

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2007**

**Renata Vytejčková**

Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta  
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

---

Navazující magisterské studium  
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Zajištění hygienické péče o dutinu ústní u hospitalizovaných pacientů  
s deficitem soběstačnosti**

2006/2007

Renata Vytejčková

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci zpracovala samostatně za odborného vedení PhDr. Marie Zvoníčkové a všechny teoretické literární prameny, které jsem použila, uvádím v seznamu literatury. Dále prohlašuji, že jsem svoji práci zpracovala s laskavým svolením oslovených zdravotnických zařízení a se svolením pacientů. Vědomě jsem neporušila etické zásady při sběru informací pro zpracování výzkumné práce.

V Chyňavě 24.4.2007

.....

Renata Vytejčková

### **Poděkování**

Děkuji za nápad zpracovat toto téma a za odborné vedení práce paní PhDr. Marii Zvoníčkové. Dále děkuji zdravotnickým zařízením, ve kterých šetření probíhalo a samotným pacientům, kteří mi umožnili sběr informací pro zpracování této výzkumné práce.

Můj dík patří také pracovníkům Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze za metodologický základ pro zpracování diplomové práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za podporu po celou dobu studia.

## **Anotace**

Titul a jméno autora:	Bc. Renata Vytejčková
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Studničkova 5, 121 00 Praha 2
Obor:	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
Název práce:	Zajištění hygieny dutiny ústní u hospitalizovaných pacientů s deficitem soběstačnosti
Vedoucí práce:	PhDr. Marie Zvoníčková
Počet stran:	88+ přílohy
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	hygienu dutiny ústní, soběstačnost, hodnocení soběstačnosti kvalita ošetrovatelské péče, potřeby nemocného, základní ošetrovatelská péče

Tato práce si klade za cíl popsat péči o dutinu ústní u hospitalizovaných pacientů s deficitem sebestačnosti. Teoretická část se věnuje potřebám nemocného ve vztahu k ústní hygieně a postupu provedení dentální hygieny ve zdravotnickém zařízení. Výzkumná část je zaměřena na pacienta, jeho potřeby a subjektivní vnímání péče o hygienu dutiny ústní během hospitalizace a na proces provedení ústní hygieny na sledovaných odděleních. Jedná se o prvotní zpracování tohoto tématu.

## Abstract

Autor's name: Renata Vytejšková

School: Charles University, Prague  
1<sup>st</sup> Faculty of Medicine  
Institut of Theory and Practice of Nursing  
Studničkova 5, 121 00 Prague

Program: MSc. Programme in Nursing Education

Title: Management of Oral Hygiene in Patients with Self-Care Deficit

Consultant: Marie Zvoníčková, PhDr.

Numer of pages: 88+ attachments

Numer of attachments: 3

Key words: Oral Hygiene, Self-Care, Assessment of Self-Care Deficit,  
Quality of Nursing Care, Patient's Needs  
Basic Nursing Care

This thesis describes management of oral hygiene in the group of patients with deficit of self-care. In the theoretical part there is an attention payed to patient's needs in the area of oral/dental hygienic care and procedures of implementation of dental and hygienic care in hospitals. Research is oriented on patients and their experiences with oral hygiene and dental care in course of the hospitalization. This research study is a primary elaboration of this subjekt in the Czech Republic.

## Obsah:

1. Úvod .....	3
2. Teoretická část.....	5
2.1 Význam hygienické péče o dutinu ústní.....	5
2.2 Faktory ovlivňující péči o dutinu ústní.....	6
2.3 Hygiena a tělesná čistota v hierarchii potřeb.....	9
2.4 Soběstačnost.....	10
2.5 Hodnocení soběstačnosti.....	12
2.6 Začlenění hygienické péče do vybraných ošetrovatelských modelů.....	14
2.7 Anatomie dutiny ústní.....	17
2.8 Fyziologie dutiny ústní.....	21
2.9 Patologie dutiny ústní.....	22
2.10 Patofyziologie dutiny ústní.....	25
2.11 Fyzikální vyšetření dutiny ústní.....	26
2.12 Prevence a profylaxe ve stomatologii.....	28
2.13 Ústní hygiena.....	30
2.14 Prostředky pro ústní hygienu.....	32
2.15 Metody čištění zubů.....	37
2.16 Faktory ovlivňující kvalitu ústní hygieny u hospitalizovaných nemocných s deficitem sebepéče.....	38
2.17 Postup péče o hygienu dutiny ústní u hospitalizovaných nemocných.....	43
3. Výzkumná část.....	48
3.1 Úvod.....	48
3.2 Výběr tématu.....	48
3.3 Předvýzkum.....	49
3.4 Typ výzkumu.....	51
3.5 Vzorek respondentů.....	52
3.6 Předpokládané problémy.....	53
3.7 Cíl šetření.....	54
3.8 Použité materiály a metody.....	54
3.9 Etické aspekty výzkumu.....	56
3.10 Analýza výsledků šetření dle jednotlivých položek.....	57
3.11 Analýza výsledků šetření dle sledovaných oddělení.....	81
3.12 Diskuse.....	85
4.Závěr.....	88

Seznam literatury

Seznam obrázků

Seznam grafů

Seznam tabulek

Seznam zkratk

Přílohy - příloha č. 1 - záznamový arch

- příloha č. 2 - ADL test

- příloha č. 3 - IADL test



## 1. Úvod

Dodržování hygienických pravidel je důležitou podmínkou správné životosprávy každého člověka. Čistota a hygiena pomáhají upevňovat zdraví a předcházet mnoha nemocem.

Nemocný člověk, zejména ten, který leží v nemocnici, potřebuje, aby se věnovala zvýšenou pozornost jeho čistotě a hygieně a to z mnoha důvodů. Kvalitně zajištěnou hygienou předcházíme nozokomiálním nákazám. Nozokomiální nákazy jsou komplikace, které mohou vzniknout z nedostatečné hygieny. Patří sem například opruzeniny, proleženiny, záněty, v případě nedostatečné péče o dutinu ústní to mohou být záněty slinných žláz. Čistota zlepšuje jeho subjektivní pocit pacienta. Nemocný se po řádném umytí cítí svěží. Čistota lůžka i osobního prádla příjemně na nemocného působí.

Potřeba čistoty a hygieny je základní lidskou potřebou. Nedílnou součástí hygienických návyků je hygiena dutiny ústní. Právě tato oblast péče o čistotu pacienta bývá ošetrovatelským personálem během hospitalizace opomíjena.

Můžeme si klást otázku: „proč je tomu tak?“ Jsou to nízké priority sester, co se této oblasti péče týče? Je to neznalost výkonu, nedostatečný teoretický základ? Jsou oddělení dostatečně vybavena pomůckami pro ústní hygienu a mají sestry vůbec čas zabývat se ústní hygienou u svých pacientů?

A co tomu říkají samotní nemocní? Potřebují vůbec, aby jim občas někdo pomohl vyčistit zuby? V české odborné literatuře na tyto otázky odpověď nalézáme zřídka. Studium odborné literatury, jak knižní, tak periodik určených pro ošetrovatelský personál, se nepodařilo zjistit, zda se v minulosti tímto tématem - zajištění hygienické péče o dutinu ústní u hospitalizovaných nemocných s deficitem soběstačnosti u nás někdo zabýval.

Toto zjištění mě vedlo k tomu, zaměřit své šetření na tuto výhradně ošetrovatelskou problematiku. Není pochyb, že právě pacientova hygiena je od počátků péče o nemocné ve zdravotnických zařízeních doménou právě sester. Čistota pacienta je jistým měřítkem kvality ošetrovatelské péče.

Své šetření jsem zaměřila na sledování úrovně zajištění péče o dutinu ústní u hospitalizovaných pacientů s deficitem soběstačnosti. Sledovala jsem pacienty hospitalizované ve velkém fakultním zdravotnickém zařízení a dále pacienty ve dvou malých nemocnicích. Šetření probíhalo na rozdílných odděleních, na odděleních intenzivní péče, odděleních standardní péče a odděleních péče následné. Celkově je výzkum zaměřen na pacienta, jeho potřeby a subjektivní vnímání péče v této oblasti. Vzhledem k charakteru zkoumané látky jsem zvolila kvantitativní přístup s prvky kvalitativního výzkumu. Základní metodou zjišťování informací byl direktivní rozhovor a pozorování.

Cíl tohoto šetření nebylo kritizovat práci sester. Naopak cílem této práce bylo zaměřit se na vnímání pacientů vzhledem k zajištění hygienické péče o dutinu ústní během hospitalizace, jejich spokojenost s poskytnutím péče v oblasti ústní hygieny a pokusit se objasnit příčinu nedostatku v ošetrovatelské péči.

## **2. Část teoretická**

### **2.1 Význam hygienické péče o dutinu ústní**

Hygiena je soubor pravidel a postupů potřebných k podpoře a ochraně zdraví. V praktickém životě znamená zachování společensky a osobně nutné míry zdravotních předpisů. V užším slova smyslu je hygiena udržování osobní čistoty, v našem případě hygiena dutiny ústní. Péče o tělesnou čistotu jsou aktivity, které vedou k uspokojování lidských potřeb. Vypovídají také o duševním světě člověka, o jeho náladě, spokojenosti, nespokojenosti, o psychických vlastnostech. Neupravený zevnějšek může signalizovat duševní nepohodu člověka a nízkou sebeúctu.

Dále lze osobní hygienu charakterizovat jako péči o sebe sama, jejímž prostřednictvím si lidé udržují zdraví a chrání se proti nemocem. Osobní hygiena je záležitostí individuální. Je dána hodnotami a návyky, které vznikaly působením výchovy již od útlého věku. Je tedy ovlivněna kulturními, sociálními a rodinnými faktory. Osobní hygiena se bez pochyb podílí na mezilidské komunikaci.

Potřeba čistoty, a tedy i hygieny dutiny ústní, je základní lidskou potřebou. Vytváří se postupně od neútlejšího věku v podobě hygienických návyků. U různých lidí je potřeba hygieny vyjádřena různě. To, co je pro jednoho člověka standard, dostatečná péče o čistotu těla, může jiný považovat za nedostačující nebo naopak za přehnané.

Potřeba hygieny je individuální a zcela odlišný bude i způsob, jak jedinec tuto neuspokojenou potřebu vyjádří.

Pro většinu lidí je čistota výchozím, základním předpokladem pro pocit osobní pohody, a tím zasahuje, podobně jako spánek nebo výživa, do oblasti potřeb psychogenních.

( 31, str. 50-51)

**Potřebu hygieny dutiny ústní lze zpravidla definovat ve čtyřech rovinách:**

#### **1) Biologické**

- hygienická péče podporuje čistotu, odstraňuje mikroorganismy, sekrety a exkrekty z těla
- brání vzniku infektů a následně komplikací
- udržuje kůži a sliznice v dobrém stavu
- odstraňuje nežádoucí zápach

#### **2) Psychologické**

- navozuje pozitivní emoce, pocit spokojenosti a pohody

- napomáhá relaxaci a uvolnění
- podílí se na přiměřeném sebepojetí
- lze působit na pěstování hygienických návyků

### 3) Sociální

- vytváří příjemné prostředí
- je předpokladem pozitivních meziosobnostních vztahů
- podílí se na komunikaci
- je zpravidla ukazatelem společenské úrovně

### 4) Duchovní ( spirituální)

- Obecně je hygiena ukotvena jako součást většiny náboženství tzv. očista
- čistota má místo v systému lidských hodnot

## 2.2 Faktory ovlivňující hygienickou péči o dutinu ústní

Pro uspokojování potřeby hygieny dutiny ústní je důležitých několik faktorů. Každý faktor se na hygienickou péči o dutinu ústní podílí více či méně. Jedná se o zcela individuální záležitost. Na tuto problematiku je třeba zaujmout komplexní pohled. Jsou popsány faktory:

### 1. Faktory biologické

Mezi biologické neboli somatické faktory patří věk, fyziologie či patologie kůže a sliznic, stav zdraví organismu a míra pohyblivosti člověka.

**Věk** je určujícím faktorem v uspokojování potřeb hygieny. Novorozenec a kojeneček je zcela závislý na dospělé osobě. Dominantní je hygiena celková před hygienou dutiny ústní. Způsob uspokojování potřeby čistoty a sucha je významným faktorem pro vytváření a upevňování hygienických návyků, jejichž počátek je právě v období kojenečtím. Nejdůležitějším vývojovým obdobím pro vytváření návyků celkové i ústní hygieny je batolecí a předškolní období.

Mladší školáci a dospívající mají již v oblasti hygieny určité požadavky a nároky. Fyziologické změny v pubescenci, provázené zvýšeným pocením, u dívek nástupem menstruace a výskytem akné, se mění nároky na hygienickou péči. V oblasti ústní hygieny u mladších školáků změny souvisí s výměnou mléčného chrupu za trvalý. V tomto období se často setkáme s korektivními ortodontickými prostředky (př. rovnátka) v dutině ústní.

Dospělý člověk uspokojuje potřebu hygieny svým obvyklým způsobem, má určité standardní nároky na hygienickou péči. Hygiena je součástí image člověka.

Biologické a psychické změny ve stáří mění často nároky člověka na hygienu. Starý člověk může ztratit motivaci pro péči o své tělo. Důvodem je změna priorit, životních hodnot, snížení úrovně soběstačnosti, osamělost a izolace. Starý člověk zapomíná na péči o zuby, nekoupe se, cítí se slabý, bojí se, aby se neporanil. Vlivem zhoršené funkce smyslových orgánů nevidí nečistotu a necítí zápach. Starý člověk i v situaci, kdy je soběstačný, potřebuje v oblasti hygieny a oblékání vždy podporu a velice taktní přístup. Stále více pečujeme o generaci lidí, kteří nebudou používat pouze protézu (protože měli většinu zubů vytaženou), ale o ty, kteří mají chrup zachován. Často kazový a parodontický - čili budou potřebovat zvýšenou péči. S celkovým nárůstem počtu staříků bude problém o to větší.

### **Fyziologie kůže a sliznic**

*Kůže* je vnějším obalem těla, který za normálních podmínek plní mnoho důležitých funkcí. Chrání organismus před vlivy vnějšího prostředí. V kůži je uloženo velké množství receptorů, které plní funkci smyslovou. Reguluje tělesnou teplotu. Vzhledem k podkožnímu tuku plní funkci skladovou pro energii a vitamíny rozpustné v tucích. Účinkem slunečního ultrafialového záření vzniká v kůži i určité množství vitamínu D.

Vylučovací funkci kůže zajišťují mazové a potní žlázy, jejichž sekrety se uplatňují při ochraně kůže a celého organismu. Resorpční funkce kůže pro látky tukového charakteru.

*Sliznice (mukóza)* je vnitřní výstelka dutých nebo trubicových orgánů, celého trávicího traktu od dutiny ústní až po konečník, močového a pohlavního systému, dýchacího ústrojí. Je tvořena povrchovým epitelem slizničním vazivem. Povrch sliznice je zvlhčován sekrety včetně hlenu tvořenými drobnými i většími žlázami včetně pohárkových buněk. Sliznice je chráněna slizničními protilátkami – imunoglobulinem A, dále fagocytárními buňkami aj. Sliznice v jednotlivých orgánech může být různě specializována. cílem hygienické péče je odstraňovat sekrety a zápach produkovaný kůží a sliznicemi lidského těla. Sliznice dutiny ústní je navíc zvlhčována slinami, které mají několik významných enzymatických funkcí.

### **Nemoc a pohybová aktivita**

Nemoc mění nároky na hygienickou péči, mění způsob uspokojování potřeby hygieny. Rozhodujícím faktorem je míra omezení pohyblivosti vlivem nemoci a tím částečná popř. úplná ztráta soběstačnosti. Schopnost pohybu ovlivňuje péči o čistotu těla. Určuje, jakým způsobem bude hygienická péče zajištěna ( celková koupel na lůžku či sprchování v koupelně ). Soběstačný, pohyblivý člověk zpravidla nepotřebuje pomoc v oblasti hygieny. Výjimku tvoří děti a staří lidé. Zcela zvláštní je péče o dutinu ústní u onkologicky nemocných, kteří často trpí typickými stomatitidami následkem účinku cytostatické léčby. Péče o dutinu ústní u těchto nemocných je velice náročná a specifická.

### **2. Psychicko – duchovní faktory**

Hygienická péče je základní lidskou potřebou. Její vykonávání uspokojuje také potřeby psychické, jako je potřeba estetická, potřeba sebeúcty, potřeba ocenění. Uspokojení potřeby hygieny navozuje pohodu, dobrou náladu a příjemný pocit. Čistota těla, upravený zevnějšek jsou součástí sebekoncepce člověka, upravenost je výrazem duševní pohody a spokojenosti. Naopak nedbalost a neupravenost může svědčit o narušené sebekoncepci, popř. o duševní poruše ( depresi ). Hygienické návyky také ovlivňují vlastnosti osobnosti jako takové, míra inteligence a vzdělání. To vše e samozřejmostí platí pro hygienu dutiny ústní. Jak uvádí Mgr. Mauer v článku - Psychologické aspekty hygieny. „ Nedostatek hygieny je víceméně aktivním vyjádřením nějakého postoje, podílí se na komunikaci“. Autor popisuje tzv.Proustův efekt. „ Podle kterého jen malá čichová stopa ( v případě zapáchajícího člověka ) může vyvolat komplexní a živý zážitek z minulosti. Se zápachem úzce souvisí špína, která může být různého druhu. Relativně lépe se vyrovnáme se špínou, která vznikla v důsledku práce. Hůře se vyrovnáváme se špínou, která vznikla bez našeho přičinění nebo kvůli naší momentální neschopnosti se starat o svou hygienu. Nepříjemnost špíny je v tom, že špína psychologicky neznamena nějakou „ věc“, ale něco živého. Člověk , který má pocit, že je špinavý, může mít tento pocit v souvislosti s fyzickým zašpiněním, nebo zcela nezávisle. V takovém případě se ocitáme v rovině sebepojetí, identity, morálky. Špína může být morální, pocit viny, pocit dluhu, poskvrněné cti apod., pocit vlastní špinavosti může ústít do autoagrese atd. pocit špinavosti může znamenat zhoršení vztahu, ke svému tělu, ze kterého se stává cizí, obtěžující objekt. Extrémně je toto vyjádřeno např. u psychotiků.“ (14 )

### **3. Sociálně kulturní faktory**

Úroveň hygieny a oblékání i péče o dutinu ústní jsou obrazem každé historické epochy.Hygienická péče a tělesná čistota vyplývají z civilizačního procesu a kultury společnosti i jednotlivce. Z hlediska kvantity a kvality je potřeba hygieny ovlivněna také zaměstnáním, rolí a statutem člověka, sociální prestiží, finančními možnostmi a rodinnými návyky. Zanedbaný zevnějšek je zjevně nedostatečnou péčí o sebe sama. Špinavý a zapáchající člověk vzbuzuje odpor a lítost. Nezůstává většinou u smyslových vjemů. Takovému člověku jsme ochotni přisoudit určité záporné vlastnosti nebo ho označit za nepořádného, za člověka který má blízko k asociálnímu a kriminálnímu chování.

Některé kultury a některá náboženství vnímají hygienu jako symbol tzv. očisty těla i duše.

### **4. Faktory životního prostředí**

Faktory životního prostředí jsou úzce spojeny s faktory psychickými a sociálními. Člověk, zvláště jeho kůže se přizpůsobuje životnímu prostředí. Velký vliv má počasí – slunce, vzduch, teplota a vlhkost. Důležitou roli zde hraje také to, v jaké geografické poloze žijeme( přímořská oblast, rovníkové či severské země...), zda žijeme na venkově či ve městě.( 31, str. 52-54)

### **2.3 Hygiena a tělesná čistota v hierarchii potřeb**

Potřeba osobní hygieny a čistoty, tedy i hygieny dutiny ústní prostupuje celým systémem potřeb. Vezmeme – li v úvahu Maslowovu teorii potřeb. Můžeme hygienu definovat v následujících oblastech:

#### **1) Fyziologické potřeby**

- objevují se při porušení homeostázy. Funkcí kůže a sliznic bezesporu je se na udržení vnitřního prostředí podílet. Dostatečnou hygienou dbáme na odstranění nečistot a mikroorganismů, které mohou způsobit onemocnění. Hygiena je v závislosti na dalších základních potřebách jako je vylučování, dýchání, příjem tekutin a stravy.

#### **2) Potřeba jistoty a bezpečí**

- je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Takové ohrožení může pro člověka představovat infekční nákaza. Kde chybí v životě pořádek a řád, stojí uspokojování potřeby jistoty na prvním místě. Hygienická péče by měla bezesporu být součástí pravidelného řádu každého člověka.

#### **3) Potřeba lásky a sounáležitosti**

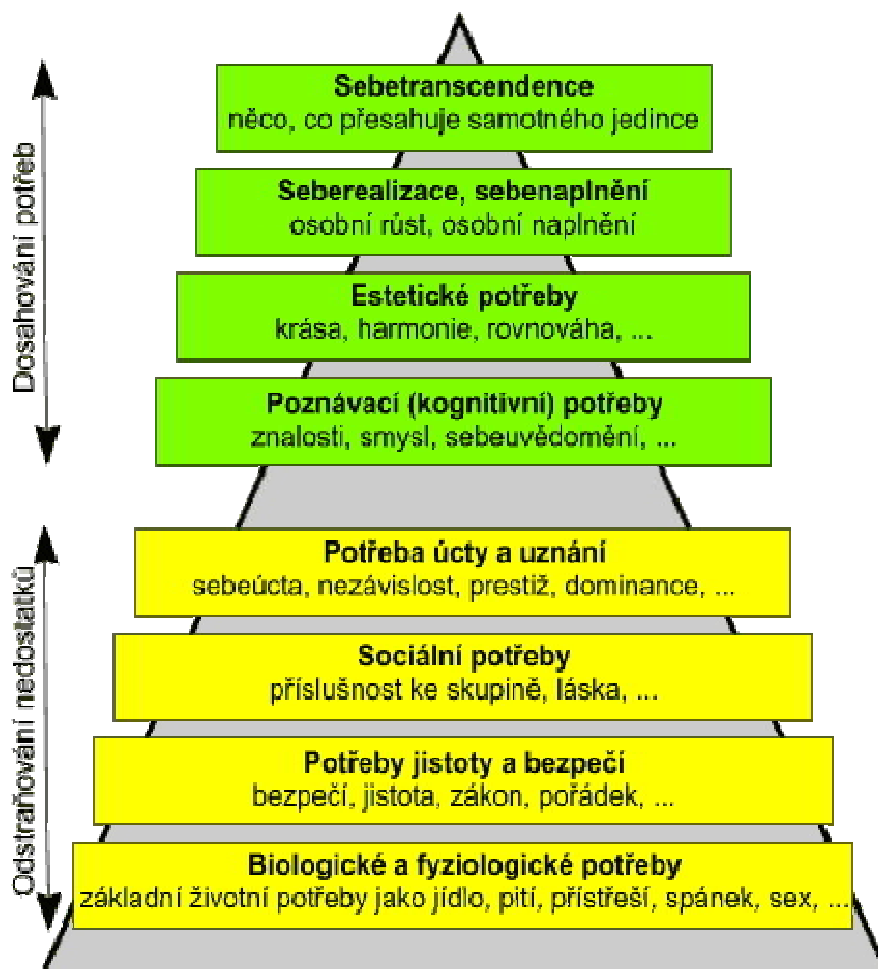
- je potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrovaný. Upravený zevnějšek, nezapáchající člověk se snáze začlení do běžné společnosti než člověk hygienicky zanedbaný. Nečisté vzezření budí v lidech předsudky. Takový člověk je často spojován s asociálními až kriminálními jednáními. Navázání důvěry k zanedbanému člověku může být pro druhé často obtížné.

#### **4) Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty**

- jedná e o spojení dvou potřeb
- a) potřeba sebeúcty a sebehodnocení vyjadřuje přání výkonu, kompetencí a nezávislosti na mínění druhých
- b) potřeba ocenění vyjadřuje potřebu respektu druhých, statutu nebo prestiže ve společnosti. Tyto potřeby se bezesporu lépe uspokojují člověku s upraveným zevnějškem. Naopak u osob s nízkou sebeúctou a nízkou potřebou ocenění často najdeme deficit v hygienických návycích.

#### **5) Potřeby seberealizace, sebeaktualizace**

- vystupují jako tendence realizovat své schopnosti a záměry. Člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. U každého jedince jsou vyvinuty jinak. Někdo má nízkou potřebu seberealizace a někdo vysokou př. lékař. Těžko si lze představit lékaře, který usiluje o to být úspěšný, se zanedbaným zevnějškem, zapáchajícího a znečištěného.



Obr. č. 1 : Maslowova hierarchická teorie potřeb

#### 2.4 Soběstačnost

Jak bylo výše zmíněno, míra pohyblivosti a s tím úzce související míra celkové soběstačnosti je jedním z faktorů, který se výrazně podílí na úrovni osobní hygieny celkové i orální.

Existuje mnoho definic. Já zde, pro její výstižnost, uvádím tu, kterou použil Doc. Šimek ve svém článku „ Soběstačnost“ ( 29 )

**Soběstačnost** je schopnost člověka uspokojovat své základní životní potřeby, především vykonávat všední denní činnosti( toaleta, oblékání, stravování...). Testování, udržení a obnova soběstačnosti jsou cílem specializovaných lékařských oborů rehabilitace ( ergodiagnostika, ergoterapie ) a geriatrie. Při ztrátě soběstačnosti je nutno zajistit systém služeb buď ambulantních, které jsou pro postiženého výhodnější ( možnost setrvání ve známém prostředí ), nebo ústavních.

( Malá československá encyklopedie V.Pom-S.Praha: Academia 1987, s.721 )



**Soběstačnost** – nezávislost, zvláště hospodářská nebo finanční na někom druhém (srovnej autarkie).

( Masarykův slovník naučný. Lidová encyklopedie všeobecných vědomostí. Díl VI.R-S Praha 1932,s.760)

**Autarkie** – soběstačnost, v etice naprostá nezávislost a oproštěnost od jakýchkoli vnějších zřetelů, věcí a dojmů, ideál klinických a stoických filosofů.

(Masarykův slovník naučný. Lidová encyklopedie všeobecných vědomostí. Díl I. A-Č. Praha 1925, s.325)

Soběstačnost v běžných denních činnostech patří k vysoce ceněným hodnotám. Staří lidé se velice obávají ztráty soběstačnosti. V této souvislosti si musíme uvědomit, že to, co je pro sestru denní rutina, pro nemocného může představovat velní stresující situaci, kdy se může i o ztrátu nebo omezení důstojnosti. Nemusí se týkat pouze vyprazdňování – obtížně se přijímá i krmení druhou osobou, oblékání prádla, mytí.

Přirozenou potřebou člověka je být nezávislý v oblastech, které se označují za běžné denní činnosti. Zásadní úkolem a rolí sestry je proto pomoci udržet si nebo znovu získat nezávislost/samostatnost v provádění běžných denních činností.

**Sebepéče** je soubor činností, které si každý jedinec zabezpečuje sám za účelem zachování života, zdraví a pohody. Činnosti sebepéče jsou ovlivňované věkem jedince, schopnostmi jedince a sociokulturním prostředím. Sebepéče je filozofií zdravého způsobu života, je konkrétním chováním jedince ve prospěch vlastní existence. ( 29 )

Existuje reálné nebezpečí, že sestra nebude mít dost prostoru zabývat se původní podstatou ošetrovatelství, kdy místo sestry je především u pacienta. Měla by se zajímat o jeho potřeby. Současné zdravotnictví zaznamenává rychlý rozvoj. Jsou uplatňovány nejmodernější diagnostické přístroje a metody. Obrovsky se rozšířilo spektrum léků. Také chirurgické léčení se posouvá více do oblasti technické. Příkladem může být operující robot. Tato skutečnost klade vysoké nároky na sestru. Sestra musí být manuálně zručná aby zvládla zavést periferní žilní katétr, obsloužit náročné drenážní systémy a mnoho dalších. Vysoké nároky jsou kladeny na znalosti, kdy sestra by měla znát léky, principy diagnostických postupů, operační techniky a v neposlední řadě by měla zvládnout obsluhovat často náročnou techniku( dialyzační přístroj, ventilátory, infúzní pumpy atd.).

To vše posouvá sestru od původní podstaty ošetrovatelství, kdy místo sestry je především u pacienta. Měla by se zajímat o jeho potřeby, správně je diagnostikovat a navrhnout řešení, které by vedlo k uspokojení individuálních potřeb pacienta. Cílem není vždy uspokojit

potřebu za pacienta. Základní potřebou člověka je, jak bylo zmíněno výše, být nezávislý v běžných denních činnostech. Proto cílem moderního ošetrovatelství je soběstačný pacient, který je schopen např. po propuštění z nemocnice uspokojivě fungovat v běžném životě.

Nesoběstačnost člověka se projeví ve všech dimenzích lidské existence. Nejenom že jsou neuspokojeny základní biologické potřeby, také v potřebách psychických se objevuje deficit, mění se sebeúcta. Na úrovni sociálních vztahů může docházet ke změně často životních rolí. Oblast duchovní může zaznamenat přehodnocení životních hodnot a postojů. Deficitem sebek péče jsou ohroženy především děti, staří lidé, lidé duševně nemocní, pacienti s poruchou pohyblivosti a další skupiny nemocných. Plně nesoběstační jsou pacienti v bezvědomí, kteří jsou závislí výhradně na péči druhých.

Sestra je nezastupitelný člen zdravotnického týmu, který napomáhá k návratu soběstačnosti pacientů s deficitem v oblasti sebek péče.

Jiné pojetí chápe sestru zejména jako koordinátora péče, a pak se dílčí úkony přenášejí na pomocný personál, a sestra jenom kontroluje, zda byla péče o pacienta provedena dostatečně. Výjimkou není ani orální hygiena.

## **2.5 Hodnocení soběstačnosti**

Jednou z možností, jak péči o soběstačnost dodat určitou váhu, je používat otevřených testovacích škál. Tento způsob práce je srozumitelný všem členům zdravotnického týmu, včetně lékařů. Sestry získají pro svou práci objektivní data, na jejichž výsledcích mohou prokázat jedinečný přínos své práce.

Vyšetření schopnosti uspokojovat základní lidské potřeby a vykonávat běžné denní aktivity (Activities of Daily Living – ADL) je v prostředí nemocnice velmi důležité pro plánování ošetrovatelské péče, ale zejména pro posouzení toho, zda může být pacient po ukončení léčby propuštěn do domácího ošetrování, zda a kolik pomoci bude vyžadovat doma. Schopnost vykonávat instrumentální aktivity denního života je jednou ze základních podmínek samostatného žití v komunitě. Termín instrumentální aktivity denního života (Instrumental Activities of Daily Living – IADL) poprvé použily v roce 1969 Lawton a Brody, kteří se ve své seminární práci zabývali možnostmi vyšetřování schopnosti sebeobsluhy u starších lidí. Popisovali úroveň kompetence, která byla nutná ke zvládnutí určitých činností. Úkoly, která vyžadovaly vyšší funkce, byly zařazeny na škálu IADL. Dnes se pod pojmem instrumentální aktivity denního života zařazují ty činnosti, které umožňují samostatný pobyt v různém prostředí. Pro srovnání přijímání potravy (ať již přirozenou cestou nebo sondou) je označováno jako ADL (základní aktivity denního života), shánění a

příprava stravy je již složitější funkce, proto se hodnotí v kategorii IADL (instrumentální aktivity denního života).

V současné době existuje mnoho nástrojů hodnocení úrovně soběstačnosti. Sestry obecně nejlépe znají **Barthel index**. Barthel index byl vyvinut v roce 1965, původně jako nástroj hodnocení schopností pacientů s neuromuskulárním a myoskeletárním onemocněním. V současné době se doporučuje a užívá zejména u geriatrických pacientů. Při hodnocení se sleduje, zda je pacient schopen vykonávat jednotlivé aktivity sám nebo s pomocí druhé osoby.

Právě pro jednoduchost a výstižnost je ADL použit u respondentů zařazených do výzkumu sledující kvalitu zajištění hygieny dutiny ústní u pacientů s deficitem soběstačnosti.

**Katz index**, který byl sestaven v roce 1963, používají zejména sestry v zahraničí k měření schopnosti vykonávat základní aktivity. Katz index nehodnotí tzv. instrumentální aktivity, jako jsou domácí práce, nakupování či spravování osobních financí.

Podobně jako Barthel index, test měří úroveň soběstačnosti v těchto oblastech:

- koupání (mytí žínkou, koupání ve vaně nebo sprchování)
- oblékání (včetně výběru vhodného oblečení a schopnosti vyndat oblečení ze skříně)
- vyprazdňování (možnost použít mobilní WC či samostatně podložní mísu)
- přemísťování (povolují se kompenzační pomůcky)
- schopnost udržet moč a stolicí
- přijímání potravy

Také u položek Katz Indexu se hodnotí, zda je pacient schopen činnost vykonávat sám, potřebuje asistenci či je zcela závislý na druhé osobě.

Kromě uvedených škál existují i další, zaměřené na specifickou skupinu pacientů, často jde o pacienty po cévní mozkové příhodě či o pacienty s jiným onemocněním, které výrazně ovlivňuje schopnost sebeobsluhy. V zahraniční literatuře se dále cituje např. Rivermead ADL Scale, Minimum Data Set a další.

Jedním z cílů, které jsou společné všem škálám, je vytvořit nástroj pro jednotné hodnocení soběstačnosti u konkrétního pacienta, zejména pokud testování provádí různé osoby v různých časových intervalech. Získané poznatky se mohou využít při hodnocení pokroku v léčbě a úrovně zlepšení (či zhoršení) funkčních schopností pacienta. Standardizované nástroje umožňují sdílení informací mnoha zdravotnickými pracovníky. Naučit se správně používat testovací nástroje není jednoduché. Posouzení stavu částečné soběstačnosti vyžaduje velkou míru zkušenosti.

Hodnocení úrovně soběstačnosti by mělo být základní součástí vyšetření každého pacienta, chceme-li dobře definovat problémy při uspokojování lidských potřeb a plánovat potřebné intervence. Znalost různých škál, strukturovaných dotazníků či pozorovacích formulářů

může pomoci sestřám dalším zdravotnickým pracovníkům zorientovat se v problematice ADL a IADL a alespoň zpočátku poskytne vodítko k hodnocení pacienta. Zkušená a všímavá sestra však dokáže zhodnotit soběstačnost pacienta i bez těchto nástrojů – při vstupu do pokoje si všimá rozmístění nábytku. Někdy si lidé staví židle a jiné kusy nábytku tak, aby se jich mohli při chůzi přidržet), přítomnosti kompenzačních pomůcek (podpažní berle, francouzské hole, chodítka, kolečkové křeslo), polohy pacienta, která napoví o svalové síle. Všimá si, zda je pacient upravený, má na sobě oblečení přiměřené ročnímu období, teplotě prostředí či daným aktivitám. ( 6 )

Soběstačnost pacienta by měla být cílem každé moderní sestry, neboť soběstačnost je právě doménou péče ošetrovatelské. Nesoběstačného pacienta lze v některých případech považovat za neúspěch ošetrovatelství.

## **2.6 Začlenění hygienické péče do vybraných ošetrovatelských modelů**

Ošetrovatelské modely jsou významným nástrojem péče o nemocné, teoretickou oporou ošetrovatelství. Některé z nich vznikaly před více jak stovkou let. Ujasnění si místa hygienické péče v těchto ošetrovatelských modelech, může pomoci uvědomit si význam základní ošetrovatelské péče, v tomto případě péče o ústní hygienu. A dále retrospektivně si srovnat vývoj různých pojetí ošetrovatelství. Pro obraznost jsou zde uvedena tato pojetí ošetrovatelství, která mají určitý vztah k hygienické péči :

### **1. Florence Nightingale: Moderní ošetrovatelství**

Její teorie patří mezi humanistické modely. Ošetrovatelství charakterizuje jako souhrn činností, která poskytují nemocnému co nejvhodnější podmínky pro přirozenou léčbu. Ošetrovatelství využívá k ovlivnění prostředí přírodní zdroje. Ovlivňování prostředí není léčebná činnost, ale zajišťuje jedinci co nejlepší podmínky pro přirozené chování. Tyto podmínky zlepšují prostředí, a tak vedou k podpoře zdraví. “ Zdravé ošetřování“ podle F. Nightingale znamená činnosti zaměřené na prevenci onemocnění a kontrolu prostředí, čímž se jedincům zajistí klidný život až do smrti. Zdravé ošetřování se liší od ošetřování nemocného, při kterém sestra upravuje prostředí tak, aby pro něj dosáhla prospěchu a obnovila jeho zdraví nebo mu pomáhá při klidném umírání.

Florence Nightingale je první autorkou, která vytvořila a publikovala teorii ošetrovatelství. Tu úzce spojila s interakcí sestra – prostředí. Systém vzdělávání sester zahrnující kombinaci teoretické a praktické výuky, který poprvé navrhla a poprvé i zrealizovala, se stal základem pro vytvoření zdravotnických škol ve světě a dodnes tvoří kostru zdravotnického vzdělávání. Její dílo podle teoretiků ošetrovatelství, reprezentuje filozofii ošetrovatelství.

Ve své publikaci „Poznámky o ošetřovatelství“ z roku 1859 nastiňuje v kapitole – Čistota těla právě hygienickou péči. Říká: „Ošetřovatelka nesmí odkládat aneb zanedbávat čistotu těla svěřence svého, domnívají se, že chorý nezíská tím (umytím) než trochu úlevy.“

Čistotu těla zaměřuje výhradně na péči o kůži a dále větrání. Hygiena dutiny ústní v tomto textu zmíněna není.

## **2. Dorothea Elisabeth Orem: Teorie deficitu sebeděče**

Její model přadáme mezi humanistické. Ošetřovatelství vnímá jako specifickou službu profesionální pomoci osobám s deficitem sebeděče, tzn. jedincům, kteří nejsou schopni si plnit požadavky sebeděče potřebné pro zdravou existenci. Neschopnost sebeděče je obvykle spojena s nemocí nebo handicapem. Avšak tělesné postižení či nemoc nemusí být vždy důvodem k poskytování ošetřovatelské péče. Cílem ošetřovatelské péče je dosažení maximální možné úrovně sebeděče jedince, zachování zdraví a ochrana před poraněním či onemocněním.

Článek „The effect of Orem’s self care model on nursing care in a nursing home setting“ autora J. Faucetta z kalifornské univerzity, který vyšel v Journal of Advance Nursing 1990/15, pojednává o použití právě modelu Oremové při poskytování dlouhodobé ošetřovatelské péče. Studie proběhla v 90. letech ve spojených státech u pacientů v Nursing Home. výsledky prokázaly, že sestry jsou důležité v roli povzbuzovatelek a snaží se o udržení schopnosti spolupráce klienta na jeho soběstačnosti a sebeděči. Zavedení modelu s důrazem na sebeoěči a individuální přístup zvyšuje klientovy schopnosti a jeho účast na sebeobsluze. Na jednotkách, kam byl implementován model Oremové se u pacientů méně vyskytují příznaky institucionalizace. Dále je v textu uvedeno, že: „teoretický model jako je model oremové je hodnotný pro sesterskou praxi a má možná vysvětlit filozofii a roli sestry. Má také zajistit kvalitní komunikaci, zdůraznit důstojnost při poskytování péče a soulad mezi cíli y výsledky péče. Model sebeděče má dát sestřám větší možnost prosadit se a samostatně zasahovat v určitých situacích. Poskytuje tak větší rozmanitost rolí v účasti na péči.“

Tento model vychází z potřeb jedince. Hygienická péče je zde zmíněna jako jedno z měřítek úrovně sebeděče a jako jedna ze základních potřeb. Péče o čistotu těla je zde chápána ve všech svých oblastech. Péče o ústní dutinu jako taková není zmiňována zvlášť.

## **3. Virginia Henderson: Teorie základní ošetřovatelské péče**

Tento model je svoji podstatou humanistický. V. Henderson chápe ošetřovatelství jako proces řešení problémů pacienta prostřednictvím poskytování pomoci. Hlavním cílem ošetřovatelství je udržet jedince soběstačného, nezávislého na svém okolí tak, aby byl schopný hodnotně žít. V situacích, kdy vlastní potenciál jedince nestačí, nahrazuje úbytek

soběstačnosti pacienta sestra vhodnou ošetrovatelskou péčí. Hendersonová dělí potřeby jedince do čtrnácti oblastí.

Ve své publikaci „ Základní principy ošetrovatelské péče“ z roku 1960, je pod číslem 8 s názvem – Pomoc pacientovi při udržování čistoty a upravenosti těla a při ochraně pokožky“ zmiňována právě hygiena.

Péče o dutinu ústní se týká odstavce: „ Je velice důležité, aby všechny sestry dokázaly účinně čistit ústa a zuby nemocným a bezmocným osobám. Zuby a dásně vyžadují během nemoci pečlivější čištění než při zdravém stavu. Zuby by se měly čistit nejméně dvakrát denně, lepší je však častější čištění. Sestry musí zuby a ústa vyčistit vždy, kdy pacient není schopen toto učinit sám. Je-li pacient v bezvědomí, je nutné věnovat velkou péči prevenci před insulací čistících materiálů. Podstatnou je pozice hlavy, která podporuje stékání, jakož i použití motorizovaného odsávání, nebo odsávání manuálního, aplikovaného se stříkačkou.“

#### **4. Marjory Gordon: model funkčních vzorců zdraví**

Teorie Gordonové je řazena mezi modely interpersonálních vztahů. Model je výsledkem grantu, který v 80. letech financovala federální vláda USA. Dle Gordonové se ošetrovatelství zabývá funkčními a dysfunkčními vzorci zdraví. Model je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Tento model je členěn do dvanácti vzorců, které představují určitou část zdravá, buď funkční nebo dysfunkční. Hygienickou péči lze začlenit do prvního vzorce - Vnímání a udržování zdraví, kdy si jedinec uvědomuje možná rizika plynoucí z nedostatečné hygieny. Dále je možno implementovat čistotu těla do oblasti čtyři – Aktivita, cvičení, kde je zmiňována soběstačnost ve vztahu k sebepéči. Dále lze hygienickou péči pozorovat v oblasti sedm – Sebekoncepce, sebeúcta, kdy je popisován stav vnímání sebe sama, kam lze začlenit deficit v oblasti osobní hygieny.

( 18 )

### **2.7 Anatomie dutiny ústní**

Znalost anatomických poměrů dutiny ústní je pro sestry velice významná ve vztahu právě k hygienické péči a ošetrování. Patologické změny v oblasti dutiny ústní mění nároky na

provedení hygienické péče. Kapitola - anatomie dutiny ústní je velice obsáhlá, proto bude zmíněna v pouze pro sestry v nezbytném rozsahu.

### **Dutina ústní ( cavum oris )**

je úvodním oddílem trávicí trubice. Začíná štěrbinou ústní, kterou obkružují rty a dělí se na předsíň a vlastní dutinu ústní, přecházející vzadu do střední části hltanu.

**Rty** (labia) mají kožní kryt na povrchu, který přes střední červeň rtů přechází na jejich vnitřní plochu, krytou sliznicí s nerohovějícím mnohovrstevným dlaždicovým epitelem. Střední vrstvu rtů tvoří svaly štěrbinu ústní, z nichž hlavní je kruhovitý m. orbicularis oris, svírající rty k sobě.

Do stran přecházejí rty ve **tváře(facies)**, mající stejnou skladbu. Jejich podkladem je m. buccinator, začínající od vazivového proužku napjatého mezi mandibulou a processus pterygoideus.

**Předsíň dutiny ústní** (vestibulum oris) je prostor mezi rty, tvářemi a oběma zubními oblouky. Má podkovitý tvar a s dutinou ústní je spojen štěrbinami mezi zuby a za posledními stoličkami. Jeho sliznice se vyklenuje v horní a dolní klenbu. Ve výši 2. horní stoličky do něj ústí vývod příušní žlázy.

Vlastní dutina ústní (cavum oris proprium) má spodinu tvořenou m. mylohyoideus, boční stěny tvoří výběžek mandibuly a maxilly se zubními oblouky a strop, tvořený tvrdým a měkkým patrem. Obsahuje objemný jazyk a vzadu přechází do hltanu otvorem zvaným isthmus gaudium, který je tvořen okrajem měkkého patra, oběma patrovými mandlemi a kořenem jazyka.

**Sliznice dutiny ústní** je pokryta epitelem mnohovrstevným dlaždicovým nerohovějícím.

Jazyk (lingua) se člení na hrot, hřbet a kořen. Obsahuje jemné svaly, upravené do podélných, příčných a vertikálních sloupců. Je velmi pohyblivý a významně se uplatňuje při mechanickém zpracování soust a při fonaci. Povrch jazyka je kryt sliznicí s mnohovrstevným dlaždicovým nerohovějícím epitelem a je členěn do drobných výběžků, zvaných papily (nitkovité, lístkovité, houbovité), které se uplatňují při zpracování soust zdrsněním povrchu sliznice. Zvláštní skupinou jsou hrazené papily na hranici hřbetu a kořene, které obsahují chuťové pohárky. Povrch kořene jazyka je hluboce rozbrázděn a jeho sliznice je bohatě prostoupena lymfatickou tkání.

**Zuby** (dentes) jsou pevně usazeny do zubních lůžek (alveolů) obou čelistí a jsou seřazeny do horního a dolního zubního oblouku. Každý zub se skládá z korunky, krčku a kořenu. Základní hmota se nazývá dentic a je kryta na korunce sklovinou, na kořenu zubním cementem. Uvnitř zuby je dřevná dutina, vyplněná zubní dřeví, což je rosolovité vazivo, bohaté na cévy a nervy.

Zuby dělíme podle tvarového uspořádání na řezáky (dentes incisivi), špičáky (dentes canini), zuby třenové (dentes praemolares) a na stoličky (dentes molares). Jejich soubor se nazývá chrup. Rozlišujeme chrup mléčný a trvalý. Vzhledem k zaměření této práce bude zmíněn pouze chrup trvalý.

Trvalý chrup má v každé polovině oblouku dva řezáky, špičák, dva zuby třenové a tři stoličky, tedy celkem 32 zubů. Jednotlivé druhy zubů mají charakteristické tvary korunek a odlišné tvary a počty kořenů.

Zuby jsou upevněny v alveolech pomocí zvláštních vazů (závěsný aparát zuby), krytých shora dásněmi (gingiva). Které se těsně přimykají k obvodu zubů jako tzv. gingivodentální uzávěra. Porucha této uzávěry (paradontóza) vede k obnažení krčků a k poškozování závěsného aparátu, končící ztrátou zubů.

Funkcí zubů je účast na mechanickém zpracování potravy a na fonaci, v souhře s pohyby jazyka, tváří atd.

**Patro** dělíme na tvrdé (palatum durum) a měkké (palatum molle). Tvrdé patro je tvořeno patrovými výběžky maxilly a patrové kosti. Měkké patro obsahuje jemné svaly, je pohyblivé a významně se uplatňuje při dýchání a polykání. Po obou stranách se prodlužuje ve dvě obloukovité řasy, sbíhající se ke kořeni jazyka a k boční stěně hltanu, které tak vytvářejí lůžko patrové mandle.

**Mandle patrová** (tonsilla palatina) je lymfatický orgán, uložený v lůžku po stranách isthmus faucium. Její povrch je krytý stejnou sliznicí jako celá dutina ústní, ale rozbrázděnou v hluboké krypty. Celá mandle je bohatě prostoupena lymfatickou tkání, často reagující na styk s patologickými mikroorganismy – je proto součástí lymfatického obranného systému.

**Slinné žlázy** (glandulae salivariae) dělíme na malé, rozesté difúzně po celé ústní dutině a na velké uložené mimo dutinu ústní a spojené s ní vývody. Jejich výměškem jsou sliny (saliva),

obsahující hlen a enzym  $\alpha$ -amylasa (ptyalin), sloužící ke štěpení škrobů.

Velké slinné žlázy jsou:



Příušní žlázy (glandula parotis), je uložena v zadní části tváře a zasahující i do infratemporální jámy. Její vývod probíhá šikmo po m. buccinator, proráží jej a ústí do vestibulum oris. Produkuje řídkou (serózní) slinu.

Podjazyková žláza ( glandula sublingualis) je uložena v podčelistní krajině mezi oběma bříšky m. digastricus a m. mylohyoideus. Má dlouhý vývod, který se spojuje s vývodem glandula sublingualis a vyúsťuje do dutiny ústní pod hrotem jazyka na párové papile. Obě žlázy vylučují hustší (seromucinózní) slinu. Chemická reakce je slabě zásaditá.

(23, str. 19-25)

*Obrázek č. 2 – Anatomie- dutina ústní ( cavitas oris ), pohled zředu*

*Obr. č. 3. Anatomie – Přední dutiny ústní a vlastní dutina ústní*

### **2.8 Fyziologie dutiny ústní**

Ústní dutina má několik funkcí, které lze obecně rozdělit na:

- 1) Funkce související s trávením:
  - a) přijetí potravy (ukousnutím nebo sáním)
  - b) příprava potravy pro další zpracování (rozmělnění zuby, zvlhčení, vyrovnání teploty, začátek trávení škrobů slinnou  $\alpha$  – amylázou)
  - c) zprostředkování počítku chuti )látky mohou působit na chuťové pohárky až po svém rozpuštění ve slinách)
  - d) tvorba sousta (jazykem) a obalení sousta hlenem (mucinem), který brání poškození sliznice jícnu při polykání
  - e) zprostředkování polykacího reflexu
  
- 2) Funkce s trávením nesouvisející
  - a) nespecifická imunitní ochrana organismu (lyzozym ve slinách má baktericidní účinky, tvorba IgA – sekrečních protilátek)
  - b) artikulace (tvorba hlásek)

**Žvýkání** je děj, při němž se potrava mechanicky drtí zuby na menší části. Jsou to stereotypně se opakující pohyby zprostředkované žvýkacím reflexem řízeným z prodloužené míchy, mohou však být řízeny i přímo mozkovou kůrou. Žvýkací svaly jsou schopny vyvinout velkou sílu, např. řezáky až 100 Newtonů, stoličky až 900N.

**Sekrece slin** probíhá neustále na bazální úrovni. To znamená, že malé slinné žlázy stále secernují sliny, aby udržovaly sliznici ústní dutiny vlhkou a aby ji čistily. Sekrece slin se výrazně zvyšuje nepodmíněným reflexem, kdy sekreci vyvolává vůně připravovaného jídla, pohled na prostřený stůl apod. Podmíněné sekrece se účastní velké slinné žlázy: příušní žláza – glandula parotis (seriózní sekret), podčelistní žláza – glandula submandibularis (seromucinózní sekret) a podjazyková žláza – glandula sublingualis ( mucinózní sekret). Sekrece je řízena z prodloužené míchy.

Složení slin. Za den se průměrně tvoří v závislosti na typu potravy 1-2 litry slin o přibližně neutrálním pH. V porovnání s plazmou jsou sliny hypotonické. Obsahují 99,5% vody, dále organické složky (mucin,  $\alpha$ -amylázu, lyzozym a imunoglobulin A) a složky anorganické ( $\text{HCO}_3^-$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Cl}^-$ ,  $\text{Na}^+$ ,  $\text{Ca}^{2+}$ ). Slinná  $\alpha$ -amyláza (dříve nazývaná ptyalin) je enzym, který začíná už v ústech trávit škroby.

**Polykání** je složitý mechanismus, zpočátku vůlí ovladatelný, později zprostředkovaný polykacím reflexem řízeným z prodloužené míchy. Polykání má tři fáze: ústní (orální), hltanovou (faryngální) a jícnovou (ezofageální). Utvořené sousto je jazykem posunuto k patrovým obloukům a tvrdému patru, současně se zvedne měkké patro a uzavře vstup do nosní dutiny. Podrážděním patrových oblouků se vyvolá polykací reflex: zvedne se trachea, přiloží se pod kořen jazyka a dovrše se překlopením epiglottis ( aby se sousto nedostalo do

dýchacích cest). Otevře se tuba Eustachii a na chvíli se reflexně přeruší dýchání. Sousto se vtláčí do jícnu a peristaltické vlny jícnu je přenáší dále.

( 32, str. 133-134 )

## **2.9 Patologie ústní dutiny**

Znalost patologie dutiny ústní je pro práci sestry nezbytná. Patologické změny vyžadují specifické ošetřování a jsou změněny i nároky na ústní hygienu. Patologie dutiny ústní je rozsáhlým celkem, který by vyžadoval velkou pozornost, ale vzhledem k zaměření této práce se pozornost věnuje jenom nejčastěji se vyskytujícím problémům na typu oddělení, kde šetření probíhalo.

Změny v ústní sliznici jsou zčásti reakce na místní patogenní podněty, ve větší části však odrážejí celkové poruchy organismu jako jsou povšechné infekce, některé otravy, avitaminózy a hormonální poruchy.

### **1) vrozené malformace ústní dutiny a obličeje**

Do této oblasti řadíme – rozštěpy obličeje ( postranní rozštěp, střední rozštěp dolního rtu, rozštěp horního rtu, příčný rozštěp tváře, makrostoma, aprosopia – úplný rozštěp obličeje, figurální cysty ( mediální patrové cysty, globulomaxilární cysty, dermoidní a epidermoidní cysty ), ohraničené vývojové úchyly ústní dutiny ( mají menší význam než rozštěpy a jsou vesměs vzácné např. srůst rtu s gingivami, malformace rtů, malformace čelisti , dvojitý ret (obvyčně horní), malformace jazyka ( aglossie, mikroglossie, srůst jazyka s patrem, makroglossia. Nejčastější jsou anomálie pramenící v zubní liště a týkající se převážně počtu, tvaru a postavení zubů.

### **2) regresivní a metabolické změny** –z regresivních změn se v ústní dutině samostatněji nosologicky jeví jen nekróza, ale i zde se obvykle uplatňují druhotné zánětlivé změny. Ostatní regresivní změny jsou zpravidla jen příznakem jiných chorob. Nekróza je různě do hloubky zasahující defekt. Patří sem dekubitální nekróza , která vzniká často tlakem ostré hrany zubu nebo špatně adaptované zubní protézy na jazyk nebo sliznici tváře. Sliznice dutiny ústní bývá poraněna ostrými předměty, které se přimísily do potravy nebo pokousáním vlastními zuby např. při epileptickém záchvatu. Často je patrná senilní atrofie. Objevit se může ztráta motorické funkce jazyka ( vede k těžké atrofii svaloviny jazyka ). Pro ošetrovatelskou péči je významný povlak jazyka. Lehký stupeň je fyziologický , jeho zdůraznění je pravidelným nálezem při poruchách zažívání, celkových infekcích a nádorové kachexii – projevuje se jako bělavé zabarvení, těžší stupeň, žlutavošedý až hnědě špinavý povlak se vyvíjí např. při střevní obstrukci a difúzní peritonitidě. Příčina vzniku je mechanická. Těžce nemocní nepřijímají potravu a chybí samočištění sliznice žvýkáním

potraviny. Xerostomie – nápadná suchost ústní sliznice se vyskytuje jako přechodný stav podmíněný psychicky např. strachem nebo jako trvalejší např. při horečnatých onemocněních, diabetes mellitus, insipidus a při dehydrataci vůbec

**3) poruchy oběhu** – klinicky z poruch oběhu můžeme samostatně uplatnit pouze edém, ale i to je vzácné. Většinou jsou změny cirkulace v dutině ústní jen místním příznakem jinak charakterizovaného celkového onemocnění. V dutině ústní se může projevit anémie – se prozrazuje význačnou bledostí ústní sliznice, jazyka a rtů. Pozoruje se při celkové chudokrevnosti jakéhokoliv původu. Hyperémie arteriální provází zánět, v nejmírnější formě se projevuje jako erytém, erytém jazyka při akutních exantémech, zvláště malinový jazyk při spále, dále při diebetu, hypertireoidismu, hypertenzi, polycytémii a karenci B-komplexu. Cyanóza je modravě purpurové zbarvení ústní sliznice a rtů. Je známkou venózního městnání celkového při srdeční insuficienci. Dále lze sledovat edém a krvácení. Často bývá dutina ústní postižena krvácením při hemoblastózách, ke krvácení do dutiny ústní vedou také traumata dásní při čištění zubů, po extrakci zubů atd.

**4) Stomatitis** – zánět ústní sliznice obecně označujeme názvem stomatitis. Podle bližší lokalizace rozeznáváme cheilitis, gingivitis a glossitis. Stomatitis může být vyvolána místními příčinami:

Fyzikálními – patří sem mechanická traumatizace dásní nadužíváním příliš tvrdého kartáčku na zuby, tlak ostrých pahýlů kariézních zubů, nesprávně uzpůsobených protéz. Dále příčinou může být opaření příliš horkou potravou, cheilitis z intenzivního slunění nebo stomatitis z rentgenového nebo radiového záření

Chemickými – počítáme sem poleptání louhem, kyselinou nebo solí některého těžkého kovu, stomatitidu mohou způsobit příliš koncentrované dezinfekční roztoky, nadměrné kouření a žvýkání tabáku

Alergickými – vzniká senzibilizací na různé potraviny, na éterické oleje a jiné součásti zubních vod a past, často se objevuje cheilitis způsobená alergií vůči různým složkám v tyčinkách na rty, stomatitida může být způsobena přecitlivělostí na materiál zubních protéz Bakteriálními a virovými se projevuje jako součást celkového onemocnění (např. lupus erythematosus a urticarie).

Otravy – řadíme sem chronickou otravu rtutí a jejími sloučeninami, dále olovem a vizmutem

Infekční exantémy – variola, varicella, morbilli, skarlátina se projevují v dutině ústní ve velmi charakteristické formě

Projevy některých avitaminóz – týká se především avitaminózy C (skorbut), nedostatku B-komplexu

Hormonální poruchy – mohou mít rovněž vliv na stav dutiny ústní. Lze sem počítat změny při dysmenorrhoe, graviditě a diabetu.

Dle charakteru rozlišujeme stomatitis acuta simplex, stomatitis catarrhalis, stomatitis vesiculosa, stomatitis aphthosa (maculofibrinosa), stomatitis chronica (je velmi častá). Dále jsou popsány specifické a mykotické stomatitidy. Do této oblasti řadíme tuberkulózní, syfilis ústní dutiny (tvrdý vřed), kandidózu ústní dutiny (moučnivka).

**5 ) Hypertrofie** projevující se jako hypertrofie jazyka, hyperplasie gingiv (podmíněna hormonálně a zánětlivě).

**6) Nádory** – ústní dutina po stránce neoplastických pochodů zaujímá zvláštní postavení v několika směrech. Složitá anatomická stavba, spojující v úzký vztah specializované struktury epitelové a mezenchymové, podmiňují značnou pestrost nádorů zde se vyskytujících, z nichž některé jsou pro ústní dutinu specifické. Velká hmatová citlivost jazyka a jeho složitá funkce při řeči a žvýkání způsobuje, že často již nepatrné změny tvarů pociťuje nemocný rušivě a vyhledává lékařskou pomoc. V dutině ústní se vyskytují nádory :

- 2) mezenchymové – fibrom, myxom, lipom, osteom, hemangiom (častý), lymfangiom, leiomyom
- 3) neurogenní – neurilemom, neurofibrom
- 4) maligní melanom
- 5) nádory epitelové – papilom, adenom, karcinom

### **Patologie zubů**

Složitý vývoj zubů je podkladem četných vývojových odchylek, jež však obvykle nepřesahují rámec anomálií.

1) vývojové odchylky – jsou výrazem funkčních vztahů utvářejících se čelistí nebo jsou následkem změn zubních základů. Zub vzniká ze dvou zárodečných listů, z ektodermu ústní dutiny a z okolního aktivovaného mesodermu, který tvoří zárodečnou zubní pulpu. Zárodečný epitel je náročnější než pulpa a uplatňuje se při vzniku vývojových poruch častěji. V této oblasti se projevují: anodontie, přespočetné zuby, mikroodontie a makroodontie, retence zubů, porucha vývoje skloviny (při rachitis), soudkovitý tvar řezáků a zářezy ve tvaru V na skusné straně (syfilis), předčasná erupce zubů v neonatálním období, zpožděná erupce zubů – bývá např. při kretenismu

### **Zubní kaz (karies dentium)**

Zubní kaz je nejčastější choroba vůbec. U obyvatelstva civilizovaných krajín se vyskytuje prakticky ve 100%. Spočívá v odvápnění tvrdých zubních tkání a v rozpadu jejich organické složky

- a) akutní karies – začíná tak, že na povrchu skloviny, v místech, která nepodléhají samočištění, se vytvářejí povlaky z bakterií, hleny a deskvamových epitelů. Sklovina podléhá dekalifikaci.

b) Chronický kaz – se vyznačuje zvýšením obsahu dentinových kanálků ve vrstvě, která lemuje zónu napadené zuboviny. Tím vzniká překážka pro postup bakterií v jejich luminu.

**Pulpitis** je zánět zubní dřeně vzniká velkou většinou bakteriální infekcí při zubním kazu. Bakterie pronikají do dřeně dentinovými kanálky i při kazu, který ještě nepostoupil až do samotné dřeňové dutiny. Rozlišujeme akutí a chronickou formu.

**Periodontitis** je zánět ozubice. Rozlišujeme akutní a chronickou formu.

**Paradentosa ( parodontosa)** – je chronický zánětlivý, často hnisavý proces dásní a periodontia. Vlivem zánětu dochází k resorpci tkání parodontos a k vrůstání epitelu do periodontální štěrbiny. Tím vznikne prostor mezi zubem a vrstlým epitelem, který se označuje jako parodontální chobot. Ve zbytcích potravy, jež se v chobotu zachycují se pomnožují mikroby, které vyvolávají a udržují chronický hnisavý zánět periodontia a dásně. Dásně jsou zarudlé, zduřelé a snadno krvácejí. Z chobotu se vyprazdňuje hnis. Rozrušení periodontia a alveolárního výběžku vede k uvolnění a ztrátě zubů. Paradentosa postihuje dospělé a starší osoby. Etiologie není přesně známa. významnými faktory pro vznik paradentosy jsou nesprávný skus, zubní kámen a špatná ústní hygiena.

**Odontogenní nádory** – odvozují se z primitivní zubní epitelové lišty. Jak lze z této geneze očekávat, vyskytují se hlavně u mladších osob mezi 10. a 35. rokem, někdy již v útlém dětství. V zásadě je možné vymezit tři skupiny odontogenních nádorů. Nádory první skupiny jsou čistě epitelové, vzorem je ameloblastom. Nádory druhé skupiny jsou smíšené, mesenchymoepitelové (ameloblastický fibrom a odontomy). Nádory třetí skupiny jsou čistě mezenchymové jako odontogenní fibrom a myxom a zvláště pak cementomy.

( 28, str. 123-126 )

## **2.10 Patofyziologie dutiny ústní**

Patologické procesy v dutině ústní se projevují jako poruchy žvýkání a sekrece slin nebo jako změny postihující sliznici jazyka, bukání sliznici, sliznici dásní a rtů. Jde o projevy místní nebo o projevy celkových onemocnění.

### **Poruchy žvýkání**

Jsou vyvolány každým onemocněním, které je příčinou bolesti při žvýkacích pohybech nebo které postihuje žvýkací svalstvo. Bolest provází onemocnění mandibulárního kloubu nebo jeho poranění, stejně jako poranění jazyka, sliznice dutiny ústní, zánětlivá onemocnění dutiny ústní, onemocnění zubů aj. Při progresivní systémové skleróze se najde atrofie žvýkacích svalů a sliznice a zmenšení úst způsobené napjatou kůží. Všechny tyto poruchy vedou k nedostatečnému rozmělnění potravy v dutině ústní.

### **Poruchy sekrece slin**

Sekrece slin může být zvýšená nebo snižená. Zvýšená sekrece je způsobena podrážděním sliznice dutiny ústní ostrými a kořeněnými jídly, mechanickým drážděním např. nesprávně provedeným umělým chrupem, a řadou dalších zánětlivých chorob, při tonzilitidách a konziliárních abscesech. V některých případech mohou být příčinou zvýšené sekrece slin neurózy. Úzkostné neurózy však bývají častěji doprovázeny sníženou sekrecí slin a pocitem suchosti v ústech. Snižovaná sekrece slin bývá také např. při dehydrataci organismu, po větším krvácení, při průjmech a při horečnatých onemocněních. Při chronickém alkoholismu se zvětšují obě glandulea parotis sekundárně tukovou infiltrací. Není zatím jasné, zda jde o přímé působení ethanolu nebo o projevy malnutrice. Sekrece slin je snižená, sliznice dutiny ústní atrofická, bledá. Současně je postižena sliznice rtů (cheilitis).

### **Projevy celkových onemocnění v dutině ústní**

Řada chorob mimo dutinu ústní, především však choroby trávicího ústrojí, se projevují i patologickými změnami v ústech. Viz kapitola Patologie dutiny ústní.

( 32, str. 135 )

## **2.11 Fyzikální vyšetření dutiny ústní**

Nedílnou součástí ošetrovatelského procesu by mělo být fyzikální vyšetření nemocného sestrou. Tento proces by měl být součástí fáze sběru dat ( ošetrovatelská anamnéza) a následně zhodnocení stavu nemocného v poslední fázi ošetrovatelského procesu. Nelze opomenout fyzikální vyšetření dutiny ústní, které nám napoví o stavu hygieny a orálního zdraví. Dle něj může sestra plánovat svoji práci ve vztahu k hygieně, stravování a soběstačnosti pacienta.

**Jazyk** - hodnotí se velikost, inervace a povrch jazyka pohledem. Zjišťujeme:

- Velikost – nápadně velký jazyk se vyskytuje u akromegalie, myxedému a Downova syndromu
- Inervaci – pacienta vyzveme, aby jazyk vyplázl, hodnotíme zda vyšetřovaný pláží
  - ve střední čáře – fyziologický nález
  - k jedné straně – jednostranná obrna má příčinu centrální, v dutině ústní se jazyk uchyluje ke zdravé straně a po vypláznutí ke straně nemocné
  - nevyplázne jej – nazývá se glosoplegie, jde o obrnu periferní
- povrch jazyka může být
  - mírně povleklý – fyziologický) zbytky potravy, odloupané epitele, bakterie)
  - hnědý, povleklý, suchý – dehydratace, urémie, pneumonie, NPB
  - bělavě povleklý – infekce, urémie s dostatečnou hydratací



- bělavě povleklý s nepovleklými okraji – povlak vytváří písmeno V nebo W u břišního tyfu
- malinový nebo jahodový – spála
- vyhlazený nebo „lakový jazyk“ : atrofie papil
- rudý jazyk s prasklinami u perniciózní anémie či po podání antibiotik
- zjizvený po stranách nebo pokousaný – epilepsie
- suchý – způsobeno léky) atropin) nebo Sjörgenovým syndromem

### **Sliznice dutiny ústní**

Hodnotí se povrch sliznice pohledem. Zjišťujeme:

- povrch jazyka růžový, vlhký – fyziologický
- bílý povlak – soor- candidóza vyvolaná plísní candida albicans, moučnivka. Příčinami jsou kachexie, snížená imunita, stav po ATB léčbě, hemoblastózy. Na sliznici se objevují bílé krusty připomínající sražené mléko
- bílé plochy tzv. leukopenie – jsou považovány za prekancerózy, vznikají v místě dráždění např. zubní protézou či nesprávně upevněným můstkem nebo u snížené imunity
- afty – drobné slizniční vřídky provázející horečku nebo imunodeficitní stavy
- černé skvrny na sliznici tváří (tzv. grafitové skvrny) – vyskytují se u Adisonovy choroby(hypokortikalismus)

### **Dásně**

Pohledem se hodnotí barva a tvar dásní. Zjišťujeme :

- zduření dásní a krvácení – hypovitaminóza až avitaminóza C nebo otrava rtutí, zánět dásní
- nekrózy – akutní leukémie, plastické anémie, porucha tvorby leukocytů
- černé „ grafitové“ skvrny kolem dásní – adissonova choroba
- barevné lemy kolem dásní – otravy těžkými kovy např. olovem, bizmutem
- recese dásně – sestup dásně, tzv. obnažení zubních krčků, provází vyšší věk a je fyziologické

### **Chrup**

Trvalý chrup má 32 zubů, mléčný chrup 20 zubů. Hodnotí se pohledem postavení čelistí a stav chrupu. Zjišťujeme:

- postavení čelistí
  - horní čelist vystupuje dopředu – prognacie
  - dolní čelist vystupuje dopředu – progenie
- stav chrupu
  - vlastní: - sanován – spravován plombami apod.

- kariézní – neléčené zubní kazy
- umělý: zubní protéza – je potřeba ji vyjmout před vyšetřením, celkovou anestezií, v bezvědomí
- parodontóza – chronická gingivitida, choboty, viklavé zuby, zubní váčky – abscesy

### **Tonzily**

Hodnotíme pohledem jejich velikost a povrch. Zjišťujeme zda jsou:

- malé, růžové, lehce zřasené – fyziologické
- zvětšené rozbrázděné, s povlaky nebo čepy – angína ( akutní tonzilitida)

### **Patrové oblouky**

Hodnotíme pohledem jejich barvu. Pokud jsou zarudlé, svědčí to o zánětu hltanu

### **Zápach z úst**

Hodnotíme čichem. Zjišťujeme:

- foetor hepaticus – zápach po syrových játrech u jaterního kómatu
- zápach po amoniaku – urémie(selhání ledvin)
- zápach po acetonu – diabetické kóma
- hnilobný zápach(putridní) – bronchiektázie, plicní abscesy, nádory pyloru s retencí potravy

( 16, str. 98-101 )



*Obr. č. 4 - Pohled do dutiny ústní při fyzikálním vyšetření( 19)*

## **2.12 Prevence a profylaxe ve stomatologii**

Pojmy prevence a profylaxe nejsou totožné. Prevence v obecném pojetí představuje souhrn všech opatření a metod, jejichž cílem je předcházet vzniku onemocnění, poškození zdraví, zdravotních komplikací a trvalých následků nemocí nebo úrazů. Preventivní opatření se u jedince nebo u skupiny osob uskutečňuje ještě v době, kdy choroba nebo patologický stav bezprostředně nehrozí ( např. za prevenci zubního kazu lze považovat konzumaci fluoridované vody nebo podání fluoritových tablet dětem v době záhy po narození, tedy v době, kdy zuby ještě nemají prořezány).

Pod pojmem profylaxe zahrnujeme ochranná opatření, uskutečňovaná až v době možnosti bezprostředního ohrožení jedince nebo skupiny osob s určitou chorobou, patologickým stavem nebo úrazem ( za profylaxi kazu lze tedy považovat např. místní aplikaci fluoridů na povrch již prořezaného zubu).

Pojmy profylaxe a prevence se však v mezinárodním písemnictví prolínají. Proto zde z praktických důvodů bude použit termín prevence.

**Prevence v soudobém pojetí má tři stupně:**

- a) prevence primární představuje opatření, která mají předejít vzniku patologického procesu, choroby nebo úrazu, příkladem primární prevence je např. podávání tablet fluoridu sodného dětem
- b) pokud však ke vzniku choroby došlo, nastupuje možnost prevence sekundární: jejím úkolem je patologický proces včas diagnostikovat, vyléčit nebo alespoň zastavit. Např. sekundární prevencí již vzniklého kazu je jeho odborné a včasné ošetření, které zabrání jeho rozšíření a dalším možným komplikacím.
- c) Jestliže však tyto komplikace vznikly, může se uplatnit prevence terciární. Jejím úkolem je vyléčit již vzniklé komplikace a zabránit možným dalším komplikacím. Např. neléčený zubní kaz může vést ke ztrátě vitality dřeně postiženého zubu, terciární prevencí je pak včasné a odborné endodontické ošetření zubu, které zabrání vzniku dalších nežádoucích následků např. kolemčelistnímu zánětu apod.

Světová zdravotnická organizace a cíle prevence v oblasti orálního zdraví do roku 2000.

Stav orálního zdraví mohou kladně ovlivnit dvě formy stomatologické péče: péče léčebná a péče preventivní.

Léčebná péče ve své podstatě napravuje způsobené škody a následky různých stomatologických onemocnění, avšak nedokáže sama vzniku těchto onemocnění zabránit.

To dokáží pouze účinná opatření preventivní, především pak metody a opatření v oblasti prevence primární. Tuto skutečnost měla na zřeteli WHO spolu s mezinárodní stomatologickou federací ( FDI), když v roce 1981 vyhlásila své cíle orálního zdraví pro rok 2000 a doporučila všem členským zemím usilovat o jejich dosažení. Později byly formulovány i cíle pro rok 2010.

Tyto cíle se týkají zejména prevalence zubního kazu, jeho následků a zlepšení stavu parodontu obyvatelstva.

Jejich dosažení předpokládá již vysoký stupeň rozvoje komplexu preventivních a profylaktických opatření, programů ústní hygieny, dietních opatření a komplexní terapie. K dosažení těchto cílů by v žádném případě nestačila samotná – i sebedokonalejší – opatření léčebná. Světová zdravotnická organizace také navrhla a doporučila příslušné preventivní a profylaktické programy.

Tab.č. 1 -Cíle orálního zdraví vyhlášené WHO – Kaz a jeho následky

Věková skupina	Pro rok 2000	Pro rok 2010
5-6 let	50% dětí má být bez kazu	90% dětí má být bez kazu
18let	85% jedinců má mít všechny zuby do té doby prořezané	100% jedinců má mít všechny zuby do té doby prořezané
35-44 let	Bezzubých jedinců má být o 50% méně než v roce 1981	V populaci má být nejvýše 5% bezzubých jedinců, 90% jedinců má mít zachováno nejméně 20 funkčních zubů
65 a více le	Bezzubých jedinců má být o 25% méně než v roce 1981	Ve věku 65-74roků má být nejvýše 5% bezzubých, ve věku 65-74 roků má mít 75% jedinců zachováno min.20 funkčních zubů

( 11, str. 86-89 )

### **2.13 Ústní hygiena**

Ústní hygiena ( oral, mouth nebo dental hygiene) je definována jako osobní údržba čistoty a hygieny zubů a ústních struktur, včetně protetických náhrad a ortodontických přístrojů, čištěním zubů, stimulací tkání, masážemi dásní a jinými procedurami, pro zachování zubního ústního zdraví. Ústní hygiena je soubor opatření, která mají zabránit vzniku onemocnění dutiny ústní( primární prevence) a jsou nedílnou součástí a podmínkou jejich léčby a dlouhodobého udržení výsledků terapie.

Ústní resp. zubní zdraví ( dental health) představuje stav plné normality a funkční výkonnosti zubů a jejich podpůrných struktur, jakož i okolních částí ústní dutiny, dále pak různých struktur souvisejících se žvýkáním a maxilofaciálním komplexem.

Z uvedeného vyplývá, že ústní hygiena je především záležitostí každého jedince, jinými slovy: těžiště prevence onemocnění zubů, parodontu a ústních tkání spočívá především v domácí péči o chrup a dutinu ústní. Tato péče je integrální součástí osobní hygieny civilizovaného člověka a její význam je stejný jak v primární, tak sekundární i terciární prevenci onemocnění zejména zubů a parodontu. Kromě tradičního čištění zubů, péče o

dásně a používání méně obvyklých hygienických pomůcek sem patří i vhodná výživa. Tam, kde hygienická problematika objektivně přesahuje laické možnosti, nastupuje pak profesionální hygiena, popř. i terapie s preventivním efektem.

Úroveň ústní hygieny je jedním z rozhodujících ukazatelů vztahu pacienta k jeho vlastnímu chrupu a dutině ústní a v některých případech je také podnětem k volbě různých postupů stomatologického ošetření. Totéž platí o možnosti posouzení vztahu rodičů k péči o chrup zejména malých dětí.

Dosažení vyhovující úrovně ústní hygieny je možné pouze získáním vhodných a osvědčených návyků, pěstovaných od útlého dětství a odborně kontrolovaných, resp. korigovaných v každém věku.

K nejčastějším onemocněním dutiny ústní patří zubní kaz a zánět parodontu. Na jejich vzniku se podílejí faktory místní (exogenní) a faktory celkové (endogenní). Z místních mají rozhodující úlohy mikroorganismy plaku a příjem kariogenní stravy, tj. stravy se zvýšeným množstvím kvasitelných cukrů. K exogenním faktorům patří také vlastnosti sliny a sulkutární tekutiny a všechny faktory zhoršující hygienické podmínky, např. ortodontické anomálie. Faktory celkové vytvářející podmínky pro uplatnění faktorů exogenních jsou: všeobecná konstituce, dědičnost, pohlaví, věk, tvar zubu a vlastnosti zubních tkání, vlivy CNS ovlivňující složení a množství sliny, žvýkání, z patologických vlivů nedostatečnost imunitního systému, choroby látkové výměny a další.

Bakteriální flóra dutiny ústní se vyvíjí s věkem jedince. Při narození je dutina ústní novorozence prakticky sterilní. U novorozence, který se živí mléčnou stravou, převládá *Lactobacillus acidophilus* a *Streptococcus salivarius*, někdy *Candida albicans*. S prořezáním zubů a rozšířením spektra stravy se vytvářejí podmínky pro tvorbu komplexního mikrobiálního obrazu s potenciálním kariogenním účinkem. Objevují se streptokoky, staphylokoky, neiserie, veillonely, ale i aktinomycety, laktobacily, rothie, fusobacteria, méně bakteroides, leptotrichie, candydy a corinebacteria. V období puberty přibývá bakteriálních kmenů potenciálně patogenních pro parodont. Škodlivé pro parodont jsou především rody bakteroides, fusobacterium, eikenella, capnocytophaga, actinobacillus, actinomyces, treponema. Bakterie usazující se na povrchu zubů vytvářejí zubní mikrobiální povlak neboli plak. Je to získaný měkký povlak, který lne pevně k povrchu zubu a který lze odstranit pouze mechanicky. Skládá se z pelikuly, mikroorganismů a intermikrobiální substance. Jeho mineralizací vzniká zubní kámen.

Pelikula vzniká během několika sekund na očištěném povrchu zubů. Je tvořena proteiny pocházejícími ze slin a umožňuje adhezi ústních mikroorganismů. V časném stadiu tvorby plaku adhezují streptokoky a actinomycety. Postupující kolonizací se zesiluje původní tenká vrstva plaku, tím klesá koncentrace kyslíku, ubývá aerobních a přibývá anaerobních a fakultativně anaerobních mikroorganismů. V bakteriálním obraze převládají aktinomycety,

gram-negativní koky, přibývají filamenta. Po třech týdnech vývoje plaku zcela převažují anaerobní mikroorganismy spolu s gram-pozitivními koky. Intermikrobiální substance vytvářejí přilnavé nánosy pro bakterie a v době nedostatku glukózy je zdrojem jejich výživy (především pro kariogenní koky). Je složena z polysacharidů produkovaných mikroorganismy, z mukopolysacharidů a proteinů sliny a z mukopolysacharidů a proteinů sliny a z mukopolysacharidů gingivální tekutiny. Její tvorba je urychlována častou konzumací sacharózy.

Ve složení mikroorganismů existují značné rozdíly podle stádia vývoje plaku, podle frekvence příjmu uhlovdanů a podle lokalizace plaku na klinické korunce. Dle lokalizace plak dělíme na koronární, figurální, supragingivální a subgingivální. Plak koronární se usazuje na krčkové třetině zubní korunky a na styčných ploškách. Účastní se při vzniku zubního kazu. Plak figurální ulpívá v jamkách a rýhách zubní korunky. Rovněž přispívá ke vzniku zubního kazu. Plak supragingivální lokalizovaný v gingivální oblasti a plak subgingivální usazující se v parodontálním chobotu vyvolávají zánětlivé změny na parodontu. Změny na tvrdých a měkkých tkání vyvolávají především metabolické produkty bakterií obsažené v plaku.

( 11, str. 102 )

#### **2.14 Prostředky pro ústní hygienu**

Úkolem péče o dutinu ústní je odstraňování plaku a zbytků potravy. Prostředky pro ústní hygienu na:

- 1) mechanické
- 2) chemické

Hlavní význam si uchovávají prostředky první skupiny, protože plak lze dokonale odstranit pouze mechanicky. Tyto se dále dělí na

- a) základní
- b) doplňkové

##### **1a) Základní mechanické prostředky**

**Ruční zubní kartáček** je nejběžnější pomůckou domácí péče o chrup. Kartáček vhodný pro dospělé má mít funkční část – hlavici- dlouhou 25mm, pro dítě 15mm. Nylonová vlákna se zaoblenými konci délky 10-12mm mají být uspořádána do cca 40 snopců ve 3-4 řadách. Otvory pro jednotlivé snopce mají být vzdáleny 1-2mm. Tvrdost kartáčku, která je dána průměrem vlákna (1,15-0,28mm), délkou, hustotou a způsobem jejich osazení, má být střední ta je běžně označována jako medium – M( S- soft značí měkký, H – hard – tvrdý

kartáček). Uvádí se, že rovný zástřih pracovní části lépe čistí plochý povrch, zástřih do „V“ má usnadňovat čištění mezizubních prostorů. Držadlo kartáčku má tvořit s hlavou přímku. U kartáčku s držadlem jednou či vícekrát zalomeným uvádějí snažší dosažitelnost zadních zubů. Vlákna z přírodních materiálů se dnes nepoužívají, protože mají některé negativní vlastnosti, např. se v nich usazují mikroorganismy.

Na trhu se objevují kartáčky s různými inovacemi. Kartáček s barevným indikátorem, s odlišně zbarvenými snopci vláken, se má přestat používat, jakmile barva zmizí. Kartáčky s vlákny dvojí délky a síly mají při čištění zubů ( kratší vlákna) i masírovat dásně ( delší vlákna). Tzv. axiální kartáčky neumožňují při kontaktu s kousací ploškou současné čištění mezizubních prostor. Zvláštní modifikace ručních kartáčků mají umožnit čištění chrupu v improvizovaných podmínkách – např. klasický kartáček se skládacím držadlem. Kartáček pro čištění snímacích protetických náhrad a ortodontických přístrojů má na držadle oboustrannou hlavici se snopci nylonových vláken různého uspořádání a délky. Kartáček pro čištění fixních ortodontických aparátů má střední vlákna kratší a postranní delší, takže uprostřed vznikne prohlubeň dobře naléhající na jednotlivé části ortodontického aparátu.

Zubní kartáček se používáním opotřebovává, čímž se snižuje stírací efekt a zároveň se zvyšuje možnost poranění dásní a tvrdých zubních tkání. Projevem opotřebení je deformace původně rovných vláken. Při pravidelném a správném používání se doporučuje výměna kartáčku nejpozději po dvou měsících.

**Elektrické zubní kartáčky** mají různě tvarované hlavice s nylonovými vlákny, které se otáčejí a vibrují nebo jejich snopce rotují kolem své osy proti sobě. Výzkumné práce prokázaly menší účinnost ve srovnání s ručními kartáčky. Doporučují se u méně zručných a handicapovaných pacientů.



*Obr. č. 5 Klasické zubní kartáčky( 36 )*



*Obr. č. 6 Elektrický zubní kartáček ( 36 )*



*Obr. č. 7 Zubní kartáček na prst( 37 )*

### **1b) Doplnkové mechanické prostředky**

Tyto prostředky se používají k dokonalejšímu vyčištění mezizubních prostorů a ke stimulaci či masáži dásní. Jejich použití navazuje na vyčištění zubů kartáčkem a pastou. Pro jejich volbu je důležitá anatomická konfigurace mezizubního prostoru a přítomnost mezizubní papily. Při nesprávném používání mohou poškodit tkáň dutiny ústní.

**Kartáček pro mezizubní prostory** je určen pro čištění styčných plošek prostorů nevyplněných interdentalní papilou, fixních ortodontických přístrojů a dentálních implantátů. Nylonová vlákna jsou do štětičky kuželovitého či cylindrického tvaru různého průměru.

**Dentální vlákno či páska** (voskované či nevoskované) se používají k čištění gingiválního sulku a mezizubních prostorů vyplněných interdentalní papilou. Vlákno se navine na prostředníky obou rukou nebo se uváže do smyčky a zavede se do mezizubního prostoru.



Stírá nejprve jednu a následně druhou styčnou plochu přiléhavých korunek za pomoci dalších prstů obou rukou. Vlákno se rovněž může zavádět připevněné na držáku.

**Superfloss** je speciální dentální vlákno skládající se ze tří částí, a to z jednoduchého, zpevněného a houbovitého vlákna. Jeho utváření umožňuje zavést vlákno a vyčistit prostor pod mezičleny fixních můstků a prostory kolem fixních ortodontických přístrojů a dentálních implantátů.

**Jednosvazkový kartáček** tvořený jedním či několika svazky vláken je určen pro čištění zadních plošek posledních zubů, pro čištění mezizubních prostorů v chrupu s mezerami, pro čištění fixních ortodontických aparátů a mezičlenů fixních protetických náhrad.

**Mezizubní stimulatory** jsou kuželíky z gumy nebo z umělé hmoty připevněné na držadle, případně na druhém konci zubního kartáčku. Aplikací přerušovaného pomalu působícího tlaku na papilu stimulují dásně v mezizubním prostoru.

Párátka se běžně užívají k odstranění zbytků potravy, k odstraňování plaku z vestibulární strany a k masáží dásně při otevřeném mezizubním prostoru.

**Ústní irigátory** – vodní trysky jsou pomocné prostředky, které mohou odstranit plak jen po jeho předchozím rozrušení kartáčkem. Mohou provádět i masáž dásně. Doporučují se jen k dočištění chrupu s fixními protetickými náhradami a ortodontickými aparáty.

Za zvláštní mechanický prostředek je možno označit **žvýkačky** bez cukru. Jejich žvýkání zvyšuje tvorbu slin až o 300%, čímž se neutralizují kyseliny zubního plaku a odstraňují se zbytky potravy. Již po 20 minutách žvýkání se Ph v zubním plaku vrací k neutrálním hodnotám. Žvýkačku bez cukru používáme během dne po jídle, pokud nemáme možnost si vyčistit zuby.

## 2) Chemické prostředky

Tyto prostředky ústní hygieny mají zvyšovat odolnost tvrdých zubních tkání, zamezit tvorbě plaku, snížit jeho škodlivost a usnadnit jeho mechanické odstranění. Zároveň však nesmí mít nežádoucí vedlejší účinky. Tyto požadavky nejlépe splňují fluoritové preparáty.

Jako lokální prostředky selektivně působící proti plaku se používají antiseptika. Za nejúčinnější se považuje Chlorhexidin – diglukonát. Je schopen zcela nahradit mechanické čištění zubů. Má velkou afinitu k buněčným stěnám mikroorganismů. Podle použité koncentrace působí bakteriostaticky až baktericidně. K výplachům se používá vodný roztok 0,12% - 0,2%. Jeho soli přetrvávají v ústech až několik dní a udržují povrch zubu bez plaku. Dlouhodobé používání však barví zuby a dorsum linguae a vyvolává chuťové poruchy, které po vysazení preparátu vymizí..

Sanquinarin je antiseptikum rostlinného původu. Jeho účinky jsou obdobné jako u chlorhexidinu, ale slabší. Používá se jako součást některých **zubních past**.

Triclosan má vysokou účinnost proti gram-pozitivním a gram-negativním mikroorganismům a proti kvasinkám. Usnadňuje také mechanické čištění. Je používán jako součást některých zubních past nebo komerčních dentálních roztoků.

Peroxid vodíku a hexetidin se užívají v léčbě zánětu parodontu. Kromě výše jmenovaných se v prevenci a terapii parodontopatií používají další antiseptika, adstringencia a antiflogistika.

**Zubní pasty**, prášky a gely usnadňují odstranění zubního plaku. Zároveň se používají jako vehikulum prostředků pro lokální prevenci zubního kazu a pro prevenci či podpůrnou terapii parodontopatií. Nejdůležitější složkou zubních past jsou abrasiva, která odstraňují pelikulu ( bazální vrstvu plaku) a leští tím povrch zubu. Fakultativní složky mají zvýšit odolnost tvrdých zubních tkání proti kazu a působit proti plaku. Nejlépe ověřené jsou účinky fluoridů. Pasty s koncentracemi sloučenin fluoru 250-400ppm ( 1ppm=parts per milion=1mgF/1l) jsou určeny k preventivnímu použití u dětí, s koncentrací 1000-1500ppm pro prevenci u dospělých. Pasty obsahující 1500-2500 ppm patří do skupiny past terapeutických. Doporučují se k použití po omezenou dobu u mládeže a dospělých s vysokou kazivostí. Další fakultativní složky past bývají Alexiin, triclosan, zinečnaté soli, éterické oleje, enzymy. Jako klasická antiflogistika se užívají extrakty heřmánku, šalvěje, máty, soli alumina, karlovarská vřídelní sůl, mořská sůl, saguinarin a další.

Mezi terapeutické pasty kromě zmíněné pasty s vysokým obsahem fluoridů patří pasty na citlivé zubní krčky. Obsahují hydroxyapatit. Kalciumfosfát nebo jiné sloučeniny, které obliterují otevřené dentinové kanálky, v nichž jsou nervová vlákna, a tím snižují citlivost.

**Zubní prášky** mají obdobné složení jako zubní pasty, avšak jejich abrazivní účinek je mnohem vyšší.

**Zubní gely** obsahují fluoridy nebo chlorhexidin. Aplikují se zubním kartáčkem.

Ústní vody obsahují různé látky antimikrobiální, fluoritové, adstringentní, deodorační a kosmetické. Používají se jako adjuvans preventivních a léčebných postupů.

K tomu, aby ústní hygiena byla efektivní, je třeba zvolit správnou metodu čištění chrupu. Vhodná je každá metoda, která dostatečně odstraňuje plak z povrchu zubů a gingivy bez jejich poškození, která je aplikována dostatečně dlouhou dobu a která má určitý systém, aby některé zuby nebyly vynechány. Nejdříve se mají zuby čistit vertikálními pohyby z vestibulární, potom z orální strany či obráceně. Horizontální pohyb je vhodný jen pro kousací plochy. Těžko přístupné úseky je třeba čistit déle. Rovněž úseky s krvácející dásní je nutné čistit delší dobu.

Existuje šest dlouhodobě osvědčených metod čištění zubů. Není mezi nimi rozdíl v účinku na povrch zubů, ale liší se působením na parodont. Proto se při jejich volbě musí brát v úvahu stav parodontu.

( 11, str. 127- 132 )

## **2.15 Metody čištění zubů**

### **a) se zdravým parodontem**

Pro čištění zubů se zdravým parodontem se doporučuje zejména pro děti krouživá metoda podle Fone. Ta spočívá v čištění obou zubních oblouků kruhovými pohyby při postavení řezáků hrana na hranu. Vlákná kartáčku svírají s osou zubu pravý úhel. Po vyčištění zevních plošek se přiměřeně zmenšenými kruhovými pohyby vyčistí horní a dolní zuby z orální strany. Závěrem se horizontálními pohyby vyčistí kousací plošky.

Principem vertikální kombinované metody ( tzv. roll method) je stíravý pohyb z dásně na zuby. Vlákná kartáčku se nasadí na připojenou gingivu pod úhlem 45-30° směrem k apexu a za současného otáčení kolem dlouhé osy kartáčku se sunou ke kousací ploše. Tento pohyb se v každém úseku opakuje 5-6krát. Na straně orální se postupuje stejně, jen v předních úsecích se dlouhá osa kartáčku přetočí o 90° z kolmého směru na osu zubů rovnoběžně s dlouhou osou zubů. Kousací plošky se čistí horizontálními pohyby.

Modifikovaná stillmanova metoda je kombinace stíravého pohybu s vibracemi. Vlákná se přiloží na připojenou gingivu pod úhlem 45° směrem k apexu. V první fázi se provádějí drobné vibrační pohyby, které stimulují dásně. V druhé fázi se vlákna vedou vertikálně od dásně směrem ke kousacím ploškám. Postup je stejný z vestibulární i orální strany a v každém úseku se několikrát opakuje. Kousací plochy se čistí vodorovnými pohyby. Tento způsob čištění je vhodný pro zdravý i nemocný parodont.

### **b) s nemocným parodontem**

Pro čištění zubů s nemocným parodontem se doporučují tzv. masážní metody, které kromě čištění i masírují dásně.

Principem Chartersovy masážní metody je vibrační pohyb od korunky zubu k dásni. Vlákná se nasadí na korunku zubu pod úhlem 45; směrem ke kousací ploše. Při provádění drobných vibračních pohybů pronikají vlákna do mezizubních prostorů a odstraňují z nich plak. Z orální strany se doporučuje čistit každé mezizubní zvlášť. Při nesprávné technice může dojít k poškození gingivy. Metoda je vhodná pro manuálně zručného pacienta.

Bassova intrasulkulární metoda drobnými vertikálně rotačními pohyby čistí interdentalní prostory a gingivální sulkus. Vlákná se přiloží na bukání plošky zubů, kartáček se stočí 45; směrem ke kořeni a lehkým tlakem se provádějí drobné vibrační pohyby. Z vnitřní strany je postup stejný, jen v předním úseku se osa kartáčku přikládá rovnoběžně s dlouhou osou zubu. Při aplikaci této metody se doporučuje používat měkký kartáček s rovným zástřihem nebo speciální dvouřadý zubní kartáček.

Cirkulární čistící metoda je kombinace horizontálních pohybů s malými kroužky o průměru 2-4mm.

Nejjednodušší a snadno osvojitelná je kroužkovitá metoda podle Fonea, poměrně lehce osvojitelná je „roll“, Stillmanova a cirkulární metoda. Pro pacienty s nemocným parodontem je nejvhodnější metody Chartersova nebo různé kombinace metod.

### **Kdy začínáme s čištěním zubů?**

Čistit zuby začínáme dětem již v 1. roce života, čistit zuby dítěti musí dospělá osoba. asty se obvykle neužívá. Od 3 let věku si má dítě čistit zuby již samo a rodič má zuby dočistit. Až do 6 let by mělo být dítě alespoň občas kontrolováno dospělou osobou. Vzhledem k malým rozměrům dočasných zubů a malé manuální zručnosti dítěte je možné horizontální čištění považovat za dostatečné ( kartáček vedený horizontálně podél zubního oblouku ). S erupcí stálých zubů je vhodné přejít na kroužkovou metodu podle Fone či roll – metodu. K čištění se má používat dětský kartáček a výhradně dětská pasta v malém množství – velikosti hrášku.

### **Kdy a jak často zuby čistit?**

Ideální by bylo čistit zuby po konzumaci každého jídla či nápoje obsahujícího sacharidy. Tuto možnost většinou nemáme, a proto si máme ústa alespoň vypláchnout vodou. K prevenci onemocnění dutiny ústní se doporučuje čistit zuby minimálně 3 minuty ráno až po snídani a 5 minut večer po posledním jídle. Stejná péče musí být věnována hygieně protetických náhrad a ortodontických aparátů. Doplnkové mechanické prostředky by se měly používat jednou denně po čištění zubů kartáčkem. Žvýkačky bez cukru je možno doporučit po jídle a v průběhu dne.

Z výše uvedeného vyplývá, že nejdůležitější opatření v primární prevenci zubního kazu a v prevenci i terapii zánětu parodontu je pravidelná denní, správně prováděná hygiena dutina ústní spočívající v mechanickém odstranění plaku zubním kartáčkem. Nedílnou součástí primární prevence je využití kariostatického a bakteriostatického účinku fluoru přítomného v zubních pastách či aplikovaného v rámci fluoritových programů. Další důležitou složkou preventivních opatření je omezení stravy a tekutin obsahujících zkvasitelné cukry.

( 11, str. 146-152 )

### **2.16 Faktory ovlivňující kvalitu ústní hygiena u hospitalizovaných nemocných s deficitem sebekpěče**

Hygiena a její část – ústní hygiena je důležitá pro zachování zdraví a pro subjektivní příjemný pocit nemocného. Soběstační nemocní zpravidla vykonávají péči o dutinu ústní sami – nepožadují pomoc sestry. V případě pacienta nesoběstačného, závisí kompletní péče

o hygienu, nevyjímaje dutinu ústní, na sestře a pomocném ošetrovatelském personálu. Hygienická péče pacientů je ukazatelem kvality ošetrovatelské péče. U částečně nesoběstačných nemocných ošetrovatelský personál pomáhá. Upravuje polohu nemocného a upravuje prostředí, poskytuje pomůcky, popř. pomáhá se samotným výkonem. Hygienická péče o dutinu ústní má své místo v denním řádu. Zpravidla je péče o dutinu ústní prováděna dvakrát denně, a to ráno a večer. Hygienická péče je záležitostí velice individuální.

Z výše uvedeného vyplývá význam péče o hygienu v oblasti dutiny ústní. Hygienická péče o pacienta nesoběstačného je ve zdravotnických zařízeních neprávem opomíjena. Komplikace, které mohou nastat se zanedbáním ústní hygieny jsou zmíněny v kapitole patologie a patofyziologie dutiny ústní. Nesmíme opomíjet také stránku psychosociální, právě v této oblasti může pacientům nezajištěná ústní hygiena činit potíže. I když nedostatečné zajištění hygieny dutiny ústní u hospitalizovaných pacientů může působit banálně, je nutno pohlížet na tento problém komplexně a hledat příčinu v této oblasti:

### **1) návyky nemocného**

Již během vstupního rozhovoru – ošetrovatelské anamnézy – by sestra měla zjistit hygienické návyky pacienta. Samozřejmostí by toto mělo být u dětí, u pacientů s deficitem soběstačnosti aktuálním či potenciálním – předpokládaným např. po operaci atd. Cílem je zjistit, jak si je pacient zvyklý pečovat o ústní dutinu, zda vůbec. Jak často a kdy si je zvyklý zuby čistit, v závislosti na čem, např. na jídle. Jaké prostředky běžně používá a jakou metodou si zuby čistí. Návyky se bezesporu týkají i péče o zubní náhrady, se kterými se často u starších nemocných sestra setká. měla by zaznamenat informace o tom, jak nemocný zubní protézu čistí a kde ji ukládá. Pokud je jeho možnost pečovat o hygienu nějakým způsobem omezena, je žádoucí se zaměřit na zjištění kompenzace tohoto nedostatku. Zvláště staří lidé vnímají zásah do denního řádu velice negativně, proto je třeba se s nemocným domluvit, jak nejvhodněji zachovat návyky v oblasti ústní hygieny i během hospitalizace. Zvyklosti nemocného je vhodné prodiskutovat i s rodinnými příslušníky, pokud je komunikace s pacientem nějakým způsobem omezena. V úvahu to připadá u dětí, u starších pacientů s kognitivními poruchami, u nemocných v bezvědomí atd. Zjištěné informace je třeba řádně zaznamenat pro zajištění návaznosti ošetrovatelské péče.

### **2) somatické**

Sestra by měla provést fyzikální vyšetření ústní dutiny pacienta ( viz kapitola – Fyzikální vyšetření dutiny ústní ). Měla by zjistit jaké je orální zdraví pacienta. V jakém stavu je chrup nemocného, mály chrup vlastní, zubní náhrady, můstky, ortodontické přístroje jako rovnátka

atd. Měla by se zaměřit na zdraví vlastního chrupu, trpí-li nemocný kazivostí zubů, parodontózou. Důležité je zjistit zda protéza nepůsobí nemocnému potíže. Často nemocné tlačí, netěsní a zůstávají za ní zbytky potravy. Nesmíme zapomenout na stav sliznic, jazyka, dásní a rtů. Mohou se objevit aftózní ložiska, herpetické změny a jiné. Jakékoliv onemocnění v dutině ústní může pacientovi působit bolest a jiné nepříjemné pocity. Mění se nároky na ústní hygienu. Je třeba se informovat, zda pacient v poslední době neprodělal nějaký operativní zákrok, který by mohl měnit způsob zajištění hygieny. Nedílnou součástí je zjištění soběstačnosti ve vztahu k hygienické péči o dutinu ústní. Napomoci nám mohou testovací škály např. Barthel, Katz ( viz kapitola o soběstačnosti). Pokud je pacient omezen pohybově, je důležité vědět v jaké poloze je nemocný nucen provádět ústní hygienu. Je třeba zaměřit pozornost na to, zda je nemocný schopen chůze ( dojde-li si do koupelny), jak je omezen pohyb horních končetin. Omezený pohyb horních končetin se vyskytuje často u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě, u nemocných po úrazech horních končetin. V úvahu připadají zlomeniny, syndrom karpálního tunelu. Velice omezující jsou i onemocnění neurologického původu projevující se v oblasti horních končetin, např. třes u Parkinsonovy nemoci.

### **3) psychosociální**

V této oblasti hraje důležitou roli duševní zdraví nemocného. Mohou se objevit psychické poruchy, kdy pacient nevědomě zanedbává ústní hygienu (např. vlivem senilní demence u starých pacientů nebo u mentálně retardovaných ) nebo naopak pečuje až úzkostně ( např. u kompulsivně obsedantní poruchy ). Dalším významným faktorem je věk, záleží zda se jedná o dítě, které ještě nemá zažity hygienické návyky nebo o starého člověka často trpícího již zmíněnou senilní demencí , který již nepřikládá váhu hygieně těla. Sestra by měla být informována, zda je pacient spokojen s hygienickou péčí ve zdravotnickém zařízení. Zda má pocit dobře provedené ústní hygieny, jak významně ovlivňuje pacienta nekvalitně zajištěná ústní hygiena. Pokud je pacient nesoběstačný a odkázaný na péči druhých, jak je mu příjemné či nepříjemné čistí – li mu zuby někdo jiný. Zda mu vadí čistit si zuby v přítomnosti druhé osoby a proč? Jak ovlivňuje nedostatečná čistota dutiny ústní kontakt s druhými lidmi. Vadí- li mu zápach či povlaky? Omezují nevyčištěné zuby nějaké činnosti? Hygienická péče je záležitostí individuální a proto každý z nás vnímáme orální zdraví čistotu po svém. Nelze opomenout, že hygienická péče je záležitostí vysoce osobní a intimní. Z tohoto důvodu je nutné dbát na zachování důstojnosti a intimity během tohoto výkonu. Na spokojenosti nemocného s ošetřovatelskou péčí, v tomto případě s péčí o orální čistotu se významně podílí vzájemná komunikace pacient – ošetřovatelský tým.

#### 4) materiální

Ošetrovatelský personál by měl být informován o tom, má-li pacient v nemocnici hygienické pomůcky, a to se samozřejmě týká také prostředků ústní hygienické péče. Zda vlastní kartáček a pastu, zda si má do čeho uložit protézu atd.? Dále je se třeba zaměřit na materiální vybavení oddělení těmito pomůckami, disponují-li ošetrovací jednotky dostatkem prostředků pro ústní hygienu pro případ, že si pacienti nedonesli své. Popř. jak tento nedostatek zajistí. Které pomůcky, lze nemocným poskytnout, provádí-li hygienickou péči v rámci lůžka? Sestra manažerka, by měla mít přehled o tom, jaké materiály nabízí trh pro péči o orální hygienu u pacientů s poruchou soběstačnosti. Právě sestry na postech vrchních a staničních sester hrají klíčovou roli v zásobení oddělení pomůckami pro hygienickou péči. Sestra zde má i tu roli, že působí jako zprostředkovatel informací mezi nemocným a jeho rodinou. Není zde nevhodné požádat rodinu o donesení hygienických potřeb nemocnému. Ošetrovatelský personál by měl zajistit místo pro uložení hygienických potřeb. Jedná se o období, kdy si nemocný nemůže hlídat své věci, např. je-li v bezvědomí či během operačního výkonu. Častým problémem je ztráta umělé zubní náhrady, která je zabalená do ubrousků, buničiny apod. a spolu s odpadky omylem vyhozena do odpadu.

#### 5) legislativní

V této oblasti je třeba se zaměřit na to, kdo je kompetentní provádět hygienickou péči u pacientů. Zákon č. 96/2004 Sb. nezmiňuje hygienickou péči jako takovou. Kompetence provádět hygienickou péči jsou většinou stanoveny ve vnitřních předpisech samotných zdravotnických zařízeních. Informace mohou být součástí standardů (manuálů) ošetrovatelské péče, dále mohou být zakotveny v pracovní smlouvě a v náplni pracovní činnosti zaměstnance. Dalším úředním dokumentem, kde se setkáme s hygienickou péčí ve vztahu k osobě, které náleží ji provádět je profil absolventa daného oboru. Na hygienické péči ( s péčí o dutinu ústní) se podílí tyto pracovníci zdravotnických zařízení: všeobecná sestra ( ze SZŠ, diplomovaná, Bc. Mgr. specialista ), porodní asistentka, zdravotnický asistent, ošetrovatel/ka, sanitář/ka. S tím, že zodpovědnost za kvalitu a bezpečnost provedení nese sestra. Na oddělení intenzivní péče, u novorozenců a dalších skupin, zpravidla provádí hygienickou péči pouze sestra. Co se týká hygieny u dutiny ústní tam, kde jsou nemocní např. po operačních výkonech v orální oblasti, kde hrozí aspirace se hygiena prováděna také výhradně sestrou.

Dále, je třeba se zaměřit na to, co říkají standardy ošetrovatelské péče ve vztahu k hygieně dutiny ústní. Je-li ústní hygiena ve standardu vůbec zmíněna. Stejně tak, by měla být hygienická péče o dutinu ústní zmíněna v ošetrovatelské dokumentaci. Všechny tyto dokumenty jsou velice důležitými podklady pro návaznost ošetrovatelské péče a pro případ

právního řízení v souvislost s pochybením v oblasti poskytnuté péče. Chrání jak pacienta, tak zdravotnického pracovníka a zdravotnické zařízení.

## **6) pedagogické**

Tato oblast je zaměřena na to, jak je hygiena dutiny ústní vyučována u studentů různých stupních škol. Hygienické péče o orální dutinu je vyučována v rámci předmětu ošetřovatelství a ošetřovatelství cvičení na středních zdravotnických školách u oboru všeobecná sestra a zdravotnický asistent, ošetřovatel/ka. Dále na vyšších odborných školách zdravotnických u oboru všeobecná sestra a porodní asistentka. V rámci vysokoškolského vzdělávání u oboru všeobecná sestra a porodní asistentka. Zmíněna jsou pouze kvalifikační studia oborů u pracovníků, kteří se podílejí na hygienické péči nejvíce. Nelze opomenout také studijní opory, kterými jsou učební texty. Je třeba vědět, jak je popsán postup pro provedení ústní hygieny v různých učebnicích, nových i dříve vydaných( viz kapitola Postup péče o hygienu dutiny ústní u hospitalizovaných pacientů ). Téma výuky hygienické péče o dutinu ústní by bylo námětem samotného výzkumu.

## **7) profesionálního přístupu v praxi**

To, zda sestry zajišťují ústní hygienu dostatečně a jak to vnímají pacienti je předmětem výzkumné části. Kvalita hygienické péče u pacientů s deficitem soběstačnosti je dána jak zvyklostmi a vnitřními předpisy celého zdravotnického zařízení, tak zvyklostmi dané kliniky či samotné ošetrovací jednotky. V neposlední řadě je určena postojem samotných pracovníků k hygienické péči. Ve Švédsku byl v minulých letech proveden výzkum, který se zaměřoval na priority sester právě ve vztahu k zajištění ústní hygieny u gerontologických pacientů. Do šetření byly zahrnuty i studentky zdravotnických škol. Výsledkem zjištění bylo, že priority v hygienické péči o ústní dutinu u pacientů úzce korelují s hygienickými návyky sester u sebe samých. ( 28 ). Postoj sester může být ovlivněn mnoha faktory: výchovou k hygienické péči, základy získanými během studia( mají dostatečné znalosti o následcích nezajištěné ústní hygienické péče?), nadřizenými, osobní zkušeností s touto problematikou atd. Je třeba pátrat po příčině, proč je hygienická péče u pacientů prováděna nedostatečně. Všeobecně se má za to, že příčinou je nedostatek ošetrovatelského personálu a tím související malá časová jednotka pro pacienta. Příčinu lze také nalézt ve špatném harmonogramu práce na oddělení. Někdy by stačilo pouze upravit denní režim oddělení. Kvalita ústní péče může korelovat také s tím, jak sestra vnímá zanedbání péče v této oblasti u pacienta. Je jí nepříjemný zápach z pacientových úst, vnímá nelibě viditelné povlaky atd.? Oblast šetření zaměřená na sestry by vydala na další výzkumnou práci. Otázkou je, za jak validní lze považovat výpovědi sester.



## **2.17 Postup péče o hygienu dutiny ústní u hospitalizovaných pacientů**

Vzhledem k tomu, že je žádoucí porovnat, jak byla vyučována a praktikována ústní hygiena v různých časových obdobích, budou zde použity ukázky z vybraných učebních materiálů.

**Jarmila Roušarová** ( 1900-1979) ve své publikaci : **Pokyny k ošetrovatelské technice**, vydané roku 1949, popisuje hygienu dutiny ústní takto:

„ Péče o dutinu ústní

Účel:

1. udržovati ústa v čistotě
2. omeziti vysychání, zánět sliznice apod. při některých chorobách

### **A. Obvyklá hygiena úst,**

jako u zdravého člověka, u lehčích neb zotavujících se nemocných:

Čas :

Nejméně kvakrát denně, nejlépe po každém jídle, bezpodmínečně však vždy na noc!  
Obvykle se spojuje s ranní a večerní úpravou nemocného.

Pomůcky :

1. kartáček na zuby
2. sklenička s čerstvou, trochu odraženou vodou, event. s přísadou ústní vody podle předpisu lékaře
3. pasta na zuby
4. ledvinová miska
5. sklenička s čerstvou pitnou vodou

Postup:

1. Posadíme nemocného, neb mu opřeme hlavu jak možno nejvýše, dovoluje-li to jeho stav.
2. Chráníme mu prsa před políáním ručníkem neb papírovým ubrouskem.
3. Když je nemocný dosti silný, může si ústa vyčistiti sám. Podle potřeby mu pomůžeme přidržením misky, podáním skleničky, přidržením hlavy apod. Slabým nemocným čistíme ústa samy obvyklým způsobem.
4. Po vyčištění zubů dáme nemocnému ústa řádně vypláchnouti, a dáme mu, je-li třeba, pak ještě napítí čerstvé vody, nemá-li nemocný omezeno množství tekutin.
5. Ochlé rty natřeme krémem, borglycerinem, glycerinem s citrónem apod.
6. Pomůcky řádně umyjeme a uklidíme. Kartáček udržujeme v čistotě a v suchu. Proschnutí na slunci je nejlepší.

### **B. Zvláštní péče o dutinu ústní**

1. U těžce nemocných neb bezvědomých nemocných.

2. U horečnatých nemocných.
3. U nemocných s chorobami úst.

Čas :

Podle lékařského předpisu, obvykle každé dvě až čtyři hodiny.

Pomůcky :

1. Malý podnos
2. Ruční lampička
3. Nádobka s předepsaným roztokem ( např. užívací sodou, kysličníkem vodičným, 3% borovou vodou, rozmanitými tinkturami apod. )
4. Dřevěné ústní lopatičky ( špátle )
5. Mul nastříhaný do čtverečků, asi 10x10 cm
6. Štětíčky vatové, obalené mulem
7. Ledvinová miska
8. Sklenička s čerstvou pitnou vodou
9. Sklenička na pití ( když je jí třeba )

Poznámka: Místo dřevěných lopatiček a kousků mulu možno použít také krční sondy neb zahnutého peánu a mulových tampónků.

Takto připravený podnos obvykle necháváme v pokoji nemocného, a to pokud je třeba, přikrytý ručníkem, aby se naň neprášilo.

Postup :

1. Umyjte si vždy předem dobře ruce.
2. Otočíme hlavu nemocného na stranu a položíme mu ručník přes prsa. Posvítíme si do úst nemocného.
3. Když je nemocný při vědomí, dáme mu dříve ústa vypláchnout, buď přímo ze skleničky, neb trubičkou na pití. Ledvinovou misku mu přidržujeme u úst.
4. Ústní dřevěnou lopatičku omotáme mulem, nmočíme ji v roztoku a stíráme nemocnému hlen z jazyka a horního patra. Naše pohyby jsou pevné, ale opatrné, abychom neporanily sliznici a nevyvolaly reflex zvracení. Místo lopatiček můžeme použít zahnutého peánu a tamponků.
5. Na čištění zubů a dásní použijeme štětíček z vaty, otočených mulem, aby byly drsnější, a namáčíme je rovněž do určeného roztoku.
6. Použité lopatky, mul a štětíčky odkládáme na ledvinovou misku a pak pálíme neb hodíme do smetníku.
7. Dbáme nemocnému řádně ústa vypláchnouti.
8. Ošetříme jeho rty natřením glycerinem, borglycerinem neb jiným přípravkem.

### **C.Péče o umělý chrup**

1. Dovoluje-li to stav nemocného, necháme ho, aby si sám umělý chrup vynda, vyčistil kartáčkem, pastou a řádně opláchl. Jinak vyndáme jej z úst samy s použitím mulu a opět řádně vyčistíme. Nemocnému dáme pak zbylé zuby v ústech také řádně vyčistiti a ústa vypláchneme neb mu to uděláme opět samy.
2. Na noc necháváme umělý chrup v nádobce s čistou vodou na nočním stolku nemocného.
3. Umělý chrup operovaných nebo těžce nemocných opět řádně vyčistíme a pak dobře uložíme. S umělým chrupem zacházíme vždy opatrně.“  
( 21, str. 28- 30 )

**Virginia Henderson** ( 1897-1996) v textu: **Základní principy ošetrovatelské péče**, vydaném r.1960 se v kapitole číslo osm k hygienické péči o dutinu ústní vyjadřuje takto,  
„ Pomoc pacientovi při udržování čistoty a upravenosti těla a při ochraně pokožky  
Je velice důležité, aby všechny sestry dokázaly účinně čistit ústa a zuby nemocným a bezmocným osobám. Zuby a dásně vyžadují během nemoci pečlivější čištění než při zdravém stavu. Zuby by se měly čistit nejméně dvakrát denně, lepší je však častější čištění. Sestry musí zuby a ústa vyčistit vždy, kdy pacient není schopen toto učinit sám. Je-li pacient v bezvědomí, je nutné věnovat velkou péči prevenci před insuflací čistících materiálů. Podstatnou je pozice hlavy, která podporuje stékání, jakož i použití motorizovaného odsávání, nebo odsávání manuálního, aplikovaného se stříkačkou.“ ( 9, str. 28 )

**Marta Staňková** ( 1938-2003) ve své publikaci : **Péče o nemocné pro ošetrovatelky**, (vydáno 1973) zmiňuje ústní hygienu tímto způsobem:

„ Péče o dutinu ústní

Toaletu nemocného začínáme zpravidla vyčištěním dutiny ústní. Je-li dutina ústní zdravá, vyčistí si nemocný zuby sám, nebo mu je běžným způsobem vyčistíme. Ne zvlhčený kartáček vytlačíme zubní pastu, do kelímku připravíme vodu na vypláchnutí úst, pro ležící nemocné do ní vložíme trubičku na pití. Nemocnému podložíme bradu ručníkem a podáme mu emitní misku. Podle stavu ležícího nemocného, volíme co nejvhodnější polohu pro čištění úst, např. polohu na levém boku ( nemocný má volnou pravou ruku ), polohu na zádech s podepřenou hlavou v zátylí apod. Dbáme, aby si nemocný vyčistil všechny plochy zubů a odstranil z úst veškerou nečistotu. Během výkonu podáváme nemocnému kelímek s vodou, aby si řádně ústa vypláchl. Nemůže-li nemocný vyčistit dutinu ústní sám, provede celý výkon ošetrovatelka. Okolí úst a bradu otřeme do čtverce buničiny.

U těžce nemocných často najdeme v ústech hleny a zaschlé příškvary, které nejdou běžným způsobem odstranit. V takovém případě si připravíme k ošetření dutiny ústní:

Přesterilizované tampony a čtverce mulu,  
Vatové štětičky, čtverce buničiny, ústní lopatky,  
Skleničku s roztokem hydrogenu ( H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> – jedna lžice na sklenici vody)  
Misku s boraxglycerinem  
Peán, emitní misku a baterku.

Podnos s pomůckami položíme na noční stolek. Nemocnému podložíme bradu ručníkem, na který položíme emitní misku. Pomocí ústní lopatky a baterky prohlédneme dutinu ústní. Do skleničky s hydrogenem vložíme pár tampónů. Peánem pak vyjímáme po jednom tamponu, každý lehce vyždímáme o stěnu skleničky a vytíráme ústa – nejdříve jazyk a patro odzadu dopředu, pak zuby ( můžeme použít smočených štětiček ) a nakonec předsíň dutiny ústní. Použité tampony odkládáme do emitní misky. Výkon je dobře proveden zůstávají –li hleny s příškvarý na tamponech. Při čištění dutiny ústní upevníme tampony do peánu pevně, aby je nemocný při neopatrném pohybu nevdechl nebo nepolkl. Vyčištěnou dutinu ústní ošetříme boraxglycerinem. Štětičkou smočenou v tomto roztoku potřeme nemocnému jazyk a rty, abychom zabránily jejich vysychání.

K ošetření dutiny ústní můžeme volit jednodušší a šetrnější způsob. Postupujeme tak, že místo tamponů upevněných do peánu použijeme čtverce mulu. Vždy po jednom si je namotáme na ukazovák, smočíme v roztoku hydrogenu a vlastním prstem vytíráme nemocnému ústa. Výkon je rychlejší a sliznice se snáze očistí. Ukončíme jej vytřením dutiny ústní a rtů boraxglycerinem.

Péči o dutinu ústní u těžce nemocných nestačí provádět jen při ranní a večerní toaletě. Opakujeme ji i několikrát za den. Předvedeme tím nepříjemnému pocitu nemocného a zabráníme vzniku zánětu sliznice v ústech nebo slinných žláz.

Brání – li se nemocný výkonu a zavírá ústa, můžeme ve vyjimečných případech použít rozvěrač úst. Někteří nemocní mají umělý chrup. Dbáme, aby i tito nemocní udržovali v čistotě dutinu ústní a aby se pod umělým chrupem nezadržovaly zbytky potravy. Nemocný si před čištěním úst vyjme umělý chrup a položí jej do emitní misky. Dutinu ústní si dobře vyčistí a vypláchne. Umělý chrup umyje ošetřovatelka pod tekoucí vodou kartáčkem a pastou. Doporučuje se, aby při čištění chrupu byla v umyvadle napuštěna voda. Zmírní se tak pád chrupu a zabrání se jeho poškození v případě, že bychom jej náhodou upustili. Vyčištěný chrup vrátíme nemocnému. Je-li nemocný ve velmi těžkém stavu nebo v bezvědomí, uložíme umělý chrup do kelímku s vodou nebo zabalený v mulu do nočního stolku.“ ( 26, str. 57- 59 )

Z nejnovejších učebních textů, určených pro sestry, lze zmínit učebnici autorek:

**Z.Mikšová, M. Fraňková, R.Hernová, M. Zajíčková: Kapitoly z ošetrovateľskej péče 1,**  
vydáno 2006, které popisují dentální hygienu takto:

„Péče o dutinu ústní a chrup

Klient/pacient si zuby čistí buď sám zubním kartáčkem pastou, popřípadě používá dentální nit. Pokud tohoto úkonu není schopen, provádí mytí zubů sestra. Krouživými pohyby postupně vyčistí vnější a pak vnitřní plochy zubů včetně kousacích ploch. Po vyčištění zubů zajistí důkladné vypláchnutí dutiny ústní vodou, pokud je K/P používá.

Péče o zubní náhrady si K/P, pokud je soběstačný, zajišťuje sám, pokud ne zajistí péči sestra. Při čištění postupujeme vzhledem k jejich snadnému poškození velmi opatrně. Protézy se čistí speciálním čistícím prostředkem a kartáčkem na zubní protézy ve vlažné vodě. Po očištění se důkladně opláchnou a vsadí zpět do úst K/P.

Zvláštní péče o dutinu ústní se provádí u K/P v bezvědomí nebo v případě patologicky změněné sliznice v dutině ústní např. borax-glycerinový olej, roztok heřmánku, ředěný peroxid vodíku apod. v současné době se komerčně vyrábějí štětičky napuštěné citrónovou šťávou a olejem určené k péči o sliznici dutiny ústní. Pokud je nemáme k dispozici, můžeme použít sterilní vatové štětičky, sterilní tampóny nebo čtverce mulu namotané a ukazovák. Vyčistíme postupně všechny části dutiny ústní sliznice, patro a jazyk. Zhodnotíme stav dutiny ústní. Veškeré údaje dokumentujeme. Zvláštní péče o dutinu ústní se provádí několikrát denně podle potřeby a aktuálního stavu, např. každé 2 hodiny, 4xdenně apod.“ ( 15, str. 37 )

Závěrem této kapitoly, lze říci, že nejlépe se jeví návod na provedení ústní hygieny od autorky J. Roušarové a M. Staňkové. Tyto dvě autorky podaly velice srozumitelný a vyčerpávající návod péče o hygienu dutiny ústní. I přes to, že tyto texty jsou již staršího vydání, i pro dnešní potřeby by mohli být příkladnými. Podávají praktické, komplexní a snadno pochopitelné informace k dané tématice. Zároveň použité pomůcky jsou většinou dostupné na každém oddělení a zároveň finančně nenáročné.

### **3.Výzkumná část**

#### **Téma: Zajištění hygieny dutiny ústní u hospitalizovaných pacientů s deficitem soběstačnosti**

##### **3.1 Úvod**

Dodržování hygienických pravidel je důležitou podmínkou správné životosprávy každého člověka. Péče o čistotu ústní dutiny, jejíž cílem je odstranění plaku spolu s bakteriemi a prevence onemocnění chrupu a sliznic, by měla být součástí péče o očistu každého nemocného. Sestra v této oblasti má nezastupitelnou funkci. Nejen že, pomáhá se samotným provedením péče o dutinu ústní, ale v této oblasti působí i preventivně. U pacientů, kteří tyto návyky nemají, by měla zmínit význam ústní hygieny a podat dostatek informací popř. zajistit konzultaci odborníka ( stomatologa či dentálního hygienistu).

Jak uvádí Doc. Staňková, ve své publikaci - Péče o nemocné: „Zajištění dostatečné hygienické péče u všech nemocných je časově náročné. Proto je vhodné si zorganizovat čas tak, abychom měli dostatek času především na ty nemocné, kteří potřebují naši částečnou nebo úplnou pomoc. Podle toho, kolik pomoci při hygienické péči vyžaduje nemocný od ošetrovatelského personálu, můžeme nemocné dělit do tří skupin:

- a) nemocní chodící
- b) nemocní upoutaní na lůžko, ale jsou soběstační
- c) nemocní bezvládní a v těžkém stavu“

( 26, str. 57-58 )

Přesnější je dělení pacientů dle škál měřících míru soběstačnosti např. Barthel, Katz a další, (viz kapitola Soběstačnost ).

### 3.2 Výběr tématu

Ke zpracování tohoto tématu vedla domněnka, že právě péče o dutinu ústní bývá často u pacientů s deficitem soběstačnosti opomíjena nejen samotnými sestrami, ale i žákyněmi a studentkami zdravotnických škol, které se správným ošetrovatelským postupům teprve učí. K této domněnce mě vedla osobní zkušenost při práci zdravotní sestry v praxi i zkušenost pedagogická. Během vedení výuky odborné praxe jsem se setkala s tím, že studentky, ať středních či vyšších zdravotnických škol, na hygienickou péči o dutinu ústní zapomínají.

Potřeba zpracovat tuto problematiku byla posílena další skutečností, že v odborné literatuře nebyl nalezen text, který by se zabýval konkrétně tématem péče o hygienu dutiny ústní v hospitalizovaných nemocných s deficitem soběstačnosti. Byly nalezeny články v zahraničních odborných časopisech pro sestry, především skandinávských, které se zabývají orálním zdravím u převážně geriatrických nemocných. Většinou se jedná o výzkumná šetření pracovníků z řad dentálních hygienistů, kteří zkoumají vývoje ukazatelů dentálního zdraví u starých lidí. ( 35 )

Jelikož hygiena spadá do bazální ošetrovatelské péče, lze vzít v potaz text publikovaný v Scandinavian Journal of Caring Sciences, který se věnuje rozdílům mezi potřebami pacientů a tím, co dokumentuje a reflektuje ošetrovatelský personál ve vztahu k základní ošetrovatelské péči. Tento text uvádí, že v Dánsku se v poslední době hovoří o kvalitě základní ošetrovatelské péče. Je zmiňován posun od základní ošetrovatelské péče směrem k teoriím a odborným znalostem. Dále studie ukazuje, že kvalita základní ošetrovatelské péče má důležitý význam pro následnou rehabilitaci a délku hospitalizace. Je poukázáno, že základní ošetrovatelská péče byla jádrem teorie Florence Nightingale i teorie Virginie

Henderson. Výsledky zjištění bylo, že s rozvojem moderních principů ve zdravotnictví došlo k posunu priorit od základní ošetrovatelské péče. (1)

Další švédský článek, vydaný v časopise určeným sestřám, zmiňuje nízké priority v péči o dentální zdraví v celé populaci. ( 34 )

Bohužel, v dostupných zahraničních zdrojích jsem nenalezla text řešící kvalitu péče o dutinu ústní u hospitalizovaných pacientů s deficitem soběstačnosti.

### 3.3 Předvýzkum

V předvýzkumu byly ověřeny všechny postupy a metody, které měly být později použity při realizaci výzkumu. Na vzorku 10 pacientů z jedné ošetrovací jednotky byly ověřeny výzkumné techniky, vhodnost použití záznamového archu, srozumitelnost pro respondenty. Ověřena byla také vhodnost způsobu získávání a třídění informací. Vyjádřeno slovy, cílem předvýzkumu je ověřit výzkumný projekt.

Počet respondentů : 10

Oddělení : 1, chirurgické aseptické oddělení malé nemocnice

Metody: pozorování, direktivní rozhovor

Průběh: sběr informací pro předvýzkum probíhal v říjnu 2006, oslovení byli nemocní při vědomí hospitalizovaní na aseptickém chirurgickém oddělení malé nemocnice ve středočeském kraji, podmínkou pro výběr respondentů byl deficit v oblasti soběstačnosti. Jinak byli pacienti vybráni náhodně.

Zjištěné problémy:

- Některé stanovené hypotézy v projektu práce musely být přeformulovány. Tyto hypotézy nebyly měřitelné použitými otázkami.
- Některé otázky v záznamovém archu bylo třeba pozměnit, byly pacientům nepochopitelné. Pro příklad lze uvést otázku: „ Ovlivňují nevyčištěné zuby Vaši pohodu?“ Pacienti si často nevěděly rady s vysvětlením pojmu – pohoda. Otázka byla přeformulována na pacientům blíže pochopitelnou verzi: „ Vadí Vám nevyčištěné zuby?“
- Některé otázky nehodnotily stanovené hypotézy. Např. byla vypuštěna otázka týkající se vědomí nemocného, protože do šetření byli zavzati pouze nemocní schopní vyjádřit svoji spokojenost či nespokojenost s péčí v oblasti ústní hygieny.
- Některé podstatné dotazy byly do záznamu přidány. Např. otázka týkající se fyzikálního vyšetření dutiny ústní sestrou.
- Vzhledem k problematičnosti sběru dat na odděleních intenzivní péče bylo později sníženo předpokládané množství respondentů z těchto oddělení ( přísný hygienicko-epidemiologický

režim, pacienti v těžkém stavu – nemožnost rozhovoru). Předpokladem bylo oslovit pacienty z třech oddělení intenzivní péče. Nakonec bylo k šetření použito pouze jedno oddělení poskytující intenzivní péči.

#### Závěr:

Lze říci, že pacienti spolupracovali bez obtíží. Stanovené hypotézy byly potvrzeny. Z respondentů bylo 6 žen a 4 muži, jejichž průměrný věk byl 67 let. Hodnoty Barthel skóre se pohybovaly v rozmezí od 10 do 85. Na sledovaném oddělení provádí hygienickou péči sestry a sanitárky. Z hodnocení fyzikálního vyšetření dutiny ústní lze soudit, že celková úroveň orálního zdraví respondentů je nízká. 6 pacientů z 10 udává pocit dobře vyčištěných zubů. Na sledovaném oddělení nejsou k dispozici zubní kartáčky a pasty, pro případ, když pacient nemá vlastní. Oddělení disponuje štětkami, boraxglycerínem, mulovými čtverci a tampóny. Bylinné odvary ( heřmánek, řepík) jsou na oddělení k dispozici, ale pro ošetření dutiny ústní se nepoužívají. Pacient vykonávající hygienu dutiny ústní v rámci lůžka je vybaven: PVC umývadlem, emitní miskou a kelímkem s vodou, což se jeví jako dostatečné. Pro uložení zubní protézy jsou používány kelímky od jogurtů. Oddělení nepoužívá ošetřovatelskou dokumentaci. Péče o dutinu ústní je ve standardu hygienické péče zmíněna dostatečně.

### 3.4 Typ výzkumu

- Ke zpracování tohoto šetření byl zvolen výzkum **kvalitativní s prvky výzkumu kvantitativního**, kvantitativnost se projevuje ve způsobu vyhodnocení některých položek.
- Kvalitativní výzkum představuje systematický proces a subjektivní přístup k popisu a interpretaci, v tomto případě, lidské činnosti. V ošetřovatelství se kvalitativního výzkumu používá při zjišťování kvality ošetřovatelské péče. Někteří autoři považují za kvalitativní výzkum jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Kvalitativní výzkum se provádí nejčastěji jako intenzivní a dlouhodobý kontakt s terénem. Kvantitativnost se projevuje ve vyhodnocení některých položek. Tyto situace jsou zcela banální, týkající se každodenního života jedince, skupiny nebo společnosti. Hlavním úkolem je ukázat, jak lidé v každodenních situacích rozumí probíhajícím procesům, jak je zvládají a jak provádějí příslušné akce.



## Účel kvalitativního výzkumu a vědecká otázka

Kvalitativní výzkum se může zabývat:

- popisem procesů, vztahů, okolností a situací, systémů nebo lidí
- interpretací, explanací a exploračí, přičemž se provádějí zobecnění, navrhuji nové koncepty, získává vhled do problému, identifikují se problémy, vyjasňují se otázky, navrhuji se teorie
- verifikací předpokladů, teorií nebo zobecněním
- vyhodnocením a komparací praktik, inovací, programů

kvalitativní výzkum pracuje s malým souborem respondentů bez nároku na statistickou reprezentativnost. Může to být výzkum týkající se kvality života lidí, chodu organizací atd. V ošetrovatelství lze použít např. při zjišťování kvality ošetrovatelských činností.

Dále se jedná o výzkum **aplikovaný**, který vzniká z potřeby zkoumat či řešit praktický problém, případně získat informace o novém problémovém jevu. Jde o činnost, která staví do popředí využití teoretických výsledků v konkrétních podmínkách praxe. V ošetrovatelství zahrnuje nejen studie zaměřené na řešení praktických problémů a ošetrovatelské rozhodování, ale také na klinické pokusy zaměřené na rozvoj a vyhodnocování nového programu, produktu, metody nebo postupu. Je soustředěný na problém ošetrovatelské praxe a vzdělávání sester, pracovní zátěž sester, účinnost ošetrovatelského procesu, standardizace aj. Dá se říci, že tento výzkum je také **empirický**, který umožňuje využít důkazy objektivní reality jako základ zobecnování. V ošetrovatelství, lze tímto způsobem sledovat např. spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí. Toto šetření má i prvky výzkumu **praktického**, který se zaměřuje přímo na zlepšení, zkvalitnění ošetrovatelské péče. Vyznačuje se tím, že reaguje na aktuální potřeby ošetrovatelské praxe. Předmětem klinického výzkumu je nemocný člověk, což je i případ této studie. Podstatou **klinického** výzkumu v ošetrovatelství je zkoumání účinnosti ošetrovatelského procesu, zaměřeného na člověka jako bio-psycho-sociální a duchovní jednotu. Využívají se klinické studie, v kterých se analyzují potřeby nemocného, účinky ošetrovatelských výkonů a postupů apod. Tento výzkum je **individuální**, při kterém výzkumník pracuje sám. ( 2 )

### 3.5 Vzorek respondentů

Písemnou žádostí byla oslovena tři zdravotnická zařízení, vedením oslovených institucí bylo vybráno celkem 8 ošetrovacích jednotek:

- 1) velké zdravotnické zařízení v Praze
- oddělení následné péče – 9 respondentů

- oddělení septické chirurgie – 8 respondentů
- 2) menší státní nemocnice ve Středočeském kraji
- interní oddělení – 10 respondentů
- 3) menší nemocnice spadající pod akciovou společnost ve Středočeském kraji
- oddělení následné rehabilitační péče – 14 respondentů
  - oddělení septické chirurgie – 7 respondentů
  - oddělení aseptické chirurgie - 3 respondenti
  - interní oddělení – 10 respondentů
  - JIP chirurgie – 4 respondenti

Zdravotnické zařízení	Oddělení	Počet respondentů
Malé, ve středočeském kraji – státní zařízení	Interní	10
Velké zařízení v Praze, státní	Následné péče	9
	Septické chirurgie	8
Malé zařízení, Středočeský kraj, a.s.	Následné péče	14
	Aseptické chirurgie	3
	Septické chirurgie	7
	Interní	10
	Intenzivní chirurgické péče	4

*Tabulka č. 2 – Vzorek respondentů*

Do výzkumu bylo zahrnuto celkem 65 respondentů. Kritéria pro výběr:

- a) respondent musel být hospitalizován
- b) Barthel skóre 90 a méně

Dále byl výběr pacientů zahrnutých do výzkumu náhodný.

### **3.6 Předpokládané problémy**

#### **P -1**

Ve vybraných zdravotnických zařízeních se nevěnuje dostatek pozornosti hygieně dutiny ústní u pacientů s deficitem soběstačnosti.

#### **P – 2**

Oddělení nedisponují dostatkem pomůcek pro kvalitní zajištění hygieny dutiny ústní

#### **P -3**

Hygienická péče o dutinu ústní není zmíněna ve standardech ošetrovatelské péče

#### **P – 4**

Hygienická péče o dutinu ústní není zmíněna v ošetrovatelské dokumentaci.

#### **P – 5**

Oslovení pacienti vnímají ošetrovatelskou péči o hygienu dutiny ústní jako nedostatečnou.

### **3.7 Cíl šetření**

Cílem šetření je potvrdit či vyvrátit výše stanovené předpokládané problémy které souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče v oblasti hygieny dutiny ústní. Cílem není kritizovat práci sester. Naopak cílem je odhalit skutečnost a pomoci navrhnou řešení, které by vedlo ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče. V neposlední řadě je také sledován záměr, který by vedl k uvědomění si významu základní ošetrovatelské péče. Důležitým cílem je interpretovat pocity nesoběstačného pacienta, které vnímá v souvislosti se zajištěním hygieny dutiny ústní.

### **3.8 Materiály a metody**

#### **Použitými materiály byly:**

- Záznamové archy + tužka
- Škála pro hodnocení soběstačnosti – Bartlův test – ADL
- Dokumentace pacienta
- Ošetrovatelská dokumentace

- Standardy ošetrovateľskej péče

V tomto šetření byla použita metoda:

**Pozorování** - technika pozorování je základem empirického zkoumání a těžištěm pro ošetrovateľský a klinický výzkum. Pozorování znamená soustředěné, cílevědomé sledování se záměrem něco poznat, zjistit a vyzkoumat. Patří mezi základní tradiční techniky sběru informací. Tuto techniku lze využít v řadě ošetrovateľských šetření, týkající se potřeb pacientů. Pozorování je značně náročné na čas a vyžaduje specifické schopnosti a dovednosti. Jde zejména o :

- Schopnost rychlé adaptace na neznámé prostředí
- Vžití se do příslušné role
- Zachování nezaujatého, objektivního postoje
- Osvojování nástrojů a pomůcek
- Schopnost zvládat složitější, nečekané situace

V tomto konkrétním šetření bylo použito pozorování nezúčastněné, kdy badatel pozoruje společenské jevy, aniž se sám v pozorovaném ději angažuje ( např. prochází nemocnicí). Toto pozorování je postaveno na poměrně přesných pravidlech. Většinou ho provádějí instruovaní badatelé, kteří jsou vybaveni záznamovým archem, který je vodičkem pozorování a zároveň slouží k zaznamenávání jeho výsledků. Dále lze dělit pozorování a skryté a zjevné. V tomto výzkumu bylo použito zjevného pozorování, kdy účastníci pozorování na straně objektu vědí, že jsou pozorováni. Výhodou je, že pozorovatel si může podrobně zapisovat poznatky. Nevýhodou může být, nedostatečně přirozené chování pozorované skupiny. Bylo využito přímého pozorování, které je charakterizované sledováním jevu přímo smyslovými orgány. Probíhá aktuálně a je u ošetrovateľského výzkumu nejčastější. Jako výzkumník jsem se zúčastnila na všech oddělení ranní hygienické péče nemocných, kde byl sledován způsob provedení péče o dutinu ústní a pomůcky, které byly poskytnuty pacientovy v případě, že nevlastnil své. Dále jsem pozorovala jakými pomůckami disponovala vybraná oddělení pro péči o ústní hygienu. V neposlední řadě jsem v rámci fyzikálního vyšetření sledovala stav dutiny ústní u vybraných nemocných.

**Rozhovor ( interview)** – je ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a respondentem, v němž výzkumník získává informace prostřednictvím otázek, směřujících ke zjištění skutečností. Jde o vzájemnou interakci, která probíhá mezi uvedenými partnery face to face. Příznačný je jednosměrný tok informací. Rozhovor je tedy možno definovat jako systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které tazatel klade. Zásady, které se doporučují dodržovat při rozhovoru, lze shrnout takto:

- Správně odhadnout složitost zkoumaných problémů resp. Informačních požadavků z hlediska charakteru respondentů
- Koncipovat rozhovor jako přirozený, nenásilný dialog
- Počítat s narůstáním únavy a poklesem pozornosti – omezit délku rozhovoru
- Motivovat respondenty vhodným vysvětlením smyslu rozhovoru
- Vytvořit přátelskou atmosféru
- Zajistit dodržování určeného postupu
- Mít rámcově připravené odpovědi pro vysvětlení nepochopených otázek
- Používat srozumitelný jazyk blízký chápání respondenta
- Vyloučit subjektivní ovlivňování odpovědí tazatelem

Pro registraci informací zjištěných rozhovorem i pozorováním byl použit písemný záznam do archu. Byla použita metoda individuálního rozhovoru, který probíhá pouze mezi tazatelem a respondentem. Jednalo se o rozhovor standardizovaný (direktivní, strukturovaný), který probíhal na základě předem připravených otázek, které byly předem vytištěny v záznamovém archu. Dále byly zaznamenány informace pozorování. Na všech oddělení jsem byla přítomna během vykonávání ranní hygieny, a proto jsem proces péče o hygienu dutiny ústní mohla zaznamenat. Dále pozorování probíhalo formou fyzikálního vyšetření dutiny ústní u respondentů.

Záznamový arch obsahuje čtyři části:

- Úvodní část, která je zaměřena na obecné informace týkající se toho, o jaké zdravotnické zařízení se jedná, jaké oddělení, věk, diagnóza a ADL skóre pacienta
- Druhá část je zaměřena na sestru a oddělení – tyto otázky zodpovídá jakákoliv sestra na oddělení. Některé jsou doplněny po pozorování badatelem
- Třetí část je vymezena pacientovy – obsahuje nejdříve záznam z fyzikálního vyšetření dutiny ústní výzkumníkem, dále již otázky zodpovídá respondent při rozhovoru s badatelem. Zároveň jsou doplňovány informace zjištěné pozorováním
- Poslední část je vyhrazena místem pro poznámky, informace, které byly zjištěny navíc a jsou požadovány za důležité.

Otázky ve druhé části jsou určeny pro sestru, ale týkající se pouze provozu oddělení. Dotazy, ve kterých by sestry měly sami hodnotit kvalitu poskytované péče nebyly do záznamu zahrnuty úmyslně. Lze předpokládat, že výpověď by nebylo možno považovat za validní. Lze předpokládat, že sestry by v odpovědích, nepřiznaly nedostatky v oblasti péče o dutinu ústní. Hodnocení kvality péče je tedy nepřímou zavzato do otázek určených pro pacienty. Hygienická péče pacientů není potřebou ošetrovatelského personálu, ale pacientů samých.

V souvislosti s tímto tématem by mohlo být provedeno více výzkumů týkajících se této problematiky např. znalosti sester v oblasti orální hygieny, postoje sester k ústní hygienické péči, kvantifikace personálu a s tím související časová jednotka na pacienta v souvislosti s hygienou a další. Zahrnou všechny tyto oblasti do jednoho šetření by bylo velice obtížné a proto bylo prvotní zkoumání zaměřeno na vnímání této problematiky pacienty.

### **3.9 Etické aspekty výzkumu**

Hygienická péče je záležitostí individuální a velice intimní. Z tohoto důvodu byla písemně požádána vedení vybraných zdravotnických zařízení o souhlas s provedením tohoto šetření. Souhlas se také týkal nahlížení výzkumníka do dokumentace pacienta a standardů ošetrovatelské péče. a V jednom zdravotnickém zařízení žádost vyřizovala etická komise, ve dvou vedení nemocnice v čele s ředitelem a náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. Dále bylo třeba ústního souhlasu vedení oddělení – vrchních popř. staničních sester. Samotní pacienti byly informováni o účelu a samotném provedení výzkumu. Po pacientech byl žádán ústní souhlas. Pokud se zahrnutím své osoby do studie nesouhlasily, jejich rozhodnutí bylo vzato na vědomí. Během sběru dat vědomě k porušení etických norem nedošlo.

### **3.10 Analýza výsledků šetření dle jednotlivých položek**

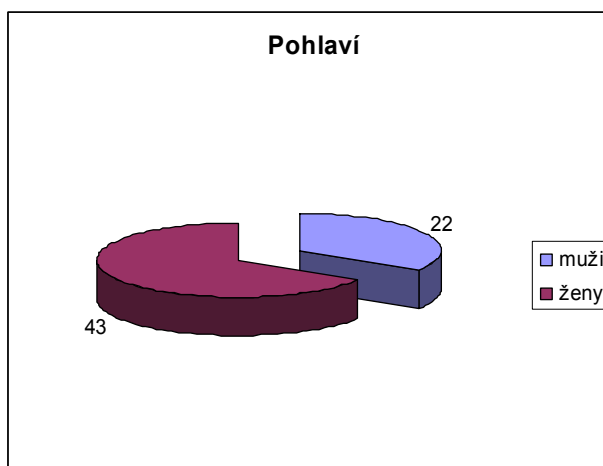
Kontrolou vyplněných záznamových archů bylo zjištěno, že všechny záznamové formuláře byly vyplněny úplně, a proto mohou být zařazeny do hodnocení dat. Pro přehlednost je záznamový arch rozdělen do čtyř základních částí. Pátou část tvoří prostor pro poznámky.

#### **Oddíl A – Základní informace**

K získání informací pro tento oddíl posloužila zdravotnická dokumentace pacienta. Dále byl použit Test ADL, který byl vyplněn výzkumníkem spolu s pacientem.

#### **Položka č. 1 - Pohlaví**

Celkem bylo osloveno 65 hospitalizovaných pacientů. Z celého počtu bylo 22 mužů a 43 žen.



Graf č. 1 -Pohlaví respondentů

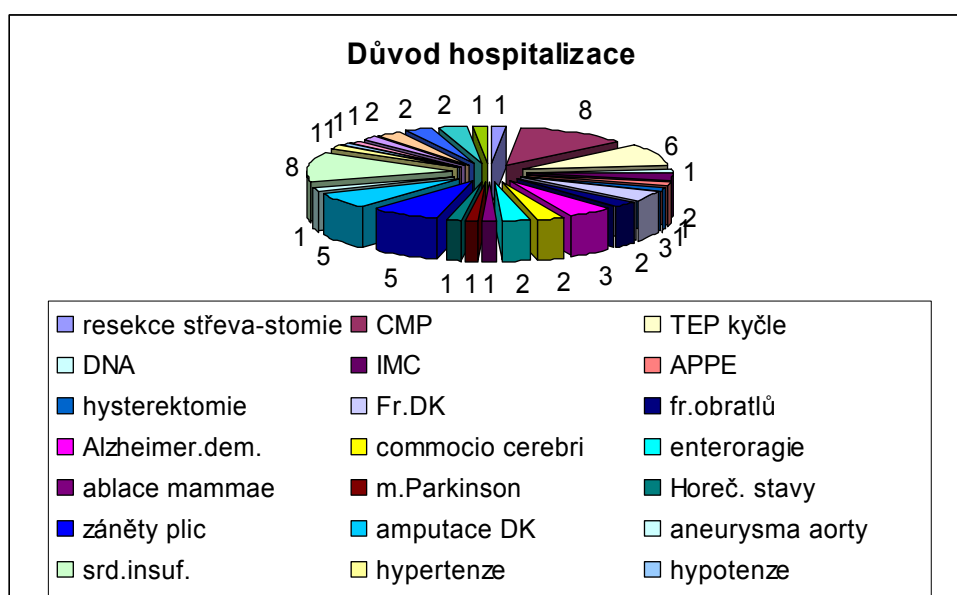
### **Položka č. 2 - Důvod hospitalizace ( hlavní diagnóza )**

U respondentů se objevilo cca 27 lékařských diagnóz, která byly hlavní příčinou hospitalizace. Lze konstatovat, že typ onemocnění je jedním z faktorů ovlivňující míru soběstačnosti nemocného. U pacientů po operačním výkonu je rozhodující pooperační den. Nejčastější objevující se diagnózou u dotázaných nemocných byla cévní mozková příhoda, která se projevovala hemiparézou. Tato diagnóza se objevila u osmi pacientů. Ve stejném počtu, osmi pacientů, se vyskytovala diagnóza srdeční insuficience v různé podobě. Tito nemocní byli vyššího věku a měli přísný klidový režim na lůžku. Dále se jednalo o stav po náhradě kyčelního kloubu. Nemocných s touto diagnózou bylo šest. Hlavním problémem byla neschopnost chůze a s tím související vykonávání hygienické péče na lůžku. Ostatní diagnózy se u respondentů vyskytovaly v menším zastoupení ( viz tabulka č. 3).

Důvod hospitalizace( hlavní diagnóza)	Počet pacientů
Resekce střeva se stomií	1
Cévní mozková příhoda	8
St.p. totální endoprotéze kyčelního kloubu	6
DNA	1
Infekce močových cest	2
St.p. appendektomii	1
St.p. hysterektomii	1
Fraktura dolní končetiny	3
Fraktura obratlů	2
Alzheimerova demence	3

Commocio cerebri	2
Enteroragie	2
St.p. ablaci mammae	1
Morbus Parkinson	1
Horečnaté stavy	1
Zánětlivá onemocnění plic	5
St.p. amputaci dolní končetiny	5
Aneurysma aorty	1
Srdeční insuficience	8
Dekompenzovaná hypertenze	1
Ortostatická hypotenze	1
Jaterní encefalopatie	1
Ulcus cruris	1
St.p. pankreatoduodenektomii	2
Fraktura horní končetiny	2
St.p. cholecystektomii	2
Sociální hospitalizace	1

Tabulka č. 2 Důvod hospitalizace ( hlavní diagnóza )



Graf č. 2 Důvod hospitalizace ( hlavní diagnóza )



### **Položka č. 3 - Věk respondentů**

Do výzkumu byli zahrnuti nemocní ve věku 18-93 let jejichž průměrný věk činí 70,33 let. Výběr respondentů z hlediska věku byl zcela náhodný. Šetření probíhalo pouze na odděleních určených pro dospělé pacienty. Otázka věku byla zde použita protože, právě věk je jedním z důležitých faktorů ovlivňující stav orálního zdraví a míru sebeděče.

Pohlaví	Průměrný věk ( let )	Věkové rozmezí ( let )
Muži	67,77	18-84
Ženy	72,90	45-93

*Tabulka č. 3 – Věk respondentů*

### **Položka č. 4 - Soběstačnost**

Míra soběstačnosti u jednotlivých pacientů byla stanovena pomocí Bartlova testu, základních denních činností ADL ( viz. Kapitola o soběstačnosti ). Podmínkou pro výběr respondenta bylo Barthel skóre 0-90. Právě úroveň soběstačnosti je důležitým faktorem, který ovlivňuje míru závislosti na ošetrovatelském personálu. Hodnocení závislosti dle ADL testu viz příloha č. 2.

Pohlaví	Průměrné skóre Barthel testu
Muži	45,68
Ženy	48,25
Muži + ženy	46,96

*Tabulka č. 4 – Míra soběstačnosti u respondentů*

## **Oddíl B – Informace týkající se oddělení**

Tento oddíl byl vyplněn výzkumníkem na základě pozorování a rozhovoru s náhodně vybranou sestrou z oddělení. Prostudována byla ošetrovatelská dokumentace a standardy ošetrovatelské péče.

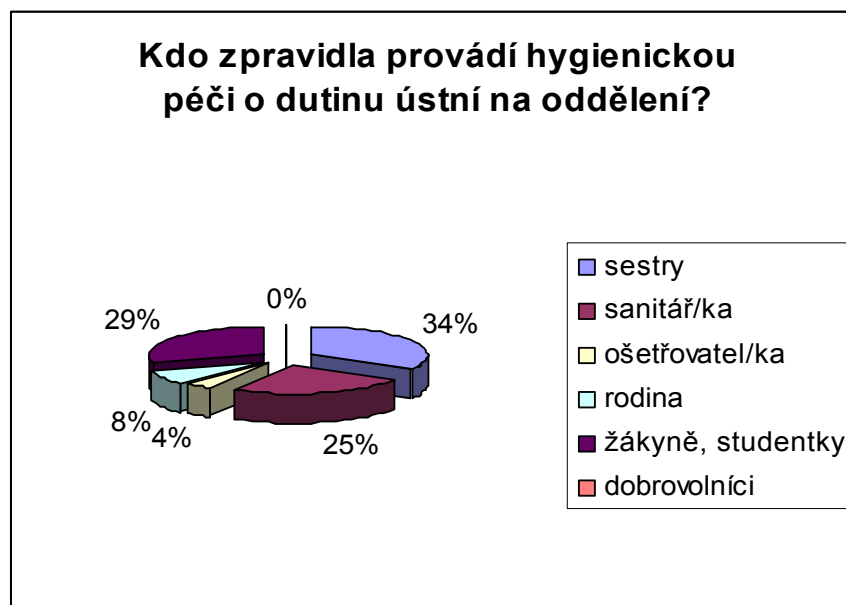
### **Položka č. 5 - Kdo zpravidla provádí na oddělení hygienickou péči o dutinu ústní?**

K této otázce byly nabídnuty možnosti odpovědí ( viz tabulka č. 5). Možné byly i různé varianty kombinací odpovědí. Možnost „ jiné“ nebyla v žádném případě využita. Nabídka konkrétních odpovědí byla dostatečná.

Šetření probíhalo na osmi odděleních. Na všech se na péči o dutinu ústní podílejí sestry. Na každém oddělení je zastoupení ošetrovatelského personálu jiné. Sanitáři/ky jsou přítomni na šesti odděleních, kde se na dentální hygieně podílejí. Pouze jedno oddělení má ošetrovatelku, která pokud má službu, tak hygienu ústní u nemocných vykonává. Pokud v zaměstnání není, vykonávají ústní hygienu u nemocných sanitářky spolu se sestrami. Na tomto chirurgickém septickém oddělení vykonává hygienu u pacientů zpravidla pomocný ošetrovatelský personál. Sestry se podílejí pouze tehdy, je-li na oddělení větší počet zcela nesoběstačných nemocných. V takovém případě provádějí hygienickou péči sestry noční služby. Rodina se na péči o dutinu ústní podílí pouze na dvou odděleních a to na odděleních následné péče. Dobrovolníky podílejícími se na hygienické péči nedisponuje ani jedno z dotazovaných zdravotnických zařízení. Sedm z tázaných osmi ošetrovacích jednotek navštěvují žákyně či studentky zdravotnických škol. Pravidelně se na hygienické péči u pacientů podílejí.

Kdo provádí péči o dutinu ústní	Počet oddělení, kde se daná skupina na péči podílí/ celkový počet respondovaných oddělení
sestry	8/8
ošetrovatelky	1/8
sanitáři/ky	6/8
rodina	2/8
dobrovolníci	0/8
Žákyně, studentky	7/8

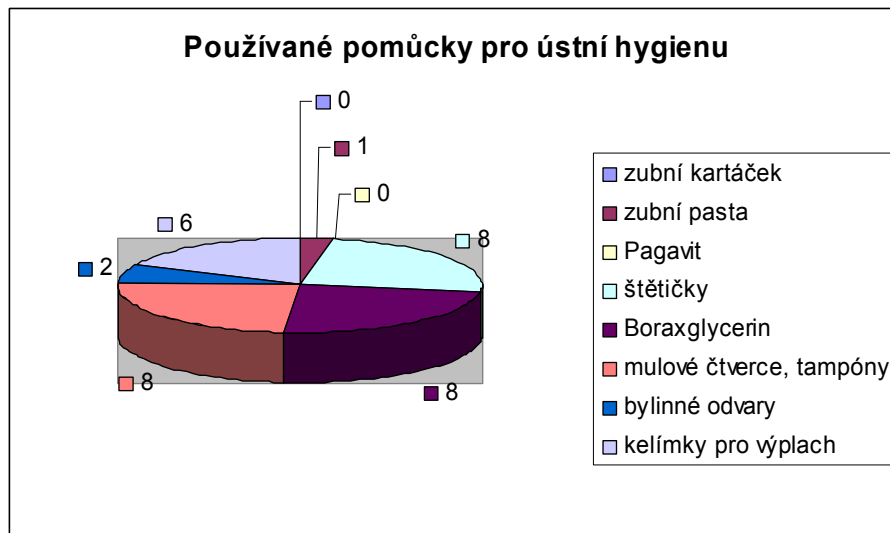
*Tabulka č.5 - Kdo zpravidla provádí na oddělení hygienickou péči o dutinu ústní?*



Graf č. 3 - Kdo zpravidla provádí na oddělení hygienickou péči o dutinu ústní?

**Položka č. 6 - Jaké pomůcky pro hygienu dutiny ústní má oddělení k dispozici, když pacient nemá vlastní?**

V záznamovém formuláři byly vyjmenovány nejčastěji používané pomůcky s možností uvést jiné. Kupodivu žádné oddělení nemá pro pacienty k dispozici zubní kartáčky. Zubní pastu vlastní pouze jedno chirurgické oddělení v menší nemocnici. V kategorii jiné byl zaznamenán k péči o dutinu ústní přípravek Stopangin, který se používá v poměru jedna polévková lžice na sklenici vody na oddělení následné péče velkého pražského zdravotnického zařízení. Přípravek je používán k výplachům. Přípravek Pagavit, štětičky napuštěné Boraxglycerinem, olejem a citrónovou šťávou nebyl k dispozici na žádném oddělení. Pomůckami, které jsou nejčastěji používány u pacientů v rámci ústní hygieny jsou vatové štětičky, mulové čtverce a boraxglycerin.



*Graf č. 4 - Jaké pomůcky pro hygienu dutiny ústní má oddělení k dispozici, když pacient nemá vlastní?*

**Položka č. 7 - Co se na oddělení používá k uložení zubní protézy?**

Důležitým ukazatelem vybavenosti oddělení vzhledem péči o dutinu ústní je používání pomůcek k uložení umělé náhrady. Zde byla položena otázka s otevřenou možností odpovědi. V odpovědích se vyskytovaly celkem tři typy:

- a) kelímky od jogurtů, salátů apod.
- b) kelímky s víčkem určené pro náhrady
- c) hrnečky

Jako nevhodnější se jeví kelímky s víčkem určené právě pro zubní náhrady. Víčko zamezuje vylití tekutiny při nešetrné manipulaci. Kelímek i víčko jsou z neprůhledné, bílé umělé hmoty a proto zároveň zajišťuje intimitu a estetičnost při uložení na nočním stolečku. Tyto kelímky má k dispozici oddělení chirurgie a následné péče akreditovaného zařízení. Obě další varianty se zdají být nevhodné. Kelímek od jogurtu je příliš úzký. Snadno se převrhne a nepůsobí esteticky. Hrnečky se zdají být vhodnější. Ve většině případech byly používány porcelánové hrnečky určené k pití, což je nehygienické.

Pomůcka pro uložení protézy	Počet oddělení, kde se pomůcka používá
Kelímky od jogurtu apod.	4
Kelímky s víčkem určené pro protézy	2

Porcelánové hrnečky	2
---------------------	---

Tabulka č. 6 - Co se na oddělení používá k uložení zubní protézy?

**Položka č. 8 - Jaké pomůcky jsou poskytnuty pacientovi v případě, že vykonává hygienickou péči o dutinu ústní v rámci lůžka?**

Zde byla použita otevřená možnost odpovědi, přesto se vyskytovaly pouze tři pomůcky, které oddělení pacientům, kteří vykonávají ústní hygienu na lůžku poskytují:

- a) plastové umývadlo
- b) emitní miska
- c) kelímek pro vypláchnutí

Problém lze vidět v tom, že oddělení neposkytují pacientovi všechny tyto uvedené pomůcky, ale pouze některé. Tyto uvedené pomůcky se jeví jako dostatečné, pouze je vhodné ležícím pacientům poskytnout hadičku či brčko pro nasátí tekutiny pro výplach úst z kelímku.

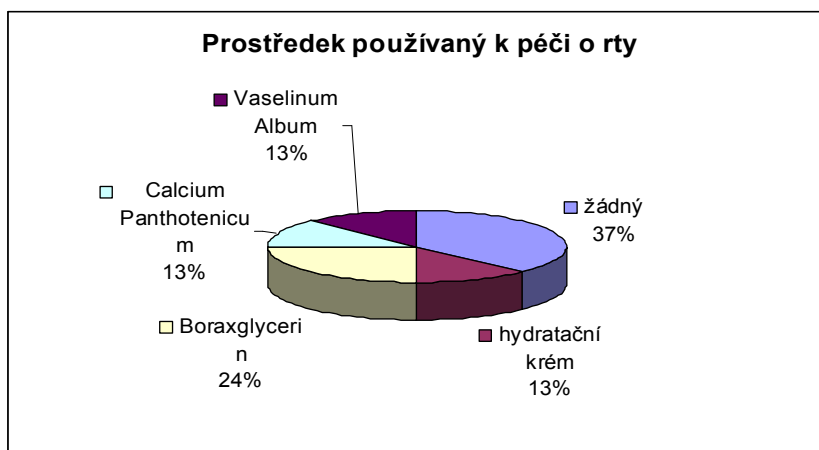


Graf č. 5 – Pomůcky pro péči o dutinu ústní k lůžku

**Položka č. 9 - Jaké pomůcky má oddělení k dispozici v péči o rty?**

Péče o rty je nedílnou součástí péče o dutinu ústní. Nemocní, kteří mají omezen přísun tekutin perorální cestou, často udávají oschlé rty. Cílem péče o rty je jejich promaštění a zvlhčení.

Dotazovaná oddělení používají nejčastěji Boraxglycerin, mast Calcium Panthotenicum, Vaselinum Album či hydratační krém. Tři oddělení z osmi nepoužívají k péči o rty žádný prostředek.



Graf č. 6 – Prostředek používaný k péči o rty

**Položka č. 10 - Je hygienická péče o dutinu ústní zmíněna v ošetřovatelské dokumentaci?**

Tato otázka byla uvedena proto, že záznam hygienické péče v ošetřovatelské dokumentaci je důležitý pro návaznost péče a dále proto, že ošetřovatelská dokumentace je určitou právní ochranou sestry, pro případné právní spory v důsledku pochybení v ošetřovatelském procesu. Jedno zdravotnické zařízení nemá zavedenu ošetřovatelskou dokumentaci vůbec. Dvě nemocnice s ošetřovatelskou dokumentací pracují, ale pouze jedno z nich má zde ukotvenu hygienu dutiny ústní. Jedná se o velké pražské zařízení, kde byla oslovena dvě oddělení.

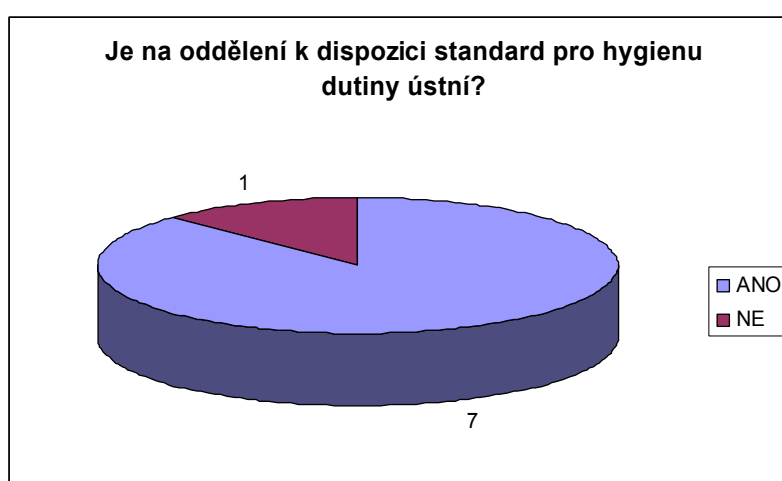


Graf č. 7 - Je hygienická péče o dutinu ústní zmíněna v ošetrovatelské dokumentaci?  
(číslo udává počet oddělen )

**Položka č. 11 - Je na oddělení k dispozici standard péče o ústní hygienu?**

Standard je důležitým dokumentem návodem pro práci sester. Postup péče dle ošetrovatelského standardu je jistou zárukou správnosti provedení výkonu, proto bylo sledování zaměřeno také na tuto legislativní oblast.

V sedmi případech z osmi na oddělení standard hygienické péče o dutinu ústní k dispozici je. Vyskytuje se jako součást standardu hygienické péče. Patří do standardů obecných či základních. Pouze jedno zdravotnické zařízení hygienu dutiny ústní nemá ve standardech zmíněnu.



Graf č. 8 - Je na oddělení k dispozici standard péče o ústní hygienu? ( číslo označuje počet oddělení )

**Položka č. 12 - Kolik pacientů maximálně připadá na péči jedné sestře ve směně?**

Vzhledem k tomu, že lze předpokládat, že hlavní příčinou nedostatečně prováděné péče o hygienu ústní je nedostatek času sester, byla zahrnuta otázka týkající se počtu pacientů na sestru. Samozřejmě velice záleží na typu oddělení, soběstačnosti pacientů denním harmonogramu práce atd. Na všech odděleních se vyskytovala skutečnost, že nejméně sester slouží v noční službě a přes den bývá služba posílena. Na některých odděleních provádí hygienickou péči ještě noční sestry, alespoň u části pacientů. Většinou je péče o čistotu těla provedena až personálem denní služby.

Typ oddělení	Max. počet pacientů na sestru
JIP	3

Standardní	18
Následná péče	23

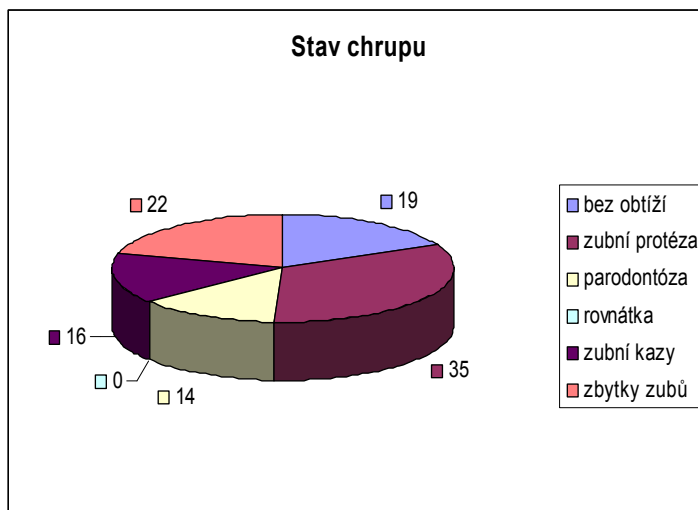
Tabulka č. 7 - Kolik pacientů maximálně připadá na péči jedné sestře ve směně?

### Oddíl C – Fyzikální vyšetření dutiny ústní u respondentů

Fyzikální vyšetření bylo u všech respondentů provedeno jedním výzkumníkem. Informace byly důsledně poznamenány do záznamového archu.

#### Položka č. 13 - Stav chrupu

Z výsledků šetření lze konstatovat, že úroveň dentálního zdraví se jeví celkově na nízké úrovni. Vzhledem k cílům programů zdraví ( viz výše ) u respondovaných pacientů by k dosažení těchto cílů nedošlo. 35 z 65 dotazovaných používá umělou zubní náhradu. 6ti pacientům z 35ti v nemocnici zubní protéza chybí. Vzhledem k tomu, že se bez výhrady jednalo o dospělé pacienty, neobjevila se ani v jednom případě ortodontická pomůcka např. rovnátka. Z celkového počtu vyšetřených 14 nemocných jeví známky výrazné paradentózy, 16 nemocných trpí neléčenými zubními kazy a u 22 vyšetřených se vyskytují zbytky zubů. U tří pacientů ( mužů ) se vyskytoval v celé dutině ústní pouze jeden zub a to aniž by používali zubní náhradu. U většiny pacientů se vyskytovaly potíže s chrupem v kombinaci. Nejčastěji to byly neléčené zubní kazy spolu s paradontózou a zbytky zubů.



Graf č. 9 – Stav chrupu ( číslo označuje počet pacientů u kterých se daný jev vyskyt

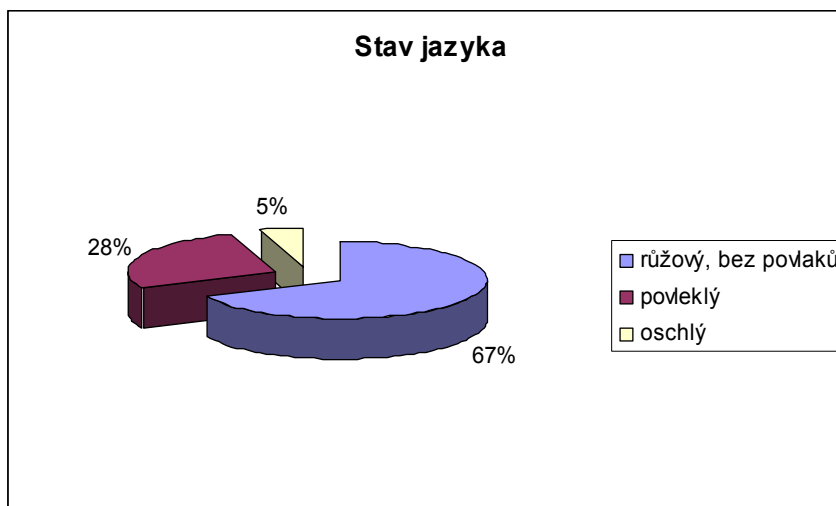




Graf č. 10 – typy umělé zubní náhrady ( číslo označuje počet pacientů )

#### **Položka č. 14 - Fyzikální vyšetření jazyka**

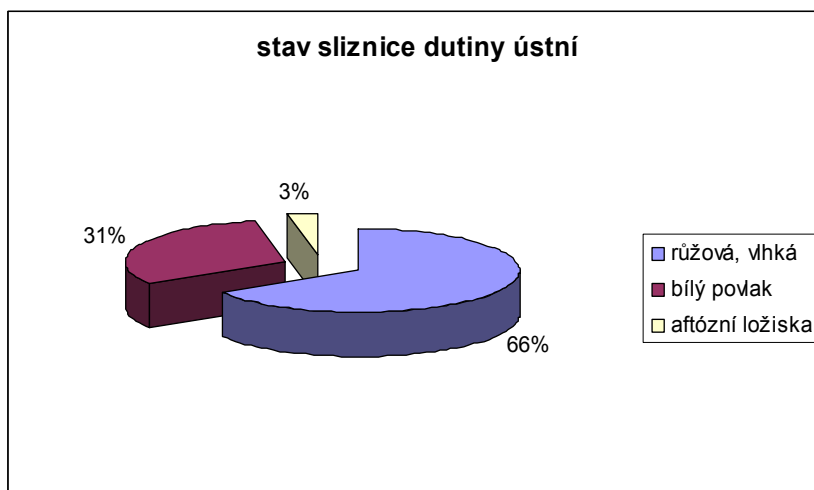
Jazyk je důležitou součástí dutiny ústní, kde se mohou projevit různá onemocnění. Pouze 5% nemocných mělo jazyk oschlý v důsledku dehydratace organismu. 28 % respondentů vykazovalo jazyk bíle povleklý, jako důsledek nedokonalé ústní hygieny a nízkého příjmu tekutin perorální cestou. U 67% sledovaných byl patrný jazyk bez patologických změn.



Graf č. 11 – Stav jazyka

#### **Položka č. 15 - Stav sliznice dutiny ústní**

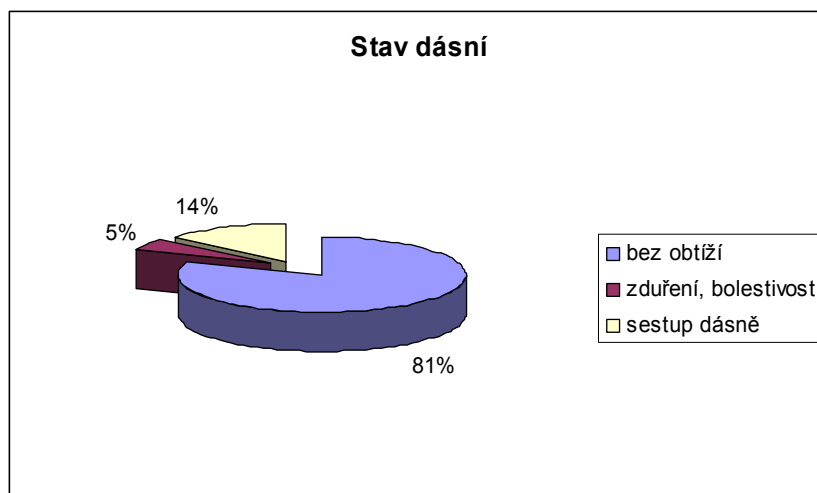
Stav sliznice dutiny ústní je jako u jazyka důležitou známkou hydratace organismu a míry ústní hygienické péče. U 66% nemocných nebyly na sliznici dutiny ústní pozorovány žádné patologické změny. 31% nemocných mělo patrné bílé povlaky na sliznici a pouze u 3% respondentů se vyskytovala aftózní ložiska.



Graf č. 12 – Stav sliznice dutiny ústní

#### **Položka č. 16 - Stav dásní**

Zdraví dásní mění nároky na provedení ústní hygieny, proto byly do sledování zahrnuty i dásně. Krvácení dásní se u sledovaných pacientů v žádném případě nevyskytovalo. 81% pacientů nejevilo známky patologie v oblasti gingiv. 14% nemocných mělo patrný parodontický sestup dásní, což připisují věku pacientů, u kterých se tento defekt vyskytoval. Pouze 5 % respondentů udávalo bolestivost dásní s objektivně pozorovaným zduřením.



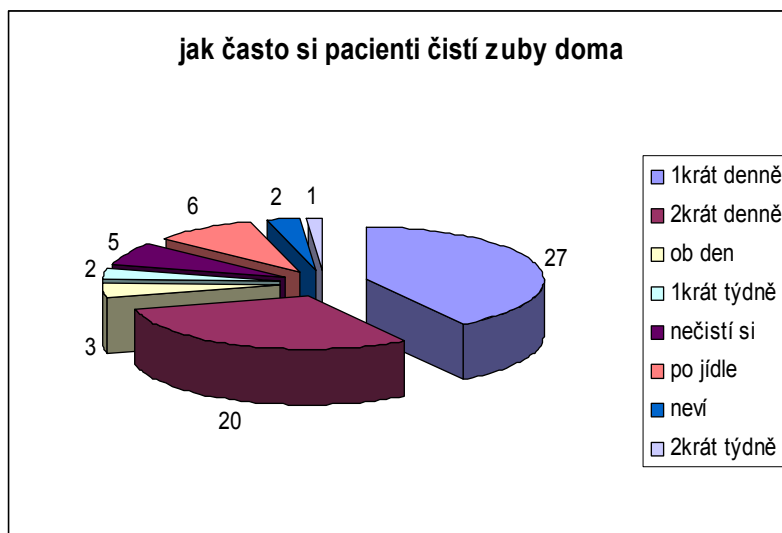
Graf č. 13 – Stav dásní

Co se týká jiných jevů, u 9 pacientů se v dutině ústní vyskytovaly zbytky potravy v mezizubním prostoru a v oblasti jazyka. U 4 nemocných byly patrné oschlé rty.

#### **Oddíl D – Dotazy určené pro pacienty**

### Položka č. 17 - Jak často si zuby čistíte?

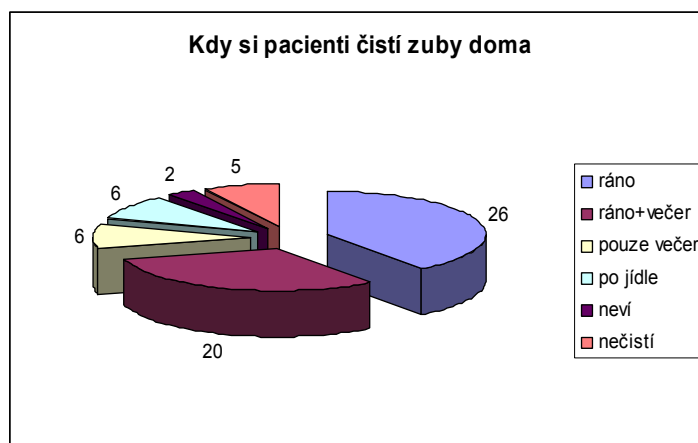
Tato otázka zjišťuje domácí návyky nemocného v oblasti péče o hygienu dutiny ústní. Byla zvolena otázka s otevřenou možností odpovědí. V odpovědích na tuto otázku je patrná výrazná variabilita. Někteří lidé si čistí zuby po každém jídle, jiní po několika letech či vůbec. U nejvíce dotázaných je zvykem si čistit zuby jedenkrát denně. Četnosti odpovědí nám ukáže následující graf.



Graf č. 14 - Jak často si zuby čistíte? ( číslo označuje počet pacientů )

### Položka č. 18 - Kdy jste zvyklý si čistit zuby?

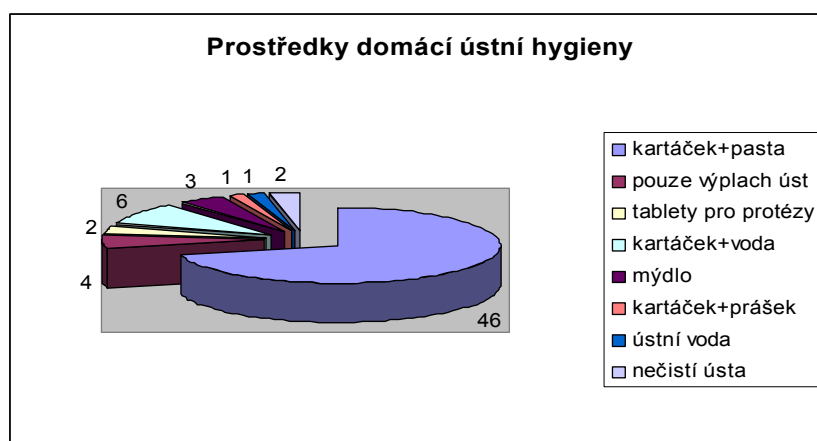
Tato otázka stejně jako předchozí sleduje oblast návyků nemocného. Byla zde použita volná možnost odpovědi. Na tuto otázku se objevily různé odpovědi. Většina dotazovaných si čistí zuby ráno. Tato skutečnost je důležitá pro pozdější porovnání s tím, kdy mají nemocní možnost si čistit zuby během hospitalizace. 26 nemocných uvádí, že si zuby čistí zpravidla jen ráno. 20 pacientů je zvyklých na péči o chrup dvakrát denně a to, ráno a večer. 5 pacientů uvádí, že si zuby nečistí vůbec, což je 3,25% dotázaných.



Graf č. 15 - Kdy jste zvyklý/á si čistit zuby?

### **Položka č. 18 – Doma k čištění zubů používáte?**

Tato otázka sleduje návyky nemocného a zjišťuje pomůcky, které nemocný k ústní hygieně běžně používá doma. K této otázce byly nabídnuty konkrétní možnosti odpovědi. Zmíněny byly nejčastěji používané pomůcky pro ústní hygienu s možností uvést jiné. Ve většině případech používají dotazovaní k péči o dutinu ústní v domácích podmínkách kartáček a zubní pastu. Nikdo z dotazovaných nepoužívá elektrický zubní kartáček. Je používán klasický. Všichni nemocní čistící si zuby pastou používají běžnou, žádnou se speciálním účinkem. Šest dotazovaných uvádí, že nepoužívají zubní pastu, pouze kartáček s vodou. Tento způsob volí pacienti vyššího věku. V souvislosti s touto otázkou se lze setkat se zvláštnostmi. Pro příklad lze uvést, že tři respondenti si čistí zuby běžným mýdlem, z nich jedna 85letá pacientka používá výhradně mýdlo dětské.



*Graf č. 16 - Doma k čištění zubů používáte?*

### **Položka č. 19 - Kdy jste byl( a ) naposledy u zubaře?**

Otázka byla položena pro zjištění toho, jak často nemocní navštěvují odborníka na onemocnění dutiny ústní.

Odpovědi na tento dotaz poukazují a nízkou úroveň péče o zdraví chrupu a celé dutiny ústní.

**Respondovaní nemocní navštívili zubního lékaře v průměru před 7,24 lety.** Rozmezí odpovědí se pohybuje od jednoho týdne po dobu 30let. 13 nemocných navštívilo zubaře před více než 10lety. Jedná se zpravidla o pacienty vyššího věku, používající obě zubní náhrady, kdy nečiní potíže. 10 dotazovaných si na dobu poslední návštěvy stomatologa nevzpomíná.

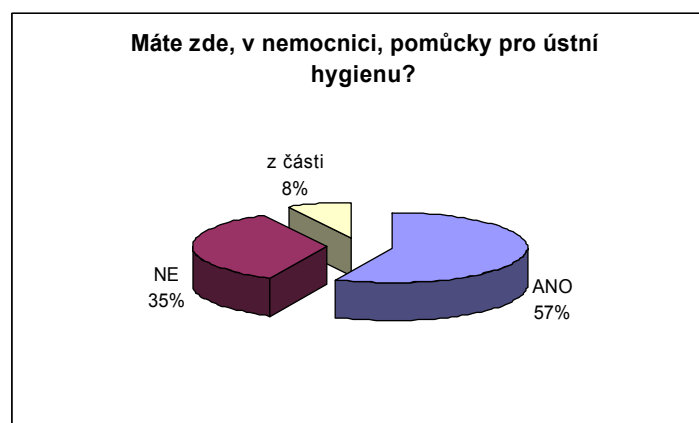
### **Položka č. 20 - Proděla(a) jste v posledních dvou měsících v dutině ústní nějaké onemocnění či operační zákrok?**

Tato otázka byla položena z toho důvodu, abychom si uvědomili, že i na oddělení nestomatologického typu se můžeme setkat s pacienty, kteří vyžadují speciální péči o dutinu

ústní. Tento problém se často týká onkologických oddělení, kdy u nemocných po cytostatické terapii se často vyskytují rozsáhlé stomatitidy. Z dotazovaných pacientů se zánětlivá onemocnění objevila pouze ve dvou případech. V obou případech se jednalo o výše zmíněnou stomatitidu.

#### **Položka č. 21 - Máte zde, v nemocnici, vlastní pomůcky pro ústní hygienu?**

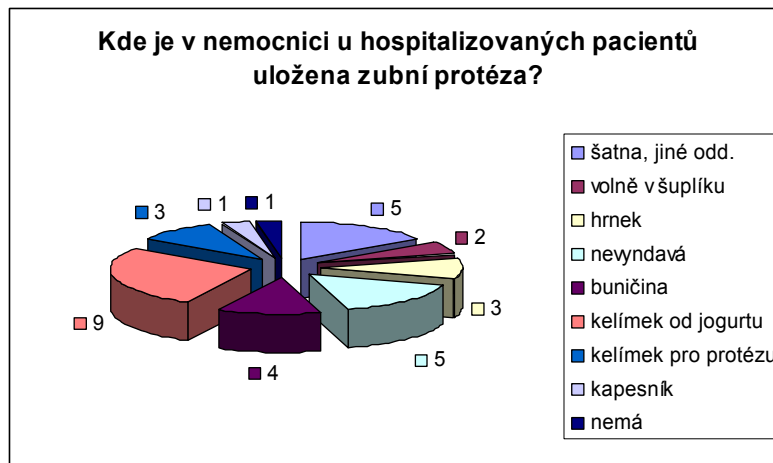
Šetření poukazuje na skutečnost, že relativně vysoké procento pacientů přichází do zdravotnických zařízení bez vlastních pomůcek pro ústní hygienu, a to celých 35 %. V tomto směru lze tento jev považovat za problém, neboť jak šetření dokazuje 100% oddělení nemá kartáček a pastu pro pacienty k dispozici. Součástí tohoto šetření byla i návštěva prodejen v areálu nemocnic. Pouze jedna menší nemocnice může pacientům zajistit nákup hygienických pomůcek, a to i ležícím nemocným. Pracovník obchodu obchází nemocniční pokoje se základním zbožím. V akreditovaném zařízení lze zakoupit pouze zubní kartáček v místě prodeje. Tato prodejna disponuje pouze omezeným množstvím. V posledním zdravotnickém zařízení nebylo možno hygienické pomůcky zakoupit. Pět dotazovaných udává, že mají pomůcky pouze s částí, s tím, že většinou chybí zubní pasta. Do této oblasti lze uvést, že 6 pacientům z 65 tázaných chybí zubí protéza. Problém lze sledovat v tom, že z těchto šesti pacientů pět má zubní náhradu v daném zdravotnickém zařízení a to buď v šatně či zůstala na oddělení odkud byl nemocný přeložen. Z tohoto zjištění lze konstatovat, že těžko zajišťovat kvalitní hygienickou péči o dutinu ústní bez pomůcek.



*Graf č. 17 - Máte zde, v nemocnici, vlastní pomůcky pro ústní hygienu?*

#### **Položka č. 22 - Pokud máte zubní protézu, kde je v nemocnici uložena?**

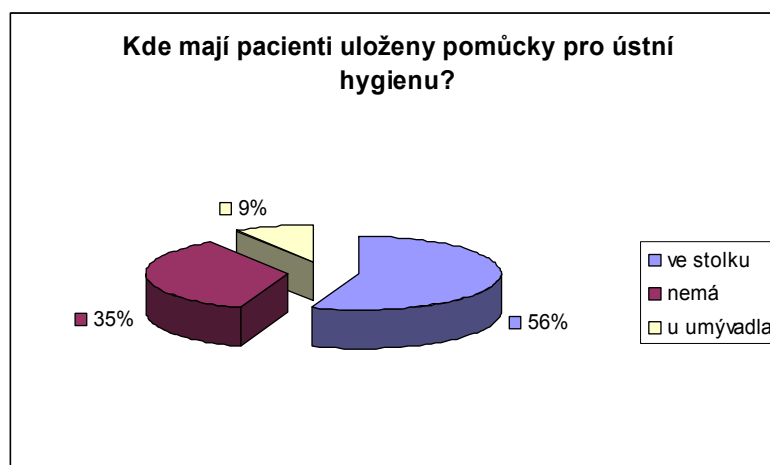
35 pacientů z celkově 65 oslovených používá zubní protézu. Místo uložení je velice důležité zmínit. Důvodem je to, jak je protéza pro pacienta dostupná, pokud je upoután na lůžko. Zda na ni dosáhne. Místo pro uložení by mělo splňovat jisté hygienicko-epidemiologické zásady a zároveň by mělo být uložení vhodné esteticky.



Graf č. 18 – Kde je v nemocnici uložena zubní protéza?

### Položka č. 23 - Místo uložení pomůcek pro ústní hygienu

Tato otázka byla položena z estetického i hygienického hlediska. Lze se setkat s pomůckami pro orální hygienu povalujícími se na nočním stolečku mezi potravou nebo v horším případě pod lůžkem. Z tohoto šetření vyplývá pozitivní zkušenost, že všichni dotázaní měli pomůcky uloženy na vhodném místě, kterým byt šuplík nočního stolku či u umývadla v žínce nebo kelímku.



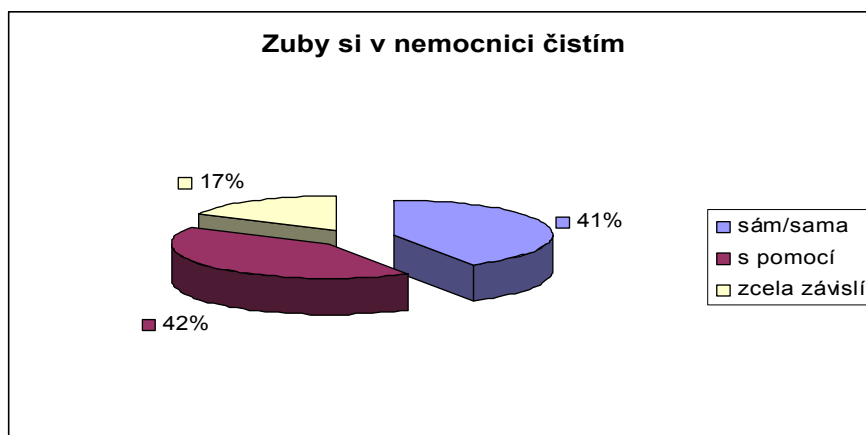
Graf č. 19 - Místo uložení pomůcek pro ústní hygienu

### Položka č. 24 – Hodnocení vlastní soběstačnosti ve vztahu k ústní hygieně

Další dotaz se týkat toho, **jak samotní pacienti vnímají svoji závislost** na pomoci ošetřovatelského personálu s orální hygienou. Dotaz zněl: „Zuby si v nemocnici čistím: V nabídce byly tři možnosti:

- a) čistí sami
- b) s pomocí personálu ( podání pomůcek, úprava polohy atd.)
- c) plně závislý na personálu

Odpovědi na tento dotaz těsně korelují s výsledky ADL testu, tím lze říci, že pacienti svoji závislost hodnotili objektivně.



Graf č. 20- Hodnocení vlastní soběstačnosti ve vztahu k ústní hygieně

Z šetření lze konstatovat, že většina 59% sledovaných pacientů je závislých na pomoci personálu v péči o orální hygienu.

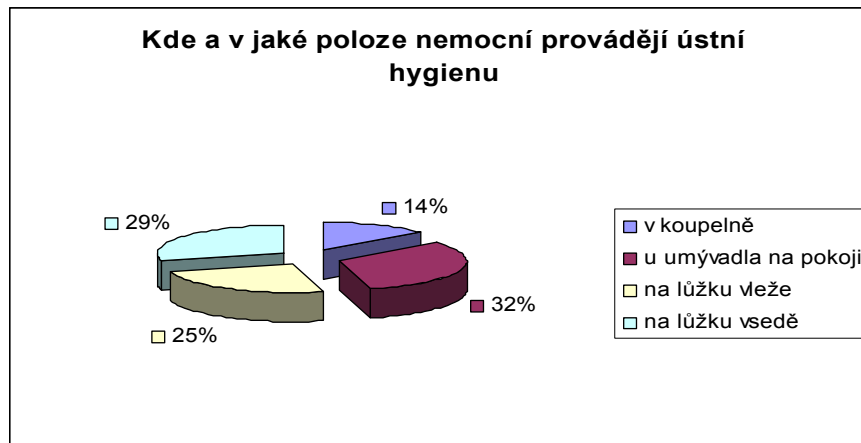
#### **Položka č. 25 - Kde si nemocní zuby v nemocnici čistí**

Tato otázka sleduje jaký mají nemocní komfort během ústní hygieny a jak je jím během této činnosti zajištěna intimita. Dále tato otázka sleduje skutečnost, zda nemocní vykonávají ústní hygienu v přirozené, pohodlné poloze. Z odpovědí na tento dotaz, lze vyčíst míru pohyblivosti a tím i závislosti na personálu. Hygienická péče na lůžku je pro pacienta vždy nepřirozenou, musíme dbát na zachování důstojnosti nemocných a použít např. zástěnu. Nemocní ústní hygienu provádějí výhradně na třech místech:

- a) v koupelně
- b) u umývadla na pokoji
- c) na lůžku

Nabídka odpovědi „na lůžku“ byla ještě rozpracována na možnost uvést polohu: vsedě či vleže.

Pouze 14% respondentů vykonává orální hygienu v koupelně, 32% využije umývadlo na pokoji. Celých 54% nemocných vykonává péči o dutinu ústní v rámci lůžka. 25% sledovaných pacientů je omezeno tak, že zaujímají při čištění dutiny ústní polohu vleže.

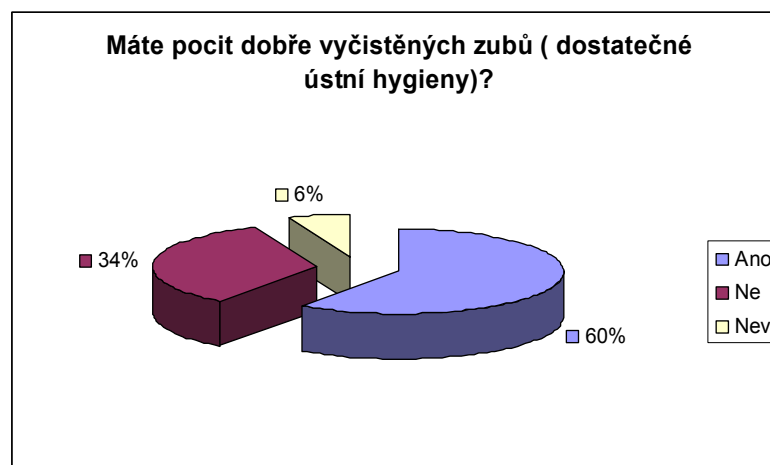


Graf č. 21 – Kde a v jaké poloze nemocní vykonávají ústní hygienu

Z výsledků vyplývá, že většina pacientů vykonává hygienu v rámci lůžka a tím pádem potřebuje pomoc ošetrovatelského personálu. Pokud je nemocný upoután na lůžku a má omezenou pohyblivost, je třeba dvou pracovníků alespoň k úpravě polohy nemocného.

**Položka č. 26 - Máte pocit dobře vyčištěných zubů ( dostatečné péče o ústní dutinu)?**

Tato otázka je zaměřena na subjektivní vnímání pacientů v souvislosti s péčí o hygienu dutiny ústní. Čtyři nemocní na tuto otázku nedokázaly odpovědět. Z 22 nespokojených pacientů bylo 15 žen u kterých nebyla ve zdravotnickém zařízení uspokojena potřeba v této oblasti. Tyto ženy vykazovaly vysoké nároky v péči o chrup z domova. Spokojenost pacientů velice závisí na jejich úrovni dentální hygieny. Ti nemocí, co nejsou zvyklí pečovat o zuby v domácím prostředí, neuváděly nespokojenost s ústní hygienou během hospitalizace. Spokojenost uvádí 60% respondentů. 34% dotazovaných uvedlo svoji nespokojenost s péčí o chrup v nemocnici.

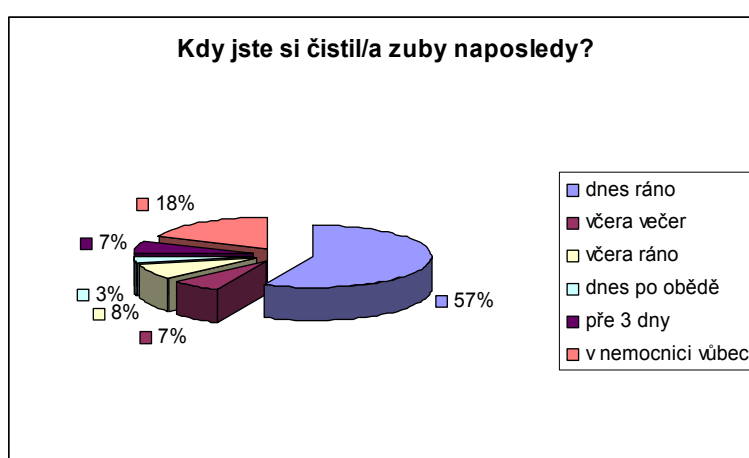


Graf č. 22 – Spokojenost pacientů s péčí o chrup v nemocnici



### **Položka č. 27 - Kdy jste si čistil/a zuby naposledy?**

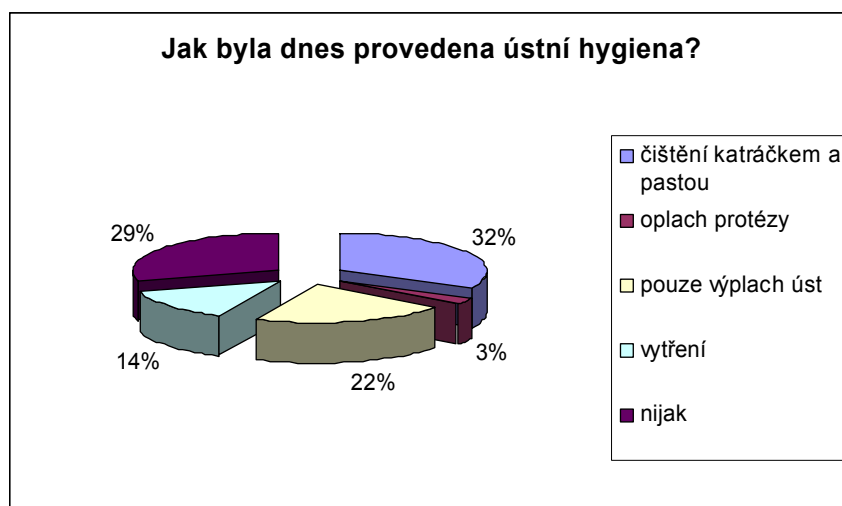
Tento dotaz přesně sleduje kvalitu hygienické péče o chrup u pacientů v nemocnicích. Určuje, jak často je u nemocných tato péče zajištěna. V úvahu musíme vzít ty pacienty, kteří si pečují o chrup sami. I přesto by sestra měla dohlédnout na všechny pacienty a zjistit, jak hygienu zvládají. Odpovědi na tento dotaz lze srovnat s odpovědí na otázku, kdy si pacienti čistili zuby doma? Většině nesoběstačných pacientů je péče o chrup nabízena pouze jednou denně a to převážně ráno. U 22 nespokojených pacientů se právě tento problém – četnosti - vyskytoval u 20 z nich. Za pozitivní lze považovat, že 15 pacientů provádí ústní hygienu častěji než jsou zvyklí v domácích podmínkách. Za alarmující lze považovat počet pacientů, kteří si během hospitalizace nečistili zuby vůbec, což je celých 18% dotázaných.



*Graf č. 23 - Kdy jste si čistil/a zuby naposledy?*

### **Položka č. 28 - Jak byla dnes provedena hygiena dutiny ústní?**

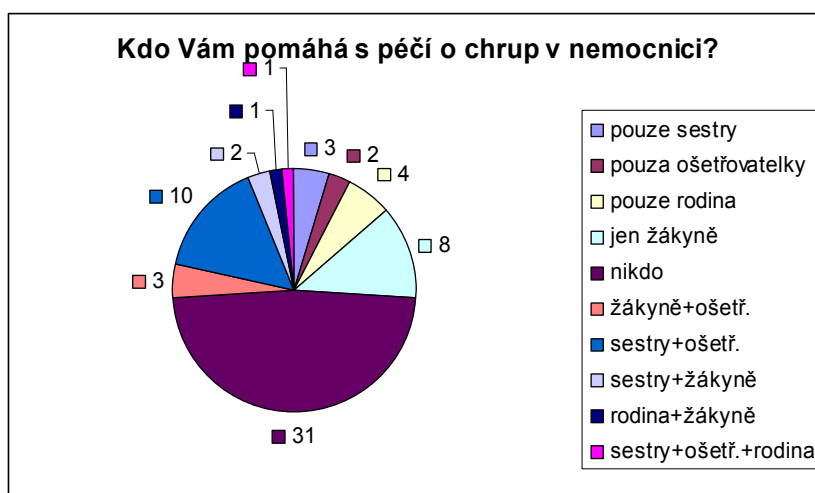
Tato otázka má ten význam, že kontroluje validitu předchozího dotazu a zároveň vypovídá o kvalitě provedení ústní hygieny. Z předchozího dotazu vyplývá, že v den šetření byla hygiena provedena pouze u 36ti nemocných. U těchto 36ti nemocných bylo ve 21 případech provedeno pomocí zubního kartáčku a pasty. U 17ti sledovaných došlo k vypláchnutí úst vodou. Ústa byla pouze vypláchnuta zpravidla u pacientů, kteří mají zubní náhradu. Pouze u 5ti nemocných byla zajištěna péče o rty. Ve 14% ( 9 pacientů) byla pacientům dutina ústní pouze vytřena. U sedmi z nich byl použit Boraxglycerin na štětičce. U dvou pacientů byl využit prostředek Stopangin.



Graf. č. 24 - Jak byla dnes provedena hygiena dutiny ústní?

**Položka č. 29 - Kdo Vám pomáhá s péčí o chrup v nemocnici?**

Tato otázka byla položena pro kontrolu toho, jak odpověděli sestry v oddělu B u položky 5. Odpovědi pacientů a sester se mírně lišily u dvou uvedených skupin. Jedná se o rodinu. Pouze sestry z jednoho oddělení uvádějí, že na péči o chrup se podílí rodina, kdežto tuto skutečnost uvádí celkem 5 pacientů ze 3 oddělení. Další sestrami popřenu skupinou jsou žákyně a studentky zdravotnických škol. Sestry v zácviku nepraktikují pouze na JIP, na zbylých sedm oddělení docházejí a aktivně se na péči o dutinu ústní během celkové hygieny podílejí, což bylo potvrzeno pozorováním i výpověďmi samotných pacientů.

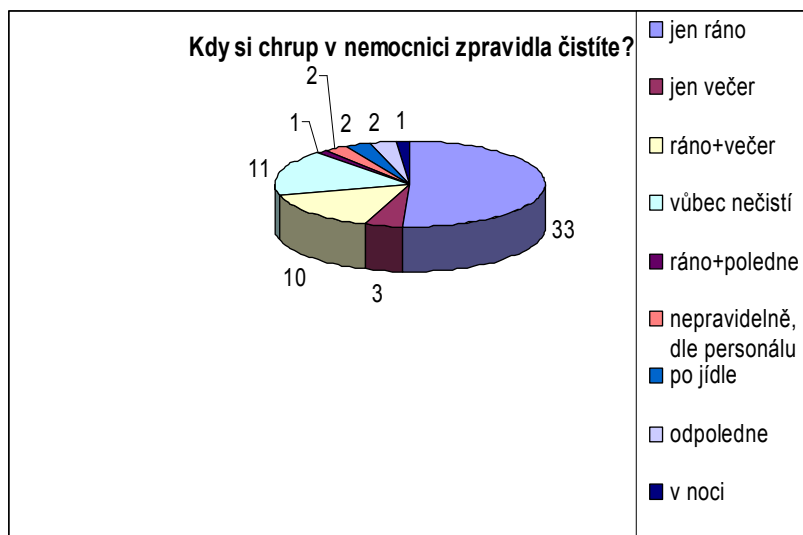


Graf. č. 25 - Kdo Vám pomáhá s péčí o chrup v nemocnici?

**Položka č. 30 -Kdy si zpravidla pacienti v nemocnici zuby čistí?**

Tento dotaz byl vznesen pro kontrolu validity odpovědí pacientů. Lze ji porovnat, s dotazem „Kdy jste si čistil/a zuby naposledy?“ dá se říci, že se většina odpovědí shoduje. Nesoulad lze pozorovat pouze u 4% odpovědí. Dále tento dotaz porovnává to, jaké rozdíly jsou v denní době ve které nemocný vykonává ústní hygieny v nemocnici oproti domácímu prostředí.

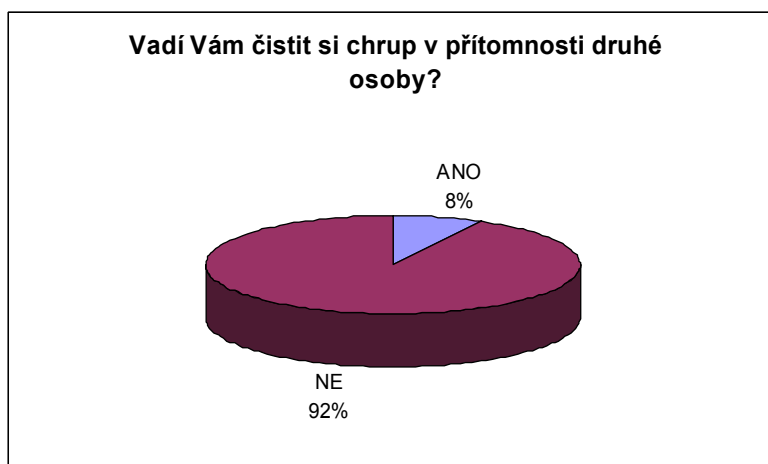
Porovnání s tím, jaké návyky mají nemocní v domácích podmínkách ( viz položka č. 18 ). Zajímavé je zjištění, že u nesoběstačných pacientů, upoutaným na lůžko je péče o dutinu ústní 2krát denně nabídnuta pouze na oddělení intenzivní péče. U ostatních nesoběstačných nemocných je hygiena dutiny ústní vykonána pouze 1krát denně a to ráno. Zajímavé jsou subjektivní postřehy pacientů, kteří uvádějí, že jim je provedena ústní hygiena v době, kdy má personál čas nebo v noci.



Graf č. 26 – Kdy si chrup v nemocnici zpravidla čistíte?

### Položka č.31 - Vadí pacientům čistit si zuby v přítomnosti druhé osoby?

Tato otázka byla položena ve vztahu zachování intimity. Důležité je vědět, jak toto vnímají samotní nemocní. K překvapení, pouze 5ti nemocným ( pouze ženy ) vadí si čistit chrup v přítomnosti někoho druhého. Jako důvod čtyři ženy uvedly, že jim vadí, když někdo druhý se jim dívá na čištění zubní náhrady. Jedna pacientka považuje hygiena ústní za velice intimní záležitost. Blíže nespecifikovala.



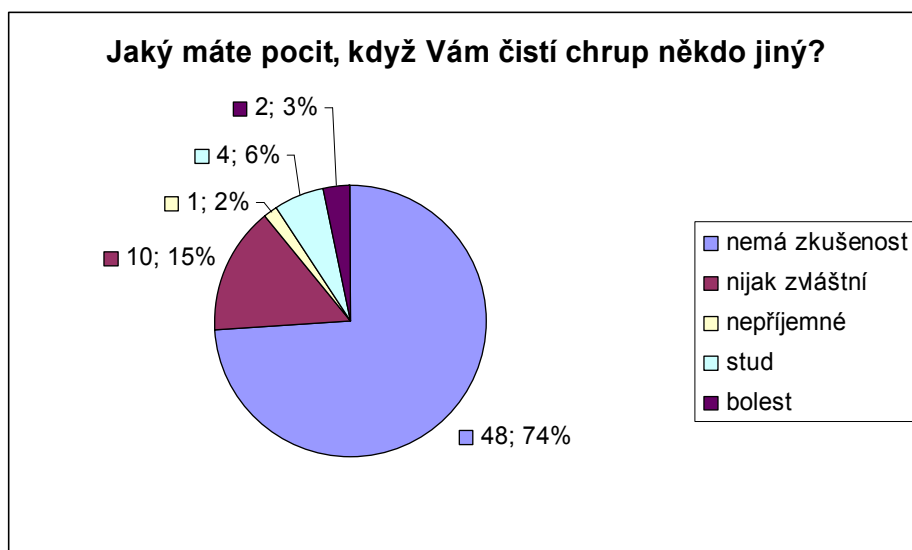
Graf č. 27 - Vadí pacientům čistit si zuby v přítomnosti druhé osoby?

### **Položka č. 32 -Jaké mají pacienti pocity, pokud jim čistí zuby někdo jiný?**

Tato informace je pro sestry velice podstatná. Může pomoci zlepšit kvalitu tohoto výkonu a tak i zpříjemnit tuto nutnost pacientům. Bohužel 48 dotazovaným nemocným nikdy nikdo zuby nečistil, proto musíme vycházet ze subjektivního vnímání tohoto výkonu pouze 17ti respondenty. K otázce byly nabídnuty odpovědi:

- a) nikdo jiný mi zuby nikdy nečistil
- b) příjemné
- c) nijak zvláštní
- d) nepříjemné – stud bolestivost strach
- e) jiné

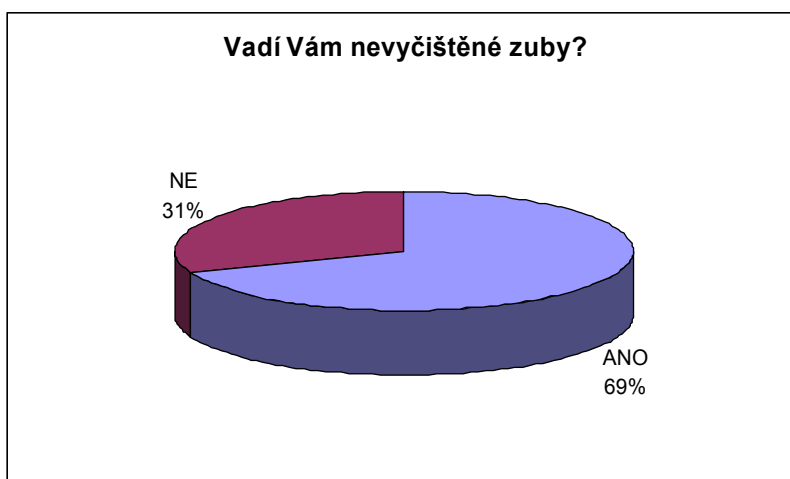
V 74% se vyskytovala odpověď a). 6% těch, kteří mají zkušenost s tím, že jim čistil zuby někdo jiný uvádí pocit studu. Pro 3% byl tento výkon bolestivý. 15% udává nijak zvláštní pocity. Jedna pacientka udává, že jí byla nepříjemná vůně při použití přípravku Pagavit.



Graf č. 28 - Jaké mají pacienti pocity, pokud jim čistí zuby někdo jiný?

### **Položka č. 33 – Vadí Vám nevyčištěné zuby?**

Tento dotaz sleduje priority nemocných ve vztahu k orální hygieně. Odpovědi přímo souvisejí s domácími hygienickými návyky v ústní oblasti. Zle pozorovat, že nevyčištěný chrup vadí převážně ženám. Z respondentů, kterým nevyčištěný chrup vadí ( 45. nemocným ) jsou v 33 případech ženy. Nevadí to 20 dotazovaným z nichž je 10 žen a 10 mužů.



Graf č. 29 - Vadí Vám nevyčištěné zuby?

**Položka č. 34 - Ovlivňují u nemocných nevyčištěné zuby kontakt z druhými lidmi?**

Dotaz zněl: „ Ovlivňují u Vás nevyčištěné zuby kontakt s druhými lidmi? V nabídce byly možnosti: ne ano jak?.....

Nevykonaná ústní hygiena ovlivňuje pohodu u 25 tázaných. 8 nemocných nevedlo důvod, proč vadí, 8 udává jako důvod zápach z úst, jedné nemocné vadí viditelné povlaky a nánosy. Dvěma vadí zápach spolu povlaky. Pět dotazovaných udává celkově nepříjemný, blíže nespecifikovaný pocit. Do této oblasti lze zařadit i jednu pacientku, pro kterou je nepříjemné mít vyndánu zubní náhradu. Uvádí, že bez ní šišlá.



Graf č. 30 - Ovlivňují u nemocných nevyčištěné zuby kontakt z druhými lidmi?

### **Položka č. 35 - Ovlivňuje neprovedená ústní hygiena u pacientů nějaké činnosti?**

Otázka zněla: „Ovlivňují u Vás nevyčištěné zuby nějaké činnosti? Nabídnuty byly odpovědi ne, pokud ano, jaké činnosti a jak jsou ovlivněny.

Převážná většina tázaných uvádí, že neprovedená ústní hygiena u nich neovlivňuje žádné jiné činnosti kromě kontaktu a komunikace s druhými lidmi. Pouze tři pacientky udávají nepříjemný pocit při jídle.



*Graf č. 31 - Ovlivňuje neprovedená ústní hygiena u pacientů nějaké činnosti?*

### **3.11 Analýza výsledků šetření dle jednotlivých oddělení**

#### **1. Interní oddělení menší nemocnice ve středočeském kraji, státní zařízení**

V rámci tohoto oddělení bylo osloveno 10 pacientů. Na tomto oddělení vykonávají hygienickou péči o dutinu ústní zpravidla sestry a žákyně SZŠ, které docházejí pět dní v týdnu. Oddělení nemá k dispozici ošetřovatele/ošetřovatelku. Pracují zde sanitářky, které jsou přítomny nepřetržitě, ale na hygienické péči u pacientů se nepodílejí.

Celková hygiena a hygiena dutiny ústní je vykonávána pouze ráno. V době denní služby. Před spaním není nesoběstačným pacientům nabídnuto provést orální hygienu. Na tomto oddělení jsou k péči o ústní hygienu k dispozici tyto pomůcky: vtvové štětičky, Boraxglycerín, mulové čtverce a tampóny. Zubní kartáčky ani zubní pasty oddělení nevlastní. K výplachu úst je nabídnut pacientům hrneček. Stejně tak, se porcelánový hrneček používá k uložení zubní náhrady. V případě, že nesoběstačný nemocný vykonává ústní hygienu na lůžku, je mu poskytnuto zpravidla pouze PVC umývadlo a hrneček

k vypláchnutí. Emitní miska pacientům poskytnuta není. Oddělení má sice Boraxglycerín k dispozici, ale není používán k péči o rty, pouze je použit k vytření ústní dutiny. Hygienická péče o dutinu ústní je v ošetrovatelské dokumentaci zmíněna. Na oddělení je k dispozici ošetrovatelský standard hygienické péče, ale ústní hygiena zde uvedena není. Na tomto oddělení jsou často hospitalizováni nemocní vyššího věku a s omezenou soběstačností. Během směny připadá jedné sestře k péči 14 pacientů. 80% oslovených nemocných je na tomto oddělení s péčí o chrup spokojeno. Nemocní si zde čistí zuby u umývadla na pokoji. V případě omezení hybnosti na lůžku. Pacienti mají své hygienické pomůcky uloženy v nočním stolku.

## **2. Oddělení následné péče ve velkém zdravotnickém zařízení v Praze**

Na tomto oddělení bylo osloveno celkem 9 nemocných. Na této ošetrovací jednotce zajišťují ústní hygienickou péči u nemocných sestry a sanitářky během ranní služby. Nepravidelně sem docházejí žákyně, které se také nehygienické péči podílejí. Na hygieně dutiny ústní se zde podílí také rodina, což uvedli 2 pacienti z devíti. Z pomůcek k péči o dentální hygienu jsou zde používány vatové štětičky, mulové čtverce a tampóny, Boraxglycerín. Dále je používán přípravek Stopangin, což je otorinolaryngologikum a ústní dezinficiens. Je zde používán v koncentraci – jedna polévková lžice na sklenici vody k výplachům popř. k vytření úst. Pro uložení zubní protézy je zde používán bílý, neprůhledný kelímek s víčkem. V případě, že pacient vykonává ústní hygienu na lůžku, je mu poskytnuto pouze plastové umývadlo. Sestrou bylo uvedeno, že k péči o rty není na tomto oddělení používán žádný přípravek. Ústní hygienická péče je v ošetrovatelské dokumentaci zmíněna vhodně. Ve standardu ošetrovatelské péče ve také v případě ústní hygieny dostatečná zmínka. Z devíti nemocných uvedlo nespokojenost se zajištěním ústní hygienické péče 5 pacientů.

## **3. Oddělení septické chirurgie, velké zdravotnické zařízení v Praze**

Na tomto oddělení bylo do šetření vybráno osm pacientů. Šest žen a dva muži. Na hygienické péči o dutinu ústní se podílejí sestry, sanitářky, ošetrovatelka a žákyně, která docházejí nepravidelně. Zpravidla hygienickou péči u nemocných provádějí pouze sanitářky v ranní službě a ošetrovatelka, pokud je v zaměstnání. Sestry se na hygieně celkové a hygieně dutiny ústní podílejí pouze v případě, když je na oddělení přítomno více zcela nesoběstačných nemocných. V tomto případě sestry zajišťují hygienickou péči u některých pacientů s omezenou soběstačností v noční službě. Důvodem je časová tíseň, která by nastala ráno po příchodu sanitářek. Je zvykem, že hygienická péče musí být provedena do ranní vizity, tedy zhruba do 7 hodin. Na oddělení jsou k dispozici tyto pomůcky pro ústní hygienu: vatové štětičky, Boraxglycerín, mulové tampóny a čtverce. Na oddělení lze nalézt i bylinné

odvary z řepíku lékařského a heřmánku, pro účely ústní hygieny se ale nepoužívají. K uložení umělé zubní náhrady je používán bílý neprůhledný kelímek s víčkem. V situaci, kdy nemocný není schopen opustit lůžko, je mu poskytnuto zpravidla jen PVC umývadlo. Pokud nemocný požádá, má oddělení k dispozici také emitní misky k jednomu použití. Péče o rty u nesoběstačných nemocných není pravidelně prováděna. Pro případ nutnosti nějaký přípravek k ochraně rtů použít, je k dispozici Vaseline Alba. Hygienická péče o dutinu ústní má své místo v ošetrovatelské dokumentaci. Dále je zmíněna ve ošetrovatelském standardu v rámci celkové péče o hygienu nemocného. Na oddělení jsou hospitalizováni převážně soběstační pacienti. Výskyt nemocných zcela odkázaných na péči ošetrovatelského personálu není tak častý. Sestra má zde na starosti maximálně 13 nemocných. Tři nemocní z osmi oslovených udávají nespokojenost s ústní hygienou během této hospitalizace. Z výsledků šetření vyplývá, že průměrná doba před kterou byla provedena péče o dutinu ústní činí 3 dny. Odpovědi se pohybovaly v rozmezí dnes až před deseti dny.

#### **4. Oddělení následné rehabilitační péče, malé středočeské zdravotnické zařízení, a.s.**

V rámci tohoto oddělení bylo osloveno 14 pacientů, z nichž je šest mužů a osm žen. Na tomto oddělení jsou hospitalizováni především nemocní vysokého věku. V době šetření bylo na oddělení celých 63% nemocných upoutáno na lůžko a plně odkázáno na péči personálu. Hygienickou péči o dutinu ústní zde zajišťují sestry a sanitářky. Nepravidelně docházejí žákyně SZŠ. U šesti nemocných se do ústní hygieny zapojuje rodina. Během návštěvy vyčistí zubní protézu. Na oddělení se k ústní hygienické péči používají vatové štětičky, mulové čtverce a tampóny, Boraxglycerín a porcelánové hrnečky pro výplach úst. Zubní protéza je zpravidla ukládána do kelímků od jogurtu či salátu, které nastřádá personál. V případě, že nemocný provádí hygienu na lůžku. Je mu zubní náhrada opláchnuta pod tekoucí vodou. O dutinu ústní jinak pečováno není. K péči o rty se zde nepoužívá zpravidla žádný prostředek. Ústní hygiena má své místo v ošetrovatelské dokumentaci dále je zmíněna v ošetrovatelském standardu v rámci celkové hygieny. Deset pacientů ze čtrnácti je péčí o ústní dutinu spokojeno.

#### **5. Oddělení aseptické chirurgie malého zařízení ve Středočeském kraji, a.s.**

Na tomto oddělení byli osloveni tři pacienti. Dva muži a jedna žena. Dentální hygiena je zde zajišťována sestrami, sanitářkami a žákyněmi SZŠ, které docházejí pravidelně dvakrát týdně. Hygiena má své místo v denním harmonogramu oddělení ráno, před vizitou, ve směně denní služby zhruba od 6.30 do 7.30 hodin. Na oddělení se k péči o dutinu ústní používají vatové



štetičky, mulové tampóny a čtverce, Boraxglycerín a plastové hrnečky určené pouze pro výplach z úst. Toto oddělení je jediné, která je schopno zajistit nemocným zubní pastu.

V případě, že nemocný vykonává ústní hygienu na lůžku, je nemocnému poskytnuto plastové umývadlo, emitní miska, plastový hrneček pro vypláchnutí, dle potřeby brčko a buničitá vata. Pro uložení zubní protézy se zde používají hrnečky. Péče o rty je zajišťována dle potřeby pomocí masti Calcium Panthotenicum. Dentální hygiena v ošetrovatelské dokumentaci zmíněna není, neboť ji oddělení nepoužívá. Standard ošetrovatelské péče popisuje ústní hygienu dostatečně v rámci celkové hygienické péče u pacienta. Na této ošetrovací jednotce připadá sestře k péči maximálně 26 nemocných. Pouze jeden pacient je během hospitalizace na tomto oddělení spokojen s dentální hygienou.

#### **6. Septická chirurgie, malá nemocnice ve středočeském kraji, a.s.**

Do šetření bylo zahrnuto sedm pacientů z tohoto oddělení. Jedná se o tři muže a čtyři ženy. Dentální hygienu zde zajišťují sestry a sanitářky. Dvakrát v týdnu docházejí žákyně zdravotnické školy, které se na hygieně ústní podílejí. Tato ošetrovací jednotka disponuje vatovými štetičkami, mulovými čtverci a tampóny a Boraxglycerínem pro ústní hygienu. Pro výplach úst a uložení zubní náhrady jsou používány kelímky od jogurtů. Nemocným, kteří si čistí zuby na lůžku je podáno PVC umývadlo a emitní miska. Oddělení k péči o rty nepoužívá žádný prostředek. Ošetrovatelskou dokumentaci oddělení nepoužívá, tudíž ústní hygiena není nikde zaznamenána. Standard hygienické péče, spolu s ústní hygienou k dispozici je. Jedna sestra má zde na starosti max. 25 nemocných. Pouze jeden pacient hospitalizovaný na tomto oddělení není spokojený se zajištěním ústní hygieny.

#### **7. Interní oddělení malé středočeské nemocnice, a.s.**

Na tomto oddělení bylo osloveno pět mužů a pět žen. Jsou zde hospitalizováni převážně starší nemocní často s omezením v oblasti sebepéče. Hygienická péče o dutinu ústní je zde zajišťována sestrami, sanitářkou a žákyněmi, které docházejí pravidelně, dva dny v týdnu. Hygienická péče je zde prováděna ranní službou v době před ranní vizitou. K péči o dentální hygienu jsou používány vatové štetičky, mulové čtverce a tampóny a Boraxglycerín u plně nesoběstačných nemocných. Pro výplach úst jsou k dispozici porcelánové hrnečky. Zubní protéza je ukládána do kelímků od jogurtů. Pokud nemocnému zdravotní stav nedovoluje opustit lůžko, je mu poskytnuto plastové umývadlo. K péči o rty je zde používán běžný hydratační krém. Ústní hygienická péče je nemocným nabídnuta pouze při ranní toaletě, před spaním nikoliv. Ošetrovatelská dokumentace zde používána není. Ústní hygienická péče se tedy nikam nezaznamenává. V ošetrovatelském standardu dentální hygiena zmíněna je. Na tomto oddělení připadá sestře k péči max. 13 pacientů. Pouze jedna pacientka z deseti dotázaných na tomto oddělení není spokojena s péčí o chrup.

## **8. Oddělení intenzivní chirurgické péče, malé zdravotnické zařízení, Středočeský kraj, a.s.**

Na tomto typu oddělení byly osloveny čtyři ženy. Hygienickou péči o dutinu ústní zde provádí pouze sestry. K dispozici jsou k ústní péči štětičky, Boraxglycerín, mulové čtverce a tampóny a kelímky pro výplach úst. K uložení protézy se zde používají kelímky od jogurtu. Většina pacientů má zde zubní náhradu vyjmutu a uloženu v mulu v nočním stolku. Pokud nemocný neopouští lůžko, je mu pro hygienickou péči o dutinu ústní poskytnuto plastové umývadlo a emitní ledvinová miska. K péči o rty je zpravidla používána vaselina Alba. Toto jediné oddělení zajišťuje ústní hygienu u svých pacientů vždy ráno a večer a dále dle potřeby. V ošetřovatelské dokumentaci dentální hygiena zmíněna není. Ošetřovatelský standard celkové hygieny, kde je ústní hygiena zmíněna, k dispozici na oddělení je. Vzhledem k tomu, že se jedná o oddělení intenzivní péče, připadají sestře k ošetřování ve směně pouze tři pacienti. Pouze jedna nemocná uvádí svoji nespokojenost s péčí o chrup. Jako důvod uvádí nedostatek soukromí.

### **3.12 Diskuse**

Při studiu problému zajištění hygienické péče o dutinu ústní jsme se snažili získat data zjištění důvodů, proč se hygienické péči o dutinu ústní nevěnuje ve zdravotnických zařízeních dostatek pozornosti, zda oddělení disponují dostatečným množstvím pomůcek k zajištění kvalitní hygieny dutiny ústní, zda je hygienická péče upravena předpisem a zaznamenána v ošetřovatelské dokumentaci a zda jsou nemocní s jejím prováděním spokojeni.

Předpokládaný problém:

#### **P -1**

**Ve vybraných zdravotnických zařízeních se nevěnuje dostatek pozornosti hygieně dutiny ústní u pacientů s deficitem soběstačnosti.**

Tato domněnka byla potvrzena. Poukazuje nato fakt, že u 11 nemocných z 65 nebyla ve zdravotnickém zařízení provedena ústní hygiena vůbec. Jedná se celkem o 29%tázaných, kteří udávají, že v den šetření u nich ústní hygiena nebyla provedena. Péče o orální hygienu by měla být zajištěna u 100% nemocných. Z hlediska moderního pojetí ošetřovatelské péče s důrazem na uspokojování potřeb je také zajímavé, že péče o dutinu ústní patří převážně do pracovní náplně sanitárek, přestože pravidelným fyzikálním vyšetřením dutiny ústní lze

odhalit řadu závažných příznaků. Péče o dutinu ústní vedle vlastní dutiny ústní zahrnuje i péči o rty, a to se v našem šetření neprojevalo. Žádný nemocný, který potřeboval asistenci sestry, neměl rty ošetřené patričním způsobem. Subjektivní spokojenost nemocných je nadpoloviční, což ale není jediným kritériem pro hodnocení kvality péče v této oblasti.

## **P – 2**

### **Oddělení nedisponují dostatkem pomůcek pro kvalitní zajištění hygieny dutiny ústní**

Tento předpokládaný problém byl v plné míře potvrzen. Ani jedno ze sledovaných oddělení nemá k dispozici zubní kartáčky. Pouze jedno standardní oddělení disponuje zubní pastou. V našem šetření se ukázalo, že z počtu 65 nemocných přišlo 35 do zdravotnického zařízení bez vlastních pomůcek pro ústní hygienu. Mnoho starých lidí již nikoho nemá, a proto je pro ně velikým problémem si prostředky hygieny zajistit.

V takovém případě je otázkou, co si vlastně ošetřující sestry včetně ošetřovatelského managementu pod ústní hygienou představují, a to by mělo být předmětem samostatného výzkumu. Potvrzení tohoto předpokládaného problému považujeme za alarmující situaci a z hlediska kvalitní péče o dutinu ústní za jeden z klíčových problémů. S tímto problémem souvisí i ukládání zubních protéz. Zjistili jsme, že nemocní v nemocnici používají k ukládání zubních protéz nejčastěji kelímky od jogurtů nebo salátu. Na některých odděleních je personál pro nemocné dokonce shromažďuje!! Z hlediska moderní ošetřovatelské péče a existence digitálních a jiných moderních ošetřovatelských pomůcek je to zjištění až šokující.

## **P -3**

### **Hygienická péče o dutinu ústní není zmíněna ve standardech ošetřovatelské péče**

Tuto domněnku lze vyvrátit, neboť sedm oddělení z osmi sledovaných má k dispozici standard ošetřovatelské péče, kde je zmíněna právě hygiena dutiny ústní. Ve všech sedmi případech byla ústní hygiena součástí standardu komplexní hygienické péče. Tato situace odpovídá nebo je v souladu se skutečným zaměřením ošetřovatelské péče, resp. jejího řízení, že se více pozornosti věnuje přípravě písemných materiálů před vlastní kontrolní činností, jak se standardizované postupy v praxi vlastně provádějí.

## **P – 4**

### **Hygienická péče o dutinu ústní není zmíněna v ošetřovatelské dokumentaci.**

Toto tvrzení lze považovat za pravdivé, neboť pouze jedno zdravotnické zařízení má ústní hygienu zmíněnu v ošetřovatelské dokumentaci. Toto zjištění vypovídá o bagatelizaci problémů spojených s ústní hygienou ve skutečné ošetřovatelské praxi. V poslední době se

pozornost sester dost zaměstnává zaznamenáváním problémů, které v praxi řeší. To, že pouze jedno zdravotnické zařízení považuje za důležité zaznamenat hygienu dutiny ústní, možná o skutečném stavu tohoto problému vypovídá více než cokoli jiného.

**P – 5**

**Oslovení pacienti vnímají ošetrovatelskou péči o hygienu dutiny ústní jako nedostatečnou.**

Toto tvrzení nebylo potvrzeno, neboť nadpoloviční většina ( 2/3) tázaných mají pocit dobře vyčištěných zubů. Jako nedostatečnou ji považují většinou ženy. K hodnocení tohoto problému je nutno dodat, že velice úzce souvisí se zvyky nemocného z domova. Nemocní, kteří si nejsou zvyklí čistit chrup doma, byli s péčí spokojeni, neboť si v některých případech čistili chrup častěji, než jsou zvyklí v domácích podmínkách. Pacienti, kteří projevili svoji nespokojenost se zajištěním ústní hygieny v nemocnici, si nejčastěji stěžovali na to, že si čistí chrup jenom jednou denně. Pouze jedno oddělení nabízí svým pacientům péči o dutinu ústní dvakrát denně.

Vedle informací, které se týkají péče o dutinu ústní se nám podařilo získat podstatné informace z oblasti úrovně dentálního zdraví, a to zejména u mužů. Je patrné, že velký počet tázaných má nízké priority v péči o chrup, nemají zažité hygienické návyky. Právě oblast prevence je místo, kde sestra může výrazně zapůsobit. Je zapotřebí taktního přístupu k pacientům s nedostatečnou orální hygienou.

Oddělení zajišťují péči o dutinu ústní bez výrazných rozdílů. Ať se jedná o jakékoliv sledované zdravotnické zařízení či oddělení je vnímání pacientů ve vztahu k této problematice stejné. Velké pražské zařízení má nejlépe vypracovanou ošetrovatelskou dokumentaci standard hygienické péče. Jak bylo zjištěno kvalitu hygieny dutiny ústní u nemocných s deficitem soběstačnosti to nezvýšilo. I přes to, že většina pacientů udává spokojenost se zajištěním ústní hygieny ve zdravotnických zařízeních, nelze považovat tento výkon za zcela kvalitně prováděný. Výsledek spokojenosti úzce souvisí s celkově nízkými prioritami respondentů vůči ústní hygieně. Hygienická péče je plně v rukách sester, a proto bychom měly dbát na co možná nejvyšší úroveň hygieny nemocných.

#### **4. Závěr**

Cílem hygienické péče o dutinu ústní je spokojenost pacientů i prevence komplikací, které mohou vzniknout ze zanedbání dentální hygieny. Prioritní roli zaujímá sestra. Neznamená to, že musí ústní hygienu provádět sama, nicméně je zodpovědná za to, že nemocný má uspokojené hygienické potřeby, včetně péče o dutinu ústní.

Hygienická péče celková i hygiena dutiny ústní spadají do oblasti základní ošetrovatelské péče. Právě čistota hospitalizovaného pacienta je jedním z měřítek kvality ošetrovatelské péče. Z nedostatku odborné literatury i z našeho šetření je zřejmé, že v této oblasti v ošetrovatelské péči existují velké rezervy. Šetření, které se provádělo na osmi vybraných odděleních ukázalo, že spokojenost pacientů se zajištěním ústní hygienické péče během hospitalizace je podmíněna úrovní návyků pacientů v oblasti ústní hygieny. Výsledky šetření ukazují na nedostatečné vybavení odděleních pomůckami pro účel ústní hygieny pro případ, že nemocný nemá své. Dle bylo zjištěno, že hygiena dutiny ústní je opomíjena, na což ukazuje nízká frekvence vykonávání tohoto úkonu. Šetření současně nastínilo nutnost se touto zdánlivě samozřejmou problematikou dále systematicky zabývat.

## Seznam literatury

1. Adamsen,L. Discrepancy between Patients' Perspectives, Staff's Documentation and Reflections on Basic Nursing Care, Scand J Caring Sci 2000; 14: str 120-129
2. Bártlová,S.,Sadílek,P., Tóthová, V., Výzkum a ošetrovatelství.Brno: NCONZO 2005, ISBN 80-7013-416-X
3. Bencko, V., Hygiena. Praha: Karolinum1998 , ISBN 80-7184-551-5
4. Botticelli,A.T., Dentální hygiena, Praha: Guintessenz 2002, ISBN 80-903181-1-8
5. Haraštová,E., Domácí ústní hygiena. Diagnóza v ošetrovatelství,2006,roč.2, č.5, s.205,
6. Heřmanová,J., Zvoníčková,M.. Možnosti hodnocení soběstačnosti sestrou. Diagnóza v ošetrovatelství,2006,roč. 2,č.8, s. 295-297
7. Holešinská,P., Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Praha: Grada 2002, ISBN 80-247-0536-2
8. Hubálková,H., Moderní materiály v protetickém zubním lékařství, Lékařské listy2006, č.14, s. 10-12
9. ICN, Základní principy ošetrovatelské péče, ICN 1995
10. Jarošová, D: Teorie moderního ošetrovatelství, Praha: ISV 2000. ISBN 80-85866-55-2
11. Kilián,J. a kolektiv, Prevence ve stomatologii,Praha: Galén 1999, ISBN 80- 7262-022-3
12. Kolektiv autorů, Stomatologie. Praha: Karolinum 1999, ISBN 80-7184-865-4
13. Lakatošová,V., Péče o hygienu z pohledu ošetrovatelky, Diagnóza v ošetrovatelství 2006, roč.2,č.5,s. 199-201
14. Mauer,M., Psychologické aspekty hygieny, Diagnóza v ošetrovatelství, 2006,roč.2,č.9,s. 360
15. Mikšová,Z., Fraňková,M., Hernová, R., Zajičková,M., Kapitoly z ošetrovatelské péče 1, Praha: Grada 2006, ISBN 80-247-1442-6
16. Nejedlá.M., Fyzikální vyšetření pro sestry, Praha: Grada 2006, ISBN 80-247-1150-8, str. 958-101
18. Pavlíková,S., Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada 2006, ISBN80-247-1211-3

19. Pohled do dutiny ústní,[online].c.2004[cit. 2007-04-24].Dostupné z :<<http://www1.lf1.cuni.cz/~hrozs/usta/idioulc3.JPG>
20. Pochylá,K., Pochyl,O., Metoda kvantifikace ošetrovatelského personálu pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu. Brno: IDVPZ 1999, ISBN 80-7013-290-6
21. Roušarová,J., Pokyny k ošetrovatelské technice,Praha: Spolek lékařů českých 1949
22. Rozsypalová,M., Staňková,M., Ošetrovatelství1/1, Praha: Informatorium 1996, ISBN 80-85427-94-X
23. Sinělnikov, R.D: Atlas anatomie člověka, Praha: Avicenum 1980. ISBN 08-040-80
24. Simons,D., Baker,P., An evaluation of an oral health training programme for carers of the elderly in residential homes, British Dental Journal,2/2000, str. 206-210
25. Staňková,M., Ošetrovatelství 1, Praha: Avicenum 1988, ISBN 735 23-08/9
26. Staňková,M., Péče o nemocné pro ošetrovatelky, Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků 1973
27. Staňková,M., Základy teorie ošetrovatelství. Praha: Karolinum 1996, ISBN 80-382-108-96
28. Stříteský,J., Patologie. Olomouc: Epava 2001, ISBN 80-86297-06-3
29. Šimek,J., Soběstačnost, Diagnóza v ošetrovatelství ,2006, roč.2, č.8,s. 294-295
30. Špindlerová,A. a spol., Základy ošetrování nemocných,Praha: Státní zdravotnické nakladatelství 1957
31. Trachtová, E. a kolektiv, Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Brno: IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-324-4
32. Trojan, I. a kolektiv, Fyziologie – učebnice pro lékařské fakulty, Praha: Avicenum 1987
33. Vokurka,M., Hugo,J., Velký lékařský slovník, Praha: Maxdorf Jessenius 2005, ISBN 80-7345-058-5
34. Wardh,i., Lillemor,R., Oral Health Care- A Low Priority in Nursing, Scand J Dariny Sci, 14/2000, str. 137-142, ISSN 0283-9318

35. Wardh,I.,Söronsen,S., Development of an index to measure oral health care priority aminy nursing start, Gerontology, 22/2005, str. 84-90

36. Zubní kartáček [online].c.2005[cit.2007-04-24].Dostupné z  
<<http://www.upload.wikimedia.org./wikipedia/commons/thumb/6/66>

37. Zubní kartáček na prst, [online].c.2006[cit.2007-04-24]. Dostupné z :  
<<http://www.shop.mazlicci.cz/.../images/692.jpg>.



## Seznam obrázků

- Obr. č. 1 Maslowova hierarchie potřeb
- Obr. č. 2 Anatomie – dutina ústní
- Obr. č. 3 Anatomie – předsíň dutiny ústní a vlastní dutina ústní
- Obr. č. 4 Pohled do dutiny ústní při fyzikálním vyšetření
- Obr. č. 5 Klasické zubní kartáčky
- Obr. č. 6 Elektrický zubní kartáček
- Obr. č. 7 Zubní kartáček na prst

## Seznam grafů

- Graf č. 1 Pohlaví respondentů
- Graf č. 2 Důvod hospitalizace ( hlavní diagnóza )
- Graf č. 3 Kdo zpravidla provádí na oddělení hygienickou péči o dutinu ústní
- Graf č. 4 Jaké pomůcky pro hygienu dutiny ústní má oddělení k dispozici, když pacient nemá vlastní
- Graf č. 5 Pomůcky pro péči o dutinu ústní k lůžku
- Graf č. 6 Prostředek používaný k péči o rty
- Graf č. 7 Je hygiena dutiny ústní zmíněna v ošetřovatelské dokumentaci?
- Graf č. 8 Je na oddělení k dispozici standard péče o dutinu ústní
- Graf č. 9 Stav chrupu
- Graf č. 10 Typy umělé zubní náhrady
- Graf č. 11 Stav jazyka
- Graf č. 12 Stav sliznice dutiny ústní
- Graf č. 13 Stav dásní
- Graf č. 14 Jak často si doma zuby čistíte?
- Graf č. 15 Kdy jste zvyklý/á si zuby čistit?
- Graf č. 16 Doma k čištění zubů používáte...
- Graf č. 17 Máte, zde v nemocnici, vlastní pomůcky pro ústní hygienu?
- Graf č. 18 Kde je v nemocnici uložena zubní protéza
- Graf č. 19 Místo uložení pomůcek pro hygienu dutiny ústní
- Graf č. 20 Hodnocení vlastní soběstačnosti pacienty ve vztahu k ústní hygieně
- Graf č. 21 Kde a v jaké poloze vykonává nemocný ústní hygienu?
- Graf č. 22 Spokojenost pacientů s péčí o chrup v nemocnici
- Graf č. 23 Kdy jste si čistil/a zuby naposledy?

Graf č. 24 Jak byla dnes provedena hygiena dutiny ústní?

Graf č. 25 Kdo Vám pomáhá s péčí o chrup v nemocnici?

Graf č. 26 Kdy si zuby v nemocnici zpravidla čistíte?

Graf č. 27 Vadí Vám čistit si zuby v přítomnosti druhé osoby?

Graf č. 28 Jaké mají nemocní pocity, když jim čistí zuby někdo jiný?

Graf č. 29 Vadí Vám nevyčištěné zuby?

Graf č. 30 Ovlivňují u Vás nevyčištěné zuby kontakt s druhými lidmi?

Graf č. 31 Ovlivňují u Vás nevyčištěné zuby nějaké činnosti?

## Seznam tabulek

Tab.č. 1 Cíle orálního zdraví vyhlášené WHO – Kaz a jeho následky

Tab. č. 2 Vzorek respondentů

Tab. č. 3 Věk respondentů

Tab. č. 4 Míra soběstačnosti u respondentů

Tab. č. 5 Kdo zpravidla provádí na oddělení hygienickou péči o dutinu ústní?

Tab. č. 6 Co se na oddělení používá k uložení zubní protézy?

Tab. č. 7 Kolik pacientů max. připadá na péči jedné sestře?

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 Projekt diplomové práce

Příloha č. 2 Záznamový arch

Příloha č. 3 Test ADL

Příloha č. 4 Test IADL

## Seznam používaných zkratk

ADL – Activities of Daily Living

aj. – a jiné

Alzheimer. dem . – Alzheimerova demence

apod. – a podobně

APPE – apendektomie

a.s. - akciová společnost

ATB - antibiotikum

atd. – a tak dále

Bc. – bakalář

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

č. – číslo

DK – dolní končetina

Doc. – docent

F – fluor

FDI – Mezinárodní stomatologická federace

Fr. – fraktura

H – hard

IADL – Instrumental Activities of Daily Libiny

ICN – International Counsil of Nursing , Mezinárodní rada sester

IgA – imunoglobulin A

IMC – infekce močových cest

insuf. – insuficience

K - klient

M – medium

m. – musculus

mg – miligram

Mgr. - magister

mm – milimetr

m.Parkinson. – Morbus Parkinson

např. – například

NPB – náhlá příhoda břišní

Obr. – obrázek

ppm – parts per milion

př. – příklad

P – pacient

S – soft

Stp. – stav po

Str. - strana

SZŠ – střední zdravotnická škola

TEP – totální endoprotéza

WHO – World Health Organisation - Světová zdravotnická organizace

## Příloha č. 1

### Záznamový arch ( vyplňuje výzkumník)

#### Hygienická péče o dutinu ústní u hospitalizovaných pacientů s deficitem soběstačnosti

1. Věk pacienta..... 2. Pohlaví M Ž 3. Barthel scóre..... 4. Hlavní diagnóza.....  
5. Zdravotnické zařízení..... 6. oddělení..... datum.....20...

#### **A) Zodpoví sestra**

##### **7. Kdo zpravidla provádí na oddělení hygienickou péči o dutinu ústní**

sestry aktivně je zapojena rodina  
ošetřovatel/ka dobrovolníci žákyně SZŠ, studenti  
sanitář/ka jiné.....

##### **8. Jaké pomůcky pro hygienu dutiny ústní má oddělení k dispozici, když pacient nemá vlastní**

Zubní kartáčky mulové čtverce, tampóny  
Zubní pasty bylinné odvary( heřmánek, řepík...)  
Pagavit kelímky pro výplach  
Štětičky jiné.....  
Bor. Glycerin

##### **9. Co se na oddělení používá pro uložení zubní protézy?.....**

##### **10. Jaké pomůcky jsou pacientovy poskytnuty v případě, že vykonává hygien. péči o dutinu ústní v rámci lůžka?.....**

##### **11. Jaké pomůcky má oddělení k dispozici v péči o rty.....**

##### **12. Je hygienická péče o dutinu ústní zmíněna v ošetřovatelské dokumentaci?**

Ano ne

##### **13. Je na oddělení k dispozici standard péče o ústní hygienu? ano ne**

##### **14. Kolik pacientů maximálně připadá jedné sestře ve směně?.....**

#### **B) fyzikální vyšetření provede vyplňující**

##### **15. Stav chrupu je**

bez obtíží  
protéza horní dolní obojí  
výrazná parodontóza(viklavost zubů)  
rovnátka  
zubní kazy – neléčené  
zbytky zubů

##### **16. Jazyk**

růžový, bez povlaků  
povleklý  
suchý

##### **17. Sliznice dutiny ústní**

růžová, vlhká  
bílý povlak  
aftózní ložiska  
jiné.....

##### **18. Dásně**

bez obtíží  
zduření, krvácivost  
sestup dásně – obnažení zubních krčků



C)Zodpoví pacient

19.Jak často si zuby čistíte doma?.....

20.Kdy jste zvyklý(á) si čistit zuby?.....

21.Doma k čištění zubů používáte?

kartáček zubní pastu?..... zubní nit  
ústní vodu jiné.....

22.Kdy jste byl(a) naposledy u zubaře?.....

23.Prodělal(a) jste v posledních dvou měsících v dutině ústní nějaké onemocnění nebo operační zákrok?

Ne ano jaké.....

24.Máte zde, v nemocnici, vlastní pomůcky pro ústní hygienu?

Ano ne proč?.....

25.Které pomůcky Vám chybí?.....

26.Pokud máte zubní protézu, zde, v nemocnici

Kde je uložena?.....

27.Kde jsou uloženy pomůcky pro ústní hygienu?.....

28.Zuby si zde v nemocnici,

čistím sám/sama  
s pomocí personálu – podání pomůcek, úprava polohy atd.....  
jsem plně závislý(á) na personálu

29.Z jakého důvodu si nejste schopen/schopna vyčistit zuby sám(a)?.....

30.Kde si zuby čistíte?

v koupelně na pokoji u umývadla na lůžku

31.V jaké poloze?

v stoje v sedě v leže na zádech na boku

32.Máte pocit dobře vyčištěných zubů?

ano ne

33.Kdy jste si čistil(a) zuby naposledy?.....

34.Jak byla dnes provedena hygiena dutiny ústní ? čištění zubů pomůcky.....

vytření dutiny ústní pomůcky.....  
výplach dutiny ústní pomůcky.....  
péče o rty pomůcky.....  
neprovedena  
jiné.....

35.Kdo Vám pomáhá s péčí o zuby v nemocnici?

sestra žákyně, studenti  
ošetřovatelka  
rodina  
jiné.....

36.Kdy si zuby v nemocnici čistíte?.....

37.Vadí Vám čistit si zuby v přítomnosti druhé osoby?

ano proč..... ne

38.Jáké máte pocity, když vám čistí zuby někdo jiný

nikdo jiný mi nikdy zuby nečistil  
Příjemné  
Níjak zvláštní  
Nepříjemné stud bolestivost strach  
jiné.....

39.Vadí Vám nevyčištěné zuby?



## Příloha č. 2

### **BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (ADL)**

<b>Činnost:</b>	<b>Provedení činnosti:</b>	<b>Bodové skóre:</b>
<b>1. najedení, napití</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>2. oblékání</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>3. koupání</b>	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
<b>4. osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
<b>5. kontinence stolice</b>	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
<b>6. kontinence moči</b>	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
<b>7. použití WC</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>8. přesun lůžko - židle</b>	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
<b>9. chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
<b>10. chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>Celkové skóre:</b>		

#### **Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:**

<b>0 - 40 bodů</b>	vysoce závislý
<b>45 - 60 bodů</b>	závislost středního stupně
<b>65 - 95 bodů</b>	lehká závislost
<b>100 bodů</b>	nezávislý

Podle: Mahoney, F. L., Barthel, D. W.: Md. State Med. J., 14, 1965, s. 61-65.

Wade, S. L.: Arch. Phys. Med. Rehabil., 64, 1983, s. 20-26.

Topinková, E., Neuwirth, J.: Geriatrie pro praktického lékaře. Grade, Praha 1995.

### Příloha č. 3

## TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (IADL)

<b>Činnost:</b>	<b>Hodnocení:</b>	<b>Bodové skóre:</b>
<b>1. telefonování</b>	vyhledá samostatně číslo, vytočí je zná několik čísel, odpovídá na zavolání nedokáže použít telefon	10 5 0
<b>2. transport</b>	cestuje samostatně dopravním prostředkem cestuje, je-li doprovázen vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	10 5 0
<b>3. nakupování</b>	dojde samostatně nakoupit nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby neschopen bez podstatné pomoci	10 5 0
<b>4. vaření</b>	uvaří samostatně celé jídlo jídlo ohřeje jídlo musí být připraveno druhou osobou	10 5 0
<b>5. domácí práce</b>	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	10 5 0
<b>6. práce kolem domu</b>	provádí samostatně a pravidelně provede pod dohledem vyžaduje pomoc, neprovede	10 5 0
<b>7. užívání léků</b>	samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků užívá, jsou-li připraveny a připomenuty léky musí být podány druhou osobou	10 5 0
<b>8. finance</b>	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi neschopen bez pomoci zacházet s penězi	10 5 0
<b>Celkové skóre:</b>		

### **Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:**

<b>0 - 40 bodů</b>	závislý v IADL
<b>45 - 75 bodů</b>	částečně závislý v IADL
<b>80 bodů</b>	nezávislý v IADL

Podle: Lawton, M. P., Brody, E. M.: Gerontologist, 1969, s. 179-185.

Lawton, M. P.: Psychopharm. Bull., 24, 1988, s. 609-614.

Topinková, E., Neuwirth, J.: Geriatrie pro praktického lékaře. Grade, Praha 1995.