

Analiza aktuelne sestrinske prakse u odnosu na savremeni pristup prevenciji dekubitusa

Nataša Egeljić-Mihailović¹, Dragana Milutinović²

¹Univerzitetski klinički centar
Republike Srpske, Zavod za
nuklearnu medicinu i bolesti
štitne žlijezde

²Medicinski fakultet Novi Sad

Corenspondence:
negeljic@yahoo.com

Received: August 25, 2017

Accepted: September 15, 2017

ORIGINALNI NAUČNI RAD
ORIGINAL SCIENTIFIC PAPER

APSTRAKT

Prevencija dekubitusa je pokazatelj kvaliteta zdravstvene nege. Uprkos postojanju brojnih informacija o prevenciji dekubitusa, podaci zdravstvenih ustanova pokazuju da je pojava dekubitusa u znatnom porastu. Dekubitus predstavlja veliki zdravstveni i ekonomski problem kako za bolesnika, tako i za ustanovu u kojoj se nalazi, njegovu okolinu i širu društvenu zajednicu. Edukacija medicinskog osoblja i pacijenata treba da bude sastavni deo svake preventivne strategije protiv razvijanja dekubitusa. To znači da zdravstvene ustanove treba da osmisle, omoguće, prilagode i primene brojne postojeće preventivne mere kako bi se sprečio razvoj dekubitusa.

KLJUČNE REČI

Dekubitus, prevencija, nega kože, medicinska dokumentacija, sestrinska edukacija, znanje.

UVOD

I pored novih saznanja, pisanih uputstava, smernica, vodiča, knjiga o dekubitusu, stečenih i prenesenih iskustava, tehničkih i tehnoloških dostignuća, dekubitalni ulkus je i dalje značajan društveno-ekonomski problem. Za njegovo lečenje mnoge bogate zemlje izdvajaju velika finansijska sredstva, koja neretko prelaze i državne budžete manjih zemalja¹.

Hronične rane od pamtiveka predstavljaju izuzetno veliki problem, kako kod određivanja uzroka nastanka, tako i kod lečenja. Tokom istorije različito se pristupalo lečenju rana. Najčešće je bila kombinacija religije, magije i medicine. Poslednjih dvadesetak godina, naša znanja o lečenju rana su potpuno promenjena. Napuštena je primena neadekvatnih zavojnih materijala, dezinficijena i rastvora za koje je utvrđeno da ometaju i usporavaju proces zarastanja. Istražuju se i razvijaju nove metode, postupci i materijali kojima se postiže brže izlečenje. Razvijaju se nove dijagnostičke metode kojima utvrđujemo uzroke nastanke rane. Postoje potpuno nova saznanja o upotrebi antibiotske terapije i antiseptika. Danas takođe znamo da jedino multidisciplinarni pristup i konsultacije različitih specijalnosti postižu najbolje rezultate u lečenju hroničnih rana i postižu maksimalan uspeh kod bolesnika².

Zahvaljujući napretku nauke i proučavanju fizioloških i patofizioloških procesa, te otkriću različitih lekova i tehničkom napretku u poslednjih 40-ak godina situacija se poboljšala, tako da danas već možemo registrovati preko 60% izlečenih bolesnika³.

Prema definiciji European Pressure Ulcer Advisor Panel (EPUAP) iz 2007. godine dekubitus je lokalno oštećenje kože i/ili potkožnog tkiva nastalo zbog dejstva sile pritiska, sile smicanja ili trenja, odnosno njihovom kombinacijom¹.

Dekubitus se može razviti na bilo kojem delu tela koji je izložen pritisku. Najčešće nastaje na onim delovima tela koji su najviše izloženi pritisku, a gde se kost nalazi neposredno ispod kože, sa vrlo tankim slojem mišićnog tkiva.

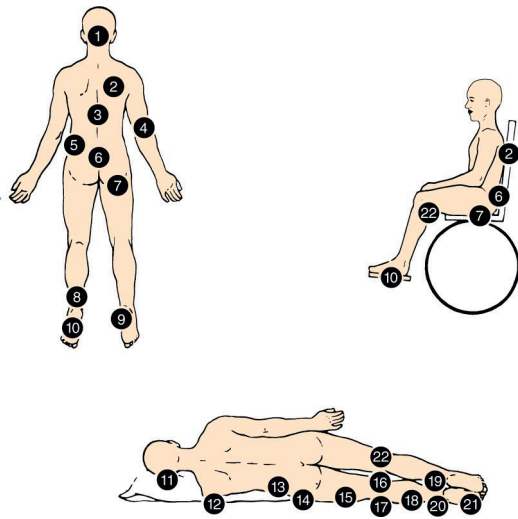
Najčešća predilekciona mesta za dekubitus su: predeo potiljačne kosti, ušne školjke, lopatice, ramena, lakat, kod mršavih osoba vrhovi kičmenih pršljenova, karlične kosti, slabinska regija, sedalna regija, spoljašnje i unutrašnje strane kolena i skočnog zgloba, pete⁴.

Izraz dekubitus potiče od latinske reči decumbere, što znači ležati, tako da dekubitus nije pravi izraz za rane koje nastaju zbog dugotrajnog pritiska na deo tela pri ležanju, budući da rane u području gluteusa i sakruma mogu nastati i pri sedenju⁵.

Dugotrajno sedenje u stolici pogoduje većem riziku od razvoja dekubitusa. Sedenje u stolici treba ograničiti na manje od dva sata u bilo kojem trenutku za akutno bolesne i rizične pojedince. Pravilno sedenje u stolici omogućava pravilnu preraspodelu pritiska. Idealno sedenje u stolici omogućava sedenje sa nogama na podu, kukovima i kolenima pod uglom od 90 stepeni i podržanim rukama i ramenima⁶.

Važno je napomenuti da nema regije na telu koja je imuna na razvoj dekubitusa, odnosno da se dekubitus

može javiti na bilo kojem delu tela, ali se ipak najčešće javlja na mestu koštane prominencije².



Slika 1. Predilekciona mesta za dekubitus. 1-Potiljačna kost, 2-Lopatica, 3-Spinalni nastavak, 4-Lakat, 5-Ilijačni greben, 6-Krsna kost, 7-Sedalna kost, 8-Ahilova tetiva, 9-Peta, 10-Taban, 11-Uvo, 12-Rame, 13-Prednji karlični greben, 14-Trohanter, 15-Bedrena kost, 16-Unutrašnja strana kolena, 17-Spoljašnja strana kolena, 18-Potkolenica, 19-Unutrašnja strana skočnog zgloba, 20-Spoljašnja strana skočnog zgloba, 21-Bočna ivica stopala, 22-Zadnja strana kolena.

(Izvor: Perry, Potter, & Ostendorf, 2014)

Dekubitus ima potencijalno razorne posledice za bolesnika, bolnice i celokupni zdravstveni sistem. Procenjuje se 5 do 10% bolesnika u bolnici razvije dekubitus, što rezultira povećanjem patnje, morbiditeta i mortaliteta⁶.

Dve trećine svih dekubitusa nastaje kod bolesnika starijih od 70 godina, a trećina kod bolesnika sa neurološkim bolestima, kod traumatizovanih bolesnika i ostalih akutnih oboljenja. Dekubitus se najčešće javlja u predelu sakruma (46%), glutealnoj i sedalnoj regiji (26%), zatim slede donji ekstremiteti: maleolarna, patelarna i pretibijalna regija i pete (15%), a preostalih 15% odlazi na ostale regije: nos, okcipitalna regija, brada, leđa, grudni koš, podlaktica i laktovi⁷.

Mnogi faktori utiču na pojavu dekubitusa, ali pritisak koji dovodi do ishemije je osnovni mehanizam. Tkiva su sposobna da izdrže veliki pritisak ako traje kratko, ali produženi pritisak, neznatno iznad kapilarnog, izaziva sled spiralnih događaja, koji vode ka ulceraciji.

Faktori rizika koji pogoduju nastanku dekubitusa mogu biti endogenog i egzogenog porekla ili kombinacija obe grupe.

Najvažniji etiološki faktor je prekomeran pritisak čijim dejstvom, tokom 1 do 2 sata, može doći do promena na prominentnom mestu. Pritisak je najveći preko kosti

i postepeno opada ka periferiji. Zbog toga najveće zone ishemije tkiva budu između kosti i kože. Osim pritiska, opšte stanje pacijenta, infekcija, gladovanje i iznemoglost imaju bitnu ulogu u formiranju dekubitusa⁸.

Prevenција je složen, multifaktorijalni proces. Iako je prihvaćeno da su neki dekubitusi neizbežni, smatra se da se većina može sprečiti. Blagovremeno i pravilno preduzete preventivne mere mogu da spreče nastanak dekubitusa. Prevenција dekubitusa je pokazatelj kvaliteta nege i predstavlja visok izazov za sestre. Zato je važno da se uvek traže daljnje inicijative u nezi koje bi eliminisale one faktore rizika koji se mogu izbeći⁶.

Uloga medicinske sestre i njena edukacija su značajne. Nega i sprovođenje preventivnih mera su jedna od najvažnijih uloga u borbi protiv nastanka dekubitusa. Takav pristup zahteva kontinuiranu edukaciju svih učesnika koji okružuju bolesnika. Edukacioni program mora da sadrži:

1. Objašnjenje cilja edukacije
2. Potrebu edukacije
3. Poznavanje i sprovođenje nutritivnih potreba bolesnika
4. Značenje pravilnog položaja tela
5. Okretanje i plan okretanja bolesnika
6. Poznavanje i primenu različitih podloga
7. Negu kože i
8. Šta učiniti kod promena na koži kod rizičnih bolesnika.

Prevenција je značajna u borbi protiv dekubitusa i u odnosu na druge hronične rane, njena uloga je posebno akcentovana i može bitno uticati na broj bolesnika sa dekubitusom. Prevenциji dekubitusa pažnja se posebno posvećuje od 1980. godine jer je na osnovu naučnih radova dokazano da dekubitus značajno povećava stopu morbiditeta i mortaliteta.

Edukacija medicinskog osoblja i pacijenata mora da bude integralni deo svake preventivne strategije protiv razvijanja dekubitusa. Krajni cilj edukacije jeste smanjenje pojave dekubitusa⁸.

Uspešna prevenција dekubitusa zahteva dobro poznavanje i primenu savremenih dijagnostičkih postupaka i metoda lečenja što podrazumeva potrebu provere znanja medicinskih sestara. U cilju sticanja uvida koliko medicinske sestre poznaju postupke u prevenциji i lečenju dekubitusa preduzeli smo istraživanje da utvrdimo da li postoji razlika u nivou znanja o dekubitusu i primeni preventivnih postupaka sa stepenom obrazovanja, dužinom radnog staža i radnim mestom medicinskih sestara-tehničara. Uz to, procenjivali smo stepen usaglašenosti aktuelne sestrinske prakse u prevenциji dekubitusa sa savremenim pristupom prevenциji.

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je realizovano kao deskriptivna studija poprečnog preseka. Uzorak je činilo 97 medicinskih sestara zaposlenih u Univerzitetnom kliničkom centru Republike Srpske. Medicinske sestre koje su bile uključene u studiju zaposlene su na 3 klinike: Klinika za unutrašnje bolesti, Klinika za neurologiju i Klinika za opštu i abdominalnu hirurgiju.

Podaci su prikupljeni u periodu od aprila do juna 2015. godine. Kao instrument za prikupljanje podataka, korišćen je anketni upitnik. Anketni upitnik se sastoji od VI delova.

- I. deo upitnika odnosi se na opšte podatke ispitanika. Podaci uključuju: pol, životnu dob, obrazovanje, radno mesto i godine iskustva.
- II. deo upitnika odnosi se na poznavanje faktora rizika za nastanak dekubitusa.
- III. deo upitnika odnosi se na poznavanje preventivnih strategija za dekubitus.
- IV. deo upitnika odnosi se na primenu preventivnih strategija u svakodnevnom radu.
- V. deo upitnika se odnosi na kontinuirano profesionalno usavršavanje.
- VI. deo upitnika se odnosi na identifikaciju najčešćih barijera za „dobru praksu“ i predlog mera.

Ispitanici su bili zamoljeni da na postavljena pitanja odgovore sa sledećim odgovorima:

U potpunosti se slažem/ Slažem se/ Delimično se slažem/ Ne slažem se / Potpuno se ne slažem. Svaki odgovor bodovao se na odgovarajući način. Bodovanje se kreće od 1 za odgovor potpuno se ne slažem do 5 za odgovor potpuno se slažem.

Deo upitnika koji se odnosi na poznavanje preventivnih strategija preuzet je od Halfens & Eggink⁹. Pitanje u ovom delu upitnika (jedno pitanje sa podpitanjima) je takođe formulisano po tipu petostepene Likertove skale. Ispitanici su bili zamoljeni da na postavljeno pitanje odgovore sa: Uvek korisna/ Često korisna/ Ponekad korisna/ Nikad korisna/ Ne znam. Bodovanje se kreće od 1 za odgovor nikad korisna do 5 za odgovor uvek korisna.

Deo upitnika koji se odnosi na primenu preventivnih procedura sadrži jedno pitanje sa podpitanjima. Ispitanici su bili zamoljeni da na postavljeno pitanje odgovore sa: Uvek primenjujem/ Delimično primenjujem /Ne primenjujem. Odgovor uvek primenjujem bodovao se sa 3 boda, a odgovor ne primenjujem sa 1 bodom.

Ostali deo u upitniku su pitanja sa ponuđenim odgovorima i 6 pitanja otvorenog tipa gde su ispitanici bili zamoljeni da sami daju odgovor.

STATISTIČKA OBRADA

U okviru obrade podataka korišćene su različite statističke metode.

Izračunate su frekvencije i procenti odgovora na pojedina pitanja, kao i mere centralne tendencije (M) i varijabilnosti (SD).

Za testiranje statističke značajnosti razlika u distribuciji odgovora za kategoričke varijable korišćen je Pironov hi kvadrat test.

Prilikom poređenja prosečnih vrednosti kontinuiranih varijabli između ispitanika koji pripadaju različitim socio-demografskim kategorijama korišćena je jednofaktorska analiza varijanse, kako bi se ispitala statistička značajnost identifikovanih razlika. Nakon opšte provere značajnosti, u slučaju varijabli sa više od dve kategorije, uz pomoć LSD post-hoc testa detaljnije je ispitan odnos između parova kategorija.

Prilikom određivanja statističke značajnosti rezultata, za graničnu vrednost je uzeta pouzdanost od 0,05, pri čemu se statistički značajnim smatra rezultat pouzdanosti $p < 0,05$. Ukoliko je značajnost dostigla nivo od $p < 0,01$ to je takođe naglašeno.

Kompletna statistička analiza urađena je u statističkom softveru IBM SPSS Statistics 21.

REZULTATI

Ukupno je anketirano 97 medicinskih sestara-tehničara. Većina ispitanika je ženskog pola 90,7%. Najveći broj ispitanika (18,6%) je srednje životne dobi između 35 i 39 godina života. Među anketiranim medicinskim sestrama najviše je bilo medicinskih sestara sa srednjom stručnom spremom (81,4%). Medicinske sestre sa radnim iskustvom između 5 i 15 godina činile su većinu ispitanika (37,1%).

Tabela 1. Distribucija odgovora o definiciji dekubitusa u odnosu na stepen obrazovanja

| | | Diplomirani medicinar zdravstvene nege | Viša medicinska sestra / tehničar | Medicinska sestra / tehničar |
|---------|---|--|-----------------------------------|------------------------------|
| Netačno | F | 3 | 0 | 26 |
| | % | 25% | 0% | 33% |
| Tačno | F | 9 | 6 | 53 |
| | % | 75% | 100% | 67% |

Iz razloga izrazite neujednačenosti broja ispitanika koji pripadaju različitim kategorijama edukacije, nemoguće je primeniti hi kvadrat test, kako bi se utvrdilo da li je edukacija povezana sa znanjem definicije dekubitusa. Ipak, vidi se da je značajno veći broj diplomiranih medicinara zdravstvene nege tačno odgovorilo na postavl-

jeno pitanje. Nije registrovana značajna veza između godina radnog iskustva i poznavanja definicije dekubitusa.

Tabela 2. Distribucija odgovora o poznavanju predilekcionih mesta

| | N | Mogući raspon | Min | Max | M | SD |
|----------------|----|---------------|-----|-----|------|------|
| Ležeći položaj | 88 | 0 – 5 | 0 | 5 | 3,85 | 1,37 |
| Bočni položaj | 86 | 0– 5 | 0 | 5 | 3,12 | 1,21 |
| Sedeći položaj | 80 | 0– 5 | 0 | 4 | 1,86 | 1,00 |

Ispitanici u proseku mnogo bolje poznaju predikciona mesta za ležeći i bočni položaj, nego za sedeći položaj. Dobijeni odgovori u poznavanju predilekcionih mesta za dekubitus pokazuju direktnu zavisnost u odnosu na dužinu radnog iskustva ispitanika.

Prosečni skor ocene znanja predilekcionih mesta iznosi 8,89 (SD = 2,81). Ako se ima u vidu mogući raspon ocena, može se zaključiti da teorijski očekivana srednja vrednost iznosi 7,5, tako da dobijeni prosečni rezultat može se smatrati višim od srednje vrednosti.

Tabela 3. Distribucija odgovora na pitanja o faktorima rizika

| Faktori rizika | Uopšte se ne slažem (%) | Ne slažem se (%) | Delimično se slažem (%) | Slažem se (%) | U potpunosti se slažem (%) |
|--|-------------------------|------------------|-------------------------|---------------|----------------------------|
| Spoljašnji faktori rizika | | | | | |
| Jak pritisak preko prominentnog dela kosti u dugom trajanju | 3,1 | 3,1 | 4,2 | 32,3 | 57,3 |
| Jak pritisak preko prominentnog dela kosti u kratkom trajanju | 7,3 | 18,8 | 51,0 | 20,8 | 2,1 |
| Slab pritisak preko prominentnog dela kosti u dugom trajanju | 5,2 | 17,7 | 44,8 | 18,8 | 13,5 |
| Slab pritisak preko prominentnog dela kosti u kratkom trajanju | 18,8 | 44,8 | 30,2 | 5,2 | 1 |
| Bolnički dušeci (standardni dušek) | 7,3 | 4,2 | 31,3 | 31,3 | 26 |
| Imobilizacija | 5,2 | 1 | 31,3 | 39,6 | 22,9 |
| Trenje | 1 | 3,1 | 34,4 | 39,6 | 21,9 |
| Smicanje | 7,4 | 17 | 36,2 | 28,7 | 10,6 |
| Unutrašnji faktori rizika | | | | | |
| Starija životna dob pacijenta | 4,1 | 3,1 | 14,4 | 35,1 | 43,3 |
| Pothranjenost | 10,3 | 2,1 | 18,6 | 26,8 | 42,3 |
| Gojaznost | 4,1 | 11,3 | 29,9 | 30,9 | 23,7 |

| | | | | | |
|---|-------------|------|------|-------------|-------------|
| Povišena telesna temperatura i vlažnost | 3,1 | 8,2 | 26,8 | 27,8 | 34 |
| Inkontinencija | 6,2 | 26,8 | 27,8 | 25,8 | 13,4 |
| Sedacija i analgezija | 6,2 | 18,6 | 32 | 30,9 | 12,4 |
| Udružene bolesti | 2,1 | 4,1 | 35,1 | 40,2 | 18,6 |
| Konfuzno mentalno stanje | 8,2 | 28,9 | 32 | 21,6 | 9,3 |
| Lekovi | 17,5 | 47,4 | 26,8 | 8,2 | 0 |
| Visok nivo albumina u krvi | 14,6 | 42,7 | 32,3 | 7,3 | 3,1 |
| Nizak nivo albumina u krvi | 7,3 | 21,9 | 35,4 | 20,8 | 14,6 |

Boldovanim slovima su označeni tačni odgovori prema mišljenju eksperata. Najveći procenat slaganja ispitanika sa stavovima eksperata prisutan za *Jak pritisak preko prominentnog dela kosti u dugom trajanju* (57,3%) i *Slab pritisak preko prominentnog dela kosti u kratkom trajanju* (44,8%), dok je najmanji stepen slaganja prisutan za Lekove kao faktor rizika (8,2%).

Prosečni skor ocene znanja faktora rizika iznosi 66,88 (SD = 8,16). Teorijska srednja vrednost, ako se uzme mogući raspon ocena, iznosi 57, tako da dobijeni prosečni rezultat može se smatrati višim od srednje vrednosti. Ne postoji statistički značajna razlika u oceni primene preventivnih postupaka u odnosu na stepen obrazovanja ispitanika.

Tabela 4. Distribucija odgovora na pitanja o korisnim preventivnim postupcima

| Preventivni postupci | Nikad korisna (%) | Ne znam (%) | Ponekad korisna (%) | Često korisna (%) | Uvek korisna (%) |
|--|-------------------|-------------|---------------------|-------------------|------------------|
| Obezbeđen čist, zategnut i suv donji čaršav | 0 | 0 | 4,1 | 9,3 | 86,6 |
| Održavanje higijene | 0 | 1 | 3,1 | 9,3 | 86,6 |
| Sprečavanje ili lečenje nutritivnog deficita | 1 | 2,1 | 11,3 | 52,6 | 33 |
| Dnevna palpacija i inspekcija kože | 1 | 5,2 | 22,7 | 29,9 | 41,2 |
| Sprečavanje maceracija (omekšavanja kože) | 0 | 5,2 | 24,7 | 40,2 | 29,9 |
| Uključivanje pacijenta u prevenciju | 2,1 | 1 | 14,4 | 27,8 | 54,6 |
| Promena položaja bar jednom na svaka 3 sata | 1 | 0 | 4,1 | 12,4 | 82,5 |
| Procena rizika od dekubitusa sa skalom za procenu rizika | 3,1 | 12,4 | 21,6 | 34 | 28,9 |
| Korišćenje antidekubitalnog dušeka i/ili jastuka | 0 | 0 | 13,4 | 10,3 | 76,3 |

| | | | | | |
|---|------------|-----|-------------|------|------|
| Primena adhezivnog materijala koji sprečava dodatni pritisak na pete i laktove | 0 | 1 | 6,2 | 33 | 59,8 |
| Korišćenje krema za sprečavanje ili lečenje suve kože | 0 | 3,1 | 15,5 | 43,3 | 38,1 |
| Pomoćno lečenje (npr. fizioterapija) za mobilnost i reaktivaciju | 0 | 1 | 6,2 | 36,1 | 56,7 |
| Uključivanje porodice i prijatelja u prevenciju | 0 | 3,1 | 14,4 | 37,1 | 45,4 |
| Plasiranje urinarnog katetera (sprečavanje maceracija zbog inkontinencije) | 7,2 | 0 | 19,6 | 40,2 | 33 |
| Masaža | 0 | 2,1 | 12,4 | 28,9 | 56,7 |
| Korišćenje krema za sprečavanje poremećaja cirkulacije krvi izazvanih pritiskom | 1 | 6,2 | 17,5 | 29,9 | 45,4 |

Kao i u prethodnom slučaju, boldovani su odgovori koji su tačni prema mišljenju eksperata. Najveći procenat slaganja sa stavovima eksperata registrovan je za *Obezbeđen čist, zategnut i suv donji čaršav* (86,6%), *Održavanje higijene* (86,6%) i *Promenu položaja bar jednom na svaka 3 sata* (82,5%), a najmanji za *Masažu* (0%) i *Korišćenje krema za sprečavanje poremećaja cirkulacije krvi izazvanih pritiskom* (1%).

Prosečni skor ocene poznavanja preventivnih postupaka iznosi 5,07 (SD = 1,96). Budući da srednja teorijska vrednost iznosi 5, može se smatrati da je dobijeni prosečni skor minimalno viši od teorijske sredine.

Tabela 5. Distribucija odgovora na pitanje „Da li na Vašoj klinici procenjujete rizik od nastanka dekubitusa i koliko često“?

| | f | % |
|--------------------------|----|------|
| Svakodnevno | 34 | 35,1 |
| Prema sopstvenoj proceni | 46 | 47,4 |
| Po nalogu | 11 | 11,3 |
| Ne procenjamo | 6 | 6,2 |
| Ukupno | 97 | 100 |

Rezultati analize ukazuju da skoro polovina medicinskih sestara (47,4%) rizik za razvoj dekubitusa procenjuje prema sopstvenoj volji.

Tabela 6. Distribucija odgovora na pitanje „Ukoliko koristite skalu za procenu rizika od dekubitusa, koja je to skala“?

| Skala | f | % |
|----------|----|------|
| Braden | 3 | 21,4 |
| Knoll | 2 | 14,3 |
| Norton | 5 | 35,7 |
| Bredford | 4 | 28,6 |
| Ukupno | 14 | 100 |

Samo 14 ispitanika je navelo da koristi neku od navedenih skala za procenu rizika od dekubitusa.

Tabela 7. Distribucija odgovora na pitanje „Da li dokumentujete sestrinsku procenu rizika“?

| | f | % |
|--------|----|------|
| Da | 42 | 43,3 |
| Ne | 55 | 56,7 |
| Ukupno | 97 | 100 |

Više od polovine medicinskih sestara (56,7%) ne dokumentuje procenu rizika od dekubitusa.

Tabela 8. Distribucija odgovora na pitanje „Da li ste imali obuku o prevenciji i savremenom tretmanu dekubitusa“?

| | f | % |
|--------|----|------|
| Da | 41 | 42,3 |
| Ne | 56 | 57,7 |
| Ukupno | 97 | 100 |

Više od polovine ispitanika (57,7%) nije imalo obuku o prevenciji i tretmanu dekubitusa.

Tabela 9. Distribucija odgovora na pitanje „Da li koristite stručne sestrinske časopise“?

| | f | % |
|--------|----|------|
| Da | 27 | 27,8 |
| Ne | 70 | 72,2 |
| Ukupno | 97 | 100 |

Tri četvrtine ispitanika (72,2%) ne koristi stručne sestrinske časopise.

Tabela 10. Distribucija odgovora na pitanje „Šta su po Vašem mišljenju najčešće prepreke za „dobru praksu“ u prevenciji dekubitusa (zaokružiti 1 ili više odgovora)“?

| N = 97 | (%) |
|--|------|
| Nedostatak osoblja / radne snage | 92,8 |
| Prevelik broj pacijenata na odeljenju | 87,6 |
| Nedostatak opreme | 90,7 |
| Nedostatak potrošnog materijala | 78,4 |
| Nepoznavanje skale za procenurizika | 22,7 |
| Nedostatak pristupa relevantnoj literaturi | 23,7 |
| Slabo poznavanje relevantne literature | 17,5 |
| Nedostatak razumevanja relevantne literature | 11,3 |
| Nedostatak saradnje sa drugim zdravstvenim radnicima | 25,8 |
| Nedostatak sestrinske evidencije | 12,4 |
| Nedostatak sestrinske medicinske dokumentacije | 14,4 |

Najveći broj ispitanika (92,8%) kao prepreku za dobru praksu navodi nedostatak osoblja, zatim sledi nedostatak opreme (90,7%), prevelik broj pacijenata na odeljenju (87,6%), te nedostatak potrošnog materijala (78,4%).

DISKUSIJA

Prevencija dekubitusa je pokazatelj kvaliteta zdravstvene nege. Zdravstvena nega ima veliki uticaj na razvoj i prevenciju dekubitusa. Prvi cilj ovog istraživanja bio je da se utvrdi povezanost znanja o dekubitusu i primeni preventivnih postupaka sa stepenom obrazovanja, dužinom radnog staža i radnim mestom medicinskih sestara. Drugi cilj je bio da se proceni stepen usaglašenosti aktuelne sestrinske prakse u prevenciji dekubitusa sa savremenim pristupom.

Većina (preko 70%) medicinskih sestara-tehničara odabrala je tačnu definiciju dekubitusa. Daljom analizom podataka želelo se utvrditi da li je prethodna formalna edukacija ispitanika povezana sa poznavanjem definicije dekubitusa. Ispitanici koji su diplomirani medicinari zdravstvene nege i više medicinske sestre u većem procentu su tačno odgovorili na ovo pitanje u odnosu na medicinske sestre tehničare sa srednjoškolskim obrazovanjem. Dodatnom statističkom obradom nije registrovana značajna veza između godina radnog iskustva i poznavanja definicije dekubitusa.

Ispitanici su pokazali bolje poznavanje predilekcionih mesta za dekubitus za ležeći i bočni položaj, nego za seдеći položaj.

Između ispitanika različite dužine radnog iskustva prisutna je statistički značajna razlika u oceni poznavanja

predilekcionih mesta. Analizom rezultata utvrđeno je da ispitanici koji imaju više od 25 godina radnog iskustva imaju značajno niže ocene poznavanja predilekcionih mesta od ispitanika sa 5 do 25 godina iskustva. Pregledom dostupne literature nije nađen podatak da medicinske sestre sa više radnog iskustva imaju manje znanja. Pretpostavlja se da je razlog za slabije poznavanje predilekcionih mesta za dekubitus od strane medicinskih sestara-tehničara sa radnim stažom dužim od dvadeset pet godina taj što one u međuvremenu nisu obnavljale prethodno stečena znanja. Drugi razlog bi mogao biti da ispitanici u toku svog radnog veka nisu imali direktnog kontakta u radu sa pacijentima koji je zahtevao prevenciju i tretman dekubitusa. U studiji koja je sprovedena u Etiopiji 2015. godine¹⁰ navodi se da su ispitanici sa radnim iskustvom od 11-20 godina imali dobro znanje u odnosu na one sa radnim iskustvom manjim od 10 godina. Autori navode da bi razlog za to mogao biti taj što su medicinske sestre sa više godina radnog iskustva imale i više prilika da rade sa različitim profesionalcima, pa su mogle učiti iz iskustva njihovih saradnika.

Analiza dobijenih podataka pokazala je da ispitanici poznaju spoljašnje i unutrašnje faktore rizika za nastanak dekubitusa. Istovremeno najveći broj odgovora koji su dobijeni za spoljašnje faktore rizika *trenje* i *smicanje* nisu u skladu sa stručnim mišljenjem. Ispitanici se u visokom procentu slažu da to jeste faktor rizika, ali se ne slažu u potpunosti sa stručnim mišljenjem. Potpuno slaganje sa mišljenjem eksperata za trenje je 21,9%, a za smicanje 10,6%. Ovakvi odgovori stvaraju dilemu s obzirom da je većina ispitanika izabrala tačnu definiciju dekubitusa. Može se pretpostaviti da su ponuđenu definiciju dekubitusa prepoznali kao ispravnu, a da u suštini materiju ne poznaju dovoljno dobro.

Rezultati istraživanja pokazuju da je između ispitanika različite edukacije prisutna statistički značajna razlika u oceni poznavanja faktora rizika ($p < 0,05$). Ovaj podatak govori u prilog činjenici da su medicinske sestre koje su se edukovale na višem i visokom nivou imale veće šanse da čuju i dobiju aktuelne informacije o prevenciji i nezi dekubitusa. Ovo se odnosi i na poznavanju preventivnih postupaka koji direktno zavise od stepena edukacije što je saglasno nalazima grčke studije¹¹.

Skale za procenu dekubitusa navelo je da ne primenjuje 69,8% ispitanika. Ispitanici su zamoljeni da na pitanje ukoliko koriste skalu za procenu rizika navedu koju skalu koriste. Na ovo pitanje odgovor je dalo samo 14 ispitanika (13,58%). Od ukupnog broja ispitanika koji su dali odgovor, četiri ispitanika su navela da koriste skalu koja zapravo i ne postoji. Iz navedenog se može zaključiti da ispitanici apsolutno ne poznaju skale za procenu rizika i da skale za procenu rizika na klinikama ne postoje. S

druge strane, od ukupnog broja 22,7% ispitanika identifikovalo je nepoznavanje skala za procenu rizika kao jednu od najčešćih barijera za "dobru praksu" u prevenciji dekubitusa. Ovakvi rezultati nisu iznenađujući i podudarni su sa studijom iz Etiopije i Australije¹².

Nevođenje sestrinske dokumentacije u prevenciji dekubitusa ukazuje na nedovoljnu informisanost i nepostojanje obavezujućih procedura. Nedostatak neophodnog dokumentovanja je i nedostatak dokaza za pruženu zdravstvenu negu i sprovedene sestrinske postupke u prevenciji dekubitusa. Vođenjem sestrinske dokumentacije, medicinska sestra potvrđuje da je u svom radu primenila znanje, veštine i stavove, primenom kritičkog mišljenja shodno standardima sestrinske prakse. Imperativ sestrinske delatnosti je prikupljanje, tumačenje i čuvanje podataka u sestrinsku dokumentaciju, što daljom obradom daje informacije koje čine osnovu za unapređenje kvaliteta i razvoja zdravstvene nege¹³. Studija sprovedena u Švedskoj pokazuje da su se preduzete preventivne mere kretale od planiranih do neplaniranih intervencija. Ova studija je pokazala oskudnost dokumentacije o dekubitusu. Nedostatak dokumentacije o prevenciji dekubitusa je pronađena i u drugim studijama¹⁴. Autori navode da je nedostatak sestrinske dokumentacije i komunikacije između medicinske i hirurške jedinice rezultirao propustom repozicioniranja i unosom adekvatne hrane za pacijente.

Rizik od nastanka dekubitusa prema sopstvenoj proceni procenjuje 47,4% ispitanika. 6,2% ispitanika je navelo da ne procenjuje rizik od nastanka dekubitusa. To ukazuje na nepostojanje sestrinskih procedura za prevenciju dekubitusa i slobodu volje medicinskih sestara da procene rizik. Tome u prilog ide i nedostatak evidencije i prijave bolesnika koji dobiju dekubitus za vreme hospitalizacije.

Stručne sestrinske časopise ne koristi 72,2% anketiranih medicinskih sestara, a 52,6% ispitanika navodi da nisu pročitali sestrinski časopis. Pristup odgovarajućoj literaturi nema 52,6% ispitanika. Slični nalazi se navo-

de i u grčkoj studiji¹¹ gde 46,2% ispitanika navodi da ne mogu pristupiti odgovarajućoj literaturi. Nedovoljna informisanost sprečava medicinske sestre da koriste te resurse za praćenje novina i aktuelnosti u praksi, te na taj način unaprede znanja i poboljšaju kvalitet svog rada. Jedan od razloga za nedovoljnu informisanost, može biti i nezainteresovanost medicinskih sestara-tehničara.

Ovo istraživanje, između ostalog nastojalo je proceniti najčešće prepreke za "dobru praksu". Čest je podatak da radna sredina ne pruža dovoljnu podršku za "dobru praksu". Broj zaposlenih je nedovoljan pa se teško može obezbediti željeni nivo nege. Ispitanici su upravo kao najčešću barijeru za dobru praksu identifikovali nedostatak osoblja (92,8%). 90,7% ispitanika navelo je nedostatak opreme, a 87,6% ispitanika smatra da je prevelik broj pacijenata na odeljenju ograničenje za dobru praksu. Nedostatak potrošnog materijala kao prepreku navodi 78,4% ispitanika.

ZAKLJUČAK

Ovaj rad predstavlja značajnu analizu u pružanju informacija o znanju i praksi koju primenjuju medicinske sestre u prevenciji dekubitusa u Univerzitetskom kliničkom centru Republike Srpske.

Rad je pokazao da:

- Medicinske sestre-tehničari poznaju predilekciona mesta i većinu faktora rizika za dekubitus.
- Sprovođenje preventivnih mera u praksi dosta je niže od očekivanog.
- Postoji značajna razlika u nivou znanja o dekubitusu i primeni preventivnih postupaka sa stepenom obrazovanja i dužinom radnog staža.
- Primena preventivnih postupaka u praksi ne razlikuje se u odnosu na stepen obrazovanja.
- Aktuelna sestrinska praksa u prevenciji dekubitusa se značajno razlikuje u odnosu na savremeni pristup prevenciji u pogledu načina procene rizika, dnevnoj palpaciji i inspekciji kože i primeni pomoćnih metoda za mobilnost i reaktivaciju.

LITERATURA

1. Gajić, A. (2014). Algoritam prevencije i liječenja dekubitusa. *Acta Med Croatica* , 109-116.
2. Sedmak, D., Vrhovec, M., & Huljev, D. (2013). Prevencija tlačnog vrijeda (dekubitusa). *Acta Med Croatica* , 29-34.
3. Hančević, J. (2008). Prevencija razvoja dekubitusa. *Acta Med Croatica* , 17-20.
4. Triller, C., & Smrke, D. (2008). Dekubitus– klasifikacije, ljestvice, problemi. *Acta Med Croatica* , 5-8.
5. Izvor: Perry, Potter, & Ostendorf, (2014)
6. Elliott, J. (2010). Strategies to improve the prevention of pressure ulcers . *Nursing older people* . Huljev, D. (2013). *Hronična rana*. Banja Luka: Panevropski univerzitet Apeiron Banja Luka.
7. Švrakić, S., Vuković, S., Bajramović, E., & Peševski, Z. (2009). Vodič za prevenciju i liječenje dekubitusa. Sarajevo: Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo.
8. Halfens, R., & Eggink, M. (1995). Knowledge, beliefs and use of nursing methods in preventing pressure sores in Dutch hospitals. *Int J Nurs Stud* , 16-26.
9. Nurhusien, N., Zewdu, F., Amsalu, S., & Mehretie, Y. (2015). Knowledge and practice of nurses towards prevention of pressure ulcer and associated factors in Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Nursing* , 2-8.
10. Panagiotopoulou, K., & Kerr, S. (2002). Pressure area care: an exploration of Greek nurses' knowledge and practice. *J Adv Nurs* , 285-96.
11. Sharp, C., Burr, G., Broadben, M., Marianne, C., Casey, H., & Merriman, A. (2000). Pressure ulcer prevention and care: A survey of current. *J Qual Clin Pract* , 150-7.
12. Iveta, V., Krečak, A., Kalogjera, M., & Milić, Đ. (2014). Uloga sestrinske dokumentacije u analizi rizika za nastanak dekubitusa. *Acta Med Croatica* , 21-27.
13. Gunningberg, L., Dahm, M., & Ehrenberg, A. (2008). Accuracy in the recording of pressure ulcers and prevention after implementing an electronic health record in hospital care. *Qual Saf Health Care* , 281-285.

Analysis of current nursing practice in relation to the modern approach to the prevention of pressure ulcers

Nataša Egeljić-Mihailović¹, Dragana Milutinović²

ABSTRACT

Prevention of decubitus is an indicator of the quality of nursing care. Despite the availability of numerous information on the prevention of decubitus, data from health institutions show that decubitus has a significant increase. Decubitus represents a great health and economic problem both for the patient, for the institution in which it is located, its environment and a wider social community. The education of medical staff and patients should be an integral part of any preventive strategy against the development of decubitus. This means that health institutions should design, enable, adapt and apply a number of existing preventive measures to prevent the development of decubitus.

KEY WORDS:

Decubitus, Prevention, Skin care, Medical documentation, Nurs education, Knowledge