



Bakalářská práce

Prevence imobilizačního syndromu z pohledu všeobecné sestry

Studijní program:

Autor práce:

Vedoucí práce:

B0913P360030 Všeobecné ošetřovatelství

Veronika Horáková

Mgr. Petra Pažoutová, DiS.

Fakulta zdravotnických studií

Liberec 2023



Zadání bakalářské práce

Prevence imobilizačního syndromu z pohledu všeobecné sestry

<i>Jméno a příjmení:</i>	Veronika Horáková
<i>Osobní číslo:</i>	D20000096
<i>Studijní program:</i>	B0913P360030 Všeobecné ošetřovatelství
<i>Zadávací katedra:</i>	Fakulta zdravotnických studií
<i>Akademický rok:</i>	2022/2023

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

1. Cílem práce je zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně imobilizačního syndromu.
2. Cílem práce je zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v rámci jeho komplikací u pohybového aparátu a kůže.
3. Cíle práce je zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně prevence imobilizačním syndromu v rámci jeho komplikací v kardiovaskulárním a respiračním systému.
4. Cíle práce je zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně prevence imobilizačním syndromu v rámci jeho komplikací v gastrointestinálním a uropoetickém traktu.
5. Cíle práce je zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně prevence imobilizačním syndromu v rámci jeho komplikací v nervové soustavě a v psychické oblasti.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Imobilizační syndrom je fyziologickou odpovědí na imobilitu postihující všechny orgánové soustavy. Nástup dysfunkčních změn je poměrně rychlý a může být vratný, ale i naopak. Změny v pohybovém a kardiovaskulárním systému je možné zaznamenat již za 36 hodin od upoutání na lůžko. Dispozici k rozvoji imobilizačního systému mají zejména pacienti chronicky nemocní, vyšší věkové kategorie a sociálně izolovaní. (Pokorná A., Komínková A., Menšíková A., Šenkyříková M., 2019)

Výstupem bakalářské práce bude článek připravený k publikaci v odborném periodiku.

Výzkumné předpoklady/ výzkumné otázky:

1. Předpokládáme, že více jak 70% sester má znalosti o imobilizačním syndromu.
2. Předpokládáme, že více jak 50% sester má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v rámci jeho komplikací u pohybového aparátu a kůže.
3. Předpokládáme, že více jak 40% sester má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v rámci jeho komplikací v kardiovaskulárním a respiračním systému.
4. Předpokládáme, že více jak 30% sester má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v rámci jeho komplikací v gastrointestinálním a uropoetickém traktu.
5. Předpokládáme, že více jak 25% sester má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v rámci jeho komplikací v nervové soustavě a v psychické oblasti.

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Dotazník

Místo a čas realizace výzkumu:

Výzkum by měl být realizován v nemocnici Jičín, v období prosinec/leden 2022-2023

Vzorek:

Cílovou skupinou budou sestry pracující na standardním oddělení.

Rozsah práce:

Rozsah bakalářské práce činí 50–70 stran (tzn. 1/3 teoretická část, 2/3 výzkumná část).

Forma zpracování kvalifikační práce:

Tištěná a elektronická.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce:

Jazyk práce:

tištěná/elektronická

čeština

Seznam odborné literatury:

DRÁBKOVÁ, Jarmila a Soňa HÁJKOVÁ. 2018. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4470-7

KABELKA, Ladislav. 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3

KUBEŠOVÁ MATĚJOVSKÁ, Hana et al. 2018. *Rizika hospitalizace seniorů*. *Vnitřní lékařství*. 64(11),

1070-1075. DOI 10.36290/vnl.2018.153. Dostupné také z:

<https://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=1367190>

TRACHTOVÁ, Eva et al. 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7

VEVERKOVÁ, E., E. KOZÁKOVÁ a L. DOLEJŠÍ. 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*.

Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2747-9

POKORNÁ, Andrea et al. 2019. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-9297-6

JIAQIAN, LI., XINJUAN, WU., ZHEN, LI. et al. 2018. *Nursing resources and major immobility complications among bedridden patients: A multicenter descriptive study in China*. *Journal of Nursing Management*.

Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12731>

TOUSIGNANT-LAFLAMME, Y., et al. 2015. *Adding physical therapy services in the emergency department to prevent immobilization syndrome – a feasibility study in a university hospital [online]*. *BMC Emergency Medicin*.

VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada, 2011.

ISBN 978-80-247-3419-4

VYTEJČKOVÁ, R. a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada, 2013.

ISBN 978-80-247-3420-0

WORKMAN, B., BENNETT, C. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1714-X

Vedoucí práce:

Mgr. Petra Pažoutová, DiS.

Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

25. října 2022

Předpokládaný termín odevzdání:

5. května 2023

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc.,

MBA

děkan

Rozhodnutí o žádosti studenta

Jiný typ žádosti, uveďte se cílem žádosti ručně

Jméno a příjmení: **Veronika Horáková**

Osobní číslo: **D20000096**

Datum podání žádosti **13.05.2023**

Rozhodnutí děkana ze dne 17.05.2023 :

VYHOVĚL

Odůvodnění

Poučení

Rozhodnutí nemá odvolání.

Rozhodnutí rektora ze dne

NEUVEDENO

Odůvodnění:

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

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

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

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Petře Pažoutové, DiS. za vedení mé bakalářské práce a trpělivost, kterou se mnou měla. Poděkování patří mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala. A zároveň bych chtěla poděkovat hlavní sestře Mgr. Monice Köstingerové nemocnice Jičín, kde se uskutečnil můj výzkum.

ANOTACE

Název práce: Prevence imobilizačního syndromu z pohledu všeobecných sester

Bakalářská práce se zabývá znalostmi všeobecných sester, zda mají přehled o prevenci imobilizačního syndromu. Teoretická část je zaměřena na popis jednotlivých tělních systémů, se kterými je spojován imobilizační syndrom a také na specifika ošetrovatelské péče. Praktická část je složena z výzkumných cílů a předpokladů a obsahuje analýzu dat, které jsme získali díky výzkumnému šetření. Metodou pro výzkumné šetření byl zvolen kvantitativní výzkum, technickou sběru dat byl dotazník. Praktická část má za cíl zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o imobilizačním syndromu, a především o jeho prevenci. Výstupem práce je článek do odborného periodiku.

Klíčová slova

Imobilizační syndrom, neschopnost pohybu, prevence, všeobecné sestry

ANNOTATION

The title of the Thesis: Prevention of immobilization syndrome from the point of view of general nurses

The bachelor's thesis deals with the knowledge of general nurses about the prevention of immobilization syndrome. The theoretical part is focused on the description of individual body systems with which the immobilization syndrome is associated, as well as on the specifics of nursing care. The practical part is devoted to quantitative research is composed of research objectives and assumptions and contains the analysis of the data that I obtained thanks to the research. Quantitative research was chosen as the research method, the questionnaire was the data collection technique. The practical part aims to find out what knowledge general nurses have about immobilization syndrome, and above all about its prevention. The output of the work is an article in a professional periodical.

Keywords

Immobilization syndrome, inability to move, prevention, general nurses

Obsah

Seznam symbolů a zkratk	9
Úvod.....	10
1 Teoretická část	11
1.1 Imobilizační syndrom	11
1.1.1 Pohybový systém.....	11
1.1.2 Kůže.....	12
1.1.3 Kardiovaskulární systém	12
1.1.4 Respirační systém	13
1.1.5 Gastrointestinální systém.....	14
1.1.6 Uropoetický systém	16
1.1.7 Nervová soustava.....	18
1.1.8 Psychická oblast	19
2 Ošetrovatelská péče u imobilizačního syndromu	20
2.1 Ošetrovatelská péče u pohybového systému	20
2.2 Ošetrovatelská péče kůže.....	20
2.3 Ošetrovatelská péče u kardiovaskulárního systému	21
2.4 Ošetrovatelská péče u respiračního systému	21
2.5 Ošetrovatelská péče u gastrointestinálního systému.....	22
2.6 Ošetrovatelská péče u uropoetického systému	23
2.7 Ošetrovatelská péče nervové soustavy a psychické oblasti	23
3 Praktická část	24
3.1 Cíle a výzkumné předpoklady/otázky.....	24
3.2 Metody	25
3.3 Analýza výzkumných dat.....	26
3.4 Vyhodnocení cílů a výzkumných otázek/předpokladů.....	43
3.4.1 Analýza výzkumného cíle č. 1 a výzkumného předpokladu č. 1	43

3.4.2	Analýza výzkumného cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2	44
3.4.3	Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3	45
3.4.4	Analýza výzkumného cíle č. 4 a výzkumného předpokladu č. 4	45
3.4.5	Analýza výzkumného cíle č. 5 a výzkumného předpokladu č. 5	46
4	Diskuze	48
5	Návrh doporučení pro praxi	52
	Závěr	53
	Seznam použité literatury	54
	Seznam tabulek/grafů	57
	Seznam příloh	59
	Příloha A: Protokol k realizaci výzkumu.....	60
	Příloha B: Dotazník	61
	Příloha C: Výsledky předvýzkumu.....	67
	Příloha D: Výstup z práce – článek do odborného periodiku.....	69

Seznam symbolů a zkratk

BMI	Body Mass Index
č.	číslo
DiS.	diplomovaný
f_i	relativní četnost
g	gram
Mgr.	magistr
ml	mililitr
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
pH	potential of hydrogen
resp.	respektive
Tzv.	takzvaný
Σ	celková četnost
%	procento

Úvod

Imobilizační syndrom je fyziologickou odpovědí na imobilitu postihující všechny orgánové soustavy. Nástup dysfunkčních změn je poměrně rychlý a může být vratný, ale i naopak. Změny v pohybovém a kardiovaskulárním systému je možné zaznamenat již za 36 hodin od upoutání na lůžko. Zvýšené riziko rozvoje imobilizačního systému mají zejména pacienti chronicky nemocní, vyšší věkové kategorie a sociálně izolovaní (Pokorná et al., 2019)

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část, teoretická část bude věnována imobilizačnímu syndromu a jeho prevenci. V práci budu popisovat jednotlivé tělní systémy. Systém kardiovaskulární, systém respirační, pohybový systém a kůže, systém gastrointestinální, uropoetický systém, nervový systém a psychické změny s ním spojené.

Praktická část obsahuje výzkumné cíle, výzkumné předpoklady a analýzu získaných dat. Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu a nástrojem sběru dat je nestandardizovaný dotazník. Průzkumným šetřením budu uvádět následující aspekty, kterými budu zjišťovat problematiku prevence a ošetrovatelské péče imobilizačního syndromu na interním a chirurgickém oddělení. Také budu zkoumat údaje, které se zaměřují na délku ošetrovatelské praxe sester a nejvyšší dosažené vzdělání. Výsledným zjištěním bych mohla přinést nové a podnětné informace k prevenci imobilizačního syndromu.

1 Teoretická část

1.1 Imobilizační syndrom

Imobilizační syndrom je charakterizován jako celková odpověď organismu na klidový režim. Vzniká jako následek imobility člověka nebo upoutáním na lůžko z důvodu nemoci. První příznaky se mohou objevit od upoutání na lůžko už v rámci několika hodin a k patologickým změnám dochází již v průběhu 7 dní (Vytejková et al., 2011). Nejčastější příčinou imobilizačního syndromu jsou poruchy kosterního, svalového nebo nervového systému. Je to stav, při kterém dochází k poškození jednoho nebo více orgánových systémů. Důležitými faktory imobilizačního syndromu jsou věk, dlouhodobá hospitalizace nebo špatný zdravotní stav pacienta (Veverková et al, 2019).

1.1.1 Pohybový systém

V tomto systému nastávají nejvýraznější změny v souvislosti s imobilitou pacienta. Najdeme zde atrofie, které vznikají snížením svalové síly a vytrvalosti, která začíná už po několika hodinách od upoutání na lůžko (Veverková et al, 2019).

Do toho systému budeme řadit onemocnění s názvem osteoporóza, které je jedno z nejčastějších při imobilizačním syndromu. Je to kostní metabolické onemocnění, které je charakterizované úbytkem kostní hmoty, odplavováním vápníku, nedostatečným příjmem vitamínu D a zhoršováním mikroarchitektury kostní tkáně, která má za následek zvýšenou křehkost kostí a tím zvýšenou lámavost kostí (Dungl et al, 2014). Osteoporóza se může vyskytnout už po dvou týdnech od upoutání na lůžko (Veverková et al, 2019). Prevencí osteoporózy je dostatečný příjem vitamínu D a dále také doplňky výživy s obsahem vápníku. Důležitým prvkem v prevenci úbytku svalové hmoty a zvýšené lámavosti kostí je přiměřený pohyb a zátěž, které zvýší i výkonnost. Samozřejmostí je i pobyt na slunci, právě pro příjem vitamínu D (Vytejková et al., 2011).

Dalším onemocněním, které řadíme do pohybového systému, je osteomalacie, která se definuje jako porucha mineralizace kostí. Nejčastější příčinou vzniku je nedostatek vitamínu D – kalcitriolu, který může chybět z více důvodů, jako je třeba onemocnění trávicího traktu (Navrátil et al, 2017). Dále osteomalacie vede ke snížení pevnosti kostní tkáně a tím k deformacím a zlomeninám ve starším věku (Dungl et al, 2014).

Při imobilizačním syndromu vznikají také kontraktury dolní končetiny, nejčastěji v oblasti kolene, kde dochází ke zkrácení lýtkového svalu také horní končetiny, nejčastěji na prstech ruky (Vytečková et al., 2011).

1.1.2 Kůže

Kůže je rozsáhlý plošný orgán, který tvoří bariéru organismu vůči okolí. Stavba kůže umožňuje přizpůsobení pohybů a změnám tvaru těla. Podílí se také na funkci imunitního systému organismu a vlivem světla se v kůži tvoří vitamin D. Kůži rozdělujeme do třech skupin. Epidermis neboli pokožka, dermis neboli škára a podkožní vazivo (Čihák, 2016).

Epidermis je povrchová vrstva, která je tvořena epitelem ektodermového původu. Dermis je vazivo, které pochází z mesodermu a má dvě vrstvy. Povrchovou vrstvu, která se spojuje s epidermis a hlubší vrstvu, která dává kůži pevnost. Podkožní vazivo spojuje kůži s fascií nebo s periostem a uchovává v sobě zásobní látky a také má ochrannou a izolační funkci při termoregulaci (Čihák, 2016).

Známým problémem v rámci imobilizačního syndromu jsou dekubity, jiným názvem proleženiny. Označují lokalizované poškození kůže hlubších struktur. Dekubity jsou způsobené tlakem, třením nebo napínáním tkání. Rizikovým faktorem vzniku dekubitů je sedavý způsob života nebo dlouhodobý pobyt na lůžku (Krajčík a Bajanová, 2012). Výskyt dekubitu může postihnout svaly, šlachy, klouby až kosti a nejčastěji je najdeme na patách a hýždích (Kapounová, 2020).

Prevencí proti dekubitům je pravidelné polohování, které by se mělo provádět každé 2 hodiny přes den a každé 3 hodiny v noci. Cílem prevence je zabránění vzniku dekubitu (Krajčík a Bajanová, 2012).

1.1.3 Kardiovaskulární systém

Kardiovaskulární systém má v imobilizačním systému velmi důležitou roli, protože se zde nachází závažná onemocnění, kterým lze předcházet.

Vázaným onemocněním k imobilizačnímu syndromu je ortostatická hypotenze, což je stav, ke kterému dochází při dlouhodobém ležení a následnému rychlému vzpřímení polohy, například do sedu. Vzniká nepoměrem velikosti cévního řečiště

a množstvím cirkulující krve. Dochází k poklesu tlaku, což se projeví závratí, zhoršením zraku, anebo se také může objevit synkopa. Při delším trvání ortostatické hypotenze může vzniknout cirkulární šok (Vokurka et al, 2018).

Druhým a velmi závažným onemocněním v imobilizačním syndromu je hluboká žilní trombóza neboli flebotrombóza. Nejčastějším rizikovým faktorem je utržení trombu a vzniku plicní embolie. Vznik trombózy je multifaktoriální, ale nejvýznamnějším rizikem vzniku je dlouhodobé upoutání na lůžko, dále to jsou operační výkony, kdy je elevace končetin v poloze vleže, čímž stoupá žilní tlak. Nejvíce jsou postiženi ležící a obézní pacienti (Vokurka et al, 2018).

Prevenčí zde máme antikoagulační terapii a také kvalitní ošetrovatelskou péči, jako jsou bandáže dolních končetin pružnými obinadly nebo punčochami (Navrátil et al, 2017).

1.1.4 Respirační systém

V tomto systému se budu věnovat nejčastějším onemocněním spojeným s plicemi a dýchacím systémem, které se vyskytují při imobilizačnímu syndromu.

Při imobilizaci dochází ke změnám ventilace plic, nejčastěji k hypoventilaci z důvodu, že upoutaní pacienti na lůžku mají omezený pohyb v hrudníku, čímž se znemožní úplné rozšíření plic při inspiriu. Dále se může u imobilizačního syndromu vyskytnout mělké dýchání se sníženou vitální kapacitou plic, která způsobuje atrofii mezižeberních svalů (Veverková et al, 2019).

Narušením očišťovací funkce dýchacích cest vzniká stagnace hlenu, čímž může vzniknout hypostatická pneumonie. Proto musíme provádět pravidelnou vibrační masáž, která napomůže od uvolnění hlenu, vykašlávání a zlepšení celkového dýchání (Veverková et al., 2019).

Dalším velmi známým a závažným problémem při vzniku imobilizačního syndromu je plicní embolie. Vniká ve většině případů jako komplikace hluboké žilní trombózy. Tromby, které jsou vytvořené v hlubokých žilách, se mohou rozmístit a embolizovat až do plicního tepenného řečiště, kde způsobí defekt v průtoku (Češka et al, 2020). Výskyt hluboké žilní trombózy je podmiňován rizikovými faktory,

jako je dlouhodobé ležení, obezita, varixy anebo náhrada kyčelního nebo kolenního kloubu, kdy je pacient po operaci upoután na lůžko (Peřan, Cmorej a Nesvatba, 2020).

Onemocnění s názvem atelektáza můžeme definovat jako nerozvinutí plicní tkáně, kdy k hlavním příčinám nerozvinutí spadá porucha surfaktantu, která může být jak vrozená, tak získaná (Vokurka a kol., 2018). Získaná obstrukční atelektáza vzniká z několika příčin, nejčastější příčinou je vdechnutí cizího tělesa u dětí. Dále také krevní sraženina nebo hlenová zátka. Při obstrukci se zastaví výměna plynů, krevní sraženina se začne vstřebávat a plicní tkáň se stane nevzdušnou (Souček et al, 2019).

1.1.5 Gastrointestinální systém

V této části se budu zabývat onemocněními gastrointestinálního systému. Řadíme do nich průjem, zácpu, nechutenství a dehydrataci jako nejčastější příčiny imobilizačního syndromu. Tato onemocnění vznikají při poruše motility střeva a můžou vzniknout i v důsledku mechanické překážky (Vokurka et al, 2018). Mezi základní funkce trávicího systému řadíme trávení a vstřebávání. Při trávení se potrava chemicky a mechanicky zpracovává, zatímco při vstřebávání dochází k resorpci a transportu rozložených živin do krevního oběhu (Dylevský, 2019).

Průjem neboli diarea je častým příznakem při onemocnění trávicího ústrojí, nejčastěji vzniká při dietní chybě (Vokurka et al, 2018). Je charakterizovaný vyprazdňováním řídké stolice více jak třikrát za den. Příčinou bývá nerovnováha funkce tlustého nebo tenkého střeva. Dělíme je do pěti základních typů. Průjem osmotický, ten se vyskytuje při zvětšeném množství osmotické aktivní látky, která se běžně vyskytuje ve střevě. Patří do ní mléčné cukry a projímadla. Dále máme sekreční typ, který je vyvolán vlivy vzájemně posílenými sekrecí iontů a vody. Dalším a nejnámějším typem je zánětlivý průjem, kdy se do stolice dostává hlen, hnís nebo krev. Vzniká z infekce, kterou může způsobit bakterie, vir nebo parazit. Pro nás je důležitý motorický průjem, který vzniká ze zvýšené pohyblivosti střeva a tím to vede k nedostatečnému natrávení a vstřebávání potravy. Malabsorpční průjem vzniká důsledkem nedostatečného vstřebávání potravy a tím k poruše trávení a absorpci (Navrátil et al, 2017).

Zácpa neboli obstipace je charakterizovaná obtížným a málo častým vyprazdňováním střeva (Vokurka et al, 2018). Uvádí se, že je to méně než třikrát

za týden. Vyskytuje se u imobilizačního syndromu, kdy jsou pacienti upoutáni na lůžko, mají nedostatek pohybu a také nemají správný příjem pití a jídla. Z časového hlediska dělíme zácpu na akutní a chronickou a dle příčiny ji rozdělujeme do tří skupin. Funkční vzniká v důsledku změně v dietě, nedostatkem pohybu nebo sníženým příjmem tekutin. Organická, ta je charakteristická poruchami strukturálního poškození trávicího ústrojí, jako například stenózou kolorektální oblasti karcinomem. A posledním typem je druhotná zácpa, která je způsobená endokrinními, neurologickými nebo systémovými poruchami. Může být zapříčiněna i vlivem léků (Navrátil et al, 2017).

Dehydratace znamená, že výdej tekutin je větší než jejich příjem. Objevuje se nejčastěji u pacientů s imobilizačním syndromem z důvodu, že nemají tak silný a nutkavý pocit žízně. Známe tři stupně dehydratace. Mírná dehydratace, ta začíná mírnými bolestmi hlavy, žízní, malátností a pocitem únavy. Vyskytuje se už po hodině pohybové aktivity na přímém slunci. Střední dehydratace, nejčastějším příznakem bývá suchost v ústech, úbytek moči, zrychlený tlukot srdce a ztráta pružnosti kůže. Těžká dehydratace je život ohrožujícím stavem, bývá u ní extrémní pocit žízně, zrychlené dýchání, absence moči a pocit chladu (TZ, 2015).

Nechutenství je většinou vyvolané při pobytu v nemocnici. Ošetrovatelský personál, a především nutriční terapeuti, se snaží vždy najít způsoby, jak docílit toho, aby vždy vyhověli přáním pacienta a pacienti nechutenstvím netrpěli. Vhodnými náhražkami stravy jsou tekuté přípravky enterální výživy, které obsahují důležité složky potravy. Jednou takovou metodou je tzv. sipping. Tato metoda se vždy přidává ke stravě a nenahrazuje jídlo (Vytečková et al., 2011).

Nejrozšířenějším a velmi vážným metabolickým onemocněním je obezita. Obezita bývá následkem špatného a nesprávného stravování (Vytečková et al., 2011). Bývá nejčastěji způsobena genetickými faktory. Dělí se na běžnou obezitu, která je podmíněná zvýšenou náchylností zevních faktorů a máme obezitu navozenou léky, vyskytující se stále častěji, z důvodu velkého množství léků, které ovlivňují regulaci tělesné hmotnosti (Hainer et al, 2022).

Pacienti, kteří mají obezitu, jsou více náchylní na vznik onemocnění, jako je infarkt myokard, cévní mozková příhoda nebo hypertenze. Je to také významný rizikový faktor pro vznik maligního onemocnění. U každého pacienta se určuje hodnota BMI neboli Body Mass Index. Spočítáme ji vydělením hmotnosti v kilogramech

a výšky v metrech. U obezity I. stupně budeme mít BMI v rozmezí 30 – 34,9. U II. stupně 35 - 39,9 a u III. stupně budeme hodnota nad 40 (Plevová a Kachlová, 2023).

1.1.6 Uropoetický systém

V další části této bakalářské práce se budu věnovat uropoetickému systému, do kterého spadají onemocnění ledvin a močového měchýře. Budu zde popisovat zánět močového měchýře, inkontinenci, poruchy vyprazdňování močového měchýře a také akutní a chronické selhání ledvin.

Zánět močového měchýře postihuje převážně ženy kvůli odlišnému anatomickému postavení močového ústrojí. Ženy mají kratší močovou trubici, které se nachází velmi blízko konečníku a z toho důvodu vznikají záněty. Konečník je velkým zdrojem bakterií, které bývají nejčastější příčinou vzniku zánětu. Další příčinou je také stagnace moči a následný vznik urolitiázy, která se objevuje u pacientů s imobilizačním syndromem z důvodu nedostatečného a nepravidelného vyprazdňování. Příznakem je zde pálení či řezání při močení, nadměrné močení malých porcí a při delším trvání se může objevit v moči krev. U imobilních pacientů, kteří mají permanentní močový katétr, se záněty objevují velmi často kvůli nesprávné hygieně (TZ, 2016).

Inkontinence představuje nedobrovolný a nechtěný únik moči. Vzniká oslabením závěsného aparátu močové trubice nebo svěrače močového měchýře (Holý, 2023). Máme dva typy hlavních rozdělení inkontinenci extrauretrální a uretrální. Extrauretrální vzniká vrozenou vadou, což je například vyústění močového měchýře do pochvy, nebo získanou vadou, jako třeba píštěl močového měchýře. Uretrální inkontinenci dále můžeme rozdělit do 5 typů. Stresová inkontinence nastává, když se zvětší nitrobřišní tlak, většinou při kašli nebo smíchu. Urgentní inkontinence je stav, kdy dojde k nechtěnému úniku moči při silné a nutkavé potřebě, kterou nelze ovládnout. Dále známe neurogenní neboli reflexní inkontinenci, kdy dochází k nechtěnému úniku moči, když se zvýší aktivita mikčního reflexu bez předchozích projevů. Pak máme paradoxní ischurii, to je stav při retenci močového měchýře, když moč odtéká samovolně z přeplněného močového měchýře. Zde se v každém případě zavádí permanentní močový katétr, protože inkontinenční ani jiné pomůcky nezamezí úniku. Poslední je forma kombinovaná, ke které může dojít například spojením stresové

a urgentní inkontinence. Při diagnostice inkontinence se pacienti edukují o tzv. mikční kartách, do kterých pacient zaznamenává údaje o množství vyloučené a uniklé moči a o použití inkontinenčních pomůcek. Kartu pacient předloží lékaři a ten vyhodnotí, jaký druh a stupeň inkontinence pacient má (Vytejšková et al, 2011).

Urolitiáza je jedna z poruch vyprazdňování močového měchýře z důvodu, že se někde v močového trubici nebo přímo v močovém měchýři nachází konkrement. Konkrementy jsou agregáty málo rozpustných solí a jejich tvorba je podmíněna krystalizací kamenotvorných látek. Výskyt urolitiázy stoupá s věkem a příčinou vzniku může být také nedostatečný přívod hořčičku, nedostatek pitné vody nebo nedostatečná konzumace ovoce a zeleniny. Příznaky jsou v této oblasti velmi rozmanité. Většinou bývá průběh asymptomatický (Vytejšková et al, 2011). Typický projev urolitiázy je renální kolika, což je náhle vzniklá, prudká bolest bederní oblasti. Dalšími průvodními projevy je nauzea a zvracení (Beniač, 2018). Prevencí proti vzniku urolitiáza je dostatečný příjem tekutin, kdy není vhodné podání minerální vody. A dále přívod kalcia, který je nejvíce obsažen v mléku (Vytejšková et al, 2011).

Dalšími poruchami vyprazdňování moči u imobilizačního syndromu je přítomnost krve v moči, resp. erytrocytů neboli hematurie. Krev může mít jakýkoliv původ, nejčastěji jsou to močové kameny nebo zánět močového měchýře. Dále proteinurie neboli přítomnost bílkoviny v moči, kdy za normálních okolností je do moči vylučováno jen minimální množství bílkovin, které se při vyšetření neprokáží. Vysoká proteinurie představuje 5 g/24 hodin, přičemž při neléčené proteinurii může vzniknout nefrotický syndrom. Ten označuje souhrn příznaků, jako je právě zmíněná vysoká proteinurie, hypoproteinemie, hyperlipoproteinemie a otoky dolních končetin. Vzniká na základě primárního onemocnění ledvin a většinou také souvisí se záněty močového ústrojí (Vokurka et al, 2018).

Dalším známým pojmem imobilizačního syndromu spojeného s vylučováním je retence moči, což je stav, kdy pacient není schopen vymočení anebo spontánního vyprázdnění celého močového měchýře. Tento problém pacientům způsobuje sociální diskomfort. Příznakem tohoto onemocnění je neschopnost začít močit, noční močení, slabý proud moči nebo akutní nutkání na močení. Příčinou bývají močové kameny nebo může jít o vedlejší účinek léků. Nejhorší možnou komplikací, které se může vyskytnout, je akutní renální selhání ledvin (Končelíková a Vaculová, 2021).

Akutní renální selhání ledvin se rozvíjí náhle, během několika hodin či dnů. Vzniká na podkladě tří mechanismů. Prerenální, renální a postrenální. Prerenální selhání ledvin vzniká na podkladě sníženého průtoku krve ledvinami. Renální selhání vzniká postižením funkční epitelové tkáně ledviny a postrenální vzniká při obstrukci močových cest. Projevem bývá náhlé snížení diurézy neboli oligurie, což je pokles pod 100 ml/24 hodin a zároveň vzniká retence urey a kreatininu (Navrátil et al, 2017).

1.1.7 Nervová soustava

V poslední teoretické části bakalářské práce se budu věnovat oblastem, které jsou velmi důležité z ošetrovatelského hlediska. Jedním z nejčastějších a nejobávanějších problémů je smyslová a sociální deprivace, na kterou se vážou problémy s orientací, spánkem, delirantní stavy a další příznaky, které můžeme shrnout pod celistvým názvem hospitalismus (Boháček a Koudelková, 2013).

Schopnost pohybu je naší základní potřebou každý den, ale jakmile se stane, že se dostaneme do situace, kdy jsme upoutaní na lůžko z jakéhokoli důvodu, tak se u nás může rozvinout syndrom sociální a smyslové deprivace. Nejčastěji se vyskytuje u dvou věkových skupin. Jednou skupinou jsou senioři a druhou děti. Aby náš mozek správně a zdravě fungoval je důležité, aby fungovala i jeho neustálá stimulace. Pokud tato stimulace chybí, dochází ke snížení výkonnosti lidského mozku. Máme plno zobrazovacích technik, které nám můžou prokazatelně ukázat, že sensorická deprivace může vést ke změnám v mozkové kůře, kde dochází ke zpomalení paměťových drah a k omezení nervového spojení, kde jsou uloženy naše každodenní aktivity. Po přijetí do nemocnice se u řady pacientů, převážně u seniorů může rozvinout tzv. hospitalismus. U pacientů se může objevit inkontinence, snížení sebeděče nebo pacienti odmítají jíst a pít. Tím vznikají další problémy, onemocnění a jejich komplikace (Boháček a Koudelková, 2013).

Dalším příznakem je narušení pravidelného intervalu mezi spánkem a bdělostí. Během narušení se začínají projevovat změny v srdečním rytmu a dochází k výkyvu hladin různých hormonů. Tyto změny se mohou prokázat už do 10 dnů od upoutání na lůžko. K narušení pravidelnosti spánku přispívá i pobyt v zatemněné místnosti nebo nepravidelnost spánku a nepravidelné polohování. Velmi často se také pacienti budou setkávat s nudou, která je největším stresorem. Když celý dny člověk leží v jedné

místnosti, během dne se kolem něj nic moc neděje, tak spí. Má to za následek problémy v cirkadiánním cyklu, většinou u seniorů. Objevuje se to převážně u pacientů, kteří trpí demencí. Poté jsou v noci neklidní a zmatení. Měli bychom také pacientům připomínat, jaký je den, měsíc a rok, aby si i oni sami ujasnili orientaci v čase. Můžeme jim na stůl vedle lůžka dát kalendář a pustit rádio nebo televizi (Boháček a Koudelková, 2013).

1.1.8 Psychická oblast

Imobilita je pro většinu pacientů velmi náročnou situací, zvláště pokud to zasáhne i členy rodiny z ohledu financí. Nemocný se musí vyrovnat s tím, že bude závislý na okolí a jeho role v tuto chvíli nebude naplněna. Ošetřovatelský personál by měl pacienta řádně edukovat a poskytovat mu dostatek informací. Pacienti jsou také velmi náchylní k poruchám orientace a personál by jim měl poskytnout podporu i v této oblasti, například tím, že jim umožní návštěvy příbuzných na pokoji, informovanost každého ošetřovatelského výkonu anebo by jim měli na přiměřenou dobu přes den i k večeru pustit rádio či televizi, aby pacienti zůstali čilí a bdělí (Vytejková et al., 2011).

U pacientů, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko a nemají žádné podněty ke zlepšení stavu, se může objevit syndrom deprese. Deprese u starších lidí často vzniká jako důsledek ztráty a samoty. Bývá spojována i s neschopností plánovat, rozhodovat se a s negativní koncentrací myšlenek a emocí. Často bývají také pacienti unavení, podráždění a můžou mít bolesti (Buijseen, 2021).

2 Ošetřovatelská péče u imobilizačního syndromu

2.1 Ošetřovatelská péče u pohybového systému

Zde se budeme zabývat ošetřovatelskou péčí zaměřenou na pohybový systém. Všichni pacienti jsou při imobilizačním syndromu upoutáni na lůžko a mají nedostatek pohybu. Máme formu pasivní rehabilitace, při které rehabilitaci provádí za pacienta zdravotnický personál, nebo přístroj. Tuto rehabilitaci mohou dělat i všeobecné zdravotní sestry. Jakmile začne pacient více spolupracovat, tak bychom měli zapojit více aktivní rehabilitace. Pacient by měl být schopen alespoň minimální pohybové aktivity, jako je například zvednutí se do sedu při jídle nebo pití. Určitě se zde nabízí i pomoc fyzioterapeuta nebo rehabilitační sestry, kteří jim pomůžou při následné rehabilitaci (Dosbaba et al, 2021).

2.2 Ošetřovatelská péče kůže

Zde popisujeme jeden z nejznámějších problémů imobilizačního syndromu a tím jsou dekubity. U prevence výskytu dekubitů je nejdůležitější ošetřovatelská péče, která by se měla provádět nepřetržitě. Cílem prevence je snížení tlaku a zkrácení jeho působení na místa, která jsou nejvíce náchylná. Pro prevenci dekubitů jsou také důležité i antidekubitní pomůcky, jako jsou matrace, podložky nebo pomůcky z molitanu. (Krajčík a Bajanová, 2012).

Nejrozšířenější klasifikací je škála NPUAP. Známé jsou 4 stupně dekubitů.

1. stupeň – erytém – zarudnutí kůže
2. stupeň – vzniká puchýř nebo vřed a okolí je začervenané, tato fáze může být velmi bolestivá
3. stupeň – vřed, který postihuje celou hloubku tkání až po fascii, zčervenání se změní na černohnědou krustu z odumřelých buněk, anebo žlutohnědý povlak
4. stupeň – dekubitus se prohlubuje více do hloubky a vzniká nekróza tkání, může být i poškození svalů a ostatních struktur, jako jsou šlachy, klouby nebo kosti (Kapounová, 2020).

Důležitou prevencí v oblasti kůže při dlouhodobém upoutání na lůžku je pravidelné promazávání krémy, které jsou na to určené a měla by se promazávat

především predilekční místa. Při hygieně musí být použity správné mycí prostředky, jako například mycí emulze nebo mycí pěna, které má vyvážené pH (Česko. Ministerstvo zdravotnictví, 2020).

2.3 Ošetřovatelská péče u kardiovaskulárního systému

Jedním z rizikových faktorů imobilizačního syndromu je hluboká žilní trombóza, u které je velmi důležitá ošetřovatelská péče. Zdravotnický personál by měl zajistit dle ordinace lékaře bandáže dolních končetin pomocí elastických obinadel. Dále by se měla zvážit lékařem antikoagulační terapie warfarinem či nízkomolekulárním heparinem. Pacient by se měl také pravidelně polohovat a měla by se u něj zahájit včasná rehabilitační péče, abychom zamezili zvýšenému riziku výskytu plicní embolie. Zdravotnický personál dále hodnotí barvu a teplotu kůže v okolí trombózy (Navrátil et al, 2018).

U dlouhodobě ležících pacientů na lůžku máme zvýšené riziko vzniku ortostatické hypotenze, kterou se dá vyvarovat tím, že se budeme snažit pacienty pravidelně posazovat. Dalším důležitým faktorem v prevenci ortostatické hypotenze je pravidelný a dostatečný přísun tekutin (gesundheit. gv. at, 2023).

2.4 Ošetřovatelská péče u respiračního systému

V tomto systému se bavíme o onemocnění hypostatická pneumonie, u kterého se nejčastěji provádí rehabilitace s názvem kontaktní dýchání, kdy se pacientovi na hrudník z obou stran přikládají ruce, které vedou pohyb hrudníku jemným stlačením do výdechu a pak se postupně a pomalu uvolňují do nádechu, přičemž se rozšiřuje hrudní stěna. Dále známe dechovou rehabilitaci, která podporuje vykašlávání a zbavení se hlenu, kdy pomocí rukou využíváme vibrace hrudníku, které se provádí při výdechu (Dosbaba a kol., 2021). Pokud bychom se nacházeli na jednotce intenzivní péče, můžeme kromě rehabilitace využít další možnosti, a to je například endotracheální odsávání, což řadíme mezi základní náplň sestry v intenzivní péči. Endotracheální odsávání se musí uzpůsobit potřebám pacienta. Většinou se provádí před větší manipulací s pacientem, jako je rehabilitace nebo ranní hygiena. Pokud máme pacienta při vědomí, měl by s námi spolupracovat.

A to tím, že ho vyzveme, aby při odsávání uvolnil hlen odkašláním. Odsávání by mělo být provedeno za velmi krátkou dobu, z důvodu toho, že pro pacienta to je velmi nepříjemný výkon (Kapounová, 2020).

U onemocnění plicní embolie máme důležitou prevenci nekouřit a pravidelně užívat antikoagulační léčbu warfarinem nebo nízkomolekulárním heparinem. Měli bychom eliminovat rizikové faktory, čímž se myslí léčba obezity a vysokého krevního tlaku a u žen zvážit podání antikoncepce. Pacienti by měli být ve zvýšené Fowlerově poloze, měli by dostávat dostatečné množství tekutin a měli bychom jim zajistit dostatek klidu a psychické pohody (Šafránková a Nejedlá, 2006).

2.5 Ošetrovatelská péče u gastrointestinálního systému

Důležitým ošetrovatelským postupem při průjmu je dostatečná hydratace a dieta, které spočívá v podání například sucharů, banánů a zeleninových polévek. Dále postupně zvyšujeme příjem jídla dle tolerance s vynecháním tučných, smažených nebo kořeněných pokrmů (Navrátil a kol., 2017).

Dalším onemocněním je zácpa, u které pacienti musí dbát na dostatečný příjem tekutin, jako je například voda nebo bylinkové čaje. Dále by měli mít zvýšené množství vlákniny v potravě, dietu a užívat probiotika. Měli bychom jim měřit příjem tekutin a zapisovat jej do denních dekurzů. (Navrátil a kol., 2017).

Při vzniku dehydratace u imobilního pacienta si musíme dát pozor na to, že pacienti, kteří jsou upoutáni na lůžko, mívají strach z vyprazdňování, a proto omezují příjem tekutin a mohou si tím způsobit další komplikace, jako je například zácpa (Vytejšková et al., 2019). Ke zvýšení chuti k hydrataci můžeme pacientům dopomocť tím, že jim budeme podávat nápoje s různou příchutí nebo i dokonce s různou barvou nápoje. Při dehydrataci by se měla nejčastěji podávat voda, nezáleží, jestli je perlivá či neperlivá (Florence, 2015). Měli bychom také zaznamenávat denní příjem i výdej tekutin (Navrátil a kol., 2017).

Dalším závažným onemocněním je obezita, u které musíme důkladně edukovat pacienty o správném životním stylu, do kterého spadá správné stravování a ním spojená dietoterapie, kterou předepíše lékař a jídelníček určuje nutriční terapeut (Pichlerová, 2023).

2.6 Ošetrovatelská péče u uropoetického systému

U onemocnění s názvem cystitida, které může postihnout kteréhokoli pacienta, který je upoutaný na lůžko, máme ošetrovatelskou péči a zároveň i prevenci dostatečný přísun tekutin a dostatek tepla. Při imobilizaci je vhodné pacienty pobízet, aby se dostatečně hydratovali a měli bychom jim měřit příjem i výdej moči. Dále je velmi důležitá kontrola permanentního močového katétru a následně i jeho včasná výměna v rámci prevence vzniku zánětu (TZ, 2016). Velmi důležitým pojmem u imobilizačního syndromu je retence moči, u které v rámci ošetrovatelské péče musíme zahrnout včasnou hospitalizaci, dále by pacienti měli dodržovat dietu, která by neměla obsahovat bílkoviny, ale i draslík. Pacienti by si měli dát pozor na zvýšené množství ovoce a zeleniny (Čeledová et al, 2017).

Můžeme se také zmínit o inkontinenci moči, která se vyskytuje hlavně u starších pacientů, a v rámci ošetrovatelské péče zahrnout zvýšený příjem tekutin, dostatek vlákniny v jídle a měli bychom pacienty, kteří jsou imobilní, pobízet k nácvičku mikční reflexu močového měchýře a zapojit je do rehabilitace, při které by si došli s pomocí zdravotnického personálu či fyzioterapeuta do koupelny (Drábková, 2015).

2.7 Ošetrovatelská péče nervové soustavy a psychické oblasti

V těchto dvou systémech je ošetrovatelská péče důležitá z ohledu, na to že musíme s pacienty dostatečně komunikovat, aby měli dostatek informací. Imobilita je pro ně náročnou situací, se kterou se každý pacient bude vyrovnávat jinak. Pacienty bychom měli zapojovat do všech činností, které oni sami zvládnou. Jako například ranní hygieny, oblékání anebo jim dát možnost, aby se sami najedli nebo napili a v těchto ohledech bychom měli být velmi trpěliví (Vytejková et al, 2011).

3 Praktická část

3.1 Cíle a výzkumné předpoklady/otázky

V mé bakalářské práci jsem stanovila 5 cílů a k tomu 5 výzkumných předpokladů.

Cíle práce:

1. Cílem práce je zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně imobilizačního syndromu.
2. Cílem práce je zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v rámci jeho komplikací u pohybového aparátu a kůže.
3. Cílem práce je zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně prevence imobilizačním syndromu v rámci jeho komplikací v kardiovaskulárním a respiračním systému.
4. Cílem práce je zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně prevence imobilizačním syndromu v rámci jeho komplikací v gastrointestinálním a uropoetickém traktu.
5. Cílem práce je zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně prevence imobilizačním syndromu v rámci jeho komplikací v nervové soustavě a v psychické oblasti.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že více jak 70 % sester má znalosti o imobilizačním syndromu.
2. Předpokládáme, že více jak 60 % sester má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v rámci jeho komplikací u pohybového aparátu a kůže.
3. Předpokládáme, že více jak 50 % sester má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v rámci jeho komplikací v kardiovaskulárním a respiračním systému.
4. Předpokládáme, že více jak 50 % sester má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v rámci jeho komplikací v gastrointestinálním a uropoetickém traktu.
5. Předpokládáme, že více jak 50 % sester má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v rámci jeho komplikací v nervové soustavě a v psychické oblasti.

3.2 Metody

Výzkum probíhal kvantitativní metodou pomocí nestandardizovaného dotazníku, příloha C, který se skládal z 21 výzkumných otázek. Z celkového počtu byly 2 otázky otevřené (otázky č. 1 a 5), kdy tyto otázky respondenti vyplňovali individuálně a zbytek, byly otázky uzavřené (otázky č. 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21). První tři otázky (otázky č. 1, 2 a 3) byly zaměřené na všeobecný pohled na imobilizační syndrom, jeho prvotní příznaky a prevenci. Otázky č. 4, 5, 7, 8 a 9 byly zaměřené na prevenci imobilizačního syndromu pohybového aparátu a kůže. Další otázky (otázky č. 6, 10, 11 a 12) se zaměřily na prevenci imobilizačního syndromu v kardiovaskulárním a respiračním systému. Otázky č. 13, 14, 15 a 16 byly zaměřené na prevenci imobilizačního syndromu v gastrointestinálním a uropoetickém systému. Zbylé otázky č. 17 a 18 se zaměřily na prevenci imobilizačního syndromu v nervové soustavě a psychické oblasti. Výzkumnými otázkami č. 19, 20 a 21 jsem se dotazovala všeobecných sester na jejich věk, délku jejich praxe ve zdravotnictví a jejich vzdělání.

Předvýzkum probíhal v nemocnici Jičín v srpnu 2023, jehož cílem bylo zjištění, zda jsou všechny otázky srozumitelné a pochopitelné. V rámci předvýzkumu byly osloveny čtyři všeobecné sestry na chirurgickém a interním oddělení. Návratnost činila 100 %, na základě předvýzkumu byl navýšen výzkumný předpoklad č. 2 z 50 % na 60 %, dále výzkumný předpoklad č. 3 ze 40 % na 50 %, výzkumný předpoklad č. 4 z 30 % na 50 % a poslední výzkumný předpoklad č. 5 z 25 % na 50 % a dotazník byl použit k hlavnímu výzkumnému šetření.

Pro hlavní výzkumnou část bylo osloveno 60 všeobecných sester na interním a chirurgickém oddělení nemocnice Jičín. Před zahájením celkového výzkumu byl zajištěn písemný souhlas nemocnice Jičín, příloha A, konkrétně od hlavní sestry nemocnice, Mgr. Moniky Köstingerové. Sběr dat pomocí dotazníku, příloha B, probíhal během srpna a září 2023. Respondenti se výzkumu zúčastnili dobrovolně a v plné anonymitě. Anonymita byla zajištěna tím, že mi staniční sestry z interního a chirurgického oddělení předaly vyplněné dotazníky.

Celkem jsem do nemocnice dala 60 dotazníků, 30 na chirurgické oddělení a 30 na interní oddělení. Z celkového počtu návratnost činila 98,3 % (59 dotazníků). Všechny 59 dotazníků bylo využito ve výzkumném šetření.

3.3 Analýza výzkumných dat

Data, která jsem zpracovávala, byla vyhodnocována v programech Microsoft® Word 2023 a Microsoft® Excel 2023. Výsledná data byla zpracována do tabulek, kde jsem vypočítala absolutní četnost (n_i) a, relativní četnost (f_i) a celková četnost (Σ). Hodnoty relativní četnosti jsou zaokrouhleny v komentáři na jedno desetinné místo. Správně zodpovězené odpovědi jsou v tabulce zvýrazněny barevně.

Analýza výzkumné otázky č. 1: Prosím definujte pojem imobilizační syndrom

Tabulka č. 1 Vyplnění pojmu imobilizační syndrom

	N_i [-]	F_i [%]
Nepohyblivost	58	98,30
Nevím	1	1,70
Σ	59	100,00

Ve výzkumném šetření jsem oslovila sestry na interním a chirurgické oddělení. Z celkového počtu 59 sester odpovědělo 58 (98,3 %) správně a 1 sestra (1,7 %) nevěděla.

Analýza výzkumné otázky č. 2: Kdy se mohou objevit první příznaky imobilizačního syndromu od upoutání na lůžko?

Tabulka č. 2 První příznaky imobilizačního syndromu

	N_i [-]	F_i [%]
Do týdne	9	15,3
Do několika hodin	35	59,3
Do 3 dnů	15	25,4
Σ	59	100,0

V dotazníkové položce č. 2 jsem za správnou považovala odpověď b) do několika hodin. Kdy dle Vytejškové dochází k rozvoji prvních příznaků imobilizačního syndromu

již několik hodin od vzniku imobility. Tuto správnou možnost zvolilo celkem 35 sester, tedy vyjádřeno v relativní četnosti celkem necelých 60 % respondentů. 9 dotázaných si myslí, že první příznaky imobilizačního syndromu se projeví zhruba do týdne a 15 respondentů uvádí časový interval 3 dnů.

Analýza výzkumné otázky č. 3: Prevencí imobilizačního syndromu může být?

Tabulka č. 3 Prevence imobilizačního syndromu

	N_i [-]	F_i [%]
Správná výživa	52	26,4
Polohování	56	28,4
Zákaz návštěv na pokoji	1	0,5
Dostatečný spánek	40	20,3
Omezení mobility nebo její zákaz	1	0,5
Informovanost pacienta	47	23,9
Σ	197	100,0

V dotazníkové otázce č. 3 všeobecné sestry uváděly, jakou by zvolili prevenci imobilizačního syndromu. Dostala jsem celkově 197 odpovědí. Za správnou odpověď jsem považovala dle Dosbavy, možnosti: a) správná výživa, za b) polohování, za d) dostatečný spánek a za f) informovanost pacienta. Nejvíce sestry zvolily odpovědi „správná výživa a polohování“. Odpovědi dostatečný spánek a informovanost pacienta nám odpovědělo zhruba 20 % dotázaných.

Tabulka č. 22 Kombinace odpovědí otázky č. 3

	N_i [-]	F_i [%]
A+D+F	1	1,7
A+D	1	1,7
B+F	2	3,4
A+B+D+F	30	50,8
A+B+D	5	8,5
A+B+F	11	18,6
A+B	5	8,5
B+D+F	2	3,4
A+B+C+D+E+F	1	1,7
B+E	1	1,7
Σ	59	100,0
Správná odpověď	30	50,8
Špatná odpověď	29	49,2
Σ	59	100,0

Tabulka 22 znázorňuje četnost výběru jednotlivých kombinací odpovědí dotazníkové položky č. 3. Správnou odpovědí byla kombinace „správná výživa, polohování, dostatečný spánek a informovanost pacienta“, kterou vybralo 30 respondentů (50,8 %). Zbýlých 29 respondentů zvolilo minimálně jednu špatnou odpověď nebo alespoň jednu správnou odpověď vynechali. Špatně tedy odpovědělo 49,2 % dotázaných.

Analýza výzkumné otázky č. 4: Jak často by se měli pacienti, kteří jsou upoutáni na lůžko polohovat?

Tabulka č. 4 Polohování pacientů

	N_i [-]	F_i [%]
Každé 2 hodiny v noci	7	6,5
Každé 3 hodiny přes den	5	4,7
Každé 2 hodiny přes den	46	43,0
2 hodiny jak přes den, tak v noci	9	8,4
Každé 3 hodiny v noci	40	37,4
Σ	107	100,0

V dotazníkové otázce č. 4 jsem se ptala na polohování pacientů. Za správné odpověď jsem dle Krajčíka a Bajanové považovala, možnosti za c) každé 2 hodiny přes den a za e) každé 3 hodiny v noci, které také byly nejvíce vybírány.

Tabulka č. 23 Kombinace odpovědí otázky č. 4

	N_i [-]	F_i [%]
C	4	6,8
D	7	11,9
C+E	36	64,0
A+B	2	3,4
B+E	2	3,4
A+C	3	5,0
C+D	2	3,4
A+B+C+E	2	3,4
A+C+D	1	1,7
Σ	59	100,0
Správná odpověď	36	61,0
Špatná odpověď	23	39,0
Σ	59	100,0

Tabulka 23 znázorňuje četnost vývěru jednotlivých kombinací odpovědí dotazníkové položky č. 4. Správnou odpovědí byla kombinace za c) polohování

každé 2 hodiny přes den a za e) každé 3 hodiny v noci, kterou vybralo 36 respondentů (64 %). Zbylých 23 respondentů zvolilo minimálně jednu špatnou odpověď nebo alespoň jednu správnou odpověď vynechali. Špatně tedy odpovědělo 36 % dotázaných.

Analýza výzkumné otázky č. 5: Napište, které pomůcky byste zvolili při polohování pacienta na bok?

Tabulka č. 5 Pomůcky na polohování

	N_i [-]	F_i [%]
Polštář	41	36,0
Deka	18	15,8
Molitanové pomůcky	13	11,4
Válec	14	12,3
Klíny	17	15,0
Kolega	7	6,0
Nevím	4	3,5
Σ	114	100,0

Na otevřenou otázku č. 5 respondenti uvedli celkem 114 odpovědí. „Polštář“ napsalo 41 sester (36 %). „Deku“ vepsalo 18 sester (15,8 %). „Molitanové pomůcky“ uvedlo 13 sester (11,4 %). „Válec“ zaškrtno 14 sester (12,3 %). „Klíny“ odpovědělo 17 sester (15 %). A „kolegu“ napsaly 4 sestry (3,5 %).

Analýza výzkumné otázky č. 6: Kdy nastává ortostatický kolaps?

Tabulka č. 6 Ortostatický kolaps

	N_i [-]	F_i [%]
Při mobilizaci končetin	0	0
Při otočení na bok	0	0
Při rychlé změně polohu do sedu či stoje	59	100
Σ	59	100

Na výzkumnou otázku č. 6 mi odpovědělo všech 59 sester správně (100 %), že ortostatický kolaps nastává při rychlé změně polohy do sedu či stoje.

Analýza výzkumné otázky č. 7: Co znamená pojem pasivní rehabilitace?

Tabulka č. 7 Pasivní rehabilitace

	N_i [-]	F_i [%]
Je vyvolána silou vlastních svalů	1	1,7
Jedná se o kondiční cvičení	3	5,1
Je to rehabilitační technika, které nevyžaduje aktivní přístup pacienta	55	93,2
Σ	59	100,0

Z 59 respondentů pouze jedna (1,7 %) sestra zvolila možnost A) že pasivní rehabilitace je vyvolána silou vlastních svalů. Tři (5,1 %) všeobecné sestry zvolily odpověď B) jedná se o kondiční cvičení a odpověď C) je to rehabilitační technika, která nevyžaduje aktivní přístup pacienta, napsalo 55 dotázaných (93,2 %).

Analýza výzkumné otázky č. 8: Co může sestra provádět v rámci ošetrovatelské rehabilitace?

Tabulka č. 8 Ošetrovatelská rehabilitace

	N_i [-]	F_i [%]
Nic, taková rehabilitace neexistuje	0	0,0
Dopomoc k pohybu při ranní hygieně	54	38,6
Nácvik chůze k doprovodu do koupelny	50	35,7
Chůzi v chodítku s pacientem	36	25,7
Σ	140	100,0

V dotazníkové otázce č. 8 uváděli, jakou ošetrovatelskou rehabilitaci může provádět všeobecná sestra. Získala jsem celkově 140 odpovědí. Za správnou odpověď jsem považovala dle Dosbavy možnosti za B) dopomoc k pohybu při ranní hygieně a za C) nácvik chůze k doprovodu do koupelny, které byly také nejčastěji zvoleny. Zhruba 26 % dotázaných odpovědělo možností D) chůzi v chodítku s pacientem.

Tabulka č. 24 Kombinace odpovědí otázky č. 8

	N_i [-]	F_i [%]
B+C	17	28,9
B+C+D	32	54,2
C+D	3	5,0
B+D	5	8,5
B	2	3,4
Σ	59	100,0
Správná odpověď	17	28,8
Špatná odpověď	42	71,2
Σ	59	100,0

Tabulka 24 znázorňuje četnost vývěru jednotlivých kombinací odpovědí dotazníkové položky č. 8. Správnou odpovědí byla kombinace za B) dopomoc chůze k pohybu při ranní hygieně a za C) nácvik chůze k doprovodu do koupelny, kterou vybralo 17 respondentů (28,9 %). Zbýlých 42 respondentů zvolilo minimálně jednu špatnou odpověď nebo alespoň jednu správnou odpověď vynechali. Špatně odpovědělo 71,2 % dotázaných.

Analýza výzkumné otázky č. 9: Znáte typická predilekční místa vzniku dekubitů?

Tabulka č. 9 Predilekční místa vzniku dekubitů

	N_i [-]	F_i [%]
Paty	56	39,7
Hýždě	54	38,3
Prsty u ruky	2	1,4
Ušní boltec	29	20,6
Σ	141	100,0

V dotazníkové otázce č. 9 všeobecné sestry vybíraly, jaká jsou predilekční místa vzniku dekubitů. Získala jsem celkově 141 odpovědí. Za správnou odpověď dle Kapounové jsem považovala možnosti A) paty, B) hýždě a za D) ušní boltec. Nejvíce

byla zvolena odpověď za A) paty a za B) hýždě. Přibližně 21 % dotázaných vybralo možnost D) ušní boltec.

Tabulka č. 25 Kombinace odpovědí otázky č. 9

	N_i [-]	F_i [%]
A+B+D	26	44,0
A+B	29	49,2
A+C	1	1,7
B+D	2	3,4
A	1	1,7
Σ	59	100,0
Správná odpověď	26	44,1
Špatná odpověď	33	55,9
Σ	59	100,0

Tabulka 25 znázorňuje četnost výběru jednotlivých kombinací odpovědí dotazníkové položky č. 9. Správnou odpovědí byla dle Kapounové kombinace A) paty, B) hýždě a za C) ušní boltec, kterou vybralo 26 respondentů (44 %). Zbylých 33 respondentů zvolilo minimálně jednu špatnou odpověď nebo alespoň jednu správnou odpověď vynechali. Špatně tedy odpovědělo necelých 56 % dotázaných.

Analýza výzkumné otázky č. 10: Jakou budete volit prevenci při již vzniklé plicní embolii?

Tabulka č. 10 Prevence plicní embolie

	N_i [-]	F_i [%]
Povolit kouření	1	0,6
Elastické punčochy	50	29,9
Klid na lůžku bez rehabilitace	11	6,6
Antikoagulační léčba	52	31,2
Eliminace rizikových faktorů	53	31,7
Σ	167	100,0

V dotazníkové otázce č. 10 respondenti určovali prevenci plicní embolie. Obdržela jsem celkově 167 odpovědí. Za správnou odpověď jsem považovala dle Kapounové možnosti za B) elastické punčochy, D) antikoagulační léčbu a za E) eliminaci rizikových faktorů, tyto správné odpovědi zvolila většina respondentů správně a byly také nejčastější.

Tabulka č. 26 Kombinace odpovědí otázky č. 10

	N_i [-]	F_i [%]
B+D+E	36	61,0
B+D	3	5,0
E	1	1,7
B+E	4	6,8
B+C+D+E	5	8,5
D+E	5	8,5
C+D+E	2	3,4
A+B+C+D+E	1	1,7
B+C+D	2	3,4
Σ	59	100,0
Správná odpověď	36	61,0
Špatná odpověď	23	39,0
Σ	59	100,0

Tabulka 26 znázorňuje četnost výběru jednotlivých kombinací odpovědí dotazníkové položky č. 10. Správnou odpovědí byla dle Kapounové kombinace za B) elastické punčochy, za D) antikoagulační léčba a za E) eliminace rizikových faktorů, kterou vybralo 36 respondentů (61 %). Zbýlých 23 respondentů zvolilo minimálně jednu špatnou odpověď nebo alespoň jednu správnou odpověď vynechali. Špatně tedy odpovědělo 39 % dotázaných.

Analýza výzkumné otázky č. 11: Imobilita je rizikovým faktorem pro vznik?

Tabulka č. 11 Rizikové faktory imobilizačního syndromu

	N _i [-]	F _i [%]
Infarkt myokardu	5	3,5
Hluboké žilní trombózy	53	37,6
Nádorové onemocnění	1	0,7
Pneumonie	53	37,6
Dehydratace	29	20,6
Σ	141	100,0

V dotazníkové otázce č. 11 respondenti popisovali rizikové faktory imobilizačního syndromu. Dostala jsem celkově 141 odpovědí. Za správnou odpověď jsem dle Vytejškové považovala možnosti B) hluboké žilní trombózy, D) pneumonie a za E) dehydratace. Nejčastější odpovědí byla možnost za B) hluboká žilní trombóza a za D) pneumonie, odpověď za E) dehydratace zvolilo přibližně 21 % dotázaných.

Tabulka č. 27 Kombinace odpovědí otázky č. 11

	N _i [-]	F _i [%]
B+D+E	20	33,9
B+D	24	40,7
B	2	3,4
D+E	4	6,8
A+B+D	3	5,0
B+E	4	6,8
A+B+C+D+E	1	1,7
A+D	1	1,7
Σ	59	100,0
Správná odpověď	20	33,9
Špatná odpověď	39	66,1
Σ	59	100,0

Tabulka 27 znázorňuje četnost výběru jednotlivých kombinací odpovědí dotazníkové položky č. 11. Správnou odpovědí dle Vytejškové byla kombinace za B)

hluboké žilní trombózy, za D) plicní embolie a za E) dehydratace, kterou vybralo 20 respondentů (33,9 %). Zbýlých 39 respondentů zvolilo minimálně jednu špatnou odpověď nebo alespoň jednu správnou odpověď vynechali. Špatně tedy odpovědělo 66,1 % dotázaných.

Analýza výzkumné otázky č. 12: Jakou rehabilitační techniku na podporu vykašlávání může sestra využít?

Tabulka č. 12 Rehabilitační techniky na podporu vykašlávání

	N_i [-]	F_i [%]
Vibrace hrudníku pomocí rukou	11	18,6
Kontaktní dýchání	26	44,2
Vypodložení hlavy, aby byl pacient ve zvýšené poloze	22	37,2
Σ	59	100,0

U výzkumné otázky č. 12 mi 11 (18,6 %) respondentů odpovědělo, že by využilo vibrace hrudníku pomocí rukou, což je dle Dosbaba (Dosbaba a kol., 2021) správná odpověď. 26 (44,2 %) respondentů by využilo kontaktní dýchání, což je i správná odpověď a 22 (37,2 %) všeobecných sester by vypodložily hlavu, aby byl pacient ve zvýšené poloze.

Tabulka č. 28 Kombinace odpovědí otázky č. 12

	N_i [-]	F_i [%]
A+B	14	6,8
A+B+C	2	3,4
A	5	22,0
B	16	33,9
C	21	23,7
B+C	1	1,7
A+C	5	8,5
Σ	59	100,0
Správná odpověď	14	6,8
Špatná odpověď	45	93,2
Σ	59	100,0

Tabulka 28 znázorňuje četnost výběru jednotlivých kombinací odpovědí dotazníkové položky č. 12. Správnou odpovědí byla odpověď A) Vibrace hrudníku pomocí rukou a B) kontaktní dýchání, kterou vybrali 4 respondenti (6,8 %). Zbylých 55 respondentů zvolilo minimálně jednu špatnou odpověď nebo alespoň jednu správnou odpověď vynechali. Špatně tedy odpovědělo 93,2 % dotázaných.

Analýza výzkumné otázky č. 13: Zácpa je charakterizována méně častým vyprázdněním stolice:

Tabulka č. 13 Zácpa

	N _i [-]	F _i [%]
Méně jak 4krát za týden	11	18,6
Méně jak 3krát za týden	48	81,4
Méně jak 5krát za týden	0	0,0
Σ	59	100,0

U výzkumné otázky č. 13 mi 11 (18,6 %) všeobecných sester odpovědělo, že méně jak 4krát za týden a 48 (81,4 %) jich odpovědělo správně, méně jak 3krát za týden. Méně jak 5krát za týden neodpověděl nikdo.

Analýza výzkumné otázky č. 14: Prevencí obezity je dietoterapie, kdo sestavuje jídelníček pro pacienty?

Tabulka č. 14. Dietoterapie

	N _i [-]	F _i [%]
Všeobecná sestra	0	0
Ošetřovatel	0	0
Nutriční terapeut	59	100
Σ	59	100

Na výzkumnou otázku č. 14 mi odpovědělo všech 59 všeobecných sester správně (100 %).

Analýza výzkumné otázky č. 15: Jaká je hodnota BMI u I. Stupně obezity?

Tabulka č. 15 BMI u I. Stupně obezity

	N_i [-]	F_i [%]
25 – 28,7	18	30,5
32 – 35,8	7	11,9
30 – 34,9	34	57,6
Σ	59	100,0

Hodnotu BMI u I stupně obezity v rozmezí 25 – 28,7 zvolilo 18 všeobecných sester (30,5 %), druhou nesprávnou odpověď uvedlo 7 sester (11,9 %) tedy, že BMI u I. stupně obezity je v rozmezí 32 – 35,8. A třetí správnou odpověď, že hodnota BMI u I. stupně obezity je 30 – 34,9 zaškrtnulo 34 sester (57,6 %).

Analýza výzkumné otázky č. 16: Jaké opatření byste volili v rámci prevence cystitidy?

Tabulka č. 16 Prevence cystitidy

	N_i [-]	F_i [%]
Dostatečný přísun tekutin	58	37,4
Nezadržování močení	47	30,3
Chlad	0	0,0
Teplo	50	32,3
Σ	155	100,0

V dotazníkové otázce č. 16 sestry popisovaly prevenci cystitidy. Respondenti označili celkem 155 odpovědí. Za správnou odpověď jsem dle časopisu Florence považovala možnosti za A) dostatečný přísun tekutin, za B) nezadržování močení a za D) teplo. Nejvíce byla zvolena odpověď za A) dostatečný přísun tekutin. Možnosti B) nezadržování močení a D) teplo vybralo zhruba 30 % dotázaných.

Tabulka č. 29 Kombinace odpovědí otázky č. 16

	N _i [-]	F _i [%]
A+B+D	42	71,2
A+D	9	15,3
A	3	5,0
A+B	7	8,5
Σ	59	100,0
Správná odpověď	42	71,2
Špatná odpověď	17	28,8
Σ	59	100,0

Tabulka 28 znázorňuje četnost vývěru jednotlivých kombinací odpovědí dotazníkové položky č. 16. Správnou odpovědí dle časopisu Florence byla kombinace za A) dostatečný přísun tekutin, za B) nezadržování močení a za D) teplo, kterou vybralo 42 respondentů (71,2 %). Zbýlých 17 respondentů zvolilo minimálně jednu špatnou odpověď nebo alespoň jednu správnou odpověď vynechali. Dohromady nám to tedy relativní četností vychází, že špatně odpovědělo 28,8 % dotázaných.

Analýza výzkumné otázky č. 17: Čím pomůžeme pacientovi, který bude neklidný nebo zmatený?

Tabulka č. 17 Pomoc při zmatenosti, či neklidu

	N _i [-]	F _i [%]
Zákaz návštěv	1	0,8
Dáme mu sedativa dle ordinace lékaře	55	46,2
Uklidníme ho pomocí verbální komunikace	55	46,2
Kurtace pacienta	8	6,8
Σ	119	100,0

V dotazníkové otázce č. 17 respondenti vybírali možnosti pomoci při zmatenosti či neklidu pacienta. Dostali jsme celkově 119 odpovědí. Za správnou odpověď dle Boháčka a Koudelkové jsem považovala možnosti za B) dát sedativa dle ordinace lékaře a za C) uklidnit pacienta pomocí verbální komunikace, které byly nejčastější.

Tabulka č. 30 Kombinace odpovědí otázky č. 17

	N _i [-]	F _i [%]
B+C	45	76,3
B	2	3,4
B+C+D	6	10,1
B+D+E	1	1,7
A+B+D	1	1,7
C	4	6,8
Σ	59	100,0
Správná odpověď	45	76,3
Špatná odpověď	14	23,7
Σ	59	100,0

Tabulka 29 znázorňuje četnost vývěru jednotlivých kombinací odpovědí dotazníkové položky č. 17. Správnou odpovědí byla dle Kapounové kombinace za B) dát pacientovi sedativa dle ordinace lékaře a za C) uklidnit ho pomocí verbální komunikace, kterou vybralo 45 respondentů (76,3 %). Zbýlých 14 respondentů zvolilo minimálně jednu špatnou odpověď nebo alespoň jednu správnou odpověď vynechali. Špatně tedy odpovědělo 23,7 % dotázaných.

Analýza výzkumné otázky č. 18: Jakou byste zvolili prevenci při nespavosti místo podání hypnotik?

Tabulka č. 18 Prevence nespavosti

	N _i [-]	F _i [%]
Neusínat ve stresu	55	50,0
Žádná aktivita přes den	1	0,9
Dát si před usnutím kávu/ silný čaj	2	1,8
Nejíst minimálně 3 hodiny před ulehnutím	52	47,3
Σ	110	100,0

V dotazníkové otázce č. 18 sestry vybíraly možnosti k prevenci nespavosti místo podání hypnotik. Dostala jsem celkově 110 odpovědí. Za správnou odpověď dle Vytečkové jsem považovala možnosti za A) neusínat ve stresu a za D) nejíst

minimálně 3 hodiny před ulehnutím. Nejčastěji byla zvolena odpověď A) neusínat ve stresu. Možnost D) nejíst minimálně 3 hodiny před ulehnutím vybralo přibližně 47 % všeobecných sester.

Tabulka č. 31 Kombinace odpovědí otázky č. 18

	N _i [-]	F _i [%]
D	4	6,8
A+D	47	79,7
A	6	10,1
A+C	1	1,7
A+B+C+D	1	1,7
Σ	59	100,0
Správná odpověď	45	76,3
Špatná odpověď	14	23,7
Σ	59	100,0

Tabulka 30 znázorňuje četnost vývěru jednotlivých kombinací odpovědí dotazníkové položky č. 17. Správnou odpovědí byla kombinace za A) neusínat ve stresu a za D) nejíst minimálně 3 hodiny před ulehnutím, kterou vybralo 45 respondentů (76,3 %). Zbýlých 14 respondentů zvolilo minimálně jednu špatnou odpověď nebo alespoň jednu správnou odpověď vynechali. Dohromady nám to tedy relativní četností vychází, že špatně odpovědělo 23,7 % dotázaných.

Analýza výzkumné otázky č. 19: Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 19 Vzdělání

	N _i [-]	F _i [%]
Středoškolské	37	62,7
Vyšší odborné	7	11,9
Bakalářské	13	22,0
Magisterské	2	3,4
Σ	59	100,0

Na výzkumnou otázku č. 19 mi odpovědělo 59 všeobecných sester. Z toho 37 (62,7 %) má středoškolské vzdělání, 7 (11,9 %) má vyšší odborné vzdělání, 13 (22 %) má bakalářské vzdělání a 2 zdravotní sestry (3,4 %) mají magisterské vzdělání.

Analýza výzkumné otázky č. 20: Kolik let jste v praxi?

Tabulka č. 20 Praxe ve zdravotnictví

	N_i [-]	F_i [%]
Méně jak 10 let	23	39,0
11–20 let	8	13,6
21–30 let	19	32,2
31–40 let	6	10,2
41 a více let	3	5,0
Σ	59	100,0

Na výzkumnou otázku č. 20 mi odpovědělo 23 (39 %) všeobecných sester, že jsou v praxi méně jak 10 let. 8 (13,6 %) sester mi napsalo, že jsou v praxi 11–20 let, 19 (32,2) všeobecných sester je v praxi 21–30 let, 6 (10,2 %) jich je v praxi 31–40 let a 3 (5 %) všeobecné sestry jsou v praxi 41 a více let.

Analýza výzkumné otázky č. 21: Kolik Vám je let?

Tabulka č. 21 Věk

	N_i [-]	F_i [%]
18–24 let	14	23,7
25–30 let	7	11,9
31–50 let	28	47,5
51–60 let	8	13,5
61 a více let	2	3,4
Σ	59	100,0

Na výzkumnou otázku č. 21 mi odpovědělo, že 14 (23,7 %) jich je v rozmezí 18–24 let, 7 (11,9 %) zdravotních sester je mezi 25–30 lety, 28 (47,5 %) jich je v rozmezí 31–50 let, 8 (13,5 %) jich je v rozmezí 51–60 let a 2 (3,4 %) jich je v rozmezí 61 a více let.

je v rozmezí 31–50 let, 8 (13,5 %) zdravotních sester je ve věku 51–60 let a 2 (3,4 %) zdravotní sestry jsou nad 61 let.

3.4 Vyhodnocení cílů a výzkumných otázek/předpokladů

V bakalářské práci bylo stanoveno 5 výzkumných cílů a 5 výzkumných předpokladů. Výsledky byly zpracovány do tabulek a pro ověření výzkumných předpokladů byl použit výpočet pomocí aritmetického průměru.

3.4.1 Analýza výzkumného cíle č. 1 a výzkumného předpokladu č. 1

Výzkumným cílem č. 1 bylo zjistit, jaké mají všeobecné zdravotní sestry přehled o prevenci imobilizačního syndromu. Bylo předpokládáno, že 70 % sester zná prevenci imobilizačního syndromu. K tomuto výzkumnému cíli a výzkumnému předpokladu se vztahovaly dotazníkové otázky č. 1, 2 a 3. Otázky byly zaměřeny na zjištění obecné prevence imobilizačního syndromu.

Tabulka č. 32 Analýza výzkumného cíle č. 1 a výzkumného předpokladu č. 1

	Správné odpovědi [%]	Nesprávné odpovědi [%]
Dotazníková položka č. 1	98,3	1,70
Dotazníková položka č. 2	59,3	40,70
Dotazníková položka č. 3	50,8	49,20
Aritmetický průměr	69,5	30,50

Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že 69,5 % všeobecné sestry má dostatečné znalosti o prevenci imobilizačního syndromu. Je nutné konstatovat, že výsledky výzkumného šetření nejsou v souladu s výzkumným předpokladem č. 1. Výzkumný cíl č. 1 byl splněn, bylo zjištěno, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu.

3.4.2 Analýza výzkumného cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2

Výzkumným cílem č. 2 bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v rámci jeho komplikací u pohybového aparátu a kůže. Bylo předpokládáno, že 60 % zdravotních sester zná prevenci komplikací v pohybovém aparátu a v systému kůže. K tomuto výzkumnému cíli a výzkumnému předpokladu byly přiřazeny dotazníkové otázky č. 4, 5, 7 a 9. Otázky byly zaměřeny na zjištění komplikací imobilizačního syndromu v pohybovém systému a v systému kůže.

Tabulka č. 33 Analýza výzkumného cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2

	Správné odpovědi [%]	Nesprávné odpovědi [%]
Dotazníková položka č. 4	64,0	36,0
Dotazníková položka č. 5	96,5	3,5
Dotazníková položka č. 7	93,1	6,8
Dotazníková položka č. 8	28,9	71,1
Dotazníková položka č. 9	44,0	56,0
Aritmetický průměr	65,2	34,8

Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že 65,2 % všeobecných sester má dostatečné znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v oblasti pohybového aparátu a kůže. Výsledky výzkumného šetření jsou v souladu s výzkumným předpokladem č. 2. Výzkumným cílem č. 2 byl splněn, bylo zjištěno, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v oblasti pohybového aparátu a kůže.

3.4.3 Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3

Výzkumným cíle č. 3 bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně prevence imobilizačním syndromu v rámci jeho komplikací v kardiovaskulárním a respiračním systému. Bylo předpokládáno, že více jak 50 % sester zná prevenci imobilizačního syndromu a jeho komplikací v kardiovaskulárním a respiračním systému. K tomuto výzkumnému cíli a výzkumnému předpokladu se vztahovaly dotazníkové otázky č. 6, 10, 11 a 12. Otázky byly zaměřeny na zjištění prevence imobilizačního syndromu v kardiovaskulárním a respiračním systému.

Tabulka č. 34 Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3

	Správné odpovědi	Nesprávné odpovědi
	[%]	[%]
Dotazníková položka č. 6	100,0	0,0
Dotazníková položka č. 10	61,0	39,0
Dotazníková položka č. 11	33,9	66,1
Dotazníková položka č. 12	6,8	93,2
Aritmetický průměr	50,4	49,6

Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že 59,8 % všeobecných sester má dostatečné znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v kardiovaskulárním a respiračním systému. Výsledky výzkumného šetření jsou v souladu s výzkumným předpokladem č. 3. Výzkumný cíl č. 3 byl splněn, bylo zjištěno, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v kardiovaskulárním a respiračním systému.

3.4.4 Analýza výzkumného cíle č. 4 a výzkumného předpokladu č. 4

Výzkumným cíle č. 4 bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně prevence imobilizačním syndromu v rámci jeho komplikací v gastrointestinálním

a uropoetickém systému. Bylo předpokládáno, že více jak 50 % sester zná prevenci imobilizačního syndromu a jeho komplikací v gastrointestinálním a uropoetickém systému. K tomuto výzkumnému cíli a výzkumnému předpokladu se vztahovaly dotazníkové otázky č. 13, 14, 15 a 16. Otázky byly zaměřeny na zjištění prevence imobilizačního syndromu v gastrointestinálním a uropoetickém systému.

Tabulka č. 35 Analýza výzkumného cíle č. 4 a výzkumného předpokladu č. 4

	Správné odpovědi [%]	Nesprávné odpovědi [%]
Dotazníková položka č. 13	81,4	18,6
Dotazníková položka č. 14	100,0	0,0
Dotazníková položka č. 15	57,6	42,4
Dotazníková položka č. 16	71,2	28,8
Aritmetický průměr	77,6	22,4

Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že 77,6 % všeobecných sester má dostatečné znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v gastrointestinálním a uropoetickém systému. Výsledky výzkumného šetření jsou v souladu s výzkumným předpokladem č. 4. Výzkumný cíl č. 4 byl splněn, bylo zjištěno, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v gastrointestinálním a uropoetickém systému.

3.4.5 Analýza výzkumného cíle č. 5 a výzkumného předpokladu č. 5

Výzkumným cíle č. 5 bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně prevence imobilizačním syndromu v rámci jeho komplikací v nervové soustavě a psychické oblasti. Bylo předpokládáno, že více jak 50 % sester zná prevenci imobilizačního syndromu a jeho komplikací v nervové soustavě a psychické oblasti. K tomuto výzkumnému cíli a výzkumnému předpokladu se vztahovaly dotazníkové

otázky č. 17 a 18. Otázky byly zaměřeny na zjištění prevence imobilizačního syndromu v nervové soustavě a psychické oblasti.

Tabulka č. 36 Analýza výzkumného cíle č. 5 a výzkumného předpokladu č. 5

	Správné odpovědi [%]	Nesprávné odpovědi [%]
Dotazníková položka č. 17	76,3	23,7
Dotazníková položka č. 18	79,7	20,3
Aritmetický průměr	78,0	22,0

Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že 78 % všeobecných zdravotních sester má dostatečné znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v nervové soustavě a psychické oblasti. Výsledky výzkumného šetření jsou v souladu s výzkumným předpokladem č. 5. Výzkumný cíl č. 5 byl splněn, bylo zjištěno, jaké mají zdravotní sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v nervové soustavě a psychické oblasti.

4 Diskuze

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit znalosti všeobecných sester o prevenci imobilizačního syndromu. Zaměřila jsem se na oblast pohybového aparátu a kůže, kardiovaskulárního a respiračního systému, gastrointestinálního a uropoetického systému, nervové soustavy a psychickou oblast. Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda pomocí nestandardizovaného dotazníku. Dotazník obsahoval 21 otázek, z toho byly 2 otázky otevřené. V práci bylo stanoveno 5 výzkumných cílů.

Respondentem pro výzkumné šetření byly zvolené všeobecné sestry na chirurgickém a interním oddělení nemocnice Jičín. Dohromady se výzkumného šetření zúčastnilo 59 všeobecných sester.

Prvním výzkumným cílem bylo „zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně imobilizačního syndromu“ a předpokládala jsem, že více jak 70 % sester má znalosti ohledně imobilizačního syndromu. Vztahovali se k němu otázky č. 1, 2 a 3. Na otázku č. 1 jsem se ptala 59 všeobecných sester, zda znají pojem imobilizační syndrom. Správně mi odpovědělo 98,3 %, jedna z dotazovaných mi napsala odpověď „nevím“, kterou považuji za špatnou. Otázka č. 2 se vztahovala na vznik prvních příznaků imobilizačního syndromu. Správnou odpověď dle Veverkové (Veverková et al., 2019) „do několika hodin“ jsem dostala od 59,3 % dotazovaných. Tento procentuální výsledek jsem očekávala, protože po přečtení a vyhodnocení všech dotazníků jsem zjistila, že každá všeobecná sestra nemá až takový přehled o imobilizačním syndromu. Respondentů jsem se dotazovala na některé preventivní kroky, které se nachází v otázce č. 3, správně mi zodpovědělo 50,8 %, což nepovažuji za dobrý výsledek, protože je to jedna z věcí, kterou by zdravotní sestra měla znát. Výsledky otázek vztahující se k výzkumnému cíli č. 1 není v souladu s výzkumným předpokladem č. 1, protože správnost odpovědí byla 69,5 %, což je méně jak 70 %, které jsem předpokládala, a z toho vyplývá, že znalosti zdravotních sester by se měly v tomto ohledu zlepšit.

Druhým výzkumným cílem bylo „zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v pohybovém aparátu a kůži“ a předpokládala jsem, že více jak 50 % má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v pohybovém aparátu a kůži. Vztahovali se k němu otázky č. 4, 5, 7, 8 a 9. Na otázku č. 4 jsem se dotazovala „jak často by se měli pacienti, kteří jsou upoutaní na lůžko polohovat“. Správné odpovědi, „každé 2 hodiny přes den a každé 3 hodiny

v noci“, které popisují ve své knize Krajčik a Bajanová (Krajčik a Bajanová, 2012), mi napsalo 64 % všeobecných sester. Další otázku č. 5 jsem měla otevřenou a dotazovala jsem se respondentů na pomůcky při polohování na bok. Nejčastější odpovědí byl „polštář, deka a klíny“, kterou mi napsalo 66,8 %, 4 dotazovaný (3,5 %) mi odpověděli „nevím“. Očekávala bych lepší procentuální úspěšnost, protože v praxi se s tím můžeme setkat velmi často. Na otázku č. 7, která se týkala pasivní rehabilitace, mi odpověděla většina správně (93,1 %), „že se jedná o rehabilitační techniku, které nevyžaduje aktivní přístup pacienta“, ale i tak jsem očekávala lepší výsledek. V další otázce č. 8 jsem se snažila zjistit, „jakou ošetrovatelskou rehabilitaci může provádět všeobecná sestra“. Správně mi odpovědělo 28,9 %, což vůbec nepovažuji za dobrý výsledek a je tu prostor ke zlepšení. V poslední otázce tohoto výzkumného cíle jsem se dotazovala na predilekční místa vzniku dekubitů, správně mi odpovědělo 44 % respondentů, což nepovažuji za úspěšnou otázku, protože je to jedna ze základních vědomostí sester pracujících na lůžkovém oddělení. Výsledky otázek vztahující se k výzkumnému cíli č. 2 jsou v souladu s výzkumným předpokladem č. 2, protože správnost odpovědi byla 65,2 %, což je více jak 50 %. Z toho mi také vyplývá, že znalosti všeobecných sester v této oblasti jsou přiměřené, ale určitě se nedá říct, že je to dobrý výsledek.

Třetím výzkumným cíle bylo „zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v kardiovaskulárním a respiračním systému“ a předpokládala jsem, že více jak 40 % má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v kardiovaskulárním a respiračním systému. K výzkumnému cíli č. 3 se vztahovaly otázky č. 6, 10, 11 a 12. V otázce č. 6 jsem se dotazovala respondentů „kdy nastává ortostatický kolaps“, všichni mi odpověděli správně (100 %) a považuji to za vynikající výsledek. Na otázku č. 10, které se vztahovala na prevenci, při již vzniklé plicní embolii mi správně odpovědělo 61 % u této otázky je stále vidět, že je prostor pro zlepšení, protože všeobecná sestra by měla znát prevenci plicní embolie. Další otázka č. 11 se dotazovala na „rizikové faktory vzniku imobilizačního syndromu“, správně odpovědi dle Navrátila (Navrátil et al., 2017) hluboké žilní trombózy, pneumonie a dehydratace“ mi zvolilo 33,9 % respondentů, což vůbec neberu jako dobrý výsledek, protože je to také jedna z nejdůležitějších informací o imobilizačním syndromu, kterou by všeobecná sestra měla znát. V poslední otázce tohoto výzkumného cíle č. 12 jsem se ptala na rehabilitační techniku na podporu vykašlávání, kterou může provádět i všeobecná

zdravotní sestra. Správně mi odpovědělo jen 6,8 % dotazovaných. Procento správných odpovědí mě velmi překvapila, očekávala jsem větší úspěšnost, poněvadž je to velmi důležité znát. Výsledky otázek vztahující se k výzkumnému cíli č. 3 jsou v souladu s výzkumným předpokladem č. 3, protože správnost odpovědí byla 50,4 %, což je více jak 40 %, ale dle mých úsudků by v této oblasti mělo dojít ke zlepšení.

Čtvrtým výzkumným cílem bylo „zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v gastrointestinálním a respiračním systému“ a předpokládala jsem, že více jak 30 % má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v gastrointestinálním a uropoetickém systému. K výzkumnému cíli č. 4 se vztahovaly otázky č. 13, 14, 15 a 16. V otázce č. 13 jsem se dotazovala všeobecných sester na charakteristiku zácpy, správnou odpovědí bylo „méně jak 3krát za týden“, kterou mi zodpovědělo 81,4 %, což je velmi dobrý výsledek. V otázce č. 14 jsem nepochybovala, že bude špatná odpověď. Vztahovala se na to, „kdo sestavuje dietní jídelníček pro pacienty“. Správnou odpovědí byl samozřejmě „nutriční terapeut“. Tudíž zde máme 100% úspěšnost a já to považuji za vynikající výsledek. Další otázka č. 15 se týkala „hodnoty BMI u I. Stupně obezity“. Správnou odpovědí byla hodnota „30 – 34,9“, kterou definuje v knize Plevová a Kachlová (Plevová a Kachlová, 2023) a zodpovědělo ji 57,6 % respondentů. V poslední otázce tohoto výzkumného cíle se dotazuji na „opatření proti vzniku cystitidy“. Správně mi odpovědělo 71,2 % dotazovaných, ale nejčastější odpovědí zde bylo „teplo a dostatečný přísun tekutin“, tuto otázku považuji za vcelku úspěšnou. Výsledky otázek vztahující se k výzkumnému cíli č. 4 jsou v souladu s výzkumným předpokladem č. 4, protože správnost odpovědí byla 77,6 %, což je více jak 30 %. Z toho mi také vyplývá, že znalosti zdravotních sester v této oblasti jsou na vysoké úrovni.

Posledním pátým výzkumným cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v nervové soustavě a v psychické oblasti a předpokládala jsem, že více jak 25 % má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v nervové soustavě a psychické oblasti. K výzkumnému cíli č. 5 se vztahovaly otázky č. 17 a 18. V otázce č. 17 se dotazuji zdravotních sester, jak by napomohly pacientovi při neklidu či zmatenosti. Správnost odpovědí mě velmi překvapila (76,3 %), ale je zde i procento sester, které odpověděly špatně (23,7 %), většina zvolila odpověď kurtace pacienta, která je dle mého až na posledním místě, dle Vytejškové (Vytejšková, 2011) je důležitá komunikace a trpělivost. U otázky č. 18,

prevence nespavosti, správnou odpovědí zde bylo neusínat ve stresu a nejíst minimálně 3 hodiny před ulehnutím, kterou zvolilo 79,7 %. Výsledky otázek vztahující se k výzkumnému cíli č. 5 jsou v souladu s výzkumným předpokladem č. 5, protože správnost odpovědí byla 78 %, což je více jak 25 %. Z toho mi také vyplývá, že znalosti zdravotních sester v této oblasti jsou na vysokých hodnotách a jsem velmi ráda, že tomu tak je, protože prevence těchto dvou oblastí v imobilizačním syndromu je za mě tou nejdůležitější.

5 Návrh doporučení pro praxi

Bakalářská práce byla zaměřena na znalosti všeobecných sester ohledně prevence imobilizačního syndromu. Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že znalosti všeobecných sester jsou na dobré úrovni, protože 70 % všech odpovědí bylo správných. Nejvíce problémová byla oblast v prevenci kardiovaskulárního a respiračního systému, zde jsme měli pouze 59,8 % úspěšnost, ale je to více jak polovina.

Prevence imobilizačního syndromu je důležitým prvkem v rámci ošetrovatelské péče u imobilních pacientů. Měla by být zmíněna minimálně v kurzech, které se každoročně konají v jičínské nemocnici několikrát ročně, těchto kurzů jsem se osobně účastnila a o imobilizačním syndromu se vůbec nehovořilo. Zaměřila bych se na oblast především kardiovaskulárního a respiračního systému, které byla nejproblematictější a dále bych samozřejmě probrala v rámci kurzů další oblasti, které mohou být spojené s imobilizačním syndromem a popisují je ve své bakalářské práci.

Výstupem této bakalářské práce je článek do odborného periodika. Článek je obsahem přílohy D.

Závěr

V bakalářské práci jsem se zabývala znalostmi všeobecných sester ohledně prevence imobilizačního syndromu v pohybovém aparátu a kůži, dále v kardiovaskulárním, respiračním, gastrointestinálním a uropoetickém systému. Poté v nervové soustavě a psychické oblasti. V teoretické části se zabývám nemocemi, které mohou postihnout jednotlivé systémy v rámci imobilizačního syndromu. Dále v bakalářské práci popisují ošetrovatelskou péči a prevenci.

Výzkumná část popisuje kvantitativní výzkumné šetření, pro které byl použit nestandardizovaný dotazník pro sběr dat. Pro výzkumné šetření bylo definováno 5 výzkumných cílů a ke každému výzkumnému cíli byl stanoven jeden výzkumný předpoklad. Z provedeného výzkumné šetření vyplývá, že 69,5 % všeobecných sester má znalosti o prevenci imobilizačního syndromu, ale výzkumný cíl tím nebyl splněn, 65,2 % všeobecných sester má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v pohybovém aparátu a v kůži a výzkumný předpoklad byl splněn, 59,8 % všeobecných sester má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v rámci prevence kardiovaskulárního a respiračního systému a výzkumný předpoklad byl splněn, 77,6 % všeobecných sester má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v gastrointestinálním a uropoetickém systému a 78 % všeobecných sester má znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v nervové soustavě a psychické oblasti. Výzkumné šetření ukázalo, že znalosti všeobecných sester o prevenci imobilizačního syndromu jsou celkově na dobré úrovni, avšak výzkum ukázal, v jakých oblastech jsou určité nedostatky.

Výstupem této bakalářské práce je článek do odborného periodika.

Seznam použité literatury

BABJUK, Marek. 2016. *Záněty močového měchýře – nebezpečná nepříjemnost.*

Florence. ISSN 1213-1385. Dostupné také z:

<https://www.florence.cz/zpravodajstvi/nazory-volny-cas/zanet-mocoveho-mechyrenebezpecna-neprijemnost/>

BENIČ, P., M. HORA A T. ÜRGE. 2018. renální kolika v ordinaci PL (diagnostika, léčba a následné možnosti specialisty). *Practicus*. 17(6), 8-12. ISSN 1213-8711.

Dostupné také z:

<https://www.practicus.eu/file/177c7dc03c62eba33e074f3db1d4d68f/41/Practicus-6-2018.pdf>

BOHÁČEK, Pavel a Ivana KOUDELKOVÁ. 2013. Analogové studie a vliv smyslové a sociální deprivace na pacienty dlouhodobě upoutané na lůžko. *Florence*. 9(7-8), 26-27. ISSN 1801- 464X. Dostupné také z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013/7/analogove-studie-a-vliv-smyslove-a-socialni-deprivace-na-pacienty-dlouhodobe-upoutane-na-luzko/>

BUIJSSEN, Huub. 2020. *Depression. Helfenundsichnichtverlieren.* BeltzGmbH, Julius. ISBN 978-34-078-5919-9.

ČELEDOVÁ, Libuše et al. 2017. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří.* Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3828-7.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2020. Národní ošetřovatelský postup – Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity. In: *Věstník MZČR*. Částka 2, s. 129-138. ISSN 1211-0868. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18554/40328/Vestnik%20MZ_2-2020.pdf

ČEŠKA, Richard et al. 2020. *Interna*. 3 vyd. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-780-5

ČIHÁK, Radomír. 2016. *Anatomie 3*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5636-3

DOSBABA, Filip et al. 2021. *Rehabilitační ošetřovatelství v klinické praxi.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1050-6

DRÁBKOVÁ, Pavla. 2015. Problematika ošetřovatelské péče u seniorů s močovou inkontinencí. *Florence*. 11(11), 22-23. ISSN 1801- 464X. Dostupné také z:

<https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/11/problematika-osetovatelske-pece-u-senioru-s-mocovou-inkontinenci/>

DUNGL, Pavel et al. 2014. *Ortopedie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9337-5.

DYLEVSKÝ, Ivan. 2019. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2111-3.

GESUNDHEIT.GV.AT. 2023. Nízký krevní tlak (hypotenze) | NZIP. *NZIP – Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [cit. 2023-09-19]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/914-nizky-krevni-tlak-hypotenze>

HAINER, Vojtěch et al. 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3252-7.

HOLÝ, Petr et al. 2023. Únik moči (močová inkontinence). *Homepage - Česká urologická společnost* [online]. ČUS ČLS JEP, [cit. 2023-09-06]. Dostupné z: <https://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/unik-moci-mocova-inkontinence/>

KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6

KONČELÍKOVÁ, Dana a Gabriela VACULOVÁ. 2021. Močová retence jako vzácná komplikace užívání psychofarmak. *Urologie pro praxi*. 22(4), 192–194. ISSN 1213-1768. Dostupné také z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2021/04/06.pdf>

KRAJČÍK, Štefan a Eva BAJANOVÁ. 2012. *Dekubity: prevencia a liečba v praxi*. Bratislava: Herba spol. s.r.o. ISBN 978-80-891-7195-8. NÁVRÁTIL, Leoš a kol. 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0210-5

PEŘAN, D., P. Ch. CMOREJ a M. NESVATBA. 2020. *Dušnost v prvním kontaktu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1682-9

PICHLEROVÁ, Dita. 2023. Nový pohled na léčbu obezity. *Florence*. 19(2), 8–13. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2023/2/novy-pohled-na-lecbu-obezity/>

- PLEVOVÁ, Ilona a Miroslava KACHLOVÁ. 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči 3: enterální výživa*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3033-7
- POKORNÁ, Andrea et al. 2019. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. 2. vyd. MU Brno. ISBN 978-80-210-9297-6
- SOUČEK, Miroslav et al. 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2289-9
- ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5
- TZ. 2015. Vědecké studie prokázaly vliv dehydratace na psychiku člověka. *Florence – Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese* [online]. [Cit. 2023-09-06]. Dostupné také z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/vedecke-studie-prokazaly-vliv-dehydratace-na-psychiku-cloveka/>
- TZ. 2016. Zánět močového měchýře – nebezpečná nepříjemnost. *Florence - Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese* [online]. [Cit. 2023-09-06]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/nazory-volny-cas/zanet-mocoveho-mechyre-nebezpecna-neprijemnost/>
- VEVERKOVÁ, Eva et al. 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2747-9
- VOKURKA, Martin et al. 2018. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3563-7
- VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4

Seznam tabulek/grafů

Tabulka č. 1 Vyplnění pojmu imobilizační syndrom	26
Tabulka č. 2 První příznaky imobilizačního syndromu	26
Tabulka č. 3 Prevence imobilizačního syndromu	27
Tabulka č. 4 Polohování pacientů	29
Tabulka č. 5 Pomůcky na polohování	30
Tabulka č. 6 Ortostatický kolaps	30
Tabulka č. 7 Pasivní rehabilitace	31
Tabulka č. 8 Ošetrovatelská rehabilitace	31
Tabulka č. 9 Predilekční místa vzniku dekubitů	32
Tabulka č. 10 Prevence plicní embolie	33
Tabulka č. 11 Rizikové faktory imobilizačního syndromu	35
Tabulka č. 12 Rehabilitační techniky na podporu vykašlávání	36
Tabulka č. 13 Zácpa	37
Tabulka č. 14. Dietoterapie	37
Tabulka č. 15 BMI u I. Stupně obezity	38
Tabulka č. 16 Prevence cystitidy	38
Tabulka č. 17 Pomoc při zmatenosti, či neklidu	39
Tabulka č. 18 Prevence nespavosti	40
Tabulka č. 19 Vzdělání	41
Tabulka č. 20 Praxe ve zdravotnictví	42
Tabulka č. 21 Věk	42
Tabulka č. 22 Kombinace odpovědí otázky č. 3	28
Tabulka č. 23 Kombinace odpovědí otázky č. 4	29
Tabulka č. 24 Kombinace odpovědí otázky č. 8	32
Tabulka č. 25 Kombinace odpovědí otázky č. 9	33

Tabulka č. 26 Kombinace odpovědí otázky č. 10.....	34
Tabulka č. 27 Kombinace odpovědí otázky č. 11.....	35
Tabulka č. 28 Kombinace odpovědí otázky č. 12.....	36
Tabulka č. 29 Kombinace odpovědí otázky č. 16.....	39
Tabulka č. 30 Kombinace odpovědí otázky č. 17.....	40
Tabulka č. 31 Kombinace odpovědí otázky č. 18.....	41
Tabulka č. 32 Analýza výzkumného cíle č. 1 a výzkumného předpokladu č. 1.....	43
Tabulka č. 33 Analýza výzkumného cíle č. 2 a výzkumného předpokladu č. 2.....	44
Tabulka č. 34 Analýza výzkumného cíle č. 3 a výzkumného předpokladu č. 3.....	45
Tabulka č. 35 Analýza výzkumného cíle č. 4 a výzkumného předpokladu č. 4.....	46
Tabulka č. 36 Analýza výzkumného cíle č. 5 a výzkumného předpokladu č. 5.....	47

Seznam příloh

Příloha A: Protokol k realizaci výzkumu

Příloha B: Dotazník

Příloha C: Výsledky předvýzkumu

Příloha D: Výstup z práce – článek do odborného periodika

Příloha A: Protokol k realizaci výzkumu

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ TUL



PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Horáková Veronika
Osobní číslo studenta:	D20000096
Univerzitní e-mail studenta:	Veronika.horakova@tul.cz
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Ročník:	3.
Prohlášení studenta	
Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován, pokud k tomu není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.	
Podpis studenta:	
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Prevence imobilizačního syndromu z pohledu všeobecných sester
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Petra Pažoutová, DiS.
Metoda a technika výzkumu:	Kvalitativní výzkum – nestandardizovaný dotazník
Soubor respondentů:	Všeobecné sestry
Název pracoviště pro realizaci výzkumu:	Oblastní nemocnice Jičín, a.s.
Datum zahájení výzkumu:	5.9.2023
Datum ukončení výzkumu:	6.10.2023
Finanční zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis vedoucího kvalifikační práce:	
Spolupracující instituce	
Souhlas odpovědného pracovníka instituce s realizací výzkumu:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas s případným zveřejněním názvu instituce v kvalifikační práci a publikacích:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis odpovědného pracovníka a razítko instituce:	

Příloha B: Dotazník

Dobrý den.

Jmenuji se Veronika Horáková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění krátkého dotazníku na téma prevence imobilizačního syndromu z pohledu všeobecných sester. Pokud u otázky není uvedeno jinak, je vždy jen jedna správná odpověď. V případě volných řádků prosím svoji odpověď vypište. Dotazník je plně anonymní a výsledky budou použity pouze pro zpracování kvantitativního výzkumného šetření v rámci mé bakalářské práce. Děkuji Vám za Váš čas věnovaný tomuto dotazníku.

S úctou Veronika Horáková

1) Prosím definujte pojem imobilizační syndrom:

.....

.....

.....

.....

.....

2) Kdy se mohou objevit první příznaky imobilizačního syndromu od upoutání na lůžko?

- a) do týdne
- b) do několika hodin
- c) do 3 dnů

3) Prevencí imobilizačního syndromu může být: (více správných odpovědí)

- a) správná výživa
- b) polohování
- c) zákaz návštěv na pokoji
- d) dostatečný spánek

e) omezení mobility nebo její zákaz

f) informovanost pacienta

4) Jak často by se měli pacienti, kteří jsou upoutáni na lůžko polohovat? (více správných odpovědí)

a) každé 2 hodiny v noci

b) každé 3 hodiny přes den

c) každé 2 hodiny přes den

d) 2 hodiny jak přes den, tak v noci

e) každé 3 hodiny v noci

5) Prosím napište, které pomůcky byste zvolili při polohování pacienta na bok?

.....

.....

.....

.....

6) Kdy nastává ortostatický kolaps?

a) při mobilizaci končetin

b) při otočení na bok

c) při rychlé změně polohy do sedu či stoje

7) Co znamená pojem pasivní rehabilitaci?

a) je vyvolána silou vlastních svalů

b) jedná se o kondiční cvičení

c) je to rehabilitační technika, která nevyžaduje aktivní přístup pacienta

8) Co může sestra provádět v rámci ošetrovatelské rehabilitace? (více správných odpovědí)

- a) nic, taková rehabilitace neexistuje
- b) dopomoc k pohybu při ranní hygieně
- c) nácvik chůze k doprovodu do koupelny
- d) chůzi v chodítku s pacientem

9) Znáte typická predilekční místa při vzniku dekubitů? (více správných odpovědí)

- a) paty
- b) hýždě
- c) prsty u ruky
- d) ušní boltec

10) Jakou budete volit prevenci při již vzniklé plicní embolii? (více správných odpovědí)

- a) povolit kouření
- b) elastické punčochy
- c) klid na lůžku bez rehabilitace
- d) antikoagulační léčba
- e) eliminace rizikových faktorů

11) Imobilita je rizikovým faktorem pro vznik: (více správných odpovědí)

- a) infarktu myokardu
- b) hluboké žilní trombózy
- c) nádorového onemocnění
- d) pneumonie
- e) dehydratace

12) Jakou rehabilitační techniku na podporu vykašlávání může sestra využít?

- a) vibrace hrudníku pomocí rukou
- b) kontaktní dýchání
- c) vypodložení hlavy, aby byl pacient ve zvýšené poloze

13) Zácpa je charakterizovaná méně častým vyprázdněním stolice:

- a) méně jak 4krát za týden
- b) méně jak 3krát za týden
- c) méně než 5krát za týden

14) Prevencí obezity je dietoterapie, kdo sestavuje jídelníček pro pacienty?

- a) všeobecná sestra
- b) ošetřovatel
- c) nutriční terapeut

15) Jaká je hodnota BMI u I. stupně obezity

- a) 25 – 28,7
- b) 32 – 35,8
- c) 30 – 34,9

16) Jaké opatření byste volili v rámci prevence cystitidy? (více správných odpovědí)

- a) dostatečný přísun tekutin
- b) nezadržování močení
- c) chlad
- d) teplo

17) Čím pomůžeme pacientovi, který bude neklidný nebo zmatený? (více správných odpovědí)

- a) zákaz návštěv
- b) dáme mu sedativa dle ordinace lékaře
- c) uklidníme ho pomocí verbální komunikace
- d) kurtace pacienta

18) Jakou byste zvolili prevenci nespavosti místo podání hypnotik? (více správných odpovědí)

- a) neusínat ve stresu
- b) žádná aktivita přes den
- c) dát si před usnutím kávu/silný čaj
- d) nejíst minimálně 3 hodiny před ulehnutím

19) Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) bakalářské
- d) magisterské

20) Kolik let jste v praxi?

- a) méně jak 10 let
- b) 11-20 let
- c) 21–30 let
- d) 31-40 let
- e) 41 a více let

21) Kolik vám je let?

a) 18-24 let

b) 25-30 let

c) 31-50 let

d) 51-60 let

e) 61 a více let

Příloha C: Výsledky předvýzkumu

Procentuální splnění výzkumných předpokladů bylo vypočítáno pomocí aritmetického průměru.

Tabulka č. 36 Výsledky předvýzkumu vzhledem k výzkumného předpokladu č. 1

	Správné odpovědi [%]	Nesprávné odpovědi [%]
Dotazníková položka č. 1	100,0	0,0
Dotazníková položka č. 2	70,0	30,0
Dotazníková položka č. 3	90,0	10,0
Výzkumný předpoklad č. 1	86,7	13,3

Tabulka č. 37 Výsledky předvýzkumu vzhledem k výzkumnému předpokladu č. 2

	Správné odpovědi [%]	Nesprávné odpovědi [%]
Dotazníková položka č. 4	70	30
Dotazníková položka č. 5	100	0
Dotazníková položka č. 7	100	0
Dotazníková položka č. 8	70	30
Dotazníková položka č. 9	90	10
Výzkumný předpoklad č. 2	86	14

Tabulka č. 38 Výsledky předvýzkumu vzhledem k výzkumnému předpokladu č. 3

	Správné odpovědi [%]	Nesprávné odpovědi [%]
Dotazníková položka č. 6	100,0	0,0
Dotazníková položka č. 10	100,0	0,0
Dotazníková položka č. 11	70,0	30,0
Dotazníková položka č. 12	60,0	40,0
Výzkumný předpoklad č. 3	82,5	17,5

Tabulka č. 39 Výsledky předvýzkumu vzhledem k výzkumnému předpokladu č. 4

	Správné odpovědi [%]	Nesprávné odpovědi [%]
Dotazníková položka č. 13	90	10
Dotazníková položka č. 14	100	0
Dotazníková položka č. 15	90	10
Dotazníková položka č. 16	80	20
Výzkumný předpoklad č. 4	90	10

Tabulka č. 40 Výsledky předvýzkumu vzhledem k výzkumnému předpokladu č. 5

	Správné odpovědi [%]	Nesprávné odpovědi [%]
Dotazníková položka č. 17	90	10
Dotazníková položka č. 18	100	0
Výzkumný předpoklad č. 5	95	5

Příloha D: Výstup z práce – článek do odborného periodiku

Název: Prevence imobilizačního syndromu z pohledu všeobecné sestry

Název anglicky: Prevention of immobilization syndrome from the point of view of general nurses

Autoři:

Veronika Horáková, Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci

Vrcha 244, 50601, tel. 731807734, veronika.horakova@tul.cz

V letech 2016-2020 studovala Střední zdravotnickou školu v Mladé Boleslavi, od roku 2020 do současnosti je studentkou Fakulty zdravotnických studií na Technické univerzitě v Liberci, studuje obor Všeobecné ošetřovatelství.

Mgr. Petra Pažoutová, DiS. Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci

Souhrn

Výzkum se zabývá znalostmi všeobecných sester o prevenci imobilizačního syndromu. V rámci výzkumu bylo stanoveno 5 výzkumných cílů a 5 výzkumných předpokladů. Článek obsahuje analýzu dat, které byly získané pomocí výzkumného šetření. Metodou byl kvantitativní výzkum a technikou sběru dat byl nestandardizovaný dotazník. Výzkum má za účel zjistit, jaké jsou znalosti všeobecných sester o prevenci imobilizačního syndromu v pohybovém systému a v kůži. V kardiovaskulárním, respiračním, gastrointestinálním a uropoetickém systém a dále v nervové soustavě a psychické oblasti.

Klíčová slova

Imobilizační syndrom, neschopnost pohybu, prevence, všeobecné sestry

Úvod

Imobilizační syndrom je fyziologickou odpovědí na imobilitu postihující všechny orgánové soustavy. Nástup dysfunkčních změn je poměrně rychlý a může být vratný, ale i naopak. Změny v pohybovém a kardiovaskulárním systému je možné zaznamenat již za 36 hodin od upoutání na lůžko. Zvýšené riziko rozvoje imobilizačního systému mají zejména pacienti chronicky nemocní, vyšší věkové kategorie a sociálně izolovaní (Pokorná et al., 2019)

Myslíme si, že prevence imobilizačního syndromu je velmi důležitým pojmem v ošetrovatelské péči a měla by ji znát každá všeobecná sestra a z toho důvodu je naším výzkumným cílem zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v jednotlivých tělních systémech.

Výzkumné cíle

Pro výzkum jsem stanovila 5 výzkumných cílů a 5 výzkumných předpokladů. Prvním cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o obecné prevenci imobilizačního syndromu. Předpokládali jsme, že více jak 70 % všeobecných sester bude mít znalosti o prevenci imobilizačního syndromu. Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v pohybovém aparátu a v kůži. Předpokládali jsme, že více jak 60 % všeobecných sester bude mít znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v pohybovém aparátu a v kůži. Třetím výzkumným cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v kardiovaskulárním a respiračním systému. Předpokládali jsme, že více jak 50 % všeobecných sester bude mít znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v kardiovaskulárním a respiračním systému. Čtvrtým výzkumným cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v gastrointestinálním a uropoetickém traktu. Předpokládali jsme, že více jak 50 % všeobecných sester bude mít znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v gastrointestinálním a uropoetickém traktu. Pátým výzkumným cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v nervové soustavě a v psychické oblasti. Předpokládali jsme, že více jak 50 % všeobecných sester bude mít znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v nervové soustavě a v psychické oblasti.

Metodika

Výzkumné šetření bylo prováděno metodou kvantitativního výzkumu. Nástrojem sběru dat byl nestandardizovaný dotazník. Respondenty byly všeobecné sestry na chirurgickém a interním lůžkovém oddělení. Dotazník obsahoval 21 otázek. Prvních 18 otázek se týkalo prevence imobilizačního syndromu v jednotlivých tělních systémech a zbylé 3 otázky byly identifikační. 59 respondentů mi vrátilo dotazník, a tudíž návratnost byla 98,3 %.

Výsledky

Identifikační otázky

Výzkumného šetření se zúčastnilo 59 všeobecných sester z interního a chirurgického oddělení lůžkové péče.

Znalosti všeobecných sester o imobilizačním syndromu

Prvním cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o obecné prevenci imobilizačního syndromu. Nejprve jsme se dotazovali na definici imobilizačního syndromu, kde nám všeobecné sestry v 98,3 % odpověděly, že nepohyblivost. Dále jsme se dotazovali na první příznaky imobilizačního syndromu, kde nám správnou odpověď „do několika hodin“ zvolilo 59,3 % všeobecných sester. Preventivní kroky, které se nachází v další otázce, mi správně zodpovědělo 50,8 % sester.

Znalosti všeobecných sester ohledně prevence imobilizačního syndromu u pohybového aparátu a kůže

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti ohledně prevence imobilizačního syndromu v pohybovém aparátu a kůži. První otázkou jsem se dotazovala „jak často by se měli pacienti, kteří jsou upoutaní na lůžko polohovat“. Správné odpovědi, „každé 2 hodiny přes den a každé 3 hodiny v noci“, které popisují ve své knize Krajčík a Bajanová (Krajčík a Bajanová, 2012), mi napsalo 64 % zdravotních sester. Další otázku jsem měla otevřenou a dotazovala jsem se respondentů na pomůcky při polohování na bok. Nejčastější odpovědí byl „polštář, deka a klíny“, kterou mi napsalo 66,8 %. Na otázku, která se týkala pasivní rehabilitace, mi odpověděla většina správně (93,1 %), „že se jedná o rehabilitační techniku, které nevyžaduje aktivní přístup pacienta“. V poslední otázce tohoto výzkumného cíle jsem se dotazovala na predilekční místa vzniku dekubitů, správně mi odpovědělo 44 % respondentů.

Znalosti všeobecných sester ohledně prevence imobilizačního syndromu v kardiovaskulárním a respiračním systému

Třetím výzkumným cíle bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v kardiovaskulárním a respiračním systému. V první otázce jsem se dotazovala respondentů „kdy nastává ortostatický kolaps“, všichni mi odpověděli správně (100 %). Na další otázku, které se vztahovala na prevenci, při již vzniklé plicní embolii mi správně odpovědělo 61 % sester. Další otázka se dotazovala na „rizikové faktory vzniku imobilizačního syndromu“, správné odpovědi dle Navrátila (Navrátil et al., 2017) „hluboké žilní trombózy, pneumonie a dehydratace“ mi zvolilo 33,9 %. V poslední otázce tohoto výzkumného cíle jsem se ptala na rehabilitační techniku na podporu vykašlávání, kterou může provádět i všeobecná zdravotní sestra. Správně mi odpovědělo jen 6,8 % dotazovaných.

Znalosti všeobecných sester ohledně prevence imobilizačního syndromu v gastrointestinálním a uropoetickém traktu

Čtvrtým výzkumným cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v gastrointestinálním a respiračním systému. V první otázce jsem se dotazovala všeobecných sester na charakteristiku zácpy, správnou odpovědí bylo „méně jak 3krát za týden“, kterou mi zodpovědělo 81,4 % všeobecných sester. V další otázce jsem nepochybovala, že bude špatná odpověď. Vztahovala se na to, „kdo sestavuje dietní jídelníček pro pacienty“. Správnou odpovědí byl samozřejmě „nutriční terapeut“. Tudíž zde máme 100% úspěšnost. Další otázka se týkala „hodnoty BMI u I. Stupně obezity“. Správnou odpovědí byla hodnota „30 – 34,9“, kterou definuje v knize Plevová a Kachlová (Plevová a Kachlová, 2023) a zodpovědělo ji 57,6 % respondentů. V poslední otázce tohoto výzkumného cíle se dotazuji na „opatření proti vzniku cystitidy“. Správné odpovědi mi zodpovědělo 71,2 % dotazovaných.

Znalosti všeobecných sester ohledně prevence imobilizačního syndromu v rámci jeho komplikací v nervové soustavě a v psychické oblasti

Posledním pátým výzkumným cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o prevenci imobilizačního syndromu v nervové soustavě a v psychické oblasti. V první otázce se dotazuji zdravotních sester, jak by napomohly pacientovi při neklidu či zmatenosti. Správnost odpovědí mě velmi překvapila (76,3 %), ale je zde i procento

sester, které odpověděly špatně (23,7 %), většina zvolila odpověď kurtace pacienta, která je dle mého až na posledním místě, dle Vytejškové (Vytejšková, 2011) je důležitá komunikace a trpělivost. U další a poslední otázky tohoto výzkumného cíle byla otázka ohledně prevence nespavosti, správnou odpovědí zde bylo neusínat ve stresu a nejíst minimálně 3 hodiny před ulehnutím, kterou zvolilo 79,7 % všeobecných sester.

Diskuze

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit znalosti všeobecných sester o prevenci imobilizačního syndromu. Zaměřila jsem se na oblast pohybového aparátu a kůže, kardiovaskulárního a respiračního systému, gastrointestinálního a uropoetického systému, nervové soustavy a psychickou oblast. Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda pomocí nestandardizovaného dotazníku. Dotazník obsahoval 21 otázek, z toho byly 2 otázky otevřené. V práci bylo stanoveno 5 výzkumných cílů. Ze šetření vyplývá, že 69,5 % sester má dostatečné znalosti o prevenci imobilizačního syndromu. Toto procento je poměrně vysoké, ale můj předpoklad byl, že to bude více jak 70 % procent. Tento výsledek mě poměrně zklamal, protože se jedná o velmi důležité téma v rámci práce všeobecné sestry. Nevím, zda jsem předpokládala moc vysoké procento, ale myslím si, že je to úměrné důležitosti tohoto tématu. K tomuto číslu jsem ale dosti blízko. V ostatních oblastech jsem výzkumné předpoklady splnila. Nejvíce jsem předpoklad překročila u oblasti psychické a nervové soustavy. Zde byl výsledek 78 %, zatímco můj předpoklad byl pouhých 50 %. Za tento výsledek jsem velmi ráda, jelikož při imobilizačním syndromu je velký nápor na psychiku pacienta. Tento výsledek dokazuje, že sestry si dovedou s problémy v dané tématice dobře poradit a pacientovi poskytnout náležitou a správnou péči. Dalším velmi dobrým výsledkem jsou znalosti v oblasti gastrointestinálního a uropoetického systému. V této oblasti mi vyšlo, že 77,6 % sester má dostatečné znalosti. Zde jsem opět předpokládala 50 %. Můj předpoklad byl v tomto ohledu opět milný a výsledek mě mile překvapil. Toto téma je velice důležité, a proto si myslím, že většina sester by ho měla znát. Výsledek, kde by mohlo dojít ke zlepšení je prevence imobilizačního syndromu v pohybovém aparátu a v kůži. Zde jsem dosáhla čísla 65,2 %, a i když můj předpoklad byl 50 %, tak i myslím, že by toto číslo určitě mohlo být vyšší vzhledem k výsledkům u ostatních oblastí a dojít zde ke zlepšení. Zvýšením znalostí v tomto tématu by určitě pomohlo k lepšímu ošetřování a zamezení

komplikací, například nižší riziko vzniku dekubitů. Nejhorší výsledek byl v oblasti kardiovaskulárního a respiračního systému. Zde jsem dosáhla hodnoty znalostí 50,4 %. Můj předpoklad byl jen malinko překročen, když jsem předpokládala 50 %. Dle mého názoru by se určitě měly zlepšit znalosti v tomto tématu. S přihlédnutím na výsledky v ostatních oblastech je vidět, že zde jsou znalosti o poznání nižší a mělo by dojít k výraznému zlepšení. Dle mého šetření na tom nejhůře byla schopnost rozeznat rizikové faktory imobilizačního syndromu a znalosti rehabilitačních technik na podporu vykašlávání. Nedokážu si vysvětlit o tolik horší výsledek v rámci rizikových faktorů imobilizačního syndromu, jelikož se v tomto tématu jedná o úplný základ. Když už by se nemělo zlepšit nic jiného, tak ale určitě schopnost rozpoznat rizikové faktory, by se zvýšit měla. Myslím si, že zlepšením této schopnosti by se i ulehčila následná ošetrovatelská a rehabilitační péče, jelikož by se se vším začalo dříve. Určitě by se díky tomu zjednodušila léčba, a i z pohledu pacienta by se zpříjemnil pobyt v nemocnici.

Závěr

Výzkumnou prací jsme zjistili, jaké jsou znalosti všeobecných sester ohledně prevence imobilizačního syndromu, kde jsem se zaměřila na jednotlivé tělní systémy. Šetření prokázalo, že znalosti všeobecných sester, jakou celkově na dobré úrovni, ale stále jsou v určitých mezích určité nedostatečnosti.

Literatura

KRAJČÍK, Štefan a Eva BAJANOVÁ. 2012. *Dekubity: prevencia a liečba v praxi*. Bratislava: Herba spol. s.r.o. ISBN 978-80-891-7195-8

NÁVRÁTIL, Leoš a kol. 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0210-5

PLEVOVÁ, Ilona a Miroslava KACHLOVÁ. 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči 3: enterální výživa*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3033-7

POKORNÁ, Andrea et al. 2019. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. 2. vyd. MU Brno. ISBN 978-80-210-9297-6

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