

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Petra Šimonová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Polohovací pomůcky v rukou všeobecné sestry při péči o imobilní seniory

Petra Šimonová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Šimonová, DiS.**
Osobní číslo: **Z14237**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Polohovací pomůcky v rukou všeobecné sestry při péči
o imobilní seniory**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
 2. Stanovení cílů a metodiky práce.
 3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
 4. Analýza a interpretace získaných dat.
 5. Zhodnocení výsledků práce.
-

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

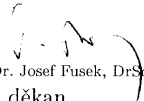
Seznam odborné literatury:

1. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
2. KALVACH, Zdeněk. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
3. KOLÁŘ, Pavel a kol. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 714 s. ISBN 9788072626571.
4. POKORNÁ, Andrea a kol. Ošetrovatelství v geriatrii. Hodnotící nástroje. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 208 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
5. SCHULER Matthias a Peter OSTER. Geriatrie od A do Z pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marie Holubová, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2017**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 05. 05. 2017

Petra Šimonová

PODĚKOVÁNÍ

Především bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Marii Holubové, PhD. za cenné rady, podněty, připomínky a zejména pak za poskytnutý čas, který mi věnovala. Dále chci poděkovat všem vrchním sestřám za umožnění výzkumu a také zdravotníkům, kteří ochotně vyplnili můj dotazník. A nakonec velmi děkuji rodině za podporu a trpělivost během mého studia.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou polohování a polohovacích pomůcek u imobilních seniorů.

Teoretická část na úvod popisuje základní pojmy, jako je gerontologie, geriatrie, senior a stáří. Dále je věnována geriatrickému pacientovi, geriatrickým syndromům a soběstačnosti. Jsou zde popsány i hodnotící škály. Další část se široce věnuje polohování, jaké polohy a pomůcky můžeme využít a jak manipulovat s imobilním pacientem. Poslední kapitola je věnovaná edukačnímu procesu.

Ve výzkumné části jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření, které probíhalo na odděleních interních a chirurgických oborů a které je doplněno o pozorování na interním oddělení.

Praktickým výstupem bakalářské práce je informační materiál zaměřený na pomůcky určené k přesunům imobilních pacientů.

KLÍČOVÁ SLOVA

Senior, soběstačnost, imobilita, polohování, polohovací pomůcky

TITTLE

Positioning aids in the hands of a nurse taking care of immobile seniors.

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with problems concerning positioning and positioning equipment of immobile elderly patients.

The theoretical part describes the basic concepts of gerontology, geriatrics, senior and old age. Further it comprises the geriatrics patient, geriatrics syndroms, self-sufficiency and its evaluation scales. An extensive part of the work is devoted to positioning itself, what positioning

equipment is used on an immobile patient and how to manipulate with people with physiological hindrances. The closing part talks about educational process.

The research part is provided with outcomes of a questionnaire survey, which took place at internal medicine and surgery departments and it is accompanied by observations at the department of internal medicine.

The practical output of my bachelor thesis is informational material focused on the equipment used for moving immobile patients.

KEYWORDS

Senior, self-sufficiency, immobile, positioning, positioning aid

OBSAH

ÚVOD.....	14
Cíl práce.....	15
1 TEORETICKÁ ČÁST	16
1.1 Gerontologie, geriatrie	16
1.2 Geriatrický pacient	18
1.3 Geriatrické syndromy.....	18
1.3.1 Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti (sakropenie).....	18
1.3.2 Syndrom anorexie a malnutrice	19
1.3.3 Syndrom instability s pády	19
1.3.4 Syndrom inkontinence	19
1.3.5 Syndrom kognitivního deficitu a poruch chování.....	20
1.3.6 Imobilizační syndrom	20
1.4 Pohybová aktivity, mobilita	22
1.5 Soběstačnost.....	23
1.6 Polohování.....	25
1.6.1 Cíle polohování.....	25
1.6.2 Zásady správného polohování	26
1.6.3 Polohy nemocných.....	27
1.7 Polohovací pomůcky	28
1.7.1 Polohovací lůžka.....	28
1.7.2 Antidekubitní matrace.....	29
1.7.3 Pomůcky usnadňující pohyb na lůžku	29
1.7.4 Pomůcky k úpravě a udržení polohy.....	29
1.7.5 Pomůcky usnadňující manipulaci a přesuny.....	30
1.8 Manipulace s imobilním nemocným	30
1.8.1 Otáčení nemocného.....	30

1.8.2	Posouvání nemocného	31
1.8.3	Posazování nemocného	31
1.8.4	Přenášení nemocného	31
1.9	Role všeobecné sestry při polohování imobilního seniora.....	32
1.10	Edukace pacientů.....	32
2	VÝZKUMNÁ ČÁST	34
2.1	Výzkumné otázky.....	34
2.2	Metodika práce.....	35
2.3	Prezentace výsledků	37
3	DISKUZE	68
4	ZÁVĚR	76
5	POUŽITÁ LITERATURA	78
6	PŘÍLOHY	84

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 Hodnocení soběstačnosti	38
Obrázek 2 Polohovací pomůcky	40
Obrázek 3 Přínos polohovacích pomůcek	41
Obrázek 4 Nové polohovací pomůcky.....	43
Obrázek 5 Polohy při polohování	45
Obrázek 6 Pomůcky k přesunům na oddělení	46
Obrázek 7 Pomůcky k přesunům	47
Obrázek 8 Množství pomůcek k přesunům	48
Obrázek 9 Spokojenost s pomůckami k přesunům	50
Obrázek 10 Seznámení s pomůckami k přesunům	52
Obrázek 11 Nové pomůcky k přesunům.....	53
Obrázek 12 Mikropolohování	54
Obrázek 13 Polohování přes den	55
Obrázek 14 Polohování v noci.....	56
Obrázek 15 Komplikace na oddělení.....	58
Obrázek 16 Počet osob při polohování	59
Obrázek 17 Spolupráce s fyzioterapeutem	60
Obrázek 18 Standardy polohování.....	62
Obrázek 19 Záznam o polohování	63
Obrázek 20 Dosažené vzdělání.....	65

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Počet respondentů.....	37
Tabulka 2 Počty imobilních seniorů	37
Tabulka 3 Polohovací pomůcky v lůžku.....	39
Tabulka 4 Množství pomůcek.....	39
Tabulka 5 Chybějící polohovací pomůcky	42
Tabulka 6 Problémy s pomůckami	44

Tabulka 7 Použití pomůcek k přesunům.....	49
Tabulka 8 Problémy s pomůckami k přesunům.....	51
Tabulka 9 Komplikace špatného polohování.....	57
Tabulka 10 Informace o polohování.....	61
Tabulka 11 Délka praxe.....	64

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADL	Activities Daily Living
ARIP	Anestezie – resuscitace – intenzivní péče
BADL	Basic Activities Daily Living
CD	Compact disk
ČR	Česká republika
DK	Dolní končetiny
DVD	Digital video disc
HK	Horní končetiny
IADL	Instrumental Activities Daily Living
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
s.	strana
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku polohování s využitím polohovacích pomůcek. Práce je orientována zejména na imobilní seniory. Toto téma jsem si vybrala nejen proto, že se vztahuje k mému zaměstnání, ale hlavně mi přijde velice aktuální. Dle údajů ÚZIS ČR je stárnutí populace fenoménem, který dlouhodobě charakterizuje demografický vývoj ve většině evropských zemí včetně ČR. Počet seniorů ve věku 65 let činil v roce 2015 celkem 1932,4 tisíc, tedy o 52 tisíc více než v roce předchozím. Ve věku 85 a více let je nyní 188,5 tisíc osob, tedy o 6,4 tisíc více než v roce 2014. (www.uzis.cz)

Cílem práce bylo sledovat, jak jsou polohovací pomůcky a pomůcky k přesunům využívány na jednotlivých odděleních, jak s nimi umí sestry manipulovat a zda mají informace o existenci těchto pomůcek. Zda bude zjištěno, že všeobecné sestry neovládají správnou techniku polohování, podceňují význam polohování a nedodržují správné časové intervaly. Může to být způsobeno aktuálním nedostatkem zdravotnického personálu.

Polohovací pomůcky slouží pro snadné polohování pacienta, pomáhají při rehabilitaci a k podkládání při ležení. V současné době je na trhu dostupná široká škála pomůcek s množstvím modifikací pro různé způsoby využití. Vhodně zvolené polohovací pomůcky jsou velmi důležité i pro všeobecné sestry, neboť jejich používáním při poskytování ošetrovatelské péče pečují o bezpečnost, soukromí, spokojenost a komfort pacienta, ale i o své zdraví. Dostupnost pomůcek k polohování a přesunům pacientů a materiálů se na jednotlivých pracovištích liší. Přístup všeobecných sester k těmto pomůckám je individuální a rozdílný je také jejich přístup k novým poznatkům a metodám.

Všichni pacienti, kteří nejsou schopni samostatného pohybu nebo mají, z nějakého důvodu omezenou hybnost, jsou plně odkázáni na péči zdravotníků. Polohování se tak stává jedním ze základních terapeutických kroků. Správným polohováním se snažíme zabránit především vzniku sekundárního poškození, jako je například vznik dekubitů, jehož výskyt se řadí mezi národní indikátory kvality ošetrovatelské péče. Ale i tak jsou pacienti, u kterých se i přes veškerou péči nějaká komplikace vyskytne. Existují obecné zásady polohování, ale mnohdy je potřeba, aby sestra reagovala pružně, zvolila správné pomůcky, polohu, interval, zhodnotila pohodlí pacienta a jeho celkový stav.

CÍL PRÁCE

1. Popsat problematiku polohování u imobilních seniorů a definovat tak specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty.
2. Zjistit vybavenost a využívání polohovacích pomůcek na oddělení interního a chirurgického typu.
3. Posoudit správnost polohování a využití polohovacích pomůcek na interním oddělení.
4. Vytvořit informační materiál pro všeobecné sestry týkající se polohovacích pomůcek.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Tato část práce je dělena do kapitol, které na úvod popisují charakteristiku a specifiku seniorského období, včetně syndromů, kterými je senior ohrožen. Právě ty mohou mít za následek ztrátu mobility a soběstačnosti, senior se stává imobilní a plně závislý na pomoci zdravotnického personálu. Proto jsou v dalších kapitolách popsány různé polohy, zásady polohování a polohovací pomůcky, vše tak důležité pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

1.1 Gerontologie, geriatricie

Složením řeckých slov „geron, gerontos“, tj. starý člověk a pojmu „logos“, tj. nauka byl odvozen pojem gerontologie. Jde o multidisciplinární vědu, zabývající se souhrnem poznatků o stáří a starých lidech. Zkoumá problematiku života starých lidí a života ve stáří, příčiny a projevy stárnutí a veškeré zákonitosti toho období. (Čevela, 2012, s. 63) Gerontologii lze rozdělit na gerontologii experimentální, gerontologii sociální a gerontologii klinickou, resp. geriatrii. (Haškovcová, 2010, s. 201-202) Geriatricie je tedy řádný lékařský obor, který se zabývá zdravím a jeho udržováním ve stáří a zdravotními a medicínskými problémy seniorů. (Čevela, 2012, s. 65) Od ostatních oborů medicíny se geriatricie odlišuje komplexnějším přístupem, potřebou koordinované týmové péče a akceptováním zdravotně sociální povahy onemocnění v senu. (Hudáková, 2013, s. 21) Pro geriatrickou medicínu je charakteristické, že řada onemocnění probíhá odlišně a atypicky na rozdíl od chorob, které se vyskytují v mladším věku, což je způsobené fyziologickými změnami, které postihují jednotlivé orgánové systémy, ale také možnou ztrátou funkčních rezerv a kompenzačních mechanismů. (Hrozenská, 2013, s. 32) Jádrem tohoto oboru je všeobecná interna zasahující do dalších oborů, především do neurologie, psychiatrie a rehabilitace. Geriatrická péče je diferencovaná a zahrnuje část akutní i následnou, paliativní i preventivní, ambulantní i lůžkovou. (Kalvach, 2008, s. 25)

Senior, stáří a stárnutí

„Senior je člověk v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti.“ Senieorem se člověk stává plynulým přechodem ze střední generace. Završení seniorského období neznamena přechod do další životní fáze, ale završení fáze životního cyklu. (Sak, 2012, s. 25) Definovat seniora jako kategorii, v níž se prolínají biologicko-medicínské aspekty se sociálními, je velmi obtížné. (Holczerová, 2013, s. 21) Dle funkční zdatnosti, rizikovosti a potřeby zdravotní péče můžeme seniory členit do tří skupin. Jedinci s výbornou výkonností,

kteří se v diagnostických a terapeutických postupech nemusí lišit od postupů u mladších jedinců, tvoří první skupinu, tzv. zdatných jedinců. Ti geriatrickou péči nepotřebují, ale jsou podrobovány preventivním prohlídkám a edukaci. Nezávislí senioři, kteří nepotřebují za normálních okolností dispenzarizaci ani pečovatelskou či ošetrovatelskou službu tvoří další skupinu. Dochází u nich pouze k přechodnému zhoršení jejich stavu a kondice vlivem operace, infektu, závažného onemocnění či úrazu. Třetí a poslední skupinu tvoří senioři křehcí. Jedná se o seniory s polymorbidními obtížemi, kteří potřebují dispenzarizaci a využívají zdravotnické služby, sociální služby a mnohdy i služby domácí péče. (Holmerová, 2007, s. 28)

Stárnutí je fyziologickou součástí života a představuje nezvratný fyziologický děj vedoucí do stáří, což je poslední ontogenetickou periodou lidského života. (Čevela, 2012, s. 114) Jedná se o proces charakterizovaný strukturálními a funkčními změnami, poklesem schopností a výkonností jedince. (Hrozenská, 2013, s. 12) Zlepšující se ekonomické a sociální podmínky, využití nových poznatků a metod v medicíně ovlivňují stárnutí společnosti. (Štikař, 2007, s. 9)

Podle Světové zdravotnické organizace dělíme stáří na tři období: 60 - 75 let - rané stáří, 75 - 89 let - vlastní stáří, 90 let a více – dlouhověkost. Stáří je přirozenou, ale zároveň poslední etapou ontogenetického vývoje člověka. Podobně jako ostatní vývojová stádia, má i stáří své specifické znaky, jimiž se od předchozích životních etap liší. (Holmerová, 2007, s. 59) Uzavírá se a završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně. Povaha stáří je tedy dvojitá, prolíná se zráním s involucí a s úbytkem sil a aspekty biologické se prolínají se sociálními. (Čeledová, 2016, s. 11) Tradičně rozlišujeme stáří kalendářní, biologické a sociální. (Kalvach, 2004, s. 47) Kalendářní stáří je dáno dosažením určitého dohodnutého věku, je snadno a jednoznačně stanovitelné. Neříká nic o sociálních rolích jedince ani o individuálních involučních změnách a jeho hodnoty se historicky mění. Zlepšováním zdravotního stavu a prodlužováním naděje dožití se již po řadu generací pokles potenciálu zdraví zpomaluje a hranice stáří se tak posouvá do vyššího věku. (Čevela, 2012, s. 25) Biologické stáří je věk hodnocený biologickými parametry tělesného a psychického rozvoje včetně involuce, který se používá k výkonovému či pocitovému vyjádření shody nebo rozporu stavu konkrétního jedince s obvyklým stavem lidí daného věku. (Čevela, 2016, s. 14) Sociální stáří postihuje změnu sociálních potřeb a rolí, životního stylu i ekonomické aspekty. Upozorňuje na rizika seniorů jako jsou osamělost, diskriminace, hrozba ztráty soběstačnosti. Nárok na starobní důchod či již vlastní penzionování je považováno za počátek sociálního stáří. (Kalvach, 2004, s. 47)

1.2 Geriatrický pacient

Geriatrický pacient je obvykle charakterizován vyšším věkem, hrozícími či již přítomnými funkčními omezeními a významnou morbiditou. (Schuler, 2010, s. 119) Je specifický tím, že jeho etiopatogenetická diagnóza stanovená klasickými biomedicínskými metodami nevyovídá o tom, kolik bude potřebovat péče, jak se stává závislým na okolí a jak a kde bude moci prožívat další život. (Weber, 2011) Jedná se především o pacienty s několika souběžnými nemocemi, s nízkým funkčním potenciálem, se zvýšeným rizikem a častými dekompenzacemi zdravotního a funkčního stavu, vyžadující komunitní služby, obvykle zdravotně - sociální. (Kalvach, 2005) Ale i tak je toto pojetí méně jednoznačné a neustálé. V širším slova smyslu hovoříme o nemocných starších 75 let, ale v souvislosti se zlepšováním zdravotního i funkčního stavu seniorů se tato hranice stále posouvá na 80 let. Za nejnižší věk, který začleňuje pacienta do geriatrických programů je obvykle věk 65 let. V užším slova smyslu považujeme za geriatrické pacienty ty seniory, kteří vykazují závažný pokles potenciálu zdraví, mají specifické zdravotní problémy, dochází k modifikaci průběhu a manifestaci chorob, nikoliv tedy samotný věk je klíčem k pochopení geriatrického pacienta. (Kalvach, 2008, s. 25) Geriatrickí pacienti jsou křehcí senioři vyžadující specifický diagnostický, léčebný i ošetrovatelský přístup. Jsou ohroženi typickými geriatrickými komplikacemi a riziky. (Čevela, 2012, s. 65)

1.3 Geriatrické syndromy

Na většinu problémů, které se vyskytují u geriatrických pacientů, by se mělo nahlížet jako na komplex symptomů a příznaků s řadou možných vyvolávajících příčin. (Weber, 2011) Specifické geriatrické syndromy mají většinou multikauzální etiologii a setkáváme se s nimi především u osob vyššího věku. Velmi často jsou přehlíženy a pokládají se za důsledek stárnutí. Avšak při správné diagnostice a léčbě se dá dosáhnout zlepšení a často i úplný ústup problémů. Specifické geriatrické syndromy nacházíme v oblasti somatické, psychické i sociální. Z hlediska výskytu a vysokých nákladů patří mezi společensky nejvýznamnější problémy poruchy mobility, pády a demence. Je u nich také nejvyšší riziko dlouhodobé ústavní péče. (Németh, 2009, s. 26)

1.3.1 Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti (sakropenie)

Podstatou tohoto syndromu je vzájemně podmíněné omezování pohybových aktivit, zejména lokomoce, chůze, zmenšování okruhu, ve kterém se starý člověk pohybuje, ubývání svalové

hmoty a síly (sarkopenie) a pokles kondice a vytrvalosti. Navíc hypomobilita i sarkopenie velice úzce souvisí s instabilitou, anorexií, malnutricí a dalšími geriatrickými syndromy. Hypomobilita je malý objem pohybových aktivit, malá vzdálenost ušlá za časové období, omezená pohyblivost a limitace v rychlosti či výdrži chůze. Hypomobilita ve stáří bývá poměrně závažný a častý jev. Závažný pokles především vytrvalostní zdatnosti označujeme jako dekonkoci. Obvykle však bývá postižena také silová výkonnost svalů. Sarkopenií rozumíme úbytek svalové hmoty a tím i svalové síly. (Kalvach, 2008, s. 145-146, 150, 152)

1.3.2 Syndrom anorexie a malnutrice

Malnutrice je důsledek nedostatečné výživy, která vede k poklesu tělesné hmotnosti, ztrátě tukové hmoty a komplexním metabolickým a somatickým změnám. (Németh, 2009, s. 66) Nechutenství s hubnutím a rozvojem malnutrice jsou jedním ze základních prvků konceptu geriatrické křehkosti. Zásadním způsobem se podílí na rozvoji dalších geriatrických syndromů (hypomobilita, svalová slabost, instabilita s pády,...) a je úzce spojen se špatnou prognózou ve smyslu disability, komplikací chorob a zdravotnických výkonů. Anorexie s malnutricí se často rozvíjí či prohlubuje během ústavní péče. (Kalvach, 2008, s. 160-161)

1.3.3 Syndrom instability s pády

Jedná se o závratě a nestabilitu různého původu, kdy hlavním rizikem jsou pády a jimi způsobená poranění. (Kalvach, 2006, s. 27) Instabilita je dlouhodobě chápána jako jedna z klinických priorit geriatrické medicíny. Vzájemně se podmiňuje s hypomobilitou a depresí, sama podmiňuje dekonkoci a úzkost a je podmiňována malnutricí a sarkopenií. Hlavními důsledky jsou pády, které spoluvytváří komplexní problém – instabilita, pády, osteoporóza, zlomeniny. (Kalvach, 2008, s. 168)

1.3.4 Syndrom inkontinence

Močová inkontinence je nechtěný, samovolný a prokazatelný únik moči, který pacienti často vnímají jako sociální a hygienický problém. Nejedná se o normální příznak stáří, ale vždy vyžaduje vyšetření a léčbu. (Topinková, 2005, s. 34) Až polovina postižených nevyhledává pomoc lékaře, přesto je potřeba po inkontinenci aktivně pátrat. Prevalence inkontinence narůstá s věkem, po 65 roku má problémy s inkontinencí až 20 % žen a 2 – 5 % mužů, ale po 80. roce už je to polovina žen a třetina mužů. (Németh, 2009, s. 35) Inkontinence u imobilních pacientů je jedním ze závažných rizikových faktorů pro vznik dekubitů. (Matějovská-Kubešová, 2013, s. 245)

1.3.5 Syndrom kognitivního deficitu a poruch chování

Poruchy chování znamenají velkou zátěž a s tím související snížení kvality života nejen pro nemocného, ale i pro jeho příbuzné, pečovatele či pro společnost. Přitom u poruch chování jde mnohdy o stav, který je většinou terapeuticky zvládnutelný, nebo jej lze výrazně upravit. Čím dříve budeme tyto poruchy diagnostikovat, tím dříve a účinněji je budeme moci léčit. (Pidrman, 2003) Porucha kognitivních funkcí (myšlení, paměť, časová a prostorová orientace, řeč) vzniká ve vyšším věku nejčastěji jako součást syndromu demence (nejčastější příčinou tohoto syndromu jsou Alzheimerova choroba či vaskulární poruchy). Akutně mohou být kognitivní funkce narušeny v rámci deliria, které vzniká jako důsledek akutního zhoršení zdravotního stavu geriatrického pacienta. (Holmerová, 2013, s. 115)

1.3.6 Imobilizační syndrom

Imobilita je stav, kdy dochází následkem nemoci či úrazu k přechodnému či trvalému omezení nebo ztrátě pohybových schopností z důvodu těžkého postižení pohybového nebo vnitřního systému. Nepříznivě ovlivňuje všechny systémy v organismu a způsobuje komplikace, které ohrožují nemocného na životě. (Klusoňová, 2014, s. 10) Imobilizační syndrom je fyziologická odpověď organismu na dlouhodobou nehybnost (imobilitu), která se projevuje různými poruchami všech tělesných systémů. (Mlýnková, 2010, s. 131) U křehkých geriatrických pacientů s nízkým potenciálem zdraví, poruchou regulačních mechanismů a omezenou adaptační schopností je rozvoj negativních důsledků imobilizace velmi rychlý. (Kalvach 2011, s. 327) Jedny se projeví již během 24 hodin, ale jiné se mohou rozvinout až během několika dnů či týdnů. (Klvetová, 2008, s. 142) Některé projevy mohou probíhat skrytě, a proto může dojít k prodlevě při jejich řešení, pozdnímu odhalení nebo zanedbání projevů a pro pacienta znamenají velké nebezpečí. (Vytejková, 2011, s. 118) Na seniory ohrožené imobilizačním syndromem aplikujeme zásady rehabilitačního ošetřování, včasné mobilizace a fyzické a psychické aktivizace. (Burda, 2015, s. 131)

Poruchy kardiovaskulárního systému. Dlouhodobou nepohyblivostí dochází k porušení vazomotorických reflexů, které se podílejí na vyrovnávání krevního tlaku při změnách polohy. (Hermanová, 2008, s. 36) Dojde-li k prudké změně polohy z lehu do sedu, nezvládá srdce náhle vzniklý a zvýšený nárok na svou činnost a dojde k tzv. ortostatické hypotenzi. (Klvetová, 2008, s. 142) Pacient má mžitky před očima, závratě, mdloby, tachykardii, točí se mu hlava, potí se, krevní tlak je nízký až neměřitelný a někdy dochází i ke ztrátě vědomí. (Mlýnková, 2010, s. 132) Následkem městnání krve v žilním řečišti dolních končetin při obleněném krevním oběhu a při venostáze vzniklé nedostatečným pohybem vzniká žilní trombóza. Život

ohrožující stav, který je následkem žilní trombózy označujeme jako plicní embolie. (Vytejková, 2011, s. 118)

Poruchy pohybového systému. Již za velmi krátkou dobu dochází ke snížení výkonnosti svalů až k tvorbě svalové atrofie. (Budra, 2015, s. 131) Ta vzniká tehdy, pokud se svalová vlákna nesmršťují jako během normální fyzické aktivity. (Mlýnková, 2010, s. 131) U starších lidí se vlivem imobility během dvou dnů zkracují na dolních končetinách extenzory a vazivo. Vznikají kontraktury a ankylóza (ztráta pohyblivosti), které jsou nevratné. (Klevetová, 2008, s. 143) Výsledkem ztráty antigravitační působení, snížení svalové hmoty a komplexních metabolických a endokrinních změn je osteoporóza z inaktivity, která imobilizaci provází. (Trachtová, 2013, s. 35) Z kostí se ve zvýšeném množství vyplavuje vápník, který se vylučuje močí a dochází tak k řidnutí kostí. (Mlýnková, 2010, s. 131)

Poruchy respiračního systému. U pacientů v horizontální poloze je ztíženo dýchání a dochází k poklesu respiračních a ventilačních funkcí. Odkašlávání je obtížné a vazký hlen se hromadí v plicních cestách. Vytváří se půda pro pomnožení řady virů a bakterií, protože samočisticí schopnost dýchacích cest je snížena. (Klevetová, 2008, s. 142) Změny v průtoku krve, stagnaci hlenu a v nedostatečné ventilaci mohou mít za následek hypostatickou pneumonii nebo plicní atelektázu. (Trachtová, 2013, s. 36)

Poruchy trávicího systému. Bazální metabolismus se snižuje s energetickými nároky na organismus a současně i s motilitou střev. V těle převažují katabolické procesy, dochází k vylučování velkého množství dusíku a následně inaktivitě svalové hmoty. Pacient může trpět anorexií (nechutenství). Snižováním přísunu bílkovin se prohlubuje dusíková nerovnováha a dochází k malnutrici. (Hermanová, 2008, s. 37) Ležící pacient může trpět zácpou. Vlivem imobility se zpomaluje střevní peristaltika, pacient trpí nechutenstvím a přijímá omezené množství potravy. Na zácpu má vliv i nepřírozená poloha při vyprazdňování a stud pacienta. Dále může dojít ke ztrátě pocitu žízně a pacient je ohrožen dehydratací. (Burda, 2015, s. 132)

Poruchy močového systému. Pacient je ohrožen inkontinencí, zánětem ledvin a vývodných močových cest či vznikem ledvinových kamenů. (Burda, 2015, s. 135) Při močení vleže se zhoršuje gravitace vyprazdňování moči z celého močového systému a nemocný musí tlačit proti gravitační síle. Ledvinné pánvičky se vyprazdňují pouze z části, moč se zde hromadí a dochází k retenci. Vzniká tak vhodné prostředí pro močové infekce a záněty močových cest. Základem pro tvorbu močových kamenů je alkalická (zásaditá) moč, které vzniká narušením

rovnováhy mezi kalcium a kyselinou močovou. U mnohých pacientů se také objevují problémy s inkontinencí. (Mlýnková, 2010, s. 134) Permanentní močový katétr se zavádí nemocnému pouze v nejnnutnějších případech, kdy nemocný nemůže močit při retenci nebo je-li ohrožen infekcí a vznikem dekubitů. (Vytečková, 2011, s. 124)

Poruchy kožního systému. Vlivem imobility ztrácí kůže svoji pevnost, atrofuje a dochází ke snížení kožního turgoru. Při dlouhodobém a trvalém působení tlaku na podložku je pacient ohrožen vznikem dekubitů, což je lokální ischemické poškození kůže až nekróza kůže, podkoží a svalstva. (Hermanová, 2008, s. 37) Místa, kde nejčastěji vznikají proleženiny, označujeme jako predilekční místa. V poloze na zádech se jedná o kost týlní, trn 7. krčního obratle, lopatky, lokty, hýždě, kost křížová a patní kost. V poloze na boku pak ramenní kloub, hřeben kostí kyčelních, vnitřní a vnější strana kolenního i hlezenného kloubu. Dekubitům je mnohem lepší předcházet, než je léčit. Cílem prevence je snížit tlak na predilekční místa, odstranit zevní mechanické vlivy a zlepšit celkový stav nemocného. (Burda, 2015, s. 127-128) Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů se používají různé stupnice, v zahraničí bylo popsáno 17 různých hodnotících škál. U nás se v současné době nejvíce používá rozšířená škála Northonové. (Mikula, 2008, s. 19)

Psychosociální reakce. Dysfunkci emocionálních a intelektuálních funkcí způsobuje nedostatek užitečných podnětů a informací a výrazně se projeví porucha osobnosti. (Klevetová, 2008, s. 143) Z psychických změn se nejčastěji objevuje deprese a deprivace, která vzniká při ztrátě kontaktu s okolním světem, kdy může chybět i prostý výhled z okna. (Kalvach, 2011, s. 328) Dále dochází dlouhodobým ležením k omezení smyslového vnímání. Nemocný si mnohdy uvědomuje svou závislost na okolí, a to u něj může vyvolat úzkosti a změny nálad, objevují se pocity beznaděje, zbytečnosti, marnosti, strach a obava o budoucnost a poruchy sebevědomí. (Burda, 2015, s. 133)

1.4 Pohybová aktivity, mobilita

Biologickou potřebou všech živých bytostí je pohyb neboli tělesná aktivita. Lidé se musí pohybovat, aby si zajistili potravu a vodu, aby se chránili před poraněním a zajistili si další základní potřeby, tudíž je pohyblivost základem nezávislosti. (Trachtová, 2013, s. 28) Každý jedinec má individuální nároky na kvalitu pohybové aktivity i na způsob uspokojování. Pro někoho bude pohyb prostředkem relaxace a pozitivního emocionálního ladění, pro jiného zase prostředkem pro zachování tělesného zdraví a duševní pohody. (Hermanová, 2008, s. 33)

Pohyb snižuje riziko vzniku neinfekčních onemocnění, depresí či poklesu kognitivních funkcí, dále má pozitivní vliv na dýchání, svalstvo a na tělesnou výkonnost jedince. Pravidelná tělesná aktivita pozitivně působí na pohodu člověka, na prevenci chorob a pádů a umožňuje navázání nových sociálních kontaktů. Aktivní cvičení posiluje imunitní systém a pomáhá v boji proti osteoporóze, dále snižuje hodnoty cholesterolu a vysoký krevní tlak, redukuje vliv stresu a zvyšuje duševní odolnost a pocit sebejistoty. (Ondriová, 2015, s. 34) Aktivní svalová tělesná hmota s vyšším věkem ubývá, naopak tuk a vazivo přibývá a dochází ke snížení svalové síly o 25 – 30 %. Životní styl každého jedince významně ovlivňuje poměr svalové hmoty a tuku. (Klevetová, 2008, s. 126)

1.5 Soběstačnost

„Soběstačnost je chápána jako schopnost uspokojovat běžné potřeby samostatně v daném prostředí.“ Jedná se tedy o poměr mezi vlastní zdatností pacienta a náročností prostředí kolem něj. (Kalvach, 2006, s. 22) Jednotlivé úkony soběstačnosti označujeme aktivitami denního života (ADL – Activities Daily Living) a dělíme je do dvou skupin, na aktivity instrumentální (IADL – Instrumental Activities Daily Living) a základní (BADL – Basic Activities Daily Living) (Holmerová, 2014, s. 78) Mezi základní aktivity denního života řadíme základní sebeobslužné aktivity jako je samostatné provedení hygieny, používání toalety, kontinenci, samostatné oblékání a jídlo a schopnost pohybu. IADL posuzuje následující schopnosti: telefonování, nakupování, přípravu jídla, praní, péče o domácnost a její vedení, samostatné užívání léků apod. (Holmerová, 2007, s. 67) ADL i IADL hodnotíme pomocí různých škál, které existují v mnoha různých podobách. Nejpoužívanější v geriatrii je škála ADL dle Barthelové a škála IADL dle Lawtona či Katze. (Holmerová, 2014, s. 80)

Barthelův test

Hodnotí deset aktivit denního života jako je přijímání potravy, koupání, osobní hygienu, oblékání, kontinenci moči a stolice, užívání toalety, přesuny, lokomoce a chůzi po schodech. Při hodnocení využívá stupnici, kdy každá položka je hodnocena 0, 5, 10 body a u některých položek i 15 bodů. Bodový zisk pacienta je tedy maximálně 100 bodů, přičemž 96 – 100 bodů znamená, že pacient je nezávislý, 65 – 95 bodů je lehce závislý, 45 – 60 bodů značí závislost středního stupně a vyhodnocení pod 40 bodů označuje pacienta jako vysoce závislého. (Svěčená, 2013, s. 134)

Test funkční soběstačnosti (FIM)

Tento test vychází ze základního hodnocení indexu Barthelové, byl doplněn sledováním kognitivních funkcí a celkově dochází k hodnocení 18 činností v 6 kategoriích (osobní péče, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace a sociální aspekty). Každou funkci hodnotíme 7 stupňovou škálou, která má v porovnání s jinými testy schopnost detekce i menších funkčních změn. Celkové rozpětí skóre je tedy 18 – 126 bodů. (Vaňásková, 2005, s. 313)

Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga (modifikovaný Staňkovou)

Malíková ve své diplomové práci Komparace náročnosti ošetrovatelské péče v domově seniorů a v hospici Hvězda z pohledu poskytovatele popisuje, že pomocí tohoto testu je individuálně u každého pacienta vyhodnoceno osm oblastí (pohyb, hygiena, jídlo, inkontinence, použití toalety, dekubity a spolupráce), zahrnujících běžné denní činnosti. Důležité je provedení přesného bodového hodnocení v rozsahu 0 – 5 bodů podle sledované činnosti. Po zhodnocení všech osmi sledovaných činností provedeme u každého respondenta celkový součet bodů. Bodové hodnocení je založeno na škále 0 až 39 bodů, přičemž při získání 0 bodů je respondent zcela soběstačný a nezávislý na pomoci druhé osoby a 39 bodů má plně závislý respondent neschopný samostatného provedení při žádné činnosti. (Malíková, 2007, s. 65-66)

Katzův test každodenních činností

Hodnotí závislost či nezávislost pacienta při každodenních činnostech v šesti položkách (koupání, oblékání, toaleta, přesun, kontinence a přijímání potravy). Výhodou testu je jeho možné rychlé provedení. (Kolář, 2009, s. 224)

Marečková – funkční úroveň

Hodnocení soběstačnosti pacienta lze rozdělit do pěti funkčních úrovní od nuly do čtyřky. Nula znamená, že pacient je plně soběstačný, vše zvládá sám bez pomoci personálu a dalších pomůcek. Do kategorie jedna se řadí pacient schopný sebeobsluhy s pomocí různých prostředků. Asistence další osoby je u druhého stupně, případně dohled a edukace. Ve třetí kategorii se k pomoci druhé osoby přidává ještě využití pomůcek. Poslední, tedy čtvrtou kategorií charakterizuje pacient zcela závislý, odkázan na komplexní ošetrovatelskou péči. (Marečková, 2006, s. 120)

1.6 Polohování

Polohování je správné uložení nemocného, uložení končetin a pravidelné změny poloh v určitých časových intervalech. (Klusoňová, 2014, s. 18) Pravidelné polohování provádíme u nemocných s omezením či ztrátou hybnosti a poruchou citlivosti některých částí těla. Dochází tak ke snižování zevního tlaku na kůži, čímž se zlepšuje prokrvení jednotlivých částí těla. Dále snižuje riziko vzniku svalových atrofií, kontraktur, deformit, eliminuje bolest a zlepšuje psychický stav nemocného. (Kolář, 2015, s. 20) Možnost volného a neomezeného pohybu je pohledem nemocného chápána jako výraz nezávislosti a soběstačnosti. Klid na lůžku u nemocných vyššího věku se využívá zejména k léčení řady chronických onemocnění. Správným uložením nemocného na lůžko zabráníme vzniku již zmíněných komplikací. Polohy nemocného měníme podle vývoje nemoci a podle potřeb nemocného. V postupech ošetrovatelské péče se provádí zejména polohování preventivní, které snižuje bolest nemocného, zvyšuje ventilaci v plicích a snižuje riziko vzniku dekubitů, deformit a kontraktur. (Kyasová, 2009, s. 96) Antalgické polohování je takové, kdy pacient zaujímá polohu v akutním stadiu ke snížení bolesti. Tato poloha nebývá často fyziologická, proto pokud nemocný v této poloze přetrvává delší dobu, může dojít k vývoji sekundárních změn na pohybovém aparátu. Příkladem je podkládání pahýlu dolní končetiny po amputaci, kdy se vytvoří flekční kontraktura v kyčelním kloubu, a nastanou obtíže při chůzi s protézou. Preventivní polohování je funkční polohování pro zamezení vzniku špatného postavení v kloubech nebo svalového zkrácení. Korekční až hyperkorekční polohování upravuje nefyziologické postavení a provádí se tam, kde přetrvává omezený pohyb, kde dochází ke svalovým kontrakturám nebo k deformitám. (Smílková, 2008) Dle zákonné normy je povinnost zajišťovat polohování imobilních pacientů uložena všeobecným sestram, které mají potřebné vzdělání a teoretické a praktické znalosti. (Kala, 2016, s. 96)

1.6.1 Cíle polohování

Hlavní cíle polohování jsou zejména preventivní, tedy prevence vzniku dekubitů, kontraktur, pneumonie, kloubních deformit a komprese periferních nervů, dále také regulace svalového tonu, zlepšení oběhových funkcí, zlepšení vigility a pozornosti a snížení intrakraniálního tlaku. (Kolář, 2015, s. 20) Polohování působí v prevenci či léčbě dekubitů tím, že dochází k odlehčení kůže zejména na predilekčních místech a zlepšuje se prokrvení jednotlivých částí těla. Ke vzniku kontraktur dochází, ponecháme-li pacienta ve stejné poloze po dobu několika hodin. Nemocní se spasticitou jsou nejvíce ohroženi vznikem svalových kontraktur a polohování u nich provádíme do antispastického vzorce – proti směru rozvíjejícího se zkrácení. Rozvoji

pneumonie zabráníme vhodným polohováním, když ovlivňujeme stagnaci a hromadění hlenu. Cíleným polohováním, většinou pomocí ortéz, se snažíme zmírnit kloubní deformity, které vznikají vlivem tahu spastických svalů. Déle se polohováním snažíme chránit nerv před jeho útlakem, protože nejčastější příčinou poškození periferního nervu je jeho komprese vlivem váhy vlastního těla. Některé polohy jsou využívány ke zvýšení či snížení svalového tonu, některé mají přímý vliv na rozložení tonu v různých částech těla, proto je vhodné, vybírat polohy a pohyby, které snižují spasticitu. Každá forma rehabilitace včetně polohování vede ke zlepšení prokrvení. Dochází ke snížení rizika vzniku edémů, embolií, trombóz, dekubitů a zlepšuje se také hojení ran. Na zlepšení vigility a pozornosti se podílí i polohování, kdy se snažíme ovlivnit např. neglect syndrom, při kterém pacient nepoužívá končetiny při zachované síle svalstva. Při zvýšení intrakraniálního tlaku se pacient uloží do polohy na zádech s hlavou v ose těla a horní polovinu těla má zvýšenou, přibližně 30 stupňů. (Kolář, 2009, s. 16-17)

1.6.2 Zásady správného polohování

Návod na správné polohování nemocných není jednoznačně daný, protože každý má jiný zdravotní stav a je ohrožen různými komplikacemi. Je třeba určit smysl polohování a cítit fyziologii pohybu a respirační mechaniky. Neměli bychom také samozřejmě opomíjet, že pacient, který je imobilní, je plně odkázán na naši péči, protože nemůže samovolně měnit svou polohu. K obecným zásadám polohování patří bezpečí pacienta pomocí postranic či vhodných polohovacích pomůcek, postavení všech segmentů musí být pro pacient nebolestivé, pohodlné a měla by pacientovi umožnit reziduální pohyb. Pozice hlavy, trupu a pánve zásadním způsobem ovlivňuje respiraci, HK mají funkci manipulace a sebeobsluhy a DK slouží k lokomoci. (Tomsová, 2014, s. 118, 120) Polohuje se 24 hodin denně, přes den po 2 hodinách, v noci po 3 hodinách, pokud to aktuální stav nevyžaduje jinak a nejčastěji využíváme tři základní polohy: na zádech, na boku a na břiše. Poloha nemocného se mění podle vývoje nemoci a jeho potřeb. (Kelnarová, 2009, s. 195-196) Nemocný by měl být seznámen se změnou polohy, vyzveme ho ke spolupráci a po celou dobu s nemocným komunikujeme a komentujeme veškeré činnosti. Všeobecná sestra po celý den pravidelně kontroluje funkčnost dané polohy. Pokud dojde ke změně polohy nebo se stane nefunkční, napolohuje všeobecná sestra nemocného zpět do správné polohy s pomocí vhodných polohovacích pomůcek. (Vytejková 2011, s. 79-80) Poloha musí být pro nemocného nebolestivá, pohodlná a umožňuje mu přiměřený volný pohyb. Při polohování se kontrolují predilekční místa. Nemocný musí ležet v suchu, proto musíme kontrolovat polohu PMK a přívod infuze. (Kolář, 2015, s. 20) Určitým problémem při polohování by mohla být manipulace s pacientem, protože bychom se měli

vyvarovat střížných a smykových sil. Nadměrným třením povrchu kůže pacienta a podložky dochází ke střížnému efektu, při kterém dojde k zaškrcení cév prokrvujících podkoží a svaly. Nedostatečná péče o imobilního pacienta může mít za následek rozvoj sekundárních změn pohybového aparátu, který ovlivňuje následnou rehabilitační péči. (Tomsová, 2014, s. 119)

1.6.3 Polohy nemocných

Podle aktivit nemocného dělíme polohy na aktivní a pasivní. Aktivní poloha je taková, kterou nemocný zaujme sám a je schopen sám si ji i změnit. Patří sem i úlevové polohy, které nemocný sám aktivně vyhledává ke zmírnění obtíží. Poloha, do které musí být nemocný uveden nebo potřebuje-li pomoc jiné osoby, označujeme jako pasivní polohu. Podle účelu je dělíme na léčebné či léčebně preventivní a na polohy vyšetřovací. (Vytejková, 2011, s. 80)

Polohy léčebně preventivní mají pozitivní vliv na vývoj léčby a mnohdy přinášejí nemocnému úlevu. Dále mohou předcházet vzniku případným komplikacím v průběhu léčby. (Kelnarová, 2009, s. 126)

Fowlerova poloha – pacient sedí na lůžku, což označujeme jako vysokou Fowlerovu polohu, nebo je v polosedě, tedy v nízké Fowlerově poloze. Chodidly se opírá o čelo postele nebo o bedničku vloženou do dolní části lůžka a pod kolena může mít pacient vložený válec. Tato poloha zajišťuje optimální ventilaci plic. Problémem této polohy je sjíždění pacientů dolů na lůžku, působení tření a střížná síla, vznik dekubitů. (Kelnarová, 2015, s. 129-130)

Ortopnoická poloha je tehdy, když pacient v mírném předklonu sedí na lůžku, dolní končetiny má spuštěné k zemi a rukama se opírá o podložku (stůl, židle spod.) Tato poloha je vhodná u nemocného s chorobami plic, třeba u astmatiků a při selhávání srdeční činnosti. (Nováková, 2008, s. 52)

Trendelenburgova poloha se využívá, když pacient omdlí, zkolabuje nebo ztratí vědomí. Nemocný leží na zádech a jeho dolní končetiny jsou výše než hlava. Tato poloha zlepšuje prokrvení životně důležitých orgánů při šoku a také se využívá při některých operacích. (Jansová, 2016, s. 10-11)

Obrácená trendelenburgova poloha se využívá při poruchách prokrvení dolních končetin. Pacient leží na zádech, hlavu má podloženou polštářem a ta je pak výše než dolní končetiny. Tuto polohu vytvoříme zdvihnutím horní poloviny lůžka. (Vytejková, 2011, s. 83)

Poloha na boku (laterální) je značně variabilní, dolní končetiny mohou být různě pokrčené a pacient v ní může setrvávat delší dobu. (Kelnarová, 2009, s. 127) Pacient leží na pravém

či levém boku, pod hlavou má polštář a dolní končetiny jsou natažené nebo mírně flektované v koleni i kyčli. Mezi končetiny se vkládá polštář nebo vhodná polohovací pomůcka. Spodní horní končetina je vedle hlavy, aby si na ní pacient neležel. Aby se zabránilo rotaci v oblasti páteře, je mezi lůžko a nemocného vkládán molitan nebo vhodná polohovací pomůcka. (Vytejčková, 2011, s. 81-82) Existují tři varianty polohy na boku: poloha mírná boční, střední a velká neboli Simsova. U polohy mírné je pacient pootočen na bok a záda s podložkou svírají úhel menší než 90 stupňů. U střední záda s podložkou svírají pravý úhel a u Simsovy polohy leží pacient téměř na břiše. (Burda, 2015, s. 105-106)

Poloha na břiše (pronační) - pacient má hlavu otočenou do strany, hrudník může být podložen polštářem a břicho s pánví leží volně na podložce. Distální bérce mohou být podložena tak, aby prsty nedosahovaly k podložce. Alespoň jednou denně je vhodné volit tuto polohu. (Kolář, 2009, s. 18)

Vodorovná poloha na zádech (supinační) - v této poloze leží pacient na zádech s nataženými nebo mírně pokrčenými dolními končetinami, hlava je lehce podložená a horní končetiny volně leží podél těla. (Kvasová, 2009, s. 90) Poloha na zádech by neměla převažovat v plánování polohování, protože s sebou přináší několik nebezpečí. Může dojít k hyperextenzi krční páteře, která dále vede ke vzniku bolesti hlavy. Je zde také vyšší riziko vzniku pneumonií a dekubitů hlavně v sakrální oblasti. (Lippertová-Grunerová, 2015, s. 119)

Polohy vyšetřovací

Jde o polohy, které pacient zaujímá podle toho, jaké oblast je vyšetřována. Pacient by měl být řádně poučen o významu dané polohy a o pomoci při zaujímání této polohy. Mezi polohy vyšetřovací patří poloha vleže na zádech, na boku, gynekologická, kolenoprsní, kolenoloketní. (Kelnarová, 2015, s. 131-132)

1.7 Polohovací pomůcky

1.7.1 Polohovací lůžka

Lůžko je základním vybavením pokoje a ležící nesoběstačný pacient na něm tráví většinu času svého pobytu v nemocnici či v sociálním zařízení. (Nováková, 2008, s. 40) Polohovací lůžka můžeme ovládat mechanicky nebo elektricky. Elektricky ovládaná lůžka můžeme polohovat pomocí zdovového dílu, dále polohujeme lýtkovou část a jsou nastavitelná na výšku. Podle svých možností si klient může pomocí ovladače regulovat polohu lůžka sám. Zvyšujeme tak jeho

soběstačnost a zároveň dochází ke snížení závislosti na ošetřujícím personálu. (Mlýnková, 2010, s. 152) Novější typy lůžek mají postranice, které jsou integrované a otevírají se jejich sklápěním. Mohou být tvořeny jedním dílem nebo jsou vícedílné. U těchto postranic lze použít jen horní nebo dolní díl postranice. Je-li potřeba, lze použít u pacientů i tzv. doplňkovou postranici, která vyplní volný prostor mezi čelem lůžka a postranicí nebo prostor mezi jednotlivými díly postranice. (Vytejková, 2011, s. 111)

1.7.2 Antidekubitní matrace

Správná volba vhodné matrace může zásadně ovlivnit vznik a léčbu dekubitů. Na trhu je řada aktivních a pasivních matrací. Výrobci již přišli na trh i s reaktivními matracemi, které kombinují aktivní a pasivní systém. Taková matrace působí preventivně při vzniku dekubitů tím, že snižuje tlak na pokožku, tření a vlhkost. Aktivní matrace je určena především pro dlouhodobě ležící pacienty. (Jansová, 2016, s. 4)

1.7.3 Pomůcky usnadňující pohyb na lůžku

Hrazdička je v našich zařízeních nejpoužívanější pomůckou, která usnadňuje pacientům pohyb na lůžku. Jedná se o plastový trojúhelník zavěšený na kovový rám lůžka pomocí silného a pevného popruhu. (Vytejková, 2011, s. 110) Pacient hrazdičku používá k posunům v lůžku a dále tato pomůcky pomáhá posílit svalstvo zejména zádové, břišní a hýžd'ové. Pacient se oběma rukama chytne hrazdičky, pozvedne hýždě a hrudník, patami se zapře o podložku a snaží se vysunout v lůžku směrem nahoru. (Burda, 2015, s. 89) Žebříček je pomůcka, která se pomocí kovových kroužků upevňuje k dolnímu čelu lůžka. Na provazu jsou dřevěné příčky, po kterých pacient ručkuje a přitahuje se do sedu. (Kelnarová, 2009, s. 121)

1.7.4 Pomůcky k úpravě a udržení polohy

K udržení pacienta v žádoucí poloze a k polohování ležících a imobilních pacientů se používají polohovací pomůcky. (Šeflová, 2016, s. 264) Kromě úpravy nebo změny polohy mají tyto pomůcky usnadnit nemocným pohyb na lůžku, brání pádu, zvyšují pohodlí, umožňují spojení se sestrou a snižují tlak na jednotlivé části těla. (Burda, 2015, s. 88-89) Mezi základní požadavky na tyto pomůcky patří bezpečnost, měli by být vyrobeny z příjemného a dezinfikovatelného materiálu, snadno instalovatelné a jednoduché na obsluhu. (Kelnarová, 2015, s. 122) K podkládání míst se zvýšeným rizikem se nedoporučují pomůcky ze syntetického ovčího rouna, vystřížené podložky, pomůcky naplněné vodou, věnečky a kola, které vytvářejí na okrajích velký tlak na poškozené tkáně. (Šeflová, 2016, s. 264) Aby pacient ve zvýšené poloze v lůžku neklouzal, vkládají se do nohou lůžka nemocného bedničky. Slouží

jako opora nohám a zajišťují vhodnou polohu nemocného. (Kelnarová, 2009, s. 120) K polohování pacientů používáme různé molitanové válce či půlválce, klíny, kvádry apod. Slouží jako prevence vzniku dekubitů a dále také snižují bolest. Modernějšími a zároveň velice vhodnými pomůckami jsou perličkové polohovací pomůcky různých tvarů, které jsou naplněny polystyrenovými kuličkami. (Vytejková, 2011, s. 111) Válcem podkládáme například pokrčená kolena pacienta. Klíny můžeme vkládat za záda, jestliže se nemocný sám neudrží v poloze na boku. Polohovací pomůcka, která napomáhá sedícímu pacientovi k zabezpečení stabilizované polohy, se nazývá vertikalizační klín. (Burda, 2015, s. 89) Mezi pomůcky snižující tlak patří molitanové, gelové či perličkové podložky, které mají tvar kroužku nebo podkovy. Podkládáme jimi paty, lokty či hlavu, což jsou místa ohrožená dekubity. K ochraně pat se dále využívají speciální boty, které jsou vyplněné dutým vláknem nebo perličkami. (Vytejková, 2011, s. 112)

1.7.5 Pomůcky usnadňující manipulaci a přesuny

Pomůcka, která usnadňuje polohování nemocných na lůžku, se nazývá polohovačka neboli ponáška. Vkládá se na lůžko pod nemocného a měla by dosahovat od lopatek do půli stehen. Nejčastěji a nejlépe je polohovačka obsluhována dvěma osobami. (Kala, 2016, s. 99) Posuvná podložka je bavlněná prodyšná pomůcka, která se používá k rovnoběžnému i bočnímu posunu pacienta na lůžku nebo k polohování. Tyto podložky mohou mít různý rozměr anebo mohou být s úchyty pro snadnější manipulaci s pacientem. Podobná je posuvná neboli skluzná folie, která se používá zejména k posunům infekčních pacientů. Rollbord je pomůcka, která slouží k přesunům pacienta na operační stůl či na dlouhý vozík. Díky zapuštěným madlům lze pacienta i chvíli nést. Posuvné desky používají převážně nechodící pacienti při přesunech na invalidní vozík nebo na klozetovou židli. Přidržovací pás s úchyty je pomůcka, která má široké využití. Používá se k nácvičku chůze, k přidržování pacienta při vertikalizaci, při přesunech pacienta na klozetovou židli apod. Rotana neboli otočný podstavec se také používá při přesunech na invalidní vozík či klozetovou židli. (www.medicool.cz)

1.8 Manipulace s imobilním nemocným

1.8.1 Otáčení nemocného

Nejprve otočíme hlavu nemocného ve směru plánovaného otočení a poté provedeme flexi dolních končetin v kolenou i kyčlích. Horní končetinu, které leží na straně, kam nemocného nebudeme otáčet, položíme nemocnému přes břicho nebo horní část hrudníku, a to flektovanou

v lokti. Dále provedeme lehkou abdukci druhé horní končetiny, aby si na ní nemocný po otočení neležel. Otočení nemocného pak provedeme tlakem dlaní na rameno a hýždě, nikoliv tahem za končetinu. (Kala, 2016, s. 99)

1.8.2 Posouvání nemocného

Posun pacienta se nejlépe provádí ve dvou osobách, kdy oba mohou stát na jedné straně nebo stojí proti sobě. Pokud oba stojí na stejné straně, vsune jeden zdravotník ruku pod ramena a záda. Pod pánev a dolní končetiny vsune ruku druhý zdravotník. Stojí-li zdravotníci proti sobě, vsunou jednu ruku pod hrudník, druhou pod hýždě a vždy své ruce spojí. Dle možností se pacient pokusí chytit hrazdičky, zvednout hlavu, pokrčit končetiny, zapřít se a pomoci s posunem v lůžku vzhůru současně s posunem zdravotníků. (Burda, 2015, s. 100) Pomocí tzv. polohovačky je vhodné posouvat pacienty, kteří nejsou schopni pomoci se zaujmutím polohy. Posun provádějí dva zdravotníci, kdy každý stojí na jedné straně. Postaví se čelem k sobě, mírně se rozkročí a uchopí horní a dolní cípy polohovačky, která by měla sahat od hrudníku až po hýždě, a to co nejbližší u pacienta. Současným tahem vzhůru v ní pacienta nadzvednou a posunou. Srovnanou polohovačku můžeme ponechat v lůžku k otáčení pacienta. (Kelnarová, 2015, s. 127-128)

1.8.3 Posazování nemocného

Sed nemocného na lůžku provádíme s pomocí zdravotníka. Nemocný leží na zádech a zdravotník stojí bokem k lůžku. (Vytejková, 2011, s. 88) Jednu horní končetinu vsune přes záda až do podpaží a druhou pod kolena. Otáčí se směrem do místnosti a tím zároveň otáčí pacientem do strany. Opatrně mu sundá nohy a pacienta stále přidržuje. Pro větší stabilitu pacienta použijeme schůdky pod nohy a vhodné polohovací pomůcky. (Kelnarová, 2009, s. 126)

1.8.4 Přenášení nemocného

Důvodem přenášení nemocného na jiné lůžko nebo pojízdný vozík může být hygiena nemocného, vyšetření nebo odvoz na operační sál. K přesunu potřebujeme 2 – 3 zdravotníky, zajistíme si pomůcky, protože pacienta můžeme přenášet několika způsoby. Vždy dbáme na bezpečí pacienta, protože může dojít k pádu a následnému poranění. (Burda, 2015, s. 101) Lůžko i vozík jsou při přesunech vždy těsně vedle sebe, ve stejné výši a musí být zabrzděné. (Vytejková, 2011, s. 89) Přenášení pomocí popruhů z pevné látky – Lůžka přisuneme k sobě, nemocný leží na zádech a zdravotník mu podsune popruh pod rameno a pánev. Zdravotník se postaví k prázdnému lůžku, natáhne se pro popruh a přetáhne nemocného na prázdné lůžko.

Přenášení pomocí prostěradla provádíme téměř stejně. Nejprve uvolníme cípy prostěradla v lůžku, stočíme ho až k tělu nemocného a pomocí něho nemocného přeneseme. (Nováková, 2008, s. 49) K přesunům pacientů můžeme také využít přidržovací pás s madly nebo skluzné desky. (Vytejková, 2011, s. 90)

1.9 Role všeobecné sestry při polohování imobilního seniora

Role sestry tedy spočívá v tom, že u imobilního pacienta pomáhá přes den každé dvě hodiny změnit polohu s využitím polohovacích pomůcek, aby se zmírnil tlak na predilekční místa. Při polohování nemocného pracuje tak, aby nezpůsobila poškození tkáně třením nebo střížnými silami. To znamená, že by neměla pacienta posouvat po podložce, čímž vznikají střížné síly a pokožka se může porušit, ale právě pomocí podložky pacienta nadzvednout a posunout. Zkontroluje lůžko, zda je suché, čisté a bez drobků od jídla, které také způsobují otlaky. Katétrů nebo drénů by neměly tlačit na kůži pacienta a příkrývkou sestra upraví tak, aby nebyl omezen pohyb pacienta. Při každé změně polohy sestra kontroluje stav kůže, protože včasné odhalení změn na kůži je naprosto zásadní. (Workman, Bennett, 2006, s. 77-78)

1.10 Edukace pacientů

Latinské slovo *educare* či *educare* znamená vést vpřed či vychovávat a je z něho odvozeno slovo *edukace*. *Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.* (Juřeníková, 2010, s. 9) Edukaci v ošetrovatelství můžeme rozdělit na základní, komplexní a pokračující neboli reedukaci. Základní edukace je primární klíčové předávání vědomostí a dovedností v určité oblasti. Uplatnit ji můžeme zejména u jedinců, kteří ještě nebyli obeznámeni s problematikou své nemoci. (Kuberová, 2010, s. 35). Při komplexní edukaci jsou jedinci etapově předávány určité vědomosti, jsou budovány nové dovednosti a postoje, které ve zdraví prospěšných opatřeních vedou ke zlepšení nebo k udržení dosavadního zdraví. (Juřeníková, 2010, s. 12) Reedukace navazuje na předchozí znalosti, které opakujeme a aktualizujeme je nebo poskytujeme nové informace k měnícím se podmínkám. (Svěráková, 2012, s. 34) Dále rozlišujeme edukaci individuální, skupinovou a hromadnou. Individuální je nejčastěji používaná forma edukace, kdy dochází k úzkému kontaktu zdravotníka s klientem. Pokud rozdělíme klienty neboli edukanty do různých skupin, hovoříme o skupinové formě edukace. Ideální velikost skupiny je 3 – 5 klientů. Hromadná forma edukace zahrnuje širší skupiny osob, než mají obě předcházející a typickou metodou

je přednáška. (Juřeníková, 2010, s. 35-36) Metodu v edukaci chápeme jako způsob, jakým jsou předávány veškeré znalosti a dovednosti. Děje se tak pomocí mluveného slova, audiovizuálních prostředků (CD, DVD, ...) nebo tištěných materiálů (plakát, leták, brožurka,...). (Svěráková, 2012, s. 38) Edukační proces tvoří čtyřmi základními determinanty – edukanti, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. Edukant je ve zdravotnickém prostředí zdravý nebo nemocný klient. Dále jim může být i zdravotník, který si prohlubuje své znalosti a dovednosti. Edukátor bývá ve zdravotnictví lékař, sestra, fyzioterapeut či nutriční terapeut, kteří jsou aktéři edukační aktivit. Edukační konstrukty jsou všechny materiály, standardy, předpisy, zákony apod, kteří mají přímý vliv na kvalitu edukačního procesu. Edukační prostředí je místo, kde probíhá vlastní edukace. (Juřeníková, 2010, s. 10)

Teoretická část se zabývala seniorským obdobím, imobilitou a ošetrovatelskou péčí o imobilního seniora. Základ této péče tvoří polohování a s ním spojené používání polohovacích pomůcek. Vzhledem k možným komplikacím, plynoucím z nesprávného polohování, byl jako prostředek zmapování této problematiky zvolen dotazník pro zdravotnický personál, který byl doplněn o pozorování.

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Výzkumné otázky

1. Mají respondenti na svém oddělení dostatek polohovacích pomůcek?
2. Znájí respondenti správný časový interval polohování imobilních seniorů?
3. Používají respondenti v interních oborech pomůcky usnadňující přesuny seniorů spíše než v chirurgických oborech?
4. Vyskytují se v interních oborech nějaké komplikace spojené se špatným polohováním?

2.2 Metodika práce

Tato bakalářská práce je teoreticko – výzkumná/průzkumná. Jednalo se o kvantitativní výzkumné šetření, které sledovalo 4 předem vytyčené cíle. Ke sledování cílů bylo použito dotazníkové šetření a skryté zúčastněné pozorování. Dotazník je nejčastěji používanou výzkumnou metodou, kdy dochází k písemné komunikaci mezi realizátorem a respondentem na základě otázek v dotazníku. Vlastní vyplnění dotazníku by měla předcházet slovní instruktáž. (Kuberová, 2010, s. 17) Přímé pozorování je vědecká technika, která se zabývá bezprostředním a systematickým pozorováním sociálních jevů, procesů nebo činností na základě předem stanoveného plánu. U pozorování dbáme na reprezentativní rozsah pozorovaného objektu, bez dotazování a jakéhokoliv ovlivňování. (Kutnohorská, 2009, s. 36-37)

Pro získávání informací bylo použito dotazníkové šetření. Respondenti označovali své odpovědi do tištěného anonymního dotazníku vlastní tvorby (příloha A), který jim byl rozdán během provozní schůze na oddělení a při jehož vyplňování jsem byla přítomna. Jednalo se o dotazník pro zdravotnický personál, který se skládal z 31 otázek. Dotazník byl zaměřen na způsob a zásady polohování na daném oddělení a na polohovací pomůcky, které zdravotnický personál využívá nebo které mu chybí. Před samotným sběrem dat byla provedena pilotáž v listopadu 2016, kdy bylo rozdáno 8 dotazníků. Po vyhodnocení těchto dotazníků byla jedna otázka doplněna o další možnost a jedna změněna na otázku polytomicko výběrovou.

Dotazníkové šetření bylo doplněno o skryté pozorování. Při výzkumu jsem byla osobně přítomna na interním oddělení a vše si zaznamenávala do protokolu pozorování, který měl celkem 10 otázek. O mé přítomnosti na oddělení byla informována pouze vrchní sestra. Na oddělení jsme strávila celkem tři dny, přesně tři denní dvanáctihodinové služby a rozestup mezi jednotlivými pozorováními byl minimálně týden, aby byli výsledky co nejvíce objektivní. Pro hodnocení pozorování jsem použila škálu 1 – 5, přičemž 1 znamená nejlepší hodnocení a 5 nejhorší.

Výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2016 do února 2017 ve dvou nemocnicích okresního typu. V první nemocnici byl dotazník vyplněn na interním a chirurgickém oddělení. V druhé pak na interním oddělení, na lůžkách následné péče, na chirurgii a ortopedii. Povolení zdravotnických zařízení k výzkumu bylo uděleno na základě písemné žádosti. Celkem bylo rozdáno 25 dotazníků na odděleních interního typu – interna a lůžka následné péče

a 25 na oddělení chirurgického typu – chirurgie, ortopedie. Výzkumný soubor tvořili zdravotničtí pracovníci. Návratnost dotazníků byla 100 %, ale tři dotazníky musely být vyřazeny kvůli špatnému vyplnění. Přímé pozorování probíhalo pouze na interním oddělení během měsíce února 2017.

Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Office Word 2013 a Microsoft Office Excel 2013. Byly vytvořeny grafy a tabulky, které doplňuje písemný popis.

2.3 Prezentace výsledků

Prezentace výsledků dotazníku

1. Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka 1 Počet respondentů

	interní obory	chirurgické obory
počet respondentů	23	22

Tabulka 1 znázorňuje, kolik respondentů pracuje v jednotlivých oborech. Z interních oborů je celkem 23 respondentů, kteří pracují na interním oddělení nebo na oddělení následné péče. Chirurgické a ortopedické oddělení zastupuje chirurgické obory a zde pracuje celkem 22 respondentů.

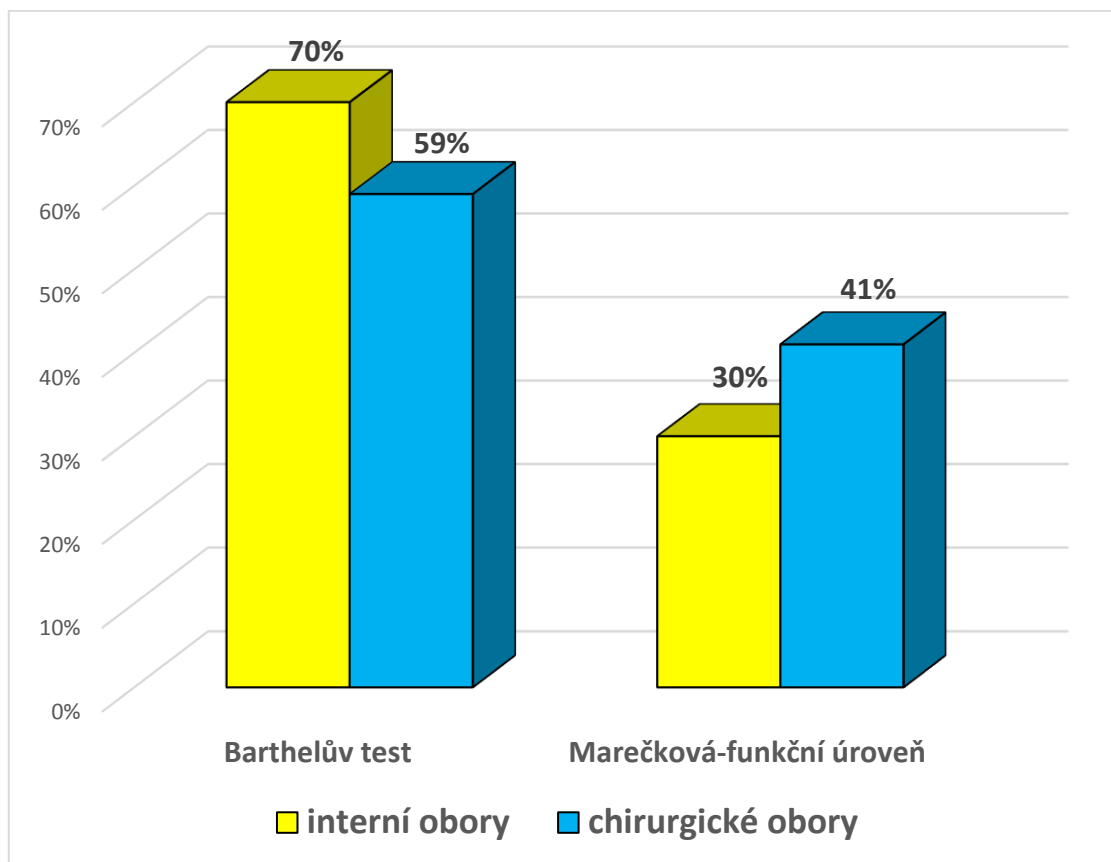
2. S kolika imobilními seniory se na vašem oddělení průměrně za den setkáváte?

Tabulka 2 Počty imobilních seniorů

Počet imobilních seniorů	interní obory		chirurgické obory	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
0 - 4	0	0	3	14
5 - 8	7	31	12	54
9 - 12	9	39	5	23
13 - 16	3	13	2	9
17 - 20	4	17	0	0
celkem	23	100	22	100

Tato tabulka ukazuje, kolik imobilních seniorů zdravotnický personál v průměru ošetřuje během služby. Největší počet respondentů v chirurgických oborech označilo rozmezí 5 - 8, celkem 54 %. V interních oborech má největší zastoupení 39 % rozmezí 9 - 12. Naopak nikdo v interních oborech neoznačil rozmezí 0 - 4 a v chirurgických rozmezí 17 - 20.

3. Jaké měřicí metody na vašem pracovišti používáte k hodnocení závislosti seniora?



Obrázek 1 Hodnocení soběstačnosti

Respondenti označili pouze dvě škály hodnocení soběstačnosti z 5 ti nabízených. A to Barthelův test a funkční úroveň podle Marečkové. V obou oborech byl více zastoupení Barthelův test, v interních oborech 70 % a v chirurgických 59 %. Další možnosti, které nejsou na obrázku zmíněny, jsou test funkční soběstačnosti, test ošetrovatelské zátěže dle Svanboga a Katzův test každodenních činností, které v dotazníku nikdo neoznačil. Stejně tak i možnost, že žádnou měřicí metodu na oddělení nepoužívají.

4. Mají všichni vaši imobilní senioři v lůžku polohovací pomůcky?

Tabulka 3 Polohovací pomůcky v lůžku

	interní obory		chirurgické obory	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ano	13	57	10	45
většinou ano	10	43	11	50
většinou ne	0	0	1	5
ne	0	0	0	0
celkem	23	100	22	100

Největší počet respondentů v interních oborech, tedy 13, uvádí, že všichni imobilní senioři mají v lůžku polohovací pomůcky. K tomu ještě 10 respondentů označilo, že imobilní senioři tyto pomůcky většinou mají. V chirurgických oborech je to podobné, pouze 1 respondent označil, že imobilní senioři většinou nemají polohovací pomůcky v lůžku.

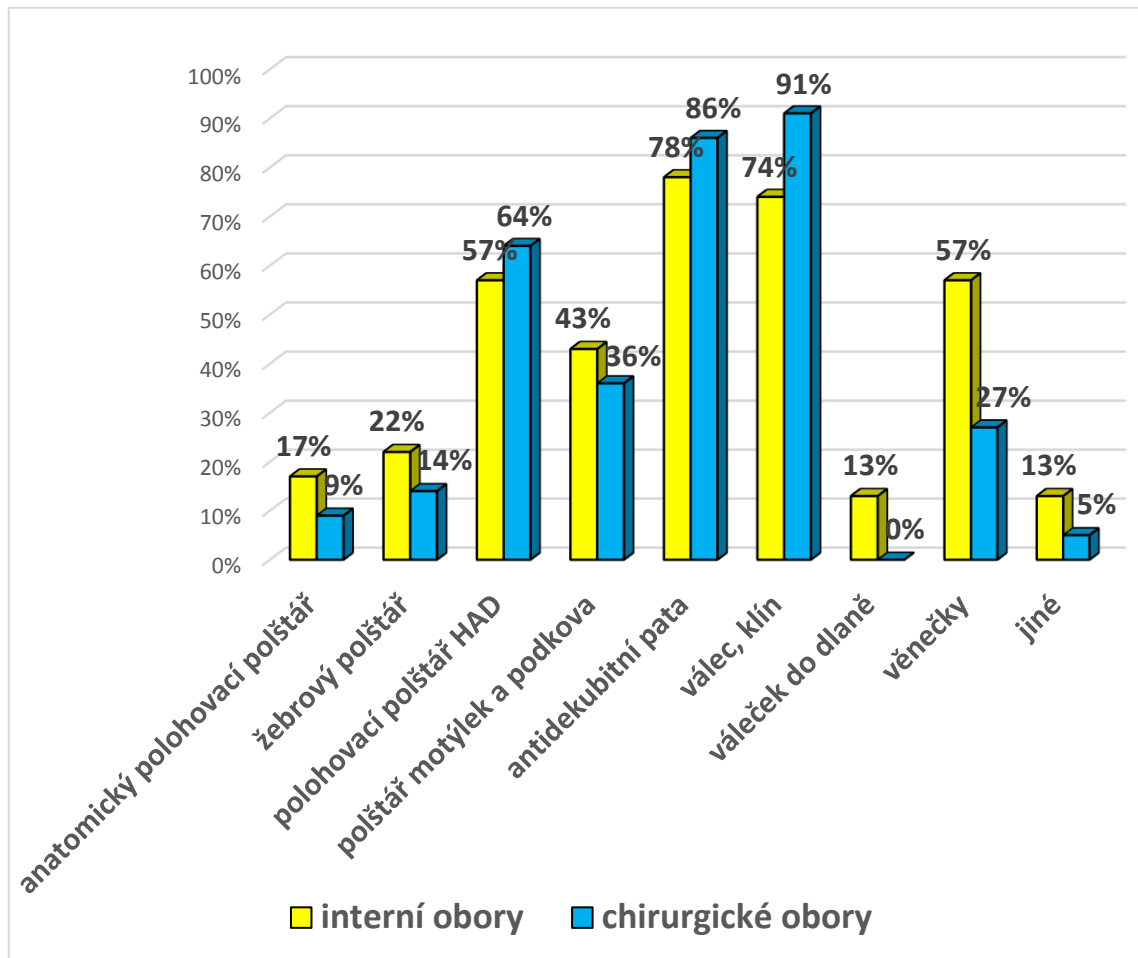
5. Máte na pracovišti k dispozici dostatek polohovacích pomůcek?

Tabulka 4 Množství pomůcek

	interní obory		chirurgické obory	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
Ano	7	30	7	32
spíše ano	13	57	6	27
spíše ne	3	13	7	32
Ne	0	0	2	9
Celkem	23	100	22	100

Z dat respondentů lze vidět, že interní obory jsou vybaveny dostatečným množstvím polohovacích pomůcek. Naopak v chirurgických oborech je 41 % respondentů nespokojeno s množstvím těchto pomůcek. Spokojenost v interních oborech uvádí 87 % respondentů.

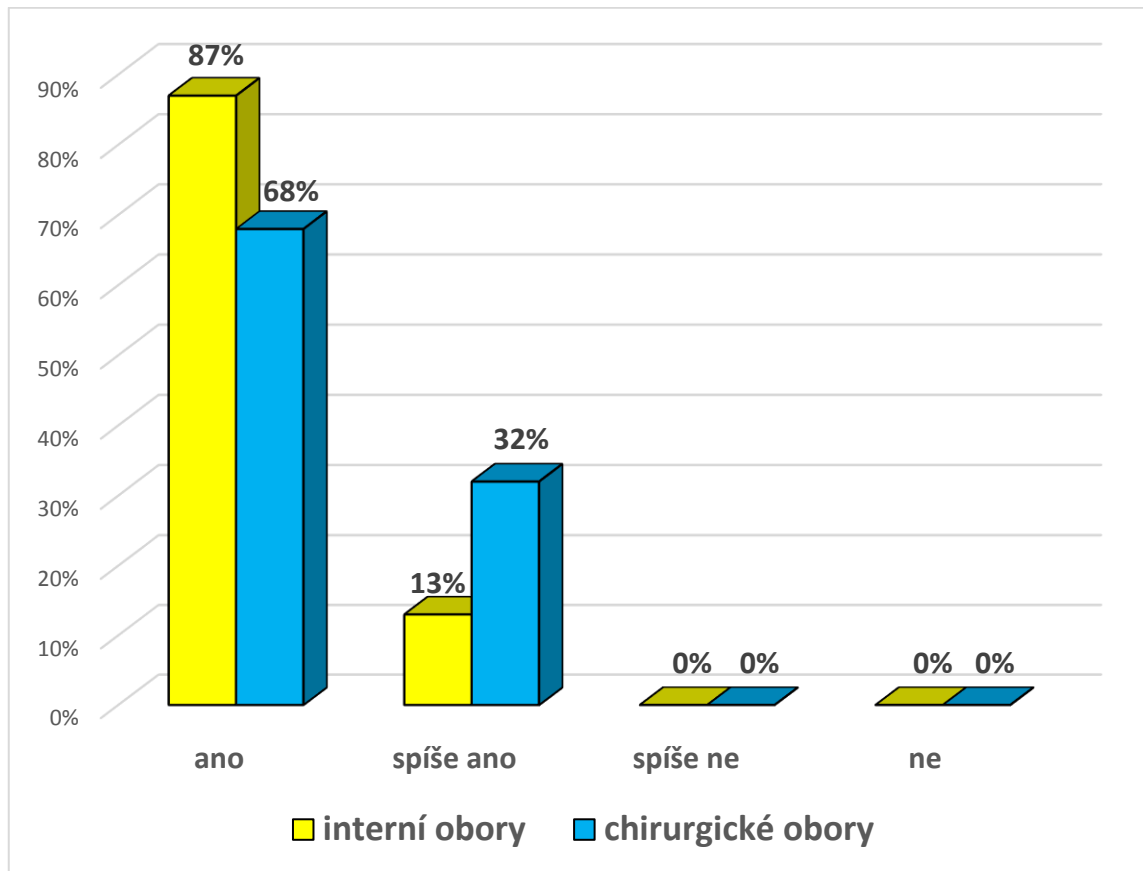
6. Jaké polohovací pomůcky využíváte na vašem pracovišti nejčastěji?



Obrázek 2 Polohovací pomůcky

Výše uvedený obrázek ukazuje zastoupení jednotlivých polohovacích pomůcek. Zde mohli respondenti označit více odpovědí, a tak nejčastěji uváděnou pomůckou v interních oborech byla antidekubitní pata se 78 %, dále pak válce a klíny se 74 % a shodně 57 % měly věnečky a polohovací polštář HAD. V chirurgických oborech mají prvenství válce a klíny s 91 %, hned po té antidekubitní pata s 86 % a třetí byl stejně jako v interních oborech polohovací polštář HAD se 64 %. Naopak nejnižší počet respondentů v chirurgických oborech označil anatomický polohovací polštář, jiné druhy polohovacích pomůcek a nikdo neoznačil váleček do dlaně. I v interních oborech mají tyto pomůcky nízké zastoupení.

7. Myslíte si, že vám tyto pomůcky pomáhají při poskytování ošetrovatelské péče?



Obrázek 3 Přínos polohovacích pomůcek

Respondenti celkem jednoznačně označili, že jim polohovací pomůcky pomáhají při poskytování ošetrovatelské péče imobilním seniorům. 87 % interních respondentů a 68 % chirurgických respondentů jsou o tom plně přesvědčeni. O tom, že by tyto pomůcky nebyly přínosem pro ošetrovatelskou péči, není přesvědčen nikdo.

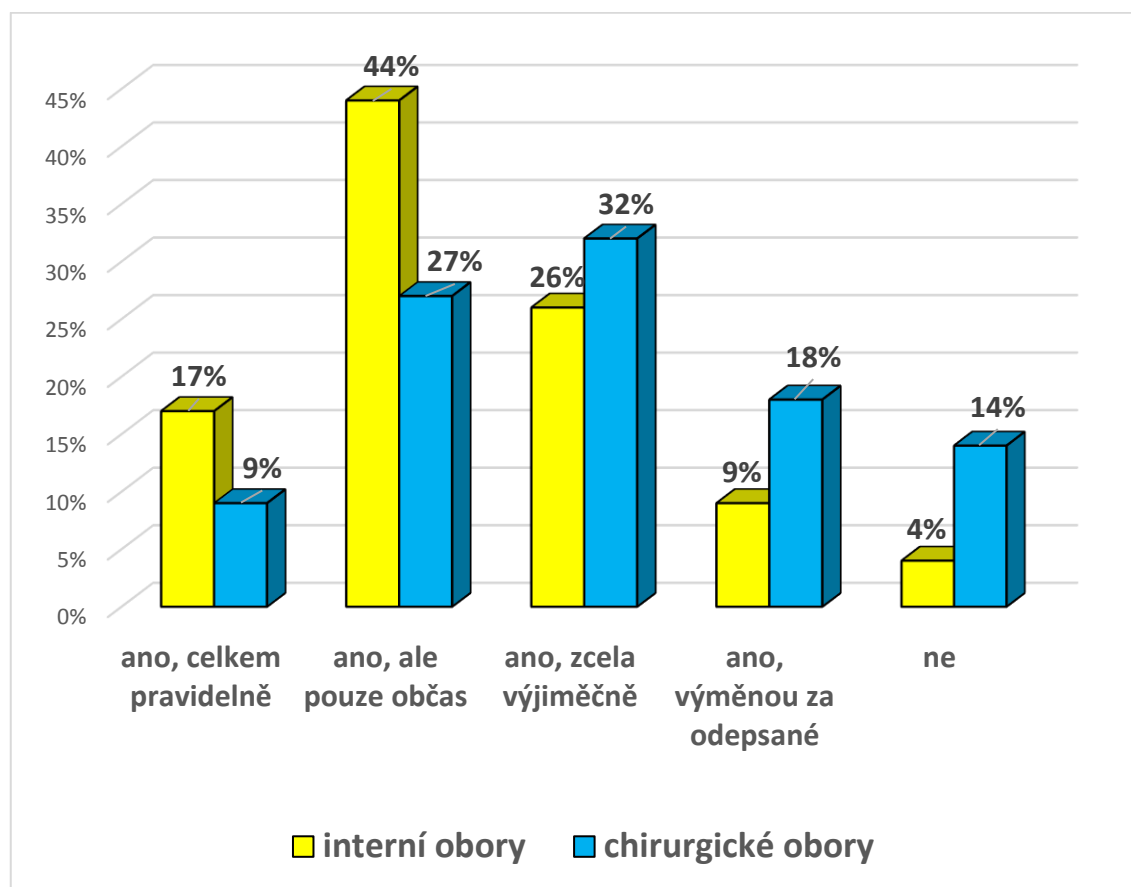
8. Uved'te prosím, jaké polohovací pomůcky na vašem oddělení postrádáte?

Tabulka 5 Chybějící polohovací pomůcky

polohovací pomůcky	interní obory		chirurgické obory	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
žádné	13	56	11	50
kuličkový polštář	3	13	3	14
elektrické lůžko	2	9	4	18
pomůcky k přesunům	2	9	1	5
antidekubitní matrace	4	17	1	5
posuvné podložky	1	4	0	0
posuvné desky	1	4	0	0
kuličkové pomůcky	4	17	3	14
věnečky	0	0	5	23
všech více	1	4	0	0

V této otázce odpovědělo 13 respondentů z interních oborů, že na oddělení nepostrádá žádné polohovací pomůcky. V chirurgických oborech stejným způsobem odpovědělo 11 respondentů, tedy 50 %. Kuličkový polštář, antidekubitní matrace a kuličkové pomůcky byly nejčastěji uvedené pomůcky, které respondenti na oddělení postrádají. 23 % chirurgických respondentů uvedlo věnečky jako pomůcky, která jim chybí. Ovšem v interních oborech tuto pomůcku neoznačil nikdo. V chirurgických oborech dále nejvíc chybí elektrická lůžka a kuličkové pomůcky včetně polštáře. V této tabulce chybí celkové počty četností, protože respondenti mohli označit více odpovědí.

9. Přibývají na vašem oddělení nové polohovací pomůcky?



Obrázek 4 Nové polohovací pomůcky

Respondenti z interních oborů vykazují větší spokojenost s přibývajícím pomůckami na oddělení. 17 % jich uvedlo, že nové pomůcky jim přibývají celkem pravidelně, 44 %, že přibývají pouze občas a 26 %, že zcela výjimečně. Pouze 9 % respondentů uvedlo, že nové pomůcky dostávají pouze výměnou za odepsané. V chirurgických oborech takto odpovědělo 18 %. Nejčastější odpověď byla, že nové pomůcky na oddělení přibývají zcela výjimečně, 32 %. Že nové pomůcky přibývají pouze občas, uvedlo 27 % respondentů a pravidelný přísun nových pomůcek si chválilo jen 9 %.

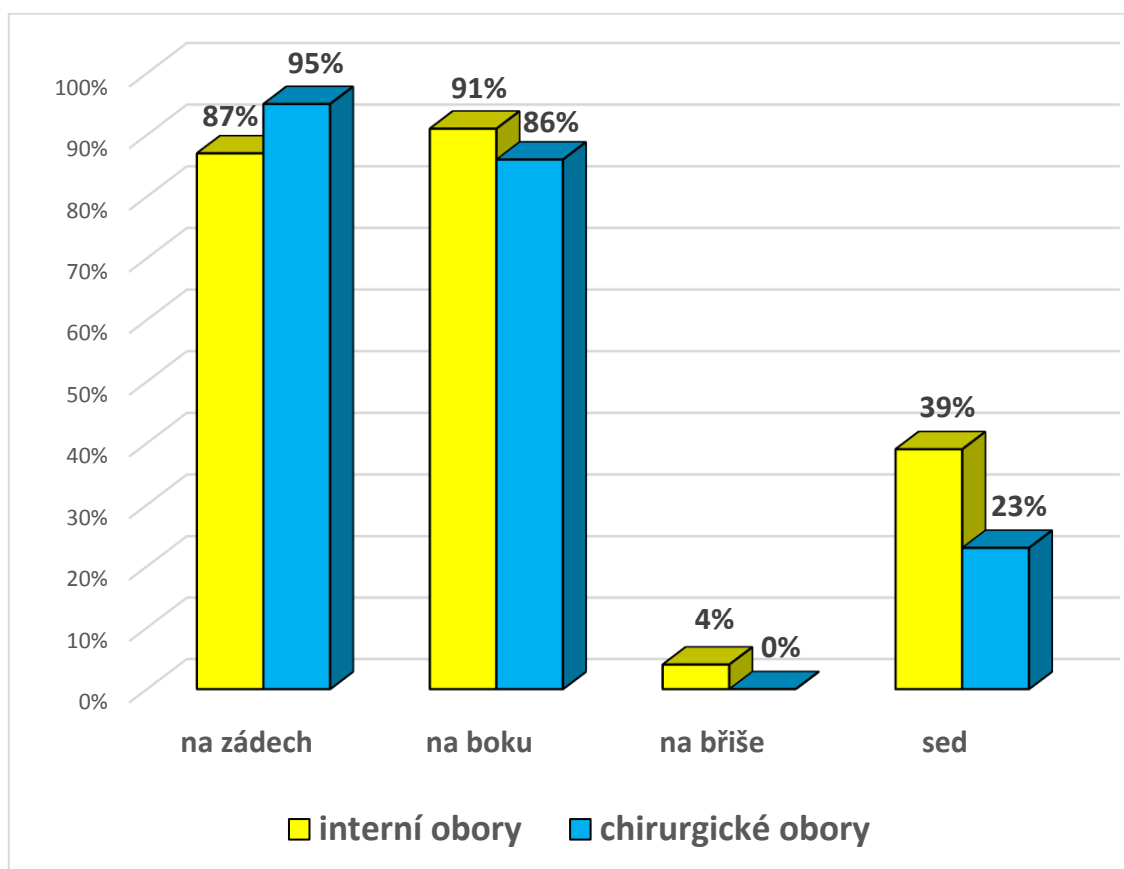
10. Máte nějaké problémy s používáním polohovacích pomůcek?

Tabulka 6 Problémy s pomůckami

	interní obory		chirurgické obory	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ano, máme jich nedostatek	5	22	10	46
ano, nebyla jsem seznámena s jejich používáním	1	4	0	0
ano, máme je daleko uložené	1	4	0	0
ano, jsou již hodně používané a nejsou plně funkční	5	22	7	32
ne, používáme je zcela běžně	14	61	9	39

Z dat respondentů byla sestavena tabulka 5, která vypovídá o tom, že se na odděleních vyskytují problémy s polohovacími pomůckami. 61 % respondentů v interních oborech uvádí, že používá tyto pomůcky zcela běžně a bez problémů. V chirurgických oborech to samé uvádí 39 % respondentů. Na nedostatek pomůcek si stěžuje 22 % interních respondentů a 46 % chirurgických. Pouze jeden respondent z interních oborů uvedl, že s používáním polohovacích pomůcek nebyl řádně seznámen a další, že mají pomůcky daleko uložené. 22 % interních a 32 % chirurgických respondentů negativně hodnotí vysokou opotřebovanost a zároveň pochybuje o funkčnosti těchto pomůcek. I zde mohli respondenti označit více odpovědí. V tabulce není zapsaná možnost, že s nimi nemá dobré zkušenosti, protože tuto odpověď nikdo neoznačil.

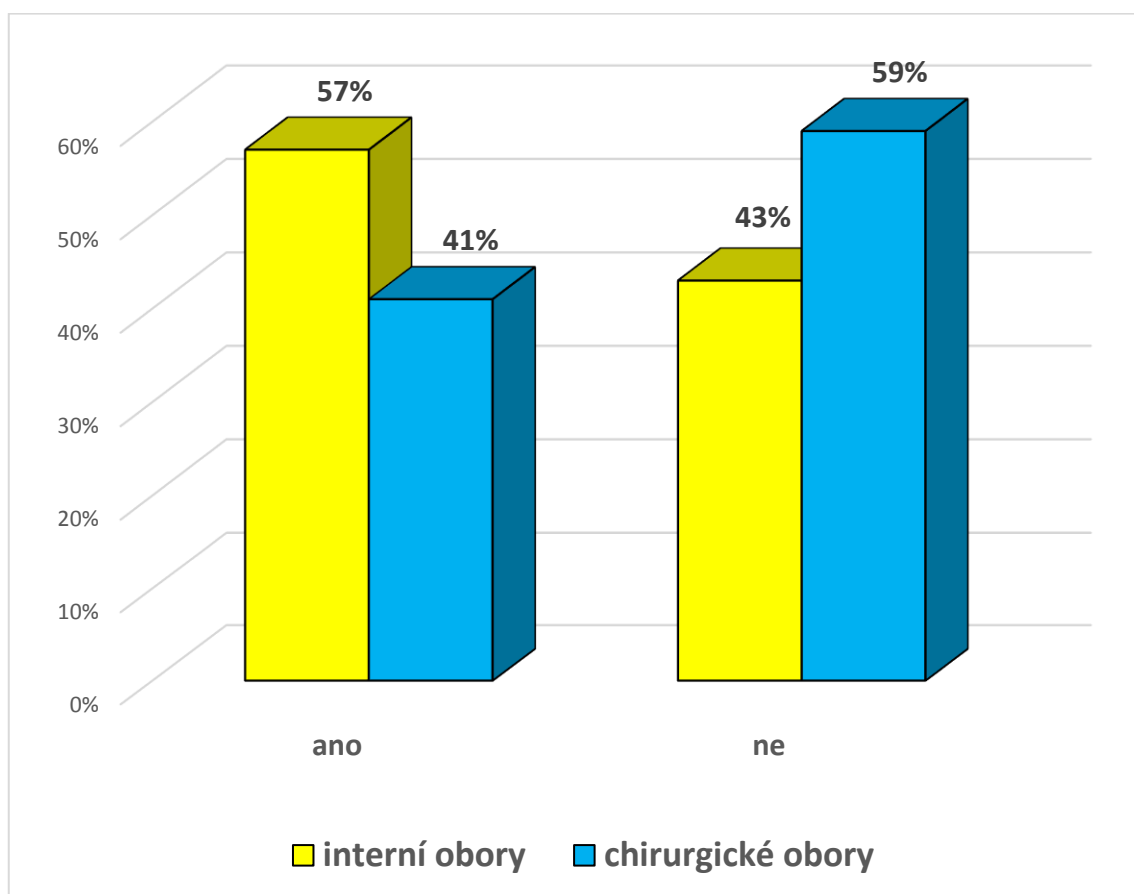
11. Jaké polohy u imobilních seniorů nejčastěji využíváte?



Obrázek 5 Polohy při polohování

Průzkum ukázal, že poloha na zádech a na boku je nejčastěji používanou metodou při poskytování ošetrovatelské péče. V interních oborech tuto odpověď označilo 87 % a 91 % respondentů. V chirurgických oborech má prvenství poloha na zádech, kterou do dotazníku uvedlo 95 % respondentů. Polohu na boku pak označilo 86 %. Menší zastoupení má pak polohování do sedu a zcela zanedbatelné je polohování na břicho. V této otázce bylo možné označit více odpovědí.

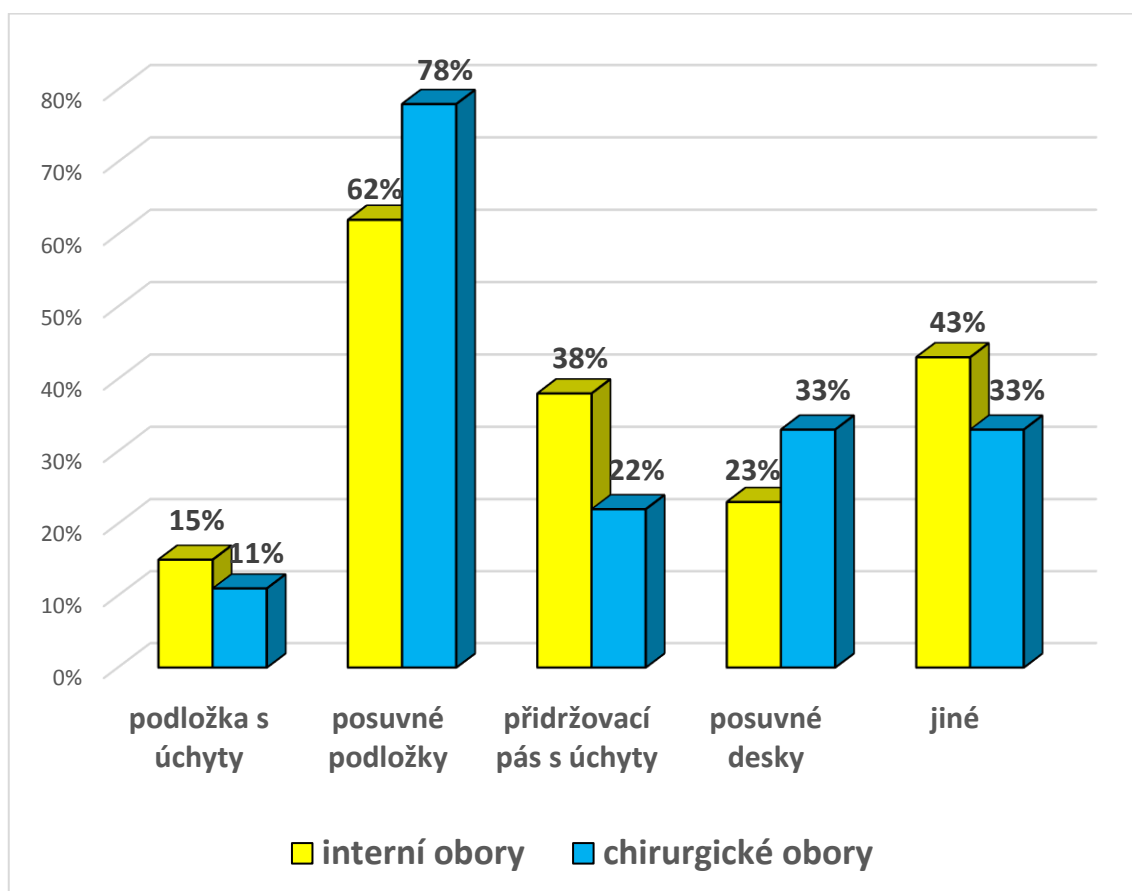
12. Používáte na vašem oddělení pomůcky usnadňující přesuny seniorů?



Obrázek 6 Pomůcky k přesunům na oddělení

Počet respondentů používajících pomůcky k přesunům seniorů je uveden na obrázku 7. Větší zkušenosti s těmito pomůckami mají respondenti z interních oborů, celkem 57 % odpovědělo kladně oproti 41 % respondentů druhého oboru. Ti v 59 % uvedli, že pomůcky k přesunům na oddělení nemá nebo je nepoužívá.

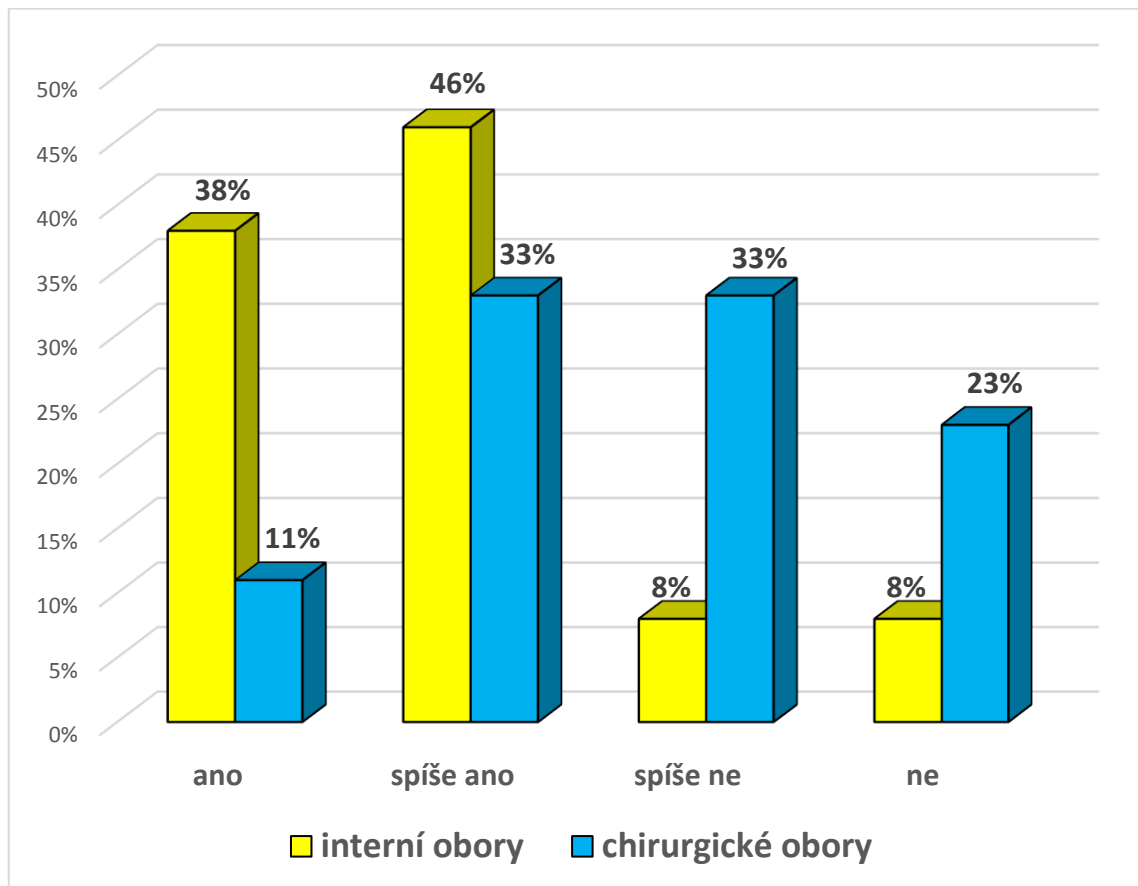
13. Jaké pomůcky k přesunům seniorů používáte nejčastěji?



Obrázek 7 Pomůcky k přesunům

Na tuto otázku, a ještě další čtyři odpovídali pouze ti, kteří v předchozí otázce označili kladnou odpověď a mohli označit více odpovědí. V interních oborech to bylo 13 respondentů a v chirurgických jen 9. Nejmenší zastoupení v obou oborech má podložka s úchyty. Posuvné podložky jsou naopak nejvíce používané, v interních oborech ji uvedlo 62 % dotázaných a v chirurgických dokonce 78 %. Přidržovací pás s úchyty označilo 38 % a 22 % respondentů obou oborů. A posuvné desky mají také své zastoupení, v interních oborech je to 23 %, v chirurgických 33 %. Skluzná folie a rotana nebyly do obrázku zařazeny, protože nebyly v dotazníku označeny ani jedním z respondentů. Jako možnost jiné respondenti napsali vícekrát chodítko, pás s úchyty a elektrický zvedák.

14. Máte na vašem pracovišti dostatek pomůcek k přesunům?



Obrázek 8 Množství pomůcek k přesunům

Na obrázku 9 je vidět větší spokojenost s množstvím pomůcek k přesunům v interních oborech. Dá se říci, že je spokojeno 84 % respondentů oproti 44 % chirurgických. Tam převládá spíše nespokojenost s množstvím těchto pomůcek na oddělení. Tak se vyjádřilo 56 % respondentů.

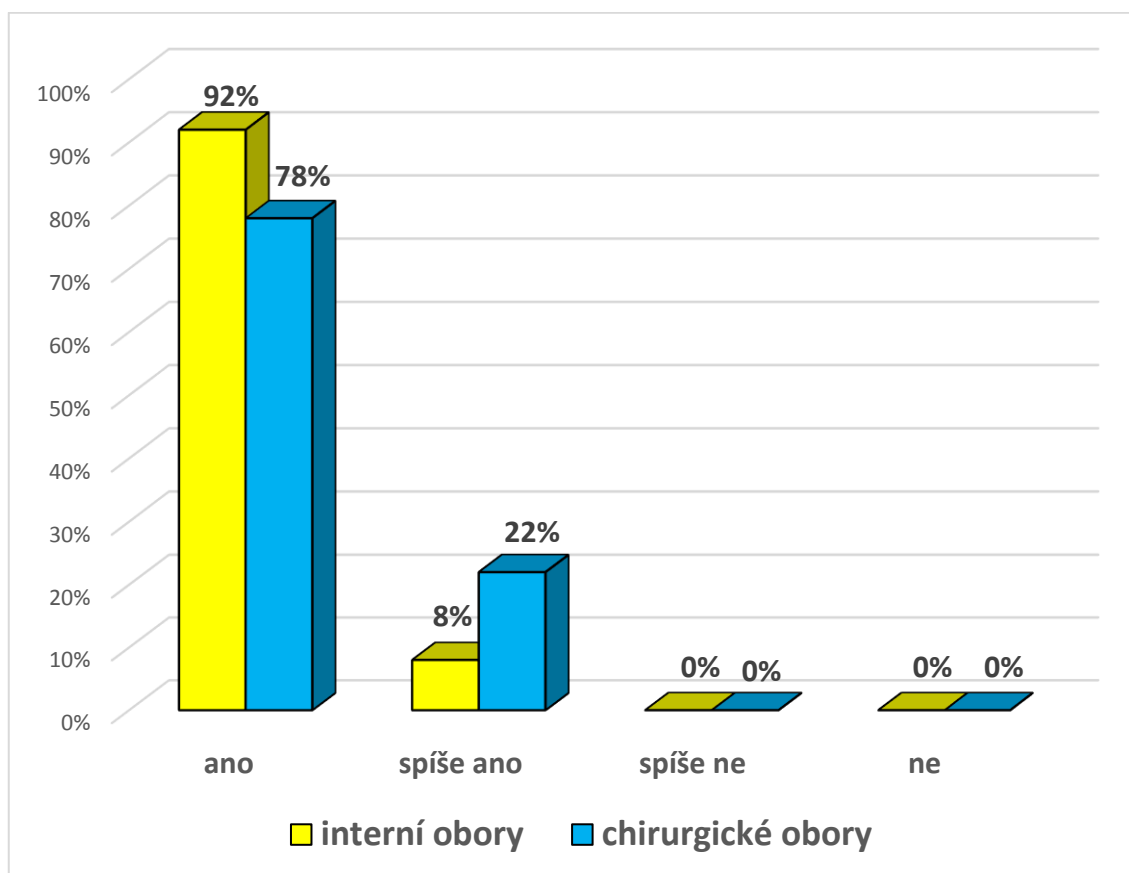
15. Kdy pomůcky k přesunům používáte nejčastěji?

Tabulka 7 Použití pomůcek k přesunům

	interní obory		chirurgické obory	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
při polohování na lůžku	9	69	7	78
při přesunech vleže	7	54	7	78
při přesunech na klozetovou židli	9	69	1	11
při přesunech na invalidní vozík	5	38	2	22
při vertikalizaci	7	54	2	22
při RHB	7	54	3	33

V této tabulce můžete vidět, kdy se pomůcky k přesunům na oddělení používají. Respondenti mohli označit více možností, proto jsou hodnoty relativních četností větší. Prioritou v obou oborech je jejich využití při polohování na lůžku, tak odpovědělo 9 interních a 7 chirurgických respondentů. Naopak nejmenší zastoupení má použití při přesunech na invalidní vozík a klozetovou židli.

16. Myslíte si, že vám pomůcky k přesunům pomáhají při poskytování ošetrovatelské péče?



Obrázek 9 Spokojenost s pomůckami k přesunům

Celkem jednoznačné odpovědi najdeme na obrázku 10. Respondenti v obou oborech vyjádřili téměř 100 % spokojenost s pomůckami k přesunům. Přesněji 92 % respondentů z interních oborů je přesvědčeno o tom, že jim tyto pomůcky v práci pomáhají. Stejně odpovědělo 78 % respondentů z chirurgických oborů.

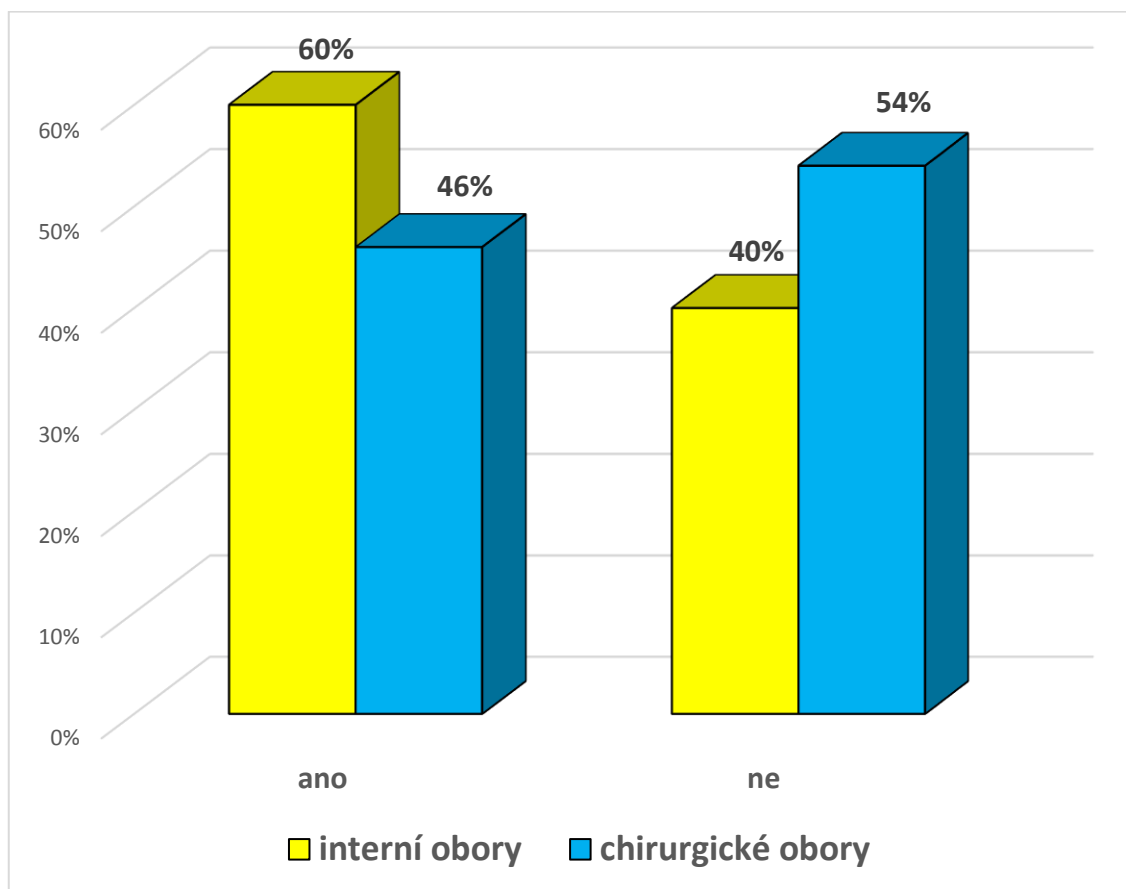
17. Máte nějaké problémy s používáním pomůcek k přesunům?

Tabulka 8 Problémy s pomůckami k přesunům

	interní obory		chirurgické obory	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
ano, máme jich nedostatek	2	15	3	33
ano, neumíme je správně používat	0	0	1	11
ne, používáme je zcela běžně	11	85	5	56
celkem	13	100	9	100

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že 85 % interních respondentů a 56 % chirurgický nemá žádné problémy s používáním pomůcek k přesunům. Pouze 2 neboli 15 % jich v rámci interních oborů uvádí, že jich mají nedostatek. To samé uvedlo 33 % chirurgických respondentů. 11 % pak neumí pomůcky k přesunům správně používat. Bylo možné označit více odpovědí, přesto do tabulky nebyli zařazeni odpovědi, protože je nikdo neoznačil.

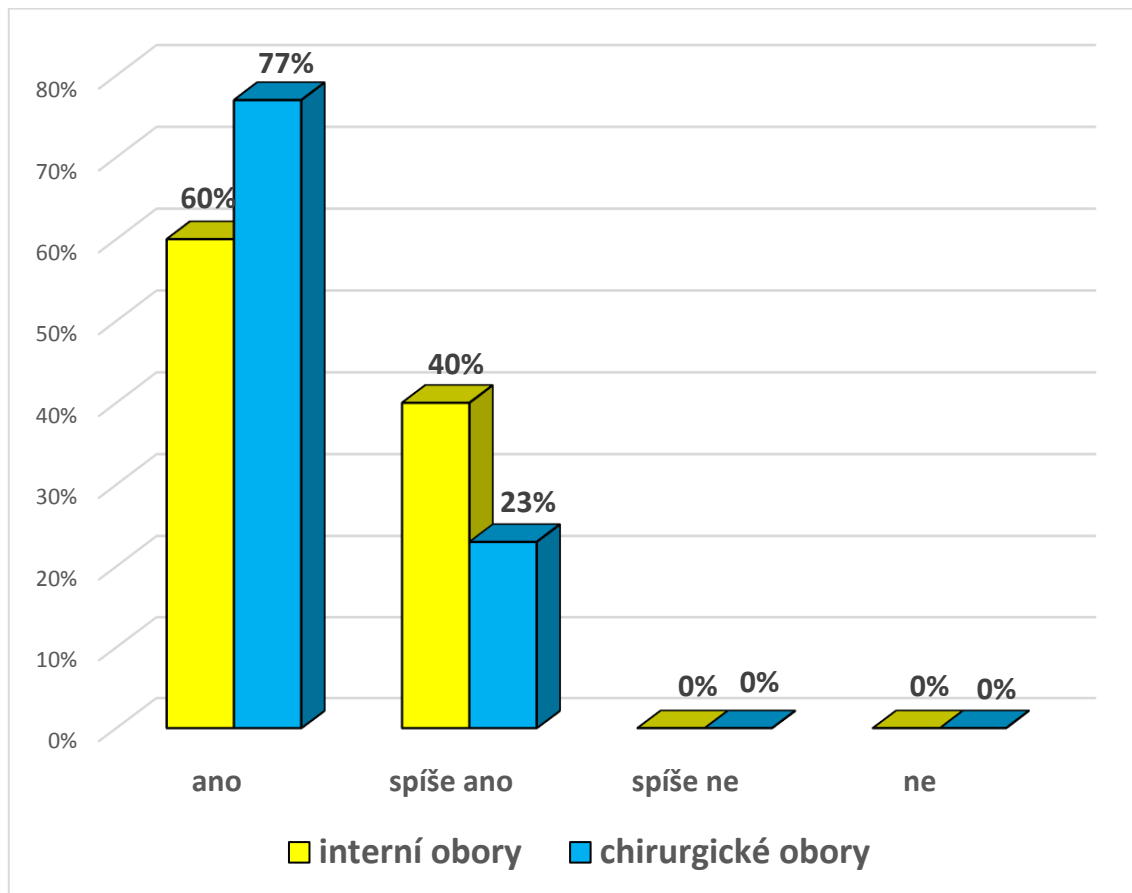
18. Byly vám pomůcky k přesunům někdy představeny?



Obrázek 10 Seznámení s pomůckami k přesunům

V interních oborech 60 % odpovědělo, že jim pomůcky k přesunům, které na oddělení nemá, již někdo představil. O 14 % méně odpovědělo stejně v chirurgických oborech. Ale naopak 40 % interních respondentů a 54 % chirurgických respondentů označilo, že jim tyto pomůcky ještě nikdo nepředstavil a nikdy a nikde s nimi nebyli seznámeni.

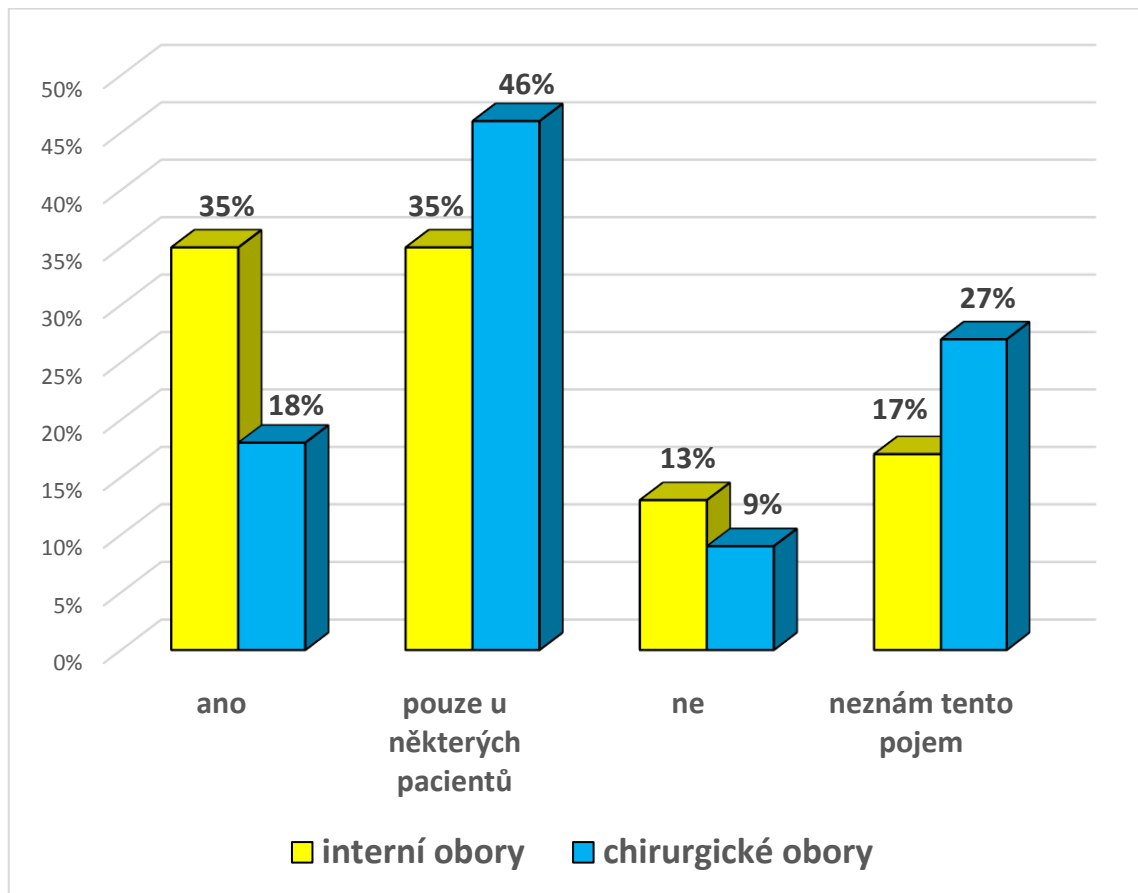
19. Uvítala byste na vašem oddělení pomůcky usnadňující přesuny pacientů?



Obrázek 11 Nové pomůcky k přesunům

Účelem této otázky bylo zjistit, zda respondenti, kteří na oddělení nemají nebo nevyužívají pomůcky k přesunům imobilních pacientů, by měli o tyto pomůcky zájem. V interních oborech se 60 % respondentů vyjádřilo kladně a 40 % je doplnilo odpovědí, že spíše ano. Nikdo ze všech 23 respondentů z obou oborů neuvedl zápornou odpověď.

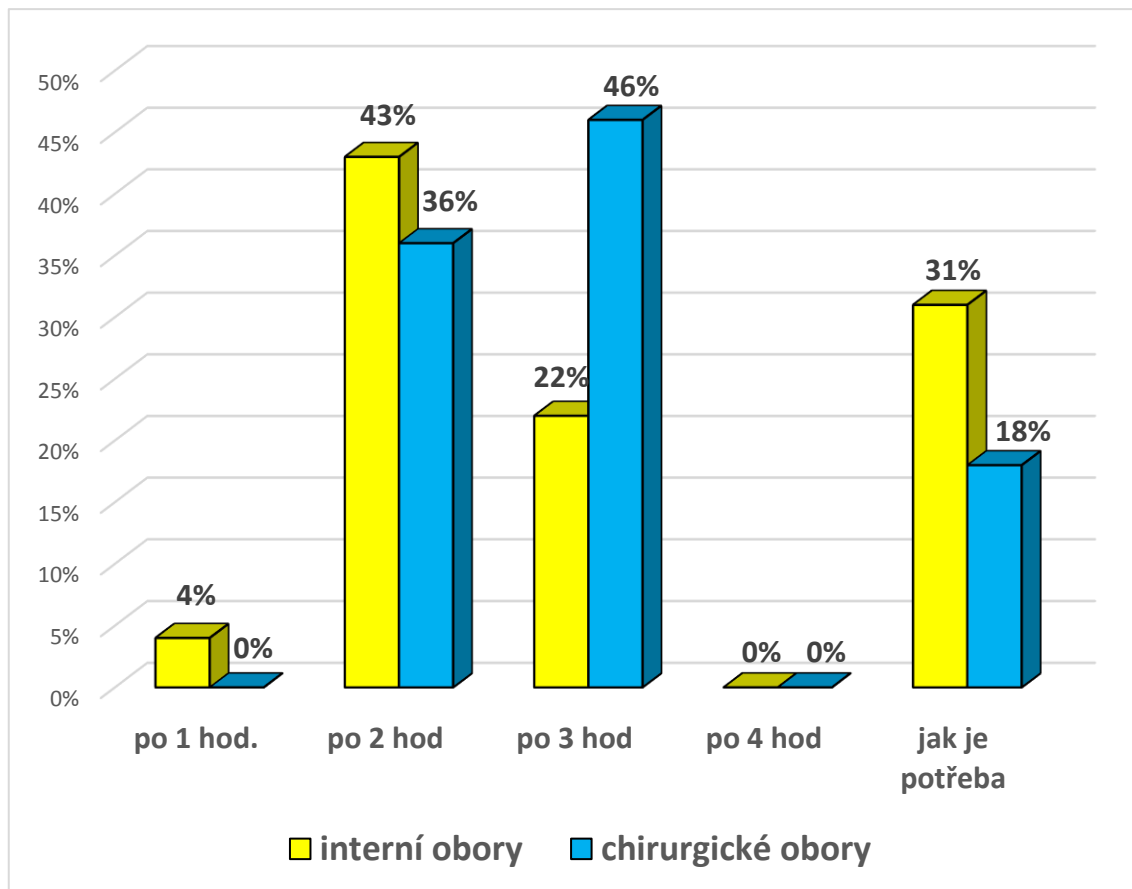
20. Používáte mikropolohování?



Obrázek 12 Mikropolohování

Mikropolohování je pro 17 % interních a 27 % chirurgických respondentů neznámý pojem a 13 % ho v rámci interních oborů nepoužívá, oproti chirurgickým oborům, kde se takto vyjádřilo o 4 % respondentů méně. V interních oborech mikropolohování používá 35 % respondentů a stejný počet ho používá pouze u některých pacientů. Největší počet respondentů mikropolohování, používá pouze u některých pacientů. Takto odpovědělo 46 % chirurgických respondentů.

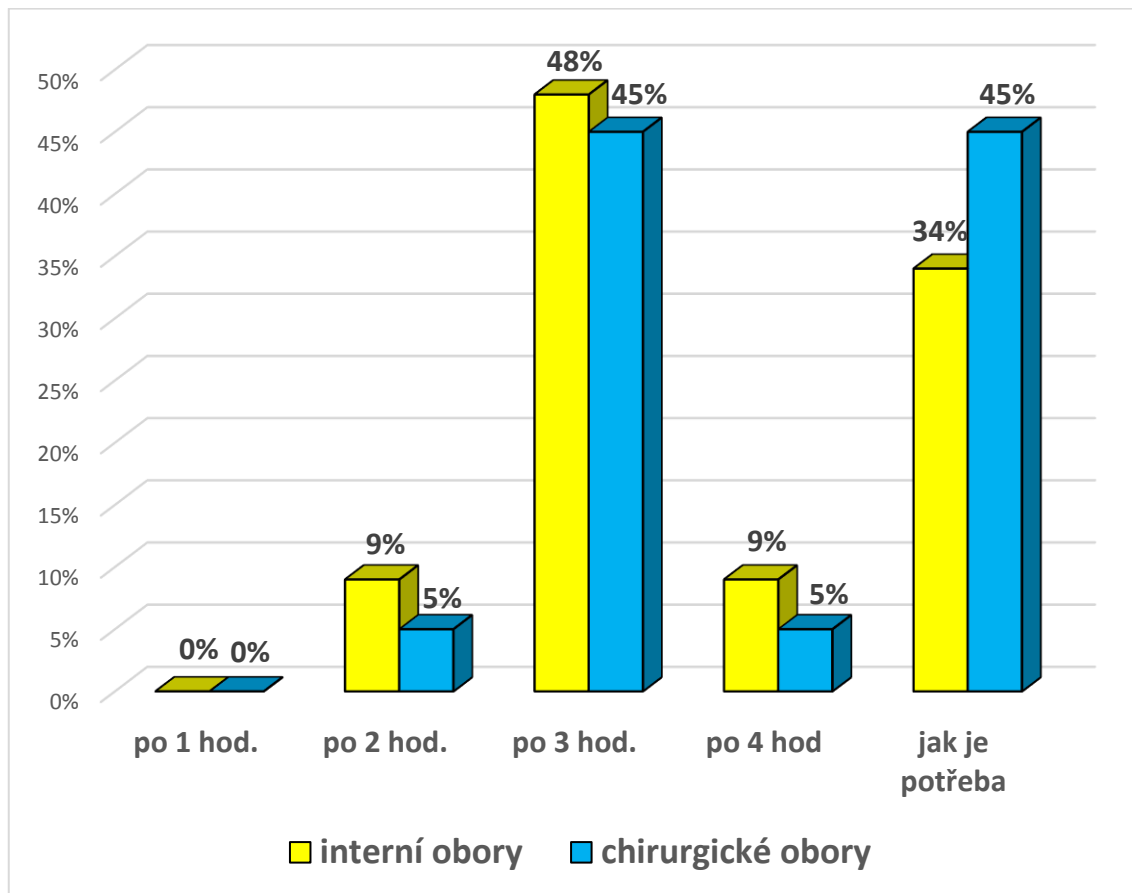
21. V jakém časovém intervalu polohujete pacienta přes den?



Obrázek 13 Polohování přes den

Ze získaných odpovědí je patrné, že v interních oborech jsou pacienti přes den nejčastěji polohováni po 2 hodinách. Takto odpovědělo 43 % respondentů, 31 % uvedlo, že jejich přístup k polohování pacienta je individuální a pacienty polohují, jak je potřeba. Tříhodinový časový rozestup mezi polohováním uvedlo 22 % interních respondentů. V chirurgických oborech drží prvenství polohování po třech hodinách, kde se pro tuto variantu vyslovilo 46 %. Dále pak polohování po dvou hodinách, to uvedlo 36 % respondentů a 18 % polohuje pacienty podle toho, jak je potřeba.

22. V jakém časovém intervalu polohujete pacienta v noci?



Obrázek 14 Polohování v noci

Obrázek 15 prozrazuje, jak jsou pacienti polohováni během noci. V interních oborech jsou pacienti nejčastěji polohováni po 3 hodinách – 48 % a pak podle potřeby – 34 %. Shodně 9 % bylo uvedeno u polohování po 2 i po 4 hodinách. Shodu máme i v chirurgických oborech, kdy 45 % respondentů uvedlo polohování po 3 hodinách i podle potřeby a 5 % uvedlo polohování po 2 i po 4 hodinách.

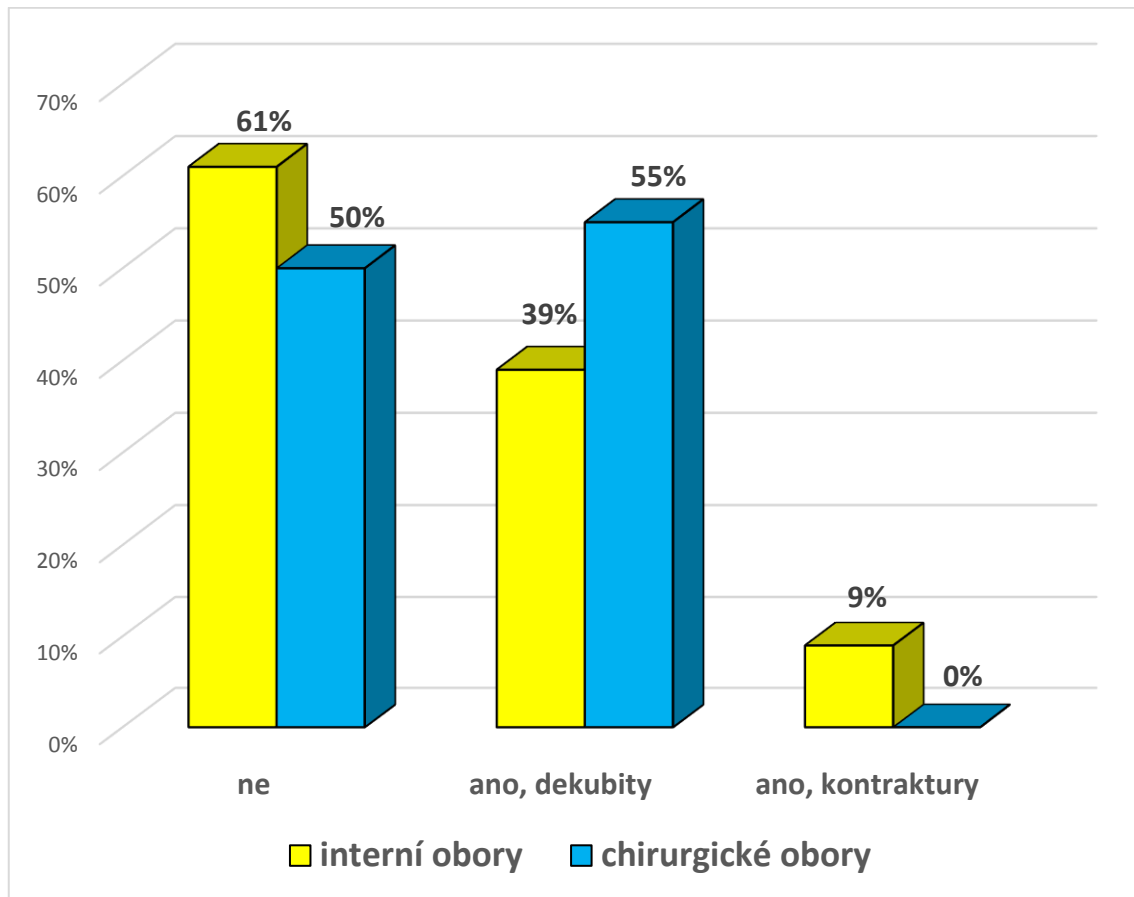
23. Jakými komplikacemi je ohrožen imobilní senior při špatném polohování?

Tabulka 9 Komplikace špatného polohování

komplikace	interní obory		chirurgické obory	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
dekubity	23	100	22	100
kontraktury	21	91	20	91
imobilizační syndrom	19	83	22	100
bolest	15	65	5	23
pneumonie	8	35	3	14
svalová atrofie	14	61	14	64
deformity kloubů	12	52	8	36
močová infekce	7	30	10	45

Zde všichni respondenti volili jako jednu z komplikací špatného polohování vznik dekubitů. Kontraktury dostaly shodně 91 % v obou oborech. S imobilizačním syndromem mají určité zkušenosti v chirurgických oborech, protože tuto možnost označili všichni respondenti. V interních oborech tak učinilo 83 %. Bolest je v obou oborech hodnocena odlišně, 65 % v interních a 23 % v chirurgických oborech. Na pneumonii si vzpomnělo 35 % interních a 14 % v chirurgických oborech. Vyrovnané hodnoty může vidět u svalové atrofie, 61 % proti 64 %. Deformity kloubů označila zhruba polovina interních respondentů a třetina chirurgických. Poslední uvedenou komplikací jsou močové infekce, ty jsou zastoupeny 30 % interních a 45 % chirurgických respondentů. V této otázce bylo možné označit více odpovědí. Odpověď vysoký krevní tlak nebyla zařazena do tabulky, neboť nebyla nikým označena.

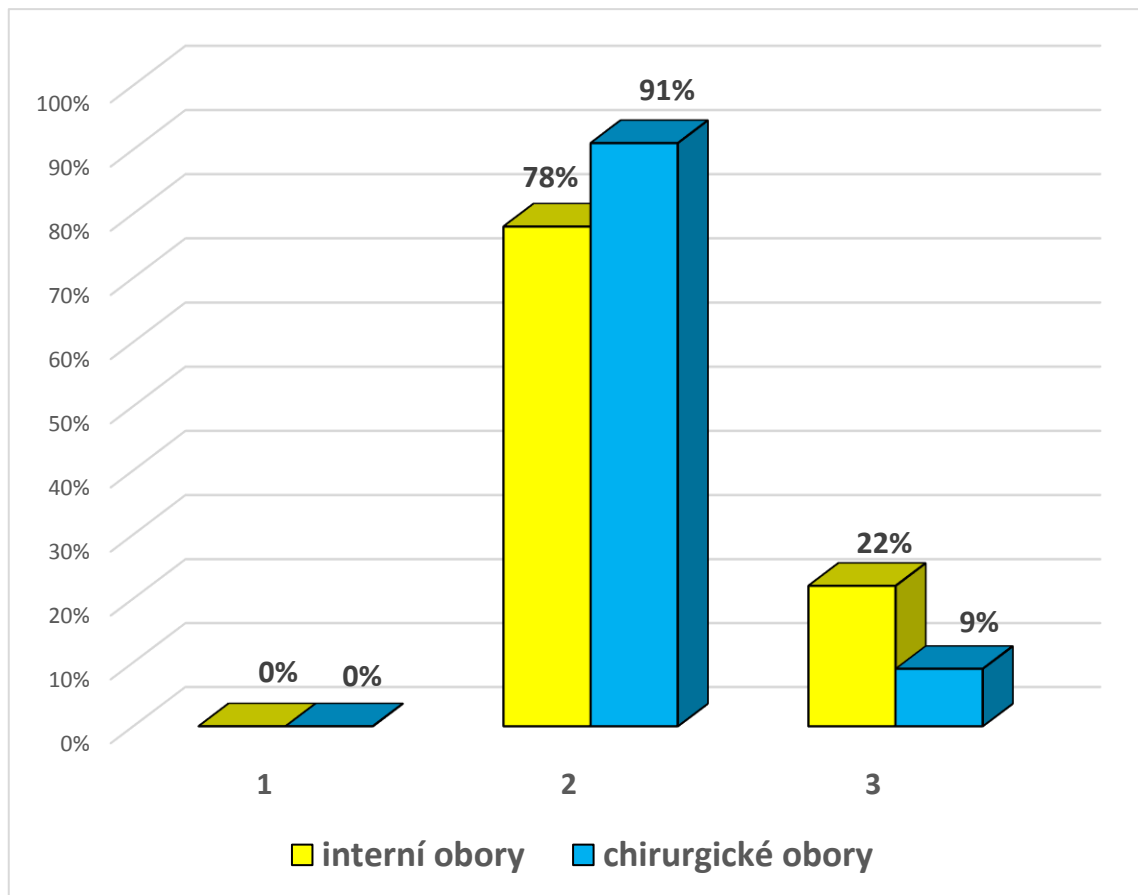
24. Vyskytují se na vašem oddělení komplikace způsobené nedostatkem polohovacích pomůcek, jejich špatným použitím nebo špatným polohováním?



Obrázek 15 Komplikace na oddělení

61 % interních a polovina chirurgických respondentů popírá, že by se na jejich oddělení vyskytovali komplikace spojené s polohováním. Respondenti, kteří uvedli, že se u nich komplikace vyskytují, napsali do dotazníku dekubity a kontraktury. Dekubity v dotazníku napsalo 39 % interních a 55 % chirurgických respondentů. 9 % interních respondentů kromě dekubitů napsalo ještě vznik kontraktur.

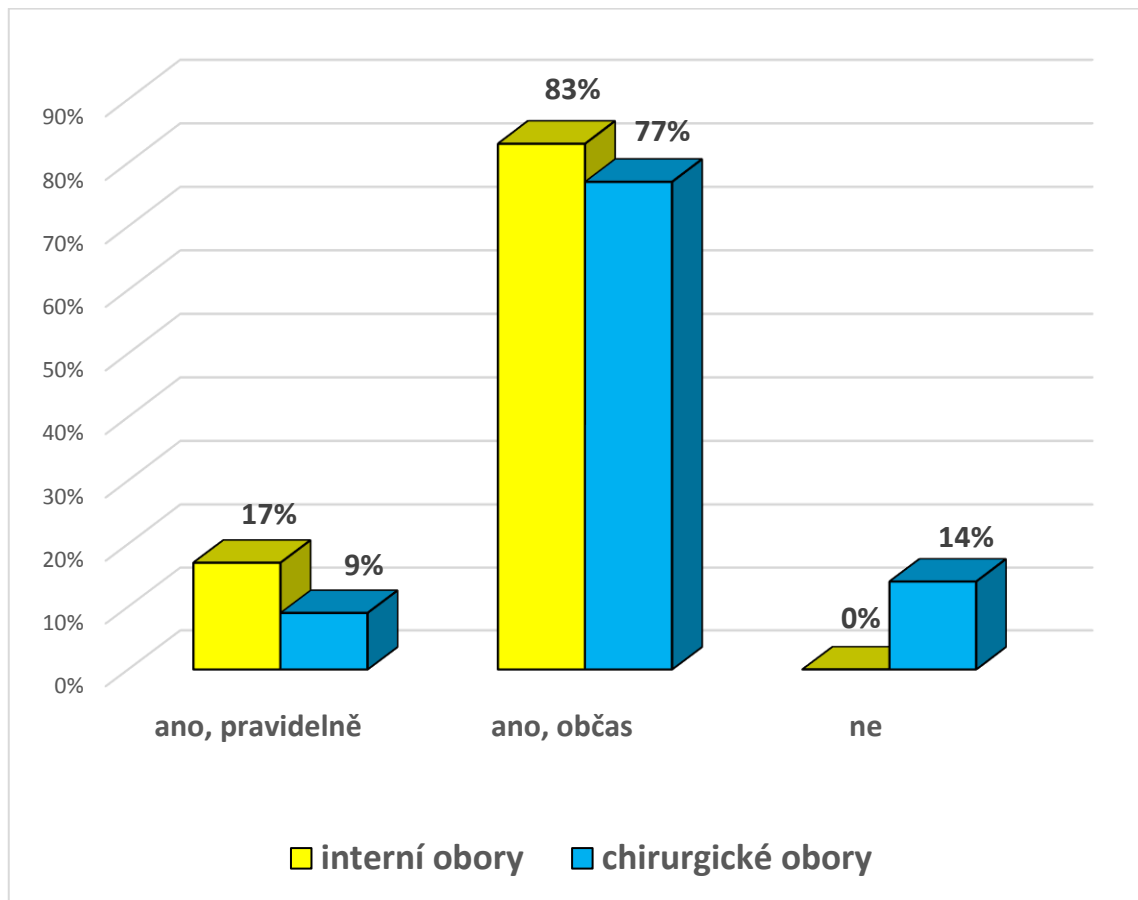
25. Kolik osob se podílí na polohování pacientů s BMI do 35?



Obrázek 16 Počet osob při polohování

Na tomto obrázku sledujeme vzájemnou spolupráci při polohování pacientů s vyšším BMI. Minimálně 2 osoby se podílí ve většině na polohování těchto osob. Interní respondenti uvedli 78 % a chirurgičtí dokonce 91 %. Polohování s pomocí tří osob bylo v dotaznících uvedeno méně. Pouze 9 % respondentů v interních oborech označilo tuto možnost, v interních pak 22 % respondentů.

26. Spolupracujete při polohování s fyzioterapeutem?



Obrázek 17 Spolupráce s fyzioterapeutem

Respondenti v dotazníku označili pravidelnou spolupráci s fyzioterapeutem při polohování pouze 17 % v interních a 9 % v chirurgických oborech. 14 % chirurgických respondentů uvedlo, že nespolupracuje s fyzioterapeutem vůbec. Nejvíce označených odpovědí bylo v rámci občasné spolupráce. Takto se vyjádřilo 83 % respondentů v interních oborech a 77 % v chirurgických.

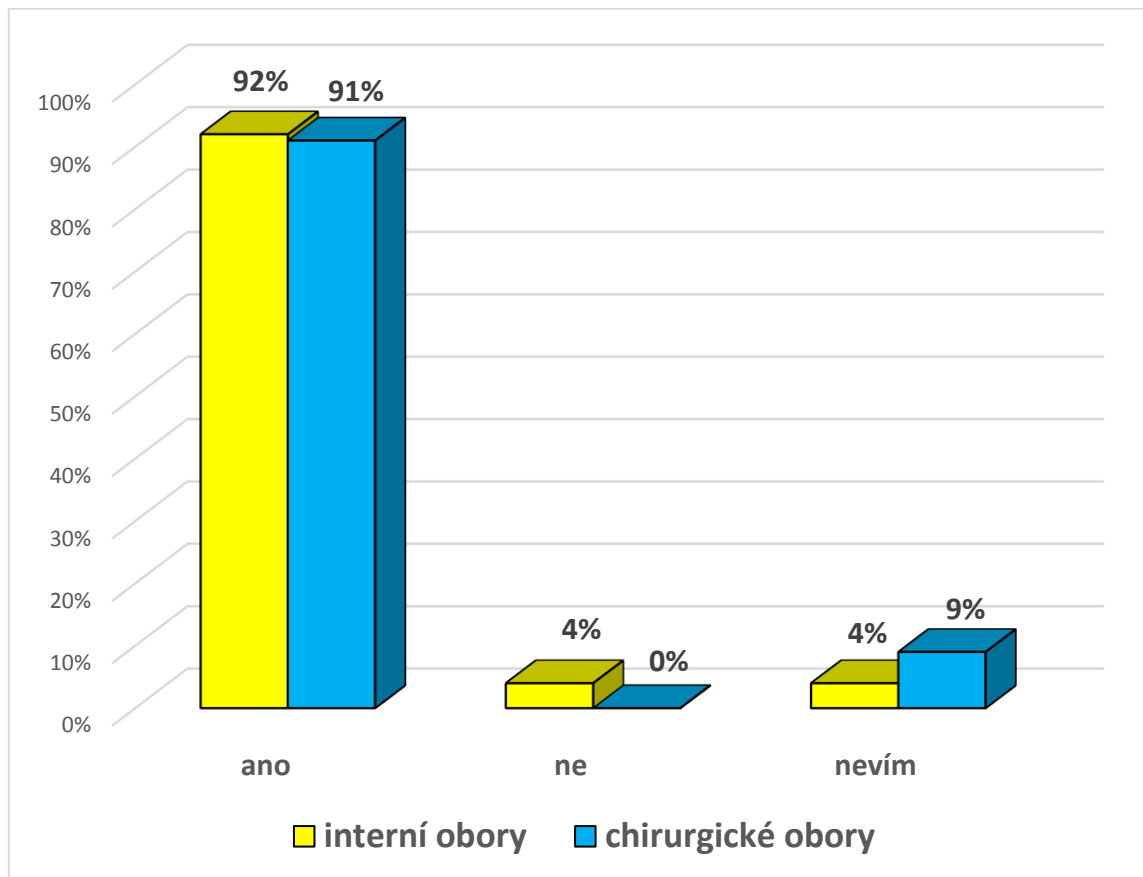
27. Odkud získáváte informace o polohování a polohovacích pomůckách?

Tabulka 10 Informace o polohování

	interní obory		chirurgické obory	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
v rámci absolvovaného studia	6	26	3	14
z odborných časopisů	8	35	6	27
z kurzů či seminářů	18	78	15	68
od zástupců firmy nabízející poloh. pomůcky	9	39	4	18
samostudium	6	26	8	36
na jiném pracovišti	1	4	0	0
jinde	1	4	2	9

Odkud respondenti získávají informace, můžete vidět v této tabulce, kde mohli označit i více odpovědí. Nejčastěji se tak děje z kurzů a seminářů. V interních oborech se takto vyjádřilo 78 % a v chirurgických 68 %. V interních oborech jsou na druhém místě informace, které respondenti získávají od zástupců firmy, které tyto pomůcky nabízejí. Jde o 39 % a v chirurgických oborech jen 18 %. Tam je na druhém místě samostudium – 36 %, které má v interních oborech 26 %. Odborné časopisy a samostudium mají celkem vyrovnané zastoupení, 35 % a 27 % v chirurgických oborech a 26 % a 36 % v chirurgických oborech. 26 % a 14 % tvoří v obou oborech informace o získaných informacích v rámci absolvovaného studia. Možnost jinde označili tři respondenti, kteří do dotazníků dopsali, že informace získávají od kolegů a na nemocničních seminářích.

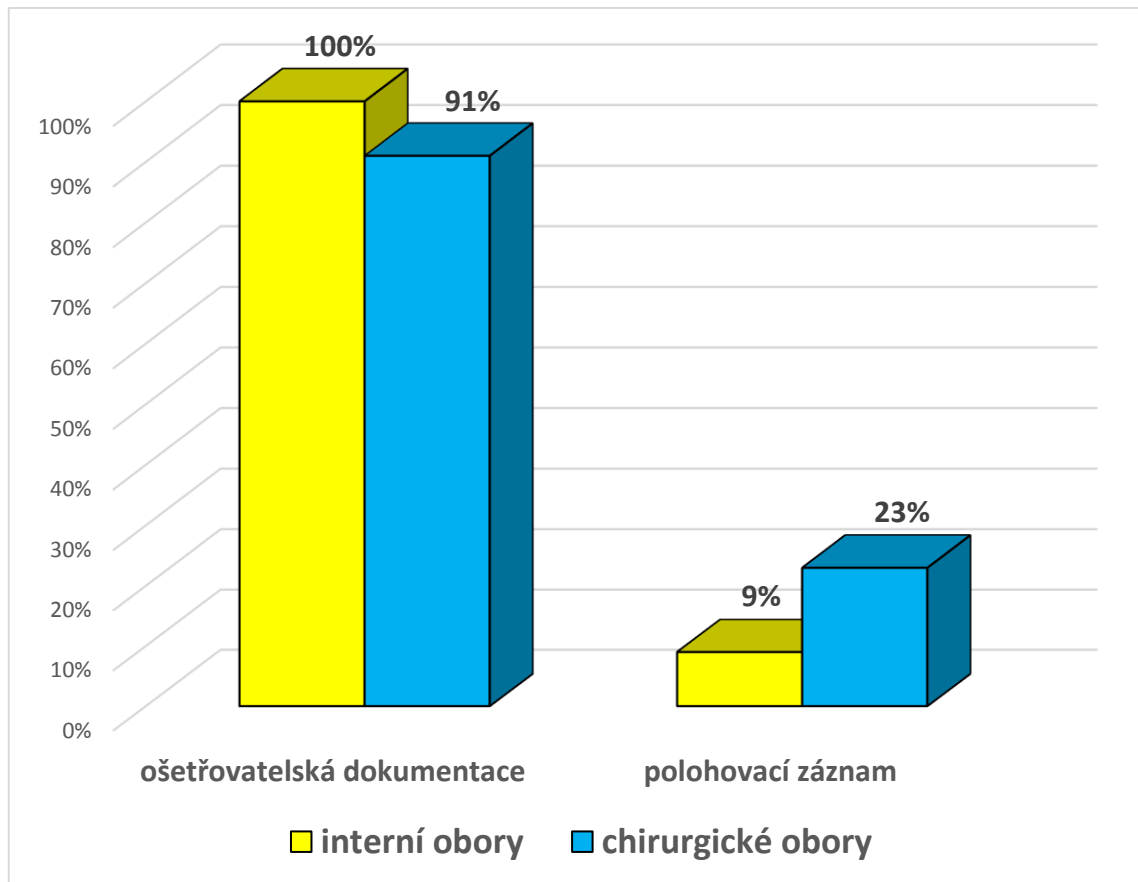
28. Máte vytvořené standardy o polohování imobilních pacientů?



Obrázek 18 Standardy polohování

Z obrázku 19 vyplývá, že většina respondentů má vytvořený standard polohování. Negativně odpověděli jen 4 % interních respondentů. O tom, zda standard mají nebo nemají, se vyjádřilo jen 13 % respondentů, tedy 4 % interních a 9 % chirurgických.

29. Záznam o polohování imobilního seniora provádíte do:



Obrázek 19 Záznam o polohování

Na výše uvedeném obrázku pozorujeme 100 % vyjádření interních respondentů, že záznam o polohování provádí do ošetřovatelské dokumentace. Protože bylo možné označit více odpovědí, ještě 9 % respondentů přidalo k odpovědi polohovací záznam. To samé udělalo 23 % chirurgických respondentů. Záznam do ošetřovatelské dokumentace provádí 91 % chirurgických respondentů. Ostatní možnosti nebyly do obrázku zařazeny, z důvodu nulových hodnot.

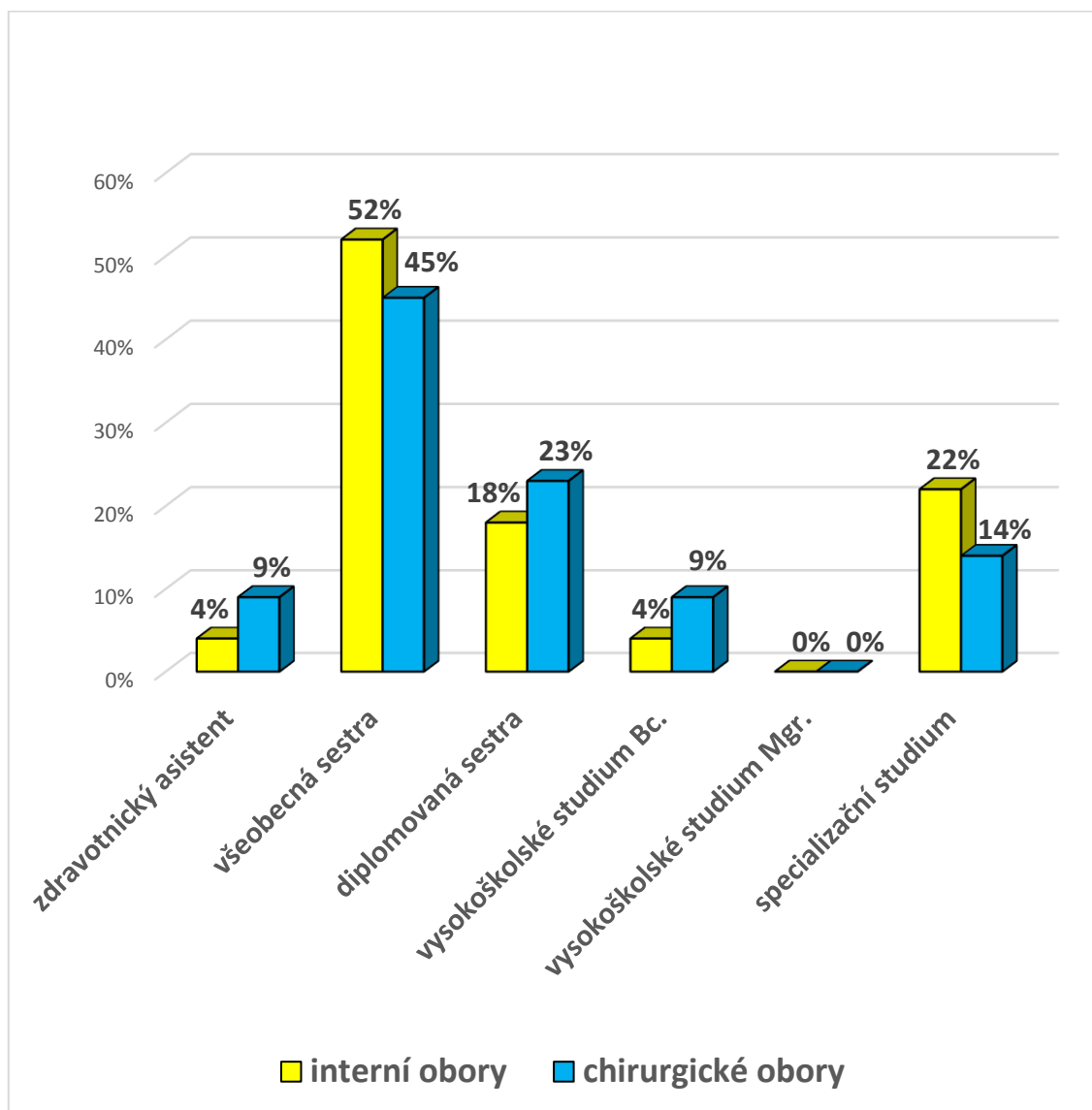
30. Jaká je délka vaší praxe?

Tabulka 11 Délka praxe

Délka praxe	interní obory		chirurgické obory	
	absolutní četnost	relativní četnost (%)	absolutní četnost	relativní četnost (%)
0 - 5 let	4	17	5	23
6 - 10 let	2	9	5	23
11 - 20 let	7	31	8	36
21 - 30 let	5	22	3	14
31 – 40 let	4	17	1	4
41 a více	1	4	0	0
celkem	23	100	22	100

Na první pohled je patrné, že v chirurgických oborech pracuje více respondentů s kratší délkou praxe. Praxi do 5 ti let má v tomto oboru 23 %, do 10 ti let 23 % a do 20 ti let 36 %. Což celkem tvoří 82 % respondentů oproti 57 % v interních oborech. Tam je nejsilnější zastoupení v praxi do 20 ti let a to 31 %, do 30 ti let 22 % a do 40 ti let 17 %. V interních oborech najdeme i 4 % respondentů s praxí nad 41 let, což v chirurgických oborech není.

31. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání?



Obrázek 20 Dosažené vzdělání

Na posledním obrázku vidíme vysoký podíl všeobecných sester oproti ostatním vzděláním. Žádný z respondentů nemá vysokoškolské magisterské studium. Nejmenší a zároveň shodné zastoupení má zdravotnický asistent a vysokoškolské bakalářské studium, v interních oborech 4 % a v chirurgických 9 %. Specializační studium v oboru uvádí 22 % interních respondentů a 14 % chirurgických. V interních oborech najdeme 18 % diplomovaných sester a 52 % všeobecných sester. V chirurgických oborech je větší podíl diplomovaných sester oproti interním a to 23 %, ale naopak zde najdeme 45 % všeobecných sester.

Prezentace výsledků pozorování

Pozorování probíhalo na interním oddělení a bylo zaměřeno na práci všeobecných sester a na imobilní seniory, jejichž Barthelův test nebyl vyšší než 10 bodů. Bylo vytyčeno 10 otázek, které byly v rámci pozorování hodnoceny v pětistupňové škále, zda s tvrzením souhlasím či nikoliv. Tato tvrzení byla oznámkována škálou 1 – 5, přičemž 1 znamená nejlepší hodnocení a 5 nejhorší.

Tabulka pozorování

	1. pozorování	2. pozorování	3. pozorování
Mají senioři v lůžku polohovací pomůcky?	3	1	2
Mají senioři zajištěna všechna predilekční místa?	3	2	2
Je senior nejčastěji v poloze na zádech?	2	2	2
Mají na oddělení pomůcky k přesunům imobilních seniorů?	5	5	5
Je poloha seniora měněna v pravidelných intervalech?	2	2	2
Mají senioři na oddělení nějaké komplikace související s polohováním?	2	1	2
Pomáhá fyzioterapeut při polohování?	4	5	4
Mají všichni imobilní senioři elektrická polohovací lůžka?	1	1	1
Mají senioři aktivní antidekubitní matrace?	4	5	5
Manipulaci s imobilními seniory provádí minimálně 2 osoby?	1	1	1

V prvním pozorování bylo na oddělení 11 imobilních seniorů, takže všichni neměli dostatek polohovacích pomůcek, a tudíž všechna predilekční místa nebyla dostatečně zajištěna. Senioři

nebyli přes den polohováni přesně po dvou hodinách a poloha na zádech byla využívána nejvíce. Naopak do sedu byli senioři polohováni opravdu minimálně. Na oddělení nebyly vidět pomůcky usnadňující přesuny. Při tomto pozorování byl u jednoho seniora zjištěn dekubitus 2. stupně, který na tomto oddělení vznikl. Jeden pacient měl dekubit vnesený, který nebyl v rámci pozorování hodnocen. Všichni imobilní senioři měli elektrická polohovací lůžka a pouze jeden senior měl aktivní antidekubitní matraci. Jednalo se o pacienta s vneseným dekubitem. Na interním oddělení byl pouze jednoho fyzioterapeut, takže většinu polohování provádí NLZP. Ale občas byl pacient v rámci rehabilitace uložen fyzioterapeutem do jiné polohy. Obdobně bylo hodnoceno i třetí pozorování, protože v té době bylo na oddělení 8 imobilních seniorů. Lépe bylo hodnoceno množství polohovacích pomůcek v lůžku seniorů i zajištění predilekčních míst než při prvním pozorování. Aktivní antidekubitní matraci nebyla při tomto pozorování zjištěna u žádného pacienta a stejně jako v prvním pozorování, došlo na oddělení ke vzniku dekubitu 2. stupně. Jednalo se o jiného seniora než v prvním pozorování. Nejlépe bylo hodnoceno druhé pozorování, kdy na oddělení byli pouze 4 imobilní senioři, což se v pozorování a následně v hodnocení odrazilo. Všichni senioři byli dostatečně vybaveni polohovacími pomůckami, a i zajištění predilekčních míst bylo téměř výborné. Polohování bylo ve všech pozorováních hodnoceno stejně, bez rozdílu počtu imobilních seniorů. Tentokrát také nebyl zaznamenán žádný dekubit ani jiná komplikace.

3 DISKUZE

Dotazník vyplnilo celkem 45 respondentů, kdy 23 jich zastupovalo interní obory a 22 chirurgické obory. V polovině případů se v obou oborech jednalo o všeobecné sestry, celkem tedy 48,5 %. Dále dotazník vyplnilo 20,5 % diplomovaných sester a 6,5 % bakalářek. Stejně jako v ostatních bakalářkách má nejmenší zastoupení magisterské vzdělání, asistenti či specializační vzdělání.

Porovnání dosaženého vzdělání lze provést s bakalářskou prací Bukovjanové (2013) Prevence imobilizačního syndromu, která porovnávala také dva výzkumné vzorky a jejíž výzkum probíhal v lednu a únoru 2015. Ze 40 respondentů z interních oddělení a 40 z chirurgických převládali všeobecné sestry s 37,5 %. Diplomované sestry mají vyšší zastoupení a to 33,75 % a sestry bakalářky tvoří 15 %. (Bukovjanová, 2013, s. 42)

Porovnání s Vladykovou (2014), které ve své bakalářské práci Polohování pacientů jako ošetrovatelský problém, převládaly také všeobecné sestry. Výzkum probíhal od 13. 1. do 21. 2. 2014 u 100 respondentů, kde 42 % respondentů tvoří všeobecné sestry, 37 % diplomované sestry, 18 % sestry bakalářky. (Vladyková, 2014, s. 30)

Hřebejková (2015) ve své bakalářské práci Bezpečí při mobilizaci a polohování pacienta uvádí, že z 209 respondentů je 67 % sester se středoškolským vzděláním, 9 % diplomovaných sester, 20 % tvoří sestry bakalářky a 4 % sestry magistry. Výzkum probíhal v 7 nemocnicích Jihočeského kraje od dubna do května 2015. (Hřebejková, 2015, s. 46)

Bachanová (2016) prováděla výzkum od 13. 1. do 10. 2. 2016 a ve své bakalářské práci Dekubity – následek nesprávné ošetrovatelské péče uvádí u 106 respondentů z interních a chirurgických oddělení a z agentur domácí péče následují dosažené vzdělání. 66 % uvedlo středoškolské vzdělání s maturitou, 17 % vyšší odborné, 9,5 % vysokoškolské a 7,5 % uvedlo jiné vzdělání – specializační studium a magisterské vzdělání ARIP. (Bachanová, 2016, s. 48)

Dále lze porovnat se Štofkovou (2016), která v rámci své bakalářské práce Polohování jako prevence dekubitů v následné péči, rozdávala dotazníky všeobecným sestram. Výzkum probíhal od listopadu 2015 do ledna 2016 a její výzkumný vzorek tvořilo 117 respondentů z oddělení následné péče včetně domova pro seniory a hospice. Z 80 % jej tvořily sestry se středoškolským vzděláním, 10 % uvedlo vysokoškolské i vyšší odborné vzdělání. (Štofková, 2016, s. 28)

Výzkumný vzorek tvoří zdravotnický personál s různou délkou praxe. Největší počet respondentů uvádí délku praxe od 11 do 20 let a to 33,5 %. Celkově praxi do 20 let uvádí 68 % respondentů a nad 20 let pak 32 %. Vladyková (2014) uvádí nejvyšší zastoupení v rozmezí 6 - 10 let a to 32 %. Výrazný rozdíl je v počtech respondentů do 20 let a nad 20 let, 79 % ku 21 %. (Vladyková, 2014, s. 31)

Bukovjanová (2013) uvádí jiné rozpětí délky praxe. 36,25 % tvoří respondenti s délkou praxe do 10 i do 20 let, což je největší počet respondentů. I zde jsou výrazně v menšině zastoupeni respondenti v délkou praxe vyšší než 20 let. Je jich pouze 15 % (Bukovjanová, 2013, s. 43)

I Štofková v grafu znázornila délku praxe respondentů. Nejvíce byla zastoupena možnost 21 let a více, celkem 32,5 %, což je oproti ostatním vyšší zastoupení. (Štofková, 2016, s. 29) Lze tedy říci, že většinu respondentů tvoří všeobecné sestry se středoškolským vzděláním a s délkou praxe do 20 let.

Výzkumná otázka č. 1: Mají respondenti na svém oddělení dostatek polohovacích pomůcek?

Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že v interních oborech převládá větší spokojenost s vybavením polohovacími pomůckami, protože se takto vyjádřilo 87 % respondentů. Pouze 13 % jich uvedlo, že spíše nemají dostatek těchto pomůcek. Na chirurgických odděleních se kladně vyjádřilo 59 % respondentů, a 41 % jich uvedlo nespokojenost.

Výsledky je možné porovnat s Bukovjanovou (2013), která zjistila, že všeobecné sestry nemají dostatek pomůcek v poskytování prevence imobilizačního syndromu, záporně tehdy odpovědělo 57,5 % sester. Sester, které odpověděly kladně, bylo 22,50 %. Odpověď nevím uvedlo 20 % sester. Větší nespokojenost zde vyjádřili respondenti z interních oborů a to v 32,5 %. (Bukovjanová, 2013, s. 63)

Částečný nedostatek polohovacích pomůcek vyjádřili i respondenti v bakalářské práci Hřebejkové (2015), spokojeno a spíše spokojeno bylo celkově 56 %. Spíše nespokojenost s množstvím polohovacích pomůcek označilo 29 % a 9 % pak absolutní nespokojenost. (Hřebejková, 2015, s. 50)

Stejnou problematikou se zabývala v bakalářské práci i Mourová (2010) s tématem práce Možnosti a úroveň poskytované ošetrovatelské péče v rámci prevence vzniku dekubitů, když v rámci skrytého pozorování porovnávala interní oddělení, geriatrické centrum a LDN.

Pozorování obsahovalo 29 položek polohování, které byly rozděleny do 5 oblastí. V oblasti polohování bylo zjištěno, že na interním oddělení používají minimum polohovacích pomůcek. Protože na oddělení nemají jiné polohovací pomůcky, polohují pouze lůžkovinami, v lepším případě polštáři a příkrývkami, v horším případě pouze kapnami či prostěradly. Naopak dostatek pomůcek je v geriatrické centrum i na LDN, kde používají molitanové a perličkové polohovací pomůcky různých tvarů (hadi, válce, kolečka, chrániče pat, klíny). (Mourová, 2010, s. 35-37)

Dostatečný sortiment polohovacích pomůcek uvedlo 82 % respondentů Štofkové (2016). 18 % pak uvedlo, že nemá dostatečný sortiment. Spokojenost s množstvím jednotlivých pomůcek označilo 88 % dotázaných, nespokojenost 22 %. (Štofková, 2016, s. 32–33)

I když 73 % všech respondentů má na svém oddělení dostatek pomůcek určených k polohování, pouze 53 % jich poté v další otázce uvedlo, že nepostrádá žádné pomůcky. V rámci pozorování na interní oddělení bylo zjištěno, že ne všichni imobilní senioři mají v lůžku vždy dostatečné množství vhodných polohovacích pomůcek. Nejlepších výsledků bylo dosaženo při druhém pozorování, kdy se na oddělení nacházeli pouze 4 imobilní senioři. Což by mohlo vést k domněnce, že na tomto oddělení nemají dostatek polohovacích pomůcek. Ve třetím pozorování to bylo 8 a v prvním dokonce 11 imobilních pacientů. A v dotazníku pak žádný z interních respondentů neoznačil odpověď, že by imobilní senioři neměli v lůžku polohovací pomůcky. 13 % interních respondentů postrádá na oddělení kuličkové polštáře, 17 % antidekubitní matrace, 17 % obecně kuličkové pomůcky. Méně než 10 % jich uvedlo nedostatek elektrických lůžek, pomůcek k přesunům, posuvných podložek a desek nebo že by bylo potřeba všech pomůcek více. Během pozorování na interním oddělení měli všichni imobilní senioři elektrická polohovací lůžka, a to ve všech pozorováních. Naopak aktivní antidekubitní matrace byly na tomto oddělení využívány minimálně. Mezi nejčastěji používané polohovací pomůcky byly zařazeny v interních oborech antidekubitní pata (78 %), válce a klíny (74 %) a polohovací polštář had společně s věnečky (57 %). V chirurgických oborech to pak s 91 % byly klíny a válce, antidekubitní pata se 78 % a polohovací polštář had s 64 %.

Výsledek lze porovnat se Štofkovou (2016), která udává, že nejvíce používané jsou perličkové polohovací pomůcky, což uvedlo 26 %, stejně jako antidekubitní matrace. Polštáře uvedlo 24 %, stejně jako polohovací lůžka. Zanedbatelné procento uvedlo možnost jiné a jejich odpovědi byly sáček s pískem a bedničky na zapření dolních končetin. (Štofková, 2016, s. 31)

Bukovjanová (2013) udává, že nejčastěji používanou polohovací pomůckou na interním oddělení jsou polštáře se 34 %. Jako druhá nejčastější odpověď, bylo označeno využití molitanových podložek, zde je 29 % odpovědí. O 10 % méně dostaly chrániče na paty a boky. Velmi podobně byly tyto pomůcky zastoupeny i v chirurgických oborech. Nejčastěji zde používají chrániče pat a boků, což uvedlo celkem 37 % respondentů, 32 % uvedlo polštáře a 30 % molitanové podložky. (Bukovjanová, 2013, s. 55)

Jarolínová (2007) ve své bakalářské práci Využití kompenzačních pomůcek usnadňujících pohyb a manipulaci u imobilního pacienta oslovila celkem 96 všeobecných sester s otázkou, zda si sestry myslí, že jim kompenzační pomůcky pomáhají při poskytování ošetrovatelské péče. Sestry uznávají kompenzační pomůcky jako pomoc při poskytování ošetrovatelské péče v nemocnicích i v domově pro seniory. Takto se vyjádřilo 47 ze 47 sester z nemocnice a 37 ze 49 sester z domova důchodců. Výzkum probíhal od 5. 3. do 3. 4. 2017 v domovech důchodců a na odděleních nemocnice. (Jarolínová, 2007, s. 46)

Ve výzkumném šetření této práce byla celkem jednoznačně označena odpověď i interními a chirurgickými respondenty. 87 % interních respondentů a 68 % chirurgických respondentů je přesvědčena, že jim polohovací pomůcky pomáhají při poskytování ošetrovatelské péče. O tom, že by tyto pomůcky nebyly přínosem pro ošetrovatelskou péči, není přesvědčen nikdo. Mezi široké spektrum pomůcek, které respondenti napsali jako chybějící, patří kuličkový polštář, elektrická lůžka, pomůcky k přesunům, funkční antidekubitní matrace, posuvné podložky, posuvné desky, kuličkové pomůcky, věnečky a jeden respondent uvedl, že by bylo potřeba doplnit vše. Celkem 34 % všech respondentů (22 % interních a 46 % chirurgických) uvádí problémy s polohovacími pomůckami jako to, že jich má nedostatek a 27 % označilo pomůcky za hodně používané a již ne plně funkční. Přesně 50 % všech respondentů nemá žádný problém a tyto pomůcky používá zcela běžně. Jeden respondent uvedl, že má pomůcky daleko uložené a další, že nebyl dostatečně seznámen s jejich používáním. Potvrdilo se, že v obou oborech mají nedostatek polohovacích pomůcek. Respondenti z chirurgických oborů se takto vyjádřili sami v dotazníku, ale v interních oborech byl tento závěr stanoven až na základě pozorování.

Výzkumná otázka č. 2: Znají respondenti správný časový interval polohování imobilních seniorů?

V otázce č. 21 a 22 odpovídali respondenti, v jakém časovém intervalu polohují pacienta přes den a přes noc. Za správnou odpověď je považováno tvrzení, že pacient by se měl přes den polohovat nejdéle po 2 hodinách, tak jak to ve své literatuře uvádí například Kelnarová (2009, s. 195) nebo Šamánková (2006, s. 320) či Benešová ve své publikaci (2007, s. 120) Tuto odpověď zvolilo 43 % interních respondentů a 36 % chirurgických. Polohování po 3 hodinách označilo 22 % respondentů z interních oborů a 46 % z chirurgických, po 4 hodinách neoznačil nikdo. Ale naopak polohování, jak je potřeba označilo 31 % interních a 18 % chirurgických respondentů. Tuto možnost ve své knize připouští Mikula (2008), kde píše, že intervaly mezi jednotlivými změnami polohy se řídí okamžitým stavem nemocného a mohou tak kolísat mezi 20 minutami a 4 hodinami. (Mikula, 2008, s. 26) Stejně tak Mikšová (2006) uvádí, že změny poloh se řídí aktuálním stavem v rozmezí 1 – 4 hodin.

Vladyková (2014) ve své bakalářské práci uvádí, že polohování po dvou hodinách provádí 94 % respondentů, 4 % pak po 4 hodinách a 2 % po 6 hodinách. (Vladyková, 2014, s. 39)

I v bakalářské práci Štofkové (2016) je nejvíce zastoupeno denní polohování po dvou hodinách, celkově 85 % respondentů označilo tuto odpověď. 12 % označilo polohování po hodinách a 3 % pak volili možnost jiné, když uvedli, že pacienty polohují přes den dle aktuálního stavu pacienta. (Štofková, 2016, s. 34)

Pozorování bylo zaměřeno na pravidelné změny poloh přes den u imobilních seniorů. Všechna pozorování jsem označila dvojkou, protože polohy nebyly měněny přes den po dvou hodinách, ale platilo spíš rozmezí, které uvádí Mikšová (2006), tedy rozmezí 1 – 4 hodiny, to bylo dodrženo. Stejně jsem ohodnotila i všechna pozorování týkající se polohy na zádech, protože tato poloha byla používána přes den nejvíce, v polohách na boku byli senioři vždy jen krátce. Bylo by možné přičíst to určitému standartu a zažitému systému na oddělení, protože ráno byli všichni senioři uloženi v poloze na boku. Po ranních hygienách zůstali na zádech, po snídani také chvíli na zádech a před obědem opět na boku. Přes oběd byli opět na zádech, po té chvíli na boku a při návštěvách opět uloženi na zádech. Po večeri se opět ukládali do polohy na bok. I když byli senioři polohování celkem často, v poloze na boku byli vždy nejkratší dobu. Celkem 48 % (interní obory) a 45 % (chirurgické obory) odpovědělo, že správný interval pro polohování pacienta přes noc je nejdéle po 3 hodinách. Polohování přes noc nejdéle po 4 hodinách zvolilo 9 % respondentů v interních oborech a 5 % v chirurgických. Stejně % respondentů v obou

oborech vybralo polohování po 2 hodinách. Poměrně vysoké procento opět označilo možnost, že polohují, jak je potřeba, 34 % interních a 45 % chirurgických respondentů. Při porovnání s Vladykovou (2014) je počet respondentů, který označil polohování po 3 hodinách, vyšší. Takto se vyjádřilo 83 %, další 4 % označili 4 hodinový interval polohování a 5 % pak polohování po 5 hodinách. (Vladyková, 2014, s. 40)

U Štofkové (2016) označilo noční polohování po 3 hodinách 77 % respondentů, po 6 hodinách 13 % a ostatní, tedy 11 % pak označilo možnost jiné, kde uvádí například polohování po 4 hodinách nebo polohování dle aktuálního stavu. (Štofková, 2016, s. 35)

Mourová (2010) v rámci svého pozorování na interním oddělení zjistila, že pouze některé ze sester se snaží polohovat přes den po dvou hodinách, přes noc po třech hodinách a při zhoršení stavu pacienta intervaly mezi změnami poloh zkracují. Ovšem v rámci pozorování bylo zjištěno, že hodně sester polohuje pacienty pouze před jídlem na záda a po jídle na bok a přes noc je situace obdobná. (Mourová, 2010, s. 35)

Bachanová (2016) v dotazníku řešila, jak často jsou polohováni pacienti s dekubitem. 78 % sester uvedlo polohování každé dvě hodiny, 3 % polohují po 4 hodinách a 6 % kdy se naskytne čas. (Bachanová, 2016, s. 77)

Kromě polohování je v péči o imobilní seniory možno využít mikropolohování, které v interních oborech používá 35 % respondentů, u některých pacientů ho využívá také 35 % respondentů, 13 % respondentů mikropolohování nepoužívá vůbec a 17 % respondentů tento pojem nezná. Podobně je tomu i v chirurgických oborech, kde 18 % respondentů mikropolohování používá, 46 % pouze u některých pacientů, 9 % ho nepoužívá a 27 % tento pojem nezná.

Výzkumná otázka č. 3: Používají respondenti v interních oborech pomůcky usnadňující přesuny seniorů více než respondenti v chirurgických oborech?

Používání pomůcek usnadňující polohování v dotazníku uvedlo celkem 57 % interních a 43 % chirurgických respondentů. Ovšem v rámci pozorování nebyly na interním oddělení vidět žádné pomůcky k přesunům.

Jarolínová (2007) ve své bakalářské práci uvádí dle výsledku dotazníkového šetření, že v domově důchodců i nemocnici mají dostatek pomůcek usnadňující přesuny. V diskuzi však Jarolínová (2007) uvádí, že její hypotéza, že sestry v domovech důchodců mají informace

o existenci kompenzačních pomůcek usnadňujících manipulaci s imobilním pacientem více než sestry v nemocnicích, se nepotvrdila. Sestry v nemocnici i v domově důchodců nedokázaly spolehlivě odlišit kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s imobilním pacientem od kompenzačních pomůcek usnadňujících pohyb a udržujících polohu pacienta. Svědčí to o tom, že sestry ani z jednoho typu zkoumaného zařízení nemají dostatečné informace o pomůckách usnadňujících manipulaci. (Jarolínová, 2007, s. 54)

V rámci dotazníku předkládané práce označili interní respondenti jako nejpoužívanější pomůcky k přesunům posuvné podložky se 62 %, přidržovací pás s úchyty se 38 %, posuvné desky se 23 % a podložka s úchyty s 15 %. V chirurgických oborech nejvíce používají posuvné podložky, což uvedlo 78 %, posuvné desky označilo 33 %, přidržovací pás 22 % respondentů a podložka s úchyty 11 %. Jako jiné možnosti napsali respondenti pás s úchyty, chodítka a elektrický zvedák. Protože odborná literatura pomůcky k přesunům příliš nepopisuje, bylo čerpáno z internetových stránek firmy Medicoool, která nabízí široké spektrum pomůcek usnadňující přesuny. Dále respondenti uvedli spokojenost s dostatkem pomůcek k přesunům na svém pracovišti. V interních oborech to bylo celkem 84 % a v chirurgických pouze 44 %. V další otázce pak 15 % interních respondentů uvedlo problémy s jejich používáním ve smyslu jejich nedostatku. V chirurgických oborech se pro problém jakožto nedostatek vyjádřilo 33 % a dalších 11 % je neumí správně používat. 85 % interních a 56 % chirurgických respondentů nemá žádné problémy s používáním pomůcek usnadňující přesuny imobilních seniorů. O jejich pozitivním přínosu v poskytování ošetrovatelské péče jsou přesvědčeni všichni respondenti v obou oborech, kteří tyto pomůcky používají. Respondenti, kteří pomůcky k přesunům na svém oddělení nepoužívají, uvedli, že by tyto pomůcky na svém oddělení rádi uvítali. Takto se vyjádřilo 60 % interních a 77 % chirurgických respondentů.

Potvrdilo se tedy, že větší využití pomůcek usnadňující přesuny je v interních oborech. Respondenti uvedli spokojenost s těmito pomůckami a rádi by, kdy na oddělení pomůcky k přesunům přibývaly, protože jsou přínosem v poskytování ošetrovatelské péče.

Výzkumná otázka č. 4: Vyskytují se v interních oborech nějaké komplikace spojené se špatným polohováním?

Z 23 interních respondentů jich 61 % uvedlo, že se na jeho oddělení nevyskytují žádné komplikace související s polohováním. 39 % jich napsalo dekubity a 29 % kontraktury, tudíž se komplikace spojené se špatným polohováním v interních oborech vyskytují. V rámci prvního a třetího pozorování, kdy bylo na oddělení více imobilních seniorů než při druhém pozorování, byly zjištěny dva dekubity 2. stupně. Mourová (2010) ve své bakalářské práci uvádí, že 96 % respondentů označilo jako nejhorší komplikaci špatného polohování vznik bolesti, otlaku a dekubitu. (Mourová, 2010, s. 50)

Stejně se vyjádřila i Štofková (2016), která jako nejčastější příčinu způsobující vznik dekubitů vyhodnotila tření a tlak na části těla, což označilo 90 % respondentů. (Štofková, 2016, s. 45)

Ve své diplomové práci Porovnávání ošetrovatelské péče o dekubity v lůžkových zdravotních zařízeních a v agenturách domácí péče se Hobelantová (2009) zabývala problematikou dekubitů. Ve výzkumu bylo použito 17 dotazníků z agentur domácí péče a 17 z lůžkových zdravotnických zařízení. U ADP vyšlo, že u 13,9 % klientů za rok vznikl dekubit v těchto zařízeních. U LZZ vznikne dekubitus v 6,4 % přímo v těchto zařízeních. (Hobelantová, 2009, s. 47-48)

O vzniku dekubity píše ve své práci Bachanová (2016) Uvádí, že 28 % všech respondentů přiznává vznik dekubitů na svém pracovišti, 33 % respondentů uvádí, že pacienti přicházejí s dekubity z domu. Nejčastější odpověď, kterou sestry uvedly, byla, že pacienti s dekubity přicházejí z jiných oddělení, 39 %. Dále 31 % sester uvedlo, že se dekubity na jejich oddělení objevují často, 59 % pak uvedlo, že jen občas a vzácně u 10 % sester. Z dalších výsledků vyplynulo, že 57 % respondentů uvedlo výskyt dekubitů u 0 – 3 pacientů. Druhé místo s počtem 31 % uvedlo výskyt dekubitů u 4 – 6 pacientů. 7 % uvedlo vznik dekubitů u 10 a více osob. Na posledním místě s 5 odpověďmi (5 %) skončil výskyt dekubitů u 7 – 10 pacientů. Počet dekubitů byl uveden za jeden kalendářní měsíc.

Špatným polohováním vznikají komplikace, které respondenti v dotazníku označili správně a znají je. V interních oborech se pak setkávají pouze s dekubity a kontrakturami.

4 ZÁVĚR

Smyslem této práce, bylo přiblížit komplexní problematiku polohování a využívání polohovacích pomůcek a tím předcházet vzniku komplikací způsobených špatným polohováním. Geriatrických pacientů v ČR neustále přibývá a všeobecná sestra s nimi může přijít do kontaktu nejen na interních a geriatrických odděleních.

Z výsledků šetření vyplývá, že všichni respondenti se na oddělení běžně setkávají s imobilními seniory. Na odděleních interního typu převládá větší spokojenost s množstvím polohovacích pomůcek. Ovšem při pozorování bylo zjištěno, že při větším počtu imobilních seniorů je množství polohovacích pomůcek nedostačující. Všeobecné sestry uvádějí široké spektrum pomůcek, ale některé jsou již hodně používané, opotřebené a ztrácejí svoji funkčnost. Poslední dobou se používají kuličkové polohovací pomůcky, které sestřám na odděleních chybí. I když by sestry měly zájem o chybějící pomůcky nebo by je rády vyměnily za nové, je přísun nových pomůcek malý. Pomůcky usnadňující přesuny jsou relativně nové, proto jimi oddělení nejsou tolik vybavena, ale všeobecné sestry by o ně měly zájem. Lehce překvapující pro mě byli odpovědi týkající se polohování. Bylo očekáváno, že znalost časových intervalů polohování bude větší a stejně tak i mikropolohování. Při ošetrovatelské péči o imobilní seniory ho využívá opravdu malé procento sester. V rámci pozorování byly zjištěny nedostatky v pravidelném polohování a využívání poloh. Dále bylo očekáváno, že se komplikace související s polohováním na odděleních vyskytují. Ale více jak polovina sester uvedla, že se žádné komplikace u nich nevyskytují. Na interním oddělení při pozorování byly zjištěny dva dekubity vzniklé na oddělení. Sestry se účastní kurzů a seminářů týkající se této problematiky, čtou odborné časopisy a komunikují se zástupci firem.

Dostatek polohovacích pomůcek uvedla asi polovina chirurgických respondentů, což je méně než u druhého sledovaného vzorku. Oproti interním oborům je vybaveno spíše základními polohovacími pomůckami, jako jsou válce, klíny, antidekubitní paty a „had“ a jako chybějící uvádějí také například kuličkové polohovací pomůcky. Procento novým polohovacích pomůcek je ještě menší než v interních oborech, a to jsou jejich pomůcky také již hodně používané. Stejně tak vybavení pomůckami k přesunům je horší. Co se týká polohování přes den, jako nejčastěji je zde uvedena možnost polohování po třech hodinách, i když by mělo být nejvíce uvedeno po dvou. Noční polohování je uvedeno téměř stejně v obou oborech.

Zde více respondentů přiznalo komplikace související s polohováním, když polovina respondentů uvedlo dekubitů.

Péče o imobilního seniora je velice náročná a dostatečné znalosti této problematiky jsou hlavním předpokladem úspěšné ošetrovatelské péče o imobilního seniora. Na maximálním zajištění této péče se podílí kromě znalostí také celý ošetrovatelský tým, sestry by měli mít vytvořeny vhodné podmínky pro poskytování takové péče – elektrická polohovací lůžka, dostatek polohovacích pomůcek, dostatečné personální vybavení a v neposlední řadě je to samotná osobnost sestry. Polohování patří mezi nejdůležitější prvky ošetrovatelské péče o imobilní pacienty. Měli bychom myslet nad tím, že všichni budeme jednou senioři, můžeme se stát imobilními, a najednou se staneme závislími na pomoci druhých.

Praktickým výstupem práce je informační materiál pro všeobecné sestry (příloha B), který je seznamuje s transportní rolovací deskou – Rollbord. Cílem je přiblížit jim tuto pomůcku, její výhody a snadnou manipulaci.

5 POUŽITÁ LITERATURA

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. 228 s. ISBN -978-80-247-5333-1.

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015. 182 s. ISBN 978-80-7492-225-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HERMANOVÁ, Marie, Jiří PROKOP a Kamila ONDRÁČKOVÁ. *Vybrané kapitoly z péče o seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů pro Marii Hermanovou - CURATIO, 2008. 68 s. ISBN 978-80-7013-478-8.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 100 s. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. 144 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 115 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatrie a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KELNAROVÁ, Jarmila, Martina CAHOVÁ, Iva KŘEŠŤANOVÁ, Marcela KŘIVÁKOVÁ, Zdeňka KOVÁŘOVÁ a Dana HAUSEROVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 240 s. ISBN 978-80-247-5332-4.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 236 s. ISBN 978-80-247-2830-8.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ. *Rehabilitační ošetrování klientů s těžkými poruchami hybnosti*. Vyd. 3., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. 117 s. ISBN 978-80-7013-567-9.

KOLÁŘ, Pavel a Miloš MÁČEK. *Základy klinické rehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015. 167 s. ISBN 978-80-7492-219-0.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-67-1.

- KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
- MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 315 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
- NÉMETH, František a kolektiv. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Osveta 2009. 194 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
- NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelství I: učební text pro studenty oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 119 s. ISBN 978-80-7387-085-0.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatría od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010, 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
- SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
- ŠTIKAR, Jiří, Jiří HOSKOVEC a Jana ŠMOLÍKOVÁ. *Bezpečná mobilita ve stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 135 s. ISBN 978-80-246-1339-0.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatría pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2006. 259 s. ISBN 80-247-1714-x.

Periodika

BENEŠOVÁ, Eva, Polohování v péči o seniory, *Florence*, 2007, č. 3, s. 120, ISSN 1801-464X

JANSOVÁ, Kateřina, I jedno tlačítko může výrazně pomoci k záchraně života, *Florence*, 2016, č.10, s. 10-11 ISSN 1801-464X.

JANSOVÁ, Kateřina, Kvalitní zdravotnické pomůcky a zkušený personál je základ, *Florence*, 2016, č. 6, s. 4, ISSN 1801-464X.

KALA, Miroslav, Eva HRENÁKOVÁ, Petr SNOPEK a Zlatica DORKOVÁ, Polohování dlouhodobě imobilních a terminálních pacientů, *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2016, č. 2, s. 96, ISSN 1211-2658.

KYASOVÁ, Miroslava, Možnosti polohování nemocných na lůžku, *Interní medicína pro praxi*, 2009, č. 2, s. 96, ISSN 1212-7299.

MATĚJOVSKÁ – KUBEŠOVÁ, Hana, Specifika komplexního přístupu k nemocnému vyššího věku – multimorbidní senior, *Medicína pro praxi*, 2013, č. 6 – 7, s. 245, ISSN 1214-8687.

ONDŘIOVÁ, Iveta a Janka SLANINKOVÁ, Pohybová aktivita a seniory, *Zdravotnictví a medicína*, 2015, č. 7 - 8, s. 34, ISSN 1210—0404.

ŠEFLOVÁ, Lenka, Petra STEJSKALOVÁ a L. DANIŠ, Dekubity v praxi, *Medicína pro praxi*, 2016, č. 5, s. 264, ISSN 1214-8687

TOMSOVÁ, Jana a Anna ZELENÁ, Polohování - nedílná součást terapie každodenní péče o pacienta, *Geriatric a gerontologie*, 2014, č. 3, s. 118 - 119, ISSN 1805-4684.

Závěrečné práce

BACHANOVÁ, Šárka. *Dekubity – následek nesprávné ošetrovatelské péče*. Zlín 2016. 114 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Anna Krátká, PhD.

BUKOVJANOVÁ, Lenka. *Prevence imobilizačního syndromu*. Zlín 2013. 79 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Andrea Filová.

HOBELANTOVÁ, Anna. *Porovnání ošetrovatelské péče o dekubity v lůžkových zdravotních zařízeních a agenturách domácí péče*. Pardubice 2009. 97 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. Ivo Bureš.

HŘEBEJKOVÁ, Blanka. *Bezpečí při mobilizaci a polohování pacienta*. České Budějovice 2015. 85 s. Diplomová práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

JAROLÍNOVÁ, Romana. *Využití kompenzačních pomůcek usnadňujících pohyb a manipulaci u imobilního pacienta*. České Budějovice 2007. 73 s. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Bc. Veronika Šváblová.

MOUROVÁ, Jitka. *Možnosti a úroveň poskytované péče v rámci prevence vzniku dekubitů*. Pardubice 2010. 76 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová.

ŠTOFKOVÁ, Jana. *Polohování jako prevence dekubitů v následné péči*. Jihlava 2016. 73 s. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Musilová.

VLADYKOVÁ, Michaela. *Polohování pacientů jako ošetrovatelský problém*. Jihlava 2014. 74 s. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Martina Zítková.

MALÍKOVÁ, Eva. *Komparace náročnosti ošetrovatelské péče v domově seniorů a hospici Hvězda z pohledu poskytovatele*. Brno 2007. 158 s. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Andrea Pokorná.

Internetové zdroje

HOLMEROVÁ, Iva, Michaela BAUMANOVÁ, Hana VAŇKOVÁ a Petr WIJA. Geriatrický pacient, geriatrická farmakoterapie a kvalita života [online]. 2013, [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2013/03/03.pdf>

KALVACH, Zdeněk. Geriatrie, geriatrický pacient a praktický lékař [online]. 2005, [cit. 2017-22-01]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/c549>

PIDRMAN, Vladimír. Poruchy chování ve stáří [online]. 2003, [cit. 2017-10-01]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/c233-poruchy-chovani-ve-stari>

Pomůcky od firmy Medicoool Trade s.r.o [online]. 2017, [cit. 2017-10-03]. Dostupné z: <http://www.medicoool.cz/pomucky-pro-imobilni-pacienty.html>

SMÍLKOVÁ, Magdalena, Nad'a DRAHORÁDOVÁ, Lenka ZÍTKOVÁ a Helena PLACHÁ. Polohování - prevence i léčba [online]. 2008, [cit. 2017-25-02]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/polohovani-prevence-i-lecba-383394>

SVĚCENÁ, Kateřina. Hodnocení soběstačnosti pacientů v neurorehabilitaci [online]. 2013 [cit. 2017-11-04]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/2f4d6134625e321e1891777ee06149e6.pdf>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Zdravotnická ročenka České republiky 2015. [online]. 2015, [cit. 2013-25-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013>

VAŇÁSKOVÁ, Eva. Testování v neurorehabilitaci [online]. 2005, [cit. 2017-11-04]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2005/06/06.pdf>

WEBER, Pavel I. AMBROŠOVÁ, D. WEBEROVÁ a K. BIELÁKOVÁ. Geriatrické syndromy a syndrom frailty – zlatý grál geriatrické medicíny [online]. 2011, [cit. 2017-10-01]. Dostupné z: http://www.vnitrnilekarstvi.eu/online/E2010_18?confirm_rules=1

6 PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha A – *Dotazník*.....85

Příloha B – *Informační materiál*.....94

Příloha A: *Dotazník*

Dobrý den,

jmenuji se Petra Šimonová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice – obor všeobecná sestra. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto anonymního dotazníku na téma „**Polohovací pomůcky v rukou všeobecné sestry při péči o imobilního seniora**“ Prosím o přečtení všech následujících otázek a označení pouze jedné odpovědi, popřípadě doplnění odpovědi, pokud nebude u otázky uvedeno jinak.

Předem děkuji za spolupráci a za Váš čas potřebný k vyplnění mého dotazníku.

Petra Šimonová

1. Na jakém oddělení pracujete?

.....

2. S kolika imobilními seniory se na vašem oddělení průměrně za den setkáváte?

.....

3. Jaké měřicí metody na vašem pracovišti používáte k hodnocení závislosti seniora?

- Barthelův test
- Test funkční soběstačnosti (FIM)
- Test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga (modifikovaný Staňkovou)
- Katzův test každodenních činností
- jiný.....
- nepoužíváme

4. Mají všichni vaši imobilní senioři v lůžku polohovací pomůcky?

- ano
- většinou ano
- většinou ne
- ne

5. Máte na pracovišti k dispozici dostatek polohovacích pomůcek?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím, nedokážu posoudit

6. Jaké polohovací pomůcky využíváte na vašem pracovišti nejčastěji? (můžete označit více odpovědí)

- anatomický polohovací polštář
- žebrový polštář
- polohovací polštář HAD
- polštář motýlek a podkova
- antidekubitní pata
- válec, klín
- váleček do dlaně
- věnečky
- jiné, uveďte jaké.....

7. Myslíte si, že vám tyto pomůcky pomáhají při poskytování ošetrovatelské péče?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

8. Uved'te prosím, jaké polohovací pomůcky na vašem oddělení postrádáte?

.....

9. Přibývají na vašem oddělení nové polohovací pomůcky?

- ano, celkem pravidelně
- ano, ale pouze občas
- ano, zcela výjimečně
- ano, ale pouze výměnou za odepsané
- ne

10. Máte nějaké problémy s používáním polohovacích pomůcek? (můžete označit více odpovědí)

- ano, máme jich nedostatek
- ano, nebyla jsem seznámena s jejich používáním
- ano, nemám s nimi dobré zkušenosti,

Z jakého důvodu.....

- ano, máme je daleko uložené
- ano, jsou již hodné používané a nejsou plně funkční
- ano, jiná možnost.....
- ne, používám je zcela běžně

11. Jaké polohy u imobilních seniorů nejčastěji využíváte? (můžete označit více odpovědí)

- na zádech
- na boku
- na břiše
- sed

12. Používáte na vašem oddělení pomůcky usnadňující přesuny seniorů?

- ano
- ne

Pokud odpovíte ANO, pokračujte dále a vynechte otázku č. 18 a 19.

Pokud odpovíte NE, pokračujte dále otázkou č. 18.

13. Jaké pomůcky k přesunům seniorů používáte nejčastěji? (můžete označit více odpovědí)

- skluzná folie
- podložka s úchyty
- posuvné podložky
- přidržovací pás s úchyty
- posuvné desky
- rotany
- jiné, uveďte jaké.....

14. Máte na vašem pracovišti dostatek pomůcek k přesunům?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

15. Kdy pomůcky k přesunům používáte nejčastěji? (můžete označit více odpovědí)

- při polohování na lůžku
- při přesunech vleže
- při přesunech na klozetovou židli
- při přesunech na invalidní vozík
- při vertikalizaci
- při RHB

16. Myslíte si, že vám pomůcky k přesunům pomáhají při poskytování ošetrovatelské péče?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

17. Máte nějaké problémy s používáním pomůcek k přesunům? (můžete označit více odpovědí)

- ano, máme jich nedostatek
- ano, neumím je správně používat
- ano, nemám s nimi dobré zkušenosti,

Z jakého důvodu.....

- ano, máme je daleko uložené
- ano, špatně se udržují čisté
- ano, jiná možnost.....
- ne, používám je zcela běžně

18. Byly vám pomůcky k přesunům někdy představeny?

ano

ne

19. Uvítala byste na vašem oddělení pomůcky usnadňující přesuny pacientů?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

20. Používáte mikropolohování?

ano

pouze u některých pacientů

ne

neznám tento pojem

21. V jakém časovém intervalu polohujete pacienta přes den?

po 1 hodině

po 2 hodinách

po 3 hodinách

po 4 hodinách

jak je potřeba

22. V jakém časovém intervalu polohujete pacienta v noci?

- po 1 hodině
- po 2 hodinách
- po 3 hodinách
- po 4 hodinách
- jak je potřeba

23. Jakými komplikacemi je ohrožen imobilní senior při špatném polohování? (můžete označit více odpovědí)

- dekubitus
- kontraktury
- imobilizační syndrom
- bolest
- vysoký krevní tlak
- pneumonie
- svalová atrofie
- deformity kloubů
- močové infekce
- setkáváte se s jinými problémy, prosím uveďte.....
- není ohrožen

24. Vyskytují se na vašem oddělení komplikace způsobené nedostatkem polohovacích pomůcek, jejich špatným použitím nebo špatným polohováním?

- ne
- ano, uveďte jaké.....

25. Kolik osob se podílí na polohování pacientů s BMI do 35?

- 1
- 2
- 3

26. Spolupracujete při polohování s fyzioterapeutem?

- ano, pravidelně
- ano, občas
- ne

27. Odkud získáváte informace o polohování a polohovacích pomůckách? (můžete označit více odpovědí)

- v rámci absolvovaného zdravotnického studia
- z odborných časopisů
- z kurzů či seminářů
- od zástupců firmy nabízející polohovací pomůcky
- samostudiem, tato problematika mě zajímá
- na jiném pracovišti
- jinde (prosím doplňte).....
- nemám žádné informace

28. Máte vytvořené standardy o polohování imobilních pacientů?

- ano
- ne
- nevím

29. Záznam o polohování imobilního seniora provádíte do (můžete označit více možností):

- ošetrovatelské dokumentace
- záznamu rehabilitačního ošetrovatelství
- edukačního záznamu
- polohovacího záznamu
- lékařské dokumentace
- jiné, uveďte jaké.....

30. Jaká je délka vaší praxe?

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41 a více

31. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání?

- zdravotnický asistent
- všeobecná sestra
- diplomovaná sestra
- vysokoškolské studium Bc.
- vysokoškolské studiu Mgr
- specializační studium

ROLLBORD

Tento informační materiál slouží k seznámení všeobecných sester s pomůckou usnadňující přesuny pacientů – rollbord.

Transportní rolovací deska umožňuje přesunout pacienta z lůžka na lůžko, usnadňuje práci ošetřujícímu personálu, protože při přesunu není třeba transportovanou osobu zvedat a jedna osoba může takto sama snadno přemístit pacienta.

- pevný povrch odolný proti protřetí
- propustný pro rentgenové paprsky
- netoxický materiál
- zdravotně nezávadný
- bezpečný a příjemný pro pacienty
- pevná a odolná konstrukce
- lehce čistitelný
- čistitelná ochranná folie z PVC
- skládací provedení
- hmotnost pouze 3 kg

Obr. 1 Rollbord



Pacienta otočíme na bok, pod tělo zasuneme ROLLBORD a pacienta otočíme zpět.

Tlakem na kyčel a rameno posunujeme pacienta bez použití síly.

Pacienta otočíme na bok, vysuneme ROLLBORD a pacienta otočíme zpět.

Obr. 2 Přesun pacienta v rovině



Tento informační materiál byl vypracován v rámci bakalářské práce Polohovací pomůcky v rukou všeobecné sestry při péči o imobilní seniory, Petra Šimonová, Univerzita Pardubice 2017.

Zdroj

Obr. 1 – zdroj vlastní

Obr. 2 - www.optingservis.cz/index.php/nabidka-zboi/352-rollbord

www.aposbrno.cz/karta.php?produkt=Transportn%C3%AD+rolovac%C3%AD+deska&id_produkту=2251