

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Péče o dutinu ústní u nemocného během hospitalizace v nemocnici

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Andrea Hudáčková, R.N.

Autor:

Kateřina Cincialová

2008

Care for the oral cavity in a hospitalized patient

The term oral hygiene includes a set of measures to prevent the origination of parodont and hard tissues and their progression. These ailments belong to the most common and frequent ones despite the fact they may be prevented by appropriate care and by the proper choice of oral hygiene aids. The most frequent problems are dental decay, dental plaque, gum disease.

For each of us, good oral hygiene practicing daily is essential for preventing troubles mentioned above. During hospitalization patients often alter their habits and modes because of the disease and the stay out of home. In patients who are not self-administering and patients with limited capabilities it is the nurse who is in charge of providing the oral hygiene. Each nurse's priority should be to meet all the patient's needs and the proper oral hygiene is one the basic ones.

I set four aims in my thesis. The first was to find out patients' view of the oral hygiene level at hospitalization. The second aim was to describe the standards of oral hygiene the particular ward offers the patients. The third aim was to compare opinions of self-administering and non self-administering patients. The fourth aim was to compare the role of a nurse in providing oral hygiene for self-administering and non self-administerin patients.

The results of my research confirm the first hypothesis – hospitalization brings about changes in oral hygiene. Also the second hypothesis proved to be right – during hospitalization oral hygiene worsens in patients because they do not have enough possibilities to carry out all the procedures they are used to. The third hypothesis was confirmed, too. Nurses are familiar with oral hygiene aids and know how to use them. The fourth hypothesis that nurses do not ask patients to tell them what their oral hygiene habits are was true.

I conducted the research by the questionnaire method and the method of a structured interview. The research samples were nurses and patients in following units - neurological, internal, surgical and orthopaedic - in the České Budějovice hospital, Inc. and in the Tábor hospital. Inc.

The results of this research could be used as a feedback for hospital management to help improve patients' oral hygiene. It is necessary to take some measures in this respect. Nurses should be more active in getting information about patients' oral hygiene aids and their hygienic habits. They should ensure the highest patients' comfort possible. Then their efforts will be rewarding.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Péče o dutinu ústní u nemocného během hospitalizace v nemocnici vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou podobou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

Podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Andree Hudáčkové za vedení mé bakalářské práce, za vstřícný přístup, pomoc a cenné připomínky, které mi poskytla. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří věnovali čas k vyplňování dotazníků.

Obsah:

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Anatomie a fyziologie dutiny ústní	4
1.1.1 Anatomie dutiny ústní.....	4
1.1.2 Fyziologie	6
1.2 Onemocnění dutiny ústní	7
1.2.1 Onemocnění tvrdých zubních tkání	7
1.2.1.1 Zubní kaz	7
1.2.1.2 Záněty zubní dřeně (pulpitis).....	9
1.2.1.3 Zánět ozubice (periodontitis).....	9
1.2.2 Parodontopatie	9
1.2.2.1 Gingivitis	10
1.2.2.2 Parodontitis a parodontosis.....	11
1.2.2.3 Atrofie parodontu.....	11
1.2.2.4 Prevence a léčba parodontopatií	11
1.2.3 Onemocnění ústní sliznice	12
1.2.3.1 Stomatitidy.....	13
1.3 Zubní protetika	15
1.3.1 Rozdělení protetických náhrad	16
1.3.1.1 Pevné náhrady	16
1.3.1.2 Snímatelné náhrady.....	18
1.3.2 Komplikace zubních náhrad	19
1.4 Ošetřovatelský proces v péči o dutinu ústní	21
1.5 Potřeby nemocných a jejich uspokojování	23
1.5.1 Definice potřeb	23
1.5.2 Potřeba hygieny	24
1.5.3 Potřeba hygieny dutiny ústní	24
1.6 Hygiena dutiny ústní	24
1.6.1 Péče o dutinu ústní.....	25

1.6.2 Zvláštní péče o dutinu ústní	26
1.6.3 Péče o zubní náhradu	26
1.6.4 Pomůcky k péči o dutinu ústní.....	27
1.6.5 Edukace pacienta v péči o dutinu ústní.....	28
1.7 Preventivní péče o dutinu ústní	29
1.7.1 Primární prevence	29
1.7.1.1 Techniky čištění zubů	29
1.7.1.2 Správná výživa.....	31
1.7.1.3 Fluor a prevence zubního kazu	32
1.7.2 Sekundární prevence.....	34
1.7.3 Terciální prevence.....	34
2. Cíle práce a hypotézy	35
2.1 Cíle práce	35
2.2 Hypotézy	35
3. Metodika	36
3.1 Metodika práce	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	36
4. Výsledky	37
4.1 Výsledky z dotazníku pro sestry	37
4.2 Výsledky z dotazníku pro pacienty.....	49
5. Diskuze	68
6. Závěr	75
7. Seznam použitých zdrojů	76
8. Klíčová slova.....	79
9. Přílohy.....	80
9.1 Seznam příloh	80

Úvod

„Čistý zub nemůže onemocnět“ (MUDr. Hyatt, americký lékař)

Pod pojmem hygiena dutiny ústní (orální hygiena) je myšleno soubor opatření, která mají zamezit vzniku onemocnění parodontu a tvrdých zubních tkání a jeho další progresi. Přesto patří tyto onemocnění mezi nejběžnější a nejrozšířenější lidské nemoci, kterým ovšem lze předejít vhodnou péčí a správným výběrem pomůcek. Mezi nejčastější tyto onemocnění se řadí zubní kaz, záněty dásní, zvýšená tvorba zubního kamene.

Důraz by měl být kladen především na prevenci. V primární prevenci se zaobíráme všemi prostředky, které by měly vést k předejití vzniku patologického procesu, choroby a nebo úrazu. Zde se věnuje pozornost správné technice čištění zubů, správné výživě a fluoridizaci. Sekundární prevence se zaobírá postupy a opatřeními, které snižují prevalenci onemocnění. Tady řadíme pravidelné preventivní prohlídky, které jsou hrazeny všemi zdravotními pojišťovnami jednou ročně. Terciální prevence se zaměřuje na odstranění nebo zmírnění již vzniklých následků onemocnění.

Hygiena dutiny ústní by se měla začít provádět již od 1. roku života, kde hygienu provádí rodiče dítěte. Samo si dítě začne čistit dutinu ústní ve 3 letech pod dozorem rodičů. Každý z nás by měl hygienu dutiny ústní provádět denně, dle svých návyků. A správným výběrem pomůcek předcházet vzniku nežádoucích onemocnění. V nemocničním zařízení během hospitalizace pacienta často dochází ke změnám frekvence a návyků v souvislosti s onemocněním. U nemocných s poruchou soběstačnosti z jakéhokoliv důvodu, by se měla o péči o dutinu ústní postarat sestra. Sestra by si také měla zjistit, jaké má pacient návyky a zda-li používá nějaké speciální pomůcky a měla by péči, na kterou je pacient zvyklý, zajistit.

Důvodem výběru práce s touto tematikou byl zjistit kvalitu a možnosti poskytované péče sestrami v této oblasti na daných odděleních. A zároveň je porovnat s názory soběstačných a nesoběstačných pacientů hospitalizovaných na daných odděleních.

1. Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie dutiny ústní

1.1.1 Anatomie dutiny ústní

Dutina ústní se skládá z ústní předsíně (vestibulum oris) a vlastní dutiny ústní (cavitas oris propria). Vestibulum je navenek ohraničeno rty a tvářemi, vnitřní ohraničení je tvořeno obloukem zubním. Vestibulum oris je tvořeno dlaždicovým nerohovějícím epitelem, obsahuje velké množství drobných slinných žlázek a ve výši 2 horní stoličky sem ústí příušní žlázy. Příušní žláza (glandula parotis) je uložena před ušním boltcem na tváři a zasahuje až za rameno mandibuly. Skládá se z četných drobných lalůčků a je kryta tuhou fascií. Příušní žlázou prochází lícni nerv (n. facialis), který v ní tvoří pletěň. Vývod příušní žlázy (ductus parotideus) jde napříč tváří přes m. masseter, proráží m. buccinatorium a otevírá se do ústní předsíně.

Vlastní dutina ústní (cavitas oris propria) je zepředu ohraničena zevní ohradou, spodina je tvořena jazykem a svaly mezi tělem mandibuly a jazyčkou. Strop tvoří patrové výběžky horní čelisti a kosti patrové, tzv. tvrdé patro (palatum durum), na které navazuje měkké patro (palatum molle), jejímž podkladem je vazivo a svaly. Střed měkkého patra vybíhá v čípek (uvula) a po stranách sbíhá měkké patro dvěma oblouky ke kořeni jazyka (arcus palatoglossus) a k hltanu (arcus palatopharyngeus). Mezi oběma oblouky je prohlubeň (sinus tonsilaris) v nichž je na každé straně uložena krční mandle (tonsila palatina), která je tvořená nahromaděnou lymfatickou tkání.

Jazyk (lingua) je složen z hrotu (apex), těla (corpus) a kořene (radix).

Jeho podkladem jsou příčně pruhované svaly. Povrch jazyka je pokryt sliznicí, která je rozbrázděna četnými drobnými výběžky, tzv. papily, zvané podle tvaru na nitkovité, houbovitě, listové a hrazené. V kořeni jazyka je obsaženo velké množství lymfatické tkáně. Na jazyku jsou chuťové buňky, které zprostředkovávají základní chuťové vjemy – na hrotu jazyka slano a sladko, po stranách kyselost a vzadu hořko.

Do vlastní dutiny ústní, která je vystlána sliznicí krytou dlaždicovým epitelem, ústí větší množství drobných slinných žláz (glandulae salivariae), dále podjazyková (glandula sublingualis) a podčelistní žláza (glandula submandibularis). Sliny (salivae) tvoří řídká tekutina obsahující hlen (mucin) a enzymy štěpící cukry (amylázy) (4).

Zuby (dentes) jsou zasazeny do alveorálních výběžků horní a dolní čelisti, kryté sliznicí. Zde sliznice souvisí s periostem (mukoperiost) a vytváří dásně (gingiva).

Zub se skládá z korunky (corona dentis), krčku (collum dentis) a kořene (radix dentis). Uvnitř korunky je dutina (cavitas dentis), která obsahuje řídké vazivo, cévy a nervy. Zub je tvořen zubovinou (dentin), která je na povrchu korunky kryt tvrdou sklovinou. Krček a kořen zubu jsou kryty méně odolnou tkání svým složením podobnou kostí, cementem. Za normálních podmínek je celý krček kryt gingivou. Při atrofii dásní jsou krčky obnaženy a tak snadno, může vzniknout zubní kaz. Zub je v čelisti obklopen vazivovou tkání (periodont) vytvářející příčně i šikmo probíhající vazy, které umožňují pružnou fixaci zubu v čelisti.

Podle tvaru korunek rozeznáváme řezáky (dentes incisivi), jejichž korunky mají tvar dlátka, hrotnatou korunku mají špičáky (dentes canini), zuby třenové (dentes praemolares) a stoličky (dentes molares), které mají horní stranu korunky plochou s 2 – 5 hrbolky. Dolní stoličky mají po dvou kořenech, horní po třech a ostatní zuby po jednom kořeni.

U člověka se zuby vyvíjejí ve dvou denticích. První dentice, zuby mléčné (dentes decidui) se prořezávají mezi 6. – 24. měsícem. Je tvořena 20 zuby – 8 řezáků, 4 špičáky a 8 stoliček. V období mezi 6. – 12. rokem života jsou zuby mléčné nahrazovány zuby stálými (dentes permanentes). Trvalých zubů se v dutině ústní nachází 32 – 8 řezáků, 4 špičáky, 8 zubů třenových a 12 stoliček. Poslední, třetí stolička se prořezává zpravidla opožděně, často až mezi 20. až 30. rokem (zub moudrosti).

Pro rychlejší orientaci se zuby popisují kombinací písmene, které označuje typ zubu a číslem označující jeho pořadí. Takže v každé polovině čelisti je I1, I2, C, P1, P2, M1, M2, M3. Častěji se používá čísel označujících celkové pořadí v polovině čelisti, např. 1 = první řezák, 3 = špičák atd. a umístění v horní či dolní čelisti a vpravo či vlevo se rozlišuje čtvrtinou kříže, např. |_ 1 znamená první horní řezák vpravo. Dále se může použít binárního značení – zuby v levé horní polovině čelisti jsou značeny 1 + číslo pořadí – např. 11, 12, atd. vpravo2 + číslo, vpravo dole 3 + číslo a vlevo dole 4 + číslo. Celá horní dentice by potom byla 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 – 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, a dolní dentice 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 – 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 (4).

1.1.2 Fyziologie

Gastrointestinální trakt zajišťuje, aby přijaté živiny byly nejdříve adekvátně zpracovány jak mechanicky, tak i chemicky. Tento proces se nazývá trávení. Jen takto zpracované látky mohou být poté efektivně vstřebány. Tyto dvě hlavní funkce gastrointestinálního traktu (trávení a vstřebávání) můžeme ještě doplnit o další funkce, které mají také svůj význam. Je to např. ukládání některých látek do zásob (Fe, vitamíny skupiny B, aj.) nebo dostatečné ochrany organismu před škodlivými látkami či bakteriemi v potravě.

Mechanické zpracování potravin v dutině ústní se děje pomocí žvýkacích svalů (žvýkačů). Pohyblivá dolní čelist (mandibula) je ovládána pomocí hlavního žvýkacího svalu (musculus masseter), který díky své složitější struktuře zajišťuje nejen ukusování, ale také rovněž žvýkací pohyby. Dolní čelist je v tomto případě (dopředu, dozadu, do stran), což je umožněno vloženou chrupavkou mezi kloubní plochy. Inervace se uskutečňuje pomocí trojklanného nervu (jeho motorické větve). Samotné žvýkání vykazuje určitý automatismus.

Žvýkáním je potrava mechanicky drcena a postupně smíchávána se slinami. Sliny jsou tvořeny permanentně a to asi v množství 1,5 – 2 litry/ 24 hodin. Produkce slin je silně závislá na charakteru přijímané potravy. Samotné sliny se skládají z vody (téměř 95 %), některé anorganické komponenty (Na, K, Cl, Ca atd.) a důležité komponenty organické a to především alfa-amyláza, imunoglobuliny, lysozym, hlen (mucin). Hlen umožňuje hladkou pasáž sousta jícnem do žaludku při polykání. Slinná alfa-amyláza je enzym, který začíná s trávením škrobů. Lysozym a imunoglobulin patří mezi obranné faktory, které mají antibakteriální význam.

Nesměli bychom opomenout, že sliny nám umožňují vnímání „chuti“ (chuťových vjemů) na chuťových pohárcích jazyka a dutiny ústní. Dále svou přítomností mají ochranný vliv na zubní sklovinu před vznikem karies (zubního kazu) a svou stálou přítomností pomáhají čistit dutinu ústní. Sliny jsou produkovány jednak drobnými žlázkami v dutině ústní, jednak třemi páry velkých slinných žláz: podjazykové, podčelistní a příušní. Řízení sekrece slin se děje pomocí vegetativního nervového systému.

Jestliže byla potravinu dostatečně mechanicky připravena, je posléze polknuta. Polykání patří mezi složité děje. Posun sousta jazykem dozadu vede k mechanickému podráždění měkkého patra a kořene jazyka, což vyvolá polykací reflex. Při tomto procesu je jazykem sousto (bolus) tlačeno dozadu a dolů, zároveň se zdvihá měkké patro a odděluje se hltan od dutiny nosní. Do tohoto okamžiku jsou všechny tyto pochody ovládány naší vůlí. Dále již nemůžeme zabránit následujícím krokům polykacího reflexu. Důležitá je fáze, kdy epiglottis (hrtanová příklopka) zakryje do vchodu do hrtanu, aby se sousto nedostalo do dýchacích cest, a současně se zastavuje dýchání. Otevření horní části jícnu (oesophagu) a jeho negativní tlak (podtlak) mají za následek, že sousto se dostává do jícnu, kde je poté aktivitou hladké svaloviny jícnu (peristaltický pohyb) dopraveno do žaludku. Na řízení polykacího reflexu se podílí zejména X. a IX. hlavový nerv. Centrum polykacího reflexu se nachází v prodloužené míše (4).

1.2 Onemocnění dutiny ústní

1.2.1 Onemocnění tvrdých zubních tkání

1.2.1.1 Zubní kaz

Zubní kaz (caries dentis) řadíme mezi získané defekty tvrdých zubních tkání. Je znám již od doby kamenné a v dnešní době je to nejrozšířenější choroba lidské populace. Česká republika nepatří mezi země s vyspělou prevencí zubního kazu, ale začíná nové preventivní programy tvořit a zavádět (7).

Zubní kaz způsobuje mnoho zánětlivých komplikací v orofaciální oblasti, které často způsobuje ložiskovou infekci dentálního původu a ve svém důsledku může být příčinou onemocnění trávicího traktu pro nemožnost dokonalého rozžvýkání potravy (6).

Existuje celá řada příčin, které se podílejí na vzniku zubního kazu. Mezi základní vyvolávající činitele patří zubní plak, což je měkký povlak, který vzniká na povrchu chrupu v místech špatně přístupných ošetřování (v krčkových partiích, jamkách, rýhách, apod.). Zubní plak se podílí nejen na vzniku zubního kazu, ale zároveň i na parodontopatii. Základními faktory pro vznik zubního kazu

jsou kariogenní mikroorganismy, sacharidy (sacharóza, glukóza, fruktóza), odolnost tvrdých zubních tkání vůči kyselinám a čas. Na vzniku zubního kazu se také spolupodílí i faktory podmiňující. Mezi ně patří: dědičná dispozice (tvar a postavení zubů, způsob žvýkání, potravinové návyky, aj.) dále slina (jakost a množství), pohlaví (puberta, těhotenství, klimakterium), věk a civilizační faktory (stav životního prostředí, způsob výživy). Zubní kaz může probíhat ve všech tvrdých tkáních, avšak nejrychleji se šíří v dentinu. Je důležité, aby pacient docházel k zubnímu lékaři alespoň 2x do roka (7).

Klinicky se primární kaz nemusí projevit vůbec, nebo jen zvýšenou citlivostí na fyzikální a chemické podněty (různé změny teplot, sladké, kyselé potraviny). Jindy se může projevit ostrou hranou zubu, která řeže do jazyka a nebo ulpíváním potravin v kazivé dutině. Sekundární kaz vzniká tam, kde jsou nesprávně vyhotoveny výplně, pod výplní nebo také při špatné preparaci zubu na protetickou korunku (6).

Bylo již řečeno, že zubní kaz vzniká nejčastěji na místech, kde ulpívá zubní plak, tj. v jamkách, rýhách, mezizubních prostorech a na krčcích zubů. Podle toho, kde je zubní kaz lokalizován určuje stomatolog i způsob ošetření: pomocí preparace rotačními a ručními nástroji preparuje dutinu. Nejčastěji se dutiny vyplňují plastickými materiály, které v dutině ztuhnou (např. stříbrný amalgám, kompozitní pryskyřice apod.). Nebo se mohou vyplnit inlejemí (kovové, kompozitní, porcelánové) vyrobené dle požadovaného otisku v laboratoři (7).

Vzhledem k tomu, že zubní kaz v současné době patří mezi nejrozšířenější onemocnění a vyžaduje také značné finanční náklady na jeho nápravu, buď pojišťovny, nebo samotnými pacienty, je velmi důležité věnovat pozornost prevenci. Je nutné, aby pacient znal preventivní opatření a dokázal je důsledně dodržovat. Základem prevence je zaměření se na vyvolávající faktory, tj. na zubní plak, sacharidy a kyseliny v plaku vznikající. Hlavní podstata prevence a profylaxe tedy spočívá v úpravě stravovacích návyků (omezení sacharidů v potravě), dodržování zásad správné hygieny dutiny ústní (odstranění plaku) a také využití fluoru ke zvýšení rezistence tvrdých zubních tkání vůči kyselinám. Prevencí jsou myšleny snahy vedoucí ke snížení kazivosti, v době kdy ještě zub není prořezán. A profylaxí výkony, které jsou prováděny již na prořezaném zubu a směřují k omezení jejich kazivosti (7).

1.2.1.2 Záněty zubní dřeně (pulpitis)

Záněty zubní dřeně (pulpitis) vzniká nejčastěji jako následek zubního kazu, který postupuje do blízkosti pulpy. Etiologie zánětu může být buď infekční, a to v souvislosti se zubním kazem a nebo iatrogenní, kde vzniká následkem např. nešetrného broušení zubů při protetickém ošetření, traumatem, účinkem toxických zubních výplní. Zánět může probíhat akutně, chronicky nebo akutně exarcebovaně (7).

Akutní zánět zubní dřeně se projevuje spontánní bolesti bez zevního podráždění, hlavně v noci asi v důsledku zvýšeného přísunu krve do hlavy v poloze vleže, při sehnutí hlavy, při námaze nebo při rozčlenění. Bolesti jsou velmi kruté, neuralgenního charakteru šířící se do spánku nebo do ucha. Průběh zánětu je závislý na virulenci noxy a obranyschopnosti organismu. Tím, že pacient není schopen lokalizovat bolest, je nutné vyšetřit všechny zuby.

U chronického zánětu zubní dřeně příznaky nejsou tak typické. Vyskytuje se také bolest, ale spíše jako trhnutí nebo bolest na podnět (6, 7).

1.2.1.3 Zánět ozubice (periodontitis)

Jedná se o zánětlivé onemocnění ozubice v okolí kořenového hrotu. Pacient udává, že o zubu ví, při sevření čelisti se bolest zvyšuje. Pacient dokáže přesně zub lokalizovat. Zub reaguje na teplo, na chlad se bolest zmírňuje. Dále může být zvýšena tělesná teplota a zvýšené, bolestivé regionální uzliny. Sliznice je zarudlá a při palpacii citlivá. Objektivně lze vidět diskoloraci, rozsáhlou nebo špatnou plastickou výplň, špatně zhotovenou protetickou korunkou nebo rozsáhlou preparaci na korunce (6).

1.2.2 Parodontopatie

Pod pojem parodont patří tkáň obklopující zub, což je gingiva, kostěné zubní lůžko, závěsné periodontální vazy a cement na povrchu zubního kořene (6).

Příčiny těchto onemocnění jsou buď místní a nebo celkové. Při nedostatečné hygieně dutiny ústní a čištění chrupu dochází nejen k naleptání zubní skloviny, ale také k poškození a vzniku zánětu dásně. To se děje přímo, nebo následkem

imunitních reakcí. Parodontopatie lze rozdělit na onemocnění gingivy, parodontitis a atrofii parodontu (7, 24).

1.2.2.1 Gingivitis

Jedná se o zánět dásní bez poškození hlouběji uložené součástí parodontu (výjimku tvoří gingivitis ulcerosa).

Mezi akutní záněty dásní patří:

Gingivitis acuta simplex

Jde o prostou hyperémii (překrvení) dásně. Je často součástí stomatitid. Subjektivně se toto onemocnění neprojevuje. Základem léčby je dodržování správné hygieny dutiny ústní (7, 24).

Gingivitis acuta catarrhalis

Projevuje se charakteristickými příznaky, kterými jsou zduřelé a zarudlé mezizubní papily a marginální gingiva, spontánním krvácením a jsou bolestivé. Často se také projevují neuralgickou bolestí. Zánět se lokalizuje na interdentalní papilu a vzniká papillitis (7, 24).

Gingivitis vesiculosa

Jde o onemocnění projevující se puchýřky. Po jejich stržení vzniká eroze. Vyvolavatelem jsou viry herpes simplex a zoster (7, 24).

Gingivitis ulcerosa

Toto onemocnění má charakteristický průběh vyznačující se vznikem akutní katarální gingivitidy s velkou bolestivostí, foetorem ex ore a mírným zvětšením regionálních uzlin. Tvoří se vředy na zánětlivém podkladě. Je to recidivující onemocnění. Na vzniku se podílí nedostatečná ústní hygiena z pacientovy strany nebo nevhodné pracovní prostředí. Terapie je antibiotická (7, 24).

K chronickým zánětům dásní se řadí:

Gingivitis chronica simplex

Patří mezi časté onemocnění infekční povahy. Onemocnění vzniká jako reakce na nedostatečnou hygienu dutiny ústní nebo jiné místní škodliviny (24).

Gingivitis chronica catarrhalis

Vyskytuje se u dospělých jedinců, kde při větším prosáknutí vznikají i nepravé choboty. Klinicky se projevuje krvácením, citlivostí na dotek a zarudlostí (24).

Gingivitis hyperplastica

Vyznačuje se mohutností dásně (hyperplasie), kterou postihuje jak volnou tak i připojenou gingivu. Řadíme zde gingivitis gravidarum, gingivitis hyperplastica juvenilis, hyperplasie při nedostatku vitamínu C (24).

1.2.2.2 Parodontitis a parodontosis

Tato onemocnění mají společné znaky, což je zánět gingivy, pravý parodontální chobot, parodontální absces, viklavost zubů a putování zubů. Na vzniku těchto onemocnění se podílí jak vnitřní, tak i zevní faktory. Mohou se vyskytovat v zánětlivé nebo nezápětlivé formě (6, 24).

1.2.2.3 Atrofie parodontu

Atrofie je charakterizována obnažováním zubních kořenů a bez tvorby parodontálních chobotů. Gingiva je bledá, alveolární výběžek je snížen. Sama o sobě atrofie nezpůsobuje vypadávání zubů, jestliže však pacient dostatečně pečuje o dutinu ústní. Může vzniknout primárně, kdy je nedostatečně vyvinutá vestibulární kostní lamela zubních lůžek (může být příliš tenká, nebo úplně chybí) a nebo sekundárně, kde přispívá traumatizace gingivy (6, 7).

1.2.2.4 Prevence a léčba parodontopatií

Základem prevence i léčby je efektivní ústní hygiena. Spolupodílí se na jak lékař, tak i pacient. Úkolem lékaře je vysvětlit, motivovat pacienta ke správné hygieně dutiny ústní a ukázat, jak se správně provádí (instruktáž). Podává informace, jak má vypadat kvalitní zubní kartáček, vhodné pomůcky k interdentální hygieně a také techniku a frekvenci čištění chrupu. V pravidelných časových intervalech (2x ročně) pacientovi odstraní zubní kámen, postará se o zubní kaz, snaží se dokonalému provedení zubní korunky, náhrady apod.

V domácím prostředí si pacient aplikuje spreje, laváže dásní, masáže dásní a místní medikamentózní léčbu. Nejčastěji se k výplachům používají antiseptika (chlorhexidin) nebo antiflogistika. Pokud je nutná léčba celková, užívají se ATB, mikrobiální chemoterapeutika.

V některých případech je nutná korekce chirurgická. Buď se provádí úkony léčebné, kde je hlavním úkolem odstranit parodontální choboty nebo exkochleovat granulační tkáň. Dále se provádí chirurgické výkony preventivní, kde řadíme např. odstraňování retních uzdiček. A z kosmetických důvodů se sliznicí překrývají obnažené kořeny.

Na závěr lze říci, že onemocnění gingivy a parodontitida jsou sice ireverzibilní, ale důležité je včas podchytit a léčit. Úspěch léčby závisí jednak na pacientovi, ale také na lékaři (6, 7, 14, 24).

1.2.3 Onemocnění ústní sliznice

Sliznice dutiny ústní je složena z vrstevnatého dlaždicového epitelu a vazivové vrstvy obsahující buněčné elementy, krevní kapiláry, lymfatická a nervová zakončení. Skladbou se podobá pokožce. Rozlišují se tři typy sliznice. Mastikační je uplatňována při ukusování a rozměňování potravy. Je to sliznice gingivy a patra. Sliznice vystýlací nemá žádnou funkci, pokrývá pouze vazivový podklad. Ta pokrývá sliznici rtů, úst, jazyka, tváří, vestibulu a alveorální sliznice. A sliznice specializovaná, kryjící hřbet jazyka. Jsou zde diferencované různé papily. Zvláštní postavení má retní červeň, svou barvou, stupněm rohovatění (keratinizace) a chyběním kožních adnex blízka ústní sliznice (6, 7).

Sliznice dutiny ústní je omývána slinami, které obsahují organické a anorganické látky, enzymy a také složky imunitního systému (např. imunoglobuliny, lysozom, atd.). V dutině ústní sídlí rozmanitá (saprofytická) mikroflóra, která se také podílí na odolnosti ústního prostředí vůči patogenům (6, 7).

Ústní sliznice je postižena chorobami různé etiologie, závažnosti i prognózy. Nejčastěji se vyskytují záněty (stomatitidy), záněty v oblasti rtů (cheilitidy), záněty jazyka (glossitidy), záněty dásní (gingivitidy). Dále sliznici dutiny ústní postihují

hyperplazie, hypertrofie, prekancerózy, benigní i maligní nádory, alergie, projevy toxického poškození. Také řada systémových onemocnění je provázena příznaky na sliznici dutiny ústní, zde především patří choroby leukocytů (agranulocytóza, leukémie) ale i hypochronní a perniciózní anémie, polyglobulie, vitaminové karence (zejména sk.B a C), dermatologické choroby a další (6, 7).

Sliznice dutiny ústní se vyšetřuje při dokonalém osvětlení. Na sliznicích sledujeme odchylky v barvě, tloušťce, vlhkosti a celistvosti povrchu částí a velikost, také lokalizaci a druh slizničních eflorescencí. Sestra by měla znát příznaky jednotlivých onemocnění sliznice dutiny ústní a asistovat lékaři při jeho vyšetřování (6, 7).

1.2.3.1 Stomatitidy

Stomatitis neboli zánět dutiny ústní přichází samostatně nebo při jiných onemocněních, hlavně infekčních. Zánět vyvolává buď fyzikální dráždění (kariézní zuby, příliš horká potrava apod.), chemické (alkohol, příliš ostrá jídla, žvýkání tabáku) nebo bakteriální. Často jsou vyvolávány také alergiemi (zubní pasty, tyčinky na rty, materiál na zubní náhrady, apod.) (6, 7)

Gingivostomatitis ulcerosa

Onemocnění, začínající jako akutní katarální zánět okrajové gingivy s následným nekrotickým rozpadem mezizubních papil postupujícím od jejich vrcholu k bázi. Objevuje se mezi 16 – 25 lety. Onemocnění vyvolává *Bacillus fusiformis* a *spirocheta Vincenti*. Výsledkem tohoto onemocnění jsou defekty v mezizubních prostorech. Postižený úsek vypadá jako by byl seříznutý nožem. Pacient trpí bolestí, krvácením a vyskytuje se foetor ex ore. Indikuje se lokální nebo celková léčba, dle rozsahu a trvání choroby. Podávají se ATB (penicilin) a vitaminy sk. B a C (6, 7).

Gingivostomatitis herpetica

Jde o manifestní onemocnění způsobené virem herpes simplex. Pacienta provází „chřipkové“ příznaky, vysoké teploty, bolesti hlavy, svalů, kloubů. Poté se objeví puchýřky, které ve vlhkém ústním prostředí ztrácí kryt a zanechávají eroze na sliznici.

Jsou velmi bolestivé a pacientovi brání v požívání potravy. Jazyk je povleklý, regionální uzliny jsou zduřelé a bolestivé. Onemocnění se léčí symptomaticky, podávají se virostatika, antipyretika, výplachy rostlinnými vývary. Nemocného je třeba izolovat, jelikož onemocnění je přenosné (6, 7).

Herpes simplex

Je to onemocnění vyvolávající virus Herpes simplex, postihující hlavně dospělé jedince. Jedná se o recidivující lokalizované onemocnění po primární infekci. Nejdříve nastupuje napětí, pálení a zarudnutí, poté vzniknou puchýřky. Ty jsou nejčastěji lokalizovány na přechodu červeně a rtů, sliznici tvrdého patra a gingivě. Tyto puchýřky pak ztrácejí kryt a tvoří se povrchový defekt, který se kryje krustou. Léčí se virostatiky, při erozi s exsudací se může použít tekutý pudr. Suchá krusta se promašťuje Infandolanem. V těžších stavech se podávají gamaglobuliny a vitamín B12 (6, 7).

Recidivující afty

Jedná se o onemocnění na imunologickém podkladě. Projevuje se na sliznici dutiny ústní aftou. Jde o erozi až vřed, který je krytý fibrinovým náletem. Doba hojení je cca 10 dnů, u vředovitého typu až měsíc. Léčba je místní imunosupresivy. (6, 7)

Pemphigus vulgaris

Postihuje kůži a sliznici jedinců středního a vyššího věku. Tvoří se puchýřky s čirým obsahem, které se nejčastěji vyskytují na sliznici rtů, tváří nebo spodiny ústní. Choroba probíhá velmi různorodě, kdy může pacient zemřít po první atace, nebo trvá celá léta s atakami. Neléčená pemphigus končí často smrtí, sepsí, bronchopneumonií aj. Zjišťuje se tzv. Nikolského fenomén, kdy tlakem prstu se může vyvolat tvorba puchýře nebo strhnout epiteální kryt. Léčba je opět imunosupresivy, cytostatiky nebo jejich kombinací. Možno využít i místně steroidy (6, 7).

Alergie

Pocházejí z potravin, kosmetických přípravků, dále např. o stomatologické materiály hlavně pryskyřice, také kovy a léky (antibiotika, anestetika, analgetika, atd.) V pacientově dutině ústní se nachází ohraničený erytém, edém, exantém, eroze až ulcerace a hemoragický projev. Častým příznakem bývá bílý povlak na jazyku. Ke stanovení diagnózy je podstatná anamnéza, eliminační pokus (odstranění protézy,

kovových výplní apod.). Léčebně je důležité odstranit alergen, doporučují se adstringentními roztoky, podávají se antihistaminika nebo antiflogistika. (6, 7)

Moniliáza

Moniliáza neboli moučnivka, kandidóza se vyskytuje ve formě lokalizované nebo generalizované mykózy. Vyvolávajícím činitelem bývá *Candida albicans*. Podílí se také místní faktory a to především špatná hygiena dutiny ústní, kouření, přítomnost zubních protéz, poruchy rovnováhy mikrobiální flóry po antibiotikech. Onemocnění se projevuje jako soor s tvorbou bělavých povlaků, což jsou kolonie kvasinek. Důraz je kladen na prevenci, kde je důležitá hygiena dutiny ústní a výživy a aplikace antimykotik. Podávají se antimykotická antibiotika v roztoku, celkově vitamíny a antimykotická antibiotika (je možno je podat také v infúzi) (6, 7).

1.3 Zubní protetika

Zubní protetika se zabývá náhradou tkání a orgánů v oblasti úst a obličeje (orofaciální). Ve většině případů se jedná o náhradu zubů a alveolárního výběžků čelistí, méně často o náhradu tkání jiných (např. části skeletu čelisti či měkkých částí obličeje). Hlavním úkolem zubní náhrady je obnovení nebo udržení základních funkcí zubního systému, které plynou z jeho podílu na zajištění žvýkání (mastikace), fonace a estetiky (7).

Funkční a esteticky působící efekt náhrady se projeví příznivě nejen na fyzickém, ale také na duševním stavu pacienta, který se tak spolupodílí na celkovém zdraví. K tomu, aby si pacient zvykl na zubní náhradu, je potřeba čas a trpělivost. Délka zvykání si na zubní náhradu je u každého pacienta individuální. Je důležité se správně naučit zubní náhradu z úst vytahovat, nasazovat a pravidelně ji udržovat v hygienické čistotě (5).

1.3.1 Rozdělení protetických náhrad

Z uživatelského hlediska má význam rozdělení podle způsobu jejich fixace ke zbývajícím zubům na náhrady fixní (pevné) a snímatelné. Náhrady pevné jsou spojeny pevně ke zbývajícím zubům a pacient si je sám z úst nemůže vytáhnout. Snímatelné náhrady si může vyjmout kdykoliv (7).

1.3.1.1 Pevné náhrady

Tyto zubní náhrady jsou pevně fixovány ke zbývajícím vlastním zubům. Zpravidla fixní náhrady přinášejí jeho nositelům vyšší komfort, jsou však indikačně úzce vymezeny. Relativní nevýhodou je, že je nutné vždy vlastní zuby připravit a to preparací (broušením). Obroušený zub má cylindrický až kónický tvar. U pacientů s vitální dření se provádí výkon v lokální anestézii. Aby byla vitální dřeň chráněna proti chemickým noxám a tepelným inzultem, opatří se zubní pahýl provizorní korunkou. Pevné fixní náhrady se dělí na korunkové a můstkové náhrady (7).

Korunkové náhrady

Indikují se při náhradě menších či větších defektů tvrdých zubních tkání jednotlivých zubů, kdy je ovšem zbytek zubů mechanicky odolné a zaručují dostatečnou retenci umělé korunky (7).

Inlay

Inlay nahrazuje chybějící část korunky přirozeného zubu. Zhotovují se mimo ústa pacienta. Inlay se připravuje z kovu (klasický způsob odlitím ze zlaté slitiny) nebo i z umělé pryskyřice, nebo z keramiky. V běžné praxi se ale menší defekty korunky přirozeného zubu (kaz) nahrazují plastickou výplní (lidově „plombou“). Výhodou inlay je vyšší mechanická odolnost a dokonalejší barevné přizpůsobení (7).

Korunky

Korunka pokrývá ve formě pláště celý povrch zubu až ke krčku zubu. Na přirozený zub se přikládá korunka předem upravená do cylindrického až mírně kónického tvaru, která umožní nasazení pláště umělé korunky. Korunky celoplášťové jsou buď celokovové (z náhradního kovu) nebo ze zubařského zlata. Zpravidla funkčně

pacientům vyhovují, ale z estetické důvodu se používají spíše na zadní úseky chrupu. Celoplošné korunky pryskyřicové jsou bílé, vyrobené z měkčího materiálu, proto se používají na přední zuby, kde je na zuby menší tlak než na zuby zadní. Nevýhodou je, že časem mohou praskat, snadno se prokousávají a mění svou barvu. Podstatně lepší vlastnosti vykazují korunky z kompozitní pryskyřice a keramické korunky, které dokonale imitují barvu zubů, jsou barevně stálější a odolnější proti ožvýkání. Díky tomu, ale nejsou keramické korunky ideální k náhradě předního úseku zubů (záleží na skusu) (7).

Korunky kombinované jsou z náhradního kovu nebo zlata v kombinaci kompozitní pryskyřicí a nebo keramikou. Kovová čepička zakrývá pahýl zubů, čímž je zejména v zadním úseku chrupu zajištěna pevnost. Zde je korunka celá bílá.

Poloplášťové (fazetované) korunky jsou levnější kombinací kovu či zlata s pryskyřicí a jsou vhodné pro všechny úseky zubů (7, 19).

Kořenová nástavba

Indikuje se tam, kde zcela chybí korunka přirozeného zubu, nebo je natolik zničena či jinak oslabena. Podmínkou je však přítomnost přiměřeně velkého kořene příslušného zubu (7, 19).

Můstkové náhrady

Můstkové náhrady jsou indikovány při kompletní ztrátě zubu, včetně kořene. Nahrazovat se může jeden nebo více zubů a vzniklá mezera musí být ohraničena zbývajícími dostatečně kvalitními vlastními zuby, které budou tvořit opěrný pilíř můstku. Po obroušení chrupu se dosadí můstek provizorní. V laboratoři se nechá udělat podle otisku zhotovit můstek stálý. Vhodnost použitého materiálu by měl zhodnotit stomatolog. Obecně platí, že fazetované můstky jsou levnější, trvanlivější, ale méně estetické. Zato můstky keramické jsou odolnější, bývají esteticky dokonalejší, plně funkčně vyhovující a odolné, avšak podstatně dražší. Proto by mohly být ideálnější můstky z kompozitního materiálu, ty ovšem mají menší trvanlivost a snadněji se obrušují (7, 19).

1.3.1.2 Snímatelné náhrady

Snímatelné náhrady nejsou pevně spojeny se zuby a v případě potřeby si je může pacient vyndat. Rozlišujeme náhrady částečné (parciální) a celkové (totální) (6, 7).

Částečná snímatelná náhrada

Díky své konstrukční variabilitě a přizpůsobivosti se může uplatnění těchto náhrad téměř při všech stavech zubů a typech defektů zubních oblouků. Je to tedy univerzální typ náhrady. Spojení se zbývajícím chrupem se zajišťuje pomocí tzv. kotevních prvků. Nejpoužívanější kotevní prvky jsou spony a zásuvné spoje.

Částečné snímatelné náhrady také rozdělujeme podle typu přenosu tlaku na dentální, kdy je tlak přenášen pouze přes zbytek zubů pacienta, dále mukózní, kde je tlak přenášen přímo na sliznici a dentomukózní, kdy je tlak přenášen současně přes zbylé zuby i sliznici (6, 7).

Celková zubní náhrada

Ztrátou vlastního chrupu představuje celková zubní náhrada relativně dobrou kompenzaci funkcí. Důsledky, které náhrada přináší, jsou především z medicínského hlediska v důsledku špatné mechanické přípravy stravy. U celkových náhrad je omezen hlavně rozsah a intenzita třecích pohybů při žvýkání a také celková výkonnost umělého chrupu je menší. Pacienti by měli počítat s delší dobou mechanické přípravy a s omezením stravovacích návyků. Nejdříve by měli pacienti začít s kašovitou, křehkou stravou po menších částech a odděleně. Tuto náhradu plně hradí pojišťovna. (6, 7)

Chirurgické protézy

Tento typ protéz nahrazuje nejen defekty tvrdých zubních tkání, ale někdy zároveň i kostí, svalstva a kůže. Zejména jde o defekty, které vznikly souvislosti s chirurgickým zákrokem (např. resekce tumoru v čelisti). Většina těchto protéz jsou snímatelné. Protézy nahrazující i zevní tkáň se nazývají ektoprotézy (epitety) (6, 7).

Dentální implantáty

Cílem těchto implantátů je získat vhodné pilíře pro zakotvení fixních i sňímatelných zubních náhrad. Úkolem je zlepšit podmínky na výhodnější protetické řešení (6, 7).

1.3.2 Komplikace zubních náhrad

Zubní náhrady jsou cizí tělesa, na které biologická tkáň reaguje s různou intenzitou a kvalitou. Působení následujících komplikací se mohou navzájem kombinovat. Pokud zubní náhrada není zcela morfologicky i funkčně přizpůsobená stomatognátnímu komplexu, může rovněž traumatizovat. Lokálně může způsobit např. dekubitus a ve smyslu funkční poruchy postihuje např. svalstvo či kloub (6, 7).

Komplikace z bakteriálních příčin

Náhrady mohou být nosičem bakteriálních kultur. Nejvíce jich je usazeno v zubním plaku, který se usazuje nejen na zubech, ale i na náhradě. Na zubech je plak hlavním vyvolavatelem zubního kazu a parodontopatií, zatímco na povrchu náhrad podporují vznik zánětů sliznic (6, 7).

Zubní náhrada je i při dokonalém provedení faktorem, který přispívá ke zhoršení hygienických podmínek v dutině ústní a místem, kde se hromadí zubní plak.

Stomatitis prothetica je onemocnění poměrně časté, charakterizované lehkým erytémem až generalizovaným erytémem s hyperplazií. Důležitá je prevence, která spočívá v dokonalé denní hygieně, k mechanické údržbě sňímatelných náhrad je dobré doporučit speciálních kartáčků, aj. (6, 7).

Ústní elektrogalvanismus

Tímto pojmem se rozumí klinické projevy účinků galvanických proudů, které za určitých okolností mohou v dutině ústní vznikat. Typické jsou bodavé bolesti při styku protilehlých kovových protetických výrobků nebo při jejich kontaktu s kovovým jídelním náčiním, které přímo iritují nervové vlákna pulpy procházejícím proudem (6, 7).

Chemické vlivy

Ze zubních náhrad se v malých koncentracích, ale dlouhodobě uvolňovat chemické látky. Proto se pacientům doporučuje, aby nové náhrady ze začátku co nejvíce odkládali do vody, aby se chemická látka vyluhovala (nejčastěji je to monomer) (6, 7).

Alergie a toxicita

V praxi je těžké rozeznat chemické dráždění a alergickou reakci. Pokud jsou použity kovové konstrukční prvky, nelze také vyloučit vliv elektrogalvanizmu. Z nejčastějších kožních alergenů je nikl. Postihuje z 1/3 částěji ženy. Nikl má také karcinogenní účinky (6, 7).

Mechanické vlivy

Zde mohou náhrady působit lokální traumatizaci, mohou vyprovokovat k nezánětlivým proliferacím submukózy, mohou také negativně působit na zbývající zuby, kde mohou omezit růst a vývoj čelistí. Při nošení nové zubní náhrady bývá téměř pravidlem vznik dekubitů, který je dobře viditelný při vynětí náhrady z úst. Nejčastěji se tvoří v oblastní ústní předsíně (6, 7).

Funkční poruchy

Funkční poruchy, neboli dysfunkce, je odchylka od fyziologického průběhu funkcí zajišťovaných stomatognátním systémem. Klinická symptomatologie je velmi různorodá. Patří sem skřípaní zubů (bruxismus), bolestivý myofasciální syndrom, bolesti v oblasti ucha, krku, šíje, aj. Funkční porucha se stanovuje na základě funkčního vyšetření, kde je důležitá anamnéza, klinická symptomatologie, ale také objektivní vyšetřovací metody (např. funkční vyšetření chrupu, neinvasivní zobrazovací metody, registrační kinematika, elektromyografie, aj.) (6,7).

1.4 Ošetřovatelský proces v péči o dutinu ústní

Ošetřovatelský proces znamená systematický a racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Hlavním cílem je zhodnotit zdravotní stav pacienta, skutečné či potenciální problémy péče o zdraví, vytýčit hlavní plány na zhodnocení potřeb a poskytnout specifické ošetřovatelské zásahy na uspokojení těchto potřeb. Aby sestra mohla realizovat ošetřovatelský proces co nejefektivněji a mohla individualizovat svůj přístup ke každému pacientovi, musí s ním spolupracovat (12, 23).

Posuzování

Posuzování dutiny ústní a hygienických činností pacienta zahrnuje: sesterskou anamnézu, fyzikální vyšetření úst a identifikaci pacientů s rizikem vzniku ústních problémů (komplikací).

Sesterskou anamnézou získá sestra údaje o zvýšené péči o dutinu ústní včetně návštěv zubního lékaře, také zjišťuje schopnosti sebepéče a minulé a současné onemocnění dutiny ústní. Také se informuje o pomůckách, které pacient používá k zajištění hygieny dutiny ústní. Tyto údaje mohou sestře pomoci určit potřebu poučení pacienta a zajistit jeho potřeby. Pacienti, kteří mají oslabenou koordinaci rukou, s oslabenou kognitivní funkcí, kde choroba snižuje jejich úroveň energie a motivace anebo se léčbou omezuje tělesná aktivita, potřebují pomoc sestry. Minulé a současné onemocnění dutiny ústní upozorňují na nevyhnutelné specifické zásahy, případně jejich naplánování (12).

Fyzikální vyšetření dutiny ústní sestrou. Cílem fyzikálního vyšetření je zapsat, co bylo u pacienta zjištěno pomocí našich smyslů. Zvládnutí fyzikálního vyšetření vyžaduje umět se dívat, hmatat, slyšet a cítit. Při vyšetřování dutiny ústní je především uplatňován zrak a čich. Při pohledu na jazyk by měla sestra umět zhodnotit jeho velikost a povrch. Zda je jazyk povleklý, jeho barvu, zda není popraskaný, či rozkousaný apod. Při pohledu na sliznice dutiny ústní zjišťujeme povrch jazyka, pokud je vlhký a růžový je fyziologický. Pokud se opět vyskytuje povlak nebo jiné změny jedná se o patologii. Barva a tvar se sledují u dásní. U chrupu se zjišťuje, zda má pacient vlastní chrup, nebo zda má zubní protézu. Lze zjistit, zda má pacient parodontózu. Vystoupení horní

čelisti dopředu vyjadřuje termín prognacie a vystoupení dolní čelisti prognie. Dále se vyšetřují pohledem tonzily, vypadající fyziologicky jako malé, růžové a lehce zřasené. Nakonec se pohledem v dutině ústní hodnotí barva patrových oblouků, které pokud jsou zarudlé, svědčí o zánětu hltanu. Čichem je hodnocen zápach z úst (foetor ex ore). Sestra může rozpoznat zápach po amoniaku (urémie, selhání ledvin), zápach po acetonu (diabetické kóma), foetor hepaticus (zápach po syrových játrech u jaterního komatu) a hnilobný zápach (plicní abscesy, nádory pyloru s retencí potravy apod.) (17).

Identifikace rizikových pacientů. Někteří lidé mají často sklon k zubním onemocněním, protože nemají dostatek informací a nebo pro neschopnost dodržovat hygienu dutiny ústní. Patří mezi ně vážně nemocní lidé, komatózní, dehydratovaní pacienti apod. Patří zde také pacienti se zavedenou nazogastrickou sondou, pacienti dostávající kyslík mají často vysušené sliznice dutiny ústní. Také je důležité přihlížet na rizikové faktory, jako jsou nedostatečná výživa, nadměrný příjem cukru a rodinná anamnéza parodontózy. Staří lidé jsou také rizikovou skupinou, protože snížená tvorba slin způsobí suchost v ústech (12, 23).

Diagnostika

Sestra také stanovuje sesterské diagnózy, které jsou spojeny s problémy dutiny ústní. Patří zde deficit sebek péče při hygieně (00108), riziko infekce v souvislosti s porušením kožní integrity v dutině ústní, porušená tkáňová i kožní integrita (00044, 00046), poškozená ústní sliznice (00045) v souvislosti s chorobnými změnami, nedostatečná výživa (00002) v souvislosti s bolestivými změnami na sliznici dutiny ústní, neefektivní podpora zdraví (00099) a mnoho dalších. Diagnózy sestra stanoví na základě taxonomie Nandy II. (23).

Plánování

Sestra si spolu s pacientem stanoví hlavní cíle a výsledná kritéria a volí zásahy, jimiž těchto cílů dosáhne. K sesterským zákrokům patří pomoc nesoběstačnému pacientovi při čištění dutiny ústní, poučení pacienta o správných postupech při vykonávání ústní hygieny a i o jiných opatřeních na prevenci zubního kazu (např. pravidelné návštěvy zubního lékaře, správná výživa, atd.) (23).

Realizace

Ke správné hygieně dutiny ústní patří denní stimulace dásní, mechanické čištění chrupu, vyplachování úst a pravidelné návštěvy u zubního lékaře. Sestra může často pomoci pacientovi udržet hygienu dutiny ústní poskytnutím dobré rady, jak si vyčistit zuby a dutinu ústní, ale také kontrolou po vyčištění (hlavně u dětí), nebo u nesoběstačných pacientů či pacientů v bezvědomí provádí péči o dutinu ústní sama. Čištění dutiny ústní, péče o zubní náhrady a speciální péči o dutinu ústní je popsáno v kapitole 1.6 Hygiena dutiny ústní (23).

Vyhodnocení

Při vyhodnocení, zda bylo splněno stanovených cílů, musí sestra prohlédnout pacientův chrup a dutinu ústní. Dotazuje se, jestli má pacient nějaké problémy, jak se cítí. Zjišťuje, zda pacient pochopil specifické informace při poučení anebo aby demonstroval specifickou zručnost (23).

1.5 Potřeby nemocných a jejich uspokojování

Charakteristickým rysem ošetřovatelství je systematické vyhledávání, hodnocení a jeho plánovité uspokojování potřeb nemocného člověka. V současné době se preferuje, aby se klienti aktivně zapojovali do uspokojování svým potřeb. Nejen sestry, ale i ostatní zdravotnický personál by měli vést lidi k tomu, aby si uvědomovali své zdravotní potřeby. A měli by možnost potřeby uspokojovat, takovým způsob, který jim je neoptimálnější. Toto by se mělo neustále zdůrazňovat, protože se nadále stává, že nemocným se během hospitalizace v nemocnici přiděluje role pasivní. Důležitá je spoluúčast pacienta a jeho partnerství v ošetřovatelském procesu, což potřebuje změnu v myšlení a hlavně v ošetřovatelské praxi (12, 23).

1.5.1 Definice potřeb

Potřebou se rozumí základní motivační stav nedostatku nebo také nadbytku organismu, aktivuje chování, vedoucí k jeho nápravě. Potrebu lidská bytost nutně potřebuje pro svůj vývoj a život. Každý jedinec své potřeby vyjadřuje a uspokojuje svým způsobem. Uspokojování potřeb je zaměřeno na zlepšení zdravotního stavu.

Z ošetrovatelského hlediska by sestra měla vědět tolik, aby je uměla rozpoznat, pochopit a zabezpečit jejich uspokojení. Významným předpokladem spolupráce sestry a pacienta je akceptování jeho subjektivního prožívání při uspokojování potřeb, což vyžaduje od sestry holistický přístup k pacientovi (3, 23).

Základní rozdělení potřeb sestavil Abraham Maslow. Řadí potřeby v určité hierarchii, ve které vyšší potřeby mohou být uspokojeny jen tehdy, jsou-li uspokojeny potřeby nižší. (Příloha 3). Jeho model potřeb člověka zahrnuje potřeby fyziologické i psychologické potřeby, které hodnotí podle jejich významu pro přežití. Maslow je také dělí na potřeby nižší a vyšší, které jsou v jeho pyramidě řazeny nad potřebami nižšími (3, 23).

1.5.2 Potřeba hygieny

„Hygiena je soubor pravidel a postupů potřebných k podpoře a ochraně zdraví.“ (23, s. 51). Potřeba hygieny patří mezi základní biologické potřeby. Je vytvářena od útlého dětství. Tato potřeba je zcela individuální a každý si ji utváří dle svého obrazu. Lidé, kteří jsou nemocní, jsou často neschopní a nebo jim chybí energie nebo síla na okoupaní či vyčistění dutiny ústní. Je proto důležité, aby sestra uměla zhodnotit a přesně vědět, které činnosti si je pacient schopen udělat sám a při kterých potřebuje pomoc (23).

1.5.3 Potřeba hygieny dutiny ústní

Sestra by měla anamnézou získat informace o zvyklostech pacienta při péči o dutinu ústní. Jak často navštěvuje zubního lékaře, jaké používá pomůcky, o problémech dutiny ústní kdysi a v současné době. U pacientů s nemožností pohybovat rukama, v bezvědomí apod. zajišťuje péči o dutinu ústní sestra (23).

1.6 Hygiena dutiny ústní

Hygiena dutiny ústní se začíná provádět již v prvním roce života dítěte, kdy čištění provádí rodiče dítěte. Zde se zatím zubní pasta nepoužívá. Od 3. roku života by si dítě mělo čistit chrup samo a rodič má jen chrup dočistit. Asi do 6 let by mělo být

dítě rodičem kontrolováno. Dítě by mělo mít dětský kartáček, zubní pastu žádnou a nebo malé množství (velikosti hrášku) dětské pasty, z důvodu možného polykání pasty a prevence vzniku fluorózy skloviny (24).

Ideální je, aby si člověk čistil zuby po každé konzumaci jídla či nápoje, který obsahuje sacharidy, ale tato možnost většinou není. Doporučuje se tedy čistit si chrup minimálně 3 minuty ráno po snídani a 5 minut večer po poslední konzumaci jídla či nápoje. Stejná péče by měla být věnována i zubním náhradám. Je možno doporučit žvýkat žvýkačky bez cukru během dne a po jídle (24).

1.6.1 Péče o dutinu ústní

Péčí o dutinu ústní myslíme individuální orální hygienu, který provádí každý z nás denně. Nemocný chodící je schopen si o svou potřebu obstarat, ale nemocný pacient je odkázán na pomoc druhých. Nemocným, kteří se nemohou z nějakého důvodu pohybovat nebo těm pacientům, kteří mají postiženy horní končetiny, by měla péči o dutinu ústní zajišťovat sestra. Proto by měla znát postupy péče o dutinu ústní jak o zdravou, tak i o chorobně postiženou (10, 13, 21).

Sestra si připraví pomůcky k lůžku nemocného. Mezi základní pomůcky patří kartáček, zubní pasta, emitní miska, kelímek s vodou a ručník. Nejdříve si pečlivě umyje ruce a zvedne pod pacientem podhlavní panel. Pacientův oděv chrání ručník. Nemocnému dá pomocí trubičky nejdříve vypláchnout ústa. Poté kartáčkem, na kterém je zubní pasta čistí šetrně, ale důsledně horní zuby od dásní směrem dolů, dolní od kořenů nahoru, od posledních stoliček postupně až k řezákům. Krouživými pohyby vyčistí skusné plochy chrupu. Sestra nesmí opomenout také vnitřní plochy zubů. Hodně také záleží na kartáčku, který by měl mít malou hlavici, ovšem to nemůže sestra ovlivnit. Může jej pouze doporučit. Dle potřeby nechá pacienta řádně si opláchnout ústa. Sestra by měla být k pacientovi šetrná a empatická. Nemocným také může nabídnout přes den žvýkat během dne zdravotní žvýkačku bez cukru, což přispívá k prevenci bakteriálního zubního povlaku. Po dokončení péče o dutinu ústní sestra pečlivě umyje všechny pomůcky a uklidí je (10, 13, 21).

1.6.2 Zvláštní péče o dutinu ústní

Pacienti, kteří trpí horečkou, nebo jsou po úrazech, po cévní mozkové příhodě, operaci, ochrnutí lícního nervu, nemocným v bezvědomí se v dutině ústní hromadí hleny, které na sliznici dutiny ústní vytvářejí povlaky. U těchto pacientů sestra musí provádět zvláštní péči o dutinu ústní i několikrát denně. Měla by se postarat nejen o vyčištění zubů, ale také o ústní sliznice a jazyka (21).

Sestra si opět nejprve nachystá pomůcky. Ty se liší od jednotlivých zdravotnických zařízení, kde se používají různé přípravky např. borax-glycerínový olej, roztok heřmánku, ředěný peroxid vodíku. Existují také speciální štětičky napuštěné citrónovou šťávou a olejem k této péči vyrobené. K základním pomůckám patří sterilní tampóny, peány, vatové štětičky obalené mulem, nádobka s odvarem heřmánku, řepíku lékařského či roztokem 3% peroxidu vodíku, štětičky napuštěné borax-glycerínem, trubička na pití, sklenice s vlažnou vodou, 2 emitní misky, čtverce buničiny (21).

Na trhu existuje celá řada novějších přípravků k hygieně dutiny ústní, např. Stopangin, Tantum – Verde, nebo nová ústní voda bez obsahu oxidačních látek Listerin.

Sestra si vše nachystá k lůžku a opět si důkladně umyje ruce. Pacientovi při vědomí sdělí, že mu vyčistí dutinu ústní a po celou dobu čištění s pacientem komunikuje. Zvedne pacientovi podhlavní panel, pod bradu mu dá ručník. Pokud je pacient v bezvědomí, poloha se nemění. Sestra by nejprve měla šetrně nahlédnout do dutiny ústní a zkontrolovat ji. Do nádoby s odvarem či jiným roztokem vhodí několik tampónu a pomocí peánu opatrně čistí jazyk od kořene ke špičce, vytírá patro, předsíň dutiny ústní od zadních zubů dopředu. Celý tento postup opakuje tak dlouho, dokud nezbaví dutinu ústní povlaků. Použité tampóny sestra odhazuje do emitní misky. Popraskaný jazyk ošetří štětičkou s borax-glycerínem. Rty je možno natřít jelením lojem. Umyje všechny použité pomůcky a řádně je uklidí. Všechno musí sestra zdokumentovat (21).

1.6.3 Péče o zubní náhradu

Péče o zubní náhradu by měla být prováděna ve velmi úzkostlivé čistotě. Pokud se pacient není schopen postarat o vyčištění své zubní náhrady, musí se o to postarat

sestra. K čištění zubní náhrady připraví malou nádobu, zubní kartáček na čištění náhrady, zubní pastu nebo jiný přípravek k čištění, ústní vodu (dle přání pacienta). Při vytahování zubní náhrady z úst uchopí sestra přední stranu palcem a ukazovákem ruky v rukavicích a jemně pohybuje nahoru – dolů. Tímto pohybem se náhrada uvolní. Takto vytaženou náhradu čistí mimo dutinu ústní pacienta. Vyčistí ji zubním kartáčkem a pastou nebo prostředkem k tomu určeným a nechá ji volně usušit na vzduchu. Při nasazování do úst pacienta, zubní náhradu navlhčí, vyzve k otevření úst a vsune ji částečně stranou do úst, přiloží zadní a poté přední okraj. Poté vyzve pacienta, aby skouzl (13, 15, 20).

1.6.4 Pomůcky k péči o dutinu ústní

Existuje celá řada pomůcek, které nabízejí různé firmy po celé republice. Zubní kartáček by měl mít tyto základní vlastnosti: měkkost zaoblených vláken, rukojeť pro snadnou manipulaci a kratší pracovní část. Je doporučováno vyměňovat zubní kartáček jednou za 3 měsíce, zda-li ale pacient prodělal nějakou virózu nebo je kartáček viditelně opotřebovaný, je vhodné jej vyměnit hned. Solo (jednosvazkový) kartáček má vlákna různě dlouhá, měkká a zaoblená, která jsou zastřižena do mírného oblouku. Tento kartáček může zcela nahradit klasický kartáček zubní. Čištění tímto kartáčkem je velice precizní, protože se věnuje každému zubu individuálně. Je schopen dobře vyčistit také plochy distálních zubů, mezičleny korunek, fixní ortodontické aparáty, apod. Interdentální kartáčky slouží k čištění mezizubních prostor. Jeho držátko je vyrobeno z různých materiálů – plast, kov. Pracovní část je tvarována do válečku či kužílku. Vlákna jsou na drátku a také zde je nutná jejich měkkost. Dentální nitě se vyrábějí z nylonu a nebo polytetrafluorethylenu. Existují kulaté, voskované či nevoskované a stuhovité. Např. voskované jsou vhodnější pro začátečníky, neboť mají nižší riziko poranění, ale napříč tomu horší stírací účinky. Také mohou být napuštěny různými látkami, jako je fluor, mentol, chlorhexidin, aminfluorid. Irigátory neboli zubní sprchy slouží k odstraňování hrubších zbytků potravy. Stimulátory jsou určeny k masáži gingivy. Tvoří je gumová špička a rukojeť. Párátka jsou vyráběny ze dřeva, plastu a kovu různých průměrů. Slouží k odstraňování zbytku potravy mezi

zuby. Elektrické zubní kartáčky jsou vhodné hlavně pro pacienty méně manuálně zručné a handicapované. Hlavy elektrických zubních kartáčků mohou mít velké a tvarovatelné hlavy, mají různou měkkost vláken a irigátor. Nyní existují dva typy elektrických zubních kartáčků: sonické a oscilační. Ústní vody se využívají u akutních potíží. Mohou mít různé účinky: antimikrobiální, fluoridové, adstringentní a deodorační. Zubní pasty jsou využívány k odstraňování plaků a jako nosiče léčebných prostředků. Obsahují abraziva (15–55 %), fluoridy, zvlhčovače, konzervační látky, tenzidy, chuťová korigencia, nekariogenní sladidla a některé zubní pasty antimikrobiální látky. Na trhu jsou také pasty pro citlivé zubní krčky, které napomáhají desenzibilizaci hypersenzitivních zubů. Zubní prášky se používají k odstranění pigmentací z povrchů zubů. Nejsou zcela bezpečné díky vysoké abrazivitě. Zubní gely jsou viskózní a neobsahují laurylsulfát. Masážní roztoky pomáhají při akutních obtížích, např. gingivitidě, papilitidě apod. Škrabky na jazyk slouží k odstraňování povlaku z jazyka. Je nutno tuto pomůcku užívat zřídka, jelikož určitý bakteriální film na povrchu jazyka je fyziologický (1, 22).

1.6.5 Edukace pacienta v péči o dutinu ústní

V ošetrovatelství edukace představuje svým způsobem určitou formu „předávání, odevzdávání“ konkrétních informací. Edukace pacienta je nejdůležitějším aspektem ošetrovatelské praxe a je důležitou samostatnou funkcí ošetrovatelství. Představuje významný způsob zlepšení kvality života člověka. Edukace může být základní (kdy pacient nebyl o dané problematice vůbec informován), dále komplexní (spíše realizovaná v edukačních kurzech) a reedukační (pokračující, rozvíjející, napravující). Edukant je subjekt učení bez ohledu na věk či pohlaví, např. klient, dítě či starý člověk. Edukátor je aktér edukační aktivity, např. lékař, učitel, sestra apod. Edukační proces v ošetrovatelství je vytvořený záměrně na to, aby se někdo učil. Rozvíjí dynamický vztah mezi pacientem (klientem) a sestrou. A především je součástí ošetrovatelského procesu. Prostředí na edukaci musí mít správné podmínky, jako správné osvětlení, teplotu, musí být bez hluku a v nemocničním prostředí musí zaručovat případnou intimitu (27).

Profese sestry představuje určitý systém rolí, který je předpokládán společenským statutem povolání. Edukační role sestry je zaměřena na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a jednání jedince, ale i skupiny. Provádí to v zájmu podpory zachování a obnovy zdraví. Edukační ovlivňování se realizuje formou získávání nových vědomostí, přesvědčení a změn postojů, ale také změn motivace prožívání, chování a jednání člověka (3).

Ve stomatologii může provádět edukaci jednak lékař, ale také dentální hygienistka. To je odbornice s licencií k výuce orálního zdraví a k výkonům v dutině ústní, která jako pomocnice zubního lékaře používá metod ke kontrole a prevenci stomatologických onemocnění tak, aby pomohla jak jednotlivcům, tak i skupinám k získání a udržení optimálního orálního zdraví. Dalším úkolem dentální hygienistky je pomoc s výběrem vhodných pomůcek k péči o dutinu ústní (např. zubního kartáčku, interdentální kartáčky, dentální nitě či pásky, atd.) (18).

1.7 Preventivní péče o dutinu ústní

Prevence ve stomatologii předpokládá využití všech opatření a prostředků, jehož cílem je předcházet vzniku onemocnění v orofaciální soustavě, ale také úrazům a všemu ostatnímu, co by mohlo poškodit, a nebo snížit úroveň orálního zdraví (8, 9).

V současné době se prevence dělí na prevenci primární, sekundární a terciální (24).

1.7.1 Primární prevence

Primární prevenci charakterizují opatření, která by měla předejít vzniku patologického procesu, choroby a nebo úrazu. Má největší význam v zubním lékařství, a to hlavně v prevenci zubního kazu (9).

1.7.1.1 Techniky čištění zubů

Do současné doby bylo popsáno přes 30 druhů technik čištění chrupu. Pro lepší přehled je můžeme rozdělit do 4 základních skupin:

1. Metoda horizontální je charakterizována vodorovnými pohyby kartáčkem („sem – tam“)
2. Metoda Fonesova je technika větších krouživých pohybů
3. Stírací metody – u těchto metod převažují stírací pohyby kartáčkem v dlouhé ose zubu
4. Vibrační mezizubní metody – jsou metody s převažujícími vibracemi kartáčkem s postupným pronikáním do mezizubních prostor a eventuelně do dásňového žlábků (11).

Horizontální metoda

Tato metoda není doporučována, jelikož v kombinaci s nevhodným tvrdým kartáčkem vybrušuje zubní sklovinu v oblasti krčku zubů, může poškozovat dásně, ale zuby přitom nejsou dobře vyčištěné. Mnozí tuto sice nejjednodušší, ale zároveň nejbezpečnější způsob čištění chrupu vyzkoušeli. K čištění obuvi, oken, apod. je tato metoda ideální, ne však k čištění zubů. Proto je důležité co nejdříve se naučit jinou, účinnější metodu čištění chrupu (11).

Fonesova metoda

U nás byla před léty běžně doporučována tato metoda, ale i této metodě bychom se měli vyvarovat. Zubní kartáček krouživými pohyby čistí najednou větší plochy zubů v horní i dolní čelisti, což je stejně nebezpečné, jako metoda horizontální (11).

Stírací metoda

Tato technika čištění chrupu je nejjednodušší a asi nejrozšířenější, také známa pod anglickým názvem roll metoda. Stírací metoda je nevhodnější pro děti a mladé lidi, jelikož je poměrně jednoduchá. U dospělých jedinců je nutné doplňovat dalšími čistícími prostředky jako je mezizubní kartáček, párátko, zubní vlákno, aj. Při doplnění některých z těchto pomůcek, může být tato metoda velice dobrou metodou univerzální.

Stírací metodu můžeme popsat následovně. Zubní kartáček přiložíme v oblasti krčku k dásni tak, že vlákna směřují od korunky ke kořeni. Nyní otáčíme hlavici kartáčku proti dásni a současně ho posouváme směrem ke korunce zubů. Tímto vzniká

kombinace rotačního pohybu se stíracím. Nestačí ale jen jeden stírací pohyb, ale je nutné toto opakovat několikrát (11).

Vibrační mezizubní metody

Metody vibrační patří k složitějším technikám čištění chrupu. Chartesova metoda (dle autora prof. Charlese) se doporučuje zvláště šikovým dospělým, u kterých se předpokládá, že tuto složitější metodu zvládnou (Příloha 8). A u dospělých má význam proto, že se zabývá, více než stírací metoda, nejen masáží dásní, ale také mezizubními prostory, které jsou více přístupné usazování plaku (11).

Začínáme přiložením zubního kartáčku tak, aby jeho svazky vláken směřovaly proti dásni a krčku zuby a to kolmo (doporučený sklon je 45°). Pokud je zubní kartáček takto přiložený, začínáme z další důležitou fází této techniky čištění chrupu a tím jsou malé drobné kroužky nebo vibrace. V poslední fázi se snažíme postupně vyšším tlakem na zubní kartáček protlačovat jeho vlákna do mezizubních prostor (11).

Vibrační kombinovaná Bassova metoda čištění chrupu nevysocí účinná metoda, ale vyžaduje velmi dobrý zubní kartáček a také dobré návyky.

Začínáme tak, že vlákna zubního kartáčku přiložíme z boku ke korunce zuby v místě kousacích ploch v úhlu 45° proti dásni. V této poloze zahájíme drobné vibrace, jako u předchozí metody, a postupným tlakem na zubní kartáček sjíždíme směrem k dásni a do mezizubního prostoru. Bassovu metodu zakončujeme zavedením vláken vibrujícího zubního kartáčku optimálně až na dno dásňového žlábků. Proto se také tato metoda označuje odborným výrazem intrasulkulární (z lat. sulcus = žlábek) (11).

1.7.1.2 Správná výživa

Správná výživa je velice důležitou součástí prevence zubního kazu. Nevyváženou stravou můžeme zvýšit výskyt zubního kazu. Projeví se to především poruchou mineralizace tvrdých zubních tkání, především skloviny. A nemineralizovaná místa umožňují snazší a rychlejší šíření kazivého procesu.

Je důležité, aby již od 12. týdne nitroděložního života mělo dítě dostatečný přísuv potřebných minerálů potravou, důležitých pro dočasnou dentici. Pro stálou dentici je kritické období od 24. týdnů nitroděložního života do zhruba 15 let.

Proto, optimální skladba potravy je významná nejen pro dítě, ale také pro těhotnou ženu a kojící matku (7, 8, 9).

Vliv potravy, z hlediska výskytu zubního kazu, bychom mohli rozdělit na účinek preeruptivní (před prořezáváním zubů) a na posteruptivní (po prořezávání zubů).

Správná výživa je významná zejména u kojenců a batolat. V kojeneckém věku je nejvhodnějším způsobem výživy kojení. Pokud dítě dostává umělou výživu, neměla by být doslazována. Důležité také je, aby děti nepily sladké nápoje jak přes den, tak i hlavně na noc (7, 8, 9).

Myslet by se také mělo na příjem fluoridů z přirozených zdrojů, jako jsou mořské ryby, pití minerálních vod s vyšším obsahem fluoridu. Také by měl být dostatečný příjem vápníku z jeho hlavních zdrojů a to jsou zejména mléčné výrobky (2).

Velké nebezpečí pro vznik zubního kazu představují různé cukrovinky, sladké vody, jídel z tepelně upravených škrobů s kombinací nedostatečné hygieny dutiny ústní. Proto by rodiče, prarodiče, ale také i učitelé a vychovatelé měli být informováni o správné výživě (7, 8, 9).

1.7.1.3 Fluor a prevence zubního kazu

Antikariézní účinky fluoru byly objeveny počátkem 20. století. Tehdy se zjistilo, že obyvatelé určitých oblastí mají zbarvenou sklovinu stálých zubů, ale nevyskytuje se u nich žádný zubní kaz. Bylo prokázáno, že tyto změny na sklovině jsou způsobeny zvýšeným obsahem fluoru v pitné vodě. Nyní se obsah fluoru v pitné vodě liší podle geografické lokality. V ČR se ve zvýšené koncentraci vyskytuje v Polabí, Českém středohoří a Rudohoří. Optimální denní dávkou fluoru by měla dosahovat okolo 0,05 – 0,07 mg fluoridu na 1 kg hmotnosti člověka, což je celkový denní příjem fluoridů okolo 3,2 – 3,5 mg / den.

Fluoridy se v prevenci zubního kazu uplatňují několika způsoby:

1. Fluoridový iont se může zabudovat během vývoje zubu do tvořících se krystalů hydroxiapatitu. Tyto krystalky jsou odolnější vůči působení kyseliny.
2. Fluoridový iont podporuje remineralizaci skloviny.

3. Fluoridový iont zpomaluje metabolismus mikroorganismů plaků.

Fluorid se do lidského těla může dostat buď cestou endogenní (fluorizace pitné vody, fluoridované tablety, fluoridizace soli, mléka, minerální vody) nebo cestou exogenní (používáním zubních past, výplachů, gelů, laků a ústních vod s fluoridem) (7, 8, 9).

Fluorizace pitné vody

Jednu z vhodných metod prevence zubního kazu doporučuje Světová zdravotnická organizace fluorizaci pitné vody. Bylo zjištěno, že fluorizace pitné vody snižuje kazivost chrupu o 40 – 50 %. Výhodou této metody je, že nepotřebuje přímou účast zdravotníků, optimální dávku dostávají dospělí i děti nezávisle na jejich spolupráci a náklady na fluorizaci pitné vody jsou poměrně nízké. V současné době se v ČR i přes uvedené výhody fluorizace pitné vody neprovádí.

Fluoridové tablety

Fluoridové tablety ordinuje buď pediatr, nebo stomatolog nejpozději v 6. měsíci věku a podávají se do doby prořezávání druhého stálého moláru. Účinnost fluoridových tablet je považována pokud se užívají nejméně 300 dní v roce a k maximální účinnosti je doporučováno začít tato tablety užívat již v druhé polovině těhotenství.

V ČR jsou na trhu tablety „Natrium chloratum“ (Slovakofarma), které obsahují 0,25 mg fluoru v 1 tbl. Výhodou je individuální možnost přesného dávkování. (7, 8, 24)

Fluoridovaná sůl a mléko

Fluoridovaná sůl představuje jednu z dalších možností prevence zubního kazu. Tato sůl se používá jen k dosolování jídel. Fluorizace mléka je zavedena v řadě zemí, ale na území ČR se neprovádí.

Minerální vody

Minerální vody jsou přírodním zdrojem fluoridů. K prevenci zubního kazu jsou doporučovány přírodní minerální vody stolní (např. korunní kyselka 1,13 mg F/l aj.) a jsou vhodně jak pro užívání jednotlivců tak i ve skupinách (7, 8, 9).

Fluoridované zubní pasty

Zubní pasty s fluoridy jsou v současné době nejrozšířenějším a nejvýznamnějším prostředkem prevenci zubního kazu. Nejčastěji jsou fluoridy v zubních pastách

obsaženy ve formě fluoridu sodného, monofluorofosforečnanu sodného a aminfluoridu. Nejnižší koncentraci fluoridu se vyskytuje v pastách dětských (250 – 400 ppm), naopak vysoký obsah fluoridů mají tzv. terapeutické pasty, které jsou určeny pro mladistvé i dospělé jedince s vysokou kazivostí zubů. Mají ale omezenou dobu užívání (7, 8, 9).

Ústní vody se sloučeninami fluoru

Ústní vody většinou obsahují fluorid sodný. Používání ústní vody nenahrazuje mechanické čištění zubů, ale jsou pouze doplňkem ústní hygieny (7, 8, 9).

Gely s fluoridy

Tyto gely se užívají zpravidla 1x týdně u větších dětí na zubním kartáčku. Obsahují fluorid sodný a aminfluorid (7, 8, 9).

Žvýkačky s fluoridy

Místní aplikace žvýkací gummy s fluoridy je vhodná zejména u dětí předškolního a dorostového věku (7, 8, 9).

1.7.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence ve stomatologii se zabývá opatřeními a postupy snižující prevalenci zubních onemocnění. Jedná se o opatření, kde je snahou zjistit a diagnostikovat zubní onemocnění. Nejčastěji se jedná o zubní kaz. K tomuto účelu slouží preventivní prohlídky u stomatologa. Ty jsou v České republice jednou ročně hrazeny všemi zdravotními pojišťovnami. U těhotných žen dokonce třikrát měsíčně. Preventivní prohlídky by proto měly být prováděny důsledně, s cílem detekovat počínající zubní kaz a ten včasně pečlivě ošetřit (24, 25).

1.7.3 Terciální prevence

Terciální prevence je zaměřena na odstranění nebo alespoň zmírnění následků onemocnění. Např. zubní kaz, který není léčen, může vést ke ztrátě vitality dřeně postiženého zubu. Terciální prevencí je zde myšleno včasné a odborné endodontické ošetření zubu, které zabrání vzniku dalších nežádoucích komplikací, např. čelistnímu zánětu apod. (8, 26).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit názory pacientů na péči o dutinu ústní při hospitalizaci v nemocnici

Cíl 2 Zjistit jaké možnosti v péči o dutinu ústní pacientovi poskytuje dané oddělení

Cíl 3 Porovnat názory soběstačných a nesoběstačných pacientů na péči o dutinu ústní

Cíl 4 Zjistit úlohu sestry v péči o dutinu ústní u soběstačných a nesoběstačných pacientů

2.2 Hypotézy

H1 Pacienti pocít'ují změnu v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici

H2 Pacienti nemohou pečovat o svou dutinu ústní podle svých návyků

H3 Pacienti s poruchou soběstačnosti jsou více nespokojeni s péči o dutinu ústní při hospitalizaci než pacienti soběstační

H4 Sestry nezjišť'ují návyky pacientů týkající se péče o dutinu ústní

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Ke sběru dat pro zjištění stanovených cílů a hypotéz byla zvolena forma kvantitativního výzkumu. Technika sběru dat proběhla pomocí dvou dotazníků – jeden pro sestry a druhý pro pacienty bez poruchy soběstačnosti. U pacientů s poruchou soběstačnosti byla použita metoda strukturovaného rozhovoru. Dotazník byl rozdán na standardních odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. a Nemocnice Tábor a.s. Dotazník byl anonymní a obsahoval 14 otázek pro sestry a 20 otázek pro pacienty. Kladené otázky byly uzavřené a polouzavřené. U některých otázek byla možnost zaškrtnutí více vybraných odpovědí.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor tvořily sestry Nemocnice České Budějovice a.s. a Nemocnice Tábor a.s. na daných odděleních (interním, chirurgickém, ortopedickém a neurologickém). Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků. Z Nemocnice České Budějovice a.s. z rozdaných 55 dotazníků bylo vráceno 51 dotazníků. Návratnost tedy byla 92,7 %. V Nemocnici Tábor bylo rozdáno také 55 dotazníků, vráceno bylo 50 dotazníků. Návratnost tedy byla 90,9 %. Celková návratnost činí 91,8 %.

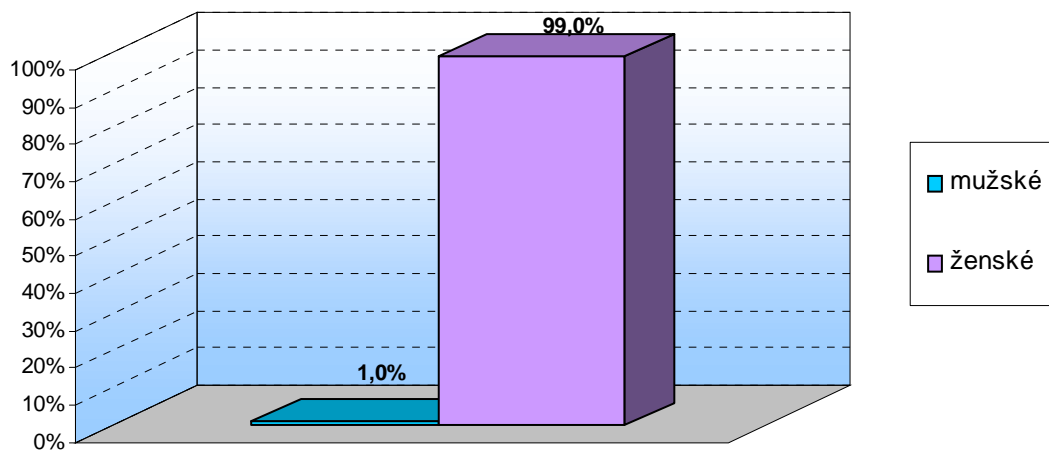
Druhý výzkumný soubor byli pacienti hospitalizováni v Nemocnici České Budějovice a.s. a Nemocnici Tábor a.s. na daných odděleních. Rozdáno bylo celkem 120 dotazníků. V Nemocnici České Budějovice a.s. bylo rozdáno 60 dotazníků, z nichž navraceno bylo 57. Návratnost je tedy 95 %. Do Nemocnice Tábor a.s. bylo rozdáno také 60 dotazníků. Zde bylo vráceno 60 dotazníků. Návratnost tedy je 100 %. Celková návratnost činí 98,3 %.

Dále byl proveden strukturovaný rozhovor s pacienty s poruchou soběstačnosti v Nemocnici České Budějovice a.s. a v Nemocnici Tábor. V Nemocnici České Budějovice a.s. bylo s pacienty s poruchou soběstačnosti provedeno 30 rozhovorů. S pacienty s poruchou soběstačnosti v Nemocnici Tábor a.s. bylo provedeno 28 rozhovorů. Výsledky byly zpracovány včetně grafů tabulkovým procesorem Microsoft Excel 2003.

4. Výsledky

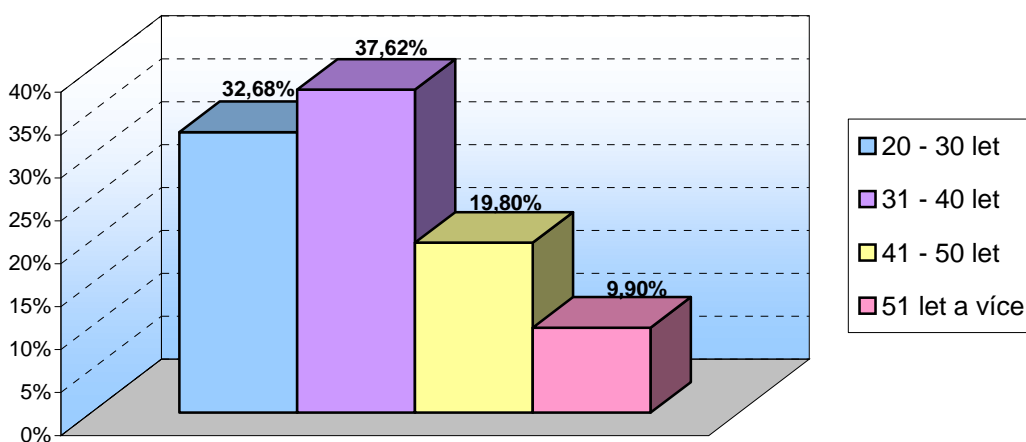
4.1 Výsledky z dotazníku pro sestry

Graf 1 Pohlaví respondentů



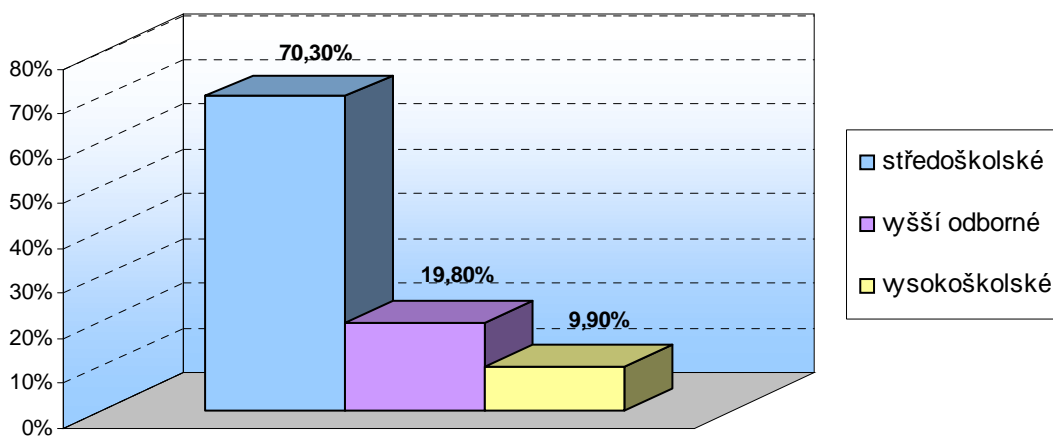
Z celkového počtu 101 (100 %) sester je 1 (1,0 %) muž a 100 (99 %) sester jsou pohlaví ženského.

Graf 2 Věkové rozložení respondentů



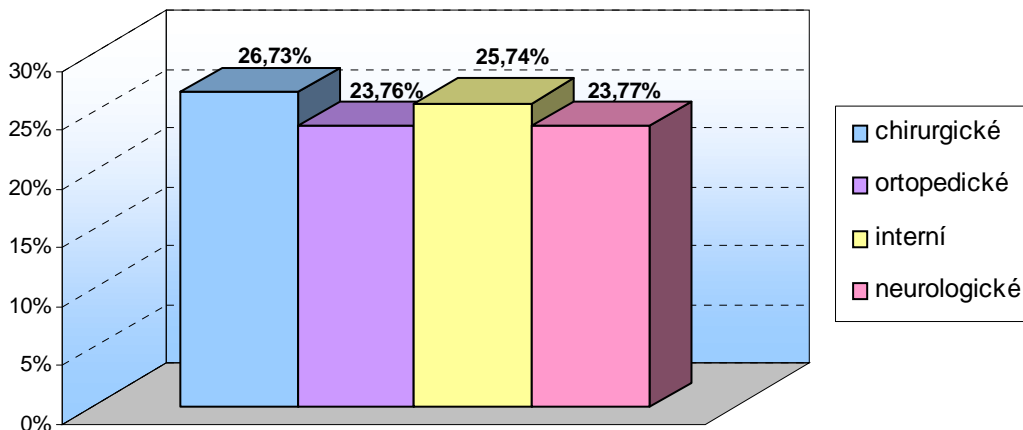
Z celkového počtu 101 (100 %) sester je 33 (32,68 %) respondentů ve věku od 20 – 30 let, 38 (37,62 %) respondentů ve věku od 31 – 40 let, 20 (19,80 %) respondentů ve věku od 41 – 50 let a 10 (9,90 %) respondentů je starší 51 let.

Graf 3 Vzdělání respondentů



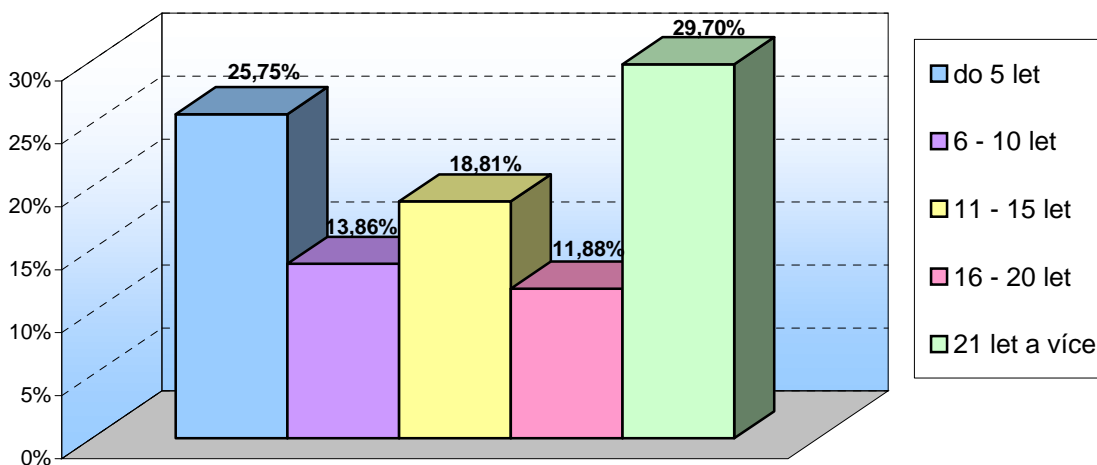
Z celkového počtu 101 (100 %) sester uvedlo 71 (70,30 %) respondentů, že má středoškolské vzdělání, 20 (19,80 %) respondentů má vyšší odborné vzdělání, 10 (9,90 %) respondentů vysokoškolské vzdělání.

Graf 4 Rozdělení respondentů dle oddělení



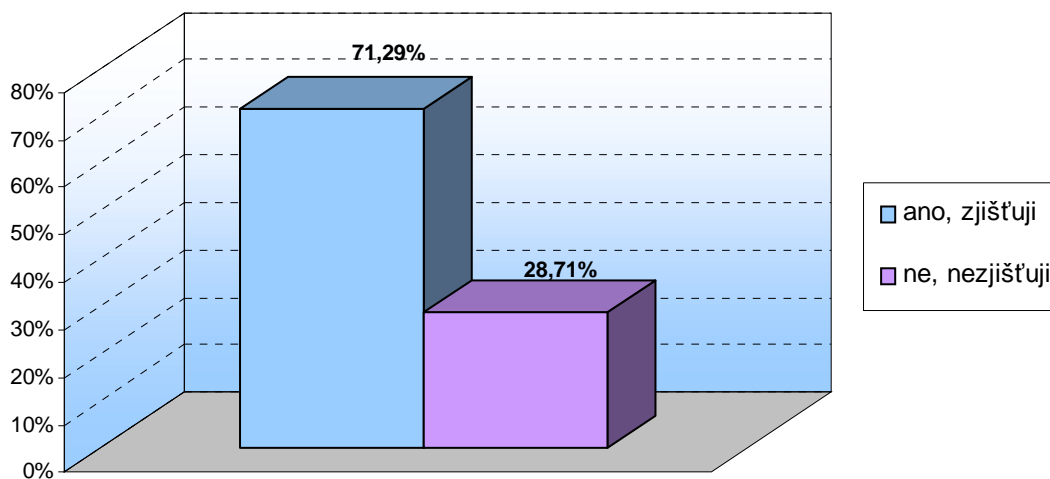
Z celkového počtu 101 (100 %) sester 27 (26,73 %) pracuje na chirurgickém oddělení, 24 (23,76 %) pracuje na ortopedickém oddělení, 26 (25,74 %) pracuje na interním oddělení a 24 (23,77 %) na neurologickém oddělení.

Graf 5 Délka praxe ve zdravotnickém zařízení



Z celkového počtu 101 (100 %) sester uvádí 26 (25,75 %) respondentů délku praxe ve zdravotnictví do 5 let, 14 (13,86 %) respondentů má praxi od 6 – 10 let, 19 (18,81 %) uvedlo 11 – 15 let praxe, 12 (11,88 %) respondentů uvedlo od 16 – 20 let praxe a 30 (29,70 %) respondentů pracuje ve zdravotnictví déle než 21 let.

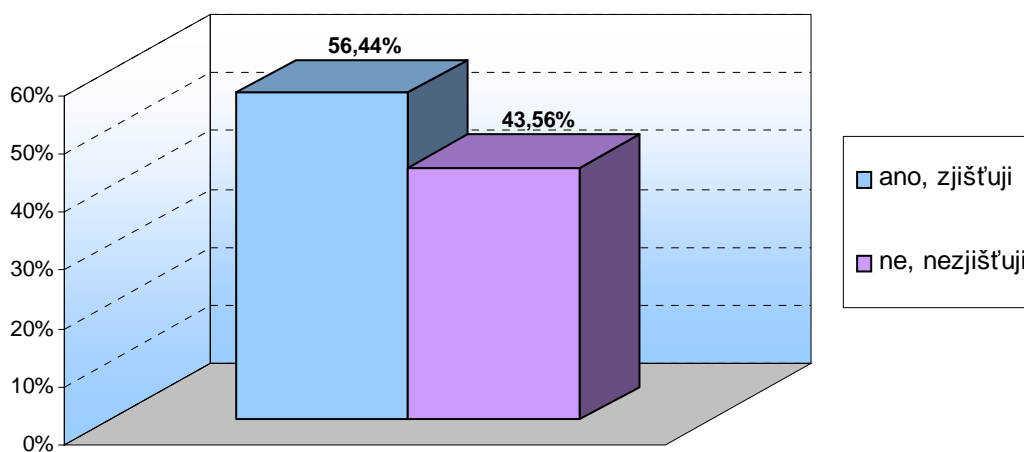
Graf 6 Zjišťování návyků v péči o dutinu ústní u pacientů



Graf 6 znázorňuje, jestli sestry zjišťují návyky pacientů v péči o dutinu ústní při vstupu do zdravotnického zařízení.

Z celkového počtu 101 (100%) dotazovaných sester odpovědělo 72 (71,29 %) sester, že zjišťují návyky pacienta v péči o dutinu ústní a 29 (28,71 %) sester, že nezjišťují návyky pacienta v péči o dutinu ústní.

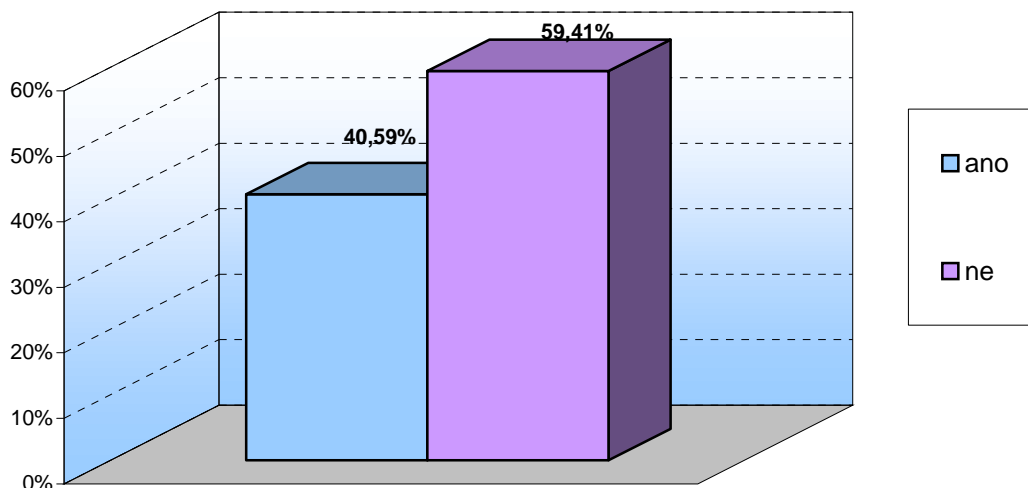
Graf 7 Zjišťování pomůcek k hygieně o dutinu ústní u pacientů



Graf 7 znázorňuje, jestli sestry zjišťují pomůcky k zajištění hygieny o dutinu ústní u pacientů.

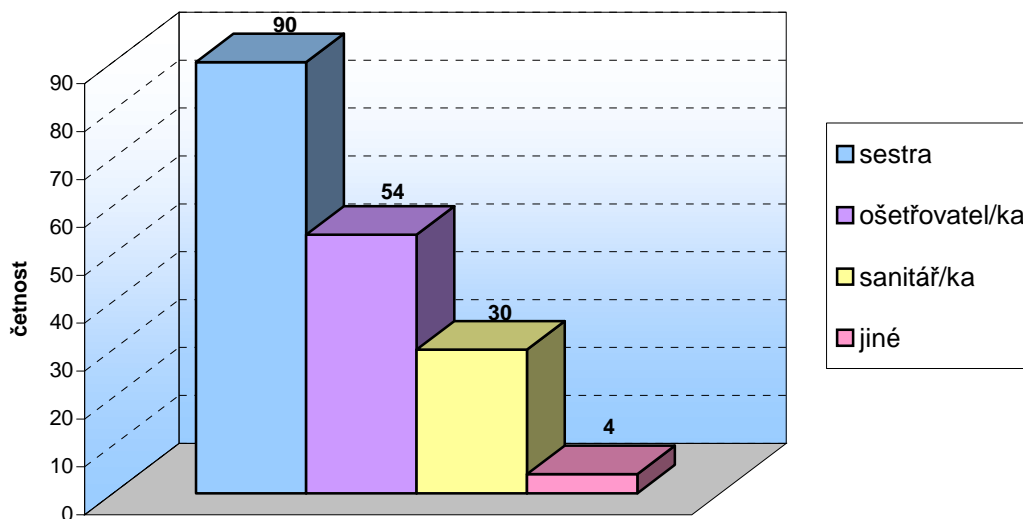
Z celkového počtu 101 (100 %) sester 57 (56,44 %) respondentů uvedlo, že zjišťují pomůcky k zajištění hygieny o dutinu ústní a 44 (43,56 %) respondentů odpovědělo, že pomůcky k zajištění hygieny dutiny ústní nezjišťují.

Graf 8 Sběr informací o minulých a současných onemocněních dutiny ústní



Z celkového počtu 101 (100 %) sester se informuje 41 (40,59 %) respondentů o minulých a současných onemocněních dutiny ústní a 60 (59,41 %) respondentů se o minulých a současných onemocněních dutiny ústní neinformuje.

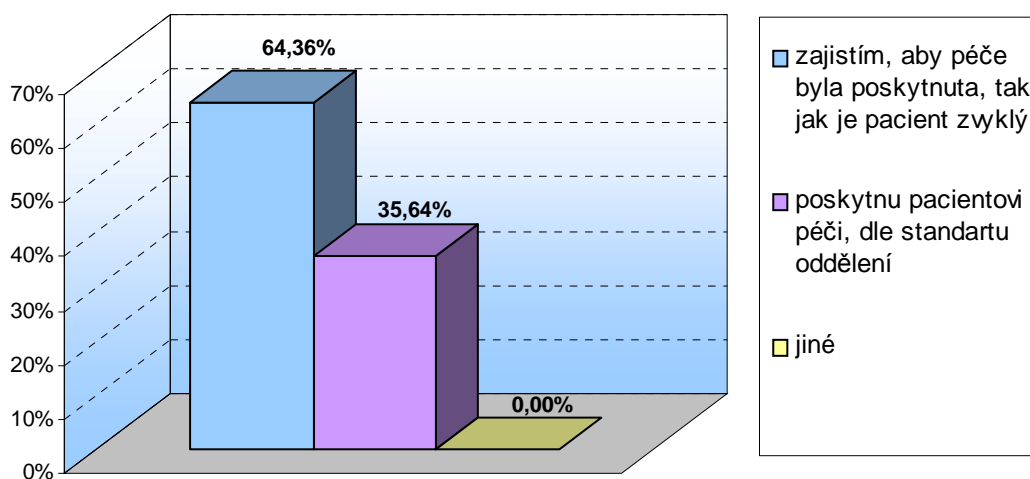
Graf 9 Kdo nejčastěji na oddělení provádí hygienu dutiny ústní



Graf 9 znázorňuje, kdo nejčastěji na daných odděleních provádí hygienu dutiny ústní u nesoběstačných pacientů. Sestry měly možnost zvolit více odpovědí.

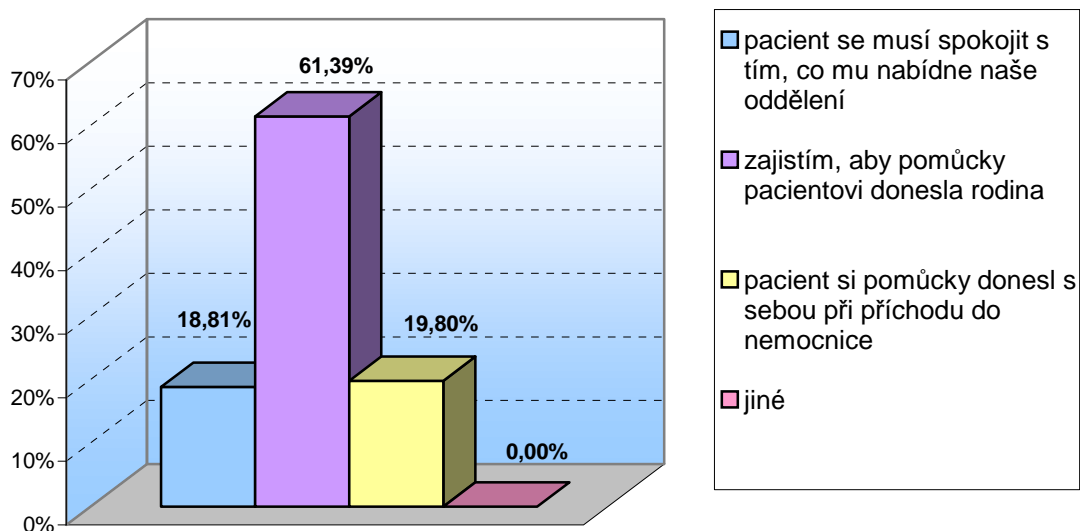
Z celkového počtu 101 (100 %) sester uvedlo 90 respondentů, že hygienu provádí sestra, 54 respondentů uvedlo, že hygienu o dutinu ústní zajišťuje ošetřovatel/ka, 30 respondentů odpovědělo sanitář/ka a odpověď jiné uvedli 4 respondenti, kde nejčastěji uváděli studenty SZŠ a staniční sestru.

Graf 10 Postupy sester, kterými zajišťují pacientovi péči, která není dle standartu oddělení



Z celkového počtu 101 (100 %) sester 65 (64,36 %) respondentů by zajistilo, aby péče byla poskytnuta tak, jak je pacient zvyklý. 36 (35,64 %) respondentů uvedlo, že by pacientovi poskytlo péči, dle standartu oddělení. Odpověď „jiné“ neuvedl žádný respondent.

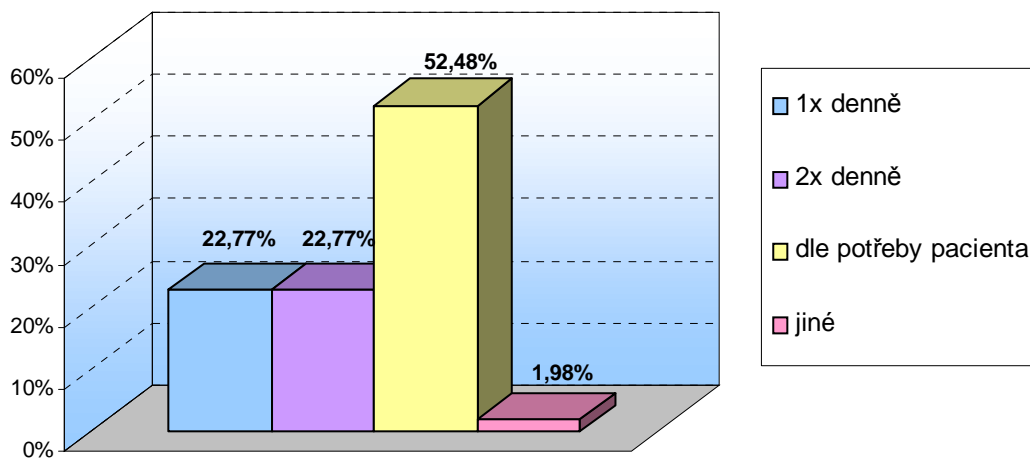
Graf 11 Postupy sester, pokud na oddělení nejsou k dispozici pomůcky k hygieně dutiny ústní



Graf 11 znázorňuje, jak sestry postupují, když pacient používá pomůcky, které běžně na oddělení nejsou k dispozici.

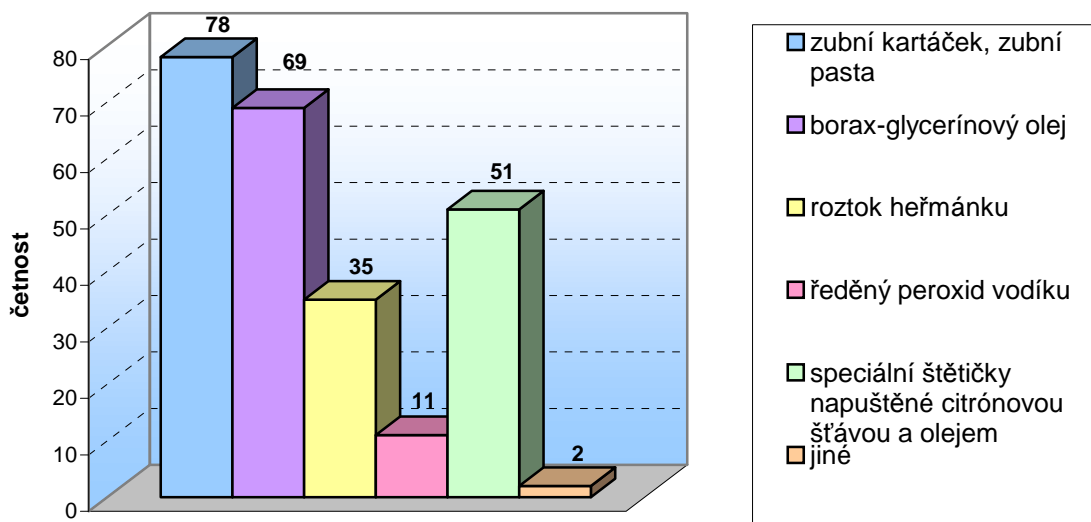
Z celkového počtu 101 (100 %) sester uvedlo 19 (18,81 %) respondentů, že se pacient musí spokojit s tím, co mu nabídne oddělení, 62 (61,39 %) respondentů by zajistilo, aby pomůcky pacientovi donesla rodina, 20 (19,80 %) respondentů odpovědělo, že si pacient pomůcky donesl s sebou při příchodu do nemocnice. Odpověď „jiné“ neuvedl žádný respondent.

Graf 12 Frekvence provádění hygieny dutiny ústní u nesoběstačných pacientů



Z celkového počtu 101 (100 %) sester odpovědělo 23 (22,77 %) respondentů, že hygienu u nesoběstačných pacientů provádí 1 x denně. 23 (22,77 %) respondentů uvedlo, že hygienu u nesoběstačných pacientů zajišťuje 2 x denně, 53 (52,48 %) respondentů provádí hygienu dle potřeby pacienta a 2 (1,98 %) respondenti odpověděli jiné, kde uvedli, že hygienu dutiny ústní u nesoběstačného pacienta provádějí 3 x denně.

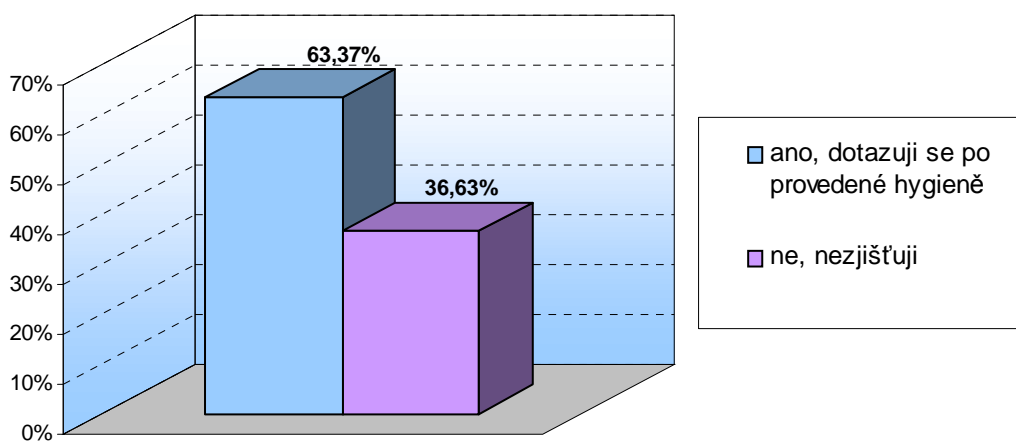
Graf 13 Pomůcky k péči o dutinu ústní u nesoběstačného pacienta



Tento graf znázorňuje četnost. Graf 13 znázorňuje, jaké pomůcky sestry nejčastěji používají v péči o dutinu ústní u nesoběstačného pacienta. Sestry měly možnost zvolit si více odpovědí.

Z celkového počtu 101 (100 %) sester uvedlo 78 respondentů zubní kartáček a zubní pastu, 69 respondentů uvedlo používání borax – glycerínového oleje, 51 respondentů používá speciální štětinky napuštěné citrónovou šťávou a olejem, 35 respondentů využívá roztok heřmánku, 11 respondentů uvedlo ředěný peroxid vodíku a 2 respondenti odpověděli jiné.

Graf 14 Dotazy na spokojenost s poskytovanou péčí

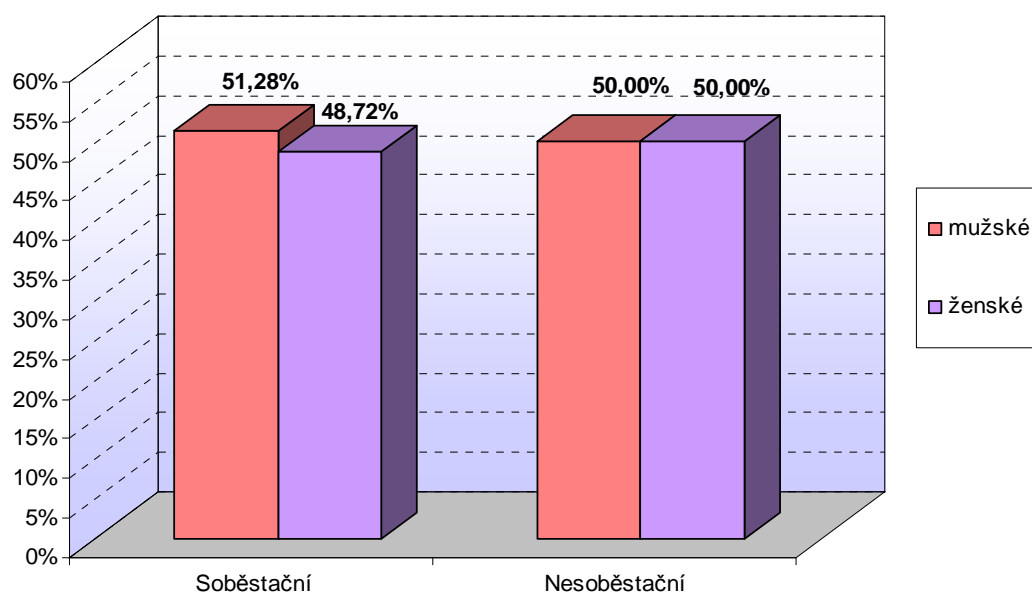


Z grafu 14 je patrné, zda sestry zjišťují, jak jsou pacienti spokojeni s jejich poskytovanou péčí.

Z celkového počtu 101 (100 %) sester 64 (63, 37 %) respondentů se dotazuje po provedené hygieně dutiny ústní na spokojenost pacientů s poskytnutou péčí a 37 (36,63 %) respondentů se neinformuje o spokojenosti pacientů s poskytnutou péčí o dutinu ústní.

4.2 Výsledky z dotazníku pro pacienty

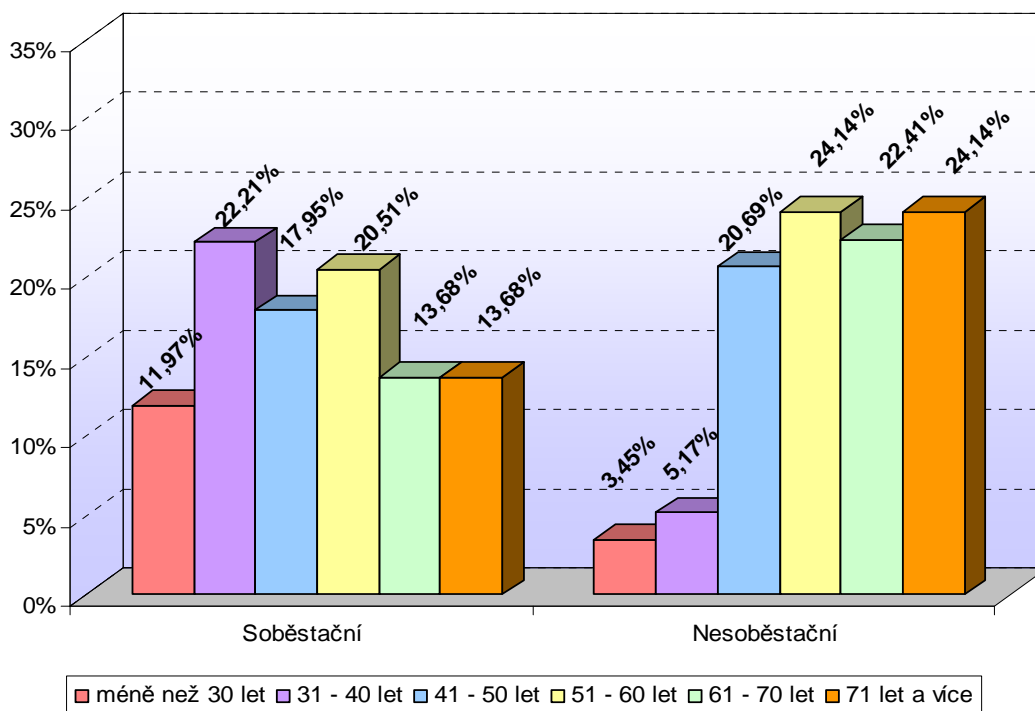
Graf 15 Pohlaví pacientů



Z celkového počtu 117 (100 %) soběstačných pacientů tvoří 29 (51,25 %) mužů a 28 (48,72 %) žen.

Z celkového počtu 58 (100 %) nesoběstačných pacientů tvoří 29 (50 %) mužů a 29 (50 %) žen.

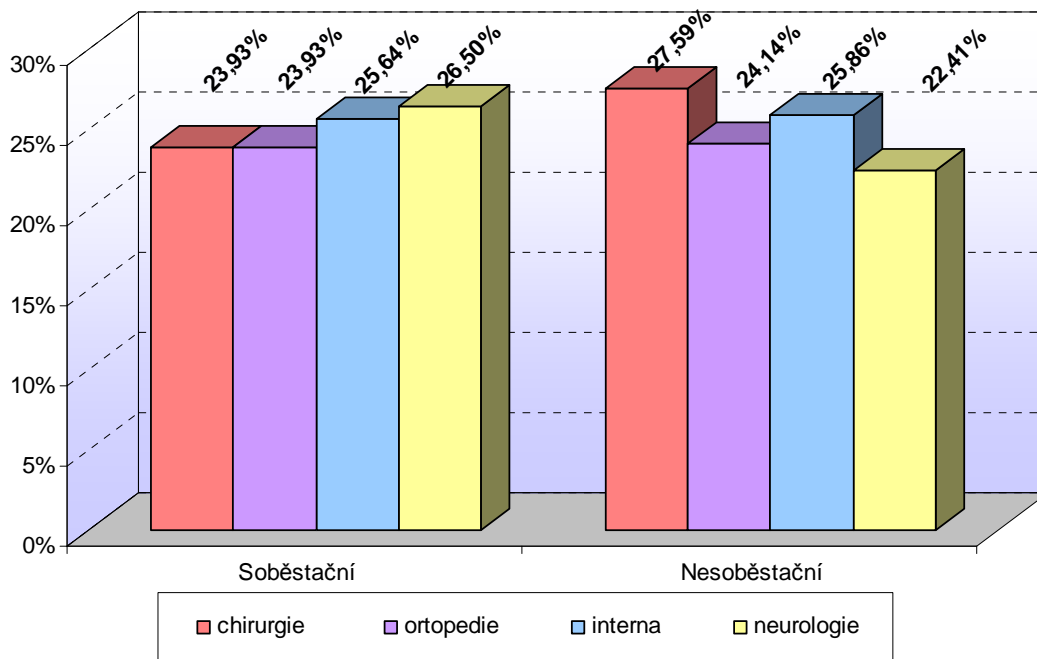
Graf 16 Věkové rozložení pacientů



Z celkového počtu 117 (100 %) soběstačných respondentů tvořilo výzkumný vzorek 14 respondentů mladších 30 let, 26 (22,21 %) respondentů ve věku 31 – 40 let, 21 (17,95 %) respondentů ve věku 41 – 50 let, 24 (20,51 %) respondentů ve věku od 51 – 60 let, 16 (13,68 %) respondentů ve věku od 61 – 70 let a 16 (13,68 %) respondentů má více než 71 let.

Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů tvořilo výzkumný vzorek 2 (3,45 %) respondenti mladší 30 let, 3 (5,17 %) respondenti ve věku od 31 – 40 let, 12 (20,69 %) respondentů ve věku od 41 – 50 let, 14 (24,14 %) respondentů ve věku od 51 – 60 let, 13 (22,41 %) respondentů ve věku od 61 – 70 let a 14 (24,14 %) respondentů má více než 71 let.

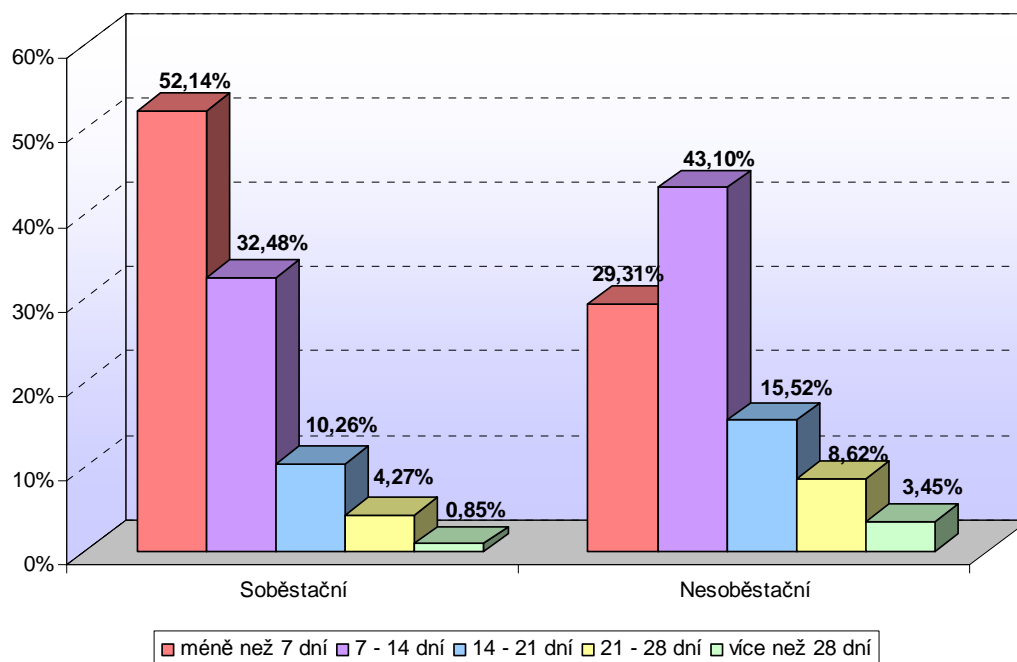
Graf 17 Oddělení, na kterém jsou pacienti hospitalizováni



Z celkového počtu 117 (100 %) soběstačných pacientů je hospitalizováno na chirurgii 28 (23,93 %) respondentů, na ortopedii také 28 (23,93 %), na interně 30 (25,64 %) respondentů a na neurologii 31 (26,50 %) respondentů.

Z celkového počtu 58 (100 %) nesoběstačných pacientů je 16 (27,59 %) respondentů hospitalizováno na chirurgii, 14 (24,14 %) respondentů na ortopedii, 15 (25,86 %) respondentů na interně a 13 (22,41 %) respondentů na neurologii.

Graf 18 Délka hospitalizace pacientů ve zdravotnickém zařízení

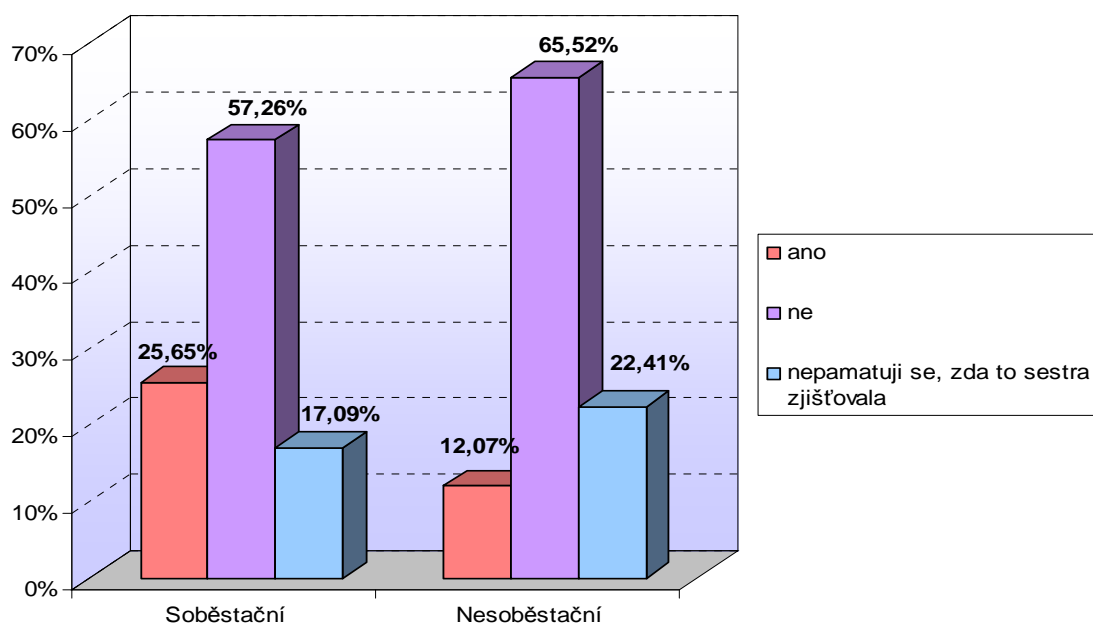


Tento graf znázorňuje délku hospitalizace pacientů ve zdravotnickém zařízení.

Z celkového počtu 117 (100 %) soběstačných pacientů je hospitalizováno 61 (52,14 %) méně než 7 dní, 38 (32,48 %) respondentů od 7 – 14 dní, 12 (10,26 %) respondentů od 14 – 21 dní, 5 (4,27 %) respondentů od 21 – 28 dní a 1 (0,85 %) respondent je hospitalizován déle než 28 dní.

Z celkového počtu 58 (100 %) nesoběstačných pacientů je 17 (29,31 %) respondentů hospitalizována méně než 7 dní, 25 (43,10 %) respondentů od 7 – 14 dní, 9 (15,52 %) respondentů od 21 – 28 dní a 2 (3,45 %) respondenti jsou hospitalizovaní déle než 25 dní.

Graf 19 Zjišťování návyků pacientů v péči o dutinu ústní

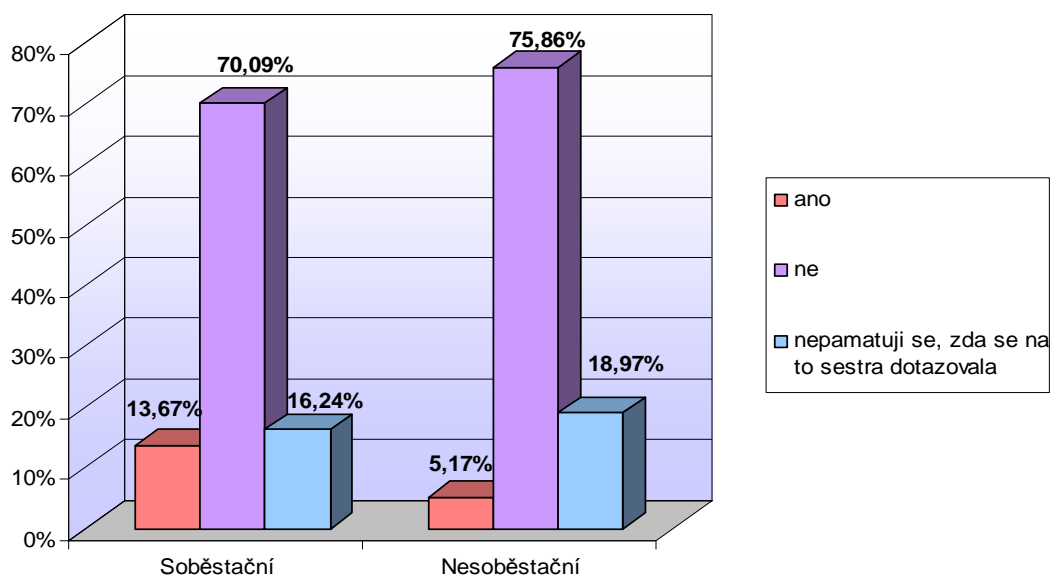


Tento graf ukazuje, jak sestry zjišťují návyky pacientů v péči o dutinu ústní při příchodu do zdravotnického zařízení.

Z celkového počtu 117 (100 %) soběstačných pacientů odpovědělo 30 (25,65 %) respondentů, že sestry zjišťují jejich návyky v péči o dutinu ústní, 67 (57,26 %) respondentů odpovědělo, že sestry jejich návyky v péči o dutinu ústní nezjišťují a 20 (17,09 %) respondentů si nepamatuje, zda to sestra zjišťovala.

Z celkového počtu 58 (100 %) nesoběstačných pacientů odpovědělo 7 (12,07 %) respondentů, že sestra zjišťuje jejich návyky v péči o dutinu ústní, 38 (65,52 %) respondentů uvedlo, že sestra jejich návyky nezjišťovala a 13 (22,41 %) respondentů se nepamatuje, zda sestra návyky zjišťovala.

Graf 20 Zjišťování pomůcek k zajištění hygieny dutiny ústní

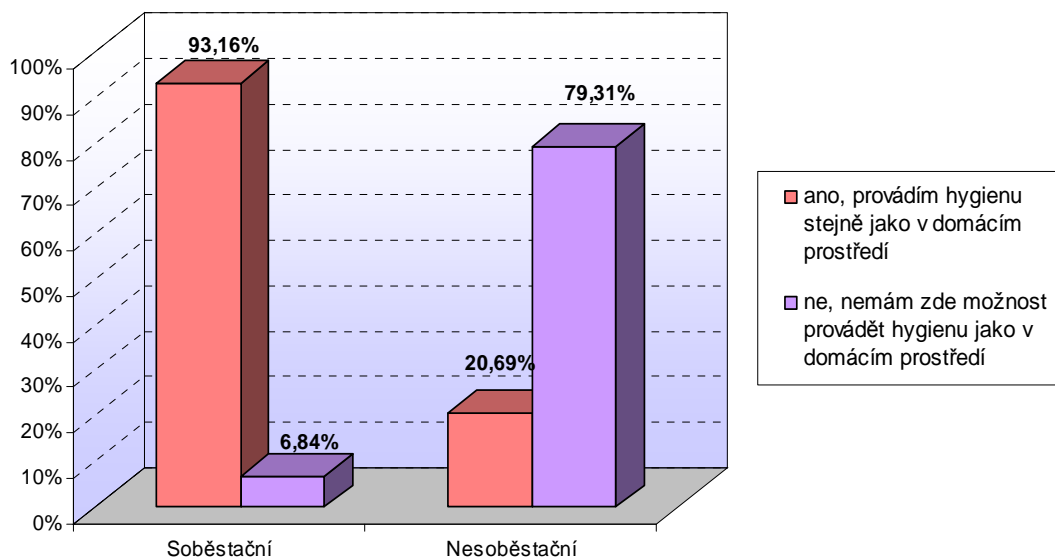


Graf 20 znázorňuje, zda sestry zjišťují od pacientů, jaké pomůcky používají k hygieně o dutinu ústní.

Z celkového počtu 117 (100 %) soběstačných pacientů uvedlo 16 (13,67 %), že sestra zjišťovala pomůcky, které pacienti užívají k hygieně dutinu ústní. 82 (70,09 %) respondentů uvedlo, že se sestra nedotazovala, jaké pomůcky používají k hygieně dutiny ústní. 19 (16,24 %) respondentů uvedlo, že si nepamatují, zda se na to sestra dotazovala.

Z celkového počtu 58 (100 %) nesoběstačných pacientů uvedli 3 (5,17 %) respondenti, že se sestra dotazovala na pomůcky k hygieně dutiny ústní, 44 (75,86 %) respondentů uvedlo, že se sestra nedotazovala na pomůcky, které používají k hygieně dutiny ústní a 11 (18,97 %) respondentů odpovědělo, že si nepamatují, zda se na to sestra dotazovala.

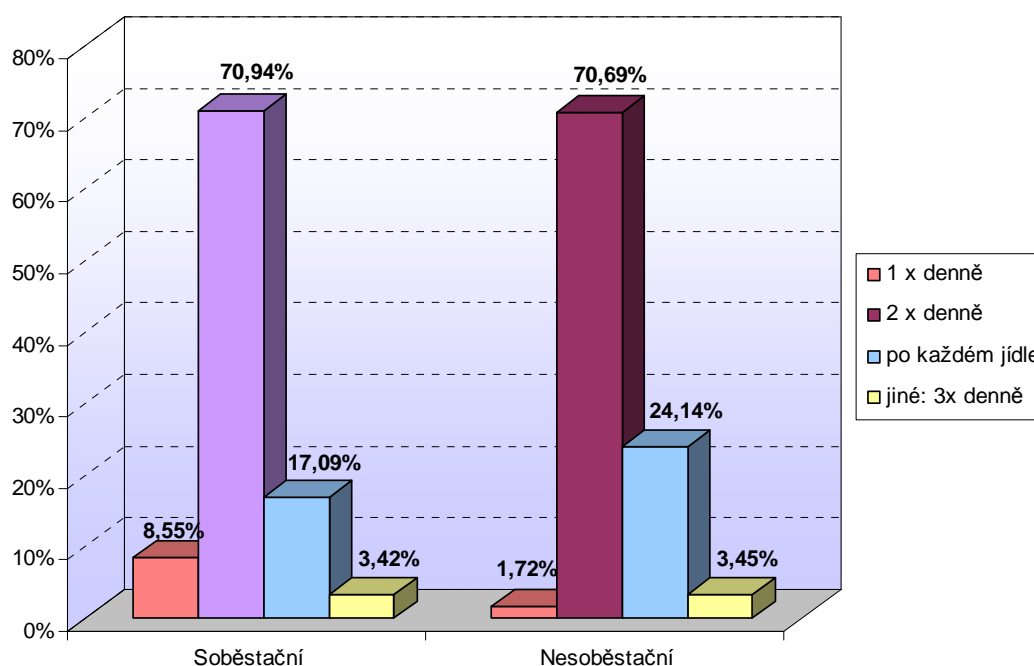
Graf 21 Možnosti provádění hygieny dutiny ústní



Z grafu je patrné, že z celkového počtu 117 (100 %) soběstačných pacientů 109 (93,16 %) provádí hygienu stejně jako v domácím prostředí a 8 (6,84 %) respondentů odpovědělo, že nemají možnost provádět hygienu stejně jako v domácím prostředí.

Z celkového počtu 58 (100 %) nesoběstačných pacientů uvedlo 12 (20,69 %), že hygienu provádějí stejně jako v domácím prostředí. 46 (79,31 %) respondentů uvedlo, že nemají možnost provádět hygienu stejně jako v domácím prostředí.

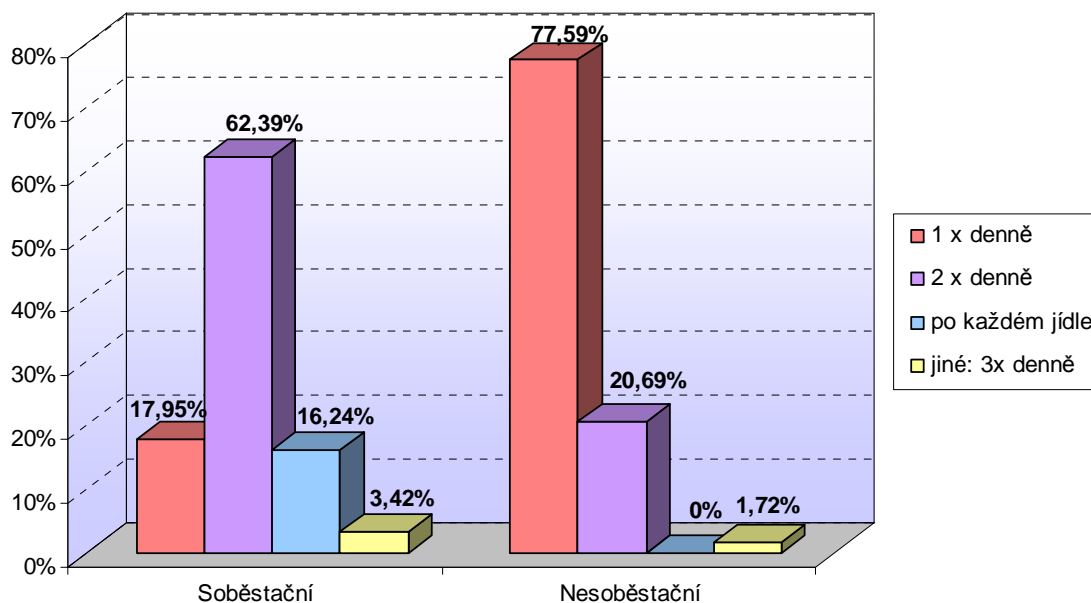
Graf 22 Frekvence hygieny dutiny ústní u pacientů v domácím prostředí



Z celkového počtu 117 (100 %) soběstačných pacientů odpovědělo 10 (8,55 %) respondentů, že hygienu dutiny ústní provádějí 1 x denně, 83 (70,94 %) respondentů provádí hygienu dutiny ústní 2 x denně, 20 (17,09 %) respondentů provádí hygienu dutiny ústní po každém jídle a 4 (3,42 %) respondentů uvedlo odpověď jiné, kde odpovídali, že o dutinu ústní pečují 3 x denně.

Z celkového počtu 58 (100 %) respondentů odpověděl 1 (1,72 %) respondent, že hygienu dutiny ústní provádí 1x denně, 41 (70,69 %) respondentů provádí hygienu dutiny ústní 2 x denně. 14 (24,14 %) respondentů uvedlo, že hygienu dutiny ústní provádí po každém jídle a 2 (3,45 %) respondenti uvedli odpověď jiné, kde odpovídali, že hygienu dutiny ústní provádějí 3 x denně.

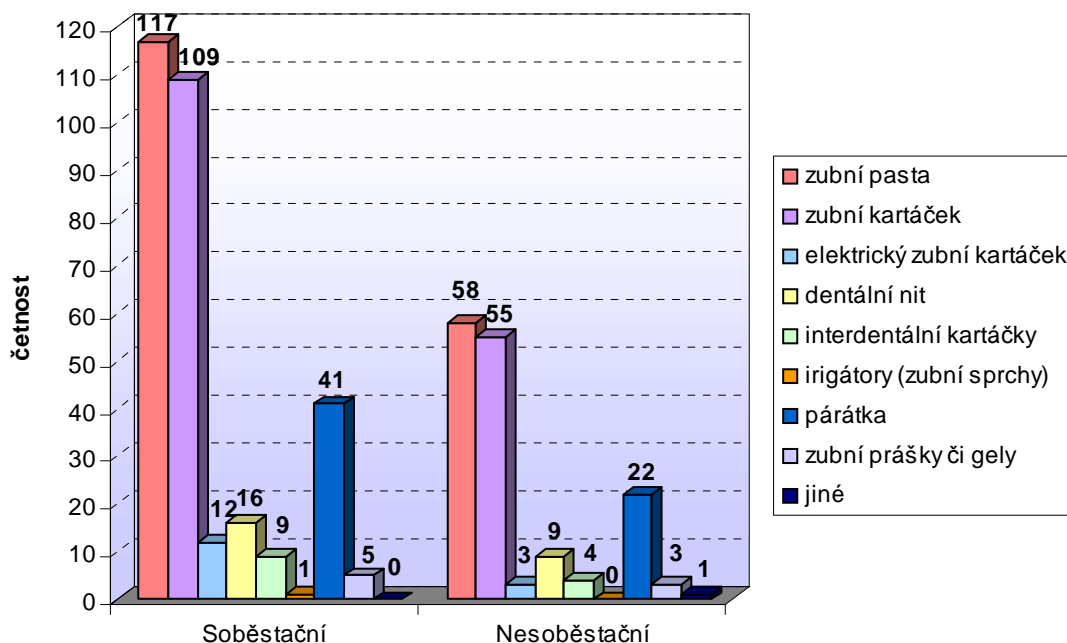
Graf 23 Frekvence hygieny dutiny ústní u pacientů v nemocničním prostředí



Z celkového počtu 117 (100 %) soběstačných pacientů uvedlo 21 (17,95 %) respondentů, že hygienu dutiny ústní v nemocničním zařízení provádějí 1 x denně, 73 (62,39 %) respondentů hygienu dutiny ústní v nemocničním zařízení provádí 2 x denně, 19 (16,24 %) respondentů hygienu dutiny ústní provádí po každém jídle, 4 (3,42 %) respondenti uvedli odpověď jiné, kde odpověděli, že hygienu dutiny ústní v nemocničním zařízení provádějí 3 x denně.

Z celkového počtu 58 (100 %) nesoběstačných pacientů uvedlo 45 (77,59 %) respondentů, že hygienu dutiny ústní v nemocničním zařízení provádějí 1 x denně, 12 (20,69 %) respondentů hygienu dutiny ústní provádějí 2 x denně. Odpověď „po každém jídle“ neuvedl žádný respondent. 1 (1,72 %) respondent označil odpověď jiné, kde uvedl, že hygienu dutiny ústní v nemocničním zařízení provádí 3 x denně.

Graf 24 Pomůcky používané pacientem v domácím prostředí

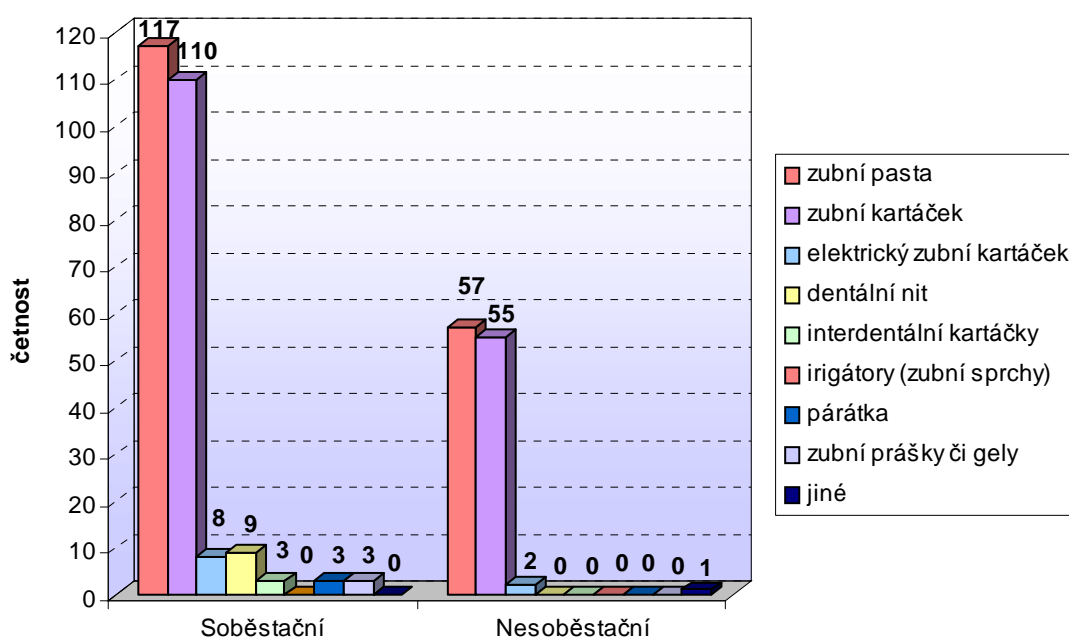


U této otázky mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. Graf 25 znázorňuje, jaké pomůcky pacienti používají v domácím prostředí.

Ze 117 (100 %) soběstačných pacientů uvedlo 117 respondentů, že k hygieně dutiny ústní v domácím prostředí používá zubní pastu, 109 respondentů uvedlo, že používá zubní kartáček, 12 respondentů používá elektrický zubní kartáček, 16 respondentů uvedlo, že používá dentální nit, 9 respondentů používá interdentální kartáčky, 1 respondent používá irigátor (zubní sprcha), 41 respondentů používá párátko, 5 respondentů uvedlo používání zubních prášků a gelů a odpověď „jiné“ neuvedl žádný respondent.

Z 58 (100 %) respondentů uvedlo 58 respondentů, že k hygieně o dutinu ústní používá zubní pastu, 55 respondentů používá zubní kartáček, 3 respondenti používají elektrický zubní kartáček, 9 respondentů využívá k hygieně dentální nit, 4 respondenti používají interdentální kartáčky, odpověď „irigátory (zubní sprchy)“ neuvedl žádný respondent, 22 respondentů uvedlo používání párátek a 1 respondent uvedl odpověď jiné, kde uvedl používání propolisu k hygieně dutiny ústní v domácím prostředí.

Graf 25 Pomůcky používané pacientem během hospitalizace v nemocnici

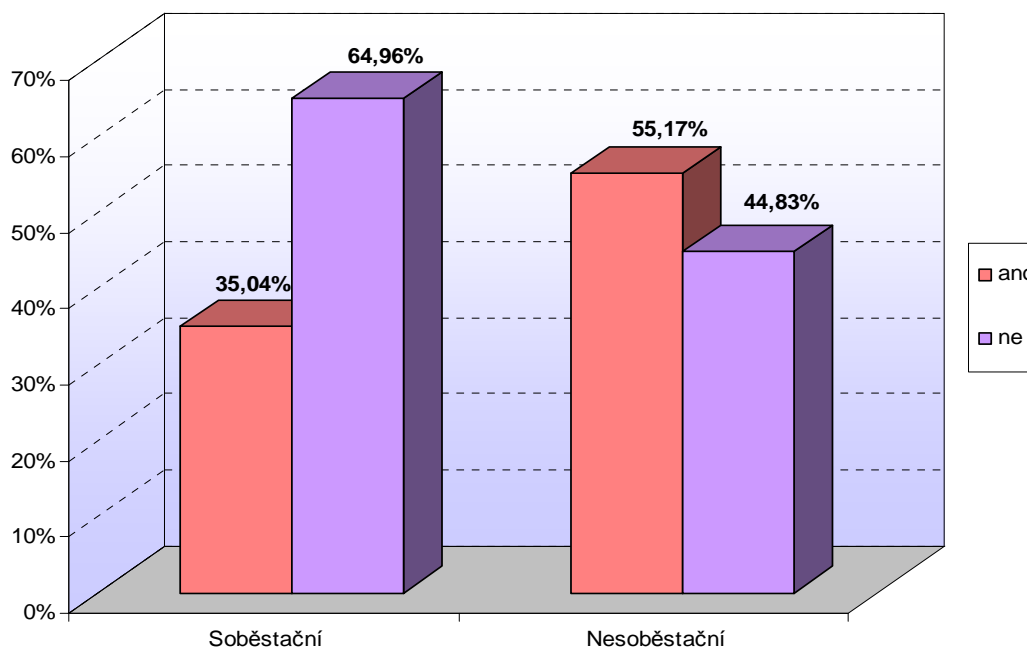


U této otázky mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. Graf 25 znázorňuje, jaké pomůcky pacienti používají během hospitalizace v nemocnici.

Ze 117 (100 %) soběstačných pacientů uvedlo 117 respondentů, že k hygieně dutiny ústní v nemocničním zařízení používají zubní pastu, 110 respondentů uvedlo používání zubního kartáčku, 8 respondentů používá během hospitalizace v nemocnici elektrický zubní kartáček, 9 respondentů uvedlo využívání dentálních nití k hygieně o dutinu ústní, 3 respondenti uvedli používání interdentálních kartáčků, 3 respondenti používají párátko a 3 respondenti používají k hygieně dutiny ústní zubní prášky či gely. Odpovědi „irigátory (zubní sprchy)“ a „jiné“ nevedli žádní respondenti.

Z 58 (100 %) respondentů odpovědělo 57 respondentů, že k hygieně dutiny ústní v nemocničním zařízení používají zubní pastu, 55 respondentů používá zubní kartáček, 2 respondenti používají elektrický zubní kartáček, 1 respondent uvedl odpověď jiné, kde uvedl, že k hygieně dutiny ústní během hospitalizace v nemocnici nepoužívá žádné pomůcky. Odpovědi „dentální nit“, „interdentální kartáčky“, „irigátory (zubní sprchy)“, „párátko“ a „zubní prášky či gely“ nevedl žádný respondent.

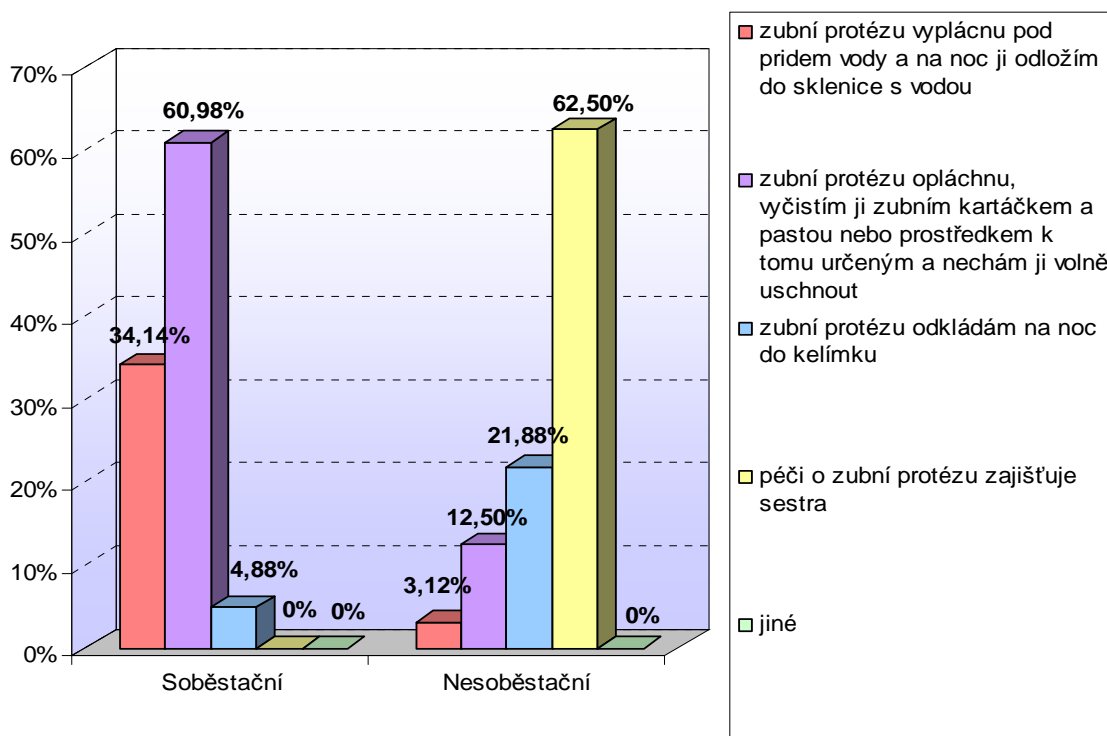
Graf 26 Používání zubní náhrady



Z grafu je patrné, že z celkového počtu 117 (100 %) soběstačných pacientů odpovědělo 76 (64,96 %) respondentů, že zubní protézu nepoužívá a 41 (35,04 %) respondentů uvedlo, že zubní protézu používá.

Z 58 (100 %) nesoběstačných pacientů uvádí 26 (44,83 %) respondentů, že zubní protézu nepoužívá a 32 (55,17 %) respondentů zubní protézu používá.

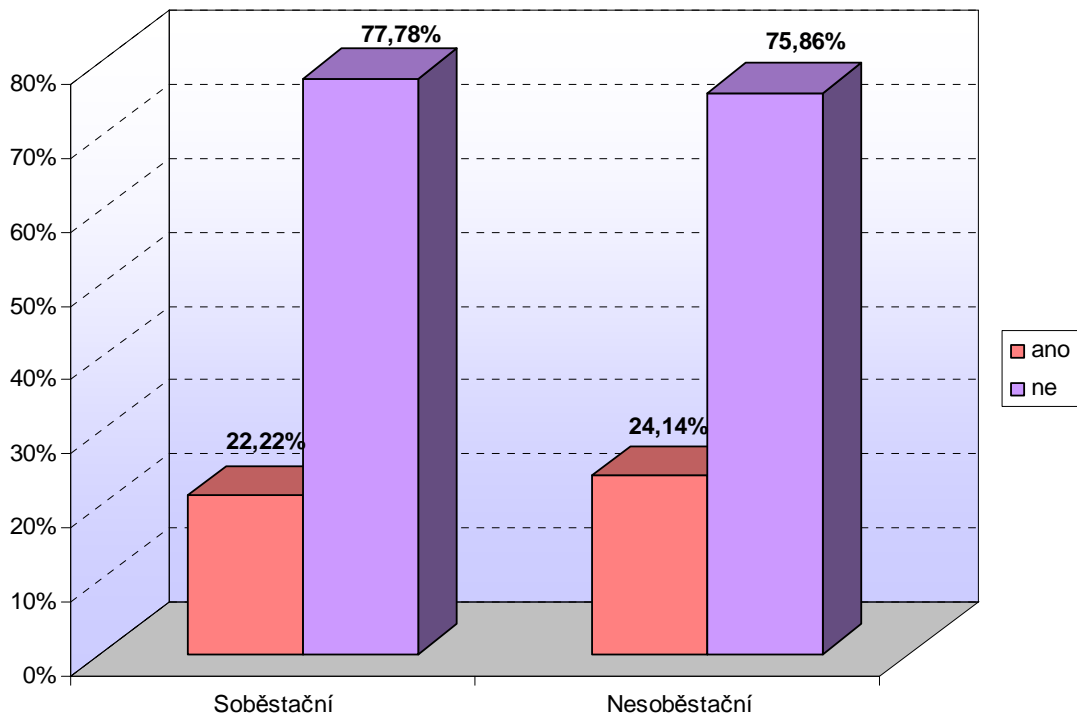
Graf 27 Péče o zubní náhradu



Z 41 (100 %) soběstačných pacientů uvedlo 14 (34,14 %) respondentů, že zubní protézu zubní protézu vypláchnou proudem vody a na noc ji odloží do sklenice s vodou. 25 (60,98 %) respondentů zubní protézu opláchnou, vyčistí ji zubním kartáčkem a pastou nebo prostředkem k tomu určeným a nechám ji volně oschnout. 2 (4,88 %) respondentů odkládá zubní protézu na noc do kelímku. Odpovědi „péči o zubní protézu zajišťuje sestra“ a „jiné“ neuvedl žádný respondent.

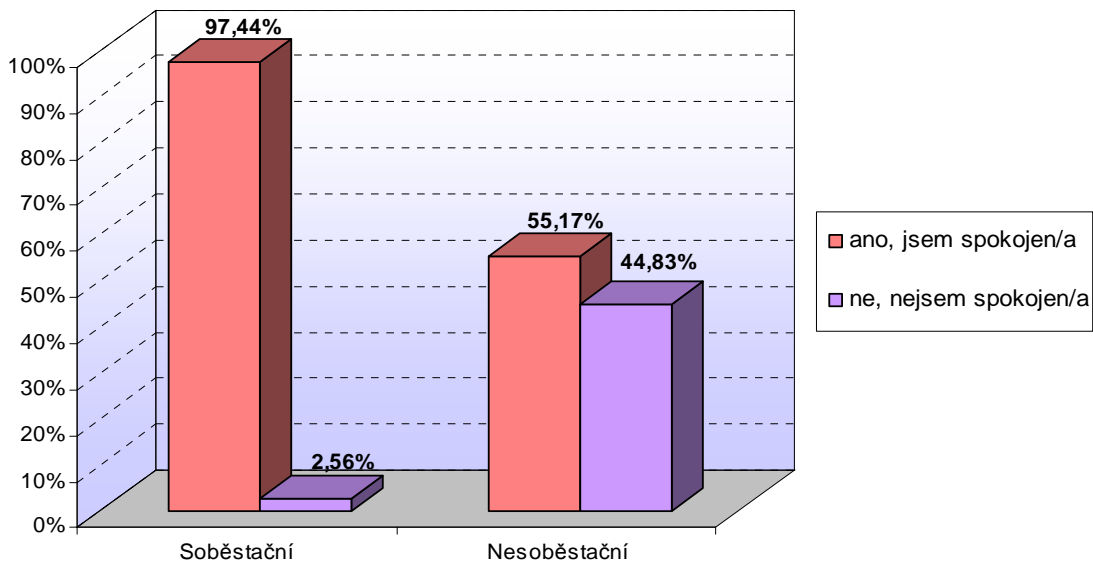
Z 32 (100 %) nesoběstačných respondentů uvedl 1 (3,12 %) respondent, že zubní protézu zubní protézu vypláchnou proudem vody a na noc ji odloží do sklenice s vodou. 4 (12,50 %) respondenti zubní protézu opláchnou, vyčistí ji zubním kartáčkem a pastou nebo prostředkem k tomu určeným a nechají ji volně oschnout. 7 (21,88 %) respondentů odkládá zubní protézu na noc do kelímku. 20 (62,50 %) respondentů uvedlo, že péči o zubní protézu zajišťuje sestra. Odpověď „jiné“ neuvedl žádný respondent.

Graf 28 Dotazy sester, jak mohou pomoci v péči o dutinu ústní



Graf 28 znázorňuje, zda se sestra dotazuje na pomoc pacienta v hygieně o dutinu ústní. Ze 117 (100 %) soběstačných pacientů uvedlo 25 (22,22 %) respondentů, že se sestra dotazuje, jak může pomoci s péčí o dutinu ústní a 91 (77,78 %) respondentů uvedlo, že se sestra nedotazuje, jak může pomoci s péčí o dutinu ústní. Z 58 (100 %) pacientů odpovědělo 14 (24,14 %) respondentů, že se sestra dotazuje, jak by mohla pomoci s péčí o dutinu ústní a 44 (75,86 %) respondentů odpovědělo, že se sestra nedotazuje, jak by mohla pomoci s péčí o dutinu ústní.

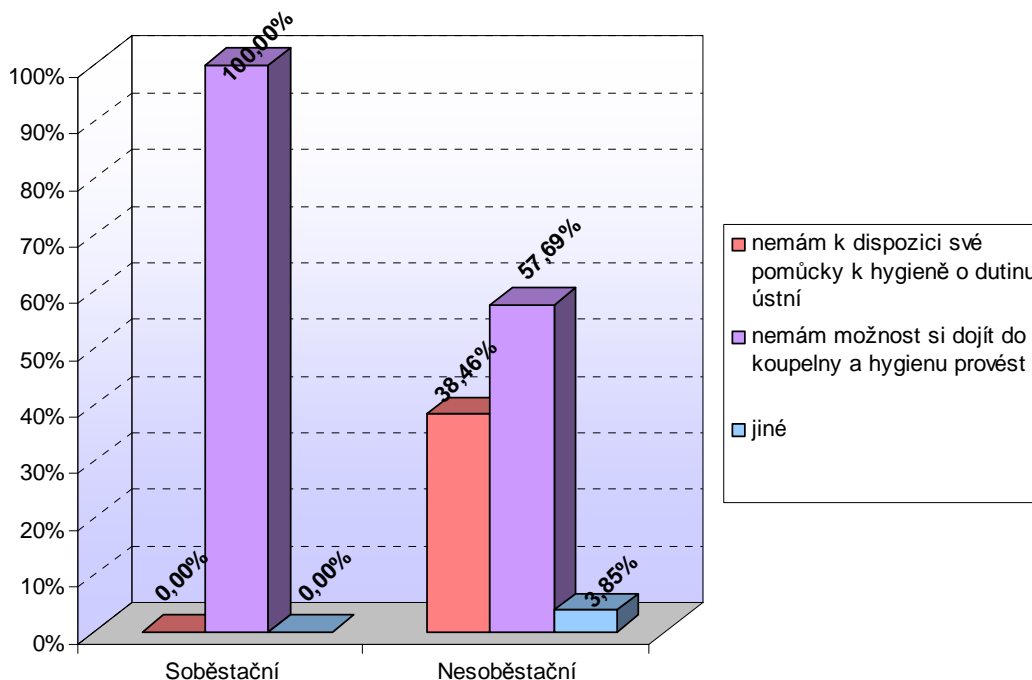
Graf 29 Spokojenost pacientů s péčí sester o dutinu ústní



Z celkového počtu 117 (100 %) soběstačných pacientů uvedlo 114 (97,44 %) respondentů, že jsou spokojeni s péčí sester a 3 (2,56 %) respondenti uvedli, že s péčí sester nejsou spokojeni.

Z celkového počtu 58 (100 %) nesoběstačných pacientů uvedlo 32 (55,17 %) respondentů, že jsou spokojeni s péčí sester o jejich dutinu ústní, 26 (44,83 %) respondentů uvedlo, že nejsou spokojeni s péčí sester o jejich dutinu ústní.

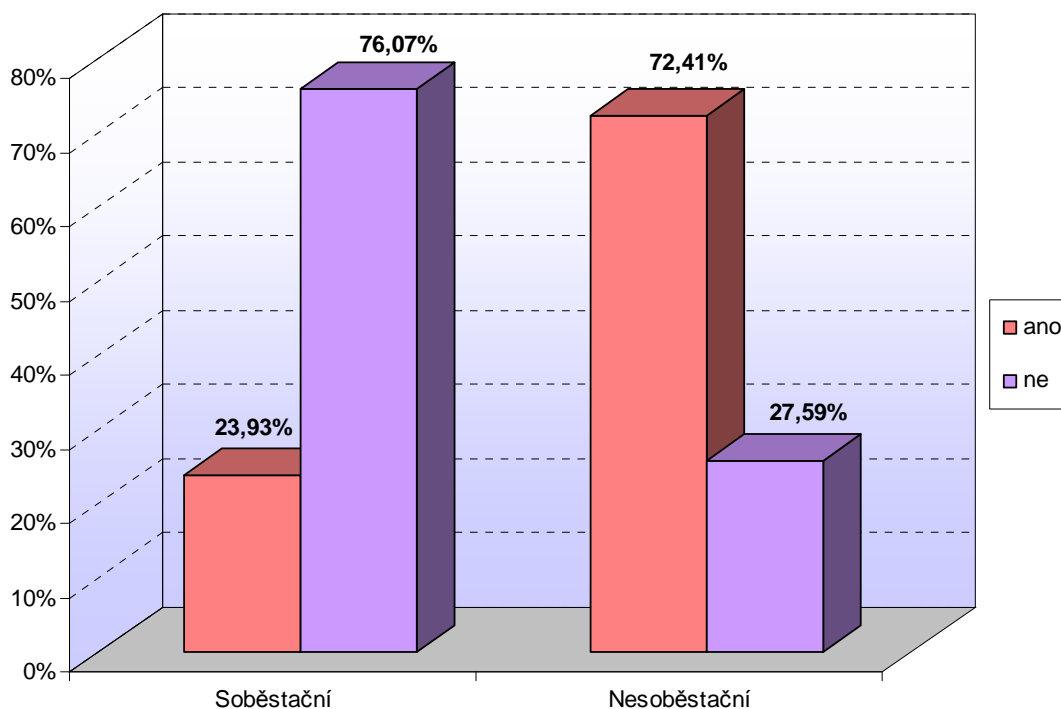
Graf 30 Nespokojenost pacientů s péčí sester o jejich dutinu ústní



Ze 3 (100 %) soběstačných pacientů, kteří nejsou spokojeni s péčí sester o jejich dutinu ústní, uvádějí, že nemají možnost si dojít do koupelny a hygienu dutiny ústní provést. Odpovědi „nemám k dispozici své pomůcky k hygieně o dutinu ústní“ a „jiné“ nevedl žádný respondent.

Z 26 (100 %) nesoběstačných pacientů uvedlo 10 (38,46 %) pacientů, že nemají k dispozici své pomůcky k hygieně o dutinu ústní. 15 (57,69 %) respondentů uvedlo, že nemají možnost si dojít do koupelny a hygienu provést a 1 respondent uvedl odpověď jiné, kde uvedl, že sestry nejeví dostatek aktivity.

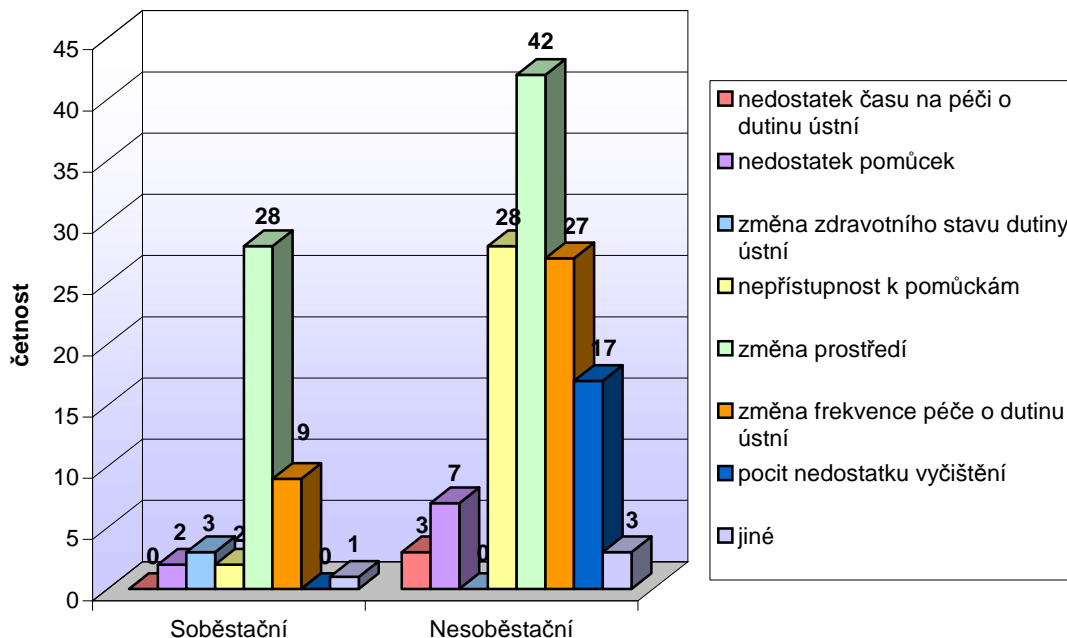
Graf 31 Změny v péči o dutinu ústní



Graf 31 znázorňuje, zda pacienti pociťují změny v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici oproti péči v domácím prostředí.

Z celkového počtu 117 (100 %) soběstačných pacientů uvedlo 28 (23,93 %) pacientů, že pociťují změny v péči o dutinu ústní, 89 (79,07 %) respondentů nepociťuje změny v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici oproti péči v domácím prostředí. Z celkového počtu 58 (100 %) nesoběstačných pacientů 43 (72,41 %) respondentů pociťuje změnu v péči o dutinu ústní, 15 (27,59 %) respondentů nepociťuje změny v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici oproti péči v domácím prostředí.

Graf 32 Změny, které pacienti pociťují v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici

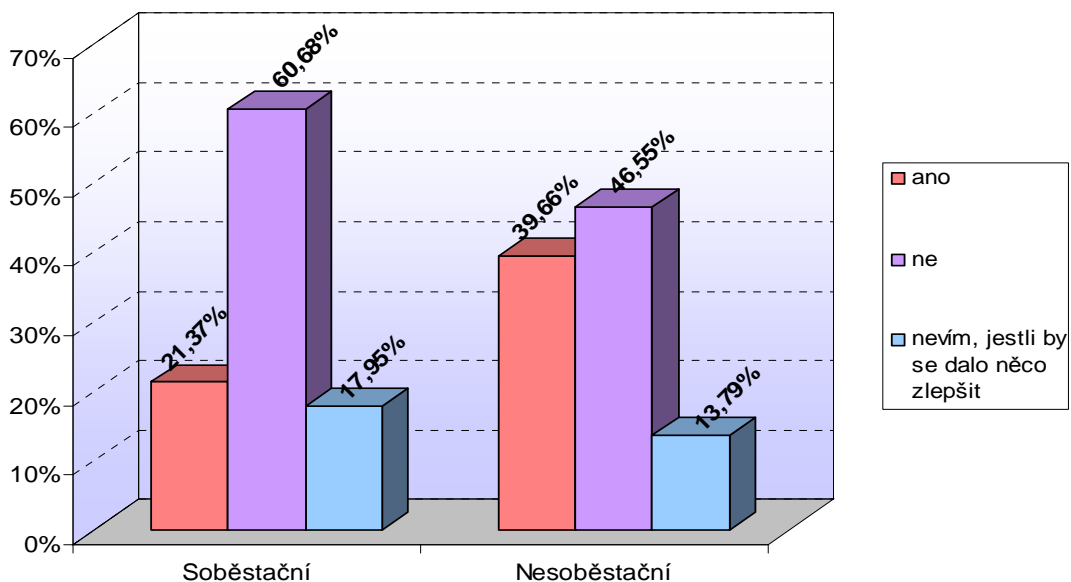


Tento graf znázorňuje četnost. Respondenti mohli volit více možností. Graf 32 znázorňuje, v čem pacienti pociťují změny v péči o dutinu ústní.

Z 28 (100 %) soběstačných pacientů uvedlo 31 respondentů změnu prostředí, 9 respondentů uvedlo změnu frekvence péče o dutinu ústní, 3 respondenti uvádějí změnu zdravotního stavu dutiny ústní, 2 respondenti nepřístupnost k pomůckám a 1 respondent odpověděl jiné, kde uvedl změnu zdravotního stavu. Odpovědi „nedostatek času na péči o dutinu ústní“ a „pocit nedostatku vyčištění“ nevedl žádný respondent.

Z 43 (100 %) nesoběstačných pacientů uvedlo 42 respondentů změnu prostředí, 28 respondentů nepřístupnost k pomůckám, 27 respondentů pociťují změnu frekvence péče o dutinu ústní, 17 respondentů má pocit nedostatku vyčištění. 7 respondentů uvedlo příčinu v pociťování změn nedostatek pomůcek, 3 respondenti odpověděli nedostatek času na péči o dutinu ústní a 3 respondenti odpověděli jiné, kde uvedli změnu zdravotního stavu. Odpověď „změna zdravotního stavu dutiny ústní“ nevedl žádný respondent.

Graf 33 Možnosti změn z pohledu pacientů



Z celkového počtu 117 (100 %) soběstačných pacientů uvedlo 25 (21,37 %) respondentů, že by se v péči sester dalo něco změnit. 71 (60,88 %) respondentů odpovědělo, že se nedá nic změnit v péči sester o dutinu ústní. 21 (17,95 %) respondentů neví, zda by se dalo něco zlepšit v péči sester.

Z celkového počtu 58 (100 %) nesoběstačných pacientů uvedlo 23 (39,66 %) respondentů, že by se v péči sester dalo něco změnit. 27 (46,55 %) respondentů uvedlo, že se v péči sester nedá nic změnit a 8 respondentů neví, jestli by se dalo něco zlepšit v péči sester o dutinu ústní.

5. Diskuze

Výzkumné šetření probíhalo v Nemocnici České Budějovice a.s. a Nemocnici Tábor a.s. na odděleních neurologickém, interním, chirurgickém a ortopedickém. Výzkumné vzorky tvořily sestry a soběstační a nesoběstační pacienti. Vytýčenými cíli práce bylo zjistit názory a možnosti mají pacienti v péči o dutinu ústní při hospitalizaci v nemocnici a zjistit úlohu sestry v péči o dutinu ústní u soběstačných a nesoběstačných pacientů.

Pod pojmem hygiena dutiny ústní je myšleno soubor opatření, která mají zamezit vzniku onemocnění parodontu a tvrdých zubních tkání a jeho další progresi. Přesto patří tyto onemocnění mezi nejběžnější a nejrozšířenější lidské nemoci, kterým ovšem lze předejít vhodnou péčí a správným výběrem pomůcek.

Úvod do obou dotazníků byly otázky identifikační. První výzkumný vzorek tvořilo 101 sester, kde naprostá většina byla ženského pohlaví, mezi respondenty se objevil 1 respondent pohlaví mužského (Graf 1). Respondenti byli nejčastěji ve věku od 31 – 40 let (37,62 %) a nejčastěji uvedli, že mají středoškolské vzdělání (70,30 %) (Graf 2, 3). Rozdělení dle oddělení bylo rovnoměrné (Graf 4). Nejvíce respondentů uvedlo (29,70 %), že má délku praxe ve zdravotnictví déle než 21 let (Graf 5). Druhým výzkumným vzorkem byli pacienti, kde u soběstačných i nesoběstačných respondentů tvořilo polovinu ženy a polovinu muži různé věkové kategorie (Graf 15, 16). Rozdělení dle oddělení bylo opět rovnoměrně (Graf 17). V délce hospitalizace ve zdravotnickém zařízení byla větší polovina soběstačných pacientů (52,14 %) hospitalizována méně než 7 dní, kdežto nesoběstační pacienti uvedli délku hospitalizace od 7 – 14 dní (43,10 %) (Graf 18). Z výše uvedeného vyplývá, že pacienti, kteří mají poruchu soběstačnosti, jsou na nemocničním lůžku upoutáni déle, čímž jsou více ohroženi tím, že nebudou dostatečně saturovány jejich základní potřeby.

Jak uvádí ve své publikaci Trachtová, hlavním cílem sestry by mělo být zhodnocení zdravotního stavu pacienta, odhalit jeho skutečné či potenciální problémy v péči o zdraví a vytýčit si hlavní plány na zhodnocení potřeb a poskytnout specifické ošetrovatelské zásahy na uspokojení těchto potřeb. Dle Koziérové zahrnuje posuzování

dutiny ústní a hygienických činností pacienta: sesterskou anamnézu, fyzikální vyšetření úst a identifikaci pacientů s rizikem vzniku ústních problémů. Sesterskou anamnézou získá sestra údaje o zvýšené péči o dutinu ústní, také zjišťuje schopnosti sebepečce a minulé a současné onemocnění dutiny ústní. Tyto údaje mohou sestře pomoci určit potřebu poučení pacienta a zajistit jeho potřeby. To také bylo předmětem zmapování v dalších otázkách. Sester jsme se ptali v otázkách č. 6, 7, 8, zda zjišťují návyky pacienta v péči o dutinu ústní, jeho pomůcky, kterými si tuto péči zajišťuje a zda se informuje o minulých a současných onemocněních dutiny ústní. Výsledky výzkumu ukazují, že sestry zjišťují návyky v péči pacientů o dutinu ústní (71,29 %) (Graf 6), také více než 55,44 % respondentů nejčastěji uvedlo, že zjišťují pomůcky, které pacienti používají k péči o dutinu ústní (Graf 7). Pouze u otázky č. 8, která zjišťovala, zda se sestry informují o minulých a současných onemocněních dutiny ústní, 59,41 % sester uvedlo, že tyto informace nezjišťují (Graf 8). Pacientům byly položeny stejné otázky, aby se nám odpovědi sester potvrdily nebo vyvrátily. Otázkou č. 6, jsme se snažili zmapovat, zda sestry zjišťují návyky pacientů v péči o dutinu ústní. Jak soběstační (57,26 %), tak také nesoběstační pacienti (65,52 %) nejčastěji uváděli, že sestra návyky v péči o dutinu ústní nezjišťovala (Graf 19). Taktéž obdobně odpovídali na otázku č. 7, která se snažila zjistit, zda se sestry dotazují na pomůcky, které pacienti používají k zajištění péče o dutinu ústní. 70,09 % soběstačných pacientů a 75,86 % pacientů nesoběstačných odpovědělo, že se sestry na pomůcky, kterými si pacienti zajišťují péči o dutinu ústní, nedotazují (Graf 20). Z výše uvedeného je patrné, že sestry i když odpověděly kladně, nezjišťují jaké návyky pacient v péči o dutinu ústní má a jaké pomůcky používá k jeho zajištění. Z čehož vyplývá, pokud sestry nezjišťují tyto informace, nedokážou zajistit dostatečně kvalitní a důkladnou péči, na kterou je pacient zvyklý a kterou vyžaduje a tím nejsou dostatečně satureovány jeho biologické potřeby, což má negativní vliv i na potřeby ostatní. Tímto se nám potvrzuje hypotéza č. 4, že sestry nezjišťují návyky týkající se péče o dutinu ústní.

Dále jsme se sester v otázce č. 9 ptali, kdo nejčastěji na oddělení provádí hygienu dutiny ústní u pacientů s deficitem sebepečce. Ve vyhlášce 424 / 2004 Sb. můžeme nalézt, jaké kompetence mají jednotliví pracovníci ke vztahu k hygienické péči

o dutinu ústní. Uvádí se zde, že sestra poskytuje hygienickou péči u pacientů. Ošetřovatel a sanitář se také podílí na poskytování hygienické péče u pacientů, ale pod odborným dohledem sestry. Tuto péči tedy mohou poskytovat, ale za její správné splnění zodpovídá sestra. V našem výzkumném šetření nejvíce respondenti uváděli, že péči o dutinu ústní u nesoběstačných pacientů zajišťuje sestra (90), dále pak ošetřovatelka (54), a sanitář/ka (30) (Graf 9). Podle našeho názoru je v podstatě jedno, který z těchto zdravotnických pracovníků zajišťuje hygienickou péči o dutinu ústní, podstatné je, aby tato péče zajištěna byla a to v dostatečné kvalitě a ke spokojenosti pacienta.

Otázkami č. 10 a 11 v dotazníku pro sestry jsme se zaměřili na zjištění postupů, kterými se sestry snaží zajistit péči pacientů o jejich dutinu ústní, pokud mají nějaké zvláštní zvyky či pomůcky, které běžně na oddělení nejsou standardem. Opět více než polovina sester (64,36 %) odpověděla kladně, že zajistí pacientovi takovou péči, na jakou je zvyklý. Ostatní respondenti (35,64 %) by poskytli pacientovi péči dle standardu oddělení (Graf 10). Co se týče pomůcek, které nejsou běžně dle standardu na oddělení, větší polovina sester (61,39 %) by se snažila pacientovi zajistit, aby pomůcky, které používá k péči o dutinu ústní, zajistila a donesla rodina (Graf 11). Otázkou zůstává, zda opět sestry neodpovídaly kladně jen proto, že se to od nich očekává.

V dotazníku pro pacienty byla položena otázka č. 8, kterou jsme se snažily zjistit, jaké možnosti mají pacienti s prováděním hygieny dutiny ústní. Většina soběstačných pacientů (93,16 %) provádí hygienu dutiny ústní v nemocničním zařízení stejně jako v domácím prostředí. Oproti tomu nesoběstační pacienti (79,31 %) tuto stejnou možnost nepociťují. Z tohoto lze konstatovat, že soběstační pacienti mohou snázeji vykonávat péči o dutinu ústní, než pacienti nesoběstační. Z čehož vyplývá, že by se sestry měly aktivněji zapojovat do ošetřovatelského procesu, aktivněji se zajímat o potřeby pacienta a snažit se je důkladně saturovat. Z výše uvedeného se nám potvrdila hypotéza č. 2, že pacienti mají nedostatečné možnosti v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici.

Wurm ve své publikaci (2004) uvádí, že nejideálnější je, aby se péče o chrup a dutinu ústní prováděla po každé konzumaci jídla či pití obsahující sacharidy. Ale tato možnost tady většinou není. Doporučením tedy zůstává si čistit chrup a dutinu ústní minimálně dvakrát denně, a to minimálně 3 minuty ráno po snídani a 5 minut večer po poslední konzumaci jídla či nápoje. Stejná péče by měla být samozřejmě věnována také zubním protézám. V otázce č. 9 a 10 jsme se snažily u pacientů zmapovat rozdíly ve frekvenci hygienické péče o dutinu ústní v domácím a nemocničním zařízení. U soběstačných pacientů převažovala většina respondentů (70,94 %) s odpovědí, že péči v domácím prostředí provádějí 2 x denně a ta se moc nemění ani v nemocničním zařízení, kde respondenti (62,39 %) uvedli také odpověď 2 x denně (Graf 22, 23). U nesoběstačných pacientů byl v odpovědích rozdíl. V domácím prostředí většina respondentů (70,69 %) uvedla, že péči provádějí 2 x denně a příchodem do nemocnice většina respondentů (77,59 %) uvedla frekvenci v péči o dutinu ústní 1 x denně, což je negativní změna (Graf 22, 23). Z výše uvedeného jasně vyplývá, že nesoběstační pacienti nemají stejnou možnost pečovat o dutinu ústní jako soběstační pacienti a také je rozdíl ve frekvenci péče v nemocničním zařízení a v domácím prostředí. Sestrám jsme tedy položily otázku č. 12, která nám měla ukázat, jaká je frekvence péče o dutinu ústní u nesoběstačných pacientů. Z odpovědí sester vyplývá, že větší polovina (52,48 %) provádí hygienu dutiny ústní dle potřeby pacienta (Graf 12). Což nám opět nesouhlasí s odpověďmi pacientů, čímž se nám tedy potvrzuje hypotéza č. 1, že pacienti pocítují změnu v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici. Také se nám potvrdila hypotéza č. 2, že pacienti mají nedostatečné možnosti v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici.

Ve svém článku uvádí Sychrová (2007), a také ve své publikaci Bencko (2006) existující množství pomůcek, které lze použít k hygieně dutiny ústní. S výběrem vhodných pomůcek může pomoci nejen lékař, ale také sestra. Správným výběrem pomůcek se snažíme zajistit pocit vyčištění dutiny ústní a předejít vzniku patologického procesu či chorobám. V otázkách č. 11 a 12 jsme se tedy pacientů dotazovali, jaké pomůcky pacienti nejčastěji používají. Zaměřili jsme se na rozdíly, jaké pomůcky používají v domácím prostředí a jaké v nemocničním zařízení během

hospitalizace. Nejvíce používanějšími pomůckami jak v domácím tak i v nemocničním zařízení jsou zubní pasta a zubní kartáček (Graf 24). Velmi se doporučují i další pomůcky jako jsou dentální nit či interdentální kartáčky k dokonalejšímu vyčištění také i mezizubních prostorů. Tyto pomůcky pacienti také uváděli, ale ne v takové hojnosti (Graf 24, 25). Z tohoto výzkumného šetření vyplývá, že pacienti, kteří v domácím prostředí používají také jiné pomůcky, jako např. dentální nit, interdentální kartáčky, elektrické zubní kartáčky apod., již v nemocničním prostředí tolik nevyužívají (Graf 24, 25). U nesoběstačných pacientů se výrazně omezují pouze na zubní pastu a zubní kartáček. Dokonce 1 nesoběstačný pacient uvedl, že k hygieně dutiny ústní během hospitalizace nepoužívá žádné pomůcky, což je značně znepokojující (Graf 25). Otázka č. 13, která byla položena sestrám, se vztahuje na pomůcky, které využívají k péči o dutinu ústní u nesoběstačného pacienta. Pomůcky se liší od jednotlivých zdravotnických zařízení. Nejčastěji ale sestry uváděly používání zubního kartáčku a zubní pasty (78), borax – glycerínový olej (69) a také speciální štětinky napuštěné citrónovou šťávou a olejem (51). Méně se již užívá roztok heřmánku (35) nebo ředěný peroxid vodíku (11) (Graf 13). Na trhu existuje celá řada novějších přípravků k hygieně dutiny ústní, např. Stopangin, Tantum – Verde, nebo nová ústní voda bez obsahu oxidačních látek Listerin, ale z těchto přípravků nevedla sestra ani jeden. Z výše uvedeného se nám potvrdila hypotéza č. 3, že sestry znají možnosti péče a prostředky o péči o dutinu ústní.

K péči o dutinu ústní patří také péče o zubní protézu. Dle Kriškové (2006) i Mikšové (2006), by se zubní náhrada po vytáhnutí z úst měla opláchnout, vyčistit ji měkkým zubním kartáčkem a zubní pastou, nebo prostředkem přímo k tomu určeným, odstranit tak plak a zbytky jídla a poté by měla zubní náhrada volně uschnout na vzduchu. Tohoto názoru je také Mondok (2007), který ještě ve svém článku přidává, že zubní protéza by také měla být po každém jídle vypláchnuta. V otázce č. 13 a 14 jsme se snažily zmapovat, kolik pacientů nosí zubní náhrady a pokud ano, jak zajišťují péči o tuto náhradu. Ze soběstačných pacientů uvedlo 35,04 %, že používá zubní náhradu a z nesoběstačných pacientů uvedlo 55,17 % pacientů používání zubní náhrady (Graf 26). 60,98 % soběstačných pacientů nejčastěji uváděli, správnou variantu, a to,

že zubní protézu opláchnou proudem vody, vyčistí ji zubní kartáčkem a pastou nebo prostředkem k tomu určeným a nechají ji volně oschnout (Graf 27). U nesoběstačných pacientů, kteří jsou neschopní nebo jim chybí energie nebo síla na vyčištění dutiny ústní, by měla péči o zubní náhradu zajišťovat sestra. To také označovali nesoběstační pacienti (62,50 %) jako svou odpověď (Graf 27).

V další části jsme se snažily zjistit, zda se sestry dotazují, jestli můžou svým pacientům nějak pomoci s péčí. Soběstační i nesoběstační pacienti se shodli ve více než 70 %, že sestry se nedotazují, jestli by mohly nějak pomoci s hygienou dutiny ústní (Graf 28). Z čehož vyplývá negativní fakt, že většina sester aktivně nevyhledávají potřeby pacienta. Na výše uvedené navazovaly otázky č. 16 a 17, kde jsme se snažily zjistit, zda jsou pacienti s péčí o dutinu ústní spokojeni, a pokud nejsou, jaké mají jejich nespokojenosti příčiny. Ze soběstačných pacientů je naprostá většina respondentů (97,44 %) spokojena s péčí sester a nepatrná menšina (2,56 %) spokojena není. Nesoběstační pacienti jsou spokojeni na 55,17 % a nespokojeno je 44,83 % respondentů (Graf 29). Ti pacienti, kteří odpověděli, že nejsou spokojeni, měli odpovědět na další otázku, týkající se příčin jejich nespokojenosti. Nejčastější příčinou jejich nespokojenosti byla v nemožnosti si dojít do koupelny a další pak v nepřítomnosti pomůcek v jejich okolí. Jeden respondent uvedl jako příčinu své nespokojenosti malou aktivitu sester (Graf 30). Opět tedy můžeme konstatovat, že výše uvedeným se nám potvrdila č. 1, že pacienti pociťují změnu v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici a také hypotéza č. 2, že pacienti mají nedostatečné možnosti v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici.

Otázkou č. 14 se u sester snažíme zjistit, zda se sestry dotazují na spokojenost svých pacientů s jejich poskytnutou péčí. Částečně uspokojivé může být alespoň to, že většina sester (63,37 %) se zajímá o to, zda poskytly kvalitní péči o dutinu ústní u svých pacientů. Což vede ke zkvalitnění péče a lepšímu uspokojení základních a důležitých potřeb nesoběstačných pacientů.

Otázkou č. 18 jsme se snažily zjistit, zda pacienti pociťují změnu v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici oproti domácímu prostředí. Příčiny jsme se snažily zmapovat otázkou č. 19. Soběstační pacienti ve větší polovině (76,07 %)

změnu nepociťují, kdežto nesoběstační pacienti ve větší polovině (72,41 %) změnu pociťují (Graf 31). Soběstační pacienti uváděli nejčastěji změnu prostředí (28), změna frekvence péče dutiny ústní (9). Nesoběstační pacienti uváděli na prvních místech změnu prostředí (42), nepřístupnost k pomůckám (28), změna frekvence péče dutiny ústní (27), pocit nedostatku vyčištění (17) a nedostatek pomůcek (7) (Graf 32). Výsledek byl takový, jaký jsme předpokládali. Pacienti s poruchou soběstačnosti nemají stejné možnosti péče o dutinu ústní jako pacienti soběstační. V souvislosti s reorganizací denního režimu dochází u pacientů ke změnám jejich návyků v péči o dutinu ústní.

Na otázku č. 20, jestli by se dalo na péči sester něco zlepšit, odpovědělo pouhých 21,37 %, že by se něco změnit dalo a z nesoběstačných pacientů uvedlo 39,66 % uvedli, že by také změnu uvítali. Malé procento pacientů neví, zda by se dalo něco změnit. Myslíme si, že daleko větší počet pacientů nemá dostatečně pokryty potřeby, a to nejen v oblasti péče o dutinu ústní, ale i v ostatních potřebách.

6. Závěr

Péče o čistotu těla patří mezi základní potřeby kulturního člověka. Pro většinu lidí je čistota výchozím a základním předpokladem pro pocit osobní pohody, čímž také zasahuje do oblasti potřeb psychogenních. Během hospitalizace dochází ke změnám návyků u pacientů a to v souvislosti s reorganizací denního režimu. Prioritou každé sestry by mělo být poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, se kterou by byli pacienti spokojeni, a byly by saturovány jejich potřeby.

V bakalářské práci byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem bylo zjistit názory pacientů na péči o dutinu ústní při hospitalizaci v nemocnici. Tento cíl, který jsme si stanovili, byl splněn. Na základě výsledků jsme si potvrdily hypotézu č. 1, pacienti pociťují změnu v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké možnosti v péči o dutinu ústní pacientovi poskytuje dané oddělení a také i tento cíl byl splněn. Na základě výsledků výzkumu můžeme bohužel konstatovat, že hypotéza č. 2, že pacienti mají nedostatečné možnosti v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici, se také potvrdila.

Třetím cíl, jehož úkolem bylo porovnat názory soběstačných a nesoběstačných pacientů, byl také splněn.

Čtvrtým cílem bylo zjistit úlohu sestry v péči o dutinu ústní u soběstačných a nesoběstačných pacientů. I tento cíl, který jsme si stanovily, byl potvrzen. Na základě výsledků jsme zjistily, že hypotéza č. 3, že sestry znají možnosti péče a prostředky o péči o dutinu ústní a hypotéza č. 4, že sestry nezjišťují návyky týkající se péče o dutinu ústní, se potvrdily.

Výsledky tohoto výzkumu bychom mohli použít jako zpětnou vazbu pro management nemocnice k využití na zlepšení hygienické péče o dutinu ústní. Je nutné zajistit opatření ke zlepšení v této oblasti. Sestry by měly aktivněji zjišťovat návyky a pomůcky, které pacienti používají k péči o dutinu ústní. Také je důležité, aby sestry aktivně nabízely pomoc pacientům, kteří ji potřebují a snažily se zajistit takovou péči, na jakou jsou zvyklí. Největší odměnou pro sestry by měla být především spokojenost pacienta.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BENCKO, V. et al. *Hygiena a epidemiologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 178 s. ISBN 80-246-1129-5
2. BROUKAL, Z. Výživa a zubní kaz. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 7-8, s. 39-40. ISSN 1210-0404
3. FARKAŠOVÁ D., TÓTHOVÁ V. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8
4. FIALA, P. et al. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004. 136 s. ISBN 80-246-0804-9
5. GlaxoSmithKline. *Stále s úsměvem. Rok neuveden*. 20 s. Příručka.
6. GOJIŠOVÁ, E. et al. *Stomatologie*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1999. 111 s. ISBN 80-7184-865-4.
7. KILIÁN, J. et al. *Stomatologie pro studující všeobecného lékařství*. 2. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. 100 s. ISBN 80-246-0772-7
8. KILIÁN, J. et al. *Základy preventivní stomatologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 100 s. ISBN 80-7184-145-5
9. KILIÁN, J. *Prevence ve stomatologii*. 2. rozšířené vydání. Praha: Galén, 1999. 239 s. ISBN 80-7262-022-3

10. KOCMANOVÁ, M., GRÉGOROVÁ E. Orální zdraví a hygiena – součást ošetrovatelství péče. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 11, s. 34-35. ISSN 1210-0404
11. KORÁBEK, L. *Každý může mít zdravé a krásné zuby*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 72 s. ISBN 80-7169-164-X
12. KOZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovatel'stvo 1*. 1. slovenské vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
13. KRIŠKOVÁ, A. et al. *Ošetrovatel'ské techniky*. 2.vyd. Martin: Nakladatelství Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-8063-202-2
14. MAZÁNEK, J. et al. *Stomatologické repetitorium*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 455 s. ISBN 80-7169-824-5
15. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatel'ské péče I.*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6
16. MONDOK, D. *Zubní protéza – dobrý sluha, zlý pán I*. [online]. 2007 [cit. 10. dubna 2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.zuby.cz/clanek/2175-zubni-proteza-dobry-sluha-zly-pan-i/>>.
17. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8
18. není autor. *Diplomovaná dentální hygienistka* [online]. 2006 [cit. 6. 2. 2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.szsvzs.cz/ddh/index.htm>>.

19. není autor. *Zubní náhrady* [online]. 2008 [cit. 10. 1. 2008]. Dostupný z WWW: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/64_2099.html>.
20. NEUMANN, M. *Péče o snímatelné zubní náhrady* [online]. 2002 [cit. 20. listopadu 2007]. Dostupný z WWW: <<http://www.zuby.cz/clanek/108-pece-o-snimatelne-zubni-nahrady>>.
21. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ A. *Ošetřovatelství 1. díl, pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3
22. SYCHROVÁ, K. *Individuální orální hygiena* [online]. 2007 [cit. 6. listopadu 2007]. Dostupný z WWW: <<http://www.stomateam.cz/index.php?clanek=164>>.
23. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
24. VURM, V. et al. *Ošetřovatelství ve stomatologii*. 1. vyd. Praha: Manus, 2005. 82 s. ISBN 80-86571-08-4
25. VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6
26. Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, z 30. 06. 2004
27. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: vydavatel'stvo Osveta, 2002. 96 s. ISBN 80-8063-108-5

8. Klíčová slova

Kvalita

Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelský proces

Péče o dutinu ústní

Potřeby nemocného

Prevence

Stomatologie

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1	Dotazník pro sestry
Příloha 2	Dotazník pro pacienty
Příloha 3	Hierarchická klasifikace potřeb podle Maslowa
Příloha 4	Anatomie dutiny ústní
Příloha 5	Anatomie zubu
Příloha 6	Čištění celé dutiny ústní
Příloha 7	Stírací technika čištění zubů
Příloha 8	Vibrační kombinovaná Chartersova metoda čištění zubů

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Vážená sestro,

Jmenuji se Kateřina Cincialová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník, který právě držíte v ruce, se týká mé bakalářské práce na téma „Péče o dutinu ústní u nemocného během hospitalizace v nemocnici“. Tento dotazník je naprosto anonymní a bude využit jen k mé práci, proto Vás prosím o jeho pravdivé a důkladné vyplnění.

Děkuji Vám za ochotu.

Vyberte jen jednu odpověď zaškrtnutím křížku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- mužské
- ženské

2. Kolik je Vám let?

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

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- středoškolské
- vyšší odborné
- vysokoškolské

4. Na jakém oddělení pracujete?

- chirurgie
- ortopedie
- interna
- neurologie

5. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnickém zařízení?

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

6. Zjišťujete návyky pacienta v péči o dutinu ústní?

- ano, zjišťuji
- ne, nezjišťuji

7. Zjišťujete, jaké pomůcky používají pacienti v péči o dutinu ústní v domácím prostředí?

- ano, zjišťuji
- ne, nezjišťuji

8. Informujete se u pacienta o minulých a současných onemocněních dutiny ústní?

- ano
- ne

9. Kdo na Vašem oddělení běžně provádí hygienu dutiny ústní u pacientů s poruchou soběstačnosti? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- sestra
- ošetřovatel/ka
- sanitář/ka
- jiné:

10. Jak postupujete, když má pacient jiné zvyky v péči o dutinu ústní než je standardem na Vašem oddělení?

- zajistím, aby péče byla poskytnuta, tak jak je pacient zvyklý
- poskytnu pacientovi péči, dle standard u oddělení
- jiné:

11. Jak postupujete, používá-li pacient pomůcky, které na Vašem oddělení nejsou k dispozici?

- pacient se musí spokojit s tím, co mu nabídne naše oddělení
- zajistím, aby pomůcky pacientovi donesla rodina
- pacient si pomůcky donesl s sebou při příchodu do nemocnice
- jiné:

12. Jak často na Vašem oddělení provádíte hygienu dutiny ústní u nesoběstačných pacientů?

- 1 x denně
- 2 x denně
- dle potřeby pacienta
- jiné:

13. Jaké pomůcky používáte k péči o dutinu ústní u nesoběstačného pacienta?

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- zubní kartáček, zubní pasta
- borax-glycerínový olej
- roztok heřmánku
- ředěný peroxid vodíku
- speciální štětičky napuštěné citrónovou šťávou a olejem
- jiné:

14. Informujete se, zda jsou pacienti spokojeni s péčí o dutinu ústní na Vašem oddělení během hospitalizace?

- ano, dotazuji se po provedené hygieně
- ne, nezjišťuji

Děkuji za spolupráci!

Přeji hezký den!

Zdroj: Vlastní.

Příloha 2 Dotazník pro pacienty

Dobrý den,

Jmenuji se Kateřina Cincialová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník, který právě držíte v ruce, se týká mé bakalářské práce na téma „Péče o dutinu ústní u nemocného během hospitalizace v nemocnici“. Tento dotazník je naprosto anonymní a bude využit jen k mé práci, proto Vás prosím o jeho pravdivé a důkladné vyplnění.

Děkuji Vám za ochotu.

Vyberte jen jednu odpověď' zaškrtnutím křížkem.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- mužské
- ženské

2. Kolik je Vám let?

- méně než 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 – 70 let
- 71 let a více

3. Na jakém oddělení jste hospitalizován (a)?

- chirurgie
- ortopedie
- interna
- neurologie

4. Jak dlouho jste na tomto oddělení hospitalizován?

- méně než 7 dní
- 7 – 14 dní
- 14 – 21 dní
- 21 – 28 dní
- více než 28 dní

5. Jste schopen se sám/a postarat o hygienu své dutiny ústní během hospitalizace v nemocnici?

- ano, jsem soběstačný/á
- ne, nejsem soběstačný/á

6. Zjišťovala sestra při příjmu Vaše návyky v péči o dutinu ústní?

- ano
- ne
- nepamatuji se, zda to sestra zjišťovala

7. Byl jste dotazován/a na pomůcky, které používáte v péči o dutinu ústní?

- ano
- ne
- nepamatuji se, zda se na to sestra dotazovala

8. Máte možnost provádět hygienu dutiny ústní dle svých návyků a potřeb během hospitalizace?

- ano, provádím hygienu stejně jako v domácím prostředí
- ne, nemám zde možnost provádět hygienu jako v domácím prostředí

9. Jak často provádíte hygienu o svou dutinu ústní v domácím prostředí?

- 1 x denně
- 2 x denně
- po každém jídle
- jiné:

10. Jak často provádíte hygienu o svou dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici?

- 1 x denně
- 2 x denně
- po každém jídle
- jiné:

11. Jaké pomůcky používáte k hygieně o dutinu ústní v domácím prostředí?

(můžete označit více odpovědí)

- zubní pasta
- zubní kartáček
- elektrický zubní kartáček
- dentální nit
- interdentální kartáčky
- irigátory (zubní sprchy)
- párátko
- zubní prášky či gely
- jiné:

12. Jaké pomůcky používáte k hygieně o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici?

(můžete označit více odpovědí)

- zubní pasta
- zubní kartáček
- elektrický zubní kartáček
- dentální nit
- interdentální kartáčky
- irigátory (zubní sprchy)
- párátko
- zubní prášky či gely
- jiné:

13. Nosíte zubní protézu?

- ne
- ano

Pokud ne, přejděte prosím na otázku č. 15

14. Jak pečujete o svou zubní protézu?

- zubní protézu vypláchnu pod proudem vody a na noc ji odložím do sklenice s vodou
- zubní protézu opláchnu, vyčistím ji zubním kartáčkem s pastou nebo prostředkem k tomu určeným a nechám ji volně uschnout
- zubní protézu odkládám na noc do kelímku
- péči o zubní protézu zajišťuje sestra
- jiné:

15. Dotazuje se sestra, jak Vám může pomoci s péčí o dutinu ústní?

- ano
- ne

16. Jste spokojeni s péčí sester o svou dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici?

- ano, jsem spokojen/a
- ne, nejsem spokojen/a

Pokud ano, přejděte na otázku č. 18

17. V čem jste nespokojen (a) v péči sester o svou dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici?

- nemám k dispozici své pomůcky k hygieně o dutinu ústní
- nemám možnost si dojít do koupelny a hygienu dutiny ústní provést
- jiné:

18. Pociťujete změnu v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici oproti péči v domácím prostředí?

- ano
- ne

Pokud ne, přejděte na otázku č. 20

19. V čem pociťujete změnu v péči o dutinu ústní během hospitalizace v nemocnici oproti péči v domácím prostředí?

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- nedostatek času na péči o dutinu ústní
- nedostatek pomůcek
- změna zdravotního stavu dutiny ústní
- nepřístupnost k pomůckám
- změna prostředí
- změna frekvence péče o dutinu ústní
- pocit nedostatku vyčištění
- jiné:

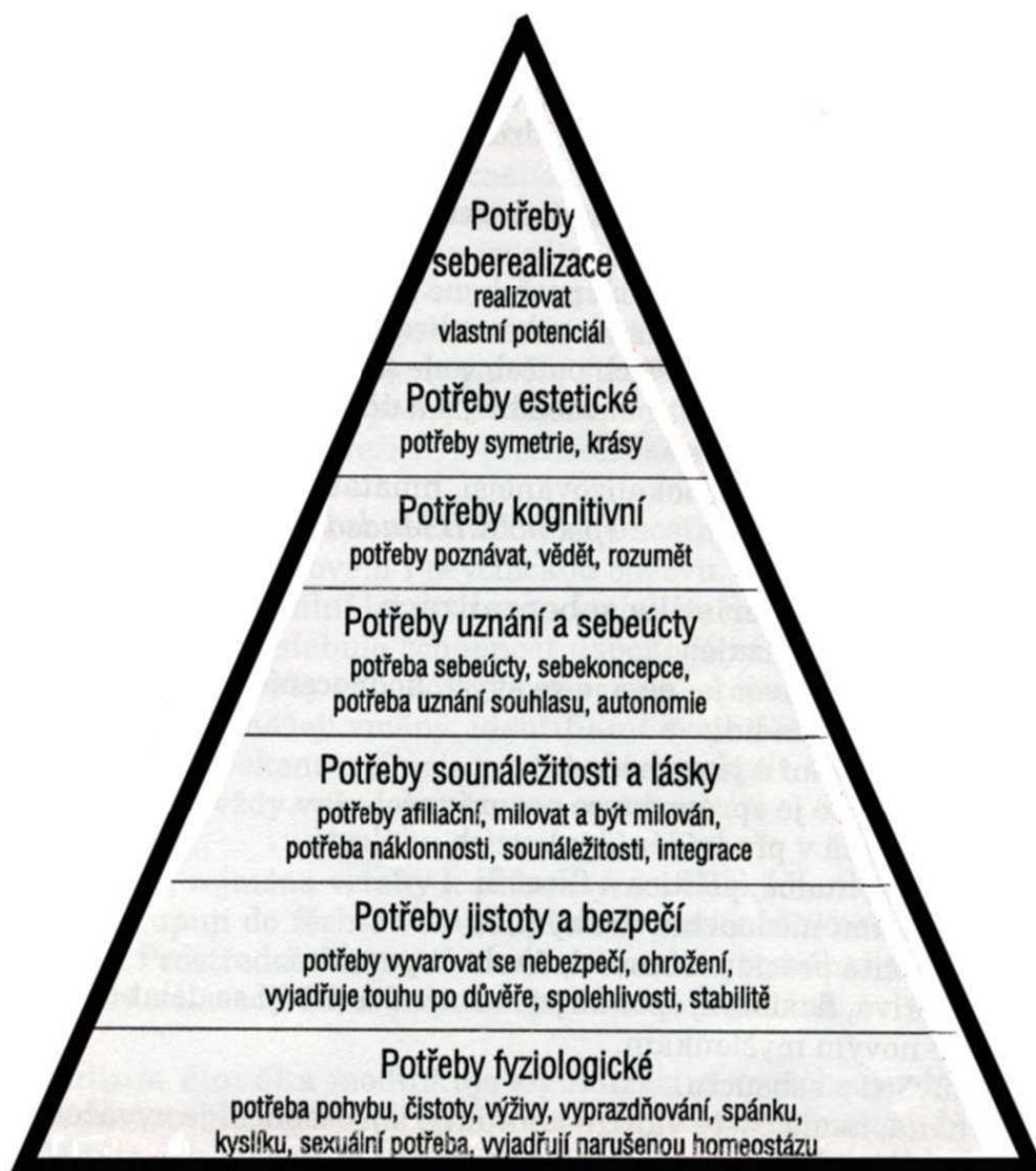
20. Myslíte, že by se dalo v péči sester o Vaši dutinu ústní ještě něco zlepšit?

- ano
- ne
- nevím, jestli by se dalo něco změnit

*Děkuji za Vámi strávený čas!
Přeji hezký den a brzké uzdravení!*

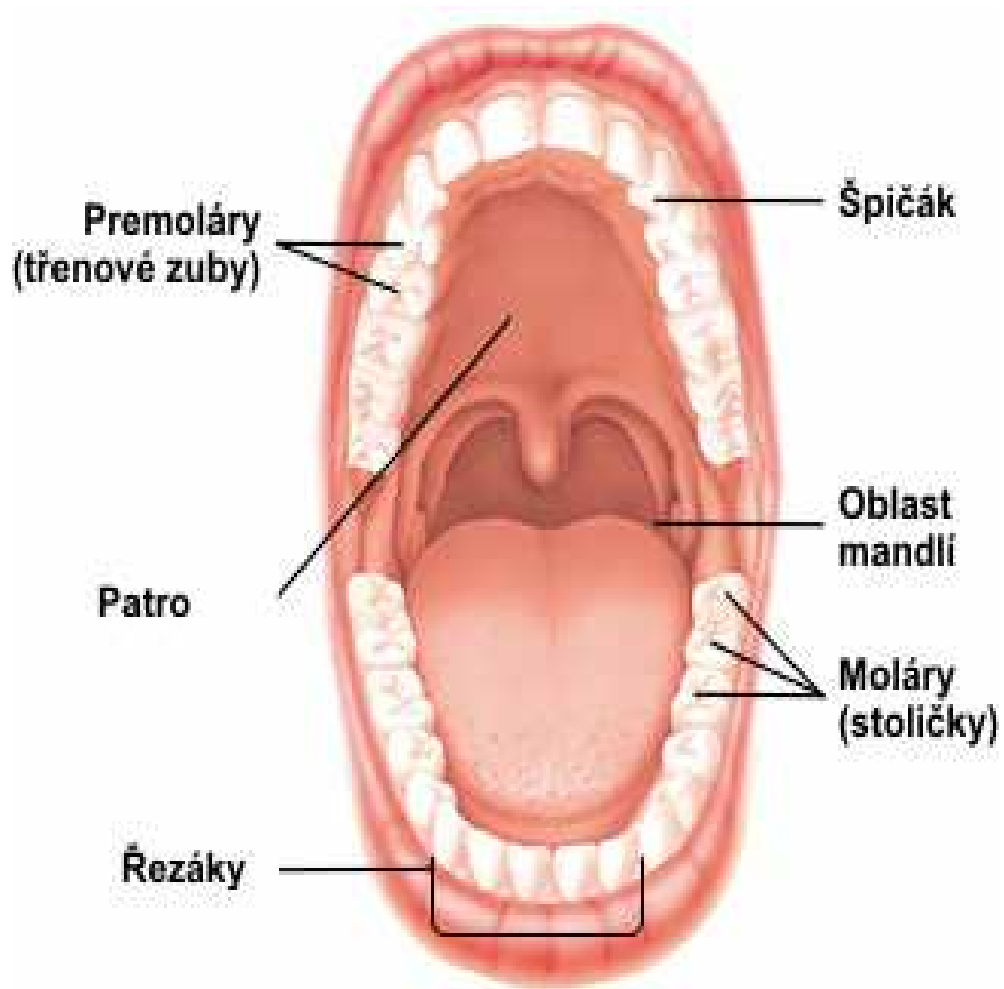
Zdroj: Vlastní.

Příloha 3 Hierarchická klasifikace potřeb podle Maslowa



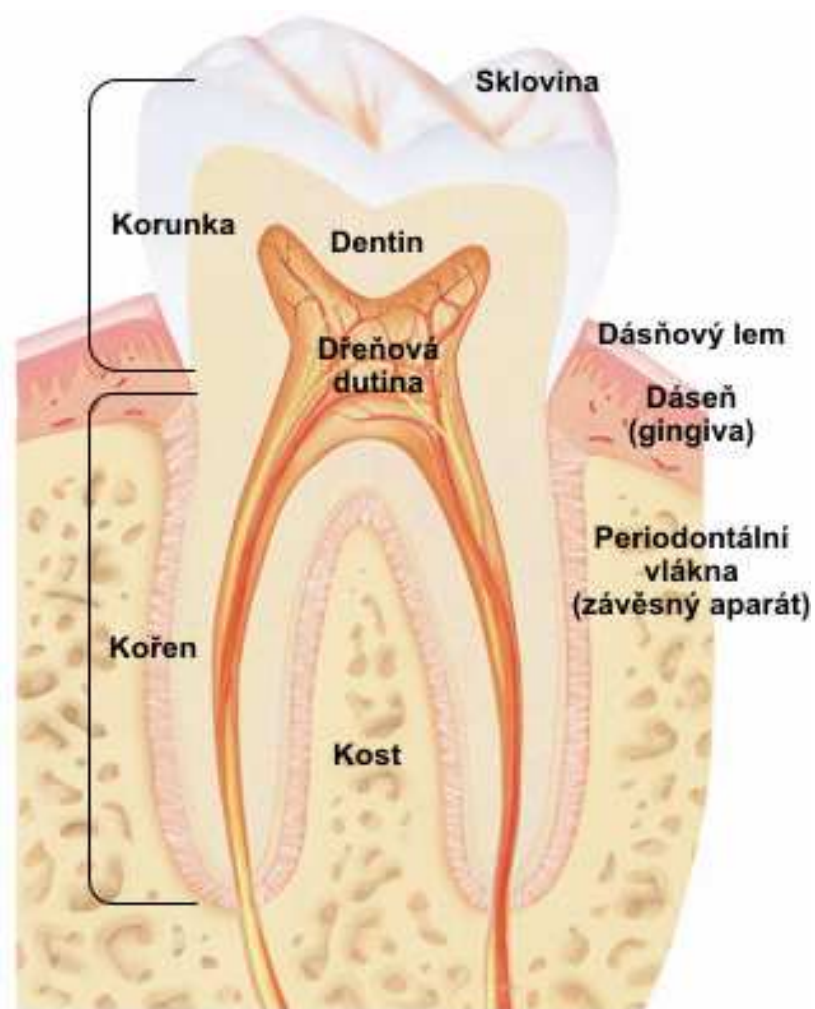
Zdroj: TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4

Příloha 4 Anatomie dutiny ústní



Zdroj: <<http://www.colgate-profesional.cz/struktura-zubu.php>>.

Příloha 5 Struktura zubu



Zdroj: <<http://www.colgate-profesional.cz/struktura-zubu.php>>.

Příloha 6 Čištění celé dutiny ústní

Vnější povrch zubů



Abyste očistili vnější povrch zubů, opřete kartáček o zuby zašpičatělými štětinkami pod úhlem 45° a stírejte směrem od dásní ke korunce zuby

Vnitřní plocha zadních zubů



Abyste vyčistili vnitřní plochu zadních zubů přiložte štětinky kartáčku k okraji dásní a čistěte stejným způsobem jako vnější povrch zubů.

Vnitřní strana předních zubů



Abyste vyčistili vnitřní stranu předních zubů, čistěte je krátkými pohyby směrem od dásní ke korunce zuby pomocí špičky kartáčku.

Povrch zubů



Abyste vyčistili povrch zubů, na kterých koušete, čistěte je jemnými pohyby a dozadu a špičkou s delšími štětinkami čistěte zadní zuby.

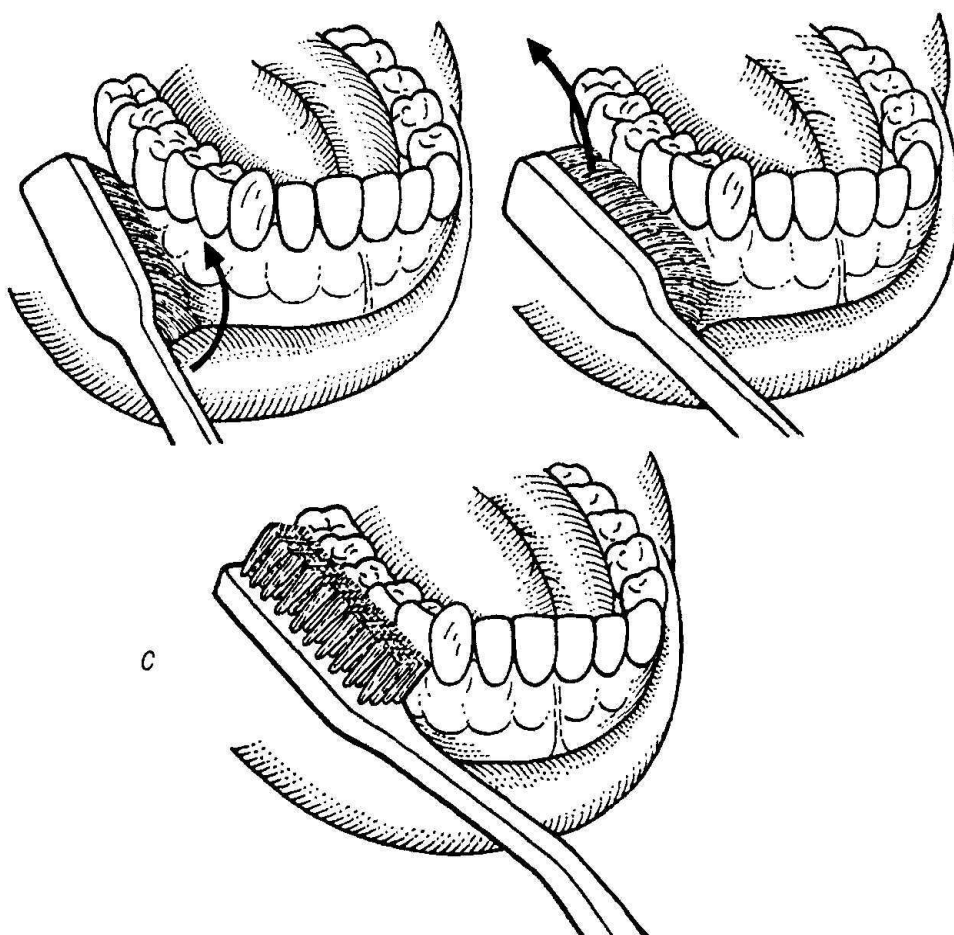
Čištění jazyka



Díky čištění jazyka směrem od jeho zadní části ke špičce odstraníte bakterie a předejdete vzniku nepříjemného zápachu z úst.

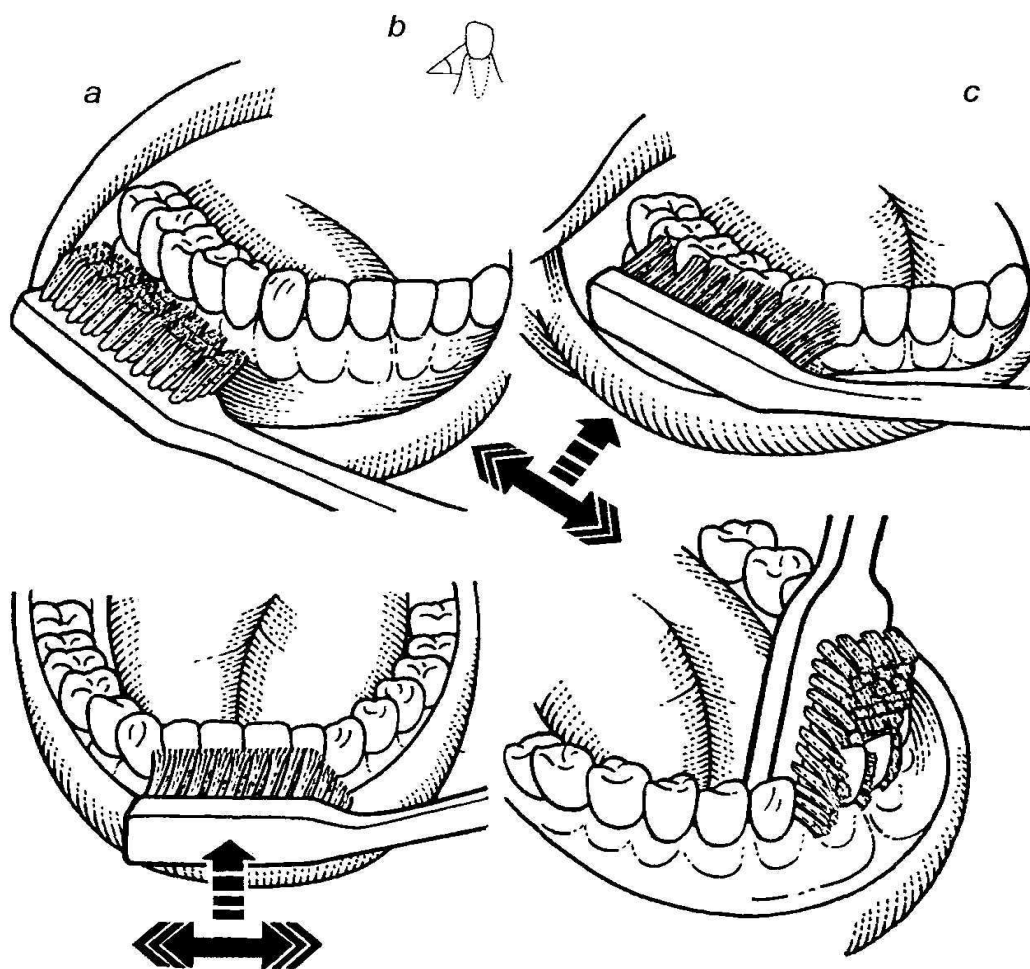
Zdroj: <<http://www.colgate-profesional.cz/cisteni-cele-dutiny-ustni.php>>

Příloha 7 Stírací technika čištění zubů



Zdroj: KORÁBEK, L. *Každý může mít zdravé a krásné zuby*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 72 s. ISBN 80-7169-164-X

Příloha 8 Vibrační kombinovaná Chartersova metoda čištění zubů



Zdroj: KORÁBEK, L. *Každý může mít zdravé a krásné zuby*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 72 s. ISBN 80-7169-164-X