

Sestrinska skrb za očuvanje integriteta kože bolesnika

Vranar, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Technical College in Bjelovar / Visoka tehnička škola u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:378468>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-28**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU

STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

ZAVRŠNI RADBROJ: 70/SES/2015

**SESTRINSKA SKRB
ZA OČUVANJE INTEGRITETA KOŽE BOLESNIKA**

MARIJA VRANAR

Bjelovar, prosinac, 2015.

VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU

STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

ZAVRŠNI RAD BROJ: 70/SES/2015

**SESTRINSKA SKRB
ZA OČUVANJE INTEGRITETA KOŽE BOLESNIKA**

MARIJA VRANAR

Bjelovar, prosinac, 2015.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Vranar Marija**

Datum: 23.07.2015.

Matični broj:000381

JMBAG: 0314003824

Kolegij: **OSNOVE ZDRAVSTVENE NJEGE 1**

Naslov rada (tema): **Sestrinska skrb za očuvanje integriteta kože bolesnika**

Mentor: **Melita Mesar, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. **Andreja Starčević, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Melita Mesar, dipl.med.techn., mentor**
3. **Mr.sc. Tatjana Badrov, član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 70/SES/2015

Rad prikazuje što je sve potrebno za provođenje kvalitete zdravstvene njege bolesnika i brigu za očuvanje integriteta kože bolesnika. Prikazuje proces cjelokupne sestrinske skrbi kroz prikaz bolesnika. Prikazuje proces cjelokupne sestrinske skrbi kroz prikaz bolesnika s posebnim osvrtom na njegu kože.

Zadatak uručen: 23.07.2015.

Mentor: **Melita Mesar, dipl.med.techn.**



ZAHVALA

Zahvaljujem se svojoj mentorici Meliti Mesar na beskonačnom strpljenju i uloženom trudu i pomoći kod izrade ovog rada. Hvala i svima profesorima i predavačima na prenesenom znanju. Hvala i mojoj obitelji koji su mi pružali podršku za vrijeme moga studiranja.

Hvala Vam puno na pomoći i razumjevanju!

SADRŽAJ

| | |
|---|-----------|
| 1. UVOD | 2 |
| 2. CILJ RADA | 3 |
| 3.OBILJEŽJA I FUNKCIJA KOŽE | 4 |
| 3.1. Anatomija i fiziologija kože | 4 |
| 3.2. Funkcije kože | 4 |
| 3.3. Procjena stanja kože | 5 |
| 4. SESTRINSKA SKRB O ZDRAVOJ KOŽI | 6 |
| 4.1. Kupanje | 6 |
| 4.2. Brijanje | 7 |
| 4.3. Njega usne šupljine | 7 |
| 4.4. Njega nosne šupljine | 8 |
| 4.5. Njega uha | 8 |
| 4.6. Njega i skrb za nokte na rukama | 8 |
| 4.7. Skrb za stopala..... | 8 |
| 4.8. Skrb za kosu..... | 9 |
| 4.9. Skrb za kožu bolesnika s dijabetesom melitusom | 9 |
| 5. SESTRINSKA SKRB ZA OČUVANJE INTEGRITETA KOŽE BOLESNIKA... | 10 |
| 5.1. Pojam i nastanak dekubitusa..... | 10 |
| 5.2. Prevencija dekubitusa | 12 |
| 5.2. 1. Braden skala | 13 |
| 5.2.2. Knoll skala | 16 |
| 5.2.3. Norton skala | 17 |
| 5.3. Sestrinska skrb za bolesnika s dekubitusom | 17 |
| 5.3.1. Oblozi za rane | 18 |
| 5.3.2. Terapija rane negativnim tlakom | 21 |
| 5.3.3. Antidekubitalna pomagala | 23 |
| 6. PRIKAZ SLUČAJA | 25 |
| 6.1. Osobna anamneza | 25 |
| 6.2. Opis problema | 25 |
| 6.3. Zdravstvena njega..... | 25 |
| 7. ZAKLJUČAK | 29 |
| 8. SAŽETAK/ SUMMARY | 30 |
| 9. LITERATURA | 32 |

1. UVOD

O narušenom integritetu kože bolesnika govorimo kada je osoba zbog svog zdravstvenog stanja razvila neko oštećenje kože. Npr. otvorene rane uslijed povrede (oguljotine, posjekotine, razderotine, opekline) ili dugotrajnog ležanja (dekubitus). Glavni rizik nastanka oštećenja kože kod bolesnika je nepokretnost, odnosno smanjena mogućnost brige o sebi, smanjena mogućnost samostalnog provođenja osobne higijene (kupanje, hranjenje, presvlačenje , kretanje). Najčešća komplikacija koja nastaje dugotrajnim ležanjem je dekubitus. Dekubitus najčešće nastaje u bolesnika koji su liječeni u bolnici s učestalosti od 3% do 14%. Ako su bolesnici stariji i imaju ortopedskih problema učestalost pojave dekubitusa je i do 70%. Medicinska sestra je osoba koja je najviše vremena uz bolesnika i treba i mora svaku promjenu na koži koju primjeti evidentirati u za to određeno mjesto u sestrinskoj dokumentaciji. Treba svoj posao raditi temeljito i djelovati preventivno svim sredstvima koja su joj na raspolaganju da ne bi došlo do oštećenja kože, a ako ipak dođe do oštećenja kože treba pružiti najbolju skrb da se oštećenje sanira uz pomoć novih metoda u zbrinjavanju rana, korištenjem modernih obloga i aparata (terapija rane negativnim tlakom).

2. CILJ RADA

Cilj rada je istražiti koja je uloga i zadaća medicinske sestre u očuvanju integriteta kože bolesnika, koji su sve faktori koji utječu na stanje kože bolesnika, na što treba posebno obratiti pozornost kod provođenja zdravstvene njege, te koje su mogućnosti prevencije oštećenja kože kao i nove metode u liječenju i zbrinjavanju rana modernim oblogama i aparatima s negativnim tlakom.

3. OBILJEŽJA I FUNKCIJA KOŽE

Pokrovni organ tijela je – koža. Osim kože pokrovni su organi nokti, kosa i mukozne membrane.

3.1. Anatomija i fiziologija kože

Koža pokriva površinu tijela, a u njoj se nalaze živčana vlakna, razna osjetilna tjelešca (za dodir, bol, toplinu), žlijezde lojnice (izlučuju loj – sebum, koji kožu masti i čini je gipkom, a kosu vlaži), žlijezde znojnice (izlučivanjem znoja regulira se tjelesna temperatura, izbacuju otrovne raspadne tvari), ceruminozne žlijezde (izlučuju cerumen).

Mukozne membrane povezane su s kožom i njihove stanice izlučuju sluz koja održava membrane mekanim i vlažnim.(1)

KOŽA – *integumentum commune*

Kožu čine tri sloja:

1.Pousmina (pokožica) – *epidermis*, to je gornji, vanjski sloj kože kojega čini mnogoslojni pločasti epitel koji na površini ima oroženi sloj čije stanice propadaju i ljušte se, a otporan je na vanjske utjecaje.(2)

2.Usmina (prava koža) – *dermis*, drugi sloj kože, građen je od elastičnog vezivnog tkiva i kolagenskih vlakana, a u kojem se nalaze živčani završeci, žlijezde znojnice i lojnice, krvne i limfne žile, folikuli dlaka .(2)

3. Potkožno tkivo – *tela subcutanea*, *subcutis*, njega čine elastična, rahla i vezivna vlakna, sadrži masne stanice koje tvore toplinsku izolaciju prema okolini.(2)

3.2. Funkcije kože

Ljudska koža sudjeluje u održavanju balansa elektrolita i tekućina i u održavanju tjelesne temperature, štiti naš organizam od vanjskih utjecaja i od infekcije. Uz pomoć sunca preko kože se sintetizira vitamin D koji se nakon toga apsorbira u tijelo. Koža je i osnova za identifikaciju – kožni crtež tj. dermatoglifi koji se nalaze

na jagodicama prstiju, dlanovima i tabanima genetski je potpis svakog pojedinca koji ostaje ne promjenjen cijeli život.

3.3. Procjena stanja kože

Kada procjenjujemo stanje bolesnika procjenjuje se i stanje kože, kose, noktiju i sluznica. Kod kože promatramo prije svega da je koža neoštećena – intaktna, kakve je boje, elasticiteta (turgor kože). Na dodir bi koža trebala biti suha, topla, glatka, elastična, a sluznice vlažne, glatke i ružičaste. Kosu promatramo tako da gledamo je li krhka, ispucana, je li ispada, ima li prisutnih nametnika. Nokti bi trebali biti ružičasti, glatki i tanki. Još se procjenjuje stanje zubi i izgled desni koje bi trebale prijanjati uz zube.(1)

4. SESTRINSKA SKRB O ZDRAVOJ KOŽI

Da bi koža ostala zdrava i neoštećena i kao takva mogla obavljati svoju funkciju najvažnije je održavanje osobne higijene odnosno redovito kupanje. Pranjem kože postiže se uklanjanje prljavštine s površine kože kao što su masnoće, mrtve stanice kože, bakterije. Eliminacijom ovih supstanci otklanjamo neugodne mirise i sprečavamo nastanak infekcija. Posebnu brigu i pažnju treba posvetiti bolesnicima koji su teško pokretni ili nepokretni jer zbog smanjene mogućnosti brige o sebi i provođenja osobne higijene trebaju pomoć. Najvažniji postupak provođenja osobne higijene je kupanje, bilo da se provodi u krevetu, u kadi ili tuširanjem.(1)

4.1. Kupanje

Kupanje ima višestruku korist za bolesnika. Kupanjem se bolesniku daje osjećaj osvježanja i čistoće kože, pranjem u toploj vodi poboljšava se cirkulacija, a pokreti pranja djeluju kao masaža i relaksiraju. Kupanjem se poboljšava mišićni tonus i kondicija, može se poboljšati tek, poboljšava se dojam o samome sebi, a mogu se provoditi i ljekovite kupke dodavanjem lijekova u kupku npr. kod kožnih bolesti. Kupanje bolesnika provodi medicinska sestra, koja ga treba poticati u provođenju osobne higijene i što više se prilagoditi bolesniku u njegovim navikama koje je imao kod kuće (toplija ili hladnija voda, uporaba pjene za kupanje ili sapuna, kupanje u jutarnjim ili večernjim satima). Nepokretnim bolesnicima je potrebno provoditi osobnu higijenu svakodnevno u za to određeno vrijeme. U planu zdravstvene njege trebalo bi biti zabilježeno vrsta pomoći koja je potrebna za obavljanje osobne higijene, kako će ta pomoć biti pružena, specifičnosti vezane uz kupanje, pozitivni i eventualno negativni učinci kupanja. Medicinska sestra sve postupke vezane uz bolesnika počinje i završava pranjem ruku. Bolesniku je potrebno objasniti što će se raditi, pripremiti prostoriju (ako je to bolesnička soba, zatvoriti prozor, ako ima još bolesnika u sobi potrebno je osigurati privatnost stavljanjem paravana), pripremiti sav potrebni pribor (čisto rublje za bolesnika, čisto posteljno rublje, ručnike, trljačice, pjenu za kupanje, zaštitnu kremu za kožu ili hidratantni losion, košaru za nečisto rublje). Za vrijeme kupanja medicinska sestra može procijeniti stanje kože i sluznica na svim djelovima tijela. Održavanje higijene perinealne regije je jako važno i ne treba se izbjegavati zbog neugode bolesnika ili medicinske sestre jer zbog tjelesnih izlučevina i neodržavanja

higijene lako može doći do nakupljanja nečistoća, bakterija, neugodnog mirisa i infekcije.(1)

U provođenje osobne higijene i brigu o koži i sluznicama pripada i :

- brijanje
- njega usne šupljine
- njega nosne šupljine
- njega uha
- njega i skrb za nokte na rukama
- skrb za stopala
- skrb za kosu

4.2. Brijanje

Najbolje je brijanje provesti nakon kupanja. Ako bolesnik koristi antikoagulantnu terapiju preporuča se da se koristi električni brijači aparat kako bi se spriječile posjekotine i krvarenja. Poslije brijanja treba nanijeti kremu na lice.(1)

4.3. Njega usne šupljine

Održavanje higijene usne šupljine provodi se redovitim pranjem zuba, korištenjem zubnog konca i ispiranjem usta kao i redovitim kontrolama kod stomatologa. Ako bolesnik ne može sam oprati zube to treba učiniti medicinska sestra. Krvarenje ili bolnost desni zahtjeva posebnu pažnju pri obavljanu higijene usne šupljine. Ako bolesnik zbog svoga stanja diše na usta potrebno je njegu usne šupljine provoditi svakih sat vremena, a ponekad i češće. Bolesnici koji su bez svijesti, a imaju zubnu protezu potrebno ju je izvaditi. Sluznica u usnoj šupljini je normalno vlažna, ali u bolesnika bez svijesti, koji dišu na usta ona se suši. Suha sluznica lako puca i stvaraju se uvjeti za nastanak naslaga u usnoj šupljini i razvoj infekcije. Premazivanje sluznice usta se vrši pomoću špatule na kojoj je vata ili gaza koje su namočene u parafinsko ulje ili glicerin. Na tržištu postoje i gotovi pripravci štapića sa različitim okusima koji su dostupni, jeftini i praktični pa se sve više koriste.(1)

4.4. Njega nosne šupljine

Omogućiti bolesniku da sam ispuše nos je najbolji način održavanja higijene nosne šupljine. Ako oko nosnica ima sasušenog sekreta potrebno ga je oprati toplom vodom. Suhu kožu oko nosnica treba mazati kremama koje će održati vlažnost.(1)

4.5. Njega uha

Uši bolesnika peremo za vrijeme kupanja, po potrebi se otkloni cerumen (ušna smola) s pomoću štapića za uši koji se ne smiju gurati u zvukovod da ne bi došlo do oštećenja zvukovoda ili bubnjića. Ako bolesnik koristi slušni aparat prije kupanja ga moramo ukloniti, a nakon kupanja vratiti. Dio slušnog aparata koji ide u zvukovod također se treba redovito čistiti i voditi brigu da je baterija ispravna da bi bolesnik mogao čuti.(1)

4.6. Njega i skrb za nokte na rukama

Nokti pokrivaju vrhove prstiju, djelovi su kože, a građeni su od keratina koji ih čini čvrstima. Nokte je najbolje uređivati nakon kupanja jer tada omekšaju , pa ih je lakše rezati. Za podrezivanje se koriste škarice sa tupim vrhom, kliješta za nokte. Treba paziti da se ne odrežu previše da ne bi došlo do oštećenja kože. Kada podrežemo nokte potrebno je ruke i nokte namazati hidratantnom kremom.(1)

4.7. Skrb za stopala

Njega stopala započinje pranjem, nakon kojeg je potrebno stopala dobro osušiti, posebnu pažnju treba posvetiti koži između prstiju. Bolesnici kojima se stopala češće znoje trebali bi ih češće prati, koristiti puder za stopala, nositi pamučne čarape, češće mijenjati čarape i obuću koju nose. Nokti na nogama bi trebali biti podrezani ravno. Stopala treba namazati kremom i izmasirati jer se tako potiče cirkulacija. Ako na stopalima postoje mjesta na kojima je koža otvrdnula u njegu stopala treba uključiti stručnu osobu tj. pedikera koji će tvrdu kožu skinuti sloj po sloj. Svaka promjena na koži stopala se treba primjereno tretirati.(1)

4.8. Skrb za kosu

Kosu bolesnika treba također redovito prati kao i tijelo. Za raščešljavanje zapetljane kose treba koristiti češalj sa širokim zupcima. Češljeve treba redovito prati i dezinficirati. Kod nepokretnih bolesnika koji imaju dužu kosu može se kosa podijeliti u dva dijela , svaki s jedne strane glave , radi lakšeg češljanja i manje mogućnosti da se kosa zapetlja. Nikada ne smijemo ošišati bolesnika bez njegovog pristanka, a za bolesnike koji su bez svijesti pristanak trebaju dati članovi obitelji.(1)

4.9. Skrb za kožu bolesnika s dijabetesom melitusom

Kod bolesnika s dijabetesom melitusom posebnu pažnju treba obratiti na kožu stopala. Stopala treba održavati čistima, suhima i toplima. Čarape i cipele koje bolesnik nosi moraju dobro pristajati, biti udobne i mekane . Kožu treba svakodnevno pregledavati prilikom pranja, a za pranje koristiti sredstva koja imaju pH 3,5 – 5,5 kao i koža. Nakon pranja potrebno je nanjeti hidratantnu kremu. Ukoliko postoji otvrdnuće na koži stopala to treba riješiti pediker. Ako se na koži pojavi crvenilo ili upala treba obavjestiti liječnika. Također treba izbjegavati hodanje bosih nogu.

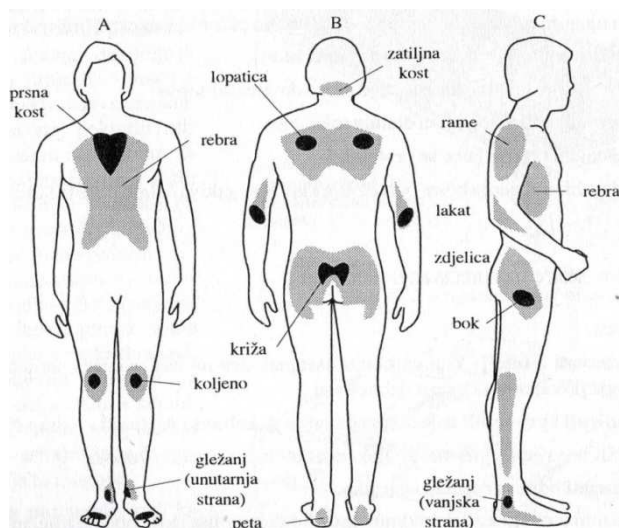
5. SESTRINSKA SKRB ZA OČUVANJE INTEGRITETA KOŽE BOLESNIKA

Sestrinska skrb za očuvanje integriteta kože bolesnika koji je nepokretan prvenstveno se odnosi na prevenciju dekubitusa. Dekubitus je prema definiciji EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) područje lokaliziranog oštećenja kože i subkutanih struktura nastalo djelovanjem pritiska, sile vlaka ili trenja te kombinacijom istih.(4)

5.1. Pojam i nastanak dekubitusa

Dekubitus je ograničeno oštećenje kože i/ili potkožnog tkiva koje nastaje kao posljedica smanjene pokretljivosti zbog pritiska mekog tkiva o podlogu.

Mjesta na kojima se pojavljuje dekubitus su mjesta iznad koštanih prominencija. Zbog dugotrajnog pritiska dolazi do ishemije i nekroze tkiva. Promatrajući bolesnika od glave do pete, oštećenja nastaju , ako bolesnik leži na leđima : u predjelu zatiljne kosti, laktovi, lopatice, križa, trtica i pete. Ako bolesnik leži na boku oštećenja će se javiti: na predjelu uške, ramena, vanjske strane lakta, kuka, vanjske strane koljena i gležnja. U položaju bolesnika na trbuhu oštećenja se javljaju u predjelu prsne kosti, rebara, prednjih izbočenja crijevne kosti, koljena, gornje strane stopala i unutarnje strane gležnja.(4)



Slika 1. Mjesta koja su izložena pritisku za vrijeme ležanja potrbuške (A), ležanja na leđima (B) i bočno ležanje (C).

Izvor: Prlić N., Zdravstvena njega, Zagreb, 1995

Faktori rizika za nastanak dekubitusa su:

1. akutna bolest – povišen je metabolizam i povećana potreba za kisikom, pa je rizik za nastanak dekubitusa veći
2. nivo svijesti – može biti poremećen zbog uzimanja lijekova ili samog satnja akutne ili kronične bolesti
3. dob – sa starijom dobi dolaze i kronične bolesti, inkontinencija, nepokretnost, frakture kuka
4. limitirana mobilnost – zbog ortopedskih problema, cerebrovaskularnih bolesti, artritisa, oštećenja leđne moždine
5. kronične ili terminalne bolesti – kronične kardiovaskularne bolesti, kronične opstruktivne plućne bolesti, dijabetes
6. oštećenja osjetnih živaca – neuropatije
7. vaskularne bolesti – korištenje antihipertenziva, prisutnost anemije, dijabetesa, pušenje
8. malnutricija ili dehidracija – smanjena mogućnost brige o sebi (hranjenje).

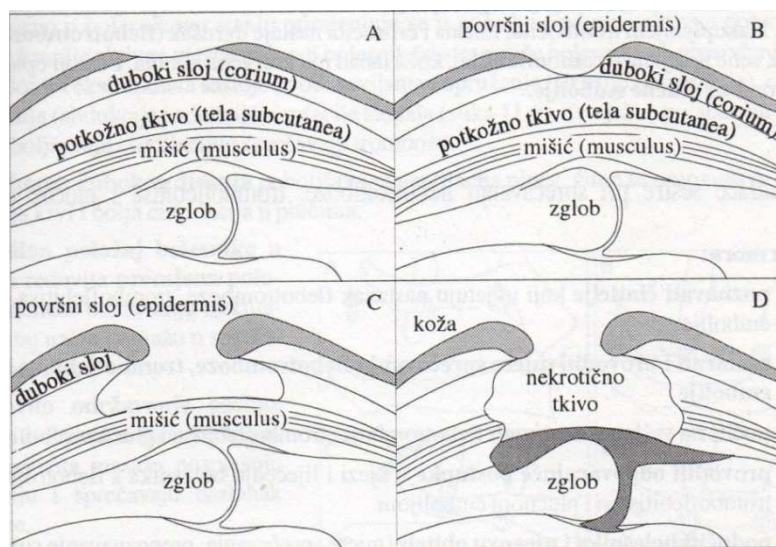
Svi rizični faktori se optimalnom njegom bolesnika mogu svesti na minimum.(4) Ovisno o stupnju oštećenja kože i potkožnog tkiva razlikujemo četiri stupnja dekubitusa.

Prvi stupanj dekubitusa – na kritičnom mjestu je prisutno crvenilo koje na pritisak pobijeli, akada pritisak prestane ponovno se javlja crvenilo, koža je topla, a zahvaćen je samo gornji sloj kože – epidermis. Zadaće medicinske sestre kod prvog stupnja dekubitusa prvenstveno je otkloniti vanjske čindbenike (nabori na osobnom i posteljnem rublju, nečista i vlažna koža, neudoban krevet), smanjenje pritiska na oštećenom dijelu kože (promjene položaja), kao i provođenje ostalih preventivnih mjera (upotreba antidekubitalnih pomagala).

Drugi stupanj dekubitusa – napritisak crvenilo ne nestaje već napreduje do cijanoze, a koža je topla, stvaraju se bule i blaga oštećenja. U drugom stupnju je djelomično zahvaćeno i potkožno tkivo. Kod drugog stupnja dekubitusa je potrebno još i zbrinuti ranu, ako postoji.

Treći stupanj dekubitusa – boja kože je smeđa, a ako postoji rana okolina je hiperpigmentirana, a u rani je nekrotično tkivo. Rana seže do mišića.

Četvrti stupanj dekubitusa – nekrozom su zahvaćeni svi slojevi kože, potkožnog tkiva i mišića.



Slika 2. Stupnjevi dekubitusa: A- I.stupanj; B- II.stupanj; C- III.stupanj; D – IV.stupanj

Izvor: Prlić N., Zdravstvena njega, Zagreb, 1995

Kod trećeg i četvrtog stupanja dekubitusa potrebno je i kirurško liječenje koje se sastoji od osvježanja rubova rane i ekscizije nekrotičnog tkiva, primjenjuju se lijekovita sredstva (antibiotici, antiseptici, obloge za rane), a ponekad je potrebna i plastična operacija, tj. rekonstrukcija tkiva.(4)

5.2. Prevencija dekubitusa

Kod teško pokretnih i nepokretnih bolesnika najvažnije u prevenciji dekubitusa je njega kože. Jako je važno pregledavati kožu bolesnika koji imaju povećani rizik za nastanak dekubitusa. Posteljno rublje mora uvijek biti čisto, plahta zategnuta, bez nabora i nečistoća (mrvice od hrane). Nepokretni bolesnici se okreću u krevetu svaka 2 sata.

Već kod prijema bolesnika treba napraviti procjenu sklonosti za nastanak dekubitusa. Da bi procijenili koliko je netko sklon nastanku dekubitusa služimo se skalama za procjenu sklonosti nastanka dekubitusa. Postoji Braden skala, Knoll i Norton skala. U praksi je najčešće korištena Braden skala. Skale se međusobno razlikuju u pojedinačnim faktorima rizika koje koriste.(4)

5.2. 1. Braden skala

Kod ove skale procjenjuje se 6 parametara:

- senzorna percepcija
- vlažnost
- aktivnost
- pokretljivost
- prehrana
- trenje i razvlačenje

Svaki parametar se boduje od 1 do 4. Raspon bodova se kreće od 6 do 23, s tim da manji broj bodova označava veći rizik za nastanak dekubitusa.(5)

Tabela 1: Raspon vrednovanja u Braden skali

| | |
|------------------|-----------|
| Nema rizika | 19 – 23 |
| Prisutan rizik | 15 – 18 |
| Umjeren rizik | 13 – 14 |
| Visok rizik | 10 – 12 |
| Vrlo visok rizik | 9 i manje |

Izvor: Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011

Braden skala za procjenu sklonosti nastanka dekubitusa obuhvaća procjenu senzorne percepcije, vlažnosti, aktivnosti, pokretljivosti, prehrane, trenja i razvlačenja.

Senzorna percepcija

Tabela 2: Procjena senzorne percepcije u Braden skali

| 1. Kompletno ograničena | 2. Vrlo ograničena | 3. Lagano ograničena | 4. Bez oštećenja |
|---|--|---|--|
| Ne reagira na bolne podražaje uslijed poremećaja stanja svijesti ili je ograničena sposobnost osjeta boli na većem dijelu tijela. | Reagira samo na bolne podražaje. Bol iskazuje jaukanjem i nemirom. Ili je prisutno senzorno oštećenje koje smanjuje pacijentovu sposobnost osjeta bola ili nelagodu u većem dijelu tijela. | Reagira na verbalne podražaje, ali ne može uvijek iskazati nelagodu ili potrebu da ga se okrene. Ili je prisutno senzorno oštećenje koje smanjuje pacijentovu sposobnost osjetabola ili nelagodu u jednom ili dva ekstremiteta. | Reagira na verbalne podražaje. Nisu prisutna senzorna oštećenja, može iskazati bol i nelagodu. |

Izvor: Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011

Vlažnost

Tabela 3: Procjena vlažnosti u Braden skali

| 1. Koža stalno vlažna | 2. Koža vrlo vlažna | 3. Koža povremeno vlažna | 4. Koža je rijetko vlažna |
|--|--|---|--|
| Koža je gotovo stalno vlažna (znoj, urin). Vlažnost se zamjećuje pri svakom okretanju pacijenta. | Koža je često, ali ne uvijek vlažna. Posteljina je potrebno promijeniti barem jednom tijekom smjene. | Koža je povremeno vlažna. Posteljina je potrebno dodatno promijeniti jednom tijekom dana. | Koža je obično suha, posteljina se rutinski mijenja. |

Izvor: Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011

Aktivnost

Tabela 4: Procjena aktivnosti u Braden skali

| 1. U postelji | 2. U stolici | 3. Povremeno šeće | 4. Često šeće |
|-------------------------------|--|---|--|
| Pacijent je stalno u postelji | Sposobnost hodanja je vrlo ograničena ili ne može hodati. Potrebna je pomoć za premještanje na stolicu ili u kolica. | Povremeno šeće tijekom dana, ali ne vrlo kratkim udaljenostima sa ili bez pomoći. Provodi veći dio smjene u postelji ili stolici. | Barem dva puta tijekom smjene šeće izvan sobe; te po sobi barem jednom svakih 2 sata tijekom dana. |

Izvor: Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011

Pokretljivost

Tabela 5: Procjena pokretljivosti u Braden skali

| 1. Potpuno nepokretan | 2. Vrlo ograničena | 3. Lagano ograničena | 4. Bez ograničenja |
|--|--|---|---|
| Pacijent ne mjenja samostalno položaj tijela niti ekstremiteta nimalo (bez pomoći) | Povremeno učini male promjene položaja tijela ili ekstremiteta, ali ne može samostalno učiniti značajnije promjene položaja ili učestalo mijenjati položaj tijela. | Pravi učestalo male promjene dijelova tijela i/ili ekstremiteta samostalno. | Pravi velike i česte promjene položaja. |

Izvor: Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011

Prehrana

Tabela 6: Procjena prehrane u Braden skali

| 1. Vrlo slaba | 2. Vjerojatno neadekvatna | 3. Adekvatna | 4. Odlična |
|--|--|--|---|
| Nikada ne pojede cijeli obrok. Rijetko pojedeviše od pola obroka. Jede dva ili manje obroka proteina. Slab unos tekućine. Ne uzima tekuće dijetne dodatke, na nihilu je, bistra tekuća dijeta ili infuzija više od 5 dana. | Rijetko pojede cijeli obrok, obično pojede pola ponuđenog obroka. Dnevno unese tri obroka proteina. Povremeno uzima dijetne suplemente ili prima manje od potrebne tekuće dijete ili hrane putem NG sonde. | Jede više od polovine obroka. Dnevno unosi 4 jedinice proteina. Povremeno odbija obroke, ali uzima suplemente kada su ponuđeni. Hrani se putem NG sonde ili TPP, što vjerojatno zadovoljava većinu prehrambenih potreba. | Pojede gotovo većinu svakog obroka. Nikada ne odbija obrok. Unosi 4 i više jedinica obroka proteina dnevno. Povremeno jede između obroka. Nisu potrebni suplementi. |

Izvor: Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011

Trenje i razvlačenje

Tabela 7: Procjena trenja i razvlačenja u Braden skali

| Prisutan problem | Potencijalan problem | Nema problema |
|---|--|---|
| Zahtjeva umjerenu do veliku pomoć pri kretanju. Kompletno dizanje bez klizanja po plahtama je nemoguće. Često isklizne u postelji ili stolici. Zahtjeva česte promjene položaja s maksimalnom pomoći. Spastičnost, kontrakture ili agitiranost dovode gotovo uvijek do konstantnog trenja | Malaksao pri kretanju ili zahtjeva minimalnu pomoć. Tijekom kretanja koža vjerojatno klizi po plahtama, stolici i sl. Održava relativno dobar položaj u stolici ili postelji većinu vremena, ali povremeno isklizi | U postelji ili stolici. Kreće se samostalno i ima dovoljno mišićne snage za ustajanje. Održava dobar položaj u postelji ili na stolici. |

Izvor: Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011

5.2.2. Knoll skala

Knoll skalom procjenjujemo rizik za nastanak dekubitusa. Raspon bodova je od 0 do 33 s tim da veći rizik za nastanak dekubitusa ima veći broj bodova. Ako bolesnik ima zbroj bodova 12 ili manje najvjerojatnije da neće dobiti dekubitus.(5)

Tabela 8: Procjena rizika nastanka dekubitusa u Knoll skali

| | 0 | 1 | 2 | 3 | BODOVI |
|---|--------------|-------------|-----------------|------------------|--------|
| Opće stanje | dobro | osrednje | loše | jako loše | |
| Mentalno stanje | pri svijesti | stupor | predkoma | koma | |
| | | | BODUJ | DVOSTRUKO | |
| Aktivnost | aktivan | treba pomoć | sjedi | leži | |
| Pokretljivost | pokretan | ograničena | jako ograničena | nepokretan | |
| Inkontinencija | ne | povremeno | urin | urin i stolica | |
| Peroralna prehrana | dobra | osrednja | slaba | ništa | |
| Peroralna tekućina | dobro | osrednja | slaba | ništa | |
| Predisponirajuće bolesti (šećerna bolest, anemija) | Ne | blaga | slabo | ozbiljna | |
| | | | | UKUPNO: | |

Izvor: Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011

5.2.3. Norton skala

Mogući raspon bodova kod ove skale za procjenu nastanka dekubitusa je od 5 do 20, a manji broj ukazuje na veći rizik za nastanak dekubitusa. Ukupan zbroj koji iznosi od 5 do 14 nosi veliki rizik, 15 do 17 bodova osrednji rizik, a 18 do 20 bodova minimalni rizik za nastanak dekubitusa.(5)

Tabela 9: Procjena rizika nastanka dekubitusa u Norton skali

| ČINITELJ | OPIS/SKALA | BODOVI |
|----------------------------|---------------------|--------|
| Tjelesno stanje | Dobro | 4 |
| | Osrednje | 3 |
| | Loše | 2 |
| | Jako loše | 1 |
| Mentalno stanje | Pri svijesti | 4 |
| | Bezvoljan | 3 |
| | Smeten | 2 |
| | stupor | 1 |
| Kretanje/ aktivnost | Hoda sam | 4 |
| | Hoda uz pomoć | 3 |
| | Kreće se u kolicima | 2 |
| | Stalno u krevetu | 1 |
| Pokretljivost | Potpuna | 4 |
| | Blago ograničena | 3 |
| | Jako ograničena | 2 |
| | Nepokretan | 1 |
| Inkontinencija | Nije prisutna | 4 |
| | Povremeno | 3 |
| | Često urin | 2 |
| | Urin i stolica | 1 |
| UKUPNO | | |

Izvor: Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011

5.3. Sestrinska skrb za bolesnika s dekubitusom

Potrebno je ukloniti vanjske činitelje dekubitusa, znači održavati kožu bolesnika čistom i suhom bez nabora na osobnom i posteljnem rublju. Promjenom položaja bolesnika smanjiti pritisak na oštećene dijelove kože. Upotrebiti antidekubitalna

pomagala. I dalje je potrebno promatrati kožu bolesnika i evidentirati svaku promjenu. Posebno je važno održavati higijenu inkontinentnih bolesnika, osigurati im nadoknadu tekućine i pravilnu prehranu. Osobna higijena nepokretnih bolesnika, eliminacijske potrebe, oblačenje su svakodnevne ljudske aktivnosti. Bolesnika je potrebno redovito prati i tuširati da bi se održala čistoća kože. Za njegu kože bi trebali koristiti sredstva za pranje koja imaju pH kao i koža, a koji iznosi 3,5 – 5,5, a nakon pranja na još vlažnu kožu nanijeti sredstva koja će zadržati vlažnost kože i stvoriti zaštitni sloj na suhoj koži. U skrbi za bolesnika s dekubitusom važnost ima i odgovarajući unos hrane i tekućine. Prehrana bi trebala biti uravnotežena i uključivati sve osnovne hranjive tvari koje su potrebne za postizanje dobrog zdravlja i funkcijskog statusa. U prehrani bi trebao biti kalorijski unos : 30 – 35 kcal/kg tjelesne težine s visokim unosom bjelančevina od 1,25 – 1,5 g/kg tjelesne težine, i unosom tekućine od 30 – 35 ml/kg tjelesne težine. Također bi u prehrani trebalo dodati vitamina C, cinka i vitamina A. Omega -3 masne kiseline, arginin i dijetni nukleotidi unose se u organizam kao peroralne ili enteralne formule. Gotove peroralne ili enteralne formule pomažu u cijeljenju rana jer sadrže cjelodnevne potrebe za nadoknadu vitamina, minerala i mikroelemenata. Kod dekubitusa potrebno je provesti i primjereno lokalno liječenje. U lokalno liječenje dekubitalnih rana pripada primjena različitih vrsta obloga za rane, čišćenje rane upotrebom aparata za negativni tlak, kiruško liječenje.(5)

5.3.1. Oblozi za rane

Moderne obloge se danas standardno primjenjuju u liječenju kako akutnih tako i kroničnih rana koje cijele sa ili bez defekta kože. Obloga na rani stvara uvjete za vlažno cijeljenje rana, smanjuje rizik za nastanak infekcije, potiče autolitički debridman, i ono vrlo važno pruža bolesniku atraumatski prevoj i općenito manju bolnost rane.(6)

Postoje razne vrste obloga za rane, a prije pristupanja određivanja i primjene obloge potrebno je napraviti:

- klasifikaciju rane – mjesto rane, veličina rane, dubina rane, koliko je često potrebno mijenjati oblogu, kakva je sekrecija iz rane, postoji li infekcija,

izgled i udobnost zavoja, tko će i gdje mijenjati oblogu, dostupnost obloga potrebne veličine

- procjenu i status rane – da li je rana dekubitus, ulkus, mjesto rane, starost rane, veličina rane, da li je već postojala rana pa se ponavlja, ima li prisutne infekcije i boli, postoji li krusta, kakve je boje sekrecija iz rane, količina sekreta, miris, ima li nekroze i koliko, prisutnost fibroze, granulacije, epitelizacije, boja dna rane i okolina rane. Potrebno je i zabilježiti da li je rana kirurški obrađena tj. liječena
- odabrati oblogu
- protokol za praćenje rane u koji treba upisivati sve podatke o postupcima koji se provode i o tijeku liječenja tj. cijeljenja rane.(6)

Vrste obloga

Obloge možemo podijeliti u nekoliko skupina:

1. obloge koje apsorbiraju višak vlage u rani – alginati
2. obloge koje stvaraju dodatnu vlagu u rani – hidrogelovi
3. antibakterijske obloge – obloge s aktivnim ugljenom ili srebrom
4. obloge koje stvaraju i apsorbiraju vlagu

Alginati

Alginati se primjenjuju u liječenju dekubitusa, venskih i arterijskih ulkusa, kao i kod dijabetičkog stopala. Dobar je izbor i za opekline, traumatske rane, rane nastale uzimanjem kožnog transplatata. Alginatne obloge nisu dobar izbor u liječenju suhih rana, jer imaju veliku moć upijanja sekret iz rane, pa tako mogu upiti 20 – 40 puta više od svoje težine. Prednost im je što se ne lijepe za ranu, kontroliraju sekreciju rane, smanjuje se potreba za previjanjem jer mogu ostati na rani do 7 dana. Ako je rana suha mogu se zalijepiti za ranu, tada ih je potrebno natopiti s fiziološkom otopinom prije skidanja s rane. (6)

Hidrofiber obloge

Namjenjene su za rane s vrlo jakom sekrecijom jer imaju veliku moć apsorpcije sekreta iz rane zajedno sa svim što ometa proces cijeljenja i to zadržavaju u svojoj strukturi. Sekret iz rane ulazi direktno u oblogu i tamo se pretvara u gel i ostaje u oblozi. Hidrofiber obloge mogu sadržavati i srebrne ione. Takve obloge se primjenjuju za inficirane rane koje imaju jaku sekreciju jer se zna da srebro djeluje

baktericidno na široki spektar bakterija. Obloge sa srebrom upijaju sekret i uništavaju bakterije direktno na rani. Oblog treba biti do 1 centimetar veći od rane jer kako se puni sekretom obloga se skuplja. Ostaje na rani ovisno o sekreciji rane i individualnoj procjeni. (6)

Hidrogelovi

Hidrogelovi čiste i odstranjuju nekrotično tkivo iz rane povećavajući vlažnost ispod obloga. Idealni su za rane koje nemaju sekreta jer njihovim apliciranjem se stvaraju uvjeti za vlažno cijeljenje rane. Oni se stavljaju direktno na ranu, a moraju se pokriti i odgovarajućom sekundarnom oblogom. Hidrogel vrši debridman fibrinskog ili nekrotičnog tkiva ispod neke obloge.(6)

Hidrokoloidi

Hidrokoloidi su sterilne, samoljepljive pokrivajuće obloge koje stvaraju idealne uvjete za cijeljenje rane. Primjena hidrokoloida smanjuje učestalost infekcije, ubrzava se proizvodnja kolagena i ubrzava se epitelizacija jer stvaranjem hipoksije ispod obloge potiče se angiogeneza. Zbog želatinoznog sloja koji nastane upijanjem sekreta smanjuje se bolnost tijekom stajanja na rani jer se održavanjem konstantne temperature ne provociraju živčani završeci. Bolesnici koji koriste hidrokoloidne obloge troše manje analgetika i antibiotika, a samo previjanje nije traumatično. Kod primjene hidrokoloida ako je iz nekog razloga pojačana sekrecija i pojavi se obilnije curenje gela može doći do maceriranja okolne kože.(6)

Oblozi s aktivnim ugljenom

Najčešća prepreka u cijeljenju rane je infekcija, a inficirane rane imaju prisutan intenzivan miris i jaku eksudaciju. Takve obloge osim kontrole sekreta kontroliraju i miris tj. rješavaju bolesnika neugodnog mirisa i time mu omogućuju socijalizaciju.(6)

5.3.2. Terapija rane negativnim tlakom

NEGATIVE – PRESSURE WOUND THERAPY (NPWT) – terapija rane pomoću negativnog tlaka ili V.A.C. (Vacuum Assisted Closure), zatvaranje negativnim tlakom, aktivni je i zatvoreni, neinvazivni sistem koji pomoću lokaliziranog negativnog tlaka potiče cijeljenje kroničnih i akutnih rana. Uz pomoć aparata koji kontinuirano ili intermitentno na ranu aplicira negativni tlak. Na tržištu je više vrsta aparata. Tako postoje veći aparati koji za svoj rad koriste električnu energiju i pogodni su za stacionarno liječenje bolesnika, a nešto manji se mogu koristiti kod bolesnika koji su pokretni i mogu ih nositi sa sobom u pripadajućim torbicama, rade na baterije, pa bolesnici ne moraju za vrijeme liječenja boraviti u kući ili ustanovi već mogu slobodno se kretati i obavljati svakodnevne aktivnosti. Primjena aparata za negativni tlak omogućava uvjete za vlažno cijeljenje rane, smanjuje se edem okolnog tkiva, kontinuirano se odstranjuje sekret i bakterije iz rane, potiče se stvaranje granulacija i tako se potiče i cijeljenje rane. Za vrijeme terapije rane negativnim tlakom onemogućena je kontaminacija rane bakterijama izvana. Primjena negativnog tlaka je indicirana kod rana koje su posljedica traume, dijabetičkih ulceracija, dekubitusa, ulkus cruris, opekline, sekundarne kirurške infekcije, dehiscijencija šavova, rane sternuma. Terapija rane negativnim tlakom se ne smije primjenjivati kod malignih rana i nekroza. Za terapiju rane negativnim tlakom je osim aparata potreban i odgovarajući spremnik (kanister) u koji se nakuplja sekret iz rane i komplet za popunjavanje rane (spužva ili netkana gaza, nepropusna folija, drenažna cjevčica i spojnik koji spaja površinu obloge s drenažnom cijevi koja je spojena na spremnik). Spremnik (kanister) i komplet za popunjavanje i privanje rane su za jednokratnu upotrebu. Nakon terapije rane negativnim tlakom može se provesti kirurško zatvaranje rane šavovima, režnjevima ili transplatatom kože. Nakon primjene negativnog tlaka u rani je smanjen broj bakterija i dobra granulacija tako da su bolji rezultati zatvaranja rane. U odnosu na klasično previjanje rane, previjanje se vrši svaki treći dan, u početku primjene može i češće, manje je bolno za bolesnika, smanjuje se upotreba antibiotika, rane brže cijele. Kod većih rana po potrebi se može promjena V.A.C.-a i previjanje izvesti u kratkotrajnoj anesteziji (diprivan (propofol)). Nakon upotrebe aparat se mora poslati na čišćenje i dezinfekciju da ne bi bio izvorom bolničkih infekcija. Sav zavojni i potrošni materijal koji je bio u kontaktu s ranom se zbrinjava kao infektivni otpad.

Aparati za terapiju rane negativnim tlakom



Slika 3. Pico aparat za negativni tlak

Izvor:<http://www.rozistep.com>

Aparat za jednokratnu upotrebu, radi na baterije, malen i lagan, za manja oštećenja i plitke rane.



Slika 4. Go Renasys

Izvor:<http://www.rozistep.com>

Prijenosni aparat, radi na baterije i uz pomoć električne energije, za pokretne bolesnike, lagan u pripadajućoj torbi.



Slika 5. Renasys EZ

Izvor:<http://www.rozistep.com>

Veliki aparat, namjenjen upotrebi u bolnici ili za kućno liječenje, ima u sebi bateriju koja omogućava bolesnicima u transportu nastavak terapije bez prekidanja.

5.3.3. Antidekubitalna pomagala

U prevenciji dekubitusa osim procjene stanja kože i primjene tablica u svrhu procjene rizika za nastanak dekubitusa važna je i primjena antidekubitalnih pomagala. Tu pripadaju pomagala koja ublažavaju pritisak, a mogu biti u obliku jastuka, posebnih madraca ili nadmadraca za krevet.

Antidekubitalni jastuci mogu biti punjeni zrakom ili gelom ili su napravljeni od posebne elastične spužve koja je obučena u navlaku od materijala koji se lako pere i održava.



Slika 6: Antidekubitalni jastuk punjen zrakom
Izvor. <http://www.ortorea.com>

Antidekubitalni madraci su podjeljeni u dvije skupine, aktivni i pasivni antidekubitalni madraci.

Pasivni antidekubitalni madraci se sastoje od visoko elastične spužve različite gustoće na kojem se ležanjem stvara kalup oko tijela bolesnika čime se izjednačuje pritisak po cijeloj površini tijela.



Slika 7: Pasivni antidekubitalni madrac od visoko elastične spužve
Izvor. <http://www.ortorea.com>

Aktivni antidekubitalni madraci su pomagala kod kojih se pritisak mijenja upuhivanjem i ispuhivanjem zraka u zračne komore u madracu, a pritisak se može podesiti. Tijelo je podržano na napuhanim dijelovima madraca, a na ispuhanim se snižava pritisak. Komore se naizmjenice pune i prazne u određenim intervalima

koje možemo sami podesiti. Najčešće su intervali od 5, 10 ili 15 minuta. Za njihov rad potrebna je električna energija. Postavljaju se na bolesnički krevet na već postojeći madrac. Napravljeni su od materijala koji se daju lako održavati i dezinficirati.



Slika 8: Aktivni antidekubitalni madrac tj. nadmadrac
Izvor. <http://www.ortorea.com>



Slika 9: Aktivni antidekubitalni madrac na bolesničkom krevetu

Osim primjene antidekubitalnih pomagala važno je i otkloniti čindbenike koji pogoduju nastanku dekubitusa, a to su :

- nabori na posteljnem i osobnom rublju bolesnika
- vlažna i nečista koža (urin, stolica, znoj)
- neudoban krevet (madrac)
- sredstva za imobilizaciju

6. PRIKAZ SLUČAJA

U nastavku je prikazan slučaj pacijentice koja je smještena u domu umirovljenika.

6.1. Osobna anamneza

Bolesnica u dobi od 82 godine dolazi u pratnji sina i snahe u smještaj u dom umirovljenika, zbog ne mogućnosti brige o sebi. Bolesnica je domaćica, majka troje djece, dijabetičar i hipertoničar, koja je nakon smrti supruga neko vrijeme živjela sama, a potom kod sina. U dogovoru s obitelji smješta se u dom na odjel pojačane njege – stacionar. Kod prijema je urednog stanja svijesti, kontaktibilna, orijentirana u vremenu i prostoru, usporena, hoda uz pomoć hodalice i jedne osobe, veći dio dana provede ležeći u krevetu ili sjedeći u invalidskim kolicima, nosi naočale i ima zubnu protezu. Zbog inkontinencije urina koristi pelene za odrasle. Po primitku u stacionar tjelesne težine 64 kg, visina 154 cm, RR160/80 mm/Hg, tjelesne temperature mjerene aksilarno 36,4 °C, GUK 9,5mmol/l. Nema alergija na lijekove. Iz medicinske dokumentacije koju donosi sa sobom vidljivo je da se redovito kontrolira kod svog obiteljskog liječnika, interniste i psihijatra. Preboljela je IM. Zna da ima hiperlipidemiju.

Bolesnica navodi da se za smještaj u dom odlučila „ jer ne želi biti teret djeci, imaju oni svoga posla, oni puno rade...“ i zbog sve teže pokretljivosti.

6.2. Opis problema

Medicinske dijagnoze s kojima je bolesnica došla u dom:

- Diabetes melitus tip II
- Arterijska hipertenzija
- Psihoorganski sindrom

Bolesnica se smješta u dvokrevetnu sobu, med. sestra je upoznaje s drugim korisnicima i osobljem kao i s prostorom doma. Medicinska sestra ispunjava osobni karton korisnice sa općim podacima, medicinskim dijagnozama, upisuje se terapija koju bolesnica koristi, te se napravi procjena za sklonost nastanka dekubitusa po Braden skali , a koja iznosi 17 bodova - prisutan rizik za nastanak dekubitusa.

6.3. Zdravstvena njega

Plan zdravstvene njege - sestrinska dijagnoza:

1. SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE – OSOBNA HIGIJENA

Cilj:

- Pacijent će biti čist, bez neugodnih mirisa, očuvanog integriteta kože, osjećati će se ugodno

Sestrinske intervencije:

- U dogovoru s pacijentom napraviti dnevni i tjedni plan održavanja osobne higijene, svaki dan omogućiti pacijentici da se umije, tri puta tjedno je okupati
 - Dogovoriti osobitosti načina održavanja osobne higijene kod pacijenta, pranje genitalne regije kod svake promjene pelena, najmanje četiri puta u 24h
 - Osigurati potreban pribor i pomagala za obavljanje osobne higijene i poticati je da ih koristi
 - Osobnu higijenu izvoditi uvijek u isto vrijeme, nakon doručka, ako je to moguće
 - Osigurati privatnost postavljanjem paravana između kreveta za vrijeme provođenja zdravstvene njege
 - Osigurati optimalnu temperaturu prostora gdje se provodi osobna higijena od 22 do 24°C
 - Osigurati s pacijentom dogovorenu temperaturu vode, ne previše topla voda
 - Promatrati i uočavati promjene na koži tijekom kupanja
 - Kupati pacijenta u kupaoni, na toaletnim kolicima, tri puta tjedno, nakon doručka
 - Oprati kosu pacijenta
 - Koristiti pH neutralni sapun
 - Ne koristiti grube trljačice i ručnike
 - Namazati kožu nakon kupanja hidratantnim losionom
 - Urediti nokte na nogama i rukama, po potrebi nakon kupanja
 - Presvući krevet nakon kupanja

Evaluacija: Pacijentica je suha, čista, očuvan je integritet kože. (4)

2. VISOK RIZIK ZA OŠTEĆENJE TKIVA

Cilj:

- Pacijentova koža i sluznice neće biti oštećeni

Sestrinske intervencije:

- Svakodnevno procjenjivati stanje kože i sluznica
- Poticati unos tekućine na usta, između obroka davati piti iz čaše, vodu ili čaj
- Poticati optimalni unos hrane
- Provoditi osobnu higijenu pacijentice
- Koristiti neutralne sapune prilikom kupanja pacijenta
- Koristiti meki ručnik za upijanje pri sušenju kože – ne trljati kožu
- Primjenjivati kreme i losione za njegu kože, nakon svakog pranja i kupanja
- Provoditi njegu usne šupljine, poslije obroka oprati zubnu protezu i dati vode za isprati usta
- Održavati posteljno rublje čistim i bez nabora
- Osigurati odjeću bez jakog pritiska
- Osigurati pacijentici udoban položaj u krevetu
- Koristiti opremu i pomagala za smanjenje pritiska pri pozicioniranju pacijenta

Evaluacija:

- Koža i sluznice pacijentice nisu oštećeni. (7)

3. VISOK RIZIK ZA DEKUBITUS

Cilj:

- Pacijentova koža će ostati intaktna; integritet kože će biti očuvan

Sestrinske intervencije:

- Procjenjivati postojanje čimbenika rizika za nastanak dekubitusa po Braden skali jednom tjedno
- Kod promjene stanja pacijenta odrediti učestalost ponovne procjene na Braden skali
- Održavati higijenu kože svakodnevnim pranjem i umivanjem, pranjem genitalne regije kod svakog mjenjanja pelene, a najmanje četiri puta u 24h
- Održavati higijenu kreveta i posteljnog rublja
- Koristiti antidekubitalne madrace i jastuke
- Položaj u krevetu mjenjati podizanjem pacijenta, a ne povlačenjem
- Osigurati potreban broj osoblja
- Provoditi aktivne i pasivne vježbe ekstremiteta

Evaluacija:

- Pacijentova koža je očuvanog integriteta, nema crvenila niti drugih oštećenja. (4)

Medicinska sestra dijagnosticira i tretira mnoge sestrinske dijagnoze. Osim već opisanih, često su prisutne i slijedeće:

1. Smanjena mogućnost brige za sebe – oblačenje
2. Smanjena mogućnost brige za sebe – hranjenje
3. Smanjeno podnošenje napora
4. Visok rizik za pad
5. Visok rizik za ozlijede
6. Visok rizik za dehidraciju
7. Visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine (4,7)

7. ZAKLJUČAK

Očuvanje integriteta kože bolesnika je zadatak za cijeli tim koji sudjeluje u njezi i liječenju bolesnika. Brojni su faktori koji utječu na stanje kože bolesnika. Za provođenje kvalitetne zdravstvene njege osim dobrih preduvjeta za provođenje zdravstvene njege (toplog i ugodnog prostora, dovoljno čistog postelnog rublja, ručnika, trljačica, sredstva za pranje koja imaju pH 3,5 – 5,5 kao i zdrava koža, hidratantne kreme i losioni) potrebno je osigurati dovoljan broj osoblja. Nakon kupanja na kožu treba nanijeti hidratantne kreme ili losion da bi se očuvala vlažnost i elasticitet kože. Kupanje održava kožu čistom, a pranje toplom vodom poboljšava cirkulaciju i djeluje relaksirajuće. U skrb o koži pripada i njega usne šupljine, kao i njega sluznice nosa, njega uha, skrb i njega za nokte na rukama i nogama, te skrb za kosu i brijanje. Za očuvanje integriteta kože bolesnika potreban je i plan njege s rasporedom kupanja. Sestrinska skrb za očuvanje integriteta kože se odnosi i na prevenciju dekubitusa. Medicinska sestra mora djelovati svim raspoloživim sredstvima preventivno na nastanak dekubitusa. Uz razna antidekubitalna pomagala, timski rad i plan zdravstvene njege rizik za razvoj dekubitusa se smanjuje za 30%. Ako ipak dođe do oštećenja kože i nastanka dekubitusa skrb i liječenje obuhvaća cijelog bolesnika. Za liječenje dekubitusa danas postoji na tržištu mnogo vrsta obloga (hidrokoloide, alginati, pjene...) kao i aparati za terapiju rane negativnim tlakom. Prednosti previjanja rane modernim oblogama su višestruke. Smanjuje se broj potrebnih previjanja, a samim tim smanjuju se bolovi. Obloga štiti ranu od infekcije iz vana, smanjuju neugodne mirise, omogućuju veću mobilnost bolesnika. Terapija rane aparatima s negativnim tlakom ubrzava cijeljenje i smanjuje duljinu trajanja liječenja i bolničkih troškova.

Za očuvanje integriteta kože bolesnika najvažnije je djelovati preventivno!

8. SAŽETAK/SUMMARY

Za očuvanje integriteta kože bolesnika su zaduženi svi koji sudjeluju u provođenju zdravstvene njege, cijeli tim. Za izradu i provođenje plana zdravstvene njege potrebne su obrazovane medicinske sestre, barem prvostupnice kao i diplomirane medicinske sestre u optimalnom broju. Medicinska sestra je osoba koja najviše vremena provede uz bolesnika i ona osim skrbi za zdravu kožu treba djelovati i preventivno da bi spriječila moguća oštećenja kože. Najčešće oštećenje kože je dekubitus. Dekubitus je ograničeno oštećenje kože i /ili potkožnog tkiva uslijed dugotrajnog pritiska na kožu i potkožno meko tkivo. Više je rizičnih faktora za nastanak dekubitusa (dob, akutna bolest, stanje svijesti, limitirana mobilnost, kronične ili terminalne bolesti...), ali se optimalnom njegom mogu svesti na minimum.

Kod prisutnog oštećenja kože danas nam na raspolaganju stoje razne moderne obloge koje olakšavaju život bolesnicima jer je smanjena učestalost promjene obloga, a samim tim i manje boli za bolesnika.

Kupanjem i održavanjem kože čistom smanjuje se mogućnost nastanka oštećenja kože. Provođenjem plana zdravstvene njege i preventivnim djelovanjem na mogućnost oštećenja kože može se očuvati integritet kože.

KLJUČNE RIJEČI:

Sestrinska skrb, koža, očuvanje integriteta, dekubitus, zdravstvena njega

Anyone who is involved in providing the patient health care is also responsible in preserving the skin integrity of those patients that are in their care. Development and implementation of the healthcare plan requires trained nurses, at least the ones holding a bachelor's degree and graduate nurses in the optimal numbers. Nurse is a person who spends most of the time with the patient and along with the care for maintaining a healthy skin, the nurse also needs to evaluate any signs of developing wounds in order to prevent possible skin damage. The most frequent skin damage is a pressure ulcer. A pressure ulcer is a limited damage to the skin and/or subcutaneous tissue caused by the prolonged pressure on those areas. There are several risk factors for the development of pressure ulcers (age, acute illness, state of mind, limited mobility, chronic or terminal illness ...), but with the optimal care they can be minimized.

We have a huge variety of modern skin dressings that make life easier for the patients with the skin damage because they require less frequent dressing changes, and thus less pain for the patient.

Bathing and keeping the skin clean reduces the possibility of the damage to the skin. With the implementation of the health care plan and preventative action in regards to the possible damage to the skin, we can preserve the skin integrity.

Key words:

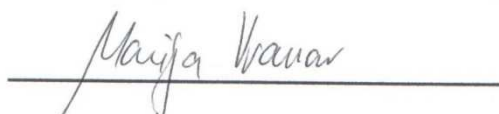
nursing care, skin, preserving the skin integrity, pressure ulcer, health care

9. LITERATURA

1. Čukljek S., Osnove zdravstvene njege, Zagreb, Zdravstveno veleučilište, 2005
2. Keros P., Matković B., Anatomija i fiziologija, Zagreb, 2006
3. Šitum M., Soldo – Belić A., Kronične rane, Zagreb, 2006
4. Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011
5. Skupina autora, 4. Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije, Rane – postupci liječenja, Zagreb, 2009
6. Acta Medica Croatica, Vol.62 2008, Supplement 2, Zagreb
7. Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze 2, Zagreb, 2013
8. Lovrić Z., Traumatologija, zagreb, 2008
9. Hančević J. I suradnici, Rana, Jastrebarska, 2000
10. Hančević J. I suradnici, Dekubitus, Zagreb, 2003
11. Prlić N., Zdravstvena njega, zagreb, 1995

Završni rad je izrađen u Bjelovaru, 10.12. 2015.

Marija Vranar

A handwritten signature in cursive script, reading 'Marija Vranar', is written over a solid horizontal line.

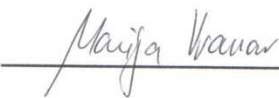
(potpis studenta/ice)

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom. Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

MARIJA VRANAR

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim. Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 21. 12. 2015.



(potpis studenta/ice)