



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Úloha sestry v interdisciplinárním týmu v péči o
pacienta s dekubity**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Šárka Hubková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem *Úloha sestry v interdisciplinárním týmu v péči o pacienta s dekubity* jsem vypracoval/a 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 bakalářské/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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/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.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí diplomové práce Mgr. Věře Olišarové, Ph. D. za veškeré cenné rady, odborné poznatky a vedení mé diplomové práce, za její čas a trpělivost při konzultacích. Dále bych chtěla poděkovat všem sestrám, které byly ochotny mi věnovat čas a sdělit mi jejich poznatky z praxe pro zpracování rozhovorů.

Úloha sestry v interdisciplinárním týmu v péči o pacienta s dekubity

Abstrakt

Úvod: Dekubity jsou jedním z nejsledovanějších indikátorů ošetrovatelské péče. Díky dobře fungujícímu interdisciplinárnímu týmu, lze dekubitům efektivně předcházet.

Cíl práce: Tato práce si klade za cíl zmapovat role sestry v interdisciplinárním týmu, popsat, jak v současné době interdisciplinární týmy z pohledu sester fungují a jaká je efektivita jejich práce v souvislosti s prevencí dekubitů a jejich hojením.

Metodika: Ke sběru dat bylo využito kvalitativního výzkumného šetření, formou polostrukturovaných rozhovorů se sestrami. Výběrovým kritériem byl fakt, že se s pacienty trpícími dekubity setkávají. Informanti byli získáváni metodou Snow ball. Výsledný soubor informantů čítal 15 osob. Výsledky rozhovorů byly zpracovávány technikou otevřeného kódování metodou tužka a papír a následně rozděleny do osmi kategorií.

Výsledky práce: Výzkum ukazuje, že sestra v interdisciplinárním týmu v péči o pacienta s dekubitem hraje klíčovou roli. Její úlohou je spolupráce s ostatními členy týmu, přímá péče o pacienta, preventivní činnost a kontakt s rodinou. Výsledky ukazují, že sestra je v týmu brána plnohodnotně. Celkový efekt péče interdisciplinárního týmu je však na některých odděleních neefektivní, protože se stává, že jednotliví pracovníci spolu nespolupracují. V našem výzkumu narážíme hlavně na absenci nutričního terapeuta. Též by sestry uvítaly více spolupráce od nižšího zdravotnického personálu. Dále sestry vnímají využití hodnotících škál jako určitou povinnost, v některých případech uvádí jejich nesprávné vyhodnocení. V neposlední řadě narážíme na neznalost a nedodržování standardů o ošetřování dekubitů.

Závěr práce: Dosaženými výsledky bychom chtěli sdělit nutnost spolupráce veškerých pracovníků, kteří pečují o pacienta s dekubity. Poskytování komplexní péče je v této problematice nezbytné, poněvadž dekubity jsou způsobeny multifaktoriálně. Využití interdisciplinárních týmů v péči o pacienta s dekubity přináší možnost využití lidí s rozdílnou odborností, znalostmi a zkušenostmi. Společně pak efektivně směřují k brzkému uzdravení pacienta, zkrácení doby hospitalizace a ušetření finančních nákladů spojených s hospitalizací pacienta.

Klíčová slova

Dekubit; interdisciplinární tým; péče o ránu; role sestry; ošetřování dekubitů; prevence dekubitů

The role of nurse in an interdisciplinary team in the care of patient with decubitus

Abstract

Introduction: Pressure ulcers are one of the most monitored indicators of nursing care. Thanks to a well-functioning interdisciplinary team, pressure ulcers can be effectively prevented.

Main aims of the thesis: The aim of this work is to map the role of nurse in an interdisciplinary team, to describe how the interdisciplinary teams currently work and what the effectiveness of their work is in relation to the prevention of pressure ulcers and their healing.

Methodology: A qualitative research survey was used to collect the data in the form of semi-structured interviews with nurses. The selection criterion was the fact that they encounter patients suffering from pressure sores. The informants were getting method Snow ball. The resulting set of informants consisted of 15 persons. The results of the interviews were processed using the open-coding technique of pencil and paper and then divided into six categories.

Results of the thesis: Research shows that the nurse plays a key role in the interdisciplinary team in the care of a patient with pressure ulcers. Her role is to work with other team members, direct patient care, preventive work and family contact. The results show that the nurse is a full member of the team. The overall care effect of the interdisciplinary team is ineffective in some departments, because, as it happens that individual workers do not work together. In our research, we mainly come across the absence of a nutritional therapist. Also, nurses would welcome more cooperation from lower medical staff. Furthermore, nurses perceive the use of scales as a certain obligation, and in some cases report their incorrect evaluation. Last but not least, we are confronted with ignorance and non-compliance with the standards of pressure ulcers treatment.

Conclusion: We would like to convey the results achieved by the necessity of cooperation of all workers who care for a patient with pressure ulcers. The provision of complex care is essential in this area, because pressure ulcers are multifactorial. The use of interdisciplinary teams in the care of a patient with pressure ulcers brings the possibility to use people with different expertise, knowledge and experience. Together, they effectively work towards the early recovery of the patient, shortening the hospitalization

period and saving the cost of hospitalization.

Keywords

Decubitus; interdisciplinary team; wound care; nurses role; treatment decubitus; prevention of decubitus

Obsah

Úvod	9
1. Současný stav	10
1.1 Interdisciplinární tým.....	10
1.2 Využití interdisciplinární týmové péče v prevenci a léčbě dekubitů.....	11
1.3 Role sestry v interdisciplinárním týmu při péči o pacienta s dekubity.....	13
1.4 Interdisciplinární týmová péče u pacienta s dekubity.....	15
1.4.1 Dekubity.....	16
1.4.2 Mechanismus vzniku dekubitů.....	17
1.4.3 Faktory ovlivňující vznik dekubitů.....	17
1.4.4 Hodnotící škály	21
1.4.5 Klasifikace dekubitů.....	22
1.4.6 Metody hojení ran.....	24
1.4.7 Léčba jednotlivých stádií dekubitů.....	26
1.4.8 Komplikace dekubitů.....	28
1.4.9 Imobilizační syndrom a jeho vztah k problematice dekubitů.....	29
2. Cíl práce a výzkumné otázky	35
2.1 Cíl práce.....	35
2.2 Výzkumné otázky.....	35
3. Operacionalizace pojmů	36
4. Metodika	38
4.1 Metodický postup.....	38
4.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	38
5. Výsledky výzkumného šetření	40
6. Diskuze	66
7. Závěr	77

8. Seznam literatury.....	79
9. Seznam příloh.....	85
10. Seznam zkratek.....	101

Úvod

Ošetřování pacientů s dekubity je neustále zkoumaná problematika, neboť jejich výskyt nám poukazuje na efektivitu poskytované ošetrovatelské péče. Jejich výskyt je brán přímo jako indikátor kvality poskytované péče, a to jak péče léčebné, tak ošetrovatelské.

Prevence vzniku dekubitů a jejich léčba závisí na komplexní spolupráci veškerého personálu a ostatních osob, které do styku s pacientem přicházejí a pečují o něj. Co se týče prevence vzniku dekubitů, tak sem řadíme posouzení celkového zdravotního stavu, péči o pokožku, stav nutrice, včasnou mobilizaci, polohování, užívání kompenzačních pomůcek, terapií prací, edukaci rodiny i nemocného. Léčba dekubitů pak obnáší jak posouzení celkového stavu organismu, léčbu antibiotickou či chirurgickou, léčbu bolesti, ošetřování rány a provádění preventivních opatření co se týče rozvoje a vzniku dalších dekubitů. Již ze zmíněného je zřejmé, že při prevenci a léčbě dekubitů se účastní hned několik pracovníků. Proto tuto péči nazýváme jako péči interdisciplinární. Do interdisciplinárního týmu patří rovným dílem lékaři, sestry, ošetrovatelky, sanitářky, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci a rodina nemocného. Záleží na daném zařízení, jaké rozdílné profese se na jejich odděleních nachází a jak navzájem spolupracují a pečují o pacienta trpící dekubitem.

Tuto práci jsem si vybrala, protože s pacienty trpící dekubity se setkávám již od počátku své praxe. Bylo mým cílem, se v této problematice zdokonalit a rozšířit si vědomosti co se týče využití interdisciplinárního přístupu k pacientovi a péče o dekubity. Zároveň jsem při mém působení na jednotlivých pracovištích zjistila, že sestry často tápají v tom, jak dané stádium dekubitu ošetřit.

Moderní ošetrovatelství klade důraz na to, aby péče o pacienta byla komplexní. V této práci však můžeme najít rozchod, kdy se ve výzkumné fázi práce setkáváme s tím, že personál, který pečuje o pacienta s dekubity, není zcela sjednocen a nevyužívá plně funkci interdisciplinárního týmu. Zhotovením této práce bych chtěla poukázat na nutnost rozšíření vědomostí personálu, co se týče funkce interdisciplinárních týmu v péči o pacienta s dekubity a na význam efektivní komunikace a spolupráce, která jednoznačně vede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

1. Současný stav

1.1 Interdisciplinární tým

Vévoda et al. (2013) uvádí, že interdisciplinární týmy nelze přesně definovat. Jde však o spolupráci více jak tří lidí, napříč specializacemi, kteří mají stejný cíl, představy, identitu a navzájem doplňují své vědomosti, čímž poskytují pacientovi multidisciplinární péči. Tyto týmy u nás začaly vznikat na konci minulého století. Barryová (2014) uvádí, že z efektivní týmové péče, profituje jak instituce, zaměstnanci, tak samozřejmě i pacienti.

Jak definuje Plevová (2012) není reálné, aby jednotlivec zajišťoval komplexní péči o nemocného. Proto je potřeba fungování ošetrovatelské péče v týmu. Vévoda et al. (2013) uvádí, že na každém oddělení pracuje skupina zaměstnanců s odlišným vzděláním. Potřeba spolupráce jednotlivých pracovníků vyžaduje určitou týmovou spolupráci, při které je třeba respektovat názor druhé osoby. Díky spolupráci týmových pracovníků vzniká systém komplexní péče o pacienta. Na odděleních a celkově ve zdravotnických zařízeních, kde funguje systém týmové spolupráce mezi pracovníky, je zajištěna efektivnější kvalita zdravotnické péče. Tým je zde neformální jednotkou, kterou si sestaví daná stanice, daný subjekt. V interdisciplinárním týmu se uplatňuje několik pracovníků, jako je například lékař, sestra, rehabilitační pracovník, sociální pracovník či psycholog. Zastoupení pracovníka z jednotlivého oboru je individuální a je založeno na aktuálních potřebách jedince. Jejich společným cílem je komplexní vyřešení daného problému či splnění určitého díla. Společnou prací zkracují pak dobu hospitalizace pacienta a přispívají tak k ušetření finančních nákladů spojených s péčí o nemocného. Plevová (2012) uvádí, že naproti skupinové péči, jsou pracovníci týmové péče na sobě vzájemně závislí, jejich jednotlivý úspěch se odráží od úspěchu druhého pracovníka a jejich výsledek práce je zcela společný. Jaul (2014) uvádí, že nutnost spolupráce pracovníků, kteří mají různá zaměření, je u pacientů s dekubitou zcela nevyhnutelná. Toto tvrzení podporuje faktem, že příčina vzniku dekubitů je multifaktoriální. Personál tedy nesmí vidět pouze to, že pacient má dekubitus, ale musí obrazně řečeno vidět až za ránu, kde se nachází veškeré faktory, která nesou rizika vzniku a rozvoje dekubitů. Proto je nezbytné, k pacientovi přistupovat komplexně.

Vévoda et al. (2013) popisuje, že důležitou roli v týmové spolupráci hraje postavení sester, lékařů a ostatních nelékařských profesí. Uplatňuje se zde partnerský přístup.

Neexistuje zde princip nadřazenosti. Všichni členové týmu jsou si rovni a jejich názory jsou stejně důležité. Tento přístup pozitivně ovlivňuje spolupráci všech pracovníků. Všichni členové týmu musejí mít schopnost umět týmově pracovat a neohlížet se pouze na svůj zisk. Potřeba vzájemné komunikace a upřímnosti je zde na první místě. Zacharová (2016) popisuje efektivní komunikaci jako nezbytně nutnou pro pochopení souvislostí. Pracovníci si musí sdělovat svoje postoje, návrhy, informace a pocity. Štětina et al. (2014) v rámci komunikace upozorňuje i na nutnost umět naslouchat a chovat se diplomaticky avšak pozor, aby prosazování názoru nepřerostlo v manipulaci. Vévoda et al. (2013) dále popisuje nutnost kladných vztahů na pracovišti. Vztahy na pracovišti značně ovlivňují spolupráci v týmu a s tím související efektivitu poskytované lékařské i ošetrovatelské péče. Naslouchat názoru jiného pracovníka a tím i osobně růst. Nesmíme zde opomenout ani postupný rozvoj vzdělávání v oblasti ošetrovatelství, který zajišťuje zvyšování kompetencí u sester a tím nabádají lékaře ke zvyšování spolupráce a partnerského přístupu ke kvalifikovaným sestřám. Bosch et al. (2013) ve své studii, kterou prováděl v Nizozemí zjišťoval, zda má kvalitní organizace práce a klidné vztahy na pracovišti vliv i na výskyt dekubitů. V závěru práce nezjistil, že by výskyt dekubitů byl nižší díky partnerským vztahům na pracovišti. Pro partnerský přístup je kladně přikloněn Jaul (2014), který popisuje, že vlivem tohoto přístupu je komplexní péče poskytovaná efektivněji. Vlivem této péče je pak do týmu zařazena i rodina pacienta, která zastává v týmu stejně důležité místo jako jakýkoliv jiný člen. Jako poslední poznatek pro tuto kapitolu Plevová (2012) uvádí definici týmu z anglického slova TEAM, popis jednotlivých písmen, který přesně napovídají proč existuje týmová spolupráce ve zdravotnictví. T – together, neboli společně. E – every body, neboli každý, všichni. A – achieve, dosáhnout něčeho. M – more, neboli více.

1.2 Využití interdisciplinární týmové péče v prevenci a léčbě dekubitů

Dle Bártlové (2010) do týmové péče řadíme jak lékaře, tak i nelékařský zdravotnický personál (sestra, ošetrovatel, nutriční terapeut, rentgenolog, laborant, rehabilitační, pracovní, statistici). Všichni tyto pracovníci mají jediný zájem, a to pracovat ve vzájemné kladné spolupráci ku prospěchu pacienta. V týmové péči využíváme partnerského přístupu místo přístupu autoritativního, paternalistického. Tento přístup se rozvíjí jak mezi zdravotnickým personálem a pacientem, tak i mezi sestrou a lékařem a přímo vede ke zkvalitňování prováděné ošetrovatelské a lékařské péče. Jaul (2014) uvádí, že při užití partnerského přístupu a týmové péče, upevňujeme vztahy mezi zdravotnickým zařízením,

pacientem a rodinou pacienta. Týmovou péčí dle Štětiny et al. (2014) využíváme i v krizových situacích. Každý člověk, pokud není nemocný, je pro tým užitečný svou jedinečností. Zaměstnavatel by měl vidět do fungování svého týmu. U svých zaměstnanců by měl hodnotit jejich schopnosti, nikoliv nedostatky. Jejich kladné stránky by pak měl rozvíjet, aby docházelo ke zkvalitnění vědomostí a dovedností jednotlivých pracovníků a tím zvyšovat kvalitu poskytované interdisciplinární týmové péče.

Jaul (2014) dále popisuje klíčové kompetence jednotlivých pracovníků, kteří pečují o pacienta s dekubity. Lékař je odpovědný za sledování celkového zdravotního stavu pacienta. Jeho úlohou je sledovat rizikové faktory vzniku dekubitů a poskytovat léčebnou činnost, která zahrnuje preventivní léčbu, péči o ránu, celkovou léčbu a léčbu chirurgickou. Primární prevencí je dle Benbow (2012) vyhodnocení celkového zdravotního stavu pacienta a rizik, které mohou přispět k vývoji dekubitů. Lékař musí myslet jak na vnější, tak vnitřní faktory ovlivňující vznik a vývoj dekubitů. Při sekundární prevenci lékař dbá na léčbu dekubitů, brání jeho rozvoji a předcházení vzniku dalších defektů. V terciární prevenci lékař dbá na předcházení zdravotních komplikací, které může způsobit devastující dekubitus. V tomto ohledu je dle Stryji (2016) úlohou lékaře hlavně zahájení celkové antibiotické léčby a chirurgický debridement rány. Pokaždě není přítomna terciární prevence, pacient je ohrožen celkovou nemocí z dekubitů, sepsí až smrtí. Dle Jaula (2014) je pak lékař zodpovědný za poskytování paliativní léčby u pacientů, kde došlo vlivem devastujícímu dekubitu ke zhoršení stavu.

Lyder, Ayello (2008) uvádí, že prevence dekubitů je ošetrovatelským problémem již po mnoho let. Florence Nightingalová se o dekubitech zmínila již v roce 1859, kdy vznesla myšlenku, že pokud pacient trpí dekubitem, tak to nemusí být pouze chyba choroby, ale i ošetrovatelství. Dalším významným členem týmu je sestra. Její úloha je zcela zásadní jak v prevenci, tak v léčbě pacienta s dekubity. Její činnost je dále rozepsána v podkapitole Role sestry v interdisciplinárním týmu při péči o pacienta s dekubity.

Benbow (2012) dále popisuje uplatnění nižšího zdravotnického personálu. Ten je kompetentní k poskytování péče nemocnému v oblasti hygieny, polohování, stravování a dopomáhání veškerých všedních činností. Dále pečuje o pokožku nemocného, sleduje její stav a ošetřuje ji vhodnými kosmetickými přípravky. Při péči o inkontinentního pacienta dbá na správném používání inkontinenčních pomůcek. Dále využívá kompenzační pomůcky při manipulaci a polohování pacientů a v neposlední řadě dbá na výživu a

hydrataci pacientů. Dle Šeflové et al. (2016) je na trhu nespočet kompenzačních pomůcek. Nejčastěji však využíváme antidekubitní matrace, různé molitany či válce a podsedáky. Do kompenzačních pomůcek řadí i užívání elektrických, polohovatelných lůžek, které jsou již většinou standartním vybavením všech zařízení. Dle Benbow (2012) je dále přední úlohou nižšího zdravotnického personálu v této problematice, detekovat a hlásit všechny anomálie zpozorované na pokožce pacienta sestře či lékaři.

Dalším důležitým členem týmu je dle Jaula (2014) fyzioterapeut. Jeho rolí je prevence vzniku kontraktur a jejich léčba. Šeflová et al. (2016) dále do činností fyzioterapeuta zařazuje i jednoduché cviky, které pacientovi pomohou zvýšit svoji soběstačnost, například ve změně polohy v lůžku, či přesunu na toaletní křeslo. Jaul (2014) radí do interdisciplinárního týmu i úlohu logopeda, který má pacienta naučit správnému polykání a tím tak zvýšit efekt nutrice. V souvislosti s normalizací nutrice, je dále třeba do týmu zařadit nutričního terapeuta. Ten sestaví pacientovi dietu, která bude přímo odpovídat jeho celkovému zdravotnímu stavu. Doplňky stravy by měly být pacientovi dopřány kdykoliv je to možné. Probíhající preventivní péče je důležitá po celou dobu, kdy o pacienta pečujeme. Poněvadž prevence je nezbytná jak v předcházení vzniku dekubitů ale následně i v jejich rozvoji. Posledním významným členem týmu je sociální pracovník, který zajišťuje psychickou oporu jak nemocného, tak jeho rodiny. Jaul (2014) na závěr shrnuje, že cílem interdisciplinární týmové péče, je včasné odhalení rizik vzniku dekubitů a následně poskytnutí náležité péče.

1.3 Role sestry v interdisciplinárním týmu při péči o pacienta s dekubity

Dle Bártlové, Chloubové (2009) je sestra součástí multidisciplinárního týmu. S rozvojem vědecko-technického pokroku, vzdělávání a zvyšujícími se nároky na poskytovanou péči, se její role v týmu dostává do popředí. V souvislosti s respektováním sestry jako plnohodnotného člena týmu a vlivem tlaku z Evropské unie dochází k zesílení vztahů sestra a lékař, což je pro poskytování efektivní ošetrovatelské péče žádoucí. Jak uvádí Bártlová (2010) vlivem rozvíjejícího se modelu vzdělávání a jeho maximální precizností sestry dosahují nových kompetencí. Díky tomu sestra získává vyšší postavení nejen ve společnosti ale také v systému zdravotní péče. Dále dle Bártlové, Chloubové (2009) se kvalifikovaná sestra dostává do partnerské role s ostatním terapeutickým a ošetrujícím personálem. V týmu zastupuje nenahraditelnou roli a společně spolupracuje s ostatním zdravotnickým personálem za účelem pomoci pacientovi.

Bártlová, Chloubová (2009) popisují, že ačkoli je vzdělávání sester v nynější době na vysokoškolské úrovni, stále se ze strany lékařů občas setkáváme s přístupem k sestřám ne zrovna kladným. Mnoho lékařů, zejména lékařů mužů, stále chápe sestru jako podřízenou pracovníci, která plní přidělené úkoly. Zasahování sestry do terapeutického procesu je pro některé lékaře nepřijatelné, a tudíž ošetrovatelskou péči staví vedle péče terapeutické. Nespokojenost sestry na pracovišti pak může vést k narůstajícímu stresu ze kterého může propuknout až syndrom vyhoření. V interdisciplinárním týmu by měl tedy panovat partnerský vztah, jenž bude přispívat k harmonii mezi spolupracovníky a v souladu s tím bude přispívat ke zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče. Pokaždé v týmu nefunguje spolupráce, pracovníci mezi sebou nekomunikují, nejsou k sobě slušní a navzájem se nerespektují, tak to vede k nespokojenosti členů týmu a zároveň tak k provádění nedokonalé ošetrovatelské péče. Proto je nezbytné, aby pro konání kvalitní ošetrovatelské péče v interdisciplinárním týmu vládl partnerský přístup ke všem členům.

Dle Bártlové (2010) existují mezi sestrou a lékařem zcela jistě spíše kladné vztahy. Jisté neshody či konflikty v interdisciplinárním týmu mohou zavinit osobností rysy jedince. Tyto konflikty poté označujeme jako uměle vytvořené.

Dle Mastiliakové (2014) sestra posuzuje a hodnotí stav zdraví pacienta. Tuto činnost považuje za jednu z nejkvalifikovanějších činností sester. Sestra sestavuje individuální plán péče pro každého jedince pomocí specifického ošetrovatelského modelu. V současné době sestra nejčastěji využívá ošetrovatelský model funkčních typu zdraví dle M. Gordonové. Sestra vyhodnocuje v péči o pacienta rizika zdraví, zdraví jako hodnotu pro pacienta, stav výživy, způsob stravování, celkový životní styl, víru a zvládání stresových situací. V péči o pacienta s dekubity je sestra dle Jaula (2013) klíčovým pracovníkem. Sestra je ústředním koordinátorem léčby dekubitů. Primárně provádí preventivní činnost, vyhodnocuje rizika vzniku dekubitů pomocí zhodnocení celkového zdravotního stavu pacienta v souladu s využitím hodnotících škál. V péči o pacienta s dekubity sestra stojí mezi lékařem a nižším zdravotnickým personálem, kde funguje jako komunikátor mezi těmito členy týmu. Edukuje nižší zdravotnický personál, jak dbát na manipulaci s pacientem a jak správně využívat kompenzační pomůcky. Dle Benbow (2012) je to především sestra, kdo při prvním kontaktu s pacientem vyhodnocuje rizika vzniku a vývoje dekubitů u pacienta. Nejen že vyhodnocuje tyto rizika, ale již při vzniklém dekubitu, musí být sestra schopna vyhodnotit i stádium dekubitu. Proto sestra, která

pečuje o pacienta s dekubity musí být vzdělaná v mnoha směrech. Při vyhodnocení samotného stádia dekubitu musí být schopna popsat, v jaké fázi hojení se dekubit nachází, jak je hluboký, jaká je jeho sekrece, okolí rány, zda jsou přítomny pístěle či zápach. Burton et al. (2013) taktéž uvádí, že je nezbytné, aby sestra dbala na prevenci dekubitů a ovládala základní vědomosti v hodnocení a léčbě kožních defektů. Dle Jaula (2013) je pak úlohou sestry vysvětlit ostatním členům týmu, jaká bude následná péče o daného pacienta a k jakému cíli bude jejich společná péče směřovat. V souvislosti se sledováním dekubitů je nezbytné, aby sestra prováděla pravidelnou fotodokumentaci, přesný zápis stavu dekubitů a jeho ošetření do dokumentace pacienta. Po vyhodnocení stavu dekubitů dle Jaula (2013) sestra musí informace o stavu rány předat lékaři. V tomto smyslu musí sestra dbát na propojení péče mezi ostatními členy týmu a umět v týmu komunikovat. Dále dle Balnerové (2012) je důležité u těchto pacientů sledovat stav nasogastrické sondy, PEG a jiných výživových sond. A to dle Hlinkové et al. (2019) nejen pro jejich průchodnost, ale i pro možnost vytvoření dekubitů na sliznici vlivem působení těchto sond. Narušení pokožky či sliznic, způsobuje pacientovi negativní prožitek bolesti. Dle Šeflové et al. (2016) do oblasti sledování celkového zdravotního stavu řadí i sledování bolesti. Míru bolesti u pacienta sestra zjišťuje pomocí vizuální analogické škály, kdy se pacienta ptá na úroveň bolesti, nebo ji sama určí z neverbálních projevů nemocného.

1.4 Interdisciplinární týmová péče o pacienta s dekubity

Multidisciplinární, taktéž víceoborová týmová péče, je dle Kuzníkové, Gojové (2011) poskytovaná lidmi s více odbornostmi či z různých specializovaných pracovišť. Tito pracovníci nesdílí společný plán, směřují k vyřešení problému v rámci svých kompetencí a své specializace s přihlédnutím na postupy a výsledky činností ostatních pracovníků. Interdisciplinární tým se odlišuje tím, že je složen lidmi různých odborností, kteří navzájem spolupracují, diskutují, pomáhají si a společně směřují k danému cíli. Stern et al. (2014) uvádí, že v roce 2010 v Kanadě zcela ještě interdisciplinární týmy nefungovaly. Fungovaly týmy pro léčby ran, ale již se k nim nepřipojovali například fyzioterapeuti či ergoterapeuti. Tito členové jsou však v interdisciplinárním týmu nepostradatelní. Dle Kovačovičové et al. (2008) je u pacienta s dekubity nezbytná samotná spolupráce pacienta ale také kvalitní týmová spolupráce a péče. Mimo zdravotní personál autorka přiřazuje do týmu i rodinu pacienta. Koutná (2008) udává komplexní péči o pacienta jako nezbytný přístup, aby došlo k efektivní léčbě pacienta, hojení rány a ke zmírnění bolesti. Do této péče zařazujeme nezbytně nutnou nutriční podporu, která nám pozitivně přispívá

ke zlepšení zdravotního stavu nemocného, rehabilitační pracovníky, kteří zajišťují antidekubitní pomůcky a na přední pozici ty, kteří přímo pečují o již vzniklý dekubitus. Balnerová (2012) též uvádí, že u pacientů s dekubity je důležité sledování stavu výživy. Na tomto úkolu se podílí sestra zjištěním hmotnosti, výšky, změřením podkožního tuku, využitím nutričního screeningu. Dále lékař, sestra a nižší zdravotnický personál zjišťuje anamnestické údaje. Dietní omezení, stravovací návyky, stav chrupu, chuť k jídlu. Lékař se na sledování stavu výživy u pacienta podílí hlavně fyzikálním vyšetřením pacienta a sledováním celkového zdravotního stavu, a to pomocí laboratorních výsledků krve. Pro objektivní výsledky lékař sleduje hodnoty krevního obrazu, a z biochemie pak ureu, kreatinin, ionty, železo, cholesterol, celkovou bílkovinu a albumin. Včasná péče personálu o stav výživy u pacienta s dekubity, přispívá ke zlepšování zdravotního stavu, zkrácení hospitalizace a tím i ke snížení nákladů na léčení pacienta. Celkový výsledek poskytované týmové péče, můžeme dle Pokorné (2013) zhodnotit pomocí hodnotících nástrojů, testů, které provádíme opakovaně a podle přesně zaznamenaných dat provádíme kontrolu efektivity práce. Díky efektivní prevenci vzniku a rozvoje dekubitů, která je dle Ondriové, Fartařové (2013) poskytována komplexním přístupem k pacientovi, dochází k zamezení vzniku dekubitů až v 95 % všech případů.

1.4.1 Dekubity

Dle Hilšnerové (2010) jsou dekubity rány, či poškození pokožky a hlubších vrstev kůže. Toto poškození nejčastěji vzniká v místě, kde dlouhodobě působí tlak proti kosti. Nejčastěji jsou ohrožena místa v oblasti obratlů krční páteře, lopatek, křížové kosti, patní kosti. Mimo kůži a hlubších vrstev však dle Bobáľa (2012) mohou být poškozeny i sliznice, a to například z důvodu zavedeného permanentního močového katétru či nasogastrické sondy. Dále Hilšnerová (2010) uvádí, že nejvíce ohroženou skupinou pacientů, u kterých je vysoké riziko vzniku dekubitů, jsou pacienti dlouhodobě upoutaní na lůžko, polymorbidní pacienti a pacienti se sníženou pohyblivostí. Ondriová, Fartařová (2013) popisují nutnost sledování výskytu dekubitů v nemocničních zařízeních. Výsledná suma je vzata jako indikátor kvality poskytované ošetrovatelské péče. Hodnotí se tedy kvalita lékařské, ošetrovatelské péče a poskytovaných služeb. Výskyt dekubitů dle Kalvacha (2011) zvyšuje riziko úmrtí pacienta až čtyři krát. Je však známo, že i přes veškerou péči věnovanou pacientovi se dekubity vytvoří. Je to většinou zapříčiněno polymorbiditou a špatným fyzickým stavem nemocného. V České republice dle Šeflové et al. (2016) je snaha minimalizovat výskyt dekubitů. Příkladem je překlad doporučení

Evropského panelu pro dekubity. V původním znění: European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Doporučení bylo vydáno v roce 2014. Collier (2016) ve svém článku shrnuje aplikaci preventivních opatření jako jednoduchou rovnici. Použití preventivních opatření jasně směřuje k minimalizaci vzniku a rozvoje dekubitů, kdež to zanedbávání prevence vzniku dekubitů přímo vede k jejich výskytu a následné progresi.

1.4.2 Mechanismus vzniku dekubitů

Problematika dekubitů, jak uvádí Mikula (2008), lze vysvětlit několika možnými způsoby. Nejčastěji se však hovoří o ranách, které vznikají za působení dlouhodobého tlaku na pokožku nemocného. Utlačovaná tkáň nemůže být dostatečně zásobena živinami a kyslíkem, a tudíž dochází k jejímu poškození. Rozsah poškození tkáně je však závislý na celkovém zdravotním stavu nemocného. S tímto souhlasí i Grofová (2009), která dále popisuje příčiny vzniku dekubitů. Řadí sem syndrom inkontinence, třecí mechanismus, nedostatečnou nutriční a jiné. Vytejková et al. (2015) uvádí možnosti vzniku defektů buďto na kůži, nebo na sliznici. Dále může být poškozeno vazivo, šlachy, svaly až kosti. Nejčastěji jsou postižena tzv. predilekční místa. Tedy místa, která jsou nejvíce vystavena dlouhodobému tlaku na pokožku, pod kterou se nachází tenká tuková vrstva, a tudíž je tkáň utlačována přímo kostí. Tyto predilekční místa se mění polohou nemocného (viz. příloha č.1). Dále popisuje možnosti vzniku dekubitů v dutině nosní při utlačování sliznice nasogastrickou sondou či dekubitus v močové trubici při utlačování sliznice permanentním močovým katétre. Collier (2016) mimo dlouhodobě působícího tlaku ve své literatuře upozorňuje i na dekubity vzniklé třením a smykem.

Galvaio et al. (2016) popisuje, že i navzdory neustále vyvíjejícímu se zdravotnictví, je výskyt dekubitů v nemocničních zřízeních vysoký. Během posledních let, vzniklo několik nových terapeutických materiálů a metod na podporu hojení ran. Nicméně aby byla péče o pacienty efektivní, je velmi důležité, aby probíhalo kontinuální vzdělávání zdravotnických pracovníků ohledně novinek v oblasti prevence vzniku dekubitů, výběru a aplikace vhodného terapeutického materiálu na daný typ či danou fázi dekubitu, užívání hodnotících škál a další.

1.4.3 Faktory ovlivňující vznik dekubitů

Grofová (2009) popisuje, že dekubity trpí přibližně 10-30 % imobilních nemocných. Je tedy na místě, aby ošetřující personál dbal preventivních opatření před vznikem dekubitů.

V této oblasti plní svoji úlohu všichni členové interdisciplinárního týmu. Hilšerová (2010) uvádí, že nutriční terapeut sestaví pacientovi takovou stravu, která mu bude napomáhat s udržení optimální vláčnosti pokožky. Strava bude bohatá na živiny, vitamíny, minerály a stopové prvky. Nutriční terapeut dále může nabídnout nutriční doplňky, které napomáhají při hojení ran. Dále je nutno dbát na hydrataci, aby pokožka byla dostatečně napjatá a prokrvená, což je základ prevence proti mechanickému poškození. Pejznochová (2010) popisuje v rámci výživy i úlohu ošetřujícího lékaře, který musí u nemocného provést komplexní zhodnocení zdravotního stavu. Na vzniku dekubitů se může podílet nízký příjem albuminů či minerálů. Oblast nutričního stavu pacienta řadí do čtyř částí. Tyto části jsou uvedeny v EPUAP, kde je popsána prevence vzniku dekubitů pomocí nutričních postupů. V první části provádíme nutriční screening, zaobíráme se tedy zhodnocením nutričního stavu. Grofová (2008) do této oblasti řadí výpočet body mass index, změření obvodu pasu, provedení laboratorního biochemického vyšetření a posouzení nutričního příjmu pacienta. Druhou částí je přizpůsobení intervencí dle toho, zda pacientovi hrozí riziko vzniku dekubitů, nebo jestli už pacient dekubity má. Jestliže pacientovi teprve hrozí riziko vzniku dekubitů, dbáme na dostatečnou nutriční, tedy pokud možno zajištění plnohodnotné stravy perorálně, popřípadě parenterální cestou. Třetí částí je sestavení nutriční stravy u pacientů s dekubity, kde dbáme na dodávání stopových prvků pro efektivní hojení dekubitů. Poslední, čtvrtou částí, je nezbytné vzdělávání. Dále Grofová (2008) upozorňuje, že pokud chceme u pacienta docílit zlepšení příjmu stravy, musíme předně myslet na celkový stav pacienta. Sestra musí myslet na vliv bolestí ale i na zápach z dekubitů, který může způsobit nechutenství. Dále zdůrazňuje zvážení dostatečné hydratace. Pokud rána silně sekretuje, odvádí z těla četné množství vody, které běžně započítáváme do bilance tekutin pacienta.

Dle Pejznochové (2010) existují vnitřní a vnější faktory, které ovlivňují vznik dekubitů. Pro prevenci vzniku dekubitů, je nezbytné tyto faktory znát a v ošetrovatelské praxi se jimi plně zabývat. Mikula (2008) mezi vnitřní faktory řadí hned několik domén, přičemž věk nemocného je zde zcela zásadní. Ondriová, Fartašová (2013) uvádí, že 70 % pacientů trpících dekubity jsou zpravidla starší sedmdesátiletí. Nedílnou součástí tohoto tvrzení je i fakt, že vlivem vyvíjející se medicíny starší populace neustále přibývá. Mikula (2008) popisuje, že pokožka ve stáří ztrácí na elasticitě a celkové funkčnosti. U geriatrického pacienta je možnost vzniku dekubitů až dvacetinásobně větší než u osoby dvacet až čtyřicet let staré. Kalvach (2008) v rámci faktorů, které ovlivňují vznik dekubitů, v

publikaci popisuje problematiku geriatrického pacienta a pojem geriatrická křehkost. Ve vztahu k vnitřnímu faktoru tedy nemyslí jenom na stav pokožky ale také na celkový fyzický stav geriatrického pacienta. Dále Mikula (2008) mezi vnitřní faktory řadí hmotnost, pohlaví, stav kardiovaskulárního systému, hybnost nemocného, nutriční syndrom inkontinence a samotný zdravotní stav nemocného. K syndromu inkontinence patří dle Pokorné, Krejčíkové (2017) i správné užívání inkontinenčních pomůcek. Úlohou sester a nižšího zdravotnického personálu, je důsledná péče o pokožku, a tak tedy i volba ošetřujících krémů, mýdel, pěn, past a inkontinenčních pomůcek dle míry inkontinence. Cílem inkontinenčních pomůcek je co nejvíce zamezit styku pokožky se stolicí či močí. Ty pokožku dráždí až dochází k maceraci pokožky a k porušení integrity kůže. Dále Collier (2016) řadí mezi rizikové faktory, které přispívají ke vzniku dekubitů ještě stav kardiovaskulárního systému, pohyblivost, hydrataci, úroveň vědomí. Dále je nutné myslet na již v minulosti vzniklé dekubity a v neposlední řadě na celkový zdravotní stav nemocného a závažnost onemocnění. Co se týče již zmíněné pohyblivosti, Kalvach (2011) jako rizikovou skupinu pacientů uvádí vozíčkáře. Mikula (2008) uvádí, že u plegických pacientů je výskyt dekubitů 20-25 %. Ondřiová, Fartaňová (2013) u pacientů na vozíčku upozorňují, na nutnost odlehčení predilekčních míst maximálně po patnácti minutách, a to alespoň na patnáct sekund.

Mezi externí faktory Pejznochová (2010) řadí tlak na predilekční místa. Třetí mechanismus vzniklý například při nesprávné manipulaci s nemocným. Tlak neupravených, shrnutých, nevyrovnaných lůžkovin na pokožku nemocného. A jako poslední, avšak neméně důležité autorka uvádí nutnost provádění správné hygieny a péči o pokožku nemocného. Vytejková et al. (2015) v této oblasti upozorňuje na nutnost aktivní spolupráce mezi sestrou a nižším zdravotnickým personálem. Péče o pokožku je naprostý základ příkladné ošetrovatelské péče. Úlohou sestry a nižšího zdravotnického personálu, je polohovat pacienta dle polohovacích hodin a při každé změně polohy vytvořit záznam. Jak píše Grofová (2012) pacient by neměl ležet ve stejné poloze dále jak dvě hodiny. Dále dle Vytejkové et al. (2015) si sestra při polohování nemocného všimá barvy pokožky, defektů na pokožce, správně ustlaného lůžka a v případě potřeby vyrovnává veškeré nerovnosti lůžkovin. Při polohování nemocného sestra využívá veškerých kompenzačních pomůcek, a to jak pro minimalizaci tření či střížného efektu ale i pro vypodložení predilekčních míst. Sestra dbá na správnou manipulaci s nemocným a snaží se ho motivovat ke spolupráci. Nemocného uvádíme do polohy na zádech, pravý

bok, záda a levý bok. Tyto polohy postupně střídáme. Ondriová, Fartaľová (2013) ve svém článku velmi pozitivně hodnotí užívání aktivních antidekubitních matrací, které mohou být napuštěné buďto vodou nebo vzduchem. Tyto matrace pracují na principu cirkulace vzduchu a tím napomáhají k odlehčování jednotlivých částí těla nemocného. Rotující vzduch napomáhá k prokrvení všech tkání, které jsou v kontaktu s matrací. Následně dochází ke správnému prokrvení tkání a tím i k hojení již vzniklých dekubitů. Tyto matrace tedy můžeme používat již jako prevenci ale zároveň i již jako součást léčby i nejvyššího stupně dekubitu. Je zcela na personálu, zda matrace využijí či nikoliv. Vytejková et al. (2011) mimo antidekubitní matrace uvádí jako preventivní materiál také lepící polštářky, známé například pod názvem Mepilex, který je vhodné aplikovat například na sakrum, lokty či paty a bránit tak rozvoji dekubitu. Dle Ondriové, Fartaľové (2013) je velkým rizikem i ponechání pacienta v poloze, kdy je trup pacienta oproti sakrální oblasti šikmo vyvýšen. Nemocný sklouzává a pokožka je utlačována směrem k nohám. V takovéto poloze, vzniká poškození pokožky a hlubších vrstev kůže už jen při zvednutí a ponechání trupu pacienta o 30°. Dle Čevely et al. (2012) u gerontologického pacienta přihlížíme na celkovou zdatnost organismu, jak je pacient konstitučně vyvinut, genetické predispozice, způsob stravování a pohybovou aktivitu.

Galvao et al. (2016) uvádí, že v některých státech je vysoký výskyt dekubitů zapříčiněn především kvůli nedostatečnému vzdělávání sester a ostatního zdravotnického personálu v oblasti hojení ran. Výskyt dekubitů je markantní zejména v nevyspělých zemích, kde zdravotnictví není na vysoké úrovni a zdravotnický personál není průběžně vzděláván v oblasti moderního hojení ran. Ze studie Stern et al. (2014), která proběhla v Kanadě, byl získán velice kladný výsledek, co se týče vzdělávání sester v oblasti léčby ran. Sestra specializovaná pro léčbu ran navštěvovala různé instituce a vzdělávala své kolegy v prevenci vzniku dekubitů, metodách léčby a funkci multidisciplinárního týmu. Díky tomuto předávání informací, sestra dosáhla výsledků, kdy prevalence dekubitů se snížila o cm^2/den . Samuriwo (2013) popisuje, že samotné sestry musí vyvíjet aktivitu v získání nových poznatků. Celkově upozorňuje celý multidisciplinární tým na nutnost propojování a předávání si svých vědomostí navzájem.

Ondriová, Kressová (2011) uvádí, že prevalence výskytu vzniku dekubitů u pacientů ve vyšším věku je zapříčiněna nejčastějším onemocněním u starších osob a tím je demence. Degenerativní změny v mozkové tkáni devalvují kognitivní funkce. U pacienta postupně nastává zhoršené myšlení, vnímání, mění se chování a rozumové schopnosti. Dále se u

pacienta začne projevovat rozpad osobnosti, přičemž pacient ztrácí schopnost vykonávat běžné denní činnosti. V některých případech se mohou objevit i psychózy a halucinace. Terminálním stádiem demence je imobilita a ztráta verbální komunikace. Úlohou nižšího zdravotnického personálu u takového pacienta je podávání stravy a zajištění dostatečné hydratace nemocného, poněvadž největším rizikem v tomto stádiu demence je malnutrice, dehydratace a hlavně imobilita. Pacient v terminálním stádiu demence již není schopen ani samostatnému pohybu v lůžku, a tak je zcela odkázán na plnou ošetrovatelskou péči. Velká zátěž je zde kladena i na rodinu pacienta. Jaul (2013) zmiňuje úlohu sociálního pracovníka jako nezbytnou stejně jako úlohu sestry či fyzioterapeuta. Sociální pracovník napomáhá rodině vyrovnat se se změnou situace. Poskytuje jim nezbytnou morální oporu, pomáhá rodině adaptovat se na vzniklé komplikace a snížit úzkost nejbližších. Dále napomáhá rodině zajistit co nejvhodnější ubytování pro nemocného, které bude vyhovovat požadavkům nemocného ale i rodiny. V neposlední řadě dbá na vyřízení různých finančních prospěchů pro rodinu. Podílí se na získání různých kompenzačních pomůcek, které nemocnému a rodině napomohou ke zkvalitnění života.

1.4.4 Hodnotící škály

Dle Burtona et al. (2013) je součástí preventivní činnosti i úloha sestry při využívání hodnotících škál. Výsledné skóre škály by měly sestry respektovat, neopomíjet je a dále pečovat o pacienta dle jeho potřeb a tím předejít možnostem vzniku dekubitů. Hodnotící škály, jak uvádí Mikula (2008), umožňují sestře vyhledávat rizikové pacienty a uzpůsobit průběh ošetrovatelské péče dle jejich zdravotního stavu a možných rizik. Způsobů, jak můžeme hodnotit riziko vzniku dekubitů, je mnoho. Pokorná (2013) uvádí užívání hodnotících testů jako způsob, jak dosáhnout efektivního diagnostického procesu. Využívání hodnotících škál v praxi, je na každém pracovišti jiné, což může být problém například při překladi nemocného do jiné nemocnice. Vyhodnocením škál však přenášíme přesně dané a jednotné informace o pacientovi. Pejznochová (2010) uvádí ve své publikaci 4 druhy hodnotících škál (viz. příloha č.2). Nejčastěji užívaná škála v našich zařízeních, která hodnotí zdravotní stav pacienta, aktivitu, syndrom inkontinence, psychický stav a mobilitu nemocného, je hodnotící stupnice dle Nortonové. Dále u nás využíváme škálu dle Bradenové, kde hodnotíme body od 1 do 4 smyslové vnímání, vlhkost a pocení, aktivitu, pohyblivost, výživu, tření a stříh. Kapp (2012) uvádí pro zajímavost užívání škály Bradenové i v Austrálii, kde její výsledek sestry hodnotí jako

validní a spolehlivý. Pejznochová (2010) uvádí, že hodnotící škála dle Waterlowa je rozšířenější a zabývá se stavbou těla, výšky v poměru k váze, typem kůže v ohrožené oblasti, dbá na pohlaví a věk, zvláštní rizika, medikaci, kontinenci, pohyblivost, chuť k jídlu, neurologické poruchy a zda byli u pacienta operace či traumata. Tato škála se pro svoji rozšířenost využívá hlavně v intenzivní péči. Mikula (2008) uvádí, že se škálou dle Waterlowa se v našich zařízeních spíše nesetkáme navzdory tomu, že ve Velké Británii se plně využívá. Jako poslední uvádí Medleyho škálu. Hodnotící škály se využívají při příjmu a dále pravidelně minimálně jedenkrát do týdne či při každé změně zdravotního stavu nemocného, je třeba je aktualizovat. Kuckir et al. (2012) uvádí, že je nezbytné tyto škály nebrat jako dotazníky, a to je třeba si uvědomit. K hodnocení škál využíváme pozorování pacienta. Nikoliv se nedotazujeme na to, co například pacient zvládne v oblasti sebek péče. Při chybném provedení hodnocení daných škál, pacient může své schopnosti přeceňovat či může mít například syndrom demence a jeho odpovědi nemusí být zcela validní. Tyto fakta je nutné vyzorovat například v Barthelově testu všedních činností (příloha č.2). Dle Šeflové et al. (2016) Barthel test posuzuje úroveň soběstačnosti pacienta v oblasti stravování, oblékání, schopnosti dojít si na toaletu, úroveň inkontinence, schopnosti provést celkovou či osobní hygienu, chůze po rovině a chůzi do schodů.

1.4.5 Klasifikace dekubitů

Mikula (2008) klasifikuje dekubity dle míry poškození. Je důležité, uvědomit si fakt, že rozsáhlé poškození tkání může být na povrch nepatrné. Pejznochová (2010) uvádí klasifikaci dekubitů dle Sterlinga, které přesně odpovídá i klasifikaci kterou popisuje Mikula (2008). První stupeň nazýváme erytém. Je to tlaková léze, která je typická začerváním a otokem. U prvního stupně není patrné porušení kožní integrity. V podkoží mohou však vznikat zánětlivé procesy, které mohou propuknout až ve flegmónu. Erytém je nebezpečný u pacientů tmavé pleti, poněvadž může být lehkou přehlédnut.

Druhým stupněm je puchýř, tudíž již došlo k porušení kožní integrity. Pokožka v okolí defektu je tuhá a bledá, což je způsobeno nahromaděním vaziva. Cirkulace v cévách je minimální, a tak při kompresi na tkáň se pokožka zpětně neprokrví a stlačené místo zůstává bledé. Hojení bývá často zdlouhavé a komplikované. V souvislosti

s nedostatečnou výživou a okysličením tkání může dojít až k místní nekróze. Pejznochová (2010) uvádí, že druhý stupeň může vizuálně připomínat odřeninu.

Dále Mikula (2008) uvádí jako třetí stupeň nekrózu. Tkáň není zásobená živinami a kyslíkem, a tak postupně odumírá. Rána může být i velmi rozsáhlá. Rána na kůži je mnohdy menší než defekt v podkoží. Spodinu rány tvoří skelet. Dekubit je tvořen suchou či mokvavou nekrózou, která je mnohdy ohraničena vředy s velmi podminovanými okraji. Nekrotický dekubit však může vzniknout i pod kůží. Rozsáhlé poškození tkání nemusí být na povrch patrné. Takovýto typ defektu produkuje infiltrát, který se hromadí uvnitř tkání a vytváří zánětlivou cystu. Ruptura cysty může zapříčinit smrt pacienta z důvodu sepse. Tento stav je spontánně jen velmi těžko léčitelný. Léčba dekubitu třetího stupně může trvat několik měsíců i let. Po zahojení vzniká jizva, která těsně naléhá na kost. Jizva na rizikových oblastech je často drážděna a opakovaně se otvírá. Opakovaný dekubitus poté nazýváme chronický vřed.

Posledním stupněm Mikula (2008) uvádí také nekrózu ale s následnou ostitidou a artritidou. Ta představuje velmi fatální stav, při kterém infekce z rány přejde na kost a okolní klouby a způsobí zánět. Dále může infekce prostoupit například do močového měchýře či dutiny břišní. Tento stav vždy vyžaduje chirurgický zákrok.

V ošetrovatelské praxi dle Burtona et al. (2013) nesmíme zapomínat na přesnou dokumentaci dekubitů. Při příjmu pacienta s dekubity sestra provede neprodleně fotodokumentaci rány a následně její přesný popis (viz. příloha č.7). Uvádíme velikost rány, místo nálezu a její následné ošetření. Jaul (2013) popisuje úlohu sestry v klasifikaci dekubitů jako klíčovou. Sestra každý den vyhodnocuje a hodnotí léčbu rány. Po vyhodnocení rány sestra aplikuje vhodný materiál. Musí se tedy orientovat ve vhodné léčbě jednotlivých stádií dekubitů. Edukuje ostatní nižší zdravotnický personál. Dbá na správnou hygienu pacienta. Sleduje predilekční místa a vyhodnocuje rizika vzniku dekubitů. Dále sestra dbá na bezchybné předávání informací mezi ostatním zdravotním personálem, který se podílí na péči o pacienta s dekubity a také neprodleně informuje lékaře o změně stavu dekubitu. Samuriwo, Dowding (2014) také shrnuje roli sestry v péči o pacienta s dekubity jako nelehkou. Sestra musí správně usoudit hned několik faktů, a to typ dekubitu, jeho stupeň, následnou léčbu a zároveň prevenci dalšího vniku dekubitu.

1.4.6 Metody hojení ran

Dle Langové, Brabcové (2013) je zřejmé, že pro sestru je nezbytně nutné sledovat a učit se novým metodám v léčbě ran. Dle Veverkové et al. (2019) volíme metodu dle toho, zda se rána hojí per primam či per secundam a v jaké fázi hojení se rána nachází. Pražský (2014) popisuje hojení rány i per tertiam. Dle Veverkové et al. (2019) hojení rány per primam pro sestru znamená ideální stav, kdy jsou okraje rány jasné, místo nejeví známky zánětu, cévní zásobení a inervace jsou bez poškození. V případě hojení rány per secundam již můžeme vidět známky zánětu, kdy rána se nehojí, je infikovaná, okraje rány jsou nesouměrné, může zapáchat, dochází k překrvení a pokrytí rány fibrinem. Pražský (2014) uvádí, že pro hojení rány per tertiam, se rána nechává primárně otevřená, aby se mohl provádět opakovaný debridement rány. Tato rána se pak uzavírá stehy, resuturou nebo pomocí kožních štěpů. Dále Veverková et al. (2019) uvádí, že hojení rány postupuje ve třech fázích.

Čistící, zánětlivá, exsudativní fáze

První fází hojení rány je čistící, zánětlivá, exsudativní fáze. V této fázi se rána potřebuje zbavit odumřelé tkáně. Můžeme zde vidět velmi silnou zánětlivou sekreci a povlak, který zabraňuje přístup léčebným materiálům na spodinu rány. Sedláková (2012) uvádí, že je-li rána sekretující, využíváme materiálů, které obsahují stříbro. Známým antiseptickým materiálem obsahující stříbro je Alfasilver či Silvercel. Stříbro má velmi široké antibakteriální účinky a působí i proti multiresistentnímu staphylokokku Aureu. Dále můžeme využívat stříbro v kombinaci s aktivním uhlím. Materiál v této kombinaci je znám pod názvem Actisorb. Tento terapeutický materiál využíváme na rány zánětlivé, velmi exsudativní, sekretující a zapáchavé. Ondřiová, Fartařová (2013) uvádí do popředí roli lékaře při léčbě rozsáhlých, hnisajících dekubitů, kde je třeba mimo léčbu místní naordinovat i léčbu celkovou a to antibiotickou. Antibiotickou léčbu volíme ve chvíli, kdy dekubitus zasáhl všechny okolní tkáně a pacient je ohrožen sepsí. Dále při takovém rozsahu dekubitu, kdy vznikla osteomyelitida. Langová, Brabcová (2013) dále uvádí metodu hojení rány pomocí kontrolovaného tlaku. Stryja (2011) ve zkratce popisuje užití negativního tlaku na spodinu rány, který následně stimuluje granulaci tkáně.

Další postup v této fázi hojení rány Kovačovičová et al. (2008) popisuje odstranění nekrotické tkáně pomocí chirurgického debridementu. Dle Langové, Brabcové (2013) je debridement při léčbě nekrotických či exsudativních ran nezbytný. Hilšerová (2010)

v tomto bodě vyzdvihuje úlohu lékaře, zejména v případech dekubitů, které se nehojí či jsou velmi hluboké. U takovýchto dekubitů, kde je třeba chirurgicko-plastického řešení, využívá lékař i konzultaci s chirurgem. Při chirurgickém řešení se využívají kožní štěpy či kožní implantáty. Stryja et al. (2011) popisuje chirurgický debridement rány jako již dlouhodobě užívaný úkon, který spočívá v odstranění nekrotické tkáně a následné očištění spodiny rány pomocí proudu sterilní vody. Přístroj zajišťující toto ošetření se nazývá VersaJet. Langová, Brabcová (2013) popisuje nekrózu jako odumřelou tkáň, která je plná toxinů, a tak je nezbytně nutné ji odstranit. Další možností je chemický debridement. Dle Stryji et al. (2011) chemický debridement k odstranění nekrotické tkáně využívá chemickou sloučeninu například kyselinu benzoovou či kyselinu.

Pod pojmem enzymatický debridement je popsána neméně známá terapie larvami, která je finančně velmi nákladná a pacienty často odmítaná. Veverková et al. (2019) uvádí, že tato léčba je plně hrazená zdravotními pojišťovnami. Je to alternativní léčba, ke které lékař přistupuje až po selhání léčby chirurgické. Princip této léčby spočívá v tom, že larvy se živí odumřelou tkání a patogenními bakteriemi. Zničí i bakterie, které jsou rezistentní proti antibiotické léčbě. Larvy navíc svým sterilním výměškem podporují fibrinolýzu. Dle vykonaných studií, výměšek larev způsobuje antibakteriální efekt ještě po dobu jednoho týdne od odejmutí larev z rány.

Další možností je autolytický debridement. Sedláková (2012) ve svém článku popisuje autolýzu v souladu s vlhkým hojením ran. Využívá se u neinfikovaných ran, kde suchá nekróza postupem času měkne a odlučuje se. Tento proces je nebolestivý, avšak časově velmi náročný. K rozpuštění suché nekrózy se nejčastěji používají hydrogely, na které se následně aplikuje antiseptické krytí. Tyto hydrogely nejčastěji známe pod názvem NUGEL nebo Hydrosorb gel. Linthwaite, Bethell (2016) uvádí, že hydrokoloidní přípravky pro léčbu ran jsou u nás dostupné již od 80. let a jejich vlastnosti jsou velice rozsáhlé. Vytvářejí bránu proti virům a bakteriím, a tak přispívají k zamezení vzniku infekce v ráně. Dále způsobují snížení pH v ráně. Nízké pH neprospívá životu bakteriím. Kovačovičová et al. (2008) zmiňuje užití hydrogelů ve všech fázích hojení dekubitů.

Granulační, proliferační fáze

Dle Veverkové et al. (2019) metodu vlhkého hojení ran využíváme i ve druhé fázi hojení rány a tou je fáze granulační a proliferační. Veisová (2009) ve své práci uvádí, že v této fázi je nutné, aby rána byla vlhká. Tkáň by měla být udržována v optimální teplotě a

vyprodukovaný sekret by měl být odváděn do krytí. Můžeme například použít Zetuvit. Je nezbytně nutné, aby krytí pouze odvádělo přebytečný sekret, nikoliv aby krytí ránu vysušovalo. Každý převaz by měl být atraumatický. Veverková et al. (2019) uvádí, že vlhkost obvazu neboli tzv. metoda vlhkého hojení ran napomáhá časnější epitalizaci rány, což přímo vede k efektivnímu zhojení dekubitu.

Epitalizační fáze

Déle, kde vybíráme možnosti terapeutických materiálů dle Langové, Bártlové (2013) je epitalizační fáze hojení rány. Dle Veverkové et al. (2019) tato fáze bezprostředně navazuje na proces granulace a je charakteristická tím, že okraje rány jsou jasné. V prostorách dekubitů vznikají ostrůvky pokryté kůží, které spojují okraje rány. Dle Kovačovičové et al. (2008) v této fázi nejvíce uplatňujeme hydrogely, oplachové roztoky jako je například Prontosan, Debricasan či Betadine. Dle Veverkové et al. (2019) je udržování vlhkosti rány nutné pro vytvoření nové pojivové tkáně a pokožky. Dále v této fázi dle Kovačovičové et al. (2008) můžeme použít síťové materiály, známé například jako Jelonet nebo antimikrobiální krytí, které mají v praxi velké využití, a to například pod názvem Bactigras nebo také Atrauman Ag.

1.4.7 Léčba jednotlivých stádií dekubitů

Dle Jaula (2013) lékař nemusí být do ošetrovatelského procesu začleněn, pokud jde o dekubitus v raném stádiu, a pro jeho zhojení je třeba pouze znalost sestry. Lékař je však o dané problematice informován ale pouze zaznamenává činnosti sestry. Pokud se dekubitus nehojí, zapojuje se do péče i lékař. Když ani ošetrující lékař s léčbou neuspěje, je na řadě spolupráce s ostatními lékaři. Do léčby se může zapojit i ambulantní lékař, který má specializaci v léčbě ran a většinou spolupracuje s multidisciplinárním týmem. Lékař pracující v ambulanci ran má více zkušeností s jednotlivými případy a pacienti mohou docházet pouze ambulantně. Při zhoršení stavu může i tento lékař navrhnout hospitalizaci.

I. stupeň dekubitu dle Hilšerové (2010) lze vyléčit pouhým odlehčením postiženého místa. Dané místo se nesmí masírovat. Oblast dekubitu je nutné udržovat v suchu a preventivně ji chránit transparentním filmovým obvazem. Ondriová, Kressová (2011) jako zástupce preventivního krému zmiňují Menalind, který napomáhá pokožce udržet si svoji vláčnost a integritu. Dále v této fázi dbáme na to, aby postižené místo více

nepřicházelo do kontaktu s močí a stolicí. Je důležité, aby pacient ležel vždy v suchém a bavlněném prádle.

II. stupeň dekubitu dle Hilšerové (2010) léčíme základně odlehčením místa a následně dle stavu rány. Dekubitus udržujeme v čistém prostředí. Užíváme antiseptické materiály k výplachu i krytí rány. Snažíme se zamezit vstupu infekce do organismu. V případě nekrózy je nutno snažit se odumřelou tkáň odloučit či přímo chirurgicky odstranit. V této fázi podporujeme granulaci a epitalizaci tkáně. Sekret z rány odvádíme do absorpčního krytí.

Dle Hovorkové (2017) je dekubit I. a II. stupně snadno zaměnitelný za inkontinenční dermatitidu a naopak. Ošetření je však rozdílné. Inkontinenční dermatitida vzniká drážděním pokožky buď močí nebo stolicí. Narušení pokožky dochází vlivem vlhkosti, a to nejčastěji v sakrální oblasti. Proto dermatitidu můžeme snadno považovat za dekubitus. Linthwaite, Bethell (2016) při konání studie potvrdili skutečnost, že mnoho dekubitů se zvětšuje vlivem okolní vlhkosti.

U dekubitu III. stupně postupujeme dle Hilšnerové (2010) stejně jako u dekubitu IV. stupně. Šeflová et al. (2016) sem řadí hlavně antiseptická krytí, pěnová krytí a hydrokoloidní krytí. U silně sekretujících dekubitů používáme superabsorpční krytí.

Dle Hilšnerové (2010) IV. stupeň dekubitu zasáhl již všechny vrstvy pokožky ale také i svaly, šlachy a klouby. V místě rány vytvořil nekrózu. Nekrózu je nezbytné odstranit pomocí debridementu, který je popsán v podkapitole metody hojení ran. Základem léčby je opět odlehčení daného místa, užívání správného krytí rány dle rozsáhlosti poškození tkání. Používáme polyuretované krytí, obvazy s aktivním uhlím. Užíváme zde vlhkého hojení ran. Ránu pravidelně vyplachujeme abychom odplavili přebytečný hnis, sekret a povlak. Dle Ondriové, Fartašové (2013) dekubitus tohoto stupně vyplachujeme pod tlakem, přičemž není vhodné ránu vyplachovat antiseptickými roztoky jako je například peroxid 3 % COO nebo Betadine. Pokaždě se dekubitus během dvou týdnů nezačne hojit, je třeba změnit strategii léčby, zvážit celkovou léčbu, konzultovat stav pacienta a dekubitu s chirurgem a popřípadě navrhnout chirurgické řešení. Stryja (2016) uvádí, že nutnost konzultace stavu dekubitů s chirurgem, je v České republice často podceňována. Stav, kdy by bylo třeba chirurgicky zasáhnout, jsou často oddalovány. Spolupráce lékařů, která přichází až u pacienta, který je v sepsi a trpí dekubitární nemocí je svízelná. Dekubity pak

mají pro pacienta často fatální následky. Další úlohou lékaře je dle Ondriové, Fartaľové (2013) nasazení antibiotické léčby.

1.4.8 Komplikace dekubitů

Ondriová, Fartaľová (2013) popisují celkovou nemoc z dekubitů, kterou rozdělují na akutní a chronickou. Akutní celkovou nemoc z dekubitů rozdělujeme na tři stádia. Akutní toxemie, toxická kachexie a dále buďto vyléčení, nebo přechod do chronicity. Tento stav pak končí smrtí.

Bobál (2012) popisuje v akutní toxemii přítomnost flegmóny, sepse a odlučování nekrózy. Toxickou kachexii charakterizuje granulací plochy. Ondriová, Fartaľová (2013) popisují, že v prvním stádiu akutní celkové nemoci z dekubitů nastávají kolísavé horečky, a to především díky vstupu infekce do organismu přes otevřenou ránu. Bobál (2012) uvádí, že dekubity druhého až čtvrtého stupně jsou vždy infikovány, a to buďto viry, plísněmi či bakteriemi. Osídlení rány je většinou specifické s flórou vyskytující se na oddělení. Inkubační doba vzniku infekce je 8 až 10 hodin od přijetí na dané oddělení. Dekubitus v sakrální oblasti, který má více jak 70 % nemocných trpících dekubitem, je nejčastěji osídlen flórou z tlustého střeva. Rána postižená infekcí vykazuje pět základních příznaků infekce. Teplo, zarudnutí, bolestivost, otok, sekrece a co se dekubitů týče i případný zápach z postižených tkání. Při neřešení probíhající infekce nastává smrt pacienta vlivem sepse. Ondriová, Fartaľová (2013) konstatují, že vlivem prostoupení infekce vzniká osteomyelitida a artritida. Pacient se náhle zhoršuje. Progreduje dezorientace, pacient ztrácí chuť k jídlu a tím pádem rychleji hubne. Oslabení organismu způsobuje markantní únavu. V laboratorních výsledcích je zvýšena urea a jaterní testy, naopak je zřetelný snížený počet proteinů. Toto stádium může trvat několik měsíců a nejčastěji končí smrtí. Pejznochová (2010) dále upozorňuje, že by zde měl plně vykonávat svoji funkci nutriční terapeut. U pacienta, který již trpí dekubity, je nezbytné dodávat do těla nemocného více živin, a to především tuky, bílkoviny a vitamíny. Díky plnohodnotné nutrici dochází ke zlepšení hojení ran. V souladu s výživou nezapomínáme na dostatečný příjem tekutin. Balnerová (2012) ve své studii, která probíhala na geriatrickém oddělení, zmiňuje užití nutričního doplňku Cubitan, jako velmi efektivní prostředek ke zkvalitnění stavu nutrice a tím i ke zvýšení odolnosti organismu vůči infekcím. Pospíšil (2008) zde popisuje prospěšnost vysokoproteinové diety, která kladně přispívá k hojení ran. Při této dietě podává pacientům nutriční doplňky. Dále jsou pacientovi podávány mikronutrienty,

a to hlavně zinek, selen, vitaminy typu A, C, E a arginin. Díky těmto stopovým prvkům dochází ke zmenšování plochy dekubitů a k zrychlení efektivity hojení rány. K hodnocení nutričního stavu dále musíme dbát na vyhodnocování stavu nemocného, začlenění nutričních intervencí, kontrolu stavu pokožky a kontrolu váhy.

Druhé stádium akutní celkové nemoci z dekubitů, je dle Ondriové, Fartaľové (2013) toxická kachexie. Toto stádium charakterizují jako stav, kdy má pacient permanentně zvýšené teploty, subjektivně se může cítit lépe, ale je unavený. Rána se snaží o epitalizaci. Laboratorní výsledky již nejsou tak negativní. Nekróza ustupuje a sekrece je mírnější. Ve třetím stádiu dekubity přecházejí do chronického stavu, kdy se okolí rány sice svrašťuje ale k hojení rány nedochází.

Velkou komplikací uvádí Ondriová, Fartaľová (2013) chronickou nemoc z dekubitů. Ta vzniká u pacientů s dlouhodobým dekubitem. Dále chronickou nemocí z dekubitů jsou ohroženi pacienti s četnými dekubity, které neustále infikují tělo nemocného a pacient je prakticky neustále v celkové sepsi. Antibiotická léčba již nezabírá. Či je zcela vyčerpána. Pacient má trvale zvýšené teploty a umírá na sepsi, vyčerpání organismu, urémii či na banální infekci.

Pro předcházení infekce je dle Bobál'a (2012) nezbytné, aby personál dodržoval zásady bariérové ošetrovatelské péče. Dekubity jsou nejčastěji infikovány streptokoky a anaerobními mikroorganismy. Může se zde však uchytit i multirezistentní staphylokokus aureus. Proto je důležité dbát na správnou hygienu rukou, zacházení s infekčním odpadem, používání ochranných pomůcek, zacházení s biologickým materiálem a v neposlední řadě provádět výkony a převazy dekubitů za přísných aseptických podmínek. Sakrální dekubity osídleny bakteriemi z tlustého střeva jsou i velkou hrozbou pro pacienty se zavedeným permanentním močovým katetrem, kde je vysoké riziko přestupu infektu do močových cest. Je nezbytné dbát na správné zacházení s močovým katetrem, jeho aseptické zavádění a manipulaci se sběrným sáčkem. Dále však mohou být zdrojem plenkové kalhotky, přičemž musíme dbát na častou výměnu a jejich správnou likvidaci.

1.4.9 Imobilizační syndrom a jeho vztah k problematice dekubitů

Pejznochová (2010) uvádí, že imobilizační syndrom úzce souvisí se vznikem dekubitů v důsledku imobility. Je to stav, kdy jsou u pacienta vlivem imobility ohroženy různé

tělesné systémy. Příčinou imobility může být silná bolest, nervově svalová poškození či onemocnění, imobilizace léčbou vynucená, psychická a somatická onemocnění. Imobilizační syndrom se může projevovat na řadě orgánů. Malíková (2011) uvádí syndrom imobility jako fyziologickou odpověď organismu na imobilitu pacienta. Dle Hilšerové (2010) je třeba imobilitě předcházet včasnými intervencemi fyzioterapeuta. Rehabilitace je celkově nedílnou součástí komplexní ošetrovatelské péče. Je třeba ji začít co nejdříve, abychom pacientovi navrátili hybnost a soběstačnost. Pohybovou aktivitu musíme sestavit pro každého pacienta individuálně podle toho, co pacient zvládne, abychom pacientovi rehabilitací spíše neublížili. Veverková et al. (2019) syndrom imobility dále dělí na akutní a chronický. Chronický dále dělí na úplný imobilizační syndrom a částečný neboli neúplný syndrom imobility. Akutní vzniká po sedmi až deseti dnech. Chronický po deseti dnech až dvou týdnech. Dále rozlišuje stupně imobility na omezenou aktivitu ze zdravotních důvodů, částečná parciální zlomenina a posledním stupněm je úplná imobilita. Projevy imobilizačního syndromu mohou být buďto skryté nebo zjevné. Skryté projevy vyhledáváme v kardiovaskulárním systému či psychice. Viditelným projevem je například poškození integrity pokožky. Nejčastěji pozorujeme dekubity či opruzeniny. Veverková et al. (2019) popisuje imobilizační syndrom jako stav, při kterém může dojít k poškození všech tělesných systémů.

Důsledky na kardiovaskulární systém

Veverková et al. (2019) „*Klidová tepová frekvence se zvyšuje přibližně o půl úderu za minutu každý den imobilizace.*“ Pacienti jsou ohroženi ortostatickou hypotenzí. Při vertikalizaci se pacient není schopen ihned zadaptovat na změnu polohy. U pacienta se po vertikalizaci objevuje tachykardie, hypotenze, trpí nauzeu, točí se mu hlava a může mít až mdloby. Prevencí ortostatické hypotenze je včasná vertikalizace, přičemž pacienta posazujeme postupně. Na této činnosti se může uplatnit jak fyzioterapeut, sestra ale i nižší zdravotnický personál. Dále při poškození kardiovaskulárního systému pozorujeme žilní insuficienci. Tu zapříčiňuje atrofie svalů, ztráta funkce žilních chlopní. Tento stav způsobuje městnání krve v dolních končetinách a rozšíření žil. Dále jsou pacienti ohroženi tromboembolickou nemocí, a to nejčastěji z důvodu přeplnění žil v dolních končetinách. U imobilních pacientů je vhodné preventivně bandážovat dolní končetiny. Působením tlaku vzniká v žilách vyšší tlak, který napomáhá k rychlejšímu proudění krve. Dále sestra pacienty učí jednoduchému procvičování nohou. I flexe a extenze chodidla

napomáhá k lepší cirkulaci krve. V neposlední řadě fyzioterapeuti využívají u pacientů tzv. Motomed, který nám simuluje jízdu na kole.

Důsledky na pohybový systém

Veverková et al. (2019) v publikaci popisuje, že při stavu imobility rychle progreduje úbytek svalové síly. Pacient již během prvního týdne imobility ztrácí 20 % svalové síly. S každým dalším týdnem dochází k úbytku svalové síly o dalších 20 %. Svalová atrofie vzniká při nedostatku svalové kontrakce, jako má člověk při běžné fyzické aktivitě. Dále může vzniknout osteoporóza z inaktivity. Tento druh osteoporózy je zapříčiněn z důvodu, že při imobilitě je z kostí vyplavován vápník do krevního oběhu. Tento stav je znatelný již po dvou týdnech imobility a bohužel je nevyhnutelný, poněvadž ani náhrada kalcia ve stravě nezastaví demineralizaci kostí. Vytejková et al. (2011) do této problematiky ještě řadí zkrácení šlach a fascií, kde u pacienta vlivem imobility vznikají často nezvratné kontraktury. Stejně tak i imobilita se odráží na snížení pohyblivosti kloubů. Taktéž dochází k deformitám kloubů a jejich ztuhlosti. Tento stav je rovněž nezvratný. Aby se efektivně předcházelo změnám na pohybovém systému, je dle Šeflové et al. (2016) důležitá spolupráce veškerého zdravotnického personálu. Fyzioterapeut má na pacienta vyhrazený krátký časový interval. Je třeba aby ostatní zdravotnický personál pokračoval v rehabilitaci celý den. Mezi jednoduché cviky patří i posazování pacienta na lůžku či přesun na toaletu. Kelnarová et al. (2009) uvádí nedílnou součástí rehabilitace i ergoterapii. Ergoterapie je tzv. léčba prací, která se zaměřuje hlavně na činnosti, které napomohou pacientovi vrátit zapomenuté či ztracené pracovní dovednosti. Výsledkem této činnosti může být i zlepšení psychiky nemocného, díky vykonané práci.

Důsledky na respirační systém

Veverková et al. (2019) popisuje, že vlivem imobilizace dochází ke snížení a špatné funkci ventilaci plic. Bránice je vytlačována orgány směrem vzhůru a plíce se tak nemohou plně rozvinout. Dochází ke snížení průtoku krve v plicním řečišti a hromadění krve v méně ventilovaných partiích plic. Při nevdůšnosti části nebo celých plic, hovoříme o tzv. atelektáze plic. Atelektázou plic jsou ohroženi hlavně kuřáci a plně imobilní pacienti. Nedostatečnou funkci v respiračním systému má i řasinkový epitel, který neefektivně očišťuje dýchací systém od hlenu. Stagnací hlenu může vzniknout hypostatická pneumonie. U imobilních, polymorbidních pacientů může být až příčinnou vedoucí ke smrti pacienta. Pejznochová (2010) u respiračního systému doporučuje

personálu provádět u pacienta pokleповé masáže, které napomáhají odkašlávání a zlepšují hloubku dýchání.

Důsledky na urogenitální systém

Veverková et al. (2019) uvádí, že u imobilních pacientů stagnuje moč v močových cestách vlivem gravitace. Tento proces vzniká již v ledvinové pánvičce, kdy dochází k jejímu nedostatečnému vyprázdnění. Tato disfunkce je skvělým pomocníkem pro rozvoj infekce, poněvadž bakterie ve stagnující moči rychleji rostou. Infekce tedy může mít ascendentní mechanismus vzniku. Dále dochází k syndromu inkontinence z důvodu ochabnutí svěrače močového měchýře. Záněty se nejčastěji objevují v močovém měchýři, a to z důvodu zavedeného permanentního močového katétru. Dle Dingové, Šlíkové (2018) je nezbytné, aby lékař indikoval zavedení permanentního močového katétru pouze v případě nutnosti, a aby po celou dobu výkonu byla zachována přísná sterilita. Kompetence k zavedení močového katétru u muže má pouze lékař, zdravotnický záchranář a sestry pro intenzivní péči. Kompetence pro zavedení katétru u žen, má lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka a praktická sestra pod odborným dohledem. Nezbytnou úlohou sestry a nižšího zdravotnického personálu, v této oblasti, je komplexní péče o pacienta s permanentním močovým katétrem. Dbáme na hygienu genitálu, sledování moče, její barvu, příměsí, zápach. Nižší zdravotnický personál dbá na spád a odtok moči do sběrného vaku. Ten dále musí vyprazdňovat za aseptických podmínek. Dále sledujeme celkový stav pacienta, kdy můžeme pozorovat zdravotní komplikace spojené se zavedeným katétrem jako je například uroinfekce. V neposlední řadě zdravotní personál hlásí všechny změny lékařů. Jedině lékař může určit opětovnou výměnu katétru u pacienta.

Důsledky na gastrointestinální systém

Pejznochová (2010) jako dva hlavní problémy definuje nechutenství a zácpu. Z oblasti výživy je třeba dbát na stravu obohacenou bílkoviny. Dále doporučujeme ovoce, zeleninu a vlákninu pro podpoření peristaltiky. Je nezbytné dbát na dostatečný příjem tekutin. Veverková et al. (2019) uvádí oslabení peristaltiky kvůli atrofii abdominálního svalstva, kvůli kterému vznikají zácpy. Mourek (2012) ve své publikaci taktéž apeluje na příjem vlákniny. Potrava s vysokým obsahem vlákniny putuje střevem přibližně 35 hodin. Kdežto potrava, kde vláknina chybí, postupuje střevem až 70 hodin. Při tomto dlouhém procesu je fyziologicky absorbováno do organismu ze střeva příliš tekutin a tím vzniká

zácpa. Jaul (2013) mimo nutričního terapeuta zde zmiňuje i roli logopeda. Logoped má za cíl naučit pacienta znovu polykat. Logopedickým cvičením podporují schopnost pacienta zvládat přijímat stravu perorálně a vyhnout se tak nutnosti zavedení různých výživových sond.

Důsledky na nervový systém

Veverková et al. (2019) uvádí, že porušením nervové soustavy pacient již není schopen koordinovat pohyby. Objevuje se porucha rovnováhy. U pacienta se může projevit i úzkostné chování. Pejznochová (2010) řadí do této oblasti i pocity bezmocnosti či psychické poruchy. Úlohou personálu je dbát na aktivizaci pacienta, a to ve smyslu orientace v místě, času prostoru. Pacienta zapojujeme do všedních denních činností. Snažíme se o kontakt s rodinou pro stimulaci centrální nervové soustavy. Dle Jaula (2014) můžeme nevhodnému chování či deliriu předcházet velmi jednoduše. Opět zde uplatňujeme interdisciplinární týmovou péči. Když u pacienta správně vyhodnotíme intenzitu bolesti, kvalitu spánku či dušnost, tak zajistíme, že pacient bude klidný, spokojený a bude spolupracovat. Dále může být psychický stav pacienta narušen kvůli sociální izolaci, kdy se pacient cítí osamělý. Pacient je často personálem izolovaný kvůli tomu, že dekubit zapáchá. V tu chvíli však pacienta personál devaluje a může tak přispět až k depresivním stavům pacienta.

Důsledky na kožní systém

Vytejšková et al. (2011) v problematice syndromu imobility v souvislosti s kožním systémem uvádí hlavně vznik opruzenin, dekubitů, otlaků a podráždění pokožky. Dylevský (2019) shrnuje stavbu kůže na tři vrstvy, pokožku, škáru a podkožní vazivo. Zrohovatělé kožní buňky nám zajišťují ochranu pokožky před mechanickým podrážděním. Kožní systém nám slouží jako ochrana těla a napomáhá termoregulaci. Vytejšková et al. (2011) upozorňuje, na několikrát již uvedené polohování nemocného, které nám preventivně napomáhá k udržení integrity pokožky. U imobilizačního syndromu dbáme na včasnou rehabilitaci, správné provádění hygienické péče, při které je vhodné masírovat predilekční místa, které však nejsou začervenalé. Napomáháme tak správnému prokrvení pokožky. Nezbytně u imobilního pacienta hodnotíme stav zdraví a rizik pomocí hodnotících škál. Kovačovičová et al. (2008) klade důraz na zdravotnický personál k využívání kompenzačních pomůcek. Dle studie Sullivan et al. (2013) popisuje, že je nezbytné uvědomit si i fakt, že prevence je nezbytná nejen pro snížení počtu

postižených osob dekubity ale zároveň pro snížení finančních nákladů v péči o tyto pacienty. Vznik dekubitů u nemocného logicky zvyšuje veškeré náklady spojené s užíváním zdravotnického materiálu na ošetřování a zároveň tato problematika vede i k prodloužení hospitalizace nemocného.

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit role sestry v interdisciplinárním týmu v péči o pacienta s dekubity.

Cíl 2: Zjistit prospěšnost interdisciplinárního přístupu v péči o pacienta s dekubity.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakou roli hraje sestra v interdisciplinárním týmu v péči o pacienta s dekubity?

Výzkumná otázka 2: Jaké výhody přináší interdisciplinární spolupráce pracovníků v péči o pacienta s dekubity?

Výzkumná otázka 3: Jaké intervence sestry využívají v péči o pacienta s dekubity?

Výzkumná otázka 4: Jaké léčebné materiály se využívají u jednotlivých stádií dekubitů?

3. Operacionalizace pojmů

Interdisciplinární tým dle Jaula (2014) zahrnuje spolupráci veškerého ošetrovatelského personálu a odborníků v celkovém propojení, prolínání ku prospěchu ve vztahu k nemocnému. Vlivem poskytování interdisciplinární týmové péče personál směřuje ke zkrácení doby hospitalizace pacienta, splnění vytyčených cílů a zároveň ke snížení finančních nákladů spojených s hospitalizací pacienta. Kuzníková, Gajová (2011) uvádí rozdíl mezi interdisciplinární a multidisciplinární týmovou péčí. Multidisciplinární týmová péče zahrnuje více odborníků, či více specializovaných pracovišť, kde každý odborník řeší problematiku ze strany svých kompetencí s přihlédnutím na dílčí výsledky ostatních pracovníků.

Ošetrovatelství je vědní disciplína, která se aktivně zaměřuje na vyhledávání a uspokojování všech potřeb člověka. Dle Tóthové et al. (2014) tyto potřeby mohou být fyziologické, psychosociální a duchovní. Sestra pomocí ošetrovatelského procesu aktivně vyhledává mezery v těchto potřebách a snaží se je vyřešit. Přístup, jakým sestra provádí uspokojování potřeb, musí být však ke každému pacientovi individuální, při respektování holistického pojetí bytosti.

Dekubitus neboli proleženina dle Hlinkové et al. (2019) vzniká působením dlouhodobého tlaku na tkáň, přičemž dochází k nedostatečnému prokrvení tkáně a následně ke vzniku nekrotické tkáně. Ošetrování dekubitů je již mnoha let aktuálním tématem. Cílem mnoha studií je zjištění multifaktoriálních příčin vzniku a rozvoje dekubitů a osvěta zdravotnického personálu v péči o pacienty s dekubity.

Dle zákona č.284/2018Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). „*Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči.*“

Dle Mastiliakové (2014) je **hlavní rolí sestry** posuzovat a hodnotit zdravotní stav pacienta. Sestra pak dále dle Tóthové et al. (2014) sestaví individuální ošetrovatelský proces, který napomůže k dosažení vytyčených cílů a zhodnocení pokroků, který pacient dosáhl vlivem poskytování individuální ošetrovatelské péče.

Sullivan et al. (2013) popisuje **prevenci dekubitů** jako souhrn činností, které vedou k zamezení vzniku a rozvoji proleženin. V ošetrovatelské praxi dle Jaula (2014) užíváme primární prevenci při posuzování rizik vzniku dekubitů. Sekundární prevenci užíváme při snaze omezit rozvoj vzniku dekubitů. Terciální prevence dle Stryji (2016) je na místě kdy, kdy dekubitus ohrožuje celkový stav pacienta a bezprostředně ohrožuje jeho život.

Stádium dekubitů dělíme dle Benbow (2012) dle poškození vrstev pokožky a postižení okolních šlach, tkání a kostí. Tyto stádia jsou čtyři a jejich kategorizace je v celé Evropě sjednocena Evropským poradním panelem pro dekubity.

Léčebné materiály jsou produkty, které využíváme pro místní léčbu dekubitů. Dle Veverkové et al. (2019) se použití těchto materiálů liší v souvislosti s tím, v jaké fázi hojení se dekubitus nachází.

4. Metodika

4.1 Metodický postup

Empirickou část diplomové práce jsme zpracovávali pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat jsme prováděli pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, které ve své profesi pracují s pacienty, kteří trpí dekubity. Tyto sestry jsme získali pomocí techniky Snow ball. Před vykonáváním kvalitativního výzkumného šetření jsme měli stanovených 35 otázek (příloha č. 4). Během prvního rozhovoru, jsme zjistili nesrozumitelnost v některých otázkách. K otázkám, kde informant odpověděl pouze ano/ne, jsme dodali podotázky, abychom získali platné informace v požadovaném rozsahu (příloha č. 5). V případě rozvinutí problematiky jsme při rozhovorech podávali doplňující otázky. V těchto rozhovorech jsme se nažili zjistit principy fungování týmové péče o pacienta s dekubity, její klady a zda se interdisciplinární týmová péče vůbec na odděleních, kde pracují naše dotazované sestry, uplatňuje. Popřípadě zda sestry vidí efektivitu takovéto péče. Všechny rozhovory byly písemně zaznamenány. Přímé odpovědi sester budou dále ve výzkumném šetření znázorněny kurzívou a příslušným kódem. Po získání rozhovorů následoval jejich přesný přepis. Data jsme dále analyzovali technikou otevřeného kódování, a to pomocí metody tužka a papír.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo prováděno se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče v nemocnici Jihlava, a se souhlasem vrchní sestry Domova Ždírec p.o. Před konáním rozhovorů byly sestry obeznámeny s tím, že rozhovory budou probíhat zcela anonymně a jejich identita nebude nikde zveřejněna. Identifikace sester je možná pouze mojí osobou. Data sester jsou uložena u autorky této práce a nemá k nim přístup žádná další osoba. Dále každá sestra dostala informovaný souhlas pro účastníka výzkumu, přičemž byla informována o zaměření diplomové práce a možnosti odstoupení ze spolupráce nad tímto výzkumem. Doba rozhovorů činila průměrně 30–45 minut.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Při výzkumném šetření bylo osloveno patnáct sester, z nichž všechny souhlasily s účastí na tomto výzkumu. Výsledným výzkumným souborem tedy bylo patnáct sester pracujících na různých odděleních, kde se setkávají s pacienty trpící dekubity. Věkové rozmezí sester bylo od 22 do 55 let. Dotazované sestry měly odlišnou dobu praxe,

zaměření a vzdělání (viz. str. 39, Tabulka 1). Všechny dotazované sestry kromě jedné pracují v interních oborech.

Sestry dobrovolně souhlasily s vykonáváním rozhovorů, přičemž samy aktivně do rozhovorů vkládaly svoje myšlenky, teoretické znalosti i zkušenosti z praxe. Rozhovory se sestrami byly prováděny v místě pracoviště, v soukromí a mimo pracovní dobu. Cílem bylo zjistit, jakou má sestra úlohu a roli v interdisciplinárním týmu, jak ošetřují pacienta s dekubity, zda se vzdělávají v léčbě ran, zda se u nich na oddělení využívá týmová péče o pacienta s dekubity a zda tuto týmovou péči hodnotí jako prospěšnou, přínosnější pro pacienta.

5. Výsledky výzkumného šetření

Identifikační údaje sester

Kvalitativního výzkumného šetření se zúčastnilo 15 sester různých věkových kategorií, pracujících na různých odděleních, s různým stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání a dobou praxe. Sedm dotazovaných sester mělo vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Bc. Další dvě sestry měly vystudovanou vyšší odbornou školu zakončenou titulem Dis. Ostatní sestry měly vzdělání středoškolské zakončené maturitní zkouškou. Dotazované sestry byly z různých oddělení. Jelikož jsme hledali sestry, které se často setkávají s pacienty s dekubity, byli pro nás nejvíce přínosné oddělení dlouhodobě nemocných, interní oddělení, domov pro seniory či domov se zvláštním režimem. Dále nám poskytla informace sestra z paliativní péče, domácí hospicové péče, následné intenzivní péče a kardiologického oddělení. Pro zpřehlednění těchto informací byla zpracována Tabulka 1.

Tabulka 1 Identifikační údaje sester

	Označení	Věk	Pracoviště/odd.	Vzdělání
Sestra 1	S1	24	Interní oddělení	Středoškolské
Sestra 2	S2	24	Odd. dlouhodobě nemocných	Vysokoškolské, Bc.
Sestra 3	S3	52	Paliativní péče	Středoškolské
Sestra 4	S4	24	Odd. dlouhodobě nemocných	Vysokoškolské, Bc.
Sestra 5	S5	23	Odd. dlouhodobě nemocných	Vysokoškolské, Bc.
Sestra 6	S6	26	Odd. dlouhodobě nemocných	Vysokoškolské, Bc.
Sestra 7	S7	29	Interní oddělení	Středoškolské
Sestra 8	S8	55	Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem	Středoškolské
Sestra 9	S9	46	Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem	Středoškolské
Sestra 10	S10	22	Kardiologické oddělení	Vysokoškolské, Bc.
Sestra 11	S11	24	Odd. dlouhodobě nemocných	Vyšší odborné, Dis.
Sestra 12	S12	24	Následná intenzivní péče	Středoškolské
Sestra 13	S13	24	Odd. dlouhodobě nemocných	Vyšší odborné, Dis.
Sestra 14	S14	45	Domácí péče	Vysokoškolské, Mgr.
Sestra 15	S15	46	Ortopedické oddělení	Vysokoškolské, Bc.

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Rozčlenění do jednotlivých kategorií

Po zpracování rozhovorů se sestrami jsme výsledky pomocí otevřeného kódování rozdělili do osmi kategorií a subkategorií. Konečné členění kategorií je znázorněno v Tabulce 2. Jednotlivé kategorie a subkategorie jsme rozvinuli pomocí přímých výpovědí sester, které jsou v textu znázorněny kurzívou a příslušným symbolem. Během zpracovávání rozhovorů se sestrami, na základě nalezených souvislostí, se prvotně vzniklé kategorie a subkategorie měnili a doplňovali.

Seznam kategorií a podkategorií z rozhovorů se sestrami

Tabulka 2 Rozdělení kategorií a subkategorií z rozhovorů se sestrami

Kategorie:	Subkategorie
1. Interdisciplinární týmová péče	Efektivita týmové péče Úloha jednotlivých členů týmu
2. Postavení sestry v kolektivu	Vztahy na pracovišti
3. Předávání informací	Efekt předávaných informací
4. Využití hodnotících škál	Důvěryhodnost hodnotících škál
5. Ošetřování pacienta s dekubity	Spolupráce personálu Standard o ošetřování dekubitu
6. Léčba dekubitů	Ošetření dekubitu Léčebné materiály Převazový list
7. Prevence vzniku a rozvoje dekubitů	Polohování
8. Vzdělávání sester v oblasti léčby ran	Podpora oddělení Zkušenost se studenty Znalosti čerstvých absolventů

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

1. Interdisciplinární týmová péče

V této kategorii charakterizujeme základní orientaci sester, kdo je pro ně všechno členem interdisciplinárního týmu. Základem fungování týmové péče je respektování jeden druhého, vzájemná spolupráce, partnerský přístup a snaha společně dosáhnout určitého cíle. Odpovědi dotazovaných sester naznačují, že si byly těchto souvislostí vědomy.

Sestra z paliativní péče interdisciplinární tým v jejich zařízení charakterizovala následovně: „*Náš interdisciplinární tým tvoří primárka, lékař, staniční sestra, sestra ve směně, sanitárky, ošetřovatelky, rehabilitační pracovnice, psychointerventka, ergoterapeutka, sociální pracovnice, otec a farmaceut. U nás na oddělení se tyto všechny členové paliativního týmu schází každý čtvrtek a probírají jednotlivě každého pacienta.*“ (S3). Na odděleních dlouhodobě nemocných sestry popisovaly tým v užším složení. „*U nás na oddělení máme nejvyšší paní primárku, dvě lékařky, vrchní sestru, staniční sestru, denní sestru, všeobecné sestry, praktické sestry, ošetřovatelky, sanitáře a také rehabilitační sestry. Je nás víc než dost.*“ (S2). „*Sestra, staniční sestra, sanitář, rehabilitační pracovník, lékař.*“ (S1). „*Sanitář, nutriční terapeut, fyzioterapeut, sociální pracovník.*“ (S5). Podobně jednoduše odpověděla i S10, S13. „*Všichni, kdo pečují o pacienta. U nás lékař, sestra, sanitář a taky máme fyzioterapeutku.*“ (S12). „*Naše oddělení se skládá: sanitárky, jedna ošetřovatelka, rehabilitační pracovnice. Máme vysokoškolsky vzdělané sestry, asistentky i diplomované všeobecné sestry. My teda nemáme staniční, pouze dvě sestry, které jsou pověřeny, že mohou plnit úkony staniční a teda vrchní, na těžký práce máme svého stálého sanitáře.*“ (S15). Další sestry odpovídaly na otázku, kdo všechno patří do interdisciplinárního týmu, velmi podobně. Dvě sestry shrnuly týmovou péči velmi stroze. „*Celý personál našeho oddělení. Je to třeba lékař, sestra, sanitář, rehabilitační.*“ (S7). „*Všechn personál na oddělení následné péče.*“ (S6). Dále dvě sestry pracující v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem zařadily i jiný personál. „*K nám do týmu patří staniční sestra, obvodní lékař, sestra, pečovatelky, sociální pracovnice a aktivizační pracovnice.*“ (S8). Jediná sestra nám však na tuto problematiku odpověděla zcela jinak. „*Nespolupracující.*“ (S4).

Subkategorie: Úloha jednotlivých členů týmu

V této subkategorii sledujeme, jak jsou do péče o pacienta s dekubity zapojeni jednotliví členové interdisciplinárního týmu. „*Rehabilitační u nás zastávají velký podíl práce. Je to možná divný, ale u nás i berou glykémie, počítají bilance, pomáhají s hygienami a samozřejmě rehabilitují s pacienty. Sanitárky zajišťují hygieny přes den. Na noc jsme tu dvě sestry. Pak podávají stravu, krmí, napájí, pomáhají pacientům s přesuny.*“ (S1). S3 popisuje mimo jiné i práci duchovního, sociální pracovnice a psychointerventky, který plně zapadají do jejich týmu na paliativní péči. „*Tak krom těch sanitárek a sester ještě*

sociální pracovnice. Ta zde zajišťuje kontakty s rodinou, vyřizuje příspěvek na péči, různé platby a převody důchodů, dále pak domlouvá s rodinou, kam pacienta třeba přemístit, hledá jim místo třeba v domovech pro seniory. Psychointerventka má velký podíl na komunikaci s rodinou, co se týče toho, jak pacientovi mohou být nápomocni, dodává jim odvahu, jak by se o pacienta mohli starat sami, napomáhá rodině vyrovnat se s tíživou situací. Otec zajišťuje takovou tu duchovní podporu. Je zvláštní, že někdy s ním chtějí hovořit i lidi, kteří věřící nikdy nebyli.“ (S3). S4 i v tomto směru popisuje nedostatek personálu či času na pacienty. „Tak sanitárky hlavně konají to, co se týče bezprostředně pacienta. Koupají, přebalují, nosí stravu, dbají na pití. Sestry ano, plní ordinace lékaře, ale s pacientem už tak do styku nepřijdou že. Protože to je udělání úkonu, zapsání do jednoho papíru, druhého papíru, do počítače. Sestra sekretářka. No a rehabilitační mají asi tak 40 klientů, se kterými mají vertikalizovat, nebo jim dávají Motomed.“ (S4). „Sestry tady hlavně zajišťují podání léků, ošetření ran, péče o PMK, PEGy. Při zranění uživatele poskytují první pomoc. Pečovatelky dbají na výživu, aby byli klienti v suchu a čistotě. Aktivizační pracovnice zajišťují ergoterapii, hrají s klienty společenské hry, provádějí bazální stimulaci a poskytují canisterapii.“ (S8). S15 ve své odpovědi zmiňuje nedostatečnou práci sanitářů. Dále co u nich předně provádí sestra a fyzioterapeuti. „Sanitárky občas nedělají, co by dělat měly. Jakože vykonají to, co by měly to ano, ale nic víc. Žádná další snaha. Polohují, koupou, přebalují, krmí, převlíkají lůžka po odchodech, provádí monitoring stravy, doprovázejí pacienta na vyšetření. My si kontrolujeme pacienty, co se týče zdravotní stránky, řídíme se dle plánu sester a medikací. Rehabilitační učí pacienty, jak si správně třeba po operaci krčku sedat, přemisťovat a pak nacvičují chůzi. U křehkých pacientů, kde je plná ošetrovatelská péče polohujeme my se sanitáři.“ (S15). „Sanitárky by se mohly více zajímat o pacienty. Nejenom, že udělají svoji práci, co mají napsané v harmonogramu a chodí na zvonky, ale mohly by jim ještě dávat třeba více napít a víc je polohovat. Sestry taky chodí na zvonky, plní ordinace lékaře a dělají papíry, příjmy, překlady a propuštění.“ (S11). Na druhou stranu S10 si práci nižšího zdravotnického personálu cenní. „Navážíme společně se sanitárkami na KatLab, děláme příjmy, propuštění, holky mezitím koupou, roznáší stravu, hydratují pacienty, pak zase svážíme pacienty, pravidelně u nich kontrolujeme fyziologické funkce a upouštíme tlakové balónky, sledujeme třísla. Vždycky ta práce musí být synchronní, aby to odsýpalo. Ano určitě všichni tady zastávají svoji roli a plní harmonogramy práce a možná dělají i to, co by dle kompetencí neměli, viz třeba že mi sanitárka změří tlak u pacienta, když nestíhám.“ (S10).

Subkategorie: Efektivita týmové péče

V této subkategorii charakterizujeme, jaký názor mají sestry na efekt poskytované péče nemocným na jejich oddělení. Pro spokojenost jak personálu, tak pacientů a jejich rodin, by měla být poskytována kvalitní, efektivní lékařská i nelékařská péče. Rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče může být dle S1 a S2 zapříčiněn nízkým počtem personálu, nepříznivými podmínkami na pracovišti ale také třeba i nespoluprací jednotlivých zaměstnanců. Sestry byly dotazovány, jaký mají názor na poskytovanou péči na vlastním oddělení, zda jejich týmová péče funguje, přičemž mohly efektivitu práce svého oddělení ohodnotit od 1–10 (10 nejlepší). *„Při každé směně toto vnímám jinak. S každým se spolupracuje jinak. Určitě u nás funguje výborná spolupráce mezi lékařem a sestrou. Já teda nemám problém ani se sanitářkami ale některé moje kolegyně to zas vidí jinak. Určitě by bylo fajn, aby zde byla třeba ještě jedna sestra, jen na příjmy či propuštění. Protože když třeba dělám pět příjmů, dva překlady a třeba čtyři propuštění, tak vůbec nevím, kdo je kdo. A když se mě pak lékař zeptá, zda pan Novák dostal již tu infuzi, tak nevím, kdo je pan Novák natož zda měl mít infuzi. Doopravdy si myslím, že je toho na jednu sestru moc a pak jde celý efekt péče stranou.“* (S1). *„Musí, poněvadž se naše práce vzájemně doplňuje. Jednou do rodiny přijede lékař, pak tam jede zvlášť pečovatelka a zvlášť sestra. Všichni musíme vědět kdo co u pacienta prováděl a jak na péči navázat, v jakém je pacient stavu a tak. Rodiny jsou s naší péčí velmi spokojeni. Kolikrát to až přeroste v přátelské vztahy. Zvláště, pokavad' je poskytovaná péče dlouhodobá.“* (S14). S5, S6, S7, S11 a S13 ohodnotily svoje oddělní číslem 7. *„Docela ten chod oddělení funguje, ale někdy se někdo zkrátka umí zašít, nebo na to prostě kašle, nebo to bere jako každou jinou práci. Ale je to jen můj úhel pohledu. Třeba by to někdo jiný tady řekl i jinak.“* (S11). *„U nás funguje týmová péče, všechno je to kolektivní práce. Všichni jsou do péče zapojeni stejně.“* (S4). Přičemž S4 ohodnotila své oddělení číslem 6-7. *„Ano, zde funguje výborně. Sanitáři konají hygienu, pečují o pokožku, podávají nemocným stravu, dbají na hydrataci nemocných, rehabilitační pracovnice napomáhá pacientům ke zvyšování svalové kondice. Sestra plní potřeby nemocného a plní ordinace lékaře.“* (S3). Pracovní úspěchy, či dobře odvedená činnost přináší personálu chuť se nadále ve svém zaměstnání zlepšovat. *„Naše péče přináší zmírnění negativních prožitků při umírání, pomáháme nejen pacientům, ale i jejich rodinám. Odchod blízké osoby je vždy bolestivý a nedílnou součástí naší práce je pomoci blízkým se s touto bolestí poprat. Na oddělení máme knihu, kam nám rodiny našich pacientů píší velmi krásná poděkování,*

za příkladnou péči o jejich blízké ale i o ně samotné.“ (S3). S3 ohodnotila své oddělení číslem 9. Dále byla velmi kladná odezva od S2 a S9, které jsou s výsledkem péče svého oddělení taktéž velmi spokojeny, a též hodnotily své oddělení číslem 9. „*Funguje zde dobře, proto jsme jeden z nejlepších domovů. Sestry jsou malý kolektiv a o klientech ví naprosto všechno. Ve spolupráci s pečovatelkami, se snažíme, aby klienti měli od rána zajištěný veškeré potřeby. Je to zajištěno hlavně dostatkem personálu. Nikdo nikam nespěchá. Vždy se snažíme klientům vyjít vstříc i třeba s tím, že víme, že někdo vstává dýl, tak ho nebudíme. Je to tu více takové rodinné.*“ (S9). Stejně tak si chválí týmovou péči i druhá sestra pracující v Dps a Dzvr. „*U nás funguje týmová péče velmi dobře, i jako domov máme velmi kladné mínění u veřejnosti, co se týče poskytované péče. Dle statistik, je v našem domově velmi nízká úmrtnost. Efektivitu péče v našem domově bych ohodnotila číslem 8.*“ (S8). „*Jelikož jsme součástí ARA, tak musíme pracovat týmově. Určitě by se mi pracovalo lépe kdyby bylo méně směn (smích). Jinak bych chtěla ještě třeba lepší vybavení. Je hrozné tahat se s lidmi co mají třeba 170 kg. Ano to nelžu. Nevím, proč oddělení jako jsme my, k tomu nemá takový zdviháky. Je skvělé vidět, jak od nás pacienti odchází na lůžková oddělení.*“ (S12). „*6. Ta péče je horší kvůli vedení, řekla bych, vždycky je totiž na denní směnu sestra a asistent, takže pokaždé musíme někoho hlídat, neustále někoho zaučujeme.*“ (S15). Žádná sestra své oddělení nehodnotila níže než S4 a S15 číslem 6 a 7. Pro lepší přehled, jak sestry hodnotily efekt týmové péče u nich na pracovišti, přičemž mohly hodnotit čísla 0–10 (10-nejlepší) byla vypracována Tabulka 3. Čísla 1 – 5 a 10 se v tabulce neobjevují, poněvadž tuto hodnotu žádná sestra neuvedla.

Tabulka 3 Číselné hodnocení efektu týmové péče na daném pracovišti

Číselné hodnocení efektu týmové péče na daném pracovišti					
	6	6-7	7	8	9
Počet odpovědí	1x	1x	6x	4x	1x

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

2. Postavení sestry v kolektivu

Tato kategorie obsahuje, v jakém postavení se dotazované sestry cítí na svém oddělení. I v nynější době, kdy by měl v kolektivu již vládnout partnerský přístup, se i přesto najdou situace, kdy je role sestry považována za podřadnou, a to především ze strany lékaře.

„Všichni jsme si rovnocenní řekla bych. Někdy je tu spíš taková rivalita, ale to musím brát s nadhledem.“ (S1). *„Postavení sestry u nás na oddělení je velmi individuální. Hodně tu hrají roli vztahy a sympatie.“* (S5). *„Vztahy mezi lékaři a sestrami jsou skvělé, máme mezi sebou velmi vřelý partnerský vztah, spolupráce s našimi lékaři je skvělá. S některými sloužícími lékaři je to občas těžší, ale vždycky to společně nějak zvládneme.“* (S2). *„Paternalistický přístup od lékařů.“* (S4). S6 pracující na stejném oddělení jako S4 a S5, však popisuje vztah sestry vs. lékař jinak. *„Sestra je zde brána plnohodnotně.“* (S6). *„Ocenila bych lepší komunikaci s lékaři.“* (S5). *„Ani ne, i když opravujeme jejich chyby a kontrolujeme po nich medikace, vždycky je doktorka víc a my jsme odpad. Kolikrát kdybychom podávali třeba léky podle medikací, tak plno lidí už je dávno mrtvých.“* (S11). Zdá se že i tento pohled je velice individuální a záleží na jednotlivci, jak se v daném kolektivu cítí. *„Sestra je tu brána plnohodnotně. Sanitáři se zde taky nezastaví. Obrat pacientů je tu velký. S lékaři máme velmi dobré vztahy.“* (S10). *„Co se týče sanitárek, tak ty nás respektují. Máme tu spíš problém s tím, že si vrchní sestra neváží svých zaměstnanců. Primáře skoro nevidíme, takže když se chceme něčeho dovolat, tak stejně je to beznadějně. Doktorský kolektiv je tady super, na ten si nemůžu stěžovat.“* (S15). *„Mezi lékařem a sestřičkami je pěkný vztah, pomáháme si navzájem. Se sanitáři už je ta komunikace někdy těžší. Samozřejmě ne se všema.“* (S7). *„Někdy máme s lékaři až kamarádský vztah.“* (S12). *„Občas je zřejmé, že letité sestry, to mají s lékaři jednodušší, než sestry, které jsou zde krátce. U sester a sanitářů to tak není. Ty sestru berou do týmu hned.“* (S13). S3, která je dlouhodobou členkou týmu, své postavení vidí jistě. *„Sestra je zde respektována.“* (S3). *„Někdo si mě váží, někdo ne. Z jednání je vždycky jasné, že staniční a vrchní jsou mi nadřazené.“* (S8). *„Určitě je respektována. Pečovatelky se na nás vždy obrací, když si nejsou s něčím jistý.“* (S9). *„Doopravdy každý zastává tu svoji činnost v nutné návaznosti na činnost předešlou. Všichni dbáme na respektování práce svých kolegů a kolegyně.“* (S14). Vzájemný respekt by měl však vládnout ze všech stran personálu. Autorita by měla být zachována s pokorným přístupem ke svým kolegům.

Subkategorie: Vztahy na pracovišti

Tato subkategorie charakterizuje vztahy na pracovišti. Je pro nás důležitá vzhledem k efektivitě poskytované ošetrovatelské péče. K poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je za potřebí i dobře fungující kolektiv. Vztahy na pracovišti jsou však často ovlivněny velkým kolektivem a samozřejmě zde hraje svojí roli dle dotazovaných sester nepřítomnost mužského zastoupení v kolektivu. „*Vztahy mezi ostatními zaměstnanci jsou řekla bych také velmi dobré, někdy se samozřejmě stane, že si někteří nesednou, nerozumí si prostě jako lidi, ale je pravda, že i tak jsou schopni spolu pracovníě nějak vyjít.*“ (S2). „*Držíme po spolu. Dobře fungující tým. Občas se vyskytnou neshody.*“ (S3). „*Drby, je to prostě ženský kolektiv.*“ (S4). „*Vztahy na pracovišti jsou dle mě v pořádku.*“ (S5). „*Je to babinec, a čím větší tým horší. Hodně se to dělí na skupinky.*“ (S9). Zaujala nás i odpověď S1, která zaznamenala negativní chování strašich sester vůči nově příchozím. „*Některé sestry přímo bojují proti nově nastoupeným sestram. Doslova mě jedna sestra, řekla bych, až šikanovala, když jsem sem nastoupila. Stála mi za zády a kontrolovala, zda správně počítám bilance tekutin. Byla jsem z ní tak nervózní. Vždy jsem jezdila do práce se strachem, když jsem věděla, že budu sloužit s ní. Ted' po půl roce už vnímám v kolektivu vytvořené skupinky.*“ (S1). Toto byla defacto jediná šikana na pracovišti. O jiných takových sporech, jsme se od našich informantek nedozvěděli. S12 si chválí chod oddělení pro dostatečný počet zaměstnanců na pracovišti. „*Nás je tam jak much, takže tím máme na všechno klid a o vše je postaráno.*“ (S12). „*Vztahy na pracovišti musí být kvalitní, poněvadž kdyby nebyly, tak by pak naše péče nebyla kvalitní.*“ (S14). „*Kolektiv byl do loňského roku stálý, řeknu asi tak deset let, takže jsme se všechny znaly. Výměna služby nebo jakýkoliv požadavky nebyl problém. No ale změnilo se vedení, nabraly se setry nové, hodně mladé, staré odešly, včetně mě, já jdu za měsíc. Směn máme hrozně moc a jak jsem říkala, tak ještě při každé směně musíte kontrolovat třeba asistentku nebo nové sanitáře.*“ (S15). S1, S6 a S11 sestry a ostatní zdravotnický personál hodně spojuje i to, zda jsou kuřáci či ne. O volných chvílích při cigaretě si stihnou říci více než s ostatními kolegy. „*Například my kuřáci hodně držíme spolu.*“ (S1). „*No. Jak kdy. Myslím si, že nejsou špatný. Já to, co si říkají za rohem, moc neřeším. Už ráno jsou vidět skupinky. Kuřáci se shromažďují a chodí kouřit. Pak je vidět, že si asi víc rozumí. Hlavně že to oddělení klope a je zajištěný.*“ (S6).

3. Předávání informací

Tato kategorie sdružuje informace spojené s tím, jakým stylem si kolektiv předává informace a jak by se mohlo předávání informací zlepšit. Všechny sestry odpověděly, že informace předávají ústně. Některé z nich však uvedly i důležitost záznamu v počítačovém programu. Některá oddělení ještě vedou samostatný poznámkový sešit, do kterého sestry na konci směny vypíší jednotlivě ke každému pacientovi důležité události dne a na co se nesmí zapomenout. „*Máme sešit na předávání a k tomu to říkáme ústně. Na sesterně jsou pak přítomny všechny sestry, rehabilitační a sanitáři. Pak máme ošetrovatelský proces v počítači.*“ (S1). „*Ústní předávání informací. Někdy jen sestry mezi sestrami, v týdnu je přítomna staniční sestra, ta pak většinou informace dále předává lékaři. Někdy přisedne i nižší zdravotnický personál. Jindy si nižší zdravotnický personál předá důležité informace jen mezi sebou.*“ (S3). „*Předávání služeb u nás probíhá na sesterně a musí být přítomen i nižší zdravotnický personál.*“ (S2). „*U nás se předávání koná tady na sesterně, kdy jsou tu všichni i nižší zdravotnický personál. Čtu záznamy z listu, co napsala sestra o denní službě.*“ (S4). „*Tady to funguje tak, že se ráno kolem 5:45 sejdou na sesterně úplně všichni. Sestra, která byla na noční předává polovinu oddělení, kterou si rozeberou dvě sestry a dvě sanitárky. Jinak se píše normálně ošetrovatelský proces do počítače, a ještě zvlášť na papír pacient a k němu co je třeba předat.*“ (S5). „*Předávání směny u nás probíhá na sesterně, kde jsou přítomni úplně všichni, někdy i studenti.*“ (S6). „*Ráno probíhá kolektivní předávání informací, někdy je nás přítomno kolem deseti, na oddělení se zvláštním režimem je nás přítomno třeba i patnáct. Jsou zde sestry, staniční sestra, pečovatelky někdy i vrchní sestra. Noční směna čte vytištěný záznam z počítačového programu, kde jsou uvedena všechna jména seniorů, u kterých bylo tento den provedeno ošetření rány, podání antibiotik, zaznamenání nějakého zvláštního chování, nemoci, změna podávání léků. Zkrátka to, co by mělo být předáno a nezapomenuto. Večer si předávají informace sestry zvlášť a pečovatelky zvlášť.*“ (S9). Sestry z domácí péče využívají i telefonického předávání informací. „*My sice máme základnu, ale předáváme si většinou informace aktuálně co se kde děje. Takže jsem dost taková telefonní ústředna.*“ (S14). Sestry z domova pro seniory a domova se zvláštním režimem předávají informace o klientech celému personálu, který ten den bude na pracovišti přítomen. Předávání informací dvojitou cestou, jak písemně, tak ústně užívají i S15, S8, S10, S11, S12 a S13.

Subkategorie: Efekt předávaných informací

V této subkategorii nás zajímalo, zda sestry vidí nějaké překážky v předávání informací. *„Předávání informací pomocí záznamu v počítači, mi někdy přijde dost nedůvěryhodné. Kolegyně záznamy kopírují z minulých směn, a tak jsou informace často nepravdivé či nepřesné. Například čtete, že pacient má kanylu, a zjistíte, že už dva dny ji má vyndanou. Nebo hledáte dekubit II. stupně na levé dolní končetině a on je na patě pravé dolní končetině.“* (S1). S tímto názorem se ztotožňuje více sester. *„Já předávám zásadně ústně ze sešitu, poněvadž záznamy v ošetrovatelském procesu jsou často pro nepozornost zaměstnanců neefektivní.“* (S7). *„Snažíme se, si sdělovat to nejvíc podstatné a důležité. Děláme záznam do počítače, do sešitu a spousta z nás raději píše ještě malé papírky s tím co by se mělo udělat, co se nesmí zapomenout a tak.“* (S3). *„Když na něco zapomeneme, většinou z domu ještě napíšeme, nebo si zavoláme co jsme zapomněli té druhé sdělit.“* (S13). I přes to, že mnoho sester z dotazovaných, využívají k předání informací několik způsobů, jak na podstatné věci nezapomenout, tak se stává, že některé informace se nepředají, nebo vznikne informační šum a informace se nepředá tak, jak byla v původním znění. *„Mě se teda stává, že zapomenou něco někde zapsat. Třeba saturaci do ošetrovatelského listu se mi teď stalo, tak napíšu SMS aby to tam kolegyně dopsala.“* (S10). Pět dotazovaných sester potvrdilo, že i ony své záznamy v počítačovém programu kopírují: S1, S3, S4, S11, S13, a to hlavně pro velký počet nemocných na jednu sestru. *„U stálých pacientů ano. Ale je třeba to kontrolovat a opravovat změny, poněvadž během hospitalizace se ošetrovatelské diagnózy často mění.“* (S3). *„Tam popisujeme ošetrovatelské diagnózy, každý den to stejný většinou.“* (S4). *„Do počítače píšeme každý den to stejné.“* (S10). Nicméně je třeba si záznamy číst a opravovat je dle skutečnosti. A následně je předávat tak, aby informace z nich byly pro následující směnu validní.

4. Využití hodnotících škál

Tuto kategorii jsme sem zařadili z důvodu využití hodnotících škál jako prevence před vznikem a rozvojem dekubitů u nemocného. *„U nás na oddělení používáme Barthelův test, test Nortonové, riziko pádu, nutriční screening – tyto škály hodnotíme vždy při příjmu a pak každý týden. Kromě nutričního screeningu, ten hodnotíme 1x za 14 dní. Nově používáme i klasifikaci dle Maddona, asi dva měsíce, tu hodnotíme dvakrát denně.“* (S2). S2 uvedla klasifikaci dle Maddona jako jedinou. S1, S3, S5, S6, S7, S10, S11, S13 a S15

uvedly, že využívají tyto hodnotící škály: test dle Barthelové, test Nortonové, riziko pádu a nutriční screening. „Riziko pádu mi přijde úplně zbytečný vyplňovat, stejně staří lidi padají a nezabráníš jim. Barthel je takový shrnutí, co pacient zvládne a Nortonovou jak u koho. Pro mě je spíš pro orientaci. Jak u kterého pacienta, někdy mu polohování vyjde, ale je celkem dobrý a polohovat se nemusí.“ (S11). „Využíváme test všedních činností, riziko pádu, riziko vzniku dekubitů a nutriční sceening.“ (S8). „Je to něco jak Barthel akorát, že se to v počítači jmenuje trošku jinak, riziko pádu, riziko vzniku dekubitů a nutriční - mini nutrition test myslím.“ (S9). S4 do hodnotících škál jako jediná zařadila vizuální analogickou škálu 1-10, či obrázkovou škálu pro určení bolesti. S12 jako jediná odpověděla, že kromě běžných testů ještě využívají Glasgow coma škálu. S14 uvedla, že hodnotící škály nepoužívají. Mimo klasické škály sestra z ortopedie zařadila i jiná pozorování u pacienta. „Vždy Barthel test, riziko pádu, Nortonovou a nutriční. U nás máme ještě pooperační záznamy, jakože tlak, puls, stav a okolí rány.“ (S15).

Subkategorie: Důvěryhodnost hodnotících škál

V této subkategorii jsme zjišťovali, zda je získaný poznatek z vyhodnocené škály pro sestru validní informací. „Vždycky když přijímám pacienta jako překlad z jiného oddělení, vždy si musím škály přepočítat. Téměř pokaždé mi vyjdou jinak.“ (S6). Mezi dotazovanými byla i sestra, která by uvítala škály více podrobné. „Občas ne. Doplnila bych tam kolonky, občas mi tam prostě nějaké chybí, mohlo by to být rozšířenější. Občas jsou tam neodpovídající informace.“ (S3). „Pro mě je nejvíce relevantní škála dle Nortonové.“ (S4). Odlišné výsledky škál sestry S1, S6 a S7 pozorují při příjmu pacienta z jiného oddělení. „Hodně se mi stává, že vyplňuju Barthel test, přičemž vím, že pacient by měl být kontinentní a schopen si dojít na toaletu a mnohdy pak zjistím pravý opak.“ (S1). „Nedá se podle toho řídit. Teda pokavaď výsledek není 5,10,20 podle toho se řídit dá, jinak ne.“ (S5). Sestry z domova S8 a S9 vidí užívání škál u nich v domově jako věc nepotřebnou. „U nás se to vyplňuje jako formalita, řekla bych. Počítač na mě jednou za tři měsíce svítí červeně, že to musím aktualizovat. Tak to aktualizuju. Myslím si, že u nás je to zbytečné. Máme dlouhodobý klienty, u kterých tyto testy nehrají roli. Jedna sestra má na starosti asi 15 klientů, u kterých musí tyto testy aktualizovat. U klientů, kteří jakoby nejsou na moji starost, nemam ponětí, jaký mají skóre těchto škál.“ (S9). „Já bych je nepsala vůbec.“ (S8). Hodnotící škála je pro sestry validní, až když si ji zhodnotí samy.

„Při hodnocení zde na oddělení, kde se přepočítávají každý týden ano.“ (S2). Dle S7 zřejmě existují i různé představy, co si v jednotlivých oddílech škál představit a každá sestra jej asi vnímá jinak. „Od mých kolegyně jsou relevantní. Z jiných oddělení si je raději přepočítám.“ (S7). „Například riziko pádu od sedmi bodů a více? Spadnout může každý.“ (S13). Zda jsou hodnotící škály v tomto případě přínosem pro sestry a přispívají ke zkvalitnění ošetrovatelské péče, či jsou pouze nutnou součástí ošetrovatelské dokumentace těžko soudit. S10 si na rozdíl od ostatních zase využití hodnotících škál chválí. „Umím si pod nimi představit, jak je pacient asi soběstačný. Či je mobilní nebo není, zda se sám nají, přesune na sedačku a tak. Barthel přepočítáváme při zhoršení nebo zlepšení. Nortonovou každý týden. Riziko pádu většinou máme u každého pacienta. Přepočítáváme taky při zhoršení a zlepšení. Nutriční screening se dělá vždy při příjmu jako součást dokumentace, ale víc už se během hospitalizace nehodnotí.“ (S10). S15 považuje využití škál za běžnou činnost. „Tak ty testy zkrátka udělám a nějak zvlášť je neřeším. Hodně spíš dbáme ještě na ten monitoring stravy abychom třeba i věděli, zda je třeba zavolat nutričního terapeuta.“ (S15). Pro zpřehlednění výpovědí sester o důvěryhodnosti sester jsme vypracovali Tabulku 4.

Tabulka 4 Důvěryhodnost hodnotících škál

Důvěryhodnost hodnotících škál	Počet odpovědí	Důvody důvěryhodnosti hodnotících škál
Ano	7x	Ukazují soběstačnost pacienta Odpovídající škála dle Nortonové
Ne	7x	Chybějí položky – výsledek není relevantní Nutnost opakovaného přepočítávání Pouze orientační hodnocení
Nemohu hodnotit	1x	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

5. Ošetřování pacienta s dekubity

V této kategorii charakterizujeme, co si sestry představují pod pojmem dekubit, jak se na této péči uplatňuje nižší zdravotnický personál. Sestry většinou dekubit popisovaly od začervenání až po rozpad tkáně či nekrózu. „*Proleženina.*“ (S11). „*Proleženina, rána na typickém místě, počínající zarudnutím, puchýř, následně až nekróza a rozpad tkáně.*“ (S5). „*Je to místo, které je prvně zarudnuté, může být puchýř a pak rána. Může být otevřený i uzavřený.*“ (S9). „*Otlak, puchýř až rána. Může být samozřejmě kdekoliv, ale vidíme ho převážně na predilekčních místech.*“ (S3). „*Léze vytvořená nejčastěji na predilekčním místě.*“ (S1). „*Defekt na pokožce či hlubších vrstvách kůže až poškození tkání. Způsoben vlivem tlaku. Podmíněn rizikovými faktory.*“ (S2). „*Rána vytvořená vlivem působení dlouhodobého tlaku na pokožku. Nejčastěji v místě, kde na pokožku hned naléhá kost.*“ (S6). „*Rána na povrchu těla. Hlavně na predilekčních místech. Může to být i jen začervenání, nemusí to být hned nekróza.*“ (S7). Rozdělení na čtyři stupně uvedla pouze S12. „*Dekubit je poškození pokožky a tkáně. Má 4 stupně. Může být viděn na povrchu, ale nemusí. Může být vytvořen i útlakem různých katétrů, vývodů. Zde je vidíme krom klasických míst i například okolo NGS.*“ (S12). „*Vždy očekávám rozsáhlou ránu na povrchu těla, která může být až nekrotická.*“ (S13). „*Je to léze vytvořená vlivem tlaku. Ten tlak může být způsoben čímkoliv, podložkou, kalhotkami, jakože plenky, různými katétry.*“ (S14). „*Rána vytvořená vlivem dlouhodobého působení tlaku mezi podložkou a pokožkou.*“ (S15). Nižší zdravotnický personál se při ošetřování pacienta s dekubity dle sester uplatňuje hlavně při naplňování základních potřeb. „*Zajišťují polohování, hydrataci, podávání stravy a pečují o pokožku.*“ (S3). „*...polohování, výživa, rehabilitační činnost.*“ (S4). „*Péče o dekubity I. stupně a hlásí změny. I třeba přijdou, že se jim pacient zdá dneska horší. Pak dělají hygienu, polohují, dolévají tekutiny nebo přímo napájí pacienty. Zajišťují stravu.*“ (S1). „*Ošetřují dekubity I. stupně, zinkovou mastí či Manalindem crm.*“ (S2). „*Polohují, dávají antidekubitální matrace, promazávají pokožku, podávají stravu – per os.*“ (S7). „*Zajišťují polohování, stravu a samozřejmě hydrataci. Nám většinou hlásí, kdo málo pije a my mu pak dáme infuzi s fyziologickým roztokem. Dále dělají hygienu a celkově pečují o pokožku. Promazávají ji, masírují predilekční místa.*“ (S11). „*Sanitárky od rána provádějí hygienu, při kterých si všimají různých začervenání, ty nám pak hlásí. Pak taky podávají stravu a sledují bilanci tekutin.*“ (S13). „*Polohování pacientů, používají kompenzační pomůcky do lůžka. Jako různé molitany, botičky. Taky máme antidekubitální matrace. Ale jen dvě na celé*

oddělení. Zajišťují podání stravy a pečují o pokožku.“ (S15). Stejného názoru je i S4, S5, S6, S8, S9. S14 uvedla, že zde je na řadě role rodiny. Jak často se sestry setkávají s dekubity: S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S11, S13 uvedly, že se s nemocnými, kteří trpí dekubity setkávají každou směnu. Dále všechny sestry uvedly, že při ošetřování dekubitů mohou plně využít své dosavadní vzdělávání a konzultovat možnosti léčby dekubitu s lékařem.

Subkategorie: Spolupráce personálu

V této subkategorii charakterizujeme spolupráci personálu v péči o pacienta s dekubity. Ačkoliv jsou dekubity hojně podpořeny nedostatečnou výživou, zvláště co se týče v příjmu albuminů, tak většina sester popřela skutečnost, že by stav nemocného konzultovala s nutričním terapeutem. *„S nutričním terapeutem nespolupracujeme, nutriční terapeut pacienta nezná. Podáváme Nutridrinky. Doporučujeme rodinám, aby donesli Cubitany.*“ (S3). *„Nespolupracujeme. Protifar a jiné doplňky stravy lékař ordinuje sám.*“ (S6). S8, S9 vůbec ani nutričního terapeuta nemají. *„Nespolupracujeme s nutričním terapeutem.*“ (S4). Na otázky spojené s činnostmi jednotlivých pracovníků, co se týče péče pacienta s dekubity, tak sestry většinou odpovídaly stejně. *„Všichni se podílí na ošetrovatelské péči dle svých kompetencí.*“ (S3). *„Fyzioterapeut vykoná svoji práci, zapíše ji a odchází pryč, více spolu nic nekonzultujeme.*“ (S3). *„Spolupráce s rehabilitačními pracovníky je skvělá.*“ (S2). *„Fyzioterapeut je nedílnou součástí našeho týmu.*“ (S15). *„Spolupráce všech týmových pracovníků už je tady asi na tolik zažitá, že prostě pracujeme synchronně. Není třeba se navzájem nějak kontrolovat.*“ (S6). Ke spolupráci personálu je třeba zařadit i konzultaci s lékařem. Většina sester odpovídala, (S4, S5, S6, S11, S13) že lékař vidí dekubit při příjmu pacienta, pak každý týden při koupání, při zhoršení defektu a před propuštěním pacienta. *„Při přijetí pacienta, při zhoršení dekubitu, a jinak pravidelně každý čtvrtek při vizitě se lékaři ukazují všechny defekty.*“ (S3). *„Při vizitě, když nastane zhoršení. Někdy když je to stejné, tak to vyfotím a ukážu mu to. Fotím to teda i při zhoršení samozřejmě.*“ (S10). *„Každý den.*“ (S12). *„Jednotlivě u koupání. Což je jednou za týden.*“ (S1). *„Když je u nemocného. Není přesně dáno, jak často lékař nemocného vidí.*“ (S14). S8 a S9 ukazují lékaři dekubit nově vzniklý. Dále už se o dekubit starají samy.

Subkategorie: Standard o ošetřování dekubitu

Tato subkategorie se zaměřuje na to, zda sestry vědí o existenci standardu o ošetřování dekubitu, na to, jak často se aktualizuje a zda vědí, co v něm naleznou, případně zda se tím řídí. Odpovědi sester naznačují, že jsou o existenci standardu informovány, ale neví, jak často se aktualizuje a v důsledku se jím ani neřídí. „Standart dostupný je, ale nedbáme na pokyny. Jak často se aktualizuje nevím.“ (S4). „Standart máme, aktualizuje se 1x za rok, zvláště pak před auditem.“ (S3). „Ano, standart je dostupný na intranetu, standart Problematika dekubitů, který je momentálně aktualizován roku 2018.“ (S2). „Nejspíš ano, vše je ke stažení i prevence vzniku dekubitů. Nyní by se měl předělávat, protože jsme začali spolupracovat se sestrou pro hojení ran.“ (S15). Sestry, které vědí, že standard existuje, ale neznají ho a nečtou ho, bylo hned několik. S1, S5, S6, S7, S8, S9, S11, S12 a S13 uvedly svoji neznalost standardu. „Ano. Co obsahuje nevím. Jak často se aktualizuje taky nevím. Pracuji tu krátce.“ (S1). „Ten jsem viděla možná při studiu. Teď ne. Někde tu bude. Nevím.“ (S5). „Ano určitě je ale neznám ho.“ (S7). „Ano, zde máme veškeré standardy. Všechny jsem nečetla. Aktualizuje je vrchní sestra ve spolupráci se staničními. Jak často však nevím.“ (S8). „Všechny jsou na intranetu. Nečtu jej. To důležité nám většinou staniční sestra tiskne, kde se pak musíme i podepsat, že jsme daný standart četli. Ale tenhle o dekubitech se přiznám že neznám.“ (S13).

6. Léčba dekubitů

Kategorii léčby dekubitů jsme rozdělili na další tři subkategorie. Tato kategorie charakterizuje, jakým stylem sestry v nynější době ošetřují dekubity, jak určují stádium dekubitů, jak při ošetřování dekubitu postupují, jaké léčebné materiály využívají, zda se podílí na léčbě dekubitů svými znalostmi a zkušenostmi. Dále nás zajímalo, kdo na oddělení ošetřuje dekubity a zda je nějaký rozdíl mezi ošetřováním dekubitu ve všední den a o víkendu.

Subkategorie: Ošetření dekubitu

V této subkategorii zjišťujeme postup ošetřování dekubitu. „Většinou dekubity ošetřujeme samozřejmě desinfekcí. Dále používáme především vlhké hojení ran.“ (S2). „Oplach rány provádíme prakticky vždy, máme Prontosan, někdy chce lékař ránu

vyplachovat peroxidem či Braunolem. Léčebný materiál i postup je dán ordinací lékaře, ten je zapsán i v medikacích u dekubitu III. a IV. stupně. I. a někdy i II. stupeň dekubitů ošetřuje nižší zdravotnický personál. Máme na oddělení i hodně ošetřovatelek, které chtějí dekubity ošetřovat.“ (S3). „Na ošetřování dekubitů se u nás lékař podílí hlavní úlohou, protože ten ordinuje, čím bude dekubit ošetřen, někdy je to i s naší konzultací, ale vždy má poslední slovo lékař.“ (S2). „Dekubity převazujeme během dopoledne nebo když pečovatelky koupají, tak při koupání. Ránu opláchneme, většinou užíváme Prontosan, stádium záleží na sestře, která zrovna defekt ošetřuje, většinou se řídíme, zda je začervenání, puchýř, nekróza, či jestli už jsou odhaleny kosti a zasaženy tkáň. Způsob si určí sestra. Někdy se nás sejde taky nad dekubitem víc a společně se domlouváme, jak budeme dekubit ošetřovat.“ (S9). „Začervenání promazávají například Menalindem sanitárky. Od druhého stupně už ošetřuje sestra. Ránu rozvážu, zhodnotím, popřípadě vyfotím, provedu oplach a přiložím krytí dle převazového listu. Následně musím převaz rány zapsat do listu dokumentace ran. Stupeň určuje lékař.“ (S11). „Stupeň dekubitu u nás určuje lékař. Lékař dekubit vidí každý den, je tu s námi přítomen pořád, takže mu vždy ohlásíme, na co by se měl podívat. Jak dekubit ošetřit máme přesně napsané v medikacích.“ (S12). „Stádium určí převazová sestra či lékař, je to jedno. U hygien provádí ošetření dekubitu I. stupně nižší zdravotnický personál. Když jsou dekubity na sacru, tak i ty se často převazují u hygien. Čím mám dekubit ošetřit je napsáno v medikacích a v převazovém listu, to vždy určuje lékař.“ (S13). Že se mohou na volbě léčebného postupu účastnit i sestry souhlasily S4, S5, S6, S11, S13, S14. Sestry z domova to mají jiné. „Způsob ošetření dekubitu si zcela volí sestra. Většinou po konzultaci se zkušenější sestrou se zvolí vhodný terapeutický materiál a pozorujeme, zda je léčba s efektem, pokavád' není, zvolíme jiný postup.“ (S8). „Sestra určuje stupeň dekubitu, většinou lékaři řekne, co tam dala, lékaře informujeme dle nutnosti a stavu dekubitu.“ (S5). „Léčebný materiál i postup je dán ordinací lékaře, ten je zapsán i v medikacích u dekubitu III. a IV. stupně.“ (S3). Většina sester uváděla, že dekubity jsou na jejich oddělení ošetřovány dle ordinace lékaře, přičemž lékař zhodnotí stav dekubitu a určí postup léčby. Dále všechny sestry kromě sester na oddělení následné péče uvedly, že dekubity ošetřuje sestra ve směně. „Když se nám to nedaří zlepšit, voláme sestru pro hojení ran a ta pak doporučí další léčbu.“ (S15). Dekubity na oddělení následné péče ošetřuje převazová sestra, která je přítomna od pondělí do pátku. O víkendu zde ošetřuje směnová sestra. „Stádium u nás vyhodnocuje lékař nebo převazová sestra. To my neurčujeme. Volbu taktéž převazová sestra po konzultaci s lékařem. Na víkend máme tyto

informace napsané v převazovém listu. Dekubity I. stupně se ošetřují při hygienách. Jinak ošetřujeme během dopoledne, po rozdělení převazu, když nastalo zhoršení nebo zlepšení defekt vyfotíme. Jinak převazujeme spíš, kdy je čas.“ (S6). „Občas nevíme o víkendu co kam dát, v týdnu to dělá převazová sestra.“ (S4). S3, S1, S2, S6, S8, S7, S11, S13, S15 uvedly, že dekubity I. stupně ošetřuje nižší zdravotnický personál a v případě zhoršení stavu dekubitů, hlásí změnu sestře, a to buď sestře staniční nebo sestře ve směně.

Tabulka 5 Ošetřování dekubitů

Ošetřování dekubitů		
Člen týmu:	Vykonávané činnosti:	Možnost konzultace či spolupráce s:
Lékař	Hodnocení celkového zdravotního stavu pacienta Hodnocení stádia dekubitů Debridement rány ATB léčba	Převazová sestra Sestra
Sestra	Hodnocení celkového zdravotního stavu pacienta Hodnocení stádia dekubitů Ošetřování dekubitů I. – IV. stupně Péče o výživu, hydrataci Polohování Využívání kompenzačních pomůcek	Lékař Převazová sestra Nižší zdrav. personál
Převazová sestra	Hodnocení stádia dekubitů Ošetřování dekubitů I. – IV. stupně	Lékař Sestra Nižší zdrav. personál
Nižší zdravotnický personál	Ošetřování dekubitů I. stupně Péče o výživu, hydrataci Polohování Využívání kompenzačních pomůcek	Sestra Fyzioterapeut Nižší zdrav. personál
Fyzioterapeut	Zvýšení soběstačnosti pacienta Napomáhání správné cirkulace krve	Sestra Nižší zdrav. personál
Nutriční terapeut	Vyvážená nutriční	Lékař Sestra Nižší zdrav. personál

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Subkategorie: Léčebné materiály

V této subkategorii sledujeme, jaké léčebné materiály se v současnosti využívají při léčbě dekubitů. Sestry nám popisovaly, jaké mají na oddělení možnosti léčby dekubitů. „Většinou dekubity ošetřujeme samozřejmě desinfekcí, nejčastěji používáme Prontosan nebo Aquitox. Na vlhké hojení ran, takže mastný tyl, sono gel, Inadine. Na povleklé defekty používáme i produkty se stříbrem také Sorbalgon, Suprasorb nebo Atrauman. Velmi často také používáme Cavilon sprej nebo Silver sprej.“ (S2). „U nás na nějaké nové léčebné materiály nejsou finanční prostředky. Máme mastný tyl, Višňovského balzám – ten užíváme nejvíce, Braunovidon mast, Debriecasan gel, Inadine, Alfasilver sprej, Braunol, Peroxid. S Mepilexem přicházejí z jiných oddělení nebo z domu.“ (S3). „Na oplachy Octenilin, pak na to Octenigel a krytí – fólii, nebo používáme Actimaris – ta část pak musí větrat a být ve vzduchu. Jinak klasika máme Aquacel – stříbro. Prontosan užíváme minimálně. Mastný tyl, Betadine roztok i mast.“ (S12). „No moc toho tu není.“ (S5). Na převazovém vozíku-Mastný tyl, Braunovidon, Alfasilver, Silvercel, Višňovského balzám, Prontosan, Hemagel, Debriecasan gel, Braunol, Mepilex, ochranné pasty – Menalin, Zinoxid, Sudocrem. „Na ošetření dekubitů a jiných defektů máme především pro oplach Debriecasan sprej, dále peroxid, na zanícené rány Alfasilver sprej, Actisorb, Inadine. Dále používáme mastný tyl, Jelonet. Jako prevenci máme pěnové podpatěnky. Na dekubity I. stupně Menalind krém, sprej, kalciovou mast, zinkovou mast. Máme tu i Hemagel, ale ten moc nevyužíváme.“ (S10). „Hodně mastný tyl jen na takový ty začervenání a druhý stupně. Ale i stříbra. Vždy se řídíme tím, s čím pacient přišel z nemocnice. Díky tomu, že je to vedeno jako domácí hospitalizace, tak spolupracujeme s ambulancí pro hojení ran, a ta pacientovi předepíše léčebné materiály a obvazový materiál. Všechno je to propojená práce. My, rodina, lékař.“ (S14). „Preventivně dáváme Mepilex, Border Sacrum, Heel. Dále užíváme Inadine, Actisorb. Na oplachy Octenisept. Dále masti Octenisept, Betadine, Flamigel. Na mastě pak dáváme Melolil, aby se hned nevsákly.“ (S15). Sestry pracující na interním oddělení S1, S7 a sestry pracující na oddělení následné péče S4, S6, S11 a S13, mají prakticky stejné možnosti, jak hojit dekubity. „Nejčastěji používáme Braunovidon mast, Debriecasan gel, mastný tyl, višňák, Inadine. Actisorb či Alfasilver sprej. Dekubity I. stupně se nejčastěji ošetřují při hygienách. Ty ošetřujeme Menalind krémem, či zinkovkou.“ (S7). S1 mimo tyto léčebné materiály ještě zmínila další prostředky na hojení ran. „Ještě jsme měli Actimaris, ale ten už nedostaneme, protože je moc drahý. Ale ten dobře hojil. Taky dáváme Hemagel no a

na takovéto začervenání Zinoxid pastu. Na opruzeniny používáme kastelánku a ještě na některé rány Ichtoxyl mast.“ (S1).

Tabulka 6 Léčebné materiály využívající se na jednotlivých odděleních

Léčebné materiály využívající se na jednotlivých odděleních		
Typ oddělení	Kožní defekt/typ rány	Používané materiály
Oddělení následné péče	Opruzeniny, začervenání	Menalind crm, zinková pasta, Sudocrem, Cavilon, Mastný tyl
	Dekubity I. stupně	
	Dekubity II. – IV. stupně	Prontosan, Debricasan gel, Sorbalgon, Atrauman, Silvercel, Višňovského balzám
Paliativní oddělení	Opruzeniny, začervenání Dekubity I. stupně	Menalind crm, zinková pasta, Sudocrem, Mastný tyl
	Dekubity II. – IV. stupně	Prontosan, Višňovského balzám, Peroxid 3 % COO, Debricasan gel, Braunovidon ung.
Interní oddělení	Opruzeniny, začervenání Dekubity I. stupně	Zin-oxid pasta, Kastelánka Menalind cr.
	Kožní defekty	Actimaris, Hemagel
	Dekubity II. – IV. stupně	Actisorb, Braunovidon ung., Debricasan gel, Mastný tyl, Višňovského balzám, Silvercel
Kardiologické oddělení	Stejně léčebné materiály jak na interním oddělení + Jelonet	
Dps a Dzvr	Stejně léčebné materiály jak na interním oddělení	
Domácí péče	Ošetření dekubitů dle hospitalizace	
Následná intenzivní péče	Dekubity II. – IV. stupně	Oplach rány – Octenilin Octenigel, Actimaris, Betadine, Mastný tyl
Ortopedické oddělení	Prevence	Mepilex, Heel
	Dekubity II. – IV. stupně	Inadine, Actisorb, Octenisept, Betadine, Flamigel

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Subkategorie: Převazový list

V této subkategorii jsme se zajímali, zda sestry na oddělení vedou převazový list. Sestry na oddělení s převazovou sestrou: S4, S5, S6, S11, S13 uvedly, že list vedou a na každý

den tisknou nový. Například převazová sestra se s lékařem domluví na změně léčebného materiálu, lékař změni postup léčby v medikacích a noční služba musí dle medikací převazový list opravit a na další den vytisknout nový. „Vedeme. Co v něm bude uvedeno určuje převazová sestra a lékař. O noční se dle medikace lékaře aktualizuje a tiskne na každý den nový. Je v něm uvedeno jméno pacienta, místo defektu, jak často a jak defekt ošetřit.“ (S4). „Převazový list máme na převazovém vozíku. Ten se musí aktualizovat každý den, přes den setra přepíše, pokud nastala nějaká změna a noční služba to ještě v noci zkontroluje dle dekursů, kde lékaři zapisují přesné ošetření všech defektů.“ (S2). „Je na převazovém vozíku. Když přijmu pacienta s dekubitem, je mojí povinností do tohoto listu ručně zapsat který pacient, kde je dekubit a po poradě s lékařem zapsat jeho ošetření.“ (S1). S7 a S10 taktéž uvedly, že mají převazový list na převazovém vozíku. Aktualizace je závislá na sestře, která provedla příjem pacienta s defektem nebo na staniční sestře, která po vizitě zaznamená změny v ošetřování dle ordinace lékaře. „Převazový list máme na převazovém vozíku, uvádí se tam jméno pacienta, místo defektu, postup ošetření, léčebný materiál a jak často se defekt má ošetřovat. Pokaždé je příjem pacienta či úmrtí, změny do převazového listu zapíše sestra ve směně. Většinou staniční sestra s lékařem kontrolují všechny rány každý čtvrtek, staniční sestra poté list aktualizuje a vytiskne.“ (S3). Tři sestry uvedly, že převazový list nemají. „Převazový list nemáme, ošetření je pro každého pacienta napsán v medikacích.“ (S12). „Není to úplně převazový list. Je to ten spis kam já zapisuji ošetření dekubitů.“ (S14). „Převazový list, nemáme, vše je přímo v denním záznamu, v dokumentaci pacienta.“ (S15). Dvě sestry uvedly, že aktualizace listu je závislá na sestře, která rozhodla o změně ošetřování dekubitů. „Ano, každé patro má svůj převazový list. Vždy je tam jméno klienta, kde je defekt, jak časté je jeho ošetření a čím ošetřit. Může ho aktualizovat jakákoliv sestra, která změnila způsob ošetřování defektu.“ (S8). „Pro každé oddělení vlastní. Je důležité, aby sestra, která provedla změnu v ošetřování, napsala změnu jak do převazového listu, tak do záznamu v počítači.“ (S9).

7. Prevence vzniku a rozvoje dekubitů

V této kategorii se zaměřujeme na to, jakou preventivní činnost koná zdravotnický personál, aby předcházel vzniku a rozvoji dekubitů. Dekubity a jejich výskyt jako indikátor kvality poskytované ošetrovatelské péče, se mezi dotazovanými sestrami zdá

jakožto neznámý termín. O tom, že dekubity podléhají povinnému hlášení, jsou však informovány. „*Paliativní pacienti jsou ze sledování vyňati.*“ (S3). „*Vrchní sestra eviduje tyto pacienty, odesílá data a sama tvoří statistiky z našeho oddělení pro nemocnici.*“ (S6). „*Je to u nás hodně hlídané jak primářkou, tak hlavní sestrou.*“ (S2). „*U nás na oddělení provádíme striktně i fotodokumentaci rány, abychom mohli zhodnotit, jak se rána vyvíjí.*“ (S3). Kromě S8 a S9, které fotodokumentaci nevedou vůbec, zbylých 12 sester potvrdilo vedení fotodokumentace a zakládání fotografií do dokumentace pacientů. Do preventivní činnosti sestry zařadily i práci fyzioterapeuta. „*Fyzioterapeuta máme vlastního, jak jsem již říkala a s tím je spolupráce výborná. Sám se specializuje na fyzioterapii v akutní péči, takže jeho doporučení dbáme. Jeho práci odvádíme hlavně v noci a o víkendu.*“ (S12). „*Ti nám řeknou, koho třeba polohovat, kdo už to nezvládne. Nebo koho můžeme i posadit či přesunovat na toaletní křeslo.*“ (S13). Ne všechny sestry jsou však s výkonem práce fyzioterapeuta spokojeny. „*Fyzioterapeut vykoná svoji práci, zapíše ji a odchází pryč, více spolu nic nekonzultujeme. U nás na oddělení je problém, že teď v době dovolených je jeden fyzioterapeut na 40 lidí. A vlastního fyzioterapeuta zde na paliativě nemáme.*“ (S3). Na dotaz, jaký pacient je dle sester náchylný na vznik dekubitů, odpovídaly prakticky stejně. „*Pacient letitý, imobilní, polymorbidní s nedostatečnou výživou a hydratací.*“ (S5). „*Imobilita, špatný stav výživy a hydratace, věk a přidružená onemocnění.*“ (S2). Dotazované sestry zmiňovaly i nedostatečnou nutriční rizikový faktor vzniku dekubitů. „*Tak hlavně nízký příjem bílkovin, ale tady na oddělení už se nesnažíme to těm lidem nutit. Většinou jsou u pacientů imobilních, letitých. Často přijdou už s velkými dekubity z domu, z oddělení následné péče, z neurologie nebo taky z interny.*“ (S3). „*Nejčastěji jsou tady u ležících klientů, kteří jsou hodně nemocní, odmítají stravu i pití. Je pravda, že více se objevují na oddělení se zvláštním režimem. Tam je ta prevalence vyšší.*“ (S9). Větší výskyt dekubitů v domově na oddělení se zvláštním režimem potvrdila i S8. „*Spíše tady vlivem nemoci a stáří se ty dekubity objevují. Na oddělení se zvláštním režimem je velkým faktorem demence a imobilita klienta.*“ (S8). S15 uvedla velmi rizikovou komplikaci u geriatrických osob a tou je fraktura krčku stehenní kosti. „*Tak u nás jsou to většinou ti větvý letitý pacienti. Hodně po zlomeninách krčku, takže v tu chvíli naprosto imobilní a odevzdaní na pomoc zdravotnického personálu.*“ (S15). „*Většinou je to pacient velmi nemocný, třeba s těžkou demencí, onkologickým onemocněním. Velmi často se setkáváme s pacienty kachektickými, kde ta výživa prostě není dobrá a nebude dobrá, ruku v ruce s nedostatečnou hydratací. Vidíme je i u pacientů, kde ta péče ze strany rodiny není dobrá, kdy to rodina už nezvládá. Většina*

našich pacientů je buď z interny nebo onkologie.“ (S14). Při rozhovorech si žádná sestra nevybavila jedu velkou ohroženou skupinu lidí, kteří jsou taktéž velmi ohroženi vznikem dekubitů, a to vozíčkáře.

Subkategorie: Polohování

V této subkategorii jsme na kladné výsledky moc nenarazili. Pouze pět sester nám potvrdilo, že pacienty polohují i v noci. „U nás na oddělení polohujeme i v noci. Při noční službě se polohuje celkem třikrát, a to okolo 19 h, potom o půl noci a poté ve čtyři ráno.“ (S2). S8 a S9 uvedly, že v noci polohují ve spolupráci s pečovatelkami každé tři hodiny. „Polohujeme pravidelně každé tři hodiny poněvadž, u některých klientů je potřeba je v noci přebalit, aby ráno nebyli celý promočení.“ (S9). S7 polohují všechny imobilní pacienty při večerních hygienách, kolem půl noci a pak individuálně. „Noční polohování je hodně individuální. Většinu pacientů v terminálním stádiu necháváme v poloze, která je jim komfortní, navzdory tomu, že jsme si vědomy, že je pacient ohrožen vznikem proleženin.“ (S3). V takovém to případě sestra do polohovacího záznamu zapisuje, že pacient netoleruje polohování. Poté uvádí celý den například polohu na zádech či polo-seď. S4, S5, S6, S10, S11 a S13 uvedly, že v noci nepolohují. „Ve dne po dvou hodinách. No a v noci, přece je nebudeme budít. Je noční klid.“ (S10). S14 uvedla: „V noci nejsem u pacienta přítomna, polohování je povětšinou zcela závislé na aktivitě rodiny.“ (S14). Všechny sestry kromě S12 uvedly, že přes den je polohování nemocných prováděno každé dvě hodiny, a to především nižším zdravotnickým personálem či rehabilitačními pracovníky. „My to máme daný po čtyřech hodinách. Ale sem tam i po dvou nebo dle potřeby.“ (S12). „Ve dne sanitáři polohují při hygieně, po snídani, pak během dne různě.“ (S6). „Ve dne každé dvě hodiny, v noci každé tři hodiny. Jde o to, jak se pacient sám hýbe. Ale minimálně je ještě dvakrát tu noc napolohujeme.“ (S15). Polohování vede každé oddělení dle prevence vzniku dekubitu dle Nortonové. Přičemž u pacientů, kteří mají více než 26 bodů, riziko nehrozí, a tak sestry u těchto pacientů polohovací záznam vést nemusí. „Polohujeme striktně po dvou hodinách ve dne i v noci. Polohovací záznam vedeme, i když se pacient polohuje sám. Jakmile vyjde více jak 26 bodů, kartu zakládáme do dokumentace a list o polohování nevedeme.“ (S1).

Tabulka 7 Systém polohování pacientů

Systém polohování pacientů		
Ve dne	V noci	
Nižší zdravotnický personál	Sestra	Nižší zdravotnický personál
Po 2. hodinách	Po 2. hodinách	
	Po 3-4. hodinách	
Po 3. hodinách	2x za noc	
	Individuálně	
	Bez polohování	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

8. Vzdělávání sester v oblasti léčby ran

Výsledky v této kategorii poukazují na to, zda se sestry, které pečující o pacienty s dekubity, nějak vzdělávají v oblasti léčby ran. Z dotazovaných sester pět sester absolvovalo seminář o hojení chronických ran. Zbytek sester školení či semináře neabsolvovalo. „U nás v nemocnici je několikrát do roka pořádáno školení o léčbě ran. Často tam jde třeba jedna sestra, která pak informace předá.“ (S1). „Hodně se sestry vzdělávají na seminářích buď léčba dekubitů přímo nebo léčba chronických ran, hojení ran, techniky hojení ran. Semináře jsou různé.“ (S2). „Já konkrétně ne. Vzdělává se nejvíc převazová sestra.“ (S6). Stejně tak reagovala S4, S5, S10, S11 a S13. „Nikdo jiný krom převazové sestry se v léčbě ran nevzdělává.“ (S13). „Nevzdělávají. U nás ti pacienti zas tak dlouho neležejí. Takže ty dekubity tady máme, ale staráme se o ně chvíli, dokavad se zde pacient nevyšetří nezaléčí, a pak jdou většinou zase domu, nebo na internu nebo na oddělení následné péče.“ (S10). „My, starší ročníky, jsme musely každý rok, abychom sbíraly kredity. Dále nemocnice každý rok pořádá dvou denní školení, abychom mohli ošetřovat dekubity I. a II. stupně.“ (S3). „Starší sestry mívají kurzy či nějaké semináře, já ne.“ (S7). „Některé sestry mají kurzy, co se týče hojení ran. Většinou je to o samostudiu.“ (S15). „Prakticky všechny sestry nějaký ten kurz či školení mají. Je to zde velkou výhodou.“ (S8). „Většinou každá jede jednou za rok na školení.“ (S9). S14 uvedla, že absolvování školení je podmínkou pro získání práce v domácí péči. „Školení máme každá a je to zároveň i požadavek pro uchazeče o tuto práci. Školení si zajišťujeme samy. Většinou na internetu je vždy něco k dohledání. Je na naší vůli se v tomto vzdělávat.“

(S14). Neabsolvování školení či seminářů může být dle sester způsobeno nedostatkem volného času.

Subkategorie: Podpora oddělení

V této subkategorii sledujeme, jak oddělení napomáhá sestřím s absolvováním různých kurzů či školení co se týče léčby ran a dekubitů. „Různá školení nám nabízí jak staniční sestra, tak vrchní sestra. Pak je na každé z nás, zda půjde či ne.“ (S3). „Vrchní sestra přímo chce, nebo nás žádá abychom toto školení absolvovali.“ (S4). „Naše staniční sestra většinou eviduje nabídky na různá školení. Když se chceme nějakého školení zúčastnit, tak nám vždy se směnami vyjde vstříc.“ (S15). „Jakože nebrání mi v tom, ale pokavaď bych se chtěla nějakého semináře zúčastnit, tak se musím prvně domluvit na směnách mezi kolegyněmi.“ (S1). „U nás vrchní i staniční sestra tyto školení podporují. Vždy nám i proplatí cestu či nocleh. Samy aktivně školení či semináře vyhledávají, či jim chodí nabídky do mailu, nám pak nabídku připíchnou na sesterně na nástěnku a je na nás, zda se chceme účastnit či ne.“ (S8). „Zcela. I nám proplácí cestu či ubytování.“ (S9). Žádná ze sester neuvedla, že by jim oddělení ve vzdělávání nějak bránilo. Sestry z oddělení následné péče uváděly, že absolvování školení doporučuje přímo vrchní sestra. „Při příchodu na oddělení se mě vrchní sestra hned ptala, zda nějaké takové školení mám. A jelikož nemám, tak si ho budu „muset“ pro spokojenost udělat.“ (S5). „Určitě ano. U nás to i vrchní sestra vyžaduje.“ (S11). Sestry absolvují jen nutná školení. Na ostatní v jejich osobním životě nezbývá čas. Vzdělávání zajišťuje dle výpovědí sester i přímo jejich nemocnice. „Spíš nemocnice než oddělení. Nabídky chodí přes nemocniční informační systém.“ (S10).

Subkategorie: Zkušenost se studenty

Subkategorie charakterizuje spokojenost sester se studenty. Dvě sestry si více chválí studenty z vysoké školy. Sestry na odděleních, kde je více práce, oceňují pomoc i studentů ze střední školy sociálně. „Studenti ze střední školy jsou většinou šikovni, milí a ochotní, ale bohužel občas se také najde někdo, kdo není tak šikovný a spolupracující. Ale to je tak jeden za dva měsíce. Studenti z vysokých škol jsou skoro vždy skvělí, jsou pro oddělení velkým přínosem.“ (S2). Studenty jako velkou pomocnou sílu vnímá i S1 na

interním oddělení. „Studentů si moc vážíme, kór když je blázinec, spoustu příjmů či propuštění, vždy se můžeme spolehnout, že antibiotika, inzuliny a jiné časované léky budou podány v čas. Odvádí kus práce za kterou nejsou nijak ohodnoceni.“ (S1). Přítomnost studentů oceňují sestry na oddělení následné péče. „Studenti k nám chodí jak ze střední zdravotnické školy, tak i z vysoké školy ale také i ze sociální školy. Vždy tuto pomoc na oddělení rády uvítáme.“ (S4). „Máme výborné zkušenosti hlavně se studenty z vysokých škol. Ty již necháváme zcela pracovat samostatně. Řekla bych, že i k práci přistupují svědomitě. U středoškoláků se často setkáváme s tím, že se buď bojí, nebo jsou do všeho až moc hrr. Samozřejmě všichni nejsou takový. Ale ta důvěra k nim není taková.“ (S15). „Studenti k nám přicházejí se základními znalosti, které jsou dostačující, nicméně až praxe je naučí rozeznávat stádia dekubitů a jejich případnou léčbu.“ (S3). Jsou i oddělení, na které se studenti bojí docházet. „K nám moc nechodí teda musím říct. Většinou to odmítají, že to tady nezvládají. Tak by to možná chtělo zařadit více praxe z ARO.“ (S12).

Subkategorie: Znalosti čerstvých absolventů

V této poslední subkategorii jsme zjišťovali, zda jsou sestry spokojeny se znalostmi, s jakými přicházejí čerství absolventi do praxe. „Řekla bych, že vzdělání je dostatečné, mnohem důležitější je praxe.“ (S3). „Učili jsme se toho víc než dost. Zařadila bych více praxe.“ (S11). „Samozřejmě záleží individuálně na studentovi a jeho zkušenostech, ale jejich znalosti jsou většinou kvalitní.“ (S5). „Jejich znalosti jsou teoreticky výborné, a proto aby je propojily s praxí, potřebuji tou praxí prvně projít. Stejně tak, jako se oni snaží pomoci nám, stejně tak se snažíme pomoci i my jim. Pokažd' máme dostatek času, snažíme se jim nabízet přítomnost u různých zajímavých vyšetření a zákroků.“ (S12). S13 popisuje, že znalosti jsou nad rámec potřeby. „Tady se to často střídá a myslím si, že odcházejí právě pro to, že těch výkonů, a tak tady moc není. Takže mají lepší znalosti, než je pro ONP potřeba. Nevím.“ (S13). Dvě sestry hodnotily průběh jejich studia velmi náročně. „Vzhledem k tomu, že jsem před dvěma lety studovala dálkově bakalářské studium, troufám si říci, že někdy to studium pro sestry zasahá až moc do lékařské vědy.“ (S15). „Ne. I studium Dis. bylo svým způsobem náročné.“ (S13). S tímto názorem souhlasila i S7. „Studenti mají znalosti dobré, je to o jednotlivcích, ale my si studentů vážíme ať jsou jakýkoliv. Do vzdělání bych nic víc nezařazovala. Spíš naopak si myslím,

že je to někdy až moc lékařské.“ (S7). Na oddělení následné péče jsou dotazované sestry s absolventy spokojeny. *„S čerstvými absolventy máme dobré zkušenosti. Všechny převazy mají napsané v převazovém listu, takže není co splést.“* (S6). *„Znalosti by občas mohly být lepší, do studia bych přímo zařadila kurz hojení ran, když ne do bakalářského studia, tak do navazujícího magisterského studia se specializací v interně.“* (S4). *„I já jsem tu čerstvý absolvent. Zatím si mě holky chválí, tak snad jim to vydrží.“* (S10). Znalosti u absolventů nám nemohla popsat S8, S9 a S14, protože k nim absolventi moc nenastupují. Se spokojeností, co se týče sester se vzděláním se váže i fakt, že většina dotazovaných sester by do systému vzdělávání sester již nic nezařazovaly. Veškeré sestry jsou názoru, že praxe je důležitější. S4 by přímo do vzdělání zařadila kurz pro hojení ran. A to buď do bakalářského studia, nebo do magisterského studia se zaměřením do interních oborů.

6. Diskuze

Cílem této diplomové práce bylo zjistit úlohu sestry a ostatních pracovníků v interdisciplinárním týmu v péči o pacienta s dekubity. Zmapovat, jak v nynější době interdisciplinární týmy pracují a jaká je efektivita této týmové péče při ošetřování pacienta trpícím dekubity. Pro tuto práci byly stanoveny dva cíle a čtyři výzkumné otázky. Pro získání odpovědí na naše cíle a výzkumné otázky jsme využili kvalitativní výzkumné šetření, které jsme prováděli pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

Interdisciplinární týmová péče dle Jaula (2014) poskytuje pacientovi komplexní lékařskou a ošetrovatelskou péči. Všichni členové týmu, kteří pečují o pacienta s dekubity, mají vytyčený společný cíl, který napomůže pacientovi urychlit uzdravení a snížit tak dobu hospitalizace pacienta. Vlivem této péče profituje jak pacient, tak instituce. Snížení doby hospitalizace přímo souvisí i se snížením finančních nákladů za hospitalizaci a léčbu pacienta. V následující části práce budeme porovnávat péči o pacienta s dekubity ze zjištění při zpracovávání teoretické části práce s daty získanými z praxe při vykonání kvalitativního výzkumného šetření.

Při konání našeho výzkumu jsme se zaměřili na aktuální prospěšnost využití interdisciplinární péče o pacienta s dekubity. V této oblasti je velmi důležitým aspektem stav interpersonálních vztahů a s tím související propojenost práce jednotlivých členů interdisciplinárního týmu. Aspekt interpersonálních vztahů je v rámci poskytování příkladné péče dle Vévody et al. (2013) nedílnou součástí výsledného efektu poskytované péče. V našem výzkumu bylo zjištěno, že vztahy na pracovišti mohou být různé, co se týče vztahu mezi: sestrou a lékařem, a pak sestrou a nižším zdravotnickým personálem. Při našem výzkumu jsme zjistili, že tři sestry z dotazovaných, se stále setkávají s lékaři, kteří se k sestře chovají paternalisticky. Sestry sdělily, že velkou roli zde hrají i sympatie. S tímto tvrzením se shoduje i Bártlová (2010), která ve výsledcích své studie rozděluje devět faktorů rozhodujících o vztahu mezi sestrou a lékařem. Šestým faktorem jsou právě vzájemné sympatie.

Dále jsme zjistili, že pracovní vztahy na odděleních ovlivňuje i situace ryze ženského kolektivu. Při takovémto stavu vznikají skupinky, které jsou opět ovlivněny sympatiemi či stejnými zájmy. Dále z výzkumu vyplývá i rozdílnost vztahů mezi sestrami a nižším zdravotnickým personálem. Dle dotazovaných jsou tyto rozdíly dány spíše celkovou rozdílností osobnostních rysů jedinců. Většina dotazovaných sester uvedla, že vztahy na

pracovišti jsou spíše na dobré úrovni. Vzhledem ke kvalitním vztahům vzniká efektivní komunikace mezi personálem, která je velmi důležitá při konání veškeré činnosti. Schopnost komunikace zahrnuje předávání si informací mezi jednotlivými členy týmu. Informace si sestry většinou předávají dvojí cestou, a to zapsáním informace písemně na papír a do počítačového systému. Z výsledku výzkumu však můžeme posoudit, že záznamy, které sestry činí do počítače, jsou často nedůvěryhodné. Z důvodu pracovního vyčerpání, sestry své záznamy kopírují z předešlých směn, a tak se stává, že informace v nich jsou často neodpovídající. I touto problematikou by se měl management zdravotnických zařízení zabývat, protože díky neefektivnímu administrativnímu ztížení sester může docházet ke snížení kvality poskytované péče. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že předávání informací je na mnoha odděleních velký problém. Sestry se často řídí celodenním plánem, kde mají vytištěné všechny časová rozmezí, kdy a co komu podat, aplikovat. Někdy se pak stává, že léky, injekce či infuze, který lékař zapíše do dekurzu pacienta už sestra nepodá, jelikož změnu ani nestihla postřehnout. Na takovéto připsané ordinace sestra často přijde až při ukončování směny, kdy musí v dekurzu ukončit svoji směnu heslem: 6:00 – 18:00 ordinace splnila. Opět se tímto vracíme k nutné komunikaci mezi jednotlivými pracovníky. Důležitým faktem dle dotazovaných je zde i předávání informací mezi sestrou a lékařem. Zacharová (2016) uvádí komunikaci jako podstatnou pro pochopení všech souvislostí. V tomto směru toto tvrzení můžeme využít pro propojení informací ze studie Balnerové (2012), která ve svém článku ukazuje na návaznost nižšího zdravotnického personálu a sestry na činnosti lékaře, při péči o pacienta s dekubity. Díky této spolupráci pacient profituje zlepšením zdravotního stavu a zkrácením doby hospitalizace. S tímto tvrzením se shoduje i studie Stern et al. (2014). Ve studii upozorňuje na doplnění některých pracovníků do interdisciplinárních týmů, a to například nutnost zapojení ergoterapeuta.

Dále Balnerová (2012) ve své studii popisuje, že bylo prokázáno efektivní využití nutričních doplňků, a to zejména Cubitanu u pacienta s dekubity v malnutrici. Náš výzkum však prokázal, že pouze čtyři dotazované sestry, takže pouze čtyři oddělení, spolupracují s nutričním terapeutem. Tento výsledek je velmi zarážející proto, že jinak veškeré dotazované sestry při konání rozhovorů uvedly, že příčinou vzniku dekubitů může být nedostatečná výživa. Propojenost vzájemné spolupráce interdisciplinárního týmu na této bázi zde zcela postrádá smysl a efekt. Pozitivní efekt Cubitanu ve své rozvaze taktéž popisuje Drapáková (2006), která vyvracuje argumenty nepoužívání

nutričních doplňků skrze snížení nákladů za léčbu nemocného. Její studie přesně popisuje situaci, kdy tříměsíční léčba pacienta s dekubitem bez užívání Cubitanu, stála 82 620 Kč. Při užívání Cubitanu byl pacient však zdravý za dva měsíce a cena za poskytovanou péči pak byla 65 160 Kč. Je tedy na místě se zamyslet. Zda počáteční investice, ve výsledku nepřinese užitek jak pro pacienta, tak pro instituci poskytující ošetrovatelskou péči. Grofová (2010) opět popisuje nutnost správné nutriční péče u pacienta s dekubitem. Uvádí podávání jednotlivých stopových prvků u každé fáze hojení rány. Myslím si, že dotazované sestry a nejenom ty, určitě až takto daleko nepohlížejí. Nevidí tzv. za ránu a nejsou si schopny uvědomit fakt, že každá fáze rány, potřebuje přesný přísun jednotlivých živin. Jak popisuje Grofová (2010) například v proliferační fázi hojení rány buňky potřebují energii ve formě substrátů, aby správně fungoval imunitní systém. Dále je dodávaná energie důležitá, aby se mohlo tvořit nové cévní zásobení v místě rány. Myslím si, že propojení těchto informací mnoha sestrám uniká. Jak jsme ve výzkumném šetření zjistili, tak sestry nemají důvod kontaktovat nutričního terapeuta kvůli pacientovi s dekubitem. Jak pak tedy může pacient dosáhnout efektivní, komplexní, propojené péče, když sestry uznají, že je zde nutriční terapeut nepotřebný? Pozitivní stránkou, zde můžeme zmínit výsledek spolupráce s fyzioterapeutem. Ta se v našem výzkumu prokázala být na dobré úrovni, protože sestry uvedly spolupráci s fyzioterapeutem jako komplexní, nedílnou a samozřejmou. V tomto směru se ztotožňuje i Hilšerová (2010), která fyzioterapii připisuje velkou úlohu v prevenci vzniku a rozvoje dekubitů v souvislosti s imobilizačním syndromem.

Využitím našeho výzkumu, jsme dále zjistili důležitost postavení sestry v interdisciplinárním týmu v péči o pacienta s dekubity. Špirudová (2015) popisuje, že v nynější době se čím dál častěji objevuje šikana na pracovišti a bossing. Můžeme potvrdit, že jedna sestra nám popsala šikanu ze strany starší sestry vůči její osobě (viz. str.46). Dále byla zjištěna rivalita mezi sestrami. Jedenáct sester uvedlo, že jsou spokojeny s tím, jak jsou jako členky týmu brány. Sestra je často brána jako prostřední člen mezi lékařem a nižším zdravotnickým personálem. V tomto smyslu zastává funkci komunikátora. Dle výzkumu sanitáři počínající dekubit u pacienta hlásí předně sestře ve směně. Sestra má za úlohu stav defektu zhodnotit, a to ve smyslu stanovení stádia, vytvoření fotodokumentace, oznámení lékaři, provést ošetření dle lékaře a následně zapsání defektu a jeho ošetření do dokumentace pacienta. Při zjištění dekubitu a dalších rizik sestra musí pracovat s hodnotícími škálami. Určitě zde nesmíme opomenout nutnost

uvedení sestry jako přímého ošetřovatele dekubitu, pokud na oddělení není přítomna převazová sestra. V tomto případě je důležité, aby sestra dbala na správném ošetřování rány, za aseptických podmínek při kvalitních vědomostech, jaký zvolit postup při ošetření rány. S tímto tvrzením se ztotožňuje i studie, kterou provedl Stern et al. (2014), při které zjistil příznivý efekt hojení dekubitů díky vzdělanému personálu v oblasti hojení ran. Sestra při této studii konala úlohu edukátorky, kdy vzdělávala ostatní kolegy v metodách hojení ran. Langová, Brabcová (2013) dále potvrzuje nezbytné vzdělávání sester v nových metodách hojení ran. Náš výzkum potvrdil, že pět sester z patnácti absolvovalo kurz či jiné školení v oblasti hojení ran. Úzce spjata s tímto výsledkem můžeme zhodnotit i fakt, že sestry jsou spokojeny se znalostmi, se kterými přicházejí čerství absolventi do praxe. Akorát čtyři sestry by uvítaly do systému vzdělávání více praxe. Pouze jedna z dotazovaných sester by do vzdělávacího systému přímo zařadila kurz hojení ran. Nuru et al. (2015) ve své studii taktéž kladně hodnotí délku praxe sester v souvislosti s jejich znalostmi. Uvádí, že dobré pracovní znalosti a dovednosti má sestra s délkou doby praxe nad 11 let.

Tímto se dostáváme k další zjištěné problematice. Úloha sestry v interdisciplinárním týmu v péči o pacienta s dekubity. Výzkumné šetření potvrzuje, že sestra plní ve svém postavení několik funkcí. Plní ordinace lékaře, sleduje ošetřovatelské problémy u pacienta, dbá na prevenci vzniku dekubitu jak využitím hodnotících škál, tak praktickou činností, sleduje práci nižšího zdravotnického personálu a spolupracuje s ostatními členy týmu. Z výzkumu vyplývá, že sestra zajišťuje komunikaci mezi jednotlivými pracovníky a v neposlední řadě je to právě ona, která bezprostředně spolupracuje i s rodinou nemocného. Tento fakt potvrzuje i Jaul (2013), který sestru označuje za ústřední roli v koordinaci a léčby pacienta s dekubity.

Nyní se zastavíme u faktoru využití hodnotících škál sestrou v preventivní péči o pacienta s dekubity. Výzkum ukazuje, že pouze polovina sester vidí efekt v používání hodnotících škál. Pokorná (2013) však popisuje užívání hodnotících škál jako efektivní diagnostickou činnost. Náš výzkum potvrzuje, že sestry vnímají hodnotící škály dle Barthela, Nortonové, riziko pádu a nutriční screening spíše jako povinnou činnost, kterou dále nevyužívají. Dalším důležitým měřítkem je i vizuální analogická škála bolesti. Dekubitus v rané fázi je charakteristický silnou bolestí a úlohou sestry je tuto bolest sledovat. Analgetická léčba je zde prospěšná, co se týče zlepšení komfortu pacienta. S tímto

souhlasí i Šeflová et al. (2016). Na užívání škály pro bolest ve spojitosti s pacientem trpící dekubity však narazila pouze S4. Jak již bylo řečeno, sestry se domnívají, že škály jsou nepotřebné. Ondriová, Kressová (2011) tento výsledek však vyvrací. V článku popisují nutnost využívání těchto škál a u geriatrických pacientů především využívání hodnocení rizika pádu. Geriatrickí pacienti jsou ohroženi demencí a jinými delirantními stavy, které způsobují nekoordinované pohyby bez rozmyslu a uvážení. 80 % pádů u geriatrického pacienta pak kočí frakturou a dále jsou pády pátou nejčastější příčinou smrti. Zlomenina krčku stehenní kosti pak přináší jisté riziko dlouhodobého upoutání seniora na lůžko. A již se nacházíme v problematice imobilizačního syndromu. Je nutné, aby si sestry a ostatní zdravotnický personál uvědomoval možného propojení nežádoucích událostí. Jedna dotazovaná sestra nám však odpověděla, že v užívání hodnotící škály rizika pádu nevidí smysl, poněvadž spadnout může každý. V tomto tvrzení však ale můžeme najít rozchod. Z praktického hlediska je velký rozdíl, zda je pád u pacienta geriatrického, polymorbidního, nebo u pacienta mladého, který netrpí malnutricí a jinými závažnými přidruženými chorobami. S tímto tvrzením, že škály jsou nepodstatné, se však neslučuje článek Hajduchové et al. (2017), kde se autorky přímo zaměřují na prevenci pádů u hospitalizovaných pacientů. Jak uvádějí, je nezbytné, aby se personál soustředil i na vliv medikamentů v souvislosti s pády. Tvrzení že hodnotící škála je pro sestry zbytečná vyvracíme tvrzením, že v prevenci pádu, je to právě sestra, která zde hraje hlavní roli. S tímto se ztotožňuje i Burton et al. (2013), který připisuje hodnotícím škálám taktéž velkou váhu.

Výzkum dále potvrzuje, že i přes to, že sestry využívají stejné hodnotící škály, tak jejich objektivní výsledek je většinou jiný. Znamená to snad, že sestry využijí hodnotících škál, aniž by pacienta znaly? Čtyři sestry uvedly, že se na výsledek hodnotících škál nemohou spolehnout. Kuckir et al. (2017) však popisuje, že téhle komplikaci je třeba předcházet, a to naprosto jednoduše. Sestra nesmí využívat hodnotících škál jako dotazníku. Musí si ověřit, co pacient zvládne a dle toho hodnotící škálu sestavit. Sullivan, Scholse (2013) ve svém zkoumání provedli 18 studií při kterých zjišťovali preventivní činnosti ke snížení počtu pacientů s dekubity. Do oblasti prevence zařadil využívání hodnotící škály dle Bradenové. I Collier (2016) ve své studii uvádí pozitivní využití hodnotících škál, a to hlavně ve prospěch personálu, který dále může naplánovat postup ošetrovatelské péče. V návaznosti na výsledné skóre škály, a výsledek kategorie, je nutné přizpůsobit přístup k pacientovi a provádět individuální intervence. S tímto se shoduje i Galvao et al. (2016),

kteří ve studii popisují nutnost užívání hodnotících škál, aby byly odhaleny negativní důsledky a mohli být stanoveny přesné individuální opatření v prevenci vzniku a rozvoje dekubitů.

K další preventivní činnosti patří jistě i péče o pokožku nemocného. V této části náš výzkum ukazuje, že o pokožku nemocného se stará výhradně nižší zdravotnický personál. Je nezbytné, aby i ten, byl poučen o nutnosti správné péče o pokožku. S tímto tvrzením se shoduje i Samuriwo, Dowding (2014), kteří uvádí, že úlohou sestry v péči o pacienta s dekubity je i edukace ostatního zdravotnického personálu. Při péči o inkontinentního pacienta, je to opět právě nižší zdravotnický personál, který dbá na to, aby pokožka pacienta byla udržovaná v suchu a v čistotě. Pokorná, Krejčíková (2017) uvádí, že v této oblasti je nutné, aby personál dbal na správném výběru hygienických pomůcek. S tímto tvrzením se ztotožňuje i Šeflová et al. (2016), která upozorňuje na to, aby se zdravotnický personál vyhnul užívání mýdel, který pokožku vysušují a dráždí. Ve článku Inkontinence a dekubity Bobál (2012) popisuje riziko hlavně v přenášení nozokomiálních nákaz. Při ošetřování ať už dekubitů či pacienta s permanentním močovým katetrem je třeba dbát aseptických postupů a řídit se dle standardů.

Náš výzkum v tomto případě nepříznivě ukazuje na to, že sestry standard o ošetřování dekubitů vůbec neznají. Všechny sestry o existenci standardu ví, přičemž jedenáct sester ho vůbec neznají. S tímto se shoduje i Galvao et al. (2016), kteří ve své studii popisují nedostatečné vzdělání celého ošetřovatelského týmu. U této problematiky bych se ráda pozastavila. Poskytování péče je efektivní, pokud personál postupuje dle standardů a různých opatření. V tomto směru si tedy můžeme myslet, že z výzkumného šetření vyplývá, že péče je poskytována nekvalitně, když se sestry standardy neřídí. Položme si ale otázku. Proč se sestry standardy neřídí? Dle našich výsledků můžeme podotknout, že je možné, že sestry na studium standardů nemají čas. Když ale dotazované sestry uvedly, že o standardu ví, nemělo by být jejich vlastní iniciativou tento standard znát? Pokud chceme zlepšit kvalitu péče o pacienty s dekubity, bylo by dobré, aby na odděleních, kde se takový pacienti nejvíce vyskytují, probíhal častěji audit, který by kontroloval systém péče o tyto klienty.

Další úlohou sestry, fyzioterapeutů a nižšího zdravotnického personálu je polohování pacientů. Toto tvrzení se shoduje i s článkem Šeflové et al. (2016), kde uvádí polohování a péči o pokožku nemocného jako podmínku v prevenci vzniku dekubitů. Grofová (2012)

a Vytejšková et al. (2015) uvádí, že je nezbytně nutné, aby se poloha nemocného změnila alespoň každé dvě hodiny. Je smutné, že v našem výzkumu pravidelné polohování pacientů, a to zejména v noci nepotvrzujeme. Ve výzkumném šetření jsme zjistili, že sestry pacienty v noci polohují individuálně nebo i vůbec. Kladným zjištěním je, že všechny sestry, krom S12, polohují pacienty přes den každé dvě hodiny, a to buď nižším zdravotnickým personálem či ve spolupráci s fyzioterapeutem. V návaznosti na tento výsledek je nutné si sdělit, že z rozhovorů se sestrami, je zřejmé, že sestry jsou si vědomy, jaký pacienti jsou ohroženi vznikem dekubitu. V této části jsou pro nás tyto tvrzení důležitá, protože nyní se zdá, že si sestry nejsou vědomy nutnosti polohování, i přes prokázané vědomosti u jakého pacienta je velké riziko vzniku dekubitů. Nutnost polohování ve své studii zmiňuje i Collier (2016). Polohováním se lze zcela vyhnout útlaku cév a dopomoci tak správné cirkulaci krve. V této souvislosti bychom zmínili i efekt střížné síly. Kde opět Collier (2016) zmiňuje, že u pacientů, kde je hlava a horní část trupu zvýšena, je automaticky vytvářen mnohem větší tlak na sacrální oblast. S tímto se ztotožňuje i Ondriová, Kressová (2011), které popisují, že tento negativní tlak na sacrum vzniká již v rozdílech 30°. Při praxi však můžeme vidět pacienty v polosedě na lůžku i celé hodiny. V rámci polohování je třeba zmínit i využívání kompenzačních pomůcek. Dle Ondriové, Fartašové (2013) a Vytejškové et al. (2011), přináší skvělé výsledky užití antidekubitních matrací. Naš výzkum však ukazuje, že tyto matrace nejsou dostupné v dostatečném počtu. Dvě sestry uvedly, že mají dvě až tři vzduchové antidekubitní matrace pro celé oddělení, přičemž oddělení čítají od 14 až 21 lůžek. U používání kompenzačních pomůcek, je důležité jejich správné používání a aplikace. Dle S15, může i nesprávné použití antidekubitních pomůcek vést ke vzniku dekubitu. Jaul (2013) taktéž uvádí prospěšnost ve využívání kompenzačních pomůcek. Tyto pomůcky mohou pomoci k oddělení míst, které se přímo dotýkají. Tyto místa ve svém článku nazývá "kissing lesions". Dále Vytejšková et al. (2011) uvádí prospěch v aplikaci preventivního krytí Mepilex, téhož názvu Mepilex Border Sacrum. Z dostupných internetových obchodů, je zřejmá cena tohoto krytí kolem 1000 Kč. Proto i S3 uvedla, že s tímto krytím, pacienti už na jejich oddělení přichází či jimi disponují z jiných oddělení. Možnost aplikace Mepilexu uvedly pouze dvě sestry. Stejně tak jako cena tohoto krytí, je na mnoha odděleních dostupnost léčebných materiálů omezena právě jejich cenovou relací.

V našem výzkumu jsme dále zjišťovali, jaké léčebné materiály se využívají u jednotlivých stádií dekubitů. V ošetření dekubitů I. stupně, kdy se objevuje začervení pokožky sestry uváděly nejčastěji aplikaci ochranných past jako je Menalind, Sudocrem a zinkovou pastu. Při aplikaci těchto past je třeba dbát na opatrnost při nanášení, protože dané místo se nesmí masírovat. Nemasírovat již zarudlá místa a aplikovat ochranné pasty ve svém článku popisují i Ondriová, Kressová (2011). S tímto tvrzením, se však neslučuje tvrzení Šeflové et al. (2016), která upozorňuje, že přes nanášení ochranných past, není dané místo dobře prohlédnutelné, a navíc pasty danou oblast vysušují nikoliv zvláčňují. Dalším léčebným materiálem, který bychom chtěli zmínit, je Višňovského balzám. Je zajímavé, že tento balzám nám zmínila více jak polovina sester, přičemž se v literatuře o možnostech léčby dekubitu s ním neseškáváme. Od Janíkové, Zeleníkové (2013), se pouze dozvídáme, že jde o protizánětlivý přípravek. Oplach rány sestry provádí Prontosanem. Braun.cz (2014) uvádí, že tento přípravek je velice dobře hodnocen v metodě vlhkého hojení rány. S3 uvedla, že k výplachu rány používají i peroxid vodíku 3 % COO. Takovéto využití peroxidu se neslučuje s literaturou od Ondriové, Fartaňové (2013). Která přímo nedoporučuje výplach rány tímto roztokem. Dále sestry v ošetřování dekubitů hojně využívají Branunovidon ung, Debricasan gel, krytí obsahující stříbro např. Silvercel, Alfasilver sprej, krytí obsahující stříbro a aktivní uhlí Actisorb. Všechny tyto léčebné materiály jsou doporučovány v léčbě dekubitů i dle Sedlákové (2012). S tímto souhlasí i Linthwaite, Bethell (2016), kteří upřednostňují využití hydrogelů a zároveň vlhkého hojení ran jako je například Debricasan gel či Prontosan gel. S využitím vlhkého hojení ran souhlasila především S2, která potvrzuje, že jejich oddělení terapii dekubitů provádí pouze tímto přístupem. S postupem vlhkého hojení rány se ztotožňuje i Šeflová et al. (2016).

Posledním výsledkem našeho výzkumu je zjištění výhod, které přináší interdisciplinární spolupráce pracovníků v péči o pacienta s dekubity. Nyní shrneme, jak jsou jednotlivý členové týmu zapojeni do péče. Přehled členů týmu a jejich úlohu v interdisciplinárním týmu v péči o pacienta s dekubity můžeme vidět na str. 55, Tabulka 5. Začneme-li od lékaře, jeho primární úlohou je sledovat celkový zdravotní stav pacienta, a to fyziologickým vyšetřením či vyšetřením krve pomocí laboratorních metod. Další rolí lékaře je léčit ránu pomocí například chirurgického debridementu. Tzv. vystříhání dekubitů od nekrotických částí. V tomto případě se lékař účastní přímo na léčbě dekubitu. U dekubitů IV. stupně, kdy hrozí celková sepe, je na místě, aby lékař zvolil léčbu

celkovou, antibiotickou. Dle našeho výzkumu, se lékař do léčby nižších stádií dekubitů nezapojuje. Dle studie Stryja (2016) popisuje chirurgický debridement jako účinný prostředek v léčbě dekubitů, kde je vlhká nekróza, se zarudlým oteklým okolím. V našem výzkumu jsme se však nesetkali s tím, že by sestry uvedly, že se na jejich odděleních provádí debridement rány. Tento výsledek může být dle Stryji (2016) tím, že v České republice je chirurgický debridement rány často podceňován, a pacienti jsou odesíláni k chirurgickému řešení pozdě.

Sestra v našem výzkumu vzešla jako základní pilíř v ošetřování pacienta s dekubitem. Její roli jsme si už ve výsledcích této práce zmapovali. Nicméně ještě je nutné doplnit, že z výzkumného šetření vyplývá, že sestra je základním koordinátorem léčby dekubitů u pacienta. S tímto tvrzením se ztotožňuje i Mastiliaková (2014). Sestra provádí preventivní činnost, posuzuje a sleduje celkový stav pacienta, sleduje jeho zvyky a stravovací návyky a přímo se účastní na léčbě. Vyhodnocením zdravotního stavu sestru individuálně stanovuje plán péče. V této roli je sestra zkrátka nezastupitelná.

Po ošetřování pacienta s dekubity sestrou se dostáváme k další nenahraditelné skupině pečujících a tím je nižší zdravotnický personál. Ten zde zajišťuje rovněž mnoho funkcí (viz. str.55 Tabulka 5). Dle výzkumu nižší zdravotnický personál pracuje v těsné návaznosti jak na sestru, tak na fyzioterapeuta. Devět sester uvedlo, že sanitáři, ošetřovatelky či pečovatelky, ošetřují pokožku a v souvislosti s tím ošetřují i dekubity I. stupně. V tomto směru je zřejmé, aby i nižší zdravotnický personál byl edukován v oblasti prevence vzniku a vývoje dekubitu. S tímto tvrzením se slučuje i studie Sullivan, Scholse (2013), která prokázala, že vzdělávání sester a ostatních nelékařských pracovníků, by efektivně vedla ke snížení četnosti dekubitů. Vzhledem k našim výsledkům, co se týče vzdělávání dotazovaných sester v oblasti léčby ran, můžeme pouze potvrdit, že většina dotazovaných sester neabsolvovala kurz hojení ran. Když se nad tím zamyslíme, proč sestry, které se denně ve své praxi setkávají s dekubity, nemají zájem se v této oblasti vzdělávat? Z vlastní zkušenosti vím, že sestry raději věnují zbytek svého volného času rodině a zálibám. Jistě to není tím, že by neměli zájem v získávání nových vědomostí. S nezdělaností personálu se ztotožňuje i Nuru et al. (2015), který ve svém výzkumu shromáždil mnoho již provedených studií v oblasti vzdělanosti sester. Tyto studie mnohokrát potvrdili, že sestry nedbají na prevenci vzniku a vývoje dekubitů. On sám se svým týmem provedl studii vzdělanosti sester ve fakultní nemocnici v Etiopii. Výsledkem

výzkumu bylo, že 45,6 % zdravotníků, nemá dostatečné vzdělání a přehled v péči o pacienta s dekubity.

Dalším členem interdisciplinárního týmu je fyzioterapeut. Fyzioterapie je pro imobilního pacienta, který je ohrožen imobilizačním syndromem jednou ze základních pomocí, jak předejít komplikacím, který stav imobility přináší. Šeflová et al. (2016) se ve svém článku ztotožňuje s našimi výsledky, které potvrzují nutnost aktivizace pacientů jako prevence vzniku dekubitů. Pouze čtyři sestry uvedly, že na jejich oddělení nedisponují fyzioterapeutem, nebo fyzioterapeuta do interdisciplinárního týmu neřadí. Avšak z toho 10 sester uvedlo velmi kladnou spolupráci s fyzioterapeutem. S3 znova poukazuje, že v této oblasti chybí personál, a tak na jednoho fyzioterapeuta připadá čtyřicet pacientů. Šeflová et al. (2016) potvrzuje, že je třeba aby se zapojil veškerý zdravotnický personál na rehabilitaci pacienta, právě díky nedostatku času fyzioterapeutů na pacienta. Studie dle Balnerové (2012) potvrzuje, že komplexní léčba, do které spadá i rehabilitace může umožnit pacientovi plné uzdravení a navrácení mobility. Zároveň zde zmiňuje propojenost lékařského zásahu, fyzioterapie s nutriční intervencí a léčbu rány. Ergoterapeut a aktivizační pracovnice taktéž patří do týmu i dle studie Sterna (2014). Většinou se řadí k oboru fyzioterapie. Z našeho výzkumu vyplývá, že ergoterapeuti působí spíše na oddělení dlouhodobě nemocných, kde mají za úkol s pacienty vyrábět různé věci. Práci ergoterapeutů kladně hodnotí i Kelnarová (2009). Ergoterapeuti jsou i v domovech pro seniory, přičemž zde užíváme pojmenování aktivizační pracovnice.

Podstatným výsledkem našeho výzkumu je již zmíněná nespolupráce s nutričním terapeutem. Mnoho výzkumů a již provedených studií, jak uvádí například Jaul (2013) potvrzuje, že nutriční terapeut je v interdisciplinárním týmu nezastupitelný. Jeho zkušenosti a znalosti vedou k tomu, že pacientovi nastaví přesnou dietu, kde je zohledněno i množství bílkovin, sacharidu, uhlohydrátů, vitamínů, tuků a minerálů. Z výpovědí sester, který nespolupracují s nutričním terapeutem jsme zjistili, že jejich nespolupráce je většinou v tom, že ošetřující lékař sám naordinuje pacientovi nutriční doplňky. Zda je však celá strava vyvážená a dostatečná, už však není jasné. Dále jsme ve výzkumu přišli i na určitou nedbalost sester či lékařů, když sestry odpověděly, že kvůli pacientovi s dekubity nutriční terapeutky nevolají. Tento názor je v rozporu s veškerou literaturou, kterou jsme studovali při zpracovávání této práce.

V souvislosti s nespolupracujícím interdisciplinárním týmem není divu, že Tabulka 3 na str. 45, necharakterizuje maximální spokojenost pracovníků, co se týče fungování týmové péče na jejich odděleních. Jediná S12 uvedla, že u nich na pracovišti, se dekubity téměř vždy zhojí. Tímto výrokiem však argumentovala jako jediná. V souvislosti na to S12 navázala, že jejich péče je na vysoké úrovni a jako kolektiv fungují skvěle. Ve své studii i primářka Balnerová (2012) například popisuje geriatrickou pacientku s dekubitem IV. stupně. Pacientka s výpočtem škály Barthel 20 b. se po pěti měsících komplexní léčby dostala na skóre 85 b.. Vlivem interdisciplinární léčby, došlo u pacientky během sedmi měsíců k zahojení všech defektů.

Z výsledků šetření tedy můžeme shrnout, že efekt týmové péče o pacienta s dekubity úzce závisí na povahách jednotlivých pracovníků, jejich znalostech a dovednostech, jak jsou do péče jednotliví pracovníci zapojeni a jakým dílem plní svoji funkci. Pro zkvalitnění péče o pacienta s dekubity je nezbytné neustálé vzdělávání se v oblasti léčby ran, dodržování standardů, doporučených postupů a propojování vykonané práce s ostatními členy týmu.

6. Závěr

Dekubity jako indikátor poskytované léčebné i ošetrovatelské péče. Téma, kterým se zabývá ošetrovatelství již mnoho let, nachází stále v praxi jisté mezery. Péče o pacienty s dekubity pomocí interdisciplinárního týmu, by měla přinášet kladné výsledky. Ovšem za podmínek, jeli tato péče dobře nastavena a kvalitně využívána.

Z provedeného výzkumného šetření se dozvídáme, že i když týmová práce funguje, nemusí být vždy interdisciplinární a plnohodnotná. A to především díky tomu, že do péče o pacienta s dekubity, nejsou zařazeni všichni pracovníci, kteří by být měli. Do interdisciplinárního týmu sestry všeobecně zařazovaly lékaře, sestru, nižší zdravotnický personál a fyzioterapeuta.

V našem výzkumném šetření v oblasti funkce interdisciplinárního týmu narážíme hlavně na absenci nutričního terapeuta a dále na nedodržování standardů prevence a ošetrování dekubitů. Podivuhodné zjištění pro nás byla absence nutričního terapeuta v péči o pacienta trpící dekubitem. Nutrice hraje u pacienta s rizikem vzniku dekubitu či již při vzniklém dekubitu významnou roli. Ještě zvláštnější na tom je, že sestry si jsou vědomy, jak je výživa u těchto pacientů důležitá. Nicméně i přes tento fakt, jsou si sestry jisté, že týmová péče na jejich odděleních funguje dobře. Díky tomu i sestry popisovaly, že všichni, kdo se setkávají s pacientem s dekubity, mají pozitivní vliv na průběh ošetrovatelské péče. Úzce spjato s tímto výsledkem musíme zmínit i práci nižšího zdravotnického personálu, který byl sestrami povětšinou kladně hodnocen. A to především díky tomu, že nižší zdravotnický personál má za úlohu přímou péči o pacienta. Pečovat o pokožku nemocného, zajišťovat stravu a hydrataci, polohování a celkově plnit potřeby nemocného. Tyto úlohy plní i sestry, přičemž dále zajišťují plnění ordinací, využívání hodnotících škál, přímé ošetrování dekubitů a náležitosti s tím spojené a edukaci rodiny. V neposlední řadě je úlohou sestry využívání hodnotících škál v prevenci vzniku a rozvoje dekubitu a neustále se vzdělávat v oblasti léčby ran. I tato oblast však nepřinesla kladné výsledky.

Dále tato práce poukazuje na jisté nedostatky v oblasti fungování interdisciplinárních týmů v péči o pacienta s dekubity. Musíme si uvědomit, že dopad, který tyto nedostatky přinášejí, není jen v určitém zhoršení kvality poskytované péče, v přímém dopadu na zdraví pacienta, ale i v dopadu na finanční zátěž poskytované péče. V dnešní době, kdy probíhá velmi kvalitní příprava zdravotnických pracovníků, nelékařských profesí,

bychom si mohli pokládat otázku, proč když už tyto pracovníky máme, proč je efektivně nevyužíváme.

Výsledky této práce mohou pomoci veškerému personálu, kterého se týká péče o pacienty trpící dekubity. V teoretické části je zpracováno, jak by interdisciplinární tým měl pracovat a jaké jsou nezbytné aspekty pro to, aby mohl vůbec fungovat a díky tomu efektivně pečovat o pacienta s dekubity. V teoretické části práce se dozvídáme, jak by měl zdravotnický personál reagovat na určitou problematiku, například co se týče polohování, ošetřování, nutrice, využití hodnotících škál a mnoho dalších u pacienta s dekubity. Tato práce může sloužit jako určitý manuál, jak komplexně pečovat o pacienta s rizikem či již vzniklým dekubitem.

V širším slova smyslu, bychom práci mohli využít jako určitý podnět pro zamyšlení, jak by mohli instituce zlepšit organizaci práce na jednotlivých odděleních a tím ušetřit i finanční náklady. V souvislosti s finančními náklady je třeba se zamyslet i nad dostupností již zmíněných léčebných materiálů. Zda-li efekt zdánlivě dražšího léčebného materiálu, nepřispěje ke zkrácení doby hospitalizace s tím k ušetření finančních nákladů. Zda-li začlenění nutričního terapeuta a chirurga nepomůže personálu ke zkvalitnění poskytování jejich péče a zároveň opět profitovat z kratší doby hospitalizace pacienta. Další zamyšlení zde může být i pro vedoucí oddělení, které by měli nabádat své zaměstnance k prohlubování svých vědomostí a stát si za tím, aby sestry dbaly dodržování standardů. Výsledky práce by dále mohli být předmětem dalších výzkumů, jak napomoci efektivnímu fungování interdisciplinárních týmů z pohledu managementu zdravotnických zařízení, ale i z pohledu jednotlivých odborností v nich zastoupených.

8. Seznam literatury

1. BALNEROVÁ, E., 2012. Komplexní léčba dekubitů u geriatrických pacientů. *Florence*. 3(8), 38-39. ISSN 1801-464X.
2. BARRY, M., E, 2014. Better, safer patient care through evidence-based practice and teamwork. *The American Nurse*. 48(2):19 dostupné z: <http://www.theamericannurse.org/2014/09/02/better-safer-patient-care-through-evidence-based-practice-and-teamwork/>
3. BÁRTLOVÁ, S., 2010. Týmová spolupráce z pohledu lékařů. Vztah všeobecná sestra-lékař. *Zdravotnictví v České republice* 1/8. 174-188s. ISSN 0862-5883
4. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ I., 2009. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt*. 11:1-270, ISSN 12-12-4117
5. BENBOW, M., 2012. Management of pressure ulcers. *Nursing in practice*. [online]. [cit.2012.09.02] dostupné z: <https://www.nursinginpractice.com/article/management-pressure-ulcers>
6. BOBÁL, J., 2012. Inkontinence a dekubity. *Sestra*. Roč. 22. č5. str 55-56. ISSN 1210-0404
7. BOSCH, M., HALFENS, R., WEIJDEN, T., et al., 2013. *Organizational Culture, Team Climate, and Quality Management in an Important Patient Safety Issue: Nosocomial Pressure Ulcers*. *WorldviewsonEvidence-BasedNursing*. 1545-102X1/10 ISSN 1741-6787
8. BURTON, A. T., FIELDS, W., OUTLAW, L., DELEON, E. 2013. The Healthy Skin Project: Changing Nursing Practice to Prevent and Treat Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *Critical care nurse*. Vol 33, no.3, dostupné z: ©2013 American Association of Critical-Care Nurses doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2013290>
9. CLARKSON, P., BADER, D., SCOONHOVEN, L., et al., 2016. A multidisciplinary approach to pressure ulcer prevention: exploring healthcare professionals' knowledge and attitudes to pressure ulcer prevention in the community. *Physiotherapy journal*. 102/1. 256-257. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.10.322>
10. COLLIER, M., 2016. *Pressure Ulcer prevention: Fundamentals for best practice*. *Acta Med Croatica*, 70/2016 (Supl. 1) 3-1
11. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie*. Praha. Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4

12. DINGOVÁ, ŠLIKOVÁ, M., LIDICKÁ, L., et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha. Grada. Str. 258–259. ISBN 978-80-271-0717-9
13. DRAPÁKOVÁ, E., 2006. *Finanční rozvaha. Jak ovlivní specializovaná nutriční intervence náklady na léčbu dekubitů?* [online] Krajská nemocnice Pardubice. Ústav zdravotnických studií Nemocnice Pardubice. Dostupné z: <http://www.hojeniran.cz/podpora-lecby/download/financni-rozvaha.pdf>
14. DYLEVSKÝ, I., 2019. *Somatologie. Pro předmět: Základy anatomie a fyziologie člověka. 3.*, Přepřacované a doplněné vydání. Praha. Grada. Str. 207. ISBN 978-80-271-2111-3
15. GALVAO, N., S., SERIQUE, B., M., A., et al., 2016. *Knowledge of the nursing team on pressure ulcer prevention*. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn . Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0063>
16. GROFOVÁ, Z., 2008. Doporučené postupy Evropského poradního panelu pro dekubity. *Medical tribune*. Roč.4, č31. c6 ISSN 1214-8911
17. GROFOVÁ, Z., 2009. *Nutriční podpora. Praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2
18. GROFOVÁ, Z., 2010. Perorální nutriční doplňky u hojení ran. *Medicína pro praxi*. [online]. [cit.2010.06.01] Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2010/88/05.pdf>
19. GROFOVÁ, Z., 2012. *Dieta na podporu hojení ran. Lékař vám vaří*. Praha: Forsapi. 191 s. ISBN 978-80-87250-21-1
20. HAJDUCHOVÁ, H., BRABCOVÁ, I., TÓTHOVÁ, V., BÁRTLOVÁ, S., 2017. Prevence pádů hospitalizovaných pacientů – intervenční programy. *Geriatric a Gerontologie*. 6/3. str.117-122. ISSN 1805-4684
21. HILŠEROVÁ, S., 2010. Dekubity – prevence a jejich léčba. *Urologie pro praxi*. 47-49 s. roč 11.č.1 ISSN 1213-1768
22. HLINKOVÁ, E., NEMCOVÁ, J., HUĽO, E., et al., 2019. *Management chronických ran*. Prana: Grada. Str. 76 ISBN 978-80-271-0620-2
23. HOVORKOVÁ, J., 2017. Rozlišení dekubitů a inkontinenční dermatitidy. *Florence*. Č.9./17. ISSN 1801-464X
24. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha. Grada. Str. 107. ISBN 978-800-47-4412-4

25. JAUL, E., 2013. Who Determines the Treatment for Pressure Ulcers in the Elderly? *The Israel Medical Association journal*. 512 – 515 s. Sep;15(9) ISSN 1565-1088
26. JAUL, E., 2014. Multidisciplinary and comprehensive approaches to optimal management of chronic pressure ulcers in the elderly. [online]. [cit.2014.20.05] Dostupné z: <https://www.dovepress.com/multidisciplinary-and-comprehensive-approaches-to-optimal-management-of-peer-reviewed-fulltext-article-CWCMR>
27. KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. In: KALVACH, Z., HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., WEBER, P., ŠNEJDRLOVÁ, M., *Geriatrická deteriorace, křehkost a disabilita*. Praha: Grada. Str. 111-128. ISBN 978-80-247-2490-4
28. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3
29. KAPP, S., 2012. Successful implementation of clinical practice guidelines for pressure risk management in a home nursing setting. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 859-901. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01870.x, ISSN 1365-2753
30. KELNAROVÁ, J., CAHOVÁ, M., et al., 2009. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 2. ročník 2. díl*. Praha: Grada. 236 s. ISBN 978-80-247-3106-3
31. KOUTNÁ, M., 2008. Obávané dekubity optimistickým pohledem. *Medical tribune*. Roč.4. č.31. c7 ISSN 1214-8911
32. KOVAČOVIČOVÁ, R., TSYBULYA, A., ŠÍPKOVÁ, V., 2008. *Moderní přístupy v léčbě dekubitů u geriatrických pacientů v následné péči – naše zkušenosti*. Česká geriatrická revue. 6(1) str.52-58. ISSN: 1214-0732
33. KUCKIR, M., VAŇKOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., 2017. Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení. Praha: Grada 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5
34. KUZNÍKOVÁ, I., GOJOVÁ, V., et al., (2011). *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha. Grada. Str. 151. ISBN 978-80-247-3676-1
35. LANGOVÁ, P., BRABCOVÁ, I., 2013. *Využití různých materiálů hojení ran u pacientů s dekubity ve vybraných zařízeních v České republice a ve Spolkové republice Německo*. Hojení ran. 4/2013, str. 12-16. ISSN 1802-6400

36. LINTHWAITE, A., BETHELL, E., 2016. Managing pressure ulcers and moisture lesions with new hydrocolloid technology. *British Journal of Nursing*. 442-448. No. 8, Vol. 25. ISSN 0966-0461
37. LYDER, C., H., AYELLO, E., A., 2008. Pressure ulcers: A patient Safety Issue. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2650/>
38. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových a sociálních zařízeních*. Praha. Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
39. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8
40. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2
41. MOUREK, J., 2012. *Fyziologie. Učebnice pro studenty zdravotnických oborů -, doplněné vydání*. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2
42. NAVRÁTIL, L. et al., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. In: ŠKOPEK, J., *Gerontologie*. Praha: Grada, s.341-319. ISBN 978-80-247-2319-8.
43. NURU, N., ZEWDU, F., et al., 2015. Knowledge and practice of nurses towards prevention of pressure ulcer and associated factors in Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Nursing*. 14/34 [online]. [cit.2015.16.05] dostupné z: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0076-8>
44. ONDRIOVÁ, I., FERTALOVÁ, T., 2013. Dekubity jako indikátor kvality péče. *Sestra*. Roč. 23. č1. ISSN 1210-0404
45. ONDRIOVÁ, I., KRESSOVÁ, D., 2011. Prevence dekubitů při delirantních stavech a demenci. *Florence*. č10/11 ISSN 1801-464X
46. PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3
47. PLEVOVÁ, I., BABIČOVÁ, M., et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha. Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0
48. POKORNÁ, A., KOMÍNKOVÁ, A., et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha. Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5

49. POKORNÁ, A., KRAJČÍKOVÁ, N., 2017. Prevence dekubitů při používání inkontinenčních pomůcek. *Urologie pro praxi*. 18(5): 242–246 ISSN 1213-1768
50. POSPÍŠIL, V., 2008. Dekubity a výživa – doporučené postupy EPUAP. *Medical tribune*. Roč.4, č4. c6 ISSN 1214-8911
51. PRAŽSKÝ, B., 2014. *Odlisnosti ošetření ran v chirurgii*. [online]. [cit.2014.06.05] dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/odlisnosti-osetreni-ran-v-chirurgii-475733>
52. *Prontosan. Oplachové roztoky a gely na všechny typy ran, včetně ran s MRSA*. Dostupné z: <https://www.bbraun.cz/content/dam/catalog/bbraun/bbraunProductCatalog/S/AE/M2015/cs-cz/b2/prontosan.pdf.bb-.34653453/prontosan.pdf>
53. SAMURIWO, R., 2013. Pressure ulcer prevention: the role of the multidisciplinary team. *Pressure care. British journal of nursing*. Vol.21, No. Sup 5. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.Sup5.S4>
54. SAMURIWO, R., DOWDING., D., 2014. Nurses' pressure ulcer related judgements and decisions in clinical practice: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.009>
55. SEDLÁKOVÁ., M., 2012. Trendy a novinky vlhkého hojení ran. *Ošetrovatelská péče 4.*, 22-23 ISSN 2336-1603
56. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatric od A do Z*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4
57. STERN, A., MITSAKAKIS, N., et al., 2014. Pressure ulcer multidisciplinary teams via telemedicine: a pragmatic cluster randomized stepped wedge trial in long term care. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/83>
58. STRYJA, J., 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. Vyd. 1. Geum. 371 s. ISBN 978-80-56256-79
59. STRYJA, J., 2016. Význam a možnosti chirurgického débridementu dekubitů. *Cesk. Slov. Neurol. N.* 79/112 (Suppl 1): S25– S27 ISSN 1210-7859
60. SULLIVAN, N., SCHOLE, K., M. 2013., Preventing In-Facility Pressure Ulcers as a Patient Safety Strategy. Supplement. *Annals of Internal Medicine*, volume 5, number 5/2, 410
61. ŠEFLOVÁ, L., STEJSKALOVÁ, P., DANIŠ, L., 2016. Dekubity v praxi. Pro sestry. *Medicína pro praxi*. 13/5, s. 263-267. ISSN 1214-8687

62. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha. Grada. Str. 20. ISBN 978-80-247-5711-7
63. ŠTĚTINA, J. BÝMA, S., et al., 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada Publishing. Str. 107. ISBN 978-80-247-4578-7
64. TÓTHOVÁ, V., DOLÁK, F., HUDÁČKOVÁ, A., et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2*. In: TÓTHOVÁ, V., *Konспект ošetrovatelského procesu*. Aktualizované vydání. Praha: Triton, 225s. ISBN 978-80-7387-785-9
65. VEISOVÁ, M., 2009. *Výskyt dekubitů u seniorů – management dekubitů v ČR a SRN*. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství.
66. VÉVODA, J., IVANOVÁ, K., NAKLÁDALOVÁ, M., et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3
67. VEVERKOVÁ, E., KOZÁKOVÁ, E., DOLEJŠÍ, L., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře*. Praha. Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-274-9
68. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., et al., 2012. *Onkologie pro sestry. 2. Přepřacované a doplněné vydání*. Praha. Grada. Str. 91-92. ISBN 978-80-247-3742-3
69. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ, J., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha. Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4
70. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III. Speciální část*. Praha: Grada. 308 S. ISBN 978-80-247-3421-7
71. ZACHAROVÁ, E., 2016 *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha. Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6
72. Zákon č. 284/2018 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) [online]. [cit. 2018-28-12]. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 30. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

9. Seznam příloh

Příloha č.1 – Predilekční místa

Příloha č.2 – Nortonova škála, Bradenova škála, Waterlowa škála, Medleyho škála, Barthelův test všedních činností

Příloha č.3 – Popis rány

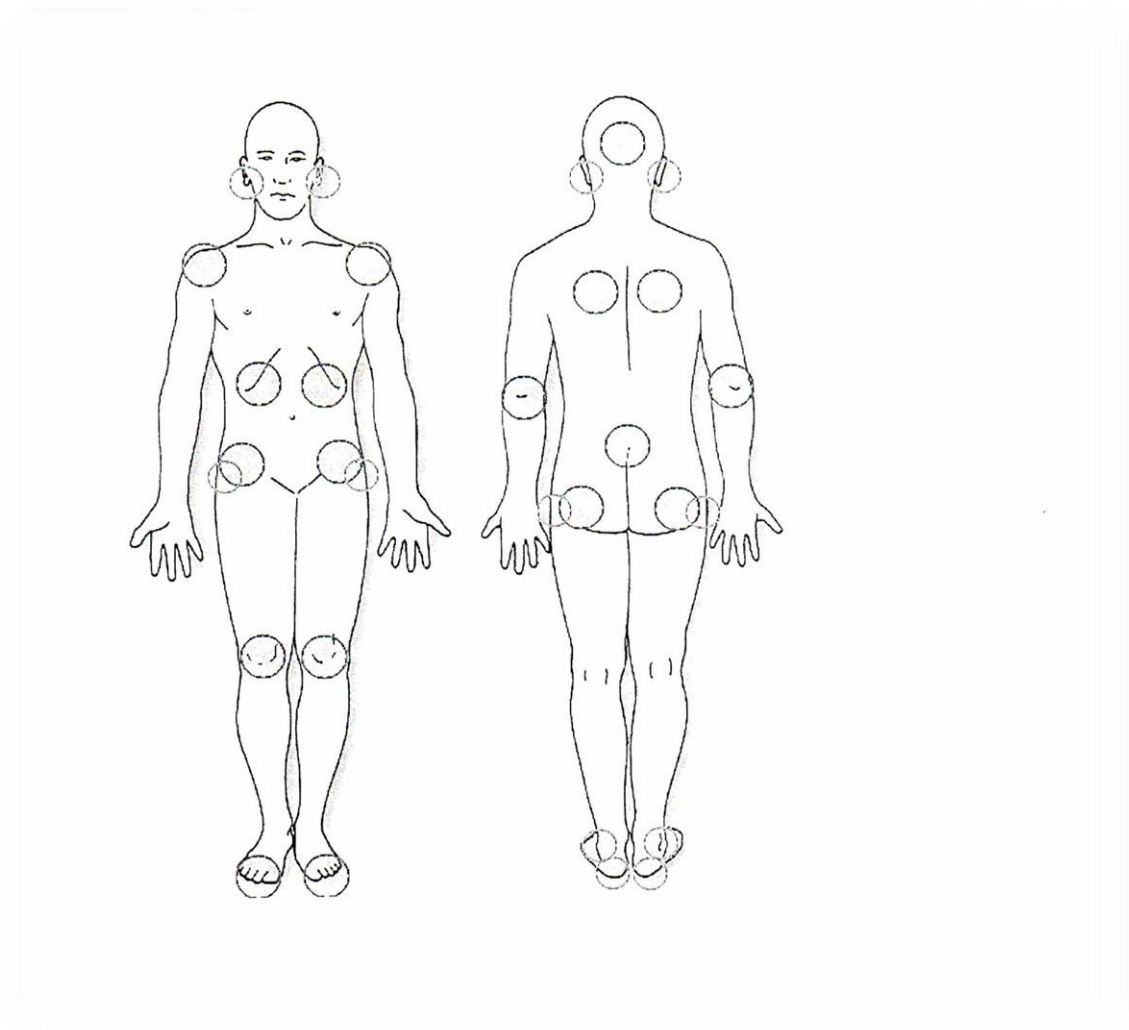
Příloha č.4 – Otázky pro rozhovory se sestrami původní verze

Příloha č.5 - Otázky pro rozhovory se sestrami konečná verze

Příloha č.6 – Informovaný souhlas pro účastníka výzkumu

Příloha č.7 – Scan zpracovaného rozhovoru

Příloha č.1 – Predilekční místa



Zdroj: Vlastní 2019

Příloha č.2 – Nortonova škála

Body	A) Fyzický stav	B) Stav vědomí	C) Aktivita	D) Pohyblivost	E) Inkontinence
4	Dobry	Dobry	Chodí	Plná	Není
3	Zhoršený	Apatický	S pomocí	Omezená	Občas
2	Velmi špatný	Zmatený	Sedící	Velmi omezená	Trvalá – moč
1	Špatný	Bezvědomí	Ležící	Žádná	Trvalá moč i stolice

Hodnocení	Předpokládaná úroveň rizika
17 – 20	Pravděpodobně žádné riziko
15 – 16	Nízké riziko
13 – 14	Střední riziko
10 – 12	Vysoké riziko
5 – 9	Velmi vysoké riziko
Celkové hodnocení : 16 bodů a méně = riziko	

Zdroj: Mikula, Müllerová (2008)

Bradenova škála

	1 body	2 body	3 body	4 Body	Bo dy
Smyslové vnímání (schopnost smyslově reagovat na nepohodlí, neklid, na bolest související s tlakem, citlivost pokožky, ... jsou-li pravdivé 2 odpovědi – zvolí se varianta s nižším počtem bodů)	Zcela omezené - nereaguje (nesténá, neucukává) na podněty bolesti, díky snížené úrovni vědomí nebo po utlumení léky NEBO - má omezenou schopnost cítit bolest na téměř celém povrchu těla (vážné poškození míchy)	Velmi omezené - reaguje pouze na bolestivé podněty, není schopen vyjádřit pocity, kromě sténání a neklidu NEBO - má poškození smyslu, což omezuje schopnost vnímat bolest na jedné polovině těla (poškození míchy)	Mírně omezené - reaguje na slovní podněty, ale není vždy schopen vyjádřit pocity nebo potřebu otočit se na lůžku NEBO - má určité poškození smyslu, které omezuje schopnost cítit bolest v jedné nebo obou končetinách	Bez omezení - reaguje dobře na slovní podněty NEBO - nemá žádné smyslové postižení, které by omezovalo schopnost cítit nebo vyjádřit bolest, pocity	
Vlhkost – pocení (stupeň, jak je pokožka vystavena vlhkosti, potu, působení moči, stolice)	Stále propocení - pokožka je trvale ve vlhkém prostředí díky potu, moči apod. - vlhkost je zjištěna pokaždé, když se pacient pohne nebo otočí	Propocení - pokožka je často, ale ne vždy zapocená, vlhká - ložní prádlo se musí měnit více než 2x denně	Občas propocení - pokožka je občas zapocená, vyžadující výměnu ložního prádla přibližně 1x denně	Výjimečně vlhký - pokožka je obvykle suchá - ložní prádlo vyžaduje výměnu pouze v běžných intervalech	
Aktivita (stupeň fyzické aktivity, pohyblivost)	Upoutaný na lůžko - zcela upoutaný na lůžko	Upoutaný na vozík - schopnost chůze silně omezena nebo je nemožná - není schopen udržet rovnováhu a nebo se mu musí pomoci posadit se na židli nebo na vozík	Občas chodí - občas během dne chodí, ale na velmi krátkou vzdálenost, s pomocí nebo bez pomoci - tráví po většinu dne na lůžku nebo na vozíku	Chodí často - chodí ven mimo pokoj nejméně 2x denně a na pokoji nejméně 1-2 hodiny během ranních hodin	
Pohyblivost (schopnost změnit a ovládat polohu těla)	Úplně imobilní - sám neudělá jakýkoli i jednoduchý pohyb tělem nebo končetinami bez pomoci	Velmi omezená - dokáže občas mírně změnit polohu těla nebo končetiny - není schopen samostatně udělat opakované nebo zásadní změny polohy těla	Mírně omezená - dokáže provést časté, i když malé změny polohy těla nebo končetiny samostatně bez pomoci	Bez omezení - dokáže provést zásadní a časté změny polohy těla zcela bez pomoci	
Výživa (profil obvyklého příjmu stravy, ... jsou-li pravdivé 2 odpovědi – zvolí se varianta s nižším počtem bodů)	Velmi špatná - nikdy nesní všechno jídlo, těžko sní více než 1/3 podaného jídla - přijme 2 porce nebo méně bílkovin (maso nebo mléčné produkty) - málo pije tekutiny - nepřijímá tekuté doplňky stravy (Nutridrink apod.) NEBO - dostává výživu infuzemi nebo „gastro“ sondou déle než 5 dní	Dost nepřiměřená - výjimečně sní celou porci a obvykle sní pouze 1/2 z podaného jídla - příjem bílkovin je omezen pouze na 3 porce masa nebo mléčných produktů denně - občas užívá doplňky stravy (Nutridrink apod.) NEBO - přijímá méně než podané množství tekuté stravy nebo stravy z lahve	Přiměřená - sní více než polovinu většiny podávaných jídel - sní denně až 4 porce bílkovin (maso, mléčné produkty) - občas odmítne maso, ale obvykle sní přílohu, je-li mu nabídnuta NEBO - přijímá stravu z lahve nebo speciální dietu, která kryje výživové potřeby pacienta	Výborná - sní většinu všech jídel, nikdy jídlo neodmítá - obvykle sní 4 nebo více porcí masa a mléčných produktů denně - občas jí i mezi jednotlivými jídly - nevyžaduje vitaminové doplňky, přílohy	
Tření a stříh (pohyb po podložce, na lůžku, na vozíku)	Problém - vyžaduje střední až úplnou pomoc při pohybu - úplné vyzvednutí bez posouvání po prostěradle není možné - časté sklouzávání na lůžku, židli, vozíku, vyžadující časté vyzvedávání s úplnou pomocí druhé osoby - křečovitost (spasticita), kontrakce NEBO - neklid, spasticita vede k častému tření pokožky o podložku	Potenciální problém - pohybuje se velmi špatně nebo vyžaduje částečnou pomoc - během pohybu pokožka klouže do určitého stupně proti prostěradlu, židli, překážce, apod. - dokáže se většinou relativně dobře posadit na lůžku nebo na židli - občas sklouzává dolů	Bez zjevných potíží - na lůžku a na vozíku se pohybuje samostatně - má dostatečnou svalovou sílu pro vyzvednutí se na lůžku a vozíku - udrží postavení končetin po celou dobu jak na lůžku, tak na vozíku, na židli		

Zdroj: Vlastní 2019

Waterlowova škála

Stavba těla/ výška v poměru váze		Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika		Medikace	
Průměrný	0	Zdravá	0	Muž	1	Podvýživa	8	Cytostatika	4
				Žena	2	tkání, např. termická kachexie		Vysoké dávky steroidů	
Nadprůměrný	1	Papírová	1	14-49	1	Srd.selhání	5	Proti- Zánětlivé Léky	
Obézní	2	Suchá	1	50-64	2	Perif.vas.nem.	5		
Podprůměrný	3	Edematózní	1	65-74	3	Anémie	2		
		Vlhká	1	75-80	4		1		
		Nepř.zbrav.	2						
		Porušená	3	81+	5				
Kontinence		Pohyblivost		Chuť k jídlu		Neurologická porucha		Operace, trauma	
Úplná/ katetrizován	0	Plná	0	Průměrná	0	DM		Ortopedická Pod úroveň pasu	5
Občasná	1	Neklidný	1	Snížená	1	Roztroušená skleróza	4	Páteř	
Katetrizován/ Inkontinence stolice	2	Apatie	2	Sonda (Pouze tekutiny)	2	Paraplegie	6	Trvající déle než dvě hodiny	
Obojí inkontinence	3	Omezená hybnost	3		3				
		Nehybný	4						
		V křesle	5						

Zdroj: Vorlíček et al. (2012)

Barthelův test všedních činností

Činnost, stav	Hodnocení zvládnutí činnosti	Počet bodů
1. Příjem stravy, tekutin	Nají se, napije se sám	10
	Nají se, napije se s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže (nutno krmit, gastrická sonda, apod.)	0
2. Oblékání	Oblékne se sám	10
	Oblékne se s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže	0
3. Osobní hygiena	Zvládne sám nebo s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže	0
4. Koupání	Zvládne sám nebo s pomocí druhé osoby	5
	Nezvládne	0
5. Vyprazdňování moči	Kontinentní (močení zvládne sám bez problémů)	10
	Občas inkontinentní (únik moči)	5
	Trvale inkontinentní (vyprazdňování neovládá)	0
6. Vyprazdňování stolice	Kontinentní (stolici zvládne sám bez problémů)	10
	Občas inkontinentní (únik stolice)	5
	Trvale inkontinentní (vyprazdňování neovládá)	0
7. Použití WC	Zvládne sám	10
	Zvládne s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže	0
8. Chůze po schodech	Zvládne sám bez pomoci	10
	Zvládne s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže	0
9. Přesun lůžko -> židle/vozík	Zvládne sám	15
	Zvládne s malou pomocí druhé osoby	10
	Přesun na vozík s dopomocí druhé osoby, vydrží sedět	5
	Sám se přesunout nedokáže	0
10. Chůze po rovině	Ujde více než 50 m	15
	Dokáže jít s pomocí druhé osoby	10
	Dokáže jet sám na vozíku	5
	Nedokáže sám zvládnout	0

Zaškrtněte počet bodů u každé položky a po ukončení testu body sečtěte

Datum:

Celkem bodů: 70 bodů

Hodnocení:

0 – 40 bodů = velmi silně závislý na pomoci druhé osoby v základních všedních činnostech

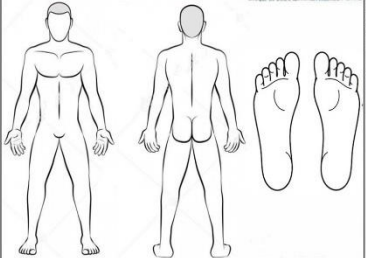
45 – 60 bodů = středně závislý, středně soběstačný

nad 60 bodů = nízká závislost nebo soběstačný, nezávislý na pomoci druhé osoby

Zdroj: Vlastní 2019

Příloha č.3 – Popis rány

OŠETŘOVÁNÍ DEKUBITŮ A JINÝCH KOŽNÍCH DEFEKTŮ

Jméno a příjmení		Rodné číslo/pojišťovna		list č.
zakreslí lokalizaci dekubitu či defektu				
Stupně dekubitů : 1. stupeň - začervenání 2. stupeň - tvorba puchýřů 3. stupeň - poškození všech vrstev kůže až povrchní nekroza 4. stupeň - hluboká nekroza penetrující do okolních orgánů				
Analýza rány :	Povaha rány	Okolí rány :	Okraje rány :	
dekubitus	epitelizující	otok	ohraničené	
ulcus cruris	granulující	zarudnutí	neohraničené	
gangréna	nekrotizující	ekzém		
reakce na AT	povleklá	macerace		
jiné	infikovaná	klidné		
Exudát :	Zápach :	Bolest :	Infekce :	
bílý	lehký	mírná	suspektní	
žlutý	ostrý	střední	stěry	
zelený	žádný	silná	potvrzená	
krvavý	jiný	žádná		
žádný		nelze hodnotit		
PLÁN A REALIZACE PÉČE				
Datum převazu :				
Velikost :				
Vzhled :				
Ošetření :				
Další převaz :			Podpis :	
Datum převazu :				
Velikost :				
Vzhled :				
Ošetření :				
Další převaz :			Podpis :	

Zdroj: Vlastní 2019

Příloha č.4 – Otázky pro rozhovory se sestrami původní verze

- 1) Kolik Vám je let?
- 2) Na jakém oddělení pracujete?
- 3) Jaké máte vzdělání, délku praxe, zkušenosti?
- 4) Co je podle Vás interdisciplinární tým a kdo tam patří?
- 5) Funguje týmová péče na vašem oddělení, nebo pracuje každý sám za sebe?
- 6) Jakou úlohu konají jednotlivý pracovníci? Jak jsou do péče zapojeni?
- 7) Jaké výsledky přináší Vaše péče, můžete ji nějak hodnotit?
- 8) Jak vnímáte postavení sestry a ostatních pracovníků v rámci týmové péče?
- 9) Má sestra a jednotlivý členové vliv na průběh ošetrovatelské péče ve vašem kolektivu?
- 10) Jak na Vašem oddělení funguje předávání informací?
- 11) Jak byste charakterizovali vztahy na pracovišti?
- 12) Jaké hodnotící škály využíváte u Vás na pracovišti?

- 13) Je pro Vás výsledek škály relevantní? Jak dále s tímto výsledkem pracujete? Co byste změnili?
- 14) Můžete jako sestra hovořit lékaři do možností léčby dekubitu?
- 15) Jak se na péči o pacienta s dekubity uplatňuje nižší zdravotnický personál?
- 16) Můžete uplatnit svoje dosavadní vzdělání?
- 17) Co je pro Vás dekubit znamená? Můžete jej nějak popsat?
- 18) Jak často se setkáváte s dekubity?
- 19) Kdo na vaší stanici ošetřuje dekubity?
- 20) Je na Vašem oddělení dostupný standart o ošetřování dekubitů? Jak často se aktualizuje? Dbáte na jeho pokyny?
- 21) Popište průběh ošetření dekubitů, jak vyhodnocujete stádia dekubitu, volbu léčebného postupu, materiálu.
- 22) Jak často na Vašem oddělení lékař kontroluje stav dekubitů?
- 23) Jaká je na Vašem oddělení dostupnost nových léčebných materiálů?

- 24) Vedete na oddělení převazový list? Kdo se podílí na vytváření a aktualizaci tohoto listu? Co se zde uvádí?
- 25) Víte, co všechno ovlivňuje výskyt dekubitu u pacienta?
- 26) Zaznamenáváte výskyt dekubitu, jeho ošetření a následné zhodnocení?
- 27) V jakých intervalech polohujete nemocné ve dne a v noci?
- 28) S jakými dalšími pracovníky spolupracujete při péči o pacienta s dekubity?
- 29) Jak vnímáte spolupráci s nutričním terapeutem?
- 30) Dbáte na doporučení fyzioterapeuta, nutričního terapeuta a jiných týmových pracovníků?
- 31) Jaký má dle Vás význam zapojení rodiny do péče o pacienta s dekubity?
- 32) Vzdělávají se sestry na vašem oddělení v léčbě ran? Jak se konkrétně vzdělávají?
- 33) Podporuje Vaše oddělení vzdělávání pracovníků v oblasti léčby ran?
- 34) Jaké máte zkušenosti s čerstvými absolventy? S jakými znalostmi přicházejí do praxe?
- 35) Zařadili byste ještě něco do základního vzdělávání sester?

Příloha č.5 – Otázky pro rozhovory se sestrami konečná verze

- 1) Kolik Vám je let?
- 2) Na jakém oddělení pracujete?
- 3) Jaké máte vzdělání, délku praxe, zkušenosti?

- 4) Co je podle Vás interdisciplinární tým a kdo tam patří?

- 5) Funguje týmová péče na vašem oddělení, nebo pracuje každý sám za sebe?
Popište mi, jak to probíhá, jak je na Vašem oddělení poskytovaná péče. Pokud byste něco změnila, co by to bylo, jak by mohla být poskytovaná péče „lepší“, případně co by Vám pomohlo, abyste z toho měla lepší pocit?

- 6) Jakou úlohu konají jednotliví pracovníci? Jak jsou do péče zapojeni?

- 7) Jaké výsledky přináší Vaše péče, můžete ji nějak hodnotit? Na stupnici od 1 – 10?
(10 - nejlepší)

- 8) Jak vnímáte postavení sestry a ostatních pracovníků v rámci týmové péče na Vašem oddělení?

- 9) Má sestra a jednotlivý členové vliv na průběh ošetrovatelské péče ve vašem kolektivu? Pokud ano, tak jaký:

Pokud ne, tak proč ne:
- 10) Jak na Vašem oddělení funguje předávání informací? Ústně, zapsání informace – jaký a kam, kdo to čte, kdo je u předání přítomen:

- 11) Jak byste charakterizovali vztahy na pracovišti?
- 12) Jaké hodnotící škály využíváte u Vás na pracovišti?

- 13) Je pro Vás výsledek škály relevantní? Jak dále s tímto výsledkem pracujete? Co byste změnili?
- 14) Můžete jako sestra hovořit lékaři do možností léčby dekubitu?
- 15) Jak se na péči o pacienta s dekubity uplatňuje nižší zdravotnický personál?
- 16) Můžete uplatnit svoje dosavadní vzdělání?
- 17) Co je pro Vás dekubit znamená? Můžete jej nějak popsat?
- 18) Jak často se setkáváte s dekubity?
- 19) Kdo na vaší stanici ošetřuje dekubity? Je nějaký rozdíl v ošetřování v pracovní den a o víkendech?
- 20) Je na Vašem oddělení dostupný standart o ošetřování dekubitů? Co obsahuje? Jak často se aktualizuje? Dbáte na jeho pokyny?
- 21) Popište průběh ošetření dekubitů, jak vyhodnocujete stádia dekubitu, volbu léčebného postupu, materiálu.
- 22) Jak často na Vašem oddělení lékař kontroluje stav dekubitů?
- 23) Jaké léčebné materiály využíváte u Vás na pracovišti?

- 24) Vedete na oddělení převazový list? Kdo se podílí na vytváření a aktualizaci tohoto listu? Co se zde uvádí?
- 25) Víte, co všechno ovlivňuje výskyt dekubitu u pacienta? U jakého pacienta se setkáváte s dekubity nejčastěji? Odkud k Vám přicházejí s již vzniklými dekubity?
- 26) Zaznamenáváte výskyt dekubitu? Jak? Kam zaznamenáváte jeho ošetření a následné zhodnocení?
- 27) V jakých intervalech polohujete nemocné ve dne a v noci?
- 28) S jakými dalšími pracovníky spolupracujete při péči o pacienta s dekubity?
- 29) Jak vnímáte spolupráci s nutričním terapeutem?
- 30) Dbáte na doporučení fyzioterapeuta, nutričního terapeuta a jiných týmových pracovníků?
- 31) Jaký má dle Vás význam zapojení rodiny do péče o pacienta s dekubity? Zapojujete je u svých pacientů?
- 32) Vzdělávají se sestry na vašem oddělení v léčbě ran? Jak se konkrétně vzdělávají?
- 33) Podporuje Vaše oddělení vzdělávání pracovníků v oblasti léčby ran?
- 34) Jaké máte zkušenosti s čerstvými absolventy? S jakými znalostmi přicházejí do praxe?
- 35) Zařadili byste ještě něco do základního vzdělávání sester?

Příloha č. 6 – Informovaný souhlas pro účastníka výzkumu

Byla jsem seznámena s cílem a obsahem výzkumného projektu na téma: Úloha sestry v interdisciplinárním týmu v péči o pacienta s dekubity, který vede Bc. Šárka Hubková.

Souhlasím s účastí na tomto výzkumu a dávám své svolení výzkumnici, aby materiál, který získá při rozhovoru se mnou, použila za účelem napsání své diplomové práce. Souhlasím s provedením rozhovoru a následně s jeho přesným přepisem. Dávám souhlas, že výzkumnice může ve své diplomové práci citovat informace, které jí poskytnu. Jsem si vědoma, že všechny mé osobní údaje zůstanou v anonymitě, nikde ve zpracování se neobjeví mé jméno.

Jsem si vědoma, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví obtížné téma, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku a kdykoliv ukončit rozhovor.

Jsem si vědoma, že mohu odstoupit od tohoto výzkumného projektu do sedmi dní od poskytnutí rozhovoru.

JMÉNO:

PODPIS:

DATUM:

Příloha č. 7 – Scan zpracovaného rozhovoru

Rozhovor se sestrou č.2

- 1) Kolik Vám je let?
24 let
- 2) Na jakém oddělení pracujete?
Oddělení dlouhodobě nemocných
- 3) Jaké máte vzdělání, délku praxe, zkušenosti?
Bc., 2 roky, na ODN od svých 22 let, před tím školní praxe na různých odděleních
- 4) Co je podle Vás interdisciplinární tým a kdo tam patří? *CELÝ PERSONÁL*
U nás na oddělení máme nejvyšší paní primářku, dvě lékařky, vrchní sestru, staniční sestru, denní sestru, všeobecné sestry, praktické sestry, ošetřovatelky, sanitáře a taky rehabilitační sestry. Je nás víc než dost.
- 5) Funguje týmová péče na vašem oddělení, nebo pracuje každý sám za sebe? Popište mi, jak to probíhá, jak je na Vašem oddělení poskytovaná péče. Pokud byste něco změnila, co by to bylo, jak by mohla být poskytovaná péče „lepší“, případně co by Vám pomohlo, abyste z toho měla lepší pocit? *+*
Naše péče bych řekla, že je velmi kvalitní. Pracujeme týmově, rovnoprávně. Všichni konají svoji činnost efektivně a svědomitě. Mohla by být poskytovaná péče lépe kdyby bylo méně pacientů na jednu sestru.
- 6) Jakou úlohu konají jednotliví pracovníci? Jak jsou do péče zapojeni?
Každý konají svědomitě svoji činnost, není třeba se navzájem kontrolovat.
- 7) Jaké výsledky přináší Vaše péče, můžete ji nějak hodnotit? Na stupnici od 1 – 10? (10 - nejlepší).
Myslím si, že naše oddělení je velice kvalitní v poskytování služeb. Číslem 9 bych ho hodnotila.
- 8) Jak vnímáte postavení sestry a ostatních pracovníků v rámci týmové péče na Vašem oddělení?
Vztahy mezi lékaři a sestrami jsou skvělé, máme mezi sebou velmi vřelý partnerský vztah, spolupráce s našimi lékaři je skvělá. S některými sloužícími lékaři je to občas těžší, ale vždycky to společně nějak zvládneme. Vztahy mezi ostatními zaměstnanci jsou řekla bych také velmi dobré, někdy se samozřejmě stane, že si někteří nenesou, nerozumí si prostě jako lidé, ale je pravda, že i tak jsou schopni spolu pracovně nějak vyjít.

9) Má sestra a jednotlivý členové vliv na průběh ošetrovatelské péče ve vašem kolektivu?
Pokud ano, tak jaký: určitě ano, všichni svědomitě zastávají svoji funkci, a tak dohromady tvoří fungující celek, který napomáhá k dosažení efektivního cíle

Pokud ne, tak proč ne: /

10) Jak na Vašem oddělení funguje předávání informací? Ústně, zapsání informace – jaký a kam, kdo to čte, kdo je u předání přítomen:

Předávání služeb u nás probíhá na sesterně a musí být přítomen i nižší zdravotnický personál.

11) Jak byste charakterizovali vztahy na pracovišti? Dobré. (popsáno v otázce č.8)

12) Jaké hodnotící škály využíváte u Vás na pracovišti?

U nás na oddělení používáme Barthelův test, test Nortonové, riziko pádu, nutriční screening – tyto škály hodnotíme vždy při příjmu a pak každý týden. Kromě nutričního screeningu, ten hodnotíme 1x za 14 dní. Nově používáme i klasifikaci dle Maddona, asi dva měsíce, tu hodnotíme dvakrát denně.

13) Je pro Vás výsledek škály relevantní? Jak dále s tímto výsledkem pracujete? Co byste změnili? Při hodnocení zde na oddělení, kde se přepočítávají každý týden ano.

14) Můžete jako sestra hovořit lékaři do možností léčby dekubitu?

Někdy ano.

15) Jak se na péči o pacienta s dekubity uplatňuje nižší zdravotnický personál?

Položuje, zajišťuje podání stravy, hydrataci, oš. pokožku a dekubity I. stupně.

16) Můžete uplatnit svoje dosavadní vzdělání?

Ano

17) Co je pro Vás dekubit znamená? Můžete jej nějak popsat?

Defekt na pokožce či hlubších vrstev kůže až poškození tkání. Způsoben vlivem tlaku.
Podmíněn rizikovými faktory.

18) Jak často se setkáváte s dekubity?

Každou směnu.

19) Kdo na vaší stanici ošetřuje dekubity? Je nějaký rozdíl v ošetřování v pracovní den a o víkendech?

Sestra ve směně. Sanitáři ošetřují dekubity I. stupně.

10. Seznam zkratek

Bc. – Akademický titul označující absolventa vysoké školy v bakalářském studijním programu

Dis. – Neakademický titul označující absolventa vyšší odborné školy

Dps a Dzvr – Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem

EPUAP – Evropský poradní panel pro dekubity

KatLab – Katetrizační laboratoř

NGS – Nasogastrická sonda

ONP – Oddělení následné péče

PEG – Perkutánní endoskopická gastrostomie

PMK – Permanentní močový katétr