)

Mezi hlavní faktory mající vliv na vznik dekubitů patří tlak, tření, imobilita, cévní faktory, výživa, tělesná hmotnost, inkontinence, zdravotní stav, imunosuprese a věk. Jednoznačným důsledkem je lokální ischemie kůže, podkožních tkání a svalů s následnou ulcerací až nekrotizací vznikající v důsledku vzájemného působení zevních a vnitřních faktorů na predilekční místa. Jako příklad můžeme uvést tlak zubní protézy na sliznici v dutině ústní, tlak permanentního katetru na sliznici močové trubice, apod. U pacientů upoutaných na lůžko, u kterých je zhoršená mobilita, vznikají dekubity převážně na kostních vyvýšeninách, kde působí třecí síla a současně tlak, a dojde k porušení kůže a zároveň tkáně pod ní. (Pokorná, 2012, str. 113; Trachtová, 2013, str. 62)

Literatura uvádí, že je-li intenzita tlaku působícího na predilekční místa vyšší než normální hydrostatický tlak v kapilárách, tj. 32 mmHg (4,27 kPa) dochází k uzavěru kapilár, ke zpomalení až zastavení krevního oběhu v dané oblasti. V postižené oblasti vážně zásobování tkáně kyslíkem, jelikož je rychle spotřebováván, vzniká hypoxie, hromadí se zde toxické

produkty látkové výměny, vzniká otok a při přetrvávajícím tlaku kožní buňky odumírají a vzniká nekróza. *Mikula ve své knize uvádí, že poslední práce naznačují, že průměrný nejnižší pracovní tlak v kapilárním loži je 17 mm Hg, zatímco klinické zkušenosti ukazují, že kontinuální průtok kapilárami umožňuje povrchový tlak nižší než 20-30 mm Hg a brání ischemii, odumírání buněk a nekróze. Což se mění v závislosti na celkovém stavu pacienta.* (Kelnerová a kol., 2015, str. 162, Mikula, 2008, str. 11)

2.2 Příčiny vzniku dekubitů

Jak jsem již zmínila, dekubity vznikají u nemocných v různém věku a ve všech medicínských oborech. Mezi hlavní příčiny vzniku dekubitů patří poruchy kožní citlivosti, stav výživy (obezita, kachexie), snížení tkáňového prokrvení, nevhodná úprava lůžka, nevhodné přiložení dlah a obvazů, dlouhodobé zavedení invazivních vstupů apod. Tato rizika vzniku dekubitů ovlivňují zevní a vnitřní příčiny. (Marková, 2010, str. 66; Vytečková, 2015, str. 238)

2.2.1 Zevní příčiny ovlivňující vznik dekubitů

Mezi zevní příčiny ovlivňující vznik dekubitů patří: působení přímého tlaku na predilekční místa, doba působení tlaku, tření a střížná síla, vlhkost, macerace kůže, ovlivnění pH, což vede ke snížení kožní bariéry, zvýšená lokální teplota, pocení. (Vytečková, 2015, str. 238)

2.2.1.1 Působení přímého tlaku na predilekční místa

Vznik dekubitu závisí na výši působícího tlaku na predilekční místa, odborná literatura uvádí, je-li tlak vyšší než 32 mmHg a chybí-li spontánní pohyb, dochází k postupnému stlačování kapilár v kůži, což vede k nedostatku kyslíku ve tkáni a rozvoji nekrózy této tkáně. (Mikula, 2008, str. 13)

Nejčastěji se setkáváme s dekubity na místech, kde je vyvíjen tlak mezi 40 – 60 mmHg. Vleže to jsou oblasti na temeni hlavy, na krční páteři v oblasti výběžku C7, lopatkách, loktech, v sakrální oblasti, na hýždích, trochanterech, lýtkách, kotnících a patách. V těchto oblastech vznikají dekubity cca v 90 – 95 % případů výskytu dekubitů. Pokud vnější tlak není trvalý, kapilární stlačování neproběhne, riziko vzniku dekubitů je zažehnáno. (Kelnerová, 2015, str. 162; Mikula, 2008, str. 12)

Prvním a hlavním úkolem ošetrovatelské péče je snížení tlaku na tělesný povrch pomocí polohování a pravidelné změny polohy pacienta. Zkušenosti ukazují, že pro vznik dekubitů je závažná hlavně doba působení a ne výše tlaku na predilekční místa. (Mikula, 2008, str. 11-12)

2.2.1.2 Doba působení tlaku

Riziko vzniku dekubitů velice závisí na době působení tlaku na predilekční místa. Odborná literatura udává, že čím je hmotnost těla větší, celkový stav pacienta horší, tím kratší doba působení tlaku stačí ke vzniku dekubitů. U rizikových a imobilních pacientů je riziko vzniku dekubitů i již za několik hodin působení tlaku na predilekční místa. Působení tlaku závisí i na ostatních faktorech a to hlavně u nemocných v kritických stavech, kdy *Reébelová uvádí, že vznik dekubitů může být v extrémních případech již po 20-30 minutách, naopak Kosiak prokázal, že při trvalém tlaku existuje 1-2 hodinová kritická perioda, než se objeví patologické změny.* (Kelnarová, 2015, str. 162; Pokorná, 2012, str. 115)

2.2.1.3 Tření a střižná síla

Tření i střižná síla patří mezi zevní mechanické vlivy. Třením dochází k poškozování rohové vrstvy pokožky a kůže, čímž klesá její obranyschopnost. S přítomností vlhka a tepla je tření zvýšeno, vede k poškození kůže a dochází k riziku vzniku infekce, např. u pacientů, kteří jsou inkontinentní či mají zvýšenou tělesnou teplotu. Největší riziko vzniku dekubitů vzniká při posouvání těla pacienta po nerovném povrchu. Posouváním nehybného těla pacienta může dojít k poškození povrchu kůže, hlubokých tkání a snížení průtoku krve tím, že se cévy napínají, zalamují nebo trhají. Při takovém poškození mohou na těle pacienta vznikat různá poškození, kdy vznikají krevní sraženiny, které následně blokují mikrocirkulaci. (Kelnarová, 2015, str. 162; Mikula, 2008, str. 13)

Střihová síla vzniká při posouvání vrchních vrstev kůže oproti podkoží, tento efekt se také nazývá tzv. nůžkový efekt. Je výsledkem působení zemské gravitace, která tělo táhne dolů např. při polosedě či na jinak nakloněných površích, kdy mezi kůží a podložkou vzniká velké tření. (Pokorná, 2012, str. 117)

Mnoho mechanických poranění vzniká přesunem pacientů a to hlavně z lůžka na jiné lůžko, WC židli, invalidní vozík či na koupací vanu a samozřejmě i při přesunech zpět do lůžka. K mechanickému poranění kůže může dojít i při dlouhodobě shrnutém ložním i osobním prádle, či při neodborném přiložení dlahy, ortézy či obvazu. (Kelnarová, 2015, str. 162)

2.2.1.4 Vlhkost a macerace kůže

Pot, sekrece, moč a stolice narušuje povrchovou vrstvu kůže a dochází k její maceraci. Tyto vlivy patří mezi zevní chemické. Kůže je změkčována a rozkládá se její povrchová vrstva, která jinak tvoří její ochranný štít. Macerovaná kůže je pak méně odolná vůči vniku infekce a mechanickým vlivům. U pacientů s inkontinencí, se secernujícími ranami a se zvýšeným

pocením je riziko vzniku dekubitů zvýšené. Proto je velice důležitá čistota a správná úprava lůžka u imobilních, inkontinentních a rizikových pacientů. (Mikula, 2008, str. 13; Pokorná, 2012, str. 114)

2.2.2 Vnitřní příčiny ovlivňující vznik dekubitů

Mezi vnitřní příčiny ovlivňující vznik dekubitů patří věk, pohlaví, tělesná hmotnost, hybnost, odolnost tkáně vůči tlaku, cévní faktory, výživa, hydratace a inkontinence. (Pokorná, 2012, str. 114)

2.2.2.1 Věk

Věkem se snižuje elasticita a pevnost kůže v tahu, proto je pokožka křehčí a snáze zranitelná. Je nutné si pamatovat, že všechna akutní onemocnění jako je urosepse, bronchopneumonie či chronická bronchitida jsou u starších osob většinou provázena oběhovým selháváním a tím se zvyšuje riziko vzniku dekubitů. Prokrvenost kůže u starších jedinců je nižší a tudíž i hojení ran je pomalejší. U seniorů je pravděpodobnost vzniku dekubitů 20krát vyšší, než u lidí ve věku 20-40 let. Staří lidé jsou méně schopni si sami ošetřit i sebemenší defekty na kůži a tudíž jsou vystavováni většímu riziku vzniku dekubitů nejen pro svoji špatnou mobilitu. (Mikula, 2008, str. 14; Trachtová, 2013, str. 63)

2.2.2.2 Pohlaví

Ženské pohlaví je díky silnější tukové vrstvě více náchylné ke vzniku dekubitů než mužské. Vzhledem k malému prokrvení je tuková tkáň více náchylná k poškození. Ženy mají ve většině případů silnější vrstvu tukové tkáně. (Mikula, 2008, str. 14)

2.2.2.3 Tělesná hmotnost

Riziko vzniku dekubitů může zvýšit jakákoli odchylka od ideální tělesné hmotnosti. Obézní pacienti jsou vystaveni riziku vzniku dekubitů díky snížení hybnosti a velice obtížnému polohování. Trpí častěji poruchami oběhu. Díky své životosprávě současně ovlivňují i stav kůže a tím zvyšující se riziko vzniku dekubitů. Roli hraje jak snížený přísun bílkovin, tak oproti tomu zvýšený přísun cukru a tuků. Kachektičtí pacienti jsou ohroženi vznikem dekubitů v důsledku malé vrstvy podkožního tuku, která chrání svaly před působením vyvíjeného tlaku. (Kelnarová, 2015, str. 163; Mikula, 2008, str. 14)

2.2.2.4 Mobilita

U nemocných dlouhodobě upoutaných na lůžko, invalidní vozík či jinak omezených v pohybu, se riziko vzniku dekubitů zvyšuje. Zdraví jedinec mění spontánně a často svoji polohu, čímž zabraňuje nadměrnému působení tlaku na jednu tělesnou partii. Pacientům dlouhodobě upoutaným na lůžko se obrana proti vzniku dekubitů v podobě spontánních pohybů, které snižují tlak, takřka vytrácí. Příkladem jsou stavy po velkých operacích, při poškození nervů a mozku, po polytraumatech, při dlouhodobé anestezii a dlouhodobých operačních výkonech či při dlouhodobé ztrátě vědomí a umělém spánku, u seniorů s imobilizačním syndromem a další. Proto je velice důležitá včasná rehabilitace a pravidelné polohování takto imobilních pacientů. (Mikula, 2008, str. 14; Trachtová, 2013, str. 62)

2.2.2.5 Odolnost tkáně vůči tlaku

Vzhledem ke své anatomické stavbě má nejmenší odolnost vůči tlaku tuková vrstva, která má řídkou cévní síť a nepevnou stavbu tkáně. I svaly patří mezi méně odolné tkáně vůči tlaku. Mezi nejvíce odolné vůči tlaku z měkkých tkání patří kůže a vazivo. (Pokorná, 2012, str. 115)

2.2.2.6 Cévní faktory

Odolnost kůže vůči vzniku dekubitů bude snižovat jakákoli porucha toku či objemu krve. Vážné nebezpečí vzniku dekubitů představuje šok, který zahrnuje periferní cévní selhání. Velkým rizikem vzniku dekubitů je přeplnění žil, cévní porucha a aterosklerotické změny, které má na svědomí kouření. (Trachtová, 2013, str. 62)

2.2.2.7 Výživa

Dalším velkým rizikem pro vznik dekubitů je nedostatečná výživa. Neznamená vždy, že štíhlý člověk je špatně živý či obézní dobře živý. Problém je v nedostatku bílkovin ve stravě, se kterými souvisí regenerace organismu. Nejkritičtějšími faktory je nedostatek bílkovin, vitamínu C a nedostatek zinku. Procesy hojení u všech stavů malnutrice jsou zpomalené, jelikož regenerační schopnost organismu, potažmo kůže je snižena. (Mikula, 2008, str. 15; Trachtová, 2013, str. 62)

2.2.2.8 Hydratace

Při dehydrataci je kůže sušší, dochází tím ke snížení kožního napětí a k tvorbě kožních řas. Vznikají otoky a dochází k snadnému poranění kůže. I při hyperhydrataci vznikají otoky, dochází ke zvýšení kožního napětí a také k poruše integrity kůže. Proto je velmi důležité sledovat bilanci tekutin a to hlavně u pacientů v kritických stavech, v bezvědomí a u imobilních pacientů. (Mikula, 2008, str. 15)

2.2.2.9 Inkontinence

Velmi závažným vnitřním faktorem je inkontinence, která vede k maceraci kůže, tím k jejímu poškození a riziku vzniku infekce. Důležité je udržovat lůžko a prádlo pacienta v suchu a čistotě, aby bylo zamezeno zvýšenému tření, které způsobuje vlhké prádlo. Méně vhodné je časté užívání mýdla, které pokožku vysušuje zbavováním přirozeného ochranného kožního mazu. Vhodnější je používání čistící pěny a následně ochranných krémů, které zabraňují jak vysoušení, tak zároveň pokožku chrání před přímým stykem s močí či stolicí a jiným sekrety. Častým používáním mýdla dochází ke tření kůže a podkoží, kůže se vysušuje, stává se křehčí, náchylnější k poškození a velice často praská. (Kelnarová, 2015, str. 163; Trachtová, 2013, str. 62)

2.3 Lokalizace dekubitů

Dekubity se vyskytují kdekoli na lidském těle, ale nejvíce vznikají na tzv. predilekčních místech, zejména při poruchách výživy (obezita, kachexie), při sníženém prokrvení tkání, při poruchách kožní citlivosti, nevhodně přiložených dlahách, ortézách a obvazech. (Zeman, 2011, str. 329)

2.3.1 Predilekční místa

Predilekční místa jsou místa, kde není kostní vyvýšenina kryta dostatečnou vrstvou podkožního tuku a svaly, nebo kde působí trvalý tlak na kůži spolu se střížnou silou. Tato místa se liší podle polohy, ve které je pacient dlouhodobě uložen. (Zeman, 2011, str. 330)

Při poloze na boku jsou ohroženy nejvíce tyto oblasti: spánková kost, ucho, ramenní kloub, hřebeny kosti kyčelní, velký chocholík, stehna, kolenní klouby, lýtka (mediální i laterální oblast) a kotníky. (Vytejková, 2015, str. 239)

Při poloze na zádech jsou ohroženy nejvíce tyto oblasti: týlní kost, trn 7. krčního obratle, hřebeny lopatek, loketní klouby, kost křížová, hýždě a kosti patní. (Vytejková, 2015, str. 239)

Při poloze na břiše jsou ohroženy nejvíce tyto oblasti: čelo, nos, oblast lícnicích kostí, brada, žebra, oblast klíční kosti, hřeben kosti kyčelní, kolena, oblast steh a palce dolních končetin. Při poloze v sedě jsou ohroženy nejvíce tyto místa: týl, hřebeny lopatek, bedra, hýždě, paty a prsty dolních končetin. (Vytejková, 2015, str. 239)

Dekubity mohou vznikat i uvnitř těla a to nejčastěji na sliznicích při dlouhodobém zavedení invazivních vstupů, např. při zavedení permanentního močového katetru, nasogastrické sondy

či endotracheální kanyly, ale i při špatně provedené zubní protéze a to tlakem cizího tělesa na sliznici či podslizniční vazivo. (Kelnerová, 2015, str. 164)

2.4 Klasifikace dekubitů

Klasifikaci dekubitů je velmi důležité znát a to pro praxi v oblasti péče a léčby dekubitů. Liší se podle jednotlivých odborných zdrojů, kdy je diferencována do tří, čtyř či pěti stupňů. Nejčastěji jsou používány tyto klasifikace: podle Guttmana (z roku 1955), podle Daniela, Seilera, jedna z neznámějších podle Torrance (z roku 1983), podle Byrnea a Felda (z roku 1984) či podle evropského poradního sboru pro otázky proleženin EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel). V ČR je nejvíce používána klasifikace, která je členěna do čtyř stupňů dekubitů a byla doporučena EPUAP roku 2003 na kongresu v Tampere. Débridement dekubitů je indikován v souladu se stavem pacienta a lokálním nálezem postižení kůže. Ve většině případů se řídí doporučeným postupem Prevence a léčby dekubitů vydaného EPUAP, NPUAP a PPPIA v roce 2014. Pro débridement se volí obecně metody, odpovídající celkovému stavu pacienta, charakteru spodiny rány a možnostem zdravotnického zařízení poskytujícího péči. Pro správně prováděnou prevenci a léčbu dekubitů by ošetrovatelský tým měl znát jak rizika vzniku pro jejich hodnocení, tak i klasifikaci k určení stupně dekubitů a vhodné zvolení ošetření a léčby. Své hodnocení rizik a stupně dekubitů zapisuje ošetrovatelský tým do zdravotnické dokumentace. Záznam by měl obsahovat popis místa, popis spodiny a okolí, velikost a tvar, vyskytuje-li se zápach, barvu, dále pak léčbu – použitý materiál. (Mikula, 2008, str. 21; Stryja, 2015, str. 110; Vondráček, 2008, str. 41; Vytejková, 2015, str. 240)

- I. stupeň – erytém je tlaková léze bez poškození kůže, jedná se o reverzibilní zčervenání kůže, které do 30 minut po odlehčení mizí.
- II. stupeň – puchýř je tlaková léze s poškozením kůže, porušená kůže (dermis / epidermis, nebo obojí), částečná ztráta kůže, macerace, puchýř či odřenina
- III. stupeň – nekróza je hluboké poškození kůže, černá suchá nekróza či rozbředlá nekrotická tkáň, úplná ztráta kůže i podkoží. Vředy vznikají na místech odumřelých tkání. Hojení může trvat několik měsíců až let.
- IV. stupeň – vřed na kůži či v podkoží, je tlaková léze provázená ostitidou a artritidou, jedná se o ztrátu kůže s rozsáhlým postižením hlubokých funkčních struktur.

Rozsáhlé tlakové léze, které jsou kombinované s penetrací do sousedních dutin a kloubů. Chronický vřed vzniká, kdy po zhojení dekubitu tenkou jizvou přiléhající těsně na kost se opět při malém tlaku rozpadá. Vzniká nebezpečí vzniku septických komplikací. Tento stupeň dekubitů je ve většině případů řešen chirurgickou léčbou.

(Kapounová, 2013, str. 126; Mikula, 2008, str. 21; Vytejšková, 2015, str. 240)

Druhou nejčastěji používanou klasifikací je pětistupňová Danielova klasifikace, která je rozdělena následovně:

- I. stupeň – zarudnutí kůže
- II. stupeň - povrchové kožní vředy
- III. stupeň – nekróza podkožního tuku
- IV. stupeň – postižení všech hlubších struktur kromě kostí
- V. stupeň – rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, destrukce kloubů či sekvestrace kostí

(Pokorná, 2012, str. 119)

Při manipulaci s pacientem, při hygieně a při převazování vždy hodnotíme stav dekubitu, jeho velikost, hloubku rány, okolí, okraje rány, zápach a sekreci. Tyto údaje vždy zapisujeme do zdravotnické dokumentace daného pacienta. Dále hodnotíme povrch dekubitu, charakter a množství sekretu, přítomnost a stav granulací a epitelizace. (Marková, 2010, str. 66-67; Pokorná, 2012, str. 120)

Dekubity mohou mít i komplikace a to především výskyt lokálních infekcí v podobě gangrén či osteomyelitid. Velmi závažnou komplikací je celková infekce až obraz septického stavu, který vede ke ztrátě bílkovin, anemizaci až celkovému selhání organismu s následnou smrtí. (Topinková, 2010, str. 30)

2.5 Hodnocení rizik vzniku dekubitů

K posouzení rizik vzniku dekubitů slouží řada hodnotících škál a stupnic. V České republice je nejvíce rozšířená škála podle Nortonové, která byla sestavena v roce 1962, dále škála podle Bradenové a škála podle Waterlowa a dle Knolla. Hodnotící škály a stupnice umožňují upozornit na riziko vzniku dekubitů a zavedení včasného preventivního opatření. (Kapounová, 2013, str. 127; Krajčík, 2012, str. 18-24; Mikula, 2008, str. 18-21)

2.5.1 Škála podle Nortonové

Škála podle Nortonové je v ČR nejvíce používanou škálou hodnocení rizik vzniku dekubitů. Hodnotí pět parametrů: fyzický stav pacienta, vědomí, mobilitu (aktivitu), pohyblivost a inkontinenci. Je vyvinuta pro pacienty v dlouhodobé péči, kdy při celkovém hodnocení 16 bodů a méně upozorňuje na riziko vzniku dekubitů u základní škály. V roce 1987 byla škála rozšířena o další hodnotící položky na skóre 25 bodů a to schopnost spolupráce, věk, stav pokožky a každé další onemocnění. (Trachtová, 2013, str. 65; Topinková, 2010, str. 29)

2.5.2 Škála podle Bradenové

Tato škála obsahuje citlivost/percepce (schopnost respondovat s nepohodlím), vlhkost, aktivita, pohyblivost a nově zahrnuté položky jako je riziko tření a střížných sil, a také důležitý faktor výživy. Naopak neobsahuje hodnocení věku a přidružených onemocnění. (Mikula, 2008, str. 20; Trachtová, 2013, str. 66)

2.5.3 Škála podle Waterlowa

Tato škála je využívána především zdravotníky ve Velké Británii. Je podrobnější a zahrnuje poměr výška/váha, typ kůže v ohrožené oblasti, pohlaví, věk, zvláštní rizika (podvýživa tkání, srdeční selhávání, periferní vaskulární porucha, anemie, kouření), kontinence, pohyblivost, chuť k jídlu, neurologické poruchy (DM, PSM, paraplegie), operace/trauma a medikace. Chirurgický zákrok, vliv věku, nemocí a léků je považován za zvláště rizikové faktory. (Mikula, 2008, str. 20, Trachtová, 2013, str. 66)

2.5.4 Škála podle Knolla

Škála podle Knolla zahrnuje hlediska všeobecného stavu zdraví, mentální stav, aktivitu, pohyblivost, inkontinenci, příjem výživy ústy, příjem tekutin ústy, a náchylnost k chorobám např. DM, neuropatie, ICHS, aménie, cévní onemocnění aj. Nejvyšší možný dosažený počet bodů je 24, což představuje velmi nízkou pravděpodobnost vzniku dekubitů. Je-li skóre nad 12 bodů je pacient ohrožen vznikem dekubitů. (Trachtová, 2013, str. 65)

Hodnocení rizika vzniku dekubitů pomůže zdravotnickému personálu určit možné rizikové pacienty a naplánovat ošetřování tak, aby se vzniku dekubitů předcházelo. Provádí se při příjmu pacienta a dále v pravidelných intervalech podle stavu, minimálně však 1x týdně či při jakékoli změně stavu pacienta. Hodnocení rizika vzniku dekubitů a péče o ně se vždy zaznamenává do dokumentace pacienta. (Topinková, 2010, str. 29)

2.6 Prevence vzniku dekubitů

Prevence vzniku dekubitů spočívá v pravidelné a kvalitní péči o kůži. Hlavním cílem kvalitní ošetrovatelské péče je prevence, kdy se používají hodnotící škály napomáhající určit riziko vzniku dekubitů u daného pacienta. Mezi preventivní opatření patří zmírnění tlaku např. polohováním, péče o kůži, výživa, aktivita pacienta a normalizace jeho celkového stavu. (Pokorná, 2012, str. 117)

Vyhodnotit zvýšené riziko vzniku dekubitů u pacientů musí umět sestra i zdravotnický asistent. K tomu jsou používány hodnotící škály, napomáhající určit riziko vzniku dekubitů u daných pacientů. (Topinková, 2010, str. 29)

Mezi nejdůležitější preventivní opatření patří zmírnění tlaku, kterého dosáhneme úpravou lůžka, polohováním a používáním preventivních pomůcek, mezi které patří antidekubitní matrace, antidekubitní podložky různých velikostí a tvarů, podložky se syntetického rouna, tzv. Dekuby, chrániče pat a loktů z měkkého prodyšného materiálu s perličkovou výplní. Další důležitou ošetrovatelskou činností je péče o kůži, kdy pravidelně provádíme její kontrolu a udržujeme ji trvale čistou a suchou. Kontrolu a hodnocení stavu kůže NLZP provádí při běžných ošetrovatelských činnostech, jako jsou např. hygiena, polohování, aplikace injekcí, převazy a další ošetrovatelské úkony. Velmi důležitá je jemná masáž predilekčních míst spirálovými tahy, ale pouze pokud se na kůži nevyskytují známky vzniku dekubitů. Jemnou masáží se zlepšuje prokrvení kůže. K promazávání a promašťování kůže používáme vhodné přípravky např. řady Menalind, které minimalizují vliv vlhkosti na pokožku a to jak u pacientů s vyšší teplotou, tak u pacientů s inkontinencí, kdy používáme inkontinentní pomůcky. (Rozsypalová, 2009, str. 235-6; Vytejková, 2015, str. 241-4)

Velká pozornost při výskytu dekubitů a jejich prevenci by měla být věnována správně vyvážené výživě, kdy je důležitá spolupráce s nutričním terapeutem a lékařem. Vhodná výživa a hydratace má blahodárny vliv na kůži. Riziko vzniku dekubitů vzrůstá u pacientů se špatnou výživou a hydratací kůže, kdy nekonzumuje dostatečné množství plnohodnotné a vyvážené stravy a nemá dostatečný příjem tekutin, vitamínů a minerálů. Dehydratovaná kůže není správně prokrvená, její napětí, které je nedostatečné vede k možnému mechanickému poškození. Důležitou složkou výživy u pacientů s rizikem vzniku dekubitů jsou plnohodnotné bílkoviny, které jsou obsaženy např. v mase, mléce a mléčných výrobcích, a také dostatek energie. Nesmíme zapomínat ani na obsah vitamínů a minerálních látek nepostradatelných pro správnou přeměnu základních živin jako jsou cukry, tuky a bílkoviny. Doporučovaným

přípravkem pro pacienty s nedostatečnou výživou a se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů je přípravek firmy Nutricia – Fortimel, pro pacienty již se vzniklým dekubitem je doporučován přípravek Cubitan, který obsahuje zvýšené množství bílkovin a je obohacený o důležitou aminokyselinu arginin, vitamíny a důležité stopové prvky potřebné pro kvalitní hojení dekubitů a jiných chronických (nehojících se) ran. (Grofová, 2012, str. 48-9)

Jako důležitou ošetrovatelskou činnost vedle polohování, péči o kůži a dostatečnou a vyváženou výživou by měla být včasná aktivizace pacienta a to ve spolupráci s fyzioterapeutem. Včasná vertikalizace a polohování pacienta je velice důležitá, je třeba si vypracovat časový plán mobilizace a vést záznamy o aktivizaci pacienta do zdravotnické dokumentace. NLZP by měl úzce spolupracovat s fyzioterapeuty a během dne s pacientem provádět pasivní i aktivní cviky dle jeho fyzických možností. Aktivizace podporuje pacienta k zlepšení mobility a soběstačnosti, která je velice důležitá pro psychický stav pacienta, jeho zlepšení kvality života a navrácení sebek péče. (Kelnarová, 2015, str. 167; Vytejšková, 2015, str. 243)

2.6.1 Polohování

Základním a nejúčinnějším prostředkem proti vzniku dekubitů je polohování, které spočívá v systematické a pravidelné změně polohy. Řídí se přesnými pravidly a časem. Důležitá je edukace pacienta k aktivizaci a částečné změně polohy na lůžku v rámci sebek péče. Časové intervaly změn poloh se řídí podle stavu pacienta v rozmezí od 20 minut do 4 hodin. U většiny imobilních a nepohyblivých pacientů je interval polohování mezi 1-3 hodinami, kdy přes den je interval 1-2 hodiny a přes noc cca 3 hodiny. Literatura uvádí, že interval změny polohy u pacientů v křesle, na židli či v invalidním vozíku by neměl přesahovat interval 30 minut – 1 hodiny, jelikož vyvíjený tlak při sezení je na určité části těla větší než u ležících pacientů. (Kelnarová, 2015, str. 167; Vytejšková, 2015, str. 242)

Pakliže i přes pravidelné polohování v určitém intervalu vznikají nové dekubity, či stav kůže se horší, je nutné časový interval mezi jednotlivou změnou polohy zkrátit. Polohování má blahodárné účinky pro kůži, avšak je často nepříjemné pro pacienta a zároveň velice náročné pro ošetroující personál. Pro usnadnění práce ošetrovatelskému personálu se využívá používání různých polohovacích pomůcek, polohovacích lůžek a polohovacích antidekubitních matrací. (Rozsypalová, 2009, str. 237)

Polohování můžeme provádět i v koncepci bazální stimulace, kdy poskytujeme stimulaci somatickou a vestibulární, kdy se stimuluje vestibulární aparát. Vždy je nutné zohlednit komfort pacienta, a to, jak pohodlně se cítí. V bazální stimulaci se využívá nejvíce polohování tzv. mumie nebo hnízda. Poloha hnízdo u pacienta navozuje příjemné pocity ve smyslu „cítím se dobře“. Tato poloha se může využívat při poloze na zádech, na boku i na břiše. Poloha mumie se využívá hlavně u pacientů s hlubokou mentální retardací či u pacientů ve vigilních kómatech, kde je nutná velmi intenzivní stimulace vnímání tělesného schématu. Tato poloha je velmi využívaná a přínosná u pacientů, kteří jsou neklidní až agresivní. Pacienta můžeme zabalit do deky či prostěradla, kdy tělo ohraničíme pomocí polohovacích pomůcek. Tím pacientovi určíme hranice jeho těla a zároveň zklidníme. (Friedlová, 2012, str. 91; Vytečková, 2015, str. 242)

2.6.2 Polohovací pomůcky

Polohovací pomůcky jsou na trhu v dnešní době snadno dostupné v podobě různých podložních válců, kvádrů, kruhů, polštářů, klínů a korýtek, které zvyšují pohodlí pacientů a zároveň snižují vznik dekubitů. Tyto pomůcky jsou vyráběny z různého materiálu, který je potažen paropropusným a zároveň vodovzdorným potahem. Při používání antidekubitních pomůcek je velmi důležitá zásada, že pacient by měl ležet co největší částí těla na podložce a tím rozložit tlak tak, aby vyčnívající a špatně uložené antidekubitní pomůcky nezpůsobily otlaky na kůži pacienta a tím nezpůsobily možnost vzniku dekubitů. (Kelnarová, 2015, str. 167)

V dnešní době se velmi často využívají také antidekubitní matrace, které jsou aktivní, pasivní či dynamické. Použití typu matrace závisí na stavu a diagnóze pacienta. Použití aktivní matrace se nejvíce využívá u pacientů s nízkým až středním rizikem a s dekubity 1. a 2. stupně. Tyto matrace jsou se střídavým působením tlaku, kdy buňky v podložce jsou střídavě nafukovány a vyfukovány. Snižují působení tlaku na tkáň a riziko progresu dekubitů snížením dlouhodobě nedostatečného prokrvení tkáně. Kontraindikací u této matrace je pacient po mozkové příhodě, kdy nestabilní povrch může bránit pacientovi v aktivní pohyblivosti, dále pak u pacienta s nestabilními zlomeninami, pacienta s psychickými poruchami a pacienta po amputaci končetiny. Jejich nosnost je až do 140 kg. (Mikula, 2008, str. 39-51)

Pasivní (statické) matrace jsou využívány pro pacienty středně rizikové, bez poškození kůže a používají se jako prevence, kdy snižují tlak, zvyšují pohodlí pacienta a přizpůsobují se tvaru těla pacienta. Tyto matrace jsou vyrobeny ze studené polyuretanové pěny o vysoké hustotě,

kteřá je silnější a tlak těla je tak lépe rozložen. Jejich nosnost je až do 120 kg. (Mikula, 2008, str. 39-51)

Dynamické matrace jsou matrace se střídavým působením tlaku a s volbou pasivního a aktivního režimu s provzdušňováním. Používají se u vysoce a velmi vysoce rizikových pacientů a s dekubity 3. a 4. stupně. Tyto matrace se používají jak k prevenci, tak k léčbě dekubitů, jsou to matrace s provzdušňováním, se střídavým působením tlaku a volbou statického a aktivního režimu. Provzdušňování matrace zabraňuje vzniku vlhkosti, zastavuje progresi dekubitů a napomáhá jejich hojení. Také jako aktivní matrace snižuje pravděpodobnost dlouhodobě nedostatečného prokrvení tkáně. Umožňují uložení pacienta i do pronační polohy – na břicho – matrace, která umožňuje plynulé střídání polohy ze supinační do pronační polohy (ze zad na břicho). Nosnost této matrace je až do 250 kg. (Mikula, 2008, str. 39-51)

Základem pro možnost polohování pacienta je polohovací lůžko, které se ovládá mechanicky či elektricky. Mechanicky polohovatelná lůžka jsou stěžejní nejen pro personál a to pro zátěž na pohybový aparát personálu při manipulaci s pacientem či lůžkem samotným, ale i pro pacienta, jelikož nemá možnost ovládat polohu lůžka sám. Při změně polohy lůžka je potřeba vyvíjet velkou fyzickou námahu. Elektricky ovládané lůžko je snadno polohovatelné, výškově nastavitelné i s možností nastavení sklonu a v neposlední řadě představuje i menší závislost pacienta, který může díky ovládacímu zařízení lůžko polohovat a ovládat sám. (Mikula, 2008, str. 27)

2.6.3 Hygiena

Hygiena je důležitou součástí v prevenci dekubitů, jedná se o soubor opatření, které minimalizují zevní chemické vlivy a možnost vzniku infekce. Pro správnou funkčnost kůže je velice důležité, aby byla udržována v dobrém stavu a především čistá a suchá. Bez nepříznivého vlivu: potu, moči, různých sekretů, stolice a infekce v pánevní oblasti. Je nutné udržování čistoty a sucha častou výměnou osobního i ložního prádla, výměnou plen, sprchováním, omýváním a koupelemi. Zvolením vhodných sprchových gelů a tekutého mýdla udržujeme pokožku nejen čistou, ale i vláčnou. Po koupeli je nutno vlhkou pokožku dobře vysušit, v žádném případě ji nevysušujeme třením, kdy by mohly vznikat na pokožce starších pacientů drobné trhlinky. Po osušení je třeba pokožku namazat ochranným a regeneračním krémem a osvědčuje se jí i promastit kakaovým máslem, aby byla vláčná a mohla se dobře

regenerovat. Hygiena je důležitá obzvláště u pacientů s inkontinencí a s již vzniklými dekubity. Velký důraz je kladen na prodyšnost materiálu, který se používá u ležících pacientů, u pacientů po CMP, po velkých operacích, v bezvědomí a terminálním stavu. Nevhodné jsou neprodyšné materiály u podložek, plen a kalhotek, jelikož kůže se pod nimi zapařuje, což zvyšuje riziko vzniku dekubitů a zároveň v případě již vzniklého dekubitu jeho rychlého zhoršování. (Mikula, 2008, str. 52; Vytejšková, 2011, str. 151)

2.6.4 Nutričně vyvážená strava

Vhodná výživa a hydratace je velice důležitá jako prevence i podpora hojení dekubitů. Grofová ve své literatuře zmiňuje, že *„nedostatečná výživa může ovlivnit odolnost tkání vůči tlaku. Jako prevenci vzniku dekubitů doporučuje Evropský poradní panel pro dekubity zvýšený příjem bílkovin, které dle studií pomáhají proleženinám předcházet.“* Odborná literatura uvádí, že *„Ze systematického přehledu 15 studií vychází, že vysokobílkovinné perorální nutriční doplňky snižují riziko vývoje dekubitů.“* Doporučený příjem při léčbě dekubitů je 1 – 1,5g bílkovin na 1kg, 30 – 35 kcal na 1 kg tělesné hmotnosti za den, 30ml tekutin na 1kg tělesné hmotnosti a den či 1ml na 1kcal na den. Tato doporučení se mění podle aktuálního stavu pacienta. Vedle bílkovin, energie a hydratace je důležitý i příjem vitamínů a stopových prvků s antioxidačními účinky, např. vitamín C, zinek, aminokyselina arginin. (Grofová, 2012, str. 48; Mikula, 2008, str. 53-4)

2.6.5 Rehabilitace

Velice důležitou prevencí je časně aktivní rehabilitační ošetřování. U ležících pacientů většinou rehabilitace začíná dechovou gymnastikou, která je jednak součástí každého kondičního cvičení, tak i speciálně zaměřeného cvičení. Dechové cvičení se využívá u pacientů, kde je potřeba zvýšit plicní ventilaci, zlepšit odkašlávání, uvolnit sekret z dýchacích cest a tím předejít možnosti vzniku pneumonie. Kondiční cvičení a aktivní pohyby se provádí 1 – 2x denně a jeho délka většinou nepřesahuje 10 – 20 minut a to podle stavu pacienta. Smyslem tohoto cvičení je zvýšení látkové výměny, urychlování regeneračních pochodů ve tkáních a tím i snížení rizika vzniku dekubitů. Zdravotnický personál spolu s fyzioterapeuty se proto snaží o brzkou vertikalizaci, obnovu soběstačnosti a návrat hybnosti pacienta. U trvale ochrnutých pacientů je prevence dekubitů velice důležitá, je nutné si pro ně vypracovat speciální rehabilitační a životní režim. (Rozsypalová, 2010, str. 191)

2.7 Vlastní léčba dekubitů

Hojení defektů kůže je závislé na proliferaci buněk v bazální vrstvě epidermis, případně škáry či v oblasti vlasového folikulu. Hlubší poškození kůže se hojí současnou poliferací (hojné množení, bujení, novotvoření růst) škáry, kdy podmínkou hojení je aktivita makrofágů eliminujících poškozené buňky a extracelulární matrix. Tento matrix se nachází v každé tělesné tkáni, kdy jeho struktura a složení vykazuje rozdílnosti specifické pro konkrétní druh tkáně. Podstatou proliferace je zvyšování počtu buněk v orgánu či tkáni dělením – mitózou, což je buněčné dělení, kdy z jedné dceřiné diploidní buňky vznikají dvě buňky s identickou genetickou výbavou, které jsou opět diploidní – obsahují dvě sady chromosomů. (Druga, 2013, str. 161; Naňka, 2009, str. 328)

Léčba dekubitů se neomezuje na ošetřování a zhojení již vytvořeného dekubitu, ale na jejich prevenci, léčbu malnutrice a zajištění dobrého celkového stavu pacienta. Léčba spočívá ve správném určení stadia dekubitu a podle toho vhodného výběru obvazového materiálu či zvolení chirurgické léčby. Při výskytu lokální infekce nepoužíváme lokální antibiotika, ani dezinfekci. V případě sepse probíhá celková léčba antibiotiky dle kultivace, pravidelně ošetřujeme ránu a mírníme tlak. Nikdy nepoložujeme na již vzniklý dekubit, je nutné odstranit nekrózy a to chirurgicky či enzymaticky u povleklých ran např. pomocí Flamigelu. Léčba rizikových faktorů, co nejlépe zvládnout inkontinenci, zamezit vlhkosti a nečistotě, včasná mobilizace, vyvážená strava s dostatkem bílkovin, vitamínů a stopových prvků, léčba anémie a omezení sedativních léků je součástí léčby dekubitů. (Schuler, 2010, str. 69)

Dekubity I. – III. stupně se dají zvládnout vhodným výběrem obvazového materiálu. Dekubity IV. stupně je třeba řešit chirurgicky. U dekubitů I. a II. stupně je nutné dodržovat zásady asepse. I. stupeň dekubitů můžeme k léčbě použít filmové či koloidní krytí, dbáme na čistotu a v první řadě odlehčujeme postiženou oblast od trvajících tlaku. Kůži promašťujeme mastí bez dráždivých účinků pro zvláčnění pokožky, např. Menalind, Infadolan apod. U dekubitů II. stupně je vhodné pacienta uložit na speciální antidekubitní matraci a tím omezit tlak na tkáň. Puchýř se pečlivě odstraní a vzniklá rána se chrání před infekcí např. hydrokoloidním krycím přípravkem, polyuretanovým filmem či polopropustnou pěnou, např. Granuflex, Hydrogel aj. Důležité je pravidelné polohování, udržování v čistotě a suchu, zajištění dostatečného přísunu vhodných tekutin a stravy, udržování pacienta v dobré psychické kondici a aktivním stavu. (Kelnerová, 2015, str. 168; Rozsypalová a kol, 2009, str. 238)

Dekubity III. stupně se vyskytují ve třech podobách: rána krytá nektrózou, rána s granulační tkání a stenózující chronický dekubit. V první řadě je nejlepší uložit pacienta na dynamickou antidekubitní matraci, která snižuje tlak působící na pacienta na minimum. U rány kryté nektrózou je riziko, že pod svrchní vrstvou se shromažďuje sekret vlivem infekce a demarkačních pochodů. Je nutné co nejrychleji odstranit nektrózu – nejčastěji chirurgicky a zvolit vhodný obvazový materiál. K odstranění nektrózy či k vyčištění povleklé rány lze použít hydrogely, např. Flamigel, Flaminal, Nu-gel apod. U rány s granulační tkání je hlavním cílem vyčištění a podpora epitelizace pokud není možný chirurgický zákrok. Je potřeba tlumit infekci, sekreci a zároveň nepoškodit tvorbu epitelizace a granulace. Vhodným materiálem jsou obvazy s aktivním uhlím, které absorbují mikroby, např. Actisorb Plus, Carboflex aj. U stenózujících chronických dekubitů, které přinášejí velké a často opakující se komplikace způsobené retencí hnisu, mohou vznikat opakované septické stavy. U tohoto typu dekubitu je nutné, aby se defekt neuzavřel, proto je ve většině případech indikován k radikální operaci. (Mikula, 2008, str. 82)

Dekubit IV. stupně se úspěšně léčí pouze pomocí operačního zákroku a to chirurgickým odstraněním nektrózy, eliminací infekce, léčbou antibiotiky dle kultivace, častými převazy, zajištěním enzymatického čištění rány, sterilním krytím rány, polohováním dle polohovacích hodin, sledováním okolí rány, dostatečným přísunem vhodné výživy a tekutin, udržováním pacienta v dobré fyzické a psychické pohodě, je-li to možné a podporovat jej. (Vytejková, 2015, str. 246)

3. MANAGEMENT VZDĚLÁVÁNÍ

Vzdělávání v problematice péče o chronické rány všeobecných sester a dalších NLZP je nedílnou součástí běžné profesní přípravy na všech úrovních vzdělávání. Požadavek na efektivní přípravu na péči o nemocné s chronickou ranou je vymezen legislativně ve stále platné vyhlášce č. 55/2011 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. U NLZP je dána povinnost celoživotního vzdělávání legislativně Zákonem č.96/2004 Sb., kde v § 53 je doslovně uvedeno, že celoživotní vzdělávání je průběžné obnovování, prohlubování, zvyšování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilostí zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Bartoňková ve své knize

uvádí, že v systému formování pracovních schopností člověka jsou rozlišovány tři oblasti: oblast vzdělávání – základní všeobecné znalosti a dovednosti získané většinou školským systémem, oblast kvalifikace, kam patří odborná profesní příprava zahrnující základní přípravu na povolání a oblast rozvoje, která představuje další vzdělávání, rozšiřování kvalifikace a formování osobnosti jedince. Firemní vzdělávání zahrnuje vzdělávání v rámci adaptačního procesu, prohlubování kvalifikace, rekvalifikace, profesní rehabilitaci a zvyšování kvalifikace. Vzdělávání zdravotnických pracovníků se skládá z pregraduální přípravy a postgraduální přípravy. (Bartoňková, 2010, str. 17; Stryja, 2015, str. 113)

3.1 Pregraduální vzdělávání

Profesní a profesionální příprava na budoucí povolání sester je komplexní vzdělávací trajektorii, během které studenti získávají rozmanitými způsoby odborné kompetence. Klinická výuka, která představuje cca 50 % vzdělávacích kurikul, propojením praxe s teorií se považuje za vitální, strategický a nenahraditelný úsek. Při klinické výuce jsou studenti v reálných situacích vedeni k aplikaci teorie do praxe a to řešením konkrétních problémů s cílem rozvoje svých relevantních zručností, klinického rozhodování a postojů. Teoretické vědomosti v oblasti prevence vzniku a péče o dekubity získávají studenti na středních, vyšších odborných i vysokých školách prostřednictvím výuky a přednášek, praktické dovednosti a vědomosti získávají na odděleních, kde jsou nemocní s dekubity hospitalizováni či v různých simulačních centrech a prostorách (učebnách). K získávání a rozšiřování teoretických vědomostí také neodmyslitelně patří odborná literatura, odborné portály a knižní publikace. (Gurková, 2017, str. 9-12)

3.2 Postgraduální vzdělávání

Postgraduální vzdělávání navazuje na vzdělávání pregraduální. Toto vzdělávání poskytují a zajišťují různé společnosti a organizace. Součástí postgraduálního vzdělávání NLZP jsou akreditované certifikované kurzy při MZČR, které jsou logickým vyústěním snah odborníků z oblasti péče o rány a různých zdravotních vzdělávacích institucí. Velkou část vzdělávacích seminářů a kurzů poskytují také různé farmaceutické firmy zabývající se výrobou obvazového a krycího materiálu. Tyto firmy, které chtějí provádět akreditované kvalifikační kurzy, musí získat akreditaci od Ministerstva zdravotnictví, které také schvaluje programy akreditovaných kvalifikačních kurzů. Tyto vzdělávací kurzy a programy pro zdravotní sestry a ostatní odborné pracovníky ve zdravotnictví organizuje například NCONZO, IPVZ, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Nemocnice Pardubického kraje aj. Velkou pomůckou pro zdravotníky je portál EPUAP, kde jsou vypracovány guideline zabývající se problematikou

dekubitů v podobě diagnostického a terapeutického návodu pro jejich léčbu. Touto problematikou se také zabývá portál www.dekubyty.eu, kde jsou zmiňovány různé projekty a jsou zde zodpovídány časté dotazy vznesené k problematice dekubitů. Informace na tomto portálu jsou rozděleny na informace pro veřejnost a informace pro zdravotníky. I když je podstatná část péče o nehojící se rány poskytována všeobecnými sestrami, stále nemají právně zakotvenou odbornou způsobilost k samostatnému provádění ostrého débridementu, který by tak měl patřit do rukou zkušeného lékaře. Ani zvláštní odborná způsobilost získaná absolvováním certifikovaného kurzu nerozšiřuje kompetence všeobecné sestry, které jsou legislativně vymezené Vyhláškou 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Širšímu využití débridementu v praxi by mohlo napomoci zvýšení pravomocí sester specialistek, které poskytují podstatnou část péče o nehojící se rány včetně různých forem débridementu. (Stryja, 2015, str. 113-115)

4. VÝZKUM POMOCÍ DOTAZNÍKŮ

4.1 Důkaz

Důkaz je významný pojem pro mnoho oborů a profesí, mezi které patří právo, přírodní vědy, detektivové, vyšetřovatelé a tvoří základ pro dané rozhodnutí či přesvědčení. V neposlední řadě se důkaz stává významný také v medicíně a nelékařských oborech, včetně ošetrovatelství. Vysoké školy se zdravotnickým zaměřením do svých kurikul zakomponovaly základy praxe založené na důkazech v ošetrovatelství, které se týkají bezpečnosti ošetrovatelských intervencí, správnosti a přesnosti používaných měřících nástrojů a výzkumných klinických studií zaměřených na efektivitu. Proces ošetrovatelství založený na důkazech je popisován jako sedmifázový, skládající se ze sedmi kroků: dotazování (posouzení pacienta), formulace klinické otázky, vyhledávání nejlepšího důkazu, kritické zhodnocení důkazu, integrace důkazu – aplikace v praxi, zhodnocení výsledků – platnost a aplikovatelnost a diseminace výsledků – sebehodnocení, zhodnocení vlastního postupu u pacienta. (Jarošová, 2014, str. 17-18)

4.2 Dotazování

Dotazování v andragogickém výzkumu patří mezi nejčastěji aplikovanou metodu, která je velmi často aplikována i v české a zahraniční pedagogice a sociologii. Tuto metodu shromažďující informace od respondentů lze aplikovat buď písemnou formou na základě předkládaných otázek či výroků, nebo vedeným rozhovorem na základě výpovědí. (Průcha, 2014, str. 114-5)

4.3 Dotazník

Zprostředkovanou formou dotazování je dotazník a to jako výzkumná a diagnostická metoda, založená na písemné komunikaci mezi výzkumným pracovníkem či diagnostikem na jedné straně a respondentem na straně druhé. Výhodou dotazníku je možnost jeho vyplňování za přítomnosti či nepřítomnosti tazatele, čímž oproti rozhovoru není sběr dat komplikováno osobou tazatele. (Janoušek, 2015, str. 320-1)

4.3.1 Konstrukce dotazníků

Aplikace dotazníku není tak jednoduchou záležitostí jak se zdá. Musí být konstruován tak, aby měl přiměřený rozsah a otázky byly formulované jazykem pro respondenta srozumitelným. Hlavním účelem dotazníku je převést cíle do specifických otázek vedoucích k odpovědím nutným pro výzkum a motivovat respondenta k požadovaným odpovědím. Důležité je počítat s možností, že respondentova míra znalosti a informovanost o předmětu dotazování budou takové, že nebude moci na danou otázku odpovědět, v takovém případě bychom měli v dotazníku nabídnout možnost odpovědi neví. Formulování položek v dotazníku musí být pro respondenta vždy jednoznačné a nesmí připouštět chápání více způsobů. Položky v dotazníku nesmějí být sugestivní a měli by zjišťovat jen nezbytné údaje, které nelze získat jiným způsobem. Dotazník by měl vždy obsahovat jasné pokyny pro správné vyplnění. (Chráska, 2016, str. 164-5; Průcha, 2014, str. 115)

Průcha ve své knize popisuje postup konstruování výzkumného dotazníku v sedmi krocích jako Rámec 20. 1. krokem je důkladné promyšlení cíle a témat výzkumu, 2. krokem je vymezení skupiny osob, ke kterým bude dotazování směřovat, 3. krok popisuje formulaci položek dotazníku, a to podle jejich druhu: otázky (uzavřené, otevřené, škálové), výroky hodnocení, výroky k doplnění apod. 4. krokem je pilotáž, tj. ověření dotazníku na malém vzorku respondentů ke zjištění srozumitelnosti položek a času nutnému k vyplňování. 5. krok popisuje úpravu dotazníku po pilotáži, eventuálně druhá pilotáž, 6. krokem je doplňování

dotazníku o nezbytné součásti jako je oslovení respondentů, vysvětlení účelu dotazování, záruka anonymity respondentů a zabezpečení dat, instrukce, jak správně dotazník vyplňovat, závěrečné poděkování respondentům. V 7. kroku je popsána možnost, že v některých případech se do dotazníku zařazuje pobídka pro respondenty k volnému vyjádření jejich názoru o dané problematice, o účelnosti a/nebo náročnosti dotazníku aj. (Průcha, 2014, str. 117)

4.3.2 Vlastnosti dobrého dotazníku

Dotazník, tak jako každý jiný prostředek měření, by měl splňovat základní požadavky kladené na dobré měření, mezi které patří validita, praktičnost a reliabilita. Validita dotazníku je dána tím, že dotazník skutečně zjišťuje to, co je výzkumným záměrem, tj. to, co má skutečně zjišťovat. Doporučuje se, aby autor ne vycházel pouze z vlastních názorů, ale aby nechal vždy navrhovaný dotazník posoudit i dalšími odborníky. Reliabilitou dotazníku se rozumí schopnost daného dotazníku přesně a spolehlivě zachycovat zkoumané jevy. I když dostatečně vysoká reliabilita (spolehlivost, přesnost) sama o sobě ještě validitu nezaručuje, je nezbytným předpokladem dobré validity dotazníku. (Chráška, 2016, str. 165)

4.3.3 Provedení dotazníkového šetření

Dotazník lze respondentům předat třemi různými způsoby, a to: osobně, prostřednictvím druhých osob, nebo rozesílání poštou. Mezi nejvýhodnější způsob patří osobní předávání dotazníků, kdy následuje vyplnění dotazníků respondenty a vybírání dotazníků zpět. Výhodou takto zadávaných dotazníků je prakticky stoprocentní návratnost. Pro úspěch dotazníkového šetření je užívání anonymních dotazníků, kdy je respondentům zaručena anonymita a záruka, že zjištěné skutečnosti nebudou zneužity proti nim. Anonymní dotazník někdy může svádět k nezodpovědnému vyplňování nebo dokonce k recesi, ale ve většině případů získáváme pravdivější údaje, než u dotazníků nezajišťující anonymitu respondentů. (Chráška, 2016, str. 169)

5. PRAKTICKÁ ČÁST

5.1 Hlavní cíl:

Zmapovat znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti prevence, vzniku a péče o dekubity.

5.2 Dílčí cíle:

1. Zjistit rozdíly v úrovni znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících na odděleních následné a akutní péče v oblasti prevence, vzniku a péče o dekubity
2. Zjistit úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti prevence dekubitů
3. Zjistit úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti vzniku dekubitů
4. Zjistit úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti péče o dekubity

5.3 Výzkumné otázky

1. Jaká je úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti prevence dekubitů?
2. Jaká je úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti vzniku dekubitů?
3. Jaká je úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti péče o dekubity?

6. METODIKA VÝZKUMU

Práce je zaměřena na analýzu znalostí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti prevence, péče a vzniku dekubitů. V praktické části je práce soustředěna na znalosti nelékařského zdravotnického personálu na akutních a následných odděleních v oblasti dekubitů.

V práci je použit anonymní dotazník, jelikož anonymita je pro respondenty příjemnější, odstraní zábrany, různé obavy a odpovědi budou většinou pravdivější. Na tvorbě dotazníku se podíleli 2 lékaři, 1 staniční sestra a 1 všeobecná sestra z oddělení následné péče. (Chráška, 2016, str. 169)

Dotazník byl rozdělen do dvou částí, kdy první část obsahuje otázky na teoretické znalosti NLZP, příčiny vzniku, prevenci a péči v oblasti dekubitů. Druhá část obsahuje identifikační data, kdy je zjišťováno pohlaví respondentů, věková hranice, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe, profesní zařazení, oddělení na jakém pracuje a kde vědomosti, které mají, byly získány.

Výzkum byl realizován sběrem dat, který proběhl metodou anonymního dotazníkového šetření, skládajícího se z 25 otázek. Vlastnímu výzkumnému šetření předcházel pilotní předvýzkum pro potvrzení srozumitelnosti jednotlivých otázek v dotazníku. Pilotního předvýzkumu se zúčastnilo celkem 14 NLZP, 7 NLZP z oddělení akutní péče zastoupené 1 vrchní sestrou, 2 staničními sestrami, 2 všeobecnými sestrami a 2 zdravotnickými asistenty. Z oddělení následné péče tento pilotní předvýzkum vyplnilo taktéž 7 NLZP zastoupené 1 v.s., 2 s.s., 2 všeobecnými sestrami a 2 z.a. Ze stran respondentů nebyly vzneseny žádné připomínky ke srozumitelnosti daných otázek. Pro vlastní výzkumné šetření dotazníky k pilotnímu předvýzkumu nebyly použity. Celkem bylo distribuováno 80 anonymních originálních dotazníků, které byly sestaveny na základě teoretické části a stanovených cílů.

6.1 Popis dotazníku

Úvod seznamuje respondenty s autorem dotazníku, studovanou školou, tématem bakalářské práce, účelem dotazníkového šetření a způsobem vyplňování dotazníku. Zároveň informuje respondenty o anonymitě dotazníku a využití získaných dat. Dotazník je složený celkového počtu 25 položek. Položky v dotazníku jsou typu uzavřeného i otevřeného. Většina položek je

s možností více odpovědí a 2 jsou otevřené s možností různých odpovědí (ot.č.3 a ot.č.15). V dotazníku jsou také položky, kde byly použity obrázky znázorňující predilekční místa – místa se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů (ot.č.7) a polohování pacienta s dekubity v oblasti sacra (ot.č.13). První část položek se věnuje teoretickému přehledu NLZP v oblasti dané problematiky. Položka č. 1, 3, 5, 10 - 11 zjišťují, zda NLZP ví, co je dekubitus a jaké jsou příčiny vzniku, u položek č. 2, 4, 7, je cílem zjistit, zda NLZP znají lokalizaci dekubitů a co znamená pojem predilekční místa. Položky č. 6, 9, 12 – 14 se zaměřují na prevenci vzniku dekubitů a hodnocení rizika do dokumentace. Položky č. 8, 15 – 18 zjišťují, zda NLZP znají klasifikaci dekubitů, jejich ošetření a přípravky na podporu hojení dekubitů. Zbylé položky č. 19 – 25 jsou demografické a zaměřují se na pohlaví, věkovou kategorii, vzdělání respondentů, délku praxe, profesní zařazení a místo, kde vědomosti o dané problematice respondent získal. Možnost odpovědi nevím byla zakomponována do většiny položek dotazníku z důvodu snížení rizika tipování správné odpovědi pro případ, že by respondenti odpověď neznali.

6.2 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v období prosince roku 2016 – leden roku 2017 na odděleních následné a akutní péče. Povolení k výzkumu bylo zajištěno od vedení daného zdravotnického zařízení.

Dotazníky byly distribuovány na oddělení následné a akutní péče 80 respondentům, kterým byl vysvětlen důvod dotazníkového šetření a zároveň jim byla zdůrazněna anonymita dotazníků a zaručeno, že zjištěné skutečnosti nebudou použity proti nim. Všem respondentům bylo vysvětleno jak správně postupovat a dotazník správně vyplnit. Distribuce probíhala rozdáním dotazníků a obálek respondentům na jednotlivá oddělení, kde měli dostatek času na vyplnění - týden. Sběr vyplněných dotazníků probíhal vhažováním do uzavřeného boxu pro zajištění anonymity. Celkem dotazník vyplnilo 78 respondentů, což představuje 97,5 % z celkového počtu rozdaných dotazníků. Na odděleních akutní péče bylo rozdáno 40 dotazníků, z toho se jich 38 (90 %) vrátilo vyplněných správně, jeden vyplněn částečně a pouze jeden nebyl vrácen vůbec. Na odděleních následné péče bylo celkem rozdáno zbývajících 40 dotazníků, vráceno jich bylo všech 40 (100 %) vyplněných, dva dotazníky musely být vyřazeny pro neúplné vyplnění. Pro vypracování hodnocení a zodpovězení cílů bakalářské práce bylo celkem použito 76 správně vyplněných dotazníků, což představuje 95 % ze 100 % rozdaných dotazníků. Na základě těchto vyplněných dotazníků byly zodpovězeny

cíle bakalářské práce a vypracováno hodnocení. Celkový počet, který uvádím jako 100 % je 76.

6.3 Charakter výzkumného vzorku

Výzkumný soubor tvořilo celkem 76 nelékařských zdravotnických pracovníků, muži i ženy. Záměrem bylo získat stejný počet dotazníků od NLZP pracujících na oddělení následné péče a NLZP pracujících na oddělení akutní péče, aby vědomosti NLZP mohly být vyhodnoceny podle pracoviště respondentů. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin: NLZP pracující na odděleních akutní péče a NLZP pracující na odděleních následné péče. Jednotlivé skupiny jsou porovnávány v relativní a absolutní četnosti.

6.4 Zpracování a vyhodnocení získaných dat

K vyhodnocení výsledků získaných pomocí anonymních dotazníků byly použity počítačové programy Microsoft Word 2010 a program Microsoft Excel 2010. Výsledky hodnocení jsou zpracovány do tabulek četností, kdy každá z položek obsahuje procenta vyhodnocení, počet respondentů v dané skupině a komentář. V textu jsou tučně označeny správné odpovědi.

7. VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Otázka č. 1: Jak byste definovali pojem dekubitůs?

(možno označit i více odpovědí)

- a) **poškození tkáně vznikající dlouhodobým působením tlaku na tkáň**
- b) poškození tkáně vlivem snížené imunity
- c) **poškození tkáně působením střížné síly**
- d) poškozením tkáně s vyšší pigmentací
- e) nevím

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
poškození tkáně vznikající dlouhodobým působením tlaku na tkáň	38x	50,0 %	38x	50,0 %	76x	100,0 %
poškození tkáně vlivem snížené imunity	4x	5,3 %	6x	7,9 %	10x	13,2 %
poškození tkáně působením střížné síly	23x	30,3 %	32x	42,1 %	55x	72,4 %
poškozením tkáně s vyšší pigmentací	2x	2,6 %	0	0,0 %	2x	2,6 %
nevím	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Tabulka 1 – tabulka znázorňující definici pojmu dekubitůs

Otázka č. 1 měla více správných odpovědí, správné odpovědi byly možnosti a), c). Dle tabulky č. 1 je patrné, že odpověď: dekubitůs je *poškození tkáně vznikající dlouhodobým působením tlaku na tkáň* označili všichni z dotazovaných respondentů 76x (100,0 %), ve skupině NLZP pracujících na odděleních akutní péče (dále skupina A) 38x (50,0 %) respondentů, taktéž odpovědělo 38x (50,0 %) respondentů ze skupiny NLZP pracujících na odděleních následné péče (dále skupina B). Odpověď, že dekubitůs je *poškození tkáně působením střížné síly* uvedlo celkem 55x (72,4 %) respondentů – 23x (30,3,0 %) ze skupiny A a 32x (42,1 %) ze skupiny B. Celkem 10x (13,2 %) respondentů – 4x (5,3 %) respondenti ze skupiny A a 6x (7,9 %) respondentů ze skupiny B uvedlo, že dekubitůs je *poškozením tkáně vlivem snížené imunity*. Nejméně 2x (2,6 %) respondentů tj. 2x (2,6 %) ze skupiny A a 0 (0,0 %) ze skupiny B uvedlo, že se dekubitůs je *poškození tkáně s vyšší pigmentací*. Žádný respondent (0,0 %) z obou skupin nevedlo možnost odpovědi *nevím*.

Otázka č. 2: Kde nejčastěji dekubitus vzniká?

(možno označit i více odpovědí)

- a) na sliznicích
- b) v místech se silnou vrstvou tukové tkáně
- c) v místech se zvýšenou pigmentací
- d) v místech působení tlaku na měkké tkáně mezi kostí a tvrdou podložkou
- e) kdekoliv na těle
- f) nevím

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
na sliznicích	28x	36,8 %	32x	42,1 %	60x	78,9 %
v místech se silnou vrstvou tukové tkáně	3x	3,95 %	2x	2,6 %	5x	6,6 %
v místech se zvýšenou pigmentací	1x	1,3 %	0	0,0 %	1x	1,3 %
v místech působení tlaku na měkké tkáně mezi kostí a tvrdou podložkou	38x	50,0 %	38x	50,0 %	76x	100,0 %
kdekoliv na těle	38x	50,0 %	38x	50,0 %	76x	100,0 %
nevím	8x	10,5 %	4x	5,3 %	12x	15,8 %

Tabulka 2 - tabulka znázorňující nejčastější místo vzniku dekubitů

Otázka č. 2 měla více správných odpovědí, správné odpovědi byly možnosti a), d), e). Tabulka č. 2 uvádí, kterou z nabízených odpovědí respondenti odpověděli na místo nejčastějšího vzniku dekubitů. U této otázky mohli respondenti uvést i více možností. Všichni respondenti 76x (100,0 %) uvedli, že dekubitus nejčastěji vzniká *v místech působení tlaku na měkké tkáně mezi kostí a tvrdou podložkou a kdekoliv na těle*, ze skupiny A 38x (50,0 %) i ze skupiny B 38x (50,0 %). Další správnou odpověď, že dekubitus vzniká *na sliznicích*, zvolilo celkem 60x (78,9 %) z celkového počtu respondentů, 28x (26,8 %) ze skupiny A a 32x (42,1 %) respondentů ze skupiny B. 5x (6,6 %) z celkového počtu respondentů – 3x (3,95 %) ze skupiny A a 2x (2,6 %) ze skupiny B uvedlo, že dekubitus vzniká *v místech se silnou vrstvou tukové tkáně*. Pouze jedenkrát (1,3 %) ze skupiny A a žádný (0,0 %) respondent ze skupiny B uvedl, že dekubitus vzniká *v místech se zvýšenou pigmentací*. Odpověď *nevím* bylo respondenty označeno celkem 12x (15,8 %) – 8x (10,5 %) ze skupiny A a 4x (5,3 %) ze skupiny B.

Otázka č. 3: Označte, co je hlavní příčinou vzniku dekubitů?

(možno označit i více odpovědí)

- a) nečistota
- b) dlouhodobé působení tlaku
- c) nádorové onemocnění
- d) věk pacienta
- e) pohlaví pacienta

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
nečistota	8x	10,5 %	17x	22,4 %	25x	32,9 %
dlouhodobé působení tlaku	38x	50,0 %	38x	50,0 %	76x	100,0 %
nádorové onemocnění	1x	1,3 %	4x	5,3 %	5x	6,6 %
věk pacienta	10x	13,2 %	20x	26,3 %	30x	39,5 %
pohlaví pacienta	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Tabulka 3 – tabulka znázorňující hlavní příčiny vzniku dekubitů

Tabulka č. 3 zobrazuje odpovědi respondentů na otázku hlavních příčin vzniku dekubitů. Všichni respondenti uvedli 76x (100,0 %) a to ze skupiny A tj. 38x (50,0 %) i ze skupiny B tj. 38x (50,0 %), že hlavní příčinou vzniku dekubitů je *dlouhodobé působení tlaku*, dále celkem 30x (39,5%) – 10x (13,2 %) ze skupiny A a 20x (26,3 %) ze skupiny B respondentů uvedlo, že hlavní příčina vzniku dekubitů je *věk pacienta*, 25x (32,9 %) respondentů – 8x (10,5 %) ze skupiny A a 17x (22,4 %) ze skupiny B označilo možnost, že hlavní příčina vzniku dekubitů je *nečistota* a nejméně respondentů 5x (6,6 %) ze skupiny A 1x (1,3 %) a ze skupiny B 4x (5,3 %) označilo odpověď, že hlavní příčinou je *nádorové onemocnění*. Žádný (0,0 %) z respondentů z obou skupin neuvedl možnost odpovědi jako hlavní příčinu vzniku dekubitů *pohlaví pacienta*.

Otázka č. 4: Co jsou predilekční místa?

- a) místa, kde se tvoří tromby
- b) místa, kde je slabá tuková a svalová vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí (kostní vyvýšenina)**
- c) místa, kde je vysoká vrstva podkožního tuku
- d) místa s výskytem ochlupení
- e) nevím

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
místa, kde se tvoří tromby	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
místa, kde je slabá tuková a svalová vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí (kostní vyvýšenina)	37	48,7 %	37	48,7 %	74	97,4 %
místa, kde je vysoká vrstva podkožního tuku	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
místa s výskytem ochlupení	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
nevím	1	1,3 %	1	1,3 %	2	2,6 %

Tabulka 4 – tabulka znázorňující pojem predilekční místa

Tabulka č. 4 uvádí, kterou z nabízených odpovědí uvedli respondenti jako správnou. Většina respondentů 74 (97,4 %) z obou skupin se shodlo, že predilekční místa jsou *místa, kde je slabá tuková a svalová vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí (kostní vyvýšeninou)* a to ze skupiny A 37 (48,7 %) i ze skupiny B 37 (48,7 %) respondentů. Ani jeden z dotazovaných respondentů neoznačil odpověď, že predilekční místa jsou *místa, kde se tvoří tromby, místa, kde je vysoká vrstva podkožního tuku* či *místa s výskytem ochlupení*, pouze 2 (2,6 %) - ze skupiny A 1 (1,3 %) i ze skupiny B 1 (1,3 %) respondentů uvedlo odpověď nevím.

Otázka č. 5: Označte správné tvrzení o vzniku dekubitů:

(možno označit i více odpovědí)

- a) dekubity vznikají pouze u starých ležících pacientů
- b) **dekubity mohou vznikat na kůži, podkožní tkáni, ale i sliznicích**
- c) **dekubity vznikají působením střížné síly**
- d) obézní pacienti chrání před vznikem dekubitů silná tuková tkáň

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
dekubity vznikají pouze u starých ležících pacientů	2x	2,6 %	3x	3,95 %	5x	6,6 %
dekubity mohou vznikat na kůži, podkožní tkáni, ale i sliznicích	37x	48,7 %	38x	50,0 %	75x	98,7 %
dekubity vznikají působením střížné síly	15x	19,7 %	12x	15,8 %	27x	35,5 %
obézní pacienti chrání před vznikem dekubitů silná tuková tkáň	1x	1,3 %	1x	1,3 %	2x	2,6 %

Tabulka 5 – tabulka znázorňující správného tvrzení o vzniku dekubitů

Tabulka č. 5 uvádí, kterou z nabízených odpovědí respondenti uvedli jako správné tvrzení v otázce správného tvrzení o dekubitech. Respondenti měli možnost vybírat z více správných odpovědí. Nejvíce respondentů 75x (98,7 %) ze skupiny A 37x (48,7 %) a 38x (50,0 %) ze skupiny B uvedlo odpověď, že dekubity *mohou vznikat na kůži, podkožní tkáni, ale i na sliznicích*. 27x (35,5 %) – 15x (19,7 %) respondentů ze skupiny A a 12x (15,8 %) respondentů ze skupiny B označilo za správné tvrzení odpověď, že dekubity *vznikají působením střížné síly*. Možnost, že dekubity vznikají *pouze u starých ležících pacientů* označilo za správné tvrzení celkem 5x (6,6 %) respondentů – 2x (2,65 %) ze skupiny A a 3x (3,95 %) ze skupiny B. Pouze 2 (2,6 %) respondenti – jeden (1,3 %) respondent ze skupiny A a jeden (1,3 %) respondent ze skupiny B označil za správné tvrzení možnost, že *obézní pacienti chrání před vznikem dekubitů tuková tkáň*.

Otázka č. 6: Kdy se provádí hodnocení rizika vzniku dekubitů do dokumentace?
(možno označit i více odpovědí)

- a) při příjmu pacienta (do 24 hodin), opakuje se každý den
- b) při příjmu pacienta (do 24 hod), dále pak alespoň 1x týdně nebo při změně stavu pacienta**
- c) pouze při večerní hygieně
- d) při překladi na jiné oddělení**
- e) nevím

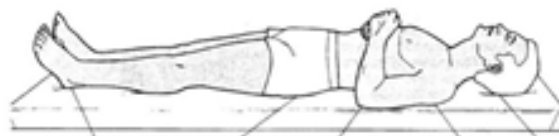
odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
při příjmu pacienta (do 24 hodin), opakuje se každý den	7x	9,2 %	5x	6,6 %	12x	15,8 %
při příjmu pacienta (do 24 hod), dále pak alespoň 1x týdně nebo při změně stavu pacienta	32x	42,1 %	38x	50,0 %	70x	92,1 %
pouze při večerní hygieně	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
při překladi na jiné oddělení	12x	15,8 %	12x	15,8 %	24x	31,6 %
Nevím	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Tabulka 6 – tabulka znázorňující hodnocení rizika vzniku dekubitů do dokumentace

Tabulka č. 6 zobrazuje odpověď na otázku, kdy se provádí hodnocení rizika vzniku dekubitů do dokumentace. Respondenti měli možnost uvést i více odpovědí. Nejvíce respondentů uvedlo možnost, že hodnocení rizika vzniku dekubitů do dokumentace zapisují *při příjmu (do 24 hod), dále pak alespoň 1x týdně nebo při změně stavu pacienta* a to 70x (92,1 %) – 32x (42,1 %) ze skupiny A a 38x (50,0 %) ze skupiny B. Dále celkem 24x (31,6%) – 12x (15,8%) respondenti ze skupiny A a 12x (15,8%) respondenti ze skupiny B uvedli, že hodnocení vzniku dekubitů do dokumentace zapisují *při překladi na jiné oddělení či do jiného zařízení*. 12x (15,8%) - 7x (9,2%) ze skupiny A a 5x (6,6 %) respondenti ze skupiny B uvedli, že se hodnocení do dokumentace zapisuje *při příjmu pacienta (do 24 hod), opakuje se každý den*. Žádný (0,0%) z dotazovaných respondentů ve skupině A ani ve skupině B neuvedl odpověď, že se hodnocení rizik dekubitů zapisuje do dokumentace *pouze při večerní hygieně*.

Otázka č. 7: Označte na každém obrázku místa se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů:
na zádech:

- týlní kost
- C6-7
- lopatky
- loketní kloub
- kost křížová
- paty



Obrázek 1 - nejčastější predilekční místa při poloze na zádech. Zdroj: Pospíšilová, 2014, s. 127

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
týlní kost	22x	28,9 %	25x	32,9 %	47x	61,8 %
C6-7	7x	9,2 %	9x	11,8 %	16x	21,0 %
lopatky	34x	44,7 %	35x	46,1 %	69x	90,8 %
loketní kloub	29x	38,2 %	29x	38,2 %	58x	76,3 %
kost křížová	38x	50,0 %	38x	50,0 %	76x	100,0 %
paty	36x	47,4 %	38x	50,0 %	74x	97,4 %

Tabulka 7 – tabulka znázorňující místa se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů při poloze na zádech

Tabulka č. 7 znázorňuje otázku, kde měli respondenti označit na obrázku predilekční místa se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů při poloze na zádech. Dohromady respondenti označili 6 predilekčních míst při poloze na zádech. Všichni respondenti 76x (100,0 %) – 38x (50,0 %) ze skupiny A a 38x (50,0 %) ze skupiny B označili *oblast kosti křížové*. Na druhém místě se umístila *oblast pat*, kterou respondenti označili celkem 74x (97,4 %) – 35x (47,4 %) ze skupiny A a 38x (50,0 %) respondentů ze skupiny B. 58x (76,3 %) – z obou skupin stejný počet respondentů označilo 29x (38,2 %) ze skupiny A i ze skupiny B jako predilekční místo při poloze na zádech *oblast loketního kloubu*. *Kost týlní* označili respondenti celkem 47x (61,8 %) – 22x (28,9 %) respondenti ze skupiny A a 25x (32,9 %) respondenti ze skupiny B. Jako predilekční místa při poloze na zádech označili respondenti *oblast lopatek* celkem 69x (90,8 %) – 34x (44,7 %) respondenti ze skupiny A a 35x (46,1 %) respondenti ze skupiny B. Pouze 16x (21,0 %) – 7x (9,21 %) respondenti ze skupiny A a 9x (11,8 %) respondenti ze skupiny B označili jako predilekční místo při poloze na zádech *oblast krčních obratlů (C6-7)*.

na boku:

oblast spánkové kosti (ucho)

ramenní kloub

kyčelní kloub

kolenní kloub

kotníky

**Obrázek 2 - nejčastější predilekční místa při poloze na boku.** Zdroj: Pospíšilová, 2014, s. 127

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
oblast spánkové kosti (ucho)	18x	23,7 %	28x	36,8 %	46x	60,5 %
ramenní kloub	21x	27,6 %	28x	36,8 %	49x	64,5 %
kyčelní kloub	38x	50,0 %	38x	50,0 %	76x	100,0 %
kolenní kloub	27x	35,5 %	27x	35,5 %	54x	71,0 %
kotníky	35x	46,1 %	35x	46,1 %	70x	92,1 %

Tabulka 8 – tabulka znázorňující místa se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů při poloze na boku

Tabulka č. 8 znázorňuje místa, která respondenti označili za predilekční místa při poloze na boku. Dohromady označili respondenti celkem pět predilekčních míst při poloze na boku. Nejvíce respondenti 76x (100,0 %), ze skupiny A – 38x (50,0 %) a ze skupiny B 38x (50,0 %) označili *oblast hřebenů kosti kyčelní* jako predilekční místa při poloze na boku. Na druhém místě byla umístěna *oblast kotníků*, kterou označili celkem 70x (92,1 %) – shodně 35x (46,1 %) respondenti ze skupiny A i 35x (46,1 %) respondenti ze skupiny B. Podle 54 (71,0 %) respondentů – 27x (35,5 %) ze skupiny A i 27x (35,5 %) ze skupiny B je predilekční místo při poloze na boku *oblast kolen a oblasti mezi nimi*. *Ramenní kloub* označili celkem 49x (64,5 %) oslovení respondenti – 21x (27,6 %) respondenti ze skupiny A a 28x (36,8 %) respondenti ze skupiny B. *Ucho* jako predilekční místo při poloze na boku označili respondenti celkem 46x (6,5 %) – 18x (23,7 %) respondenti ze skupiny A a 28x (36,8 %) respondenti ze skupiny B.

Otázka č. 8: Dle charakteru poškození kůže / podkožní tkáně lze rozlišit dekubity do:

- a) čtyři stádia
- b) pět stádií
- c) tři stádia
- d) šest stádií
- e) nevím

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
čtyři stádia	37	48,7 %	36	47,4 %	73	96,1 %
pět stádií	1	1,3 %	2	2,6 %	3	3,9 %
tři stádia	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
šest stádií	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
nevím	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Tabulka 9 – tabulka znázorňující stádia dekubitů

Tabulka č. 9 vystihuje odpovědi respondentů na otázku, do kolika stádií dle charakteru poškození kůže / podkožní tkáně lze rozlišit dekubity. Nejvíce respondentů 73 (96,1 %), ze skupiny A 37 (48,7 %) a 36 (47,4 %) uvedlo, že dekubity rozdělujeme do *čtyř stádií*. Pouze 3 (3,9 %) dotazovaní respondenti – 1 (1,3 %) respondent ze skupiny A a 2 (2,6 %) respondenti ze skupiny B uvedli, že dekubity lze rozdělit do *pěti stádií*. Žádný (0,0 %) z dotazovaných respondentů obou skupin neoznačil možnost *tří, šesti stádií*, ani odpověď *nevím* v otázce rozdělení dekubitů dle charakteru do stádií.

Otázka č. 9: **Jaký časový interval polohování by měl být u pacienta s vysokým rizikem vzniku dekubitů?** (možno označit i více odpovědí)

- a) každých 30 minut
- b) každé 2 hodiny, v případě potřeby častěji**
- c) každé 4 hodiny
- d) každých 6 hodin
- e) pokud je pacient schopný pohybu, poučíme ho o nutnosti pravidelné změny polohy**
- f) nevím

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
každých 30 minut	0	0,0 %	1x	1,3 %	1x	1,3 %
každé 2 hodiny, v případě potřeby častěji	38x	50,0 %	38x	50,0 %	76x	100,0 %
každé 4 hodiny	0	0,0 %	1x	1,3 %	1x	1,3 %
každých 6 hodin	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
pokud je pacient schopný pohybu, poučíme ho o nutnosti pravidelné změny polohy	33x	43,4 %	19x	25,0 %	52x	68,4 %
nevím	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Tabulka 10 – tabulka znázorňující časový interval polohování u pacienta s vysokým rizikem vzniku dekubitů

Z tabulky č. 10 je patrné, že celkem 76x (100 %) – 38x (50,0 %) respondenti ze skupiny A a 38x (50,0 %) respondenti ze skupiny B označili, že pravidelně polohuje pacienty s vysokým rizikem vzniku dekubitů *po 2 hodinách* a zároveň 52x (68,4 %) respondenti – 19x (25,0 %) ze skupiny A a 33x (43,4 %) respondenti ze skupiny B označili, že *edukuje pacienty, aby sami pravidelně měnili svou polohu dle vlastních možností*. Pouze 1x (1,3 %) respondent ze skupiny A uvedl, že by pacienta polohoval *po 4 hodinách* a taktéž 1x (1,3 %) respondent ze skupiny A označil, že by polohoval pacienta s vysokým rizikem vzniku dekubitů *po 30 minutách*. Respondenti u této otázky mohli označit i více odpovědí.

Otázka č. 10: **Označte, co patří do místních příčin vzniku dekubitů:**

(možno označit i více odpovědí)

- a) tlak
- b) střížná síla
- c) pohlaví
- d) věk
- e) imobilita
- f) tření kůže o podložku, prostěradlo

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
tlak	36x	47,4 %	38x	50,0 %	74x	97,4 %
střížná síla	17x	22,4 %	27x	35,5 %	44x	57,9 %
pohlaví	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
věk	13x	17,1 %	12x	15,8 %	25x	32,9 %
imobilita	30x	39,5 %	35x	46,0 %	65x	85,5 %
tření kůže o podložku, prostěradlo	34x	44,7 %	38x	50,0 %	72x	94,7 %

Tabulka 11 – tabulka znázorňující místní příčiny vzniku dekubitů

Tabulka č. 11 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku týkající se místních příčin vzniku dekubitů. Na tuto otázku respondenti měli také možnost označit i více odpovědí. Nejvíce 74x (97,4 %) respondentů – 36x (47,4 %) respondenti ze skupiny A a 38x (50,0 %) respondenti ze skupiny B uvedli, že do místních příčin vzniku dekubitů patří *tlak*. Na druhém místě se umístila odpověď, že do místních příčin vzniku dekubitů patří *tření kůže o podložku či prostěradlo*, kterou uvedli celkem 72x (94,7 %) respondenti – ze skupiny A 34x (44,7 %) a 38x (50,0 %) respondenti ze skupiny B. Na dalším místě se umístila odpověď *imobilita*, kterou uvedli respondenti celkem 65x (85,5 %) – ze skupiny A 30x (39,5 %) a 35x (46,0 %) respondenti ze skupiny B. Celkem 63x (82,9 %) – 17x (22,4 %) respondenti ze skupiny A a 27x (35,5 %) respondenti ze skupiny B uvedli jako místní příčinu vzniku dekubitů *střížnou sílu*. *Věk* jako místní příčiny vzniku dekubitů označili respondenti celkem 25x (32,9 %) – ze skupiny A 13x (17,1 %) a 12x (15,8 %) respondenti ze skupiny B. Ani jeden z respondentů (0,0 %) obou skupin neoznačil možnost, že mezi místní příčiny vzniku dekubitů patří *pohlaví*.

Otázka č 11: Označte, co patří do vnitřních příčin vzniku dekubitů:
(možno označit i více odpovědí)

- a) **snížená odolnost pokožky na tlak**
- b) poranění pokožky, odřeniny
- c) působení vlhka (moč, stolice)
- d) nesprávná úprava lůžka (shrnuté prostěradlo, podložka)
- e) **špatná cirkulace krve ve tkáních obézních lidí**

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
snížená odolnost pokožky	23x	30,2 %	29x	38,2 %	52x	68,4 %
poranění pokožky	17x	22,4 %	24x	31,6 %	41x	53,9 %
působení vlhka (moč, stolice)	26x	34,2 %	38x	50,0 %	64x	84,2 %
ztráta citlivosti	16x	21,0 %	10x	13,2 %	26x	34,2 %
nesprávná úprava lůžka	24x	31,6 %	33x	43,4 %	57x	75,0 %
špatná cirkulace krve	17x	22,4 %	16x	21,0 %	33x	43,4 %

Tabulka 12 – tabulka znázorňující vnitřní příčiny vzniku dekubitů

Tabulka č. 12 demonstruje odpovědi na otázku č. 11, u které měli respondenti označit, co patří do vnitřních příčin vzniku dekubitů. I v této otázce měli respondenti možnost označit i více odpovědí. Nejvíce respondentů 64x (84,2 %) označili jako vnitřní příčinu vzniku dekubitů *působení vlhka (moč a stolice)*, ze skupiny A 26x (34,2 %) a respondenti ze skupiny B 38x (50,0 %). *Nesprávnou úpravu lůžka* jako vnitřní příčinu vzniku dekubitů uvedli respondenti celkem 57x (75,0 %) – ze skupiny A 24x (31,6 %) a 33x (43,4 %) respondenti ze skupiny B. Na třetím místě označili respondenti *sníženou odolnost pokožky*, celkem tuto odpověď označili respondenti 52x (68,4 %), ze skupiny A 23x (30,2 %) a ze skupiny B 29x (38,2 %). 41x (53,9 %) – 17x (22,4 %) respondenti ze skupiny A a 24x (31,6 %) respondenti ze skupiny B označili za vnitřní příčiny vzniku dekubitů *poranění pokožky*. *Špatnou cirkulaci krve ve tkáních u obézních lidí* označili respondenti pouze 33x (43,4 %) – 17x (22,4 %) respondenti ze skupiny A a 16x (21,0 %) respondenti ze skupiny B. Celkem 26x (34,2 %) – 16x (21,0 %) ze skupiny A a 10x (13,2 %) respondenti ze skupiny B uvedli, jako vnitřní příčinu vzniku dekubitů *ztrátu citlivosti při poruše inervace*.

Otázka č. 12: V čem spočívá správná prevence dekubitů?

(možno označit i více odpovědí)

- a) sledování příjmu tuků
- b) **aktivizace a rehabilitace pacienta**
- c) **každodenní kontroly stavu kůže a sliznic**
- d) polohování pacienta pouze přes noc
- e) **co nejkvalitnější hygienická a ošetrovatelská péče**
- f) nevím

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
sledování příjmu tuků	1x	1,3 %	0	0,0 %	1x	96,1 %
aktivizace a rehabilitace	38x	50,0 %	38x	50,0 %	76x	3,9 %
každodenní kontroly stavu kůže	28x	36,8 %	35x	46,1 %	63x	82,9 %
polohování pacientů pouze přes noc	1x	1,3 %	3x	3,9 %	4x	5,2 %
polohování pacientů pouze přes noc	36x	47,4 %	38x	50,0 %	74x	97,4 %
nevím	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Tabulka 13 – tabulka znázorňující správná prevence dekubitů

Tabulka č. 13 uvádí odpovědi na respondentů na otázku, v čem spočívá správná prevence dekubitů. Respondenti měli možnost označit i více odpovědí. Nejvíce respondentů 76x (100,0 %) – ze skupiny A 38x (50,0 %) i ze skupiny B 38x (50,0 %) odpovědělo, že správná prevence dekubitů spočívá v *aktivizaci a rehabilitaci pacienta*. Celkem 74x (97,4 %) dotazovaných respondentů – 36x (47,4 %) respondenti ze skupiny A a 38x (50,0 %) respondenti ze skupiny B uvedli, že správná prevence vzniku dekubitů spočívá v *co nejkvalitnější hygienické a ošetrovatelské péči*. *Každodenní kontroly stavu kůže a sliznic* jako správnou prevenci vzniku dekubitů uvedli dotazovaní respondenti celkem 63x (82,9 %), z toho 28x (36,8 %) respondenti ze skupiny A a 35x (46,1 %) respondenti ze skupiny B. *Polohování pouze přes noc* uvedli respondenti jako správnou prevenci vzniku dekubitů celkem 4x (5,3 %) – 1x (1,3 %) respondent ze skupiny A a 3x (3,9 %) respondenti ze skupiny B. Pouze jedenkrát (1,3 %) z respondentů a to ze skupiny A uvedl, že správná prevence dekubitů spočívá ve sledování příjmu tuků. Žádný (0,0 %) z dotazovaných respondentů obou skupin neuvedl odpověď nevím.

Otázka č. 13: **Označte polohu, do které byste nejvhodněji uložil/a pacienta s dekubitem v oblasti sakra?** (možno označit i více odpovědí)

- a) **poloha na boku (stabil.poloha)**
- b) **poloha na boku, podložená DK**
- c) poloha v tzv. hníždě, na zádech vyvýšená stehna

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
poloha na boku (stabil.poloha)	34x	44,7 %	38x	50,0 %	72x	94,7 %
poloha na boku, podložená DK	3x	3,9 %	2x	2,6 %	5x	6,6 %
poloha v tzv. hníždě, na zádech vyvýšená stehna	1x	1,3 %	3x	3,9 %	4x	5,2 %

Tabulka 14 – tabulka znázorňující nejvhodnější poloha při výskytu DKB v sacru

Tabulka č. 14 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, do jaké polohy by nejvhodněji uložili pacienta s dekubitem v oblasti sakra. I v této otázce měli respondenti možnost označit i více odpovědí. Nejvhodnější polohu vybírali ze tří obrázků. Jak ukazuje graf, nejvíce označení dostal obrázek s pacientem ležícím na boku, připomínající stabilizovanou polohu a to celkem 72x (94,7 %) – 34x (44,7 %) tuto možnost označili respondenti ze skupiny A a 38x (50,0 %) respondenti ze skupiny B. Polohu na bok (mírná boční) s antidekubitním klínem za trupem a podloženou horní končetinou, kolenem a hlavou preferuje a označili respondenti celkem 5x (6,6 %) – 3x (3,9 %) respondenti ze skupiny A a 2x (2,6 %) respondenti ze skupiny B. Také polohu na zádech, kdy jsou podloženy horní končetiny, hlava a lýtka s pokrčenými koleny a s antidekubitní podkovou označili respondenti celkem 4x (5,2 %) – 1x (1,3 %) ze skupiny A a 3x (3,9 %) ze skupiny B.

Otázka č. 14: **Jaké polohovací pomůcky byste použil/a k polohování pacienta s dekubity na patách?** (možno označit i více odpovědí)

- a) klín
- b) nafukovací kruh
- c) **polštář**
- d) **antidekubitní boty**
- e) hrazdička

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
klín	6x	7,9 %	7x	9,2 %	13x	17,1 %
nafukovací podložní kruh	3x	3,9 %	10x	13,2 %	13x	17,1 %
polštář	13x	17,1 %	18x	23,7 %	31x	40,8 %
antidekubitní botičky	38x	50,0 %	38x	50,0 %	76x	100,0 %
hrazdička	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Tabulka 15 – tabulka znázorňující polohovací pomůcky používané k polohování pacienta s dekubity na patách

Tabulka č. 15 znázorňuje, jaké polohovací pomůcky by NLZP použili k polohování pacienta s dekubity na patách. Respondenti v této otázce měli možnost uvést i více odpovědí. Nejvíce z dotazovaných respondentů 76x (100,0 %) a to ze skupiny A 38x (50,0 %), taktéž 38x (50,0 %) ze skupiny B označili, že by použilo *antidekubitní botičky*. Použití *polštáře* označilo respondenti celkem z dotazovaných 31x (40,8 %): 13x (17,1 %) respondenti ze skupiny A a 18x (23,7 %) respondenti ze skupiny B. Možnost použití *klínu* a *nafukovacího kruhu* uvedlo stejné množství respondentů 13x (17,1 %) dotazovaných z obou skupin. Použití *klínu* uvedli respondenti ze skupiny A 6x (7,9 %) a ze skupiny B 7x (9,2 %) respondenti, použití *nafukovacího kruhu* uvedli respondenti ze skupiny A 3x (3,9 %) a ze skupiny B 10x (13,2 %). Žádný (0,0 %) z dotazovaných respondentů správně neuvedl možnost využití *hrazdičky* k polohování pacienta s dekubity na patách.

Otázka č. 15: **Přiřad'te správně klasifikaci jednotlivým stupňům dekubitů:**

- a) I. stupeň **A - erytém**
 b) II. stupeň **C – puchýř**
 c) III. stupeň **B - nekróza**
 d) IV. stupeň **D – vřed**

		I. stupeň		II. stupeň		III. stupeň		IV. stupeň	
		absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
oddělení akutní péče	erytém	37	48,7 %	1	1,3 %	0	0,0 %	0	0,0 %
	puchýř	0	0,0 %	32	42,1 %	5	6,6 %	0	0,0 %
	nekróza	0	0,0 %	5	6,6 %	3	3,9 %	30	39,5 %
	vřed	1	1,3 %	0	0,0 %	30	39,5 %	8	10,5 %
oddělení následné péče	erytém	37	48,7 %	1	1,3 %	0	0,0 %	0	0,0 %
	puchýř	0	0,0 %	36	47,4 %	2	2,6 %	0	0,0 %
	nekróza	0	0,0 %	1	1,3 %	4	5,3 %	33	43,4 %
	vřed	1	1,3 %	0	0,0 %	32	42,1 %	5	6,6 %
Celkem respondentů		76	100,0 %	76	100,0 %	76	100,0 %	76	100,0 %

Tabulka 16 – tabulka znázorňující klasifikace jednotlivých stupňů dekubitů

Tabulka č 17 znázorňuje správné přiřazení klasifikace dekubitů k jednotlivým stupňům dekubitů. Většina dotazovaných respondentů 74 (97,4 %): 37 (48,7 %) ze skupiny A, taktéž 37 (48,7 %) ze skupiny B přiřadili správně odpověď, že I. stupeň dekubitu se nazývá *erytém – tlaková léze bez poškození kůže*, zbylí dva respondenti (2,6 %): jeden respondent (1,3 %) ze skupiny A i jeden (1,3 %) ze skupiny B určili, že se jedná o *vřed – tlakovou lézi provázenou ostitidou a artritidou*. II. stupeň jako *puchýř – tlaková léze s poškozením kůže* označilo správně celkem 68 (89,5 %) respondentů: ze skupiny A 32 (42,1 %) respondentů a ze skupiny B 36 (47,4 %) dotazovaných respondentů. Zbylých 8 (10,5 %) respondentů uvedlo jiné odpovědi. Celkem 2 (2,6 %) respondenti: z obou skupin po jednom (1,3 %) shodně uvedlo, že se jedná o erytém, celkem 6 (7,9 %) z dotazovaných respondentů: ze skupiny A – 5 (6,6 %) a jeden (1,3%) respondent ze skupiny B uvedli, že se jedná o *nekrózu – tlakovou lézi se zničením tkání mezi kostí a pokožkou*, Ani jeden (0,0 %) z dotazovaných respondentů neuvedl odpověď, že II. stupeň dekubitů se nazývá *vřed*. Celkem pouhých 7 (9,2 %) dotazovaných respondentů uvedlo správnou odpověď, že III. stupeň dekubitu je označován jako *nekrózu* –

tlakovou lézi se zničením tkání mezi kostí a pokožkou – ze skupiny A 3 (3,9%) respondentů, ze skupiny B 4 (5,3 %) respondentů. Odpověď, že dekubitus III. stupně je označován jako *vřed – tlakovou lézi provázenou ostitidou a artritidou*, uvedlo celkem 62 (81,6 %) z dotazovaných respondentů – 30 (39,5 %) respondentů ze skupiny A a 32 (42,1 %) respondentů ze skupiny B. 7 (9,2 %) respondentů uvedlo, že dekubitus III. stupně je *puchýř* – 5 (6,6 %) respondentů ze skupiny A a 2 (2,6 %) respondenti ze skupiny B. Žádný (0,0 %) z dotazovaných respondentů obou skupin neuvedl možnost odpovědi, že dekubitus III. stupně je *erytém*. IV. stupeň dekubitu označilo celkem 63 (82,9 %) z dotazovaných respondentů – 30 (39,5 %) respondentů ze skupiny A a 33 (43,4 %) respondentů ze skupiny B jako *nekrózu*, pouze 13 (17,1 %) z dotazovaných respondentů 8 (10,5 %) respondenti ze skupiny A a 5 (6,6 %) respondenti ze skupiny B uvedlo správně, že dekubitus IV. stupně je *vřed – tlakovou lézi provázenou ostitidou a artritidou*. Žádný (0,0 %) z dotazovaných respondentů obou skupin neuvedl možnosti, že dekubitus IV. stupně je *puchýř* či *erytém*.

Otázka č 16: Při ošetřování dekubitu I. stupně se nejčastěji provádí:

(možno označit i více odpovědí)

- a) dezinfekce defektu a přelepení sterilním krytím
- b) defekt se neošetřuje
- c) přiložením transparentního krytí (transparentní film)**
- d) aktivní uhlí
- e) pravidelné polohování, kontroly místa vzniku dekubitů a aplikace ochranných krémů**
- f) ošetřování kafrovými přípravky

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
dezinfekce, sterilní krytí	2x	2,6 %	1x	1,3 %	3x	3,9 %
neošetřuje se	1x	1,3 %	2x	2,6 %	3x	3,9 %
transparentní krytí	4x	5,3 %	3x	3,9 %	7x	9,2 %
aktivní uhlí	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
polohování, ochranný krém	38x	50,0 %	38x	50,0 %	76x	100,0 %
kafrové přípravky	4x	5,3 %	7x	9,2 %	11x	15,5 %

Tabulka 17 – tabulka znázorňující ošetřování dekubitu I. stupně

Z tabulky č. 17, která se zabývá otázkou, co se nejčastěji provádí při ošetřování dekubitu I. stupně je patrné, že nejvíce dotazovaných respondentů uvedlo odpověď, že by využilo *pravidelné polohování, kontroly místa vzniku dekubitů a aplikaci ochranných krémů*, tato odpověď byla celkem označena 76x (100,0 %) – 38x (50,0 %) respondenti ze skupiny A, taktéž 38x (50,0 %) respondenti ze skupiny B. Respondenti měli možnost vybírat z více správných odpovědí. *Ošetřování kafrovými přípravky* bylo označeno celkem 11x (14,5 %) – 4x (5,3 %) respondenti ze skupiny A a 7x (9,2 %) respondenti ze skupiny B. *Dezinfekci defektu a přelepení sterilním krytím* by volili celkem 3x (3,9 %) z dotazovaných respondentů – 2x (2,6 %) respondenti ze skupiny A a 1x (1,3 %) respondent ze skupiny B. *Transparentní krytí* bylo označeno, že by použilo celkem 7x (9,2 %) respondentů – 4x (5,3 %) respondenti ze skupiny A a 3x (3,9 %) respondenti ze skupiny B. Pouze 3x (3,9 %) dotazovaní respondenti – jedenkrát (1,3 %) respondent ze skupiny A a 2x (2,6 %) respondenti ze skupiny

B označilo možnost, že dekubitus I. stupně *se neošetřuje*. Žádný (0,0%) z respondentů obou skupin neoznačil možnost odpovědi *přiložení obvazu obsahující aktivní uhlí* při ošetřování I. stupně dekubitu.

Otázka č. 17: Jaká je nejefektivnější metoda při ošetřování dekubitů?

(možno označit i více odpovědí)

- a) klasická metoda – použití „tradičních“ obvazových materiálů
- b) moderní metoda – tzv. vlhké hojení ran
- c) kombinace obou metod
- d) nevím

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
klasická metoda – použití „tradičních“ obvazových materiálů	2x	2,6 %	2x	2,6 %	4x	5,2 %
moderní metoda – tzv. vlhké hojení ran	17x	22,4 %	15x	19,7 %	32x	42,1 %
kombinace obou metod	19x	25,0 %	21x	27,6 %	40x	52,6 %
Nevím	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Tabulka 18 – tabulka znázorňující metoda při ošetřování dekubitů

Tabulka č. 18 popisuje odpovědi na otázku, která metoda je nejefektivnější při ošetřování dekubitů. Odpovědi byly poměrně vyrovnané. 32x (42,1 %) – 17x (22,4 %) respondenti ze skupiny A a 15x (19,7 %) ze skupiny B označili možnost použití „moderní metody – tzv. vlhké hojení ran“. 40x (52,6 %) z dotazovaných respondentů – 19x (25,0 %) ze skupiny A a 21x (27,6 %) ze skupiny B respondenti volili možnost využití *obou metod* a to jako klasické metody, tak využití moderní metody. Pouze 4x (5,3 %) respondenti – jedenkrát (2,6 %) ze skupiny A a 2x (2,6 %) ze skupiny B považují za nejefektivnější metodu při ošetřování dekubitů *klasickou metodu – použití „tradičních“ obvazových materiálů*. Ani jeden (0,0 %) z dotazovaných respondentů obou skupin neuvedl odpověď *nevím*.

Otázka č. 18: **Pro podporu hojení dekubitů byl vyvinut speciální přípravek:**

- a) Nutridrink
- b) Fortimel
- c) **Cubitan, Cubison**
- d) nevím

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Nutridrink	1	1,3 %	0	0,0 %	1	1,3 %
Fortimel	1	1,3 %	1	1,3 %	2	2,6 %
Cubitan, Cubison	34	44,7 %	36	47,7 %	70	92,1 %
nevím	2	2,6 %	1	1,3 %	3	3,9 %

Tabulka 19 – tabulka znázorňující přípravky pro podporu hojení dekubitů

K otázce, jaký speciální přípravek byl vyvinut na podporu hojení dekubitů, se vztahuje tabulka č. 19. Většina respondentů 70 (92,1 %) z dotazovaných respondentů - 34 (44,7 %) ze skupiny A a 36 (47,4 %) respondentů ze skupiny B správně uvedlo, že na podporu hojení dekubitů byl vyvinut speciální přípravek *Cubitan (Cubison)*. *Fortimel* jako speciální přípravek na podporu hojení dekubitů označili celkem 2 (2,6 %) respondenti – jeden (1,3 %) jak ze skupiny A, tak jeden (1,3 %) respondent ze skupiny B. Pouze jeden (1,3 %) respondent a to ze skupiny A uvedl jako podporující přípravek při hojení dekubitů *Nutridrink*. 2 (2,6 %) dotazovaní respondenti – jeden (1,3 %) ze skupiny A, taktéž 1 (1,3 %) ze skupiny B dopověděli, že *neví*, jaký prostředek byl vyvinut pro podporu hojení dekubitů.

Vyhodnocení identifikačních otázek z dotazníku

Otázka č. 19: **Vaše pohlaví:**

- a) žena
- b) muž

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Žena	36	47,4 %	34	44,7 %	70	92,1 %
Muž	2	2,6 %	4	5,3 %	6	7,9 %
celkem respondentů	38	50,0 %	38	50,0 %	76	100,0 %

Tabulka 20 – tabulka znázorňující pohlaví respondentů

Tabulka č. 20 zobrazuje pohlaví respondentů. Celkem 70 (92,1 %) respondentů – 36 (47,4 %) respondentů ze skupiny A a 34 (44,7 %) respondentů ze skupiny B jsou *ženy*. Pouze 6 (7,9 %) z dotazovaných respondentů – 2 (2,6 %) respondenti ze skupiny A a 4 (5,3 %) respondenti ze skupiny B jsou *muži*.

Otázka č. 20: **Vaše věková kategorie:**

- a) do 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 – 50 let
- e) 51 a více let

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
do 20 let	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
21 – 30	6	7,9 %	6	7,9 %	12	15,8 %
31 – 40	16	21,1 %	14	18,4 %	30	39,5 %
41 – 50	11	14,5 %	13	17,1 %	24	31,6 %
51 a více	5	6,6 %	5	6,6 %	10	13,2 %
celkem respondentů	38	50,0 %	38	50,0 %	76	100,0 %

Tabulka 21 – tabulka znázorňující věk respondentů

Tabulka č. 21 zobrazuje věkovou kategorii respondentů. Nejvíce je zastoupena kategorie ve věku 31 – 40 let a to 30 (39,5 %) z dotazovaných respondentů – 16 (21,1 %) respondentů ze skupiny A a 14 (18,4 %) respondentů ze skupiny B. Dále 24 (31,6 %) – 11 (14,5 %) respondentů ze skupiny A a 13 (17,1 %) respondentů ze skupiny B byli ve věku 41 – 50 let. Ve věku 21 – 30 let je celkem dotazovaných respondentů 12 (15,8 %) – 6 (7,9 %) ze skupiny A, taktéž 6 (7,9 %) respondentů ze skupiny B. 10 (13,2 %) z dotazovaných respondentů – 5 (6,6 %) respondentů ze skupiny A a také 5 (6,6 %) respondentů ze skupiny B byli ve věku 51 a více let. Nikdo (0,0 %) z respondentů obou skupin neuvedl věk do 20 let.

Otázka č. 21: **Jaké je Vaše vzdělání:**

- a) střední škola (zdravotnický asistent, Všeobecná sestra)
- b) vyšší odborná škola (DiS.)
- c) vysoká škola (Bc., Mgr.)
- d) specializace (prosím doplnit)

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
střední škola (zdravotnický asistent, Všeobecná sestra)	24	31,6 %	31	40,8 %	55	72,4 %
vyšší odborná škola (DiS.)	6	7,9 %	2	2,6 %	8	10,5 %
vysoká škola (Bc., Mgr.)	3	3,9 %	3	3,9 %	6	7,9 %
specializace (prosím doplnit)	5	6,6 %	2	2,6 %	7	9,2 %
celkem respondentů	38	50,0 %	38	50,0 %	76	100,0 %

Tabulka 22 – tabulka znázorňující dosažené vzdělání respondentů

Tabulka č. 22 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných respondentů. *Střední školu (zdravotnický asistent, Všeobecná sestra)* jako nejvyšší dosažen vzdělání uvedlo celkem 55 (72,4 %) – 24 (31,6 %) respondentů ze skupiny A a 31 (40,8 %) respondentů ze skupiny B. Celkem 8 (10,5 %) z dotazovaných – 6 (7,9 %) respondentů ze skupiny A a 2 (2,6 %) respondenti ze skupiny B vystudovalo *vyšší odbornou školu (DiS.)*, *vysokou školu (Bc., Mgr.)* absolvovalo celkem 6 (7,9 %) respondentů – 3 (3,9 %) respondenti ze skupiny A a taktéž 3 (3,9 %) respondenti ze skupiny B. Zbýlých 7 (9,2 %) respondentů – 5 (6,6 %) respondentů ze skupiny A a 2 (2,6 %) respondenti ze skupiny B uvedlo za nejvyšší dostudované vzdělání *pomaturitní specializační studium*.

Otázka č. 22: **Jaká je délka Vaší odborné praxe:**

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

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
méně než 5 let	4	5,3 %	5	6,6 %	9	11,8 %
6 - 10 let	5	6,6 %	7	9,2 %	12	15,8 %
11 - 15 let	12	15,8 %	4	5,3 %	16	21,1 %
16 - 20 let	3	3,9 %	9	11,8 %	12	15,8 %
21 a více let	14	18,4 %	13	17,1 %	27	35,5 %
celkem respondentů	38	50,0 %	38	50,0 %	76	100,0 %

Tabulka 23 – tabulka znázorňující délku praxe respondentů

Délka odborné praxe respondentů prezentuje tabulka č. 23. Celkem 27 (35,5 %) – 14 (18,4 %) respondentů ze skupiny A a 13 (17,1 %) respondentů ze skupiny B uvedlo, že svoji profesi vykonávají *21 a více let*. Celkem 16 (21,1 %) z dotazovaných respondentů - 12 (15,8 %) respondentů ze skupiny A a 4 (5,3 %) respondenti ze skupiny B uvedlo, že ve zdravotnictví pracují *11 – 15 let*. *16 – 20 let* odborné praxe označilo celkem 12 (15,8 %) dotazovaných respondentů - 3 (3,9 %) respondenti ze skupiny A a 9 (11,8 %) respondentů ze skupiny B. Taktéž 12 (15,8 %) z dotazovaných respondentů – 5 (6,6 %) respondentů ze skupiny A a 7 (9,2 %) respondentů ze skupiny B uvedlo, že jejich odborná praxe je *6 – 10 let*. Nejkratší odbornou praxi, méně než 5 let uvedlo celkem 9 (11,8 %) respondentů – 4 (5,3 %) respondenti ze skupiny A a 5 (6,6 %) respondentů ze skupiny B.

Otázka č. 23: **Jaké je Vaše profesní zařazení:**

- a) zdravotnický asistent
- b) všeobecná sestra
- c) staniční sestra
- d) vrchní sestra

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
zdravotnický asistent	7	9,2 %	6	7,9 %	13	17,1 %
všeobecná sestra	28	36,8 %	29	38,1 %	57	75,0 %
staniční sestra	2	2,6 %	2	2,6 %	4	5,3 %
vrchní sestra	1	1,3 %	1	1,3 %	2	2,6 %
celkem respondentů	38	50,0 %	38	50,0 %	76	100,0 %

Tabulka 24 – tabulka znázorňující profesní zařazení

Tabulka č. 24 uvádí profesní zařazení dotazovaných respondentů. Většina respondentů bylo v profesním zařazení jako *všeobecná sestra* celkem 57 (75 %) z dotazovaných respondentů – 28 (36,8 %) ze skupiny A a 29 (38,2 %) ze skupiny B. Jako *zdravotnický asistent* pracuje celkem 13 (17,1 %) z dotazovaných respondentů – 7 (9,2 %) respondentů ze skupiny A a 6 (7,9 %) respondentů ze skupiny B. Celkem 4 (5,3 %) z dotazovaných respondentů – 2 (2,6 %) respondenti ze skupiny A a taktéž 2 (2,6 %) respondenti ze skupiny B uvedli, že pracují jako *staniční sestry*. Jako profesní zařazení *vrchní setra* uvedli pouze 2 (2,6 %) respondenti z dotazovaných – 1 (1,3 %) respondent jak ze skupiny A, taktéž jeden (1,3 %) respondent ze skupiny B.

Otázka č. 24: **Na jakém oddělení pracujete:**

- a) oddělení akutní péče
 - a. chirurgie
 - b. interní oddělení
 - c. MOJIP
 - d. NIP
- b) oddělení následné péče
 - a. ONP
 - b. DIOP

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Chirurgické oddělení	9	11,8 %	0	0,0 %	9	11,8 %
Interní oddělení	10	13,2 %	0	0,0 %	10	13,2 %
MOJIP	9	11,8 %	0	0,0 %	9	11,8 %
ARO / NIP	10	13,2 %	0	0,0%	10	13,2 %
ONP	0	0,0 %	30	39,5 %	30	39,5 %
DIOP	0	0,0 %	8	10,5 %	8	10,5 %
celkem respondentů	38	50,0 %	38	50,0 %	76	100,0 %

Tabulka 25 – tabulka znázorňující pracoviště respondentů

Celkem se výzkumu zúčastnilo 76 (100,0 %) nelékařských zdravotnických pracovníků, ze třech oddělení ONP jich bylo 30 (39,5 %), z oddělení DIOP jich bylo 8 (10,5 %), z interního oddělení 10 (13,2 %), z chirurgického oddělení 9 (6,8 %), z oddělení MOJIP 9 (6,8 %) a 10 (13,2 %) z oddělení NIP. Pro lepší orientaci a srozumitelnost byly respondenti rozděleni na respondenty z oddělení akutní péče (38 respondentů) a respondenty z oddělení následné péče (také 38 respondentů).

Otázka č. 25: Kde jste získala vědomosti o dekubitách?

(možno označit i více odpovědí)

- a) střední škola
- b) vyšší odborná škola
- c) vysoká škola
- d) doškolovací kurzy
- e) samostudium (literatura, internet)
- f) praxe
- g) jiné

odpovědi	akutní lůžka (skupina A)		následná lůžka (skupina B)		celkem	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
SZŠ	23x	30,3 %	31x	40,8 %	54x	71,1 %
VOŠ	6x	7,9 %	2x	2,6 %	8x	10,5 %
VŠ	2x	2,6 %	3x	3,9 %	5x	6,6 %
doškolovací kurz	14x	18,4 %	21x	27,6 %	35x	46,0 %
samostudium	16x	21,0 %	12x	15,8 %	28x	36,8 %
praxe	30x	39,5 %	31x	40,8 %	61x	80,3 %

Tabulka 26 – tabulka znázorňující získané vědomosti v oblasti prevence, péče a vzniku dekubitů

Tabulka č. 26 prezentuje, kde NLZP získali vědomosti v oblasti prevence, péče a vzniku dekubitů. Respondenti mohli uvést i více možností. Nejvíce přínosná byla pro respondenty z obou skupiny *praxe*, tato možnost byla uvedena celkem 61x (80,3%) – 30x (39,5%) ze skupiny A a 31x (40,8%) pro respondenty ze skupiny B. *Střední škola* jako přínosnou uvedli respondenti celkem 54x (71,1%) – 23x (30,3%) ze skupiny A a 31x (40,8%) ze skupiny B. *Vyšší odbornou školu* jako zdroj svých vědomostí bylo uvedeno celkem 8x (10,5%) od dotazovaných respondentů – 6x (7,9%) od respondentů ze skupiny A a 2x (2,6%) tuto možnost uvedli respondenti ze skupiny B. Celkem 5x (6,6%) od dotazovaných respondentů – 2x (2,6%) respondenti ze skupiny A a 3x (3,9%) ze skupiny B, uvedli jako zdroj získaných vědomostí *vysokou školu*. *Doškolovací kurzy*, jako zdroj svých získaných vědomostí v oblasti prevence, péče a vzniku dekubitů uvedli respondenti celkem 35x (46,1%) – 14x (18,4%) ze

skupiny A a 21x (27,6 %) respondenti ze skupiny B. *Samostudium* jako zdroj získaných vědomostí uvedli dotazovaní respondenti celkem 28x (36,8 %) – 16x (21,1 %) respondenti ze skupiny A a 12x (15,8 %) respondenti ze skupiny B.

8. DISKUZE

Praktická část této bakalářské práce se zabývá tématem znalostí nelékařského zdravotnického personálu (dále NLZP) v oblasti prevence, vzniku a péče o dekubity. Byl stanoven hlavní cíl, zmapovat znalosti NLZP v oblasti prevence, vzniku a péče o dekubity. K tomuto cíli byly stanoveny čtyři dílčí cíle, ke kterým byly stanoveny výzkumné otázky.

Hlavní cíl: Zmapovat znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti prevence, vzniku a péče o dekubity

Dosažené hodnoty z otázek č. 1 – 18 ukazují kolik procent NLZP zodpovědělo danou otázku správně (u více možností uvedeny všechny možnosti správně). Byla vypočtena průměrná hodnota znalostí NLZP v oblasti prevence, vzniku a péče o dekubity, tato hodnota celkově činila 73,9 %.

Překvapivé zjištění tohoto výzkumu bylo, že u otázky č. 2, kde bylo možno označit více správných odpovědí a která zní: *kde nejčastěji dekubitus vzniká*, byla označena odpověď „na sliznicích“ pouze 60x (78,9 %), správná odpověď, že dekubitus vzniká v místech působení tlaku na měkké tkáně mezi kostí a tvrdou plenou i správná odpověď, že dekubitus vzniká kdekoli na těle byla označena všemi respondenty celkem 76x (100 %). U otázky č. 3, kde respondenti měli označit, co je hlavní příčinou vzniku dekubitů, byla označena správná odpověď „nečistota“ pouze 25x (32,9 %), i u této otázky bylo možno označit více odpovědí. Tyto skutečnosti by měl znát veškerý ošetrovatelský personál na jakémkoli oddělení. Autorka Pokorná (2012, s. 113) ve své knize popisuje, že dekubitus je charakterizován jako místní ischemické postižení až nekróza kůže, podkoží, svalstva, ale i sliznic. Jako příklad uvádí dekubitus na sliznici v dutině ústní způsobené tlakem zubní protézy. Autorka Rozsypalová (2009, s. 233, 235) ve své knize uvádí, že aby kůže mohla plnit veškeré své funkce, musí být trvale ošetřována a udržována v dobrém stavu, především čistá a suchá. Jelikož mezi nejčastější místní příčiny patří nečistota prádla a vlhkost kůže.

Další překvapivé zjištění bylo u otázky č. 5, kdy pouze 27x (35,5 %) bylo uvedeno respondenty tvrzení, že dekubity vznikají působením střížné síly, i když v otázce č. 1, kdy respondenti měli definovat pojem dekubitus, byla označena odpověď, že se jedná o poškození tkáně působením střížné síly celkem 55x (72,4 %). Autorka Pokorná (2012, s. 12-13) ve své knize popisuje, že mezi nejzávažnější nepříznivé mechanismy patří právě střížná síla a tření,

kteře patří mezi zevní mechanické faktory ovlivňující vznik dekubitů. Zde se nabízí otázka, jestli všichni dotazovaní respondenti vědí, co pojem střižná síla znamená.

Z dosažených výsledků u otázek z oblasti klasifikace stupně dekubitů lze soudit, že většina respondentů používá jako hodnotící škálu poškození kůže, škálu doporučovanou EPUAP a to škálu čtyř stádií. Odpověď čtyři stádia dekubitů byla celkem označena dotazovanými respondenty 73x (96,1 %). Možnost odpovědi rozlišení dekubitů dle charakteru poškození kůže do pěti stádií respondenti označili pouze 3x (3,9 %). Autorka Pokorná (2012, s. 119) ve své knize popisuje klasifikaci podle EPUAP, která byla doporučena na kongresu v Tampere v roce 2003 takto: *I. stupeň* – erytém, kdy není porušena kontinuita kůže, jedním z prvních příznaků je bolest v postižených místech, která je doprovázena ohraničným zarudnutím v postižené oblasti, které při zatlačení prstem přechodně vybledne. Zde dochází k jemnému zduření kůže jejím zánětem. *2. stupeň* – zde se objevují puchýře naplněné čirou tekutinou, jedná se o poškození epidermis a dermis. *3. stupeň* – kdy současně s puchýři spodina tmavne, až zčerná, rozvíjí se nekróza. Tento stupeň dekubitu postihuje epidermis, dermis a subcutis. *4. stupeň* – kdy se dekubitus rozšiřuje a prohlubuje, vzniká obraz dekubitálního vředu, kdy postihuje fascii pod podkožím a svalstvo. Dekubitus může sahat až na kost, kterou obnažuje. Autorka Kelnarová (2015, s. 165) ve své knize popisuje pětistupňovou Danielovu klasifikaci dekubitů, takto: *I. stupeň* – zarudnutí, *II. stupeň* – povrchní kožní vředy, *III. stupeň* – nekróza podkožního tuku, *IV. stupeň* – postižení všech hlubších vrstev kromě kostí a *V. stupeň* – rozsáhlé nekrózy s postižením kostí. Znalost klasifikace dekubitů je velice důležitá pro určení léčby a dalších preventivních opatření.

Dále byly zjišťovány znalosti NLZP v oblasti záznamu hodnocení vzniku dekubitů do dokumentace. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Odpověď, že hodnocení rizika vzniku dekubitů do dokumentace provádějí při příjmu pacienta (do 24 hodin), kdy se toto hodnocení opakuje alespoň 1x týdně nebo při změně stavu pacienta byla respondenty označena 70x (92,1 %). Pouze 24x (31,6 %) respondenti označili odpověď, že hodnocení rizika dekubitů provádějí při překladech na jiné oddělení. Autor Mikula (2008, s. 20) ve své knize uvádí, že hodnocení pacientů je prováděno při jejich příjmu a dále v pravidelných intervalech podle stavu pacienta a jakékoliv změně stavu a to minimálně 1x týdně, maximálně 1x denně, při platné zásadě zdokumentování zjištěného stavu do zdravotní dokumentace. Hodnocení při propuštění či přeložení na jiné oddělení je vždy součástí ošetrovatelské překladevé zprávy. (Hofštetrová-Knotková, 2014, s. 44; Mikula, 2008, s. 20).

Zjišťováním znalostí v oblasti lokalizace místa vzniku se zvýšeným rizikem bylo zaznamenáno, že jsou rozdílné vědomosti NLZP u určení míst se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů u pacientů ležících na zádech i boku. U otázky č. 7 měli na obrázku znázornit predilekční místa u pacientů ležících na zádech a na boku. U pacienta ležícího na zádech uvedlo oblast křížové kosti všichni z dotazovaných respondentů 76x (100 %), pouze 16x (21,0 %) respondenti uvedli oblast C6-7. Rozsypalová (2009, str. 233-4) ve své knize popisuje místa nejčastějších výskytu dekubitů v poloze na zádech, mezi které patří trn C7 (krční obratel), hřebeny lopatek, loketní klouby, oblast kosti křížové a paty. U pacienta ležícího na boku bylo zjištěno, že menší část dotazovaných respondentů uvedla jako místo se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů u takto ležících pacientů oblast spánkové kosti (ucho) a to pouze 46x (60,5 %) ze všech respondentů, oblast kyčelního kloubu označili všichni dotazovaní respondenti 76x (100,0 %). Autorka Kelnarová (2015, s. 164), ve své knize popisuje nejčastější predilekční místa, která se liší podle polohy, v níž je pacient dlouhodobě uložen. U pacienta ležícího na boku popisuje oblast spánkové kosti – ucho, ramenní kloub, hřebeny kosti kyčelní, kolenní kloub – zevní strana i oblast mezi kolena a oblast kotníků.

Z výzkumu je zřejmé, že znalosti v oblasti péče a léčby dekubitů většina respondentů má a ví jak nejlépe uložit pacienta s dekubitem v sakru, jaké polohovací pomůcky použít k polohování pacienta s dekubity na patách a jaký speciální přípravek byl vyvinut pro podporu hojení dekubitů. K této oblasti se vztahuje otázka č. 14, uvádějící polohovací pomůcky používané k polohování pacienta s dekubity na patách. I u těchto otázek měli respondenti na výběr z více odpovědí. Správnou odpověď antidekubitní boty respondenti označili 76x (100 %), druhou správnou odpověď - polštář celkem respondenti označili 31x (40,8 %). Jako další se k této oblasti vztahuje otázka č. 18, kde respondenti měli označit, který speciální přípravek byl vyvinut pro podporu hojení dekubitů, zde označilo správnou odpověď – Cubitan, Cubison celkem 70 (92,1 %) respondentů z celkového dotazovaných.

Horší výsledky byly zjištěny v oblasti klasifikace dekubitů, kdy respondenti měli přiřadit správně klasifikaci k jednotlivým stupňům dekubitů. Nejhorší dopadla klasifikace III. a IV. stupně dekubitu, kdy správnou odpověď u III. stupně dekubitu označili pouze 4 (5,3 %) z dotazovaných respondentů a IV. stupeň označilo správně pouze 5 (6,6 %) z dotazovaných respondentů. Z tohoto výsledku lze usuzovat, že ve znalostech v oblasti klasifikace jednotlivých stupňů dekubitů má stále většina NLZP mezery a je potřeba prohlubování znalostí v této oblasti. Autor Mikula (2008, s. 21-22) ve své publikaci popisuje nejrozšířenější klasifikaci pro posuzování jednotlivých stupňů dekubitů podle EPUAP a to do čtyř stadií.

- I. stupeň – erytém, tlaková léze bez poškození kůže, II. stupeň – puchýř, tlaková léze s poškozením kůže, III. stupeň – nekróza, tlaková léze se zničením tkání mezi kostí a pokožkou a IV. stupeň – vřed, tlaková léze provázená ostitidou a artritidou.

Z výše uvedených výsledků v průzkumu je patrné, že lepší úroveň znalostí v oblasti prevence vzniku a péče o dekubity mají NLZP z oddělení následné péče, kdy respondenti z této skupiny dosáhli vyššího skóre na 13 položených otázek v oblasti prevence vzniku a péče o dekubity, naproti tomu respondenti z oddělení akutní péče dosáhli vyššího skóre na 4 otázkách, pouze na dvě otázky měli respondenti z oddělení akutní péče i oddělení následné péče stejný počet správných odpovědí (viz tabulka č. 1 – 19) Z výše uvedených hodnot (viz tabulka č. 1 – 19) byla vypočtena průměrná znalost NLZP na jednotlivých odděleních a to podle toho na kolik procent respondenti otázky zodpověděli správně. Průměrná znalost NLZP v oblasti prevence, vzniku a péče o dekubity z oddělení akutní péče činila 36,1 % z celkového počtu respondentů. Průměrná znalost NLZP v oblasti prevence, vzniku a péče o dekubity z oddělení následné péče činila 37,8 % z celkového počtu respondentů. Celkové znalosti NLZP na odděleních akutní a následné péče průměrně činili 73,9 %.

Výzkumu se zúčastnilo z celkem oslovených 76 (100 %) respondentů – 70 (92,1 %) žen a pouhých 6 (7,9 %) mužů. Většina respondentů z oddělení akutní péče je ve věku 31 – 40 let, tato možnost odpovědi byla označena 16x (21,1 %). Na oddělení následné péče skupinu zúčastněných respondentů na výzkumu tvořilo 34 (44,7 %) žen a 4 (5,3 %) muži. Kdy také nejvíce zastoupenou věkovou kategorií respondentů z oddělení následné péče byl věk 31 – 40 let, který označili respondenti 14x (18,4 %), ale také věková kategorie 41 – 50, kterou respondenti označili celkem 13x (17,1 %). Ani v jedné skupině respondentů, z akutní ani následné péče, se nezúčastnili výzkumu respondenti ve věku do 20 let. Z tabulky č. 21 je patrné, že nejvíce respondentů, kteří se výzkumu zúčastnili, měli středoškolské vzdělání. Tato možnost byla respondenty celkem označena 55x (72,4 %), u respondentů z lůžek akutní péče 24x (31,6 %) a u respondentů z lůžek následné péče toto vzdělání označilo 31x (40,8 %) z celkově oslovených respondentů.

Z tabulky č. 22 lze konstatovat, že odborná praxe respondentů je nejvíce zastoupena 21 a více let, kdy tato odpověď byla označena celkem 27x (35,5 %). Tabulka č. 25 znázorňuje, kde respondenti dle svého uvážení vědomosti v oblasti prevence vzniku a péče o dekubity získali. Z tabulky je patrné, že nejvíce respondentů se domnívá, že své vědomosti a znalosti v oblasti dekubitů získali praxí, kdy tuto možnost respondenti označili 61x (80,3 %) a studiem střední

školy, kterou respondenti označili 54x (71,1 %). Z tohoto zjištění lze usuzovat, že nejvíce respondentů je středoškolsky vzdělaných, s praxí 21 a více let, ve věku 31 – 40 let a získanými znalostmi především praxí a studiem na střední škole.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je úroveň znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti prevence dekubitů?

Pro tuto výzkumnou otázku jsou vyhodnoceny otázky č. 1, 9, 12 – 14. Do otázek z oblasti prevence a vzniku dekubitů byla zařazena otázka č. 1, kde respondenti měli správně definovat pojem dekubitus, otázka č. 9, v této otázce respondenti měli označit, jaký časový interval polohování by měl být u pacienta s vysokým rizikem vzniku dekubitů, otázka č. 9, která se zabývá časovým intervalem polohování pacienta s vysokým rizikem vzniku dekubitů, otázka č. 12, kde měli respondenti označit, v čem spočívá správná prevence vzniku dekubitů, otázka č. 13, která se zabývá s nejvhodněji zvolenou polohou pacienta s dekubitem v oblasti sakra a otázka č. 14, u které měli respondenti označit nejvhodnější polohovací pomůcky k polohování pacienta s dekubity na patách.

Otázka č. 12, kde respondenti měli označit správnou odpověď, v čem spočívá správná prevence dekubitů, dopadla velice dobře. Správné odpovědi, aktivizace a rehabilitace pacienta, označili respondenti celkem 76x (100 %), druhou správnou odpověď, co nejkvalitnější hygienická a ošetrovatelská péče, označili respondenti 74x (97,4 %) a třetí správnou odpověď, že správná prevence dekubitů spočívá v každodenní kontroly stavu kůže a sliznic, označili respondenti 63x (82,9 %). Celkově byla otázka správně zodpovězena na 93,4 %. Autor Mikula (2008, s. 25, 52, 55) ve své knize uvádí, že preventivní opatření proti vzniku dekubitů nelze zaměřit pouze na snížení působení tlaku a provádění celkové očisty, ale také se zaměřit na všechny potřeby pacienta včetně psychických, sociálních potřeba a spoluúčast rodinných příslušníků. Důležitá je včasná aktivizace a rehabilitace pacienta, kvalitní hygiena a ošetrovatelská péče a u dlouhodobě ležících pacientů je nutná pravidelná kontrola stavu kůže a sliznic např. při zavedení invazivních vstupů (sondy, kanyly, drény apod.) I u otázky č. 1, jak byste definovali pojem dekubitus, jsou zřejmé lepší výsledky. Správná odpověď na tuto otázku, že dekubitus je poškození tkáně vznikající dlouhodobým působením tlaku na tkáň, byla označena celkem 76x (100,0 %) všech dotazovaných respondentů, bohužel pouze 55x (72,4 %) byla označena správná odpověď, že dekubitus je poškození tkáně působením střížné síly, tato otázka byla celkově zodpovězena správně na 86,2 %. Autor Mikula (2008, s. 11)

uvádí, že dekubitus je jakékoli poškození kůže nebo tkání způsobené přímým tlakem nebo třecími silami. Autorka Vytejšková (2015, s. 238) ve své knize popisuje mezi místními příčinami vzniku dekubitů střížnou sílu jako kombinaci tlaku a tření, např. ve Fowlerově poloze.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je úroveň znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti vzniku dekubitů?

Do otázek z oblasti vzniku dekubitů byla zařazena otázka č. 2, která popisuje nejčastější lokalizaci vzniku dekubitu, otázka č. 3, kde respondenti označují hlavní příčinu vzniku dekubitů, otázka č. 5, v této otázce respondenti označovali správné tvrzení o vzniku dekubitů, otázka č. 7, kde respondenti označovali predilekční místa při poloze pacienta na zádech a na boku, otázka č. 10 a 11, které se týkají znalostí příčin vzniku dekubitů jak místních, tak vnitřních.

Z otázek z oblasti vzniku dekubitů byly horší výsledky zaznamenány u otázky č. 5, kdy pouze 27x (35,5 %) byla označena odpověď, že dekubity vznikají působením střížné síly, naproti tomu u otázky č. 1, kdy měli respondenti definovat pojem dekubitus, byla označena odpověď, že se jedná o poškození tkáně působením střížné síly celkem 55x (72,4 %). Autorka Pokorná (2012, s. 12-13) ve své knize popisuje, že mezi nejzávažnější nepříznivé mechanismy patří právě střížná síla a tření, které patří mezi zevní mechanické faktory ovlivňující vznik dekubitů. Zde se nabízí otázka, jestli všichni dotazovaní respondenti vědí, co pojem střížná síla znamená.

Horší výsledky byly také zaznamenány u otázky č. 7, kde respondenti měli označit místa se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů u pacienta v poloze na zádech a na boku. U pacienta ležícího na zádech respondenti označili pouze 16x (21,0 %) oblast C6-7, oblast týlní kosti 47x (61,8 %), oblast loketního kloubu 58x (76,3%), 69x (90,8%) oblast lopatek a 74x (97,4 %) oblast pat. Oblast křížové kosti při poloze na zádech byla označena všemi respondenty a to 76x (100 %). Rozsypalová (2009, str. 233-4) ve své knize popisuje místa nejčastějších výskytu dekubitů v poloze na zádech, mezi které patří trn C7 (krční obratel), hřebeny lopatek, loketní klouby, oblast kosti křížové a paty. Autorka Vytejšková (2011, str. 150) ve své publikaci znázorňuje predilekční místa vzniku dekubitů při poloze na zádech oblast týlní kosti, trn 7. krčního obratle (C7), hřebeny lopatek, oblast kosti křížové, loketní klouby a paty. U pacienta ležícího na boku bylo zjištěno, že menší část dotazovaných respondentů uvedla jako místo se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů u takto ležících pacientů oblast spánkové

kosti (ucho), tuto odpověď označili respondenti pouze 46x (60,5 %). I oblast ramenního kloubu, označili respondenti pouze 49x (64,5 %). Oblast kyčelního kloubu označili všichni respondenti 76x (100,0 %), oblast kotníků označili celkem 70x (92,1 %) a oblast kolenních kloubů respondenti označili celkem 54x (71,0 %). Z tohoto výsledku lze usuzovat, že většina respondentů se nesečkala s výskytem dekubitů v oblasti spánkové kosti, krčních obratlů (C6-7), týlní kosti ani ramenního kloubu. Autorka Kelnarová (2015, s. 164) ve své knize uvádí predilekční místa se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů při poloze na boku, mezi která patří oblast spánkové kosti, ucho, ramenní kloub, hřebeny kosti kyčelní, zevní strana kolenního kloubu, oblast mezi koleny a oblast kotníků. Pro zajištění správné prevence vzniku dekubitů je nutné, aby všichni NLZP znali riziková místa vzniku dekubitů při poloze pacienta na boku, zádech, ale i břiše.

Z otázek z oblasti příčin vzniku dekubitů byly horší výsledky zaznamenány u otázky č. 3, kde respondenti měli označit, co je hlavní příčinou vzniku dekubitů, byla označena možnost nečistota pouze 25x (32,9 %) z celkového počtu dotazovaných respondentů. Tyto skutečnosti by měl znát veškerý ošetrovatelský personál na jakémkoli oddělení. Autorka Rozsypalová (2009, s. 233, 235) ve své knize uvádí, že aby kůže mohla plnit veškeré své funkce, musí být trvale ošetrována a udržována v dobrém stavu, především čistá a suchá. Jelikož mezi nejčastější místní příčiny patří nečistota prádla a vlhkost kůže. U otázky č. 10 a 11 měli respondenti označit, co patří do místních a vnitřních příčin vzniku dekubitů. Horší výsledky byly zaznamenány u otázky č. 11, kde respondenti měli označit, co patří do vnitřních příčin vzniku dekubitů. Správná odpověď, že do vnitřních příčin vzniku dekubitů patří špatná cirkulace krve, byla označena pouze 33x (43,4 %). Autor Mikula (2008, s. 14 – 15) ve své knize uvádí, že mezi vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů patří odolnost tkáně vůči tlaku, kdy nejmenší odolnost na tlak má tuková vrstva s řídkou cévní sítí a nepevná stavba tkáně. Mezi vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů dále patří pohlaví, věk, tělesná teplota, hybnost, cévní faktory, mezi které patří špatná cirkulace ve tkáních u obézních lidí, kdy jakákoli porucha toku snižuje odolnost kůže. Dále do této skupiny vnitřních faktorů ovlivňujících vznik dekubitů patří výživa, hydratace a inkontinence. Dle mého názoru je nutností, aby veškerý ošetrovatelský personál znal jak místní příčiny vzniku dekubitů, tak vnitřní příčiny vzniku dekubitů.

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je úroveň znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti péče o dekubity

Do otázek z oblasti péče o dekubity byla zařazena otázka č. 8, kde respondenti měli uvést, do kolika stádií lze podle charakteru poškození kůže / podkožní tkáně rozlišit klasifikaci dekubitů, otázka č. 13, ve které respondenti měli označit polohu, do které by nejvhodněji uložili pacienta s dekubitem v oblasti sakra, otázka č. 14, kde respondenti označují jaké polohovací pomůcky by použili k polohování pacienta s dekubity na patách, otázka č. 16, v této otázce respondenti označovali jak nejlépe ošetřit dekubit I. stupně, otázka č. 17, kde respondenti označovali nejefektivnější metodu při ošetřování dekubitů a otázka č. 18, kde měli respondenti označit, jaký speciální přípravek byl vyvinut pro podporu hojení dekubitů.

Z otázek z oblasti klasifikace stupně dekubitů lze soudit, že většina respondentů používá jako hodnotící škálu poškození kůže, škálu doporučovanou EPUAP a to čtyři stádia, či Danielovu klasifikaci rozdělenou do pěti stádií. Odpověď čtyři stádia celkem uvedlo 73 (96,1 %) respondentů, 3 (3,9 %) respondenti uvedli možnost rozlišení pěti stádií dekubitů dle charakteru poškození kůže. Autorka Pokorná (2012, s. 120) ve své knize uvádí, že mnoho pečujících se domnívá, že při hodnocení stupně dekubitů je důležitý povrchový nález, opak je však pravdou. Identifikace I. stupně dekubitu je vysoce riziková, s ohledem na možnost progresu, jelikož povrchový nález je pouze zevním projevem a důsledek souhry více faktorů. Léze postupují z hloubky na povrch a proto je velmi důležité, aby veškerý ošetrovatelský personál nejen znal klasifikaci dekubitů, ale i celý ošetrovatelský tým hodnotil dekubity podle jednotné klasifikace, buď čtyřstupňové či pětistupňové.

Z otázek z oblasti polohování pacienta již se vzniklým dekubitem lze soudit, že většina respondentů má přehled o možnostech a ví jak pacienta s dekubitem v sakru uložit. U otázky č. 13, správnou odpověď, že pacienta s již vzniklým dekubitem v sakru uloží do polohy na boku, označili respondenti 72x (94,7 %), také u otázky č. 14, kde respondenti měli označit správnou odpověď na otázku, jaké polohovací pomůcky by použili k polohování pacienta s dekubity na patách, správnou odpověď, že by použili antidekubitní boty, respondenti označili celkem 76x (100 %), polštář označili respondenti 31x (40,8 %), celkově tato otázka byla zodpovězena na 70,4 %.

Z otázek z oblasti ošetřování a péče o dekubity je patrné, že většina respondentů se nesetkala s transparentním krytím, které je doporučované k ošetření dekubitů I. stupně. U otázky č. 16, kde respondenti měli označit, co nejčastěji provádí při ošetřování dekubitu I. stupně,

respondenti 76x (100 %) označili, že provádějí pravidelné polohování, kontroly místa vzniku dekubitů a aplikaci ochranných krémů, pouze 7x (9,2 %) byla označena správná odpověď, že na dekubitus I. stupně přikládají transparentní krytí (transparentní film). Pro správné ošetřování a předcházení zhoršení vzniklých dekubitů je potřeba prohlubování vědomostí ošetřovatelského personálu v oblasti prevence vzniku a péče o dekubity. Autor Mikula (2008, s. 81) ve své knize uvádí, že terapie dekubitů je složitý komplex opatření, který se týká jak celkového stavu pacienta, tak vlastních tlakových lézí. Při péči a léčbě I. stupně dekubitů doporučuje eliminaci tlaku polohováním, omýváním postiženého místa fyziologickým roztokem s mírnými dezinfekčními přísadami a promašování kůže. Autorka Vytejková (2015, s. 245) ve své knize popisuje při ošetřování a péči o dekubit I. stupně, že se má kůže a její okolí omýt šetrnými prostředky, neničící kyselý ochranný kožní film, polohovat pacienta a udržovat ho v suchu a čistotě, používat prostředky na ošetření a promaštění kůže, sledovat změny kůže, přiložení transparentního krytí (transparentní film). Celkově byla otázka č. 16, která se zabývá nejčastějším ošetřováním dekubitu I. stupně, správně zodpovězena na 54,6 %.

Pozitivní bylo zjištění, že na otázku č. 18, která se zabývá znalostmi v oblasti podpory hojení dekubitů speciálním prostředkem, byla označena správná odpověď, že se jedná o speciální přípravek Cubitan, Cubison celkem 70x (92,1 %) z dotazovaných respondentů. Autorka Janáková (2008, s. 14) ve své praktické příručce výživy v prevenci a léčbě dekubitů pro pacienty popisuje význam výživy při léčbě dekubitů. Představuje zde speciální prostředek Cubitan, který byl vyvinut pro podporu hojení dekubitů.

U otázky č. 17, která zní: Jaká je nejefektivnější metoda při ošetřování dekubitů mě překvapila odpověď většiny respondentů, kteří volili odpověď, že se jedná o kombinaci moderní metody – tzv. vlhké hojení ran a klasické použití „tradičních“ obvazových materiálů, která byla označena celkem 40x (52,6 %), metoda vlhkého hojení ran byla celkem označena respondenty 32x (42,1 %).

9. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala tématem Znalostmi nelékařského zdravotnického personálu v oblasti prevence, vzniku a péče o dekubity. Hlavní cíl byl zmapovat znalosti NLZP o dekubitech ve stanovených oblastech.

Z výsledků vyplynulo, že tento výzkumný soubor v některých otázkách měl rezervy ve znalostech zabývajících se tematikou prevence, vzniku a péče o dekubity. Nejhuře dopadla otázka zaměřená na přiřazení správné klasifikace k jednotlivým stupňům dekubitů, z tohoto důvodu bylo doporučeno zařazení seminářů na toto téma do plánů firemního vzdělávání v rámci celoživotního vzdělávání nelékařských pracovníků a návrh na vznik pracovní instrukce pro nelékařské pracovníky k určení správného stupně dekubitů dle EPUAP klasifikace, která by mohla být součástí edukačního materiálu.

Dále z výzkumu vyplynulo, že nejlepších výsledků dosáhli respondenti ve znalostech v oblasti péče a léčby dekubitů, kdy rozdíl mezi hodnotami průměrných znalostí stanovených oblastí nebyl veliký. Respondenti měli znalosti na dobré úrovni v oblasti o polohování pacientů s již vzniklými dekubity na patách či v sakru, v oblasti podpory hojení dekubitů speciálním vysokobílkovinným nutričním prostředkem – Cubitanem. Z výzkumu vyplynulo, že výsledky respondentů z oddělení akutní péče jsou srovnatelné s výsledky respondentů z oddělení následné péče, i když hodnota průměrných znalostí byla větší u respondentů z oddělení následné péče.

Na odděleních následné péče jsou hospitalizováni pacienti, kteří jsou ve většině případů přeloženi z oddělení akutní péče a tráví zde delší dobu, mnohdy i měsíce. Na lůžkách akutní péče většina pacientů tráví kratší dobu hospitalizace, bohužel i tito pacienti jsou překládány na oddělení následné péče s dekubity. Proto jsem se v bakalářské práci zaměřila na úroveň znalostí NLZP na odděleních akutní i následné péče, zda jsou znalosti v oblasti prevence, péče a vzniku dekubitů NLZP rozdílné či stejné.

Výskyt dekubitů na odděleních je jako jeden z hodnotících kritérií pro kvalitu péče v nemocnicích sledován a každý rok vyhodnocován. Přes celý rok se sbírají data, kde se hodnotí místo vzniku, velikost a stupeň dekubitů, stav nutriční, fyzický stav pacienta a v neposlední řadě, kde dekubitus vznikl, zda byl pacient již s dekubitem přijat na oddělení, či zda dekubitus vznikl na oddělení, kde byl pacient hospitalizován.

V rámci zkoumaného zařízení mají vyškolenou zdravotní sestru specialistku, která se zabývá prevencí, vznikem a léčbou dekubitů. Tato zdravotní sestra specialistka úzce spolupracuje s lékařem chirurgem zabývajícím se hojením chronických (nehojících se) ran. Pro každé oddělení v rámci nemocnice je tato sestra specialistka k dispozici a to jak pro konzultace, vedení úspěšné léčby, popřípadě zajišťuje kontrolní vyšetření lékařem chronických (nehojících se) ran.

Výsledky tohoto výzkumu byly poskytnuty úzkému vedení zařízení, kde byl výzkum prováděn a bylo mu navrženo začlenění seminářů na téma prevence, vznik a péče o dekubity do plánů firemního vzdělávání v rámci celoživotního vzdělávání nelékařských pracovníků. Tyto výsledky by mohly být prospěšné pro účel vzniku pracovní instrukce pro nelékařské pracovníky k určení správného stupně dekubitů dle EPUAP klasifikace. V neposlední řadě bylo vypracování této bakalářské práce přínosem i pro mou osobu obohacením o nové vědomosti.

10. POUŽITÁ LITERATURA

Tištěné zdroje

1. DRUGA Rostislav et al. *Anatomie periferního systému, smyslových orgánů a kůže*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013, 171 s. ISBN 978-80-7262-970-1.
2. FRIEDLOVÁ Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
3. HLINKOVÁ Edita et al. *Nehojace sa rany*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2015, 284s, ISBN 978-80-8063-433-9.
4. HUDÁKOVÁ Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada. 2013, 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
5. CHRÁSKA Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Grada. 2016, 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
6. GROFOVÁ Zuzana Kala. *Dieta na podporu hojení ran*. 1. vyd. Praha: Forsapi. 2012, 190 s. ISBN 978-80-87250-21-1.
7. JANÍKOVÁ Eva, Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada. 2013, 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
8. JAROŠOVÁ Darja a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelství založené na důkazech*. 1.vyd. Praha: Grada. 2014, 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.
9. KAPOUNOVÁ Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
10. KELNEROVÁ Jarmila et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy 1. ročník*. 2. vyd. Praha: Grada. 2014, 240 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
11. KRAJČÍK Štefan a Eva BAJANOVÁ. *Dekubity prevencia a liečba v praxi*. 1. vyd. Bratislava: Herba. 2012, 96 s. ISBN 978-80-89171-9-8.
12. KUTNOHORSKÁ Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
13. MARKOVÁ Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1.vyd. Praha: Grada. 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

14. MASTILIAKOVÁ Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 192 s. ISBN 978-20-247-5376-8.
15. MATĚJOVSKÁ Kubešová Hana et al. *Akutní stavy v geriatrii*. 1. vyd. Praha: Galén. 2009, 233 s. ISBN 978-80-7262-620-5.
16. MIKULA Jan, Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada. 2008, 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
17. MIKŠOVÁ Zdeňka et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada. 2010, 176 s. ISBN 978-80-247-1443-1.
18. NAŇKA Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. 2. vyd. Praha: Galén. 2009, 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.
19. NOVOTNÝ Ivan a Michal HRUŠKA. *Biologie člověka*. 4.vyd. Praha: Fortuna. 2007, 240 s. ISBN 978-807373-007-9.
20. PLEVOVÁ Ilona et al. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada. 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
21. PLEVOVÁ Ilona et al. *Ošetrovatelství II*. 1.vyd. Praha: Grada. 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
22. PLEVOVÁ Ilona et al. *Management v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada. 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
23. POKORNÁ Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 2012, 192 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
24. POKORNÁ Andrea et al. *Ošetrovatelství v geriatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. 2013, 200 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
25. PRŮCHA Jan. *Andragogický výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada. 2014, 152 s. ISBN 978-80-247-5232-7.
26. POSLÍŠILOVÁ Eva a Valérie TÓTHOVÁ. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů*. 1.vyd. Praha: Triton. 2014, 179 s. ISBN 978-80-7387-824-5.
27. ROZSYPALOVÁ Marie et al. *Ošetrovatelství I*. 2. vyd. Praha: Informatorium. 2009, 274 s. ISBN 978-80-7333-074-3.

28. ROZSYPALOVÁ Marie et al. *Ošetřovatelství II*. 2. vyd. Praha: Informatorium. 2010, 254 s. ISBN 978-80-7333-076-7.
29. PLEVOVÁ Ilona et al. *Ošetřovatelství II*. 1.vyd. Praha: Grada. 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
30. ŠPATENKOVÁ Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada. 2015, 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
31. SCHULER Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 2010, 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
32. STRYJA Jan. *Débridement a jeho úloha v managementu rány*. 1. vyd. Semily: Geum. 2015, 173 s. ISBN 978-80-87969-13-7.
33. ŠKRLA Petr a Magda Škrlová. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada. 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
34. TAUFER, Ivan et al. *Jak psát a obhajovat závěrečnou práci: bakalářskou, diplomovou, rigorózní, disertační, habilitační*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2009, 40 s. ISBN 978-80-7395-157-3.
35. TOPINKOVÁ Eva. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén. 2010, 270 s. ISBN 978-80-7262-365-6.
36. TRACHTOVÁ Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCONZO. 2013, 185 s. ISBN 978-807013-553-2.
37. VONDRÁČEK Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha: Grada. 2008, 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
38. VYTEJČKOVÁ Renata et al. *Ošetřovatelské postupy pro nemocné I*. 1.vyd. Praha: Grada. 2011, 232+24 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
39. VYTEJČKOVÁ Renata et al. *Ošetřovatelské postupy pro nemocné III*. 1.vyd. Praha: Grada. 2015, 304 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
40. WARD P.T. Jeremy a Roger W.A.LINDEN. *Základy fyziologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 164 s. ISBN 978-80-7262-667-0.
41. ZEMAN Miroslav et al. *Chirurgická propedeutika*. 3. vyd. Praha: Grada. 2011, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

Internetové zdroje

Hodnocení stupnice dle Nortonové, [online], Dostupné z www: <https://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>, [cit. 2018-2-21].

Klasifikace dekubitů, [online], Dostupné z www: http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/czech-dekubity-preklad_uprava_july2015.pdf, [cit. 2018-2-21].

Predilekční místa, polohování, [online], Dostupné z www: <https://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=110>, [cit. 2018-2-21].

11. PŘÍLOHY

Příloha A – *Škála dle Nortonové*

Příloha B – *Stupně dekubitů dle EPUAP klasifikace*

Příloha C – *Predilekční místa – na břiše, na boku a zádech*

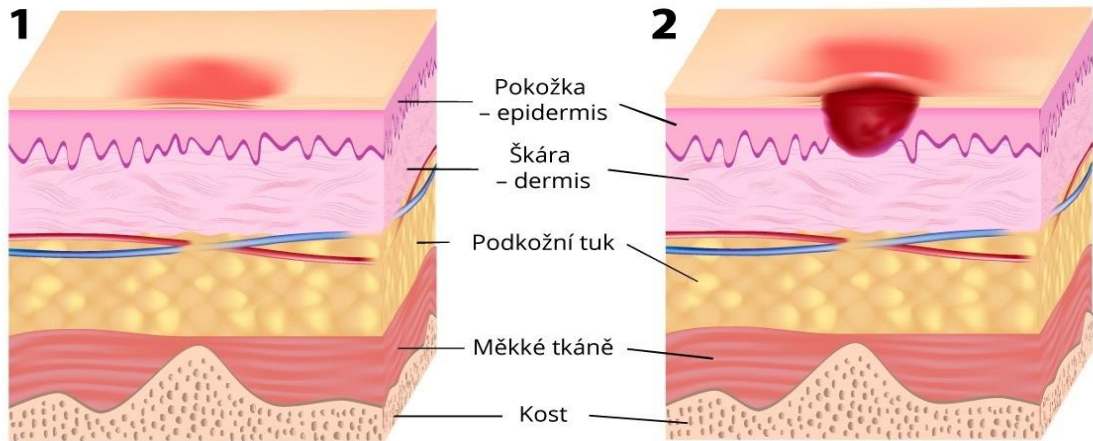
Příloha E – *Použitý dotazník „Znalosti NLZP v oblasti prevence, péče a vzniku dekubitů“*

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

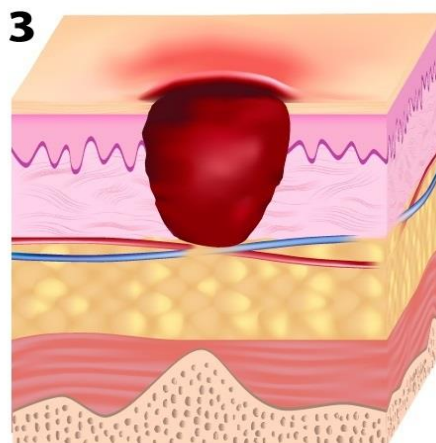
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
Úplná	4 00-10	4 Normální	4 Žádné	4 Dobry	4 Dobry	4 Úplná	4 Není	4 Chodí
Malá	3 11-30	3 Alergie	3 Horečka Diabetes Anemie Karcinom	3 Zhoršený	3 Apatický	3 Částečně omezená	3 Občas	3 Doprovod
Částečná	2 31-60	2 Vlhká	2 Kachexie Obezita On.cév A jiné	2 Špatný	2 Zmatený	2 Velmi omezená	2 Převážně močová	2 Sedačka
Žádná	1 nad 60	1 Suchá	1 Podle závažnosti nemoci 3-1	1 Velmi špatný	1 Bezvědomí	1 Žádná	1 Stolice i moč	1 Upoután na lůžko

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

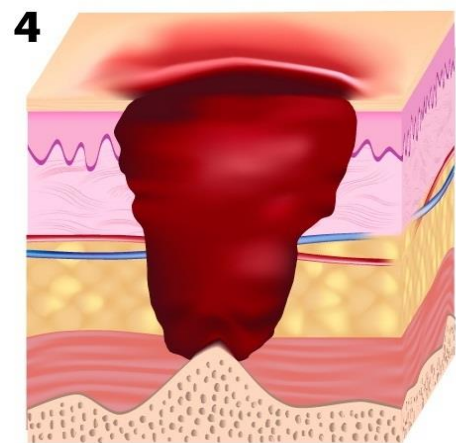
Stádia poškození při nadměrném či dlouhodobém tlaku – vznik proleženin



Zprvu jen zarudnutí, vznik otlaku šířícího se do dermis.

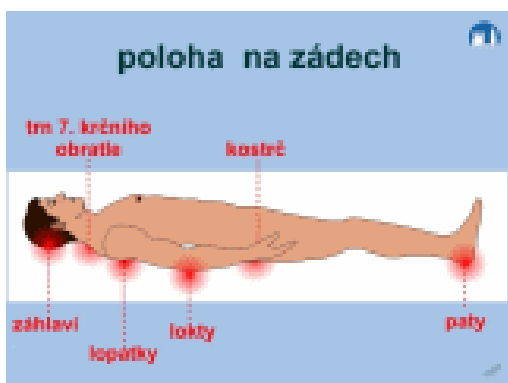
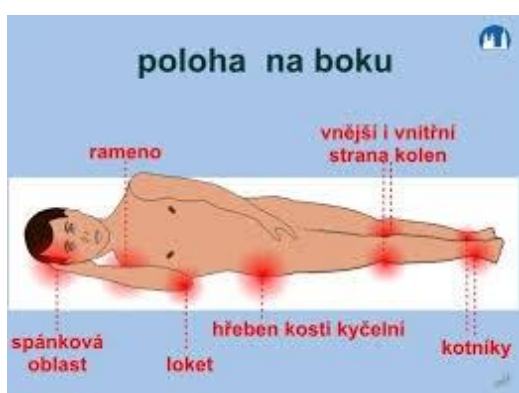
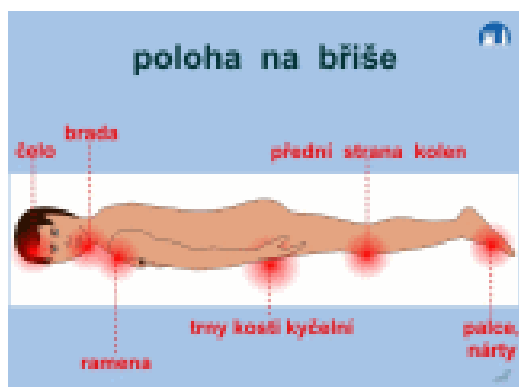


Kožní defekt zasahuje
k podkožnímu tuku, k cévám.



Defekt zasahuje a destruuje
kostní tkáň.

Příloha C – Predilekční místa – na břiše, na boku a zádech



DOTAZNÍK

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Kamila Petrášková a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor Všeobecná sestra.

Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku, který bude sloužit pro vypracování mé bakalářské práce na téma „Znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti prevence, péče a vzniku dekubitů“. Žádám Vás proto, abyste upřímně a samostatně odpověděli na otázky tohoto **anonymního** dotazníku.

Vyplnění dotazníku je dobrovolné a výsledky budou sloužit pro zpracování mé bakalářské práci. Také budou použity jako podklad ke zlepšení kvality péče a prevence dekubitů či pro další vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu v oblasti prevence, péče a vzniku dekubitů v rámci nemocničních seminářů a přednášek.

(odpověď označte X, u některých otázek můžete označit i více odpovědí)

Děkuji Petrášková Kamila

1. Jak byste definovali pojem dekubitus?

(možno označit i více odpovědí)

- poškození tkáně vznikající dlouhodobým působením tlaku na tkáň
- poškození tkáně vlivem snížené imunity
- poškození tkáně působením střížné síly
- poškození tkáně s vyšší pigmentací
- nevím

2. Kde nejčastěji dekubitus vzniká?

(možno označit i více odpovědí)

- na sliznicích
- v místech se silnou vrstvou tukové tkáně
- v místech se zvýšenou pigmentací
- v místech působení tlaku na měkké tkáně mezi kostí a tvrdou podložkou
- kdekoliv na těle
- nevím

3. Označte, co je hlavní příčinou vzniku dekubitů?

(označte křížkem X)

příčina	<i>pokud s tvrzením souhlasíte, označte křížkem</i>	<i>nevím</i>
<i>nečistota</i>		
<i>dlouhodobé působení tlaku</i>		
<i>nádorové onemocnění</i>		
<i>věk pacienta</i>		
<i>pohlaví pacienta</i>		

4. Co jsou predilekční místa?

- místa, kde se tvoří tromby
- místa, kde je slabá tuková a svalová vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí (kostní vyvýšeninou)
- místa, kde je vysoká vrstva podkožního tuku
- místa s výskytem ochlupení
- nevím

5. Označte správné tvrzení o vzniku dekubitů:

(možno označit i více odpovědí)

- dekubity vznikají pouze u starých ležících pacientů
- dekubity mohou vznikat na kůži, podkožní tkáni, ale i sliznicích
- dekubity vznikají působením střížné síly
- obézní pacienti chrání před vznikem dekubitů silná tuková tkáň

6. Kdy se provádí hodnocení rizika vzniku dekubitů do dokumentace?

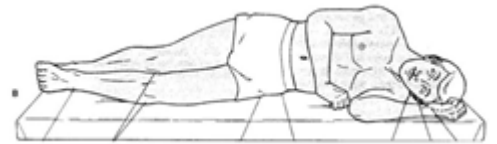
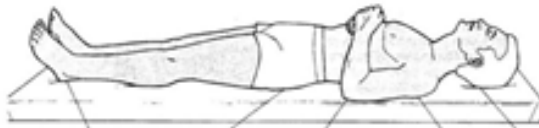
(možno označit i více odpovědí)

- při příjmu pacienta (do 24 hod), opakuje se každý den
- při příjmu pacienta (do 24 hod), dále pak alespoň 1x týdně nebo při změně stavu pacienta
- pouze při večerní hygieně
- při překladi pacienta na jiné oddělení či do jiného zařízení
- nevím

7. Označte na každém obrázku místa se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů:

poloha na zádech

poloha na boku



8. Dle charakteru poškození kůže / podkožní tkáně lze rozlišit dekubity do:

- čtyř stadií
- pěti stadií
- tří stadií
- šesti stadií
- nevím

9. Jaký časový interval polohování by měl být u pacienta s vysokým rizikem vzniku dekubitů? (možno označit i více odpovědí)

- každých 30 minut
- každé 2 hodiny, v případě potřeby častěji
- každé 4 hodiny
- každých 6 hodin
- pokud je pacient schopný pohybu, poučíme ho o nutnosti pravidelné změny polohy
- nevím

10. Označte, co patří do místních příčin vzniku dekubitů:

(možno označit i více odpovědí)

- tlak
- střižná síla
- pohlaví
- věk
- imobilita
- tření kůže o podložku, prostěradlo

11. Označte, co patří do vnitřních příčin vzniku dekubitů:

(možno označit i více odpovědí)

- snížená odolnost pokožky na tlak
- poranění pokožky, odřeniny
- působení vlhka (moč, stolice)
- nesprávná úprava lůžka (shrnuté prostěradlo, podložka)
- špatná cirkulace krve ve tkáni obézních lidí

12. V čem spočívá správná prevence dekubitů?

(možno označit i více odpovědí)

- sledování příjmu tuků
- aktivizaci a rehabilitaci pacienta
- každodenní kontroly stavu kůže a sliznic
- polohování pacientů pouze přes noc
- co nejkvalitnější hygienická a ošetrovatelská péče
- nevím

13. Označte polohu, do které byste nejhodněji uložil/a pacienta s dekubitem v oblasti sakra?



14. Jaké polohovací pomůcky byste použil/a k polohování pacienta s dekubity na patách?

(možno označit více odpovědí)

- klín
- nafukovací podložní kruh
- polštář
- antidekubitní botičky
- hrazdička

15. Přiřaďte správně klasifikaci jednotlivým stupňům dekubitů:

I.stupeň	II.stupeň	III.stupeň	IV. stupeň

- A: erytém – tlaková léze bez poškození kůže (zčervenání)
- B: nekróza – tlaková léze se zničením tkáně mezi kostí a pokožkou
- C: puchýř – tlaková léze s poškozením kůže
- D: vřed – tlaková léze provázena ostitidou a artritidou

16. Při ošetřování dekubitu I. stupně se nejčastěji provádí:

(možno označit i více odpovědí)

- desinfekce defektu a přelepení sterilním krytím
- defekt se neošetřuje
- přiložením transparentního krytí (transparentní film)
- přiložení obvazu obsahující aktivní uhlí
- pravidelné polohování, kontroly místa vzniku dekubitu a aplikace ochranných krémů
- ošetřování kafrovými přípravky

17. Jaká je nejefektivnější metoda při ošetřování dekubitů?

- klasická metoda – použití „tradičních“ obvazových materiálů
- moderní metoda – tzv. vlhké hojení ran
- kombinace obou metod
- nevím

18. Pro podporu hojení dekubitů byl vyvinut speciální přípravek:

- Nutridrink
- Fortimel
- Cubitan, Cubison
- nevím

19. Vaše pohlaví:

- žena
- muž

20. Vaše věková kategorie:

- do 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 let a více

21. Jaké je Vaše vzdělání:

- střední škola (zdravotnický asistent, Všeobecná sestra)
- vyšší odborné škola (DiS.)
- vysoká škola (Bc., Mgr.)
- specializace (prosím doplňte).....

22. Jaká je délka Vaší odborné praxe:

- méně než 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 21 a více let

23. Jaké je Vaše profesní zařazení:

- zdravotnický asistent
- všeobecná sestra
- staniční sestra
- vrchní sestra

24. Na jakém oddělení pracujete:

- akutní lůžka
 - chirurgie
 - interní oddělení
 - MOJIP
 - NIP
- oddělení následné péče
 - ONP
 - DIOP

25. Kde jste získala vědomosti o dekubitech?

(možno označit i více odpovědí)

- střední škola
- vyšší odborná škola
- vysoká škola
- doškolovací kurzy
- samostudium (literatura, internet,...)
- praxe
- jiné:.....