

4 Ošetrovatelské postupy při zajištění hygieny dětí a dospělých, péče o nemocného s dekubitem

Cíle kapitoly:

- definovat zásady zajištění hygienické péče u dětí a dospělých
- představit možnosti poskytování hygienické péče
- seznámit s problematikou predilekčních míst a proleženin
- volit vhodné metody pro prevenci a léčbu proleženin

4.1 Hygienická péče

Hygienická péče je soubor postupů a opatření, zaměřených na dodržování osobní hygieny, na hygienu práce a pracovního prostředí a na prevenci šíření nákaz. Hygiena je osobní záležitostí určenou individuálními hodnotami a zvyklostmi. Ovlivněná je kulturními, sociálními, rodinnými a individuálními faktory, jako je osobní znalost zdraví, hygieny a percepce osobního pohodlí a potřeb. Lidé si mohou, ale nemusí, být vědomi svých individuálních potřeb. V rámci poskytování hygienické péče zdravotník nezajišťuje pouze její plnění, ale také osvětovou a edukační činnost.

Stěžejní faktor pro zajišťování hygienické péče je mobilita nemocného, dle jeho hybnosti a schopnosti sebeobsluhy rozlišujeme nemocné:

- chodící soběstačné - obstarávají si hygienu sami, sestra kontroluje její správnost, případně může podat potřebné informace a rady;
- chodící vyžadující pomoc - potřebují odbornou asistenci, doprovod a dohled během hygieny (např. z důvodu krytí ran, dopomoc k problematicky dosažitelným partiím);
- v rámci lůžka pohyblivé - potřebují asistenci zdravotníka pro přípravu prostředí, pomůcek, hygienu jsou schopni vykonat samostatně nebo s pomocí;
- ležící nepohybliví - zdravotník vykonává hygienu v plném rozsahu- tzv. komplexní ošetrovatelskou péči.

Hygienická péče podporuje čistotu nemocného, odstraňuje přechodné mikroorganismy, sekrety a exkrety z jeho těla, čímž snižuje riziko výskytu nozokomiálních nákaz. Zlepšuje vlastní obraz zdokonalením vzhledu a eliminováním pronikavých zápachů vytváří příjemné prostředí, napomáhá relaxaci, občerstvuje člověka a relaxuje unavené, kontrahované svaly, pomáhá udržovat kůži v dobrém stavu, např. teplá koupel vyvolá periferní vazodilataci, čímž se zvýší krevní cirkulace v kůži.

Hygienická péče je zaměřena na péči o osobní a ložní prádlo, péči o dutinu ústní, ranní a večerní toaletu, celkovou koupel. Dále se zaměřuje na péči o vlasy - česání, mytí vlasů, odvěšení a péči o nehty. Do hygienické péče se řadí také hygienické vyprazdňování, prevence a ošetření proleženin a opruzenin.

Péče o osobní a ložní prádlo

Osobní prádlo zahrnuje zejména *pyžamo* (ev. *prádlo pro denní nošení*), *ručníky*, *žínky* a *župan*. Nemocný si osobní prádlo může přinést vlastní nebo mu je poskytnuto prádlo ústavní. V případě vlastního prádla musí být z hygienických důvodů zajištěna jeho pravidelná výměna návštěvami. V rámci hospitalizace na odděleních se specifickými hygienickými nároky nemusí být vždy povoleno nemocným nosit vlastní osobní prádlo. Sestra zajišťuje dohled nad čistotou osobního prádla, případně zajistí informovanost nemocného o čistotě a dostatečné výměně osobního prádla. Ústavní prádlo je ošetřováno kombinací fyzikální a chemické dezinfekce, praní při vyšších teplotách s použitím dezinfekčního pracího prostředku, zajištěním vyžehlení prádla. Volba ústavního osobního prádla je vhodná u nemocných, u kterých se předpokládá jeho znečištění biologickým materiálem, například sekundárně se hojící rány, v souvislosti s provedením operačního nebo invazivního zákroku, některými kožními nálezy nebo u nemocných, u kterých je vyžadováno zvýšené čistoty, např. nemocní před operací, kteří se umývají mýdlem s dezinfekční přísadou, nemocní s onemocněním kůže apod.

Volba osobního prádla se řídí také mobilitou a zdravotním stavem nemocného. *Pyžamo* je vhodné pro chodící nemocné, je pohodlné a zajišťuje krytí intimních partií, oblíbené zejména u mužů. *Noční košile* je vhodná pro chodící nemocné, u nemocných po břišních operacích (pyžamové kalhoty mohou dráždit operační ránu), u žen po porodu, u nemocných se zavedeným permanentním močovým katétre, oblíbená je především u žen. *Empír* se využívá hlavně u ležících nemocných, zajišťuje rychlý a pohodlný přístup ke všem částem těla nemocného, při chůzi je nepohodlný, nezajišťuje dostatečné krytí intimních partií.

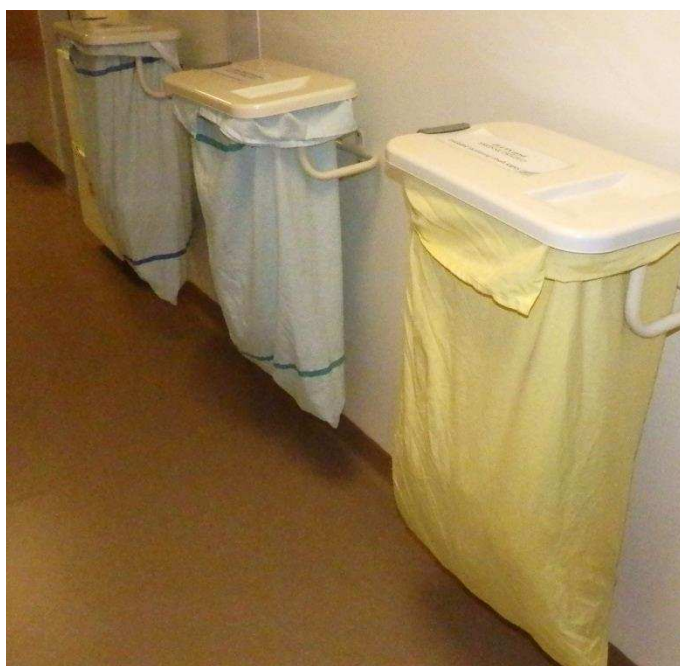
Péče o nemocniční prádlo

Nemocniční prádlo má obdobný charakter jako zdravotnický materiál určený pro opakované použití. *Čisté prádlo* se při přepravě chrání před znečištěním a druhotnou kontaminací obalem. Lze ho prát nebo je určeno na jedno použití. Prádlo se přepravuje v přepravních kovových vozících nebo klecových kontejnerech. Přepravníky a zásobníky se čistí a dezinfikují vždy před použitím nejméně jedenkrát denně. Prádlo se převáží tak, aby nedošlo k poškození obalu a ke křížení čistého a nečistého provozu. Čisté prádlo se **skladuje** v čistých a pravidelně dezinfikovaných skříních nebo regálech v uzavřených skladech čistého prádla.

Výměna osobního prádla a lůžkovin nemocného se provádí podle potřeby, nejméně však jednou týdně, vždy po kontaminaci a po operačním výkonu, popřípadě převazu a vždy po propuštění nebo přeložení nemocného. Nevypratelné, hrubě znečištěné a poškozené lůžkoviny se vyřazují z používání. Při manipulaci s prádlem u lůžka nemocného se používají základní ochranné pomůcky, a to ochranný oděv a rukavice.

Z hlediska zdravotního rizika se rozděluje prádlo na infekční tedy kontaminované biologickým materiálem a prádlo používané na infekčních odděleních, odděleních TBC. **Operační prádlo** z operačních sálů, gynekologicko-porodních sálů, novorozeneckých oddělení, JIP a **ostatní prádlo** (kontaminované radionuklidy a cytostatiky, tedy chemické karcinogeny).

Použité prádlo se třídí, pokud je to nutné, bezprostředně pouze v místnosti k tomu určené s přirozeným nebo nuceným větráním, odkládá se přímo do vyčleněných obalů. Při třídění prádla jsou používány osobní ochranné pracovní prostředky (ochranný oděv, rukavice a ústenka). Prádlo se třídí v místě použití a nepočítá se (počítání prádla je možné ve vyčleněném prostoru za použití osobních ochranných pracovních pomůcek). Před uložením do obalů na odděleních se prádlo neroztřepává. Odkládá se do pytlů zabraňujících kontaminaci okolí nečistotami, podle stupně znečištění, druhu prádla a zbarvení. Prádlo, které bylo v kontaktu s tělními parazity, se ošetří vhodným insekticidem a po 24 hodinách se předá do prádelny. Použité prádlo v obalech se skladuje ve vyčleněném větratelném prostoru. V místnostech pro skladování použitého prádla je podlaha a stěny do výše 150 cm omyvatelná a dezinfikovatelná.



Obrázek 43: Systém třídění použitého prádla

Péče o dutinu ústní se zaměřuje na **péči o stálý chrup** nemocného, zajišťuje především čištění zubů, **péči o náhradní zubní protězu a dutinu ústní a zvláštní péči o dutinu ústní** u nemocných, kteří nepřijímají stravu perorálně. Provádí se v rámci ranní a večerní toalety a dále dle potřeby.

Chodící soběstační nemocní a *chodící nemocní vyžadující pomoc* si zajišťují péči o dutinu ústní sami nebo s pomocí, sestra dohlíží na pravidelnost a důkladnost hygieny dutiny ústní, zajišťuje dopomoc (např. doprovod k umývadlu, zajištění pomůcek pro čištění zubů v lůžku- zubní kartáček, zubní pasta, kelímek s vodou, emitní miska), u nemocných s kariézním chrupem provádí edukační a osvětovou činnost. *Nemocní v rámci lůžka soběstační a imobilní nemocní*, pokud to zvládnou, provádí čištění zubů sami v lůžku, sestra zajišťuje pomůcky (zubní kartáček, zubní pasta, kelímek s vodou, emitní miska), dohled, případně asistenci. U imobilní nesoběstačných nemocných provádí péči sestra, která v plném rozsahu zajišťuje vhodný postup.

Čištění zubů se provádí u nemocných při vědomí pomocí *zubního kartáčku a zubní pasty* - pro správnou hygienu dutiny ústní se doporučují 3 kroky – prvním krokem je čištění zubů zubním kartáčkem a zubní pastou (mělo by trvat asi 3 minuty), na zubní kartáček je nanesena zubní pasta, kartáček se přiloží na zuby ve sklonu 45° a stírávými pohyby ve směru od „červeného k bílému“ jsou vyčištěny všechny zuby, druhý krok obsahuje dočištění mezizubních prostor použitím mezizubní niti, ev. mezizubního kartáčku, třetí krok obnáší výplach dutiny ústní vodou, nebo pomocí *jednorázových zubních kartáčků* napuštěných zubní pastou dle pokynu výrobce.

Péče o náhradní zubní protézu se skládá z jejího důkladného vyčištění pomocí zubního kartáčku a zubní pasty. Zubní protéza se čistí ze všech stran, nikoliv pouze zubní části, poté se důkladně opláchne pitnou vodou, k čištění lze také využít speciálních čistících tablet. Nesmí se zapomenout na péči o dutinu ústní, vhodný je výplach ústní vodou nebo alespoň čistou pitnou vodou. Zubní náhrada se nemocnému vkládá do dutiny ústní ráno po důkladném oplachu pitnou vodou do čisté dutiny ústní, dle potřeby se může fixovat fixačními krémy, v průběhu dne se zubní protéza čistí dle potřeby (zejména při vniknutí jídla pod zubní náhradu), na noc (při večerní toaletě) se zubní náhrada čistí, poté uchovává v označených (jméno a rok narození nemocného) uzavíratelných dózách ve vodě nebo v roztoku tomu určeném, dutina ústní nemocného se vyplachuje ústní ev. čistou vodou.

Zvláštní péče o dutinu ústní se provádí u nemocných, kteří nepřijímají stravu perorálně, zabraňuje se vysychání a následné tvorbě defektů v dutině ústní. Soběstační nemocní mohou provádět opakovaně během dne výplach čistou ev. ústní vodou, čajem. U nesoběstačných nemocných zajišťuje komplexní péči o dutinu ústní sestra. Z důvodu rizika aspirace se jim nesmí zuby čistit zubním kartáčkem a zubní pastou, ale jednorázovými napuštěnými zubními kartáčky a tyčinkami, kterými se zvlhčují a čistí zuby, bukalní sliznice a jazyk (pozor na dávivý reflex u kořene jazyka, tomu je potřeba se vyhnout, aby nedošlo ke zvracení a možnosti aspirace zvratků) nebo suchými štětičkami, či peány s tamponem, které se smočí v ústní vodě nebo speciálním dezinfekčním roztoku ev. glycerínu, tyto pomůcky jsou také jednorázové.



Obrázek 44: Pomůcky k hygieně dutiny ústní

Ranní a večerní toaleta nemocného obsahuje mytí obličeje, rukou, intimních partií, čištění zubů, česání, stlaní lůžka ev. výměnu osobního prádla a lůžkovin. Jedenkrát denně se provádí celková koupel nemocného, mytí ve sprše se provádí minimálně 1 x týdně s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu nemocného.

Celková koupel nemocného se dle stavu pacienta provádí ve sprše nebo na lůžku. Upřednostňuje se koupel ve sprše, ale při zhoršení stavu nebo snížení mobility nemocného se provádí na lůžku. Chodící soběstační nemocní ji provádí sami denně, sestra kontroluje její provedení, chodící nemocný vyžadující pomoc provádí celkovou koupel denně ve sprše, potřebují dohled, asistenci nebo dopomoc (např. dopomoc k mytí obtížně dostupných partií, odvoz do sprchy, dohled při riziku pádu), při zhoršení stavu je celková koupel provedena na lůžku, sestra zajistí pomůcky a dopomoc, stejně jako u nemocných v rámci lůžka pohyblivých. U ležících nepohyblivých nemocných zajišťuje celkovou koupel sestra minimálně 1x denně na lůžku a minimálně 1x týdně ve sprše (využit lze koupelové pojízdné lůžko nebo vozík určen do sprchy).

Celková koupel na lůžku

K **základním pomůckám** pro celkovou koupel na lůžku patří mýdlo, jednorázová žínka (při opakovaném použití 2 žínky, odděleně pro horní a dolní polovinu těla), stejně jako ručník (pokud bude využit pouze jednorázově, tak stačí jeden, v případě opakovaného použití 2 ručníky odděleně pro horní a dolní polovinu těla) a umývadlo ev. 2 umývadla, čisté osobní prádlo a lůžkoviny, vak na znečištěné prádlo, hřeben, masážní krém. Pro hygienu rodidel je vhodné připravit irigátor a podložní mísu. Další pomůcky jsou voleny dle aktuálního stavu a potřeb pacienta – například inkontinentní pomůcky apod. Ochranné pomůcky – jednorázové rukavice a zástěra.



Obrázek 45: Pomůcky k celkové koupeli na lůžku (využití jednorázových pomůcek)

Postup:

Po provedení hygienické dezinfekce rukou jsou připraveny všechny potřebné pomůcky na podnos nebo toaletní vozík. Nemocný je seznámen s výkonem a je zajištěna jeho intimita (např. použitím zástěny) společně s přípravou okolí nemocného (uzavřením oken a dveří). Po provedení hygienické dezinfekce rukou pracovníka jsou pomůcky připraveny na dosah jeho ruky. Pracovník použije ochranné pomůcky (jednorázovou zástěru a rukavice). V úvodu se odstraní pomůcky doplňující lůžko, odloží se na čistou připravenou židli (nelze odkládat na zem nebo lůžko jiného pacienta). Do umývadla se napustí voda s teplotou dle přání nemocného.

Použití mýdla respektuje přání nemocného se zaměřením se na ruce, podpaží, pod prsy, třísla a intimní partie. Mýdlo lze aplikovat přímo do vody, pak je potřeba použít 2 umývadla (jedno s mýdlem, druhé k oplachu). V případě použití 1 umývadla, je potřeba namydřit žínku. Výměna vody v umývadle se řídí stavem znečištění. Pokud jsou použity k umývání vlastní žínky nemocného, musí být barevně odděleny pro horní a dolní část těla a zajištěna jejich pravidelná výměna návštěvami.

Postup umývání je směrem kranio-kaudálním, tedy od hlavy ke konečníku. Je odhalena pouze část těla nemocného, která je právě umývána a je podložena ručníkem, pokud není plánována výměna prostěradla po provedení koupele. Po omytí každé části těla nemocného je provedeno její osušení ručníkem. Začíná se mytím obličeje a krku, obličej se omývá vždy bez mýdla, dále je umyt hrudník a břicho, dále jedna ruka, následně druhá. Poté je nemocný otočen na bok následuje mytí zad, jejich osušení a masáž. Nemocnému je na horní polovinu těla oblečeno čisté osobní prádlo, pokračuje se s mytím jedné a druhé dolní končetiny, následuje mytí genitálu směrem od spony stydké ke konečníku (u žen je vhodné provést mytí genitálu na podložní míse a oplachem irigátorem), mytí se zakončuje mytím hýždí a konečníku. Nemocný je osušen a na dolní část těla je mu oblečeno čisté osobní prádlo.

Nemocný se zpolohuje a pomůcky doplňující lůžko jsou vráceny zpět na své místo. Zdravotník se ještě ujistí o pohodlnosti polohy nemocného, uklidí pomůcky a provede hygienickou dezinfekci svých rukou.

Účinky stimulující má při koupeli chladnější voda a mytí žínkou proti růstu chloupků, účinky naopak zklidňující má teplejší voda a mytí žínkou ve směru růstu chloupků.

Celková koupel na sprchovém lůžku nebo vozíku ve sprše se provádí pomocí speciálního sprchovacího lůžka nebo vozíku určeného ke koupání, na vozíku lze koupat pouze nemocné, kteří jsou vsedě stabilní. Nemocný je pomocí dvou osob přesunut na vozík nebo s využitím přesunovací podložky přesunut z lůžka na sprchovací lůžko, pak je vezen do koupelny. *Postup, pomůcky i ostatní jsou při koupeli shodné jako u celkové koupele na lůžku*, umývadlo nahrazuje sprcha. Během sprchování se špatně mobilní nemocný v koupelně nesmí stavět, aby nedošlo k jeho pádu (případně špatně omyté oblasti se domyjí vleže na lůžku). Utírání a masáž zad se provádí až nakonec. Pozor, je důležité řádně osušit nemocného i části lůžka či vozíku, kterých se dotýká. Nemocný je oblečen do čistého osobního prádla, přikryt, aby se zabránilo chladu a převezen zpět na pokoj. Čas, kdy je nemocný mimo lůžko je využit rovněž k úpravě lůžka bez nemocného.

Péče o vlasy se zaměřuje na česání, které se provádí v rámci ranní a večerní toalety, vlasy se upravují hřebenem, dle potřeby se dlouhé vlasy mohou upravit například do copu. Mytí vlasů, provádí se minimálně 1 x týdně přednostně ve sprše, pokud to není možné, tak na lůžku.

Mytí vlasů ve sprše počíná důkladným smočením vlasové části hlavy, aplikací šamponu, jeho napěněním (pozor na vniknutí šamponu do očí) a jejich důsledným oplachem. Poté jsou vlasy vysušeny ručníkem a učesány hřebenem.

K mytí vlasů na lůžku je potřeba připravit šampon, ručník, irigátor nebo přenosnou sprchu s teplou vodou, bazének na mytí vlasů nebo umývadlo, klín nebo složenou přikrývku pro podložení zad, nepromokavou savou podložku k ochraně lůžkovin, hřeben, emitní misku, ochranné pracovní pomůcky pro ochranu pracovníka dle potřeby rukavice a jednorázová zástěra ev. čepice, pokud se předpokládá kontakt s biologickým materiálem nebo parazity. Pozor – rukavice mohou způsobit tahání za vlasy, tím znepríjemňují výkon pro nemocného. Mytí vlasů je vhodné provádět v rámci celkové koupele na lůžku. *Příprava nemocného a prostředí je shodná s celkovou koupelí na lůžku*, navíc je ale připraven šampon a místo umývadla je možné využít bazének pro mytí hlavy. Mytí vlasů na lůžku u nespolupracujícího nemocného provádí z důvodu náročnosti vždy 2 sestry (jedna drží hlavu nemocného, druhá provádí samotné mytí vlasů). Proces začíná přípravou pomůcek, odstraněním polštáře a podložení zad tak, aby byl zajištěn přístup k vlasové části hlavy. Lůžkoviny jsou chráněny nepromokavou savou podložkou. Vlasy jsou smočeny pomocí irigátoru nebo přenosné sprchy, napěněny šamponem, pak je proveden důkladný oplach šamponu, vysušení vlasů ručníkem, česání a úprava vlasů a úklid pomůcek. Polštář je vhodné chránit nepromokavou podložkou do uschnutí vlasů. U pacientů s krátkými vlasy lze pro osvěžení vlasů mezi výše uvedeným mytím vlasů využít čepice napuštěné šamponem na jednorázové použití. Prostěradlo je

chráněno podložkou, na vlasovou část hlavy je nasazena čepice napuštěná šamponem, vlasy jsou promasírovány přes čepici, čímž se do čepice absorbuje mastnota a nečistoty z vlasů. Vlasy jsou učesány a upraveny.



Obrázek 46: Mytí vlasů nemocnému na lůžku

Odlišení se provádí u zavšivených nemocných (pedikuloza). V tomto případě je nutné odstranit vši a jejich hnidy (vajíčka) za využití speciálních dezinfekčních preparátů - insekticidů (sprejů a šamponu) v kombinaci s vyčesáváním speciálním hřebínkem (Všiváčkem). Preparát je vždy ordinován lékařem. Z důvodu trendu rezistence těchto parazitů dochází k rychlým obměnám sortimentu ze strany výrobců, proto je vždy nutné řídit se pokyny výrobce (způsob aplikace, doba působení, postup odstranění parazitů, opakování aplikace léčebné kúry).

Péče o nehty se provádí dle potřeby, minimálně 1x týdně. Stříhání nehtů je prováděno po celkové koupeli čistými manikurními nůžkami. Nehty na ruku se stříhají do oblouku, na nohou rovně, tak aby nedocházelo k jejich zarůstání. Zvláštního zřetele je třeba dbát na stříhání nehtů u nemocných s defekty na chodidlech a u nemocných diabetem mellitem, jejichž poranění chodidla může znamenat způsobení chronického defektu. Některá zařízení nabízejí možnost pedikérské služby.

Péče o hygienu kojenců a batolat

Udržování hygieny kojenců a batolat je důležitou součástí denní péče o zdravé i nemocné děti. Doma je dítě koupano obvykle večer před spaním, v léčebných zařízeních je z provozních důvodů koupano ráno před vizitou lékaře. Při hygieně dětí je nutné mluvit na něj klidně, pomalu, srozumitelně, chláholivě, usmívat se na něj, a to i u kojence, který zatím neumí mluvit, oslovovat dítě jménem, na které je zvyklé. Při ošetřování je důležité postupovat jemně a klidně, dbát na jeho bezpečnost.

Ke koupání je použita jednorázová žínka, nedráždivé dětské mýdlo, osuška, dětské tělové mléko nebo olej, pasta na ošetření zadečku, čisté osobní prádlo (košilka, kabátek, dupačky), plenkové kalhotky, malé nůžky na nehty, hřeben, emitní miska, koš na použité pleny a špinavé prádlo. Pro čištění uší a nosu jsou použity smotky.

Pomůcky jsou při vedle přebalovacího stolu či na polici. Dítě je koupano ve vaničce, nebo pod sprškou. Vanička musí být čistá, okna i dveře jsou zavřené a teplotu v místnosti zvyšuje topidlo nad přebalovacím pultem. Po přípravě všech pomůcek a hygienické dezinfekci rukou je dítě svléknuto na postýlce nebo přebalovacím pultu, pak je přeneseno na váhu (kojenci do 10 kg se obvykle váží denně, větší děti 1 x týdně). Po zvažení začíná koupel, dítě je přeneseno do vaničky, kde se postupně ponořuje (nejdříve nožičky, poté zadeček a nakonec horní část trupu). Kojence má sestra položeného na předloktí nedominantní ruky, drží ho za paži. Batole je drženo stejným způsobem, pokud tento způsob netoleruje, pak může být provedena koupel vsedě, sestra dítě drží za paži po celou dobu.

Postup při mytí dítěte

Mokrou žínkou bez mýdla je dítěti šetrně omyt obličej od čela k bradě, každé oko je otřeno jedním cípem žínky od vnitřního k vnějšímu koutku. Namydlenou žínkou jsou pak umyty uši, vlasatá část hlavy, krk, horní končetiny, hrudník, břicho (dbá se na řádné mytí pupku). Kojenec je nakloněn na bok, jsou mu namydlena záda a dolní končetiny. Nakonec jsou namydleny genitálie od podbříšku k zadečku a hýždě. Po řádném oplachu mýdla je dítě přeneseno z vaničky na přebalovací pult (nedominantní rukou drží sestra dítě jako ve vaničce, dominantní rukou drží dítě pevně za stehno). Na přebalovacím stole je dítě pečlivě osušeno stejným postupem jako při mytí. Dítě je dle potřeby namazáno tělovým mlékem či olejem (na suché látkové podložce), poté je zabaleno do plenkových kalhot a oblečeno. Je-li to nutné, jsou mu suchými smotky vyčištěny vnější zvukovody a nosní dírky, poté je učesáno hřebínkem, jsou mu zkontrolovány a dle potřeby ostříhány nehty (malými ostrými nůžkami s kulatou špičkou a mírně zahnutými konci). Ruka kojence musí být šetrně, ale pevně přidržena tak, aby nebylo dítě při nečekaném pohybu zraněno. Po koupání je použité prádlo odloženo do vaku na špinavé prádlo a pleny či pomůcky do nebezpečného odpadu. Všechny ostatní pomůcky jsou dekontaminovány.

Při každé příležitosti pěstujeme a upevňujeme u dětí hygienické návyky tak, aby používaly nočník, přihlásily se, že potřebují jít močit, či na stolicí, aby uměly používat kapesník a aby se dokázaly samy vysmrkat. Dále je také učíme ukázněně jíst, česat se, samostatně se oblékat. Batolata jsou koupana podobně jako kojenci, jsou posazena do vaničky a je jim podána hračka. Vody při jejich koupání má být k pupku.

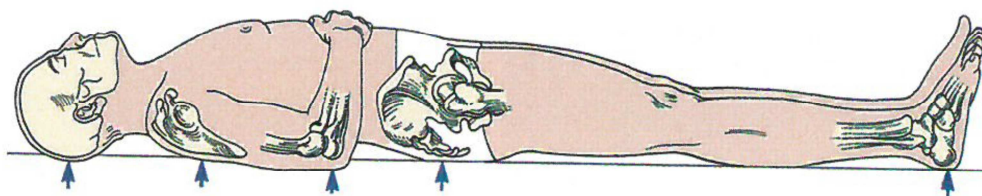
O hygienické péči vedou sestry záznamy v ošetřovatelské dokumentaci. Účelem vedení těchto záznamů je mít přehled o tom, kdy byl který hygienický výkon proveden. Záznamy umožní sestram plánovat a provádět výkony v souladu s potřebami nemocného. V ošetřovatelské dokumentaci jsou zaznamenávány informace o:

- celkové koupeli;
- péči o dutinu ústní;
- mytí vlasů;
- stříhání nehtů;
- prevenci dekubitů;
- vyprazdňování nemocného;

- výměně osobního a ložního prádla.

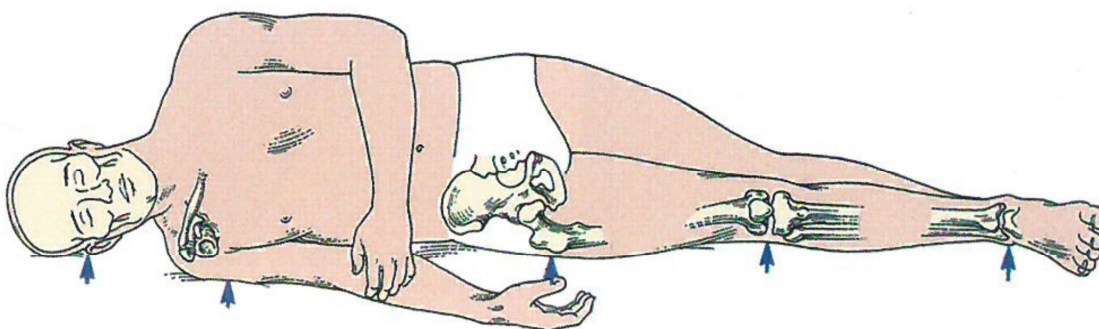
4.2 Proleženiny

Dekubitus neboli proleženina je místní poškození tkáně vznikající dlouhodobým působením tlaku (kost proti podložce, kost proti kosti), které vede k nedostatečnému prokrvení až k odúmrtní tkáně (kůže, podkoží, svalstva). Proleženiny vznikají na typických místech závislých na poloze nemocného, tzv. **predilekčních místech**. V **poloze na zádech** označujeme jako predilekční místa kost týlní, trn 7. krčního obratle, hřebeny lopatek, loketními klouby, kost křížovou a kosti patní. V poloze **na boku** jsou predilekčními místy oblast kosti spánkové, ušní boltce, ramenní kloub, trn kosti pánevní, oblast kyčelního kloubu, kolenního kloubu a kotník. V **poloze na břiše** jsou predilekčními místy lící kost, ušní boltce, prsa (u žen), hřebeny kostí kyčelních, genitál (u mužů), kolenní klouby, nártý a palce.



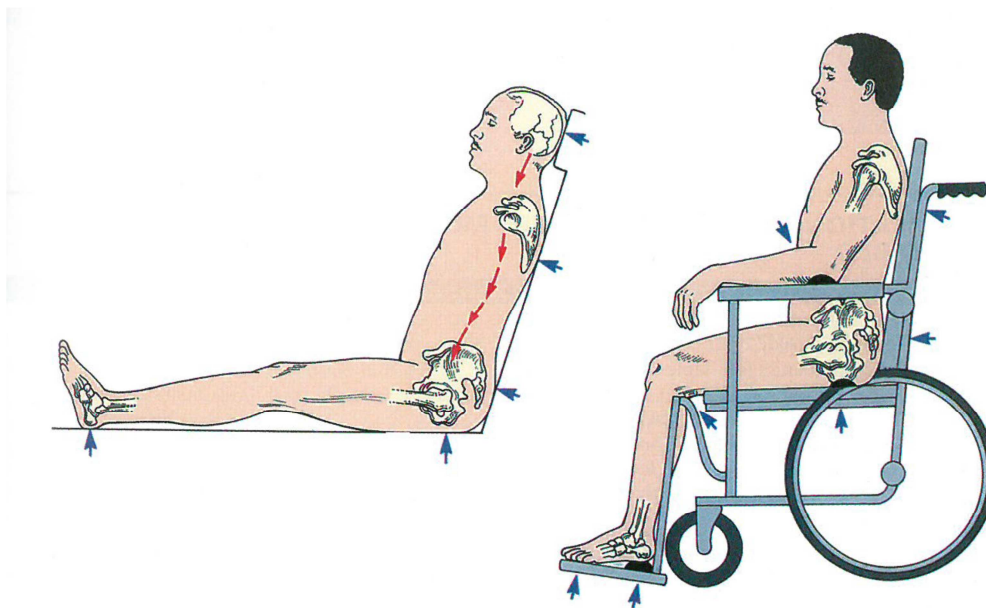
Obrázek 47: Predilekční místa vleže na zádech

Zdroj: Elkin, M., Perry, A., Potter, P., 2004, s. 113



Obrázek 48: Predilekční místa vleže na boku

Zdroj: Elkin, M., Perry, A., Potter, P., 2004, s. 113



Obrázek 49: Predilekční místa vsedě

Zdroj: Elkin, M., Perry, A., Potter, P., 2004, s. 113

Příčinami vzniku proleženin jsou kombinace vnitřních a vnějších faktorů. K **vnějším faktorům** se řadí *tlak* (svíslá síla působící gravitací na kůži), dochází ke stlačení pokožky a tkáně mezi kost a tvrdý povrch (jiná kost, matrace, podložka, sádra). Dalším faktorem je *tření* (síla působící souběžně s kůží), kdy dochází k odírání kůže. Kombinace tlaku a tření je nazýváno *střížnou silou*, která se nejvíce uplatňuje např. v křížové oblasti a hýždích u nemocného ve Fowlerově poloze. **Prevencí** těchto faktorů je správné provádění ošetrovatelské péče, což znamená kontrola stavu kůže nemocného, jeho polohování, používání antidekubitárních pomůcek, vhodných pomůcek k polohování a manipulaci s nemocným, zajištění důsledné hygienické péče, udržování kůže v suchu a čistotě.

Mezi **vnitřní faktory** vzniku proleženin jsou řazeny *imobilita nemocného, přidružená onemocnění* (zejména omezující periferní vaskulární cirkulaci - diabetes mellitus, srdeční a ledvinné selhávání, anémie, demence), *kachexie* (nedostatek podkožního vaziva) či naopak *obezita* (větší tlak na kůži a tkáně), *inkontinence moči a stolice, mechanická nebo farmakologická imobilizace nemocného, zvýšená tělesná teplota* (urychluje metabolismus buněk, což zvyšuje spotřebu kyslíku). **Prevencí** těchto faktorů je používání antidekubitních pomůcek, pravidelné polohování nemocného, kompenzace přidruženého onemocnění, dostatečná výživa ve spolupráci s nutričním terapeutem, dostatek tekutin.

V rámci programu kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR ve Věstníku MZ ČR č. 6/2009 jednotnou metodiku, jehož výstupem je Metodika prevalenčního sledování dekubitů na národní úrovni. Následně pověřilo Národní referenční centrum sledováním národního indikátoru kvality a uveřejňováním výsledků šetření

na svých webových stránkách www.nrc.cz. Zde jsou pravidelně uváděny referenční hodnoty podle míry rizika pacientů a podle oborů (interní, chirurgické, intenzivní péče nebo dlouhodobá péče) a přehled vývoje výskytu dekubitů od roku zahájení šetření.

Ošetřovatelský proces týkající se nemocného s rizikem vzniku dekubitů začíná zhodnocením tohoto rizika – např. využití škály hodnocení rizika vzniků dekubitů.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 *	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod. Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

Jméno: Celkové bodové hodnocení: Datum:

Obrázek 50: Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

Zdroj: Staňková, M., 2000

Škála Waterlow – riziko vzniku dekubitů

Stavba těla/ výška, váha	Typ kůže v ohrožené oblasti	Pohlaví, věk	Zvláštní rizika	Kontinence
průměrná nadprůměrná obézní podprůměrná	0 zdravá 1 papírová, suchá 2 vlhká (zvýšeně teplá) 3 edematózní porucha barvy porušená, ložisko	0 muž 1 žena 1 14 – 49 1 50 – 64 1 65 – 74 2 75 – 80 2 81 +	1 terminální 2 kachexie 1 porucha výživy 2 tkání 3 srdeční selhání 4 perif. vaskulární 5 porucha anémie kouření	8 zcela kontinent- ní/katetrizován občas inkontinen- ce/ 5 má perm. katétr inkontinence sto- lice 2 kompletní inkon- tinence
Neurologická porucha	Pohyblivost	Chuť k jídlu	Operace, trauma	Medikace
diabetes, roztroušená skleróza, náhlá mozk. příhoda, paraplegie	4-6 plná neklid, vrtí se apatie omezená hybnost nehybnost na lůžku nehybnost v křesle	0 průměrná 1 slabá 2 sonda/pouze tekutiny 3 nic ústy/anorexie	0 ortopedická, 1 pod úroveň pasu, páteř, 1 na stole déle než 3 2h.	5 cytostatika vysoké dávky steroidů protizánětlivé léky

- čím vyšší bodové skóre, tím větší riziko vzniku dekubitů

Obrázek 51: Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle škály Waterlow

Zdroj: Staňková, M., 2000

Hodnocení rizika vzniku proleženin

(Shannon, M., L., 1984)

duševní stav	kontinence	mobilita	aktivita	výživa	cirkulace	tělesná teplota	medikace
bdělost čilost	4 kontinence	4 plná hybnost	4 chodící	4 dobrá	4 normální prokrvení	4 do 37,2°C	4 bez steroidů, 4 analgetik, 4 trankvilizérů
apatie	3 inkontinence moče, bez katétru	3 mírné omezení	3 chůze s pomocí	3 uspokojivá	3 snížené prokrvení	3 37,3-37,7°C	3 jedna z uvede- ných skupin
zmatenost	2 inkontinence stolice	2 velmi omezená	2 pouze na vozíku	2 špatná	2 mírné otoky	2 37,8-38,3°C	2 dvě z uvede- ných skupin
supor, koma	1 inkontinence moče a stolice	1 imobilita	1 ležící	1 kachexie	1 střední a velké otoky	1 nad 38,4°C	1 všechny uve- dené skupiny

Skóre 16 bodů a méně představuje významné riziko vzniku proleženin

Jméno: Celkové bodové hodnocení: Datum:

Obrázek 52: Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Shannona

Zdroj: Staňková, M., 2000

Pomůcky a zařízení používané k prevenci proleženin zahrnují různé polohovací pomůcky a podložky, například perličkové a molitanové podložky (různé velikosti a tvary), podložky ze

syntetického rouna (např. decuba), chrániče na paty a lokty, polštáře, antidekubitní matrace jak pasivní, tak aktivní (podložka skládající se ze systému vzdušných komor, ve kterých se střídavě mění tlak pomocí kompresoru, tím dochází k odlehčení jednotlivých predilekčních míst). Důležité je informovat lucidního nemocného o tom, co to dekubitus je, jeho příčiny a prevenci tak, aby nemocný akceptoval pomoc druhých.



Obrázek 53: Ukázka molitanových a perličkových polohovacích pomůcek

Hodnocení vzniklé proleženiny

Nejčastější místo vzniku je v oblasti predilekčních míst, vytvořit se ale může kdekoliv, kde je kůže stlačována mezi kost a tvrdou podložku.

Velikost a hloubka se uvádí na základě měření v centimetrech (výška x šířka x hloubka)

V literatuře jsou nejčastěji uváděné dvě klasifikace dekubitů – **čtyřstupňové klasifikace** (např. dle Hibbsové, EPUAP), nebo **pětistupňová škála** dle Torrance (hodnotí i stupeň nula, tzv. reverzibilní začervenání).

Škála stupně postižení tkání u dekubitu dle Hibbsové (1992)

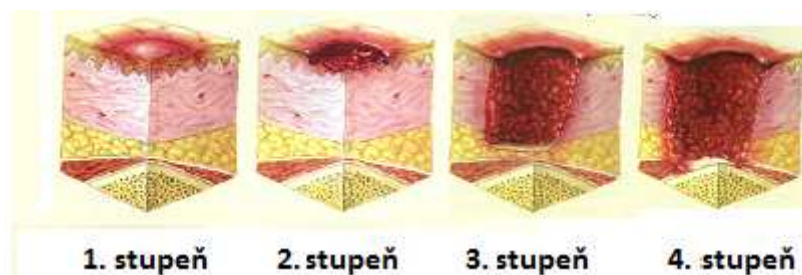
1. stupeň: nereverzibilní začervenání
2. stupeň: porušená kůže – epidermis, dermis nebo obojí (puchýř nebo mělký důlek)
3. stupeň: hluboké poškození podkoží, nekróza
4. stupeň: poškození fascie, svalu, nekróza

I. stupeň: erytém – tlakové léze bez poškození kůže. Příznakem je mírný otok, jemné zarudnutí kůže a zduření postižené části na pohmat. Tyto změny jsou nereverzibilní, vlivem tlaku dochází k trvalé změně v podkoží.

II. stupeň: puchýř – tlakové léze s částečným poškozením kůže. Postižená oblast je oteklá a indurovaná (zatvrdlá vlivem zmnožení vaziva), kůže je bledá. Při kompresi se neobjeví kapilární návrat. Někdy se vytvoří puchýř, někdy bývá obnažena škára (korium), což připomíná hlubokou oděrku nebo mělký důlek. Dochází primárně k poškození podkoží i s částí cév vyživujících kůži, a proto lze očekávat její druhotné odumírání.

III. stupeň: nekróza – tlaková léze se zničením tkání mezi kostí a pokožkou, hluboké poškození kůže. Dekubit kryje buď černá suchá nekróza, nebo rozbředlá nekrotická tkáň. Jelikož defekt podkoží je vždy větší než defekt kůže, vznikají na místě odumřelých tkání vředy s široce podminovanými okraji, jejichž spodinu tvoří obnažený kostní podklad. Specifický typ dekubitu vzniká na místech trochanterů, sedacích kostí a ploskách nohy. Vlivem dlouhodobého mírného tlaku se ztenčí podkožní vrstva, což způsobí naléhání kůže na burzu nebo přímo na kostní prominenci. V burze se začne tvořit výpotek, následně hnis. Infekce může přejít na kost a vznikají ostitidy (zánět kosti) nebo se může rozvinout sepse.

IV. stupeň: vřed – tlakové léze s poškozením facie, svalu, nekrózy, provázené ostitidami a artritidami. Vzhled dekubitu IV. stupně je stejný jako u předešlého, ale vedle ostitid kostního podkladu je navíc doprovázen artritidami sousedních kloubů (sakroiliakální, kyčelní, kolenní apod.). Spontánní zhojení těchto dekubitů není možné, a proto se téměř vždy přistupuje k operačnímu řešení.



Obrázek 54: Stádia dekubitů

Zdroj: Lynn, P., Perry, A., Potter, P., 2011, s. 361 – 362

Druhy dekubitů



Stupeň I. Neblednoucí erytém. Nepoškozená pokožka s neblednoucím zarudnutím v lokalizované oblasti, obvykle nad kostním výčnělkem. Může být provázen změnou barvy kůže a její vyšší teplotou, edémem, zatvrdnutím a bolestivostí. U tmavší pokožky nemusí být zblednutí viditelné.



Stupeň II. Ztráta kůže v částečné tloušťce. Ztráta dermis v částečné tloušťce se projevuje jako mělký otevřený vřed s červeno-růžovým lůžkem rány bez mrtvé tkáně. Může se také projevit jako neporušený či otevřený/prasklý puchýř naplněný tekutinou.



Stupeň III. Ztráta kůže v celé tloušťce. Ztráta tkáně v celé tloušťce. Podkožní tuk může být viditelný, ale kosti, šlachy ani svaly nejsou odkryty. Může se objevovat mrtvá tkáň. Může docházet k poddolování a vzniku tunelů.



Stupeň IV. Ztráta kůže v celé tloušťce. Ztráta tkáně v celé tloušťce s odkrytím kostí, šlach či svalů. Může být přítomna mrtvá tkáň či krusta. Často zahrnuje poddolování a vznik tunelů.

Obrázek 55 Druhy dekubitů

Zdroj: http://www.mzcr.cz/dokumenty/%E2%80%9Estop-dekubitum21listopad-je-vyhlasen-dnem-%E2%80%9Estop-dekubituma-ceska-republ_8467_2778_1.html [21.11.2014]

Klasifikace stádií dekubitů dle Torrance (1983)

- 1. stupeň:** překrvení se zblednutím (kůže je zarudlá, ale nedochází k poruše mikrocirkulace, po přitlačení prstem na překrvenou oblast dochází k jejímu zblednutí);
- 2. stupeň:** neblednoucí překrvení (kůže je zarudlá a zarudnutí přetrvává, i přesto, že je pod slabým tlakem, může dojít k povrchovému poškození kůže);
- 3. stupeň:** zředovatění kůže (ulcerace postupuje přes celou dermis až na rozhraní subkutánní fascie, ta zůstává neporušená);
- 4. stupeň:** zředovatění subkutánní fascie (vřed je rozšířen do podkoží, dochází k destrukci svalů);
- 5. stupeň:** nekróza svalu (dochází k odumření svalové tkáně a obnažení kosti).

Charakter dekubitů

- **nekróza** – povrchová nebo hluboká, suchá nebo exudující mrtvá tkáň, většinou černé nebo žlutavé barvy
- **infikovaná rána** – oteklá, zarudlá, bolestivá zapáchající rána (přítomnost bakterií)
- **povleklá rána** - spodina je povleklá a silně nebo slabě exuduje
- **rána granulující** – je vytvořena granulační tkáň
- **rána epitelizující** – růžová, snadno zranitelná tkáň v poslední fázi hojení

Hodnotit je v tomto případě nutné jak okraje rány (ohraničené či neohraničené), jejich **sekreci** (exsudaci) - (bez sekrece, mírná, střední silná sekrece), **tak i její zápach** (žádný, mírný, střední, silný). **Dále je také nutné hodnotit podminování**, což znamená, že na povrchu dekubit vypadá mnohem menší, než je skutečné poškození tkáně, obvykle bývá podminování ukryto nekrózou, kdy po odstranění nekrózy i malého dekubitu dojde k odhalení jeho správné, mnohem větší velikosti.

Dle charakteru dekubitů jsou voleny vhodné postupy a materiály k převazu rány. Je-li přítomna nekróza, je nutné ji odstranit chemickými čistícími preparáty, chirurgickou nekrektomií nebo lze využít larvoterapie. Při infekci je nutné defekt vyčistit, čištění dekubitů se nazývá také debridement.

Pokud je rána vyčištěna, je nutné podporovat granulaci, poté epitelizaci. Jednotlivé typy obvazů lze kombinovat, je však nutné řídit se návodem výrobce.

Při hojení ran za sucha se rána nechává zaschnout, pak je ošetřena dezinfekčními roztoky, ke *krytí* je použit hydrofilní mul.

Nevýhodou při léčbě dekubitů jsou materiály, které mohou k ráně snadno přischnout, v tomto případě je nutné je denně měnit, což působí pacientům značnou bolest. V suchém prostředí dochází k dehydrataci a k zániku buněk, hojení trvá výrazně déle.

Suchá krytí na rány jsou v dnešní době používána při ošetřování ran v rámci první pomoci, k ošetřování primárně se hojících a stehy uzavřených ran (pohlcují prosakující krev, chrání před sekundární infekcí a proti mechanické iritaci). Pro tato krytí jsou použity materiály jako Medicomp, Cosmopor, Urgostérile, sterilní krytí.

Metoda vlhkého hojení ran využívá principu podpory fyziologického hojení ve vlhkém prostředí (ideální podmínky pro růst granulační tkáně a epitelia), převazy není nutno v tomto případě provádět denně, ale dle druhu materiálu během dvou až sedmi dnů. Postup převazu rány při této metodě je následující: šetrné sejmutí původního obvazu, oplach rány (Prontosan, Dermacyn), zvolení vhodného materiálu dle charakteru rány, provedení ošetření rány a jejího okolí, fixace, záznam do dokumentace.

Příklady použití materiálu dle charakteru a fáze hojení rány:

- **hydrogely** – obvazy nebo gely z hydrofilních polymerů, které obsahují velké množství vody, současně mají vysokou absorpční kapacitu;
indikace – k odloučení suché nekrózy, na povleklé nebo granulující rány;
- **obvazy s aktivním uhlím** – jsou složeny z tkaniny, která obsahuje aktivní uhlí, na kterém se absorbují mikroby;
indikace – silně a středně secernující rány, rány zapáchající, s příznaky infekce;
- **antiseptické obvazy** – jsou vyrobeny z netkaného porézního materiálu, který je napuštěn antimikrobiální látkou;
indikace – prevence a řešení infekce u mírně secernujících ran;

- **algináty** – jsou vyrobeny z hnědých mořských řas, mají silný absorpční účinek, při kontaktu se sekretem rány bobtnají a přeměňují se v gelovou hmotu;
indikace – středně nebo silně secernující rány bez příznaku infekce;
- **hydrokoloidy** – obvaz je tvořen dvěma vrstvami, zevní je polyuretanová, pro vodu nepropustná pěna, vnitřní obsahuje hydroaktivní částice, které se sekretem rány vytvářejí gelovou hmotu;
indikace – mírně secernující ve fázi granulace a epitelizace, bez příznaků infekce;
- **hydropolymery** – krytí rány, které má menší absorpční schopnost, rána pod ní zůstává čistá, bez zápachu;
indikace – povrchové i hluboké defekty bez infekce, k podpoře granulace a epitelizace;
- **neadherentní obvazy** – pletené či tkané mřížky impregnované mast'ovými základy;
indikace – granulující rány se střední a mírnou sekrecí, rány epitelizující;
- **filmové obvazy** – polopropustná transparentní fólie, propouští vodní páry a kyslík, přitom působí jako bakteriální bariéra;
indikace – epitelizované rány.

Larvální terapie (larvoterapie) je biologický debridment, který využívá larvy speciálního druhu mouchy *Lucilia sericata* (bzučivka zelená). Mechanismus účinku larvální terapie při hojení rány tkví především v čištění rány – debridment, dezinfekci rány a podpoře hojení. Dochází k enzymatickému zkapalnění nekrotické tkáně a jejímu strávení larvami. Pohybem larev v ráně se stimuluje tvorba granulační tkáně. Tyto larvy nejsou schopny rozkládat živé buňky, dokonale kopírují hranici živé a mrtvé tkáně. Proniknou i do špatně dostupných míst bez poškození důležitých struktur, odstraňují pouze nekrotickou tkáň, neporušují granulace a zdravou tkáň.

Aplikace řízeného podtlaku (V. A. C.) je metoda podporující čištění a hojení u různých typů ran. Mechanismus účinku je v průběžném odstraňování exudátu, snížení tkáňového otoku a počtu bakterií, zvýšení lokálního prokrvení a stimulaci růstu granulací. Vhodnou indikací k V. A. C. terapii jsou rozsáhlé defekty, zvláště pak po nekrektomii. Kontraindikací k V. A. C. terapii je nekrotická tkáň a suchá gangréna, malignita v ráně, neléčená osteomyelitida, obnažené cévy a fistula komunikující s tělními dutinami. Ideální aplikace trvá 2–3 týdny, v součtu je minimální provoz přístroje 16 hodin denně. Volba režimu a míra podtlaku je na indikaci lékaře.

Převaz dekubitu začíná provedením hygienické dezinfekce rukou a přípravou všech potřebných pomůcek na podnos nebo převazový vozík, včetně léčivých přípravků dle ordinace lékaře určených pro převaz rány. Po informování pacienta o výkonu, lze aplikovat před výkonem analgetika dle ordinace lékaře a vyčkat jejich působení (cca 30 minut). Při převazu je potřeba zajistit intimitu nemocného (zástěna, převaz na vyšetřovně), provést hygienickou dezinfekci rukou, odstranit pomocná zařízení lůžka, zvolit vhodnou polohu

nemocného pro převaz (místo defektu musí být volně přístupné). Lůžkoviny je potřeba chránit podložením místa převazu savou nepromokavou podložkou (v případě potřeby lze odložit pomůcky do lůžka pouze na tuto podložku). Po připravení všech potřebných pomůcek na dosah ruky je nutné provést hygienickou dezinfekci rukou a dodržovat zásady aspesa po celou dobu výkonu. Sestra si nasadí ochranné pomůcky (obličejovou masku, nesterilní rukavice, ochranný plášť nebo zástěru), odstraní náplast (tahem směrem k ráně) a sekundární krytí, odloží bezprostředně do emitní misky nebo připravené nádoby na odpad, odloží také použité rukavice, provede hygienickou dezinfekci rukou a vezme si čistou emitní misku. Po nasazení čistých nesterilních rukavic pomocí sterilní pinzety odstraní primární krytí (poslední vrstva krytí, která je v kontaktu přímo s ránou) a bezprostředně ho odloží do emitní misky, provede oplach rány sterilním oplachovým roztokem (Prontosan, Dermacyn apod.) nebo sterilní aquou (dle ordinace lékaře).

Následuje zhodnocení stavu dekubitu (stupeň, velikost a hloubku rány, fáze hojení rány, okolí rány, barva, vzhled a množství sekrece, přítomnost zápachu, otok apod.) a samotné provedení ošetření dekubitů léčivy dle ordinace lékaře (je respektována fáze hojení rány, v případě neshody je postup konzultován s lékařem), postup je volen asepticky, ošetření probíhá od okolí ke středu rány, aby nedocházelo k zavlečení infekce do okolních tkání, používány jsou sterilní pomůcky a nástroje. Po aplikaci léčiv do rány a jejího okolí je provedeno krytí rány sterilním krytím pomocí pinzety, kterou jsme uchovali aseptickým způsobem během převazu, krytí je fixováno ke kůži. Při úklidu pomůcek je potřeba myslet na odstranění ochranné podložky z lůžka, kterou byly kryty lůžkoviny po dobu převazu. V závěru je potřeba upravit polohu nemocného a vrátit zpět pomůcky doplňující lůžko. Použité nástroje jsou dekontaminovány vložením do dezinfekčního roztoku pro pomůcky, jejich ponecháním po dobu expozice, mechanickým očištěním pod hladinou roztoku a opláchnutím pod tekoucí pitnou vodou a jejich vysušením do papírového ručníku, úklidem na určené místo nebo vložením do nádoby určené pro materiál ke sterilizaci. Ochranné pomůcky a všechn odpad je likvidován jako nebezpečný. Provedení hygienické dezinfekce rukou je potřeba zajistit vždy po každém převazu. Výkon končí zaznamenáním provedení převazu do dokumentace nemocného.

Opruzenina (intertrigo) je difúzní zarudnutí kůže následkem působení vlhka (pot, moč, stolice, zvratky) a nedostatkem vzduchu. Vzniká v místech tzv. „vlhké zapáčky“ tedy doteku dvou kožních řas. Často způsobuje poruchu integrity kůže. Hlavními příznaky jsou pálení kůže, svědivost, zarudnutí, někdy také ekzematizace nebo impetiginisace. Nejlepší **léčbou je prevence**, což zahrnuje pravidelnou hygienickou péči, udržování pokožky v suchu a čistotě, vhodné ložní i osobní prádlo, zamezení kontaktu dvou kožních řas použitím například gázových záložek, použití mastí a krémů, které příznivě ovlivňují pH kůže a vytvářejí na ní ochranný film. Další léčba se řídí ordinací lékaře.



Obrázek 56 Ukázka opruzenin

Zdroj obrázku vpravo: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/fotografie-a-obrazky-anatomie-a-nemoci/jak-vypada-opruzenina-opruzeniny-obrazek-fotografie>
[21.11.2014]

Zdroje

- [1] ELKIN, M., PERRY, A., POTTER, P. Nursing interventions and clinical skills. 3. vyd. St. Louis, Mo.: Mosby, 2004. 1021 s. ISBN 03-230-2201-4.
- [2] JIRKOVSKÝ, D. a kol. *Ošetrovatelské postupy a intervence*. 1. vyd. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.
- [3] KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 350 s. ISBN 978-802-4718-309.
- [4] KOUŘILOVÁ, I., MRÁZOVÁ, R. Lokální ošetřování ran a defektů na kůži. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 76 s. ISBN 978-802-4726-823.
- [5] KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatelské techniky: metodika sesterských činností*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-8063-202-2.
- [6] Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace, Standard č. 14 - Prevence a léčba dekubitů a jiných kožních defektů, NOP/St14/2011/v01.
- [7] Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace, Standard č. 15 - Převazy rány, NOP/St15/2010/v01.
- [8] MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978 - 80-247-1442-6.
- [9] PERRY, A., POTTER, P. Clinical nursing skills. 7. vyd. St. Louis, Mo.: Mosby/Elsevier, 2010. 1275 s. ISBN 978-032-3052-894.
- [10] POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 191 s. ISBN 978-802-4733-715.

- [11] ŘEZANINOVÁ, L., FEXO VÁ, P., JIRKOVSKÁ, A. Úloha sestry při aplikaci nových metod v léčbě ulcerací syndromu diabetické nohy. *Medicína pro praxi*. 2008. roč. 5, č. 11, s. 449 - 450. ISSN 1214-8687.
- [12] SEDLÁŘOVÁ, P. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 248 s. ISBN 978-802-4716-138.
- [13] STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6 – Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 978-80-7013-323-6.
- [14] VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ, J. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I. Obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

Webové odkazy

- [15] Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni*. [online]. [cit. 02.12.2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/sledovani-dekubitu-jako-indikatoru-kvality-oseetrovatelske-pece-na-narodni-urovni_3782_1841_15.html
- [16] Jak vypadají opruzeniny - fotografie, obrázek. Zbynekmlcoch.cz: Z.M. [online]. 28. říjen 2012 [cit. 21.11.2014]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/fotografie-a-obrazky-anatomie-a-nemoci/jak-vypada-opruzenina-opruzeniny-obrazek-fotografie>.
- [17] <http://www.lecbarany.cz/produkty> [cit. 21.11.2014]
- [18] http://www.mzcr.cz/dokumenty/%E2%80%9Estop-dekubitum21listopad-je-vyhlasen-dnem-%E2%80%9Estop-dekubituma-ceska-republ_8467_2778_1.html [cit. 22.10.2014]
- [19] www.nrc.cz [cit. 10.11.2014]