



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Problematika prevence dekubitů na anesteziologicko resuscitačním oddělení

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Vanda Bláhová

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Problematika prevence dekubitů na anesteziologicko resuscitačním oddělení*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2019

.....

Bc. Vanda Bláhová

Poděkování

V první řadě bych ráda poděkovala PhDr. Andree Hudáčkové Ph.D. za její odborné vedení, ochotu a cenné rady při psaní mé diplomové práce. Poděkování patří všem hlavním a vrchním sestřám za schválení žádostí a povolení výzkumného šetření a hlavně směnovým sestřám za ochotu, spolupráci a čas, který mi věnovaly, neboť díky nim vznikla empirická část této práce. V neposlední řadě bych poděkovala svým nejbližším za jejich trpělivost a oporu, kterou jsem v nich měla po celou dobu mého studia.

Problematika prevence dekubitů na anesteziologicko resuscitačním oddělení

Abstrakt

Současný stav

Problematika dekubitů je spojena s omezeným pohybem pacientů dále jen P/K v lůžku tzv. imobilitou a v dnešní době je velice známá. Vzhledem k stále většímu přežívání P/K v kritických stavech je prevence dekubitů aktuálním tématem na národní úrovni. Na anesteziologicko resuscitačním oddělení dále jen ARO je poskytována vždy komplexní a individuální ošetrovatelská péče zaměřená hlavně na udržení základních životních funkcí, saturaci základních potřeb P/K a předcházení komplikací spojených s imobilitou. Mezi tyto nejčastější komplikace patří právě riziko vzniku dekubitů a komplexní ošetrovatelská péče je poskytována tak, aby se výskyt tohoto rizika účinně snížil. Přesto statistické informace výskyt dekubitů připouštějí. Vznik dekubitů je rychle se rozvíjející ošetrovatelský problém. Je důležité si tento problém uvědomovat a od počátku omezené hybnosti P/K v lůžku se věnovat jeho prevenci.

Teoretická část diplomové práce je rozdělena na tři oblasti. První oblast popisuje kvalitu ošetrovatelské péče obecně, jsou zde podkapitoly věnující se standardizaci, indikátorům kvality, ošetrovatelství založeném na důkazech, klinickým doporučeným postupům, nežádoucím událostem při poskytování ošetrovatelské péče a samozřejmě zde nechybí ani prevalence a incidence dekubitů v ČR. Druhá oblast je zaměřena přímo na dekubity. V jednotlivých podkapitolách jsou popsány místa vzniku dekubitů, mechanismus vzniku, faktory ovlivňující vznik, klasifikace, riziko vzniku, velká a velice podstatná část je věnována prevenci dekubitů, zmíněny a popsány jsou zde i komplikace již vzniklého dekubitu a je zde jednoduše popsána léčba dekubitů. Poslední oblast teoretické části doplňuje kapitola, která je věnována konkrétní problematice prevence dekubitů na ARO.

Cíle a výzkumné otázky

Pro tuto diplomovou práci byly stanoveny dva cíle: 1. Zmapovat role sester (zdravotnického záchranáře) v problematice prevence dekubitů na ARO. 2. Zmapovat faktory ovlivňující vznik dekubitů na ARO. Pro splnění cílů byly položeny čtyři výzkumné otázky: 1. Jakou roli hraje sestra (zdravotnický záchranář) v problematice prevence dekubitů na ARO? 2. Jaké faktory ovlivňují vznik dekubitů na ARO? 3. Jaké informace sestřím (zdravotnickým záchranářům) pracujícím na ARO chybí? 4. Jaké mají sestry (zdravotničtí záchranáři) pracující na ARO problémy v prevenci dekubitů?

Metodika

Empirická část této práce je zpracována kvalitativní metodou formou polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování. Rozhovor probíhal na základě předem připravených otázek s dvanácti sestrami a zdravotnickými záchranáři pracujícími na ARO v jedné krajské nemocnici a dvou okresních nemocnicích kraje „X“. Při analýze rozhovorů byla použita metoda „papír tužka“ a metoda otevřeného kódování. Zpracované výsledky byly rozděleny do kategorií a následných podkategorií. Pro přehlednost byly kategorie a podkategorie vizualizovány do grafických schémat. Zúčastněné pozorování sester a zdravotnických záchranářů bylo zaměřeno na ošetrovatelskou péči o P/K v kritickém stavu a na prevenci dekubitů. Výsledky pozorování byly zaznamenány do předem připraveného pozorovacího archu a následně vyhodnoceny. Na základě zjištěných dat byl výzkum rozšířen o kapitolu „Výskyt dekubitů“, kde byla zpracována a popsána data získaná od vrchních sester jednotlivých pracovišť pro ucelení výzkumného šetření.

Výsledky

Provedením a zpracováním výzkumného šetření byly zodpovězeny všechny čtyři výzkumné otázky. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá řada rolí, které sestry a zdravotničtí záchranáři zastávají. Jedná se o role zajištění prevence dekubitů jako takové, odhalení prvního stupně dekubitu, hlášení nežádoucí události, ošetrovatelská péče o již vzniklý dekubit a prevence komplikací. Dále jsou zde popsány vnitřní a vnější

faktory ovlivňující vznik dekubitů. Informovanost sester a zdravotnických záchranářů v problematice prevence dekubitů, zájem o danou problematiku, kde jsou výsledky překvapující v negativním smyslu, kdy dvě třetiny dotazovaných projevily nezájem. Bylo zjištěno, že dotazovaným chybí základní informace, jako jsou klasifikace dekubitů, informace o moderních preventivních materiálech a o hojení a léčbě dekubitů. Dále byly zjištěny problémy v prevenci dekubitů vycházející ze dvou stran, a to ze strany managementu a ze strany ošetrovatelské péče. Co se týče managementu, jako problém bylo zjištěno, že nejsou uvolňovány finance na vzdělávání personálu, dále bylo alarmující zjištění, že z důvodů vyšší pořizovací ceny nejsou P/K, poskytovány moderní materiály preventivně, ale jsou jim poskytnuty, až když se dekubit prvního či druhého stupně objeví, nebo nejsou pořizovány vůbec. Dále bylo zjištěno, že sestry a zdravotničtí záchranáři k těmto materiálům nemají přístup. Do managementu byly dále řazeny problémy týkající se nedostatečného zajištění personálu, nevhodné plánování služeb, neumožňování vzdělávání personálu v adaptačním procesu, nedostatečné zajištění antidekubitních pomůcek v případě plného obložení lůžek, nezajištění zvedacího zařízení pro usnadnění manipulace s P/K a nezajištění prostředků pro hojení a léčbu dekubitů, v neposlední řadě bylo zjištěno několik problémů spadajících do ošetrovatelských auditů. Co se týče problémů ze strany ošetrovatelské péče, bylo zjištěno, že dochází k poškození P/K způsobené nedbalostí a pohodlností sester a zdravotnických záchranářů, kteří nepolohují stabilizované P/K, kteří by se polohovat mohli. Dalším významným problémem je, že sestry a zdravotničtí záchranáři provádějí masáž predilekčních míst, a to i bez známek dekubitu. Dále bylo zjištěno, že se stále používá k promazání predilekčních míst bílá netransparentní pasta, která je v rámci prevence dekubitů absolutně nevhodná. Co se týče rektálního katetru typu Flexi seal, bylo zjištěno, že sestry a zdravotničtí záchranáři neumějí tento katetr zavést správným způsobem, a tím dochází ke vzniku dekubitů v okolí řitního otvoru. Dále bylo zjištěno, že problém je v rozpoznání prvního stupně dekubitu u P/K s tmavší barvou pleti. Dále byl podotknut všeobecný problém týkající se nadměrného vypisování dokumentace a záznamů na úkor P/K. Jak ukazují výsledky výzkumného šetření, je stále na čem pracovat.

Závěr

Tato diplomová práce nastiňuje problematiku prevence dekubitů na ARO. Na základě zjištěných okolností v rámci výzkumného šetření byly požádány hlavní sestry jednotlivých pracovišť kraje „X“ s námětem na uskutečnění semináře pro sestry a zdravotnické záchranáře pracující na ARO na téma: Problematika prevence dekubitů na anesteziologicko resuscitačním oddělení.

Klíčová slova

Dekubit; ošetrovatelská péče; prevence; anesteziologicko resuscitační oddělení

The Problems with the Prevention of Pressure ulcers at an Anaesthesiology and Resuscitation Department

Abstract

Present situation

The issue of pressure ulcers is related to limited mobility of a patients/clients, hereinafter referred to as P/Cs in bed, the so-called immobility, and is well known at present. With regard to the permanent increase of surviving P/Cs in critical conditions the prevention of pressure ulcers is a current nationwide topic. Anaesthesiology and resuscitation departments, hereinafter referred to as ARDs always provide a complex and individual nursing care particularly focused on the maintenance of the basic life functions, on the saturation of P/Cs basic needs and on the prevention of immobility related complications. The risk of the occurrence of pressure ulcers belongs to the most frequent complications and complex nursing care is provided to reduce the risk effectively. Nevertheless, statistical information admits the occurrence of pressure ulcers. The occurrence of pressure ulcers is a rapidly developing nursing problem. This problem has to be taken into account and its prevention has to start from the very beginning of the limited mobility of a P/C in bed.

The theoretical part of the thesis is divided into three areas. The first one describes the quality of nursing care in general, subchapters deal with the standardization, quality indicators, evidence-based nursing, clinically recommended procedures, adverse events in the provision of nursing care, and certainly, the prevalence and incidence of pressure ulcers in the CR. The second area is directly focused on pressure ulcers. Individual chapters describe the locations of pressure ulcers occurrence, the mechanism of their development, the factors influencing the occurrence, classification and the risk of occurrence. A large and important part deals with the prevention of pressure ulcers, it mentions and describes complications of a pressure ulcer already occurred and gives a simple description of the treatment of pressure

ulcers. A chapter dealing particularly with the prevention of pressure ulcers at an ARD extends the last area of the theoretical part.

The goals and the research questions

Two goals were set for this thesis: 1. To map the roles of nurses (medical rescue workers) in the prevention of pressure ulcers at an ARD. 2. To map the factors affecting the occurrence of pressure ulcers at an ARD. Four research questions were formulated to achieve the goals: 1. What role does a nurse (a medical rescue worker) play in the prevention of pressure ulcers at an ARD? 2. What factors influence the occurrence of pressure ulcers at an ARD? 3. What information do nurses (medical rescue workers) working at an ARD miss? 4. What problems do nurses (medical rescue workers) working at an ARD have?

Methodology

The empiric part of the thesis was processed by a qualitative method in the forms of the semi-structured interview and involved observation. The interview was conducted with nurses and medical rescue workers working at ARDs of one regional hospital and two district hospitals of the “X” region on the basis of questions prepared in advance. The “paper and pencil” method and the open coding method were applied to the analysis of the interviews. The processed results were divided into categories and consequent subcategories. The categories and subcategories were visualized into graphical schemes for clarity. The involved observation of the nurses and the medical rescue workers was focused on the nursing care of a P/C in a critical condition and on the prevention of pressure ulcers. The observation results were entered into an observation sheet prepared in advance and consequently evaluated. On the basis of the obtained data the research was extended by a chapter “The Occurrence of Pressure Ulcers”, where the data obtained from the head nurses of the involved workplaces was processed and described to summarize the research.

Results

The elaboration and the processing of the research brought answers to all four research questions. The results of the research have revealed a number of roles that nurses play. The roles are: the provision of the prevention as such, detection of the first stage of a pressure ulcer, the care of a pressure ulcer already occurred and the prevention of complications. The internal and external factors influencing the occurrence of pressure ulcers are also described here. The information on the issues of pressure ulcers prevention among nurses and medical rescue workers, the interest in the issues, where the results are surprising in the negative sense, where two thirds of the respondents showed disinterest. We have found that the respondents miss basic information like the classification of pressure ulcers, the information on modern prevention materials and on the healing and treatment of pressure ulcers. Problems in the prevention of pressure ulcers based on two sides were also found out, namely on the side of the management and on the side of the nursing care. In relation to the management we have found that money on staff education is not released, and a more alarming fact was found, that P/Cs, are not provided with modern materials preventively, but only after pressure ulcers of the first or second stage occur or they are not procured at all. Another finding was that nurses and medical rescue workers have no access to such materials. Further problems ascribable to the management relate to insufficient staffing, improper planning of shifts, insufficient education for the staff in the adaptation stage, insufficient provision of anti-pressure ulcer aids in the instance of the full occupation of beds, lack of lifting devices facilitating the handling of P/C and missing means of healing and treatment of pressure ulcers. Last but not least, several problems coming under nursing care audits were found. As for the problems on the side of the nursing care, the fact that P/Cs suffer from the negligence and indolence of nurses and medical rescue workers, who do not position P/Cs that could be positioned, was found out. Another big problem is that nurses and medical rescue workers provide massage of predilected areas although they show no signs of pressure ulcers. Another finding was that white non-transparent cream, which is absolutely unsuitable for the treatment of pressure ulcers has still been applied to predilected areas. In relation to

rectal catheter of Flexi seal type we found that nurses and medical rescue workers are not able to insert the catheter properly, which leads to the occurrence of pressure ulcers in the area of the anus. Another finding was that there is a problem to distinguish between the first stage pressure ulcer in a P/C with a darker skin colour. A general problem of extensive paperwork and records to the detriment of P/Cs was also pointed out. As the results show, there are still a lot of things to work on.

Conclusion

This thesis highlights the issue of the prevention of pressure ulcers at an ARD. On the basis of the circumstances ascertained within the research head nurses from the involved workplaces of the “X” region have been invited to participate in the organization of a seminar for nurses and medical rescue workers working at ARDs, focused on the topic: The issues of the prevention of pressure ulcers at an anaesthesiology and resuscitation department.

Key words

Pressure ulcer; nursing care; prevention; anaesthesiology and resuscitation department.

Obsah

Úvod	14
1 Současný stav.....	15
1.1 Kvalita ošetrovatelské péče	15
1.1.1 Standardizace.....	17
1.1.2 Indikátory kvality	18
1.1.3 Ošetrovatelství založené na důkazech.....	19
1.1.4 Klinické doporučené postupy.....	20
1.1.5 Nežádoucí událost při poskytování ošetrovatelské péče.....	22
1.1.6 Prevalence a incidence dekubitů v ČR	23
1.2 Dekubity.....	24
1.2.1. Místa vzniku dekubitů	25
1.2.2 Mechanismus vzniku dekubitů	25
1.2.3 Faktory ovlivňující vznik dekubitů.....	26
1.2.4 Klasifikace dekubitů.....	27
1.2.5 Riziko vzniku dekubitů	30
1.2.6 Prevence dekubitů.....	30
1.2.7 Komplikace dekubitů.....	37
1.2.8 Léčba dekubitů.....	38
1.3 Problematika prevence dekubitů na anesteziologicko resuscitačním oddělení.....	40
2 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky	44
2.1 Cíle výzkumného šetření.....	44
2.2 Výzkumné otázky.....	44
3. Metodika práce	45
3.1 Technika sběru dat.....	45
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	46
4. Výsledky výzkumného šetření	48
4.1 Kategorie a analýza výsledků rozhovorů.....	49
4.1.1 Kategorie - Role sestry a zdravotnických záchranářů v prevenci dekubitů	50
4.1.2 Kategorie - Faktory ovlivňující vznik dekubitů.....	56

<i>4.1.3 Kategorie - Informovanost sester a zdravotnických záchranářů v problematice dekubitů.....</i>	<i>58</i>
<i>4.1.4 Kategorie - Problémy v prevenci dekubitů</i>	<i>60</i>
4.2 Zúčastněné pozorování.....	64
<i>4.2.1 Výsledné pozorovací archy</i>	<i>65</i>
<i>4.2.2 Výsledky zúčastněného pozorování.....</i>	<i>70</i>
4.3 Výskyt dekubitů.....	73
5 Diskuse	75
6 Závěr	85
7 Seznam použitých zdrojů	87
8 Přílohy.....	93
8.1 Seznam příloh.....	93
9 Seznam použitých zkratk	98

Úvod

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku prevence dekubitů, konkrétně na anesteziologicko resuscitačním oddělení, dále jen ARO. Dekubity jsou staré jako lidstvo samo a již dávná historie poukazuje na jejich výskyt. V současnosti je medicína na velmi vysoké úrovni, kdy člověk má šanci přežít kritické, život ohrožující stavy, či dokonce vlastní smrt. Tyto aspekty však kladou vysoké nároky na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Vzhledem k stále většímu přežívání pacientů, dále jen P/K je prevence dekubitů aktuálním tématem na národní úrovni, kdy se dekubity staly takzvanými indikátory kvality poskytované ošetrovatelské péče. Přesto není tajemstvím, že dekubity jsou stále se vyskytujícím problémem. Na ARO je poskytována vždy komplexní a individuální ošetrovatelská péče zaměřená hlavně na udržení základních životních funkcí, saturaci základních potřeb a předcházení komplikací spojených s imobilitou P/K. Mezi tyto nejčastější komplikace patří právě riziko vzniku dekubitů a ošetrovatelská péče by měla být poskytována tak, aby se výskyt tohoto rizika účinně snížil. Přesto statistické informace výskyt dekubitů na ARO připouští. Vznik dekubitů je rychle se rozvíjející ošetrovatelský problém. Je důležité si tento problém uvědomovat a od počátku omezené hybnosti P/K v lůžku se věnovat jeho prevenci.

Mnoho lidí se domnívá, že ARO je hlavně o technice, je pravda, že technika a možnosti, co se týče prevence dekubitů, jsou taktéž na velmi vysoké úrovni, moderní doba nabízí spoustu vymožeností, například elektronické, vodní či vzduchem poháněné matrace, perfektně vybavená elektronická lůžka s možností polohování a náklonů, nepřeberné množství antidekubitních pomůcek různých tvarů, barev a prodyšných materiálů, čím dál lepších kosmetických produktů a dalších možných preventivních materiálů, přesto je nutné podotknout, že je to hlavně o ošetrovatelské péči, která je v této oblasti nepostradatelná a velmi intenzivní. Přes to všechno se ve své praxi s výskytem dekubitů setkáváme. Není zřejmé, jak je možné, že u P/K, kteří by eventuálně dekubity vůbec mít nemuseli, se přece jenom vyskytují. Volba tématu diplomové práce byla tedy jasná. Přesto, že jsou dekubity často rozebíraným tématem, je tato problematika stále velmi aktuální. Cílem diplomové práce bylo zmapovat role sester a zdravotnických záchranářů v problematice prevence dekubitů na ARO a faktory, které ovlivňují vznik dekubitů na ARO. Z výzkumného šetření vyplynuly podněty pro zkvalitnění ošetrovatelské péče na ARO.

1 Současný stav

1.1 Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalitu lze definovat jako měřítko shody mezi vytyčenými cíli a poskytovanou péčí, nebo jako stupeň dokonalosti poskytované ošetrovatelské péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technického rozvoje (Gladkij, 1999). Kvalitu ošetrovatelské péče lze definovat také jako stupeň, kde péče poskytovaná zdravotnickými zařízeními jednotlivcům či specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích ošetrovatelských výsledků, je kompatibilní se současnými odbornými znalostmi a přináší spokojenost jak pacientům, dále jen P/K, tak ošetrovatelskému personálu (Gladkij, 2003). Škrla (2003) ve své knize uvádí, že kvalita je dělat správné věci správným způsobem, na správném místě a se správnými lidmi. Světová zdravotnická organizace WHO definuje kvalitu ve Směrnici pro vývoj kvality a bezpečnosti jako službu, která u těch nejpotřebnějších nejefektivnějším způsobem organizuje zdroje, aby spolehlivě uspokojily zdravotní potřeby v oblasti prevence a péče. Tato definice také zahrnuje potřebu bezpečí, základní lidská práva a současné využití legislativních norem (Bartůněk, 2016). Jedná se tedy o poskytování bezpečné ošetrovatelské péče, kdy ošetrovatelský personál poskytuje činnosti za účelem ochrany P/K před způsobenou újmou na zdraví (Škrla, 2003). Důraz na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je kladen z důvodů zvýšení spokojenosti hospitalizovaných P/K, udržení a zvýšení jejich počtu. Dále z důvodů zajištění dobré pověsti a konkurenceschopnosti zdravotnického zařízení, zlepšení služeb, snížení nákladů, schopnosti plnění požadavků státních orgánů a pojišťoven, standardizaci služeb, efektivní řízení rizik a jiné (Bartůněk, 2016). Kvalitní ošetrovatelská péče je péče poskytovaná individuálně v souladu s potřebami P/K, ekonomicky, dle nejnovějších výsledků evidence based practice a lege artis, dostupně a to i v akutních případech (Bartůněk, 2016). Aby zdravotnické zařízení mohlo svým P/K nabídnout vysoce kvalitní ošetrovatelskou péči, musí zajistit dostatek kvalifikovaného ošetrovatelského personálu a umožnit mu celoživotní vzdělávání (Brabcová, 2016). Nedílnými podmínkami poskytování kvalitní ošetrovatelské péče jsou technické a organizační zajištění provozu a zajištění kontinuity ošetrovatelské péče (Brabcová, 2016). Mezi základní dimenze kvality ošetrovatelské péče patří bezpečnost, odbornost, vhodnost, přijatelnost, efektivnost, ekonomičnost a dostupnost péče (Škrla, 2003). Kvalita ošetrovatelské péče obsahuje tři vzájemně provázané oblasti, a to strukturu,

proces a výstup ošetrovatelské péče, kdy struktura vyjadřuje zdroje a podmínky péče, proces je dán chronologickým popisem ošetrovatelské péče a výstup představuje kritéria kvality, které vyjadřují žádoucí výslednou hodnotu péče (Gladkij, 2003). Ošetrovatelská péče je nezastupitelná v péči o zdraví člověka. Jedná se o soubor činností, které jsou zaměřené zejména na prevenci, udržení zdraví, podporu a navrácení zdraví (Věstník č. 9 MZČR, 2004). Je velice složitá a citlivá, a její poskytování patří mezi stále více rizikové oblasti zdravotní péče (Majkusová, 2015). Proto by jednotlivá zdravotnická zařízení měla monitorovat a vyhodnocovat její kvalitu. Do praxe by měl být zaváděn Program kontinuálního zvyšování kvality, dále jen Program KZK, který je zaměřen právě na zvyšování kvality. Důvody jeho zavádění jsou sledování, průběžné vyhodnocování a kontinuální zvyšování kvality ošetrovatelské péče (Škrla, 2003). Mezi nástroje programu KZK patří standardizace péče, efektivní systém interních a externích auditů či získání certifikátu kvality. Kvalita je veličina závislá na mnoha proměnných, jako jsou strategie organizace, podniková kultura, pracovní prostředí, finanční, materiální a personální zajištění, pracovní prostředí, úroveň lékařské a ošetrovatelské péče, komunikace a kontrola v organizaci. Informace o kvalitě ošetrovatelské péče zdravotnické zařízení získává od P/K, externích odborníků, z indikátorů kvality a z výsledků auditů. Z výše uvedených čtyř zdrojů jsou nejčastěji využívány indikátory kvality a audity (Brabcová, 2016). Úlohou poskytovatelů zdravotních služeb je standardizovat jednotlivé ošetrovatelské postupy. Standardy, protokoly a klinické doporučené postupy vycházejí z nejnovějších vědeckých poznatků, z české legislativy a odborných společností (Brabcová, 2016). V roce 2004 vznikla koncepce ošetrovatelství ČR, která definuje jednotný postup poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních ČR. Cílem této koncepce je zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči právě pomocí ošetrovatelských standardů, které nám stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení (Věstník č. 9 MZČR, 2004). Ošetrovatelský standard je dohodnutá profesní norma, která nám určuje závaznou úroveň kvality ošetrovatelské péče a zároveň umožňuje objektivní hodnocení poskytované péče (Věstník č. 9 MZČR, 2004). Ošetrovatelské standardy jsou právní předpisy a metodická opatření, které jsou vydávány ve Věstníku MZ ČR, nebo jsou vypracovány ve zdravotnických zařízeních či profesních organizacích. Zdravotnická zařízení jsou povinna tyto standardy, dané právními předpisy, dodržovat a přijmout vlastní ošetrovatelské standardy, které vycházejí z doporučených standardů MZ ČR. Koncepce ošetrovatelství ČR nám také deklaruje povinnost realizovat ošetrovatelský výzkum, který se taktéž zaslouhuje za

poskytování vysoce kvalitní ošetrovatelské péče, která je založená na důkazech (Věstník č. 9 MZČR, 2004). Kvalita ošetrovatelské péče je hodnocena z pohledu lékařů a sester, z pohledu P/K či z pohledu výstupů péče. P/K hodnotí kvalitu poskytované péče na základě spokojenosti s nemocničními službami a přístupu personálu k němu (Majkusová, 2015). Brabcová (2016) dodává, že P/K jsou při hodnocení kvality méně objektivní. Poskytovatel zdravotních služeb má podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách zaveden systém interních auditů, které probíhají proškolenými auditory v celém zdravotnickém zařízení (Brabcová, 2016). Pilotní projekt OECD (2014), který se zabývá studií kvality zdravotní péče, zjistil, že ČR v oblasti zvyšování kvality ošetrovatelské péče dosáhla za poslední desetiletí značných pokroků. Přesto však je stále kladen důraz na oblast zajištění dodržování minimálních ošetrovatelských standardů a snahu o kontinuální zvyšování kvality, která je opomíjena (OECD, 2014). Řízení v oblasti kvality zdravotní péče spoléhá na samoregulaci a jednorázovou akreditaci minimálních standardů (OECD, 2014). Má-li se kvalita poskytované ošetrovatelské péče měřit a hodnotit, je nutné kvalitu definovat dle ošetrovatelských standardů či jiných systémových řídicích dokumentů (Škrla, 2003). Brabcová (2016) dodává, že důležité je nejen kvalitu ošetrovatelské péče měřit, ale především se snažit o její zvýšení tím, že se na výsledné hodnoty bude reagovat a přijímat nápravná a preventivní opatření (Brabcová, 2016). Podle OECD (2014) by se Česká republika, dále jen ČR měla více zapojovat do mezinárodních programů benchmarkingu, který by pro ni mohl být příležitostí ke zkvalitnění zdravotní péče.

1.1.1 Standardizace

V oblasti řízení kvality jsou ošetrovatelské standardy považovány za základ ošetrovatelské praxe. Každá země si vytváří své ošetrovatelské standardy dle vlastních podmínek (Gladkij, 2003). Doporučení týkající se tvorby standardů ošetrovatelské péče v ČR je součástí metodického pokynu Koncepce ošetrovatelství vydaného v roce 2004 (Věstník č. 9 MZČR, 2004). V ekonomicky vyspělých zemích existuje celá řada systémů a modelů zabývajících se standardizací kvality. V České republice jsou nejčastěji používány modely národních akreditačních standardů pod záštitou například společnosti SAK v ČR, nebo modely systému řízení kvality například mezinárodní organizace pro normalizaci ISO (Škrla, 2003). Ošetrovatelské standardy vymezují minimální úroveň poskytované ošetrovatelské péče. Standardy poskytují P/K pocit bezpečí a jistoty. Naopak sestry jsou během ošetrování P/K vystavovány neustále

zvyšujícím se požadavkům na jejich odbornost a zodpovědnost za poskytnutou péči (Majkusová, 2015). Je na ně neustále kladen větší důraz ohledně jejich samostatnosti a autonomie v rozhodování a na jejich zodpovědnost za následky rozhodnutí v péči o P/K. Sestry si také uvědomují svou profesní a smluvní odpovědnost, včetně právní odpovědnosti vůči legislativě, kde je definována jejich činnost (Majkusová, 2015). Ošetřovatelské standardy zároveň chrání sestry před neoprávněným postihem a sestry, pokud dodržely při poskytování péče ošetřovatelský postup dle standardu, dokáží, že postupovaly *lege artis* (Hulková, 2016). Standardy jsou prostředkem k neustálému zvyšování kvality ošetřovatelské péče (Majkusová, 2015). Abychom mohli kvalitu ošetřovatelské péče měřit a určit, do jaké míry bylo standardu dosaženo, byly pro porovnání vytvořeny ukazatele neboli indikátory kvality (Škrla, 2003).

1.1.2 Indikátory kvality

Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která lze porovnat s určitým standardem, směrnici či požadavkem. Indikátory ukazují, jak dalece bylo standardu dosaženo (Brabcová, 2016). Jedná se o kvantitu, která vypovídá o kvalitě. Většinou jsou zaměřeny na negativní neboli nežádoucí jevy, takzvané výstražné sentinelové, chybové ukazatele (Brabcová, 2016). Indikátory musí splňovat určitá kritéria, musejí být smysluplné a my díky nim můžeme změřit pozitivní, či negativní událost. Indikátor je číslo, které se vždy vztahuje k určitému kontextu. Týká se mnoha oblastí. Jednou z oblastí je struktura, kterou je myšlena například kvalifikace sester. Druhá se týká procesů. Procesy můžeme porovnávat s platnými standardy, například úroveň ošetřovatelské péče. Poslední oblast se týká výstupů, mezi které patří například porovnání mobility P/K při příjmu do zdravotnického zařízení s mobilitou téhož P/K při propuštění do domácího prostředí (Škrla, 2003). Cílem sledování indikátorů kvality je dosáhnout specifických indikátorů, které nám pomohou zvýšit kvalitu ošetřovatelské péče (Majkusová, 2015). Indikátory kvality si definují pracovníci zdravotnických služeb, kteří vycházejí ze stanovených priorit a z druhu poskytované ošetřovatelské péče (Škrla, 2003). Indikátorů kvality ošetřovatelské péče je několik a jedním z nich je i prevalence dekubitů (Brabcová, 2016). Pro oblast ošetřovatelství v ČR patří indikátory kvality s jednotnou národní metodikou, která sleduje výskyt pádů a dekubitů u hospitalizovaných P/K. V roce 2014 bylo NRC pověřeno MZ, aby převzalo výsledky projektu „Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetřovatelské péče na národní úrovni“ realizovaného pro kvalitu zdravotní péče MZ. NRC realizuje projekt „Šetření

dekubitů“, ve kterém zajišťuje další vývoj standardizovaných indikátorů kvality ošetrovatelské péče, kde využívá již vypracovanou metodiku prevalenčního sběru dat (Majkusová, 2015). Projekt Šetření dekubitů na národní úrovni řešil kromě efektivity ošetrovatelské péče a zvyšování její kvality také vytvoření metodického a systémového zázemí pro vývoj standardizovaných a efektivních ukazatelů výskytu dekubitů a testování těchto ukazatelů v praxi (ČAS, 2017). Dne 15. 9. 2015 Rada NRC rozhodla o zániku NRC sloučením s CMU ke dni 31. 12. 2015, kdy CMU jako nástupnická organizace se v průběhu ledna 2016 přejmenovala na Kancelář ZP, z.s. Dosavadní činnosti NRC v nástupnické organizaci, včetně sběru dat o dekubitech, jsou i nadále provozovány současnými zaměstnanci (ČAS, 2017). Nedílnou součástí indikátorů kvality ošetrovatelské péče se staly klinické doporučené postupy založené na vědeckých důkazech (Majkusová, 2015).

1.1.3 Ošetrovatelství založené na důkazech

Ošetrovatelství založené na důkazech známé také pod zkratkou EBN je v ČR poměrně novým fenoménem v souvislosti s rozvojem vysokoškolského vzdělávání sester (Jarošová, 2014). Koncept EBN se objevuje v souvislosti s rozvojem medicíny založené na důkazech (EBM) koncem 90. let 20. století. Kolébkou pro EBN jsou zejména Austrálie, Kanada, USA, Velká Británie, kde byla později založena výzkumná centra zabývající se praxí založenou na důkazech (EBP), která souvisí s doporučenými postupy pro praxi (Jarošová, 2014). Ošetrovatelský výzkum se neustále rozvíjí a narůstá. Ročně se celosvětově vydá až dva miliony klinických výzkumů. Při implementaci výsledků do klinické praxe bylo zjištěno několik problémů. Jeden z nich je právě množství klinických publikací, které mohou mít rozdílné závěry výzkumů. Jako další problém se jeví nedostatek času a dovedností sester právě pro vyhodnocení tak velkého množství výsledků, které si často odporují (Davies, 2002). Bez kritického hodnocení těchto výzkumů se mohou sestry cítit bezmocně v rozhodování, který z výzkumů zahrnou do své praxe (Tingle, 2002). EBP vyžaduje od sester schopnost posoudit validitu a význam důkazů před tím, než jej zahrnou do ošetrovatelské péče. Sestry by měly mít schopnosti a dovednosti efektivně disponovat, vyhledávat a kriticky hodnotit kvalitu klinických publikací. Dále by měly sestry být schopny aplikace zjištěných důkazů k aktuálnímu problému do jejich praxe. Sestry ve své praxi většinou využívají tři základní zdroje informací, jako jsou jejich předchozí zkušenosti, informace od P/K či jeho rodiny a následně výsledky výzkumů zahrnující nové informace a

techniky (Majkusová, 2015). Tvorba ošetrovateľských klinických postupů, obohatených o aktuální důkazy, přináší lepší informovanost sester o nejlepší praxi. Sestry jsou vystaveny velké výzvě při zavádění výsledků výzkumu přímo do ošetrovateľské praxe (Craig, 2002). Kromě toho, že dochází k prudkému nárůstu množství a typu dostupných informací, dochází k časovému zpoždění mezi zveřejněním výsledků a jejich využitím v klinické praxi, přičemž opět dochází k zhoršení situace s rostoucími nároky na ošetrovateľskou péči. Problém týkající se rozdílu mezi výzkumem a klinickou praxí by mohl být překonán implementací EBP do řízených dokumentů a standardů, ale i implantace EBP s sebou nese několik problémů, například právě vyhodnocení vědecké kvality výzkumu, hlavně co se týče malých studií, se jeví pro sestry jako problematické (Majkusová, 2015). Dále pak pokud se podaří implementace výsledků výzkumů do řízených dokumentů a standardů, bývá problémem změna ošetrovateľské praxe tak, aby přesně odrážela daný výzkum založený na důkazech (Metheny, 2001). Průkopníkem EBP se stala americká organizace ANA, a to když definovala první skupiny takzvaných citlivých indikátorů kvality ošetrovateľské péče, které se týkají například spokojenosti pacienta s poskytnutou ošetrovateľskou péčí, léčby bolesti, výskytu pádů a výskytu dekubitů a právě tyto indikátory se v oblasti ošetrovateľství staly nedílnou součástí pro tvorbu klinických doporučených postupů založených na vědeckých důkazech (ANA, 2011). ANA (2011) uvádí, že implementace EBP do ošetrovateľské praxe je známkou toho, že se sestra stává lídrem v ošetrovateľské péči o P/K. Základní principy ošetrovateľství a doporučené postupy nás informují o povinnosti a odpovědnosti za měření, hodnocení a zlepšování kvality ošetrovateľské péče (ANA, 2011). Rozvoj ošetrovateľství založené na důkazech je spjato s tvorbou klinických doporučených postupů (Jarošová, 2014).

1.1.4 Klinické doporučené postupy

Klinické doporučené postupy, dále jen KDP, jsou prostředky, kterými využíváme důkazy z EBP. Přesto, že většina vytvořených a hodnocených KDP pochází z medicíny, i sestry o ně projevují zájem jako o prostředky praxe založené na důkazech a snaží se o jejich implementaci do ošetrovateľství. (Majkusová, 2015). KDP by měly, pokud je to možné, být využívány v praxi v rámci hodnocení péče. Sestry by k vývoji či adaptaci na KDP měly zaujímat aktivní roli, pokud tak učiní, přinese jim to pocit sounáležitosti k pokynům a lépe je přijmou, dále jim to umožní lépe definovat specifické postupy, předcházet možným bariérám a usnadnit aplikaci v praxi. Mnoho

sester uvedlo omezený přístup k informačním zdrojům, mezery v dovednostech v práci s literaturou a nedostatek času jako největší překážku v připravenosti a implementaci EBP (Majkusová, 2015). Ve většině vyspělých států je kvalitní ošetrovatelská péče řízena a poskytována pomocí KDP (Jarošová, 2014). Klinické postupy v zahraničí jsou obvykle tvořeny multidisciplinárním týmem, který obvykle spolupracuje s různými institucemi, využívá různé metody a formy zaměřené na koncové uživatele, má definovaný cíl a na rozdíl od českých standardů jsou zpracovávány na základě těch aktuálně nejnovějších výsledků a poznatků publikovaných výzkumů (Wojnarová, 2011). V české ošetrovatelské praxi nejsou do určité míry využívány a realizovány důkazy z výzkumu a systematický vývoj ošetrovatelského výzkumu téměř neexistuje. Výhodné je využít již existující zdroje velkých zahraničních oborových skupin, které se zabývají právě vývojem a adaptací KDP. Mezi první akt využití a zveřejnění zahraničních KDP v oblasti ošetrovatelské péče u nás v ČR patří vydání české verze doporučení (Majkusová, 2015). Jako příklad můžeme zmínit klinická doporučení týkající se dekubitů ve zdravotnických zařízeních: *Prevence a léčba dekubitů - příručka k doporučení pro klinickou praxi* (Heasler, 2014). Tento dokument vznikl v rámci národního projektu STOP dekubitům, který je podporován odborem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů MZ ČR (Hofštetrová, 2018). Odborným garantem tohoto projektu je Česká společnost pro léčbu a sekce hojení ran při České asociaci sester (Hofštetrová, 2018). Sestry se snaží přispět ke zlepšení péče o P/K a udržet při tom profesní odpovědnost, k tomu potřebují zakládat svá rozhodnutí a vykonávat intervence v ošetrovatelské péči podle nejlepších možných výsledků výzkumu. Pro posílení tohoto procesu jsou právě důležitým nástrojem KDP. Pokud dojde k nastavení procesů péče podle KDP, stanou se velmi důležitým aspektem ošetrovatelské a léčebné strategie zvýšení kvality ošetrovatelské péče a řízení rizik v ošetrovatelské praxi. Sestry mají jedinečné postavení hodnotit a sledovat změnu stavu a efekt každodenní péče využitím doporučených postupů v praxi, protože vykonávají až 80 % přímé péče. Toto všechno umožňuje sestry posunout do klíčové pozice rozvoje EBP pro dosažení efektivnější péče (Tingle, 2002). Ošetrovatelské doporučené postupy by měly splňovat několik specifických atributů, například ošetrovatelské postupy by měly být vyvinuty s použitím těch nejkvalitnějších důkazů, měly by být validní a relevantní pro dané pracoviště, všechny zúčastněné strany musejí být při tvorbě zapojeny, měly by být napsány uživatelsky přívětivým jazykem, měly by uvádět jednoznačné definice a jiné (Robertsonová, 2007).

1.1.5 Nežádoucí událost při poskytování ošetrovatelské péče

Nežádoucí události v ošetrovatelské péči jsou za poslední desetiletí velmi diskutovaným tématem. Studie poukazující na možnost poškození P/K chybou zdravotnických pracovníků se začala objevovat v 70. a 80. letech minulého století. Teprve až souhrnná studie *To Err Is human: Building a Safer Health System* dostala otázku poškození P/K během ošetrovatelské péče do popředí celosvětového zájmu (Brabcová, 2016). Dle MZ ČR (2012) k nežádoucím událostem ve vyspělých zdravotnických systémech dochází u hospitalizovaných P/K v 8-12 %, kdy necelé polovině lze předejít. MZ ČR (2012) považuje za nežádoucí událost situaci, která by mohla vyústit či vyústila v tělesné, psychické nebo socioekonomické poškození P/K. Jedná se o událost, při které došlo pouze k riziku poškození nebo přímo k poškození P/K. Nejedná se o poškození způsobené primárním onemocněním P/K, ale o poškození způsobené postupem sester při ošetrování P/K. Poškození P/K chybou či omylem sestry se nazývá sororigenní pochybení. MZ ČR (2012) nežádoucí události klasifikuje do sedmnácti hlavních kategorií, kdy dekubity nalezneme v kategorii patnácté. Nežádoucí události lze dělit dle následků na téměř pochybení: pochybení, kterému bylo na poslední chvíli zabráněno pracovníkem, P/K či jinou osobou. Nežádoucí událost bez následků: Jedná se o pochybení, ke kterému došlo, ale nedošlo k poškození P/K. Pochybení s následky: jedná se o nežádoucí událost, kdy došlo k poškození pacienta (Brabcová, 2016). Nežádoucí události lze dále klasifikovat dle stupně závažnosti fyzického poškození P/K. Nežádoucí události lze dělit na incidenty: jako první lze označit nežádoucí událost, která je zdánlivě bez následků, ale charakter incidentu vyžaduje monitoraci, podobně jako incident, ke kterému došlo, ale proběhl naprosto bez následků. Dalším typem je událost, která měla za následek dočasné poškození P/K a byla nutná jeho hospitalizace, zákrok či operace. Následujícím stupněm je incident, který vedl k ireverzibilnímu poškození P/K, nebo dokonce k jeho úmrtí (Brabcová, 2015). Základní součástí efektivního zdravotního systému je prevence. Zavedením systémových opatření lze mnoha nežádoucím událostem zabránit, přičemž náklady na prevenci jsou mnohem nižší než náklady na způsobené poškození P/K. Výsledky průzkumů naznačují, že národní strategie bezpečnosti hospitalizovaných P/K by měla být perspektivní a že lze určit hierarchii programů a intervencí. Je zapotřebí investovat do základních dlouhodobých programů, jako jsou odborné vzdělávání, zavedení bezpečnostních norem, akreditace a řádná informační infrastruktura (Věstník č. 7 MZ ČR, 2018). Každý zaměstnanec zdravotnického zařízení má povinnost hlásit nežádoucí

událost, ať už elektronickou či písemnou formou. Cílem hlášení nežádoucích událostí není odhalení viníka či jeho potrestání (Brabcová, 2016). Smyslem je evidence nežádoucích událostí, identifikace rizik spojených s poskytováním zdravotnických služeb, prevence nežádoucích událostí, jejich rozpoznání a klasifikace a jednotné posouzení na lokální úrovni, které umožní sledování a hlášení na centrální úrovni (Pokorná, 2016). Centrální systém hlášení nežádoucích událostí SHNU je prvním systémem, který sleduje hlášení nežádoucích událostí u všech poskytovatelů zdravotnických služeb lůžkové zdravotní péče v ČR. SNHU je od 1. 1. 2018 zařazeno do programu statistického zjišťování ČR (Pokorná, 2016). Výsledky analýz nežádoucích událostí sledovaných na centrální úrovni v ČR udávají, že mezi nejčastěji hlášené typy nežádoucích událostí patří právě dekubity (Věstník č. 7 MZ ČR, 2018).

1.1.6 Prevalence a incidence dekubitů v ČR

V ČR k sledování prevalence a incidence dekubitů docházelo velmi nehomogenně. V současnosti nemáme národní standardy ani KDP pro monitorování a prevenci dekubitů. Jednotlivá zdravotnická zařízení si určují vlastní metody formou standardů a pokynů a to velmi nekoordinovaně a nesystematicky. Uvnitř systému jsou informační zdroje, které spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky, dále jen ÚZIS ČR. Dekubity jsou sledovány v databázích: Národní systém hlášení nežádoucích událostí NSHNU a Národní registr hospitalizovaných NRHOSP (Pokorná, 2019). V NRHOSP (2015) byla zaznamenána přítomnost dekubitů u 1 548 pacientů během hospitalizace. Tento údaj je vzhledem k odhadované prevalenci dekubitů v zahraničí velmi pravděpodobně zkreslený. Prevalence dekubitů je na mezinárodní úrovni hlášena v rozmezí 8,8 až 53,2 % a roční výskyt se pohybuje od 7 do 71,6 % (Moore, 2012). Existují však rozdíly ve výskytu u P/K ohrožených rizikem vzniku dekubitů v závislosti na typu oddělení, jak uvádí NRC realizující prevalenční studii, kde je zapojeno deset poskytovatelů zdravotních služeb. Počet P/K ohrožených rizikem vzniku dekubitů je uváděn na chirurgických odděleních v 9,39 %, na interních odděleních v 18,18 %, na jednotkách intenzivní péče v 58,10 % a na odděleních následné péče v 65,06 %. Obdobně rozdílné výsledky jsou uváděny ve vztahu k incidenci dekubitů. Na chirurgických odděleních je incidence uváděna v 1,86 %, na interních odděleních je ve 4,53 %, na jednotkách intenzivní péče v 10,89 % a na odděleních následné péče v 12,87 % (Pokorná, 2019). Z dříve realizovaného systému hlášení nežádoucích událostí bylo za

období 2005-2009 nahlášeno celkem 93 601 nežádoucích událostí a z tohoto celkového počtu 14 861 týkajících se dekubitů (Pokorná, 2019). Z aktuálně fungujícího Systému hlášení nežádoucích událostí bylo za sledované období druhého pololetí roku 2015 celkem nahlášeno 9 115 NU Dekubitus(y) a od 81 poskytovatelů zdravotních služeb, dále jen PZS z celkového počtu 636 773 hospitalizovaných P/K (SHNU, 2015). V prvním pololetí roku 2016 bylo nahlášeno celkem 8 656 NU Dekubitus(y) od 72 PZS s celkovým počtem 563 791 hospitalizovaných P/K (SHNU a, 2016). V druhém pololetí roku 2016 bylo nahlášeno celkem 8 956 NU Dekubitus(y) od 71 PZS s celkovým počtem 593 282 hospitalizovaných P/K (SHNU b, 2016). V prvním pololetí 2017 bylo celkem nahlášeno 9 123 NU Dekubitus(y) od 69 PZS s celkovým počtem 584 042 hospitalizovaných P/K (SHNU, 2017).

1.2 Dekubity

Pro lidské tělo jsou přirozené pohyb a aktivita. Omezení pohybu, takzvaná imobilita, může být způsobena například úrazem, pooperačním stavem, nebo akutním onemocněním. P/K hrozí určitá rizika komplikací v důsledku omezeného pohybu v lůžku. Velmi rizikovou komplikací spojenou s omezeným pohybem v lůžku je právě vznik dekubitů (Workman, 2006). Dekubit je rána, která se dlouhodobě hojí, prodlužuje hospitalizaci P/K a přináší mu značné utrpení (Vytejková, 2011). Jedná se o místní poškození tkáně, která vzniká dlouhodobým působením tlaku na měkké tkáně, které jsou stlačovány mezi pevnou podložkou a kostí (Vytejková, 2011). Dekubity neboli proleženiny, vředy či tlakové léze, jsou obecně rány vyvolané dobou působení tlaku, intenzitou tlaku, celkovým stavem P/K a samozřejmě i zevními vlivy (Mikula, 2008). Rozlišujeme dva typy dekubitů. První typ akutní, jedná se o dekubit vzniklý již během třiceti minut převážně v lůžkových zařízeních u P/K v těžkém stavu. Druhý typ chronický je dekubit, který se vyvíjí během několika dnů až týdnů v důsledku nezajištění kvalitní ošetrovatelské péče (Pejznochová, 2010). Evropský poradní panel, dále jen EPUAP pro dekubity definuje dekubity jako lokalizované poškození kůže a/ nebo podkožní tkáně, obvykle nad kostním výčnělkem, které vzniká v důsledku tlaku v kombinaci se střížným efektem. Se vznikem dekubitu je spojeno také množství dalších faktorů, jejichž význam dosud nebyl objasněn (Heasler, 2014). Vytejková (2015) ve své knize definuje dekubity jako defekty vzniklé na predilekčních místech, které jsou vystaveny působení tlaku podložky. Jsou způsobeny nekrózou kůže, nebo

sliznice, ale také podkožních vrstev, jako jsou vazivo, sval, fascie, šlacha a v těžkých případech i kost.

Pokorná (2012) definuje dekubit jako místní ischemické postižení až nekrózu kůže, podkoží a svalstva. Definice dekubitů existuje jak v české, tak zahraniční literatuře celá řada, avšak nijak se jejich význam neliší (Mikula, 2008). Výskyt dekubitů je jedním z ukazatelů kvality ošetrovatelské péče (Vytejková, 2011).

1.2.1. Místa vzniku dekubitů

Dekubity mohou vznikat na kterémkoli místě lidského těla, nejčastěji však vznikají na tzv. predilekčních místech. Jedná se o místo, kde je kost blízko kožního povrchu a je málo izolována vrstvou podkožního tuku a svalstva (Mikšová, 2006). Dekubit vzniká dlouhodobě působením tlaku na měkké tkáně, které jsou stlačovány mezi pevnou podložkou a kostí (Vytejková, 2011). Predilekční místa se liší v závislosti na poloze P/K, v níž je dlouhodobě uložen. V poloze na zádech se jedná o místa nad kostí týlní, nad trnem sedmého krčního obratle, nad hřebeny lopatek, nad loketními klouby, nad kostí křížovou a nad patními kostmi. V poloze na boku se jedná o místa nad kostí spánkovou, nad ramenním kloubem, nad hřebeny kosti kyčelní, nad velkým chocholíkem, dále nad kolenními klouby a nad kotníky. Predilekční místa v poloze na břiše se nacházejí nad lícími kostmi, na uchu, nad hřebeny kosti kyčelních, nad koleny a nad palci (Mikšová, 2006). Důležité je podotknout, že dekubity nevznikají pouze v oblasti výše uvedených predilekčních míst, ale vyskytují se i na sliznicích (Maďar, 2006).

1.2.2 Mechanismus vzniku dekubitů

Pokud působí vysoký tlak na měkké tkáně, tak automaticky přijde úleva změnou polohy. Během doby odlehčení od působícího tlaku dojde fyziologicky k roztažení cév a opětovnému okysličení tkáně (Mikula, 2008). Vznik dekubitu závisí na velikosti kontaktního tlaku schopného uzavřít cévy, který závisí na tlaku krve nebo lymfy, které v nich proudí. Tento tlak se měří v mm Hg. Pokud je intenzita tlaku působící na tkáň vyšší než krevní tlak v kapilárách, tj. 32 mm Hg, dochází k zástavě krevního řečiště, a tím k poškození až odumření tkáně. Tato hodnota kontaktního tlaku byla v minulosti považována za univerzálně platnou hranici, avšak nejnovější studie prokazují, že tomu tak není. Výzkumné měření tlaků v kůži bylo provedeno zdravým dobrovolníkům a

bylo zjištěno, že rozsah tlaků v kapilárách může být rozdílný. Poslední studie však naznačují, že průměrný nejnižší pracovní tlak v celém kapilárním loži je 17 mm Hg, zatímco klinické zkušenosti ukazují, že povrchový tlak, který je nižší než 20-30 mm Hg, umožňuje kontinuální průtok kapilárami, a tím zabraňuje vzniku ischemie, odumírání buněk a nekróze. Tyto údaje se však mění v závislosti na celkovém stavu P/K. V některých případech mohou být i podstatně nižší. U oslabených, hypotenzních P/K je regulace krevního toku ve tkáních pouze částečně efektivní, to může znamenat možnost poškození tkání působením relativně nízkých vnějších tlaků. Z toho vyplývá, že v odolnosti proti působení tlaku existují značné rozdíly, a v tom případě hodnotu tlaku 32 mm Hg není možné považovat za univerzální hranici (Mikula, 2008).

1.2.3 Faktory ovlivňující vznik dekubitů

Na vzniku dekubitů se podílí několik zevních a vnitřních faktorů. Mezi zevní faktory ovlivňující vznik dekubitů řadíme: Intenzitu a dobu působení tlaku, kdy ke vzniku dekubitů stačí krátkodobé působení vysokých kontaktních tlaků, nebo dlouhodobé působení nízkého kontaktního tlaku (Mikula, 2008). Riebelová (1992) uvedla, že v extrémních případech, zvláště u P/K v kritických stavech, mohou dekubity vzniknout už po 20 až 30 minutách. Při poškození nervových funkcí se odolnost na tlak výrazně snižuje (Mikula, 2008). Dalším faktorem jsou mechanické vlivy. Mezi nejzávažnější mechanické vlivy řadíme třecí a střižné síly (Mikula, 2008). Kdy tření je síla působící souběžně s kůží (Mikšová, 2006). Například při nesprávné manipulaci s P/K v lůžku (Mikula, 2008), kdy dochází k odírání kůže o prostěradlo, a tím se stává kůže náchylnější ke vzniku dekubitů (Mikšová, 2006). Dále pak stříhové namáhání vzniká kombinací působení tlaku a tření. Jedná se o sílu, která působí na rozhraní povrchových a hlubokých tkání, a tím dochází k poškození krevního řečiště v dané oblasti. Tato síla nejčastěji působí, pokud je P/K ve Fowlerově poloze (Mikšová, 2006). Jako poslední, mezi zevní faktory řadíme chemické vlivy, kdy dochází k maceraci kůže. Znamená to, že dochází ke změkčení a rozkladu povrchové vrstvy kůže, a tím je kůže méně odolná vůči infekci a mechanickým vlivům. Jedná se o působení potu při horečnatých stavech, dále působení moči a stolice u inkontinentních P/K (Mikula, 2008). Mezi vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů řadíme: Odolnost tkáně vůči tlaku, kdy vzhledem ke své anatomické stavbě má nejmenší odolnost tuková tkáň. O něco málo odolnější je pak svalstvo. Nejvíce odolné působení tlaku z měkkých tkání je vazivo a kůže (Mikula, 2008). Dalším vnitřním faktorem je pohlaví (Mikula, 2008).

Ženy jsou na vznik dekubitů náchylnější než muži, protože u žen jsou tukové vrstvy často silnější (Mikšová, 2006). Dále pak věk. U starších lidí je snížena pevnost elasticity kůže, proto je křehčí a zranitelnější. U seniorů je 20krát vyšší riziko vzniku dekubitů než u 20-40letých lidí. Dále tělesná hmotnost. Jakákoli odchylka od ideální váhy, ať už směrem dolů, nebo nahoru zvyšuje riziko vzniku dekubitů. U vyhublých P/K je to z důvodu malé vrstvy tuku, která chrání svaly před účinkem tlaku. U obézních z důvodu vysoké vrstvy tuku a obtížného polohování (Mikula, 2008). Dalším vnitřním faktorem je hybnost. P/K může z různých příčin ztratit schopnost spontánního pohybu ke snížení tlaku. Mezi tyto příčiny patří např. anestezie, bezvědomí, poškození mozku a nervů. Dále pak cévní faktory. Jakákoli porucha toku či objemu krve snižuje odolnost kůže, např. šok, anémie, cévní poruchy. Dále je nutné zmínit nedostatečnou výživu a dehydrataci jako vnitřní rizikový faktor ovlivňující vznik dekubitů. V neposlední řadě je nutné zmínit inkontinenci, která taktéž spadá do vnitřních rizikových faktorů (Mikula, 2008).

1.2.4 Klasifikace dekubitů

Pro prevenci, klasifikaci, diagnostiku a léčbu dekubitů je důležité posouzení stavu kůže a přilehlých tkání. Toto posouzení by mělo proběhnout maximálně do osmi hodin po přijetí P/K na oddělení, kdy sestra provede vyšetření P/K od hlavy až k patě (Heasler, 2014). Zaměřit by se měla hlavně na problematické oblasti nad kostními výčnělky, sakrální oblast, sedací kosti, oblast velkého trochanteru a pat. Samozřejmě je nutné, aby sestra posoudila stav kůže u P/K, který je ohrožen rizikem vzniku dekubitů, viz kapitola 1.2.5 Riziko vzniku dekubitů. Pro včasné zachycení známky vzniku dekubitu je nutné, aby kůži pravidelně kontrolovala. Příležitost pro rychlé zhodnocení stavu kůže je při každém polohování P/K. Pokud sestra zachytí při polohování zarudnutí kůže, měla by zjistit, zda po stlačení místo zbledne, či nikoli, dále posuzuje teplotu kůže, otoky, změnu konzistence kůže, například vznik zatvrdlin v porovnání s okolními tkáněmi (Heasler, 2014). Pokud dojde ke zhoršení celkového stavu P/K, sestra by měla kontrolovat kůži častěji. Také změny v objemu tekutin či hypoproteinémie způsobují otoky, které vyvíjejí v místě větší tlak na kůži, a tím může dojít ke vzniku dekubitů (Heasler, 2014). Pokud je P/K ve stavu, kdy je schopen adekvátně reagovat, neměli bychom opomenout pocitění bolesti či diskomfortu v posuzované oblasti, které by mohly souviset s poškozením kůže. Samozřejmě by sestra neměla opomenout posuzování stavu kůže ani při propouštění P/K (Heasler, 2014). Pro klinické hodnocení

dekubitů je velmi důležité vědět, že tlakové léze postupují z hlubokých vrstev tkání směrem nahoru na povrch kůže. Nikdy tomu není naopak. Z tohoto důvodu nesmíme zanedbat ani nepatrné známky poškození na povrchu kůže, protože i nepatrné známky mohou znamenat již rozsáhlé a hluboké poškození tkání ve spodních vrstvách (Mikula, 2008). Je třeba mít na paměti, že se dekubity tvoří u každého P/K jinak dlouhou dobu a každý P/K může mít částečně odlišný průběh tvorby dekubitů (Mikula, 2008). Dále je třeba umět odlišit dekubit od rány jiného druhu, například od otevřené rány, jako je bércový vřed, od opruzeniny spojené či stržení pergamenové kůže (Heasler, 2014). Je třeba také brát v úvahu, že u P/K s tmavou pleť jsou počínající dekubity těžko detekovatelné, je potřeba nespolehat pouze na vyšetření pohledem (Heasler, 2014). Pro praxi je velmi důležité, aby každá sestra uměla velmi dobře ovládat klasifikaci dekubitů (Mikula, 2008). Systém klasifikace dekubitů umožňuje popsat rozsah poškození kůže či dalších tkání, které se projevují jako dekubity (Heasler, 2014). Klasifikací dekubitů je nepřeberné množství, v ČR se nejčastěji využívá klasifikace dle Hibbsové, avšak mezi nejnovější a doporučované patří Mezinárodní systém klasifikace dekubitů NPUAP/EPUAP. Evropský poradní panel pro dekubity, dále jen EPUAP, rozlišuje čtyři základní stupně dekubitů, kde je rozhodující hloubka postižení tkáně, nikoli charakter kožního krytu na povrchu dekubitu a dva stupně přechodné (Heasler, 2014). Do základní klasifikace řadíme dekubity prvního až čtvrtého stupně a do přechodné klasifikace řadíme dekubity bez určení stupně a podezření na hluboké poškození tkání.

Dekubit prvního stupně je charakteristický zarudnutím kůže, neblednoucí hyperémií, erytémem (Heasler, 2014). Jedná se o neporušenou kůži s lokálním neblednoucím zarudnutím, většinou se vyskytujícím nad kostním výčnělkem. Od okolní tkáně můžeme pozorovat barevné odlišení. Místo dekubitu může být bolestivé, měkké, tvrdé, teplé nebo chladné opět ve srovnání s okolní tkání. Dekubit prvního stupně nemusí být u lidí s tmavší pleť dobře určitelný, je-li kůže tmavě pigmentovaná, nemusí být změna barvy kůže viditelná (Heasler, 2014).

Dekubit druhého stupně je charakteristický částečnou ztrátou kožního krytu, která se může projevovat několika způsoby. Buď jako mělký vřed se spodinou růžovočervené barvy, která není povleklá, nebo jako neporušený nebo prasklý puchýř naplněný serózní tekutinou, jako další projev lze označit lesklý nebo suchý mělký vřed bez povlaku či zhmoždění, které bývá často ve formě modřiny či podlitiny ukazující namožené poškození hluboké tkáně (Heasler, 2014). Strženou kůži, perineální dermatitidu,

maceraci, exkoriaci, nebo poškození kůže náplastí nelze označovat jako dekubitus druhého stupně (Heasler, 2014).

Dekubit třetího stupně je charakteristický úplnou ztrátou kožního krytu. U tohoto stupně je možné na spodině vidět podkožní tuk. Svaly, šlachy a kosti nejsou odhalené. Může být přítomen povlak, který však nezabraňuje hodnocení hloubky rány. Také je zde možné vidět takzvané podminování a sinusy (Heasler, 2014). U dekubitu třetího stupně se hloubka rány liší místem, kde se dekubit vyskytuje, např. hřbet nosu, ucho, zátylí a kotník nemají podkožní tkáň, a tím pádem může být dekubit mělký. Naopak oblasti s velkým množstvím tukové tkáně mohou vytvářet dekubity velmi hluboké (Heasler, 2014).

Dekubit čtvrtého stupně je charakteristický úplnou ztrátou kůže a podkoží. U tohoto stupně můžeme vidět obnažené svaly, šlachy a kosti. Na spodině dekubitu může být přítomný povlak či černá krusta, dále je zde přítomné podminování a sinusy (Heasler, 2014). Tento stupeň dekubitu může způsobit osteomyelitidu z důvodu, šíření dekubitu do svalu a pojivových tkání, např. mohou být zasaženy fascie, šlachy či kloubní pouzdra. Kost či šlacha je u tohoto stupně viditelná, nebo přímo hmatná (Heasler, 2014).

Dekubitus bez určení stupně, kdy je neznámá hloubka rány. U tohoto stupně dekubitu dochází k úplné ztrátě tkáně s přítomným žlutým, zeleným, šedým, bronzovým, či hnědým povlakem pokrývajícím spodinu rány. Na spodině rány může být přítomna také nekróza bronzové, hnědé či černé barvy (Heasler, 2014). Abychom mohli hloubku a stupeň dekubitu určit, je potřeba odstranit dostatečné množství povlaku či nekrózy, které spodinu dekubitu pokrývají (Heasler, 2014). Nekróza vyskytující se na patách bývá stabilní, to znamená suchá, adherentní, neporušená a bez přítomnosti zarudnutí a slouží jako „přirozený“ biologický kryt těla a v tomto případě by se neměla odstraňovat (Heasler, 2014).

Podezření na hluboké poškození tkání, kdy není známa hloubka dekubitu. Příčinou tohoto poškození měkkých tkání je působení tlaku nebo střížného efektu. Lokalizovaná oblast má fialovou či tmavě červenou barvu. Kůže není porušena, může však být přítomen puchýř naplněný krví. Postižená oblast může být tuhá nebo měkká, teplejší či chladnější než okolní tkáň a také může být bolestivá (Heasler, 2014). U P/K s tmavší pletí může být toto poškození obtížně rozpoznatelné. Může začít vznikem malého puchýře nacházejícího se nad tmavou spodinou dekubitu, který se dále vyvíjí a může

být pokryt i tenkou krustou. Dokonce i přes optimální léčbu dekubitů se může dále rozvíjet a odhalovat další vrstvy tkání (Heasler, 2014).

1.2.5 Riziko vzniku dekubitů

Povinností sestry je vyhodnotit riziko vzniku dekubitů do dvaceti čtyř hodin od příjmu P/K na oddělení (Maďar, 2006). Dále hodnocení sestra provádí v pravidelných intervalech či při jakékoli změně zdravotního stavu P/K. Hodnocení rizika vzniku dekubitů je doporučováno provádět maximálně jednou denně a minimálně jednou týdně (Mikula, 2008). Hodnocení rizika vzniku dekubitů je součástí ošetrovatelské dokumentace (Kapounová, 2007). P/K přijatý na oddělení je řazen do kategorií dle vyhlášky MZ ČR č. 101/2002 Sb. a je u něho hodnoceno riziko vzniku dekubitů. P/K hospitalizovaní na ARO jsou vedení vždy jako riziková (Maďar, 2006). Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů existuje řada hodnotících škál. V zahraničí bylo popsáno sedmnáct různých hodnotících škál, nepoužívanější jsou však Nortonová, Bradenová, Waterlova (Mikula, 2008). V ČR je nejčastěji používána Nortonová, kde hodnotíme schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, přidružená onemocnění, fyzický stav, vědomí, mobilitu, aktivitu a inkontinenci (Šeflová, 2016). Doporučuje se nespoléhat pouze na jednu hodnotící škálu, ale kombinace s některými dalšími (Heasler, 2014). V ČR se v praxi osvědčila kombinace s testem základních všedních činností dle Barthelové, kde hodnotíme schopnost P/K najedení, obléknutí, koupání, osobní hygieny, kontinenci moči a stolice, použití WC, schopnost přesunu z lůžka na židli, chůzi po rovině či po schodech. P/K, u kterého bude zjištěna vysoká závislost na druhé osobě, bude zároveň ve vysokém riziku vzniku dekubitů (Šeflová, 2016). Hodnotící škály nám umožňují zavést u rizikových P/K včasná preventivní opatření, ať už použijeme jakoukoli škálu, nejdůležitější je věnovat P/K tu nejkvalitnější ošetrovatelskou péči (Mikula, 2008).

1.2.6 Prevence dekubitů

Vzhledem k tomu, že jsme se seznámili s příčinami vzniku dekubitů, viz kapitola 1.2.3 Faktory ovlivňující vznik dekubitů, musíme také vědět, jak jim předcházet (Mikula, 2008). Kvalitní ošetrovatelská péče ve zdravotnickém zařízení má zásadní význam v prevenci dekubitů. Aby byla tato péče opravdu kvalitní, musí být komplexní, koordinovaná, kontinuální a ošetrovatelský tým musí dobře spolupracovat (Mikula, 2008). Preventivní opatření se zaměřuje na zajištění všech potřeb P/K včetně

psychických a sociálních potřeb a nedílnou součástí je i spolupráce rodiny (Mikula, 2008). Sestra při ošetřování P/K postupuje metodou ošetrovatelského procesu, kdy ke každému P/K přistupuje individuálně s ohledem na jeho zdravotní stav a specifické potřeby (Tóthová, 2014).

Historie prevence dekubitů - Pokud se podíváme hluboko do minulosti, zjistíme, že prevence dekubitů patřila mezi nejstarší preventivní metody v práci sestry. Už Florence Nightingelová (1874) zmínila ve své první učebnici problematiku dekubitů a jejich prevenci. Kladla důraz na to, aby se P/K neproležel a popisuje některé faktory ovlivňující vznik dekubitů, jako jsou například příliš měkká podložka, vlhkost a teplo, které se v ní zdržuje. Florence Nightingelová doporučovala použití měkké jelení kůže, která se vložila mezi podložku a prostěradlo (Nightingelová, 1874). Další zmínku o dekubitech můžeme najít v učebnici T. Billrotha (1902), který popsal dva typy dekubitů. Prvním typem popisuje dekubity v okolí lopatek, loktů a kostrče (Billroth, 1902). Druhý typ popisuje jako dekubit sněživý, který vzniká například při onemocnění tyfem, při poruše míchy či při těžkém zánětu plic, kdy P/K najdeme s modročervenou skvrnou v okolí kostrče. Tento typ dekubitu je dle Billrotha důkaz, že v žilách obíhá krev jen s malou silou (Billroth, 1902). Billroth doporučoval jako preventivní opatření podkládat postižené místo žíněným polštářkem, popisuje zde také použití věnečků k sezení, polštářů potaženými měkkou kůží, nebo použití kaučukových pomůcek, které se plnily vodou či vzduchem, zmiňuje také japonské polštáře z polakovaného papíru. Billroth kladl důraz na to, aby P/K neleželi přímo na polštářích, ale aby polštáře byly překryty podložkou (Billroth, 1902). Dále Billroth ve své učebnici uvádí, že pokud sestra objeví u P/K dekubit, aby postižené místo podložila přiměřeně velkým polštářem, který sama ušije do požadované šířky a délky, jako vycpávka těchto polštářů poslouží vata, bavlna, žíně či koudel. V této učebnici se objevují také první zmínky o preventivním polohování P/K na boky (Billroth, 1902). Šlechtická (1929) popsala nové možnosti v prevenci dekubitů, které spočívaly v zavěšování končetin na širokých plátěných pásech. Také zmínila podkládání pat věnečky vyrobenými z vaty a obinadel. V její knize se také dočteme o takzvaném převalování P/K, které se v této době hojně využívalo. Také se začalo s polohováním P/K na břicho. Šlechtická (1929) upozorňuje na fyzickou náročnost polohování pro sestry. V 50. letech 20. století se k podkládání predilekčních míst používaly gumové žíněčky a podložní kola. Sestry v této době neměly dostatek antidekubitních pomůcek, a tak byly nuceny improvizovat výrobou těchto pomůcek například z vaty, otruby, žíně, či peří, kterými naplnily staré bílé

punčochy a sešily do tvaru kola. Také využívaly staré duše z pneumatik, které povlékaly do flanelových povlaků. Také se používaly kolébky vyrobené z obruče od sudu, nebo dřevěných kol na hraní jako pomůcky k ochraně před tlakem z pokrývek. Dále jako improvizaci sestry využívaly u sedících pacientů v lůžku opěradlo ze židle, kufr, či podomácku vyrobený rám (Roušarová, 1947). V 60. letech Pacovský ve své první učebnici zmiňuje vlhkoměry a teploměry, které se vkládaly přímo pod P/K, nebo byly zabudovány do speciálních žíněnek. Tyto pomůcky byly citlivé na vlhko, jakmile se P/K pomočil či pokálel, upozornily sestry. V této učebnici je také zmínka o plenkových kalhotkách, elektricky prohříváných pěnových podložkách z PVC, které měly za úkol rychle odpařit moč. Pacovský dále kladl důraz na lůžko P/K, které má být vždy čisté, suché, celistvé a vždy vypnuté (Pacovský, 1961). Ve své druhé učebnici zmiňuje použití zvedáků. Dále popisuje systematické polohování po dvou až třech hodinách a u paraplegických P/K už po patnácti minutách. Pacovský dále popisuje, že polohování P/K představuje pro sestru velikou zátěž a to hlavně, pokud se jedná o P/K plegické a oběžní (Pacovský, 1965). Rozsypalová ve své knize popisuje jako prevenci dekubitů ozařování horským sluncem (Rozsypalová, 1966). Staňková (1984) zmínila vliv omezeného pohybu P/K v lůžku na vznik dekubitů a popsala nové antidekubitární pomůcky, které byly vhodné práť v pračce jako například i v dnešní době používaná dekuba (Staňková, 1984). Neuwirth (1988) popsal aplikace tepla a chladu na predilekční místa. K aplikaci tepla používal fén a k aplikaci chladu vaky s ledem (Neuwirth, 1988).

Polohování - I v současnosti platí, že polohování je základním a nejúčinnějším prostředkem v prevenci dekubitů (Mikula, 2008). U P/K upoutaných na lůžko z různých důvodů je třeba uplatnit některá opatření, která působí proti vzniku nežádoucí události, jako je právě vznik dekubitu (Mikšová, 2006). Pravidelným polohováním zkracujeme dobu působení tlaku na tkáň tak, aby tlak nepřekročil prahovou hodnotu. Interval mezi změnami polohy se řídí dle aktuálního stavu P/K. Mikula (2008) uvádí, že polohování u P/K by mělo probíhat v intervalech od třiceti minut do jedné až dvou hodin. Sestra by měla vypracovat plán polohování. Správným a pravidelným polohováním sestra zabraňuje vzniku dekubitu. Musí mít na paměti, že každá poloha pro P/K musí být bezpečná. Sestra by měla polohovat P/K v průběhu dvaceti čtyř hodin po dvou až třech hodinách, samozřejmě záleží na zdravotním stavu P/K (Kapounová, 2007). Každou změnu polohy P/K zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. Možné je použití polohovacích hodin (Pokorná, 2012). Vhodné je i mikropolohování, to znamená, že sestra polohuje P/K na bok s mírným naklopením cca dvacet až třicet stupňů (Šeflová,

2016). Při každém polohování by sestra měla kontrolovat stav kůže, obzvláště predilekční místa a případné změny na kůži zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace (Workman, 2006). Sestra by při polohování měla s P/K zacházet šetrně a měla by se snažit předcházet zranění či poškození kůže třením a střížnou silou. Při polohování kontroluje a upravuje lůžko, tak aby P/K ležel na čistém, vypnutém lůžku. Pozor by měla sestra dávat i na předměty spadlých do lůžka (Vytejková, 2015).

Hygienická péče o kůži a genitál - Dále by sestra měla zajišťovat individuální hygienickou péči dle potřeb P/K (Vytejková, 2015). Zvláště citlivá na poškození je perineální oblast (Šeflová, 2016). Zvláště u inkontinence moči a stolice by měly být okamžitě nečistoty odstraněny, protože moč a stolice působí jako chemické dráždidlo kůže (Pokorná, 2012). Inkontinenci moče lze přechodně řešit zavedením permanentního močového katetru, dále jen PMK. Jako řešení samovolného odchodu stolice či průjmu kromě komplexní terapie lze využít permanentního rektálního katetru, který má však kromě indikací také své kontraindikace. Neměli bychom zapomínat, že u ležících žen může poškození kůže způsobit i vaginální sekret (Šeflová, 2016). Při mytí nemocného by sestra měla používat teplou vodu okolo třiceti sedmi až čtyřiceti stupňů (Vytejková, 2015). V hygienické péči o pokožku a genitál není vhodné používat dráždivé mycí prostředky, jako je mýdlo, vhodné je použití mycích emulzí (Pokorná, 2012). V praxi jsou také velmi oblíbené čistící pěny, které není nutno oplachovat vodou. K šetrné hygieně jsou také vhodné jednorázové napuštěné žínky (Šeflová, 2016). Při vysoušení kůže není vhodné tření ručníku o pokožku (Pokorná, 2012). Pokorná (2012) doporučuje použití zvlhčujících prostředků na kůži a Vytejková (2015) doporučuje ještě přípravky promašťující. Šeflová (2016) nedoporučuje použití pasty z důvodů nutnosti nanášení vyšších vrstev. Pasty mění barvu kůže a to i po jejím odstranění, znamená to, že znemožňují odhalení prvních známek dekubitů, navíc se odstraňují velice obtížně a hrozí tak riziko poškození kůže, v neposlední řadě mají tendenci kůži vysušovat. Dle Vytejkové (2015) není vhodné pro péči o kůži použití zásypu z důvodů tvoření žmolků a možného zdroje infekce. Dále není doporučováno použití u rizikových P/K mentolových či kafrových emulzí z důvodu dráždivých účinků na kůži, které způsobují místní překrvení horních vrstev kůže. To samé platí i u používání hřejivých emulzí, které zvyšují teplotu kůže, zrychlují metabolismus, navozují pocení, a tím snižují toleranci tkání vůči působení tlaku (Šeflová, 2016).

Masáž kůže - Vytejková (2015) uvádí jako preventivní opatření, že sestra může provádět jemnou masáž s promazáním predilekčních míst, ale pouze v případě, pokud je

kůže bez známek začervení. Toto tvrzení je však v rozporu s Pokornou (2012), která uvádí zákaz masírování predilekčních míst i bez známek dekubitu. K tomu se přidává i Mikula (2008), který uvádí, že se nikdy nemasírují místa se slabou tukovou či svalovou vrstvou, kde hrozí poškození hlubokých tkání. Vytejková (2015) dále doporučuje poklepovou masáž, která je více účinná.

Výživa a hydratace - Důležité v prevenci dekubitů je zajištění optimální výživy a hydratace P/K, zejména u kachektických a obézních (Vytejková, 2015). Sestra spolupracuje s lékařem a nutričním terapeutem a podílí se na zajištění optimální výživy a energetického přísunu dle stavu P/K (Vytejková, 2015). Výživa je důležitá nejen v prevenci, ale i léčbě celé řady stavů (Vytejková, 2013). U P/K v akutních a kritických stavech je výživa zajištěna parenterální cestou a umělou enterální výživou do nazogastrické sondy, dále jen NGS (Kapounová, 2007). Je třeba počítat s vyšší energetickou spotřebou a je vhodné zajistit vyšší přísun mikronutrientů a antioxidantů, které hrají v hojení významnou roli. Na trhu jsou vyvinuty speciální výrobky, které ve zvýšené míře obsahují potřebné množství bílkovin, arganinu, zinku, vitamínu C a vitamínu E. Tyto přípravky jsou vhodné jak k popíjení takzvanému sippingu, tak k podávání do NGS (Grofová, 2007). Přípravky vhodné pro P/K dlouhodobě upoutané na lůžko nebo s dekubity jsou například Cubitan, Cubison, Nutrison Multi Fibre a další (Nutricia, © 2019). Sestra by měla zajistit P/K dostatečný přísun tekutin (Vytejková, 2015). V intenzivní péči je příjem tekutin, pokud P/K stav nedovoluje přirozeně perorální cestou, zajištěn infuzní terapií (Kapounová, 2007). Sestra sleduje a zapisuje příjem tekutin během dvaceti čtyř hodin (Vytejková, 2015).

Lůžko a antidekubitní pomůcky - V prevenci dekubitů hraje roli také lůžko P/K. V intenzivní péči jsou využívána speciální lůžka, která se od těch standardních liší konstrukcí a vybavením. Tato lůžka jsou elektronicky polohovatelná a lze využít i funkci náklonu lůžka do stran, což usnadňuje polohování a ošetřování P/K (Vytejková, 2011). Má-li P/K velkou hmotnost, je polohování pro sestry velmi fyzicky náročné (Mikula, 2008). Významnými pomocníky v prevenci dekubitů jsou antidekubitní pomůcky, které slouží k odstranění nebo zmírnění tlaku působícího na predilekční místa. V současnosti je k dispozici nepřeberné množství těchto pomůcek. Vyrábí se z různých materiálů, v různých velikostech a tvarech. Mezi antidekubitní pomůcky řadíme podložky například vyrobené ze syntetického rouna, takzvaná dekuba (Mikšová, 2006). Dále důležitou antidekubitní pomůckou je matrace. Pasivní antidekubitní matrace umožňuje P/K dokonalé rozložení celkové váhy P/K, a tím nedochází

k utlačování predilekčních míst (Kapounová, 2007). Většinou jsou vyrobené z molitanu nebo paměťové pěny, mohou být hladké, vroubkované nebo s vrcholky připomínající plato na vajíčka. Méně používané jsou matrace gelové či vodní (Kapounová, 2007). Aktivní matrace je vybavena externím napájením, které umožňuje změny tlaků v matraci, jedná se například o komorovou vzduchovou matraci (Pokorná, 2019). Hlavním principem těchto matrací je střídavé odlehčování predilekčních míst (Kapounová, 2007). Další antidekubitní pomůcky jsou pomůcky určené k polohování, jsou vyrobené ze studené pěny či syntetického rouna uložené v omyvatelném, dezinfikovatelném, paropropustném obalu, například různé klíny, opěrky, chrániče na lokty a paty. Další polohovací pomůcky jsou bavlněné, flanelové nebo omyvatelné pomůcky naplněné perličkami vyrobenými z polystyrenu. Výhodami těchto perliček jsou jejich pohyblivost a dokonalá přizpůsobivost. V neposlední řadě jsou i pomůcky gelové a nafukovací (Pokorná, 2019). Pokorná (2019) nedoporučuje používat antidekubitní podložní kolečka s otvorem, věnečky a koblihové pomůcky, protože okraje těchto pomůcek působí velký tlak na poškozené tkáň.

Zdravotnické prostředky a invazivní vstupy - Riziko vzniku dekubitů je spojeno s používáním různých zdravotnických prostředků. Jedná se zejména o kanyly, katétry, šňůry od přístrojů, hadičky apod. (Šeflová, 2016). V intenzivní péči jsou nejčastěji zajištěny dýchací cesty endotracheální kanylou (Šamánková, 2011). Endotracheální kanyla, dále jen ETK vyžaduje citlivou ošetrovatelskou péči. Je nutné, aby sestra v rámci prevence dekubitů kontrolovala utěsnění obstrukční manžety, tak, aby plnila svůj účel, ale zároveň, aby nedocházelo k otlakům a dekubitům na sliznici. Aby tlak v těsnící manžetě nepřesáhl tlak v kapilárách ve sliznici trachey, je potřeba, aby sestra pravidelně minimálně každé čtyři hodiny tlak v manžetě kontrolovala a udržovala v rozmezí dvacet až dvacet pět mm Hg (Bartůněk, 2016). K měření tlaku v obstrukční manžetě slouží pomůcka zvaná manometr (Streitová, 2015). Manometr slouží i k případnému dofouknutí, či ufouknutí obstrukční manžety (Bartůněk, 2016). Dekubity se mohou vytvořit i v oblasti rtů, ústních koutků a dutiny ústní. Z tohoto důvodu je nutné, aby sestra dbala na správnou fixaci tracheální kanyly, k fixaci je možné použít náplast, pevný textilní popruh či pomůcky přímo určené k tomuto účelu (Bartůněk, 2016). Sestra by měla v rámci prevence dekubitů v oblasti ústního koutku měnit polohu ETK každý den ráno při hygieně P/K (Kapounová, 2007). P/K se zajištěnými dýchacími cestami mívají zpravidla zavedenou i NGS, která je opět spojena s rizikem vzniku dekubitů (Bartůněk, 2016). NGS musí být fixována pevně, aby nedošlo k jejímu

vytažení, ale zároveň nesmí být fixována natolik těsně, aby nevytvářela dekubity na nosním křídle. Možnosti uchycení sondy jsou buď k nosnímu křídlu, k hornímu rtu, nebo pomocí speciální pěny v nosním průduchu. NGS také neustále dráždí nosní sliznici, a proto je vhodné střídát její pozice (Šamánková, 2011). Dalším invazivním vstupem spojeným se vznikem dekubitů je PMK, který je na oddělení intenzivní péče součástí standardní ošetrovatelské péče (Kapounová, 2007). U PMK v rámci prevence dekubitů je nutné udržovat řádnou hygienu v oblasti genitálu, používat katetry co nejúžšího průměru, PMK ponechávat pouze po nezbytně nutnou dobu (Vytejková, 2013). U ležících P/K PMK nikdy nevedeme pod stehnem, aby nedošlo k možným otlakům (Vytejková, 2013). Rektální katetr, který je využíván u ležících, imobilních P/K s tekutou či polotekutou stolicí. Na jednu stranu je obrovským pomocníkem v prevenci dekubitů a pomáhá i při ošetřování a léčbě již vzniklých defektů. Chrání P/K před inkontinencí řídké stolice, a tím zajišťuje bezpečnou ochranu pokožky, na druhou stranu je nutné provádět správnou péči o tento katetr, aby nedošlo k možným nežádoucím otlakům v oblasti retenčního balkonku, který zajišťuje fixaci katetru v rektu. V rámci prevence otlaků je nutno dodržovat pokyny dané výrobcem, retenční balonek by sestra neměla plnit více jak čtyřiceti pěti ml fyziologického roztoku. Dále by v rámci prevence neměl být katetr v rektu umístěn déle jak dvacet devět po sobě jdoucích dní (Convatec, © 2019).

Moderní profylaktické materiály - Součástí preventivních opatření je také použití speciálního profylaktického neboli preventivního krytí, které významným způsobem dokáže snížit a oddálit vznik dekubitů. Toto preventivní krytí je vhodné u nejrizikovějších P/K (Molnlycke, © 2019). Preventivní krytí se liší v jejich kvalitě, proto je důležité vybrat takové krytí, které odpovídá klinickému stavu P/K a jeho potřebám (Haesler, 2014). Preventivní krytí je na trhu v různých velikostech a tvarech pro různé části těla, například Mepilex® Border Sacrum pro křížovou oblast a Mepilex® Border Heel pro paty, které lze využít nejen v prevenci vzniku dekubitů, ale i k efektivní léčbě již vzniklého dekubitu. Výhodou těchto materiálů je vrstva měkkého silikonu se Safetac® technologií, která eliminuje bolest během převazu i mimo něj (Molnlycke, © 2019). Preventivní krytí však nenahrazují potřebu posouzení stavu kůže, z těchto důvodů jsou vytvořeny tak, aby umožnily její pravidelnou kontrolu, aniž by způsobovaly podráždění kůže (Haesler, 2014).

Časná aktivizace a mobilizace - P/K, kteří jsou upoutáni na lůžko, by měli být aktivizováni a mobilizováni co nejdříve je to možné, samozřejmě s ohledem na to, jak aktivizační režim tolerují. Časné posazování a vstávání z lůžka může zabránit zhoršení stavu P/K (Haesler, 2014).

Prevence komplikací u již vzniklého dekubitu - V neposlední řadě jako preventivní opatření, je nutné předcházet komplikacím u již vzniklého dekubitu, viz kapitola 1.2.7 Komplikace dekubitů (Copyright, © 2019). Sestra v rámci prevence komplikací dekubitů přistupuje k jejich ošetřování aseptickým způsobem, vždy za pomoci sterilních nástrojů a sterilního obvazového materiálu (Maďar, 2006). Sestra v rámci prevence provádí u dekubitu druhého, třetího a čtvrtého stupně stěr z hloubky a okrajů dekubitu, protože zde je koncentrace bakterií nejvyšší a odebraný vzorek odesílá na bakteriologický rozbor (Mikula, 2008).

1.2.7 Komplikace dekubitů

Infekce - Nejčastější komplikací dekubitů je infekce (Kouřilová, 2011). Téměř každá porucha prokrvení v oblasti dekubitu, nekrotická tkáň či sekret v hlubokých dekubitech tvoří ideální živnou půdu pro bakterie. Dále se na vzniku infekce podílí kontaminace dekubitu močí, stolicí, vaginálním sekretem, potem či krví (Mikula, 2008). Možná je i vzájemná kontaminace blízkých dekubitů mezi sebou, většinou hnisem (Mikula, 2008). Infekce se většinou vyskytuje u dekubitů druhého, třetího a čtvrtého stupně a její vznik probíhá do čtyřiceti osmi hodin (Copyright, © 2019). Infekce se většinou projevuje zvýšenou tělesnou teplotou, zimnicí, leukocytózou, zduřením lymfatických uzlin, zarudnutím a otokem tkáně, zápachem a hnisavou sekrecí (Kouřilová, 2011). Nejčastěji vyskytujícími se bakteriemi podílejícími se na infekci dekubitu jsou zlatý stafylokok, streptokok, pseudomonas a escherchia coli (Mikula, 2008). Sestra může odhadnout původce infekce již podle vzhledu a zápachu (Pejznochová, 2010). Přítomnost stafylokoka se projevuje smetanově žlutým sekretem bez zápachu. Streptokoka lze poznat na základě řídkého žlutošedého sekretu. Pseudomonas modrozelenavým nasládlé páchnoucím sekretem a pro escherchii coli je typická přítomnost nahnědlého sekretu páchnoucího po fekáliích (Copyright, © 2019). Dále infekci můžeme odhalit provedením bakteriologického vyšetření (Mikula, 2008). Zlatý standard pro vyšetření bakteriální zátěže je provedení kvantitativní kultivace živé tkáně, která se získává biopsií. Pro získání stěru z dekubitu je nejspolehlivější Levinova metoda (Haesler, 2014).

Akutní nemoc z dekubitů - Další komplikací dekubitů je vyvolání celkové reakce organismu, takzvaná nemoc z dekubitů, která probíhá ve třech fázích (Maďar, 2006). První fází je akutní toxémie, která může trvat několik týdnů i měsíců. V tomto stadiu se u P/K objevují febrilie, obluzenost, únava, apatie, nechutenství, zvracení, průjmy s následnou ztrátou tělesné hmotnosti. Laboratorní výsledky vykazují anémii, hypoproteinémii a iontový rozvrat. U nekrotických dekubitů dochází k silné sekreci a nejeví známky hojení (Maďar, 2006). Druhá fáze toxická kachexie - jedná se o období, kdy dochází ke zlepšení laboratorních výsledků, ale P/K je i nadále vyčerpaný, unavený, slabý a trpí subfebriliemi. Dekubity mají tendence k hojení, nekrotická tkáň se začíná odlučovat a na spodině dekubitu je viditelná granulační tkáň. Toto stadium však z důvodu fyzického vyčerpání může vést až ke smrti P/K (Maďar, 2006). Třetí fáze rekonvalescence je charakteristická hojením dekubitů prvního a druhého stupně, kdy dochází k celkovému zlepšení zdravotního stavu a úpravě laboratorních výsledků. V této fázi hlavně u dekubitů třetího a čtvrtého stupně se může stát, že dochází k jejich zmenšení, vytváří se granulační, případně epitelizační tkáň, ale k úplnému zhojení nedojde a dekubit přejde do chronicity. I v této fázi je P/K ohrožen chronickou sepsí následně končící smrtí, kdy většinou dojde k celkovému vyčerpání organismu, selhání jater či ledvin (Maďar, 2006).

Chronická dekubitální nemoc - I malý dekubit může být zdrojem infekce, který oslabuje imunitní systém P/K. Ten trvale trpí subfebriliemi či dokonce trvalými febriliemi, postupně dochází k celkovému vyčerpání organismu a P/K následně umírá, například na urémii či dokonce na banální onemocnění (Maďar, 2006).

1.2.8 Léčba dekubitů

Léčba dekubitů je velmi složitá a vyžaduje nasazení multidisciplinárního týmu (Šeflová, 2016). Jedná se o komplex opatření týkajících se jednak celkového stavu P/K a jednak vlastních dekubitů. V první řadě je nutno přistoupit ke zlepšení celkového stavu P/K. K léčbě dekubitů je možno zvolit buď konzervativní přístup, nebo přístup chirurgický. Volba spočívá v posouzení stupně dekubitu, přítomnosti komplikací spojených s infekcí a samozřejmě závisí na celkovém zdravotním stavu P/K (Mikula, 2008). Zpočátku se volí přístup konzervativní, k chirurgickému řešení se přistupuje až po šesti měsících, je-li dekubit nadále otevřený. Podmínkou je však zvládnutá infekce. Výjimkou jsou však rozsáhlé dekubity u paraparézy, kde se chirurgická léčba indikuje dříve (Mikula, 2008). Základem pro léčbu jednotlivých stupňů dekubitů je eliminace

tlaku, tření a prevence infekce (Kráľová, 2013). Léčba dekubitů probíhá podle zásad péče o chronickou ránu (Vytejková, 2015). Bereme také ohled na stav dekubitu, lokalizaci, hloubku, velikost, finanční nákladnost léčby a délku trvání (Kráľová, 2013). Důležitá je také celková podpora P/K ohledně vhodně zvolené výživy, hydratace, mírnění bolesti. Nedílnou součástí je také podpora psychického stavu P/K a spolupráce jeho rodiny (Vytejková, 2015).

Léčba prvního stupně dekubitu - Odstranění působení tlaku je nedílnou součástí léčby. U prvního stupně dekubitu může krátkodobé dvouhodinové odstranění tlaku vést k úplné regeneraci poškozené tkáně. V tom tkví smysl pravidelného polohování (Mikula, 2008). Vytejková (2015) doporučuje kůži omývat šetrnými prostředky. Mikula (2008) navrhuje k omývání postiženého místa použití fyziologického roztoku. Dále je nutné pokožku promašťovat (Vytejková, 2015). Pokorná (2012) uvádí absolutní zákaz masírování kůže se známkami vznikajícího dekubitu. Dále by měl být P/K udržován v čistotě a suchu. Sestra by měla pravidelně kontrolovat stav kůže, zajistit dostatečný příjem tekutin a vhodné výživy. Vhodné je P/K podávat přípravky na sipping (Vytejková, 2015).

Léčba druhého stupně dekubitu - Spodina dekubitu druhého stupně je většinou čistá, červená a bez povlaku. Okolí může být začervenalé. Z hlediska systematizace ran jde o „čistou“ ránu ve fázi granulace až epitelizace. Je nutné podotknout, že dekubit v tomto stadiu je pro P/K velmi bolestivý. Většinou se dekubity druhého stupně léčí metodou vlhkého hojení ran (Kráľová, 2013). Pro metodu vlhkého hojení je třeba vybrat takový typ obvazu, který má schopnost udržet vlhkost. Vhodné je před každým převazem dekubit vyčistit oplachem či výplachem. (Grancová, 2008). Oplachem dekubitu se rána zbavuje volných nevitálních zbytků tkáně, krve či sekretu. Oplach může být proveden také sprchováním pitnou vodou, fyziologickým roztokem, nebo dezinfekčním roztokem (Šeflová, 2016). Grancová (2008) doporučuje použití roztoků, jako jsou například Ringerův roztok, Betadine® roztok a roztok 0,01% hypermanganu. Dnešní trh nabízí mnoho materiálů určených pro vlhké hojení ran, například hydrokoloidní obvazy, hydrogelové obvazy, algináty, hydropolymerové/polyuretanové obvazy, neadherentní kontaktní obvazy, antiseptické obvazy a obvazy s aktivním uhlím a jiné (Heasler, 2014).

Léčba dekubitu třetího stupně - Z hlediska léčby je nutné rozlišit rány s rovným povrchem kryté nekrózou, bez příznaků infekce. V tomto případě je vhodné aplikovat přípravky s nekrolytickým účinkem. Dále rány s rovným povrchem, kryté nekrózou,

s klinickými projevy infekce (Kopal, 2006). U těchto ran je nutné, jak uvádí Mikula (2008), uvažovat o rychlém chirurgickém odstranění nekrózy. Jak uvádí Král'ová (2013), P/K je ohrožen těžkou infekcí, z těchto důvodů je nutné podávání systémových antibiotik. Výsledkem léčby je většinou povleklá, secernující, zapáchající rána. Dále je nutné rozlišit rány s odloučenou nekrózou, které jsou povleklé, secernující, zapáchající a často je přítomna dutina v ráně a rány hluboké, ale čisté bez přítomnosti povlaku a s granulující spodinou (Kopal, 2006). Pro výše uvedené rány platí obecné zásady, jako jsou pravidelné vyplachování a po odstranění nekrózy hlubokou ránu ošetřit. Vhodné pro ošetřování dekubitů třetího stupně je použit kalciumalginátový přípravek (Kopal, 2006).

Léčba dekubitu čtvrtého stupně - Pro léčbu dekubitů čtvrtého stupně platí stejné postupy jako u dekubitu stupně třetího. Často až po odloučení nekrózy možno určit, zda se jedná o třetí či o čtvrtý stupeň (Král'ová, 2013). Mikula (2008) uvádí, že hluboké dekubity třetího a čtvrtého stupně lze uzavřít pomocí operačního zákroku, který spočívá v komplexní excizi dekubitu. Někdy je nutná i osteotomie či burzektomie. Vždy je nutné provádět uzávěr dekubitu pomocí mobilizace zdravé tkáně, transplantací či lalokové plastice rotací tkáně, avšak i u tohoto řešení hrozí komplikace, například tvorba hematomu, nekróza laloků či infekce (Mikula, 2008). Král'ová (2013) dodává, že se chirurgická léčba u tohoto stupně dekubitu používá zřídka. Není vhodná u plegiků z důvodu recidivy. Pro chirurgické řešení jsou vhodné akutní dekubity včetně dekubitu třetího a čtvrtého stupně (Král'ová, 2013).

1.3 Problematika prevence dekubitů na anesteziologicko resuscitačním oddělení

Na oddělení anesteziologie a resuscitace, dále jen ARO, je poskytována vysoce specializovaná intenzivní ošetrovatelská péče, která je poskytována P/K, kteří jsou ohroženi selháním jedné či více základních životních funkcí nebo k nim přímo dochází (zákon č. 391/ 2017 Sb.). Ve většině případů jde o poskytování resuscitační péče v závislosti na diagnóze P/K (Kapounová, 2007). Nejčastěji se jedná o kardiovaskulární, respirační, renální, metabolické, mozkové selhání či následek úrazu, popřípadě z jiné chirurgické či lékařské intervence (Nalos, 2016). Čím více životních funkcí u P/K selhává, tím náročnější a složitější ošetrovatelská péče je (Nalos, 2016). Intenzivní péče poskytuje P/K vždy individuální komplexní péči, to znamená, že je poskytována danému P/K v dané chvíli a v co největší možné míře (Kapounová, 2007). Z toho vyplývá, že náročnost péče o tyto P/K se neustále zvyšuje, zároveň se zvyšují

nároky kladené na ošetřující personál (Kolektiv autorů, 2009). Na oddělení ARO musí být provoz zajištěn dvacet čtyři hodin denně plně kvalifikovaným zdravotnickým personálem a jednotka musí být zajištěna technickým a přístrojovým vybavením (Nalos, 2016). Lékař musí být přítomen nepřetržitě (Kapounová, 2007). Za management ošetrovatelské péče v rámci oddělení je odpovědná vrchní sestra, v rámci stanice staniční sestra a v době jejich nepřítomnosti přejímají jejich pravomoci vedoucí směn (Nalos, 2016). Kompetence k poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče stanovuje vyhláška č. 391/2017 Sb., která mění vyhlášku č. 55/2011 Sb. Kompetence tedy mají praktická sestra a všeobecná sestra pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru a zdravotnický záchranář bez odborného dohledu. Sestra provádějící neodkladnou péči zodpovídá za to, že se P/K dostane té nejvyšší pozornosti a ošetrovatelské péče (Kolektiv autorů, 2009). Sestra pracující na ARO musí mít schopnost advokáta, to znamená schopnost zastupovat zájmy P/K, případně jeho rodiny. Schopnost klinicky hodnotit stav P/K pomocí kritického myšlení, musí mít znalosti a dovednosti v oboru, dále musí spolupracovat s multidisciplinárním týmem, musí umět porozumět a chápat odlišnosti kultur a v neposlední řadě musí poskytovat rady a poučení jak P/K, tak i jeho rodině (Kolektiv autorů, 2009). Dále musí být schopna obsluhovat technické a přístrojové vybavení (Kolektiv autorů, 2009). P/K jsou na ARO většinou přijímáni od rychlé záchranné služby, z ostatních oddělení či ambulance, případně z jiného zdravotnického zařízení. P/K je většinou bezprostředně přijímán po předání základních informací na speciálně vyčleněnou příjmovou místnost, která je vybavena speciálním lůžkem, monitorem, ventilátorem a pomůckami pro zajištění dýchacích cest, defibrilátorem, pohotovostní lékárnou a pomůckami pro základní ošetrovatelskou péči (Kapounová, 2007). Během příjmu P/K v akutním a kritickém stavu je nutné zajistit veškerou lékařskou a ošetrovatelskou péči, která vede ke stabilizaci celkového stavu. V první řadě je u P/K nutné zajistit nepřetržitou monitoraci základních fyziologických funkcí a dle celkového stavu P/K je nutné zajistit dýchací cesty (Kapounová, 2007). K zajištění dýchacích cest při příjmu je zapotřebí aplikace kyslíku či zajištění umělé plicní ventilace UPV, dále je nutné zajistit invazivní vstupy jako například PŽK, CŽK, PMK, NGS a jiné. Zajišťují se odběry biologického materiálu, provádí se diagnostické vyšetřovací metody, jako jsou například EKG, SONO, RTG, CT atd. Dále jsou zajištěny vstupní hygienický filtr, konsiliární vyšetření a veškerá ošetrovatelská a lékařská péče (Kapounová, 2007). P/K na ARO je kontinuálně monitorován a má mnoho invazivních vstupů. Monitorace

neoddělitelně patří k intenzivní péči, umožňuje opakované nebo trvalé sledování fyziologických funkcí a činnosti přístrojů, dále podporuje fyziologické funkce a umožňuje včasnou detekci abnormalit těchto funkcí, usnadňuje rozvahy o terapeutických intervencích, případně umožňuje překontrolování fyziologických funkcí zpětně a zhodnocení účinnosti terapeutických intervencí (Kapounová, 2007). Mezi základní monitoraci na ARO patří monitorace kardiovaskulárního systému, respiračního systému, centrálního nervového systému, gastrointestinálního traktu, homeostázy, tělesné teploty a další (Kapounová, 2007). Aby monitorace byla přesná, je potřeba, aby byl P/K v absolutním klidu (Šamánková, 2011). Prostor pro přesné monitorování a potlačení bolesti z invazivních vstupů je zajištěn farmakologickým ovlivněním vědomí pomocí analgosedace, laicky umělého spánku. Analgosedaci zajistí monitorovaná anesteziologická péče, která zajišťuje říditelný stav útlumu vědomí, kdy není P/K probuditelný silným podnětem. Tento stav je také doprovázen částečnou, či úplnou ztrátou ochranných reflexů, včetně schopnosti udržení průchodných dýchacích cest. Jsou však stavy, kdy P/K postačí pouze sedace při vědomí, kdy je snadno probuditelný a schopný vyhovět pokynům (Šamánková, 2011). P/K přijatý na ARO je nepřetržitě monitorován sestrou a veškeré informace jsou zaznamenávány do dokumentace (Kapounová, 2007). Zdravotní stav P/K se na ARO neustále vyvíjí a mění, s tím souvisí i vývoj a změny potřeb P/K na které sestra musí reagovat. Sestra má většinou k P/K daleko bližší vztah než lékař. P/K je v podřízené pozici a je na sestře závislý. Je proto nutné, aby sestra znala potřeby P/K, aby mu trpělivě naslouchala a případně poskytovala rady. Mezi nejčastější potřeby P/K na ARO patří dýchání, výživa, vyprazdňování, soběstačnost a psychická vyrovnanost (Kapounová, 2007). P/K v kritickém stavu je ohrožen mnoha komplikacemi spojenými s imobilitou (Workman, 2006). Mezi tyto komplikace patří například vznik dekubitů. P/K bývá často přijímán v takovém zdravotním stavu, že i přes veškerou ošetrovatelskou péči není možné vzniku dekubitů zabránit (Kapounová, 2007). U P/K v kritickém stavu jsou dekubity hrozbou. Jedná se o jeden z nejvíce podceňovaných zdravotních problémů. Přesto, že jsou využívána preventivní opatření založená na důkazech, pokroky v technologii, výskyt dekubitů u P/K hospitalizovaných na ARO stále roste. P/K jsou na ARO dekubity ohroženi z mnoha důvodů, mezi které lze zařadit již zmiňovanou analgosedaci, změny vědomí, upoutání na lůžko, umělou plicní ventilaci, podávání speciálních léků a hemodynamickou nestabilitu (Hiahong, 2017). Často se jedná o stavy, které nedovolují měnit polohy P/K dle standardních postupů. Můžeme se setkat s P/K, který odmítá

měnit polohu, je zmatený, neklidný, neochotný spolupracovat, vyhledává úlevovou polohu apod. (Kapounová, 2007). Může se stát, že P/K je po všech léčebných a ošetrovatelských stránkách zajištěn a přesto dekubit vznikne, jako například P/K se zhoršeným prokrvením tkání, v sepsi, orgánové insuficienci, malnutrici apod. Můžeme se setkat i se stavy, kde je polohování přímo kontraindikováno (Šeflová, 2016). P/K přijatý na ARO je vždy veden jako rizikový. Po součtu bodů stupnice Nortonové dvacet pět bodů a méně by sestra měla založit plán prevence/plán péče o dekubity a jiné kožní defekty. Tento plán obsahuje rozšířenou stupnici dle Nortonové, stupeň poškození kůže dle Hibbsové, dále údaje o polohování, to znamená, zda se P/K polohuje sám, či polohování zajišťuje sestra, nebo zde musí být zaznamenán případný zákaz polohování, dále se zde uvádí, zda je P/K uložen na antidekubitní matraci, jaký typ ochranné kosmetiky je na P/K využíván, v jakých časových intervalech je polohován a sestra kontinuálně zaznamenává, do jaké polohy je aktuálně uložen či jakou polohu P/K zaujímá, například záda, levý bok, pravý bok apod. (Maďar, 2006). Pokud je P/K přijat již s vzniklým dekubitem, či ke vzniku dekubitu dojde, sestra je povinna založit záznam o ošetřování ran. Stav dekubitu sestra hodnotí a popisuje při přijetí P/K na oddělení či při jeho vzniku, dále pravidelně v průběhu hospitalizace a při překladau či propuštění. Sestra vše poctivě zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace (Maďar, 2006). Je nutné, aby v záznamu bylo uvedeno místo, kde se dekubit nachází, velikost tvaru dekubitu, popis spodiny a okolí, ošetřování dekubitu, popřípadě jiná sdělení (Vondráček, 2008). Patologické změny, zejména poškození kožního krytu, ať už z jakéhokoli důvodu, bývá příčinou nespokojenosti P/K a důvodem vedoucí ke stížnosti, případně k žádosti o odškodnění, zejména je-li P/K přesvědčen, že došlo k jeho poškození chybnou ošetrovatelskou péčí. Z tohoto důvodu je nutné vést podrobné zápisy, které nejenže dokládají odbornou zdatnost sestry, ale jsou také dokladem pro obhajobu poskytované kvalitní ošetrovatelské péče (Vondráček, 2008).

2 Cíle výzkumného šetření a výzkumné otázky

2.1 Cíle výzkumného šetření

Cíl 1: Zmapovat role sester (zdravotnických záchranářů) v problematice prevence dekubitů na anesteziologicko resuscitačním oddělení.

Cíl 2: Zmapovat faktory ovlivňující vznik dekubitů na anesteziologicko resuscitačním oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jakou roli hraje sestra (zdravotnický záchranář) v problematice prevence dekubitů na anesteziologicko resuscitačním oddělení?

VO 2: Jaké faktory ovlivňují vznik dekubitů na anesteziologicko resuscitačním oddělení?

VO 3: Jaké informace sestřím (zdravotnickým záchranářům) pracujícím na anesteziologickém oddělení chybí?

VO 4: Jaké mají sestry (zdravotničtí záchranáři) pracující na anesteziologicko resuscitačním oddělení problémy v prevenci dekubitů?

3. Metodika práce

3.1 Technika sběru dat

Výzkumné šetření bylo zpracováno kvalitativní metodou. Technika sběru dat probíhala formou polostrukturovaného rozhovoru, viz příloha 1 a zúčastněného pozorování sester a zdravotnických záchranářů pracujících na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, dále jen ARO. Dále byla použita data získaná od vrchních sester ARO. V první řadě byly požádány hlavní sestry jedné krajské nemocnice a dvou okresních nemocnic kraje „X“ o povolení výzkumného šetření v souvislosti s diplomovou prací na ARO. Povolení a schválení výzkumného šetření se však neobešlo bez komplikací. V jedné z vybraných okresních nemocnic bylo výzkumné šetření na základě e-mailové zprávy zamítnuto z důvodu vytíženosti sester a určité časové náročnosti výzkumného šetření, která by sestry údajně omezila v jejich pracovní náplni. V návaznosti byla oslovena další okresní nemocnice, jednalo se o okresní nemocnici kraje „Y“, kde sice hlavní sestra výzkumné šetření písemně schválila, ale po telefonické domluvě bylo usouzeno, že s výzkumným šetřením spíše nesouhlasí. Na základě této skutečnosti bylo rozhodnuto o ukončení této spolupráce. Z důvodu ucelení výzkumného šetření byla následně vybrána další okresní nemocnice v rámci kraje „X“, kde schválení výzkumného šetření proběhlo bez problémů. I přes veškeré překážky bylo podaným žádostem o povolení výzkumného šetření vyhověno a ihned po písemném schválení zahájeno. Požádány byly samozřejmě i vrchní sestry ARO, které též písemně souhlasily. Sestry a zdravotničtí záchranáři, se kterými se rozhovory uskutečňovaly, byli s touto skutečností předem seznámeni a všichni souhlasili. Byl s nimi sepsán také informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření, kdy byli předem seznámeni s názvem diplomové práce, cíli práce, průběhem výzkumného šetření, výhodami, ale i možnými riziky. Na přečtení a následné podepsání informovaného souhlasu měli dostatek času, měli možnost se dotázat na případné nejasnosti a rozhovory poskytovali dobrovolně. Rozhovory byly nahrávány na audiozáznam a všechny sestry a zdravotničtí záchranáři s nahráváním souhlasili již v úvodu nahrávky.

Z důvodů ochrany osobních údajů sester a zdravotnických záchranářů, dále z důvodů zachování anonymity pracovišť nejsou žádosti a informované souhlasy součástí příloh, avšak jsou k nahlédnutí u autorky této práce.

Výzkumné šetření probíhalo od ledna do června 2019 na třech pracovištích ARO, konkrétně v krajské nemocnici a dvou okresních nemocnicích v rámci kraje „X“.

V úvodu rozhovoru se otázky zaměřovaly na specifika pracoviště ARO a na onemocnění, s jakým jsou P/K nejčastěji hospitalizováni na tomto oddělení. Dále se otázky týkaly chodu pracoviště a managementu pracoviště v souvislosti s výskytem dekubitů. Poté byl rozhovor zaměřen na ošetrovatelskou péči a v návaznosti na problematiku prevence dekubitů. V rámci rozhovoru byla zjišťována informovanost sester a zdravotnických záchranářů o této problematice. Závěr rozhovoru byl zaměřen na zkušenosti sester a zdravotnických záchranářů a jejich případné připomínky či doporučení. V průběhu rozhovoru byly sestřím a zdravotnickým záchranářům kladeny kromě hlavních otázek také podotázky, které rozhovor pozitivně doplnily a prohloubily. Rozhovory byly nahrávány na audiozáznam a dále přepisovány do tištěné formy v počítačovém programu Microsoft Word 2010. Přepisy rozhovorů z důvodu jejich obsáhlosti nejsou součástí diplomové práce, avšak jsou k nahlédnutí u autorky této práce.

Zúčastněné pozorování sester a zdravotnických záchranářů probíhalo na ARO. Pozorování probíhalo v delším časovém úseku, aby výsledky byly validní. Sestry a zdravotničtí záchranáři byli s pozorováním seznámeni a všichni souhlasili. Na základě pozorování byl vytvořen pozorovací arch, viz příloha 2. Pozorovací arch byl vytvořen v počítačovém programu Microsoft Excel 2010 a následně vyhodnocen.

Při analýze rozhovorů byla využita metoda „papír tužka“, přičemž byly v textu barevně zvýrazňovány odpovědi sester a zdravotnických záchranářů, dále byla použita metoda otevřeného kódování. Zjištěná data byla zpracována do kategorií a následných podkategorií. Pro přehlednost byly kategorie a podkategorie vizualizovány do grafických schémat, které byly vytvořeny v programu XMind.

Na základě zjištěných dat byl výzkum rozšířen o další kapitoly viz kapitola 4.3 Výskyt dekubitů, kde byla zpracována a popsána data získaná od vrchních sester jednotlivých pracovišť pro ucelení výzkumného šetření.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem dvanáct sester a zdravotnických záchranářů pracujících na anesteziologicko resuscitačním oddělení. Čtyři sestry a zdravotničtí záchranáři pracující v krajské nemocnici a osm sester a zdravotnických záchranářů pracujících ve dvou okresních nemocnicích v rámci kraje „X“.

Pro přehlednost byly vytvořeny identifikační tabulky 1, 2, 3 a 4. Z důvodů zachování anonymity pracovišť nejsou v tabulkách uváděny jejich názvy a z důvodů

ochrany osobních údajů nejsou v tabulkách uváděny iniciály sester a zdravotnických záchranářů, jejich věk a pohlaví.

4. Výsledky výzkumného šetření

Identifikace výzkumného souboru

Vysvětlivky	
D	Dotazovaný
P	Pozorovaný
X	Stejný kraj

Tabulka 1: Identifikační údaje jednotlivých pracovišť

Nemocnice		
Označení	Typ	Kraj
A	Krajská	X
B	Okresní	X
C	Okresní	X

Tabulka 2: Identifikační údaje dotazovaných a pozorovaných sester a zdravotnických záchranářů - nemocnice A

Nemocnice A		
Dotazovaný/ Pozorovaný	Délka praxe	Dosažené vzdělání
D1/ P1	6 let	SZŠ, Bc. VS
D2/ P2	3 roky	Gymnázium, Bc. ZZ
D3/ P3	10 let	Gymnázium, Bc. VS
D4/ P4	5 let	Gymnázium, Bc. ZZ, Mgr. CNP

Tabulka 3: Identifikační údaje dotazovaných a pozorovaných sester a zdravotnických záchranářů - nemocnice B

Nemocnice B		
Dotazovaný/ Pozorovaný	Délka praxe	Dosažené vzdělání
D5/ P5	6 let	SZŠ
D6/ P6	5 let	SOŠ - ekonomika/ informatika Bc. ZZ, Dis. ZZ
D7/ P7	13 let	SZŠ, ARIP
D8/ P8	17 let	SZŠ, ARIP

Tabulka 4: Identifikační údaje dotazovaných a pozorovaných sester a zdravotnických záchranářů - nemocnice C

Nemocnice C		
Dotazovaný/ pozorovaný	Délka praxe	Dosažené vzdělání
D9/ P9	25 let	SZŠ, ARIP
D10/ P10	1/2 roku	Gymnázium, Bc. ZZ
D11/ P11	30 let	SZŠ, ARIP
D12/ P12	4 roky	Gymnázium, Bc. ZZ

Identifikační tabulka 1 znázorňuje označení jednotlivých pracovišť.

Identifikační tabulky 2, 3 a 4 jsou rozdělené dle pracovišť na A, B a C. Identifikační tabulky 2, 3 a 4 obsahují označení dotazovaných (D1- D12) a pozorovaných (P1- P12) sester a zdravotnických záchranářů s ohledem na jejich ochranu osobních údajů a anonymitu pracovišť. Tabulky obsahují délku praxe na daném pracovišti: nejkratší byla 1/2 roku a nejdelší 30 let. Dále dosažené vzdělání: Dotazovaní (D1, D5, D7- D9, D11) uvedli jako středoškolské vzdělání střední zdravotnickou školu. (D2- D4, D10, D12) uvedli gymnázium a (D6) uvedl střední odbornou školu obor ekonomika/ informatika. Vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Dis. obor zdravotnický záchranář uvedl dotazovaný (D6). Bakalářského vzdělání dosáhli (D1- D4, D6, D10, D12) z toho v oboru všeobecná sestra (D1, D3) a v oboru zdravotnický záchranář (D2, D4, D6, D10, D12). Magisterského titulu dosáhl dotazovaný (D4) v oboru civilní nouzová připravenost. Specializované studium ARIP uvedli dotazovaní (D7- D9, D11).

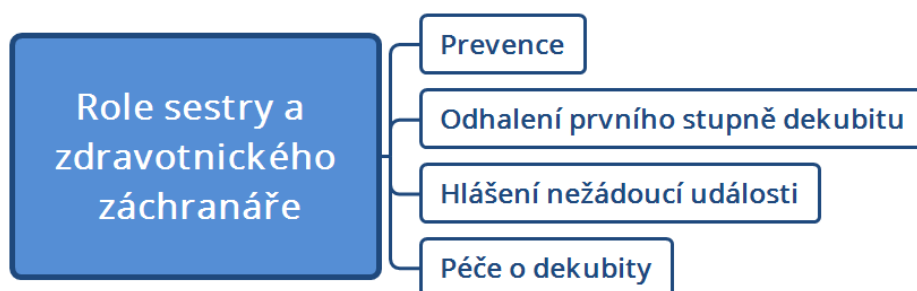
4.1 Kategorie a analýza výsledků rozhovorů

Analýzou získaných dat prostřednictvím rozhovorů celkem vznikly čtyři kategorie. Role sestry a zdravotnického záchranáře v prevenci dekubitů, faktory ovlivňující vznik dekubitů, informovanost sester a zdravotnických záchranářů, problémy v prevenci dekubitů. Tyto jednotlivé kategorie byly dále rozděleny do následných podkategorií.

4.1.1 Kategorie - Role sestry a zdravotnických záchranářů v prevenci dekubitů

V rámci výzkumného šetření bylo zjišťováno, jaké role zastupují sestry a zdravotničtí záchranáři pracující na anesteziologicko resuscitačním oddělení v předcházení vzniku dekubitů. Ze získaných dat byla tato kategorie rozčleněna do čtyř podkategorií. Prevence, odhalení prvního stupně dekubitu, hlášení nežádoucí události, péče o dekubity. Schéma 1 vizualizuje první kategorii a její následné podkategorie.

Schéma 1: Role sestry a zdravotnického záchranáře v prevenci dekubitů



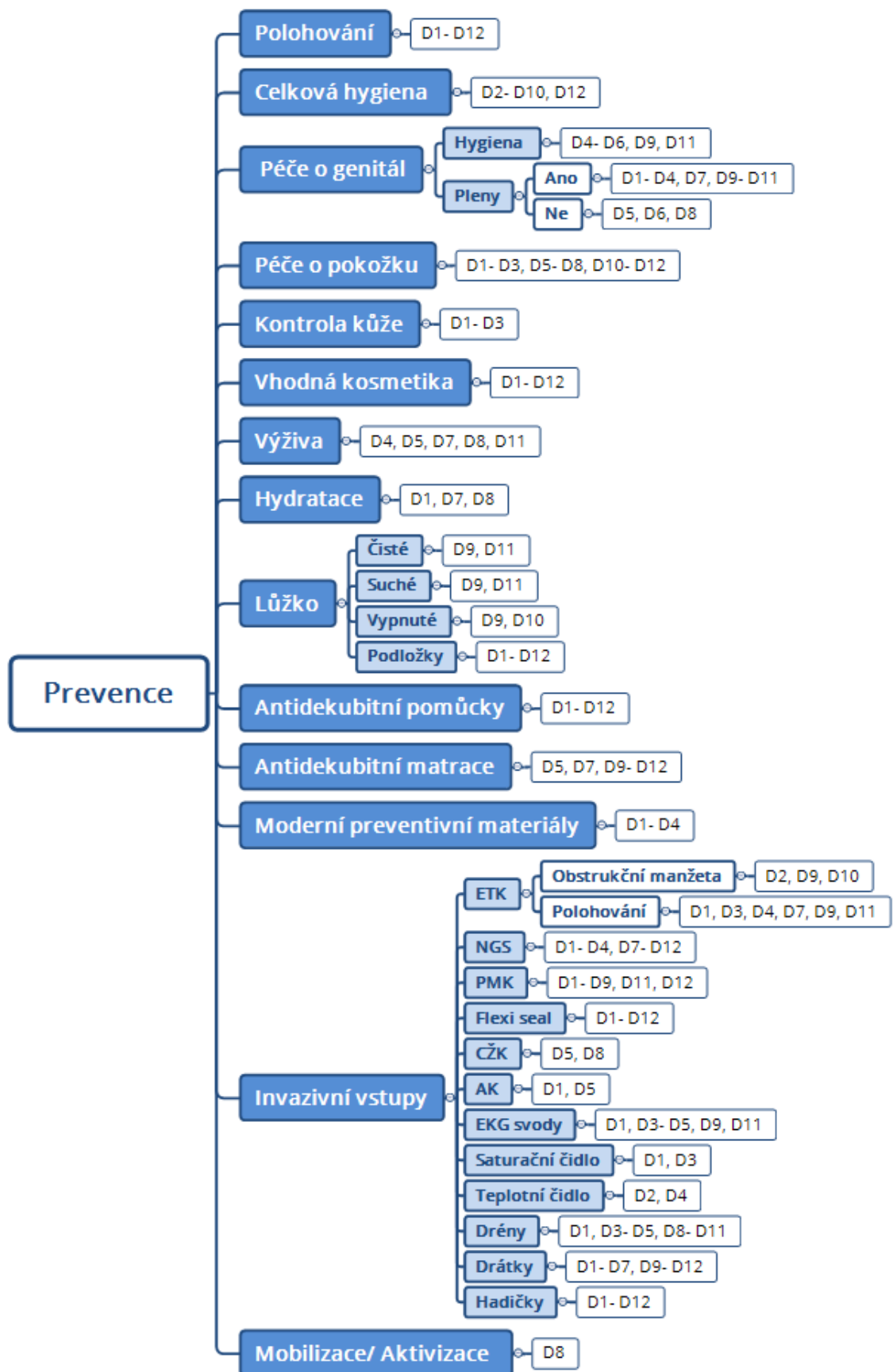
Podkategorie a) Prevence vzniku dekubitů

Na otázku „Jakou roli zastupujete v prevenci dekubitů“ odpověděli všichni dotazovaní (D1- D12). Dva dotazovaní (D5, D6) se shodli na tom, co se týče prevence, že jejich role je nepostradatelná. Dotazovaný (D8) uvedl: „*Tak já musím zajistit hlavně dobrou ošetrovatelskou péči.*“ Dále všichni dotazovaní (D1- D12) vyjmenovávali jednotlivé úkony, které by v rámci prevence měli provádět. Všichni dotazovaní (D1- D12) kladli důraz na polohování P/K. Dotazovaný (D7) zmínil, že si myslí, že je to jeden z nejdůležitějších úkonů v rámci prevence, dodal: „*Polohovat hlavně, já si myslím, že je to hlavně o tom.*“ Dotazovaní (D3, D5- D8, D10- D12) se snaží P/K v rámci možností polohovat pravidelně. Dotazovaní (S5- S8) uvedli, že chodí P/K polohovat v pravidelných časových intervalech kolektivně. Naopak Dotazovaní (D1- D4, D9- D10) si polohování P/K řídí sami a polohování provádějí individuálně. Při kontrolní otázce „Do jaké polohy ukládáte pacienta nejčastěji?“ Dotazovaní (D2, D4, D9- D12) uvedli, že většinu času je P/K uložen na záda. (D4) dodal: „*Střídám jenom pravej a levej bok, nevím, jestli je to dobře, ale dělám to tak.*“ Dotazovaný (D3) uvedl levý bok s odůvodněním: „*Protože máme na tu stranu ventilátor, takže je to tak lepší.*“ Dotazovaní (D3, D5- D8) odpověděli, že polohu P/K pravidelně střídají a to záda, pravý bok, levý bok. (D5, D7) uvedli navíc pronační polohu. (D1, D8) uvedli navíc polosed.

Dotazovaný (D1) uvedl úplný sed v lůžku. Dotazovaní (D5- D10, D12) uvedli, že pokud je potřeba, tak P/K polohují častěji než jednou za dvě hodiny. Dále dotazovaní udávali činnosti týkající se zajištění hygienické péče, péče o kůži a genitál. Dotazovaní (D2- D10, D12) uvedli hygienickou péči. Dotazovaní (D4- D6, D9, D11) péči o genitál po znečištění pacienta dle potřeby. Při dotazu, zda používají u P/K pleny, dotazovaní (D1- D4, D7, D9- D12) uvedli, že pleny používají minimálně, pouze ve výjimečných případech, kdy P/K trpí masivními průjmy. (D3) dodal: „*Já je používám velice nerad.*“ Dotazovaní (D5, D6, D8) uvedli, že pleny nepoužívají vůbec. Dotazovaní (D1- D12) používají k hygieně a péči o pokožku vhodnou kosmetiku. Dotazovaní (D1, D5, D7- D9, D11, D12) k celkové hygieně P/K používají mycí emulzi. Dotazovaní (D4) uvedl: „*Používáme sprchovej krém a šampón v jednom.*“ Šampón na vlasy uvedli dotazovaní (D1, D6) a (D9) uvedl šampón proti vším. Dotazovaný (D6) používá k hygieně jednorázovou žínku napuštěnou mýdlem. Dotazovaní (D9, D12) uvedli perlan. Dotazovaní (D1- D4, D8- D12) používají k hygieně genitálu čisticí pěnu. Péči o kůži promazáváním pokožky zmínili dotazovaní (D1- D3, D5- D8, D10- D12). Všichni dotazovaní (D1- D12) uvedli, že k péči o pokožku používají promašťující kosmetiku typu Indulona, Isolda. Olej používají dotazovaní (D1- D3, D9- D11). Dotazovaný (D7) používá hydratační emulzi. Pastu typu Menalind®, Sudokrém© či zinkovou mast k léčbě opruzenin používají dotazovaní (D5, D6, D9). Dotazovaný (D5) navíc dodal: „*Když mají pak nějaký mykózy, tak používáme Clotrimazol.*“ Dotazovaní (D1- D3) zmínili kontrolu kůže. Dále dotazovaní (D4, D5, D7, D8, D11) zmínili zajištění výživy. Dotazovaný (D4) dodal „*Do výživy se lékařům moc nepletete.*“ Dotazovaní (D1, D7, D8) uvedli zajištění hydratace P/K. Dotazovaní (D9, D10) se shodli, že jejich role je zajistit vypnuté lůžkoviny. (D10) dodal: „*To je snad samozřejmost.*“ Dotazovaní (D9, D11) zmínili nutnost udržovat pacienta v čistotě a suchu. Naopak dotazovaný (D4) se domnívá, že vlhko nemá vliv na vznik dekubitů, dodal: „*Vlhko si nemyslím, že by byl hlavní důvod.*“ Všichni dotazovaní (D1- D12) používají jednorázové podložky pod pacienty. Dotazovaní (D3, D4) dodali, že na jednorázovou podložku přikládají bavlněnou podložku či prostěradlo z důvodů zabránění vlhka a následnému opruzení pokožky P/K. Všichni dotazovaní (D1- D12) zmínili použití antidekubitních pomůcek. Dotazovaní (D1- D4, D9- D12) zmínili dostatek antidekubitních pomůcek. Dotazovaní (D9- D12) kladli důraz na antidekubitární matrace. Dotazovaní (D5, D7, D9) dodali, že mají k dispozici antidekubitní podložky. Moderní preventivní materiály používají dotazovaní (D1- D4). Dotazovaní (D1- D4) používají moderní materiály typu

„nalepovacích srdíček“ Mepilex®. Dotazovaný (S8) dodal: „*Když nám je někdo donese, nějakej dealer.*“ Dotazovaní (D5, D11) se s použitím moderního materiálu typu Mepilex® setkávají formou přijetí P/K z jiného pracoviště. Dotazovaný (D9) dodal: „*Ted' je ještě nemáme, ale je v jednání, že v budoucnosti to budeme mít.*“ Dotazovaní (D1, D2) dodali použití jednorázových gelových chráničů pod lokty a transparentní fólie na sakrum k zabránění tření a střížných sil. Dotazovaní (D2- D4) zmínili použití speciálního krému Cavilon a dotazovaný (D4) navíc dodal Cavilon sprej. Všichni dotazovaní (D1- D12) zmínili péči o invazivní vstupy v souvislosti s prevencí dekubitů. Dotazovaní (D1, D3, D4, D7, D9, D11) uvedli pravidelné polohování a fixování endotracheální kanyly, dále jen ETK z koutku do koutku úst P/K. Tlak v obstrukční manžetě ETK pravidelně kontrolují pomocí manometru dotazovaní (D2, D9, D10). Dotazovaní (D9, D10) dodali, že kontrolu obstrukční manžety občas kontrolují i pohmatem. (D9) uvedl: „*To zkušená sestra pozná.*“ Pravidelné polohování a fixování nazogastrické sondy (NGS) uvedli dotazovaní (D1- D4, D7- D12). Místo zavedení permanentního močového katetru (PMK) v rámci hygieny kontrolují dotazovaní (D1- D9, D11, D12). Všichni dotazovaní (D1- D12) uvedli, že mají zkušenost s rektálním katetrem Flexi seal®. Dotazovaní (D5, D8) pečují v rámci prevence dekubitů o centrální žilní katetr (CŽK) a (D1, D5) o arteriální katetr (AK). Dotazovaní (D1, D3- D5, D9, D11) uvedli, že upravují EKG svody tak, aby nevznikaly otlaky. Dotazovaní (D1, D3) zmínily nutnost polohování saturačního čidla a dotazovaní (D2, D4) čidla teplotního. Dotazovaní (D1, D3- D5, D8- D11) uvedli nutnost kontroly a polohování drénů z důvodů možného otláčení P/K. Dotazovaní (D1- D7) uvedli nutnost kontrolovat a upravovat drátky od přístrojů. Všichni dotazovaní (D1- D12) zmínili nutnost kontroly a úpravy všech hadiček, aby na nich P/K neležel a nedocházelo k otlakům na P/K. Dotazovaný (S8) kladl důraz na včasnou mobilizaci a aktivizaci P/K. Schéma 2 vizualizuje role sester a zdravotnických záchranářů, které zastupují v rámci prevence dekubitů.

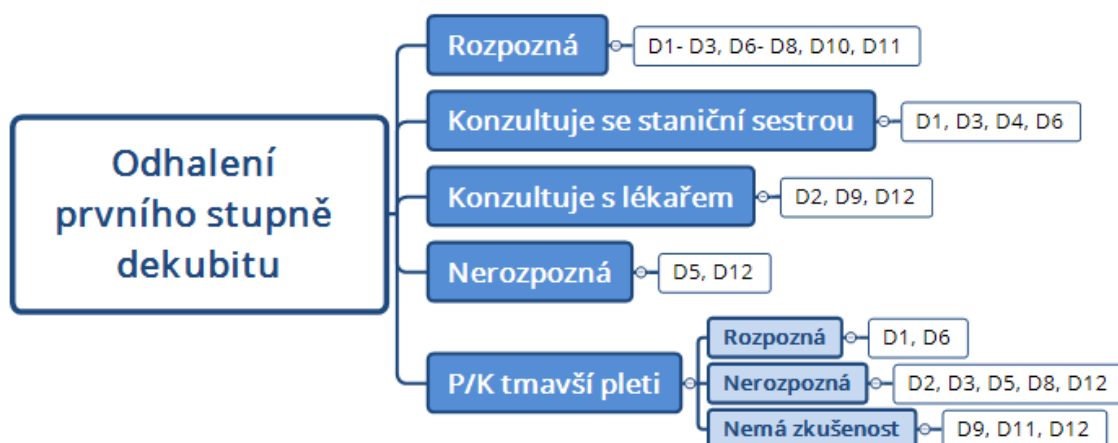
Schéma 2 : Prevence



Podkategorie b) Odhalení prvního stupně dekubitu

Další role sester a zdravotnických záchranářů zahrnuje včasné odhalení prvního stupně dekubitu. Na otázku, zda jsou schopny rozpoznat první stupeň dekubitu, odpověděli dotazovaní (D1- D3, D6- D8, D10, D11) že v tomto směru problém nemají. Dotazovaní (D1, D3, D4, D6) uvedli, že jakékoli změny na kůži konzultují se staniční sestrou. Dotazovaní (D2, D9, D12) změny na kůži konzultují s lékařem a dotazovaní (D5, D12) uvedli, že se dekubit prvního stupně těžko poznává. (D12) uvedl zkušenost, že z jeho strany došlo v jednom případě k záměně mezi dekubitem prvního stupně a opruzeninou. Dále bylo zjišťováno, zda sestry a zdravotničtí záchranáři rozeznají dekubit prvního stupně u P/K s tmavší barvou pleti například u romských příslušníků či Vietnamců. Dotazovaní (D1, D6) uvedli, že u tohoto typu kůže lze dekubit prvního stupně odhalit. Naopak dotazovaní (D2, D3, D5, D8, D12) uvedli, že u tmavší pleti se těžko dekubity rozpoznávají. (D8) dodal: „*My jsme tady nedávno měli romské příslušníky dva po sobě a rozhodně nikdo z nás nepoznal začervenalou kůži, až potom rovnou dekubit.*“ Dotazovaní (D9, D11, D12) uvedli, že s touto skutečností nemají v rámci své praxe zkušenost. Schéma 3 vizualizuje role sester a zdravotnických záchranářů v odhalení prvního stupně dekubitu.

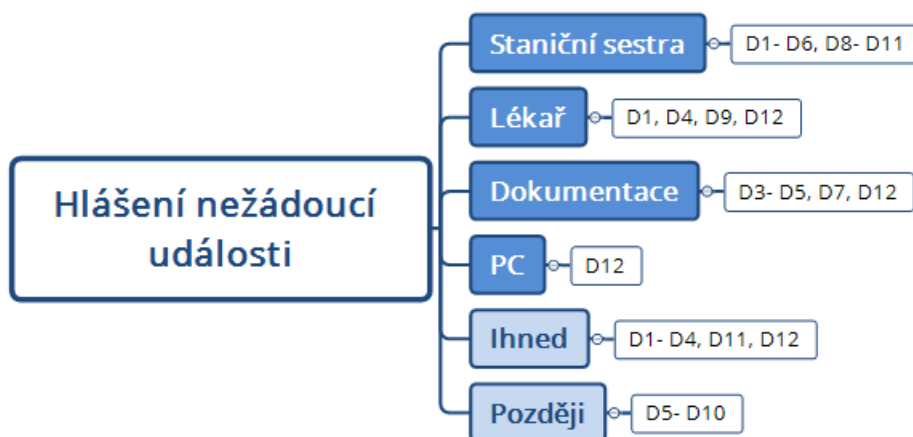
Schéma 3: Odhalení prvního stupně dekubitu



Podkategorie c) Hlášení nežádoucí události

Po odhalení nově vzniklého prvního stupně dekubitu je role sestry a zdravotnického záchranáře hlásit nežádoucí událost. Bylo zjištěno, že většina dotazovaných (D1- D6, D8- D11) hlásí nově vzniklý dekubit staniční sestře. Dotazovaní (D1, D4, D9, D12) dodali, že informují o této skutečnosti lékaře. Dotazovaní (D3- D5, D7, D12) uvedli provedení zápisu do ošetrovatelské dokumentace. Dotazovaný (D12) dodal: „My to zadáváme do počítače.“ Na otázku, zda sestry a zdravotničtí záchranáři hlásí vznik nežádoucí události ihned, nebo zda vyčkají, jakým směrem se bude poškození kůže vyvíjet, dotazovaní (D1- D4, D11, D12) odpověděli, že hlášení provádějí ihned. Naopak dotazovaní (D5- D10) uvedli, že vyčkají, jak se případný dekubit bude vyvíjet. Dotazovaný (D5) uvedl, že staniční sestře hlásí, až když se jedná o hlubší poškození. Schéma 4 vizualizuje průběh hlášení nežádoucí události.

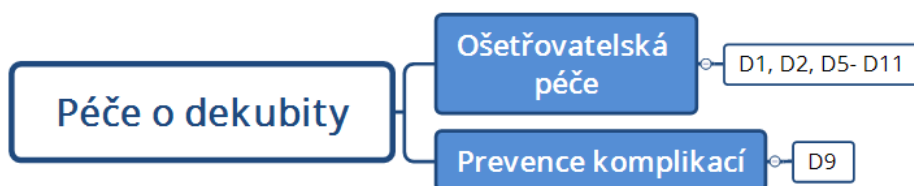
Schéma 4: Hlášení nežádoucí události



Podkategorie d) Péče o dekubity

Mezi role sestry a zdravotnického záchranáře v rámci prevence dekubitů patří i péče o již vzniklý dekubit, aby nedocházelo k jeho prohlubování. Zajištění ošetrovatelské péče u P/K s dekubitem zmínili dotazovaní (D1, D2, D5- D11). Dotazovaný (D9) uvedl, že jeho role je zabránit vzniku komplikací spojené s dekubitem. Schéma 5 vizualizuje zajištění péče o již vzniklé dekubity.

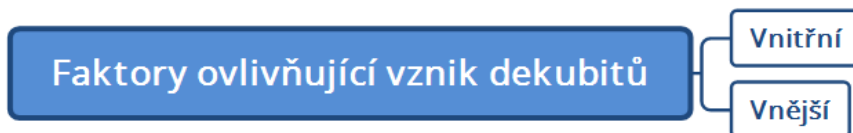
Schéma 5: Péče o dekubity



4.1.2 Kategorie - Faktory ovlivňující vznik dekubitů

V rámci výzkumného šetření bylo zjišťováno, jaké faktory ovlivňují vznik dekubitů na anesteziologicko resuscitačním oddělení, dále jen ARO. Ze získaných dat byla tato kategorie rozčleněna do dvou podkategorií. Vnitřní a vnější. Schéma 6 vizualizuje faktory ovlivňující vznik dekubitů na ARO rozdělené na vnitřní faktory a faktory vnější.

Schéma 6: Faktory ovlivňující vznik dekubitů

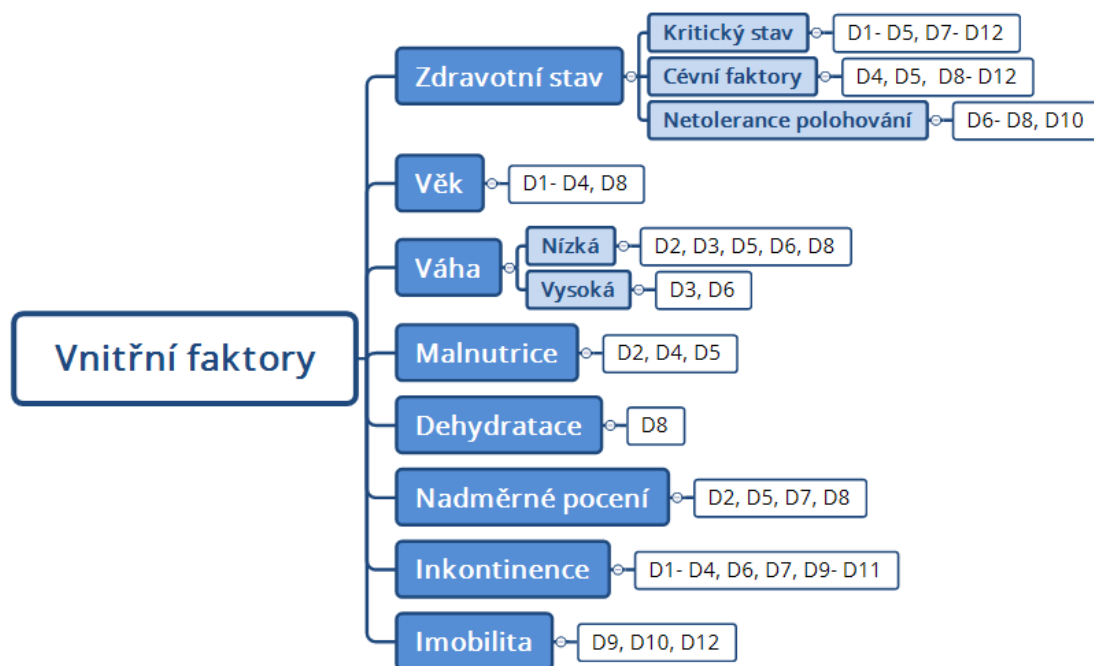


Podkategorie a) Vnitřní faktory

Vnitřní faktory, které ovlivňují vznik dekubitů, vycházejí ze strany P/K. Všichni dotazovaní (D1- D12) uvedli jako podstatný faktor celkově zdravotní stav P/K. Kritický stav P/K uvedli dotazovaní (D1- D5, D7- D12). Cévní faktory uvedli dotazovaní (D4, D5, D8- D12). Dotazovaní (D6- D8, D10) zmínili netoleranci polohování z důvodů kardiálních či respiračních. Jako další vnitřní faktor dotazovaní (D1- D4, D8) uvedli vyšší věk P/K. Dotazovaní (D2, D3, D5, D6, D8) se shodli na tom, že P/K s nízkou tělesnou váhou jsou ke vzniku dekubitů náchylnější. Dotazovaní (D3, D6) zmínili P/K s tělesnou váhou vysokou. Dotazovaní (D2, D4, D5) uvedli nedostatečné zajištění výživy. Dotazovaný (D8) uvedl dehydrataci. Dotazovaní (D2, D5, D7, D8) uvedli nadměrné pocení při horečnatých stavech. Dotazovaní (D1- D4, D6, D7, D9- D11) se shodli na tom, že rizikovým faktorem je inkontinence P/K. Imobilitu P/K zmínili

dotazování (D9, D10, D12). Schéma 7 vizualizuje jednotlivé vnitřní faktory, které jsou předpokladem pro vznik dekubitů.

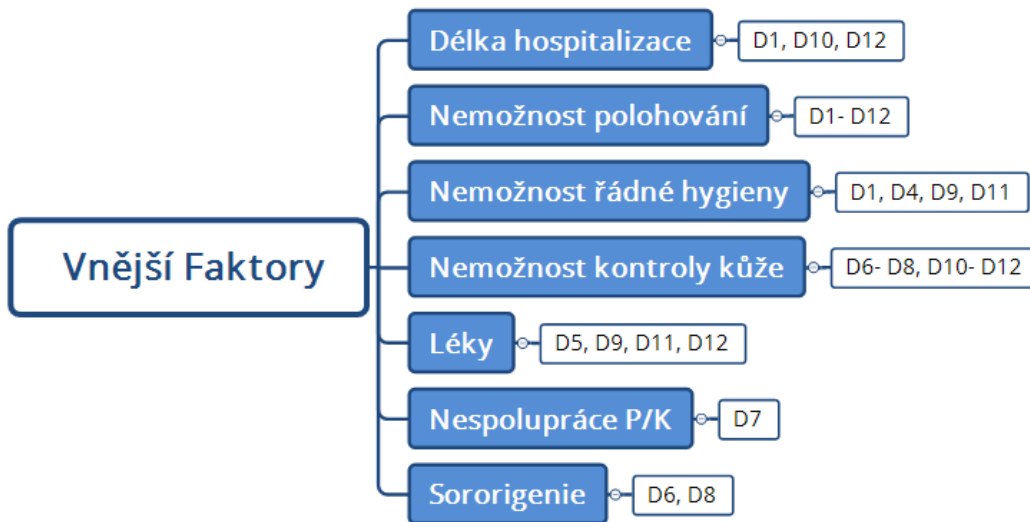
Schéma 7: Vnitřní faktory



Podkategorie b) Vnější faktory

Vnější faktory ovlivňující vznik dekubitů vychází z mnoha podnětů. Dotazování (D1, D10, D12) uvedli, že záleží na době hospitalizace P/K, uvedli, že čím déle P/K leží, tím vyšší je riziko vzniku dekubitů. Všichni dotazování (D1- D12) uvedli, že dalším faktorem je nemožnost polohování z důvodu kritického stavu P/K, kdy by polohování mohlo mít pro P/K fatální následky, s tím úzce souvisí i nemožnost zajištění řádné hygienické péče, kterou uvedli dotazování (D1, D4, D9, D11). Dotazování (D6- D8, D10- D12) dodali, že pokud je P/K v takovém stavu, kdy ho nemůžou polohovat na bok, je kontrola kůže a predilekčních míst v sakrální oblasti P/K nemožná. Působení léků, konkrétně vazopresorů, zmínili dotazování (D5, D9, D11, D12). Nespolupráce P/K zmínil dotazovaný (D7), dodal: „*Pacienti, že je dáte na bok a oni se vám zase stočej, že prostě nespolupracujou jakoby v tom polohování.*“ Dotazovaný (D6) zmínil jako vnější faktor nezajištění ošetrovatelské péče ze strany personálu. Nevhodnou manipulaci s P/K zmínil dotazovaný (D8). Schéma 8 vizualizuje jednotlivé vnější faktory, které jsou předpokladem pro vznik dekubitů.

Schéma 8: Vnější faktory



4.1.3 Kategorie - Informovanost sester a zdravotnických záchranářů v problematice dekubitů

V rámci výzkumného šetření bylo zjišťováno, jak jsou sestry a zdravotničtí záchranáři informováni v problematice dekubitů. Ze získaných dat byla tato kategorie rozčleněna do dvou podkategorií. Zájem o danou problematiku a chybějící informace. Schéma 9 vizualizuje, jak jsou na tom sestry a zdravotničtí záchranáři s informovaností v rámci problematiky dekubitů.

Schéma 9: Informovanost sester a zdravotnických záchranářů



Podkategorie a) Zájem o problematiku dekubitů

Tato podkategorie nastiňuje zájem sester a zdravotnických záchranářů o problematiku dekubitů celkově. Ze získaných dat bylo zjištěno, že zájem má pouze jedna třetina dotazovaných (D5, D7, D8, D10). Dotazovaný (D5) uvedl, že se v září tohoto roku zúčastní vzdělávacího semináře na téma hojení ran. Dotazovaní (D7, D10) uvedli, že by se rádi vzdělávali v této problematice, ale nebylo jim to ze strany

zaměstnavatele umožněno. Dotazovaný (D7) dodal: „*Ono je to jenom na nějakej určitej počet lidí, takže už mě tam nevzali.*“ (D10) uvedl, že z důvodu adaptačního procesu neměl zatím příležitost. (D8) uvedl, že zájem o tuto problematiku má velikou, na druhou stranu dala najevo určitou nespokojenost se způsobem ošetřování dekubitů na jeho pracovišti a dodal: „*To vás tak jako degraduje a.. rezignujete.*“ Většina dotazovaných (D1- D4, D6, D9, D11, D12) uvedla, že se o problematiku dekubitů nezajímá. Dotazovaní (D2, D4, D6) uvedli úplný nezájem. Dotazovaní (D4, D9, D12) uvedli, že se zajímají spíše o akutní péči a urgentní medicínu. (D4) dodal: „*Zabývám se akutníma věcmá, ne tou dlouhodobou ošetrovatelskou péčí, mě zajímají akutní pacienti.*“ Dotazovaní (D3, D11) uvedli, že zájem nemají z důvodu nevyužití znalostí této problematiky v praxi: (D11) „*Nemám ten pocit, že bych to potřebovala.*“ Dotazovaný (D3) uvedl, že se o tuto problematiku nezajímá z důvodu častého střídání P/K během směn a že nevidí, jak se případné dekubity vyvíjejí. Dotazovaní (D1, D3) dodali, že touto problematikou se zabývá staniční sestra, když potřebují, tak se s ní poradí. (D1) uvedl: „*Od toho tady mám staniční a ta mi řekne, co s tím mám dělat.*“ Naopak dotazovaný (D7) dodal: „*Já bych na to hojení ran jako fakt jela, abych jako fakt věděla a myslím si, že by nás to měla mít alespoň půlka, že jo, abychom věděli a neptali se furt staniční, co na to dát.*“ Schéma 10 vizualizuje zájem a případný nezájem sester a zdravotnických záchranářů o problematiku dekubitů.

Schéma 10: Zájem o problematiku dekubitů

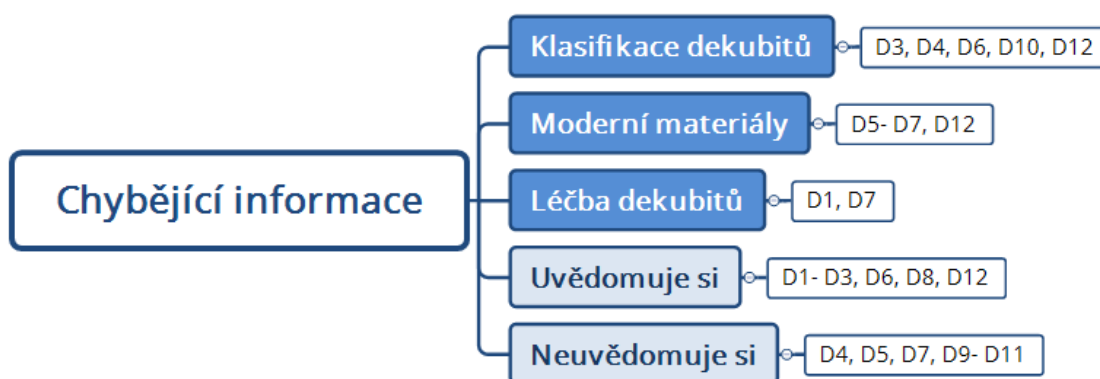


Podkategorie b) Chybějící informace

Podkategorie „Chybějící informace“ vypovídá o tom, jaké informace týkající se problematiky dekubitů sestrám a zdravotnickým záchranářům chybí. Bylo zjištěno, že dotazovaným (D3, D4, D6, D10) dělá problém klasifikovat jednotlivé stupně dekubitů. Dotazovaní (D3, D4) věděli o přeškálování dekubitů ze čtyř stupňů na šest, ale nedokázali je vyjmenovat. Dotazovaný (D6) dokonce zaměnil klasifikaci dekubitů s klasifikací popálenin. Dotazovaní (D5- D7, D12) zmínili, že neznají moderní materiály pro prevenci dekubitů. Dotazovaní (D1, D7) uvedli, že by se rádi dozvěděli

více o materiálech pro hojení a léčbu dekubitů. Zároveň bylo zjišťováno, zda si sestry a zdravotničtí záchranáři uvědomují nedostatečnou informovanost v této problematice. Bylo zjištěno, že polovina dotazovaných (D1- D3, D6, D8, D12) si uvědomují, že jim informace chybí a naopak druhá polovina dotazovaných (D4, D5, D7, D9- D11) si tuto skutečnost vůbec neuvědomuje. Schéma 11 vizualizuje jednotlivé oblasti chybějících informací a zároveň uvědomění si této skutečnosti.

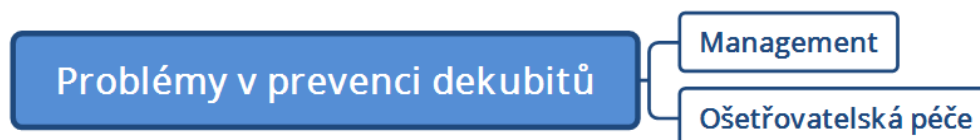
Schéma 11: Chybějící informace



4.1.4 Kategorie - Problémy v prevenci dekubitů

V rámci výzkumného šetření bylo zjišťováno, jaké jsou problémy v prevenci dekubitů. Ze získaných dat byla kategorie rozdělena do dvou podkategorií. Management a ošetrovatelská péče. Schéma 12 vizualizuje, v jakých oblastech jsou problémy v prevenci dekubitů.

Schéma 12: Problémy v prevenci dekubitů



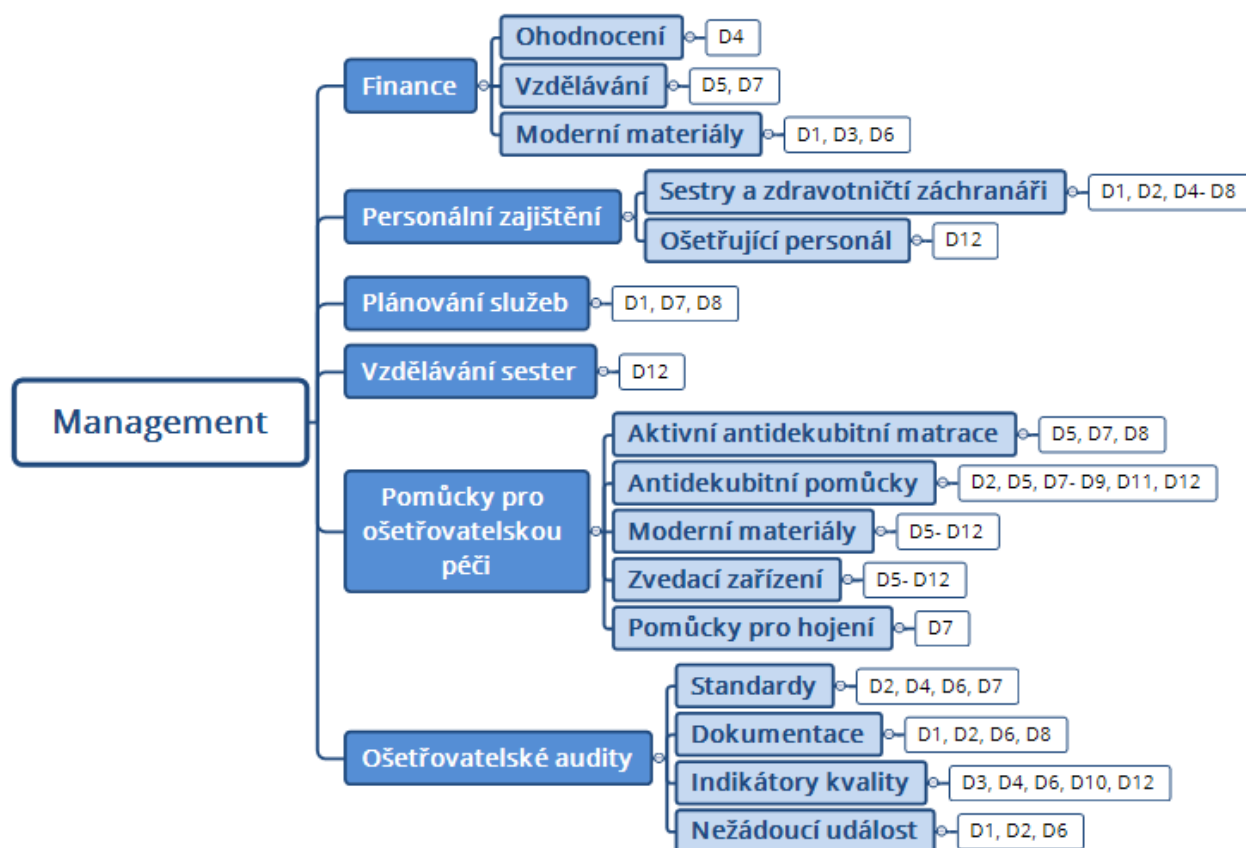
a) Podkategorie Management

Z rozhovorů se sestrami a zdravotnickými záchranáři vyplynulo, že problémy v prevenci dekubitů jsou ze strany managementu. První oblast, kterou dotazovaní zmínili, se týká financí. Dotazovaný (D4) zmínil, že by sestry a zdravotničtí záchranáři

měli být za ošetrovatelskou péči lépe finančně ohodnoceni. Dotazovaní (D5, D7) zmínili, že by se rádi na téma dekubity vzdělávali, ale že jednotlivé školení je vyčleněno pouze pro určitý počet osob a dodali, že je to limitováno finančně. Dále dotazovaní (D1, D3, D6) zmínili finanční nákladnost preventivních materiálů. Dotazovaní (D1, D3) uvedli, že moderní materiály nejsou P/K poskytovány preventivně před vznikem prvního stupně dekubitu, ale až když se dekubit prvního, druhého stupně objeví. (D3) dodal: „*Spíš až, když už je to začervenalý, ono to stojí asi pětistovku, takže mi k tomu nemáme přístup, takže my to ukážeme staniční a ona řekne, že to tam nalepíme. Ona jako od toho má klíče, takže my k tomu přístup nemáme.*“ Další oblast se týká personálního zajištění. Dotazovaní (D1, D2, D4- D8) uvedli, že na jejich oddělení je nedostatek sester a zdravotnických záchranářů. Dotazovaný (D12) uvedl, že by na jejich oddělení uvítali pomocný ošetřující personál. Dotazovaní (D1, D7, D8) uvedli problém v plánování služeb. Dotazovaný (D1) uvedl, že pokud někdo z kolegů/kolegyň onemocní, nebo pokud je období dovolených, tak pociťuje únavu. Dotazovaní (D7, D8) uvedli, že mají nepřetržitě nevhodně napsané služby. Dotazovaní (D1, D4) dodali, že směny bývají hodně náročné. Dotazovaný (D12) uvedl, že z důvodu adaptačního procesu mu nebyla umožněna účast semináře týkajícího se problematiky dekubitů. Další oblast se týká pomůcek pro zajištění dobré ošetrovatelské péče a prevence dekubitů. Dotazovaní (D5, D7, D8) zmínili, že na oddělení nemají pro P/K aktivní antidekubitní matrace. Dotazovaný (D5) dodal, že mají k dispozici pouze jednu nafukovací antidekubitní podložku. Nedostatek antidekubitních pomůcek v případě plného obložení lůžek uvedli dotazovaní (D2, D5, D7- D9, D11, D12). Dotazovaní (D5, D7, D8) uvedli, že jsou nuceni z nedostatku antidekubitních pomůcek improvizovat pomocí polštářů. Moderní materiály pro prevenci dekubitů nemají k dispozici dotazovaní (D5- D12). Zvedací zařízení nemají k dispozici dotazovaní (D5- D12). Dotazovaný (D7) uvedl, že by si přál lepší prostředky pro hojení a léčbu dekubitů. Poslední oblast poukazuje na problém ošetrovatelských auditů. Bylo zjištěno, že dotazovaní (D2, D4, D6, D7) neznají standardy ošetrovatelské péče týkající se problematiky dekubitů. Dotazovaní (D2, D4, D6, D7) uvedli, že se řídí „zajetým“ systémem oddělení. Dotazovaný (D2) dodal: „*Ty jo, já si vůbec nejsem jistá, že by jsme to tady měli popravdě.. jako standard jako asi je, ale neřídím se tím.*“ Dále bylo zjištěno, že dotazovaní (D1, D2, D6, D8) nevedou ošetrovatelskou dokumentaci správným způsobem. Dotazovaní (D1, D6, D8) si předepisují polohu P/K dopředu, nebo poloha P/K nesouhlasí s polohou v dokumentaci. (D1) dodal: „*Nepíšu to úplně poctivě, spíš jako, aby papíry byly v pořádku.*“

Dotazovaný (D2) polohu P/K nezapíše vůbec. Dále dotazovaní (D3, D4, D10, D12) nedokážou rozlišit jednotlivé stupně dekubitů. Naopak dotazovaný (D5) uvedl, že je hlavní sestra a kvalitářka ošetrovatelské péče chodí na indikátory kvality pravidelně zkoušet. Dotazovaní (D1, D2, D6) nevěděli, že se nově vzniklé dekubity hlásí jako nežádoucí událost. Schéma 13 vizualizuje problémy managementu v problematice dekubitů.

Schéma 13: Management



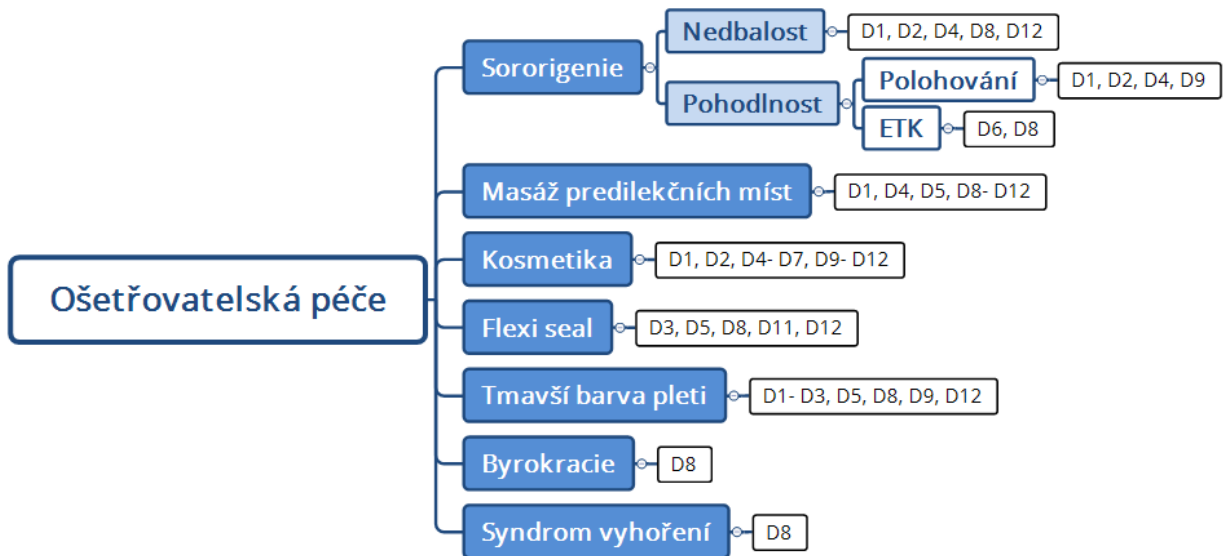
b) Podkategorie Ošetrovatelská péče

Z výzkumného šetření byly zjištěny problémy v prevenci dekubitů ze strany sester a zdravotnických záchranářů, respektive poskytované ošetrovatelské péče. Tato podkategorie je rozdělena do několika problémových oblastí. První se týká poškození pacienta sestrou či zdravotnickým záchranářem, kdy bylo zjištěno, že způsobení dekubitu P/K nedbalostí přiznali dotazovaní (D1, D2, D4, D8, D12). Jednalo se především o to, že dotazovaní zapomněli například přepolohovat saturační čidlo, nebo vypnout prostěradlo, nebo P/K byl způsoben otlak od nějakého katetru apod. Dále

dotazovaní (D1, D2, D4) uvedli pohodlnost sester či zdravotnických záchranářů v polohování P/K, kteří by se polohovat mohli. Dotazovaní (D1, D2, D4, D9) uvedli, že se na jejich oddělení stabilizovaní P/K z preventivních důvodů nepolohují. Dotazovaný (D1) uvedl: „*Je pravda, že mi tady tak poctivě nepolohujeme.*“ (D2) dodal: „*Je to prostě hrozný říct, ale nedělám to proto, že když člověk přijde s něčím novým tak.. protože by mi řekli nedělej to, protože jinak to budeme muset dělat všichni.*“ (D4) uvedl: „*Můj názor je ano, dostatek času je, spousta kolegů mě bude za tohle proklínat, ale já si myslím, že je to otázka lenosti, já si myslím, že těch pět minut si na napolohování toho pacienta, když se může polohovat, že si můžeme najít a myslím si, že to spousta kolegů z lenosti nedělá.*“ (D9) Zmínil: „*My máme ty postele s těma opravdu kvalitníma antidekubitárníma matracema, takže vlastně kvůli vzniku dekubitů my nemusíme polohovat.*“ Dále dotazovaní (D6, D8) nepolohují endotracheální kanylu (ETK) z koutku do koutku P/K úst. Masáž predilekčních míst provádí dotazovaní (D1, D4, D5, D8- D12). Dotazovaný (D1) uvedl: „*Když to jako promazávám, hodně sakrum jako jó, lokty, paty.. promažu, promasíruju jó.*“ (D4) uvedl: „*Jo je to na závěr hygieny, namasírujeme záda, namasírujeme hýždě.. promasírujeme.*“ (D5) uvedl: „*Masírujeme veškerý jakoby záda a predilekční místa, sakrum to jakoby fakt rozmasírujeme, lopatky že jo, většinou tam, kde se to nejvíc opírá.*“ (D9) uvedl: „*Provádíme, prakticky dvakrát denně vždycky aniž by ten pacient měl ty místa červený a pokud je má, tak častěji.*“ Nevhodnou kosmetiku používají dotazovaní (D1, D2, D4- D7, D9- D12). Dotazovaný (D9) dodal, že k mytí P/K také používá erární dezinfekční mýdlo. Dotazovaní (D1, D2, D6) uvedli, že pokud je to možné, použijí k hygieně vlastní kosmetiku P/K. Pastu typu Menalind®, Sudokrém® či zinkovou mast za účelem promazání predilekčních míst používají dotazovaní (D10- D12). Na první stupeň dekubitu tuto pastu používá dotazovaný (D7). Dotazovaní (D1, D4, D5, D7) uvedli, že používají mentolovou emulzi k masáži zad. Dalším problémem v ošetrovatelské péči je použití rektálního katetru Flexi seal®. Dotazovaní (D3, D5, D8, D11, D12) uvedli negativní zkušenost v souvislosti s dekubity v oblasti řitního otvoru. Dotazovaný (D7) dodal: „*Oni už mají pak ten konečník takovej otláčenej, jakoby je to prostě umělá hmota strčená v konečníku.*“ (D11): „*Bylo to tam škaredé docela jako no.*“ (D12): „*Jakoby přímo v okolí toho análního vstupu.*“ Dotazovaní (D1- D3, D5, D8, D9, D12) uvedli problém v oblasti prevence dekubitů u P/K s tmavší pleť, kdy je složité rozpoznat první stupeň dekubitu. Dotazovaný (D8) jako problém uvedl: „*Řeší se papíry a na pacienta je málo*

času.“ Dále dotazovaný (D8) zmínil syndrom vyhoření, dodal: „ *V tomhle hraje strašně velké faktor syndrom vyhoření, kterej tu máme všichni a jako prostě víte, že se v tu určitou hodinu zvednete a jdete polohovat, ale jako, že by jsme to dělali s radostí?*“ Schéma 14 vizualizuje problémy v prevenci dekubitů ze strany ošetrovatelské péče.

Schéma 14: Ošetrovatelská péče



4.2 Zúčastněné pozorování

Výsledky zúčastněného pozorování jsou pro lepší přehlednost rozděleny do dvou podkapitol (viz podkapitola 4.2.1 Výsledné pozorovací archy), které byly sestaveny tak, aby bylo na první pohled jasné, jaké oblasti byly předmětem zkoumání, zároveň jsou zde znázorněny orientační výsledky tohoto zkoumání. Každý z pozorovacích archů je označen číslem od 1 do 3 dle pracovišť. Dále (viz podkapitola 4.2.2 Výsledky zúčastněného pozorování). V této podkapitole jsou výsledné pozorovací archy podrobně a přesně popsány a orientační výsledky těchto pozorovacích archů jsou vysvětleny a uvedeny na pravou míru.

Vyvětlivky	
+	ANO
-	NE
½	Částečně
	Nevyskytuje se

4.2.1 Výsledné pozorovací archy

Pozorovací arch 1: Nemocnice A

Pozorovací arch- nemocnice A				
Pozorované výkony	P1	P2	P3	P4
Hygiena P/K				
Provádí okamžitou hygienu genitálu po vyprázdnění P/K	+	+	+	+
Používá čisticí pěnu	-	-	+	+
Používá teplou vodu okolo 37-40 stupňů	+	-	+	+
Používá mycí emulzi	+	+	-	-
Používá jednorázovou napuštěnou žínku	-	-	-	-
Při sušení kůže ručník pouze přikládá	+	-	-	-
Používá zvlhčující, promašťující kosmetiku	+	+	+	+
Používá pastu k ošetření kůže	-	-	-	-
Používá nevhodnou kosmetiku, zásyp, mentolové emulze	½	½	½	½
Masíruje predilekční místa	½	½	½	+
Provádí poklepovou masáž	-	-	-	-
Polohování				
Polohuje P/K v pravidelných časových intervalech	-	-	+	½
Zamezuje tření a střížným silám	-	-	+	+
Střídá polohy P/K	-	-	-	+
P/K ukládá do bezpečné polohy	+	+	+	+
Změnu polohy zaznamenává do dokumentace	+	-	+	+
Používá polohovací hodiny				
Používá mikro polohování	-	+	+	-
Používá náklon lůžka	-	+	-	-
Kontroluje kůži, predilekční místa	½	½	½	½
Zachází s P/K šetrně	+	+	+	+
Lůžko a antidekubitní pomůcky				
Kontroluje a upravuje lůžko	½	½	½	½
P/K leží na antidekubitní matraci aktivní	-	-	-	-
P/K leží na antidekubitní matraci pasivní	+	+	+	+

Využívá náklonu lůžka	-	-	-	-
Využívá pomůcky usnadňující polohování	+	-	-	+
Používá správné antidekubitní pomůcky	+	+	+	+
Používá preventivní materiály	½	½	½	½
Zdravotnické prostředky				
V lůžku se nachází spadlé cizí předměty	-	-	+	-
P/K leží na katetrech, hadičkách, kabelech apod.	-	-	-	-
Kontroluje a reguluje utěsnění obstrukční manžety	+	+	+	+
Používá manometr	+	+	+	+
Střídá polohu ETK z jednoho koutku do druhého	+	-	+	+
Střídá pozici NGS a při přelepování	+	+	+	+
P/K má nejužší možnou velikost PMK	-	-	-	+
Kontroluje ústí zavedení PMK	+	+	+	+
Pečuje o rektální katetr				
Prevence komplikací již vzniklého dekubitu				
Přistupuje při ošetřování asepticky			+	
Provádí stěr z dekubitu			-	

Pozorovací arch I: Nemocnice B

Pozorovací arch- nemocnice B				
Pozorované výkony	P5	P6	P7	P8
Hygiena P/K				
Provádí okamžitou hygienu genitálu po vyprázdnění P/K	+	+	+	+
Používá čisticí pěnu	+	+	+	+
Používá teplou vodu okolo 37-40 stupňů	+	+	-	+
Používá mycí emulzi	-	-	+	+
Používá jednorázovou napuštěnou žínku	+	-	-	-
Při sušení kůže ručník pouze přikládá	-	-	-	+
Používá zvlhčující, promašťující kosmetiku	+	+	+	+
Používá pastu k ošetření kůže	-	-	-	+
Používá nevhodnou kosmetiku, zásyp, mentolové emulze	½	½	½	½
Masíruje predilekční místa	+	½	+	+
Provádí poklepovou masáž	-	-	-	-
Polohování				
Polohuje P/K v pravidelných časových intervalech	+	+	+	+
Zamezuje tření a střížným silám	+	-	+	+
Střídá polohy P/K	+	+	+	+
P/K ukládá do bezpečné polohy	+	+	+	+
Změnu polohy zaznamenává do dokumentace	+	½	+	+
Používá polohovací hodiny				
Používá mikro polohování	+	+	+	-
Používá náklon lůžka	-	-	-	-
Kontroluje kůži, predilekční místa	+	+	+	-
Zachází s P/K šetrně	+	+	+	+
Lůžko a antidekubitní pomůcky				
Kontroluje a upravuje lůžko	+	+	+	+
P/K leží na antidekubitní matraci aktivní	-	-	-	-
P/K leží na antidekubitní matraci pasivní	+	+	+	+
Využívá náklonu lůžka	-	-	+	-
Využívá pomůcky usnadňující polohování				

Používá správné antidekubitní pomůcky	½	½	½	½
Používá preventivní materiály				
Zdravotnické prostředky				
V lůžku se nachází spadlé cizí předměty	-	-	-	-
P/K leží na katetrech, hadičkách, kabelech apod.	-	-	-	-
Kontroluje a reguluje utěsnění obstrukční manžety	½	½	½	+
Používá manometr	-	-	-	-
Střídá polohu ETK z jednoho koutku do druhého	+	-	-	+
Střídá pozici NGS a při přelepování	+	-	+	+
P/K má nejúžší možnou velikost PMK	-	-	+	-
Kontroluje ústí zavedení PMK	+	-	+	+
Pečuje o rektální katetr				
Prevence komplikací již vzniklého dekubitu				
Přistupuje při ošetřování asepticky				+
Provádí stěr z dekubitu				-

Pozorovací arch I: Nemocnice C

Pozorovací arch- nemocnice C				
Pozorované výkony	P9	P10	P11	P12
Hygiena P/K				
Provádí okamžitou hygienu genitálu po vyprázdnění P/K	+	+	+	+
Používá čisticí pěnu	-	-	+	+
Používá teplou vodu okolo 37-40 stupňů	+	+		+
Používá mycí emulzi	+	+		+
Používá jednorázovou napuštěnou žínku	-	-	-	-
Při sušení kůže ručník pouze přikládá	+	-		+
Používá zvlhčující, promašťující kosmetiku	+	+	+	-
Používá pastu k ošetření kůže	-	+	+	+
Používá nevhodnou kosmetiku, zásyp, mentolové emulze	-	-	-	-
Masíruje predilekční místa	+	+	+	+
Provádí poklepovou masáž	-	-	-	-
Polohování				
Polohuje P/K v pravidelných časových intervalech	-	+	-	-
Zamezuje tření a střížným silám	-	+	-	+
Střídá polohy P/K	-	-	-	-
P/K ukládá do bezpečné polohy	+	+	+	+
Změnu polohy zaznamenává do dokumentace	+	+	+	+
Používá polohovací hodiny				
Používá mikro polohování	+	-	-	-
Používá náklon lůžka	-	-	-	-
Kontroluje kůži, predilekční místa	+	+	+	+
Zachází s P/K šetrně	+	+	+	+
Lůžko a antidekubitní pomůcky				
Kontroluje a upravuje lůžko	+	+	+	+
P/K leží na antidekubitní matraci aktivní	+	+	+	+
P/K leží na antidekubitní matraci pasivní	-	-	-	-
Využívá náklonu lůžka	+	-	-	-
Využívá pomůcky usnadňující polohování				

Používá správné antidekubitní pomůcky	-	-	+	-
Používá preventivní materiály				
Zdravotnické prostředky				
V lůžku se nachází spadlé cizí předměty	-	-	-	-
P/K leží na katetrech, hadičkách, kabelech apod.	-	-	-	-
Kontroluje a reguluje utěsnění obstrukční manžety	+		+	+
Používá manometr	+		+	-
Střídá polohu ETK z jednoho koutku do druhého	-		-	-
Střídá pozici NGS a při přelepování	+		-	-
P/K má nejužší možnou velikost PMK	+	+	+	+
Kontroluje ústí zavedení PMK	+	+	+	+
Pečuje o rektální katetr				
Prevence komplikací již vzniklého dekubitu				
Přistupuje při ošetřování asepticky				
Provádí stěr z dekubitu				

4.2.2 Výsledky zúčastněného pozorování

Výsledné pozorovací archy (viz podkapitola 4.2.1 Výsledné pozorovací archy) zaznamenávají zúčastněné pozorování dvanácti sester a zdravotnických záchranářů (P1-P12) pracujících na ARO, archy jsou označeny písmeny A, B, C dle pracovišť. Zobrazují výsledky ošetrovatelské péče v souvislosti s prevencí dekubitů. Pozorování probíhalo v delším časovém úseku, aby výsledky byly validní. Každý pozorovací arch je rozdělen na pět částí.

První část výsledného pozorovacího archu je zaměřen na *hygienu P/K*. V této oblasti bylo pozorováno, zda pozorování provedli okamžitou hygienu genitálu po vyprázdnění P/K. Výsledný pozorovací arch znázorňuje, že tento bod splnili všichni pozorování (P1- P12). Čisticí pěnu použila většina pozorovaných (P3- P12), zbylí dva pozorování (P1, P2) k hygieně genitálu použili mycí emulzi. Dalším bodem je to, zda pozorování k hygieně P/K použili teplou vodu okolo 37-40 °C. Tento úkon provedli pozorování (P1, P3- P6, P8- P10, P12), pozorovaný (P2) použil studenou vodu z důvodů vysoké tělesné teploty P/K. Pozorovaný (P11) u P/K celkovou hygienu neprovedl

z důvodu kritického stavu P/K. Mycí emulzi použilo celkem sedm pozorovaných (P1, P2, P7- P10, P12), pozorovaní (P3, P4, P6) použili vlastní sprchový gel P/K, pozorovaný (P11) mycí emulzi nepoužil z důvodu neprovedení celkové hygieny P/K. Speciální jednorázovou žínku napuštěnou mýdlem měli k dispozici pozorovaní (P5- P8) z toho ji použil pouze pozorovaný (P5). Dále bylo sledováno, jakým způsobem pozorovaní přikládají při sušení kůže ručník. Správnou techniku při sušení kůže použili pouze pozorovaní (P1, P8, P9, P12). Ostatní většina pozorovaných (P2- P7, P10) sušila P/K kůži třením. Pozorovaný (P11) kůži nesušil z důvodu neprovedení celkové hygieny P/K. Pozorovaní (P1- P11) použili k ošetření kůže promašťující kosmetiku. Pozorovaný (P12) promašťující kosmetiku nepoužil vůbec. Pozorováno také bylo, zda je k promazání predilekčních míst použita kosmetika ve formě bílé pasty, bylo zjištěno, že tento typ kosmetiky použili celkem čtyři pozorovaní (P8, P10- P12). Bod zabývající se používáním nevhodné kosmetiky, zásypů, mentolových emulzí splnili pozorovaní (P1- P8) částečně a to tím, že všichni použili mentolovou emulzi k promazání zad. Zbylí čtyři pozorovaní (P9- P12) neměli tento typ kosmetiky k dispozici. Posledními dvěma body v oblasti hygieny jsou, zda pozorovaní provádí masáž predilekčních míst či provádí poklepovou masáž. Masáž predilekčních míst provedli pozorovaní (P4, P5, P7- P12), pozorovaní (P1- P3, P6) provedli částečně jemnou masáž predilekčních míst při promazávání. Poklepovou masáž predilekčních míst neprovedl nikdo z pozorovaných (P1- P12).

Druhou částí je *polohování*. V této části bylo pozorováno, že v pravidelných časových intervalech polohovali pozorovaní (P3, P5- P8, P10), pozorovaný (P4) polohoval částečně, to znamená, že se snažil P/K po hygienách polohovat na bok, nicméně P/K změnu polohy netoleroval, jeho stav byl velmi vážný a tak do konce směny zůstal v poloze na zádech. Pozorovaní (P1, P2, P9, P11, P12) nepolohovali vůbec a P/K ležel celou směnu v jedné poloze na zádech. Další bod nastiňuje, zda pozorovaní při jakékoli manipulaci s P/K v rámci lůžka, zamezují tření a střížným silám, přičemž snahu zamezit těmto faktorům měli pozorovaní (P3- P5, P7, P8, P10, P12). Ostatní pozorovaní (P1, P2, P6, P10, P12) těmto faktorům nezabránili, často z důvodu vysoké hmotnosti P/K. Méně jak polovina pozorovaných (P4- P8) střídala polohy P/K v lůžku. Většina pozorovaných (P1- P3, P9- P12) u P/K polohu nestřídala a P/K ležel po celou dobu pozorování v poloze na zádech. Všichni P/K pozorovaných leželi v bezpečné poloze. Pozorovaní (P1, P3- P5, P7- P12) zapisovali aktuální polohu P/K do ošetřovatelské dokumentace. Pozorovaný (P6) tento bod splnil částečně, ráno po

převzetí hlášení a P/K předepsal polohy P/K až do konce směny. Pozorovaný (P2) nezapisoval polohy P/K vůbec. Bylo zjištěno, že na žádném z pozorovaných oddělení nepoužívají pomůcku polohovací hodiny. Mikropolohování uskutečnili pozorovaní (P2, P3, P5- P7, P9). Náklonu lůžka využil pouze pozorovaný (P2). Dále bylo sledováno, zda pozorovaní kontrolují pravidelně kůži, obzvláště predilekční místa. Pozorovaní (P5- P7, P9) kontrolovali, pozorovaní (P1- P4, P10- P12) částečně a pozorovaný (P8) vůbec. Všichni pozorovaní (P1- P12) zacházeli s P/K šetrně a důstojně.

Třetí část se týká *lůžka a antidekubitních pomůcek*. Co se týče kontroly lůžka a jeho úpravy, pozorovaní (P5- P8) kontrolovali a upravovali lůžko v pravidelných intervalech, pozorovaní (P1- P4, P9- P12) kontrolovali lůžko minimálně dvakrát za 12 hodin. Přesto, že pozorovaní (P1- P4, P9- P12) měli k dispozici aktivní antidekubitní matrace, bylo zpozorováno, že P/K na aktivních matracích leželi pouze u čtyř pozorovaných (P9- P12). Pozorovaní (P1- P4) tuto možnost nevyužili. Možnosti náklonu lůžka využili pouze dva pozorovaní (P7, P9). Pomůckou usnadňující polohování „zvedák“ měli k dispozici pouze čtyři pozorovaní (P1- P4), přičemž ji použili pouze dva pozorovaní (P1, P4). Antidekubitní pomůcky využili pozorovaní (P1- P4, S9- S12), pozorovaní (P5- P8) částečně, protože jsou z nedostatku antidekubitních pomůcek nuceni improvizovat polštáři. Pozorovaní (P9, P10, P12) použili nesprávné antidekubitní pomůcky ve formě věnečků, které podkládali pod lokty a paty. Preventivní materiály ve formě speciálních krémů či gelových náplastí měli k dispozici pouze pozorovaní (P1- P4), z toho (P1- P4) použili preventivní materiál pouze ve formě krému.

Čtvrtá část se zaměřuje na *zdravotnické prostředky*. Zde bylo pozorováno, zda se v lůžku nacházejí spadlé cizí předměty. U pozorovaného (P3) se v lůžku nacházelo spadlé víčko od jehly. Všichni pozorovaní (P1- P12) dbali na to, aby P/K neleželi na katetrech, hadičkách, kabelech od přístrojů apod. Dalším bodem je, zda pozorovaní kontrolují a regulují utěsnění obstrukční manžety, ať už se jedná o endotracheální kanylu či tracheostomickou kanylu. Pozorovaní (P1- P4, P8, P9, P11, P12) pravidelně kontrolovali a regulovali tlak v obstrukční manžetě, pozorovaní (P5- P7) částečně, to znamená, že ke kontrole došlo pouze jednou a to při ranní hygieně. Pozorovaný (P10) měl na starost P/K s kyslíkovou maskou. Pozorovaní (P1- P4, P9, P11) při kontrole a regulaci obstrukční manžety použili manometr, pozorovaní (P5- P8, P12) manometr nepoužili, ale kontrolu provedli pohmatem a případně objem obstrukční manžety regulovali injekční stříkačkou. Dále bylo pozorováno, zda dochází ke střídání polohy

endotracheální kany z jednoho koutku do druhého P/K úst. Tuto činnost provedli pozorovaní (P1, P3- P5, P8). Pozorovaní (P6, P12) tuto činnost neprovedli. P/K pozorovaných (P2, P7, P9) měli tracheostomickou kanylu a pozorovaný (P10) měl na starost P/K s kyslíkovou maskou. Dále pozorovaní (P1- P5, P7- P9) střídali pozici nazogastrické sondy. Pozorovaný (P6) pozici nazogastrické sondy nechal v původním místě a nedošlo ani k jejímu přelepení. P/K pozorovaných (P10- P12) nazogastrickou sondu neměli zavedenou. Pozorováno také bylo, zda mají P/K zaveden nejužší možný permanentní močový katetr, bylo zjištěno, že přesně polovina P/K pozorovaných (P1- P3, P5, P6, P8) má nevhodnou velikost permanentního močového katetru, kdy ve všech případech měli P/K zavedeny silnější katetry, než by odpovídalo jejich požadavkům. V souvislosti se zavedeným permanentním močovým katetrem bylo sledováno, zda pozorovaní kontrolují ústí zavedení permanentního močového katetru. Pozorovaní (P1- P5, P7- P12) ústí zavedení močové trubice zkontrolovali. Pozorovaný (S6) provedl hygienu genitálu, ale ústí zavedení močového katetru nezkontroloval. Dalším bodem je péče o rektální katetr, v rámci pozorovaných (P1- P12) a jejich P/K se rektální katetr nevyskytoval.

Poslední část výsledného pozorovacího archu se týkala prevence komplikací u již vzniklého dekubitu. Bylo sledováno, zda pozorovaní přistupují k ošetřování dekubitu asepticky a zda provádí stěr z dekubitu. V rámci pozorování se dekubit vyskytl u P/K pozorovaných (P3, P8). Při převazu dekubitu oba pozorovaní (P3, P8) přistupovali asepticky, avšak stěr z dekubitu v obou případech proveden nebyl.

4.3 Výskyt dekubitů

Všichni dotazovaní (D1- D12) uvedli, že se na anesteziologicko resuscitačním oddělení dále jen ARO s dekubity setkávají. Dotazovaní (D1, D2, D5- D7, D9- D12) uvedli, že minimálně. Z toho dotazovaní (D1, D6, D9- D12) uvedli, že se s dekubity na jejich oddělení setkávají spíše formou příjmu P/K s již vzniklým dekubitem. Naopak dotazovaní (D3, D4, D8) uvedli, že se s dekubity na jejich odděleních setkávají často. (D4) dodal: „ *Je to hloupí říct, ale u nás je to takový pravidlo jo, u těch pacientů, že pacient, kterej nemá od nás dekubit, tak to je jakoby tady neležel.*“ Tyto lišící se odpovědi dotazovaných byly podnětem pro zahájení dalšího zkoumání z důvodu ucelení výzkumného šetření. V návaznosti byly požádány vrchní sestry příslušných pracovišť A, B, C kraje „X“ o poskytnutí dat v souvislosti s výskytem dekubitů na ARO za období od 1. 1. 2019 do 30. 6. 2019. Data z pracovišť A a C byla poskytnuta bez problémů,

avšak poskytnutí dat z pracoviště B bylo hlavní sestrou zamítnuto a nedodáno z důvodů neposkytování interních dat v souvislosti s indikátory kvality ošetrovatelské péče. Výskyt dekubitů viz Tabulka 5. popisuje výskyt dekubitů na daném pracovišti A, B, C. Počet přijatých P/K za dané období, dále počet ošetřených P/K s dekubitem a počet nově vzniklých dekubitů nahlášených jako nežádoucí událost. Bylo zjištěno, že pracoviště A přijalo celkem 308 P/K. Ošetřených dekubitů bylo celkem 21 (100 %), z toho 18 (86 %) bylo nově vzniklých. Na pracoviště C v daném období bylo přijato celkem 97 P/K. Ošetřených dekubitů bylo celkem 10 (100 %), z toho nově vzniklých byly 4 (40 %).

Tabulka 5: Výskyt dekubitů

Výskyt dekubitů za období od 1. 1. 2019 do 30. 6. 2019			
Pracoviště	Celkem přijato P/K	Celkem ošetřeno dekubitů	Nově vzniklé dekubity
A	308	21	18
		100 %	86 %
B	Nedodáno	Nedodáno	Nedodáno
C	97	10	4
		100 %	40 %

5 Diskuse

Diplomová práce je zaměřena konkrétně na problematiku prevence dekubitů na anesteziologicko resuscitačním oddělení, dále jen ARO. Dekubity se vyskytují od počátku lidstva a i přes pokrok doby dopředu, rozvoji medicíny na špičkovou úroveň, rozvoji ošetrovatelství, kvalitnímu vzdělání sester a zdravotnických záchranářů, rozvoji techniky, pomůcek, materiálů, kosmetických produktů apod. jsou dekubity stále velmi hojně vyskytujícím se problémem ve zdravotnictví.

Dekubity se staly takzvaným indikátorem neboli ukazatelem kvality ošetrovatelské péče a jde o velmi diskutované téma na národní úrovni. Neustále se vymýšlejí nové standardy a metodické postupy, jak dekubitům předcházet, avšak i přesto všechno se jejich vzniku nelze ubránit a to ani na odděleních, kde je ošetrovatelská péče intenzivní, kontinuální a jsou na její kvalitu kladeny vysoké požadavky.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat role sester a zdravotnických záchranářů v problematice prevence dekubitů na ARO a také zmapovat faktory ovlivňující vznik dekubitů na ARO. Pro splnění cílů byly položeny čtyři výzkumné otázky: 1. Jakou roli hraje sestra a zdravotnický záchranář v problematice prevence dekubitů na ARO? 2. Jaké faktory ovlivňují vznik dekubitů na ARO? 3. Jaké informace sestřím a zdravotnickým záchranářům pracujícím na ARO chybí? 4. Jaké mají sestry a zdravotničtí záchranáři pracující na ARO problémy v prevenci dekubitů? Pro získání potřebných dat byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování sester a zdravotnických záchranářů. Výzkumný soubor tvořilo celkem dvanáct sester a zdravotnických záchranářů pracujících na ARO, z toho čtyři jedné krajské nemocnice a osm dvou okresních nemocnic v rámci jednoho kraje „X“. Otázky kladené sestřím a zdravotnickým záchranářům byly sestavené cíleně a zaměřovaly se na specifika ARO, chodu oddělení a administrativu, ošetrovatelskou péči o pacienta/klienta dále jen P/K v kritickém stavu v souvislosti s prevencí dekubitů a na celkovou informovanost sester a zdravotnických záchranářů o této problematice. Pozorování sester a zdravotnických záchranářů bylo zaměřeno hlavně na ošetrovatelskou péči o P/K v kritickém stavu a na prevenci dekubitů. Jelikož je kladen důraz na zachování anonymity sester a zdravotnických záchranářů, nejsou v diplomové práci uváděny jejich osobní údaje. Zachování anonymity je garantováno i pracovištěm, kde výzkumné šetření probíhalo, z tohoto důvodu není uváděn název pracoviště ani

kraj. V první řadě je nutné uvést na pravou míru, proč nejsou předmětem zkoumání pouze sestry, ale i zdravotničtí záchranáři. Jak stanovuje vyhláška č. 391/ 2017 Sb., kompetence mají praktické sestry, všeobecné sestry pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru a zdravotnický záchranář bez odborného dohledu. Zdravotnických záchranářů pracujících na ARO je v nejednom případě více než sester, avšak náplň práce mají oba obory stejnou, a to je zajištění kvalitní ošetrovatelské péče o P/K v kritickém stavu.

První výzkumná otázka se týká role sester a zdravotnických záchranářů v problematice prevence dekubitů na ARO. Dle našeho názoru je role sestry či zdravotnického záchranáře nepostradatelná, s tímto názorem se ztotožňují i dotazovaní (D5, D6), protože sestra je s P/K v nepřetržitém kontaktu. Z výzkumného šetření vyplynulo velké množství rolí, které sestra či zdravotnický záchranář musí zastat a to je zmíněno „pouze“ zajištění základní ošetrovatelské péče, co se týče prevence dekubitů. Jednotlivé role vizualizují grafická schémata 1, 2, 3, 4, 5. Je nutné podotknout, že to je jen zlomek toho, co „ARO“ sestra musí zastat. Největší část rolí, které sestry v rámci prevence musejí zastat, spadá do prevence jako takové. Všichni dotazovaní (D1- D12) kladli velký důraz na pravidelnost polohování P/K. Tento názor je totožný s názorem dotazovaného (D7), že polohování je jeden z nejdůležitějších úkonů v rámci prevence. Toto tvrzení potvrzuje i Mikula (2008), který říká, že i v současnosti je polohování základním a neúčinnějším prostředkem v prevenci dekubitů. V rámci zavedeného systému jednotlivých oddělení bylo zjištěno, že dotazovaní (D5- D8) chodí polohovat P/K kolektivně, to znamená, že všichni v určitý čas jdou polohovat své P/K, ostatní dotazovaní (D1- D4, D9- D12) chodí polohovat individuálně dle svého uvážení. Bylo zajímavé, že dotazovaní (D2, D4, D9- D12), kteří chodí polohovat P/K individuálně, kdy uznají za vhodné, při kontrolní otázce, v jaké poloze se nejčastěji jejich P/K nachází, uvedli polohu na zádech. Dle našeho názoru je lepší zavedená varianta kolektivního polohování, protože se nemůže stát, že by někdo na polohování „zapomněl“. Dále dotazovaní zmiňovali zajištění hygienické péče, péči o kůži a genitál. Co se nám líbilo a za co dotazované chválíme, je, že pleny používají jen v nezbytně nutných případech. Dále dotazovaní zmínili použití vhodné kosmetiky, kontrolu kůže a predilekčních míst, výživu, hydrataci P/K. Dále zmínili, že je jejich role zajistit vypnuté lůžkoviny a udržování P/K v čistotě a suchu. Překvapil nás názor dotazovaného (D4), který uvedl: „*Vlhko si nemyslím, že by byl hlavní důvod.*“ S tímto názorem v žádném případě nemůžeme souhlasit, náš názor zastává i Mikula (2008), který klade důraz na

udržování P/K v čistotě a suchu. Všichni dotazovaní (D1- D12) uvedli, že používají jednorázové neprodyšné podložky pod P/K. Z důvodu zabránění působení vlhka dotazovaní (D3, D4) uvedli, že z preventivních důvodů na jednorázovou podložku přikládají bavlněnou podložku či prostěradlo. Tento způsob zabránění vlhkosti pod P/K má určitě své opodstatnění, zastáváme názor, že tento způsob by měl být zaveden na všech odděleních. Dále všichni (D1- D12) dotazovaní zmiňovali jako svou roli využívání antidekubitních pomůcek, Mikšová (2006) uvádí, že antidekubitní pomůcky jsou významnými pomocníky v prevenci dekubitů. Dotazovaní (D9- D12) kladli důraz na aktivní antidekubitní matrace, které si moc chválili. Naopak dotazovaní (D5, D7) uvedli, že mají antidekubitní matrace pasivní a dali najevo určitou pochybnost o účinnosti pasivní matrace. Kapounová (2007) vysvětluje, že pasivní antidekubitní matrace umožňuje dokonalé rozložení váhy P/K, a tím nedochází k utlačování predilekčních míst. Jak uvádí Kapounová (2007), principem je střídavé odlehčování predilekčních míst a myslím si, že zrovna u P/K v kritickém stavu, který se nemůže polohovat, je tato matrace ideálním řešením, domníváme se, že by na ARO neměly chybět. Dotazovaní (D5, D7, D9) dodali, že mají ještě navíc přídavné nafukovací antidekubitní podložky. Dotazovaní (D1- D4) zmiňovali používání moderních preventivních materiálů. Bylo zjištěno, že pracoviště C už moderní preventivní materiály v brzké době začne také používat, což je chvályhodné. Dále všichni dotazovaní uvedli péči o invazivní vstupy, co se týče polohy invazivních vstupů a fixace a zabránění tomu, aby se nacházely zapomenuté předměty v lůžku. Šteflová (2016) uvádí, že s používáním různých zdravotnických prostředků je spojeno riziko vzniku dekubitů. Vytejšková (2015) upozorňuje právě na předměty spadlé do lůžka. V rámci výzkumného šetření u pozorovaného (P3) se v lůžku P/K nacházelo víčko od jehly, na kterém P/K ležel. Z vlastních zkušeností víme, že se to stává velice často, ale dle našeho názoru by se to stávat nemělo. Dotazovaný (D8) kladl důraz na včasnou mobilizaci a aktivizaci P/K, jsme moc rádi, že alespoň jeden dotazovaný tuto důležitou roli zmínil, protože jak uvádí Workman (2006), pro lidské tělo jsou přirozené pohyb a aktivita a právě vznik dekubitů je komplikace spojená s omezeným pohybem v lůžku. Jako další roli dotazovaní uvedli odhalení prvního stupně dekubitu. Bylo zjištěno, že dotazovaní (D1- D3, D6- D8, D10, D11) problém v odhalení prvního stupně dekubitu nemají. Ostatní dotazovaní konzultují stav kůže se staniční sestrou či lékařem, s čímž můžeme souhlasit. Dotazovaný (D12) uvedl zkušenost, že z jeho strany došlo k záměně prvního stupně dekubitu s opruzeninou. Domníváme se, že je v praxi potřeba umět odlišit

opruzeninu od dekubitu prvního či druhého stupně z důvodu zabránění zahájení nevhodné léčby. Dotazovaným byla položena otázka, zda se dá dobře rozpoznat dekubit prvního stupně u P/K tmavší pleti, například u Romů a Vietnamců. Dotazovaní (D1, D6) uvedli, že u tohoto typu kůže lze dekubit odhalit. S těmito odpověďmi nemůžeme souhlasit. Heasler (2014) uvádí, že u tmavě pigmentované kůže nemusí být změna barvy kůže dobře viditelná. Další role sester a zdravotnických záchranářů je hlášení vzniku nežádoucí události. Většina dotazovaných uváděla, že vzniklou událost hlásí staniční sestře či lékaři a jeden dotazovaný uvedl, že provádí zápis elektronicky. V rámci výzkumného šetření nás zajímalo, zda dotazovaní hlásí nežádoucí událost ihned, nebo zda vyčkají, jak se případný dekubit bude vyvíjet. Dotazovaní (D5- D10) uvedli, že vyčkají, zda dojde během hospitalizace k vyléčení dekubitu prvního stupně, nebo zda dojde ke zhoršení. V případě, kdy dojde k jeho zhoršení, nahlásí vznik nežádoucí události zpětně. Maďar (2015) uvádí, že výskyt dekubitů ve zdravotnickém zařízení poukazuje na kvalitu ošetrovatelské péče. Jelikož se dekubity staly indikátory kvality ošetrovatelské péče, domníváme se a ze zkušeností potvrzujeme, že to je důvod, proč s nahlášením vzniklé nežádoucí události dotazovaní vyčkávají. Zde se nabízí otázka, zda jsou statistická data relevantní? Další dotazovaní uváděli ošetrovatelskou péči o již vzniklý dekubit a prevenci komplikací. V rámci pozorování se dekubit vyskytl ve dvou případech a to u pozorovaných (P3, P8). Oba pozorování při převazu rány postupovali aseptickým způsobem. Často se ve své praxi setkáváme s názory sester, že dekubit je chronická většinou infikovaná rána a že se nemusí ošetřovat asepticky. S tímto názorem však v žádném případě nemůžeme souhlasit. Maďar (2006) uvádí, že ošetření dekubitu sestra provádí aseptickými postupy za pomoci sterilních nástrojů a sterilního obvazového materiálu z důvodu prevence komplikací.

Druhá výzkumná otázka se týká faktorů ovlivňujících vznik dekubitů. Tyto faktory byly v rámci výzkumného šetření rozděleny na vnitřní a vnější. Jednotlivé faktory vizualizují grafická schémata 6, 7, 8. Vnitřní faktory vycházejí ze strany P/K a sebelepší ošetrovatelská péče s těmito faktory nic nenadělá. Mezi vnitřní faktory dotazovaní řadili zdravotní stav P/K. Na ARO oddělení jsou hospitalizovaní P/K v kritickém život ohrožujícím stavu. Riebelová (1992) uvádí, že riziko vzniku dekubitů u P/K v kritickém stavu může vzniknout již po dvaceti až třiceti minutách. Dále dotazovaní jako vnitřní faktor uváděli věk P/K, kdy P/K vyššího věku jsou oproti mladším P/K ke vzniku dekubitů náchylnější. Mikula (2008) uvedl, že u seniorů je riziko vzniku dekubitů dvacetkrát vyšší než u dvaceti až čtyřicetiletých P/K. Další

vnitřní faktor dotazovaní uváděli, ať už nízkou, či vysokou hmotnost P/K. Mikula (2008) uvádí, že jakákoli odchylka od ideální hmotnosti, ať už směrem nahoru, či směrem dolů zvyšuje riziko vzniku dekubitů. Dotazovaní jako vnitřní faktory uváděli také nezajištění dostatečné výživy a dehydrataci, nadměrné pocení, inkontinenci a imobilitu P/K. Jako vnější faktory dotazovaní uváděli délku hospitalizace a omezení pohybu P/K v lůžku. Dále nemožnost polohování z důvodu kritického stavu P/K. Z našich zkušeností a ze zkušenosti dotazovaných jsme se shodli na tom, že P/K v tomto vážném stavu nemohou být polohováni a celkově jakákoli manipulace by pro ně mohla mít fatální následky. V tomto případě se domníváme, že je opravdu důležitější stabilizovat P/K stav a prevenci dekubitů řešit posléze, avšak nepopíráme, že je spousta možností, jak riziko vzniku dekubitů u těchto P/K snížit na minimum. S nemožností manipulace s P/K v kritickém stavu úzce souvisí nemožnost zajištění řádné hygienické péče, kontroly kůže a predilekčních míst v sakrální oblasti. Dále dotazovaní zmínili působení léků, konkrétně vazopresorů. Dále nespolupráci P/K, kdy dotazovaný (D7) dodal: „*Pacienti, že je dáte na bok a oni se vám zase stočej, že prostě nespolupracujou jakoby v tom polohování.*“ Ze zkušeností musíme dodat, že pokud P/K v polohování nespolupracuje, jen těžko lze zabránit vzniku otláčení. Dotazovaný (D6) zmínil nezajištění ošetřovatelské péče ze strany personálu, což hodnotíme jako velmi vážný faktor, který by se neměl v praxi vůbec objevit. Dále jako vnější faktor byla zmíněna nevhodná manipulace s P/K. V rámci rozhovoru nás překvapila výpověď dotazovaného (D8), ze které vyplynula nesprávná manipulace s pacientem, citujeme: „*Otočíte si ho na bok že jo, přehodíte si nohu přes postranici, když to jde a namažete a otočíte na druhou no..*“ Domníváme se, že tento způsob manipulace s P/K není vhodný a s tímto postupem nesouhlasíme. Přesto, že je P/K v umělém spánku, bychom si měli uvědomit, že zacházíme s člověkem.

Třetí výzkumná otázka se zabývá informovaností sester a zdravotnických záchranářů v problematice prevence dekubitů. Jak jsou na tom dotazovaní s informovaností, vizualizují grafická schémata 9, 10, 11. Z rozhovorů vyplynul zájem a případný nezájem dotazovaných o problematiku dekubitů. Výsledky jsou překvapující v negativním smyslu. Zájem o danou problematiku projevila pouze jedna třetina dotazovaných (D5, D7, D8, D10). Ostatní dotazovaní uvedli, že je problematika dekubitů nezajímá. Bylo překvapivé zjištění, že dotazovaní žijí v představě, že když působí na ARO, že se jich základní ošetřovatelská péče úplně až tak netýká, nebo že informace o problematice prevence dekubitů ve své praxi nepotřebují či nevyužijí apod.

Většinou se spoléhají na znalosti staniční sestry. S těmito argumenty nemůžeme souhlasit, domníváme se, a budeme se opakovat, že na ARO je základní ošetrovatelská péče nepostradatelná. Co se týče chybějících informací, bylo zjištěno, že dotazovaným (D3, D4, D6, D10, D12) chybí základní informace, jako je klasifikace dekubitů. Jeden dotazovaný (D6) dokonce zaměnil klasifikaci dekubitů s klasifikací popálenin. Dále dotazovaným (D5- D7) chybí informace ohledně moderních preventivních materiálů a (D1, D7) uvedli, že by měli vědět více o hojení a léčbě dekubitů. Jelikož někteří dotazovaní při poskytování rozhovorů působili velice sebevědomě, bylo zjišťováno, zda si vůbec nedostatečnou informovanost uvědomují. Polovina dotazovaných si nedostatky v informovanosti vůbec neuvědomuje a druhá polovina si je nedostatečné informovanosti vědoma. Překvapilo nás, že polovina dotazovaných, která si uvědomuje chybějící informace, nemá zájem potřebné informace vyhledat.

Poslední čtvrtá výzkumná otázka se týká problémů v prevenci dekubitů na ARO. Problémy v této oblasti vizualizují grafická schémata 12, 13, 14. Z rozhovorů s dotazovanými vyplynulo, že problémy vycházejí jak ze strany managementu, tak ze strany ošetrovatelské péče. První oblast týkající se managementu poukazuje na finance. Dotazovaný (D4) zmínil, že by sestry a zdravotníci záchranáři měli být za ošetrovatelskou péči lépe finančně ohodnoceni. Samozřejmě platové rozdíly u krajských nemocnic a okresních nemocnic jsou, ale domníváme se, že nedostatečné finanční ohodnocení sester a zdravotnických záchranářů na ARO je v současné době pasé. Dále dotazovaní (D5, D7) zmínili, že by se na téma dekubity rádi vzdělávali, ale že jim to jejich pracoviště z důvodu finanční nákladnosti neumožnilo. Dle našeho názoru management těchto konkrétních dotazovaných nepostupuje správně. Naopak se domníváme, že by management měl investovat do vzdělání svých zaměstnanců a plně je v tom podporovat. Dále bylo zjištěno, že management šetří na aplikaci preventivních materiálů z důvodu jejich pořizovací ceny. Dotazovaní (D1, D3) uvedli, že preventivní materiály nejsou P/K poskytovány preventivně, ale až když se dekubit objeví. Dále dotazovaní uvedli, že k těmto materiálům nemají přístup. S tímto přístupem v obou případech absolutně nesouhlasíme a postrádáme v tom smysl. Jako další problém managementu dotazovaní (D1, D2, D4- D8, D12) uváděli nedostatečné personální zajištění. Otázkou je, co všechno management dělá pro to, aby dostatek personálu zajistil? Dotazovaní (D1, D7, D8) uvedli problém v plánování služeb. Nalos (2016) uvádí, že na ARO musí být provoz zajištěn dvacet čtyři hodin denně plně kvalifikovaným zdravotnickým personálem. Zde se opět nabízí otázka, zda při

nedostatečném personálním zajištění lze služby adekvátně naplánovat? Dotazovaný (D10) uvedl, že z důvodů adaptačního procesu neměl zatím příležitost účastnit se žádného vzdělávacího semináře. Myslíme si, že to z pozice managementu není správně. Proč mladým a nezkušeným sestřám a zdravotnickým záchranářům není umožněno vzdělávání se v adaptačním procesu? Vždyť naším cílem je zajišťovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Domníváme se, že člověku, který přijde do praxe po ukončení bakalářského studia nabytý ambicemi, by měla být umožněna účast na seminářích i v rámci adaptačního procesu. Dotazovaní (D5, D7, D8) zmínili, že nemají pro P/K aktivní antidekubitní matrace. Dle našeho názoru by na ARO měly tyto matrace být k dispozici. Dotazovaní (D5, D7) dodali, že mají k dispozici pouze jeden kus přídavné nafukovací podložky. Po skončení rozhovoru jsme se šli podívat, ale přídavnou podložku jsme na oddělení nikde nenašli. Otázkou je, i kdybychom podložku našli, bude jedna podložka při plné obloženosti oddělení stačit? Další problém ze strany managementu je nedostatečné zajištění antidekubitních pomůcek v případě plného obložení oddělení, které uvedli dotazovaní (D2, D5, D7- D9, D11, D12). Z toho dotazovaní (D5, D7, D8) uvedli, že jsou nuceni improvizovat polštáři. Dle našeho názoru by management na ARO měl zajistit dostatek antidekubitních pomůcek na každé lůžko, z důvodů hospitalizace imobilních P/K. Moderní materiály nemají k dispozici dotazovaní (D5- D12). Molnlycke (©2019) uvádí, že u nejrizikovějších skupin ležících P/K je součástí preventivních opatření také použití speciálních krytí, která jsou určena pro prevenci dekubitů, jedná se o preventivní materiál typu Mepilex® Border Sacrum, Mepilex® Border Heel. I přes vyšší pořizovací cenu se domníváme, že by tyto materiály pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a zabránění vzniku dekubitů na ARO neměly chybět. Dále se domníváme, že by management měl zajistit na ARO zvedací zařízení, které usnadňuje polohování, hygienickou péči a celkovou manipulaci s P/K. V rámci výzkumného šetření bylo zjišťováno, zda dotazovaní (D1- D4), kteří mají „zvedák“ k dispozici, tuto pomůcku využívají. Bylo zjištěno, že ze čtyř dotazovaných (D1- D4) tuto pomůcku používají pouze tři dotazovaní (D1, D2, D4). Dotazovaný (D3) uvedl: *„Já ho nemám rád z toho důvodu, že je to časově náročný.“* V rámci výzkumného šetření bylo zjišťováno, zda ostatní dotazovaní mají s touto pomůckou zkušenost a zda by stáli o to, mít tuto pomůcku na jejich oddělení. Dotazovaní (D7, D8, D10) uvedli, že měli možnost funkčnost této pomůcky vidět či vyzkoušet v rámci praxe na jiném pracovišti. Zájem o tuto pomůcku projevil většina dotazovaných (D5, D6,

D8- D12). Dotazovaný (D7) projevil nezájem z důvodu časové náročnosti na manipulaci s touto pomůckou. Dále by management měl zajistit dostatek prostředků pro hojení a léčbu dekubitů. Poslední oblast problémů managementu se týká ošetřovatelských auditů, které z našeho pohledu nejsou dostatečné. Z výzkumného šetření vyplynulo, že dotazovaní (D2, D4, D6, D7) neznají standardy ošetřovatelské péče a že se jimi neřídí. Dotazovaný (D2) si ani nebyl jistý, zda ho vůbec mají na oddělení k dispozici. Dále bylo zjištěno, že dotazovaní (D1, D2, D6, D8) nevedou dokumentaci správným způsobem. (D1, D6, D8) předepisují polohy P/K do dokumentace dopředu a (D2) nezapíše polohy P/K vůbec. Vondráček (2008) uvádí, aby ošetřovatelská dokumentace plnila svou funkci a odpovídala platným předpisům, musí být vedena pravdivě a průkazně. Dotazovaní (D3, D4, D10, D12) nedokázali rozlišit jednotlivé stupně dekubitů. Dotazovaní (D1, D2, D6) nevěděli, že se nově vzniklé dekubity hlásí jako nežádoucí událost. Brabcová (2016) uvádí, že každý zaměstnanec zdravotnického zařízení je povinen hlásit vznik nežádoucí události. Dle našeho názoru by management měl zajistit v rámci ošetřovatelských auditů intenzivnější zkoušení na téma indikátory kvality a nežádoucí události. Další problémy v prevenci dekubitů vycházejí ze strany ošetřovatelské péče. První oblast se týká poškození pacienta sestrou či zdravotnickým záchranářem. Zapříčinění vzniku dekubitu nedbalostí přiznali dotazovaní (D1, D2, D4, D8, D12). Během rozhovorů bylo zjevné, že se dotazovaným o této skutečnosti nehovoří moc dobře. Překvapující zjištění ale bylo, že dotazovaní (D1, D2, D4) přiznali, že z preventivních důvodů nepolohují stabilizované P/K, které by polohovat mohli. (D2) uvedl: „ *Je to hrozný říct, ale nedělám to proto, že když člověk přijde s něčím novým tak.. protože by mi řekli nedělej to, protože to jinak budeme muset dělat všichni.* “ (D4) uvedl: „ *Můj názor je ano, dostatek času je, spousta kolegů mě bude za tohle proklínat, ale já si myslím, že je to otázka lenosti, já si myslím, že těch pět minut si na napolohování toho pacienta, když se může polohovat, že si můžeme najít a myslím si, že to spousta kolegů z lenosti nedělá.* “ Kolektiv autorů (2009) uvádí, že sestra, provádějící neodkladnou péči, zodpovídá za to, že se P/K dostane té nejvyšší pozornosti a ošetřovatelské péče. Dle našeho názoru je přístup dotazovaných nepřijatelný. Dále bylo zjištěno, že dotazovaní (D6, D8) nepolohují endotracheální kanyly z důvodu krátké doby zavedení. Kapounová (2007) klade důraz v rámci prevence dekubitů na pravidelné polohování endotracheální kanyly. Bartůněk (2016) varuje, že se dekubity mohou vytvořit v oblasti rtů, ústních koutků a dutiny ústní. Dalším problémem v oblasti ošetřovatelské péče je provádění masáže predilekčních

míst. Masáž provádí dotazovaní (D1, D4, D5, D8- D12). Pokorná (2012) uvádí zákaz masírování predilekčních míst a to i bez známek dekubitu. Nevhodnou kosmetiku na kůži P/K používají dotazovaní (D1, D2, D4- D7, D9- D12). Největší problém je používání past typu Menalind, Sudokrém či zinková mast, které dotazovaní používají k prevenci dekubitů a na první stupeň dekubitu. Šeflová (2016) použití past nedoporučuje z důvodů nutnosti nanášení vyšších vrstev, dále pasty mění barvu kůže a to i po jejím odstranění, znamená to, že znemožňují odhalení prvních známek dekubitů, navíc se odstraňují velice obtížně a hrozí tak riziko poškození kůže, v neposlední řadě mají tendenci kůži vysušovat. Dotazovaný (D3) uvedl, že pastu typu Menalind® rád používal, ale že už ji na oddělení nemají k dispozici. Při dotazu, proč ji rád používal, uvedl: „*Za prvé léčil a nedostatky skryl.*“ Další problém je používání rektálního katetru Flexi seal®. Bylo zjištěno, že pokud není vhodně zaveden, způsobuje vznik dekubitů v oblasti řitního otvoru. Negativní zkušenost uvedli dotazovaní (D3, D5, D8, D11, D12). Convatec (©2019) uvádí v rámci prevence dekubitů v okolí řitního otvoru nutnost dodržování pokynů dané výrobcem. Do oblasti problémů ošetřovatelské péče byl rovněž zařazen problém v rozpoznání prvního stupně dekubitu u P/K s tmavší pleťí. Dále dotazovaný (D8) uvedl jako problém nadměrné vyplňování dokumentace a záznamů na úkor P/K. S tímto názorem souhlasíme, na druhou stranu v dnešní době stížností a žalob ze strany P/K je mnoho, a proto se domníváme, že z tohoto důvodu je vypisování dokumentace potřeba. Vondráček (2008) uvádí, že poškození celistvosti kůže P/K bývá důvodem nespokojenosti P/K a vede ke stížnostem a požadavkům na odškodnění, je proto nutné vést kvalitní a podrobný záznam poškození pro případnou obhajobu postupu poskytované péče. Poslední problém zmínil dotazovaný (D8) a to syndrom vyhoření, který údajně mají všichni zdravotníci pracující na ARO. S tímto argumentem nemůžeme souhlasit, dle našeho názoru je spousta sester a zdravotnických záchranářů, které práce na tomto oddělení naplňuje. Při dotazu, zda se sestry s dekubity na ARO setkávají často, byly zjištěny velmi variabilní odpovědi. Na základě odpovědí byly požádány vrchní sestry o poskytnutí dat týkajících se výskytu dekubitů na jejich pracovištích za období od 1. 1. 2019 do 30. 6. 2019. Bohužel data byla poskytnuta pouze dvěma pracovišti. Z poskytnutých dat, které jsou vyjádřena, jak v číslech, tak i v procentech, je na první pohled zjevný výskyt dekubitů. Pracoviště A bylo přijato v tomto období 308 P/K, ošetřených dekubitů celkem bylo 21 (100 %) a z toho 18 (86 %) jich na tomto pracovišti vzniklo. Dle našeho názoru je vznik nových dekubitů

k poměru ošetřených dekubitů velmi vysoký. Na pracovišti C bylo v tomto období přijato 97 P/K, ošetřených dekubitů celkem bylo 10 (100 %) dekubitů a z toho 4 (40 %) jich na tomto pracovišti vzniklo. Zde už je dle našeho názoru vznik nových dekubitů k poměru ošetřených dekubitů celkem přijatelný. Samozřejmě musíme brát v potaz, že pracoviště A je krajská nemocnice, kde přijatých P/K v kritickém stavu, kteří se nesmějí polohovat, je mnohem více než na pracovišti C, kde se jedná o nemocnici okresní a P/K nejsou přijímáni v tak těžkých stavech.

Diplomová práce může posloužit jako informační či studijní materiál. Na základě zpracovaných výsledků a diskuse lze říci, že cíle diplomové práce byly splněny. Výsledky této práce mohou vést ke zkvalitnění ošetrovatelské péče na ARO. Na základě výsledků byly osloveny hlavní sestry jednotlivých pracovišť kraje „X“ s námětem na uskutečnění semináře pro sestry a zdravotnické záchranáře pracující na ARO na téma: Problematika prevence dekubitů na anesteziologicko resuscitačním oddělení.

6 Závěr

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku prevence dekubitů, konkrétně na anesteziologicko resuscitačním oddělení, dále jen ARO, kde je poskytována vždy komplexní a individuální ošetrovatelská péče. Přesto není tajemstvím, že dekubity jsou na ARO stále se vyskytujícím problémem. Vznik dekubitů je rychle se rozvíjející ošetrovatelský problém. Je důležité si tento problém uvědomovat a od počátku omezené hybnosti pacienta dále jen P/K v lůžku se věnovat jeho prevenci. Teoretická část této práce se podrobně věnuje třem oblastem a to kvalitě ošetrovatelské péče, dekubitům obecně a problematice dekubitů na ARO. Empirická část diplomové práce byla zpracována kvalitativním šetřením formou polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování. Při analýze rozhovorů byla použita metoda „papír tužka“ a metoda otevřeného kódování. Zpracované výsledky byly rozděleny do čtyř kategorií a následně do podkategorií. Pro přehlednost byly kategorie a následné podkategorie vizualizovány do grafických schémat. Výsledky pozorování byly zaznamenány do pozorovacího archu a následně vyhodnoceny. Na základě stanovených cílů, zaměřujících se na zmapování role sester a zdravotnických záchranářů v problematice prevence dekubitů na ARO a na zmapování faktorů ovlivňujících vznik dekubitů na ARO, byly položeny čtyři výzkumné otázky. První je zaměřena na role sester a zdravotnických záchranářů v prevenci dekubitů. Na tuto otázku byla zodpovězena řada rolí, které sestry zastávají. Jedná se o role zajištění prevence dekubitů jako takové, odhalení prvního stupně dekubitu, hlášení nežádoucí události, ošetrovatelská péče o již vzniklý dekubit a prevence komplikací. Druhá výzkumná otázka popisuje faktory ovlivňující vznik dekubitů. Faktory jsou rozděleny na vnitřní a vnější a podrobně popsány. Třetí výzkumná otázka se zabývá informovaností sester a zdravotnických záchranářů v problematice prevence dekubitů. Co se týče zájmu o danou problematiku, jsou výsledky překvapující v negativním smyslu, kdy dvě třetiny dotazovaných projevily nezájem. Bylo zjištěno, že dotazovaným chybí základní informace, jako je klasifikace dekubitů, dále informace o moderních preventivních materiálech a o hojení a léčbě dekubitů. Čtvrtá výzkumná otázka se zabývá problémy v prevenci dekubitů na ARO. Bylo zjištěno, že problémy vycházejí ze dvou stran a to ze strany managementu a ze strany ošetrovatelské péče. Co se týče managementu, jako problém bylo zjištěno, že

nejsou uvolňovány finance na vzdělávání personálu, dále bylo alarmující zjištění, že z důvodu vyšší pořizovací ceny nejsou P/K poskytovány moderní materiály preventivně, ale jsou jim poskytnuty, až když se dekubit prvního či druhého stupně objeví, nebo nejsou pořizovány vůbec. Dále bylo zjištěno, že dotazovaní k těmto materiálům nemají přístup. Dále do managementu byly řazeny problémy týkající se nedostatečného zajištění personálu, nevhodné plánování služeb, neumožňování vzdělávání personálu v adaptačním procesu, nedostatečné zajištění antidekubitních pomůcek v případě plného obložení lůžek, nezajištění zvedacího zařízení pro usnadnění manipulace s P/K a nezajištění prostředků pro hojení a léčbu dekubitů, v neposlední řadě bylo zjištěno několik problémů spadajících do ošetřovatelských auditů. Co se týče problémů ze strany ošetřovatelské péče, bylo zjištěno, že dochází k poškození P/K způsobené nedbalostí a pohodlností dotazovaných. Kdy dotazovaní nepolohují stabilizované P/K, které by se polohovat mohli. Dalším, dle našeho názoru významným problémem, je, že dotazovaní provádějí masáž predilekčních míst a to i bez známek dekubitu. Dále bylo zjištěno, že se stále používá k promazání predilekčních míst bílá netransparentní pasta, která je v rámci prevence dekubitů absolutně nevhodná. Co se týká rektálního katetru typu Flexi seal®, bylo zjištěno, že dotazovaní neumějí tento katetr zavést správným způsobem, a tím dochází ke vzniku dekubitů v okolí řitního otvoru. Dále bylo zjištěno, že problém je rozpoznání prvního stupně dekubitu u P/K s tmavší barvou pleti. Dále byl podotknut všeobecný problém týkající se nadměrného vypisování dokumentace a záznamů na úkor P/K. Výzkumné šetření bylo dále obohaceno o informace týkající se výskytu dekubitů na jednotlivých pracovištích. Jak ukazují výsledky výzkumného šetření, je stále na čem pracovat. Na základě zjištěných okolností v rámci výzkumného šetření byly požádány hlavní sestry jednotlivých pracovišť kraje „X“ s námětem na uskutečnění semináře pro sestry a zdravotnické záchranáře pracující na ARO na téma: Problematika prevence dekubitů na anesteziologicko resuscitačním oddělení.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ANA, 2011. American Nurses Association. *What are Nursing Sensitive Quality Indicators Anyway?* [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: <https://www.americansentinel.edu/blog/2011/11/02/what-are-nursing-sensitive-quality-indicators-anyway/>
2. BARTŮNĚK, P. et al. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978- 80- 247- 4343-1.
3. BILLROTH, T., 1902. *Ošetřování nemocných doma a v nemocnici: příruční knížka pro rodiny a ošetřovatelky nemocných*. Vídeň: Gerold syn. 308s. ISBN neuvedeno.
4. BRABCOVÁ, I. 2016. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. 68 s. ISBN 978-80-7394-604-3.
5. BRABCOVÁ, I., BÁRLOVÁ, S. et al. 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: Nakladatelství lidové noviny. 288 s. ISBN 978-80-7422-402-7.
6. CONVATEC, © 2019. *Flexi-Seal ® Fecal Management System* [online]. [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: <http://www.convatec.cz/kontinence-a-intenzivni-pece/zvladani-stolice/vseobecne-informace-flexi-seal-fms>
7. COPYRIGHT, © 2019. *Komplikace dekubitů* [online]. [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: <https://cs.medixa.org/nemoci/komplikace-dekubitu>
8. CRAIG, J., SMYTH, R., 2002. *The evidence- based practice manual for nurses*. Edinburg: Churchill Livingstone. 398 p. ISBN 97- 80- 7020- 4193- 8.
9. ČAS, 2017. *Dekubity* [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/dekubity/>
10. DAVIES, B. Sources and models for moving research evidence into clinical practice. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 31 (5), 558-562. ISSN 0884- 2175.
11. GLADKIJ, I. et al. 1999. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 183 s. ISBN 80- 701- 3272- 8.

12. GLADKIJ, I. et al. 2003. *Management ve zdravotnictví*. Praha: Computer Press. 380 s. ISBN 80- 7226- 996- 8.
13. GRANCOVÁ, K., 2008. Prevencia a liečba dekubitov. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 1 (1), 26- 297. ISSN 1337- 6896.
14. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: Praktický rádce pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978- 80- 247- 1868- 2.
15. HEASLER, E. 2014. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide* [online]. Cambridge Media: Australia [cit. 2019-03-05]. ISBN 978- 0- 9579343- 6- 8. Dostupné z: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>
16. HIAHONG, D. et al. 2017. Predicting the Risk for Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Critical Care Patients. *Critical Care Nurse*. 37 (4), 1- 11. ISSN 0279- 5442.
17. HOFŠTETROVÁ, M., 2018. *Portál dekubity.eu*. [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: <http://www.dekubity.eu/wp-content/uploads/2015/10/dekubity.pdf>
18. HULKOVÁ, V., 2016. *Štandardizácia v ošetrovatel'stve*. Bratislava: Grada. 232 s. ISBN 978- 80- 8090- 009-0.
19. JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Ošetrovatel'ství založené na důkazech*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.
20. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatel'ství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978- 80- 247- 1830- 9.
21. KOLEKTIV AUTORŮ, 2009. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada. 552 s. ISBN 978- 80-247- 2548-2.
22. KOPAL, T., 2006. Manažment pacienta s dekubitom. *Via pract.* 3 (9), 409- 415. ISSN 1336- 4790.
23. KOUŘILOVÁ, I., 2011. *Stručná příručka pro zdravotní sestry k péči o chronicky nemocné*. Veverská Bitýška: Hartmann- Rico.131 s. ISBN 978- 80- 254- 9105- 8.
24. KRÁLOVÁ, E., KULAŠNÍKOVÁ, Z., 2013. Možnosti prevencie a terapie dekubitov. *Praktické lekárnictvo*. 3 (2), 51- 54. ISSN 1338- 3132.
25. MAĐAR, R. et al. 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada. 180 s. ISBN 80-247-1673-9.

26. MAJKUSOVÁ, K., 2015. Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství. In: JAROŠOVÁ, D. et al. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.
27. METHENY, N., TITLER, M., 2001. Assessing placement of feeding tubes. *American Journal of Nursing*. 101 (5), 36- 45. ISSN 0002- 936X.
28. MIKŠOVÁ, Z. et al. 2006. *Kapitoly u ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80- 247- 1442- 6.
29. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence vzniku dekubitů*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
30. MÖLNLYCKE, ©2019. *Krytí s technologií Safetac: Osvědčená volba pro lepší výsledky* [online]. [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: <https://www.molnlycke.cz/nase-znalosti/technologie-safetac/>
31. MOORE, Z., COWMAN, S., 2012. Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing*. 21 (3-4): 362–371. doi:10.1111/j.1365- 2702. 2011. 03749. x.
32. NALOS, D., 2016. Kategorizace akutních stavů. In: BARTŮNĚK, P. et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978- 80- 247- 4343- 1.
33. NEUWIRTH, J. et al. 1988. *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 188 s. ISBN neuvedeno.
34. NIGHTINGAL, F., 1860. *Kniha o ošetrování nemocných* [online]. Praha: J. Otto [cit. 2019-03-05]. 176 s. ISBN neuvedeno Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=-Lcf9Z42SmkC&pg=PA6&dq=notes+on+nursing+1860+kniha&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwit8qTWOvgAhVPKewKHcOYDzEQ6AEIMzAC#v=onepage&q=notes%20on%20nursing%201860%20kniha&f=false>
35. NUTRICIA, © 2019. *Nabídka přípravků* [online]. [cit. 2019-03-06]. Dostupné z: <http://www.nutriciamedical.cz/nase-pripravky/enteralni-vyziva-k-popijeni-pro-dospELE/nabidka-pripravku.html>
36. OECD, 2014. *OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014: Raicing Standards*. [online]. OECD Publishing [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityCZECH_REPUBLIC_ExecutiveSummary.pdf

37. PACOVSKÝ, V., 1961. *Ošetřování starých a chronicky nemocných: příručka pro lékaře a střední zdravotnický personál*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. 232 s. ISBN neuvedeno.
38. PACOVSKÝ, V., 1965. *Vybrané kapitoly z péče o nemocné: příručka pro střední zdravotnické pracovníky*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. 232 s. ISBN neuvedeno.
39. PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978- 80- 247- 2682- 3.
40. POKORNÁ, A. et al. 2016. *Národní portál systém hlášení nežádoucích událostí* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://shnu.uzis.cz>.
41. POKORNÁ, A. et al. 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978- 80- 271- 0720-9.
42. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978- 80- 247- 3371-5.
43. RIEBELOVÁ, V. et al. 1992. *Dekubity- prevence, konzervativní a chirurgická péče*. Brno: LF MU. 98 s. ISBN 80- 210- 0620- X.
44. ROBERTSON, J., 2007. *Guide to Development of Clinical Guidelines for Nurse Practicioners. Office of the Chief Nursing Officer*. [online]. [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: https://www.nursing.health.wa.gov.au/docs/career/np/Guide_to_the_development_of_clinical_guidelines.pdf
45. ROUŠAROVÁ, J., 1947. *Pokyny k ošetřovatelské technice: pro posluchačky ošetřovatelských a sociálních škol*. Praha: Spolek českých lékařů v Praze. 115 s. ISBN neuvedeno.
46. ROZSYPALOVÁ, M., 1966. *Ošetřování nemocných: učební text pro 1. a 2. ročník středních zdravotnických škol, obor zdravotních sester*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství. 233 s. ISBN neuvedeno.
47. SHNU, 2015. *Nežádoucí události za 2. pololetí roku 2015: Dekubity* [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/analyzy/SHNU_data_2015_2-02_Dekubity.pdf
48. SHNU, 2017. *Nežádoucí události za 1. pololetí roku 2017: Dekubity* [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z:

- [https://shnu.uzis.cz/res/file/analyzy/SHNU_data_2017-1_NU_DEKUBITUS\(1\).pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/analyzy/SHNU_data_2017-1_NU_DEKUBITUS(1).pdf)
49. SHNUa, 2016. *Nežádoucí události za 1. pololetí roku 2016: Dekubity* [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/analyzy/SHNU_data_2016_1_podle_NU_dekubitus.pdf
50. SHNUb, 2016. *Nežádoucí události za 2. pololetí roku 2016: Dekubity* [online]. [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/SHNU_data_2016_2_podle_NU_DEKUBITUS.pdf
51. STAŇKOVÁ, M., 1984. *Teorie ošetřování nemocných: učebnice pro střední zdravotnické školy*. Praha: Avicenum. 268 s. ISBN neuvedeno.
52. STREITOVÁ, D. et al. 2015. *Septické stavy v intenzivní péči*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978- 80- 247- 5215- 0.
53. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978- 80- 247- 3223- 7.
54. ŠEFLOVÁ, L. et al. 2016. Dekubity v praxi. *Medicína pro praxi*. 13(5), 263-267. ISSN 1214-8687.
55. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2003. *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha: Advent- Orion. 477 s. ISBN 80- 7172- 841- 1.
56. ŠLECHTICKÁ, B., 1929. *Základy ošetřování chirurgických nemocných: pro mediky a ošetřovatelky*. Brno: Občanská tiskárna. 137 s. ISBN neuvedeno.
57. TINGLE, J. FOSTER, CH., 2002. *Clinical guidelines: law, policy and practice*. London: Routledge. 209 p. ISBN 978- 1- 85941- 692- 1.
58. TÓTHOVÁ, V. et al. 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 226 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
59. Věstník MZ ČR č. 7/2018 sb., Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče, 2018. [online]. [cit. 2019-03-08]. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 7*, s. 17- 32. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c7/2018_15836_3810_11.html
60. Věstník MZ ČR č. 8/2012 sb., Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví, 2012. [online]. [cit. 2019-03-08]. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 8*, s. 20- 26. Dostupné z:

https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_c8/2012_6865_2510_11.html

61. Věstník MZ ČR č. 9/2004 sb., Koncepce ošetřovatelství, 2004. [online]. [cit. 2019-03-08]. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 9*, s. 2-8. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html
62. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-247- 2763-9.
63. Vyhláška č. 101/2002 sb., o <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2002&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=16>
64. Vyhláška č. 391/2017 sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2017. [online]. [cit. 2019-03-08]. In: *Sbírka zákonů České republiky, částka 137*, s. 4360-75. ISSN 1211- 1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2017&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=4>
65. Vyhláška č. 55/2011 sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. [cit. 2019-03-08]. In: *Sbírka zákonů České republiky, částka 20*, s. 482-543. ISSN 1211- 1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=15>
66. VYTEJČKOVÁ, R. et al. 2013. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978- 80- 247- 3420-0.
67. VYTEJČKOVÁ, R. et al. 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978- 80- 247- 3419-4.
68. VYTEJČKOVÁ, R. et al. 2015. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978- 80- 247- 3421- 7.
69. WOJNAROVÁ, D., JAROŠOVÁ, D., 2011. Analýza vybraných klinických doporučených postupů a standardů péče o dekubity. *Kontakt*. 13(4), 396-402. ISSN 1804-7122.
70. WORKMAN, B., BENNETT, C., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. 260 s. ISBN 80- 247-1714-X.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Otázky do rozhovoru se sestrami pracujícími na ARO

Příloha 2 - Pozorovací arch

Příloha 1 Otázky do rozhovoru se sestrami

- Jaká jsou specifika vašeho oddělení? S jakým onemocněním jsou P/K hospitalizováni na vašem oddělení?
- Jak dlouho trvá v průměru hospitalizace P/K?
- Setkáváte se s dekubity na vašem oddělení? Jak často?
- Vznikají dekubity u P/K v kritických stavech na vašem oddělení? O Jaké stavy se jedná nejčastěji a kde na těle se objevují z vaší zkušenosti nejčastěji?
- Jaké faktory ovlivňují vznik dekubitů na vašem oddělení?
- Kolik P/K připadá na jednu sestru?
- Máte dostatek času na polohování? Personálu?
- Máte dostatek síly v souvislosti s četností směn, nedostatek sester apod.?
- V kolika lidech chodíte polohovat jednoho P/K? (Sama, ve dvou, ve třech?)
- Jakou roli zastupujete v prevenci dekubitů?
- Jakým způsobem předcházíte dekubitům/Jaká preventivní opatření využíváte?
- Jsou nějaké situace, kdy P/K nemůžete polohovat (kontraindikace, akutní intervence u jiného pacienta)
- U jakých stavů je polohování kontraindikováno?
- Když je polohování kontraindikované, jak provedete kontrolu predilekčních míst a kůže? Jak probíhá hygiena P/K? Máte k tomu určené pomůcky? Jak předcházíte vzniku dekubitů u těchto P/K? Lze vůbec prevenci provést u těchto P/K?
- Vznikl u P/K dekubit za vaší směny? ANO? Co bylo příčinou?
- Řídíte se nějakým dokumentem (standardem, protokolem, klinickým doporučením), kdy a jak polohovat?
- Máte nějaký systém, pravidla, kdy jdete polohovat P/K, např. sudé hodiny/polohovací hodiny?
- V jakých časových intervalech polohujete P/K? Jdete polohovat každý sám za sebe, nebo jdete kolektivně v určitý čas?
- Jsou naopak stavy, kdy je nutné polohovat P/K častěji než po dvou hodinách? O jaké stavy se jedná?
- Jsou stavy, kdy po polohování dojde ke zhoršení zdravotního stavu P/K? Jak tyto situace řešíte? Počkáte, zda dojde ke stabilizaci či P/K okamžitě vrátíte do původní polohy? Za jak dlouho to zkusíte zopakovat?

- Předepisujete si polohování P/K do dokumentace dopředu, nebo uděláte zápis po každém polohování?
- Do jaké polohy ukládáte pacienta nejčastěji?
- Používáte antidekubitní pomůcky? Jaké? Používáte neprodyšné materiály? (jednorázové podložky, pleny...)
- Máte nějaké pomůcky usnadňující polohování, např. zvedáky? Používáte je? Ne? Proč?
- Máte dostatek pomůcek k prevenci dekubitů nebo jste nuceni improvizovat?
- Provádíte masáž predilekčních míst?
- Jakou kosmetiku obecně používáte?
- Znáte nějaké materiály sloužící k prevenci?
- Účastníte se nějakých vzdělávacích seminářů, kurzů týkajících se problematiky dekubitů?
- Máte pocit, že máte dostatek informací o dekubitech, nebo máte pocit, že vám některé informace chybí, případně jaké?
- Znáte zásady v prevenci dekubitů? Rozeznáte jednotlivé stupně dekubitů? Můžete je vyjmenovat?
- Hlásíte dekubity jako nežádoucí událost?
- Poznáte dekubit 1. stupně? Hlásíte ho hned?, nebo počkáte, jak se bude vyvíjet?
- Používáte nějaká preventivní opatření u invazivních vstupů (PMK, NGS, hadičky, drátky od přístrojů)? Jaká? U kterých?
- Používáte flexi seal? Jakou s ním máte zkušenost v souvislosti s dekubity?

Doplňující otázky

- Bývají nějaké problémy, nebo překážky v prevenci dekubitů?
- Je něco, co by se dalo zlepšit v rámci prevence?
- Chcete ještě něco doplnit? Vlastní zkušenost apod.?

Příloha 2 Pozorovací arch

Pozorovací arch - nemocnice A, B, C				
Pozorované výkony	P...	P...	P...	P...
Hygiena P/K				
Provádí okamžitou hygienu genitálu po vyprázdnění P/K				
Používá čisticí pěnu				
Používá teplou vodu okolo 37- 40 stupňů				
Používá mycí emulzi				
Používá jednorázovou napuštěnou žínku				
Při sušení kůže ručník pouze přikládá				
Používá zvlhčující, promašťující kosmetiku				
Používá pastu k ošetření kůže				
Používá nevhodnou kosmetiku, zásyp, mentolové emulze				
Masíruje predilekční místa				
Provádí poklepovou masáž				
Polohování				
Polohuje P/K v pravidelných časových intervalech				
Zamezuje tření a střížným silám				
Střídá polohy P/K				
P/K ukládá do bezpečné polohy				
Změnu polohy zaznamenává do dokumentace				
Používá polohovací hodiny				
Používá mikro polohování				
Používá náklon lůžka				
Kontroluje kůži, predilekční místa				
Zachází s P/K šetrně				
Lůžko a antidekubitní pomůcky				
Kontroluje a upravuje lůžko				
P/K leží na antidekubitní matraci aktivní				
P/K leží na antidekubitní matraci pasivní				
Využívá náklonu lůžka				
Využívá pomůcky usnadňující polohování				
Používá správné antidekubitní pomůcky				

Používá preventivní materiály				
Zdravotnické prostředky				
V lůžku se nachází spadlé cizí předměty				
P/K leží na katetrech, hadičkách, kabelech apod.				
Kontroluje a reguluje utěsnění obstrukční manžety				
Používá manometr				
Střídá polohu ETK z jednoho koutku do druhého				
Střídá pozici NGS a při přelepování				
P/K má nejužší možnou velikost PMK				
Kontroluje ústí zavedení PMK				
Pečuje o rektální katetr				
Prevence komplikací již vzniklého dekubitu				
Přistupuje při ošetřování asepticky				
Provádí stěr z dekubitu				

9 Seznam použitých zkratk

- AK Arteriální katetr
- ANA American Nursing Association (Americká asociace sester)
- ARIP Anesteziologicko resuscitační intenzivní péče
- ARO Anesteziologicko resuscitační oddělení
- CMU Centrum mezistátních úhrad
- CT Computer Tomography (Výpočetní tomografie)
- CŽK Centrální žilní katetr
- ČR Česká republika
- D Dotazovaný
- EBM Evidence based Medicine
- EBN Evidence based Nursing
- EBP Evidence based Practice
- EKG Elektrokardiograf
- EPUAP
European Pressure Ulcer Advisory Panel (Evropský poradní panel pro otázky dekubitů)
- ETK Endotracheální kanyla
- ISO International Organization for Standardization (Mezinárodní organizace pro normalizaci)
- KDP Klinické doporučené postupy
- KZK Kontinuální zvyšování kvality
- MZ Ministerstvo zdravotnictví
- NGS Nazogastrická sonda
- NPUAP
National Pressure Ulcer Advisory Panel (Národní poradní panel pro otázky dekubitů)
- NRC Národní referenční centrum
- NRHOSP
Národní registr hospitalizovaných

NSHNU

Národní systém hlášení nežádoucích událostí

NU Nežádoucí událost

OECD Organization for Economic Co- operation and Development (Organizace pro
hospodářskouspolupráci a rozvoj)

P Pozorovaný

P/K Pacient/ Klient

PMK Permanentní močový katetr

PVC Polyvinylchlorid

PZS Poskytovatel zdravotních služeb

PŽK Permanentní žilní katetr

RTG Rentgenová tomografie

SAK Spojená akreditační komise

SHNU Systém hlášení nežádoucích událostí

SONO Sonografie

SOŠ Střední odborná škola

SZŠ Střední zdravotnická škola

UPV Umělá plicní ventilace

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky

VO Výzkumná otázka

VS Všeobecná sestra

WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

z.s. Zapsaný spolek

ZP Zdravotní pojišťovna

ZZ Zdravotnický záchranář