

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

Péče o pokožku na ARO a JIP

Bakalářská práce

Vedoucí práce

2008

Autor práce

Bc. Veronika Švábová, R.N.

Eva Mužíková

Abstract

Skin care as practiced at Anesthetization & Resuscitation Ward (ARW) and Intensive Care Unit (ICU)

My Bachelor Paper, focused as indicated in the title, relied on questionnaires distributed among nurses to find out whether they could access with sufficient readiness the anti-decubitus aids and hygiene agents needed for proper care of the patients. Moreover, through inconspicuous observation I tried to make sure the patients had the aids readily available. The first hypothesis, proved warranted, predicted that the nurses took proper care of the patients' skin in conformity to the relevant nursing standards. This hypothesis could be confirmed because I had a chance of reading standards used to regulate practices at the health-care facility being investigated. The nurses had available an adequate range of aids required to adjust the patients' positions, keep the patients clean and take care of their skin. The second hypothesis predicted that the ARW and ICU patients had available the anti-decubitus aids. Now, with the questionnaires reviewed and the observation completed, I can conclude that this hypothesis has been confirmed as well.

I believe, the care is also dependent on sufficient supply of bedclothes available the wards and units; judging from my observation and the questionnaires returned by some selected nurses, the bedclothes are in no short supply. The occurrence of decubitus ulcers in these patients is not extremely widespread, and their injuries heal mostly *per primam*. The nurses try to improve their relevant qualifications by reading vocational periodicals and attending thus oriented seminars - obviously, they pay proper attention to these issues.

The Paper endeavored to map the care of skin provided by nurses at the AR Ward and the IC Unit. In my opinion this objective has been met. To get a better idea of my research results, please see the related charts.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „Péče o pokožku na ARO a JIP“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 5.5. 2008

.....

Poděkování

Děkuji vedoucí své bakalářské práce paní Bc. Veronice Švábové, R.N., za cenné rady a za trpělivost všem svým blízkým.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Charakteristika oddělení	4
1.2 Péče o pokožku.....	6
1.3 Hygienická péče	7
1.3.1 Posouzení.....	8
1.3.2 Ošetrovatelská diagnóza.....	9
1.3.3 Cíle ošetrovatelské péče.....	11
1.3.4 Aktivita sestry v péči o pokožku.....	11
1.3.5 Hodnocení.....	15
1.4 Poškození kůže	15
1.4.1 Dekubity	15
1.4.2 Rány	17
1.5 Hojení.....	20
1.5.1 Primární hojení rány (sanatio per primam intentionem).....	20
1.5.2. Sekundární hojení rány (sanatio pre secundam intentionem).....	22
1.6 Prevence ranné infekce.....	26
2. Cíl práce a hypotézy	28
2.1 Cíl práce	28
2.2. Hypotézy práce.....	28
3. Metodika práce	29
3.1 Použitá výzkumná metoda	29
3.2. Charakteristika výzkumného vzorku	30
4. Výsledky	31
4.1 Výsledky dotazníků	31
4.2 Výsledky pozorování	50
5. Diskuse	57
6. Závěr	62

7. Seznam použité literatury	63
8. Klíčová slova	66
9. Přílohy	67
9.1 Seznam příloh	67

Úvod

V současné době, kdy je dostupná ta nejlepší a nejefektivnější technika, která často zachraňuje životy pacientů, jenž by dříve neměli sebemenší šanci na přežití., mohou být opomíjeny jiné oblasti, které se nemusejí zdát tak důležité. Medicína zná také spoustu nejrůznější nových preparátů, které mohou zvrátit průběh dříve neléčitelných onemocnění, která omezovala a často ukončovala životy pacientů. Dalo by se tedy říci, že v dnešní době je jen málo onemocnění a stavů, se kterými by si odborníci nevěděli rady. I obor ošetrovatelství se tímto směru velice rozvinul a to zejména v oblasti monitorace pacienta. Myslím si, že z těchto důvodů může být často přehlíženo něco, z hlediska náročnosti a důležitosti tak samozřejmého, jako je péče o pokožku pacienta. To bylo z jedním z důvodů proč sem si toto téma vybrala jako téma své bakalářské práce. Dalším důvodem je i to, že péče o pokožku na odděleních ARO a JIP má spoustu specifik, i když tato oddělení mají prioritně na starosti zajištění životních funkcí pacienta nebo monitorování jeho vážného stavu. Chtěla bych upozornit na to, že péče o pokožku pacienta nesmí být opomíjena i když někdy musí ustoupit mnohem důležitějším výkonům. Ošetrovatelský personál by měl být dostatečně informován o této důležitosti a dbát na kvalitní plnění těchto výkonů. Mým cílem v této práci je zmapovat specifika této péče na odděleních ARO a JIP. Tato práce by měla být jak motivací pro zdravotnický personál, tak i materiálem, ze kterého mohou v této problematice čerpat.

1. Současný stav

1.1 Charakteristika oddělení

ARO – oddělení je určeno k péči o pacienty se selhávajícími životními funkcemi, které je možné farmakologicky nebo přístrojově nahrazovat. Může být specializováno na péči o akutní kritické stavy nebo být zaměřeno na chronickou resuscitačně intenzivní péči. (26).

JIP – na těchto odděleních je poskytována intenzivní specializovaná zdravotní péče s možností monitorování kriticky nemocných pacientů a pacientů okamžitě po operaci. Tato péče je poskytována specializovaným multidisciplinárním týmem na zvláštní jednotce v nemocnici (9, str 218)

Sestry. Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v České republice bylo třeba zásadním způsobem upravit v souladu s požadavky Evropské unie, zásadami volného pohybu osob v oblasti poskytování zdravotní péče, volného přístupu fyzických osob ke zdravotnickému vzdělávání a přístupu právnických i fyzických osob k poskytování zdravotnického vzdělávání s cílem volného uplatnění na pracovním trhu Evropské unie. Vzdělávání sester je členěno do třech úrovní. Primární úroveň zůstává základní devítiletá škola. Sekundární vzdělání je možné získat na kterékoliv střední odborné škole s maturitou. Pokud student/ka absoluuje čtyřletou střední zdravotnickou školu, získává možnost pracovat ve zdravotnickém zařízení pouze pod odborným dohledem jako zdravotnický asistent. Terciární sféra představuje kvalifikační vzdělání na vyšších odborných školách (VOŠ) nebo na vysokých školách (VŠ), kam se mohou hlásit absolventi všech středních škol s maturitou. Zatímco po 3,5letém studiu na vyšší odborné škole získává student/ka titul „diplomovaný specialista“ (DiS), po tříletém studiu na vysoké škole získává titul „bakalář“ (Bc). Teprve po ukončení tohoto studia je způsobilá/ý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Podmínkou k samostatnému výkonu zdravotnického povolání je vedle získání příslušné odborné způsobilosti též registrace (osvědčení). Důvodem registrace je zajištění vysoké úrovně poskytování zdravotní péče a její periodická kontrola. Slouží rovněž k zabezpečení volného pohybu osob a uznání profesního

vzdělání pro výkon povolání v zemích Evropské unie (6, str 25). Dalším stupněm je specializační vzdělávání, které je možné získat pouze absolvováním vzdělávacích programů, které jsou akreditovány ministerstvem zdravotnictví. Vzdělávání, které vede k získání specializované způsobilosti, by mělo být koncipováno modulový způsobem, jenž umožňuje a) vhodnou kombinací a seřazením modulů dosáhnout u všech účastníků studia požadované úrovně znalostí a dovedností, b) volit si speciální moduly nebo certifikované kurzy, a tak se vzdělávat v problematice, která přímo souvisí s výkonem povolání každého jednotlivce, c) těsné sepětí teorie s praxí. V modulovém systému vzdělávání se rozlišují tři úrovně modulů. Základní moduly jsou společné pro všechny sestry všech specializačních studií. Jsou zaměřeny na všeobecné znalosti a dovednosti např. z psychologie, sociologie, pedagogiky, výzkumu, managementu apod., které jsou potřebné pro práci sester se specializovanou způsobilostí ve všech oborech. Odborné moduly jsou povinné v souladu se zvoleným oborem specializačního studia. Speciální moduly jsou zaměřeny na odbornou, úzce specializovanou problematiku a sestry si je zvolí podle vlastního zaměření a potřeb pracoviště. Speciální moduly mohou být nahrazeny certifikovanými kurzy, jejichž absolvováním účastník získává zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezené činnosti. Certifikované kurzy lze absolvovat před základním nebo odborným modulem specializačního vzdělávání. Celoživotní vzdělávání je základním předpokladem dobrého výkonu zdravotnického povolání. Obor medicíny a ošetřovatelství se velmi rychle rozvíjí – neustále dochází k podstatným změnám ve způsobech poskytování péče, které je třeba si osvojit a převést do praxe. Práce sestry je spojena s mnoha riziky jak pro pacienta, tak pro sestru jako poskytovatele péče. Toto zodpovědné povolání vyžaduje celoživotní vzdělávání k výraznému snížení všech rizik (6, s25-26).

V současné době se stále zvyšují požadavky na vzdělání zdravotnického personálu. Sestry mohou být zařazeny do akreditovaného specializačního programu „ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“, který je rozdělen na teoretickou a praktickou část. Každá z částí by měla trvat 8

týdnů a z toho 2 týdny praktické části na akreditovaném pracovišti. Pracoviště pro praktickou výuku jsou FN u Sv. Anny v Brně, FN Hradec Králové, FN Olomouc a Nemocnice na Homolce Praha. Za absolvování tohoto oboru je přiděleno 120 kreditů. Tento obor se zabývá ošetrovatelskou péčí v anesteziologii resuscitaci a intenzivní péči se zaměřením na neodkladnou péči, péči v anesteziologii a dlouhodobou plicní ventilaci (25). Sestry musí umět diskutovat o širších problémech, ovlivňujících zdraví a vývoj pokud chtějí, aby je ostatní poslouchali. Stále větším zájmem společnosti o problémy týkajících se žen dává sestřám vynikající příležitost vést diskuse shora, protože jsou odbornicemi z převážně ženské profese (16 str. 105). Vzdělávání sester je upraveno v zákoně č. 96/2004 SB., o nelékařských zdravotnických povoláních, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

Skladba pacientů. Na oddělení ARO jsou přijímáni pacienti u kterých je riziko selhání životních funkcí nebo pacienti u kterých již k tomuto problému došlo. Na všech typech intenzivní péče je stav pacientů nepřetržitě sledován sestrou a veškeré informace jsou zaznamenávány do dokumentace. Pacienti jsou přijímáni na tato oddělení z jiného zdravotnického zařízení, od rychlé záchranné služby, z ostatních oddělení nemocnice, případně z ambulance. Požadavky na minimální technické a personální vybavení, stejně jako seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami je možné najít ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví číslo 493/2005 Sb.(6)

Na odděleních JIP jsou hospitalizováni pacienti po náročnějších chirurgických výkonech a při další stavech, které vyžadují zvýšenou a intenzivní péči či případnou monitoraci životních funkcí. Jednotky intenzivní péče mohou být součástí prakticky všech specializovaných oddělení.

1.2 Péče o pokožku

Anatomie kůže. Kůže se skládá z povrchové pokožky, hlouběji uložené šváry a z podkožního vaziva. Zrohovatělé buňky tvoří mechanickou ochranu kůže.

Škára je složena z vazivových buněk a z pružných vazivových vláken. Ve škáře probíhají cévy a nervy, a jsou zde uloženy vlasové kořeny, potní a mazové žlázy. Ve výběžcích škáry jsou specializovaná nervová zakončení. Mazové žlázy produkují tukovitou látku, která na kůži vytváří ochranný film. Potní žlázy vylučují pot a ochlazují povrch kůže a regulují tak tělesnou teplotu. Zasahuje do hospodaření s vodou v těle. Funkce kůže jsou mnohostranné. Kůže představuje mechanickou ochranu těla, jsou v ní uloženy různé typy receptorů a podílí se na udržování teploty. V podkožním vazivu je uložen zásobí tuk a vitamíny.(3, str 336).

1.3. Hygienická péče

Podporuje čistotu, zlepšuje vlastní obraz zlepšením vzhledu a pomáhá udržovat pokožku v dobrém stavu. Hygiena je ovlivněna kulturními, sociálními, rodinnými a individuálními faktory, jako je péče o zdraví a vnímáním pohodlí a potřeb. Lidé si můžou a nemusí být vědomi svých individuálních potřeb. Když jsou lidé nemocní, hygiena se často stává druhotnou v porovnání s ostatními funkcemi. Jeden ze znaků je, že se člověk cítí lépe, je zájem oholit se, učesat nebo upravit si tvář. Lidé kteří jsou nemocní, často nezvládají péči o sebe sama nebo jim chybí energie k vykoupaní nebo čištění zubů, tak tuto činnost musí převzít sestra a to i v případě, že jsou v bezvědomí. Vyžadují pomoc při uskutečnění mnohých hygienických činností. Pro sestru je důležité přesně vědět, kolik hygienických činností pacient zvládne sám a při kterých potřebuje pomoc a kontrolu zdravotnického personálu. Proto mají sestry k dispozici hodnotící škály a tabulky (viz příloha 3). Pacient může vyžadovat péči při močení, defekaci, zvracení a vždy když se znečistí, např. při hnisání rány anebo silném pocení (10). V hygienické péči je nutná individualizace pomůcek, přednostní používání jednorázových pomůcek, přísné dodržování aseptických metod a postupů (6).

Hygienickou péči sestra u pacienta provádí dvakrát denně a poté dle potřeby. Nejčastěji sestra používá hygienické prostředky dle zvyku oddělení nebo osobní hygienické potřeby pacienta. Do hygienické péče patří: oholení, šetrné čištění dutiny nosní pomocí štětiček, hygiena dutiny ústní (zubní kartáček, pasta, glycerinové štětičky, tampony namočené v peroxidu vodíku). Dále sem spadá hygiena očí, kdy můžeme provést např. výplach spojivkového vaku borovou vodou. Hlavní částí hygienické péče je celková koupel pacienta. Do hygienické péče dále patří promazání celého těla, péče o všechny vstupy zavedené do těla pacienta. Sestra nesmí zapomínat také na přestlání celého lůžka, masáž zad, ošetření dekubitů, polohování nemocného. Jedenkrát týdně by měla sestra zajistit stříhání nehtů a mytí vlasů. (6).

1.3.1 Posouzení

Ošetrovatelský proces u hygienické péče se skládá z posouzení, kde se při získávání informací orientujeme na jednotlivé oblasti osobní hygieny. Oblast péče o kůži. Zde sestra zjišťuje, jak klient běžně pečuje o svou hygienu (koupe se, sprchuje se), které hygienické výrobky používá, má-li těžkosti s prováděním hygienické péče, jak by mu nejlépe mohla pomoci. Sestra se informuje, má-li pacient kožní problémy. Pozitivní odpovědi klienta je třeba upřesnit (od kdy, jak často, čím ošetřuje). V případě, že je pacient v bezvědomí, musí sestra všechny tyto informace zjistit od rodinných příslušníků. Sestra musí zhodnotit stav pokožky při příjmu pacienta a pravidelně provádět toto hodnocení dle zvyklosti oddělení. K tomuto hodnocení je často používána tabulka dle Nortonové (viz příloha 3)

Oblast péče o hygienu dutiny ústní. Tady sestra zjišťuje jak běžně pečuje klient o dutinu ústní a chrup, jaké ústní hygienické přípravky používá, kdy byl naposled u stomatologa, má-li problémy s prováděním péče o dutinu ústní. Sestra se informuje o minulých i současných problémech (zánět dásní, krvácení, afty, poškození sliznice, bolesti zubů).

Oblast péče o nohy a nehty. V této oblasti sestra zjišťuje, jak klient provádí běžnou péči o nohy a nehty, má-li nějaké problémy při jejich ošetřování a jestli mu může pomoci. Zjišťuje rizikové faktory (pohybové problémy, otlaky, bradavice), má-li diabetes mellitus či poruchy či poruchy cirkulace krve a lymfy v oblasti dolních končetin.

V oblasti péče o vlasy se zaměřujeme na to, jak klient vykonává běžnou péči a zda má v této oblasti problémy se soběstačností, jaké používá přípravky (šampony, kondicionéry, laky), má-li v současné době nějaké problémy s vlasy či kůží ve vlasaté části hlavy (alopecie - vypadávání vlasů, lámavé, suché vlasy, lupy apod).

Oblast péče o oči, uši a nos, informujeme se o přítomnosti problémů, výtoku nebo jiných patologických situací. Oblast péče o genitál zde sestra zjišťuje způsob provádění běžné denní péče. Dále se sestra informuje o návycích klienta týkajících se osobního prádla a jeho požadavky na výměnu ložního prádla (14).

1.3.2 Ošetrovatelská diagnóza

V oblasti hygienické péče a soběstačnosti pacienta by bylo možné vymyslet a použít spoustu nejrůznějších ošetrovatelských diagnóz podle taxonomie NANDA II. Vybrala jsem zde tu, která mi připadá velice důležitá a často používaná

Deficit sebepéče při koupání a hygieně – 00108 - Tuto ošetrovatelskou diagnózu pacientovi sestra může přidělit podle těchto určujících znaků: neschopnost umýt si celé tělo nebo jeho části, opatřit si a udržet zdroje vody, regulovat teplotu nebo proud vody ke koupání, zaopatřit si potřeby ke koupání, osušit se, přemístit se do koupelny nebo z ní (11)

Posouzení. Dále by sestra měla určit funkční úroveň při koupání a hygieně. Tu hodnotí takto: 0 – plně soběstačný, 1- potřebuje pomocné prostředky, 2- potřebuje pomoc od další osoby, asistenci, dohled nebo edukaci, 3 – potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky, 4- je závislý, na tělesné

aktivitě se nepodílí. Pokud sestra najde alespoň jeden určující znak hledá související faktory: snížená nebo nedostatečná motivace, bolest, silná úzkost, neschopnost vnímat své tělo nebo jeho části, percepční nebo kognitivní poruchy, vyčerpanost nebo únavnost, neuromuskulární poškození, muskuloskeletové poškození, dyskomfort, bariéry prostředí. Pokud sestra nalezne kombinaci některých z určujících znaků a některého ze souvisejících faktorů, přistoupí k ověření. Zváží, zda je pacient skutečně v situaci, jak stanovuje definice: Deficit sebedpěče při koupání a hygieně je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka se zhoršenou schopností se samostatně okoupat a vykonávat nebo dokončovat denní hygienu. Pokud je výsledek ověření pozitivní, zaznamenává sestra přítomnost deficitu sebedpěče při koupání a hygieně do ošetrovatelské dokumentace (11, str. 120).

Deficit sebedpěče vyjadřuje vztah mezi kompetencí sebedpěče a situační potřebou sebedpěče jednotlivců, u nichž schopnosti k sebedpěči neumožňují vyplnění některých nebo všech komponentů jejich situační potřeby sebedpěče (2 str. 33)

Další vybrané ošetrovatelské diagnózy, které by bylo možné zde použít:

Porušená kožní integrita – 00046 - ve vztahu k mobilitě, k nedostatku či nadbytku výživy a tekutin, k vlhkosti, k dráždění kůže (chemické, mechanické, inkontinence moči), k radioterapii, k léčbě.

Akutní bolest – 00132 - související s narušením integrity kůže (proleženina, otlak na nohou, špatně ošetřené nehty, bolestivé léze v dutině ústní, špatně přilehající zubní protéza).

Riziko infekce – 00004 - v souvislosti s narušenou celistvostí kůže.

Situačně snížená sebeúcta – 00120 - v souvislosti s nedostatečným uspokojením potřeby hygieny, např. zápach těla, nohou (11).

1.3.3 Cíle ošetrovatelské péče

Pro pacienta je nejuspokojivější a nejjistější cesta k dosahování cíle je ta, kdy je tohoto cíle dosaženo postupně. Sestra se musí snažit o podrobnější rozebrání každého dílčího cíle. (8) Klient má dostatek informací o významu hygienické péče a způsobech provádění hygieny, má vytvořené správné hygienické návyky a podílí se podle svého zdravotního stavu na hygienické péči o své tělo, vyjadřuje uspokojení v oblasti potřeby hygieny. Dalším z cílů ošetrovatelské péče o hygienu, je dostatečně prokrvená, nepoškozená pokožka, u které není riziko vzniku kožních defektů a nebo je toto riziko minimální. Právě snaha o zdravou a celistvou pokožku, by měla patřit mezi priority při ošetřování pacienta, protože se tím snižuje i riziko vzniku infekce a tím i zhoršení stavu pacienta. Náhlé zhoršení stavu může být často spojeno se stavy akutních intoxikací (19).

1.3.4 Aktivita sestry v péči o pokožku

Sestra se zaměřuje zejména na dosažení stanovených cílů v oblasti hygienické péče a navození pocitu čistoty a pohody. Snaží se zajistit hygienické potřeby pacienta, pokud možno s respektováním jeho individuálních zvyklostí a využitím aktivní spolupráce pacienta. Péče o pokožku může být intenzivní péče mnohdy přehlížena (12).

Hygienická péče se rozděluje podle individuální soběstačnosti pacienta. Na odděleních ARO a JIP se sestra nejčastěji setkává se pacienty částečně soběstačnými a nebo zcela nesoběstačnými, proto zde neuvádím hygienickou péči u pacienta zcela soběstačného.

Hygienická péče u částečně soběstačného pacienta. Člověk částečně soběstačný je schopen s pomocí ošetřujícího personálu provést hygienickou péči v rámci svých fyzických možností. Sestra připraví všechny potřebné pomůcky k dosahu pacienta, pomáhá s přepravou do koupelny, osprchováním, koupáním.

Pečlivě sleduje, kdy bude klient potřebovat její pomoc a aktivně jí poskytuje, připraví např. zubní pastu na kartáček, vypomůže s umytím těch částí těla, na které klient nestačí. Je-li potřeba, ostříhá nehty, pomůže s úpravou vlasů a s oblečením čistého prádla. Splní přání pacienta týkající se např. masáže či aplikace kosmetických přípravků. Při veškeré činnosti podporuje aktivitu a samostatnost klienta, oceňuje jeho snahu. Mytí vlasů částečně soběstačnému pacientovi provádí v koupelně u umyvadla nebo ve sprše, či s použitím kadeřnického umyvadla. Pacient má hlavu v předklonu či záklonu. Při provádění hygienické péče si sestra všímá změn na pokožce a vše pečlivě zaznamenává do dokumentace.

Hygienická péče u ležícího nebo nehybného klienta. Tato hygienická péče je dále rozdělena na ranní a večerní toaletu. Vyžaduje maximální intervenci ošetřujícího personálu, sestra musí zajistit ranní a večerní toaletu, poskytnout celkovou koupel na lůžku, zajistit péči o dutinu ústní, nehty, uši, nos, oči a vlasy. Ranní toaleta zahrnuje péči o dutinu ústní, umytí horní poloviny těla, umytí a opláchnutí perineálně-genitální oblasti, péči o kůži včetně masáže zad, péči o vlasy (úprava účesu), úpravu lůžka a výměnu ložního prádla podle potřeby. Sestra připraví veškeré pomůcky k lůžku pacienta a podle jeho schopností mu s hygienou pomáhá nebo ji provádí sama s pomocí pomocného personálu. Toaletu začínáme péčí o dutinu ústní, ta je na těchto oddělení velice specifická. Závisí na možných defektech v ústech pacienta, na zavedení enterální sondy nebo při endotracheální intubaci. Dbáme na to, aby pacient měl ústní dutinu neustále volnou, k jejímu vyčištění použijeme odsávání k odstranění nadměrné sekrece slin či vykašlávání. Odsávání by mělo být rychlé, sterilní a šetrné. Nemělo by trvat déle než 10 sekund. Sestra používá odsávací cévky na jedno použití. Při opakovaném odsávání je důležité nechat pacienta několikrát prodechnout kyslíkem. Častost odsávání závisí na potřebě pacienta. Péče o dutinu ústní. Pacient si čistí zuby buď sám zubním kartáčkem pastou, popřípadě používá dentální nit. Pokud tohoto úkonu není schopen, provádí mytí zubů sestra. Krouživými pohyby postupně čistí vnější i vnitřní povrchy zubů včetně kousacích

ploch. Po vyčištění zubů zajistí důkladné vypláchnutí dutiny ústní vodou pokud ji klient používá. Péče o zubní náhrady zajistí sestra. Při čištění postupuje vzhledem k jejich snadnému poškození velmi opatrně. Protézy sestra čistí speciálním čistícím prostředkem a kartáčkem na zubní protézy ve vlažné vodě. Po očištění se důkladně opláchnou a vsadí zpět do úst pacienta. Zvláštní péče o dutinu ústní se provádí u pacienta v bezvědomí nebo v případě patologicky změněné sliznice v dutině ústní, např. při příliš suché sliznici dutiny ústní, při tvorbě příškvarů apod. při této péči musí sestra kromě zubů čistit také ústní sliznici a jazyk. V jednotlivých zdravotnických zařízeních se používají různé přípravky ke zvláštní péči o dutinu ústní např. borax-glycerinový olej, roztok heřmánku, ředěný peroxid vodíku apod. v současné době se komerčně vyrábějí speciální štětičky napuštěné citrónovou šťávou a olejem určené k péči o sliznici dutiny ústní. Pokud je nemáme k dispozici, může sestra použít sterilní vatové štětičky, sterilní tampony anebo čtverce mulu namotané na ukazovák. Vyčistí postupně všechny části dutiny ústní sliznice, patro, jazyk. Sestra zhodnotí stav dutiny ústní. Veškeré údaje dokumentuje. Zvláštní péče o dutinu ústní sestra provádí několikrát denně podle potřeby a aktuálního stavu, např. každé 2 hodiny, 4x denně apod. Pokračujeme omytím obličeje, krku, paží, hrudníku, zad. Po omytí horní části těla pacienta sestra vymění vodu v umyvadle a vezme si čistou žínku. Koupel sestra ukončí omytím, opláchnutím a usušením perineálně –genitální oblasti. Sestra dodržuje hygienické zásady, pracuje v rukavicích a používá i další ochranné pomůcky jako jsou například jednorázové zástěry a roušky. Po umytí se věnuje ošetření kůže, použije kosmetické přípravky pacienta (pokud jsou k dispozici), provede masáž zad a kontrolu stavu kůže. Pokud sestra při hygieně na pacientově těle objeví nějaký patologický nález musí to zaznamenat do dokumentace a zavést ošetrovatelské intervence podle toho o jaký defekt se jedná. Dále upraví vlasy pacienta a podle potřeby nehty pacienta , obleče mu čisté osobní prádlo a upraví lůžko. Ranní toaleta zcela nehybného klienta představuje celkovou koupel na lůžku. Večerní toaleta je obdobou ranní toalety a má za úkol připravit pacienta ke spánku. V rámci podpory spánku je vhodné dodržet spánkové návyky klienta (14)

Celková koupel ležícího nebo nehybného pacienta. Mytí celého těla – celková koupel nahrazuje sprchování či koupel ve vaně u těch, kteří nemohou opustit lůžko. Provádí se podle potřeby. Jde o výkon časově i fyzicky pro sestru velmi náročný, je výhodné, pokud si zajistí asistenci dalšího člena ošetrovatelského týmu, v některých zdravotnických zařízeních provádějí celkovou koupel ležícího klienta v koupelně. Pacient je šetrně přemístěn na pojízdný vozík, odvezen do koupelny a osprchován nebo s použitím speciálního zařízení pro imobilní přesunut do vany a vykoupán. V koupelně sestra upraví vlasy a nehty, ošetří kůži, dutinu ústní, umyje uši, vyčistí nos. Pacient je převezen a přeložen na čisté upravené lůžko, tento způsob je příjemnější pro klienta i pro sestru a snadnější než mytí celého těla na lůžku (14). Důležitá je pečlivá dokumentace všech výkonů, které u pacienta provedeme. Dalším aspektem péče na který by sestra měla dbát je dodržení intimity pacienta. To znamená používání zástěn a závěsů a odhalování jen nezbytně nutné k jakémukoliv výkonu.

Celková koupel na lůžku. Podle stavu pacienta provádí celkovou koupel na lůžku jedna nebo dvě sestry, eventuálně další ošetřující personál. Postup je následující: Sestra připraví pomůcky (umyvadlo, dva ručníky, žínku, toaletní mýdlo, prostěradlo na přikrytí odhalených částí těla, čisté osobní a ložní prádlo, podložní mísu, gumové rukavice, další hygienické pomůcky a kosmetické přípravky podle potřeby – pudry, roztoky, krémy), připraví prostředí (zajistí přiměřenou teplotu prostředí) připraví pacienta (seznámení s postupem, zajistit vyprázdnění), odstraní deky a polštáře, vysvleče klienta a přikryje čistým prostěradlem, postupuje následovně: obličej, ramena, paže, ruce, hrudník, břicho nohy, záda (v poloze na boku), genitální a anální oblast, jednotlivé části sestra umyje a hned osuší, respektuje stud pacienta a odhaluje pouze tu část, kterou umývá, ošetří kůži, provede masáž zad a predilekčních míst, upraví lůžko (použije čisté ložní prádlo), uklidí pomůcky, vše detailně dokumentuje.

1.3.5 Hodnocení

První hodnocení soběstačnosti nemocného v oblasti hygieny je součástí základního screeningového vyšetření, které provádí sestra, při prvním kontaktu s nemocným. Je důležité správně zhodnotit úroveň sebek péče a soběstačnosti nemocného, protože je to výchozím bodem nejen pro jednotlivé ošetrovatelské intervence a ošetrovatelský plán, ale i pro veškeré diagnostické a terapeutické zákroky (20). Hodnocení úrovně sebek péče sestra provádí pomocí nejrozličnějších hodnotících škál (viz. Příloha 3). Sestra pravidelně na základě pozorování, fyzikálního vyšetření pokožky a rozhovoru s klientem vyhodnocuje poskytnutou hygienickou péči a výsledky svých hodnocení pečlivě zapisuje do dokumentace.

1.4 Poškození kůže

1.4.1 Dekubity

Dekubitus je místní buněčné poškození tkáně, které vzniká v důsledku přímého tlaku, tření, střížných sil, mobility a celkově zhoršeného stavu nemocného. Postihuje kůži, svaly, šlachy až kosti. Podle statistických informací se ve zdravotnickém zařízení připouští výskyt dekubitů ve 4 až 7% (6, s 125).

Tab.1 Stupně dekubitů

I. stupeň	začervenání pokožky
II. stupeň	tvorba puchýřů
III. stupeň	narušení celistvosti kůže
IV. stupeň	hluboké poškození tkání

Rizikové faktory. Mezi místní faktory podílející se na vzniku dekubitů patří tlak na predilekční místa. Z hlediska patogeneze je výše tlaku přímo úměrná vzniku poškození tkáně. Přesáhne-li tlak 32mm Hg a chybí spontánní pohyb dojde po určité době ke stlačení kapilár, což vede k nedostatku kyslíku ve tkáni a k rozvoji dekubitu. Nejčastějším místem výskytu je sakrální krajina, hýždě, paty, kotníky, lopatky, lokty, trochantery, lýtka a temeno hlavy (6).

Dalším faktorem je střížný efekt, při kterém se pohybují proti sobě vrstvy kůže s podkožím a svalovinou. Dochází k natažení a zúžení cév a k ischemizaci postižené oblasti. K tomuto efektu může docházet při vysazování v lůžku či křesle. Dále se na vzniku dekubitů podílí celkové faktory mezi které patří bezvědomí, neurologická onemocnění, poruchy metabolismu, terminální stadia nemocí, polymorbidita, dekompenzace diabetu mellitu, těžké pooperační stavy, ochrnutí končetin, dehydratace, změny průtoku krve (ischémie), imunosuprese, porucha lymfatické drenáže, stres zánět, bolest, mobilita, vyšší věk, hmotnost, stav pokožky, hematologická problematika (alterace jednotlivých elementů krevního obrazu zpomaluje hojení ran), inkontinence moči a stolice. Kortikoterapie a cytostatická terapie. Nedostatečná výživa, obvykle je třeba doplnit stravu pacienta komplexní tekutou formou výživy, která bez zátěže při přípravě i při konzumaci umožní doplnit potřebné živiny popíjením mezi jednotlivými jídly (sipping). Dnes se již na řadě oddělení využívá přípravek Cubison (fa Nutricia), která má vysoký obsah bílkovin i argininu a je obohacen vlákninou. Přípravek se vyrábí jak pro perorální podání, tak pro aplikaci nasogastrickou sondou. Je určen pro výživu pacientů s dekubity (6).

Prevence dekubitů. K prevenci vzniku dekubitů je potřeba, aby sestra odstranila nebo minimalizovala faktory, které se podílejí na jejich vzniku. Zvolila vhodný antidekubitární systém. Hlavním úkolem pasivní antidekubitární matrace je co nejdokonalejší rozložení váhy pacienta. Pak nedochází k velkému utlačování tkání ani v oblastech s častým výskytem dekubitů. Aktivní antidekubitární systémy jsou vhodné jak pro prevenci všech rizikových skupin pacientů, tak pro podporu léčby dekubitů i nejvyšších stupňů. Hlavním úkolem je odlehčení částí těla a obnovení prokrvení. V současnosti existuje celá řada koncepcí aktivních matrací pracujících na principu střídavého odlehčení jednotlivých partií těla, které jsou v kontaktu podložkou nebo maximálním rozložením hmotnosti nemocného díky větší tloušťce matrace. Na základě rizika vzniku dekubitu a zdravotního stavu sestra vypracuje plán mobility a polohování. Na každém oddělení by měl být dostatek pomůcek potřebných k nastavení určité polohy nemocného

(molitany, polštáře, klíny, podložky, kolečka, botičky apod.). Riziková místa musí sestra nutně kontrolovat při každé změně polohy. Provádí správnou hygienu 2x denně, pravidelně promazává pokožku, používá čistící pěny a ochranné bariérové krémy. Při inkontinenci používá u pacientů jednorázové kalhotky nebo podložky, které zpětně nepropustí vlhkost. U znečištění nemocného je nutné, aby ho sestra odstranila v co nejkratším možném čase. Musí zajistit správnou výživu. Je-li to možné edukuje pacienta i jeho rodinu o zásadách správné výživy a nutnosti dodržování pitného režimu. Po dohodě s lékařem je možné, aby sestra nabídla sipping nebo různé potravinové doplňky (vitamin C, zinek, bílkovinné preparáty). Zvláště starším a nesoběstačným lidem sestra nutně pravidelně nabízí tekutiny a přizpůsobuje stravu jejich chuti a možnostem. Je nutné dekubity adekvátně léčit a velice důležitá je sestrou správně a pečlivě vedená dokumentace. Při volení vhodného materiálu se sestra musí řídit stupněm dekubitu, přítomností infekce, zápachu, secernace, nekrózy, granulace, epitelizace, lokalizací a povahou rány (6, s130-131). Nekróza je odumírání buněk i přítomnost mrtvých buněk V organismu a u dekubitů jsou příčiny nekrózy většinou mechanické (17).

Do prevence vzniku dekubitů spadá i vytvoření plánu mobility individuálně pro každého pacienta, postupně zlepšování pacienta můžeme hodnotit pomocí nejrůznějších hodnotících škál jako je Barthelův test ADL (aktivita denního života) a hodnocení dle Nortonové apod (viz. Příloha 3). Nezastupitelnou roli v prevenci hraje také rehabilitace pod vedením fyzioterapeuta, který by měl být součástí multidisciplinárního týmu pečujícího o pacienta. Sestra sama by se měla snažit o co největší aktivizaci pacienta a všechny jeho pokroky pečlivě zaznamenávat do dokumentace.

1.4.2 Rány

Ránou označujeme každé porušení souvislosti kůže, sliznice nebo povrchu některého orgánu. Podle hloubky poškození kůže, podkoží nebo i hlubších vrstev a struktur rozlišujeme rány povrchní nebo hluboké. Rány poškozující jen povrchní vrstvy, tj. Kůži a podkožní vazivo nebo sliznici

a podslizniční vazivo, označujeme jako jednoduché. Rány, které poškozují důležité orgány v hloubce (nervově cévní svazky, šlachy), označujeme jako komplikované. Pronikají-li do tělních dutin, mluvíme o ranách penetrujících nebo pronikajících. U každé rány popisujeme lokalizaci, velikost, tvar, směr, okraje a hloubku. Okraje, hloubka a tvar ran jsou typické pro některé z druhů ran. Podrobná dokumentace rány má význam nejen odborný, ale často i právní.

Pro další způsob ošetření má význam dělení ran na rány čisté nebo mechanicky znečištěné, dále na rány aseptické (biologicky čisté) a infikované choroboplodnými zárodky, ať primárně nebo sekundárně. A konečně má význam dělení ran na rány otrávené zvířecími nebo chemickými jedy. (23, str. 43)

Rána řezná (vulnus scissum)

Řezné rány vznikají tlakem a tahem zraňujícího ostrého předmětu po kůži. Mají většinou podélnou osu delší než je jejich šíře. Jsou většinou přímočaré nebo lehce obloukovité podle toho, probíhá-li zraňující předmět kolmo nebo lehce šikmo k povrchu kůže. Při tangenciálním působení síly a zraňujícího nástroje mohou být rány obloukovité nebo vznikne lalok či okrouhlý defekt. Okraje rány mohou být ostré a hladké, způsobuje-li zranění ostrý předmět. Mohou být lehce nerovné okraje, je-li zraňující předmět tupější. Rána je nejhlubší uprostřed a k oběma koncům postupně hloubka ubývá. Na konci rány kde byl ostrý předmět vytažen, může být kratší nářez nebo může chybět. Rána probíhající ve štěpitelnosti kůže je úzká, jde-li šikmo nebo kolmo na průběh elastických vláken, může mít rombický tvar nebo široce zeje. V důsledku ostrého otevření cév a přetětí nervových vláken řezné rány zpravidla krvácejí a jsou provázeny pálivou bolestí. Mohou pronikat hluboko pod kůži, především v lokalizaci nad oblým profilem části těla. Mohou pak zraňovat cévní svazky, nervy, kloubní dutiny, šlachy, na krku průdušnici. Mohou protnout chrupavku, mohou povrchně poškodit kost, ale zpravidla ji nepřerušují (23, str.43)

Rána sečná (vulnus sectum)

Sečné rány vznikají kolmým nebo šikmým dopadem ostrého předmětu na povrch těla. Jsou zpravidla úzké, mohou mít tvar klínovitý a mají většinou v celém průběhu stejnou hloubku. Chybí tedy nářez, mimo rány způsobené předmětem tvaru klínu jako např. při záseku jedním z hrotů sekery. Při šikmém dopadu zraňujícího předmětu může mít rána zevní tvar obloukovitý nebo laločnatý. Při tangenciálním působení vzniká defekt měkkých částí. Sečné rány mohou být provázeny i pohmožděním kůže, v hloubce jsou někdy poškozeny nervově cévní svazky, šlachy, mohou být otevřeny tělní dutiny, porušena nebo rozdrčena kost. Okraje rány jsou podle tvaru a ostří předmětu hladké, ostré a do hloubky se klínovitě zužují. Velkou silou vedené rány napříč na podélnou osu končetiny nebo koncové části těla mohou vést k jejich oddělení – amputaci (23, str 43-44).

Rána bodná (vulnus punctum)

Bodná rány vzniká proniknutím úzkého ostrého nebo tupého předmětu do hloubky těla. Podle vynaložené síly, tvaru předmětu a charakteru zraněné tkáně proniká zraňující předmět různě hluboko. U hlubokých bodných ran pak rozlišujeme vbod, průbod, popř. i výbod. Tvar vbodu je dán tvarem zraňujícího předmětu. Ostré okraje zanechává předmět ostrý, nerovné okraje předmět tupý. Po bodnutí nožem je vbod úzký a jeho okraje jsou ostré, délka nebývá o mnoho větší, než je šíře nože. Špičatá tyč nebo bodák zanechávají vbod okrouhlého tvaru. Kanál bodné rány může být přímočarý, při použití úzkého pružného zraňujícího předmětu se průběh kanálu může měnit po nárazu předmětu na kost nebo chrupavku. Výbod je většinou vzácný a mívá menší průměr než vbod. Nebezpečí tohoto druhu ran spočívá v jejich hloubce, průniku do tělních dutin s poškozením vnitřních orgánů, vtažení částí oděvu nebo nečistot do hlubokých částí těla (23, str. 44).

Rána tržná (vulnus lacerum)

Tržná rána vzniká prasknutím kůže vlivem tahu. Mívá tvar klikatý, nepravidelný, zřídka přímočarý. Její okraje jsou nerovné. Nebývá hluboká a poměrně málo krvácí. Část kůže i hlubších tkání může chybět, jak tomu bývá na hlavě při skalpaci způsobené zachycením vlasů ve stroji (23, str. 45).

Rána zhmožděná (vulnus contusum)

Zhmožděná rána vzniká stlačením kůže a hlubší tkáně mezi pevnější podklad a vlastní skelet při pádu. Okraje bývají zhmožděné, s exkoriacemi a hematomy. Často se tento druh ran spojuje s lacerací a pak se taková rána označuje jako rána tržně zhmožděná - vulnus contusolaceratum (23, str. 45).

1.5 Hojení

Na výzkum hojení ran jsou každoročně vynaloženy spousty prostředků jak u nás tak například ve Spojených státech amerických, kde se ročně na léčení ran vydá 27–35 miliard dolarů. Toto závratné číslo rozhodně není konečné, se stárnutím populace bude přibývat pacientů s proleženinami, bércovými vředy a dalšími potížemi, které se navíc u starších pacientů celkově hůř hojí. (Svěráková) Rozlišujeme primární a sekundární hojení ran.

1.5.1 Primární hojení rány (sanatio per primam intentionem)

Je to nejideálnější způsob hojení rány. Probíhá tam, kde jsou okraje rány v dotyku a hojivý proces není rušen zánětem. Má šest fází. První fáze je okamžité slepení okrajů rány fibrinem. Porušení kožní nebo tkáňové souvislosti vede ke zmnožení mitóz v buňkách v okolí rány. Zvýšená mitotická činnost buněk v ráně (přeměna fibrocytů na fibroblasty, zvýšená aktivita leukocytů především mikrofágů, endotelových buněk kapilár a epitelových buněk) je podmíněna humorálně růstovými faktory a cytokiny. V ráně a okolí probíhá zvýšená anaerobní glykolýza, krev stagnuje v kapilárách. To má za následek narůstající

acidózu v okolní tkáni a v ráně samé. Zvažuje se koncentrace CO_2 v tkáni a klesá pO_2 . Mezi růstové faktory patří řada látek a peptidů stimulujících buňky k replikaci. Je to inzulin a inzulinu podobný růstový faktor (IGF), transformační růstový faktor (TGF), růstový faktor fibroblastů (FGF), růstový faktor odvozený z leukocytů (LDGF) a trombocytů (PDGF). Podobně k proměnám a migraci tkáňových buněk do poškozené tkáně přispívají cytokiny. Jde o molekuly Messenger pocházejících z leukocytů – interleukiny. Dodnes jich bylo identifikováno 12 a jsou označovány IL-1, IL-2 atd. Dalšími jsou faktory nekrózy tumorů (TNF). V důsledku přítomnosti biogenních aminů (tj. nízkomolekulárních látek s aminoskupinou jako např. histamin, tyramin, dopamin, acetylcholin atd.), kininů, prostaglandinů a za účasti kyselých hydrolýz z buněčných lysozymů dochází během několika minut k rozvoji zánětlivé reakce. Zatímco v úplném začátku se uplatňují růstové faktory z rozpadlých trombocytů v iniciální koagulační fázi, později- ve fázi fibroplazie a ukládání matrix – se uplatňují vytokány a růstové faktory mikrofágů. Dochází k aktivaci endotelií, prorůstání novotvořených kapilár a vcestování fibroblastů, jejichž nahromadění lze pozorovat v okrajích ložiska. Jejich aktivita závisí (i in vitro) na nízkém pH a nízké tenzi pO_2 . Fibroblasty se množí replikací v okraji rány a dodnes není rozhodnuto, zda pocházejí z fibrocytů, jak se dříve tvrdilo. Nelze vyloučit, že na tvorbě fibroblastů se podílejí buňky hladké svaloviny cév, lipocyty, pericyty a další mezenchymové buňky.

Šest fází hojení:

Koagulace a zánět . Prvním signálem pro reparaci je srážení krve v ráně. Jestliže ranné plochy k sobě těsně naléhají, okraje se slepí fibrinem vznikajícím z plazmatického fibrinogenu vlivem tkáňové trombokinázy. Fibrinopeptidy z poraněné tkáně a trombin přitahují do prostoru poraněných tkání mikrofágy. Aktivované krevní destičky uvolňují PDGF, IGF-1 a TGF β . Ty připravují buňky v místě poranění k reprodukci. Fibrin aktivuje mikrofágy k reprodukci. Leukocyty adherují na místních poškozených endotelových buňkách a z nich se uvolňují cytokiny. Leukocyty a makrofágy prostupují do poraněného

extravasálního prostoru. Do něho jsou přitahovány růstovými faktory a cytokiny. Biochemickými pochody vzniklé zánětlivé produkty v místě poranění jako histamin, serotonin a kinin, způsobují vazokonstrikci a přispívají k hemostáze. Záhy ale vyvolávají vazodilataci. Jejich vlivem se stěna cév stává porézní a umožňuje migraci buněk a plazmy do okolní poraněné tkáně. Klinicky se to projeví jako otok a překrvení, zarudnutí okrajů rány, spojené se zvýšením teploty. Acidóza a biogenní aminy vedou k dráždění nervových zakončení. Jeho projevem je bolest. Acidóza v důsledku stoupající koncentrace laktátu v tkáni a hypoxie podněcuje leukocyty, zejména pak makrofágy, k uvolňování cytokinů chemotaktických látek a růstových faktorů. Makrofágy, stimulované fibrinem a hypoxií, uvolňují celkové množství laktátu. Toto prostředí podporuje angiogenezi a ukládání kolagenu. Po dvou dnech od zranění nastupuje:

Fibroplazie a ukládání matrix. Replikace fibroblastů je stimulována řadou působců – PDGF, IGF a TGF uvolňovaných z rozpadajících se trombocytů a cytokiny, které jsou uvolňovány makrofágy. Samy fibroblasty uvolňují IGF. Nově vytvořené fibroblasty vylučují proteoglykany a kolagen. Tyto jsou podkladem matrix, která je zodpovědná za primární slepení okrajů rány.

Angiogeneze. Angiogeneze je patrná čtvrtý den po zranění, ale fakticky počíná od druhého dne, kdy nové kapiláry začínají pučet směrem k místu poranění. Popudem jsou látky uvolňované z rozpadajících se destiček a z makrofágů. u primárně se hojících ran regeneráty z obou stran rány anastomózují a zajišťují průtok krve ranou. U sekundárně hojících se ran jsou cévní pupeny jakýmsi axony, kolem nichž vznikají granulace pod krustou.

Epitelizace. K replikaci epitelových buněk vedou růstové faktory řady TGF. V jejich migraci do rány se uplatňují cytokiny.

Zrání kolagenových vláken. Důležitým rysem zrání rány jsou změny a přestavba matrix. Fibroblasty a leukocyty produkují kolagenózu, která zajišťuje rozrušení vytvořeného primárního kolagenu. Fáze probíhá v postupně se snižující intenzitě až 18 měsíců.

Dokončení hojení. Hojivý proces je velmi citlivý děj a vzniklý stav je výrazem rovnováhy mezi účinkem růstových faktorů a cytokinů. Není-li rovnováha, dochází ke vzniku hypertrofických jizev a možná, že právě tyto biologicky aktivní látky mají něco společného s poruchou řízení růstu nádorů. K poruše zmíněných mechanismů může dojít v důsledku chronických zánětů a nebo působením cizích těles v ráně.

Mikroskopicky je v druhé fázi po 24 hodinách celá oblast rány prostoupena buněčnými elementy, které pronikají do místa poranění z kapilár: histiocyty, fibroblasty, leukocyty. Během dalších 2-3 dnů je rána leukocyty a mikrofágy očištěna od mikroorganismů a zbytků poškozených tkání a je připravena pro další fázi. Ve třetí fázi v 5.-6.dnů prorůstají tenké kapiláry do místa poranění. S nimi pronikají do rány fibroblasty, které tvoří z polysacharidů nejprve amorfní základní substanci. Ta se později přetváří na fibrily kolagenu. Denně se utváří asi 1-2 mm této tkáně, která rychle defekt přemostí. Ze stran postupně překrývá defekt epitel. Ve čtvrté fázi (reparační) ubývá postupně fibroblastů a kapilár a formuje se velké množství kolagenních vláken. Ztracení se postupně zánětlivé projevy (edém, zarudnutí, bolestivost) a obnovuje se funkce(23, str. 45 – 47).

1.5.2 Sekundární hojení rány (sanatio pre secundam intentionem)

Neinfikované zející rány se záhy pokryjí vrstvou fibrinu a vlivem zmíněných biochemických pochodů dochází rovněž v okolí rány k překrvení, exsudaci a imigraci buněčných elementů podél novotvořených kapilár do rány. Kolem kapilár se vytváří postupně novotvořené vazivo, které se formuje jako jemná gracilní a snadno zranitelná granulační tkáň. Celá plocha produkuje jantarově žlutou rannou tekutinu. Pokud se tato retinuje hloubce rány, označuje se jako serom. Ranná tekutina může zaschnout spolu s fibrinem a krevními elementy na povrchu rány jako krusta (strup). Další pochody, granulace a epitelizace, probíhají pod ní. Jindy se může granulující plocha infikovat a granulace pak ztrácejí svůj původní lesk a svěžest. Pokrývají s bělošedavým nebo nazelenalým

povlakem (špekovité granulace). Souběžně s narůstajícími granulacemi rána z okrajů epitelizuje. Narůstají-li granulace rychleji než epitelizace, mohou granulace přerůst okraje rány a vzniká tak obraz nazývaný „caro luxurians - živé maso“. To brání epitelizaci rány ze stran, a proto je třeba ostře je snášet. Jizvy po ráně hojené per primam i per secundam neobsahují kožní deriváty. Mají zpočátku růžovou barvu, později v důsledku redukce kapilár v jizvě blednou. Asi po 4-6 měsících mívají barvu splývající s okolím. Výjimečně se může jizva hojit nadbytečným keloidem (na predilekčních místech, svědí, je trvalá). V posledních letech se stále častěji setkáváme s hypertrofickými jizvami (zbytnění, které může spontánně vymizet).

Podmínky ovlivňující nepříznivě hojivý pochod v ráně jsou místní a celkové. Z nich můžeme uvést: rannou infekci, cizí těleso v ráně, špatné prokrvení poraněné tkáně, iatrogenní faktory (např. časté převazy), vysoký věk, cukrovku, anémii, hyperlipoproteinemii a dehydrataci, nedostatek vitamínu C, deficit stopových prvků Cu a Zn, celkově podávané léky (např. kortikoidy), tbc a syfilis, poruchy nervově cévní, poruchy imunity, stavy provázené malnutricí např. pokročilá nádorová onemocnění, sprue, mentální anorexie apod. (23, str.47-48).

1.5.3 Aktivita sestry při ošetřování ran

Nejdůležitějšími aktivitami sestry při ošetřování ran, je jejich kontrola, hodnocení a dokumentace. Sestra dále provádí aktivity související s přípravou pomůcek a pacienta, standardním provedením převazu a úklidem použitých pomůcek. Povinností lékaře i sestry je pravidelně kontrolovat ránu a případné prosáknutí obvazu.

Pomůcky jsou přehledně seřazeny na převazovém vozíku dle zvyklosti oddělení. Používá se standardní dvouetážový pojízdný stolek. Na vrchní ploše vozíku jsou většinou pomůcky sterilní, díky současným možnostem využití sterilního materiálu již v hotovém provedení odpadá tradiční použití bubnů a kazet, které nesplňují požadavky sterility. Na spodní ploše vozíku jsou uloženy

pomůcky nesterilní. Na boční straně vozíku je zavěšena nádoba pro odkládání použitých, a tím infikovaných materiálů.

Na vrchní desce převazového vozíku jsou: toulce s kleštěmi na podávání materiálu, sterilní nástroje v zatavených fóliích – pinzety (anatomické, chirurgické), peány, nůžky, sondy, sterilní injekční stříkačky a jehly, sterilní obvazový materiál – mulové čtverce, tampony, longety (v popsaných lukasterikových sáčcích), ZETUVIT, lahvičky, s roztoky – dezinfekční roztoky – Jodisol, benzin, éter, 3%peroxid vodíku, CUTASEPT F, Ajatin ve spreji s dávkovači atd.

Na spodní desce převazového vozíku jsou emitní misky, převazový materiál – hydrofilová a elastická obinadla, náplast, buničina a obvazová vata, dlahy, vatové štětičky, zásypy např. Framykoin, Dermatos), tekuté obvazy (např. Akutol spray).

Převazový vozík septického oddělení je kromě uvedených potřeb vybaven ještě dalšími nástroji a pomůckami: zahnuté peány, sondy paličkové, žlábkové, kanyly na vpravení léků do rány, lžičky, lahvičky s roztoky – peruánský balzám, genciánová violet apod. Sterilní masti v tubách – např. acidum boricum, Schmiedenova a zinková pasta k ochraně okolí rány před macerací. Dále jsou to pak terapeutické antiseptické obvazy (např. INADINE nebo ACTISORB plus), kazeta s mastným tylem a višněvského balzámem, drény (vazelínové , rukavicové, gumové) a zavírací špendlíky. Další pomůcky, jako jsou dlahy a gumovky k ochraně prádla a absorpční obvazy (např. SURGIPAD, GRANUFLEX, MESORB), dóza s dezinfekčním roztokem pro odkládání použitých nástrojů.

Příprava pacienta. Seznámíme jej s postupem při převazu, vyzveme jej ke sdělení jakýchkoliv nepříjemných pocitů, které se u něj objeví v průběhu převazu, uvedeme pacienty do žádoucí polohy, aby byla dobře přístupná část těla, na které se převaz provádí.

Ošetření rány aseptické. Sestra připraví převazový vozík k lůžku pacienta tak, aby měla přístup k pacientovi a dosáhla dobře na pomůcky. Obnaží obvazovanou část a odstraní zevní obvazy, odlepí náplast pomocí tamponu

s benzinem. Na lůžko k pacientovi položí sestra emitní miskou, podá lékaři peán nebo pinzetu k sejmutí základní vrstvy obvazu. Dále podá podá anatomickou nebo chirurgickou pinzetu a sterilní tampon, který se polije nad emitní miskou dezinfekčním roztokem a z výše asi 10 cm, event. postříká dezinfekčním roztokem rozprašovačem. K vytažení stehů podává sestra ještě chirurgické nůžky, po odstranění stehů ránu opět dezinfikuje. Poté ránu sterilně překrývá a provádí fixaci obvazového materiálu. Fixace má za úkol chránit defekt před vniknutím nečistot, udržet speciální obvazový materiál na ploše defektu a mnohdy má u pacientů i psychologický účinek. Pokud je převaz zakončen estetickým přiložením obinadla nebo náplasti, má pacient pocit, že jeho ošetření proběhlo profesionálně.

Ošetření rány septické. Sestra chrání lůžko před znečištěním menší gumovkou či podložkou. Uvolní krycí obvaz rozstřížením a sejme sací vrstvu. Podá lékaři sterilní rukavice, pinzetu a peán, suché tampony k setření sekretu. Další postup ošetření závisí na druhu rány, před převazem septické rány se někdy provádí koupel rány očistná nebo léčebná: sestra asistuje při výplachu rány různými roztoky. Nasaje do stříkačky a podá je lékaři i s kanylou. Dle potřeby jsou do rány zaváděny longety smočené v léčebném roztoku. Přikládá čtverce mulu s mastí, event. zasypat rány zásypem (přímo ze sypátka), po ošetření kryje ránu sterilním mulem, dle potřeby přikládá sací vrstvu a obvaz dokončí přiložením krycího obvazu. (14, Str. 108-110)

1.6. Prevence ranné infekce

Každá rána, zvláště rány znečištěné, i přes ošetření „lege artis“, jsou ohroženy rozvojem infekce v ráně. Může dojít k jejímu šíření lymfatickou nebo krevní cestou a vést až k bakteriemií a sepsi. Nejčastějším vyvolavatelem ranné pyogenní infekce jsou *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Diplococcus pneumoniae*, *Gonococcus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia Coli*, *Salmonella Typhi*. Koky spolu s bakteroidy a peptokoky vyvolávají putridní

infekci v ráně. Nejobávanější jsou infekce klostridiové a enterokoky způsobující plynatou sněť. Proto u každé takové rány podáváme preventivně širokospektrá antibiotika a provádíme preventivně imunizaci. Bolesti v ráně, zvláště šubavého tlakového rázu, spolu teplotou někdy již po 6 hodinách od ošetření, jsou signálem ke kontrole rány a při zjištění známek zánětu k rozpuštění sutury a drenáži. Zvláštní zmínku je třeba věnovat povinnosti provádět současně s ošetřením rány prevenci tetanu a plynaté sněti (23 str. 55).

Intervence sestry. Nejdůležitější intervencí sestry v oblasti prevence rané infekce je dodržování zásad asepse při převazování rány, používání sterilních jednorázových pomůcek a pravidelná kontrola rány.

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

1. Zmapovat ošetrovatelskou péči o pokožku na ARO a JIP

2.2 Hypotézy práce

1. Péče o pokožku pacientů na ARO a JIP není prováděna dle standardů vybraných pracovišť.
2. Pacienti na ARO a JIP mají k dispozici antidekubitární pomůcky.

3. Metodika práce

3.1 Použitá výzkumná metoda

Mým cílem na začátku této práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči o pokožku na ARO a JIP. Myslím si, že tento cíl byl splněn. Výzkum ke zmapování této problematiky jsem prováděla ve dvou menších nemocnicích v Jihočeském kraji se souhlasem obou hlavních sester těchto nemocnic.

Získávání informací k tématu „Péče o pokožku na ARO a JIP“ proběhlo formou dotazování prostřednictvím dotazníků pro sestry pracující na Anesteziologicko resuscitačních odděleních v Nemocnici Písek a.s. a Nemocnici Strakonice a.s. na vybraných jednotkách intenzivní péče zmíněných nemocnic a pozorováním na těchto odděleních. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků pro sestry pracující na těchto odděleních a návratnost byla 102 dotazníků, tedy 92,7%. Žádný z navrácených dotazníků nemusel být vyřazen, neboť všechny byly kompletně vyplněné.

Dotazník pro sestry obsahuje 36 otázek, z toho 29 otázek uzavřených a 6 polouzavřených, v jedné otázce byla možnost volně se k této problematice vyjádřit. Prvních šest otázek blíže charakterizují respondenty. Otázky 7 – 24 zjišťují způsoby používání pomůcek a četnost provádění jednotlivých výkonů hygienické péče. Prostřednictvím otázek 25 – 35 jsem zjišťovala informovanost sester a jejich zájem o tuto problematiku. V poslední otázce měly sestry možnost vyjádřit své připomínky k tématu.

Pozorování zahrnovalo 14 oblastí, které mě zajímaly na provádění hygienické péče na daném oddělení. Záznam byl prováděn do tabulky (viz Příloha 2). Celkem jsem pozorovala 45 pacientů.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

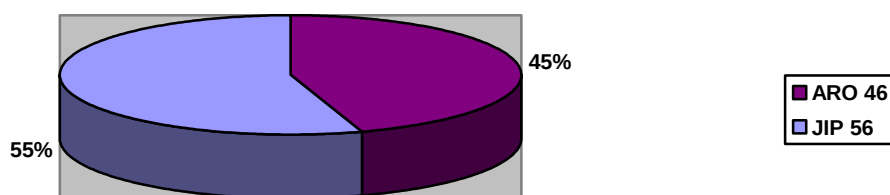
Respondenty byly sestry pracující na odděleních ARO a JIP. Celkem odpovídalo 102 respondentů (100%) ze 110 dotazovaných. Dotazníky byly osobně rozdány vrchním sestrám jednotlivých oddělení ve zmiňovaných nemocnicích.

Druhou skupinou byli pozorovaní pacienti na těchto odděleních. Na oddělení ARO to bylo 15 pacientů (33%) a na odděleních JIP 30 pacientů (67%), celkem tedy bylo pozorováno 45 pacientů (100%). Pozorování bylo prováděno osobně sledováním výkonů prováděných u pacientů a zaznamenáváním do tabulky.

4. Výsledky

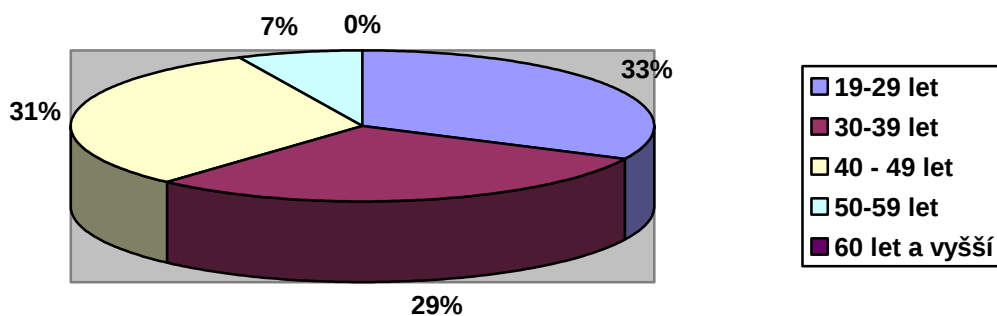
4.1. Výsledky dotazníků

Graf 1 Oddělení



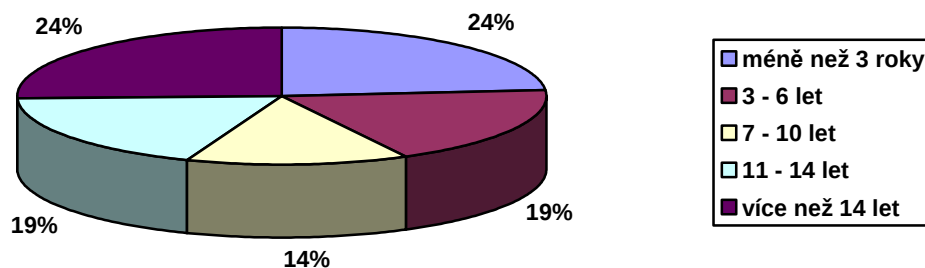
Z celkového počtu 102 dotazovaných sester (100%) pracuje 46 (45%) z nich na oddělení ARO a 56 sester (55%) na oddělní JIP.

Graf 2 Věk sester



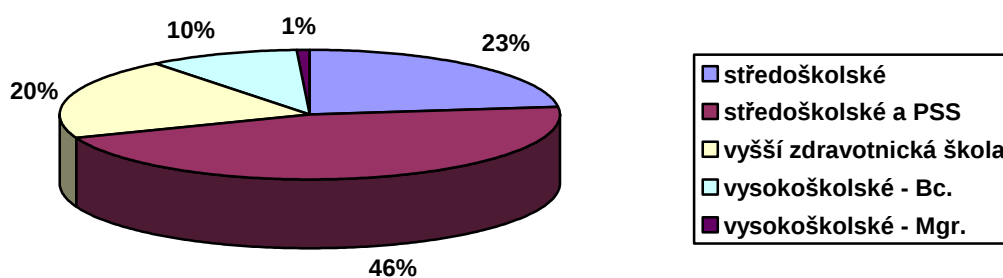
Z celkového počtu 102 dotazovaných sester (100%) jich je 33 ve věku 19 – 29 let, ve věku 30 – 39 let bylo 30. Ve věkovém rozmezí 40 – 49 let bylo 32 dotazovaných sester, dalších 7 sester odpovídajících na dotazník bylo ve věku 50 – 59 let. Ve věku nad 60 let nebyla ani jedna sestra.

Graf 3 Délka praxe sester



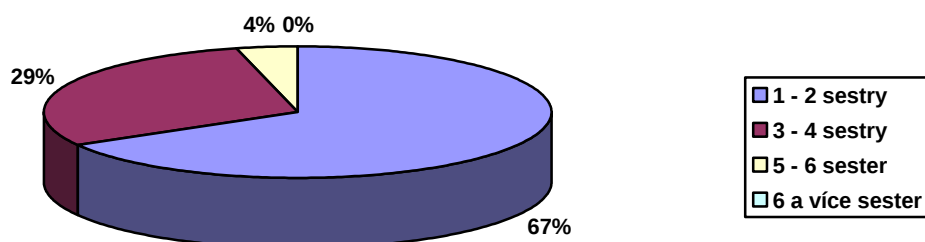
Praxi kratší než 3 roky mělo 24 sester z celkového počtu 102 respondentek (100%). Dalších 19 sester pracuje na daném oddělení 3 – 6 let, 7 – 10 let pracuje na oddělení 14 dotazovaných sester. Sester, které na oddělení opracují 11 – 14 let bylo 19 a sester s praxí delší než 14 let bylo 26.

Graf 4 Dosažené vzdělání sester



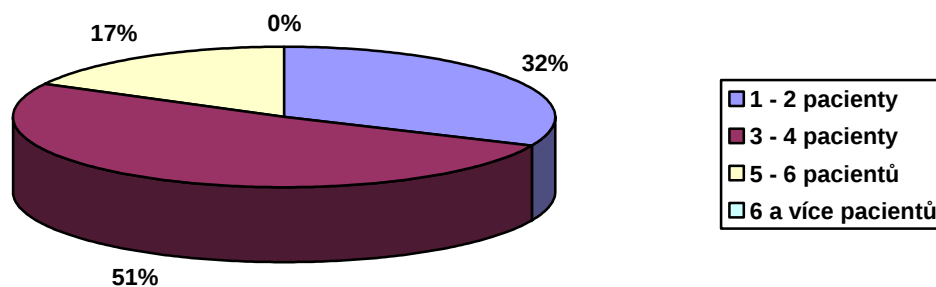
Z celkového počtu 102 respondentek (100%) má 24 (23%) z nich středoškolské vzdělání. Středoškolské vzdělání a PSS má 48 z dotazovaných sester (46%). Vyšší zdravotnickou školu dokončilo 21 (20%) z respondentek. Bakalářského titulu dosáhlo 10 sester (10%) a magisterského 1 (1%) ze sester.

Graf 5 Počet sester na směně



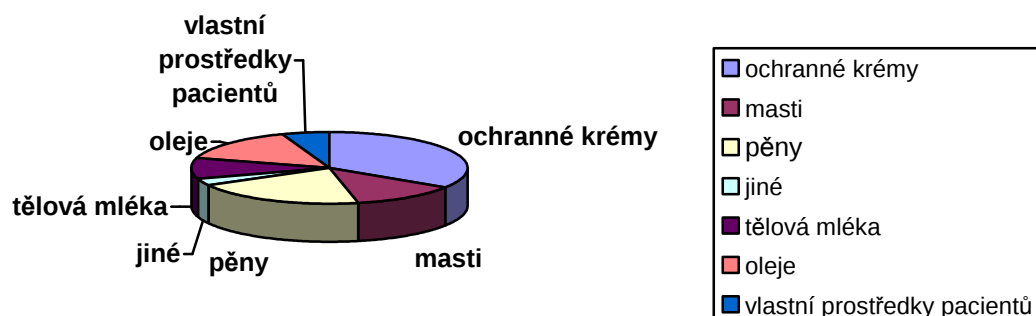
Nejčastěji na jedné směně pracují 1 – 2 sestry tuto možnost označilo 68 dotazovaných (67%) z celkového počtu 102 (100%) respondentek. Dalších 30 sester (29%) zvolilo možnost 3 - 4 sestry na směně. 5 - 6 sester na směně označily 4 respondentky (4%) a možnost více než 6 sester na jedné směně nezvolila ani jedna z nich.

Graf 6 Počet pacientů na starosti během směny



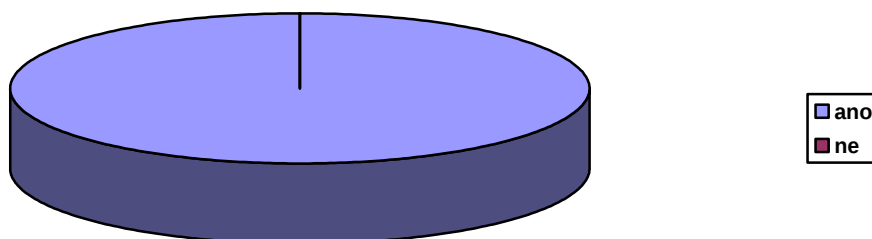
Z celkového počtu 102 dotazovaných sester (100%) označilo 33 z nich (32%), že mají během jedné směny na starost 1 – 2 pacienti. Dalších 53 respondentek (51%) označilo tu možnost, že mají na starost 3 – 4 pacienti. 16 sester (17%) má během jedné směny na starosti 5 – 6 pacientů. Více než 6 pacientů nemá na starosti žádná z respondentek.

Graf 7 Prostředky k ochraně pokožky



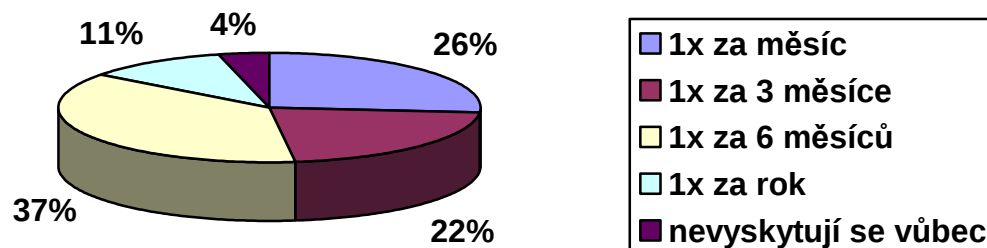
U této otázky byla možnost volby více odpovědí, 63 z nich bylo, že k péči o pokožku se používají ochranné krémy, 23 masti, 37 pěny, 6 jiné (nejčastěji pasty), 17 tělová mléka, 28 oleje a 10 vlastní prostředky pacientů.

Graf 8 Používání antidekubitárních pomůcek



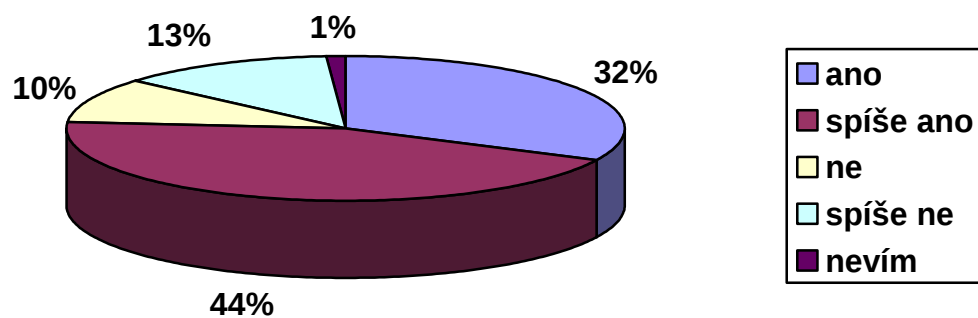
100% respondentek u pacientů používá antidekubitární pomůcky.

Graf 9 Výskyt dekubitů



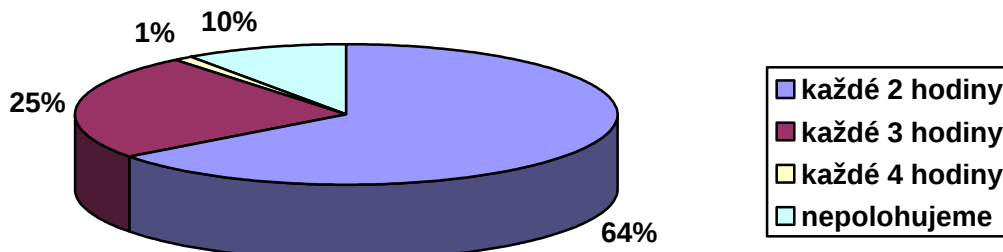
Z celkového počtu 102 dotazovaných sester (100%) 27 z nich (26%) zvolilo možnost že dekubity se u nich na oddělení vyskytují 1x za měsíc. Jedenkrát za 3 měsíce se dekubity vyskytují u pacientů 22 sester (22%). Dalších 38 sester (37%) označilo možnost výskytu dekubitů 1x za 6 měsíců. U pacientů 11 sester (11%) se dekubity vyskytují 1x ročně a u 4 respondentek (4%) se nevyskytují vůbec.

Graf 10 Ovlivnění péče o pokožku délkou praxe



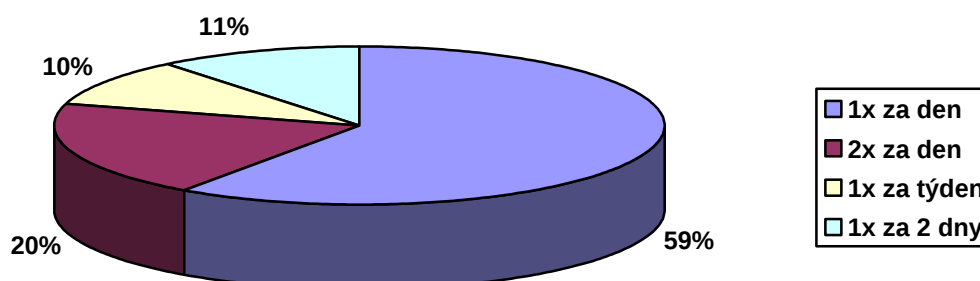
To, že délka praxe ovlivňuje péči o pokožku, si myslí 33 dotazovaných sester (32%) z celkového počtu 102 (100%) respondentek, možnost spíše ano zvolilo 45 respondentek (44%). 10 sester (10%) si myslí, že délka praxe na péči o pokožku vliv nemá, to že spíše ne zvolilo 13 sester (13%) a 1 ze sester (1%) neví.

Graf 11 Polohování pacientů



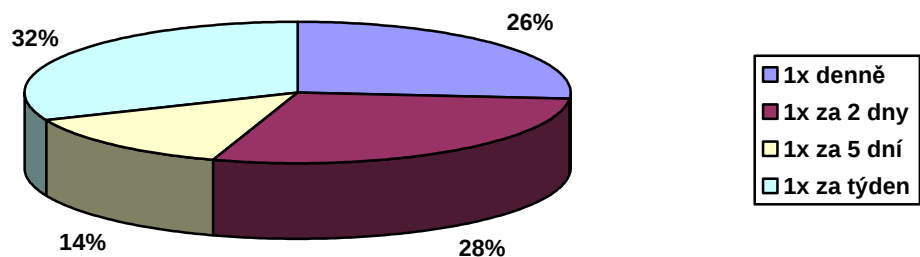
Každé 2 hodiny polohuje své pacienty 66 dotazovaných sester (64%) z celkového počtu 102 (100%) respondentek, každé 3 hodiny polohuje 25 sester (25%), každé 4 hodiny 1 sestra (1%) a 10 respondentek (10%) nepolohuje vůbec.

Graf 12 Celková koupel pacientů



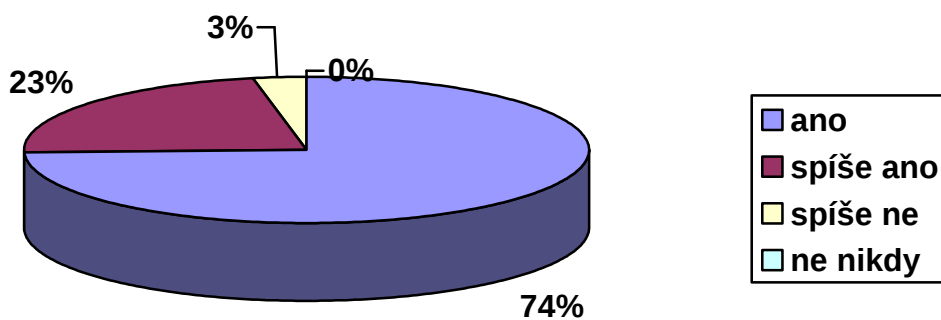
Celkovou koupel 1x za den provádí u pacientů 61 dotazovaných (59%) z celkového počtu 102 (100%) respondentek, 2x denně koupe pacienty 20 sester (20%), 1x za týden provádí celkovou koupel pacientů 10 sester (10%) a 1x za 2 dny koupe 11 respondentek (11%).

Graf 13 Mytí vlasů pacientů



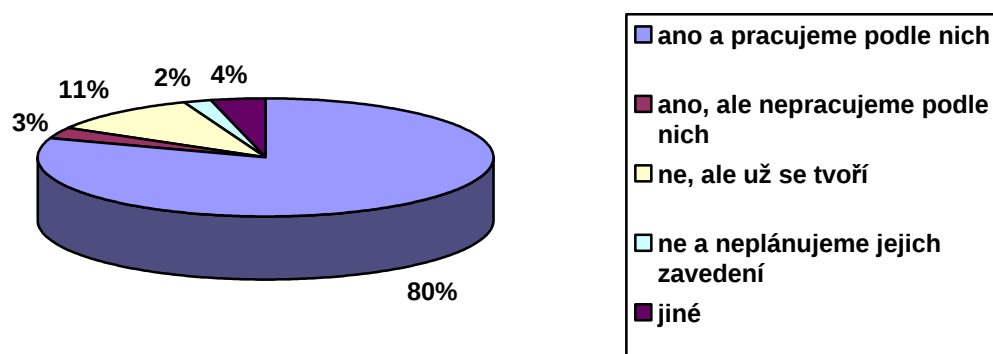
Vlasy pacientů 1x denně myje 27 sester (26%) z celkového počtu 102 (100%) respondentek, 1x za 2 dny 29 sester (28%), 1x za 5 dní 14 sester (14%) a 32 sester (32%) myje vlasy pacientů 1x týdně.

Graf 14 Používání ochranných pomůcek



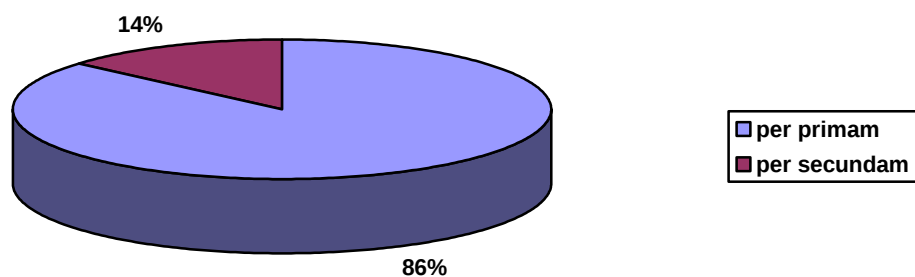
Ochranné pomůcky při hygienické péči používá z celkového počtu 102 dotazovaných sester (100%) 76 z nich (74%), možnost spíše ano označilo 23 sester (23%), možnost spíše ne označily 3 respondenty (3%). To, že by ochranné pomůcky nepoužívaly nikdy, neoznačila ani jedna z dotazovaných.

Graf 15 Standardy péče o pokožku



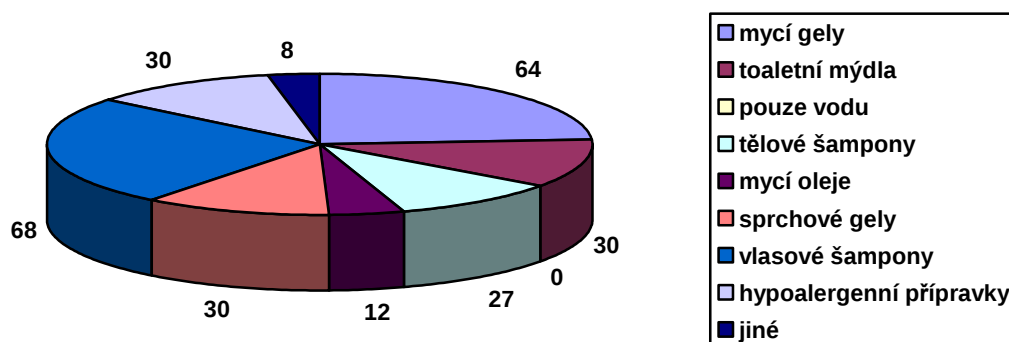
Podle zavedených standardů péče o pokožku pracuje 82 dotazovaných sester (80%) z celkového počtu 102 (100%) respondentek, 3 sestry (3%) označily možnost, že standardy mají, ale nepoužívají je. U 11 sester (11%) na oddělení standardy zavedeny nejsou, ale už se tvoří. 2 sestry (2%) standardy nepoužívají a ani neplánují jejich zavedení a 4 respondentky napsaly, že měly nevyhovující standardy a přeprocovávají je.

Graf 16 Hojení ran



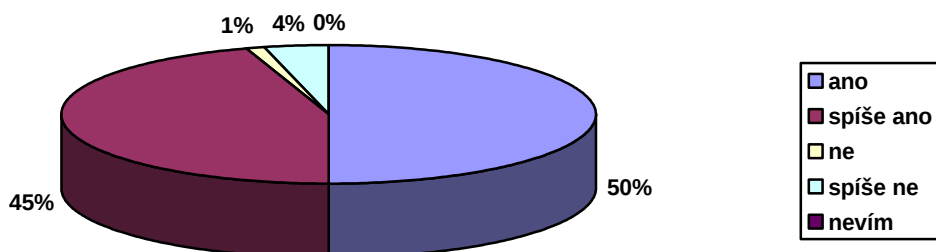
U pacientů 88 dotazovaných sester (86%) z celkového počtu 102 (100%) respondentek, se rány hojí per primam a 14 sester (14%) označilo možnost, že se u jejich pacientů rány hojí per secundam.

Graf 17 Prostředky k péči o hygienu



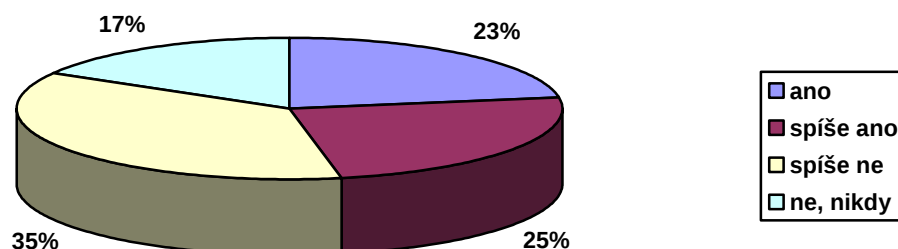
Z celkového počtu 249 odpovědí (100%) znělo tak, že 64x byly používány mycí gely, 30x toaletní mýdla, pouze vodu nepoužila žádná ze sester, 27x byly použity tělové šampony, 30x mycí oleje, 30x sprchové gely, 68x vlasové šampony, 30x hypoalergenní přípravky a 8 sester použilo ještě jiné přípravky.

Graf 18 Dostatek prostředků k péči o hygienu



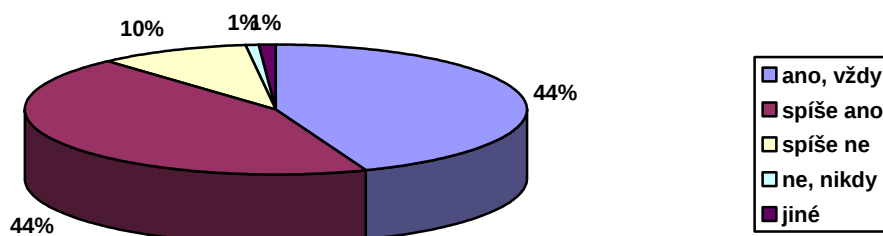
Z celkového počtu 102 dotazovaných sester (100%) si 51 (50%) z nich myslí, že na oddělení mají dostatek prostředků k péči o hygienu, že spíše ano si myslí 46 sester (45%), možnost že dostatek hygienických prostředků není zvolila 1 sestra (1%) a 4 sestry (4%) odpovědělo, že dostatek spíše není.

Graf 19 Používání vlastních přípravků pacientů



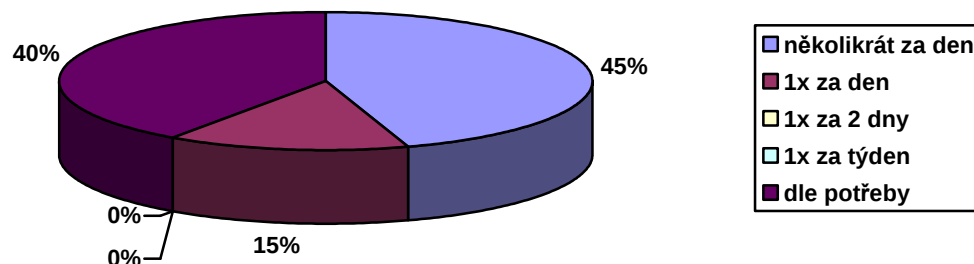
Vlastní prostředky k péči o hygienu používá 23 sester (23%) z celkového počtu 102 (100%) respondentek, spíše ano napsalo 25 sester (25%). Spíše je nepoužívá 37 z dotazovaných (35%) a nikdy je nepoužívá 17 sester (17%).

Graf 20 Provádění masáží pro prokrvení pokožky



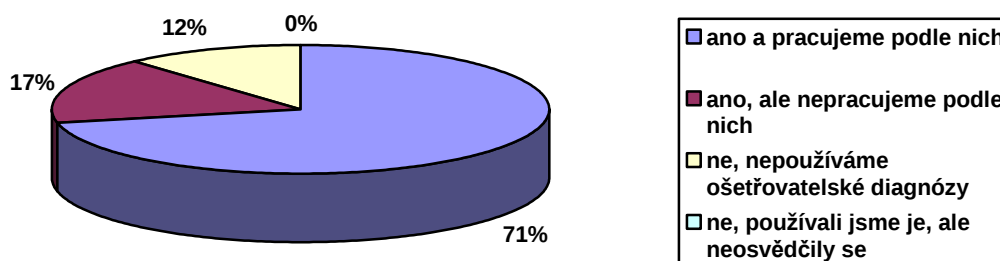
Masáže pro prokrvení pokožky vždy provádí 45 sester (44%) z celkového počtu 102 (100%) respondentek, spíše ano označilo také 45 sester (44%). Masáže spíše neprovádí 10 sester (10%), nikdy je neprovádí 1 sestra (1%) a dle potřeby také provádí 1 sestra (1%).

Graf 21 Výměna ložního prádla



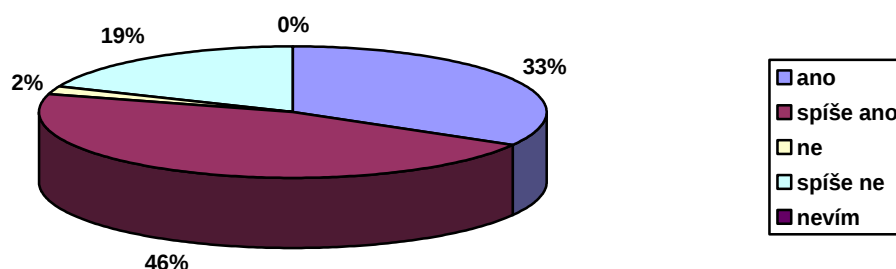
Několikrát denně mění ložní prádlo 46 sester (45%) z celkového počtu 102 (100%) dotazovných, 1x denně 15 sester (15%) možnost dle potřeby zvolilo 41 sester (40%). Možnosti 1x za 2 dny a 1x za týden nevybrala ani jedna respondentka.

Graf 22 Vytváření ošetrovateľských diagnóz



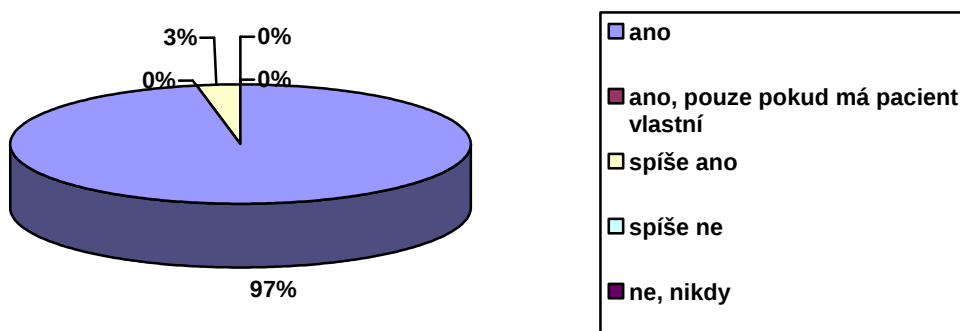
Z celkového počtu 102 (100%) sester ošetrovateľské diagnózy na péči o pokožku vytváří a pracuje podle nich 73 z dotazovaných sester (71%), dalších 17 sester (17%) sice diagnózy vytváří, ale nepracuje podle nich. Možnost, že nepoužívají ošetrovateľské diagnózy zvolilo 12 sester (12%).

Graf 23 Dostatek prádla na oddělení



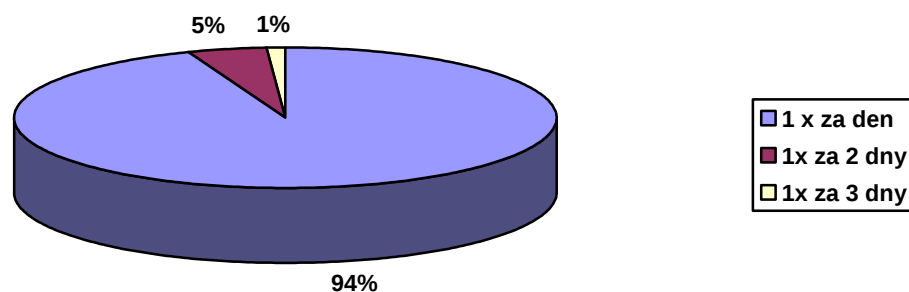
Z celkového počtu 102 dotazovaných sester(100%) si 34 (33%) z nich myslí, že na oddělení mají dostatek prádla, že spíše ano si myslí 47 sester (46%), možnost že dostatek prádla není, zvolily 2 sestry (2%) a 19 sester (19%) odpovědělo, že dostatek prádla spíše není. Poslední možnost a to, že nevím, nezvolila ani jedna z dotázaných.

Graf 24 Používání jednorázových plen a podložek



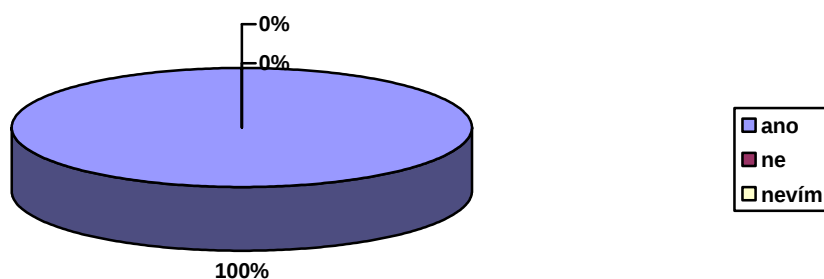
Jednorázové pleny a podložky používá 99 z dotazovaných sester (97%) z celkového počtu 102 (100%) respondentek a spíše ano zvolily 3 sestry (3%). Z ostatních třech možností nebyla ani jedna vybrána žádnou sestrou.

Graf 25 Častost převazů dle ošetrovatelských standardů



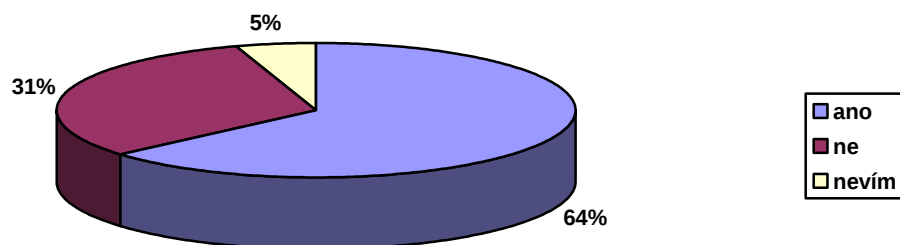
Převazy ran dle ošetrovatelských standardů dělá 96 sester (94%) z celkového počtu 1402 (100%) respondentek, 1x za den, 1x za 2 dny je dělá 5 sester (5%) a 1x za 3 dny převazy provádí 1 z dotazovaných sester (1%).

Graf 26 Dodržování zásad asepse



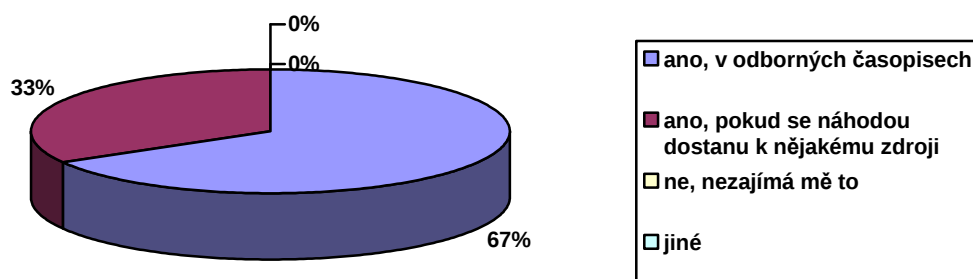
Zásady asepse při převazech dodržuje 102 respondentek (100%)

Graf 27 Antidekubitární matrace na každém lůžku



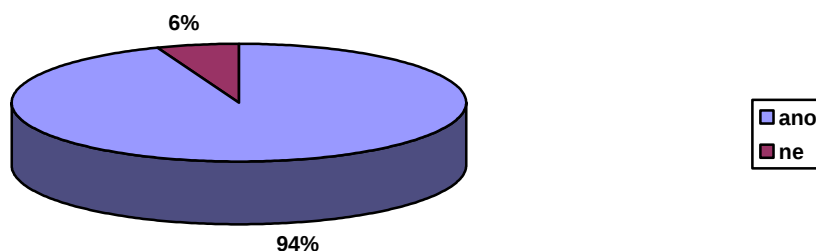
Z celkového počtu 102 dotazovaných sester (100%) 65 z nich (64%) odpovědělo, že každé lůžko u nich na oddělení má antidekubitární matraci. Dalších 32 sester (31%) odpovědělo, že každé lůžko antidekubitární matraci nemá posledních 5 respondentek (5%) neví.

Graf 28 Sledování nových trendů v hojení ran



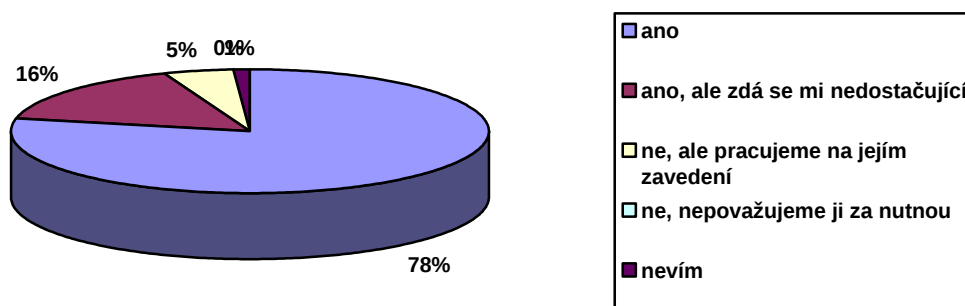
Z celkového počtu 102 (100%) dotazovaných nové trendy v hojení ran sleduje 68 sester (67%) z odborných časopisů a 34 sester (33%), pokud se náhodou dostanou k nějakému zdroji.

Graf 29 Navštěvování odborných seminářů k tématu péče o pokožku a hojení ran



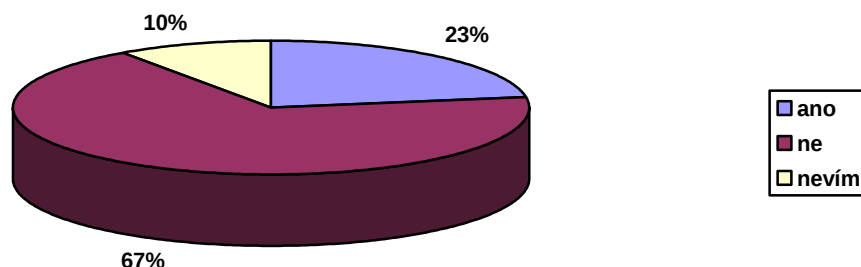
Odborné semináře k tématu péče o pokožku a hojení ran navštěvuje 96 respondentek (94%) z celkového počtu 102 (100%) dotazovaných a zbylých 6 sester (6%) tyto semináře nenavštěvuje.

Graf 30 Vedení dokumentace k péči o rány



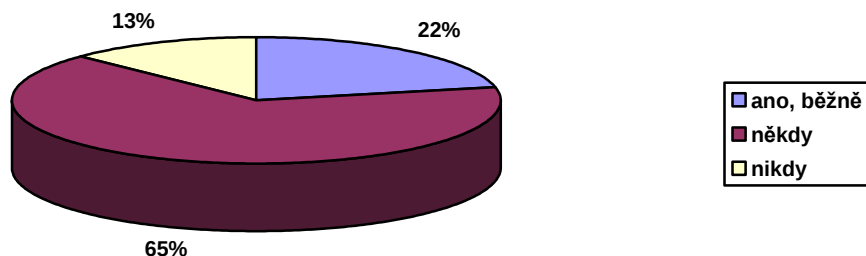
Z celkového počtu 102 sester (100%) vede 80 z nich (78%) dokumentaci k péči o rány, dalších 16 sester (16%) ji vede, ale považuje ji za nedostačující. Na zavedení této dokumentace 5 sester (5%) zatím pouze pracuje a 1 z dotazovaných neví, zda tuto dokumentaci vede. Možnost, že tato dokumentace není nutná, nezvolila žádná z dotazovaných.

Graf 31 Používání fotodokumentace



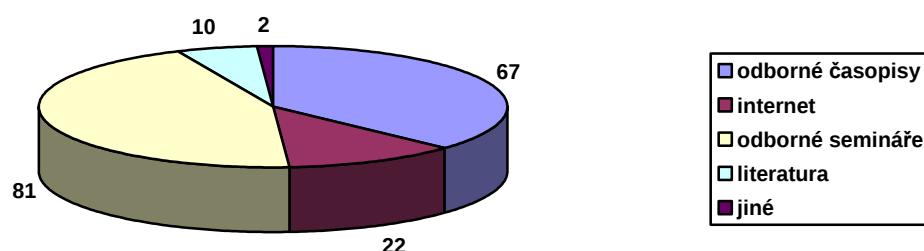
Fotodokumentaci používá 23 sester (23%) z celkového počtu 102 (100%) dotazovaných, dalších 69 sester (67%) ji nepoužívá a zbývajících 10 respondentek (10%) neví, zda je na jejich oddělení tato dokumentace používána.

Graf 32 Hospitalizace pacientů s infekčním onemocněním kůže



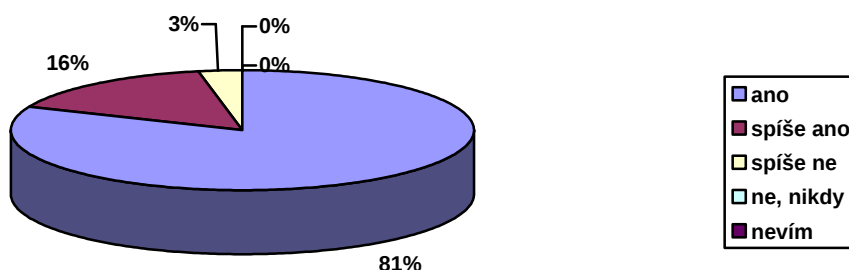
Na oddělení u 22 dotazovaných sester (22%) z celkového počtu 102 (100%) respondentek, jsou běžně hospitalizováni pacienti s infekčními onemocněními kůže. Někdy jsou tyto pacienti ošetřováni u dalších 67 sester (65%). Nikdy se tito pacienti nevyskytují na odděleních u 13 sester (13%).

Graf 33 Zdroje novinek z problematiky hojení ran



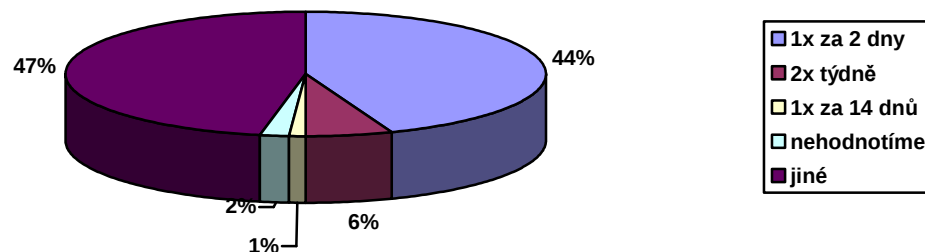
Na tuto otázku, kde byla možnost výběru dvou možností, jsem získala 182 odpovědí. Zdrojem pro získávání nových informací v problematice hojení ran bylo v 81 případech odborné semináře, 22-krát internet, 67-krát odborné časopisy, 10-krát literatura. Pouze 2 respondentky zvolily možnost jiné, ale bez upřesnění zdroje.

Graf 34 Důležitost péče o pokožku



Z celkového počtu 102 (100%) dotazovaných sester 83 z nich (81%) považuje péči o pokožku za důležitou, dalších 16 respondentek (16%) zvolilo možnost spíše ano a 3 sestry (3%) zvolily možnost spíše ne.

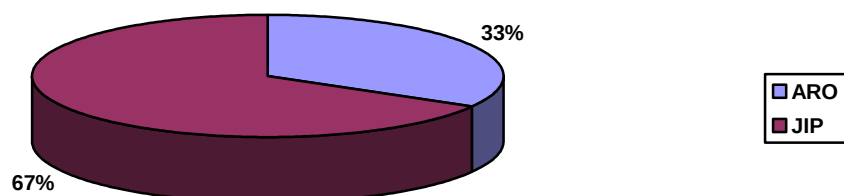
Graf 35 Častost hodnocení stavu pokožky



Hodnocení stavu pokožky provádí 45 z dotazovaných sester (44%) z celkového počtu 102 (100%) respondentek, 1x za 2 dny, 2x týdně toto hodnocení provádí 6 sester (6%). Jedna sestra (1%) hodnotí stav pokožky pacientů 1x za 14 dnů. Další 2 sestry (2%) označily možnost, že stav pokožky u pacientů nehodnotí. Většina, a to 48 dotazovaných sester (47%), zvolila možnost jiné, v odpovědích převažovalo, že stav pokožky hodnotí 1x denně.

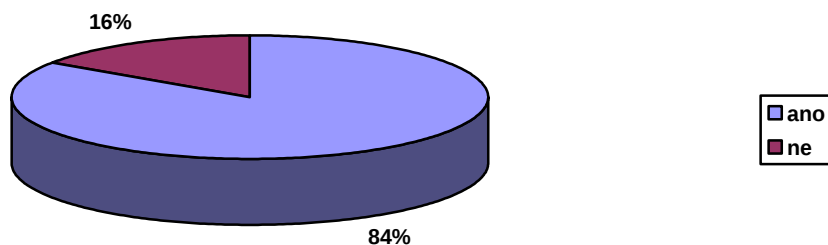
4.2 Výsledky pozorování

Graf 36 Počet pacientů



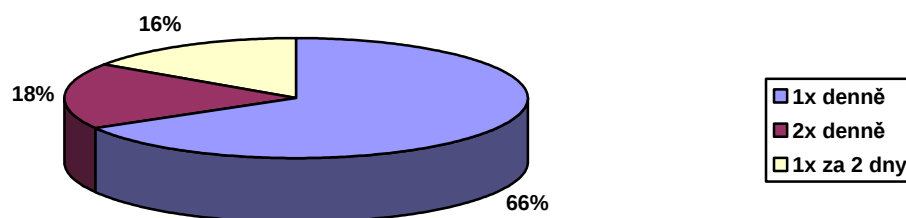
Z celkového počtu 45 pozorovaných pacientů (100%) bylo 15 z nich (33%) hospitalizováno na oddělení ARO a 30 pacientů (67%) na JIP.

Graf 37 Používání antidekubitárních matrací



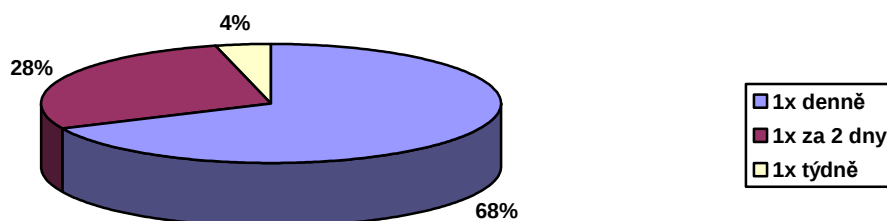
Pozorováním jsem zjistila, že u 38 pacientů (84%) z celkového počtu 45 (100%) byla v lůžku používána antidekubitární matrace. A u zbylých 7 pacientů (16%) tomu tak nebylo.

Graf 38 Provádění celkové hygieny u pacientů



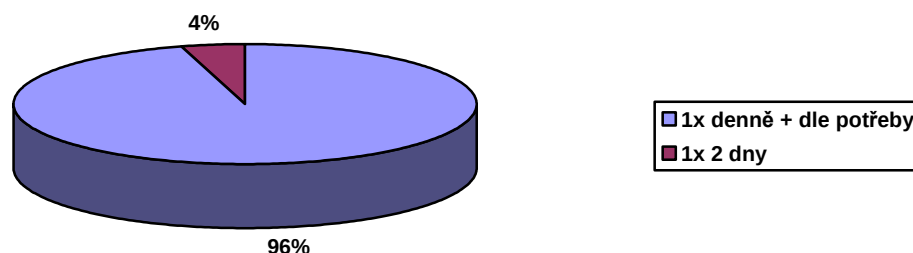
Z výsledků pozorování mi vyplynulo, že z celkového počtu 45 pozorovaných pacientů (100%) byla u 30 z nich (66%) celková koupel prováděna 1x denně. U dalších 8 pacientů (18%) 2x denně a 7 pacientů (16%) bylo vykoupáno 1x za 2 dny.

Graf 39 Mytí vlasů



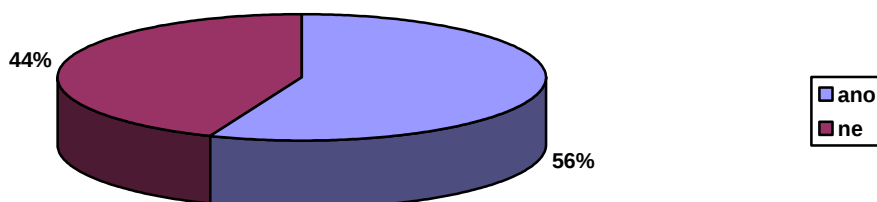
Z celkového počtu 45 pozorovaných pacientů (100%) mělo 34 z nich (68%) umyto vlasy 1x denně. U 14 pacientů (28%) byly vlasy myty 1x za 2 dny a u zbylých 2 pacientů (4%) 1x za týden.

Graf 40 Výměna prádla



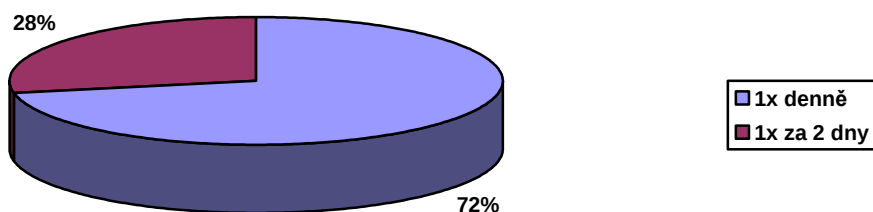
Pozorováním jsem zjistila, že z celkového počtu 45 pacientů (100%) bylo u 43 z nich (96%) vyměněno ložní prádlo minimálně 1x denně a samozřejmě dle potřeby při zněčištění a u 2 pacientů (4%) výměna proběhla 1x za 2 dny .

Graf 41 Vlastní hygienické prostředky pacientů



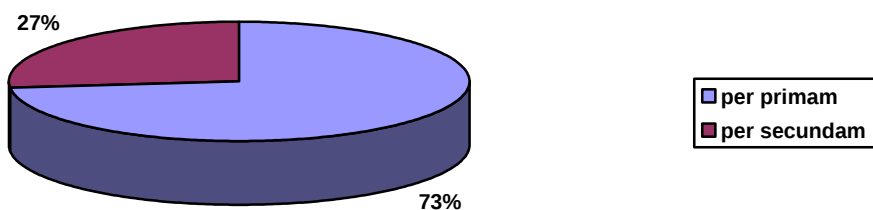
Zjistila jsem, že u 28 pacientů (56%) z celkového počtu 45 (100%) pozorovaných, jsou využívány jejich vlastní hygienické přípravky, pokud je má s sebou, nebo je rodina donese. U 22 pacientů (44%) tomu tak nebylo.

Graf 42 Hodnocení stavu pokožky pacientů



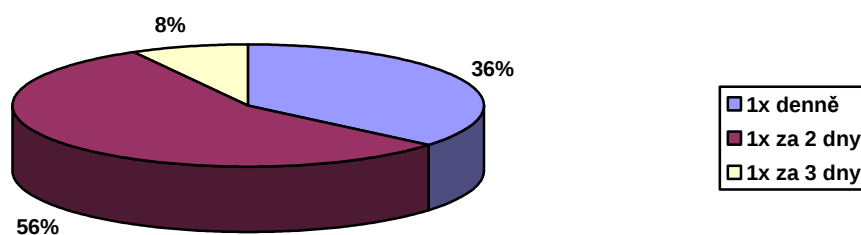
Dalším bodem mého pozorování bylo, jak často je u pacientů hodnocen stav pokožky. U 36 pacientů (72%) z celkového počtu 45 (100%) pozorovaných bylo toto hodnocení provedeno 1x denně a u dalších 14 pacientů (28%) 1x za 2 dny.

Graf 43 Hojení ran pacientů



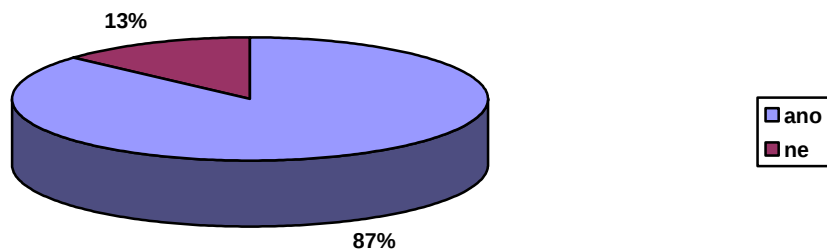
Pozorováním jsem zjistila, že z celkového počtu 45 pacientů (100%) se u 33 z nich (73%) hojí rány per primam a u zbylých 12 (27%) per secundam.

Graf 44 Provádění převazů



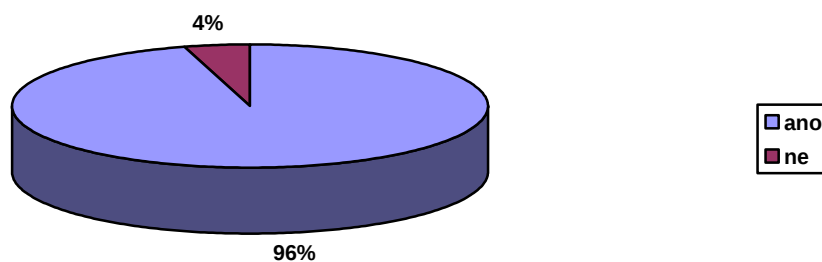
Převazy byly během mého pozorování prováděny u 18 pacientů (36%) z celkového počtu 45 (100%) pozorovaných 1x denně a u 28 pacientů (56%) 1x za 2 dny. U dalších 4 pacientů (8%) byl převaz prováděn 1x za 3 dny dle ordinace lékaře.

Graf 45 Provádění masáží pokožky



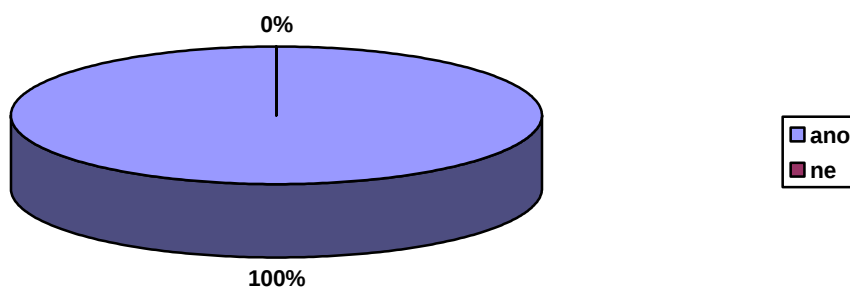
U 39 pacientů (87%) z celkového počtu 45 pacientů (100%) byly během hygienické péče prováděny masáže pro prokrvení pokožky. U dalších 6 pacientů (13%) tyto masáže prováděny nebyly.

Graf 46 Péče o pokožku dle standardů ošetrovatelské péče



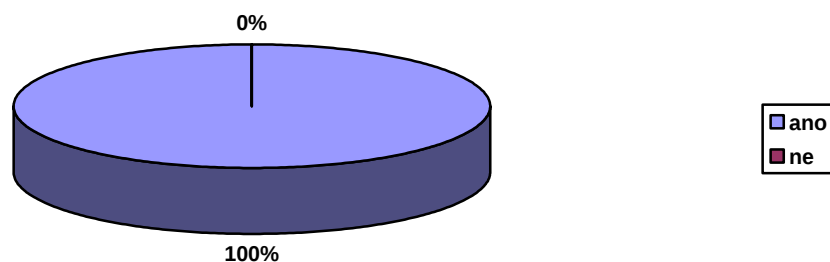
Ve většině případů, to znamená u 43 pacientů (96%) z celkového počtu 45 pacientů (100%), byla péče o pokožku prováděna dle platných ošetrovatelských standardů. U 2 pacientů (4%) tato péče nebyla provedena v souladu se standardy ošetrovatelské péče.

Graf 47 Vedení dokumentace o ranách



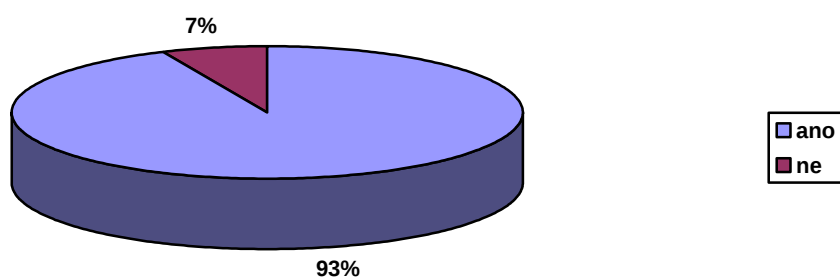
Z pozorování vyplynulo, že dokumentace, která se týká ran a defektů je vedena u všech 45 pacientů (100%).

Graf 48 Používání jednorázových pomůcek (plen, podložek,...)



U 45 pacientů (100%), u kterých jsem pozorovala ošetřování pokožky, byly používány jednorázové pleny nebo podložky.

Graf 49 Vytváření ošetrovatelských diagnóz na péči o pokožku.



Sestry vytvářely ošetrovatelské diagnózy na péči o pokožku u 42 pacientů (93%) z celkového počtu 45 pacientů (100%). U zbylých 3 pacientů (7%) tyto diagnózy vytvořeny nebyly.

5. Diskuze

Mým cílem na začátku této práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči o pokožku na ARO a JIP.

V dotazníku (viz. Příloha č.1) jsem se kromě obvyklých demografických otázek zaměřila na zjištění jaké vlastně sestry používají pomůcky k ochraně pokožky. V současné době je jich na trhu celé široké spektrum a zdravotnických personál má možnost vybrat si. Na to sem se také ptala sester v dotazníku. U této otázky byla možnost volby více odpovědí, 63 z nich bylo, že k péči o pokožku se používají ochranné krémy, 23 masti, 37 pěny, 6 jiné (nejčastěji pasty), 17 tělová mléka, 28 oleje a 10 vlastní prostředky pacientů (viz Graf 7). Věcí, která mě při tomto výzkumu zaujala bylo to, že sestry ve věkové kategorii 19 – 29 let v péči o pokožku pacientů používaly častěji ochranné krémy. Sestry ve věkové kategorii 50 – 59 let naopak uvedly častěji uvedly, že používají masti. Další možností pro personál je využití vlastních hygienických prostředků pacienta k péči o pokožku, to ovšem závisí na míře spolupráce s rodinou a to je velice individuální. V dotazníku jsem se ptala sester zda vlastní prostředky pacientů používají, pokud mají tu možnost. Odpovědi byly (viz Graf 19), že vlastní prostředky k péči o hygienu používá 23 sester (23%), spíše ano napsalo 25 sester (25%). Spíše je nepoužívá 37 z dotazovaných (35%) a nikdy je nepoužívá 17 sester (17%). Z pozorování tohoto jevu pak vyplynulo, že u 28 pacientů (56%) z celkového počtu 45 (100%) jsou využívány jejich vlastní hygienické přípravky pokud je mají s sebou a u 22 pacientů (44%) tomu tak nebylo (viz Graf 41).

Jak uvádí Kolářová (2007) ve výzkumu, který byl prováděn v květnu 2004 ve Fakultní nemocnici v Motole bylo zjištěno, že 89% sester ze všech dotazovaných má zájem se vzdělávat v problematice péče o rány a tím i vlastně i v péči o pokožku. (Hojení ran – Kolářová, 2007) Jednou z otázek v mém dotazníku byla zda sestry sledují nové trendy v péči o pokožku a z jakých zdrojů. Z výsledků vyplývá (viz Graf 28), že 67% sester sleduje tyto nové trendy aktivně z odborných časopisů a dalších 33% respondentek se v této problematice vzdělává v případě, že se náhodou dostanou k nějakému zdroji. Dalším, pro mě zajímavým, zjištěním bylo, že pouze 6%

dotazovaných sester z oddělení ARO a JIP nenavštěvuje odborné semináře k péči o pokožku a hojení ran. Z celkového počtu 102 dotazovaných sester totiž 96 z nich (94%) odpovědělo, že se těchto seminářů zúčastňuje (viz Graf 29). Proto si myslím, že ošetrovatelský personál má „relativní“ přehled o nových postupech, prostředcích a materiálech, které je v této problematice možné využít.

Dalším faktorem, který má vliv na péči o pokožku, je častost hodnocení jejího stavu. K této problematice se vyjadřuje Richardsová (2004), která uvádí, že hodnocení ran je komplexní úkol a slouží jako zdroj potřebných informací při rozhodování o strategii léčby. Využití nástroje hodnocení ran vede k odpovídající intervenci bez ohledu na to kdo a kdy ránu posuzuje. Na tuto problematiku jsem se ptala sester v dotazníku a bylo to i jedním z bodů mého pozorování. Z výsledků vyplynulo, že u 36 pacientů (72%) bylo toto hodnocení provedeno 1x denně a u dalších 14 pacientů 1x za 2 dny (viz Graf 42). Sestry odpověděly že, hodnocení stavu pokožky provádí 45 z dotazovaných (44%) 1x za 2 dny, 2x týdně toto hodnocení provádí 6 sester (6%). Jedna sestra (1%) hodnotí stav pokožky pacientů 1x za 14 dnů. Další 2 sestry (2%) označily možnost, že stav pokožky u pacientů nehodnotí. Většina, a to 48 dotazovaných sester (47%) zvolilo možnost jiné, v odpovědích převažovalo, že stav pokožky hodnotí 1x denně (viz. Graf 35). Abychom mohli přistoupit k úspěšnému ošetřování ran je nutné tuto ránu dobře zhodnotit, jak uvádí Míčková (2007) ve svém článku. (negativní faktory ovlivňující hojení ran)

K prevenci dekubitů podle mého názoru velkou měrou přispívá také používání antidekubitárních matrací. Z tohoto důvodu mě zajímalo, zda má každé lůžko na odděleních, kde jsem prováděla výzkum k dispozici antidekubitární matraci. Na toto téma jsem se zaměřila i z toho důvodu, že jednou z hypotéz této mé práce bylo, že pacienti na ARO a JIP mají k dispozici antidekubitární pomůcky. Z odpovědí sester vyplynulo že v 64% je antidekubitární matrace na každém lůžku (viz Graf 27). A pozorováním jsem zjistila, že u 38 pacientů (84%) z celkového počtu 45 (100%) byla v lůžku používána antidekubitární matrace. A u zbylých 7 pacientů (16%) tomu tak nebylo (viz Graf 37). Tento výsledek podle mého názoru svědčí o tom, že v současné

době je dobrá dostupnost antidekubitárních pomůcek a sestry pokud mají možnost tak tuto matraci u pacientů používají.

V současné době jsou zdravotnická zařízení povinna vést zdravotnickou dokumentaci. Tato samozřejmost, která je nyní zakotvena v právním předpisu (zákon č. 48/1997, ustanovení par. 67b, odst. 1) dokládá důležitost zdravotní dokumentace, a to jak pro zajištění kontinuity poskytování zdravotní péče poskytované pacientům, tak i jako jediný validní doklad skutečnosti, že péče byla poskytována *lege artis*, při řešení kolizí, kdy je zdravotnický pracovník obviněn z pochybení. Proto je třeba vedení dokumentace věnovat potřebnou odpovídající péči. (Vondráček s 73) Z tohoto důvodu jedním z dalších bodů mého výzkumu byla otázka pro sestry zda tuto dokumentaci vedou. Z celkového počtu 102 sester vede 80 z nich (78%) dokumentaci k péči o rány, dalších 16 sester (16%) ji vede, ale považuje ji za nedostačující. Na zavedení této dokumentace 5 sester (5%) zatím pouze pracuje a 1 z dotazovaných neví zda tuto dokumentaci vede. Možnost, že tato dokumentace není nutná nezvolila žádná z dotazovaných (viz Graf 30). Výsledek pozorování byl naprosto jednoznačný (viz. Graf 47), zjistila jsem, že dokumentace, která se týká ran a defektů je vedena u všech 45 pozorovaných pacientů (100%). Tento výsledek je podle mého mínění způsoben tím, že pro sestru je důležité tuto dokumentaci vést, jak z důvodu lepší návaznosti péče, tak z obavy případného soudního sporu při zanedbání péče.

Spolu s rozšiřováním možností ošetrovatelství a zaváděním ošetrovatelského procesu do praxe je nyní velkým tématem tvorba ošetrovatelských diagnóz na každý jednotlivý problém pacienta v celém jeho biopsychosociálněspirituálním pojetí. Vytváření ošetrovatelských diagnóz nám umožňuje mít přehled o postupném zlepšování či naopak zhoršování pacientova problému. Z tohoto důvodu sem se dotazovala sester zda u svým pacientů ošetrovatelské diagnózy tvoří. Ošetrovatelské diagnózy na péči o pokožku (viz. Graf 22) vytváří a pracuje podle nich 73 z dotazovaných sester (71%), dalších 17 sester (17%) sice diagnózy vytváří, ale nepracuje podle nich. Možnost, že nepoužívají ošetrovatelské diagnózy zvolilo 12 sester (12%). Během mého pozorování jsem zjistila, že sestry vytvářely ošetrovatelské diagnózy na péči o pokožku u 42

pacientů (93%) z celkového počtu 45 pozorovaných pacientů (100%). U zbylých 3 pacientů (7%) tyto diagnózy vytvořeny nebyly (viz Graf 49).

Provádění převazů byla jedna z dalších oblastí, které mě zajímaly. Převazy byly během mého pozorování prováděny u 18 pacientů (36%) 1x denně a u 28 pacientů (56%) 1x za 2 dny. U dalších 4 pacientů (8%) byl převaz prováděn 1x za 3 dny dle ordinace lékaře – byly zde použity zvláštní techniky v hojení ran, které vyžadují delší působení v ráně (viz. Graf 44). Z odpovědí sester vyplynulo (viz. Graf 25), že převazy ran dle ošetrovatelských standardů dělá 96 sester (94%) z celkového počtu 102 (100%) dotazovaných respondentek 1x za den, 1x za 2 dny je dělá 5 sester (5%) a 1x za 3 dny převazy provádí 1 z dotazovaných sester (1%).

V této práci jsem si jako první hypotézu stanovila to, že péče o pokožku není prováděna podle standardů vybraných pracovišť. Jak uvádí Farkašová (2006) ošetrovatelský standard je platná a dohodnutá definice přijatelné ošetrovatelské péče. (4, s 189) Tato hypotéza byla vyvrácena, jak z výsledků dotazníků, které vyplňovaly sestry, tak mým pozorováním. Z výsledků dotazníků vyplývá, že podle zavedených standardů péče o pokožku pracuje 82 dotazovaných sester (80%), 3 sestry (3%) označily možnost, že standardy mají, ale nepoužívají je. U 11 sester (11%) na oddělení standardy zavedeny nejsou, ale už se tvoří. 2 sestry (2%) standardy nepoužívají a ani neplánují jejich zavedení a 4 respondentky napsaly, že měly nevyhovující standardy a přepracovávají je (viz. Graf 15). Pozorováním jsem zjistila, že ve většině případů, to znamená u 43 pacientů (96%) z celkového počtu 45 pacientů (100%), byla péče o pokožku prováděna dle platných ošetrovatelských standardů. U 2 pacientů (4%) tato péče nebyla provedena v souladu se standardy ošetrovatelské péče (viz. Graf 46). Tvorba standardů ošetrovatelské péče je v současnosti nutností, zdravotnické zařízení, které chce získat akreditaci nutnou k provozování činnosti, nemá jinou možnost než tyto standardy tvořit. Myslím si, že tato problematika nabízí šanci pro sestry bakalářky, které zde mohou ukázat svou organizační schopnost. Vysokoškolsky vzdělané sestry zde mohou využít znalosti z předmětu „Management ve zdravotnictví a kvalita ošetrovatelské péče“. Jednou z částí tohoto předmětu je právě tvorba standardů ošetrovatelské péče. Je potom na každé ze sester, jak tyto teoretické znalosti dokáže propojit s praxí.

Jedna z dalších otázek byla zaměřena na to, z jakých zdrojů sestry čerpají novinky v problematice hojení ran. Zde bylo pro mě překvapujícím zjištěním, to že pouze 10 odpovědí (z celkového počtu 182 odpovědí) bylo takových, že novinky čerpají z literatury. Naopak jako většinová odpověď byla 81x vybrána možnost, že novinky jsou čerpány na odborných seminářích. Je to podle mě zapříčiněno tím, že zdravotnická zařízení pořádají častěji odborné semináře, aby usnadnily svým sestřám získávání bodů povinných k obnovení registrace, která je pro sestru nutná.

Věcí, která mě velice příjemně překvapila, byla možnost sester měnit ložní prádlo u pacientů každý den. Mohlo by se to zdát jako samozřejmost, ale často jsem se při praxi na nejrůznějších odděleních setkala s nedostatkem prádla, kde nebyla možnost každodenní výměnu provést. Při pozorování jsem zjistila, že každý den bylo ložní prádlo vyměněno u 96% pacientů, to mi připadá jako velice pozitivní zjištění. Myslím si, že tahle problematika se odvíjí od managementu nemocnice a jednotlivých oddělení. Dostatek prádla je jedním z důležitých faktorů, na které by se mělo dbát, aby byla péče o pokožku prováděna dle standardů ošetrovatelské péče.

6. Závěr

V práci byl stanoven jeden cíl. Zmapovat ošetrovatelskou péči o pokožku na ARO a JIP. Odpovědi sester z dotazníku byly porovnány s pozorováním některých činností prováděných při hygienické péči u pacientů.

Z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že odpovědi sester a výsledky pozorování se nerozcházejí v žádných klíčových momentech. Pomocí těchto výsledků byly vyhodnoceny hypotézy. K dosažení cílů byly v práci stanoveny celkem 2 hypotézy. H1: Péče o pokožku pacientů na ARO a JIP není prováděna dle standardů vybraných pracovišť, H2: Pacienti na ARO a JIP mají k dispozici antidekubitární pomůcky. Z výsledků výzkumu byla vyvrácena *hypotéza 1* a potvrzena *hypotéza 2*.

Problematika péče o pokožku pacientů je v dnešní době odsunována až na druhé místo, kvůli jiným životohrožujícím problémům a to zvláště na odděleních ARO a JIP. Sestry pracující na těchto odděleních hrají důležitou roli v péči o pokožku pacientů, často problé může být v přístupu ze strany vedení oddělení či samotného managementu nemocnice či problém s nedostatkem personálu na těchto odděleních.

Výsledky práce budou poskytnuty hlavním sestrám obou nemocnic s vrchním sestrám na odděleních ARO a vybraných JIP, kde byl výzkum prováděn. Tato práce by měla zdůraznit důležitost péče o pokožku a připomenout, jaká pozitiva tato péče může pacientům přinést.

7. Seznam použité literatury

1. ADAMS, B., HAROLD, C. E., SUCHARDOVÁ, I. *Sestra akutní stavy od A do Z*. I. české vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8
2. BEKEL, G., HALMO, R. *Teorie deficitu sebekpce*. I. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 60 s. ISBN 80-244-0794-9
3. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. II. přeprac a dopln. vyd. Olomouc : Epava, 2000, 480 s. ISBN 80-86297-05-5
4. FARKAŠOVÁ, D. a kolektiv. *Ošetrovatelství – teorie*. I. Čes. vyd. Martin : Osveta 2006, 211 s. ISBN 80-8063-227-8
5. FERKO, A. *Chirurgie v kostce : vybrané kapitoly*. I. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 591 s. ISBN 80-247-0230-4
6. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. I. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9
7. KOLÁŘOVÁ, B., VELIČOVÁ, J. *Zvyšování kvality péče o rány aneb jak jsme to zvládli my*. Sestra, Praha : Mladá fronta a.s., 2007, roč. 17, č. 1, s. 10. ISSN 1210-0404
8. KOLEKTIV AUTORŮ, *Lemon 2*. I. vyd. Česká asociace sester, 1996. 134 s. ISBN 80-7013-238-8
9. KOLEKTIV AUTORŮ. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. I. čes. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5

10. KOZIEROVÁ, B. A KOL. *Ošetrovateľstvo : koncepcia, ošetrovateľský proces a prax* [Díl] 1, 2, I. slov. vyd. Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
11. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménách*. I. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
12. MARINELLA, MARK, A., VAŇÁSKOVÁ, J. *Často prehliednuté diagnózy v akútnej péči*. I. české vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 137 s. ISBN 978-80-247-1735-7
13. MÍČKOVÁ, I. *Negativní faktory ovlivňující hojení ran*. Sestra, Praha : Mladá fronta a.s., 2007, roč. 17, č. 1, s. 7. ISSN 1210-0404
14. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovateľské péče*. [díl] II. aktualiz. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 170 s. ISBN 80-247-1443-4
15. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*, I. čes. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5
16. SALVAGE, J. *Ošetrovateľství v akci*. I. vyd. Česká společnost sester, 1997. 119 s. ISBN 92-890-1312-5
17. STRŽÍTELSKÝ, J. *Patologie*. I. vyd. Olomouc : EPAVA, 2001. 338 s. ISBN 80-86297-06-3
18. SVĚŘÁKOVÁ, M. *Novinky v hojení ran ze zahraničí*. Diagnóza v ošetrovateľství. PROMEDIAMOTION, s.r.o., 2008, roč. 4, č. 2. s. 12. ISSN 1801-1349

19. ŠEVELA, K., ŠEVČÍK, P., KRAUS, R. *Akutní intoxikace v intenzivní medicíně*. I. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 248 s. ISBN 80-7169-843-1
20. TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. I. vyd. Brno : IDVZP, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X
21. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. I. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2
22. WORKMAN, B. A., BENNET, C. L., ZVONÍČKOVÁ, M. *Klíčové dovednosti sester*. II. české vyd. Praha : Grada publishing, 2006. 259 s. ISBN 80-247-1714-X
23. ZEMAN, M., HELEKAL, I. *Chirurgická propedeutika*. II. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. 524 s. ISBN 80-7169-705-2
24. ZOUBKOVÁ, R., DOSTÁLOVÁ, J., VILÍMKOVÁ, A. *Praktická cvičení z neodkladné péče u akutních stavů*. I. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 142 s. ISBN 978-80-7368-462-4
25. <http://www.nconzo.cz/>
26. <http://www.nemopisek.cz/>

8. Klíčová slova

ARO

Dekubity

Hygiena

JIP

Pokožka

Rány

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník pro sestry

Příloha 2 – Tabulka k hodnocení pozorování

Příloha 3 – Hodnotící škály k posouzení pacienta

Příloha 1 – Dotazník pro sestry

Dobrý den,

Jmenuji se Eva Mužíková a jsem studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Píšu bakalářskou práci na téma „Péče o pokožku na ARO a JIP“. Chtěla bych Vás poprosit, zda byste si našly(i) chvíli na vyplnění tohoto anonymního dotazníku.

U každé otázky prosím zaškrtněte jednu odpověď, tam kde bude možnost výběru více odpovědí to bude zdůrazněno.

V případě dotazů se na mě můžete obrátit na telefonním čísle 724 921 529 nebo e-mailem : muzikova.eva@centrum.cz

Děkuji za spolupráci a Váš čas.

Eva Mužíková

1) Na jakém oddělení pracujete?

- a) ARO
- b) JIP

2) Jaký je Váš věk?

- a) 19 – 29 let
- b) 30 – 39 let
- c) 40 – 49 let
- d) 50 – 59 let
- e) 60 let a vyšší

3) Jak dlouho na oddělení pracujete?

- a) méně než 3 roky
- b) 3 - 6 let
- c) 7 - 10 let
- d) 11-14 let
- e) Více než 14 let

4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoskolské
- b) středoškolské a PSS
- c) vyšší zdravotnická škola
- d) vysokoškolské - Bc.
- e) vysokoškolské – Mgr.

- 5) Kolik sester je u Vás na oddělení nejčastěji na jedné směně?
- a) 1 - 2 sestry
 - b) 3 - 4 sestry
 - c) 5 - 6 sestry
 - d) 6 a více.
- 6) Kolik pacientů máte na starosti během jedné směny?
- a) 1 - 2 pacienty
 - b) 3 - 4 pacienty
 - c) 5 - 6 pacientů
 - d) 6 a více pacientů
- 7) Jaké používáte prostředky k ochraně pokožky pacientů?
- a) ochranné krémy
 - b) masti
 - c) pěny
 - d) jiné
 - e) tělová mléka
 - f) oleje
 - g) vlastní prostředky pacientů
- 8) Používáte antidekubitární pomůcky?
- a) ano
 - b) ne
- 9) Jak často se na vašem oddělení vyskytují dekubity?
- a) 1x za měsíc
 - b) 1x za 3 měsíce
 - c) 1x za 6 měsíců
 - d) 1x za rok
 - e) nevyskytují se vůbec
- 10) Myslíte si, že délka Vaší praxe (zkušenosti) ovlivňuje péči o pokožku pacienta?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) ne
 - d) spíše ne
 - e) nevím
- 11) Jak často polohujete pacienty?
- a) každé 2 hodiny
 - b) každé 3 hodiny
 - c) každé 4 hodiny
 - d) nepolohujeme

12) Jak často provádíte celkovou koupel pacienta?

- a) 1x za den
- b) 2x za den
- c) 1x za týden
- d) 1x za 2 dny

13) Jak často myjete vlasy pacientů?

- a) 1x denně
- b) 1x za 2 dny
- c) 1x za 5 dní
- d) 1x za týden

14) Používáte při hygienické péči ochranné pomůcky? (rukavice, zástěry, roušky, ...)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne, nikdy

15) Jsou na Vašem oddělení zavedeny standardy péče o pokožku?

- a) ano a pracujeme podle nich
- b) ano, ale nepracujeme podle nich
- c) ne, ale už se tvoří
- d) ne a neplánujeme jejich zavedení
- e) jiné.....

16) Jak se nejčastěji hojí rány pacientů?

- a) per primam
- b) per secundam

17) Jaké používáte prostředky v péči o hygienu pacientů? (možno zaškrtnout 3 odpovědi)

- | | |
|-------------------|----------------------------|
| a) mycí gely | f) sprchové gely |
| b) toaletní mýdla | g) vlasové šampony |
| c) pouze vodu | h) hypoalergenní přípravky |
| d) tělové šampony | i) jiné..... |
| e) mycí oleje | |

18) Máte dostatek prostředků k péči o hygienu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

19) Používáte v péči o hygienu vlastní přípravky pacientů?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne, nikdy

20) Provádíte u pacientů masáže pro prokrvení pokožky?

- a) ano, vždy
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne, nikdy
- e) jiné.....

21) Jak často měníte u pacientů ložní prádlo?

- a) několikrát za den
- b) 1x za den
- c) 1x za 2 dny
- d) 1x za týden
- e) dle potřeby

22) Vytváříte na péči o pokožku ošetřovatelské diagnózy?

- a) ano a pracujeme podle nich
- b) ano, ale nepracujeme podle nich
- c) ne, nepoužíváme oš. diagnózy
- d) ne, používali jsme je, ale neosvědčily se

23) Je na Vašem oddělení dostatek prádla?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne
- e) nevím

24) Používáte u pacientů jednorázové pleny a podložky?

- a) ano
- b) ano, pouze pokud má pacient vlastní
- c) spíše ano
- d) spíše ne
- e) ne, nikdy

- 25) Jak často děláte podle standardů ošetrovatelské péče převazy ran?
- a) 1x za den
 - b) 1x za 2 dny
 - c) 1x za 3 dny
- 26) Dodržujete při převazech zásady asepse?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 27) Má každé lůžko na Vašem oddělení k dispozici antidekubitární matraci?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 28) Sledujete nové trendy v hojení ran?
- a) ano, v odborných časopisech
 - b) ano, pokud se náhodou dostanu k nějakému zdroji
 - c) ne, nezajímá mě to
 - d) jiné
- 29) Navštěvujete odborné semináře k tématu péče o pokožku a hojení ran?
- a) ano
 - b) ne
- 30) Vedete dokumentaci k péči o rány?
- a) ano
 - b) ano, ale zdá se mi nedostačující
 - c) ne, ale pracujeme na jejím zavedení
 - d) ne, nepovažujeme ji za nutnou
 - e) nevím
- 31) Používáte fotodokumentaci?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 32) Jsou u Vás na oddělení hospitalizováni pacienti s infekčními onemocněním kůže?
- a) ano, běžně
 - b) někdy
 - c) nikdy

33) Z jakých zdrojů nejčastěji čerpáte novinky z této problematiky hojení ran? (možno zaškrtnout 2 odpovědi)

- a) odborné časopisy
- b) internet
- c) odborné semináře
- d) literatura
- e) jiné.....

34) Považujete péči o pokožku za důležitou?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne, nikdy
- e) nevím

35) Jak často hodnotíte stav pokožky?

- a) 1x za 2 dny
- b) 2x týdně
- c) 1x za 14 dnů
- d) Nehodnotíme
- e) Jiné.....

36) Máte nějaké připomínky k tomuto tématu?

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

Příloha 2 – Tabulka k hodnocení pozorování

Hodnocení pozorování			
pacient č.			
oddělení	ARO	JIP	
antidekubitární pomůcky	ano	ne	
hygiena pokožky	1x denně	2x denně	1x za 2 dny
mytí vlasů	1x denně	1x za 2 dny	1 týdně
výměna prádla	1x denně + dle potřeby	1x za 2 dny	
vlastní hygienické prostředky pacienta	ano	ne	
hodnocení stavu pokožky	1x denně	1x za 2 dny	
hojení ran	per primam	per secundam	
převazy	1x denně	1x za 2 dny	1x za 3 dny
masáže pokožky	ano	ne	
péče odpovídající standardům	ano	ne	
vedení dokumentace o ranách	ano	ne	
používání jednorázových plen a podložek	ano	ne	
vytváření ošetřovatelských diagnóz	ano	ne	

Příloha 3 - Hodnoticí škály

Barthelův test základních všedních činností

<u>činnost</u>	<u>provedení činnosti</u>	<u>bodové skóre</u>	<u>datum</u>	
			<u>při přijetí</u>	<u>při propuštění</u>
1.nejedení napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
2.oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
3.koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
8. přesun na lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
celkové hodnocení				

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 – 40 bodů	vysoký stupeň závislosti
45 – 60 bodů	střední stupeň závislosti
65 – 95 bodů	lehký stupeň závislosti
100 bodů	nezávislý

Zdroj : TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.*
I. vyd. Brno : IDVZP, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X

Zhodnocení rizika vzniku dekubitů dle Northonové

Všeobecná fyzická kondice	Duševní stav	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
dobrá 4	bdělost 4	chůze 4	plná 4	nepřítomná 4
uspokojivá 3	apatie 3	chůze s pomocí 3	mírně omezená 3	příležitostná 3
slabá 2	zmatenost 2	omezená na židli 2	velmi omezená 2	pouze moč 2
velmi špatná 1	sopor 1	postel 1	mobilita 1	moč i stolice 1

Rozšířená stupnice Nortonové

Nebezpečí vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené on.	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	<10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečné omezení 3	<30 3	Alergie 3	TT, DM, anemie, Kachexie, 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprov. 3	Částečně Omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	<60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi Omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	>60 1	Suchá 1	Ca, šok 1	Velmi Špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	žádná 1	Moč + stolice 1

Zdroj : TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.*

I. vyd. Brno : IDVZP, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X

Test ošetrovateľskej zátěže (podle Svanbogra, modifikovaný Staňkovou)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. pohybová schopnost	s částečnou pomocí	1
	s podstanou pomocí	3
	omezený na lůžko zcela závislý	5
2. osobní hygiena	s částečnou pomocí	1
	s podstanou pomocí	3
	úplně závislý	5
3. jídlo	s částečnou pomocí	1
	s podstanou pomocí	3
	úplně závislý (krmení, sonda)	5
4. inkontinence moči	občas	3
	stále	5
	permanentní katetr	2
5. inkontinence stolice	občas	3
	stále	5
6. návštěva toalety	s částečnou pomocí	1
	s podstanou pomocí	5
	pokojevý klozet, podložní mísa	4
7. dekubity	malé	1
	velké	4
8. spolupráce s nemocným	občas obtížná	2
	bezvědomí	3
	velmi obtížná	5

Hodnocení 0 bodů - zcela soběstačný, 38 bodů - zcela závislý

Zdroj : TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procesy.*

I. vyd. Brno : IDVZP, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X