

MASARYKOVA UNIVERZITA

LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Katedra ošetrovatelství



Veronika Kambová

**Problematika identifikace dekubitů z pohledu  
studentů**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

Brno 2017

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením doc. PhDr. Andrey Pokorné, Ph.D. Všechny použité odborné literární zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

V Brně dne:.....

Podpis:.....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala především paní doc. PhDr. Andree Pokorné, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady a připomínky, vstřícnost při konzultacích, trpělivost a ochotu, kterou mi věnovala při psaní bakalářské práce. Děkuji také všem respondentům dotazníkového průzkumu.

Na závěr bych chtěla poděkovat svojí rodině, především rodičům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

# OBSAH

OBSAH.....	4
ÚVOD.....	6
1 DEKUBITUS.....	8
1.1 Definice pojmu.....	8
1.1.1 Mechanismus vzniku dekubitů.....	8
1.1.2 Rizikové faktory vzniku dekubitů - vnější.....	9
1.1.3 Rizikové faktory vzniku dekubitů - vnitřní.....	11
1.2 Místa vzniku dekubitů (lokalizace).....	12
1.2.1 Predilekční místa v poloze na zádech.....	12
1.2.2 Predilekční místa v poloze na boku.....	12
1.2.3 Predilekční místa v poloze pronační.....	12
1.3 Klasifikace dekubitů.....	13
1.4 Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů – škály a stupnice.....	18
1.4.1 Hodnotící systém dle Nortonové.....	18
1.4.2 Škála podle Bradenové.....	19
1.4.3 Waterlowa tabulka pro hodnocení rizika vzniku dekubitů.....	19
1.4.4 Jackson – Cubbin škála na posuzování rizika vzniku dekubitů u pacientů na oddělení intenzivní péče.....	20
1.4.5 Inter–rater reliabilita položek vybraných škál.....	20
1.5 Role všeobecné sestry v identifikaci dekubitů.....	21
1.5.1 Polohování jako základní preventivní strategie.....	22
1.5.2 Hygiena v prevenci dekubitů.....	23
1.5.3 Výživa jako důležitý faktor v prevenci.....	24
1.5.4 Prevence vhodnou rehabilitací.....	25
1.5.5 Role krytí v prevenci dekubitů.....	25
2 CÍLE PRÁCE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY.....	27
3 METODIKA.....	29
3.1 Charakteristika výzkumné metody.....	29
3.2 Organizace a realizace průzkumu.....	30
4 Analýza výsledků a jejich interpretace.....	31
4.1 Analýza jednotlivých výsledků.....	31
5 OVĚŘENÍ OČEKÁVANÝCH VÝSLEDKŮ.....	58
6 DISKUZE.....	61

7 NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ – DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	66
ZÁVĚR .....	68
ANOTACE .....	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ .....	72
SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ .....	77
SEZNAM TABULEK .....	78
SEZNAM GRAFŮ .....	79
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	80
SEZNAM PŘÍLOH.....	81
PŘÍLOHY .....	82

# ÚVOD

„Medicína je veselé povídání o smutných věcech.“

Jan Jánošík<sup>1</sup>

Bakalářská práce se zabývá problematikou identifikace dekubitů z pohledu studentů. Na téma problematiky dekubitů bylo popsáno již nespočetně článků, publikací, závěrečných prací i výzkumů nejen v ČR, ale i celosvětově. Důvodem je, že oblast dekubitů je stále velmi aktuální a závažný problém, který nepozbývá na důležitosti. Dekubity představují ošetrovatelský problém, který zatěžuje především nemocného, jemuž ovlivňuje kvalitu života, prodlužuje hospitalizaci, trápí jej jak fyzicky, tak psychicky a v neposlední řadě také dochází ke zvyšování ekonomických nákladů zdravotnického zařízení. Výskyt dekubitů je jedním z velmi důležitých indikátorů pro zvyšování kvality péče o pacienta a jejich výskyt je evidován jako nežádoucí událost.

V teoretické části jsou uvedeny informace s ohledem na kvalitní a relevantní zdroje o problematice dekubitů. Zaměřily jsme se na etiologii vzniku dekubitů, rizikové faktory vzniku, popsaly jsme predilekční místa a také zejména klasifikaci dekubitů. Dále jsme se zaměřily na vyhodnocení rizika vzniku dekubitů dle škál a stupnic a poslední část byla zaměřena na roli všeobecné sestry v prevenci dekubitů. Předmětem empirické části bakalářské práce je analýza a interpretace dat, které jsme získaly pomocí kvantitativní metody formou dotazníkového formuláře, určeného pro studenty Masarykovy univerzity - Lékařské fakulty. Jednalo se o studenty všech tří ročníků oboru všeobecná sestra, jak prezenční tak kombinované formy a o studenty 2. ročníku oboru všeobecné lékařství. Hlavním záměrem empirické části bylo zjistit, zhodnotit a porovnat znalosti studentů oboru všeobecná sestra a všeobecné lékařství o problematice dekubitů z jejich vlastního pohledu.

Pro tuto práci byl stanoven jeden cíl a šest očekávaných výsledků. Hlavním a jediným cílem bylo zjistit a porovnat jednotlivé informace o dekubitech mezi studenty

---

<sup>1</sup> Citáty slavných osobností [online]. Dostupné z www: <http://citaty.net/klicova-slova/medicina/>. [cit. 2017-4-17].

oboru všeobecná sestra a studenty oboru všeobecné lékařství. Jak již bylo zmíněno výše, na téma problematiky dekubitů především z pohledu všeobecných sester bylo napsáno nespočet prací, avšak problematice z pohledu studentů nebyla věnována dostatečná pozornost. Domníváme se, že uvedené problematice je nutno se věnovat již při studiu a studenti by již při přípravě na budoucí povolání měli být o dekubitech řádně informováni a poučeni.

# 1 DEKUBITUS

V následujícím textu budou prezentovány základní pojmy v oblasti tlakových lézí. Jedná se o obecně známé informace, které ale budou zmiňovány v souladu s nejnovějšími dostupnými odbornými poznatky v rámci Evidence Based Nursing – tedy dle zásad ošetřovatelství založeného na důkazech.

## 1.1 Definice pojmu

*„Slovo dekubitus pochází z latinského slova decumbere, což znamená položit, lehnout si. Proleženiny byly tak pojmenovány, protože jsou běžné pro nemocné upoutané na lůžko.“<sup>2</sup>*

Dekubitus je lokalizované poškození kůže a/nebo podkožní tkáně, obvykle nad kostním výčnělkem, které vzniká v důsledku tlaku anebo tlaku v kombinaci se střížným efektem. Se vznikem dekubitu je spojeno také množství dalších faktorů, jejichž význam nebyl dosud plně objasněn.<sup>3</sup> Jako dekubity můžeme tedy nazývat jakékoli poškození kůže nebo tkání způsobené přímým tlakem, nebo třecími silami. Poškození pak nabývá různých klinických projevů (od erytému až po hluboké tkáňové léze) včetně postižení svalů, šlach a kostí. Jsou tak významně rizikovým stavem pro vznik infekce a ovlivňují celkový stav nemocného, délku a prognózu terapeutického procesu.<sup>4</sup>

### 1.1.1 Mechanismus vzniku dekubitů

Překročí-li intenzita tlaku hodnotu normálního krevního tlaku v kapilárách, tj. 4,27 kPa (32 mmHg), dojde k zástavě krevního oběhu, a to buď formou totální

---

<sup>2</sup> TRACHTOVÁ, E., et al., *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, s. 62.

<sup>3</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 15.

<sup>4</sup> Srov. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ R., *Kompendium hojení ran pro sestry*, s. 113.



ischemie, nebo formou kapilární stázy, či kombinaci obou. Klinický stav je vždy totožný – poškození až nekróza tkání.<sup>5</sup>

Dobu působení tlaku, při které může vzniknout dekubitus, nelze přesně určit. Dekubity vznikají zejména dlouhodobým tlakem působícím na tkáň. Z klinického hlediska je závažnější tlak nízký, ale dlouhodobý, než tlak krátkodobý a vysoký.<sup>6</sup> Uvádí se, že až 60 % proleženin se vytvoří v prvních dvou týdnech od přijetí k hospitalizaci a 70 % všech dekubitů se vyskytuje u osob starších 70 let. Zejména u geriatrických pacientů nad 80 let s přítomností rizikových faktorů se mohou dekubity vyvinout i během několika hodin.<sup>7</sup> Při vzniku dekubitů se uplatňují vnitřní i zevní faktory, které budou shrnuty v následujících podkapitolách.

### 1.1.2 Rizikové faktory vzniku dekubitů - vnější

Mezi vnější rizikové faktory způsobující vznik dekubitů patří především dlouhodobý tlak, mechanické vliv (střížné síly, tření) a chemické vlivy (vlhko).

**Dlouhodobý tlak**, především intenzita tlaku a doba jeho působení stojí v popředí vnějších faktorů vedoucích ke vzniku dekubitu. Vlivem lokalizovaného tlaku dochází ke kompresi kapilár, která má za následek nejen snížené zásobování tkání kyslíkem a živinami, ale hromadění metabolických produktů. Tato ischemie může vyústit až v nekrózu tkáně. Proleženina se může objevit již po dvou hodinách, v extrémních případech se udává třicet minut.<sup>8</sup>

Odolnost tkáně vůči tlaku snižuje nedostatek bílkovin, anémie, otok, dehydratace a některá systémová onemocnění, které se pojí s výrazně častějším výskytem poruch hojení ran.<sup>9</sup>

**Mechanické vlivy (střížné síly, tření)** jsou také jedním z nejdůležitějších faktorů pro vznik dekubitů. Tření je síla, která vzniká, když je nemocný posouván po

---

<sup>5</sup> Srov. RIEBELOVÁ, V., et al., *Dekubity – prevence, konzervativní a chirurgická léčba*, s. 9.

<sup>6</sup> Srov. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., *Prevence dekubitů*, s. 13.

<sup>7</sup> Srov. SLANINOVÁ, I., VEGERBAUER, M., MALÝ, J., Prostředky k prevenci a léčbě dekubitů pohledem farmaceuta. *Praktické lékařství*. 2012, roč. 8, č. 5, s. 236-241.

<sup>8</sup> Srov. RIEBELOVÁ, V., et al., *Trendy soudobé chirurgie - Dekubity*, s. 13 – 14.

<sup>9</sup> Srov. STRYJA, J., *Repetitorium hojení ran*, s. 83.

podložce. Kůže se odírá, klesá její obranná schopnost a dochází ke vzniku mikroskopických trhlinek, které slouží jako brána infekce.

Střížná síla je výsledkem působení tlaku a tření pokožky pacienta o podložku. Stříhový efekt vzniká, pokud je nemocný ve zvýšené poloze vlivem gravitace. Pohyb se přenáší na kost křížovou a na hluboce uložené tkáně. Kůže nad kostí křížovou se nemůže pohybovat, a proto dochází ke tření. Nejvíce riziková poloha je Fowlerova poloha.<sup>10</sup>

**Chemické vlivy (vlhko)**, při kterých působí pot, moč a stolice dochází z důvodu vlhkosti k maceraci kůže a tím ovlivnění pH kůže, což má za následek snížení kožní bariéry.<sup>11</sup>

Tlak a vlhkost byly nejčastěji označena jako příčiny dekubitů na kůži, ale i sliznici.<sup>12</sup>

Zvláště pokožka v oblasti genitálu a sakra je vystavena jednak negativním důsledkům působení fyzikálních sil (např. tlak, tah, tření) a jednak chemickým látkám (moč, stolice, pot). Efektivní ochrana kůže vyžaduje zajištění rovnováhy – na straně jedné podporou dostatečné vláčnosti kůže, na straně druhé zabráněním jejímu vysoušení/přesušení. Příliš vlhká kůže je náchylná k poškození v důsledku macerace, a naopak u přesušené kůže dochází rychleji ke vzniku ragád a jiných poškození při manipulaci s pacienty, ale i při mimovolných a nekontrolovaných mikropohybů.<sup>13</sup>

Další příčinou, proč dekubity mohou vznikat je vlhkost, nedostatečná a nesprávně prováděná hygiena pacienta, nevhodný oděv pacienta, shrnuté prostěradlo nebo také nedostatečně upravené lůžko. Problémem mohou být i špatně umístěné permanentní močové katétrů, kabely od monitorujících zařízení, infuzních setů a jiné.

---

<sup>10</sup> Srov. MIKULA J, MÜLLEROVÁ N., *Prevence dekubitů*, s. 13.

<sup>11</sup> Srov. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ R., *Kompendium hojení ran pro sestry*, s. 114.

<sup>12</sup> Srov. POKORNÁ, A., SAIBERTOVÁ, S., et al., *Sorrorigenní rány, jejich identifikace a léčba [CD-ROM]*, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015

<sup>13</sup> Srov. POKORNÁ, A., *Možnosti diferenciální diagnostiky tlakových lézí a lézí v důsledku inkontinence*, *Postgraduální medicína, Mladá fronta a.s.*, 2015, roč. 17, č. 2, s. 217 – 220.

### 1.1.3 Rizikové faktory vzniku dekubitů - vnitřní

Mezi vnitřní faktory, nebo také faktory ze strany nemocného patří pohlaví, věk, imobilita, tělesná hmotnost a stav výživy a aktuální stav nemocného s přidruženými chorobami.

**Věk** je významným neovlivnitelným faktorem. Senior má až 20krát vyšší pravděpodobnost vzniku dekubitu než člověk ve středním věku. Věkem totiž pokožka ztrácí svoji regenerační schopnosti - pevnost a pružnost. Kůže se méně prokrvuje a stává tak křehčí a zranitelnější.<sup>14</sup>

Je uváděno s ohledem na fakt, že tuková tkáň vykazuje nejmenší odolnost na tlak, proto jsou ženy náchylnější ke vzniku dekubitů.<sup>15</sup>

Zdravý člověk mění za normálních okolností spontánně svoji polohu, pokud pociťuje nepohodlí vyvolané tlakem na tělo. Člověk postižený poruchou vědomí nebo například plegií má sníženou schopnost reagovat na kompresi tkání a tím je mnohonásobně větší šance k riziku výskytu dekubitů.<sup>16</sup>

**Nedostatečná výživa a dehydratace** zvyšuje riziko vzniku dekubitů u nemocných, kteří nekonzumují dostatečné množství plnohodnotné vyvážené stravy a nemají dostatečný příjem tekutin. Nedostatek vitamínu C, bílkovin a zinku jsou faktory, které vedou ke snížení svalové hmoty a snížení buněčné imunity. U všech stavů malnutrice je snížena regenerační schopnost a hojení ran.<sup>17</sup>

U osob, kde převažuje katabolismus nad anabolismem, se dekubity objevují až třikrát častěji, než u zdravých osob.<sup>18</sup>

**Nemoc** snižuje obranyschopnost organismu a tyto onemocnění podporují vznik dekubitů. Můžeme zmínit například diabetes mellitus, anémie a jiné. Závažnými onemocněními jsou úrazy a poruchy míchy a páteře, onemocnění kardiovaskulárního systému, zhoubné nádory apod.<sup>19</sup>

---

<sup>14</sup> Srov. TRACHTOVÁ, E., et al., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 62.

<sup>15</sup> Srov. SLANINOVÁ, I., VEGERBAUER, M., MALÝ, J., *Prostředky k prevenci a léčbě dekubitů pohledem farmaceuta. Praktické lékařství*. 2012, roč. 8, č. 5, s. 236-241.

<sup>16</sup> Srov. TRACHTOVÁ, E., et al., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 62.

<sup>17</sup> Srov. ONDŘIOVÁ, I., FERTAĽOVÁ, T., *Dekubity v kontexte liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Referátový výber z dermatovenerologie*. 2014, roč. 56, č. 3, s. 34-39.

<sup>18</sup> Srov. Tamtéž, s. 34-39.

<sup>19</sup> Srov. Tamtéž, s. 34-39.

## 1.2 Místa vzniku dekubitů (lokalizace)

Dekubitální léze vznikají v závislosti na poloze, ve které je pacient dlouhodobě uložen. Tlaková nekróza postihuje kůži, podkoží, hlubší struktury ale také sliznice.<sup>20</sup> Nejčastěji vznikají dekubity na tzv. predilekčních místech, což je odborný název pro oblasti, kde jsou kožní výběžky, které jsou pouze minimálně kryty podkožním tukem a jsou tak velmi blízko kožnímu povrchu.<sup>21</sup>

### 1.2.1 Predilekční místa v poloze na zádech

Při poloze na zádech na rovné podložce jsou nejvíce postiženy oblasti nad patní kostí (1/3 dekubitů), sakrální oblast (1/3 dekubitů), hřebeny lopatek, trn 7. krčního obratle a týlní kost. Dále jsou ohroženy loketní klouby a oblast hýždí. Stryja et al. (2011) uvádí, že více jak 90% všech dekubitů vzniká na dolní polovině těla, distálně od pasu.<sup>22</sup>

### 1.2.2 Predilekční místa v poloze na boku

Při poloze na boku bývají nejčastěji postiženy oblastí kotníků, mezi koleny, zevní strana kolenního kloubu, hřeben kosti kyčelní, oblast nad loketním a ramenním kloubem a spánková kost. Dekubitus se může vyskytnout i na uchu.<sup>23</sup>

### 1.2.3 Predilekční místa v poloze pronační

Proleženiny se mohou vyskytnout i při poloze na břiše, i když tato poloha není tak příliš častá a používaná. Dekubity vznikají zejména v místě frontální kosti, uší, lících a klíčních kostí, hřebenech kostí kyčelních, kolen a palců u nohou.<sup>24</sup>

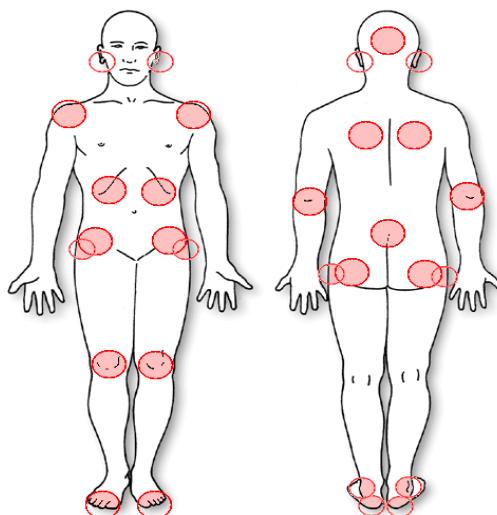
---

<sup>20</sup> Srov. STRYJA, J., et al., *Repetitorium hojení ran 2*, s. 142.

<sup>21</sup> Srov. KRÁLOVÁ, E., KULAŠNÍKOVÁ, Z., Možnosti prevence a terapie dekubitov. *Praktické lékařnictvo*. 2013, roč. 3, č. 2, s. 51-54.

<sup>22</sup> Srov. STRYJA, J., et al., *Repetitorium hojení ran 2*, s. 142.

<sup>23</sup> Srov. RIEBELOVÁ, V., et al., *Dekubity – prevence, konzervativní a chirurgická léčba*, s. 15.



Obr. č. 1 Predilekční místa<sup>25</sup>

### 1.3 Klasifikace dekubitů

Ve většině zdravotnických zařízení po celém světě se používá mezinárodní klasifikace EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel – Evropský poradní panel pro otázky dekubitů) pro hodnocení stupně dekubitů. Nejnovější verze je ze srpna roku 2014 a níže uvádíme podrobnější informace.

#### ***Dekubitus I. stupně: Zarudnutí kůže/neblednoucí hyperemie (erytém)***

První stupeň je charakterizován neporušenou integritou kůže, neblednoucím zarudnutím, které je často lokalizováno nad kostním výčnělkem. Místo může být bolestivé, teplejší nebo chladnější, tvrdé nebo měkké v porovnání s okolní tkání.<sup>26</sup> U osob s velkým množstvím pigmentu, které mají snědou kůži, se zarudnutí může jevit až jako fialové.<sup>27</sup> Změny v tomto stupni jsou ještě reverzibilní.<sup>28</sup>

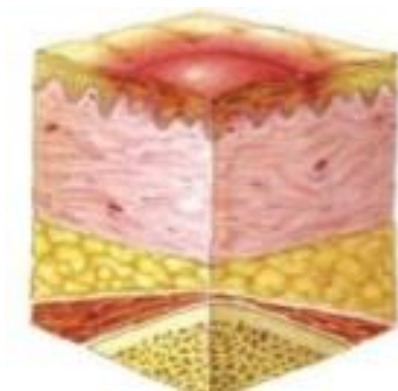
<sup>24</sup> Srov. RIEBELOVÁ, V., et al., *Dekubity – prevence, konzervativní a chirurgická léčba*, s. 15.

<sup>25</sup> BEECKMAN, D., SCHOONHOVEN, L., DEALEY, C. - EPUAP, *Location – bony prominences, PuClas3*, [online]. Dostupné z [www: http://users.ugent.be/~dibeeckm/puclas/html/images/location\\_bonyprominences1.gif](http://users.ugent.be/~dibeeckm/puclas/html/images/location_bonyprominences1.gif). [cit. 2016-12-18].

<sup>26</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 15.

<sup>27</sup> Srov. VAŠÍČKOVÁ, L., *Dekubity a jejich prevence. ParaCentrum FENIX. 2014*, s. 23.

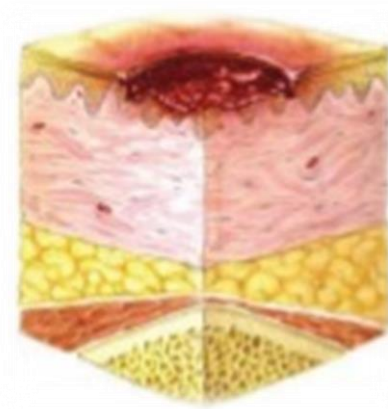
<sup>28</sup> Srov. KRÁLOVÁ, E., KULAŠNÍKOVÁ, Z., *Možnosti prevence a terapie dekubitů. Praktické lékárnictvo. 2013, roč. 3, č. 2, s. 51-54.*



**Obr. č. 2 Dekubitus I. stupně - erytém<sup>29</sup>**

***Dekubitus II. stupně: Částečná ztráta kožního krytu***

Anatomicky se jedná o poškození epidermis a dermis. Jedná se o částečné nebo povrchové poškození kůže, které se projevuje mělkým vředem bez povlaku. Může se také projevovat jako otevřený/prasklý puchýř vyplněný serózní tekutinou. Označení tohoto stupně dekubitu by se nemělo užívat pro perineální dermatitidu, strženou kůži, exkoriaci nebo maceraci kůže. Zhojení tohoto stupně dekubitu je zdlouhavé díky poškozené cévní cirkulaci.<sup>30</sup> Tento stupeň dekubitu je pacienti většinou popisován jako velmi bolestivý.<sup>31</sup>



**Obr. č. 3 Dekubitus II. stupně - puchýř<sup>32</sup>**

<sup>29</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 15.

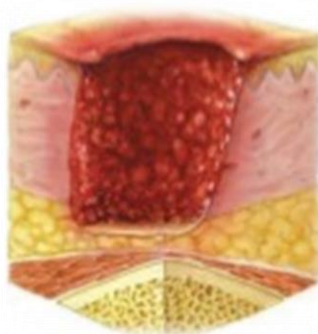
<sup>30</sup> Srov. Tamtéž, s. 15.

<sup>31</sup> Srov. ONDRIOVÁ, I., FERTAĀOVÁ, T., Dekubity v kontexte léčebnej a ošetrovateľskej starostlivosti. *Referátový výbér z dermatovenerologie*. 2014, roč. 56, č. 3, s. 34-39.

<sup>32</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 15.

### ***Dekubitus III. stupně: Úplná ztráta kožního krytu***

Tento stupeň je charakterizován úplnou ztrátou kůže. Tvoří se hluboký vřed, který je často krytý suchou černohnědou krustou nebo vlhkým žlutohnědým povlakem.<sup>33</sup> Může být viditelný kožní tuk, avšak kosti, šlachy a svaly odhaleny nejsou. Hloubka rány se odvíjí od anatomické lokalizace. Velmi hluboké defekty se mohou tvořit v místech s vysokou tukovou vrstvou. Může být přítomen povlak, podminování a sinusy. Anatomicky postihuje epidermis, dermis a subcutis.<sup>34</sup>



**Obr. č. 4 Dekubitus III. stupně - nekróza<sup>35</sup>**

### ***Dekubitus IV. stupně: Úplná ztráta kůže a podkoží***

Dekubitus se prohlubuje, může obnažovat kosti, šlachy nebo svaly. Ve spodině rány se často objevuje nekróza/krusta. Vlivem poškození také často vzniká ostitida a artritida. Objevuje se dekubitální vřed.<sup>36</sup> Dochází k rozsáhlé destrukci, odumírá svalová tkáň a poškozená je i kost.<sup>37</sup>

---

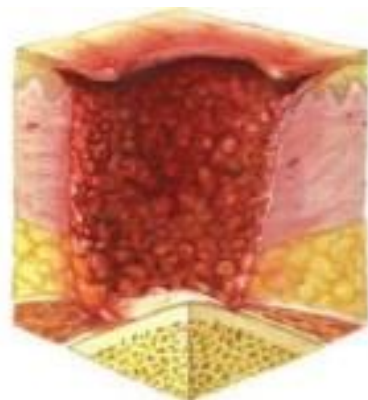
<sup>33</sup> Srov. ONDRIOVÁ, I., FERTAĽOVÁ, T., Dekubity v kontexte liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. 2014, roč. 56, č. 3, s. 34-39.

<sup>34</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 15.

<sup>35</sup> Srov. Tamtéž, s. 15.

<sup>36</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 16.

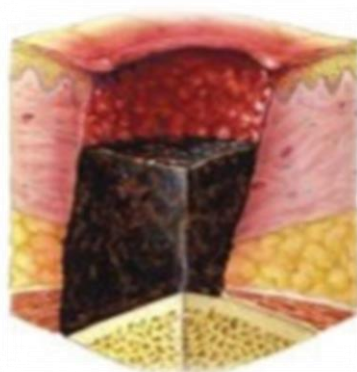
<sup>37</sup> Srov. ONDRIOVÁ, I., FERTAĽOVÁ, T., Dekubity v kontexte liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. 2014, roč. 56, č. 3, s. 34-39.



**Obr. č. 5 Dekubitus IV. stupně – vřed<sup>38</sup>**

***Bez určení stupně – neznámá hloubka rány/vředu***

Úplná ztráta tkáně s povlakem, který překrývá spodinu. Spodina je kryta nekrotickou tkání nebo strupem. Rána je obtížně identifikovatelná, dokud není nekrotická tkáň dostatečně odstraněna.<sup>39</sup>



**Obr. č. 6 Dekubitus - bez určení stupně<sup>40</sup>**

***Neznámá hloubka rány/vředu – podezření na hluboké poškození***

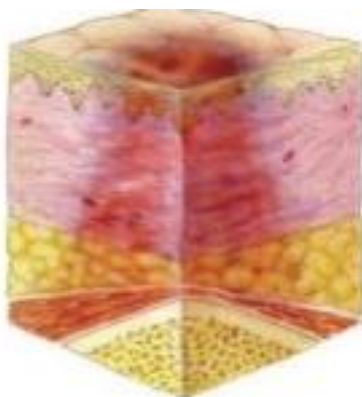
Oblast fialově nebo vínově červeně zbarvené místo s neporušenou kůží vyplněné hemoragickým obsahem. Příčinou je poškození měkkých tkání tlakem nebo střížnými silami. Projevem může být bolestivost, tuhost, kašovitost. V rámci poškození se může

<sup>38, 40</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 16.

<sup>39</sup> Srov. Tamtéž, s. 16.



vytvořit puchýř nad spodinou rány. Rána se může rychle rozvinout a tím odkrýt další vrstvy tkáně.<sup>41</sup>



**Obr. č. 7 Dekubitus – neznámá hloubka rány/vředu<sup>42</sup>**

Níže jsou uvedeny klasifikace dekubitů, které se stále nesprávně, ale nejčastěji používají v klinické praxi v České republice. Je to stupnice dekubitů podle Torrance, klasifikace dekubitů dle Hibbsové a Danielova klasifikace dekubitů. Jejich použití v klinické praxi není příliš vhodné, a to z důvodu pouze orientačního popisu konkrétních stupňů postižení kůže a dalších anatomických struktur. Např. Danielova klasifikace dekubitů je velmi orientační a neumožňuje tak zdravotnickému personálu přesný popis dekubitu jako například mezinárodně užívaná klasifikace dekubitů dle EPUAP, kde jsou stupně dekubitů popsány a navíc doplněny příklady.

---

<sup>41</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 16.

<sup>42</sup> Srov. Tamtéž, s. 16.

## 1.4 Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů – škály a stupnice

Posouzení rizika vzniku dekubitů je jedním z prvních kroků v prevenci dekubitů. Hodnocení rizika se provádí při příjmu pacienta (nejpozději do 8 hodin od přijetí) a dále tak často, jak to vyžaduje stav pacienta a při výrazné změně stavu pacienta. Přitom platí, že všechna posouzená rizika musí být dokumentována. Dále se doporučuje provádět kompletní zhodnocení stavu kůže jedince se zvláštním důrazem na predilekční místa a při každé změně polohy pacienta je nutné rovněž provést krátké zhodnocení stavu kůže. Kůže, která přichází do kontaktu s léčebnými pomůckami, by měla být vyšetřována alespoň dvakrát denně.<sup>43</sup>

V současnosti existuje na světě téměř 40 škál na posouzení rizika vzniku dekubitů.<sup>44</sup> Nejčastějšími používanými škálami na posouzení rizika vzniku dekubitů v zahraničí jsou škála Nortonové, škála Bradenové a škála Waterlow, které níže podrobněji popisujeme. Z méně častých uvádíme škálu Jackson/Cubbin, která byla připravena pro pacienty na pracovištích intenzivní péče.

### 1.4.1 Hodnotící systém dle Nortonové

Modifikovaná škála Nortonové je v České republice v současné době nejvíce používaná škála k hodnocení rizika dekubitů. Vznikla přepracováním hodnotícího systému podle Nortonové z roku 1962, která nebyla příliš přesná. Modifikovaná škála tedy obsahuje navíc čtyři položky, oproti hodnotícímu systému. Každá položka je hodnocena od jednoho do čtyř bodů. Největší možný počet je 36, což značí pouze minimální předpoklad ke vzniku dekubitů, naopak nejnižší počet bodů je 9, což představuje vysokou pravděpodobnost ke vzniku dekubitů.<sup>45</sup>

---

<sup>43</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 17.

<sup>44</sup> Srov. ŠÁTEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K., Inter-rater reliabilita položiek Bradenovej škály, Nortonovej škály, Waterlowej škály. *Profese online*. 2016, roč. 9, č. 2, s. 10-15.

<sup>45</sup> Srov. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., *Prevence dekubitů*, s. 18-19.

Hodnotící systém dle Nortonové je uveden v metodickém doporučení věstníku ministerstva zdravotnictví České republiky, v částce 6 z roku 2009: metodika prevalenčního sledování dekubitů na národní úrovni.<sup>46</sup>

#### 1.4.2 Škála podle Bradenové

Tato škála vznikla v roce 1987 a jejími autorkami jsou Barbara J. Braden a Nancy Bergstrom. Je jednou z nejvíce používaných škál na posouzení rizika vzniku dekubitů v USA.<sup>47</sup> Ve škále jsou uvedeny následující položky: smyslové vnímání, vlhkost pokožky, fyzická aktivita, mobilita a stav výživy. Oproti modifikované škále dle Nortonové je specifičtější, zohledňuje totiž také třecí a střížné síly. Musíme však zmínit, že neobsahuje věk a přidružená onemocnění. Celkové skóre škály Bradenové je od 6 do 23 bodů. Nižší skóre indikuje vyšší riziko vzniku dekubitů.<sup>48</sup> Škála Bradenové je k užití v klinické praxi velmi vhodná, protože obsahuje detailní popis jednotlivých položek, na druhou stranu jsou charakteristiky příliš dlouhé, což je časově velmi náročné pro posuzovatele.<sup>49</sup>

#### 1.4.3 Waterlowa tabulka pro hodnocení rizika vzniku dekubitů

Waterlowa tabulka je nejčastěji používanou škálou na posouzení rizika vzniku dekubitů ve Velké Británii a Irsku.<sup>50</sup> Škála Waterlow obsahuje následující položky: tělesná konstituce, hmotnost, kontinence, typ kůže, mobilita, pohlaví, věk a chuť k jídlu. Nejnižší možný počet bodů je 0, přičemž při dosažení 20 a více bodů hrozí vysoké riziko vzniku dekubitů.

---

<sup>46</sup> Věstník MZ ČR, Částka 6. *Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni* [online]. Dostupné z [www:http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c\\_3628\\_1779\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3628_1779_11.html). [cit. 2017-1-8].

<sup>47</sup> Srov. ŠÁTEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K., Inter-rater reliabilita položiek Bradenovej škály, Nortonovej škály, Waterlowej škály. *Profese online*. 2016, roč. 9, č. 2, s. 10-15.

<sup>48</sup> Srov. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., *Prevence dekubitů*, s. 20.

<sup>49</sup> Srov. ŠÁTEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K., Inter-rater reliabilita položiek Bradenovej škály, Nortonovej škály, Waterlowej škály. *Profese online*. 2016, roč. 9, č. 2, s. 10-15.

<sup>50</sup> Srov. Tamtéž, s. 10-15.

#### 1.4.4 Jackson – Cubbin škála na posuzování rizika vzniku dekubitů u pacientů na oddělení intenzivní péče

Tato škála byla navržena přednostně pro účely prostředí jednotek intenzivní péče. Tato škála zahrnuje deset položek: věk, hmotnost, stav kůže, psychický stav, mobilitu, výživu, dýchání, inkontinenci, hygienu a hemodynamický stav. Celkové skóre se pohybuje v rozmezí 4-40 bodů, kdy nižší skóre indikuje vyšší riziko vzniku dekubitů. Šáteková ve svých pracích uvádí název škály jako Cubbin – Jackson, zahraniční zdroje však užívají spojení Jackson – Cubbin škála.<sup>51</sup> Podle některých autorů je její nevýhodou, že nemá přesně definované jednotlivé kategorie.<sup>52</sup>

Finská autorka Maarit Ahtiala provedla její revizi tak, aby byla lépe využitelná v klinické praxi.<sup>53</sup> V příloze č. 7 je nejprve uvedena původní škála tak, jak ji uvádějí autoři Krajčík a Bajanov. V další tabulce (viz – příloha č. 8) je uvedena modifikovaná škála dle finské autorky Maarit Ahtiala.

#### 1.4.5 Inter–rater reliabilita položek vybraných škál

Použití škál na posouzení rizika vzniku dekubitů v klinické praxi si vyžaduje, aby byly validní a reliabilní a měly by poukázat na zvýšení kvality zdravotní péče a zlepšit výsledky pacientů. Sestry dělají často chyby v používání škál, a proto jsou realizovány výzkumy na hodnocení inter-rater reliability. Jedním z nich je i výzkum Šátekové et al.

Cílem výzkumné studie Šátekové, Žiakové et al., bylo zjistit stupeň inter-rater reliability (shoda mezi posuzovateli) jednotlivých položek vybraných škál (škála Bradenové, škála Nortonové a škála Waterlow) na posouzení rizika vzniku dekubitů.<sup>54</sup>

---

<sup>51</sup> Srov. ŠÁTEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K., Inter-rater reliabilita položiek Bradenovej škály, Nortonovej škály, Waterlowej škály. *Profese online*. 2016, roč. 9, č. 2, s. 10-15.

<sup>52</sup> Srov. KRAJČÍK, Š., BAJANOV, E., *Dekubity – prevencia a liečba v praxi*, s. 25.

<sup>53</sup> Srov. AHTIALA, M., et al., Critical Evaluation of the Jackson/Cubbin Pressure Ulcer Risk Scale — A Secondary Analysis of a Retrospective Cohort Study Population of Intensive Care Patient. *Ostomy Wound Management*, 2016, 62(2), s. 24 – 33.

<sup>54</sup> Srov. ŠÁTEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K., Inter-rater reliabilita položiek Bradenovej škály, Nortonovej škály, Waterlowej škály. *Profese online*. 2016, roč. 9, č. 2, s. 10-15.

Při použití škály s problematickou validitou dochází k určitým negativním skutečnostem, jako například zbytečné použití preventivních opatření, zvýšené použití materiálu a tím i času sester. To může vést k nekvalitnímu ošetrovatelskému plánu.

Z realizovaného výzkumu vyplynulo, že nejvyšší míru shody mezi posuzovateli dosáhla škála Nortonové, po ní následuje škála Bradenové a nakonec škála Waterlow.

Přínosem zmíněného výzkumu je určení, které z vybraných škál je nejvíce validní v určitém prostředí. Výsledky tohoto výzkumu vedly ke zkvalitnění péče o pacienta s rizikem vzniku dekubitu.<sup>55</sup> Z praktického hlediska je důležité, že v prostředí českého zdravotnického systému je škála Nortonové využitelná a existuje nízká míra rizika rozdílů v hodnocení různými posuzovateli.

## 1.5 Role všeobecné sestry v identifikaci dekubitů

Všeobecná sestra je v realizaci prevence a léčby dekubitů důležitou součástí celého zdravotnického týmu. Problematika prevence dekubitů je plně v kompetenci kvalifikovaných sester, podpořená současnou legislativou. Kompetence sester v oblasti prevence dekubitů jsou zaneseny v zákonu č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, a vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.<sup>56</sup>

Hodnocení kůže a tkáně je důležité při prevenci, identifikaci, diagnostice, ale i léčbě.<sup>57</sup> Při použití vhodného systému pro hodnocení rizika vzniku dekubitů může sestra snáze odhalit rizikové pacienty a zvolit tak vhodné ošetrovatelské postupy, které by zamezily alespoň částečně vzniku dekubitů.

---

<sup>55</sup> Srov. ŠÁTEKOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, K., Inter-rater reliabilita položiek Bradenovej škály, Nortonovej škály, Waterlowej škály. *Profese online*. 2016, roč. 9, č. 2, s. 10-15.

<sup>56</sup> Srov. Zákon č. 96/2004 Sb. *O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů*. Vyhláška č. 55/2011 Sb. *O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. Dostupné z [www: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96](https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96), <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>. [cit. 2017-1-8].

<sup>57</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 19.

V klinické praxi jsou často stupně dekubitů hodnoceny nesprávně. Je to možná tím, že je zdravotnický personál nesprávně edukován a také nevhodně užívají klasifikace, které nedostatečně charakterizují určité stupně. Svou roli tak sehrává tradicionalismus a možná neochota se učit něčemu novému.

Všeobecná sestra by se měla v praxi zaměřit na okruhy prevence vzniku dekubitů, kterými lze eliminovat riziko vzniku dekubitů nebo alespoň zmírnit následky.

Níže budou popsány zásady prevence vzniku dekubitů.

### 1.5.1 Polohování jako základní preventivní strategie

Polohování je základní, jednoduchá a neúčinnější metoda v prevenci vzniku dekubitů. Jedná se o systematické postupy s přesnými pravidly, které se řídí časovanými změnami polohy.<sup>58</sup> Pacienta polohujeme proto, abychom snížili dobu a intenzitu tlaku na predilekčních místech a tím zajistili pohodlí pacienta.<sup>59</sup> Časové intervaly se řídí dle aktuálního stavu nemocného od 20 minut do 4 hodin. U plně imobilních pacientů se interval polohování zkracuje na 1 až 2 hodiny. U pacientů, kteří sedí, je tlak větší, než u ležících pacientů, proto by měl být interval u sedících pacientů na vozíku nebo na židli zkrácen na 30 minut až 1 hodinu.<sup>60</sup> Pravidelné polohování není bohužel možné u některých pacientů z důvodu jejich aktuálního klinického stavu. V tomto případě musíme zvážit vhodnost použití aktivní antidekubitní matrace, či například lůžka se středním náklonem.<sup>61</sup>

*Polohovací pomůcky* - jsou velmi praktické a snadno dostupné prostředky. Existuje nespočet pomůcek k polohování, jako jsou válce, klíny, kvádry, které jsou vyrobeny a vyplněny různými materiály. Dle nejnovějších studií však EPUAP nedoporučuje používání podložních kol a věnečků a to z toho důvodu, že okraje těchto pomůcek vytváří oblasti působení velkého tlaku na poškozené tkáň.<sup>62</sup> Polohovací

<sup>58</sup> Srov. ONDŘIOVÁ, I., FERTAĀOVÁ, T., Dekubity v kontexte liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti.

*Referátový výběr z dermatovenerologie*. 2014, roč. 56, č. 3, s. 34-39.

<sup>59</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 27.

<sup>60</sup> Srov. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., *Prevence dekubitů*, s. 26.

<sup>61</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 28.

<sup>62</sup> Srov. Tamtéž, s. 32.

pomůcky se používají k tomu, aby pacient udržel požadovanou polohu nebo aby se zamezilo přímému kontaktu podložky s predilekčními místy.

*Polohovací lůžka* - jsou buď elektrická, nebo mechanická. Nevýhodou mechanických lůžek je velká zátěž na pohybové ústrojí personálu a také při manipulaci s pacientem vznikají třecí a střížné síly, které jsou velkým faktorem pro vznik dekubitů. Stěžejní je i závislost pacienta na zdravotnický personál. Výhodou elektrických lůžek je vybavenost dálkovým ovladačem, což přispívá k nezávislosti pacienta a také ulehčují práci zdravotnickému personálu.<sup>63</sup>

*Antidekubitní matrace* - jsou to „speciální prostředky“, které umožňují rozložení tlaku kontrolou zátěže, která je vyvíjená na tkáň, využitím mikroklimatu a dalšími terapeutickými funkcemi.<sup>64</sup> Rozdělují se na aktivní a pasivní. Aktivní matrace zamezuje vzniku dekubitů střídavým odstraňováním lokálního tlaku. Pasivní antidekubitní matrace zajišťují co nejdokonalejší rozložení hmotnosti pacienta.<sup>65</sup>

## 1.5.2 Hygiena v prevenci dekubitů

Hygiena hraje jednu z nezastupitelných rolí v oblasti prevence. Kůže by měla být udržována v co největší čistotě, aby bylo zamezeno působením negativních látek, jako jsou například, pot, moč, stolice, či jiná sekrece. Pomocí krémů a emulzí se pokožka udržuje vláčná a nevysušená, čímž se výrazně snižuje riziko možných trhlinek na kůži. Starší literatura uvádí, že by měla být pokožka udržována v suchu, novější zdroje ale upozorňují, že pokožka má být vláčná, čímž se zabrání popraskání kůže, tím vzniku mikrotraumat a možné infekci. Velmi důležitá je také kontrola stavu pokožky pacienta, zejména u imobilních pacientů.<sup>66</sup> Dle EPUAP by se stav kůže měl posuzovat při příjmu pacienta nejpozději do 8 hodin, pravidelně podle vyhodnoceného stupně rizika jedince a při jakémkoliv zhoršení stavu. Zvláštní zaměření by mělo připadat na kůži nad kostními výčnělky. Každé polohování je příležitost, kdy můžeme zkontrolovat kůži pacienta. EPUAP také silně nedoporučuje masírovat kůži pacienta s

<sup>63</sup> Srov. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., *Prevence dekubitů*, s. 27-28.

<sup>64</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 34.

<sup>65</sup> Srov. ONDŘIOVÁ, I., FERTAĀOVÁ, T., Dekubity v kontexte léčebnej a ošetrovateľskej starostlivosti. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. 2014, roč. 56, č. 3, s. 34-39.

<sup>66</sup> Srov. KRÁLOVÁ, E., KULAŠNÍKOVÁ, Z., Možnosti prevencie a terapie dekubitov. *Praktické lékařnictvo*. 2013, roč. 3, č. 2, s. 51-54.

rizikem vzniku dekubitu, protože může způsobit mírnou destrukci tkáně nebo zánětlivou reakci.<sup>67</sup>

Do hygienické péče patří i pravidelná výměna ložního a osobního prádla. Lůžko pacienta by mělo být dokonale čisté a upravené, bez zbytků a drobků jídla, které by mohly způsobit tlak na kůži a tím vznik dekubitu. Pokud je u imobilních pacientů nutné použít inkontinenční pomůcky, musíme dbát na to, aby byla zachována prodyšnost. Neprodyšné materiály se zapařují a macerují, čímž se narušuje integrita kůže a vzniká velmi vysoké riziko vzniku dekubitů.<sup>68</sup>

EPAUP dále upozorňuje na nevhodnost přikládání zahřívacích pomůcek. Teplota zrychluje metabolismus, tím se navozuje pocení a snižuje se tolerance tkání vůči tlaku.<sup>69</sup>

### 1.5.3 Výživa jako důležitý faktor v prevenci

Správná výživa hraje důležitou roli v prevenci dekubitů. Ke zlepšení stavu pacienta se uplatňuje pestrá strava bohatá zejména na bílkoviny, zvýšený přísun vitamínu A, C a E, vyvážený poměr minerálních látek a stopových prvků.<sup>70</sup> Strava udržuje pokožku vláčnou, zvyšuje její imunitu a obranu proti infekcím a zkracuje dobu hojení ran. Velmi důležitý je také dostatečný pitný režim a hydratace.<sup>71</sup> Jestliže není možné uspokojit nutriční požadavky organismu nemocného běžným příjmem potravy je vhodné nabídnout nemocnému orální nutriční obohacující doplňky, které se mohou použít v prevenci neplánovaného úbytku hmotnosti a malnutrice, ale také v prevenci dekubitů.<sup>72</sup> Nutriční doplňky podáváme nemocnému mezi jednotlivými jídly nebo po jídle. V současné době je na trhu nepřeberné množství produktů pro doplňkovou nutriční terapii. Jsou to například nutriční doplňky Nutridrink – komplexní tekutá

---

<sup>67</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 21.

<sup>68</sup> Srov. VAŠIČKOVÁ, Lia., *Dekubity a jejich prevence* [online]. Dostupné z [www](http://www.pcfenix.cz/images/dokumenty/publikace/Dekubity-a-jejich-prevence_2014.pdf):

[http://www.pcfenix.cz/images/dokumenty/publikace/Dekubity-a-jejich-prevence\\_2014.pdf](http://www.pcfenix.cz/images/dokumenty/publikace/Dekubity-a-jejich-prevence_2014.pdf). [cit. 2017-1-15].

<sup>69</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 22.

<sup>70</sup> Srov. GROFOVÁ, Z., *Nutriční podpora*, s. 150.

<sup>71</sup> Srov. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., *Prevence dekubitů*, s. 5.

<sup>72</sup> Srov. HAESLER, E. (editor), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*, s. 25.



výživa, Diasip – komplexní nutriční výživa pro diabetiky, Preventon – doplněk léčby, který posiluje imunitu a Cubitan, který podporuje hojení již vzniklého dekubitu.<sup>73</sup>

#### 1.5.4 Prevence vhodnou rehabilitací

Rehabilitace hraji velice nezastupitelnou roli v prevenci dekubitů. Pomáhá se obnovovat hybnost pacienta a tím i jeho soběstačnost. Rehabilitaci je nutné zahájit, dle zdravotního stavu co nejdříve, aby se zamezilo rozvoji negativních důsledků imobilizačního syndromu. Nezbytná je účast a konzultace fyzioterapeuta a ostatního zdravotnického personálu. Součástí rehabilitace je pasivní a aktivní cvičení. Pasivní pohyb provádí druhá osoba (nejčastěji fyzioterapeut nebo sestra). Pasivní rehabilitací se snažíme udržet hybnost a rozsah kloubů a předejít tím vzniku svalové atrofie a kontraktur. Měla by být prováděna při každém polohování pacienta. Aktivní pohyb vykonává pacient sám a fyzioterapeut, či jiný zdravotnický personál by měl pacienta edukovat o správném provádění pohybu.<sup>74</sup>

#### 1.5.5 Role krytí v prevenci dekubitů

Odpovídající používání krytí pro prevenci dekubitů je nástrojem a prostředkem rozšiřujícím stávající preventivní postupy. Krytí jako další opatření k prevenci dekubitů lze užít pouze tehdy, jsou-li do prevence zahrnuty i další prostředky (matrace, polohování, kontrola kůže apod.). Fyzický vliv krytí byl subjektem zkoumání, které ukázaly, že celá řada materiálů, užívaných jako krytí, může snížit jak střížné a třecí síly, tak i tlak. V dalším případě i zmírnit výskyt změn vlhkosti kůže, které mohou vést k jejímu oslabení, a tím vzniku nežádoucích ran. Krytí spojována s omezením působení vnějších faktorů mají příznivé vlastnosti: vnější povrch s nízkým třením, dostatečnou velikost, která dokáže překrýt i přesahující okraje postižené oblasti i okraje a schopnost odvádět přebytečnou vlhkost. Krytí byla původně navržena k absorpci

---

<sup>73</sup> Srov. HILŠEROVÁ, S., Dekubity – prevence a jejich léčba. *Urologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 1, s. 47-49.

<sup>74</sup> Srov. KRÁTKÁ, M., STEJSKALOVÁ, V., Ošetřovatelská rehabilitace. *Sestra, příloha sestry roku 10*. 2010 [online]. Dostupné z [www: http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/osetrovatelska-rehabilitace-383392](http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/osetrovatelska-rehabilitace-383392). [cit. 2017-1-15].

sekrece z ran, a proto může mít krytí vliv i na míru vlhkosti na povrchu kůže. Z toho vyplývá, že může dále ovlivňovat riziko vzniku dekubitů v souvislosti se změnou mikroklimatu. Pokud je krytí k prevenci dekubitů použito, je možné jej užívat po dobu několika dní. Je však zcela nezbytné se ujistit, že pod krytím nejsou známky poškození kůže.<sup>75</sup>

V předcházejícím textu byly s ohledem na hlavní cíl práce a celkový rozsah práce zmíněny základní poznatky o prevenci dekubitálních lézí. Domníváme se, že ve výuce budoucích zdravotnických profesionálů není dostatečná pozornost problematice dekubitů věnována, a proto jsme se rozhodly hodnotit znalosti u studentů 2. ročníku všeobecného lékařství a studentů oboru všeobecná sestra.

---

<sup>75</sup> Srov. Kolektiv autorů. *Role krytí v prevenci dekubitů*, World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) Consensus Document. 2016

## 2 CÍLE PRÁCE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY

Hlavním tématem bakalářské práce je problematika identifikace dekubitů z pohledu studentů. Cílem průzkumu empirické části práce je zhodnotit úroveň znalostí studentů 2. ročníku všeobecného lékařství a studentů oboru všeobecná sestra v oblasti definování dekubitálních lézí.

### **Cíle průzkumu**

**Cíl č. 1** Zmapovat znalosti studentů 2. ročníku všeobecného lékařství a oboru všeobecná sestra o problematice dekubitů.

### **Očekávané výsledky průzkumu**

#### **Očekávaný výsledek č. 1:**

Předpokládáme, že více než 75 % studentů oboru všeobecná sestra a 50% studentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství zvolí správnou definici pojmu dekubitus.

#### **Očekávaný výsledek č. 2:**

Předpokládáme, že více než 75 % studentů oboru všeobecná sestra a 50% studentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství správně určí stupně dekubitů.

#### **Očekávaný výsledek č. 3:**

Předpokládáme, že více než 75 % studentů oboru všeobecná sestra a 50% studentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství správně určí inkontinenci jako jeden z možných rizikových faktorů rozvoje dekubitů.

#### **Očekávaný výsledek č. 4:**

Předpokládáme, že více než 75 % studentů oboru všeobecná sestra a 50% studentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství určí správné tvrzení o predilekčních místech.

**Očekávaný výsledek č. 5:**

Předpokládáme, že více než 25 % studentů oboru všeobecná sestra a 50 % studentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství se domnívá, že není věnována dostatečná pozornost problematice dekubitů ve výuce.

**Očekávaný výsledek č. 6:**

Předpokládáme, že více než 50 % studentů oboru všeobecná sestra subjektivně hodnotí svoje znalosti jako dobré až velmi dobré a 50% studentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství subjektivně hodnotí své znalosti jako dostatečné až nedostatečné.

## 3 METODIKA

V této kapitole budou nejprve uvedeny informace o realizaci průzkumu formou dotazníku a o organizaci a následné realizaci průzkumu.

### 3.1 Charakteristika výzkumné metody

K realizaci průzkumu a sběru dat pro empirickou část bakalářské práce byl vytvořen dotazníkový formulář (viz příloha č. 9), určený pro studenty 2. ročníku všeobecného lékařství a pro studenty oboru všeobecná sestra.

Dotazník je jedním z nejběžněji užívaných nástrojů pro sběr dat. Skládá se ze série otázek, které zkoumají názory a získávají fakta od respondentů. Výhodou této metody je získání velkého množství dat za poměrně krátkou dobu, anonymita a jednoduché zpracování a vyhodnocení informací. Nevýhodou může být obtížné získávání respondentů, možné zkreslení nebo uvedení nepravdivých informací a také riziko nízké návratnosti dotazníků.<sup>76</sup>

Originální dotazníkový formulář obsahoval celkem 27 položek. Dotazník se skládá z několika částí. První část tvoří úvod, který obsahuje představení, seznámení s tématem a účelem sběru dat. V úvodu jsou také doplněny instrukce pro správné vyplnění dotazníku. Položky č. 1 – 5 zjišťují demografické údaje respondentů, jako je pohlaví, věk, předchozí zdravotnické vzdělání, druh a forma studia. Zbýlá část dotazníku je část zjišťovací, která se věnuje teoretickému přehledu problematiky dekubitů.

Poslední položka dotazníku umožňuje respondentům vyjádřit svůj názor, připomínku či námět k danému tématu.

Z hlediska konstrukce jednotlivých položek byly použity:

- uzavřené otázky – č. 1, 4 a 6 – 27;
- doplňovací otázky – č. 2;

---

<sup>76</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum v ošetrovatelství*, s. 41 – 42.

- polouzavřené otázky – č. 3 a 5.

K tvorbě dotazníkového formuláře byl použit dotazník Pieper et al., k hodnocení znalostí tlakových lézí, který je využíván v zahraničí v rámci auditních činností.<sup>77</sup>

## 3.2 Organizace a realizace průzkumu

Průzkum byl zaměřen na dvě cílové populace. Jednak na studenty 2. ročníku všeobecného lékařství a jednak pro studenty oboru všeobecná sestra. Pro cílovou populaci oboru všeobecná sestra bylo původně plánováno oslovit pouze studenty 2. ročníku, ale z důvodu pouze malé skupiny studentů v tomto ročníku a tím nedostatečného množství potřebných dat pro výzkum, bylo rozhodnuto průzkum provést také u všech třech ročníků oboru všeobecná sestra jak v prezenční, tak v kombinované formě.

Dotazníkové formuláře byly distribuovány v tištěné podobě studentům oboru všeobecná sestra a studentům oboru všeobecné lékařství byly dotazníky rozeslány v elektronické podobě pomocí e-mailu v rámci informačního systému Masarykovy univerzity (IS MUNI) s pomocí referentek studijního oddělení.

Mezi hlavní limity průzkumu patřil fakt, že studenti 2. ročníku všeobecného lékařství mohli být znevýhodněni tím, že jsou teprve ve 2. ročníku a o problematice dekubitů nemají příliš informací s ohledem na rozsah výuky ošetřovatelství. Na druhou stranu, díky elektronické formě dotazníku si mohli informace zjistit z jiných zdrojů a jejich deficit vědomostí v této oblasti mohl být kompenzován více hodinami výuky anatomie a patologie. U studentů oboru všeobecná sestra je předpoklad vyššího penza vědomostí o problematice dekubitů, ale při vyplňování dotazníků byli „znevýhodněni“ tím, že dotazník vyplňovali v tištěné podobě a pod dohledem hromadně, bez možnosti dohledávat informace.

Dotazníkový průzkum byl realizován během měsíce listopadu a prosince 2016.

---

<sup>77</sup> Srov. BERLOWITZ, D., et al., *Preventing Pressure Ulcers in Hospitals - A Toolkit for Improving Quality of Care*, [online], [cit. 2016-12-8]. Dostupné z [www: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/putoolkit.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/putoolkit.pdf), s. 117-118.

## 4 Analýza výsledků a jejich interpretace

K vyhodnocení získaných dat z dotazníkového průzkumu byly použity počítačové programy Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word, s jejichž využitím byly výsledky zpracovány do tabulek a grafů, které jsou následně podrobně popsány. Výsledky jsou vyjádřeny v absolutní (a. č. – N) a v relativní četnosti (r. č. – %). Výsledky relativní četnosti jsou zaokrouhleny na dvě desetinná čísla. U většiny položek jsou tabulky doplněny přehledným grafickým znázorněním.

Distribučováno bylo v tištěné podobě 60 dotazníkových formulářů pro studenty oboru všeobecná sestra (1. – 3. ročník prezenční forma, 1. ročník kombinovaná forma). Návratnost byla 100%. Počet distribuovaných formulářů v oboru všeobecné lékařství nelze zjistit z důvodu elektronické distribuce dotazníků. Návratnost elektronických dotazníků byla 55. Dva dotazníkové formuláře musely být vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění.

### 4.1 Analýza jednotlivých výsledků

Položky, které jsou podrobně zpracovány v následující analýze, budou uváděny ve stejném pořadí, jako byly v dotazníkovém formuláři. Celkem bylo do průzkumu zařazeno 60 dotazníkových formulářů od studentů oboru všeobecná sestra (100 %) a 55 formulářů studentů oboru všeobecné lékařství.

#### Položka č. 1: Jakého jste pohlaví

Tab. č. 1: Pohlaví respondentů

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žena	57	95	33	60
Muž	3	5	22	40
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 1 zobrazuje první položku v dotazníku, v níž respondenti označovali své pohlaví. Z celkového počtu respondentů z oboru všeobecná sestra bylo **57** (95 %) žen a **3** (5 %) muži. Z celkového počtu respondentů oboru všeobecné lékařství bylo **33** žen (60 %) a **22** (40 %) mužů.

### **Položka č. 2 – Uved'te Váš věk (v celých letech)**

**Tab. č. 2: Věk respondentů**

Věk	Průměr	Minimum	Maximum
Všeobecná sestra	23,85	19	48
Všeobecné lékařství	20,71	19	24

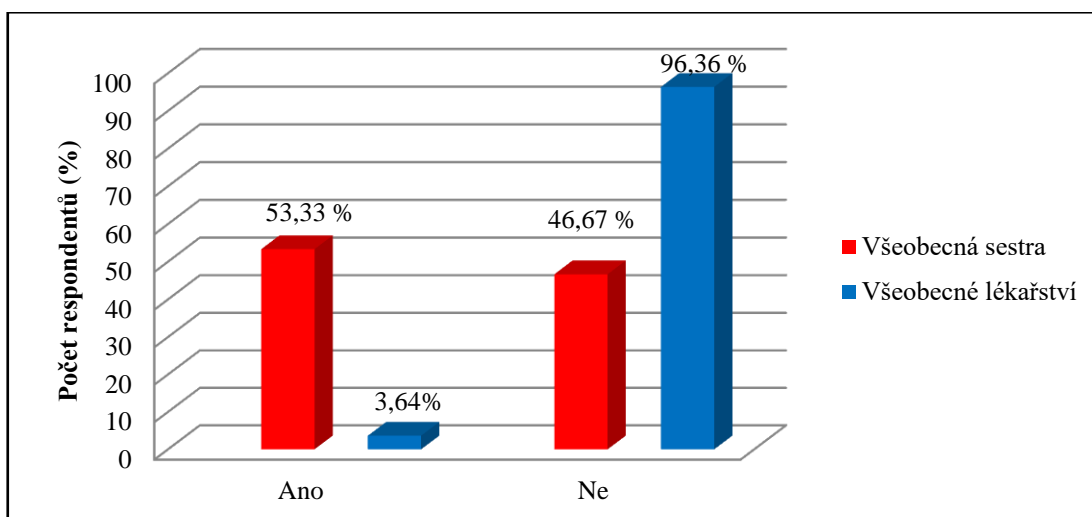
Tabulka č. 2 zobrazuje druhou položku v dotazníku, v níž měli respondenti uvést svůj věk v celých letech. Nejmladších respondentů odpovídalo v dotazníku poměrně hodně, byli to ženy a muži ve věku *19 let*, jak v oboru všeobecná sestra tak v oboru všeobecné lékařství. Nejstarším respondentem v oboru všeobecná sestra byla žena ve věku *48 let (kombinovaná forma studia)*, v oboru všeobecné lékařství žena ve věku *24 let*. Průměrný věk respondentů byl u všeobecných sester *24 let*, u studentů všeobecného lékařství *21 let*.

### **Položka č. 3: Máte nějaké předchozí zdravotnické vzdělání**

**Tab. č. 3: Předchozí zdravotnické vzdělání respondentů**

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	32	53,33	2	3,64
Ne	28	46,67	53	96,36
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>





**Graf č. 1: Předchozí zdravotnické vzdělání respondentů**

V položce č. 3 bylo zjišťováno předchozí zdravotnické vzdělání respondentů. V oboru všeobecná sestra uvedlo, že nemá předchozí zdravotnické vzdělání **28** (46,67 %) respondentů. Zbývajících **32** (53,33 %) dotazovaných odpovědělo, že má nějaké *předchozí zdravotnické vzdělání*. Nejčastěji se jednalo o střední a vyšší odborné zdravotnické školy.

U respondentů z oboru všeobecné lékařství, téměř všichni dotazovaní **53** (96,36 %) uvedli, že žádné předchozí zdravotnické vzdělání nemají. Pouze **2** (3,64 %) respondenti uvedli, že absolvovali *předchozí zdravotnické vzdělání*. Jednalo se o kurz první pomoci a navazující magisterský obor fyzioterapie.

#### **Položka č. 4: Uved'te formu Vašeho studia**

**Tab. č. 4: Forma studia respondentů**

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Prezenční	42	70	55	100
Kombinovaná	18	30	0	0
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 4 znázorňuje formu studia u dotazovaných respondentů. Ve studijním oboru všeobecná sestra studuje **42** (70 %) respondentů *prezenční formu* a **18** (30 %) respondentů *kombinovanou formu*. Studenti této formy studia byli z 1. ročníku.

V oboru všeobecné lékařství jsou všichni respondenti **55** (100 %) studující v *prezenční formě* (jiná forma v ČR dle platných akreditačních požadavků neexistuje).

## Položka č. 5: Uveďte, jaký obor nyní studujete

Tab. č. 5: Studijní obor respondentů

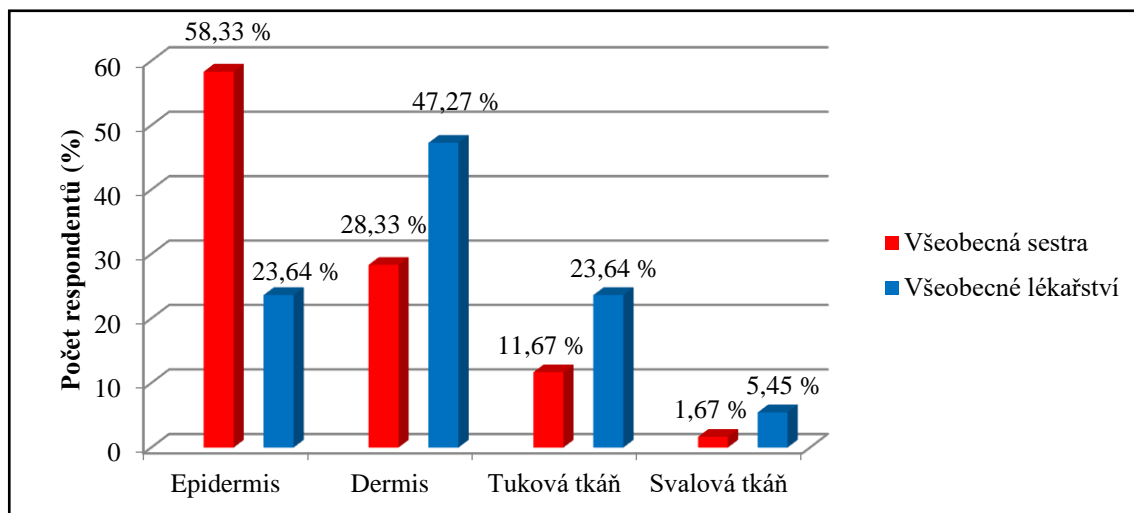
Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Všeobecné lékařství	0	0	55	100
Všeobecná sestra – Bc.	60	100	0	0
Jiné	0	0	0	0
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 5 prezentuje studijní obory dotazovaných. **60** (100 %) respondentů uvedlo, že studuje bakalářský obor *všeobecná sestra*, **55** (100 %) označilo, že studuje magisterský obor *všeobecné lékařství*. Odpověď *jiné* neoznačil žádný z respondentů.

## Položka č. 6: Označte správnou odpověď: Která tkáň nebo vrstva kůže je nejméně odolná vůči tlaku

Tab. č. 6: Znalost nejméně odolné tkáně vůči tlaku (správná odpověď je tučně označena)

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Epidermis	35	58,33	13	23,64
Dermis	17	28,33	26	47,27
<b>Tuková tkáň</b>	<b>7</b>	<b>11,67</b>	<b>13</b>	<b>23,64</b>
Svalová tkáň	1	1,67	3	5,45
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



Graf č. 2: Znalost nejméně odolné tkáně vůči tlaku

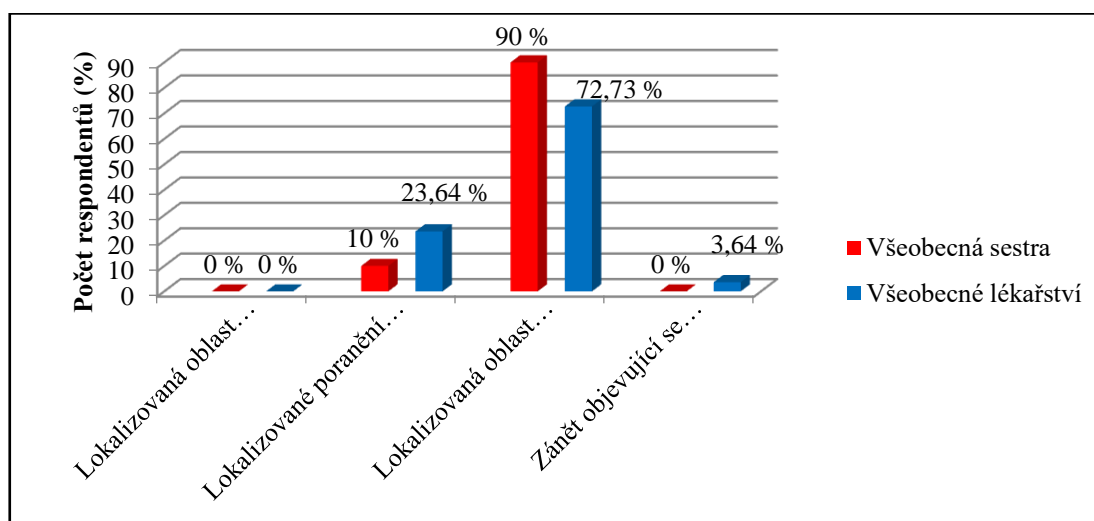
V tabulce č. 6 respondenti označovali tkáň, která je nejméně odolná vůči tlaku. V oboru všeobecná sestra byla nejvíce uváděná odpověď *epidermis*, **35** (58,33 %) respondentů, druhou v pořadí byla *dermis*, **17** (28,33 %) odpovědí, *tukovou tkáň* označilo **7** (11,67 %) dotazovaných a pouze **1** (1,67 %) respondent uvedl *svalovou tkáň*.

**26** (47,27 %) respondentů z oboru všeobecné lékařství označilo jako správnou odpověď *dermis*, odpověď *epidermis* a *tukovou tkáň* označilo stejné množství respondentů **13** (23,64 %). *Svalovou tkáň* uvedli **3** (5,45 %) dotazovaní.

### Položka č. 7: Označte správnou definici pojmu DEKUBITUS

Tab. č. 7: Znalost definice dekubitu (správná odpověď je tučně označena)

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Lokalizovaná oblast poškození způsobená akutním traumatickým poškozením epidermis (např. pořezání)	0	0	0	0
Lokalizované poranění kůže nebo tkáně způsobené tlakem obvykle na místech s velkou tukovou vrstvou	6	10	13	23,64
<b>Lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace a následnou hypoxií</b>	<b>54</b>	<b>90</b>	<b>40</b>	<b>72,73</b>
Zánět objevující se zejména na místech, kde vzniká tření teplé kůže, příčinou je především infekce	0	0	2	3,64
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



Graf č. 3: Znalost definice dekubitu

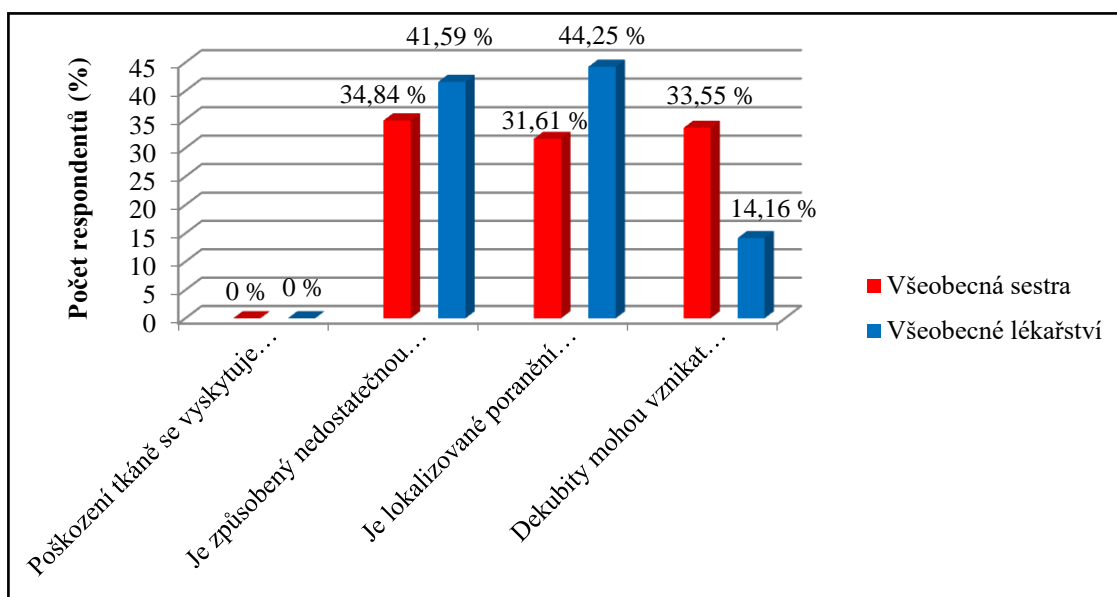
Tabulka č. 7 uvádí ověřovanou úroveň znalostí respondentů o správné definici pojmu dekubitus. Zde **54** (90 %) respondentů oboru všeobecná sestra uvedlo správnou definici pojmu dekubitus – *lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace a následnou hypoxií*. Definici dekubitu jako *lokalizované poranění kůže nebo tkáně způsobené tlakem obvykle na místech s velkou tukovou vrstvou* uvedlo **6** (10 %) dotazovaných.

V oboru všeobecné lékařství byla také nejvíce označována správná definice - *lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace a následnou hypoxií*, a to u **40** (72,73 %) respondentů. Varianta definice jako *lokalizované poranění kůže nebo tkáně způsobené tlakem obvykle na místech s velkou tukovou vrstvou* odpovědělo **13** (23,64 %) respondentů a odpověď *zánět objevující se zejména na místech, kde vzniká tření teplé kůže, příčinou je především infekce* zvolili **2** (3,64 %) respondenti.

#### **Položka č. 8: Vyberte správné tvrzení o dekubitech (lze označit více odpovědí)**

**Tab. č. 8: Souhlas s tvrzením** (správná odpověď je tučně označena)

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Poškození tkáně se vyskytuje pouze na epidermis	0	0	0	0
<b>Je způsobený nedostatečnou mikrocirkulací dané oblasti a následnou hypoxií</b>	<b>54</b>	<b>34,84</b>	<b>47</b>	<b>41,59</b>
<b>Je lokalizované poranění kůže nebo tkáně způsobené tlakem obvykle nad kostním výčnělkem</b>	<b>49</b>	<b>31,61</b>	<b>50</b>	<b>44,25</b>
<b>Dekubity mohou vznikat nejen na kůži, ale i na sliznicích</b>	<b>52</b>	<b>33,55</b>	<b>16</b>	<b>14,16</b>
<b>Celkový součet</b>	<b>155</b>	<b>100</b>	<b>113</b>	<b>100</b>



Graf č. 4: Souhlas s tvrzením

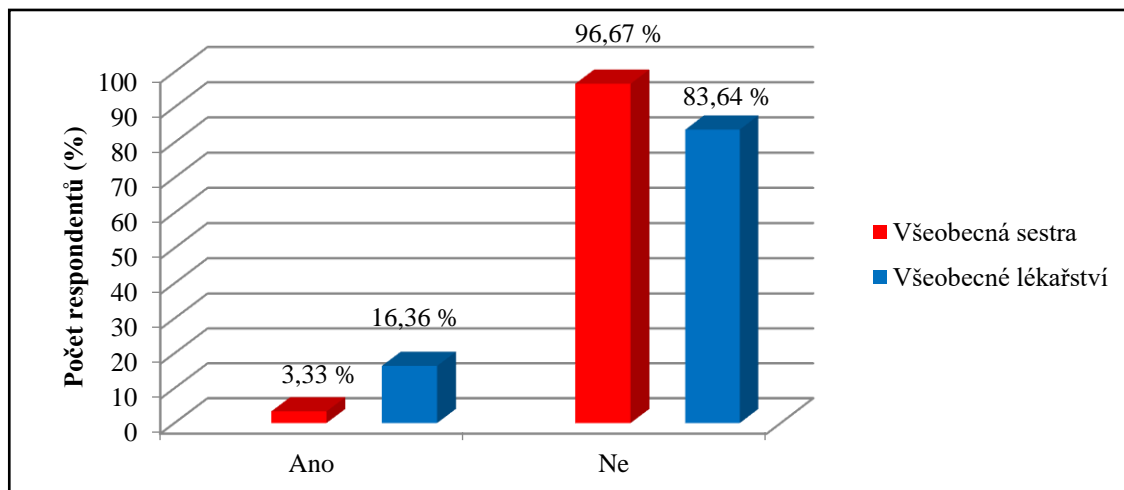
Z tabulky č. 8 vyplývá, jaké mají respondenti povědomí o dekubitech. Respondenti měli možnost označit více správných možností, a tak celkový počet odpovědí činil **155** (100,00%) pro obor všeobecná sestra a **113** (100 %) pro obor všeobecné lékařství. Nejvíce odpovědí, **54** (34,84%) bylo uvedeno u možnosti, že *dekubitus je způsobený nedostatečnou mikrocirkulací dané oblasti a následnou hypoxií*. **52** (33,55%) odpovědí bylo, že *se dekubity mohou vyskytovat na kůži, ale i na sliznicích*. **49** (31,61 %) odpovědí byla možnost, že *dekubitus je lokalizované poranění kůže nebo tkáně způsobené tlakem obvykle nad kostním výčnělkem*. Žádný z respondentů neuvedl možnost, že poškození tkáně se vyskytuje pouze na epidermis.

Převahu odpovědí v oboru všeobecné lékařství měla odpověď, že *dekubitus je lokalizované poranění kůže nebo tkáně způsobené tlakem obvykle nad kostním výčnělkem*, a to v **50** (44,25 %) odpovědích. Možnost, že *dekubitus je způsoben nedostatečnou mikrocirkulací dané oblasti a následnou hypoxií* bylo označeno ve **47** (41,59 %) odpovědích. V **16** (14,16 %) odpovědích bylo uvedeno, že *se dekubity mohou vyskytovat na kůži, ale i na sliznicích*. Žádný z respondentů neuvedl možnost, že poškození tkáně se vyskytuje pouze na epidermis.

## Položka č. 9: Dekubity jsou sterilní rány

Tab. č. 9: Názor - dekubity jsou sterilní rány (správná odpověď je tučně označena)

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	2	3,33	9	16,36
Ne	<b>58</b>	<b>96,67</b>	<b>46</b>	<b>83,64</b>
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



Graf č. 5: Názor – dekubity jsou sterilní rány

V tabulce č. 9 měli respondenti označit, zda považují dekubity za sterilní rány. Z celkového počtu dotazovaných v oboru všeobecná sestra za sterilní ránu dekubitus považují **2** (3,33 %) respondenti, odpověď *ne* uvedlo **58** (96,67 %) respondentů.

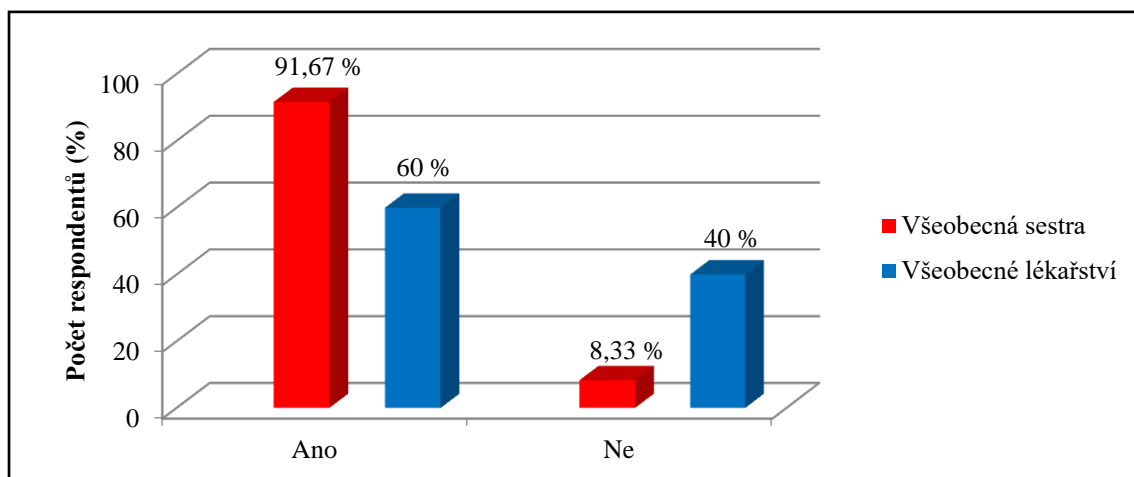
Z oboru všeobecné lékařství označilo odpověď *ano* **9** (16,36 %) respondentů a možnost *ne* **46** (83,64 %) respondentů.

Znalosti studentů v oboru všeobecných sester lze považovat za lepší, ale pouze nepatrně.

## Položka č. 10: Jeden z možných rizikových faktorů pro rozvoj dekubitů (proleženin) je inkontinence:

Tab. č. 10: Znalost inkontinence jako rizikového faktoru (správná odpověď je tučně označena)

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	<b>55</b>	<b>91,67</b>	<b>33</b>	<b>60</b>
Ne	5	8,33	22	40
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



Graf č. 6: Znalost inkontinence jako rizikového faktoru

Tabulka č. 10 prezentuje výsledky odpovědí na desátou položku. Položka testuje znalost dotazovaných o inkontinenci jako rizikového faktoru pro vznik dekubitů. Téměř většina, **55** (91,67 %) respondentů z oboru všeobecná sestra označila odpověď *ano* a **5** (8,33 %) dotazovaných uvedlo odpověď *ne*.

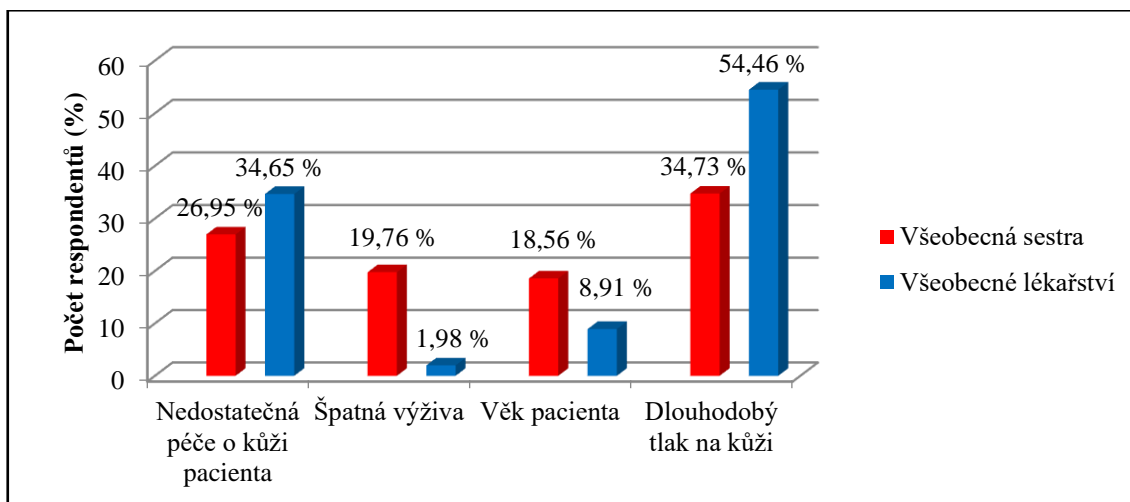
Z oboru všeobecné lékařství označilo *kladně* inkontinenci jako rizikový faktor **33** (tj. 60 %) respondentů a zbylý počet **22** (40 %) označilo možnost *ne*.

Znalosti studentů v oboru všeobecných sester lze považovat za velmi dobré, oproti tomu studenti všeobecného lékařství určili chybnou odpověď dokonce ve 40 % případech.

**Položka č. 11: Jaké jsou podle Vašeho názoru příčiny vzniku dekubitů: (lze označit více odpovědí)**

Tab. č. 11: Nejčastější příčiny vzniku dekubitů - znalost

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nedostatečná péče o kůži pacienta	45	26,95	35	34,65
Špatná výživa	33	19,76	2	1,98
Věk pacienta	31	18,56	9	8,91
Dlouhodobý tlak na kůži	58	34,73	55	54,46
<b>Celkový součet</b>	<b>167</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	<b>100</b>



Graf č. 7: Nejčastější příčiny vzniku dekubitů – znalost

Tabulka č. 11 zobrazuje znalosti respondentů ohledně příčin vzniku dekubitů. Respondenti mohli vybírat z více možností, proto je za 100 % považováno **167** odpovědí u všeobecných sester a **101** odpovědí pro všeobecné lékaře. Pro obor všeobecná sestra, nejvíce, **55** (34,73 %) odpovědí představovalo – *dlouhodobý tlak na kůži*, **45** (26,95 %) odpovědí tvořilo, že příčina vzniku dekubitů je *nedostatečná péče o kůži pacienta*, *špatná výživa* byla označena ve **33** (19,76%) odpovědích a *věk pacienta* představovalo **31** (18,56 %) odpovědí.

V oboru všeobecné lékařství byla za nejčastější odpověď považována varianta *dlouhodobý tlak na kůži* a to v **55** (54,46 %) odpovědích. Druhou nejčastější odpovědí byla *nedostatečná péče o kůži pacienta* v **35** (34,65%) odpovědích. Variantu *věk pacienta* označili v **9** (8,91 %) odpovědích a **2** (1,98 %) odpovědi tvořila možnost *špatná výživa*.

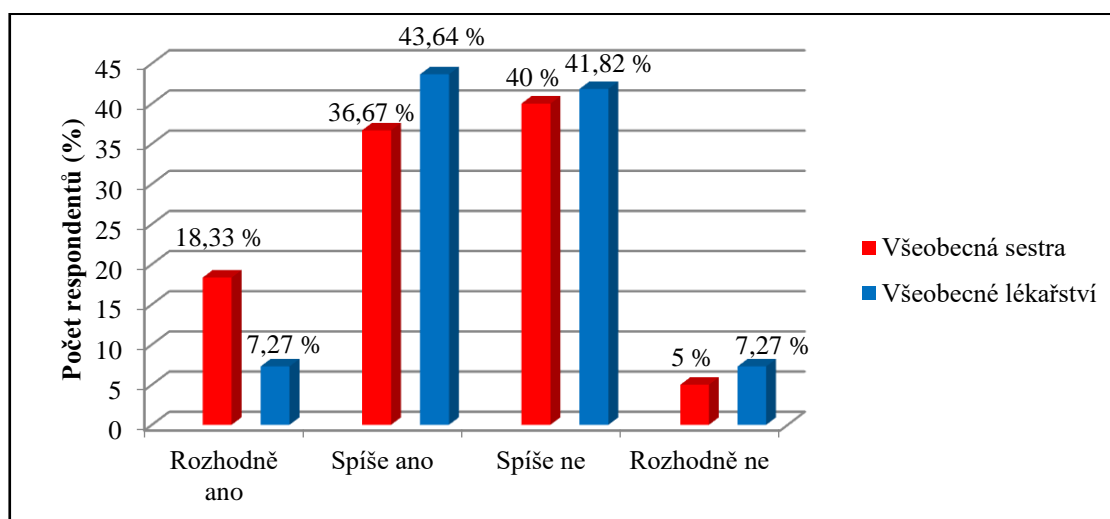
Z grafu je zřejmé, že nejvíce respondentů obou oborů odpovědělo, že hlavní příčinou dekubitů je dlouhodobý tlak na kůži.



**Položka č. 12: Domníváte se, že existují stavy, kdy nelze předejít vzniku dekubitů i přes veškerou ošetrovatelskou péči**

**Tab. č. 12: Náзор na vyhnutelnost vzniku dekubitů**

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhodně ano	11	18,33	4	7,27
Spíše ano	22	36,67	24	43,64
Spíše ne	24	40	23	41,82
Rozhodně ne	3	5	4	7,27
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



**Graf č. 8: Názor na vyhnutelnost vzniku dekubitů**

V položce č. 12 měli respondenti označit, zda se domnívají, že existují stavy, kdy nelze předejít vzniku dekubitů i přes veškerou ošetrovatelskou péči. Výsledky ukazuje tabulka č. 12. V oboru všeobecná sestra si myslí **11** (18,33 %) respondentů že *určitě ano*, *spíše ano* uvedlo **22** (36,67 %) respondentů, odpověď *spíše ne* uvedlo **24** (40 %) respondentů a možnost *rozhodně ne* označili **3** (5 %) respondenti.

Z celkového počtu dotazovaných v oboru všeobecné lékařství odpověděli *rozhodně ano* **4** (7,27 %) respondenti, *spíše ano* odpovědělo **24** (43,64 %) respondentů, odpověď *spíše ne* uvedlo **23** (41,82 %) respondentů a odpověď, že v *žádném případě* nelze předejít vzniku dekubitů označili **4** (7,27 %) respondenti.

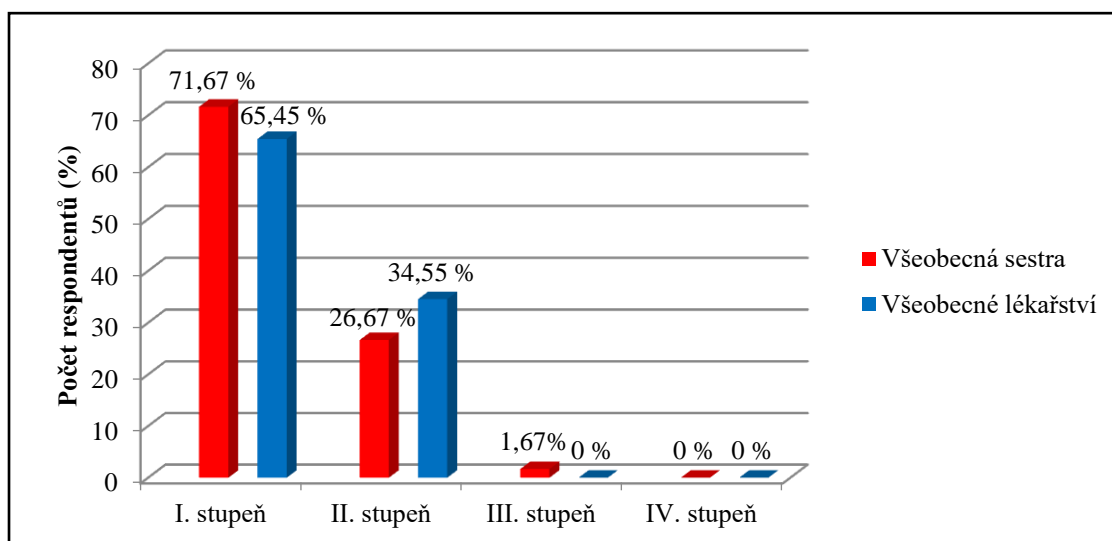
Většina studentů v oboru všeobecná sestra si je vědoma skutečnosti, že dekubity mohou vzniknout i při vhodně poskytované ošetrovatelské péči. U studentů

oboru všeobecné lékařství si této skutečnosti byla vědoma také více, než polovina respondentů.

**Položka č. 13: Ke kterému stupni (kategorii) dekubitu byste přiřadili následující příznaky: zčervenání, bolestivost, pálení**

**Tab. č. 13: Příznaky prvního stupně dekubitu – znalost** (správná odpověď je tučně označena)

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>I. stupeň</b>	<b>43</b>	<b>71,67</b>	<b>36</b>	<b>65,45</b>
II. stupeň	16	26,67	19	34,55
III. stupeň	1	1,67	0	0
IV. stupeň	0	0	0	0
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



**Graf č. 9: Příznaky prvního stupně dekubitu - znalost**

V tabulce č. 13 jsme se dotazovaly respondentů, k jakému stupni dekubitu by přiřadili příznaky: zčervenání, bolest, pálení. Respondenti z oboru všeobecná sestra hodnotili následovně: **43** (71,67 %) dotázaných se domnívá, že jde o *I. stupeň*, **16** (26,67 %) respondentů zvolilo k identifikaci *II. stupeň* a **1** (1,67 %) respondent zvolil *III. stupeň*. *Stupeň IV.* neoznačil žádný respondent.

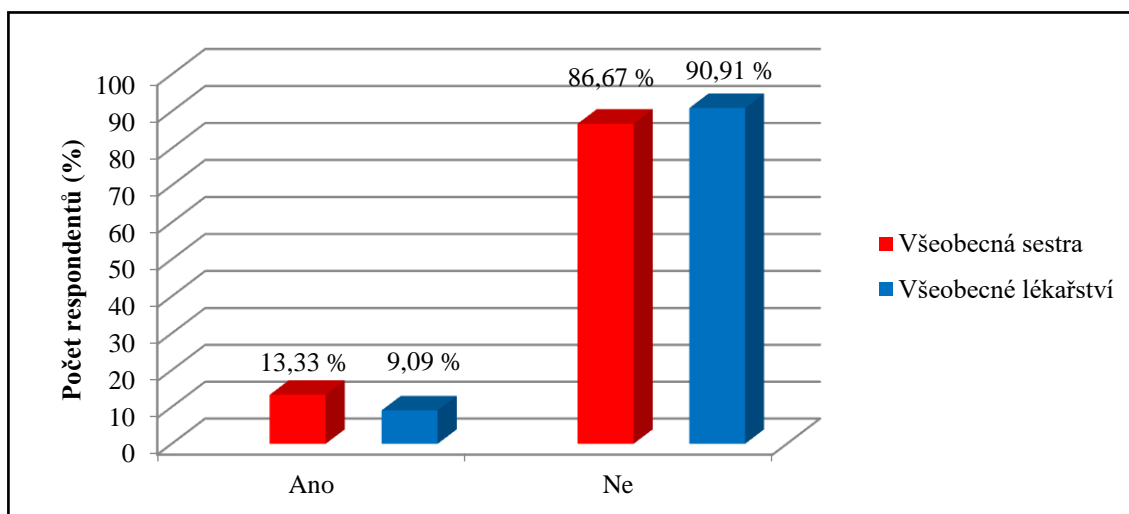
V oboru všeobecné lékařství označilo odpověď *I. stupeň* **36** (65,45 %) respondentů, variantu *II. stupeň* **19** (34,55 %) respondentů. Možnost *III. a IV. stupeň* neoznačil žádný z respondentů.

Znalosti studentů v oboru všeobecných sester lze považovat za lepší.

**Položka č. 14: II. stupeň (kategorie) dekubitu je charakterizován úplnou ztrátou kůže**

**Tab. č. 14: Znalost charakteristiky II. stupně dekubitu (správná odpověď je tučně označena)**

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	8	13,33	5	9,09
Ne	<b>52</b>	<b>86,67</b>	<b>50</b>	<b>90,91</b>
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



**Graf č. 10: Charakteristika II. stupně dekubitu**

V položce č. 14 bylo zjišťováno, zda je dle odpovědí respondentů II. stupeň dekubitu charakterizován úplnou ztrátou kůže. Odpovědi respondentů prezentuje tabulka č. 22. S tvrzení *souhlasilo* **8** (13,33 %) respondentů, *nesouhlasilo* **52** (86,67 %) respondentů z oboru všeobecná sestra.

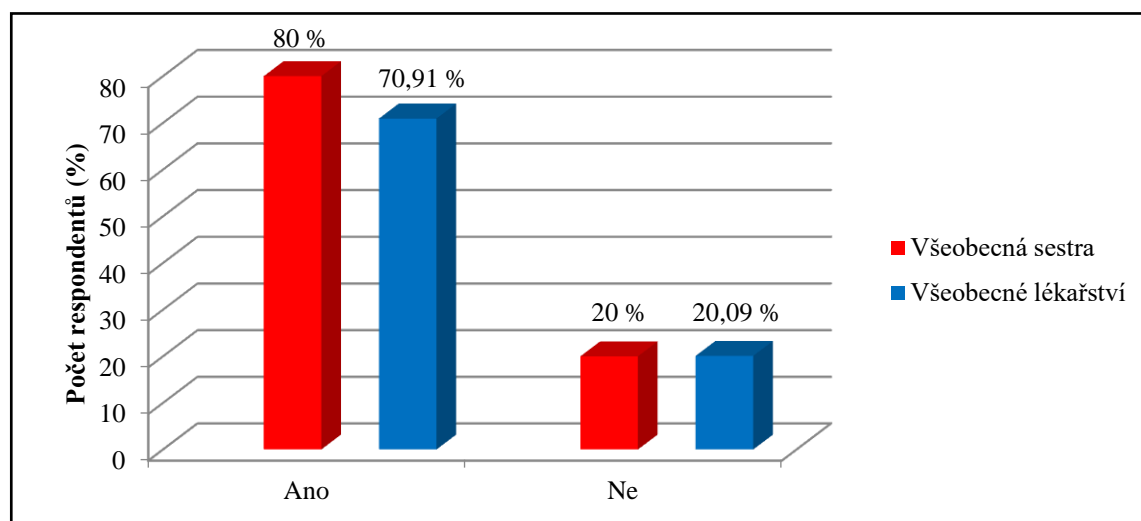
V oboru všeobecné lékařství označilo odpověď *ano* **5** (9,09 %) respondentů, odpověď *ne* **50** (90,91 %) respondentů.

Znalosti v této oblasti lze považovat u obou oborů za velmi dobré.

**Položka č. 15: III. stupeň (kategorie) dekubitu je charakteristická částečnou ztrátou kožní řasy (kůže)**

**Tab. č. 15: Charakteristika III. stupně dekubitu – příznaky (správná odpověď je tučně označena)**

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	48	80	39	70,91
Ne	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>20,09</b>
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



**Graf č. 11: Charakteristika III. stupně dekubitu - příznaky**

V položce č. 15 bylo zjišťováno, zda je dle odpovědí respondentů III. stupeň dekubitu charakterizován částečnou ztrátou kožní řasy (kůže). Odpovědi respondentů prezentuje tabulka č. 15. S tvrzením *souhlasilo* **48** respondentů (80 %), *nesouhlasilo* **12** (20 %) respondentů z oboru všeobecná sestra.

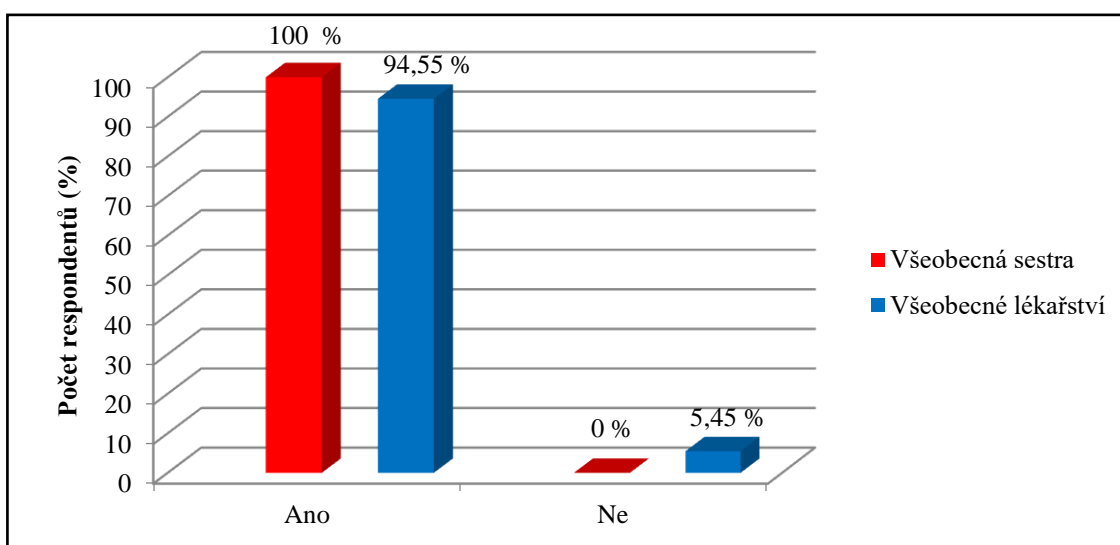
V oboru všeobecné lékařství označilo odpověď *ano* **39** (70,91 %) respondentů, odpověď *ne* **16** (20,09 %) respondentů.

Znalosti studentů z oboru všeobecná sestra lze tedy považovat za lepší.

**Položka č. 16: IV. stupeň (kategorie) dekubitu je charakteristický úplnou ztrátou kůže s rozsáhlou destrukcí (poškozením), nekrózou tkáně (odúmrť) nebo poškozením svalu, kosti**

**Tab. č. 16: Příznaky IV. stupně dekubitu (správná odpověď je tučně označena)**

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>94,55</b>
Ne	0	0	3	5,45
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



**Graf č. 12: Příznaky IV. stupně dekubitu**

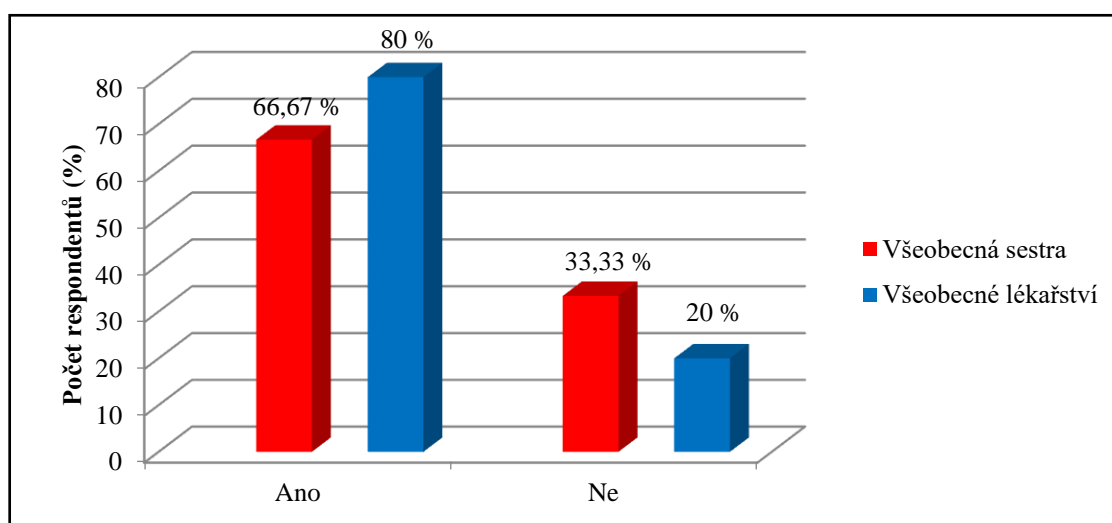
V tabulce č. 16 jsou uvedeny výsledky odpovědí respondentů na otázku, zda je IV. stupeň dekubitu charakteristický úplnou ztrátou kůže s rozsáhlou destrukcí (poškozením), nekrózou tkáně (odúmrť) nebo poškozením svalu, kosti. Všichni respondenti z oboru všeobecná sestra, **60** (100 %), uvedli odpověď *ano*. Žádný z respondentů nezvolil možnost *ne*.

Respondenti z oboru všeobecné lékařství zvolili v největší četnosti možnost *ano*, **52** krát (94,55 %) a odpověď *ne* zvolili **3** (5,45 %) respondenti.

**Položka č. 17: II. stupeň (kategorie) dekubitu může být velmi bolestivý v důsledku obnažení volných nervových zakončení**

**Tab. č. 17: Bolest u dekubitu jako příznak (správná odpověď je tučně označena)**

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano</b>	<b>40</b>	<b>66,67</b>	<b>44</b>	<b>80</b>
Ne	20	33,33	11	20
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



**Graf č. 13: Bolest u dekubitu jako příznak**

Zda může být II. stupeň dekubitu bolestivý v důsledku obnažení volných nervových zakončení, ukazuje tabulka č. 17. Správnou odpověď *ano* označilo **40** (66,67 %) respondentů a možnost *ne* volilo **20** (33,33 %) dotazovaných z oboru všeobecná sestra.

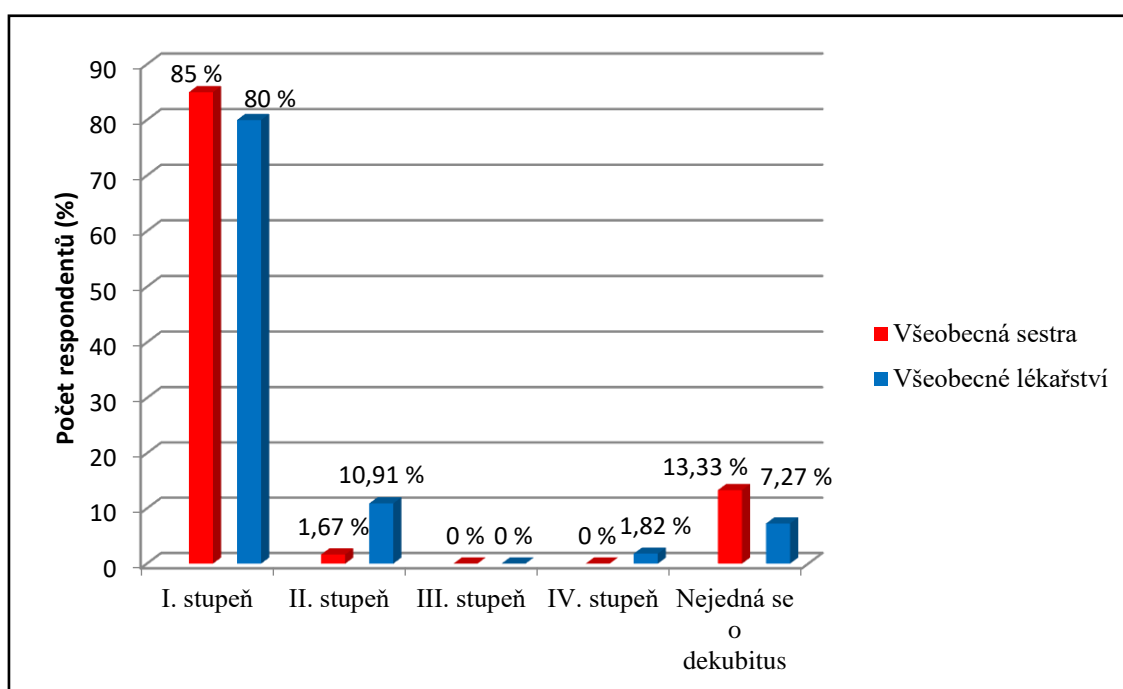
Všeobecní lékaři volili odpověď *ano* v **44** (80 %) odpovědích, odpověď *ne* v **11** (20 %) odpovědích.

Znalosti studentů v oboru všeobecných sester lze považovat za lepší než u studentů všeobecného lékařství.

## Položka č. 18: Určete dle obrázku správný stupeň dekubitu

Tab. č. 18: Určení správného stupně dekubitu - nejedná se o dekubitus (správná odpověď je tučně označena)

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
I. stupeň	51	85	44	80
II. stupeň	1	1,67	6	10,91
III. stupeň	0	0	0	0
IV. stupeň	0	0	1	1,82
<b>Nejedná se o dekubitus</b>	<b>8</b>	<b>13,33</b>	<b>4</b>	<b>7,27</b>
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



Graf č. 14: Určení správného stupně dekubitu (nejedná se o dekubitus)

Tabulka č. 18 znázorňuje odpovědi respondentů k prvnímu předloženému obrázku. Odpovědi byly následovné. Všeobecná sestra – **51** (85 %) dotázaných, označilo, že se jedná o *I. stupeň*, **1** (1,67 %) respondent zvolil odpověď *II. stupeň*, možnost *III. a IV. stupeň* nezvolil žádný respondent a pouze **8** (13,33 %) respondentů uvedlo správně, že se *nejedná o dekubitus*.

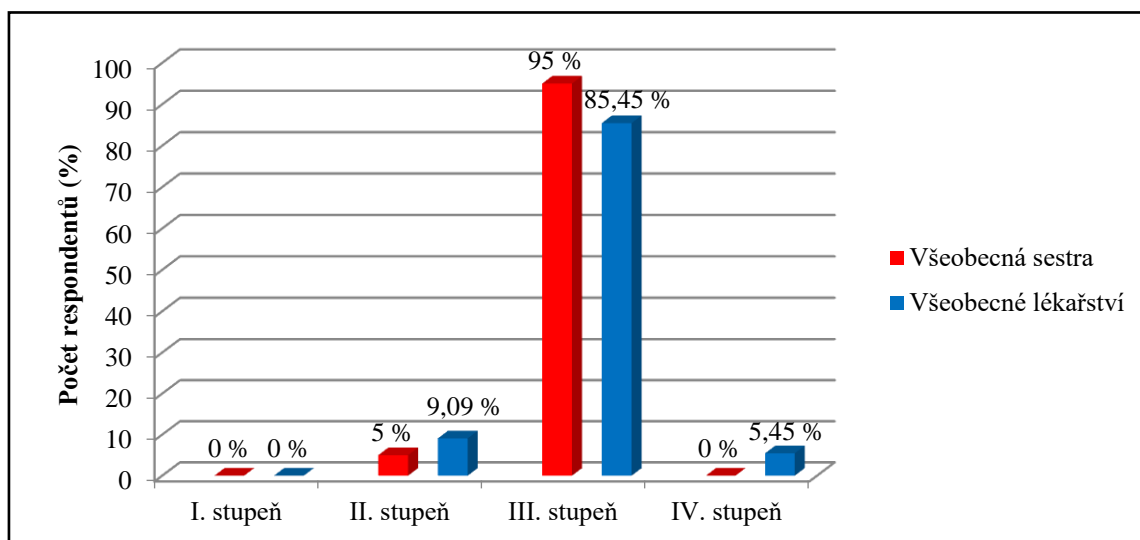
Všeobecné lékařství – **44** (80 %) dotázaných, si myslí, že se jedná o první stupeň dekubitu, **6** (10,91 %) respondentů zvolilo *II. stupeň*, možnost *III. a IV. stupeň* nezvolil žádný respondent, *IV. stupeň* označil **1** (1,82 %) respondent a **4** (7,27 %) respondentů uvedlo správně, že se *nejedná o dekubitus*.

respondenti správně uvedli, že se *nejedná o dekubitus*. První obrázek hodnotila většina respondentů chybně. Správná odpověď byla, že se nejedná o dekubitus.

### Položka č. 19: Určete dle obrázku správný stupeň dekubitu

Tab. č. 19: Určení správného stupně dekubitu - III. stupeň (správná odpověď je tučně označena)

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
I. stupeň	0	0	0	0
II. stupeň	3	5	5	9,09
<b>III. stupeň</b>	<b>57</b>	<b>95</b>	<b>47</b>	<b>85,45</b>
IV. stupeň	0	0	3	5,45
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



Graf č. 15: Určení správného stupně dekubitu (III. stupeň)

Tabulka č. 19 znázorňuje odpovědi respondentů k druhému obrázku, na němž byl zobrazen III. stupeň dekubitu. Všeobecná sestra – **57** (95 %) respondentů zvolilo *III. stupeň*, celkem **3** (5 %) dotazovaní se domnívali, že šlo o *II. stupeň* dekubitu. Možnost *I. a IV. stupeň* neuvedl žádný z respondentů.

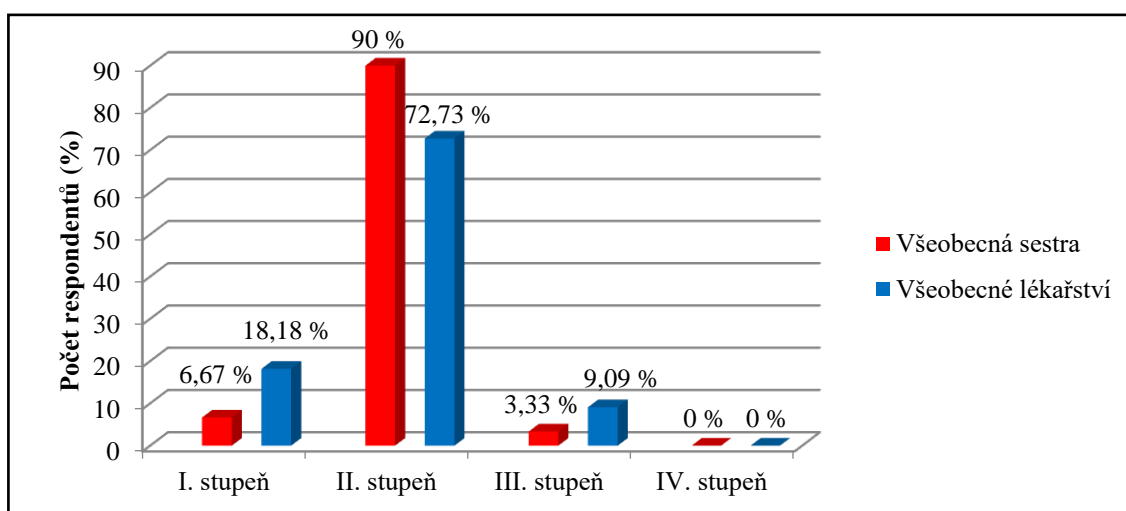
Všeobecné lékařství – **47** (85,45 %) respondentů uvedlo *III. stupeň*, **5** (9,09 %) dotazovaných se domnívalo, že se jedná o *II. stupeň* dekubitu a **3** (5,45 %) respondenti označili, že jde o dekubitus *IV. stupně*. Možnost odpovědi *I. stupeň* nevyužil žádný z respondentů. Správná odpověď byla dekubitus III. stupně.



## Položka č. 20: Určete dle obrázku správný stupeň dekubitu

Tab. č. 20: Určení správného stupně dekubitu - II. stupeň (správná odpověď je tučně označena)

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
I. stupeň	4	6,67	10	18,18
<b>II. stupeň</b>	<b>54</b>	<b>90</b>	<b>40</b>	<b>72,73</b>
III. stupeň	2	3,33	5	9,09
IV. stupeň	0	0	0	0
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



Graf č. 16: Určení správného stupně dekubitu (II. stupeň)

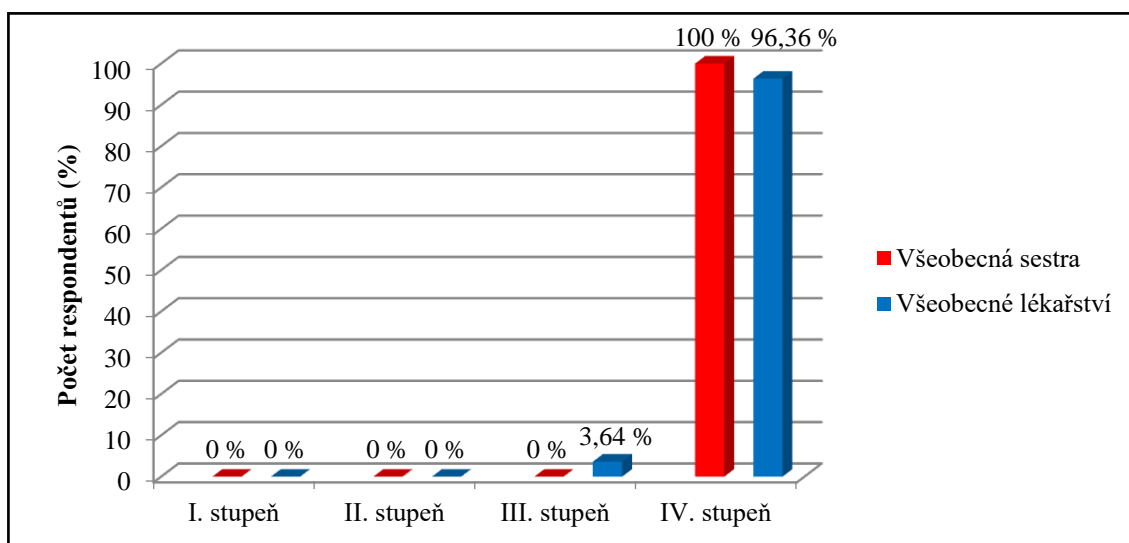
Tabulka č. 20 znázorňuje odpovědi respondentů, které se vztahovaly ke třetímu obrázku zobrazujícímu II. stupeň dekubitu. Z celkového počtu dotazovaných z oboru všeobecná sestra odpovědělo správně **54** (90 %) dotázaných *II. stupeň* dekubitu, *I. stupeň* označili **4** (6,67 %) respondenti a **2** (3,33 %) respondenti se domnívali, že se jedná o dekubitus *III. stupně*. Žádný z respondentů ne zvolil možnost označení *IV. stupně*.

V oboru všeobecné lékařství byla taktéž nejčastěji označována správná odpověď *II. stupeň*, a to u **40** (72,73 %) respondentů, v **10** (18,18 %) odpovědích byla zvolena odpověď *I. stupeň* a možnost *III. stupeň* označilo **5** (9,09 %) respondentů. *IV. stupeň* nevedl žádný z dotazovaných respondentů. Správná odpověď byl *II. stupeň* dekubitu.

## Položka č. 21: Určete dle obrázku správný stupeň dekubitu

Tab. č. 21: Určení správného stupně dekubitu - IV. stupeň (správná odpověď je tučně vyznačená)

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
I. stupeň	0	0	0	0
II. stupeň	0	0	0	0
III. stupeň	0	0	2	3,64
<b>IV. stupeň</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>96,36</b>
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



Graf č. 17: Určení správného stupně dekubitu (IV. stupeň)

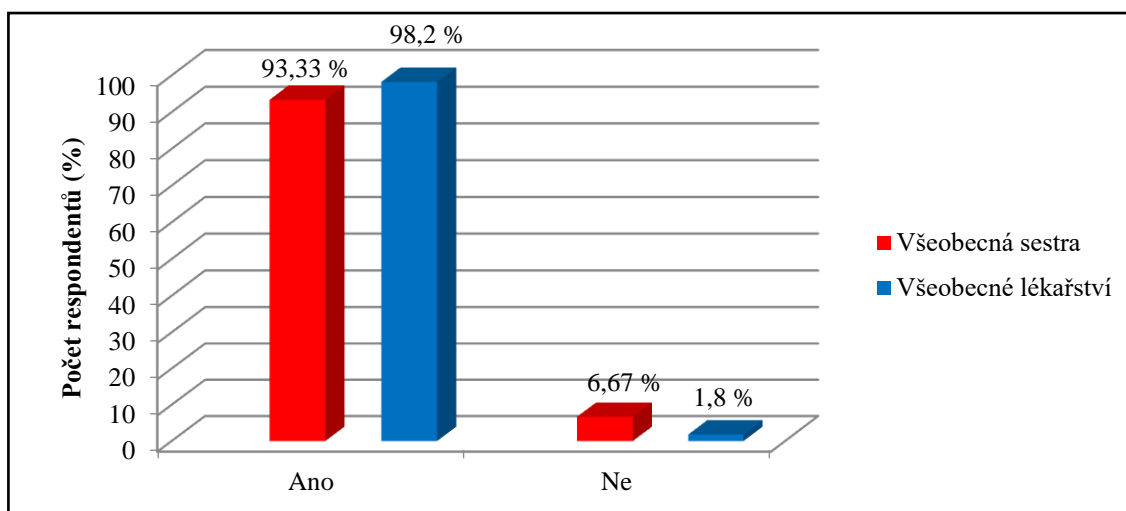
Tabulka č. 21 znázorňuje odpovědi respondentů ke čtvrtému obrázku v dotazníku. Z oboru všeobecná sestra zvolili všichni respondenti, **60** (100 %), odpověď *IV. stupeň* dekubitu.

V oboru všeobecné lékařství zvolilo *IV. stupeň* **53** (96,36 %) dotazovaných a pouze **32** (3,64 %) se domnívalo, že se jedná o *III. stupeň* dekubitu. Žádní dotazovaní z obou oborů nezaznamenali odpověď *I. a II. stupeň*. Správná odpověď byla *IV. stupeň* dekubitu.

**Položka č. 22: Výukové (edukační) materiály mohou napomoci ke snížení výskytu dekubitů**

**Tab. č. 22: Názor na účelnost výukových (edukačních) materiálů** (správná odpověď je tučně označena)

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano</b>	<b>56</b>	<b>93,33</b>	<b>54</b>	<b>98,2</b>
Ne	4	6,67	1	1,8
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



**Graf č. 18: Názor na účelnost výukových (edukačních) materiálů**

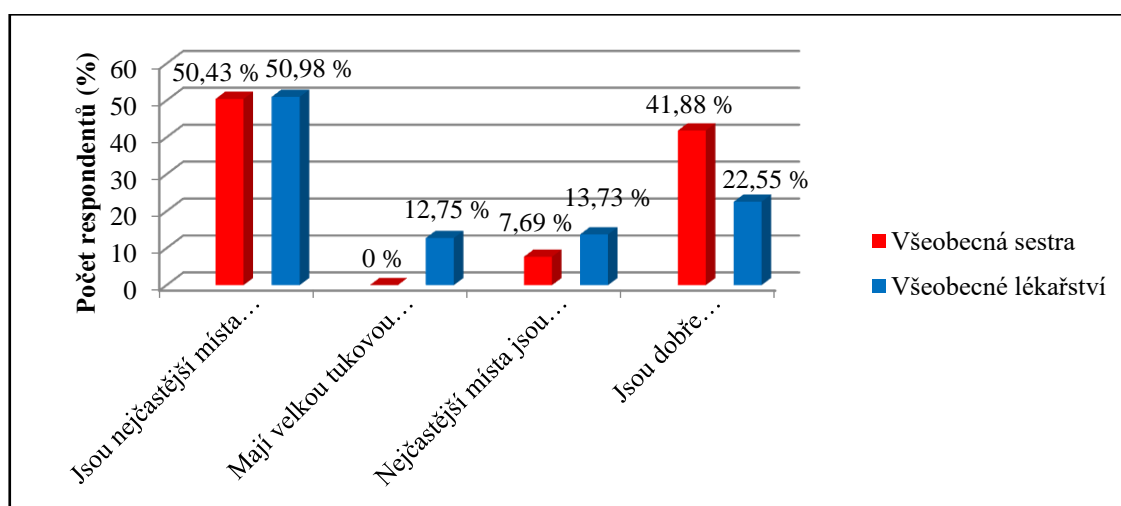
V tabulce č. 22 jsme se respondentů dotazovaly, zdali si myslí, že výukové (edukační) materiály mohou snížit výskyt dekubitů. *Ano* uvedlo **60** (100 %) dotazovaných z oboru všeobecná sestra.

Z oboru všeobecné lékařství označilo odpověď *ano* **53** (96,36 %) respondentů a *ne* **2** (3,64 %) respondenti.

**Položka č. 23: Označte správné tvrzení o predilekčních místech: (lze označit více odpovědí)**

**Tab. č. 23: Znalost tvrzení - predilekční místa (správné odpovědi jsou tučně označeny)**

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Jsou nejčastější místa vzniku dekubitů</b>	<b>59</b>	<b>50,43</b>	<b>52</b>	<b>50,98</b>
Mají velkou tukovou vrstvu podkožního tuku a svalstva	0	0	13	12,75
Nejčastější místa jsou lokty a kolena	9	7,69	14	13,73
<b>Jsou dobře identifikovatelné (viditelné) u kachektických pacientů</b>	<b>49</b>	<b>41,88</b>	<b>23</b>	<b>22,55</b>
<b>Celkový součet</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>102</b>	<b>100</b>



**Graf č. 19: Znalost tvrzení - predilekční místa**

Tabulka č. 23 znázorňuje otázku, kde měli dotazovaní označit pravdivá tvrzení o predilekčních místech. Respondenti mohli uvést více možností, proto je za 100 % považováno **117** odpovědí u oboru všeobecná sestra a **102** odpovědí u oboru všeobecné lékařství. V oboru všeobecná sestra nejčastější označovanou odpovědí bylo tvrzení, že predilekční místa jsou *nejčastější místa vzniku dekubitů* a to v **59** (50,43 %) odpovědích, tvrzení že jsou *dobře viditelné u kachektických pacientů* bylo označeno ve **49** (41,88 %) odpovědích. **9** (7,69 %) odpovědí respondentů bylo, že nejčastější predilekční místa jsou *lokty a kolena*. Variantu, že predilekční místa mají *velkou tukovou vrstvu podkožního tuku a svalstva* neoznačil žádný z respondentů.

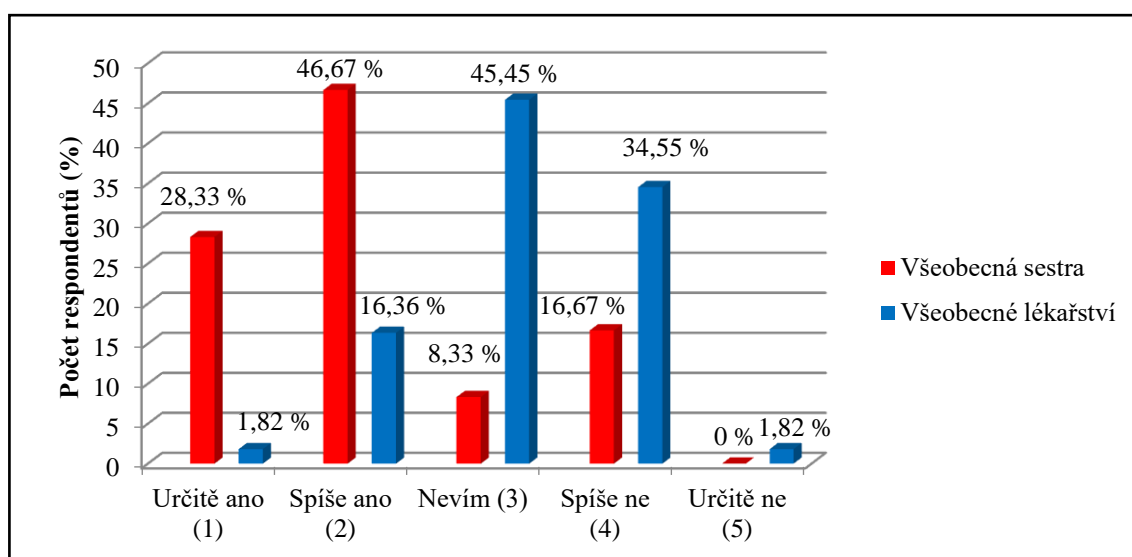
V oboru všeobecné lékařství byla nejvíce označovanou odpovědí, že predilekční místa jsou *nejčastější místa vzniku dekubitů*, a to v **52** (50,98 %) odpovědích. Odpověď, že dekubity jsou *dobře viditelné u kachektických pacientů*,

představovalo **23** (22,55 %) odpovědí. **14** (13,73 %) odpovědí uvádělo, že nejčastějšími místy pro vznik dekubitů jsou *kolena a lokty*. Možnost, že predilekční místa mají *velkou tukovou vrstvu podkožního tuku a svalstva* tvořilo **13** (12,75 %) odpovědí.

**Položka č. 24: Domníváte se, že je problematice dekubitů věnována v průběhu Vašeho studia dostatečná pozornost**

**Tab. č. 24: Názor na dostatek pozornosti problematice dekubitů v průběhu studia**

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Určitě ano (1)	17	28,33	1	1,82
Spíše ano (2)	28	46,67	9	16,36
Nevím (3)	5	8,33	25	45,45
Spíše ne (4)	10	16,67	19	34,55
Určitě ne (5)	0	0	1	1,82
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



**Graf č. 20: Názor na dostatek pozornosti problematice dekubitů v průběhu studia**

V tabulce č. 24 je 24 položka v dotazníku, kde měli dotazovaní subjektivně zhodnotit, zda si myslí, že je v průběhu jejich studia věnována dostatečná pozornost problematice dekubitů. Z celkového počtu dotazovaných v oboru všeobecná sestra byla průměrná známka **2,13**. Nejvíce **28** (46,67 %) respondentů označilo odpověď *spíše ano*, **17** (28,33 %) respondentů *rozhodně ano*. **10** (16,67 %) respondentů uvedlo, že si

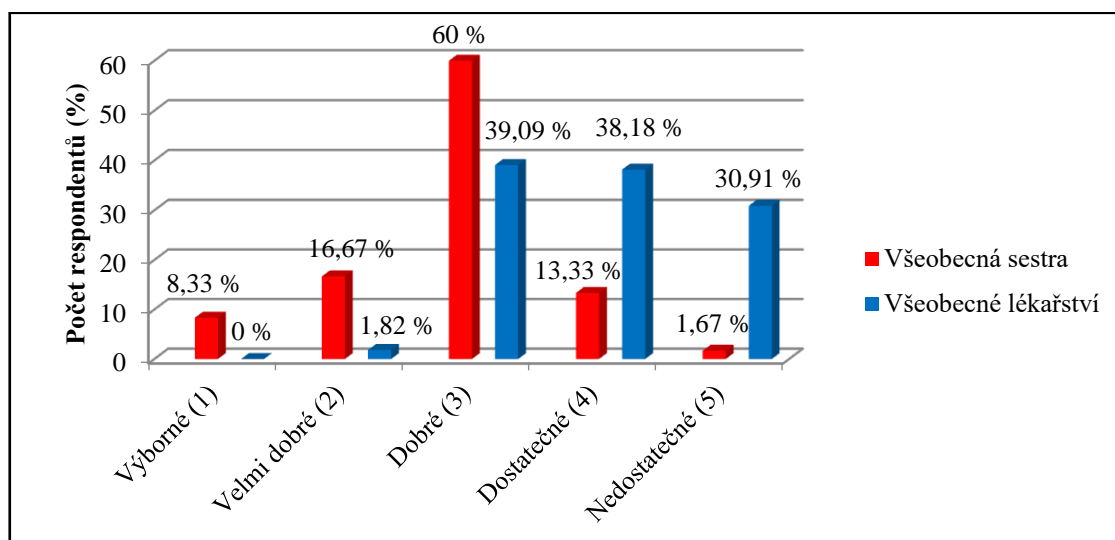
myslí, že problematice dekubitů *spíše není* věnována dostatečná pozornost a možnost neví uvedlo **5** (8,33 %) respondentů.

Z celkového počtu, **25** (45,45 %) respondentů označilo možnost neví a **19** (34,55 %) respondentů se domnívá, že problematice dekubitů v průběhu studia se pozornost *spíše nevěnuje*. Možnost *spíše ano* uvedlo **9** (16,36 %) respondentů a **1** respondent (1,82%) označil svoji odpověď jako *určitě ano*. Stejně tak pouze jeden respondent označil odpověď *rozhodně ne*. V oboru všeobecná lékařství byla průměrná známka **3,22**.

**Položka č. 25: Jak hodnotíte své znalosti na škále od 1 do 5 (1 = výborné, 5 = nedostatečné)**

**Tab. č. 25: Subjektivní hodnocení znalostí o dekubitech**

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Výborné (1)	5	8,33	0	0
Velmi dobré (2)	10	16,67	1	1,82
Dobré (3)	36	60	16	39,09
Dostatečné (4)	8	13,33	21	38,18
Nedostatečné (5)	1	1,67	17	30,91
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



**Graf č. 21: Subjektivní hodnocení znalostí o dekubitech**

V tabulce č. 25 je shrnuto subjektivní hodnocení znalostí respondentů v problematice dekubitů. Hodnocení bylo realizováno pomocí běžné klasifikační

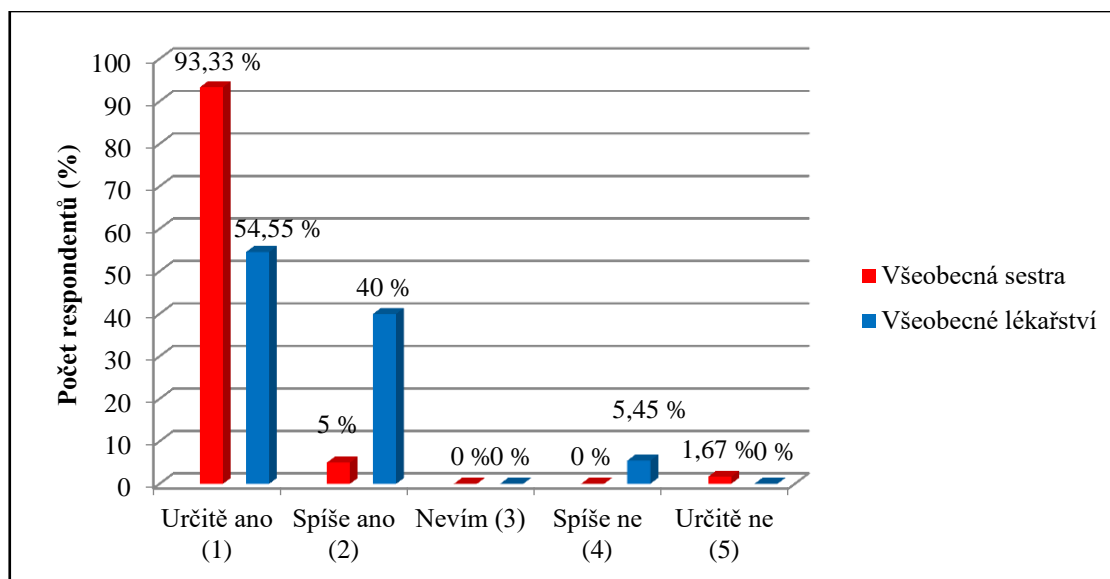
stupnice (1 – výborně, 5 – nedostatečně). Z celkového počtu respondentů oboru všeobecná sestra hodnotilo **36** (60 %) své znalosti *dobře*, **10** (16,67 %) respondentů *velmi dobře*, **8** (13,33 %) respondentů *dostatečně*, **5** (8,33 %) respondentů *výborně* a **1** (1,67 %) respondent *nedostatečně*. Průměrná známka znalostí oboru všeobecná sestra je **2,83**.

Z celkového počtu respondentů v oboru všeobecné lékařství **21** (38,18 %) respondentů hodnotilo své znalosti *dostatečně*, **17** (30,91 %) respondentů *nedostatečně*, **16** (39,09 %) respondentů *dobře* a **1** (1,82 %) respondent se ohodnotil *velmi dobře*. Žádný z dotazovaných nehodnotil své znalosti jako *výborné*. Průměrná známka znalostí respondentů z oboru všeobecné lékařství je **4,05**.

**Položka č. 26: Domníváte se, že je problematika dekubitů – jejich prevence a léčba důležitá pro Vaši profesi**

**Tab. č. 26: Náзор na význam, prevenci a léčbu dekubitů pro profesi**

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Určitě ano (1)	56	93,33	30	54,55
Spíše ano (2)	3	5	22	40
Nevím (3)	0	0	0	0
Spíše ne (4)	0	0	3	5,45
Určitě ne (5)	1	1,67	0	0
<b>Celkový součet</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



**Graf č. 22: Náзор na význam, prevenci a léčbu dekubitů pro profesi**

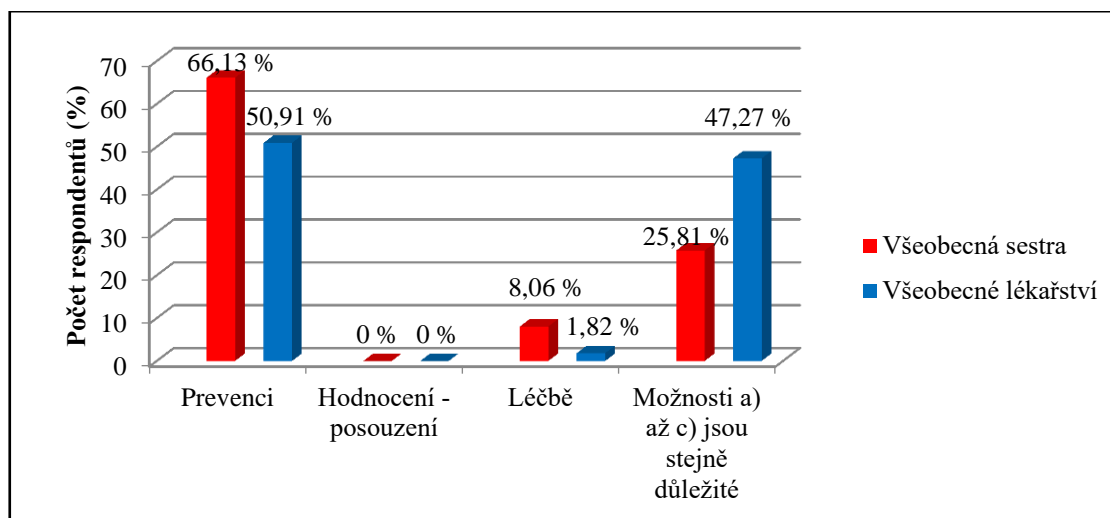
V tabulce č. 26 je uveden názor respondentů na to, zdaje prevence a léčba dekubitů důležitá pro jejich profesi. V oboru všeobecná sestra naprostá většina, **56** (93,33 %) respondentů odpověděla, že význam prevence a léčby je *určitě důležitý*. Odpověď *spíše ano* zvolili **3** (5 %) respondenti. Možnost *určitě ne* zvolil pouze **1** (1,67 %) respondent, který se domníval, že prevenci a léčbu dekubitů neuplatní ve svém zaměstnání – zdravotnický záchranář. Zbylé možnosti nebyly zvoleny. Průměrná známka míry významnosti, prevence a léčby dekubitů byla u oboru všeobecná sestra **1,12**.

Co se týče oboru všeobecné lékařství, **30** (54,55 %) respondentů uvedlo možnost odpovědi *určitě ano*, nabízenou možnost *spíše ne* volilo **22** (40 %) respondentů a variantu *spíše ne* **3** (5,45 %) respondenti. Zbylé nabízené možnosti nezvolil žádný respondent. Průměrná známka míry významnosti, prevence a léčby dekubitů byla u oboru všeobecné lékařství **1,62**.

**Položka č. 27: Pokud jste odpověděli ano a určitě ano, které oblasti je třeba věnovat největší pozornost ve Vaší profesi**

Tab. č. 27: Oblasti s potřebou největší pozornosti

Odpověď	Všeobecná sestra		Všeobecné lékařství	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Prevenci	41	66,13	28	50,91
Hodnocení - posouzení	0	0	0	0
Léčbě	2	8,06	1	1,82
Možnosti a) až c) jsou stejně důležité	16	25,81	26	4,27
<b>Celkový součet</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>



Graf č. 23: Oblasti s potřebou největší pozornosti



Tabulka č. 27 znázorňuje odpovědi na 27. položku dotazníku. Zjišťuje, které oblasti, dle respondentů, by měla být věnována největší pozornost. Více než polovina **41** (66,13 %) respondentů z oboru všeobecná sestra označili odpověď *prevence*, možnost *prevence, hodnocení a léčba* zvolilo **16** (25,81 %) dotazovaných a pouze **2** (8,06 %) dotazovaní uvedli variantu *léčba*. Žádný z dotazovaných respondentů neuvedl možnost *hodnocení – posouzení*.

Z celkového počtu dotazovaných v oboru všeobecné lékařství uvedlo, že **28** (50,91 %) respondentů by největší pozornost věnovali *prevenci*. Odpověď *prevenci, hodnocení a léčba* označilo **26** (47,27 %) respondentů a zbylý **1** (1,82 %) respondent uvedl možnost *léčba. Hodnocení – posouzení* dekubitů nezvolil žádný respondent.

Poslední položka dotazníkového formuláře umožňovala respondentům vyjádřit svůj názor, připomínky, či náměty k danému tématu.

Respondent 22 let – žena, všeobecná sestra, prezenční forma: „*Málo personálu. Nedostatečná ošetrovatelská péče, je třeba dbát na časté polohování a dostatečnou hygienu.*“

Respondent 21 let – žena, všeobecná sestra, kombinovaná forma: „*Je potřeba, aby sestry často polohovaly.*“

Respondent 32 let – muž, všeobecná sestra, kombinovaná forma: „*Otázka č. 12 – spíše ne, ve většině dekubitů lze předejít, ale zároveň rozhodně ano, protože polytrauma s ileofemorálním bypasseem v kardiogenním šoku lze otočit velmi obtížně.*“

Respondent 19 let – žena, všeobecná sestra, prezenční forma: „*Ptát se i lidí, kteří se starají o ležící pacienty v domácím prostředí, jaké jsou jejich znalosti.*“

## 5 OVĚŘENÍ OČEKÁVANÝCH VÝSLEDKŮ

Na začátku průzkumu byl stanoven jeden cíl a šest očekávaných výsledků. Hlavním a jediným cílem bylo zhodnotit znalosti respondentů, tj. studentů oboru všeobecná sestra a studentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství o problematice v oblasti definování dekubitálních lézí. Prvním očekávaným výsledkem bylo, že více než 75 % respondentů oboru všeobecná sestra a více než 50 % studentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství uvedou správnou definici pojmu dekubitus. K ověření prvního očekávaného výsledku sloužila sedmá položka dotazníku (viz - tab. č. 7), ve které měli dotazovaní určit správnou definici dekubitu. Většina dotázaných v obou skupinách odpověděla správně a to, 90 % (n = 54) respondentů oboru všeobecná sestra a 73 % (n = 40) respondentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství uvedlo odpověď, že dekubitus je lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace a následnou hypoxií. **Očekávaný výsledek č. 1 byl potvrzen.**

Druhý očekávaný výsledek předpokládal, že více než 75 % studentů oboru všeobecná sestra a 50 % studentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství správně určí stupně dekubitů. K ověření očekávanému výsledku se vztahovalo hned několik položek z dotazníku. Tyto otázky byly zahrnuty v dotazníku jako položky č. 18 – 21 (viz - tab. č. 18 – 21). V položce č. 18 měli respondenti uvést odpovídající stupeň dekubitu, kde se dle obrázku o dekubitus nejednalo. Správnou odpověď, že se nejedná o dekubitus, zvolil pouze malý počet respondentů. V oboru všeobecná sestra to bylo 13 % (n = 8), dvakrát více než u studentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství. Ti zvolili správnou odpověď pouze v 7 % (n = 4). V položce č. 19 respondenti určovali odpovídající stupeň dekubitu a jednalo se o III. stupeň. Respondenti tento stupeň označovali bez problémů. Celkem 95 % (n = 57) respondentů oboru všeobecná sestra správně určilo zmíněný stupeň, stejně tak studenti 2. ročníku oboru všeobecné lékařství zvolili správný stupeň dekubitu, a to v 85 % (n = 47). V položce č. 20 respondenti uváděli příslušný stupeň dekubitu. Ve zmíněné položce se jednalo o II. stupeň. Tuto odpověď zvolil vysoký počet respondentů, jak v oboru všeobecná sestra, tak v oboru všeobecné lékařství. Pro obor všeobecná sestra to bylo 90 % (n = 54) respondentů, u oboru všeobecné lékařství 73 % (n = 40). Poslední položkou v dotazníku, v níž jsme se

respondentů dle obrázků dotazovaly na správný stupeň dekubitu, byla položka č. 21. Na obrázku byl zobrazen IV. stupeň dekubitu. Dotazovaní neměli s určením tohoto stupně žádné problémy. Celkem 100 % (n = 60) dotazovaných z oboru všeobecná sestra odpovědělo správně, že se jedná o IV. stupeň dekubitu a takto jej také označilo 96 % (n = 53) respondentů v oboru všeobecné lékařství. **Očekávaný výsledek č. 2 byl potvrzen.**

Očekávaný výsledek č. 3 předpokládal, že více než 75 % studentů oboru všeobecná sestra a více než 50 % studentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství správně určí inkontinenci jako jeden z možných rizikových faktorů rozvoje dekubitů. K ověření očekávaného výsledku sloužila v dotazníku položka č. 10 (viz - tab. č. 10). S tvrzením souhlasilo 92 % (n = 55) respondentů z oboru všeobecná sestra a 60 % (n = 33) respondentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství, tzn., že **očekávaný výsledek č. 3 byl potvrzen.**

Očekávaným výsledkem č. 4 bylo: Předpokládáme, že více než 75 % studentů oboru všeobecná sestra a více než 50 % studentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství určí správné tvrzení o predilekčních místech. Ke zhodnocení čtvrtého očekávaného výsledku se vztahovala v dotazníku položka č. 23 (tab. č. 23), v níž měli respondenti uvádět správná tvrzení o predilekčních místech. V tomto případě mohli respondenti uvést více odpovědí. Z analyzovaných odpovědí vyplývá, že 98 % (n = 59) studentů oboru všeobecná sestra zvolilo možnost, že predilekční místa jsou nejčastější místa vzniku dekubitů a 82 % (n = 49) respondentů určilo tvrzení, že jsou dobře identifikovatelné (viditelné) u kachektických pacientů. Celkem 95 % (n = 52) studentů 2. ročníku všeobecného lékařství označilo správnou odpověď, že predilekční místa jsou nejčastější místa vzniku dekubitů, a zároveň 44 % (n = 24) respondentů uvedlo, že jsou dobře identifikovatelné (viditelné) u kachektických pacientů. **Očekávaný výsledek č. 4 byl potvrzen.**

V dalším očekávaném výsledku č. 5 jsme předpokládali, že více než 25 % studentů oboru všeobecná sestra a více než 50 % studentů 2. ročníku oboru všeobecného lékařství se domnívá, že problematice dekubitů není věnována dostatečná pozornost ve výuce. Položka č. 24 v dotazníku (viz - tab. č. 24) se dotazovala respondentů, zda se domnívají, že je problematice dekubitů věnována v průběhu jejich studia dostatečná pozornost. Respondenti odpovídali na hodnotící škále od 1 do 5, kde 1 představovala odpověď určitě ano, hodnota 2 spíše ne, číslo 3 odpovídalo odpovědi nevím, 4 uváděla

odpověď spíše ne a známka 5 představovala možnost určitě ne. Průměrné hodnocení toho, zda je problematice věnována pozornost bylo u studentů oboru všeobecná sestra **2,13**. U studentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství je průměr hodnocení pozornosti tématu dekubitů ve výuce **3,22**, tedy výrazněji horší než u studentů všeobecná sestra. Celkem 16,67 % respondentů ze souboru studentů oboru všeobecná sestra uvádělo, že spíše ne. Možnost, že vůbec ne, neuvedl žádný respondent v této skupině. U studentů všeobecného lékařství zhodnotilo jako nedostatečně věnovanou pozornost tématu dekubitů celkem 36,37 % dotázaných. Je však třeba zdůraznit že 45,45 % respondentů značilo odpověď nevím. **Očekávaný výsledek č. 5 nebyl potvrzen.**

V šestém očekávaném výsledku jsme se věnovali zhodnocení subjektivního hodnocení znalostí studentů. Bylo předpokládáno, že více než 50 % studentů oboru všeobecná sestra subjektivně hodnotí svoje znalosti jako dobré až velmi dobré a více než 50 % studentů 2. ročníku oboru všeobecného lékařství subjektivně hodnotí svoje znalosti jako dostatečné až nedostatečné. V položce dotazníku č. 25 (viz - tab. č. 25) respondenti hodnotili úroveň svých znalostí v problematice dekubitů na klasifikační škále od 1 do 5 (1 = výborné, 5 = nedostatečné). Průměrná známka studentů oboru všeobecná sestra byla **2,83**, což poukazuje, že hodnotí své znalosti jako dobré až velmi dobré a u studentů 2. ročníku oboru všeobecné lékařství je průměr **4,05**, tedy dostatečné znalosti. **Očekávaný výsledek č. 6 byl potvrzen.**

## 6 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývala problematikou identifikace dekubitů z pohledu studentů. Průzkum byl realizován kvantitativní metodou formou dotazníkového formuláře, které byl sestaven na základě předem stanovených cílů a očekávaných výsledků (více viz níže). Zvolená metoda, pomocí dotazníkového šetření byla shledána jako nejvhodnější, vzhledem k tomu, že bylo snahou oslovit velký počet respondentů z různých studijních oborů a ročníků a také díky hlavnímu cíli, zhodnotit znalosti studentů v problematice dekubitů. Oslovené respondenty tvořili studenti Lékařské univerzity Masarykovy univerzity. Jednalo se o studenty všech ročníků oboru všeobecná sestra a studenty 2. ročníku oboru všeobecné lékařství. Byl stanoven jeden cíl a následně šest očekávaných výsledků. Dotazník byl vytvořen s pomocí anglického originálu, dotazníku Pieper et al.<sup>78</sup> Dotazník byl konstruován z několika částí – úvod, demografické údaje respondentů a zjišťovací část. Nakonec měli respondenti ještě prostor k vyjádření svých názorů k dané problematice dekubitů. Distribuováno bylo v tištěné podobě 60 dotazníkových formulářů pro studenty/ky oboru všeobecná sestra. Návratnost byla 100%. Počet distribuovaných formulářů pro studenty oboru všeobecné lékařství nebylo možné zjistit s ohledem na elektronickou distribuci dotazníkových formulářů. Návratnost elektronických dotazníků byla 55 vyplněných formulářů. Dva dotazníkové formuláře musely být vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění. Výsledky průzkumu jsou tedy prezentovány u 60 respondentů oboru všeobecná sestra a 55 respondentů oboru všeobecného lékařství.

Mezi hlavní limity průzkumu patřil fakt, že studenti 2. ročníku všeobecného lékařství mohli být znevýhodněni tím, že studují 2. ročník a o problematice dekubitů nemají příliš informací s ohledem na rozsah výuky ošetřovatelství. Na druhou stranu, díky elektronické formě dotazníku si mohli informace zjistit z jiných zdrojů a jejich deficit vědomostí v dané oblasti mohl být kompenzován více hodinami výuky anatomie a patologie. U studentů oboru všeobecná sestra je předpoklad vyššího penza vědomostí o problematice dekubitů, ale při vyplňování dotazníků byli „znevýhodněni“

---

<sup>78</sup> Srov. BERLOWITZ, D., et al., *Preventing Pressure Ulcers in Hospitals - A Toolkit for Improving Quality of Care*, s. 117 – 118.

tím, že dotazník vyplňovali v tištěné podobě a pod dohledem hromadně, bez možnosti dohledávat informace.

Většina dotazovaných respondentů nedokázala správně odpovědět na položku č. 6 v dotazníku (viz - tab. č. 6). V této otázce jsme zjišťovaly, která tkáň je nejméně odolná vůči tlaku. Nejčastější odpovědi respondentů oboru všeobecná sestra byly, že nejméně odolnou tkání je epidermis, a to v 35 (58,33%) odpovědích. Naproti tomu, nejčastější odpovědi studentů všeobecného lékařství byla dermis a to u 26 (47,27%) respondentů. Proč tak respondenti odpovídali, přisuzujeme tomu, že si nejsou až příliš vědomi skutečnosti, že dekubitus nevzniká primárně z povrchové vrstvy, tedy epidermis, ale vzniká v hlubších tkáních a prostupuje nahoru, avšak zdravotnický personál objevuje první známky dekubitu právě zde, v epidermis. Stejně zjištění uvedla ve své práci Veisová, z jejíhož výzkumu vyplývá, že respondenti uváděli taktéž epidermis jako tkáň nejméně odolnou pro tlak a to v 35 (45,5 %) odpovědích.<sup>79</sup>

Pozitivní zjištění bylo shledáno ve spojitosti se správnou definicí pojmu dekubitus. Mikšová uvádí, že „proleženina (dekubitus, tlaková léze, vřed) je lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace, a z ní vyplývající hypoxie, vyvolané tlakem.“<sup>80</sup> Tuto správnou definici pojmu dekubitus uvedlo 54 (90%) respondentů z oboru všeobecná sestra, z oboru všeobecné lékařství to bylo 40 (72,73%) dotazovaných.

S očekávaným výsledkem č. 3 souvisela položka č. 10 (viz - tab. č. 10). Respondentů jsme se dotazovaly, zda si myslí, že je inkontinence jedním z možných rizikových faktorů při vzniku dekubitu. Všeobecné sestry si jsou vědomy, že inkontinence, jak močová, tak především fekální je jedním z významných faktorů pro vznik dekubitů. To potvrdilo 55 (91,67%) dotazovaných z oboru všeobecná sestra. Mimo jiné tento fakt potvrzuje i Krajčíková ve své práci.<sup>81</sup> Studenti oboru všeobecné lékařství už neodpovídali tak jednoznačně, jako studenti oboru všeobecná sestra. Nejspíš si zcela neuvědomují, jak vážný rizikový faktor pro vznik dekubitů inkontinence je. S tvrzením nesouhlasilo až 22 (40%) respondentů oboru všeobecné lékařství, což je téměř polovina dotazovaných.

---

<sup>79</sup> Srov. VEISOVÁ, M., *Nejčastější příčiny vzniku dekubitů - praktické zkušenosti*, 2006, s. 75.

<sup>80</sup> MIKŠOVÁ, M. et al., *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*, s. 43.

<sup>81</sup> Srov. KRAJČÍKOVÁ, N., *Problematika dermatitidy v souvislosti s inkontinencí*, 2015, s. 49.

Položka č. 23 (viz - tab. č. 23) byla zaměřena na znalost predilekčních míst. Dle odpovědí je zřejmé, že studenti mají povědomí o tom, co predilekční místa jsou a kde se lokalizují. Nejčastější a správnou odpovědí byla označována možnost, že predilekční místa jsou nejčastější místa vzniku dekubitů, v oboru všeobecná sestra to bylo 56 (50,43%) odpovědí, v oboru všeobecné lékařství 52 (50,98%) odpovědí. Možnost, že dekubity jsou dobře identifikovatelné (viditelné) u kachektických pacientů byla zvolena ve 49 (41,88%) odpovědích, co se týče oboru všeobecná sestra, v oboru všeobecné lékařství byla tato odpověď zvolena 23 krát (22,55%). Negativní zjištění bylo shledáno v odpovědi, že predilekční místa mají velkou tukovou vrstvu podkožního tuku a svalstva. Tato odpověď byla zvolena ve 14 (13,73 %) odpovědích. Synková se ve své práci zaměřuje na znalosti sester a predilekčních míst, kde 45% dotazovaných z jejího šetření uvedlo správně, že *predilekční místa jsou málo izolované vrstvou podkožního tuku a svalstva*.<sup>82</sup>

V očekávaném výsledku č. 2 jsme se zjišťovaly, zda studenti umí správně určit stupně dekubitů. Domníváme se totiž, že pro správnou prevenci a léčbu je velmi důležitá znalost vhodných klasifikačních stupnic pro identifikace stupně dekubitu. Následné léčení již vzniklého dekubitu se totiž liší od daného stupně.

V originálním dotazníkovém formuláři byly pro tento očekávaný výsledek vytvořeny 4 položky (viz - tab. č. 18 - 21), které se dle obrázku dotazují respondentů na správný stupeň dekubitu. První obrázek (viz - tab. č. 18), na kterém byla patrná zarudlá oblast, která znázorňovala hematom, tedy obrázek neměl spojitost s dekubitem. Správnou odpověď, tedy že se nejedná dekubitus, zvolil pouze malý počet respondentů. Z oboru všeobecná sestra to bylo 8 (13,33%) dotazovaných, z oboru všeobecné lékařství o polovinu méně, tedy 4 (7,27%). Největší počet respondentů přisuzovalo svoje odpovědi I. stupni dekubitu, a to v 51 (85%) odpovědích u oboru všeobecná sestra, a v 44 (80%) odpovědích v oboru všeobecné lékařství. Chybné označení odpovědi můžeme přisuzovat tomu, že hematom byl znázorněn na tmavší kůži, proto nebylo zcela jednoznačné odpověď určit. Na druhém obrázku (viz - tab. č. 19) byl znázorněn dekubitus III. stupně. Kůže byla zarudlá s rozsáhlejším defektem, byla patrná částečná ztráta epidermis i dermis. Respondentům určení tohoto stupně nečinilo žádné potíže. Celých 57 (95%) respondentů z oboru všeobecná sestra určilo

---

<sup>82</sup> Srov. SYNKOVÁ, G., *Úroveň znalostí zdravotních sester o problematice dekubitů*, 2016, s. 54.

tento stupeň zcela správně, ale i 47 (85,45%) dotazovaných z oboru všeobecné lékařství zvolili správnou odpověď. Třetí obrázek (viz - tab. č. 20) hodnotilo 54 (90%) respondentů z oboru všeobecná sestra a 40 (72,73%) respondentů oboru všeobecné lékařství správně. Na obrázku byl znázorněn dekubitus II. stupně, na obrázku byl patrný puchýř vyplněný serózní tekutinou. Poslední obrázek (viz. tab. č. 21), který znázorňoval rozsáhlou destrukci s nekrózou s ostře ohraničenými okraji, byl dekubitus IV. stupně. Studenti uvedený stupeň dekubitu identifikovali zcela jednoznačně u oboru všeobecná sestra, a to v celých 60 (100 %) odpovědích. Studenti v oboru všeobecné lékařství se zmýlili pouze ve dvou případech, což je také velmi dobré zjištění, tudíž správný stupeň zvolilo 53 (96,36%) dotazovaných.

V otázce identifikace správných stupňů dekubitů nelze říci, že by činila studentům významné potíže. Až na první obrázek, kdy se o dekubitus nejednalo, studenti určovali stupeň ve většině případů správně. Tudíž druhý očekávaný výsledek byl potvrzen, jak bylo zmíněno v kapitole ověření očekávaných výsledků. Uvedené výsledky bychom mohly srovnat s prací od Zajícové, která se zaměřila taktéž na identifikaci stupňů dekubitů dle obrázků a fotografií, ale u všeobecných sester. Ta z výsledků usuzuje, že všeobecné sestry nemají dostatečné znalosti, co se týče teorie, a tím mohou zaměňovat následné klasifikační stupnice dekubitů u pacienta. Respondenti ohodnotili první dva obrázky, které znázorňovaly I. a V. stupeň dekubitů, správně. Třetí obrázek, na kterém byl znázorněn dekubitus II. stupně, hodnotilo až 64,2 % respondentů chybně.<sup>83</sup>

Zajímavé odhalení jsme zjistily v souvislosti s hodnocením znalostí respondentů. Dotazovaní respondenti hodnotili v 25. položce dotazníku subjektivně své znalosti v problematice identifikace dekubitů dle klasifikační stupnice (1 = výborné, 5 = nedostatečné). Průměrná známka subjektivního hodnocení respondentů z oboru všeobecná sestra byla 2,83. Průměrná známka subjektivně vnímaných znalostí respondentů z oboru všeobecné lékařství byla 4,05. Ze zmíněného subjektivního hodnocení je zřejmé, že se respondenti z oboru všeobecné lékařství hodnotili zřetelně hůře, než studenti oboru všeobecná sestra. V oboru všeobecné lékařství žádný respondent neohodnotil své znalosti za výborné a pouze jeden student klasifikoval své znalosti jako velmi dobré (viz - tab. č. 25). Lze předpokládat, že si byli vědomi toho, že téma dekubitů jim není blízké. Zjištění zcela nekoresponduje s názorem na

---

<sup>83</sup> Srov. ZAJÍCOVÁ, E., *Prevence a ošetřování dekubitů v Nemocnici Kyjov, příspěvková organizace*, 2008, s. 72.



významnost problematiky dekubitů (viz - tab. č. 26), kde si studenti jednoznačně uvědomují, jak je prevence a léčba tlakových lézí významná pro jejich budoucí profesi. Až 56 (93,33%) respondentů z oboru všeobecná sestra se domnívá, že problematika dekubitů – jejich prevence a léčba je pro jejich budoucí povolání určitě důležitá. Z uvedeného oboru se pouze 1 (1,67%) respondent domnívá, že prevence a léčba dekubitu pro něj není významná z důvodu, že pracuje pro RZS a tato problematika na tomto pracovišti není klíčová a s dekubity se nesetká. V oboru všeobecné lékařství 30 (54,55%) respondentů uvedlo odpověď, že prevence a léčba dekubitů je pro jejich praxi určitě důležitá a 22 (40%) dotazovaných se domnívá, že je spíše důležitá. Minimální rozdíly mezi těmito dvěma obory přisuzujeme tomu, že se studenti oboru všeobecné lékařství mohou domnívat, že problematika dekubitů je především v roli ošetrovatelského personálu, tedy všeobecných sester a s touto problematikou nepřijdou do kontaktu tak úzce, jako právě zmiňované všeobecné sestry. Uvedené odpovědi respondentů jsme zprůměrovaly a průměrná známka významnosti prevence a léčby u oboru všeobecná sestra byla 1,12 a u oboru všeobecné lékařství 1,62, což je velmi příjemné zjištění, že si studenti obou oborů problematiku prevence a léčby uvědomují víceméně totožně.

Na předchozí položku navazuje položka v dotazníku č. 27 (viz - tab. č. 27), která se respondentů dotazuje, které oblasti by bylo třeba věnovat největší pozornost. Obě skupiny studentů v obou zmíněných oborech se shodly na odpovědi prevence, u oboru všeobecná sestra to bylo 41 (66,13%) respondentů, v oboru všeobecné lékařství 28 (50,91%) dotazovaných. Překvapilo nás zjištění, že žádný respondent, jak z oboru všeobecná sestra, tak z oboru všeobecné lékařství nezvolil jako oblast, které je potřeba věnovat největší pozornost, hodnocení – posouzení, tedy klasifikaci dekubitů. Tento výsledek ale mohl být ovlivněn tím, že se respondenti domnívají, že největší pozornost je třeba věnovat všem třem oblastem, tedy jak prevenci a léčbě, tak i hodnocení – posouzení. To se domnívalo 16 (25,81%) respondentů z oboru všeobecná sestra a 26 (47,27%) dotazovaných z oboru všeobecné lékařství.

S ohledem na zjištěná fakta, byl připraven návrh na řešení zjištěných nedostatků a konkrétní doporučení pro klinickou praxi.

## **7 NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ – DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Na základě zjištěných nedostatků vyplývajících z analýzy dotazníkového průzkumu v oblasti znalostí o identifikaci dekubitů byla připravena následující doporučení a návrhy pro zlepšení situace v praxi:

- Problematika dekubitů je závažný multidisciplinární problém, který se netýká pouze všeobecných sester, ale řešení by se měl účastnit celý multidisciplinární zdravotnický tým. Na prevenci a léčbě dekubitů se podílejí různí zdravotničtí pracovníci, kteří o pacienta pečují ve všech oblastech. Všeobecné sestry by se měly účastnit celkové péče o pacienta, hygienické péče, úpravě lůžka a jeho prostředí, dbát na správné polohování a kontrolu predilekčních míst, správně vyhodnocovat rizika vzniku dekubitů a klasifikovat stupně dekubitů dle dostupných škál a vhodně pečovat o již vzniklý dekubitus. Nutriční specialisté by měli dbát na vhodnou výživu, která je pro prevenci dekubitů neodmyslitelná a měli by brát v potaz aktuální nároky na výživu nemocného a také aktuální stav nemocného s jeho onemocněními. Fyzioterapeuti hrají významnou roli v prevenci dekubitů, v oblasti polohování a správné rehabilitace pacienta, jak aktivní, tak pasivní. Lékaři mají významný podíl jak v prevenci, tak v léčbě dekubitů. Všichni jmenovaní pracovníci by spolu měli velmi úzce spolupracovat, znát své kompetence a vhodně je využít jak v prevenci dekubitů, tak u pacientů s dekubity již vzniklými.
- Zaměřit se více na problematiku dekubitů v odborných předmětech u studentů oboru všeobecného lékařství, např. anatomie, patologie., chirurgie, dermatovenerologie a dalších preklinických i klinických předmětech.

- Věnovat pozornost ve výuce identifikaci (klasifikaci) dekubitů a výuce využívání objektivních škál dle nejnovějších poznatků a mezinárodních organizací (např. EPUAP, NPUAP).
- Velmi důležité je upozornit na vhodnou hygienickou péči pacienta a úpravu lůžka.
- Využívat správné materiály a pomůcky pro prevenci a léčbu dekubitů, věnovat se této oblasti nejen v teoretické výuce, ale také především v průběhu praktické výuky na klinických pracovištích.
- Seznámit studenty lékařských i nelékařských oborů s ekonomickými náklady prevence a léčby dekubitů.
- Přínosný by mohl být odborný seminář pro zájemce z obou studijních oborů o prevenci a léčbě chronických ran, mezi něž dekubity patří.
- Výsledky průzkumu budou nabídnuty garantům předmětů, v nichž je předpoklad relevantnosti problematiky dekubitálních lézí u studentů všeobecného lékařství i studijních oborů ošetrovatelství.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku identifikace dekubitů z pohledu studentů. Hlavním cílem bylo zmapovat znalosti studentů v problematice identifikace dekubitů. Práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a empirickou. V teoretické části bylo hlavním cílem poskytnout relevantní a kvalitní informace o dekubitech. Byla popsána etiologie vzniku dekubitů, lokalizace vzniku, dále také klasifikace dekubitů zejména dle EPUAP-NPUAP – The European and National Pressure Ulcer Advisory Panel – Evropský a Národní Poradní Panel pro otázky dekubitů. V neposlední řadě bylo popsáno vyhodnocení rizika vzniku dekubitů dle dostupných škál a stupnic a nakonec byla popsána role všeobecné sestry v identifikaci dekubitů. Hlavním záměrem empirické části bylo zjistit a porovnat znalosti studentů oboru všeobecná sestra a všeobecné lékařství o problematice dekubitů za využití kvantitativního průzkumu s pomocí originálního dotazníkového formuláře Pieperet al.<sup>84</sup> Pro empirickou část práce byl stanoven jeden cíl a šest očekávaných výsledků. Zvolenými respondenty byli studenti všech tří ročníků oboru Všeobecná sestra jak v prezenční, tak v kombinované formě a studenti 2. ročníku oboru Všeobecné lékařství Masarykovy univerzity – Lékařské fakulty. Účelně byli pro sběr dat osloveni studenti 2. ročníku všeobecného lékařství, protože existuje předpoklad, že již mají povědomí o problematice dekubitů, a zároveň také absolvovali ošetrovatelskou praxi. Rovněž mohli o tématice dekubitů čerpat informace z hodin anatomie, patologie nebo fyziologie. Za neúčinnější způsob řešení problematiky dekubitů je považována jejich včasná identifikace a prevence, které vedou ke zvyšování kvality péče o pacienta a snižování nákladů na poskytovanou péči.<sup>85</sup> Proto je velmi důležité o tomto faktu informovat již studenty v počátcích jejich vzdělání a praxe. Považujeme za nadměru důležité, aby byla poskytovaná adekvátní preventivní péče na co nejvyšší úrovni.

---

<sup>84</sup> Srov. BERLOWITZ, D., et al., *Preventing Pressure Ulcers in Hospitals - A Toolkit for Improving Quality of Care*, s. 117 – 118, [online] Dostupné z [www: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/putoolkit.pdf](http://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/putoolkit.pdf). [cit. 2016-12-8].

<sup>85</sup> Srov. Praktické naplnění resortního bezpečnostního cíle č. 8, *Výstupy dotazníkového šetření* [online]. Dostupné z [www: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecni/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-\\_2922\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecni/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html), s. 3. [cit. 2017-04-17].

Dekubity představují mnoho let jeden z nejvýznamnějších problémů v ošetrovatelství. Výskyt dekubitů je jednou z nejčastějších komplikací a nežádoucí událostí u hospitalizovaných pacientů. Jsou pro ně závažnou komplikací, zejména z důvodu prodloužení hospitalizace, subjektivního diskomfortu a v neposlední řadě značně zvyšují ekonomické náklady pro zdravotnické zařízení.

# ANOTACE

<b>Příjmení a jméno autora:</b>	Veronika Kambová
<b>Instituce:</b>	Masarykova univerzita Lékařská fakulta Katedra ošetrovatelství
<b>Název práce:</b>	Problematika identifikace dekubitů z pohledu studentů
<b>Vedoucí práce:</b>	Doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.
<b>Počet stran:</b>	98
<b>Počet příloh:</b>	10
<b>Rok obhajoby:</b>	2017
<b>Klíčová slova:</b>	dekubitus, prevence, znalosti, ošetrovatelská péče, chronická rána, studenti

## Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou identifikace dekubitů z pohledu studentů. Teoretická část se zaměřuje na etiologii vzniku dekubitů, lokalizace vzniku, dále také klasifikací dekubitů, zejména dle EPUAP-NPUAP klasifikace. V neposlední řadě bylo popsáno vyhodnocení rizika vzniku dekubitů dle dostupných škál a stupnic a také byla pozornost zaměřena na prevenci dekubitů a roli všeobecné sestry v identifikaci dekubitů. Empirická část práce byla založena na kvantitativním průzkumu formou dotazníkové metody, která byla zejména zaměřena na hodnocení znalostí dekubitů u studentů oboru Všeobecná sestra a studentů 2. ročníku oboru Všeobecné lékařství.

# ANNOTATION

**Surname and first name:** Veronika Kambová

**Institution:** Masaryk University  
Faculty of Medicine  
Department of Nursing

**Title of the work:** The issue of identification of pressure ulcers from the students viewpoint

**Supervisor of the work:** assoc. prof. Andrea Pokorná, Ph.D.

**Number of pages:** 98

**Number of enclosures:** 10

**Year of defense:** 2017

**Key words:** pressure ulcers/pressure sores/pressure injury/decubitus, prevention, knowledge, nursing care, chronic wound, students

## Summary:

Bachelor thesis deals with the identification of pressure ulcers from the student's viewpoint. The theoretical part is focused on the aetiology of pressure ulcers, localization of creation as well as the classification/categorisation of pressure ulcers, especially by EPUAP – NPUAP classification. Last but not least, was described evaluation of risks for pressure ulcers according to available scales. Special attention was given to prevention of pressure ulcers and role of nurses in the identification of pressure ulcers. The empirical part was based on a quantitative research by questionnaire survey, which was mainly focused on the assessments of pressure ulcers knowledge of general nurse students and 2nd year students of general medicine.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

1. AHTIALA, Maarit, et al. Critical Evaluation of the Jackson/Cubbin Pressure Ulcer Risk Scale — A Secondary Analysis of a Retrospective Cohort Study Population of Intensive Care Patient. *Ostomy Wound Management*, 2016, 62(2), s. 24–33. ISSN 0889 – 5899.
2. BEECKMAN, Dimitri, SCHOONHOVEN, Lisette, DEALEY, Carol. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. *Pressure Ulcer Classification Tool 3* [online]. Oxford, 2014. Dostupné z [www: http://users.ugent.be/~dibeeckm/puclas/html/](http://users.ugent.be/~dibeeckm/puclas/html/). [cit. 2016-12-8].
3. BERLOWITZ, Dan, et al. *Preventing Pressure Ulcers in Hospitals - A Toolkit for Improving Quality of Care* [online]. 2011, s. 117-118. Dostupné z [www: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/putoolkit.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/putoolkit.pdf). [cit. 2016-12-8].
4. *Citáty slavných osobností*. [online] Dostupné z [www: http://citaty.net/klicova-slova/medicina/](http://citaty.net/klicova-slova/medicina/). [cit. 2017-4-17].
5. *Dekubity II. – hodnocení rizika dekubitů, klasifikace dekubitů*. [online], 2015 Dostupné z [www. http://www.dekubity.eu/wp-content/uploads/2016/02/dekubity-2\\_2015\\_web.pdf](http://www.dekubity.eu/wp-content/uploads/2016/02/dekubity-2_2015_web.pdf). [cit. 2016-12-18].
6. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 237 s. ISBN 978-80247-1868-2.
7. HAESLER Emily. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia, 2014, 72 s. ISBN - 13: 978-0-9579343-6-8.



8. HILŠEROVÁ, Stanislava. Dekubity – prevence a jejich léčba, *Urologie pro praxi*, Olomouc: Solen s.r.o., 2010, 11(1), s. 47 – 49. ISSN - 1803-5299.
9. HUDECOVÁ, Kateřina, 2012. *Dekubity – léčba* [online]. Dostupné z www: <http://www.cs.medixa.org/lecba/dekubity-lecba>. [cit. 2016-4-17].
10. IVANOVÁ, Kateřina a JURÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 96 s. ISBN 80-244-0992-5.
11. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s., [16] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-2471830-9.
12. Kolektiv autorů. *Role krytí v prevenci dekubitů*, World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) Consensus Document, 2016, 28 s.
13. KRAJČÍK, Štefan, BAJANOVÁ, Eva. *Dekubity: prevencia a liečba v praxi*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2012, 85 s. ISBN 978-80-89171-95-8.
14. KRAJČÍKOVÁ, Nela. *Problematika dermatitidy v souvislosti s inkontinencí*. Brno, 2015. 101 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.
15. KRÁLOVÁ, Eva a KULAŠNÍKOVÁ, Zuzana. Možnosti prevencie a terapie dekubitov. *Praktické lekárnictvo*. 2013, 3(2), s. 51-54. ISSN 1338-3132.
16. KRÁTKÁ, Monika, STEJSKALOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelská rehabilitace*. *Sestra, příloha sestry roku 10*. [online], 2008. Dostupné z www: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/osetrovatelska-rehabilitace-383392>. ISSN 1210 – 0404. [cit. 2017-1-15].
17. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

18. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1442-6.
19. MIKULA, Jan a MÜLLEROVÁ, Nina. *Prevence dekubitů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 96 s., Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2043-2.
20. ONDRIOVÁ, Iveta a FERTAĀOVÁ, Terézia. Dekubity v kontexte liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. 2014, 56(3), s. 34-39. ISSN 1213-9106.
21. POKORNÁ, Andrea a MRÁZOVÁ, Romana. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 191 s., Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3371-5.
22. POKORNÁ, Andrea. *Možnosti diferenciální diagnostiky tlakových lézí a lézí v důsledku inkontinence*. Postgraduální medicína, Praha: Mladá fronta a.s., 2015, 17(2), s. 217 – 22. ISSN 1212-4184.
23. POKORNÁ, Andrea et al. *Sorrorigenní rány, jejich identifikace a léčba [CD-ROM]*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015. ISBN 978-80-7013-580-8.
24. Praktické naplnění resortního bezpečnostního cíle č. 8, *Výstupy dotazníkového šetření* [online], 2012. Dostupné na [www: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-\\_2922\\_29.html](http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html). [cit. 2017-04-17].
25. RIEBELOVÁ, Věra, FRANČŮ, Milada a VÁLKA, Jan. *Dekubity: prevence, konzervativní a chirurgická terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 159 s. Trendy soudobé chirurgie. ISBN 80-7262-033-9.
26. SLANINOVÁ, Irena, VEGERBAUER, Milan a MALÝ, Josef. *Prostředky k prevenci a léčbě dekubitů pohledem farmaceuta*. *Praktické lékařství*. 2012, 8(5), s. 236-241. ISSN 1803-5329.

27. STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran*. Vyd. 1. Semily: Geum, 2008, 199 s. ISBN 978-80-86256-60-3.
28. STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: Geum, 2011, 371 s. ISBN 978-80-86256-79-5.
29. SYNKOVÁ, Gabriela. *Úroveň znalostí zdravotních sester v problematice dekubitů*. Brno, 2006. 115 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Soňa Vasmanská.
30. ŠÁTEKOVÁ, Lenka, ŽIAKOVÁ, Katarína. *Inter-rater reliability položiek Bradenovej škály, Nortonovej škály, Waterlowej škály*. *Profese online*. 2016, 9(2), s. 10 – 15. ISSN 1803 – 4330.
31. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005, 250 s. ISBN 80-7262-365-6.
32. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procese*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
33. VAŠÍČKOVÁ, Lia. *Dekubity a jejich prevence*. ParaCentrum FENIX [online], 2012. Dostupné na [www: http://www.pcfenix.cz/images/dokumenty/publikace/Dekubity-a-jejich-prevence\\_2014.pdf](http://www.pcfenix.cz/images/dokumenty/publikace/Dekubity-a-jejich-prevence_2014.pdf). [cit. 2015-12-05].
34. VEISOVÁ, Marie. *Nejčastější příčiny vzniku dekubitů – praktické zkušenosti*. Brno, 2006. 131 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Pinkavová.
35. Věstník MZ ČR. Částka 6. *Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovateľské péče na národní úrovni* [online], Praha: MZ ČR, 2012. Dostupné z [www: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c\\_3628\\_1779\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3628_1779_11.html). [cit. 2017-1-8]

36. ZAJÍCOVÁ, Eva. *Prevence a ošetřování dekubitů v Nemocnici Kyjov, příspěvková organizace*. Brno, 2008. 131 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Andrea Pokorná.
37. Zákon č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Vyhláška č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Zákony pro lidi* [online]. Dostupné z [www: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96](http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96),  
[https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55](http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55). [cit. 2017-1-8].

## SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

%	procento
č.	číslo
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel - Evropský poradní panel pro otázky dekubitů
kol.	kolektiv
mmHg	milimetry sloupce rtuťového
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
n	absolutní četnost
např.	například
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel - Národní poradní panel pro otázky dekubitů
obr.	obrázek
RZS	rychlá záchranná služba
s.	strana
srov.	srovnání
tab.	tabulka
tj.	to je
viz	vide licet – podívej se

## SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1: Pohlaví respondentů.....	31
Tab. č. 2: Věk respondentů .....	32
Tab. č. 3: Předchozí zdravotnické vzdělání respondentů.....	32
Tab. č. 4: Forma studia respondentů .....	33
Tab. č. 5: Studijní obor respondentů.....	34
Tab. č. 6: Znalost nejméně odolné tkáně vůči tlaku .....	34
Tab. č. 7: Znalost definice dekubitu .....	35
Tab. č. 8: Souhlas s tvrzením.....	36
Tab. č. 9: Názor - dekubity jsou sterilní rány .....	38
Tab. č. 10: Znalost inkontinence jako rizikového faktoru .....	38
Tab. č. 11: Nejčastější příčiny vzniku dekubitů - znalost.....	39
Tab. č. 12: Názor na vyhnutelnost vzniku dekubitů .....	41
Tab. č. 13: Příznaky prvního stupně dekubitu – znalost.....	42
Tab. č. 14: Znalost charakteristiky II. stupně dekubitu .....	43
Tab. č. 15: Charakteristika III. stupně dekubitu – příznaky .....	44
Tab. č. 16: Příznaky IV. stupně dekubitu .....	45
Tab. č. 17: Bolest u dekubitu jako příznak .....	46
Tab. č. 18: Určení správného stupně dekubitu - nejedná se o dekubitus.....	47
Tab. č. 19: Určení správného stupně dekubitu - III. stupeň.....	48
Tab. č. 20: Určení správného stupně dekubitu - II. stupeň .....	49
Tab. č. 21: Určení správného stupně dekubitu - IV. stupeň.....	50
Tab. č. 22: Názor na účelnost výukových (edukačních) materiálů.....	51
Tab. č. 23: Znalost tvrzení - predilekční místa .....	52
Tab. č. 24: Názor na dostatek pozornosti problematice dekubitů v průběhu studia .....	53
Tab. č. 25: Subjektivní hodnocení znalostí o dekubitech .....	54
Tab. č. 26: Názor na význam, prevenci a léčbu dekubitů pro profesi .....	55
Tab. č. 27: Oblasti s potřebou největší pozornosti.....	56

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Předchozí zdravotnické vzdělání respondentů .....	33
Graf č. 2: Znalost nejméně odolné tkáně vůči tlaku .....	34
Graf č. 3: Znalost definice dekubitu .....	35
Graf č. 4: Souhlas s tvrzením.....	37
Graf č. 5: Názor – dekubity jsou sterilní rány.....	38
Graf č. 6: Znalost inkontinence jako rizikového faktoru .....	39
Graf č. 7: Nejčastější příčiny vzniku dekubitů – znalost .....	40
Graf č. 8: Názor na vyhnutelnost vzniku dekubitů .....	41
Graf č. 9: Příznaky prvního stupně dekubitu - znalost .....	42
Graf č. 10: Charakteristika II. stupně dekubitu.....	43
Graf č. 11: Charakteristika III. stupně dekubitu - příznaky .....	44
Graf č. 12: Příznaky IV. stupně dekubitu .....	45
Graf č. 13: Bolest u dekubitu jako příznak .....	46
Graf č. 14: Určení správného stupně dekubitu (nejedná se o dekubitus) .....	47
Graf č. 15: Určení správného stupně dekubitu (III. stupeň) .....	48
Graf č. 16: Určení správného stupně dekubitu (II. stupeň).....	49
Graf č. 17: Určení správného stupně dekubitu (IV. stupeň) .....	50
Graf č. 18: Názor na účelnost výukových (edukačních) materiálů.....	51
Graf č. 19: Znalost tvrzení - predilekční místa .....	52
Graf č. 20: Názor na dostatek pozornosti problematice dekubitů v průběhu studia .....	53
Graf č. 21: Subjektivní hodnocení znalostí o dekubitech .....	54
Graf č. 22: Názor na význam, prevenci a léčbu dekubitů pro profesi .....	55
Graf č. 23: Oblasti s potřebou největší pozornosti.....	56

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 Predilekční místa.....	13
Obr. č. 2 Dekubitus I. stupně - erytém.....	14
Obr. č. 3 Dekubitus II. stupně - puchýř .....	14
Obr. č. 4 Dekubitus III. stupně - nekróza.....	15
Obr. č. 5 Dekubitus IV. stupně – vřed .....	16
Obr. č. 6 Dekubitus - bez určení stupně.....	16
Obr. č. 7 Dekubitus – neznámá hloubka rány/vředu.....	17



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Stupnice dekubitů podle Torrance.....	82
Příloha č. 2: Klasifikace dekubitů dle Hibbsové.....	82
Příloha č. 3: Danielova klasifikace dekubitů .....	83
Příloha č. 4: Modifikovaná škála dle Nortonové .....	83
Příloha č. 5: Škála dle Bradenové .....	84
Příloha č. 6: Škála dle Waterlow .....	86
Příloha č. 7: Jackson - Cubbin škála .....	87
Příloha č. 8: Škála hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Jackson/Cubbin (modifikovaná Maarit Ahtiala) .....	88
Příloha č. 9: Dotazník .....	90
Příloha č. 10: Dotazník Pieper .....	97

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1: Stupnice dekubitů podle Torrance

### Stupnice dekubitů podle Torrance<sup>86</sup>

<b>I. stupeň</b>	<b>a</b>	Stádium tzv. blednoucí hyperémie. Tlak v místě erytému zanechává na kůži blednoucí místo a kůže je intaktní.
	<b>b</b>	Stádium tzv. neblednoucí hyperémie, po lehkém stlačení prstem erytém přetrvává, což je příznakem poruchy mikrocirkulace. Může být přítomno povrchové poškození kůže včetně epidermální ulcerace.
<b>II. stupeň</b>		Poškození se šíří a vzniká vředový defekt kůže.
<b>III. stupeň</b>		Vřed má tendenci šířit se dále, spodní fascie není zasažena. Zasahuje do podkožní tukové vrstvy.
<b>IV. stupeň</b>		Rozpad tkáně se šíří do šířky i do hloubky a infekční nekróza proniká do spodiny fascie.

## Příloha č. 2: Klasifikace dekubitů dle Hibbové

### Klasifikace dekubitů dle Hibbové<sup>87</sup>

<b>I. stupeň</b>	Tzv. překrvení kůže, které přetrvává po stisku i po 5 minutách, bez porušení celistvosti kůže
<b>II. stupeň</b>	částečná ztráta celistvosti kůže, objevuje se puchýř nebo mělký důlek
<b>III. stupeň</b>	úplná ztráta kůže i podkoží, šedá, černá krusta - nekróza
<b>IV. stupeň</b>	ztráta kůže s rozsáhlým poškozením hlubokých funkčních struktur, cév, nervů, fascií, svalů a přiléhajících kostí, podminování

<sup>86</sup> Srov. TRACHTOVÁ, E., et al., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 63-64.

<sup>87</sup> Srov. *Dekubity II. – hodnocení rizika dekubitů, klasifikace dekubitů* [online], Dostupné z [www.dekubity.eu](http://www.dekubity.eu/wp-content/uploads/2016/02/dekubity-2_2015_web.pdf), [cit. 2016-12-18].

### Příloha č. 3: Danielova klasifikace dekubitů

#### Danielova klasifikace dekubitů<sup>88</sup>

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

### Příloha č. 4: Modifikovaná škála dle Nortonové

#### Modifikovaná škála dle Nortonové<sup>89</sup>

Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Jiné nemoci	Celkový stav	Vědomí	Denní aktivity	Pohyblivost	Inkontinence	Bod y
dobrá	< 60	velmi dobrá	žádné	dobry	jasné	nezávislý	bez omezení	není	4
částečná	61 - 70	dobrá	1	uspokojivý	somnolentní	mírně závislý	částečně omezená	občasná	3
malá	71 - 80	intaktní, vlhká	2	špatný	soporózní, delirium	velmi závislý	velmi omezená	trvalá - moči	2
žádná	> 81	atrofická, alergická	více než 2	velmi špatný	komatózní	zcela závislý	imobilní	moči i stolice	1

<sup>88</sup> TRACHTOVÁ, E., et al., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 63.

<sup>89</sup> KAPOUNOVÁ, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, s. 127.

## Příloha č. 5: Škála dle Bradenové

### Škála dle Bradenové<sup>90</sup>

Citlivost percepce schopnost respondovat s nepohodlím	1. úplně limitovaný: neodpovídá na bolestivé stimuly - buď převládá stav bezvědomí, nebo silné senzorické poškození, které limituje citění bolesti na většinu povrchu těla	2. hodně limitovaný: odpovědi pouze na bolestivé stimuly (na verbální pokyny) otevřením očí nebo flexí končetin, nemůže verbálně komunikovat, nepohodlí, nebo má senzorické poškození, které limituje schopnost cítit bolest nebo nepohodlí na 1/2 těla	3. mírně limitovaný: odpovídá na verbální pokyny otevřením očí a poslechnutím příkazů, nemůže vždy komunikovat, potřebuje být polohován, nebo má nějaké senzorické poškození, které limituje schopnost cítit bolest nebo nepohodlí na jedné či obou končetinách	4. žádné poškození: odpovídá na příkaz uposlechnutím, sděluje potřeby přesně, nemá senzorická omezení, která by limitovala schopnost cítit bolest, nepohodlí
Vlhkost stupeň, kterému je kůže vystavena vlhkosti	1. velmi vlhká: kůže je téměř stále vlhká potem a močí, vlhkost je zaznamenávána vždy, když se pacient pohne nebo otočí, ložní prádlo musí být měněno častěji než 1x za směnu	2. příležitostně mokrá: kůže je často, ale ne vždy mokrá, ložní prádlo musí být měněno 2x-3x hod.	3. zřídka mokrá: kůže je zřídka mokrá více než 3x-4x za týden, ale v tom případě je nutné pravidelně vyměňovat ložní prádlo	4. nikdy mokrá: pocení a inkontinence není nikdy problém, prádlo měníme jen v pravidelných intervalech
Aktivita stupeň fyzické aktivity	1. připoutaný na lůžko	2. připoutaný k židli: schopnost chůze silně poškozená nebo žádná a musí být pomoci do židle, vozíku, když není v posteli, je připoután na židli nebo vozík	3. příležitostně chodí: během dne, ale na velmi krátké vzdálenosti s nebo bez pomoci, tráví většinu času na posteli nebo na židli	4. chodí často: chodí na malé vzdálenosti nejméně 1x/1-2 hodiny - přes den
Pohyblivost schopnost měnit a kontrolovat polohu těla	1. úplná nepohyblivost: neschopnost udělat buď mírnou změnu v poloze bez pomoci	2. velmi limitovaná: dělá příležitostně mírné změny v poloze bez pomoci, ale neschopen udělat časté nebo signifikantní změny v poloze nezávisle	3. mírně limitovaná: dělá časté, ačkoli mírné změny v poloze bez pomoci, ale neschopen udělat nebo vydržet hlavní změny v poloze nezávisle	4. žádná limitace: dělá velké a časté změny v poloze bez pomoci
Výživa obvyklé vzorce příjmu potravy	1. velmi špatná: nikdy nesní celé jídlo, zřídka jí více než 1/3 nabídnutého jídla, příjem bílkovin je zanedbatelný, dokonce je i nesprávný příjem tekutin, nepřijímá nic per os (TPV) a nebo přijímá tekutiny ústy či i.v. více než 5 dní	2. pravděpodobně neadekvátní: zřídka jí úplné jídlo a obecně jí 1/2 nabízeného jídla, má špatný příjem bílkovin, občas přijímá tekuté dietní náhražky nebo obdrží méně než optimum množství tekuté diety	3. adekvátní: jí přes polovinu většiny jídel, jí malé množství bílkovinných zdrojů 1x-2x denně, občas odmítne jídlo, obvykle si vezme dietní náhražku, pokud je nabídnuta nebo TPV, která pravděpodobně zajistí většinu potřeb	4. výborná: jí většinu jídla, nikdy neodmítá jídlo, často jí mezi jídly, nevyžaduje dietní náhražky

<sup>90</sup> TRACHTOVÁ, E., et al., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 66.

Tření a protržení	<p>1. problém: vyžaduje mírnou až maximální pomoc v pohybu, úplné zvednutí bez smýkání po prostěradle není možné, často je kůže smýkána při polohování na lůžku či při transportu do židle, vyžaduje časté polohování a maximální pomoci - spasticita a kontrakce vede téměř ke stálému tření</p>	<p>2. potenciální problém: pohybuje se mírně nezávisle nebo vyžaduje minimální pomoc, kůže možná klouže proti prostěradlu na posteli nebo židli v určitém rozsahu, když se objeví pohyb, pacient udržuje relativně dobrou pozici na židli nebo posteli po většinu času, ale občas sklouzne dolů</p>	<p>3. nezjevný problém: pohybuje se na židli a na posteli nezávisle a má dostatečnou svalovou sílu se úplně zvednout, udržuje vždy dobrou polohu na židli a na posteli</p>	<p>Vyhodnocení tabulky dle Bradenové 16 - minimální riziko pro vznik dekubitů 13-14 - střední riziko pro vznik dekubitů 12 či méně - vysoké riziko vzniku dekubitů</p>
-------------------	---	---	--	--

## Příloha č. 6: Škála dle Waterlow

### Škála dle Waterlow<sup>91</sup>

Stavba těla/výška pro váhu		Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika	
průměrný	0	zdravá	0	muž	1	podvýživa tkání např. termická kachexie	8
nadprůměrný	1	papírová	1	žena	2	srdeční selhání	5
obézní	2	suchá	1	14-49	1	periferní vaskulární choroba	5
podprůměrný	3	edematózní	1	50-74	2	anémie	2
		vlhká (zvýšená teplota)	1	75-80	3	kouření	1
		nepřiměřeně zbarvená	2	81 +	4		

Kontinence		Pohyblivost		Chut' k jídlu		Neurologická porucha	
úplná (katetrizován)	0	plná	0	průměrná	0	DM	4 – 6
občasná inkontinence	1	neklidní (vrtí se)	1	chabá	1	roztroušená skleróza	4 – 6
katetrizován/inkontinence stolice	2	apatie	2	sonda (pouze tekutiny)	2	paraplegie	4 - 6
obojí inkontinence	3	omezená hybnost	3	nic per os	3		
		nehybný (trakce)	4				
		v křesle	5				

Operace/trauma		Medikace	
ortopedická pod úrovní pasu	5	cytostatika, vysoké dávky steroidů protizánětlivé léky	5
páteř, na stole déle než 2 hodiny	5		

<sup>91</sup> TRACHTOVÁ, E., et al., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 66.

## Příloha č. 7: Jackson - Cubbin škála

### Jackson - Cubbin škála<sup>92</sup>

Počet bodů	4	3	2	1
Věk	< 40	40-65	55-70	>70
Hmotnost	Přiměřená	Obezita	Kachexie	Kterákoliv z uvedených, jestliže jsou přítomny edémy
Stav kůže	Neporušená	Začervenalá	S exkoriacemi	nekrotická/exsudát
Psychický stav	Bdělý a orientovaný	Agitovaný/zmatený	Apatický/utlumený, ale odpovídá na podněty	kóma/neodpovídá na stimuly/neschopný pohybu
Pohyblivost	Plně pohyblivý	Chodí s pomocí	Víc omezená/udrží sedět v křesle	Upoutaný na lůžko/nepohyblivý
Stav cirkulace	Stabilní bez inotropní podpory	Stabilní na inotropní podpoře	Nestabilní na inotropní podpoře	Kritický na inotropní podpoře
Dýchání	Spontánně	Neinvazivní ventilace	Mechanická ventilace	Zástava dýchání
Výživa	Dostatečný perorální příjem jídla a tekutin	Částečný příjem jídla a tekutin per os/enterální výživa	Parenterální výživa	Voda a ionty i.v.
Kontinence	Kontinentní/anurie/resp. zavedený katétr	Inkontinence moče	Inkontinence stolice	Dvojitá inkontinence
Hygiena	Schopný udržovat hygienu	S určitou pomocí udržuje hygienu	Potřebuje značnou pomoc	Úplně na pomoci

<sup>92</sup> Srov. KRAJČÍK, Š., BAJANOV, E., *Dekubity – prevencia a liečba v praxi*, s. 26.

## Příloha č. 8: Škála hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Jackson/Cubbin (modifikovaná Maarit Ahtiala)

### Škála hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Jackson/Cubbin (modifikovaná Maarit Ahtiala)

Věk (roky)	Body hodnocení	Hemodynamický stav	Body hodnocení
<40	4	Stabilní bez inotropie	4
40-54	3	Stabilní s inotropií	3
55-70	2	Nestabilní bez inotropie	2
>70	1	Nestabilní s inotropií	1
<b>Váha/stav kůže a tkání</b>		<b>Dýchání</b>	
Průměrná váha <b>BMI 18-25,9 kg/m<sup>2</sup></b> (mJ/C)	4	Spontánní	4
Obezita <b>26-39,9 kg/m<sup>2</sup></b> (mJ/C)	3	Neinvazivní, CPAP/ <b>BiPAP</b> (mJ/C)	3
Kachexie <b>&lt;18 kg/m<sup>2</sup></b> (mJ/C)	2	Mechanická ventilace	2
Jakýkoli výše uvedený stav + závažné otoky, nebo <b>BMI &gt;40 kg/m<sup>2</sup></b> (mJ/C)	1	Mechanická ventilace <b>Bez spontánního dýchání</b> (mJ/C)	1
<b>Osobní anamnéza (minulá/chronická zátěž)</b>		<b>Potřeba oxygenoterapie</b>	
Žádná	4	Potřeba <40% O <sub>2</sub> , stabilní při pohybu	4
Střední	3	Potřeba 40%-60% O <sub>2</sub> , stabilní při pohybu	3
Závažná	2	Potřeba 40%-60% O <sub>2</sub> , stabilní ABG s aledesaturace při pohybu	2
Velmi závažná	1	Potřeba 60% O <sub>2</sub> a více. Neschopnost udržení Astrup/desaturace v klidu	1
<b>Celkový stav kůže</b>		<b>Výživa</b>	
Intaktní	4	Plná strava per os + tekutiny	4
Červená kůže na predilekčních místech	3	Jen čiré IV tekutiny	3
Rozsáhlé exkoriace (oděrky) povrchové vrstvy kůže	2	Lehká dieta, orálně tekutiny, enterální výživa	2
Hluboké rány, nekrotické, či silně exsudující rány	1	Parenterální výživa	1
<b>Mentální/psychický stav</b>		<b>Inkontinence</b>	
Bdělý, při vědomí	4	Nepřítomna/anurie/katetrizován (močový a/nebo <b>fekální katétr</b> )(mJ/C)	4
Rozrušený /agitovaný/neklidný / zmatený	3	Močová/profuzní pocení	3
Apatický/sedovaný, ale reagující	2	Stolice/ občasný průjem	2
Kóma/nereagující/paralyzován a sedovaný	1	Moč a stolice/ dlouhotrvající průjem ( <b>≥ 3 krát/den</b> )(mJ/C)	1
<b>Mobilita</b>		<b>Hygiena</b>	
Chůze s dopomocí	4	Nezávislý/á	4
Významně omezená, upoután na křeslo	3	Potřeba dopomoci	3
Imobilní, toleruje polohování/změnu polohy	2	Potřeba významné dopomoci	2
Netoleruje polohování a změnu polohy	1	Plně závislý	1



Odečtení bodů
Odečtěte jeden bod, pokud absolvoval pacient operaci, či byl transportován na CT, MRI nebo <b>hyperbaroxickou terapii za posledních 48 hodin(mJ/C)</b>
Odečtěte jeden bod, pokud pacient vyžadoval v <b>posledních 24 hodinách</b> krevní deriváty, či srážecí faktory.
Odečtěte jeden bod, pokud trpí pacient hypotermií <b>35°C nebo méně (vnitřní tělesnou teplotu)</b>
<i>Pro jasnost a lepší reprodukovatelnost byla škála doplněna a slova označena tučným písmem a označena (mJ/C).</i> <b>Maximální skór je 48 (nízké riziko) nejmenší skóre 9 bodů znamená vysoké riziko.</b> <i>CPAP = continuous positive airwaypressure/kontinuální pozitivní tlak v dýchacích cestách; BiPAP = bilevel positive airwaypressure/oboustranný pozitivní tlak v dýchacích cestách; ABGs = arterialbloodgases/Astrup arteriální; HBOT = hyperbaric oxygen therapy</i>

Přeložila doc. PhDr. Andrea Pokorná, PhD. (2016)

## **Příloha č. 9: Dotazník**

### DOTAZNÍK

*Dobrý den,*

*jmenuji se Veronika Kambová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Problematika identifikace stupně dekubitů“. Dotazník je zcela anonymní a Vaše odpovědi budou sloužit výhradně pro účely této bakalářské práce.*

*U otázky 2 doplňte odpověď číslicí. U otázek 8,11 a 23 můžete zvolit více odpovědí. U zbylých otázek označte vždy jen jednu odpověď.*

*Předem děkuji za spolupráci, ochotu a čas strávený nad vyplněním tohoto dotazníku.*

*S pozdravem Veronika Kambová  
E-mail: 435862@mail.muni.cz*

#### **1. Jakého jste pohlaví:**

- a) žena
- b) muž

#### **2. Uveďte Váš věk (v celých letech): .....**

#### **3. Máte nějaké předchozí zdravotnické vzdělání?**

- a) ANO (uveďte jaké) .....
- b) NE

#### **4. Uveďte formu Vašeho studia:**

- a) prezenční
- b) kombinovaná

**5. Uved'te, jaký obor nyní studujete:**

- a) všeobecné lékařství
- b) všeobecná sestra – Bc.
- c) jiný (doplňte).....

**6. Označte správnou odpověď: Která tkáň nebo vrstva kůže je nejméně odolná vůči tlaku:**

- a) epidermis
- b) dermis
- c) tuková tkáň
- d) svalová tkáň

**7. Označte správnou definici pojmu DEKUBITUS:**

- a) lokalizovaná oblast poškození způsobená akutním traumatickým poškozením epidermis (např. pořezání)
- b) lokalizované poranění kůže nebo tkáně způsobené tlakem obvykle na místech s velkou tukovou vrstvou
- c) lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou mikrocirkulace a následnou hypoxií
- d) zánět objevující se zejména na místech, kde vzniká tření teplé kůže, příčinou je především infekce

**8. Vyberte správné tvrzení o dekubitech: (lze označit více odpovědí)**

- a) poškození tkáně se vyskytuje pouze na epidermis
- b) je způsobený nedostatečnou mikrocirkulací dané oblasti a následnou hypoxií
- c) je lokalizované poranění kůže nebo tkáně způsobené tlakem obvykle nad kostním výčnělkem
- d) dekubity mohou vznikat nejen na kůži, ale i na sliznicích

**9. Dekubity jsou sterilní rány:**

- a) ANO
- b) NE

**10. Jeden z možných rizikových faktorů pro rozvoj dekubitů (proleženin) je inkontinence:**

- a) ANO
- b) NE

**11. Jaká jsou podle Vašeho názoru nejčastější příčiny vzniku dekubitů: (lze označit více odpovědí)**

- a) nedostatečná péče o kůži pacienta
- b) špatná výživa
- c) věk pacienta
- d) dlouhodobý tlak na kůži

**12. Domníváte se, že existují stavy, kdy nelze předejít vzniku dekubitů i přes veškerou ošetrovatelskou péči?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

**13. Ke kterému stupni (kategorii) dekubitu byste přiřadili následující příznaky: zčervenání, bolestivost, pálení**

- a) I. stupeň
- b) II. stupeň
- c) III. stupeň
- d) IV. stupeň

**14. II. stupeň (kategorie) dekubitu je charakterizován úplnou ztrátou kůže:**

- a) ANO
- b) NE

**15. III. stupeň (kategorie) dekubitu je charakteristická částečnou ztrátou kožní řasy:**

- a) ANO
- b) NE

**16. IV. stupeň (kategorie) dekubitu je charakteristický úplnou ztrátou kůže s rozsáhlou destrukcí (poškozením), nekrózou tkáně (odúmrť) nebo poškozením svalů, kostí:**

- a) ANO
- b) NE

**17. II. stupeň (kategorie) dekubitu může být velmi bolestivý v důsledku obnažení volných nervových zakončení:**

- a) ANO
- b) NE

**18. Určete dle obrázku správný stupeň dekubitu:**



- a) I. stupeň
- b) II. stupeň
- c) III. stupeň
- d) IV. stupeň
- e) nejedná se o dekubitus

**19. Určete dle obrázku správný stupeň dekubitu:**



- a) I. stupeň
- b) II. stupeň
- c) III. stupeň
- d) IV. stupeň

**20. Určete dle obrázku správný stupeň dekubitu:**



- a) I. stupeň
- b) II. stupeň
- c) III. stupeň
- d) IV. stupeň

**21. Určete dle obrázku správný stupeň dekubitu:**



- a) I. stupeň
- b) II. stupeň
- c) III. stupeň
- d) IV. stupeň

**22. Výukové (edukační) materiály mohou napomoci ke snížení výskytu dekubitů:**

- a) ANO
- b) NE

**23. Označte správné tvrzení o predilekčních místech: (lze označit více odpovědí)**

- a) jsou nejčastější místa vzniku dekubitů
- b) mají velkou vrstvu podkožního tuku a svalstva
- c) nejčastější místa jsou lokty a kolena
- d) jsou dobře identifikovatelné (viditelné) u kachektických pacientů

**24. Domníváte se, že je problematice dekubitů věnována v průběhu Vašeho studia dostatečná pozornost?**

Určitě ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Určitě ne
1	2	3	4	5

**25. Jak hodnotíte své znalosti na škále od 1 do 5 (1 = výborné, 5 = nedostatečné)**

Výborné	Velmi dobré	Dobré	Dostatečné	Nedostatečné
1	2	3	4	5

**26. Domníváte se, že je problematika dekubitů - jejich prevence a léčba důležitá pro Vaši profesi:**

Určitě ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Určitě ne
1	2	3	4	5

**Pokud jste odpověděli ano a určitě ano, které oblasti je třeba věnovat největší pozornost ve Vaší profesi:**

- a) prevenci
- b) hodnocení - posouzení
- c) léčbě
- d) možnosti a) až c) je stejně důležité

**Zde je prostor pro připomínky a náměty k tématu proleženin/dekubitů:**

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



## Příloha č. 10: Dotazník Pieper

### Pieper Pressure Ulcer Knowledge Test<sup>93</sup>

1. Stage I pressure ulcers are defined as intact skin with nonblanchable erythema in lightly pigmented persons.
2. Risk factors for development of pressure ulcers are immobility, incontinence, impaired nutrition, and altered level of consciousness.
3. All hospitalized individuals at risk for pressure ulcers should have a systematic skin inspection at least daily and those in long-term care at least once a week.
4. Hot water and soap may dry the skin and increase the risk for pressure ulcers.
5. It is important to massage bony prominences.
6. A Stage III pressure ulcer is a partial thickness skin loss involving the epidermis and/or dermis.
7. All individuals should be assessed on admission to a hospital for risk of pressure ulcer development.
8. Cornstarch, creams, transparent dressings (e.g., Tegaderm, Opsite), and hydrocolloid dressings (e.g., DuoDerm, Restore) do not protect against the effects of friction.
9. A Stage IV pressure ulcer is a full thickness skin loss with extensive destruction, tissue necrosis, or damage to muscle, bone, or supporting structure.
10. An adequate dietary intake of protein and calories should be maintained during illness.
11. Persons confined to bed should be repositioned every 3 hours.
12. A turning schedule should be written and placed at the bedside.
13. Heel protectors relieve pressure on the heels.
14. Donut devices/ring cushions help to prevent pressure ulcers.
15. In a side lying position, a person should be at a 30 degree angle with the bed unless inconsistent with the patient's condition and other care needs that take priority.
16. The head of the bed should be maintained at the lowest degree of elevation (hopefully, no higher than a 30 degree angle) consistent with medical conditions.
17. A person who cannot move him or herself should be repositioned every 2 hours while sitting in a chair.
18. Persons who can be taught should shift their weight every 30 minutes while sitting in a chair.
19. Chair-bound persons should be fitted for a chair cushion.
20. Stage II pressure ulcers are a full thickness skin loss.
21. The epidermis should remain clean and dry.
22. The incidence of pressure ulcers is so high that the government has appointed a panel to study risk, prevention, and treatment.

<sup>93</sup> BERLOWITZ, D., et al., *Preventing Pressure Ulcers in Hospitals - A Toolkit for Improving Quality of Care*,

[online], [cit. 2016-12-8]. Dostupné z www:

<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/putoolkit.pdf>, s. 117-118.

23. A low-humidity environment may predispose a person to pressure ulcers.
24. To minimize the skin's exposure to moisture on incontinence, underpads should be used to absorb moisture.
25. Rehabilitation should be instituted if consistent with the patient's overall goals of therapy.
26. Slough is yellow or creamy necrotic tissue on a wound bed.
27. Eschar is good for wound healing.
28. Bony prominences should not have direct contact with one another.
29. Every person assessed to be at risk for developing pressure ulcers should be placed on a pressure-redistribution bed surface.
30. Undermining is the destruction that occurs under the skin.
31. Eschar is healthy tissue
32. Blanching refers to whiteness when pressure is applied to a reddened area.
33. A pressure redistribution surface reduces tissue interface pressure below capillary closing pressure.
34. Skin macerated from moisture tears more easily.
35. Pressure ulcers are sterile wounds.
36. A pressure ulcer scar will break down faster than unwounded skin.
37. A blister on the heel is nothing to worry about.
38. A good way to decrease pressure on the heels is to elevate them off the bed.
39. All care given to prevent or treat pressure ulcers must be documented.
40. Devices that suspend the heels protect the heels from pressure.
41. Shear is the force that occurs when the skin sticks to a surface and the body slides.
42. Friction may occur when moving a person up in bed.
43. A low Braden score is associated with increased pressure ulcer risk.
44. The skin is the largest organ of the body.
45. Stage II pressure ulcers may be extremely painful due to exposure of nerve endings.
46. For persons who have incontinence, skin cleaning should occur at the time of soiling and at routine intervals.
47. Educational programs may reduce the incidence of pressure ulcers