



PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ U OSOB NA INVALIDNÍM VOZÍKU

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Tereza Holpuchová**
Vedoucí práce: Mgr. Alena Kyrianová





PREVENTION OF PRESSURE SORES IN PERSONS ON WHEELCHAIRS

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Tereza Holpuchová**
Supervisor: Mgr. Alena Kyrianová



Tento list nahradte
originálem zadání.

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Děkuji Mgr. Aleně Kyrianové za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, připomínky a podněty.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Tereza Holpuchová

Instituce: Technická univerzita v Liberci – Ústav zdravotnických studií

Název práce: Prevence dekubitů u osob na invalidním vozíku

Vedoucí práce: Mgr. Alena Kyrianová

Počet stran: 68

Počet příloh: 2

Rok obhajoby: 2014

Souhrn: Bakalářská práce se zabývá problematikou dekubitů u osob na invalidním vozíku. Je zaměřena především na prevenci vzniku dekubitů. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část se zabývá shrnutím problematiky z literatury a jiných zdrojů. Druhá, výzkumná část, se zabývá analýzou a grafickým zpracováním dat. Data jsou zjištěna z kvantitativního šetření. Cílem práce je zjistit a zhodnotit informovanost osob na invalidním vozíku v problematice dekubitů a zjistit zda dodržují preventivní opatření.

Klíčová slova: dekubit, míšní poranění, invalidní vozík, prevence

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Tereza Holpuchová

Institution: Technical University of Liberec – Institute of Health Studies

Title: Prevention of pressure sores in persons on wheelchairs

Supervisor: Mgr. Alena Kyrianová

Pages: 68

Apendix: 2

Year: 2014

Summary: The bachelor thesis deals with dekubitus on wheelchair users. It focuses primarily on the prevention of pressure sores. Work is partitioned into theoretical and research parts. The theoretical part deals with the issue of summary of the literature and other sources. The second part deals with analysis and graphical data processing. Data was determined from the quantitative survey. The aim is to identify and assess the awareness of people on wheelchairs in the issue of dekubitus and if they comply with prevention.

Key words: ulcer sores, spinal cord injury, wheelchairs, prevention

Obsah

1	Úvod.....	7
2	Pacient s poraněním míchy	9
2.1	Rozdělení míšního poškození	9
2.1.1	Stádium 1a – akutní fáze.....	10
2.1.2	Stádium 1b – postakutní fáze.....	10
2.1.3	Stádium 2 – chronická fáze.....	11
2.1.4	Stádium 3 – terciální fáze	12
3	Dekubity.....	13
3.1	Definice dekubitu	13
3.2	Mechanismus vzniku dekubitů.....	13
3.2.1	Zevní faktory ovlivňující vznik dekubitů	13
3.2.2	Vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů	15
3.3	Klasifikace dekubitu.....	17
3.4	Riziko vzniku dekubitu	17
3.5	Místa vzniku dekubitů.....	18
4	Prevence vzniku dekubitů	19
4.1	Prevence tlaku na tkáň	19
4.2	Polohování.....	19
4.2.1	Polohovací pomůcky a polohovací lůžka	20
4.2.2	Prevence tření a střížné síly	21
4.3	Hygiena a péče o pokožku	21
4.4	Hydratace a výživa	22
4.5	Vyprazdňování	22
4.6	Pohyb a aktivizace.....	23
4.7	Plán ošetrovatelské péče v rámci prevence vzniku dekubitu	23
5	Léčba dekubitů.....	25

5.1	Proces hojení	25
5.2	Konzervativní léčba	26
5.3	Chirurgická léčba	27
II.VÝZKUMNÁ ČÁST		28
5.4	Cíle práce a hypotézy	29
5.5	Metodika výzkumu.....	30
5.5.1	Charakteristika výzkumného vzorku	30
5.6	Výsledky výzkumu a jeho analýza.....	31
6	Diskuze	48
7	Návrh doporučení pro praxi.....	51
8	Závěr	53
9	Seznam bibliografických citací.....	54
10	Seznam tabulek a grafů.....	57
11	Seznam příloh	59

Seznam zkratek

BMI	Body mass index
CT	Computerová tomografie
EPUAP	Evropský poradní sbor pro otázky v léčbě proleženin
SIAS	Spina iliaca anterior superior
V.A.C	Vacuum assisted closure
Tab.	Tabulka

1 Úvod

Každým rokem v naší republice přibývají další osoby s poraněním míchy, které k pohybu potřebují invalidní vozík. S některými z těchto lidí jsem se setkala při své praxi na Spinální jednotce. Zde jsem si uvědomila, že život na vozíku nepřináší jenom změnu psychického a fyzického stavu, ale i spoustu zdravotních komplikací, které ohrožují pacienta na životě. Kromě močových infekcí tvoří veliký problém i dekubity. Domnívám se, že v nemocničním zařízení je vysoká úroveň péče o dekubity a je kladen velký důraz ošetrovatelské péče na prevenci jejich vzniku. Zamyslet jsem se musela také nad tím, jakou péči prevenci dekubitů věnuje pacient v domácím prostředí, zvláště pokud je na invalidním vozíku. Proto jsem se rozhodla svoji bakalářskou práci zaměřit na toto téma. Zjistit, zda si osoby na invalidním vozíku uvědomují, co to dekubity jsou, zda mají dostatek informací a hlavně zda ví jak jim předcházet.

V teoretické části mé bakalářské práce se nejprve zaměřím na samotné míšní poranění. Dále se budu věnovat problematice dekubitů, především jejich prevenci a také léčbě. V praktické části pomocí dotazníkového šetření zhodnotím cíle své práce a potvrdím či vyvrátím dané hypotézy. Prvním cílem mé práce je zjistit, zda klienti pohybující se na invalidním vozíku znají problematiku proleženin. Druhým cílem zjistíme, zda klienti pohybující se na invalidním vozíku znají doporučená preventivní opatření proti vzniku dekubitů. A třetím cílem bych ráda zjistila, zda klienti pohybující se na invalidním vozíku využívají antidekubitní pomůcky.

Přála bych si, aby tato práce sloužila v problematice proleženin jako možný zdroj informací a zároveň poukázala na možné problémy. V neposlední řadě také aby pomohla zlepšit prevenci dekubitů u osob na invalidním vozíku.

I.TEORETICKÁ ČÁST

2 Pacient s poraněním míchy

Česká republika v současné době koresponduje velmi dobře fungujícím systémem péče o pacienty se spinálním poraněním, zejména v prvním roce po úraze. I hned po úraze je zajištěn transport pacienta na spondylochirurgické oddělení, kde je provedena akutní operace – dekomprese míchy a stabilizace páteře. Po stabilizaci vitálních funkcí bývá pacient přeložen na spádovou spinální jednotku.[Wendsche 2005]

Spinální jednotky jsou v nemocnicích - v Praze, Brně, Liberci a Ostravě. Na těchto jednotkách pacienti především rehabilitují s fyzioterapeuty, ale také se zde nastavuje režim vyprazdňování. Přibližně po dvou až třech měsících, když je stav pacienta zcela stabilizován, je pacient přeložen na rehabilitační spinální jednotku v rehabilitačním ústavu, kde intenzivně rehabilituje dalších čtyři až pět měsíců.[Wendsche 2009]

Rehabilitační spinální jednotky jsou zřízeny v Rehabilitačním ústavu Kladruhy, v Hrabyni a v Hamzově odborné léčebně Luže-Košumberk. Při ukončení pobytu na rehabilitační spinální jednotce by měl být pacient vybaven vyhovujícím invalidním vozíkem a dalšími nezbytnými pomůckami. Dle potřeby je možné požádat sociální odbor městského či obecního úřadu o příspěvek na úpravu sociálního zařízení. Požádat můžeme o pořízení plošiny na vozík, či výstavbu výtahu, také o úpravu automobilu nebo přímo o bezbariérový byt. Po propuštění do domácí péče je možné si zařídit ambulantní rehabilitace. Lepší variantou však je individuální rehabilitační plán, který jedinec zvládá sám či za pomoci rodinných příslušníků. [Jirků 2006]

2.1 Rozdělení míšního poškození

Ministerstvo zdravotnictví České republiky rozděluje období po poškození míchy na několik stádií. Prvním stádiem je stádium 1a, tak zvaná akutní fáze. Toto stádium probíhá 1-2 týden po úraze na akutních odděleních a je zde nejdůležitější zajištění životních funkcí. Druhým stádiem je stádium 1b, kde hospitalizace probíhá již na spinálních jednotkách. Následuje stádium 2, nazývané fází chronickou. V tomto období je nejdůležitější rehabilitace v rehabilitačních ústavech. Po celou dobu se o pacienta stará multidisciplinární tým, složený z lékařů, všeobecných sester, fyzioterapeutů a psychologů. [Wendsche 2009]

2.1.1 Stádium 1a – akutní fáze.

Tato fáze probíhá přibližně 1-2 týden po úraze. V této fázi, je nejdůležitější zajistit vitální funkce a zjistit míru poškození míchy. Terapie probíhá v péči spondylochirurga, intenzivisty, neurologa, rehabilitačního lékaře, psychologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta a sester. Zde pacient také podstoupí operační zákrok – dekompresi míchy. Včasná dekomprese snižuje riziko sekundárního poškození nervové tkáně a zvyšuje šanci na regeneraci míchy. Důležitá je v akutní fázi monitorace srdeční funkce a dechových parametrů, vyprazdňování moči a stolice, péče o nutrici a především psychiku pacienta. [Bednařík 2004, Mikšík 2009]

V akutní fázi je pacient ohrožen mnoha riziky a ošetrovatelskými problémy. V první řadě nesmíme zapomínat na akutní bolest, která může vzniknout po úraze. Na riziko infekce dbáme z důvodu výskytu invazivních vstupů. Neměli bychom opomínat ani na psychický stav pacienta. Pacient je ohrožen pocitem beznaděje a bezmocnosti, snížením sebeúcty, úzkostí a strachem. I z těchto důvodů je velmi důležitý empatický přístup ošetrovatelského personálu, edukace pacienta a případná konzultace s psychologem. Dále v akutním stadiu pečujeme o vyváženou výživu a vylučování moči a stolice, kde hrozí riziko zácpy. V prvotní fázi močení zajišťujeme pomocí permanentního močového katétru. Následně využíváme čistou intermitentní katetrizaci, která posléze přechází v autokatetrizaci, kdy si již intermitentní katétr zavádí pacient sám. Pokud víme, že bude potřeba dlouhodobá drenáž močového měchýře, využíváme epicystostomii. Pravidelnost stolice zajišťujeme pomocí čípků či klysmatu. I v akutní fázi musíme provádět kontrolu predilekčních míst a možné narušení kožní integrity. Pacient trpí zhoršenou tělesnou pohyblivostí a rizikem pádu. Nacházíme zde i deficit sebepéče, protože v prvotní fázi je celková péče o pacienta zajišťována sestrou. Mohou nastat i problémy s komunikací či riziko sociální izolace. Již v této fázi začínáme s dechovou rehabilitací a pasivním protahováním. Na schopnostech pacienta závisí aktivní cvičení a zahájení ergoterapie. [Paulík 2010, Wendsche 2005]

2.1.2 Stádium 1b – postakutní fáze

V této fázi by měl být pacient hospitalizován na spinální jednotce a to přibližně od 2. týdne do 12. týdne po úraze. Na spinální jednotce dochází především k rehabilitaci pacienta, tak aby byl schopen co největší soběstačnosti. Velký vliv na soběstačnost má

ergoterapie, která je založená na obnově či kompenzaci porušených funkcí. Jejím cílem je dosáhnout co největší soběstačnosti v aktivitách každodenního života a začlenění pacienta do společnosti. Pomocí vertikalizačních stolů zde pacienta uvádíme do vzpřímené polohy, což má velmi mnoho pozitivních účinků, především na snížení spasticity, zlepšení průtoku krve a funkce trávicích a vylučovacích systémů. Dále klademe důraz na pravidelné vyprazdňování, které by ke konci pobytu měl pacient zvládat za určitých okolností sám - ať jde o přesun na toaletu či čistou intermitentní autokatetrizaci. Pacient by měl být také schopný sám přijímat potravu a dodržovat dostatečný pitný režim. Důležité je dbát i na prevenci komplikací a vznik dekubitů. [Wendsche 2009; Křivošíková 2011]

Nejvýraznějším problémem v této fázi bývá psychika pacienta. Dostavují se zde pocity beznaděje, bezmocnosti, osamělosti, úzkosti a strachu. Pacient si již plně uvědomuje deficit sebepečce, omezení pohyblivosti a závislost na dopomoci ošetrovatelského personálu. Proto je v této fázi nejdůležitější důsledná rehabilitace a kompenzace porušených funkcí, aby pacient nabyl co největší samostatnosti - tím dojde i ke zlepšení psychiky. I v této fázi musíme dbát na správnou výživu a pravidelné vyprazdňování moči a stolice. Stále si musíme uvědomovat riziko vzniku dekubitů. Může se zde vyskytnout i problém s pocitem sociální izolace a oslabením lidské důstojnosti. [Zacharová 2007, Neubaerová 2011]

2.1.3 Stádium 2 – chronická fáze

Spinální rehabilitační jednotky jsou využívány pro druhé stádium, které trvá přibližně 5 měsíců. Zde bývají k dispozici nadstandartní kompenzační pomůcky od různých speciálních polohovacích pomůcek až po diagnostické přístroje. Dále jsou k dispozici i pomůcky pro samostatné cvičení mimo nastavený rehabilitační plán. Rehabilitační plán je tvořen na každý den a podle potřeby je obměňován. Pravidlem bývá, že po celou dobu hospitalizace by měl mít klient stálého fyzioterapeuta, který stanovuje cíle, kterých by měl klient dosáhnout. Mezi metody využívané v rehabilitačních zařízeních nepochybně patří vodoléčba, termoterapie, posilovna, Bobath koncept, mechanoterapie a ergoterapie. V ergoterapii trénujeme především přesuny a začleňujeme do péče rodinné příslušníky. Je zde k dispozici i psychologická péče, která řeší případné stavy úzkosti a depresí. Možné je navštěvovat i logopeda, při vzniklých poruchách řeči. Sociální pracovník nám zase pomáhá se zajištěním všech příspěvků, dávek, doporučení

a žádostí - například s výměnou bytu, instalací plošin či zajištěním kompenzačních pomůcek. [Wendsche 2009, Zvoníková 2010]

V chronické fázi se snažíme zlepšit sebepéči pacienta a zajistit dostatečný nácvik každodenních činností. Dbáme na riziko osamělosti a strachu z budoucnosti. Také stále musíme myslet na možné poruchy kožní integrity a riziko pádů. Také může psychiku pacienta ovlivňovat i případná sexuální dysfunkce.[Jirků 2006]

2.1.4 Stádium 3 – terciální fáze

Období terciální fáze nastává po propuštění pacienta do domácího prostředí. Zabýváme se zde náhlými akutními stavy či vzniklými komplikacemi.[Wendsche 2009]

V domácí péči je největší přítěží zhoršená pohyblivost, kterou se zvyšuje riziko vzniku dekubitů - z důvodu potencionálního nedostatečného odlehčování a polohování. Může zde nastat i problém s nedostatečnou či nadbytečnou výživou pacienta, dehydratací či hyperhydratací. Rizikem je zde i výskyt problémů souvisejících se sedavým způsobem života, jako jsou například otoky dolních končetin, varixy, hemeroidy, svalové kontraktury, zácpa a jiné. [Wendsche 2009]

3 Dekubity

„Dekubity jsou samostatným pojmem. Jsou považovány za závažné komplikace vznikající u 10-30% ležících pacientů. Výrazně zvyšují náklady na léčbu. Jedná se o rány vznikající na určitých místech, jimž říkáme predilekční místa. Jsou to místa, kde se uplatňuje zvýšený tlak proti tvrdému podloží (kosti) například při ležení v jedné pozici. Dochází tím k déletrvajícimu stlačení přírodních cév a omezení průtoku. Do postižené oblasti tak nepřicházejí živiny ani kyslík, výsledkem je ischemie tkáně s následnou odumrtí. Tento mechanismus je velmi známý. Ví se, že nejdůležitější je prevence.“ Grofová, 2007, s.152

3.1 Definice dekubitu

„Dekubity, (proleženiny, prosezeniny, tlakové léze, vředy) jsou rány vyvolané tlakem. Velikost dekubitu je dána vzájemným působením intenzity tlaku, dobou působení tlaku, celkovým stavem nemocného a zevními podmínkami.“ Mikula, 2008, s.11

Dekubity jsou považovány za jednu z hlavních příčin úmrtí osob s míšním postižením. Můžeme je rozdělit na typ **akutní**, který vzniká již během 30 minut a nejčastěji se objevuje v terminálních stádiích a u nemocných v těžkém stavu. Druhým typem je typ **chronický**, který se vyvíjí během několika dnů až týdnů. [Mikšová 2006]

3.2 Mechanismus vzniku dekubitů

Dekubity, neboli tlakové léze, vznikají vlivem působení tlaku na tkáň. Intenzita tohoto tlaku je vyšší než je tlak krve v kapilárách (4,27kPa), čímž dochází k zástavě krevního oběhu. Může dojít k úplné nedokrevnosti či ke kapilárnímu městnání nebo kombinaci obou. Důsledkem vzniká poškození či odumření tkání. Novější studie ovšem ukazují, že hodnota kontaktního tlaku pro tvorbu dekubitů může být i nižší než 32 mm Hg (4,27kPa). Z tohoto důvodu nemůžeme považovat 32 mm Hg za univerzální hranici pro vznik dekubitů. [Mikula 2008, Mrůzek 2005]

3.2.1 Zevní faktory ovlivňující vznik dekubitů

Mezi hlavní faktory působící na vznik dekubitu patří intenzita a doba působení tlaku, střižné síly, riziko tření, teplo a vlhkost.

Intenzita a doba působení tlaku se řadí k velmi důležitým faktorům. Tlakem rozumíme sílu, která působí kolmo na plochu. Standardní kapilární tlak nepřesahuje 32 mm Hg. Kapilární poruchy jsou způsobeny jakýmkoliv překročením této hranice.

U ležícího pacienta i za nejlepších okolností dochází k tlaku 100 mm Hg na kostní vyvýšeniny. Sedící pacienti jsou ohroženi tlakem až 300 mm Hg. Pokud ovšem není vnější tlak trvalý k žádnému poškození nedojde. Je prokázáno, že při stálém tlaku dokonce u poškozených tkání existuje 1-2 hodinová kritická perioda, po níž se objeví patologické změny. Ovšem byly zjištěny i případy, kdy dekubitus vznikl již po 20-30 minutách. Vždy záleží i na dalších faktorech, především u nemocných v kritickém stavu. Nejvýraznější vliv na snížení odolnosti tlaku na tkáň má výpadek nervových funkcí. Hlavním problémem u pacientů s poškozením míchy je, že pod postiženou částí těla necítí varovné signály pro změnu polohy a také, že většinou nejsou schopni změnit polohu sami. [Mikula 2008, Pfeiffer 2007]

Střížná síla je síla působící na rozhraní povrchových a hlubokých tkání. Pokud člověk leží ve Fowlerově poloze, působí střížné síly nejčastěji, protože tělo má tendenci sklouzávat k dolní části lůžka. Tlak se přenáší na křížovou kost a na její hluboce uložené tkáně. Kůže nad kostí křížovou se nemůže pohybovat, jelikož dochází ke tření o podložku a tím se stává relativně nepohyblivou ve vztahu k lůžku. Toto pravidlo neplatí pro tkáně uložené hluboko, ty se pohybují směrem dolů. [Mikšová 2006, Mikula 2008]

Tření je síla, která souběžně působí s kůží, například tření kůže o prostěradlo, pokud pacienta posouváme. Dochází tím k poškození povrchové vrstvy kůže, která je poté náchylnější na vznik dekubitů. Pokud je pacient inkontinentní či má subfebrilii je tření zvýšeno. Poškozením kůže dochází ke zvýšenému riziku vzniku infekce. Velmi mnoho mechanických poranění způsobují přesuny, například z lůžka na vozík, z vozíku na toaletu či z toalety zpět na vozík. Důležité je také správně porovnané ložní prádlo či podložka ve vozíku. [Klusoňová 2005, Mikula 2008]

Teplo a vlhkost patří mezi další faktor, který je spojen se vznikem dekubitů. Proto je prokázáno i vyšší riziko vzniku u pacientů s inkontinencí. V důsledku inkontinence dochází k maceraci kůže a tím se riziko dekubitu mnohonásobně zvyšuje. Dalším rizikovým faktorem jsou febrilie nebo letní období, kdy dochází ke zvýšenému pocení a tím i riziku macerace kůže. [Klusoňová 2005, Mikula 2008]

3.2.2 Vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů

Mezi hlavní vnitřní faktory způsobující vznik dekubitů můžeme zařadit odolnost tkáně vůči tlaku, pohlaví, věk, tělesnou hmotnost, hybnost, inkontinenci, změnu stavu vědomí, přidružená onemocnění, léky, edémy, hydrataci a hlavně výživu pacientů.

Odolnost tkáně vůči tlaku je důležitý vnitřní faktor. Vzhledem ke své anatomické stavbě (řídka cévní síť a nepevná stavba tkáně) je nejnáchylnější na vznik dekubitů tuková tkáň. Méně odolnější jsou svaly a nejodolnější tlaku je vazivo a kůže. Odolnost tkáně je závislá na metabolickém stavu pacienta. Mezi nejdůležitější nepříznivé faktory řadíme anémii s následnou hypoxií, nedostatek bílkovin ve tkáních, hyperhydrataci (z důvodu edémů), dehydrataci a diabetes mellitus. Dále musíme brát ohled na poruchy mozkové činnosti a především na poranění míchy. Při poranění míchy odolnost na tlak klesá nejvíce v době míšního šoku a to až o hodinu. Tudíž se může vytvořit dekubitus i při pravidelném polohování. Postupem času se odolnost obnovuje. [Mikula 2008, Pokorná 2012]

Pohlaví a věk také ovlivňují vznik dekubitů. Je prokázáno, že muži jsou méně náchylnější ke vzniku dekubitů než ženy, protože ženy mají silnější tukové vrstvy. Ovšem je známo, že mužů s míšním poraněním je podstatně více, než žen, a to v poměru 10:1. Riziko vzniku je daleko vyšší u starších osob (nad 70 let), jelikož mají zpomalené obnovování buněk kůže a tím i pomalejší hojení ran. Dále mají starší lidé celkově méně prokrvenou pokožku. [Kouřilová 2010, Mikula 2008]

Tělesná hmotnost, která není pro pacienta ideální může zvýšit riziko vzniku dekubitů. U kachektických osob je hlavním rizikem malá vrstva tuku a tím i zvýšený tlak na poškození svalů. Obézní osoby mají toto riziko vyšší z důvodu problémové mobility a obtížného polohování. Z důvodu špatné životosprávy je u těchto osob ovlivněn i stav kůže, který dané riziko také zvyšuje. [Grofová 2007, Kalvach 2011]

Hybnost je v prevenci vzniku dekubitů velmi důležitá. Pokud pociťujeme nepohodlí, jsme schopni změnit polohu. Ale člověk, který trpí apatií, plegií, poruchou vědomí či je extrémně zesláblý, má sníženou schopnost reagovat na tlak v tkáních. [Mikšová 2006, Mrůzek 2005]

Inkontinence je jedním z největších problémů u osob na invalidním vozíku. Při porušení páteře může často dojít i k poruchám vyprazdňování moči a stolice.

Jsou tudíž nuceni se naučit jiné, náhradní způsoby vyprazdňování. Pokud se novému způsobu nenaučí, jsou ohroženi kyselinami a zásadami, které obsahuje moč a stolice. Tyto látky mohou způsobit chemické popáleniny. Ovšem i přílišná hygiena u inkontinentních pacientů může způsobit přílišné vysušení kůže, která může prasknout a stává se náchylnější pro vznik dekubitu. [Klusoňová 2005, Jirků 2006]

Změna stavu vědomí také ohrožuje pacienty na vzniku dekubitu, poněvadž pacienti v bezvědomí sami nemohou měnit svojí polohu a vše tudíž závisí na ošetrovatelské péči. Dále zde často dochází k inkontinenci, která také podporuje vznik dekubitu. [Adamčová 2005]

Přidružená onemocnění jsou dalším významným faktorem. Porucha centrální nervové soustavy, která se podílí na správném prokrvení kůže a podkoží, tak i na motorice pohybu, může pacienta velmi ohrozit. Mezi další riziková onemocnění můžeme zařadit aterosklerózu, anémii, periferní onemocnění cév, diabetes mellitus a neurologické choroby, např. demence a Parkinsonova nemoc. U diabetiků je známo, že zde dochází k periferní neuropatii, při které nastává ztráta citlivosti na chodidlech a dlaních. Tím pádem zde nejčastěji dochází k dekubitům na patách. [Pokorná 2012, Wendsche 2009]

Léky které tlumí vnímání bolesti pacienta, jako sedativa či analgetika, také působí pozitivně při vzniku dekubitů. Protizánětlivé léky například steroidy, snižují syntézu proteinů, tvorbu kapilár a epitelizace, a tím omezují schopnost regenerace pokožky. [Mikšová 2006]

Hydratace a výživa tvoří nedílnou součást při boji proti dekubitům. Při dehydrataci totiž dochází ke snížení kožního napětí a k tvorbě kožních řas, a tím je náchylnější k poraněním a otokům. Hyperhydratace naopak způsobí zvýšení kožního napětí, otoky a poruchu kožní integrity. Nedostatečná výživa nemusí být znatelná na první pohled. Hlavní problém je ten, že nemocný nemá dostatek bílkovin ve stravě a proto není ani dostatek bílkovin pro regeneraci. Nejkritičtějšími faktory jsou vitamin C a E, zinek, železo, arginin a antioxidanty. Nedostatek plnohodnotné výživy způsobuje i snížení schopnosti kůže se regenerovat. Snížením příjmu potravy dochází i k úbytku svalové hmoty, poklesu buněčné imunity a odolnosti proti infekcím. Pokud má pacient negativní dusíkovou bilanci, mohou dekubity vzniknout 3x častěji. Hlavními problémy v prvním

měsíci po poranění míchy jsou poruchy gastrointestinálního traktu, např. pankreatitida, peptický vřed či reflexní ileus. [Grofová 2007, EPUAP 2003]

3.3 Klasifikace dekubitu

I nepatrné známky poškození na povrchu kůže mohou znamenat rozsáhlé poškození pod povrchem, protože tlakové léze postupují z hloubky na povrch. Proto je důležité včasné hodnocení dekubitů a jejich klasifikace. [Mrůzek 2005]

Klasifikace dekubitů podle EPUAPU (Evropský poradní sbor pro otázky v léčbě proleženin)

„Stupeň 1: neblednoucí erytém bez porušení celistvosti kůže. Jako další indikátory lze též použít změnu barvy kůže, zvýšenou teplotu kůže, edém, induraci nebo zatvrdnutí, zvláště u jedinců s tmavší kůží.

Stupeň 2: ztráta kůže v částečné tloušťce, zasahující pokožku (epidermis), škáru (dermis) nebo dvě vrstvy. Poškození je povrchové a klinicky se projevuje jako puchýř nebo abraze (odřenin).

Stupeň 3: poškození nebo nekróza v celé tloušťce kůže, které může zasahovat podkožní tkáň až po fascii.

Stupeň 4: rozsáhlá destrukce, nekróza tkáně či poškození svalů, kostí či podpůrných struktur s úplnou ztrátou v celé tloušťce kůže nebo bez ní (bez poškození v celé tloušťce kůže).“ EPUAP, 2003, s.2

3.4 Riziko vzniku dekubitu

K hodnocení vzniku dekubitů máme 17 různých hodnotících škál. Nejčastěji používané jsou stupnice podle Nortonové, Brandena či Walterowa. U nás je nejpoužívanější stupnice dle Nortonové. Používání hodnotících škál je velmi důležité k zahájení včasné prevence. Riziko dekubitu hodnotí sestra do 24 hodin od příjmu pacienta. [Mikula 2008]

Škála podle Nortonové byla sestavena v roce 1962. V roce 1987 byla rozšířena Christel Biensteinovou na 25 bodové skóre. Pro širší využití byla pozměněna v roce 1989. U nás se začala využívat v roce 1993. Pacient je hodnocen v určitých kategoriích: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, další onemocnění, fyzický stav, psychický stav, aktivita, pohyblivost a inkontinence. Nejvíce ohroženi jsou pacienti, kteří mají 13 bodů a méně. Pacienti, kteří, mají skóre

14-18 bodů jsou ve vysokém riziku. Ti, kteří, mají skóre 19-23 mají střední riziko a pokud má pacient více jak 24 bodů je jeho riziko minimální. Důležité je ovšem škálu minimálně 1x týdně přehodnotit, aby byl konečný výsledek co nejaktuálnější. Dále škálu přehodnocujeme při změně stavu pacienta či při překladech pacienta z jednotky intenzivní péče. [Mikula 2008, Mrůzek 2005]

Škála podle Bradena obsahuje navíc hodnocení rizika tření a střižných sil a také velmi důležitý faktor výživy. Ovšem nebere ohled na věk a jiné přidružené onemocnění. Pokud má pacient výsledek 6-9 je riziko vzniku dekubitu vysoké. Tato škála se převážně využívá k hodnocení v intenzivní péči. [Mikula 2008, Mrůzek 2005]

Škála podle Wartelowa je používána především ve Velké Británii a byla vyvinuta v roce 1985. Oproti škále Nortonové zahrnuje i hodnocení typu kůže. Za velké riziko považuje chirurgické výkony, vliv léků a nemocí. Pokud má pacient více než 20 bodů na této škále, znamená to pro něho velmi vysoké riziko vzniku dekubitů. [Mikula 2008, Mrůzek 2005]

3.5 Místa vzniku dekubitů

Nejčastější místa vzniku dekubitů jsou místa, kde jsou kosti blízko kožního povrchu a nemají dostatečnou izolaci tukovou či svalovou vrstvou. Tato místa se jmenují **predilekční místa**. Liší se podle toho, v jaké poloze se člověk nachází. Při poloze **na zádech** jsou nejvíce rizikovými místy kosti týlní, trn 7. krčního obratle, hřebeny lopatek, loketní klouby, oblast kosti křížové a patní kosti. V poloze **na boku** tvoří nejkritičtější místa kosti spánková, ramenní kloub, hřebeny kosti kyčelní, zevní strana kolenního kloubu, oblast mezi kolena a oblast kotníků. Pro polohu **na břiše** jsou nejčastější místa pro dekubity oblast lící kosti, ucho, oblast klíční kosti, hřebeny kosti kyčelní, kolena a palce. **V sedě** tvoří predilekční místa hlezenní klouby, sakrum, kost křížová, hrboly sedacích kostí, trochantery a lopatky. [Mikšová 2006, Jirků 2006]

4 Prevence vzniku dekubitů

Prevence je soustava opatření, která mají předcházet jakémukoli nežádoucímu jevu. Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciální. Primární prevence zabraňuje vzniku onemocnění, sekundární prevence - se zaměřuje na léčbu časného stádia nemoci a terciální prevence - zabraňuje vzniku komplikací. Velmi důležité je aby sestra včas vyhodnotila ohrožení pacienta a riziko vzniku dekubitu přehodnocovala při každé směně. Další podstatnou část tvoří časový plán mobility či polohování pacienta. Neméně důležité je pravidelně kontrolovat nejen riziková místa ale i vzniklé dekubity. [Mikula 2008]

4.1 Prevence tlaku na tkáň

Tlak je nejrizikovějším faktorem při vzniku dekubitů, proto je podstatné pacienta pravidelně polohovat a tudíž zamezit stálému tlaku na stejné místo. U osob s poškozením míchy můžeme prevenci vzniku dekubitu rozdělit na akutní fázi, subakutní fázi a na fázi dlouhodobou. V **akutní a subakutní fázi** provádíme jedenkrát denně hygienu celého těla a pravidelně polohujeme do třech základních poloh. Polohujeme z několika důvodů, například odlehčení kůže, zlepšujeme prokrvení, předcházíme vzniku kontraktur, eliminujeme bolest a zlepšujeme psychický stav. U **dlouhodobé fáze** je důležitá hlavně pravidelná kontrola kůže, minimálně jedenkrát denně. Další zásadu tvoří správný sed ve vozíku a pravidelné odlehčování. [Mrůzek 2005]

4.2 Polohování

Polohování můžeme rozdělit na aktivní či pasivní. V akutní a subakutní fázi využíváme hlavně pasivní polohování. Intervaly mezi změnou polohy pacienta záleží na stavu nemocného, proto se pohybují v rozmezí dvaceti minut až čtyř hodin. U imobilních pacientů by měl být interval maximálně dvě hodiny. U osob na invalidním vozíku by měl být interval třicet minut až hodinu, protože tlak při sezení je větší než při pozici vleže. Pokud ovšem při polohování objevíme dekubitus, je nutné intervaly mezi změnou

polohy zkrátit. Pacienta polohujeme do třech základních poloh – polohy na zádech, na boku a na břiše. [Neubaerová 2011, Jirků 2006]

Poloha na zádech se využívá velmi často. U této polohy hlavu podložíme menším polštářem či molitanovým kolečkem. Dolní končetiny podložíme v oblasti lýtek, tak aby bylo dosaženo semiflexe v kolenních a kyčelních kloubech. Pozor musíme dávat i na odlehčení pat. V této poloze pravidelně kontrolujeme oblast okcipitální, loketních kloubů, sakra a pat. [Mrůzek 2005, Časopis Vozíčkář 2012]

Poloha na boku je druhou nejčastěji využívanou polohou. Při této poloze je hlava podložena polštářem po ose páteře. Spodní rameno je ponecháno bez podložení v lehké protrakci. Záda jsou vypodložena tak, aby sklon pánve svíral s pokožkou úhel třiceti stupňů. Mezi kolena umístíme polštář a předsuneme spodní dolní končetinu. V této poloze musíme kontrolovat oblast ucha, loktů, SIAS, velkého trochanteru, kolen a kotníků. [Mrůzek 2005, Časopis Vozíčkář 2012]

Poloha na břiše nepatří mezi často používané polohy. Využívá se především při léčbě již vzniklých dekubitů. Hlavu pacienta otočíme do strany a podložíme polštářem tak, aby při nulové poloze v hleznu prsty nedosahovaly k podložce. V této poloze musíme dávat pozor na oblast ucha, SIAS a kolenních kloubů. [Mrůzek 2005, Časopis Vozíčkář 2012]

4.2.1 Polohovací pomůcky a polohovací lůžka

Polohovací pomůcky jsou velmi praktické a snadno dostupné prostředky. Na trhu je dostupná široká škála různých podložních válců, kruhů, kvádrů, korýtek, klínů a polštářů naplněných různými materiály. Tyto pomůcky zvyšují pohodlí pacienta a zabráňují přílišnému tlaku na predilekční místa. U těchto pomůcek je důležité, aby byly voděvzdorné z důvodu dobré možnosti dezinfekce a paropropustné k zabránění pocení a vzniku vlhkosti pod pacientem. Při polohování pacienta by se mělo používat pomůcek co nejméně, protože jakýkoliv nadbytečný materiál vede k větší imobilitě pacienta. [Mrůzek 2005, Časopis Vozíčkář 2012]

Lůžka se mohou polohovat mechanicky či elektricky. Dnešní moderní lůžka jsme schopni ovládat pomocí ovladače a elektřiny nebo je můžeme mechanicky napolohovat. Lůžka elektricky ovládaná mají mnoho polohovatelných částí, jako například zádivý díl

či lýtkovou část. U některých je možný i náklon hlavou dolů či do stran. Při zvýšení zádového dílu snížíme tlak na srdce a plíce, zlepšíme tím dýchání a zvýšíme srdeční výdej. Při zvýšení lýtek dochází k pasivnímu pohybu v kyčelním kloubu a svalech dolních končetin. Zvýšení pod dolními končetinami také brání sesunutí pacienta a zlepšuje odtok krve z končetin do srdce, čím se redukuje riziko vzniku edému dolních končetin a možné trombózy. Pokud polohujeme zádovou i lýtkovou část lůžka do tak zvané polohy křesla, zlepšujeme tím peristaltiku a vylučování pacienta. [Jirků 2006, Wendsche 2005]

4.2.2 Prevence tření a strážné síly

Velmi důležité je správné polohování pacientů, kterým zamezíme posouvání těla směrem dolů tím, že zapřeme dolní končetiny o krychli či polohovací bednu. Nesmíme opomíjet správné sezení ve vozíku, kdy musí být zapřeny dolní končetiny o podnožku. Velkou vahou ke správnému sedu ve vozíku také přispívá edukace rehabilitačních pracovníků. Tření můžeme eliminovat správným přesunem ke kterému můžeme využít například zvedák či roll board. [Wendsche 2009, Levine 2010]

4.3 Hygiena a péče o pokožku

Jedná se o velmi důležitou složku v prevenci dekubitů hlavně tam, kde již dekubitus existuje nebo u inkontinentních klientů. Při hygieně dbáme především o omezení nepříznivého působení stolice, potu, moči a vaginálního sekretu. Důležité je pravidelně měnit osobní i ložní prádlo a pravidelná hygiena inkontinentních pacientů. Při hygieně používáme jemné mycí gely nebo tekutá mýdla. Po omytí pokožku vysušíme metodou tapování. Velkým zlozvykem zdravotníků je při sušení používání metody tření, u které vznikají mikrotraumata pokožky a nežádoucí oděrky. Nakonec je důležité pokožku pacienta natřít ochrannými a regeneračními krémy. Také není dobré pokožku v okolí dekubitu masírovat. Nemasírujeme také části těla se slabou tukovou vrstvou, protože zde hrozí nebezpečí poškození hlubokých tkání. V souvislosti s hygienou je také důležitá prodyšnost materiálů, na kterých pacient leží, z toho důvodu jsou zcela nepřijatelné neprodyšné pleny či podložky, na kterých se pokožka zaparí a nedýchá. [Pokorná 2012, Jirků 2006]

4.4 Hydratace a výživa

Špatná výživa a nedostatečná hydratace má velký vliv na vznik dekubitů. Nedostatečný příjem potravy může způsobit snížení odolnosti tkání vůči tlaku. Velmi důležitý je i nutriční screening a hodnocení nutričního stavu. Nutriční screening je nejčastěji zjišťován pomocí Body mass indexu (hmotnost v kg děleno výška na druhou). BMI nemusí ukázat podvyživeného pacienta, protože i velmi obézní osoby mohou trpět malnutricí a nedostatkem bílkovin. Důležité je nutriční screening provádět pravidelně. Nesmíme zapomínat ani na nutriční intervence u prevence proleženin. Například doplňky stravy či zajistit enterální nebo parenterální výživu. Při vzniku dekubitů je důležité zhodnotit příjem stravy pacienta, jeho kvalitu a jeho biologickou potřebu. Hlavní úlohu v nutrici nese nutriční terapeut a lékař. Lékař dbá hlavně na hladinu albuminu, rovnováhu vnitřního prostředí, krevní oběh, okysličení a zdolávání infekcí. Neměli bychom zapomínat ani na možné potíže s příjmem potravy – obtížné polykání, problémy se žvýkáním či neschopnost se najíst sám. Nejefektivnější metodou je zaznamenávání přijaté potravy za den a povšimnout si složení zkonsumované stravy. Dle studií bylo zjištěno, že strava bohatá na bílkoviny, arginin, vitamíny a antioxidanty podporuje hojení dekubitu. Je velice opomíjeno, že již u vzniklých ran, které pacient má, dochází k velké ztrátě tekutin, tudíž je důležité dbát na dostatečný příjem. [Grofová 2007, Kouřilová 2010, EPUAP 2003]

4.5 Vyprazdňování

V akutní fázi je péče o močový měchýř především zaměřena na prevenci přeplnění, vzniku infekcí a na poškození močové trubice. Nejvhodnější je v této fázi permanentní močový katétr. Později je velmi vhodná sterilní intermitentní katetrizace. Jedná se o vylučování moči v pravidelných intervalech zaváděním katétru, který je ihned po vypuštění obsahu močového měchýře vytažen. Intervaly katetrizace jsou závislé na pitném režimu a působení antidiuretického hormonu. Tato metoda je velmi vhodná i kvůli dodržování hygieny genitálu. Předejít vzniku infekce pomáháme i dostatečným pitným režimem 2 až 3 litry denně a také pravidelným vyprazdňováním každé 3 až 4 hodiny ve dne a každých 6 až 8 hodin v noci. Z počátku je dobré si frekvenci a množství moči zaznamenávat. Dále se zaměřujeme na vyprazdňování stolice, u které je nejvhodnější způsob pomocí klysmatu. Klysma nám zajistí odstranění stolice z celého

gastrointestinálního traktu, proto je důležité ho opakovat denně či obden. Stolicí dále můžeme regulovat správnou stravou s dostatkem vlákniny a dostatečným pitným režimem. Vhodný je také nácvik přesunu pacienta z vozíku na toaletu a zpět. [Kalvach 2011, Jirků 2006]

4.6 Pohyb a aktivizace

Zde musíme dbát na dopomoc pacientovi, ovšem nesmíme za něj provádět úkony, které již zvládá sám. Velmi důležité je naučit pacienta využívat správně pomůcky k pohybu. Musíme zajistit správný nácvik jízdy na vozíku, aby nedocházelo k přetěžování ramenního a zápěstního kloubu. O mobilitu pacientů se stará především ergoterapeut, fyzioterapeut a rehabilitační lékař. Ovšem jejich úspěšnost závisí hlavně na jeho psychice a motivaci a na výšce poškození míšní léze pacienta. Důležité je také posilování svalů horních končetin, trupu a dalších nepostižených svalů. [Neubaerová 2011, Maklebust 2001]

4.7 Plán ošetrovatelské péče v rámci prevence vzniku dekubitů

Po zhodnocení zdravotního stavu pacienta a přihlédnutí k míře rizika vzniku dekubitů volíme vhodné prevence jejich vzniku. Nesmíme zapomínat ani na psychický stav pacienta.

- ❖ Pravidelné přehodnocování možných rizik – alespoň 1x týdně, či při změně zdravotního stavu a při změně oddělení.
- ❖ Dostatečná výživa a hydratace pacienta – podáváme dostatek tekutin a spolupracujeme s nutriční terapeutkou.
- ❖ Péče o kůži – denně hodnotíme stav kůže, především na predilekčních místech, dbáme na hygienu pacienta, udržujeme kůži čistou a suchou a používáme ošetřující přípravky.
- ❖ Úprava lůžka – pacient musí mít čisté a suché ložní i osobní prádlo a prodyšné polštáře i přikrývky.

- ❖ Polohování – vybízíme pacienta ke změnám polohy, dbáme na pravidelné polohování imobilních pacientů (ve dne po dvou hodinách, v noci po třech hodinách a dále dle potřeby pacienta). Horní polovinu těla nezvedáme více než na 30°, kvůli zvýšení tlaku na sakrální oblast. Dodržujeme pravidelné změny poloh. Využíváme polohovací pomůcky.
- ❖ Rehabilitace – dbáme na aktivní i pasivní cvičení a především nácvik soběstačnosti.
- ❖ Psychoterapie – motivujeme pacienta k soběstačnosti a provádíme jeho edukaci.

[Mikula 2008, Jirků 2006]

5 Léčba dekubitů

Základ úspěšné léčby u již vzniklého dekubitu spočívá ve zmírnění tlaku, polohování, odstranění nekrózy, boji proti infekci a minimalizování rizikových faktorů. K léčbě dekubitů využíváme většinou konzervativní postup, ale mnohdy se nevyhneme ani nutnosti chirurgického zákroku. [Kouřilová 2010; Pokorná 2012]

5.1 Proces hojení

Hojení je fyziologický proces, při kterém dochází k obnově porušené tkáně a funkce kůže. Poškozená tkáň je nahrazena vazivovou tkání, která se mění v jizvu. Důležitá je i znalost faktorů, které hojení ran ovlivňují, jako jsou přidružená onemocnění, věk, nutriční stav, imunita, spánek, psychika, způsob života a další. Hojení probíhá v několika fázích, které na sebe vzájemně navazují a prolínají se. [Kouřilová 2010, Pokorná 2012]

Fáze zánětlivá, exudativní – v této fázi dochází k rozvoji zánětu a migraci buněk, které zajišťují fagocytózu, to znamená rozpoznávání a pohlcování cizorodých částic. Je zde i častý vznik nekróz, které brání uzavírání a hojení rány, proto je důležité jejich odstranění. Tato fáze u traumatické rány běžně trvá kolem tří dnů. Pokud je fáze delší, dochází k projevu dalších známek infekce, např. zápach, indurace, změna citlivosti a celkové známky infekce. [Kouřilová 2010, Pokorná 2012]

Fáze granulační, proliferační – v této fázi dochází k novotvorbě cév a tvoří se granulační tkáň, která je podkladem pro epitalizační proces. Velmi důležité je udržování dostatečné vlhkosti a teploty tkání. Hojení v této fázi poznáme podle tvorby světle červených granul (transparentních jadérek). Pokud granuly mění barvu na losově červenou, hojení zdárně pokračuje. Ovšem může nastat stav, při kterém nalezneme našedlé granuly, které ztrácí barvu, jsou povleklé či houbovité. Při takovém stavu dochází ke stagnaci hojení. [Kouřilová 2010, Pokorná 2012]

Fáze epitalizační – jde o finální etapu v procesu hojení. Epitalizace je bezpodmínečně spojena s předchozí fází granulace, která vytváří nosnou plochu k tvorbě nové pojivové tkáně. Granulační tkáň ztratí vodu a dojde i k úbytku cév v granulační tkáni, tím se nová tkáň zpevňuje a přeměňuje v jizevnatou. Nově vytvořená tkáň získává po dvou letech

80% původní pevnosti. Ze začátku je ovšem více náchylná ke vzniku nového defektu. [Kouřilová 2010, Pokorná 2012]

5.2 Konzervativní léčba

První zásadou v léčbě dekubitu je odstranění tlaku z poškozené oblasti. Pokud tlak neodstraníme není možné zhojení dekubitu. Proto po dobu léčby nesmíme poškozenou oblast znovu vystavit tlaku. Toho docílíme správným polohováním. Pokud pacient má dekubity, je vhodné ho uložit na antidekubitní matraci a pravidelně ho polohovat. Při přesunech pacienta bychom měli využívat rollboard nebo alespoň polohovací podložku. Pohyb pacienta mimo lůžko vždy konzultujeme s fyzioterapeutem a lékařem. Velmi důležité je správně klasifikovat stupeň dekubitu, případně provést stěr z rány na kultivaci a citlivost. Následně léčit infikovaný dekubit antibiotickou léčbou. Je bezpodmínečně nutné, aby byly vedeny záznamy ošetrovatelské péče o ošetření dekubitů, které jsou součástí ošetrovatelské dokumentace. Stále častěji se využívá metoda Vacuum Assisted Closure (V.A.C), která vychází z principu vlhkého hojení ran pomocí lokálního podtlaku v uzavřeném prostoru. Systém je tvořen z polyuretanové pěny, která je přiložena přímo na ránu. Do pěny je zavedená hadička, kterou se pomocí přístroje vytváří podtlak. Principem působení je deformace buněk s následným zánikem a tím podpora růstu granulační tkáně. [Pokorná 2012]

Dekubity I.stupně léčíme především odstraněním tlaku a obnovením prokrvení a regenerací poškozené tkáně, Vhodné je postižené místo omývat fyziologickým roztokem s desinfekčními přísadami a promašťovat kůži. [Mrůzek 2005]

U **dekubitů II.stupně** je taktéž důležité zamezit tlaku na postižené místo. Puchýř se musí pečlivě odstranit a vzniklou ránu musíme vysušovat a důsledně chránit před infekcí. V místě rány vznikne křusta pevně lpící na kůři. Křusta později odpadne a zůstane zhojené místo. Velmi vhodné je zde použití transparentního polyuretanového krycího obvazu. [Mrůzek 2005]

Dekubity III.stupně dělíme do tří typů: rána krytá nektrózou, rána s granulační tkání a stenózující chronické rány. Prvním typem je rána krytá nektrózou, u které přítomnost mrtvé tkáně znemožňuje hojení. Vlivem infekce se pod svrchní nekrotickou vrstvou shromažďuje sekret, který je potřeba radikálně odstranit, jinak hrozí vznik flegmony.

Druhým typem je rána s granulační tkání. U tohoto typu je nejvhodnější chirurgická léčba. Pokud ovšem není možná, je nejdůležitější rychlé vyčištění rány, podpora epitelizace, tlumení infekce. U této fáze dbejme na to, aby nedošlo k poškození již vzniklé granulované tkáně. Posledním typem jsou stenozující chronické dekubity. Tento typ dekubitů se vyskytuje především u pacientů s ochrnutím, které přináší velmi časté opakující se komplikace. Zde je důležité, aby nedošlo k uzavření rány, dokud není kompletně odstraněna dutina vředu. Indikace k radikální operaci je zde bez jakýchkoliv pochybností. [Mrůzek 2005]

U **dekubitů IV.stupně** je nejvhodnější chirurgické řešení a však o volbě léčby rozhoduje především celkový stav pacienta. [Pokorná 2012]

5.3 Chirurgická léčba

Při chirurgické léčbě nejčastěji dochází k nekrektomii. Využíváme ji v případech, kdy se u dekubitu vytvoří nekróza, která brání odtoku hnisu z postižené oblasti a dochází k šíření nekrózy. V důsledku toho vzniká infekce a dochází ke zhoršení celkového stavu pacienta. Další možností chirurgické terapie je plastika dekubitu. Před tímto výkonem je nutné zhodnotit celkový stav pacienta a lokální nález. Důležité je ránu před výkonem důkladně vyčistit. Během operace pacientovi podáváme v rámci prevence antibiotika, které zvolíme podle výsledků kultivace z rány. Před operací je vhodné zajistit optimální nutriční stav a celkové vyprázdnění pacienta. Pokud již v místě plánovaného zákroku byl proveden předchozí výkon, musíme si uvědomit změnu cévního zásobení, ke které došlo u předchozího zákroku. Jestliže si lékař není jist hloubkou dekubitu, je možné před výkonem doplnit CT vyšetření. Operace probíhá v následujících krocích. Jako první lékař provede excizi dekubitálního vředu i s píštělemi. Poté odstraní okolní kůži až do zdravé tkáně. Mrtvý prostor musí vyplnit fasciálním či svalovým štěpem a navrch umístí vaskularizovaný štěp a zavede redonovy drény. Po operaci je důležité důsledné polohování, využití antidekubitních systémů a zajistit správné vyprazdňování. Nesmíme opomenout na včasnou vertikalizaci pacienta a dostatečné zlepšení jeho mobility. Podstatnou roli zde zastává i cílená edukace. [Pokorná 2012]

II.VÝZKUMNÁ ČÁST

5.4 Cíle práce a hypotézy

CÍL 1 Zjistit, zda klienti pohybující se na invalidním vozíku znají problematiku proleženin (dekubitů).

CÍL 2 Zjistit, zda klienti pohybující se na invalidním vozíku znají doporučená preventivní opatření proti vzniku dekubitů.

CÍL 3 Zjistit, zda klienti pohybující se na invalidním vozíku využívají antidekubitní pomůcky.

Výzkum pracuje se čtyřmi výzkumnými předpoklady:

Výzkumný předpoklad číslo 1: Myslíme si, že více jak dvě třetiny respondentů znají problematiku proleženin (dekubitů).

Výzkumný předpoklad číslo 2: Předpokládáme, že méně jak třetina respondentů bude obeznámena s tím, že strava bohatá na minerály a bílkoviny pomáhá v prevenci vzniku dekubitů.

Výzkumný předpoklad číslo 3: Domníváme se, že více jak třetina tázaných respondentů kontroluje stav své pokožky každý den.

Výzkumný předpoklad číslo 4: Jsme toho názoru, že více jak dvě třetiny tázaných respondentů využívá antidekubitní podložku do invalidního vozíku.

Výzkumné předpoklady byly následně zpřesněny a formulovány jako hypotézy.

Hypotéza číslo 1: Více jak dvě třetiny respondentů zná problematiku proleženin.

Hypotéza číslo 2: Méně jak třetina respondentů ví, že strava bohatá na minerály a bílkoviny pomáhá v prevenci vzniku dekubitů.

Hypotéza číslo 3: Více jak třetina respondentů kontroluje stav pokožky každý den.

Hypotéza číslo 4: Více jak dvě třetiny respondentů využívá antidekubitní podložku do vozíku.

5.5 Metodika výzkumu

Pro získání potřebných dat k vyhodnocení výzkumné části jsem zvolila kvantitativní metodu – tedy dotazník. Dotazník byl vypracován za pomoci vedoucího bakalářské práce v září 2013. Dotazník byl určen pro osoby na invalidním vozíku a byl anonymní. V dotazníku jsem se v úvodu představila a obeznámila respondenty s tématem mé bakalářské práce, poskytla informace o vyplňování a poděkovala za spolupráci.

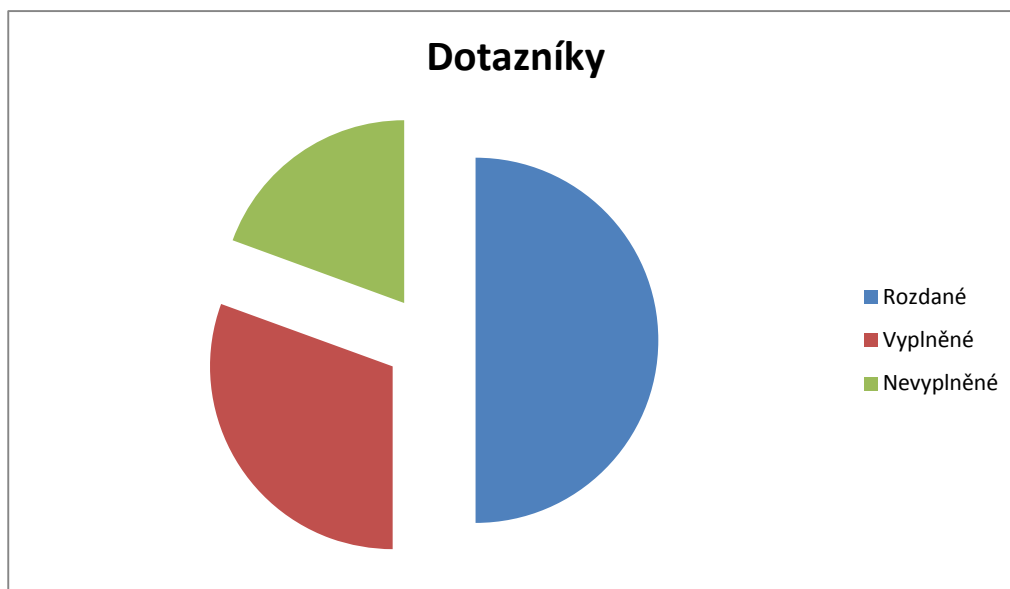
Dotazník obsahuje 19 otázek, z čehož 15 otázek je uzavřených, kdy respondenti mohli zvolit jednu z nabízených odpovědí, krom otázky 11, kde bylo možné označit více odpovědí. Čtyři otázky byly otevřené, kdy mohli respondenti odpovídat vlastními slovy. Oslovení respondenti nejprve odpovídali na osobní otázky týkající se věku, pohlaví, oblasti poškození míchy či délky pohybování se pomocí invalidního vozíku. Dále následovali otázky týkající se dekubitů – informovanosti, vlastních zkušeností a zájmu o další informace. Poslední částí dotazníku byl průzkum o znalosti a dodržování preventivních opatření proti vzniku dekubitů. Dotazník byl osobně rozdán náhodným respondentům v Centru Paraple a na spinální jednotce v Krajské nemocnici Liberec, a.s. v termínu říjen – listopad 2013 náhodným respondentům.

5.5.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Výběr respondentů byl záměrný. Dotazník byl rozdán osobám s míšním poškozením, pohybujícím se pomocí invalidního vozíku. Respondenti nebyli omezeni věkovou kategorií ani pohlavím. Dotazníků bylo rozdáno 90 a navraceno jich bylo 55, což představuje 61,1%. V Centru Paraple bylo celkem rozdáno 60 dotazníků, navraceno vyplněných jich bylo 35, což je 58,3%. Na spinální jednotce v Krajské nemocnici Liberec, a.s. bylo rozdáno 30 dotazníků a navraceno bylo 20 vyplněných dotazníků, tedy 66,6%

5.6 Výsledky výzkumu a jeho analýza

Celkem bylo rozdáno 90 dotazníků (100%), z toho bylo zpět navraceno 55 vyplněných dotazníků (61,1%).



Graf 1 Návratnost dotazníků

Tab. 1 Návratnost dotazníků

Dotazníky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozdané	90	100 %
Vyplněné	55	61,1 %
Nevyplněné	35	38,9 %

Otázka číslo 1: Jste?

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 55 respondentů, z čehož bylo 40 mužů (72,7 %) a jen 15 žen (27,3%). Dále respondenti nejsou rozdělováni podle pohlaví z důvodu malého zastoupení žen 15 (27,3 %).

Tab. 2 Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	40	72,7 %
Žena	15	27,3 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 2: Kolik je Vám let?

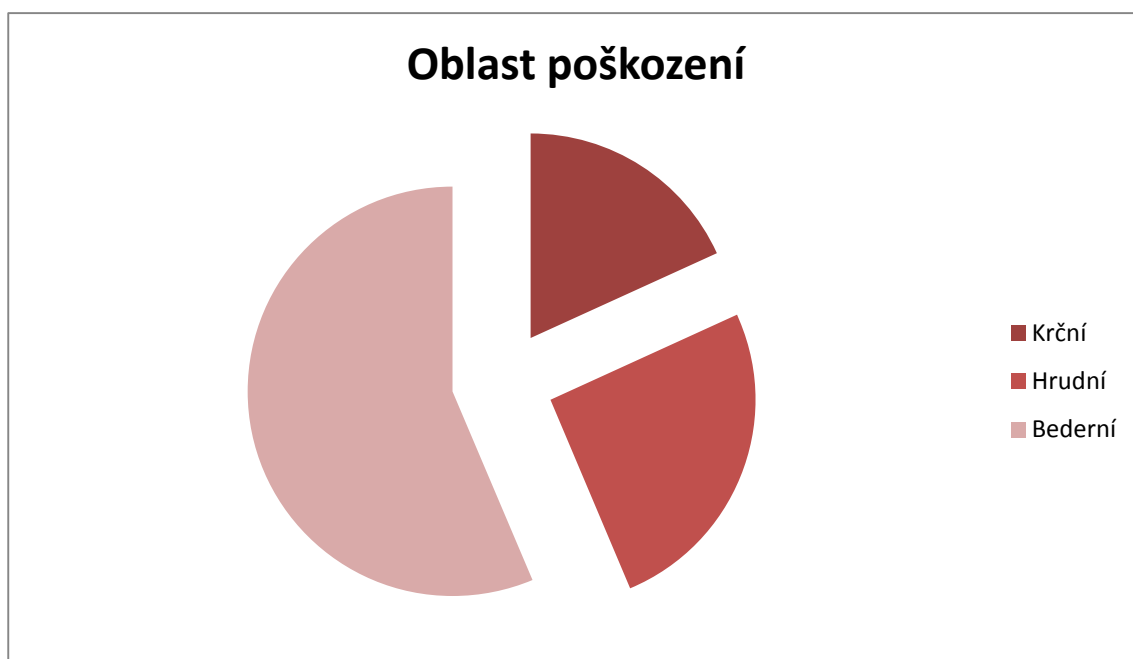
Respondenti byli rozdělováni do pěti věkových kategorií. První kategorie do 29 let byla zastoupena 17 respondenty (30,9%), ve věku 30-39 let vyplnilo dotazník 15 respondentů (27,3%), ve věku 40-49 let bylo 10 respondentů (18,2%), ve věkové kategorii 50-59 let vyplnili dotazník 4 respondenti (7,3%) a do poslední kategorie 60 a více let spadá 9 respondentů (16,3%).

Tab. 3 Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-29 let	17	30,9 %
30-39 let	15	27,3 %
40-49 let	10	18,2 %
50-59 let	4	7,3 %
60 a více	9	16,3 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 3: Postižení míchy je u Vás v oblasti:

V dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že 31 respondentů (56,4%) má poranění v oblasti bederní páteře, 14 respondentů (25,4%) v oblasti hrudní páteře a 10 respondentů (18,2%) v oblasti krční páteře.



Graf 2 Oblast poškození

Tab. 4 Poškozená oblast

Poškozená oblast	Absolutní četnost	Relativní četnost
Krční	10	18,2%
Hrudní	14	25,4 %
Bederní	31	56,4%
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 4: Jak dlouho jste již na invalidním vozíku? (uveďte v měsících)

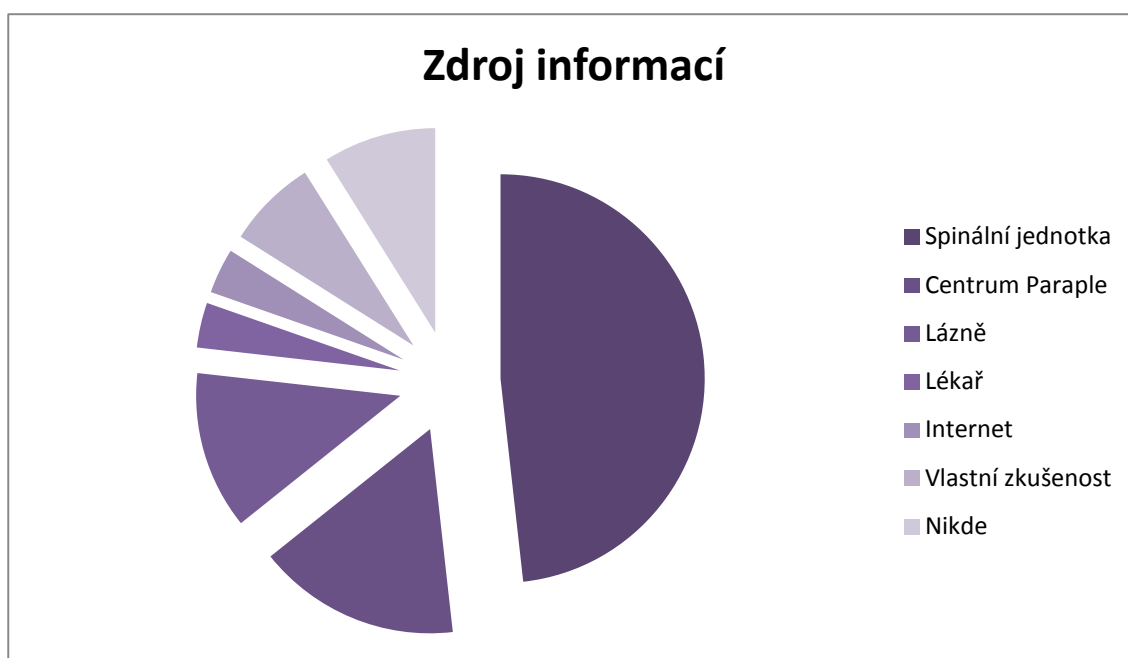
Délku pohybu na invalidním vozíku byla rozdělena do šesti kategorií. První kategorie 0-24 měsíců byla zastoupena 8 respondenty (14,5%). V kategorii 25-48 měsíců bylo 11 respondentů (20%). Kategorii 49-72 měsíců zastupuje 5 respondentů (9,1%). V rozmezí 97-120 měsíců bylo 10 respondentů (18,2%) a v poslední kategorii 121 a více měsíců bylo 13 respondentů (23,7%).

Tab. 5 Doba od úrazu

Doba od úrazu	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-24 měsíců	8	14,5 %
25-48 měsíců	11	20 %
49-72 měsíců	5	9,1 %
73-96 měsíců	8	14,5 %
97-120 měsíců	10	18,2 %
121 a více	13	23,7 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 5: Kde jste získali informace o proleženinách (dekubitech)?

Zdroje informací byly dle odpovědí respondentů rozděleny do sedmi kategorií. 27 respondentů (49,2%) odpovědělo, že informace získali na spinálních jednotkách, 9 respondentů (16,3%) získalo informace v Centru Paraple, 7 respondentů (12,7%) v lázních, 2 respondenti (3,6%) od lékaře, 1 respondent (1,8%) na internetu a 4 respondenti (7,3%) získali informace po vlastní zkušenosti s vzniklým dekubitem. 5 respondentů (9,1%) informace nezískalo.



Graf 3 Zdroj informací

Tab. 6 Zdroj informací

Zdroj informací	Absolutní četnost	Relativná četnost
Spinální jednotka	27	49,2 %
Centrum paraple	9	16,3 %
Lázně	7	12,7 %
Lékař	2	3,6 %
Internet	1	1,8 %
Vlastní zkušenost	4	7,3 %
Nikde	5	9,1 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 6: Myslíte si, že máte dostatek informací o problematice proleženin (dekubitů)?

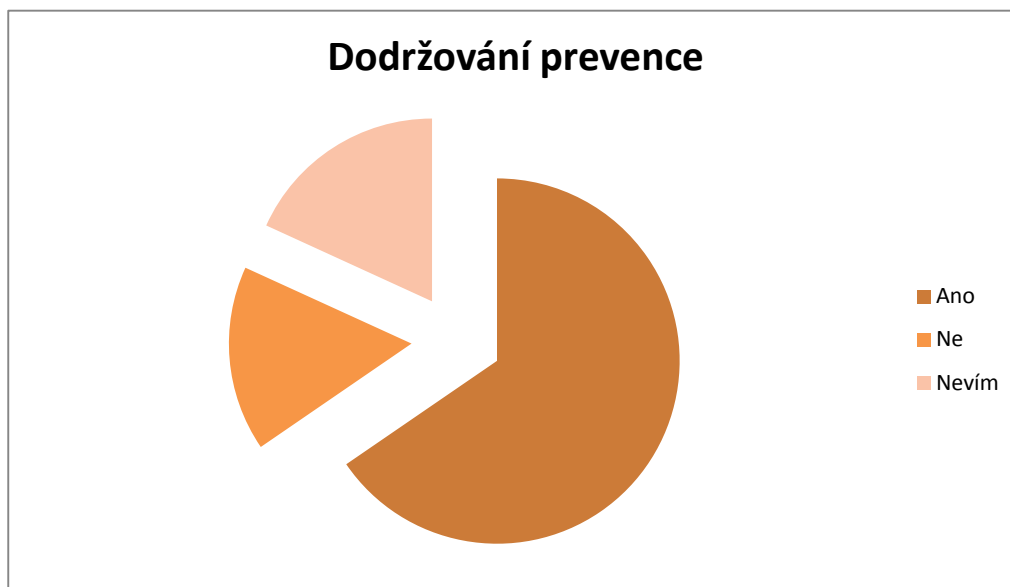
V dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že 41 respondentů (74,6%) si myslí, že má dostatek informací o problematice proleženin. Nedostatek informací dle svého názoru má 14 respondentů (25,4%).

Tab. 7 Dostatek informací

Dostatek informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	41	74,6 %
Ne	14	25,4 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 7: Dodržujete preventivní opatření proti vzniku proleženin (dekubitů)?

Preventivní opatření dodržuje 36 respondentů (65,5%), 9 respondentů (16,3%) jej nedodržuje a 10 respondentů (18,2%) neví, zda dodržuje.



Graf 4 Dodržování prevence

Tab. 8 Dodržování prevence

Dodržování prevence	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	36	65,5 %
Ne	9	16,3 %
Nevím	10	18,2 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 8: Chtěli byste se o problematice proleženin (dekubitů) dozvědět více?

25 respondentů (45,5%) by chtělo více informací o problematice proleženin a 30 respondentů (54,5%) se nechce dozvědět více informací o proleženinách.

Tab. 9 Zájem o větší informovanost

Zájem o větší informovanost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	25	45,5 %
Ne	30	54,5 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 9: Máte již nějaké vlastní zkušenosti s proleženinami (dekubity)?

Vlastní zkušenost s proleženinami má 31 respondentů (56,4%), 24 respondentů (43,6%) dosud zkušenosti s proleženinami nemá.



Graf 5 Vlastní zkušenost

Tab. 10 Vlastní zkušenost

Vlastní zkušenost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	31	56,4 %
Ne	24	43,6 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 10: Myslíte si, že strava bohatá na bílkoviny a minerály pomáhá v prevenci proleženin (dekubitů)?

38 respondentů (69,1%) si myslí, že strava bohatá na bílkoviny a minerály pomáhá v prevenci proleženin a 17 respondentů (30,9%) si myslí, že nepomáhá.

Tab. 11 Strava v prevenci

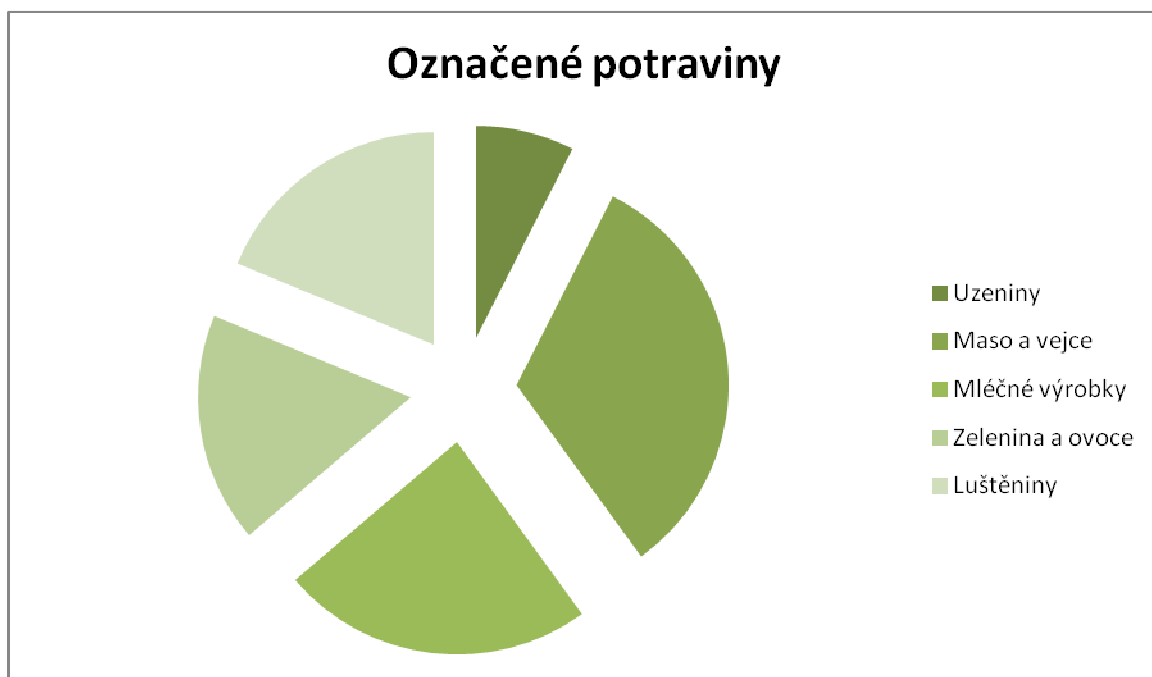
Strava v prevenci	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	38	69,1 %
Ne	17	30,9 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 11: Které potraviny jsou podle Vás bohaté na bílkoviny a minerály?
(možnost více odpovědí)

Správnou odpověď u této otázky zvolilo pouze 9 respondentů (16,3%) a špatně odpovědělo 46 respondentů (83,7%).

Tab. 12 Výběr potravin

Výběr potravin	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správně	9	16,3 %
Špatně	46	83,7 %
Celkem	55	100 %



Graf 6 Označené potraviny

Otázka číslo 12: Myslíte si, že je dostatečný příjem tekutin důležitý v prevenci proleženin (dekubitů)?

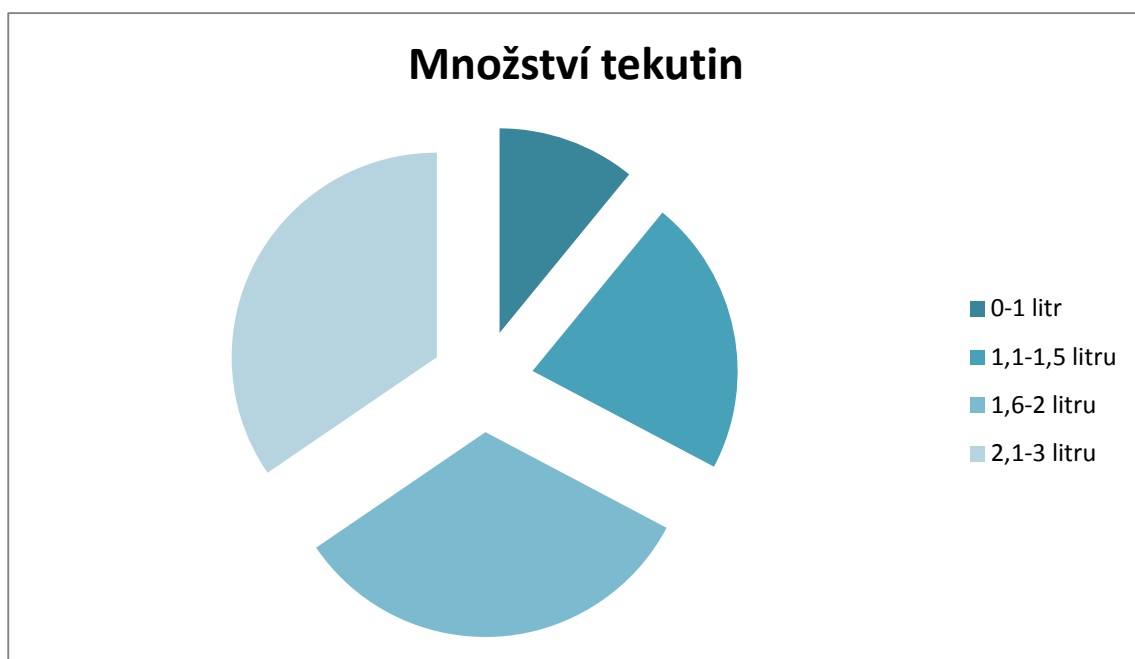
37 respondentů (67,3%) si myslí, že je dostatečný příjem tekutin důležitý, 18 respondentů (32,7%) nepovažuje dostatečný příjem tekutin za důležitý.

Tab. 13 Dostatečný příjem tekutin

Dostatečný příjem tekutin	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	37	67,3 %
Ne	18	32,7 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 13: Jaký je Váš denní příjem tekutin?

Dle odpovědí respondentů byl denní příjem tekutin rozdělen do čtyř kategorií. První kategorii 0-1 litr označilo 6 respondentů (11%), 1,1-1,5 litru vypije 12 respondentů (21,8%), 1,6-2 litru vypije 18 respondentů (32,7%) a 2,1-3 litru vypije 19 respondentů (34,5%).



Graf 7 Množství tekutin

Tab. 14 Množství tekutin

Množství tekutin	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-1 litr	6	11 %
1,1-1,5 litru	12	21,8 %
1,6-2 litry	18	32,7 %
2,1-3 litry	19	34,5 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 14: Myslíte si, že správný sed ve vozíku může zabránit vzniku proleženin (dekubitů)?

Na otázku, zda správný sed může zabránit vzniku proleženin, odpovědělo 49 respondentů (89%), že ano a 6 respondentů (11%) se domnívá, že správný sed nezabrání vzniku proleženin.

Tab. 15 Správný sed

Správný sed	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	89 %
Ne	6	11 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 15: Používáte antidekubitní podložku do vozíku?

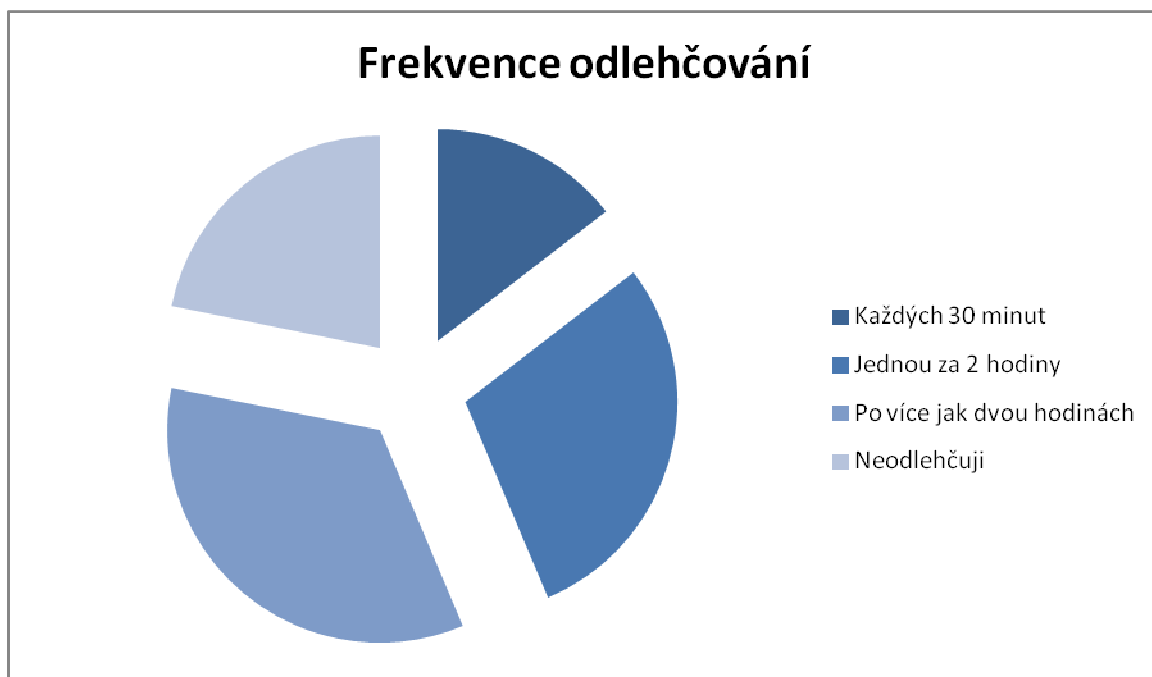
Antidekubitní podložku ve vozíku využívá 49 respondentů (89%) a 6 respondentů (11%) podložku nevyužívá.

Tab. 16 Podložka ve vozíku

Podložka ve vozíku	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	89 %
Ne	6	11 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 16: Jak často měníte polohu, odlehčujete se, ve vozíku?

Každých 30 minut mění polohu ve vozíku 8 respondentů (14,5%). Jedenkrát za dvě hodiny mění polohu 16 respondentů (29,2%), po více jak dvou hodinách 19 respondentů (34,5%) a neodlehčují se 12 respondentů (21,8%).



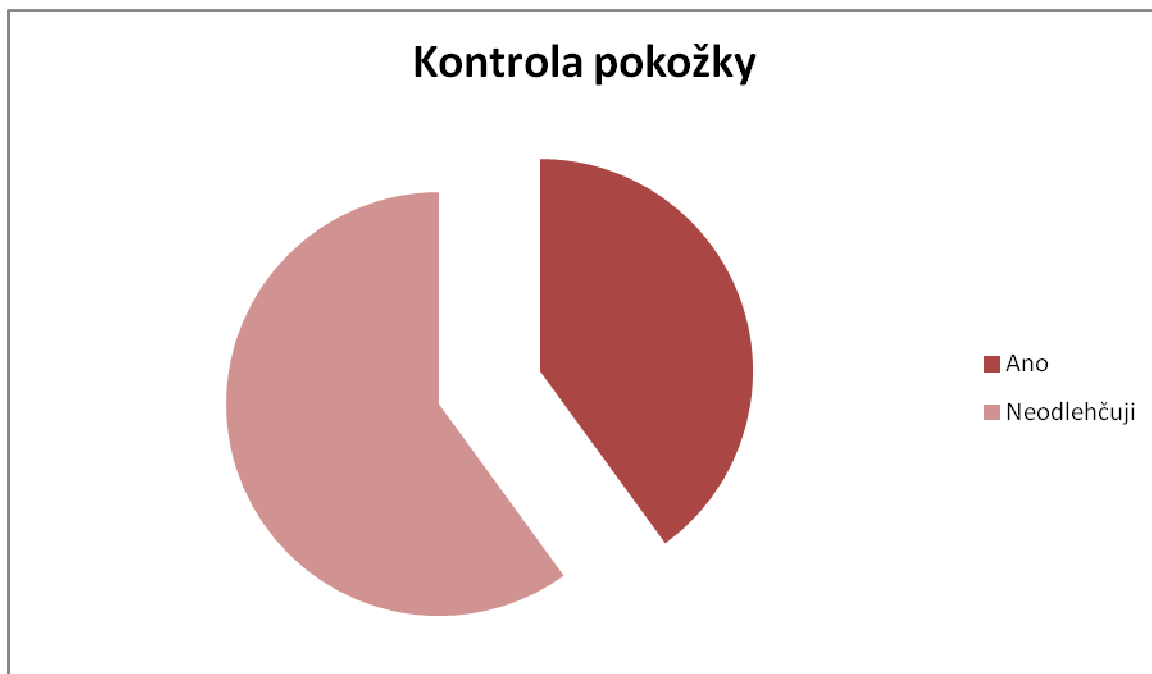
Graf 8 Frekvence odlehčování

Tab. 17 Frekvence odlehčování

Frekvence odlehčování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každých 30 minut	8	14,5 %
Jednou za 2 hodiny	16	29,2 %
Po více jak dvou hodinách	19	34,5 %
Neodlehčuji	12	21,8 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 17: Kontrolujete svoji pokožku každý den?

Každý den kontroluje svoji pokožku 22 respondentů (40%), 33 respondentů (60%) svoji pokožku denně nekontroluje.



Graf 9 Kontrola pokožky

Tab. 18 Kontrola pokožky

Kontrola pokožky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	22	40 %
Ne	33	60 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 18: Jak často provádíte koupel celého těla?

Jedenkrát denně provádí koupel celého těla 12 respondentů (21,8%), dvakrát denně 5 respondentů (9,1%), obden 20 respondentů (36,4%) a jedenkrát týdně 18 respondentů (32,7%).

Tab. 19 Frekvence koupele

Frekvence koupele	Absolutní četnost	Relativní četnost
1x denně	12	21,8 %
2x denně	5	9,1 %
Obden	20	36,4 %
1x týdně	18	32,7 %
Celkem	55	100 %

Otázka číslo 19: Ošetřujete svou pokožku ochrannými krémy po každé koupeli?

25 respondentů (45,5%) ošetřuje svou pokožku ochrannými krémy po každé koupeli.

30 respondentů (54,5%) neošetřuje svojí pokožku.



Graf 10 Ošetření pokožky

Tab. 20 Ošetření pokožky

Ošetření pokožky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	25	45,5 %
Ne	30	54,5 %
Celkem	55	100 %

6 Diskuze

Tématem mé bakalářské práce je prevence vzniku dekubitů u osob na invalidním vozíku. Myslím, si že toho téma je velmi aktuální především z toho důvodu, že každý rok přibude přibližně 250 osob s poškozením páteře, kteří jsou odkázáni na pohyb pomocí invalidního vozíku.

Sběr demografických dat z dotazníkového šetření ukázal, že poškození páteře se častěji vyskytuje u mužů nežli u žen. Z dotazovaných respondentů bylo 40 mužů (72,7%) a 15 žen (27,3%). Tento výsledek není překvapující, protože je všeobecně známo, že poškození páteře je častější u mužů. Pravděpodobně je tento fakt způsoben mechanismem vzniku úrazu (autonehody, adrenalinové sporty, pády z výšek a jiné). Myslím si, že vliv na tom má i životní role žen jakožto matek, tudíž jsou opatrnější a méně riskují. Otázku jsem porovnávala s prací Bc. Š. Suché, která ve své bakalářské práci „Dekubity u pacientů s míšním postižením“ uvádí poškození páteře u mužů v 73% a u žen 27%. Naše výsledky a názor na vysoké zastoupení mužů se téměř neliší.

Výzkumu se účastnili muži a ženy ve věkovém rozmezí 18-77 let. První skupinu respondentů tvořil největší výzkumný vzorek ve věku 18-29 let, který byl zastoupen 17 respondenty (30,9%). Ve věku 30-39 let bylo 15 respondentů (27,3%). 10 respondentů (18,2%) se nacházelo v rozmezí 40-49let. Kategorie 50-59 let byla nejméně zastoupena a to pouze 4 respondenty (7,3%). Ve věku 60 let a více se nacházelo 9 respondentů. V knize Neurologie H. Adamčová na straně 167 uvádí, že průměrný věk úrazu je ve 32 letech. Kniha vyšla již v roce 2005, tudíž je zřejmé, že se průměrný věk úrazu snižuje. Tento fakt je dle mého názoru způsoben změnou životního stylu a narůstajícím počtem adrenalinových sportů.

Prvním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda klienti pohybující se na invalidním vozíku znají problematiku proleženin. K tomuto cíli byla vytvořena hypotéza číslo 1, kde předpokládáme, že více jak dvě třetiny respondentů znají problematiku proleženin. Tuto hypotézu jsem ověřovala pomocí otázky číslo 6, kde 41 (74,6%) dotazovaných respondentů odpovědělo ano, že zná problematiku proleženin. Další otázkou, která mi měla tuto hypotézu potvrdit, byla otázka číslo 7, zda respondenti dodržují opatření proti vzniku proleženin. Na tuto otázku ano odpovědělo 36 respondentů (65,5%), ne odpovědělo 9 respondentů (16,3%) a 10 respondentů (18,2%) nevědělo, zda opatření

dodržuje. Z výsledků dotazníkového šetření tedy vyplývá, že hypotéza číslo 1 je v souladu. Myslím si, že tento výsledek byl předvídatelný, protože v posledních letech vyšlo mnoho publikací zabývajících se touto problematikou, například kniha Prevence dekubitů (J. Mikula, N.Müllerová, 2008), či Doporučené postupy pro prevenci a ošetřování dekubitů u pacientů po poškození míchy (M. Mrůzek, H. Jirků, 2005). Také jsem toho názoru, že je kladen větší důraz na edukaci o této problematice již na spinálních jednotkách. V dotazníku jako zdroj informací uvedlo spinální jednotku 27 respondentů (49,2%).

Druhým cílem mé práce bylo zjistit, zda klienti pohybující se na invalidním vozíku znají doporučená preventivní opatření proti vzniku dekubitů. K tomuto cíli se vztahují dvě hypotézy. V hypotéze číslo 2 jsme se domnívali, že méně jak jedna třetina respondentů ví, že strava bohatá na minerály a bílkoviny pomáhá v prevenci vzniku dekubitů. Tuto hypotézu jsem ověřovala pomocí otázky 10. Na tuto otázku mi 38 respondentů (69,1%) odpovědělo, že si myslí, že strava bohatá na bílkoviny a minerály pomáhá v prevenci vzniku dekubitů. Ovšem je zarážející, že u otázky číslo 11, pouze 9 respondentů (16,3%) správně odpovědělo, které potraviny z nabízených jsou bohaté na bílkoviny a minerály. Z těchto výsledků hodnotíme hypotézu číslo 2 za nepravdivou. Důležitost bílkovin a minerálů a plnohodnotné stravy již uvádí ve své knize Prevence dekubitů J.Mikula a N.Müllerová. Výsledek otázky číslo 10 jsem také porovnávala s výsledkem práce Bc. Š. Suché z roku 2012. Skutečnost, že strava bohatá na bílkoviny a minerály ovlivňuje vznik dekubitu, zvolilo pouze 35,8% dotazovaných - z čehož vyplývá, že informovanost o této problematice během posledního roku vzrostla. To považuji za velmi kladné zjištění ale myslím, si že bychom se měli zaměřit spíše na to, aby klienti věděli, které potraviny obsahují dostatek bílkovin a minerálů.

U otázky číslo 12 jsem byla mile překvapena, protože 37 respondentů (67,3%) ví, že je důležitý dostatečný příjem tekutin v prevenci dekubitů. Z otázky 13 jsem bohužel zjistila, že dostatečný pitný režim dodržuje pouze 19 respondentů (34,5%). Domnívám se, že tento fakt souvisí s problematikou vylučování moči.

Další hypotézou, která se vztahuje k druhému cíli, je hypotéza číslo 3. U hypotézy číslo 3 jsme toho názoru, že více jak jedna třetina respondentů kontroluje stav své pokožky každý den. Tuto hypotézu jsem ověřovala pomocí otázky 17, kde jsem se ptala respondentů, zda kontrolují svojí pokožku každý den. Ano na tuto otázku odpovědělo

22 respondentů (40%). Ovšem koupel celého těla každý den provádí pouze 12 respondentů (21,8%) a pokožku po koupeli ošetřuje ochrannými krémy 25 dotazovaných (45,5%). Tato hypotéza je tedy v souladu. V Doporučených postupech pro prevenci a ošetřování dekubitů u osob po poškození míchy je na straně 18 uvedeno, že kůže pacienta musí být prohlédnuta dvakrát denně. Pokud porovnáme výsledek otázky 17, s prací Bc. Š. Suché, tak jsou naše výsledky rozdílné. V její práci je uvedeno, že pokožku každý den kontroluje 73% osob na invalidním vozíku. Myslím si, že tento pokles je způsoben především progresem v oblasti vývoje ochranných krémů, který má za důsledek snížení každodenní kontroly své pokožky.

Třetím a posledním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda klienti pohybující se na invalidním vozíku využívají antidekubitní pomůcky. K tomuto cíli se vztahuje hypotéza číslo 4, kde jsme toho názoru, že více jak dvě třetiny respondentů využívá antidekubitní podložku do vozíku. Tuto hypotézu nám ověřovala otázka číslo 15, podle které využívá antidekubitní podložku do vozíku 49 respondentů, což je 89%. Další otázka, která se vztahovala k této hypotéze, byla otázka číslo 14, kde jsme zjišťovali, zda si respondenti myslí, že správný sed ve vozíku může zabránit vzniku dekubitu. Opět odpovědělo 49 respondentů (89%) že ano. Tato hypotéza je tedy v souladu. V práci Bc.Š.Suché je uvedeno, že antidekubitní podložku do vozíku používá 72,9%, tudíž je zde znatelný nárůst, který je dle mého názoru způsoben lepší informovaností a také tím, že většinu antidekubitních podložek je hrazeno pojišťovnou, či na ně z velké míry přispívá. S tímto faktem dle mého názoru souvisí i pokles pravidelného nadlehčování. Bc. Š. Suchá uvádí, že 65,5% klientů se nadlehčuje po třiceti minutách, dle mých výsledků je jich 14,5% a nejčastější frekvence odlehčování je po více jak dvou hodinách, kdy se nadlehčuje 34,5%.

7 Návrh doporučení pro praxi

Po celkovém zhodnocení výsledných dat jsem došla k tomu názoru, že klienti znají pojem proleženina neboli dekubitus. Ovšem neznají preventivní opatření a neuvědomují si jak je důležité jejich dodržování. Rozhodla jsem se proto vypracovat informační plakát, na kterém budou zdůrazněny zásady prevence.

Polohování na lůžku

Polohování je nejdůležitější součást prevence vzniku proleženin. Polohujeme do základních třech poloh, které měníme nejdéle po 2 hodinách. Polohy na boku, na zádech a na břiše.

Sed ve vozíku

Správný sed ve vozíku velmi ovlivňuje vznik proleženin. Důležité je také pravidelné nadlehčování, které by mělo probíhat nejdéle po dvou hodinách. Zaměřit bychom se měli i na správné oblečení, aby nemělo cvoky a zipy a nebylo shrnuté.

Podložky do vozíku

Jsou velmi důležitou součástí v boji proti vzniku proleženin. Rovnoměrně rozkládají tlak v zatěžované oblasti, minimalizují tření a zajišťují stabilitu.

Hygiena

Pravidelná hygiena je důležitá, zvláště u osob trpících únikem moči. Také je potřeba dbát na čisté a dobře vypnuté ložní prádlo.

Ochrana pokožky

Pokožku po koupeli ošetřujeme ochrannými krémy. Ty nám pomáhají zamezit vzniku proleženin tím, že vytváří ochrannou vrstvu na pokožce.

Stravování

U výživy je podstatný dostatečný příjem bílkovin a minerálů. Bílkoviny nalezneme především v mase, sýrech, luštěninách. Minerály pak v rybách, zelenině, luštěninách a vejcích. Tyto složky pomáhají jak v prevenci vzniku proleženin, tak i při jejich hojení.

Pitný režim

Denní příjem tekutin by měl být 2-3 litry neslazených tekutin. Při nedostatečném příjmu dochází k dehydrataci a tím se snižuje kožní napětí a kůže je náchylnější k poranění.

Pohyb a sport

Důležité je aktivní ale i pasivní cvičení, protahování a posilování. Vertikalizací pomáháme zpevnit kosti a prokrvit pokožku. Mezi sporty, které vyhledávají osoby na invalidním vozíku, patří plavání, hokej, florbal, curling a další.

Vyprazdňování

Předejít vzniku infekce pomáháme dodržováním pitného režimu (2-3 litry tekutin denně) a také pravidelným vyprazdňováním moči každé 3-4 hodiny ve dne a 6-8 hodin v noci. Stolicí lze regulovat pomocí stravy s dostatkem vlákniny.

Psychoterapie

Je potřeba dbát i na psychickou pohodu a motivaci k dalším činnostem, které člověk vykonává a naplňují tak smysluplně jeho čas.

Péče o proleženiny

Při nálezů začervenalého místa je vhodné zasažené místo nezatěžovat. Při rozsáhlejším poškození tkáně je potřeba ihned navštívit lékaře a poradit se s ním o dalším postupu.

Kam se obrátit

V naší republice existuje několik organizací, které pomáhají lidem na vozíku k plnohodnotnému životu. Lze se obrátit na: Centrum Paraple (poradenské a sociálně rehabilitační služby), vozíčkář.cz (internetové stránky a časopis), CZEPA (odborné sociální poradenství), Liga vozíčkářů (snaha o zařazení do běžného života). Také se můžete obrátit na spinální jednotku, na které jste byli hospitalizováni a řadu dalších organizací.

8 Závěr

Na závěr své bakalářské práce bych ráda provedla celkovou rekapitulaci. Cílem mé práce bylo zaměřit se na problematiku vzniku, prevence a dodržování preventivních opatření dekubitů u osob na invalidním vozíku. Chtěla jsem získat objektivní informace od osob na invalidním vozíku, které mohou mít rozhodující vliv na vznik dekubitů. Víím, že skupina respondentů netvoří úplný soubor osob na invalidním vozíku v naší společnosti, přesto získané informace z dotazníkového šetření nastiňují informovanost těchto osob o problematice dekubitů.

V teoretické části jsem se zaměřila na problematiku dekubitů, jejich prevenci a léčbu. Ve výzkumné části jsem zjišťovala informovanost osob na invalidním vozíku o dekubitech, prevenci a především dodržování preventivních opatření.

Pokud zhodnotím výsledná data s cíli v úvodu své bakalářské práce, nemohu opomenout negativní zjištění, že pouze 16,3% respondentů dokázalo správně určit potraviny, které jsou bohaté na bílkoviny a minerály. Znepokojující je i nedostatečný pitný režim u většiny dotazovaných respondentů. Dostatečný příjem tekutin dodržuje pouze 34,5% respondentů. Kladným zjištěním je větší používání antidekubitních podložek do vozíku. Z dotazníkového šetření jsem také zjistila, že více než dvě třetiny respondentů znají problematiku dekubitů. Ráda bych ale upozornila na to, že si neuvědomují důležitost dodržování preventivních opatření. Myslím si, že osobám je třeba zdůraznit, že jejich úloha v péči o svoji osobu je nenahraditelná, jakož i zodpovědnost za jejich zdraví.

9 Seznam bibliografických citací

Monografie:

1. ADAMČOVÁ, Hana, aj. *Neurologie 2005*. 1.vyd.Praha:Triton, 2005. 266.s. ISBN 80-72554-613-9.
2. BEDNAŘÍK, Josef a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2004, 975 s. ISBN 80-725-4556-6.
3. GROFOVÁ, Zuzana, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 237 s., [8] s. barev. obr. příl. Sestra, sv. 3. ISBN 978-802-4718-682.
4. KALVACH, Zdeněk, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Křehký pacient a primární péče: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. Psyché (Grada), sv. 3. ISBN 978-802-4740-263.
5. KLUSONOVÁ, Eva, PITNEROVÁ Jana. *Rehabilitační ošetřovatelství pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2.dopl. vyd. Brno: NCONZO, 2005, s.117. ISBN 80-701-3423-2.
6. KOUŘILOVÁ, Irena, Libuše ČELEDOVÁ a Rostislav ČEVELA. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 76 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4726-823.
7. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-802-4726-991.
8. MIKŠÍK, Oldřich, Jan VÁLKA a Milada FRANČŮ. *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn: prevence, konzervativní a chirurgická terapie*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2009, 301 s. Trendy soudobé chirurgie, sv. 3. ISBN 978-802-4616-001.
9. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
10. MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 96 s., viz. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2043-2.

11. NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, 133 s. Recenzované monografie. ISBN 978-807-4351-099.
12. PAULÍK, Karel, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Psychologie lidské odolnosti: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. Psyché (Grada), sv. 3. ISBN 978-802-4729-596.
13. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 978-802-4711-355.
14. POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 191 s., 8 s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4733-715.
15. RIEBELOVÁ, Věra, Jan VÁLKA a Milada FRANCŮ. *Dekubity: prevence, konzervativní a chirurgická terapie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000, 159 s. Trendy soudobé chirurgie, sv. 3. ISBN 80-726-2033-9.
16. WENDSCHE, Peter. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. 2., přepracované vyd. Brno: NCONZO, 2009, 226 s. ISBN 978-807-0135-044.
17. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra, sv. 3. ISBN 978-802-4720-685.
18. ZVONÍKOVÁ, Alena, Libuše ČELEDOVÁ a Rostislav ČEVELA. *Základy posuzování invalidity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 357 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-351.

Odborná periodika:

19. EPUAP, Doporučené nutriční postupy pro prevenci a léčbu dekubitů [online] 2003 [cit. 2014-03-17]. Dostupné z <http://www.cslr.cz/admin/files/EPUAP-Doporuocene-nutricni-postupy-pro-prevenci-a-lecbu-dekubitu.pdf>
20. JIRKŮ, H. – KYRIÁNOVÁ, A. Doporučené postupy pro ošetrovatelskou péči o pacienty po poškození míchy [online]. 2006 [cit. 2011-12-02]. Dostupné z WWW: <http://www.spinalcord.cz/userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/osetrovani.pdf>

21. MRŮZEK, M., JIRKŮ, H., Doporučené postupy pro prevenci a ošetřování dekubitů u pacientů po poškození míchy, s. 9 (online). Dostupné z: <http://www.spinalcord.cz/userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/dekubity.pdf>

22. WENDSCHE, P. – KŘÍŽ, J. Doporučené postupy péče v akutní fázi po poškození míchy [online]. 2005 [cit.2011-11-11]. Dostupné z [www: http://www.spinalcord.cz/userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/akutni_pece.pdf](http://www.spinalcord.cz/userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/akutni_pece.pdf).

Zahraniční zdroje:

23. LEVINE, JEFFREY M. a ELIZABETH A. AYELLO. *Pocket guide to pressure ulcers: How to classify, stage and document pressure ulcers and other common wounds*. Princeton NJ: NJHA healthcare businee solution, 2010. ISBN 13978-0-98256980-1.

24. MAKLEBUST, JoAnn, Mary SIEGGREEN a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Pressure ulcers: guidelines for prevention and management*. 3rd ed. Springhouse, Pa.: Springhouse Corp., c2001, xiv, 322 p. Psyché (Grada), sv. 3. ISBN 15-825-5035-2.

Jiné internetové zdroje:

25. Video poradí jak na dekubity. In: *Vozíčkář: časopis nejen pro sedící* [online]. Brno: Liga za práva vozíčkářů, 2012 [cit. 2014-03-17]. Dostupné z: <http://vozickar.com/video-poradi-jak-na-dekubity/>

26. SUCHÁ, Šárka. *Dekubity u pacientů s míšním postižením*. 2012. s101

10 Seznam tabulek a grafů

Seznam grafů

Graf 1 – Návratnost dotazníků.....	35
Graf 2 – Oblast poškození.....	37
Graf 3 – Zdroj informací.....	39
Graf 4 – Dodržování prevence.....	41
Graf 5 – Vlastní zkušenost.....	42
Graf 6 – Označené potraviny.....	44
Graf 7 – Množství tekutin.....	46
Graf 8 – Frekvence odlehčování.....	48
Graf 9 – Kontrola pokožky.....	49
Graf 10 – Ošetření pokožky.....	51

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Návratnost dotazníků.....	35
Tabulka 2 – Pohlaví.....	36
Tabulka 3 – Věk.....	36
Tabulka 4 – Poškozená oblast.....	37
Tabulka 5 – Doba od úrazu.....	38
Tabulka 6 – Zdroj informací.....	40
Tabulka 7 – Dostatek informací.....	40
Tabulka 8 – Dodržování prevence.....	41
Tabulka 9 – Zájem o větší informovanost.....	42
Tabulka 10 – Vlastní zkušenost.....	43

Tabulka 11 – Strava v prevenci.....	43
Tabulka 12 – Výběr potravin.....	44
Tabulka 13 – Dostatečný příjem tekutin.....	45
Tabulka 14 – Množství tekutin.....	46
Tabulka 15 – Správný sed.....	47
Tabulka 16 – Podložka ve vozíku.....	47
Tabulka 17 – Frekvence odlehčování.....	48
Tabulka 18 – Kontrola pokožky.....	49
Tabulka 19 – Frekvence koupele.....	50
Tabulka 20 – Ošetření pokožky.....	51

11 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Informační plakát

Příloha č.1 - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Holpuchová a jsem studentka Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. Zde studuji 3. rokem obor Všeobecná sestra, bakalářský studijní program Ošetrovatelství. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží jako podklad pro zpracování mé bakalářské práce na téma „Prevence dekubitů u osob na invalidním vozíku“. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze ke zpracování mé bakalářské práce. Cílem dotazníku je zjistit míru informovanosti o problematice proleženin (dekubitů). Proleženiny jsou u osob na invalidním vozíku velkým problémem, a proto bych ráda pro tyto osoby vytvořila edukační materiál.

Odpověď, kterou považujete za správnou zakroužkujte, či vaši odpověď u volných otázek dopište.

Děkuji Vám za čas strávený vyplněním tohoto dotazníku.

Holpuchová Tereza

1. Jste:

- a, muž
- b, žena

2. Kolik je Vám let?

3. Postižení míchy je u Vás v oblasti:

- a, krční páteře
- b, hrudní páteře
- c, bederní páteře

4. Jak dlouho jste již na invalidním vozíku? (uveďte prosím v měsících)

5. Kde jste získali informace o proleženinách (dekubitech) ?

6. Myslíte si, že máte dostatek informací o problematice proleženin (dekubitů)?

- a, Ano
- b, Ne

7. Dodržujete preventivní opatření proti vzniku proleženin (dekubitů) ?

- a, Ano
- b, Ne
- c, Nevím

8. Chtěli byste se o problematice proleženin (dekubitů) dozvědět více?

- a, Ano
- b, Ne

9. Máte již nějaké vlastní zkušenosti s proleženinami (dekubity) ?

- a, Ano
- b, Ne

10. Myslíte si, že strava bohatá na bílkoviny a minerály pomáhá v prevenci proleženin (dekubitů)?

- a, Ano
- b, Ne

11. Které potraviny jsou podle Vás bohaté na bílkoviny a minerály? (možnost více odpovědí)

- a, uzeniny
- b, maso a vejce
- c, mléčné výrobky
- d, zelenina a ovoce
- e, luštěniny

12. Myslíte si, že je dostatečný příjem tekutin důležitý v prevenci proleženin (dekubitů)?

- a, Ano
- b, Ne

13. Jaký je Váš denní příjem tekutin?

14. Myslíte si, že správný sed ve vozíku může zabránit vzniku proleženin (dekubitů)?

- a, Ano
- b, Ne

15. Používáte antidekubitní podložku do vozíku?

- a, Ano
- b, Ne

16. Jak často měníte polohu, odlehčujete se, ve vozíku?

- a, každých 30 minut
- b, jednou za dvě hodiny
- c, po více jak dvou hodinách
- d, neodlehčuji

17. Kontrolujete svoji pokožku každý den?

- a, Ano
- b, Ne

18. Jak často provádíte koupel celého těla?

- a, jedenkrát denně
- b, dvakrát denně
- c, obden
- d, 1x týdně

19. Ošetřujete svou pokožku ochrannými krémy po každé koupeli?

- a, Ano
- b, Ne

Příloha č. 2 – Informační plakát

Prevence proleženin

Polohování na lůžku

Polohování je nejdůležitější součást prevence vzniku proleženin. Polohujeme do základních třech poloh, které měníme nejdéle po 2 hodinách.

Poloha na boku – hlavu podložíme, mezi kolena umístíme polštář a spodní končetinu předsuneme, záda zapřeme polštářem.

Poloha na zádech – hlavu podložíme menším polštářem, lýtko podložíme tak, aby dolní končetiny byly lehce pokrčené, pozor musíme dát na odlehčení pat.

Poloha na břiše – hlava je otočená do strany a podložená. Holeně podložíme tak, aby se prsty dolních končetin nedotýkali podložky.

Kam se obrátit

V naší republice existuje několik organizací, které pomáhají lidem na vozíku k plnohodnotnému životu. Lze se obrátit na: Centrum Paraple (poradenské a sociálně rehabilitační služby), vozíčkář.cz (internetové stránky a časopis), CZEPA (odborné sociální poradenství), Liga vozíčkářů (snaha o zařazení do běžného života). Také se můžete obrátit na spinální jednotku, na které jste byli hospitalizováni a řadu dalších organizací.

Pitný režim

Denní příjem tekutin by měl být 2-3 litry neslazených tekutin. Při nedostatečném příjmu dochází k dehydrataci a tím se snižuje kožní napětí a kůže je náchylnější k poranění.

Ochrana pokožky

Pokožku po koupeli ošetřujeme ochrannými krémy. Ty nám pomáhají zamezit vzniku proleženin tím, že vytváří ochrannou vrstvu na pokožce.

Hygiena

Pravidelná hygiena je důležitá, zvláště u osob trpících únikem moči. Také je potřeba dbát na čisté a dobře vypnuté ložní prádlo.

Péče o proleženiny

Při nálezu začervenalého místa je vhodné zasazené místo nezatěžovat. Při rozsáhlejším poškození tkáně je potřeba ihned navštívit lékaře a poradit se s ním o dalším postupu.

Psychoterapie

Je potřeba dbát i na psychickou pohodu a motivaci k dalším činnostem, které člověk vykonává a naplňují tak smysluplně jeho čas.

Stravování

U výživy je podstatný dostatečný příjem bílkovin a minerálů. Bílkoviny nalezneme především v mase, sýrech, luštěninách. Minerály pak v rybách, zelenině, luštěninách a vejcích. Tyto složky pomáhají jak v prevenci vzniku proleženin, tak i při jejich hojení.

Podložky do vozíku

Jsou velmi důležitou součástí v boji proti vzniku proleženin. Rovnoměrně rozkládají tlak v zatěžované oblasti, minimalizují tření a zajišťují stabilitu.

Pohyb a sport

Důležité je aktivní ale i pasivní cvičení, protahování a posilování. Vertikalizací pomáháme zpevnit kosti a prokrvit pokožku. Mezi sporty, které vyhledávají osoby na invalidním vozíku, patří plavání, hokej, florbal, curling a další.

Vyprazdňování

Předejit vzniku infekce pomáháme dodržováním pitného režimu (2-3 litry tekutin denně) a také pravidelným vyprazdňováním moči každé 3-4 hodiny ve dne a 6-8 hodin v noci. Stolicí lze regulovat pomocí stravy s dostatkem vlákniny.

Sed ve vozíku

Správný sed ve vozíku velmi ovlivňuje vznik proleženin. Důležité je také pravidelné nadlehčování, které by mělo probíhat nejdéle po dvou hodinách. Zaměřit bychom se měli i na správné oblečení, aby nemělo cvoky a zipy a nebylo shrnuté.