

Výzkum - Zlepšení orálního zdraví starších pacientů v nemocnici

Studie hodnotily orální zdraví starších osob v nemocnicích a zjistily, že je nedostačující. To je způsobeno akutními nemocemi, a jinými zdravotními potížemi pacientů. Sestry narážejí na překážky při pomoci pacientům s ústní hygienou.

Důkazy naznačují, že špatné zdraví ústní dutiny u starších pacientů zvyšuje riziko aspirace bakterií z dutiny ústní do plic a zvyšuje riziko pneumonie získané v nemocnici.

Cílem bylo zjistit, zda může být péče o dutinu ústní u starších pacientů zlepšena terapeutem pro orální zdraví provádějícím denně rutinu péče o dutinu ústní a poté určit, zda by stejná rutina prováděná sestrami mohla dosáhnout podobných výsledků. Dalším cílem bylo zjistit, zda se při dobré péči o dutinu ústní zmenší riziko pneumonie získané v nemocnici.

Fáze studie:

Studie se skládala z fáze PI-před intervencí, která se zabývala orálním zdravím starších pacientů ve dvou nemocnicích se specializovanými odděleními v Sydney: Concord Repatriation General Hospital (CRGH) a Nepean Hospital. Pacienti byli starší 65 let a byli v geriatrické péči lékařského týmu.

Další fáze byla pod vedením terapeuta pro orální zdraví, který provedl standardizovanou rutinu péče o ústní dutinu založenou na osvědčených postupech pro pacienty, kteří mají původní zuby (dentáty), pro ty, kteří mají nějaké původní i protetické zuby a ty bez zubů (bezzubé). Rutina pacientů s původními zuby zahrnovala čištění zubů (jednu až čtyři minuty) pomocí zubního kartáčku s malou nebo dvojitou hlavou a zubní. Rutina pro pacienty se zubní protézou (částečnou / plnou) zahrnovala kontrolu dásní, kartáčování protézy po dobu jedné až dvou minut jemným mýdlem a vodou a namočení v čisté vodě přes noc. U bezzubého pacienta byly dásně otřeny tamponem s hydrogenuhličitanem. Rutina probíhala jednou denně (pondělí – pátek) mezi 7:30 a 16:00. Tyto intervence byly prováděny spolu s běžnou péčí o ústní dutinu prováděnou sestrami.

Poslední fáze se skládala ze sesterských intervencí. Sestry prošly formou vzdělávání a školení o rutinách ústní péče buď od zubního lékaře, nebo od terapeuta pro orální zdraví. Zubní lékař, podílející se na studii a jeden z vyšetřovatelů provedli pět vzdělávacích sezení pro sestry a terapeut pro orální zdraví provedl čtyři sezení během trvání sesterských intervencí. Každé sezení trvalo 30 minut a zaměřovalo se na následující: (i) zdraví ústní dutiny u starších dospělých; (ii) důsledky špatné ústní hygieny; (iii) rutiny péče o zuby / zubní náhradu; (iv) předvedení techniky čištění pomocí kartáčku; a (v) řešení rezistentního chování vůči péči. 58 sester byly způsobilé se zúčastnit studie. 46 sester (79%) se zúčastnilo: 27 (46%) před implementací a 19 (33%) během studie. U jednotlivých pacientů došlo k individualizovanému přímému tréninku vedeným sestrami. Z 58 sester, 38 (65%) absolvovalo školení v čištění původních zubů a 37 (64%) v péči o zubní protézy. V koupelnách a na záchodech pacientů se nacházely plakáty s obrázky zubů, chrupu a postupy péče o dutinu ústní. U lůžka každého pacienta byla zobrazena tabulka individuálního stavu zubů. Výrobky a vybavení pro rutinu ústní péče byly k dispozici na odděleních.

Vyhodnocení výsledků:

Byl vyvinut nástroj pro hodnocení zdraví dutiny ústní a byl stravován jednou osobou. Je určen pro jiné než zubní profesionály a lze jej použít u pacientů s kognitivní poruchou. Vyhodnocovatel byl vyškolen k používání tohoto nástroje už před zahájením studie. Ve všech fázích byli pacienti hodnoceni do 24 hodin po přijetí a 7 den hospitalizace mezi 8:00 a 10:00.

Nástroj pro hodnocení zdraví dutiny ústní hodnotí osm složek: (i) rty; ii) jazyk; iii) dásně a tkáň; (iv) sliny; v) zuby; vi) zubní náhrady; vii) čistota ústní dutiny; a (viii) bolesti zubů. Skóre se pohybuje od „0“ zdravé, „1“ odchylky od normálu na „2“ nezdravé. Termín „odchylka“ označuje, že doména nebyla v normě, ale nezdá se, že by vyžadovala okamžitý zásah. Kategorie „nezdravé“ znamená nutné zubní ošetření nebo je nutná konzultace. Ústní dutina byla kontrolována po dobu 5–10 minut. Ústní čistota ve dnech 1 a 7 byla primárním výsledkem studie, protože je považována za nejcitlivější na změnu během sedmidenního období. Celkové skóre bylo odvozeno ze součtu skóre osmi složek.

Velikost vzorku:

Ve fázi PI zůstalo 127 pacientů (62%) v „nezdravé“ skupině 7. den studie. To bylo použito k určení velikosti vzorku pro intervenční fáze. Autoři předpovídali, že intervence by měly snížit tuto skupinu „nezdravé“ v 7. den studie na 32% (snížení o 30%). Proto bylo v každé intervenční fázi zapotřebí 50 subjektů, aby měli více než 80% sílu k nalezení statisticky významného rozdílu v intervenčních fázích v porovnání s fází PI.

Závěr:

Autoři nemohli předpokládat, že by se orální zdraví pacientů v tomto prostředí zlepšilo. Zjistili, že lze zlepšit čistotu úst po dobu sedmi dnů rutinou ústní hygieny jednou denně prováděnou terapeutem pro orální zdraví. Intervenční fáze vykazovaly významně vyšší podíl pacientů přesunutých z „nezdravé“ do „zdravé“ kategorie ústní čistoty v den 7 ve srovnání s fází PI. Studie ústavní péče ukázaly, že pravidelná profesionální péče o zuby nebo péče v kombinaci s podporou od sester zlepšuje zdravotní stav starších dospělých.

Sestry absolvovaly školení pomocí modelů a zubních náhrad, spíše než na „skutečných pacientech“, také došlo k tréninku a strategiím zvládnání rezistivního chování ze strany pacienta. Zubař byl pro sestry k dispozici až devět hodin týdně pro školení a vzdělávání v těchto oblastech.

V nemocnicích a rezidenční péči jsou omezené informace a znalosti sester o potřebách orální hygieny u starších lidí, jako jsou: rizikové faktory špatné ústní hygieny a nepříznivé následky -důsledky špatné ústní hygieny. Tyto problémy byly řešeny na vzdělávacích setkáních pro sestry.

U vysokoškolských a postgraduálních sester kurzy a školení v technikách a rutinách ústní péče chybí a tím se dá vysvětlit, proč sestry uvádějí, že nejsou schopny uspokojivě provádět péči o ústní dutinu. To je dále potlačováno nevhodným vybavením nebo omezenými produkty na odděleních. Tyto hmatatelné překážky jsou často uváděny jako důvod, proč může být péče o ústní dutinu nedostatečná nebo nedokončená. Obě intervenční fáze měly na oddělení k dispozici vhodné vybavení a produkty.

Silnými stránkami studie bylo, že pravděpodobně šlo o reprezentativní skupinu, protože nebylo nutné získat individuální souhlas pacientů. Byli zahrnuti pacienti s kognitivním poškozením v důsledku akutního onemocnění (delirium) a / nebo demence. Tito pacienti jsou často vystaveni riziku špatného orálního zdraví, ale obvykle nejsou zahrnuti do studií. Přímé školení umožnilo sestram naučit se a procvičovat dovednosti ústní hygieny na oddělení při plnění jejich obvyklých úkolů.

Nebyly shromážděny žádné údaje o tom, jak školení přímo ovlivňovalo sestry v denní rutině ústní hygieny, konkrétně čas strávený čištěním zubů / zubních náhrad.

Zlepšení čistoty ústní dutiny u starších dospělých pacientů lze dosáhnout každodenními zásahy ze strany terapeuta pro orální zdraví. Sestry dosáhly podobných zlepšení, když jim bylo poskytnuto přímé školení o poskytování dobré péče o ústní dutinu v rámci jejich obvyklé praxe s podporou zubního lékaře. Je zapotřebí rozsáhlejší studie na delší období, aby se zjistilo, zda intervence, které zlepšují zdraví ústní dutiny, vedou k menší incidenci pneumonií spojených s hospitalizací.