

Sestrinska skrb bolesnika s dekubitusom

Mijoč, Sara

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:243:005477>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2022-10-04**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Sara Mijoč

SESTRINSKA SKRB BOLESNIKA S DEKUBITUSOM

Završni rad

Osijek, 2021.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Sara Mijoč

SESTRINSKA SKRB BOLESNIKA S DEKUBITUSOM

Završni rad

Osijek, 2021.

Rad je ostvaren u: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek

Mentor rada: doc. dr. sc. Ivana Barać, prof.

Rad ima 23 lista.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Patofiziologija dekubitusa	1
1.2. Epidemiologija dekubitusa	2
1.3. Procjena rane	3
1.4. Klasifikacija	3
2. POSTUPCI	5
3. SESTRINSKA SKRB	6
3.1. Prevencija	6
3.1.1. Intervencije medicinske sestre u prevenciji dekubitusa	7
3.2. Zdravstvena njega I. i II. stupnja dekubitusa	8
3.3. Zdravstvena njega III. i IV. stupnja dekubitusa	9
3.4. Zdravstvena njega neklasificiranih stupnjeva dekubitusa	9
3.5. Liječenje	10
3.5.1. Obloge	10
3.5.2. Kirurško zbrinjavanje dekubitusa	12
3.5.3. Debridman	14
3.6. Prehrana	15
3.6.1. Procjena nutritivnog statusa bolesnika	16
3.7. Zdravstveni odgoj	16
4. ULOGA I VAŽNOST ZA SESTRINSKU PRAKSU	17
5. ZAKLJUČAK	18
6. SAŽETAK	19
7. SUMMARY	20
8. LITERATURA	21
9. ŽIVOTOPIS	23

1. UVOD

Pojam dekubitus vuče korijene od latinske riječi „decumbere“, što znači ležati, dok u hrvatskom jeziku pojam dekubitus označava ranu nastalu zbog ležanja (1).

Dekubitus je ograničeno oštećenje kože i potkožnog tkiva zbog dugotrajnog pritiska. Zbog otežanog protoka krvi dolazi do manjka kisika i hranidbenih tvari u tkivu izloženu pritisku. Dekubitus može nastati već unutar 12 sati te je iz tog razloga uloga medicinske sestre iznimno važna pri sprječavanju nastanka ove komplikacije dugotrajnog mirovanja. Dekubitus spada u kronične rane (2).

Dekubitus je bolan, skup, ali potencijalno spriječiv problem koji se pojavljuje u bilo kojoj životnoj skupini. Najčešće se pojavljuje kod starijih ljudi i bolesnika s ograničenom pokretljivošću. Kako bi se spriječio nastanak dekubitusa, važno je ostvariti optimalnu njegu bolesnika, poštovati fiziološke potrebe bolesnika te neprestano usvajati nova znanja koja će se primjenjivati u njezi bolesnika, prevenciji razvoja bolesti i provođenju intervencija liječenja (2).

Uloga medicinske sestre značajna je jer ona sudjeluje u svakom procesu koji se provodi kod bolesnika, od prevencije razvoja bolesti do provođenja zdravstvene njege. Znanje medicinske sestre, koje se uvijek obnavlja i upotpunjava, u suradnji je s njezinim iskustvom i intuicijom, što čini idealnu kombinaciju za kvalitetno provođenje sestrinske skrbi.

1.1. Patofiziologija dekubitusa

Dekubitus je uvjetovan unutarnjim i vanjskim čimbenicima koji doprinose oštećenju integriteta kože. Unutarnji ili endogeni čimbenici su oni koji djeluju na nastanak dekubitusa iz samog organizma te su posljedica već postojećih patoloških procesa u tijelu. Bolesti koje najčešće uzrokuju pojavu dekubitusa, to jest osnova su pri kojoj je vjerojatnost za dekubitus puno veća, bolesti su cirkulacije, neurološki poremećaji, maligne bolesti, bolesti metabolizma te poremećaji prehrane, inkontinencija, stanje kože, dehidracija i druga stanja koja uzrokuju ograničenu pokretljivost bolesnika (3). Zatim postoje i vanjski ili egzogeni čimbenici koji pogoduju pojavi dekubitusa. Takvi su čimbenici mehanički (pritisak, trenje, smicanje), zatim termalni čimbenici, kemijske tvari te terapija zračenjem. Uz te čimbenike također veliku

ulogu ima osobno i posteljno rublje, točnije ima li nabore te vlažnost osobnog i postelnog rublja. U vanjske se čimbenike ubrajaju i sredstva za imobilizaciju (4). Sveobuhvatna procjena rizika za razvoj dekubitusa sadržava procjenu unutarnjih i vanjskih čimbenika, neurološkog stanja bolesnika, pokretljivosti bolesnika, nutritivnog statusa, razine svijesti, oštećenja osjetila, prethodnog oštećenja dekubitusom, boli, psiholoških čimbenika, socijalnih čimbenika, primjene lijekova te inkontinencije. Osobe sa više rizičnih čimbenika uključujući trenutne i prošle imaju veći rizik od razvitka dekubitusa (5).

1.2. Epidemiologija dekubitusa

Procjenjuje se da se kod 1–2 % populacije razvijenih zemalja razvije neka vrsta kronične rane, što je rezultat produžetka života ljudi (6). Istraživanja dokazuju da se tijekom hospitalizacije bolesnika, prije ili nakon otpusta iz bolnice, kod 3–5 % bolesnika razvije dekubitus. I. i II. stupanj najčešći su i razvijaju se kod 87% bolesnika. III. i IV. stupanj razvijaju se kod 13 % bolesnik, što nam ukazuje na djelovanje medicinskih djelatnika i na pravilnu sestrinsku skrb o bolesniku te da se dekubitus nakon I. i II. stupnja zaustavlja i uspješno liječi u većini slučajeva (7). Prevalencija dekubitusa razlikuje se od zemlje do zemlje pa tako prevalencija dekubitusa u Norveškoj iznosi 17 %, u Irskoj 16 % i Švedskoj 25 % (7). U SAD-u godišnje 1–3 milijuna ljudi razvije dekubitus, a 60 000 ljudi svake godine umre od komplikacija dekubitusa (7). Dekubitus umanjuje kvalitetu života bolesnika zbog bolova, postupaka koji se provode i produljenja boravka u bolnici. Dekubitus doprinosi brzom smrtnosti kod nekih bolesnika. S obzirom na te činjenice svaka intervencija koja pomaže u sprječavanju razvoja dekubitusa i samom liječenju može smanjiti troškove njege dekubitusa i značajno povećati kvalitetu života bolesnika. Troškovi liječenja dekubitusa među glavnim su problemima zdravstvenih organizacija. U Velikoj se Britaniji trošak procjenjuje na 1,4–2,1 milijarde funti godišnje, a u SAD-u na 1,6 milijardi dolara. Svi navedeni podaci ukazuju na važnost prevencije razvoja bolesti, provođenja kvalitetne sestrinske skrbi i učinkovitog liječenja (8).

1.3. Procjena rane

Dekubitus nastaje na mjestima koja su tijekom ležanja najizloženija pritisku, gdje su koštane izbočine prekrivene tankim, odnosno slabije razvijenim potkožnim tkivom. Najčešće se pojavljuje na leđima (na području zatiljne kosti, lopatica, laktova, kralježnice, trtice) i na petama. Pojavljuje se i ako bolesnik leži na boku (na predjelu uške, ramena, na vanjskoj strani lakta, kuku te vanjskoj strani koljena i gležnja). Može se pojaviti i ako bolesnik leži potrbuške (na području prsne kosti, rebara, koljena, unutarnje strane gležnja te na gornjoj strani stopala) (9). Isto tako dekubitus se može pojaviti i na dijelovima tijela gdje postoji dodatni pritisak uzrokovan nošenjem opreme ili odjeće kao što su elastični zavoji i čarape, endotrahealni tubus, intravenske braunile, kateter, nazogastrična sonda i slično (7). S obzirom na nastanak rane, samu je ranu potrebno i dobro procijeniti i to sve dokumentirati. Medicinska je sestra ta koja prilikom izvođenja zdravstvene njege procjenjuje i previja dekubitalnu ranu. U procjenu rane ulaze lokacija rane, dubina i veličina rane, izgled rubova i dna rane, procjena izgleda i količine eksudata iz rane, miris rane, stanje okolne kože, znakovi infekcije te procjena boli. Svaku procjenu rane koju vrši medicinska sestra potrebno je dokumentirati i priložiti fotografije rane (9).

1.4. Klasifikacija

Dekubitus se, prema „National PressureUlcerAdvisory Panel“ (NPUAP) klasifikaciji objavljenoj 2007. godine, dijeli na 6 stupnjeva ovisno o dubini lezije (7). Prva četiri stupnja dekubitusa označuju se s rimskim brojevima I, II, III, IV. Dva preostala stupnja označuju se kao neklasificirani stupnjevi, točnije to su stupnjevi u kojima je nepoznata dubina rane dekubitusa i ujedno subkutana lezija dubokog tkiva. Subkutana lezija dubokog tkiva usredotočuje se na procjenu osnova izgleda kože koji upućuje na moguća dublja oštećenja tkiva. Prema „National PressureUlcerAdvisory Panel“ (NPUAP, 2009. godine) I. stupanj dekubitusa pogađa epidermis i jednim djelom dermis, ali koža u ovom stupnju nema oštećenja, već je na koži prisutno crvenilo koje na pritisak blijedi te je prisutna bol. U I. stupnju koža je na dodir toplija ili hladnija, ovisno o okolnom tkivu, a tekstura kože može biti mekana ili čvrsta. U II. stupnju dekubitusa zahvaćen je epidermis, dermis i djelomice potkožni sloj. Oštećenje je kože površno u tom stupnju, ali dolazi do stvaranja abrazije,

1. UVOD

mjehura ispunjenih tekućinom, a u nekim slučajevima i do nastanka plitkih kratera te stanjivanja kože. Na dijelu tijela na kojemu nastaje dekubitus II. stupnja dolazi do crvenila koje napreduje sve do cijanoze i ne prestaje pod pritiskom, a koža je na tom dijelu na dodir topla. III. stupanj dekubitusa zahvaća sve slojeve kože. Može biti bez pojave nekroze ili nastaje nekroza subkutanog tkiva. U tom se stupnju pojavljuju duboki krateri uz koje mogu biti prisutni subminirani rubovi i tuneli. IV. stupanj dekubitusa uz pojavu opsežne nekroze tkiva prožima i sve slojeve kože. Prisutno je oštećenje muskulature i okolnog tkiva, kosti i tetiva. Prorez na koži malih je dimenzija, ali se ispod površine kože pojavljuje opsežna nekrotična šupljina prožeta nekrotičnim tkivom i gnojem. Bridovi rane tamne su pigmentacije te se mogu pojaviti fistulozni kanali (7).

2. POSTUPCI

Potrebnu literaturu za izradu završnoga rada pronašla sam pretraživanjem mrežnih baza podataka za objavu istraživačkih i znanstvenih radova te časopisa za akademsku i istraživačku zajednicu kao što su Hrčak, PubMed, Google Scholar. Također sam koristila i udžbenike za područje biomedicine i zdravstva. Prilikom pretraživanja baza pronašla sam članke koji su izvorno izdani na hrvatskom i engleskom jeziku. Riječi koje sam koristila kao ključne riječi za pretraživanje navedenih mrežnih baza su: dekubitus, rane dugotrajnog ležanja, komplikacije dugotrajnog mirovanja, nursing care of patients with pressure ulcers, pressure ulcers, sestrinska skrb, debridman, prevencija dekubitusa, liječenje dekubitusa. Korištena literatura koju sam pronašla na mrežnim bazama objavljena je u periodu od unazad pet godina. Knjige koje sam koristila objavljene su u periodu od 1995. do 2014.godine. Odabrana literatura ima stručne i znanstvene aspekte te podudarnosti s temom rada.

Ključne riječi: dekubitus; kvaliteta života; kronične rane; liječenje dekubitusa; prevencija dekubitusa; sestrinska skrb; zdravstvena njega

Keywords: pressure ulcer; quality of life; chronic wounds; treatment of pressure ulcers; pressure ulcer prevention; nursing care; health care

3. SESTRINSKA SKRB

Medicinske sestre koje su dio multidisciplinarnog tima sudjeluju u skrbi i liječenju bolesnika pomoću pomno osmišljenih intervencija u prevenciji nastanka dekubitusa (2). Također, njihov je rad ključan i za smanjenje mogućnosti pojave komplikacija dugotrajnog mirovanja i neželjenih posljedica. Intervencije koje medicinska sestra provodi kod bolesnika s dekubitusom su: procjena stanja bolesnika, procjena dekubitusa, opis stupnja bolesti, procjena veličine, lokalizacija, količina sekrecije, nekroza tkiva, granulacija tkiva, utvrđivanje plana zdravstvene njege dekubitalne rane, dokumentiranje promjena, njega okolne kože, sterilno previjanje rane, primjena propisane terapije i obloga prateći upute proizvođača, ispiranje rane sterilnom fiziološkom otopinom, asistiranje liječniku kod kirurškog debridmana rane, održavanje vlažnosti rane, kako bi se potaknuo proces cijeljenja, prekrivanje rane sekundarnom oblogom ili sterilnom gazom, osiguravanje optimalne hidratacije bolesnika, uključivanje propisanih prehrambenih suplementa, promatranje kože bolesnika jednom dnevno s posebnim obraćanjem pozornosti na predilekcijska mjesta. Medicinska će sestra također održavati osobnu higijenu bolesnika ili ga poticati da sam održava osobnu higijenu. Održavat će i higijenu bolesnikove okoline, pobrinut će se da je posteljno rublje čisto, suho i zategnuto, bolesniku će mijenjati položaj u krevetu najmanje svaka dva sata, a prilikom mijenjanja položaja bolesnika će odignuti, kako bi se izbjeglo trenje (10). Naručito je bitno uputiti bolesnika u sve intervencije koje se provode oko njega, primjenjivati propisanu terapiju protiv bolova, educirati bolesnika i njegovu obitelj o pravilnom njegovanju dekubitusa i mjerama sprječavanja nastanka dekubitusa i infekcija (8).

3.1. Prevencija

Pravilnom sestrinskom skrbi možemo djelomično ili potpuno ukloniti vanjske čimbenike koji pomažu u nastanku dekubitusa. Ako je prisutan rizik za nastanak dekubitusa kod bolesnika, tada je medicinska sestra dužna vršiti procjene i dokumentirati sve promjene na mjestu s povećanim rizikom. Medicinska sestra treba imati dovoljno kompetencija kako bi kvalitetno i učinkovito mogla procijeniti toplinu kože palpiranjem, zamijetiti crvenilo i kontinuirano procjenjivati izgled rane, njezin napredak ili znakove zarastanja. Učinkovita prevencija nije

3. SESTRINSKA SKRB

jednostavna. U prevenciji je najbitniji dio identificirati rizik od nastanka dekubitusa kod bolesnika. Postoji četrdesetak ljestvica za procjenu nastanka dekubitusa, a najčešće se koriste Norton skala, skala Braden i Knoll skala (10). Te se skale svaki dan koriste kako bi se na vrijeme uočio rizik od nastanka dekubitusa. Braden skala procjenjuje rizik nastanka dekubitusa uz pomoć šest parametara, a to su senzorna percepcija, stupanj vlažnosti kože, aktivnost bolesnika, pokretljivost, prehrana te utjecaj trenja i razvlačenja. Braden skala ima bodovanje u intervalu od 6 do 23 boda koji upućuju na prisutnost rizika s obzirom da manji broj dobiven na skali ukazuje na veći rizik od nastanak dekubitusa. Norton skala koristi se za procjenu sklonosti nastanka dekubitusa i sastoji se od pet parametara. Parametri koji se tom skalom procjenjuju su mentalno stanje bolesnika, tjelesno stanje, aktivnost, pokretljivost i inkontinencija. Na toj se skali boduje od 1 do 4, dok je mogući raspon od minimalno 5 do maksimalno 20 (10). Na Norton skali manji dobiveni broj upućuje na veći rizik od nastanka dekubitusa. Kod Knoll skale procjenjuje se osam parametara koji su opće stanje bolesnika, mentalno stanje bolesnika, aktivnost, pokretljivost, inkontinencija, peroralno unošenje tekućine, peroralna prehrana i predisponirajuće bolesti. Ta se skala boduje od 0 do 3, a ima raspon bodova od 0 do 33, s obzirom na to da veći broj bodova upućuje na veći rizik za nastanak dekubitusa. Medicinska sestra dobrom prevencijom može pridonijeti nerazvijanju dekubitusa i bržem oporavku bolesnika, što čini prevenciju najbitnijim dijelom sestrinske skrbi bolesnika s dekubitusom (11).

3.1.1. Intervencije medicinske sestre u prevenciji dekubitusa

Kod dekubitusa je bitno obaviti dobru procjenu stanja bolesnika kod kojeg postoje čimbenici rizika pojavnosti dekubitusa. Sama se procjena vrši odmah pri primitku bolesnika na odjel, a zatim svakih 48 sata. Svaka ustanova koja bolesnicima, ljudima starije životne dobi ili nepokretnim osobama pruža dugotrajnu skrb procjenu vrši na mjesečnoj bazi, jedanput. Zdravstvene usluge kao što su zdravstvena njega u kući i patronaža tu procjenu obavljaju u svakoj posjeti korisniku uz procjenu česte promjene položaja, procjenu vlažnosti kože, nutritivan status, mentalno stanje, dob, tjelesnu težinu, cirkulaciju, prisutnost kroničnih bolesti i druge smjernice za procjenu bolesnikove sklonosti nastanka dekubitusa. Medicinska sestra prilikom provođenja sestrinske skrbi u prevenciji treba uključiti intervencije smanjenja pritiska, izbjegavanja trenja i razvlačenja kože bolesnika, održavati higijenu i integritet kože

bolesnika, osigurati bolesniku dovoljan unos hrane i tekućine, uspostaviti regulaciju inkontinencije, educirati bolesnika i njegovu obitelj te dokumentirati sve učinjene sestrinske intervencije, dokumentirati uočene promjene ili poboljšanja (11). Postoje potporne podloge ili antidekubitalna pomagala koja su osmišljena radi smanjenja opterećenja na tkivu, upravljanja mikroklimatskim čimbenicima ili u svrhu drugih terapijskih funkcija. Postoje antidekubitalni madraci, jastuci, nadmadraci, specijalizirani sustavi za krevet, nadjastuci za stolac, specijalizirani kolutovi i pomagala koja se pozicioniraju na predilektorna područja. Antidekubitalna pomagala potrebno je individualno birati za svakog bolesnika ovisno o mjestu na kojemu se pritisak treba redistribuirati (12). Medicinska sestra provođenjem svih postupaka prevencije i dalje ne može garantirati da do dekubitusa neće doći, no ako do njega i dođe njezina je uloga spriječiti razvoj dekubitalne rane u više stupnjeve te nastanak novih dekubitusa (11).

3.2. Zdravstvena njega I. i II. stupnja dekubitusa

Provođenje mjera prevencije nekada ne budu dovoljne te ipak dođe do razvitka dekubitusa. U I. stupnju dekubitusa dolazi do crvenila kože koje na pritisak blijedi, a nakon popuštanja pritiska opet crveni na području iznad izbočene kosti (12). Na tom je mjestu koža bolesnika topla. Glavne su zadaće medicinske sestre kod I. stupnja uklanjanje vanjskih čimbenika, smanjenje pritiska na oštećenom dijelu kože i provođenje svih mjera prevencije dekubitusa. U II. stupnju dekubitusa crvenilo kože dolazi do cijanoze, ne mijenja se pod pritiskom, a koža je i dalje topla. U tom se stupnju pojavljuju mjehuri ispunjeni prozirnrom seroznom tekućinom i blaga oštećenja kože u obliku plitkih ulceracija (11). Zadaće su medicinske sestre u II. stupnju uklanjanje vanjskih čimbenika razvoja dekubitusa, smanjenje pritiska na zahvaćenom dijelu kože promjenom položaja bolesnika, provođenje svih mjera prevencije dekubitusa, zbrinjavanje rane na koži, ako ona postoji, kao kirurški neinficiranu ranu, dezinficiranje okoline rane i samu ranu, primjenjivanje propisane lokalne terapije na rani, zaštita okoline rane te sterilno previjanje rane (7).

3.3. Zdravstvena njega III. i IV. stupnja dekubitusa

III. se stupanj dekubitusa očituje smeđom kožom. Ako postoji rana njezina je okolina hiperpigmentirana s nekrotičnim tkivom, odnosno dolazi do potpunog gubitka sloja kože. Masno tkivo u tom je stupnju izloženo, ali kosti, tetive i mišići nisu vidljivi. Fibrinsko tkivo može biti prisutno kod III. stupnja (10). Ako se dekubitus pojavi na mjestima s velikim količinama masnog tkiva dekubitalna rana može biti poprilično duboka. IV. je stupanj onaj u kojemu su zahvaćeni svi dijelovi kože, tkiva, mišića pa sve do kosti, a rubovi rane tamne su pigmentacije, rana zaudara, duboka je s nekrozom tkiva i izrazito progresivna. Često izgleda kao maleni otvor na površini kože, ali ispod kojega se nalazi veliki dio destruiranog tkiva. Oba stupnja liječe se kirurškim metodama liječenja, debridman uz primjenu ljekovitih sredstava, a nekada je potrebna i plastična operacija. Dekubitus IV. stupnja ima mogućnost proširenja na mišiće ili potporne strukture koje dovode do razvoja osteomijelitisa. S obzirom da su izložene kosti i tetive direktno se mogu palpirati (12). Kod III. i IV. stupnja zadaće su medicinske sestre ukloniti vanjske čimbenike razvoja dekubitusa, smanjiti pritisak na oštećenom dijelu kože te dijelovima tijela koji su također skloni nastanku dekubitusa primjenom intervencija promjene položaja i primjenom antidekubitalnih pomagala. Potrebno je promatrati kožu, posebice mjesta sklona nastanku dekubitusa, održavati osobnu higijenu bolesnika, a posebice inkontinentnog bolesnika te provoditi adekvatnu prehranu i nadoknadu tekućine. Samu je ranu potrebno zbrinjavati kao kirurški inficiranu ranu zbog pojave nekrotičnog tkiva, dezinficirati okolinu rane, dezinficirati ranu, primjenjivati propisanu terapiju na ranu, sterilno previti ranu te zaštititi okolinu rane (7).

3.4. Zdravstvena njega neklasificiranih stupnjeva dekubitusa

Neklasificirani stupnjevi dekubitusa ili V. i VI. stupanj stupnjevi su u kojima se gube dijelovi kože pune debljine ili meko tkivo, a da pri tome ne možemo procijeniti količinu raspadnutog tkiva niti dubinu dekubitusa. Dekubitus je prekriven fibrinom. Sve dok se sva količina nekrotičnog ili raspadnutog tkiva ne ukloni nemoguće je procijeniti je li dekubitus III. ili IV. stupnja (10). Čimbenici su neklasificiranih stupnjeva nepoznata dubina rane, područje intaktne kože koja je ljubičaste ili smeđe boje, također mogu biti i krvlju ispunjene bule koji se pojavljuju zbog oštećenja dubokih struktura. Zahvaćeno područje je bolno, čvrste strukture

ili meko i vlažno. Toplina se izmjenjuje u odnosu na okolno područje. S obzirom na napredak rane mogu se stvoriti i bule iznad tamnog dna same rane. Ti stupnjevi su vrlo progresivni tako da i uz liječenje i dalje mogu zahvaćati duboke slojeve tkiva. Rana se previja kao kirurški inficirana rana. Nespecifični stupnjevi dekubitusa zahtijevaju liječenje kirurškim metodama i debridman. Medicinska će sestra procjenjivati okolinu rane, kao i izgled same rane, procjenjivat će i količinu sekreta koji se izlučuje iz rane kao i nekrozu. Također ranu treba zaštititi od većih infekcija sterilnim previjanjem te uzimanjem brisa za mikrobiološku analizu za procjenu stupnja infekcije (7).

3.5. Liječenje

Procjena bolesnikova stanja prvo je što medicinska sestra i cijeli multidisciplinarni tim trebaju napraviti pri početku liječenja dekubitusa. Sam postupak liječenja dekubitusa obavlja liječnik, specijalist s timom stručnjaka (8). Procjena bolesnikova stanja sastoji se od procjene fizičkog i psihosocijalnog stanja, farmakološke terapije koju bolesnik prima, bolesnikovih navika, nutritivnog statusa, utvrđivanja mogućeg prijašnjeg dekubitusa, procjene boli, pokretljivosti, utjecaja sile trenja i smicanja, procjene vlažnosti kože te poremećaja cirkulacije itd. Prema svim dobivenim informacijama tim odlučuje na koji će se način kod bolesnika izvršavati sestrinska skrb i metode liječenja jer je bolesnika potrebno sagledati u cjelini, a ne samo ranu koja se liječi. Potrebno je obratiti pozornost na uzrok nastanka dekubitusa kako bi se otklonili čimbenici nastanka te time poboljšale šanse za oporavak. Standard u liječenju dekubitusa su obloge, a ako stupanj dekubitusa zahvati dublje strukture tkiva upotrebljavaju se metode kirurškog liječenja. Dekubitus je potrebno tretirati prema svim načelima asepsa, kako ne bi došlo do infekcije. Također je njegu dekubitalne rane potrebno raditi nježno kako ne bi došlo do dodatnog oštećenja (13).

3.5.1. Obloge

Obloge koje se danas koriste u liječenju dekubitusa nužna su sredstva za provođenje lokalne terapije kod bolesnika. Na tržištu postoje mnoge vrste obloga i proizvođača (14). Obloge pospješuju liječenje, štite ranu kako nebi došlo do kontaminacije mikroorganizmima,

3. SESTRINSKA SKRB

otklanjaju eksudate i toksične tvari iz dekubitalne rane i ublažavaju bolove kod bolesnika uzrokovane ranom. Vrlo su jednostavne za primjenu i ne stvaraju neugodu kod bolesnika. Sama uporaba obloga ovisi o osobinama dekubitalne rane. Svaka vrsta obloga ima svoje prednosti i nedostatke koji se uzimaju u obzir kod odabira najbolje za liječenje dekubitusa u određenom stupnju napretka. Prema predispozicijama stvaranja i apsorpiranja vlage rane razlikuje se i primjena obloga koje dijelimo na hidrogel obloge, hidrokolidne obloge i alginat. Također postoje i hidrofiberi, transparentni filmovi, obloge s aktivnim ugljenom i poliuretani (14).

Hidrogeli su obloge koje stvaraju vlagu. Sastavljene su od netopivog polimera koji je hidrofilan te upija. Ta vrsta obloga omogućuje apsorpciju i debridman nekrotičnog tkiva. Prednosti su što osigurava adekvatne uvjete vlage, čisti ranu i uklanja nekrotično tkivo. Pogodne su za rane koje nemaju eksudata ili imaju neznatnu količinu eksudata, a mijenjaju se jednom dnevno. Nedostatci te vrste obloga su što se ne mogu upotrebljavati na ranama s jakom sekrecijom i zahtijevaju uporabu sekundarnih obloge (14).

Hidrokolidi su vrste obloga koje stvaraju i apsorpiraju vlagu u rani. Te su obloge samoljepljive i sprječavaju da dođe do infekcije. Sastoje se od telatine, pektina i karboksimetilceluloze. Granuflex je hidrokolid koji se najčešće koristi jer sadrži sve sastojke koje ta obloga pruža. Obično se primjenjuje na ranama koje imaju slabu ili srednju sekreciju. Prednost te vrste obloga je što su vodootporne, omogućuju bezbolna previjanja te ujedno smanjuju bol i neugodu kod bolesnika. Nedostatak je što stvaraju neugodan miris i ako se ne primjenjuju na pravilan način eksudat rane može curiti i tako macerirati okolinu rane. Kada se primjenjuje mjerilo za postavljanje je da obloga bude dva centimetra veća od ruba dekubitalne rane te koža mora biti suha pri postavljanju kako bi se obloga zalijepila za kožu. Također se može kombinirati s hidrokolidnim gelovima ili pastama, koje se upotrebljavaju kod rana koje su dublje od pola centimetra. Hidrokolidni gelovi primjenjuju se kako bi pospješili debridman na koži i stavljaju se u tankom sloju. Mogu biti i sekundarna obloga kod dekubitalnih rana s jakom sekrecijom te se mijenjaju dva do tri puta u tjednu. Ako su svi rubovi rane prekriveni i sekret ne procuri van obloge u mogu ostati do sedam dana na rani (14).

Alginati su obloge koje se koriste na principu apsorpcije viška sekrecije iz rane, a po strukturi su soli. Sastav je obloga od manuronične i glukuronične kiseline, točnije kalcij-natrij. Ima raznih veličina i oblika koji se mogu naći u prodaji. Naizgled su mekane građe, bijelih vlakana građenih od algi. Razlika u vrsti obloga alginata je u sastavu. Ovisi o tome ima li sve

3. SESTRINSKA SKRB

kiseline ili samo jednu i razlikuju se prema omjerima kiselina u samoj oblozi. Prednost je što kontroliraju sekreciju rane i ne prilijepi se uz ranu tako da ne oštećuju ranu pri previjanju. Upiju dvadeset do četrdeset puta više sekrecije rane i imaju hemostatički učinak tako da smanjuju broj previjanja. Pri postavljanju te vrste obloga mijenjaju se svakodnevno dok se eksudacija rane ne smanji nakon čega se mijenja dva puta tjedno, ovisno o izgledu obloge jer kada apsorbira dovoljnu količinu eksudata promijenit će boju iz bijele u zelenkastu. Maksimalno na rani smije stajati sedam dana. Ta vrsta obloge zahtjeva sekundarnu oblogu te ako se primijeni na rani koja nema dovoljnu sekreciju može se zalijepiti za ranu te time pri previjanju dolazi do oštećenja površine rane što čini negativne strane ove vrste obloga (14).

Hidrofiberi imaju moć apsorpcije eksudata kao i patološke enzime koji usporavaju cijeljenje dekubitalne rane. To čine na način da u svojim vlaknima zadržavaju bakterije iz dekubitalne rane. Najpogodniji su za primjenu kod rana s jakim sekrecijom. Sadrže ione srebra koji su baktericidni (14).

Transparentni filmovi voodoporne su obloge, prozirnog izgleda koji istodobno dopušta da u ranu ulazi zrak. Nemaju mogućnost apsorpcije i mogu se zalijepiti čvrsto na ranu te samim time oštetiti ranu i njezinu okolinu. Sastavljene su od poliuretenu sa slojem adhezivnog akrila. Upotrebljavaju se kao sekundarne obloge i sprječavaju ulazak bakterija u ranu kod rana s malo eksudacije ili kod površinskih oštećenja (14).

Obloge s aktivnim ugljenom imaju mogućnost apsorpcije velikih količina eksudata iz rane kao i mirisa. Na rani mogu stajati do sedam dana, no ako je u rani prisutna infekcija te se obloge mijenjaju svaki dan. Također se mijenjaju ako se počne osjetiti neugodan miris ili iz rane iscureti eksudat. Potrebno je postaviti sekundarnu oblogu, a mogu se primijeniti i u kombinaciji s hidrokolidnim gelom (14).

Poliuretani ili pjene su vrsta modernih obloga koje apsorbiraju velike količine eksudata iz rane. Na rani se mijenjaju svaka dva dana, a kod inficiranih rana mijenjaju se svakih 12 sati (14).

3.5.2. Kirurško zbrinjavanje dekubitusa

I. i II. stupanj dekubitusa najčešće se mogu liječiti samo konzervativnim metodama liječenja koji će pri početnom stadiju i malim ranama dekubitusa biti uspješni. No kod III., IV. i

3. SESTRINSKA SKRB

neklasificiranih stupnjeva dekubitusa, ako konzervativne metode ne pokazuju napredak, prelazi se na kirurške načine liječenja (14). U višim stupnjevima dekubitus zahvaća duboke strukture kože, kost i pojavljuje se nekroza tkiva. Cilj liječenja kirurškim metodama je dekubitalne rane, koje su otvorene, zatvoriti. Kirurške metode liječenja dekubitusa primjenjuju se kod postizanja adekvatnog izdrživog pokrova koji će biti otporan na pojavu recidiva. Kirurške metode koje se koriste kod liječenja dekubitusa su direktno zatvaranje, slobodni kožni transplantat tanke debljine kože, slobodni kožni transplantant pune debljine kože, kožni režnjevi, fasciokutani režnjevi i debridman (13).

Direktno zatvaranje jedno je od osnovnih načina kirurškog liječenja dekubitusa. Primjenjuje se kada se rubovi rane mogu približiti bez napetosti i primarno zatvoriti (13).

Slobodni kožni transplantat tanke debljine kože ili Thiersch kožni transplantati debljine su od 0,3 do 0,4 milimetara. Sastavljen je od gornjeg dijela dermisa te epidermisa, dobiva se s donorskog područja, najčešće bedra bolesnika, izgleda kao mrežica te se stavlja na ranu dekubitusa. Kako bi se ova metoda primijenila moraju se zadovoljiti uvjeti vaskularizacije i čiste granulacije na dekubitusu. Primjenjuje se kod rana koje nisu inficirane te kod dekubitusa koji su plitki. Dekubitalna rana cijeli u periodu od desetak dana, dok mjesto s kojega je uzet dio kože ne smije biti pod opterećenjem mjesec dana (14).

Slobodni kožni transplantant pune debljine kože ili Krause-Wolfetransplant uključuje sve slojeve kože, a mjesto s kojega se uzima presadak su prepone i donji dio trbuha. Ta vrsta presatka manje je osjetljiva na opterećenja te ima uspješniji estetski ishod. Koristi se kod dekubitusa manjih dimenzija, odnosno površinskih dekubitusa. Negativna strana te vrste liječenja je što je ograničen veličinom te dolazi do čestog propadanja transplantacijskog tkiva (14).

Metoda kožnih režnjeva razlikuje se od prijašnjih metoda zbog vlastite krvne opskrbe. Kožni režnjevi sastavljeni su od dermisa i epidermisa. Područje uz dekubitus, koje je prekriveno zdravom kožom, izdigne se i zajedno s krvnom peteljkom smješta se na dekubitus. Zatim se primarno zatvara Thiersch transplantatom ili primarnim šavovima. Ta vrsta kirurškog liječenja primjenjuje se kod dekubitusa koji se ne mogu zatvoriti direktno ili metodama slobodnog kožnog transplantata te kod dekubitusa koji su plitki, male površine i nemaju vidljive kosti (14).

Fasciokutani režnjevi metoda je koja se primjenjuje kod zatvaranja dekubitusa kod kojih su izraženi defekti tkiva. Primjenom te metode u potpunosti se rekonstruira defekt dekubitusa,

dok se donorska regija koja je najčešće regija stražnjice ili bedra zatvara direktno. Prilikom te metode postavlja se i redon dren koji ostaje nekoliko tjedana (14).

3.5.3. Debridman

Standard u liječenju dekubitusa III. i IV. stupnja je debridman (14). Debridmanom se otklanjaju stanice odumrlog tkiva iz rane i samim time se rana iz kronične pretvara u akutnu. Time se potiče zacjeljivanje rane dekubitusa odnosno ponovne epitalizacije tkiva. Ima više vrsta debridmana, a samim time, kombinacijom tih metoda postižu se bolji rezultati. Debridman se dijeli na više vrsta kao što su kirurški ili oštri, autolitički, enzimski, biološki i mehanički (14). Liječnik je taj koji odlučuje kojom će metodom pristupiti dekubitusu ovisno o dimenzijama dekubitalne rane, osnovnoj bolesti i komorbiditetima te cjelokupnom stanju bolesnika, a pogotovo ovisi o količini devitaliziranog tkiva.

Kirurški odnosno oštri debridman metoda je kojom se odstranjuje odumrlo tkivo kirurškim nožem ili elektrokauterom. To je brza i efikasna metoda, no uzrokuje bol kod bolesnika, krvarenje, oštećenje drugih struktura te unos mikroorganizama u tkivo. Predstavlja problem pri točnom utvrđivanju koji dio tkiva je devitaliziran, a koji vitalan. Kod te je metode posebno potrebno obratiti pozornost na bolesnika koji prima antikoagulantnu terapiju (13).

Autolitički debridman koristi same potencijale rane na način da koristi autolitičke enzime koji uklanjaju devitalizirano tkivo. To je selektivan način koji djeluje isključivo na devitalizirano tkivo te time ne oštećuje vitalne dijelove tkiva. Primjenjuje se samostalno ili kombinirano s drugim vrstama debridmana, na ranama s malo nekroze i s fibrinskim naslagama. Izuzetno je povoljna primjena kod bolesnika koji su na antikoagulantnoj terapiji. Ta metoda nije bolna već je sigurna i jednostavna, ali ima i svojih mana, a to je da traje proces dugo zbog mnogih kontrola koje se provode kako ne bi došlo do infekcije. Autolitički debridman osjetljiv je na neke sastojke obloga kao što su propilen, hidrogeli i dr. te one čine kontraindikaciju za ovu vrstu debridman liječenja (13).

Enzimski debridman postupak je pri kojem se uglavnom koriste egzogeni proteolitički enzimi, mješavina streptokinaze i streptodornaze, kolagenaza, kombinacija papain-ureja i fibrinolizin. Primjenjuje se ubrizgavanjem pripravaka u samu ranu ili netom ispod nekrotičnog tkiva do dva puta na dan. Koristi se na ranama s većom koncentracijom devitaliziranog tkiva. Djeluje

3. SESTRINSKA SKRB

brzo, ali je pogodno za upalne reakcije tkiva te zahtjeva dobro iskustvo u primjeni te vrste debridmana. Ne primjenjuje se kod rana koje su suhe ili gdje je vidljiva iritacija okolne kože i mogućnost infekcije (13).

Biološki debridman koristi se pomoću sterilnih „*Luciliasericata*“ odnosno ličinki muha. Ličinke se hrane na principu da izbjegavaju vitalne dijelove tkiva i hrane se isključivo mrtvim tkivom. Ličinke također luče sekret koji djeluje antibakterijski te time smanjuju bakterijsku populaciju na samoj rani (13). Bezbolan je proces koji se koristi kod gnojnih rana i rana s nekrotičnim tkivom velikih količina. Negativne strane tog debridmana su što je skupocjen i često ima negativan učinak na psihološko stanje bolesnika. Ne upotrebljava se na ranama koje se nalaze u blizini bolesnikovih očiju, respiratornog sustava, te gastrointestinalnog trakta. Također je potrebno obratiti pozornost da bolesnik nije alergičan na ličinke muhe i da rana koju ličinke trebaju obrađivati nema otvorene žile koje su vezane za vitalne organe bolesnika.

Mehanički debridman zapravo je previjanje impregniranom parafinskom gazom ili jastučićima punjenim monofilamentnim vlaknima. Također se može previjati i suhom pa čak i natopljenom gazom koja se postupno suši na površini rane. Ta se metoda najrjeđe koristi jer se u kratkom periodu previjaju inficirane nekrotične rane. Razlog rijetkog korištenja je taj da, neovisno o tome je li gaza koja se koristi natopljena ili suha, dolazi do povlačenja tkiva s rane tijekom previjanja, a moguće je da čak dijelovi gaze ostanu u rani, što je bolan proces koji uzrokuje krvarenje s dna rane i oštećenja tkiva koje se oporavlja (15).

3.6. Prehrana

Unos hrane i tekućine zajedno čini dio 14 osnovnih ljudskih potreba o kojima medicinska sestra treba obratiti pozornost da budu zadovoljene jer su ključne za održavanje zdravlja i ozdravljenje. Prehrana bolesnika ključan je čimbenik za sprječavanje rizika za nastanak dekubitusa (10). Bitno je osigurati bolesniku adekvatne količine vitamina, minerala, proteina, masti i dr. Prehrana bolesnika kod kojih se razvija dekubitus ili postoji rizik od razvoja treba se sastojati od preporučenih 30–35 kcal/kg energetskeg unosa, 1,25–1,5 g/kg proteina, maksimalno 0,57 g/kg aminokiselina, tekućine dnevno 1,5–2,5 litre te unos makronutrienata kao što su vitamini A, B, C, D i E te kalcija i cinka (16). Prehrambeni suplementi s visokim udjelom proteina učinkoviti su u smanjenju učestalosti pojave dekubitusa za 25 % u rizičnih

bolesnika jer su neophodni za obnovu tkiva. Medicinska će sestra poticati bolesnika da jede, da ne preskače obroke i ako bolesnik ne može samostalno jesti ona će mu pomoći (16).

3.6.1. Procjena nutritivnog statusa bolesnika

Procjenu bolesnikova nutritivnog statusa treba obaviti pri primitku u bolnicu pomno i cjelovito te ako dođe do znatne promjene u njegovu zdravstvenom stanju. Zadaće koje se trebaju obaviti kod bolesnika su odredba dnevnog unosa kalorija te obaviti fizikalni pregled koji uključuje procjenu pokretljivosti, količinu mišićnog tkiva, mogućnosti hranjenja, procjenu higijene usne šupljine kao i ima li bolesnik zubnu protezu te njegove sposobnosti gutanja i žvakanja (4). Također treba izmjeriti bolesnikovu visinu i tjelesnu težinu te provesti laboratorijska ispitivanja krvi i urina. Vođenje dnevnika prehrane osnovni je element u dokumentiranju i procjeni dnevnog unosa hrane. Taj se dnevnik vodi 3 do 7 dana te bilježi dobitak tjelesne mase ili gubitak te uzimanje lijekova i utjecaj drugih bolesti. Pojavi dekubitusa pridonose i stanja koja su izravno vezana uz nutritivan status samog bolesnika kao što su snižen indeks tjelesne mase, pothranjenost, dehidracija, smanjen unos hrane i tekućine. Sva ta stanja dovode bolesnika u visok rizik od razvoja dekubitusa te usporavaju proces cijeljenja rane, stoga je bitno dobro procijeniti stanje nutritivnog statusa bolesnika (16).

3.7. Zdravstveni odgoj

Bolesnici kod kojih se razvije dekubitus često iskuse osjećaj emocionalne i psihološke traume zbog boli i fizičkih ograničenja koji značajno smanjuju njihovu kvalitetu života. Medicinska sestra pomaže bolesniku kada nema potrebnu snagu, volju ili znanje (5). Edukacija ili zdravstveni odgoj bolesnika i zajednice bitni su kako bi se omogućilo unapređivanje i očuvanje zdravlja, odnosno brži i lakši oporavak. Medicinska sestra ima zadaću odgovoriti bolesniku na sva pitanja o zdravlju, saznati što bolesnik zna, što ga zanima te mu objasniti što ona radi tijekom provođenja intervencija. Bolesniku će objasniti važnost verbalizacije boli i neugode. Jednako tako potrebno je bolesnika podučiti načinu obavljanja njege dekubitalne rane i mjerama sprječavanja nastanka dekubitusa. Također je potrebno u sam proces uključiti i članove obitelji ili prijatelje kako ne bi došlo do izoliranosti bolesnika, depresije i sl. Briga o

3. SESTRINSKA SKRB

bolesnikovom psihološkom zdravlju stavlja se na prvo mjesto tijekom zdravstvenog odgoja (17).

4. ULOGA I VAŽNOST ZA SESTRINSKU PRAKSU

4. ULOGA I VAŽNOST ZA SESTRINSKU PRAKSU

Uloga i važnost medicinske sestre u brizi o bolesniku s dekubitusom vrlo je važna jer medicinska sestra ima priliku prva utjecati na prevenciju pojave dekubitusa, primijetiti njegovu pojavu te spriječiti učinak vanjskih rizičnih čimbenika i svojim znanjima i vještinama utjecati na bolesnika i njegovu brigu o samom sebi i svojem (2). Medicinska sestra vrlo je učinkovit „borac“ protiv pojave komplikacija dugotrajnog mirovanja jer ima sve kompetencije za postizanje ciljeva. Dekubitus je komplikacija koja se ustrajnošću i pravilnom sestrinskom skrbi može prevenirati kao i liječiti. Često se smatra da je dekubitus posljedica loše medicinske skrbi kod bolesnika, ali najčešće su uzrok zapravo čimbenici na koje medicinska sestra ne može utjecati. Samim produženjem životnog vijeka ljudi povećava se i oboljenje od kroničnih bolesti, a tako i dekubitusa. Medicinska sestra brine se o zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, brine se o tome da osoba osjeća cjelovitost i prilagodljivost te se njezin posao prožima kao poziv koji prati ljude kroz sve faze života i omogućuje da se brine se o njihovom zdravlju na najbolji mogući način (9). Medicinska sestra sudjeluje u prevenciji, skrbi i liječenju te je vrlo važan član multidisciplinarnog tim (17). Također inkontinencija je značajan čimbenik u razvoju dekubitusa (18). Kada se dekubitus i razvije treba pravovremeno prepoznati i liječiti komplikacije kao što je infekcija (19). Dekubitus treba prepoznati kao nacionalni problem i aktivno se uključiti u sprječavanje i liječenje kroz nacionalne programe prevencije i liječenja, uz trajnu edukaciju zdravstvenih djelatnika (20). Prevencija dekubitusa rezultat je provođenja specifičnih intervencija povezanih s čimbenicima rizika, s implikacijama na sestrinsku praksu, edukaciju i istraživanje (21).

5. ZAKLJUČAK

Dekubitusi su ozbiljan zdravstveni problem i važan dio sestrinske skrbi. Dekubitus kao kronična rana zahtjeva sestrinsku skrb. Liječenje dekubitusa skup je i dugotrajan proces u kojemu medicinska sestra utječe direktno na samu pojavnost i tijek. Potrebno je procijeniti rizik nastanka bolesti koji medicinska sestra obavlja uz pomoć skala za procjenu sklonosti nastanka dekubitusa (Braden, Knoll i Norton) radi bolje klasifikacije bolesnika te prilagođenog pristupa sestrinskoj skrbi. Dekubitus se najčešće pojavljuje kod osoba starije životne dobi i bolesnika s ograničenom pokretljivošću te je kod takvih bolesnika potrebno obratiti dodatnu pozornost kako bi se prevenirala pojava dekubitusa. Kod bolesnika koji imaju dekubitus dolazi do narušavanja kvalitete života, što utječe i na njihovu obitelj. Prevencija je najbitniji dio jer njome radimo na sprječavanju svih čimbenika i kvaliteta života ostaje nenarušena. Danas se za njegu i liječenje dekubitusa najčešće upotrebljavaju obloge koje su standard premda se često upotrebljavaju i invazivnija kirurška tehnika liječenja. Tijekom liječenja medicinska sestra mora uzeti u obzir cjelokupno stanje bolesnika i raditi na zadovoljavanju svih osnovnih ljudskih potreba, kako bi liječenje bilo uspješno. Budući da je dekubitalna rana praćena eksudatima, neugodnim mirisom i mnogim drugim osobinama kronične rane, bolesnici se teže prilagođavaju na novonastalu perspektivu koju to stanje donosi te imaju dodatnih poteškoća sa samopouzdanjem, bezvoljnošću, anksioznošću te osjećaju strah od odbačenosti bliskih prijatelja i obitelji. Prilikom provođenja sestrinske skrbi kod bolesnika s dekubitusom bitno je obratiti pozornost kako na fizičko zdravlje tako i na psihološko i biti podrška. Medicinska sestra edukacijom bolesnika i obitelji „otvara vrata“ pitanjima, stvara međusobno povjerenje i daje potrebne odgovore kako bi svima bilo lakše u novonastaloj situaciji. Medicinska je sestra osoba koja prolazi sve s bolesnikom i koja mu je podrška i u potpunosti je posvećena svakom bolesniku.

6. SAŽETAK

Uvod: Dekubitus je ograničeno oštećenje kože i potkožnog tkiva zbog dugotrajnog pritiska. Zbog otežanog protoka krvi dolazi do manjka kisika i hranidbenih tvari u tkivu izloženu pritisku. Dekubitus može nastati već unutar 12 sati te je iz tog razloga uloga medicinske sestre iznimno važna pri sprječavanju nastanka te komplikacije dugotrajnog mirovanja. Dekubitus spada u kronične rane.

Postupci: Potrebnu literaturu za izradu završnoga rada pronašla sam pretraživanjem mrežnih baza podataka za objavu istraživačkih i znanstvenih radova te časopisa za akademsku i istraživačku zajednicu kao što su Hrčak, PubMed, Google Scholar. Također sam koristila i udžbenike za područje biomedicine i zdravstva.

Prikaz teme: Dekubitus kao kronična rana zahtjeva sestrinsku skrb. Prevencija je najbitniji dio jer se njome sprječavaju svi čimbenici koju mogu uzrokovati nastanak bolesti te kvaliteta života ostaje nenarušena. Bitno je osigurati bolesniku adekvatne količine hrane i tekućine kako bi se proces cijeljenja rane pospješio. Liječenje dekubitusa skup je i dugotrajan proces u kojemu medicinska sestra utječe direktno na samu pojavnost i tijek. Danas se za njegu i liječenje dekubitusa najčešće upotrebljavaju obloge koje su standard premda se često upotrebljavaju i invazivnija kirurška tehnika liječenja. Prilikom provođenja sestrinske skrbi kod bolesnika s dekubitusom bitno je obratiti pozornost kako na fizičko zdravlje tako i na psihološko i biti im podrška.

Zaključak: Medicinska sestra sudjeluje u prevenciji, skrbi i liječenju te je vrlo važan član multidisciplinarnog tima. Tijekom liječenja medicinska sestra mora uzeti u obzir cijelokupno stanje bolesnika i raditi na zadovoljavanju svih osnovnih ljudskih potreba, kako bi liječenje bilo uspješno.

Ključne riječi: dekubitus; kvaliteta života; kronične rane; liječenje dekubitusa; prevencija dekubitusa; sestrinska skrb; zdravstvena njega

7. SUMMARY

Nursing Care of Patients with Pressure Ulcers

Introduction: Decubitus is a partial damage to the skin and subcutaneous tissue due to prolonged pressure which impairs blood flow leading to a lack of oxygen and nutrients in the tissue. Pressure ulcers can occur within 12 hours, hence, the role of the nurse is invaluable in preventing the occurrence of this complication of prolonged rest. Decubitus belongs to chronic wounds.

Procedures: Relying on scholarly online databases, scientific papers and journals, I have consulted used Hrčak, PubMed, Google Scholar in specific as well as textbooks in the field of biomedicine and health published in the last 5 years.

Topic overview: Being a chronic wound, decubitus requires nursing care. Prevention is the key in nursing care because it inhibits all factors and the quality of patient's life remains intact. It is essential to provide the patient with adequate amounts of food and fluids to speed up the wound healing process. The treatment of pressure ulcers is an expensive and time-consuming process in which the nurse directly affects the very occurrence and course of the condition. Today, standard dressings are most commonly used to care for and treat pressure ulcers, although a more invasive surgical treatment technique is also often employed. When conducting nursing care for patients with pressure ulcers, it is important to pay attention to both their physical and psychological health and be supportive.

Conclusion: The nurse is involved in prevention, care, and treatment and is a very important member of the multidisciplinary team. During treatment, the nurse must take into account the overall condition of the patient and work to meet all basic human needs in order for the treatment to be successful.

Keywords: pressure ulcer; quality of life; chronic wounds; treatment of pressure ulcers; pressure ulcer prevention; nursing care; health care

8. LITERATURA

1. Triller C, Smrke DM. Dekubitus – klasifikacija, ljestvice, problem. *Acta Med Croatica* 2008;(Supl.2):5-8.
2. Čukljek S. *Proces zdravstvene njege*. Zagreb: 2014
3. Caldini LN, Silva RA, Melo GAA, Pereira FGF, Frota NM, Caetano JA, Nursing interventions and outcomes for pressure ulcer risk in critically ill patients. *Rev Rene*. 2017;18(5):598-605.
4. Martin D, Albensi L, Van Haute S, Healthy Skin Wins: A glowing pressure ulcer prevention program that can guide evidence-based practice, *World Evid Based Nurs*. 2017;14(6):473-83.
5. Mitchell A, Adult pressure area care: preventing pressure ulcers, *Br J Nurs*. 2018;27(18):1050-2.
6. Egeljić-Mihailović N, Milutinović D. Analysis of current nursing practice in relation to the modern approach to the prevention of pressure ulcers. *Nurs J*. 2017;4(1):5-12.
7. Hančević J i sur. *Dekubitus*. Zagreb: Medicinska naklada; 2003.
8. Režić S, Pauker K, Barišić I. The harmonization of Braden Scale assessments with planned interventions in pressure ulcer prevention. *Croat Nurs J*. 2017;1(1):73-8.
9. Plić N. *Zdravstvena njega*. Zagreb: Školska knjiga; 1995
10. Sedmak D, Vrhovec M, Huljev D. Prevencija tlačnog vrijeda (dekubitusa). *Acta Med Croatica*. 2013;67(Supl. 1):29-34.
11. Werku E, Zeleke A. Nurses' attitude and perceived barriers to pressure ulcer prevention, *BMC Nursing*. 2018;17:14.
12. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific, Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

8. LITERATURA

13. Aloweni F, Ang SY, Fook-Chong S, Agus N, Yong P, Goh MM, i sur. A prediction tool for hospital-acquired pressure ulcers among surgical patients: Surgical pressure ulcer risk score. *Int Wound J.* 2019;16(1):164-75.
14. Gajić A. Algoritam prevencije i liječenja dekubitusa. *Acta Med Croatica.* 2014;68 (Supl. 1):109-116.
15. Bowers S, Franco E. Chronic Wounds: Evaluation and management. *Am Fam Physician.* 2020;101(3):159-66.
16. Seied HS, Dehghan K, Shadvar K. Pressure ulcer and nutrition, *Indian J Crit Care Med.* 2018;22(4):283–9.
17. Poledníková Ľ, Slamková A. At risk of pressure ulcers – a nursing diagnosis, *Cent Eur J Nurs Midw.* 2016;7(2):428–36.
18. Beeckman D, Van Lancker A, Van Hecke A and Verhaeghe S. A Systematic review and meta-analysis of incontinence-associated dermatitis, incontinence, and moisture as risk factors for pressure ulcer development. *Res Nurs Health.* 2014;37(3):204–18.
19. Kučišec-Tepeš N. Prevencija infekcije kronične rane. *AMC.* 2013;67(Suppl 1):51-8.
20. Kučišec-Tepeš N. Osobitosti infekcije dekubitusa. *Acta Med Croatica.* 2016; 70(Supl. 1):45-51.
21. Bavaresco T, Lucena Ade F. Nursing Intervention Classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure ulcers. *Rev Lat-Am Enf.* 2012;20(6):1109–16.