



Bakalářská práce

Problematika polohování pacientů v intenzivní péči

Studijní program:

B5345 Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor:

Zdravotnický záchranář

Autor práce:

Adéla Vaňková

Vedoucí práce:

Mgr. Jana Sehnalová

Fakulta zdravotnických studií

Liberec 2023



Zadání bakalářské práce

Problematika polohování pacientů v intenzivní péči

<i>Jméno a příjmení:</i>	Adéla Vaňková
<i>Osobní číslo:</i>	D19000097
<i>Studijní program:</i>	B5345 Specializace ve zdravotnictví
<i>Studijní obor:</i>	Zdravotnický záchranář
<i>Zadávací katedra:</i>	Fakulta zdravotnických studií
<i>Akademický rok:</i>	2021/2022

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

1. Popsat zásady polohování pacientů dle Evidence Based Nursing.
2. Zjistit znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče.
3. Zmapovat dostupné polohovací pomůcky a jejich využití všeobecnými sestrami a zdravotnickými záchranáři v rámci intenzivní péče.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Polohování pacientů patří k jedné z nejdůležitějších součástí intenzivní péče. Na základě znalostí a techniky polohování pacientů můžeme zabránit mnoha komplikacím, jako jsou například dekubity, u kterých je důležité určit prioritu hloubky, rozsah poškození kůže a následnou léčbu. Nejčastější formou prevence je použití polohovacích pomůcek a ochranných pomůcek. Výstupem bakalářské práce bude vytvoření článku připravovaného k publikaci.

Výzkumné otázky:

1. Výzkumná otázka nestanovena, jedná se o popisný cíl.
2. Jaké jsou znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče?
3. Jaké polohovací pomůcky mají všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři v rámci intenzivní péče k dispozici a jaké je jejich využití?

Metoda:

Kvalitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Technika práce: polostrukturovaný rozhovor

Vyhodnocení dat: Data budou nejprve zaznamenána na nahrávací zařízení a následně přepsána v programu Microsoft Word Office.

Místo a čas realizace:

Místo: vybraná oblastní nemocnice

Čas: prosinec 2021 – únor 2022

Vzorek:

Respondenti: Všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři pracující na jednotkách intenzivní péče.

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:

tištěná/elektronická

Jazyk práce:

Čeština

Seznam odborné literatury:

Základní seznam odborné literatury:

BARTŮNĚK, Petr et al., eds. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., L. VRABELOVÁ a L. LIDICKÁ. 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0717-9.

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

HLINKOVÁ, Edita et al. 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0620-2.

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

MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, Jitka. 2019. *Úvod do vnitřního lékařství*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-724-9.

POKORNÁ, Andrea et al. 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0720-9.

VERA, Matt. 2020. Patient Positioning (Sims, Orthopneic, Dorsal Recumbent) Guide. NURSESLABS. *Nursing Guides, Care Plans, NCLEX Practice Questions – Nurseslabs* [online]. Nurseslabs, 2021-09-21-11-14]. Dostupné z: <https://nurseslabs.com/patient-positioning/>

VEVERKOVÁ, Eva et al. 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2747-9.

WAGNER, Uwe. 2019. *Polohování v péči o nemocné*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2053-6.

ZADÁK, Zdeněk et al. 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0282-2.

Vedoucí práce:

Mgr. Jana Sehnalová

Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

30. listopadu 2021

Předpokládaný termín odevzdání: 29. července 2022

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc.,
MBA
děkan

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.

Rozhodnutí o žádosti studenta
Jiný typ žádosti, uveďte se cílem žádosti ručně

Jméno a příjmení: **Adéla Vaňková**
Osobní číslo: **D19000097**
Datum podání žádosti **23.07.2022**

Rozhodnutí děkana ze dne 26.07.2022 :

VYHOVĚL

Odůvodnění

Poučení

Proti tomuto rozhodnutí se může studentka odvolat ve lhůtě 30 dnů od jeho oznámení.

Rozhodnutí rektora ze dne

NEUVEDENO

Odůvodnění:

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Janě Sehnalové za odborné vedení, ochotu a náměty při psaní bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všeobecným sestřám a zdravotnickým záchranářům z dané oblastní nemocnice, kteří mi dovolili uskutečnit a nahrát rozhovory potřebné k výzkumu práce. A k posledním bych chtěla poděkovat mojí rodině, která mi byla oporou po celou dobu studia.

ANOTACE

Jméno a příjmení autora: Adéla Vaňková

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Název bakalářské práce: Problematika polohování pacientů v intenzivní péči

Vedoucí práce: Mgr. Jana Sehnalová

Počet stran: 67

Počet příloh: 5

Rok obhajoby: 2023

Souhrn: Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku polohování pacientů v intenzivní péči. Dělí se na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá informacemi o polohování včetně zásad, důvodu, rozdělení, problematikou a polohami.

V praktické části je vytvořen výzkum pomocí kvalitativní metody a techniky polostrukturovaného rozhovoru, který je zaměřen na znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování, včetně zmapování polohovacích pomůcek a jejich využití na oddělení intenzivní péče.

Klíčová slova: Dekubity, intenzivní péče, polohování, problematika polohování, polohovací pomůcky

ANNOTATION

Name and Surname: Adéla Vaňková

Institution: Technical University of Liberec, Faculty of Medial Studies

Title thesis: Problematics of positioning patients in the intensive care unit

Supervisor: Mgr. Jana Sehnalová

Pages: 67

Appendix: 5

Year of Defence: 2023

Annotation: The bachelor thesis is focused on problematics of patients positioning in the intensive care unit. It is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with information about positioning including principles, reason, distribution, problematic of positioning and positions.

In the practical part, research is created using the qualitative method and semi-structured interview technique, which is focused on the knowledge of general nurses and paramedics about positioning, including the mapping of positioning aids and their using in the intensive care unit.

Keywords: Decubitus, intensive care unit, positioning, problematics of positioning, positioning aids

Obsah

Obsah.....	9
Seznam použitých zkratek.....	11
1 Úvod.....	12
2 Teoretická část.....	13
2.1 Intenzivní péče.....	13
2.2 Polohování pacientů.....	14
2.3 Polohy.....	16
2.3.1 Supinační poloha.....	16
2.3.2 Fowlerova poloha.....	17
2.3.3 Ortopnoická poloha.....	18
2.3.4 Pronační poloha.....	18
2.3.5 Laterální poloha.....	19
2.3.6 Trendelenburgova poloha.....	19
2.4 Imobilizační syndrom.....	19
2.4.1 Poškození svalů.....	20
2.4.2 Dekubity.....	21
2.4.3 Tromboflebitida.....	24
2.4.4 Edém.....	24
2.4.5 Ileus.....	25
2.4.6 Pneumonie.....	25
2.5 Polohovací pomůcky.....	26
3 Výzkumná část.....	29
3.1 Cíle práce a výzkumné otázky.....	29
3.2 Metodika výzkumu.....	29
3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
3.4 Kategorizace a analýza dat získaných rozhovorů.....	31

3.4.1	Kategorie polohy pacientů.....	32
3.4.2	Kategorie polohování pacientů.....	34
3.4.3	Kategorie polohovací pomůcky.....	36
3.4.4	Kategorie komplikace nesprávného polohování.....	39
3.4.5	Kategorie názory respondentů.....	41
3.5	Analýza cílů a výzkumných otázek.....	43
4	Diskuze.....	46
5	Návrh doporučení pro praxi.....	51
6	Závěr.....	52
	Seznam použité literatury.....	54
	Seznam tabulek.....	56
	Seznam schémat.....	57
	Seznam příloh.....	58

Seznam použitých zkratek

apod.	a podobně
např.:	například
CNS	centrální nervová soustava
DM	diabetes mellitus
EKG	elektrokardiografie
GCS	Glasgow Coma Scale
ICP	intrakraniální tlak
JIP	jednotka intenzivní péče
NGS	nasogastrická sonda

1 Úvod

Tématem bakalářské práce je „Problematika polohování pacientů v intenzivní péči.“

Důvod zvolení tématu je každodenní využití v rámci intenzivní péče, aktuálnost dění, nedostatečná informovanost o správném postupu polohování a její důležitost. Polohování pacientů je důležitou součástí nemocniční intenzivní péče.

Dekubity jsou nejčastější příčinou nesprávného polohování, kdy na kůži vzniká dlouhodobý tlak od podložky.

V teoretické části nejprve popíšeme intenzivní péči, ve které je polohování pacientů velmi důležitý aspekt k prevenci vzniku dekubitů a dalším zdravotním sekundárním komplikacím, mezi které řadíme poškození svalů, edém, ileus, tromboflebitidu a jiné. Následně popíšeme samotné polohování pacientů, při kterém se musí dodržovat správná technika polohování, časový interval a využití polohovacích pomůcek. V rámci tématu se zabýváme danou problematikou nesprávného polohování a jejími následky. Nejprve popíšeme imobilizační syndrom a její následky, které následně podrobněji popíšeme v následujících podkapitolách. Na závěr teoretické části uvádíme příklady polohovacích pomůcek a jejich využití na odděleních.

Cílem bakalářské práce je popsat zásady polohování pacientů dle Evidence Based Nursing, zjistit znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče a dále zmapovat dostupné polohovací pomůcky a jejich využití v rámci intenzivní péče. Výzkumnou část budeme provádět formou kvalitativního šetření za pomoci polostrukturovaného rozhovoru, který budeme s osmi respondenty nahrávat na mobilní zařízení. Polostrukturovaný rozhovor bude obsahovat 17 otázek, které byly vytvořeny na základě výzkumných cílů práce. Mezi vybrané respondenty budou patřit všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři pracující na jednotkách intenzivní péče vybrané oblastní nemocnice. Podle výzkumných dat bude vytvořeno 5 kategorií, které se dále dělí na konkrétní podkategorie vytvořenými otázkami. Rozhovory následně přepíšeme do textového souboru Microsoft Word, pomocí kódovací techniky z textu rozhovorů budou vytvořena schémata ke každé určené kategorii.

Výstupem bakalářské práce bude vytvoření článku k publikaci.

2 Teoretická část

2.1 Intenzivní péče

Pro pacienty se závažnými a život ohrožujícími onemocněními je důležitá léčba v intenzivní péči, která poskytuje konkrétní specializace a je nepostradatelná pro nemocniční zařízení. Na daných jednotkách intenzivní péče, které se zaměřují na podrobnější a kontinuální sledování stavu života pacienta, je netypická práce s pacienty oproti běžným standardním oddělením (Zadák a Havel, 2017).

O intenzivní medicíně můžeme říci, že to je obor, který spolupracuje s pacienty se závažnými onemocněními spojenými též s život ohrožujícími onemocněními či různými poruchami (Zadák a Havel, 2017).

Intenzivní péči můžeme dělit do tří úrovněových stupňů od nejvyšší po nejnižší. Nejvyšší úroveň třetího stupně se zaměřuje na pacienty s multiorgánovým selháním, kteří musí být připojeni na přístrojích a farmakologicky léčeni. Ve druhém stupni se nachází pacienti, kteří jsou monitorováni, farmakologicky léčeni a přístroji podporováni při selhání jedné vitální funkce. V nejnižším prvním stupni intenzivní péče se nachází pacienti, u kterých je potřeba kontinuálního monitorování při menší míře farmakologické podpory z důvodu dysfunkce orgánu (Bartůněk, 2016).

Jednotky intenzivní péče rozdělujeme dle daných oborů, jako např.: chirurgická JIP, interní JIP, neurologická JIP, kardiologická JIP apod. Na těchto odděleních intenzivní péče je důležité samotné monitorování pacienta, které obsahuje monitorování životních a vitálních funkcí, ke kterým patří: monitorace tlaku, pulsu, oxygenace, EKG, hodnocení stavu vědomí pomocí GCS, ICP a jiné (Zadák a Havel, 2017).

Důležité pro nás také jsou hygienické a protiepidemické režimy na jednotkách intenzivní péče, abychom zabránili komplikacím u pacientů s daným onemocněním a zároveň přenosu dalších onemocnění vyskytujících se v nemocničním prostředí. Proto musíme dbát na různá opatření a vyhnout se různým nebezpečím pro oslabené jedince na odděleních. „*Hlavní nozokomiální infekce jsou infekce respirační (pneumonie), infekce močových cest a infekce cévních katétrů (katérové sepse). Každá infekce, která se manifestuje po 48 hodinách hospitalizace, je označována za nozokomiální infekci.*“

(Zadák a Havel, 2017, s. 27). Hlavním cílem těchto režimů je zabránit množení nebezpečných bakterií a zároveň ochránit personál od přenosu nozokomiálních infekcí mezi pacienty.

Mezi nejčastější hygienická opatření patří běžný úklid na JIP, manipulace s čistým a špinavým prádlem, manipulace s jídlem, odpadky, dále hygienický režim pacienta (ranní hygieny, převazy, péče o rány, vstupy), prostředky dezinfekce a hygienické vizity (Zadák a Havel, 2017).

2.2 Polohování pacientů

Polohování pacientů v intenzivní péči patří mezi základní a nejúčinnější opatření prevence vzniku dekubitů. Jedná se o pravidelné změny polohy pacienta na lůžku. Pokud pacienty polohujeme správným způsobem, kdy dodržujeme časové intervaly, předejdeme tak vzniku dekubitů, deformit, kontraktur a jiným komplikacím. Cílem polohování pacientů je předejít tlaku na predilekční místa, zamezení tak tření na kůži, abychom zachovali krevní zásobení (Veverková, 2019).

Při polohování je vhodné, aby pacient měl pod sebou antidekubitní matraci. Pacienty polohujeme každé dvě hodiny, v noci každé tři hodiny, ale záleží na individuálním onemocnění pacientů. Pravidelné polohování zapisujeme do dokumentace. Dáváme pozor na pacienty po operacích a úrazech páteře, které není možné polohovat, a proto je vhodné využívat antidekubitní matrace a polohovací pomůcky při vyšším riziku vzniku dekubitů a jiných komplikací. U pacientů po cévní mozkové příhodě je doporučeno častěji měnit polohy, a to v kratším časovém úseku 40 minut (MZČR, 2020).

V rámci intenzivní péče je důležité polohování k prevenci různých komplikací a onemocnění. Nejčastěji vyskytující se sekundární komplikace na odděleních jsou dekubity, které mohou nastat z důvodu špatné prevence, léčby a v procesu ošetrovatelské péče. Mezi tyto příčiny vzniku dekubitů patří: nespolupracující pacient, pacient se špatným zdravotním stavem z důvodu závažných komplikací onemocnění, bolesti, infekce ran, ale zároveň kvůli nesprávné znalosti kompetentního personálu v dané problematice chyby v léčbě a nedostatku polohovacích pomůcek s antidekubitními matracemi (MZČR, 2020).

Abychom zabránili dalším komplikacím, pacient musí mít správný a dostatečný příjem vhodných potravin a tekutin. Nutriční terapeut pacientovi zjistí a následně zpracuje plán k vyváženému příjmu všech složek potravy a správné energetické hodnotě, aby nedocházelo k malnutraci jedince (MZČR, 2020).

Důležitá pro nás jsou daná predilekční místa, u kterých musíme dávat pozor, aby nevznikaly pacientům dekubity. Pozor dáváme převážně na sakrální krajinu, hýždě, paty a jiné. Paty nejčastěji nadlehčujeme vhodnými antidekubitními pomůckami tak, aby se rozložil tlak v oblasti lýtek (Vytejková et al., 2015).

Pacienty s žilními a močovými katetry nepolohujeme na dané zdravotnické prostředky, aby nevznikaly jisté komplikace a nedošlo tak k porušení kožní integrity (MZČR, 2020).

Polohování pacientů rozdělujeme na tři základní skupiny: korekční, antalgické a preventivní polohování (Dosbaba et al., 2021).

Korekční polohování využíváme u pacientů, kteří mají vzniklé, či postupně vznikající změny na těle, kdy u tohoto typu se zdravotníci snaží o zlepšení pacientova stavu. Při nápravě využívají různé polohovací pomůcky, fixační pásy, dlahy, ortézy a korzety, které se využívají u pacientů s omezeným pohybem, deformitami částí těla. Cílem korekčního polohování je úprava nesprávného postavení těla a jeho částí. Toto provádí nejčastěji fyzioterapeut, případně kvalifikovaný a kompetentní ošetřující personál na daném oddělení, který zná správný způsob, do jakého míry a časovou dobu polohování. Vše se následně zapisuje do dokumentace (Dosbaba et al., 2021).

Antalgické polohování se provádí u pacientů s bolestmi, přičemž zdravotníci hledají pacientům úlevu pro bolestivou část těla. Pacienti si většinou úlevovou polohu hledají sami, pokud se jim ale nedaří, kompetentní zdravotnický personál jim doporučí a pomůže využít správné metody polohování tak, aby předcházeli bolestem (Dosbaba et al., 2021).

U preventivního polohování dochází k pravidelným změnám polohy pacienta na lůžku, kdy musí personál dodržovat časové intervaly, správné polohování, aby tak nedošlo ke komplikacím pacienta. K preventivnímu polohování se využívají vhodné polohovací pomůcky k zamezení sekundárních změn týkajících se jak fyzických, tak těch psychických změn (Dosbaba et al., 2021). Tento druh polohování se nejčastěji využívá k prevenci imobilizačního syndromu a zamezení vzniku dekubitů (Veverková, 2019).

Na oddělení se dále využívá mikropolohování pacientů. „*Jedná se o malé změny poloh, které posunou váhu těla nebo končetiny na jiné místo, přitom se zásadně nezmění poloha pacienta.*“ (Dosbaba et al., 2021, s. 49). Nejčastěji dochází u pacientů k pokrčení nebo naopak natažení horních a dolních končetin, mírnému posunu a náklonu. Při mikropolohování není potřeba vyššího počtu personálu, kdy jednotlivé, pomalé a mírné změny poloh u pacienta zvládne ošetrovatelský personál sám. Tato metoda polohování se používá u pacientů náchylnějším ke vzniku dekubitů u těch, kteří delší dobu nevydrží v jedné poloze (Dosbaba et al., 2021).

2.3 Polohy

V rámci intenzivní péče je pro zdravotnický personál důležité, aby byl dostatečně kompetentní ke správnému polohování a byl důkladně proškolen pro využití daných poloh. Zaujmutí správné polohy pacienta zabraňuje tak vzniku komplikací a ulevuje od bolesti. Polohy měníme každé dvě hodiny přes den a tři v noci, aby se předešlo tlaku na predilekční místa. Polohy dělíme podle aktivity pacienta a účelu. Mezi polohy podle aktivity pacienta řadíme aktivní polohy, kdy pacient je schopný sám zaujmout a měnit polohu tak, aby mu byla příjemná a pohodlná. Pokud je pacient nesoběstačný a není schopen sám zaujmout polohu, přichází na pomoc zdravotnický personál, který pacienty polohuje, a tato poloha se nazývá pasivní (Veverková, 2019).

Dále rozdělujeme polohy dle účelu, a to na léčebné a vyšetřovací polohy. Mezi léčebné polohy řadíme: laterální polohu, supinační polohu, Fowlerovu polohu, ortopnoickou polohu, Trendelenburgovu polohu a pronační polohu, kterým se budu věnovat více v následujících podkapitolách. Dále k léčebným polohám řadíme úlevovou polohu, která se využívá nejčastěji i pacientů s renální kolikou. Pacient si hledá polohu tak, aby mu byla pohodlná. K vyšetřovacím polohám patří: poloha na boku, vsedě, na zádech, gynekologická, kolenoprsní a kolenoloketní poloha (Dingová, Vrabelová a Lidická, 2018).

2.3.1 Supinační poloha

Supinační poloha je nejčastější poloha používaná v nemocničním prostředí, kdy pacient ležící na zádech může mít nohy natažené, ale i mírně pokrčené. Obecně tak poskytuje

komfort pro pacienty v rekonvalescenci po některých typech operací. Tato poloha se využívá dále pro celkové vyšetření a fyzické posouzení pacienta (Vera Matt, 2021).

Musíme dávat pozor na dlouhodobé setrvání v této poloze, aby se nenarušila pokožka. Při poloze na zádech můžeme vystavit pacienty riziku vzniku dekubitů a poškození tak nervů. Nejčastěji se dekubity objevují v sakrální krajině, na hýždích, patách apod. Proto je dobré pacientům poskytnout antidekubitní pomůcky, aby nevznikaly dlouhodobé tlaky na kritická místa (Vera Matt, 2021).

Malé antidekubitní polštářky mohou být umístěny pod hlavou a bederním zakřivením, paty musí být chráněny před tlakem, proto musí být ve vzduchu díky polštářku (Vera Matt, 2021).

Se supinační polohou se setkávám nejčastěji na oddělení, kde jsou pacienti po různých operacích, jako např.: totální endoprotézy, zlomené krčky a větší operace břicha. Velmi často supinační polohu využíváme při ranních hygienách u pacientů, kteří nejsou schopni soběstačnosti, kdy dochází k lepší spolupráci zdravotnického personálu a manipulaci s pacientem. Nevýhoda supinační polohy je, že ventilovaným pacientům v této poloze klesala saturace.

2.3.2 Fowlerova poloha

Tato poloha známá jako polosed, kdy je pacient zvednutý s lůžkem o 45-60°. Tuto polohu rozdělujeme na nízkou (15-30°), semi-Fowlerovu (30-45°) a vysokou Fowlerovu polohu (až vertikální). Fowlerova poloha se využívá u pacientů s dechovými potížemi, kdy gravitace táhne bránici směrem dolů, což umožňuje větší expanzi hrudníku a plic (Vera Matt, 2021).

Tato poloha je dále užitečná pro pacienty, kteří mají také srdeční, respirační i neurologické problémy, ale i pro pacienty s NGS a po některých operacích (Vera Matt, 2021).

U této polohy si musíme dávat pozor, aby pacient neměl velký polštář pod hlavou, jinak bychom podpořili rozvoj flexních kontraktur krku. Pod nohy doporučujeme používat podnožku, aby nohy pacienta byly ve správném postavení a aby se zabránilo pádu nohou (Vera Matt, 2021).

2.3.3 Ortopnoická poloha

V ortopnoické poloze umístíme pacienta do sedu na lůžko se svěšenými dolními končetinami opřené o podlahu tak, aby mu to bylo pohodlné a aby se horními končetinami mohl opřít o jídelní stůl, případně okraj židle. Pokud je pacient schopný přesunu mimo lůžko, je vhodné využít židli, na které sedí pacient čelem k opěrce židle, opřený horními končetinami o okraj opěradla židle. V této poloze si pacient může v klidu dýchat (Dingová, Vrabelová a Lidická, 2018).

Pacienti, kteří mají potíže s dýcháním, jsou často umístěni do této polohy, protože zde dochází k maximálnímu roztažení hrudníku. Užitečná je velmi i pro pacienty, kteří mají problém s dostatečným výdechem, díky této poloze mají možnost přitlačit spodní část hrudníku k okraji stolu (Vera Matt, 2021).

2.3.4 Pronační poloha

Pronační poloha neboli poloha na břicho je taková, kdy pacient může ležet s hlavou otočenou na jednu stranu a kyčle nejsou flektované (Vera Matt, 2021).

Poloha na břicho je jedinou polohou na lůžku, která umožňuje plnou extenzi kyčelních a kolenních kloubů a také pomáhá předcházet flekčním kontrakturám kyčlí a kolen. Působení gravitace na trup při lehu na břicho způsobuje výraznou lordózu nebo zakřivení páteře dopředu, proto si musíme dávat pozor u pacientů s problémy s páteří, kterým tato poloha bude spíše kontraindikována (Vera Matt, 2021).

Poloha na břicho také podporuje drenáž z úst a je užitečná pro klienty, kteří jsou v bezvědomí nebo se zotavují po operaci úst či krku. Pacientovi ležícímu na břicho podložíme hlavu a břicho menším polštářem (Vera Matt, 2021).

S pronační polohou jsem se nejčastěji setkávala v rámci praxí v době pandemie Covid 19, kdy jsme velmi často do této polohy dávali pacienty na umělé plicní ventilaci v bezvědomí. Nevýhoda této polohy byla u pacientů, kteří byli těžší a museli se polohovat s vyšším počtem pracujících personálu. Na běžné polohování postačí dvě sestry, v těchto případech muselo být ke změně polohy šest lidí.

2.3.5 Laterální poloha

V laterální poloze pacient leží na boku s horní nohou položenou před dolní nohou a ohnutými kyčlemi a koleny. Zvýšená flexe horní části kyčle a kolena poskytuje větší stabilitu a rovnováhu, také snižuje lordózu páteře a podporuje tak dobré vyrovnání zad (Vera Matt, 2021).

Laterální poloha pomáhá zmírnit tlak na křížovou kost paty zejména u lidí, kteří dlouhodobě sedí. V této poloze je většina tělesné hmotnosti distribuována na laterální stranu dolní lopatky, kyčelní kosti a větší trochanter stehenní kosti (Vera Matt, 2021).

Pro správné umístění pacienta do polohy na boku je potřeba použít opěrné polštáře k zadům a dále využít polštář mezi kolena tak, aby se nevytvořil tlak mezi nimi a nebezpečí vzniku dekubitů (Vera Matt, 2021).

2.3.6 Trendelenburgova poloha

Trendelenburgova poloha zahrnuje snížení hlavy lůžka a zvednutí nohou lůžka pacienta. Pacientům trpícím hypotenzí tato poloha zajišťuje lepší prokrvení mozku díky podpoře žilního návratu jedince. Poloha se používá k zajištění posturální drenáže bazálních plicních laloků. Musíme si dávat pozor na dušnost pacienta, někteří mohou vyžadovat pouze mírný záklon nebo kratší dobu v této poloze při posturální drenáži. Podle toho poté musíme upravit dané tolerance Trendelenburgovy polohy (Vera Matt, 2021).

2.4 Imobilizační syndrom

Zůstat nečinný při hojení po operaci, zákroku nebo nemoci může vést k dalším zdravotním problémům, jako je syndrom imobility. Imobilizační syndrom způsobuje, že pacientovy svaly ochabují a stahují, proto je těžší s nimi hýbat. Náchylnější pro tento syndrom jsou starší pacienti (Dosebaba et al., 2021).

„Imobilita je stav, kdy dochází k omezení nebo ztrátě pohybových schopností z důvodu postižení vnitřního či pohybového systému vlivem úrazu, nemoci nebo vrozené vady.“ (Dosebaba et al., 2021, str. 18). Imobilita se projevuje na všech životně důležitých orgánech. K příznakům imobilizačního syndromu nejčastěji patří: ztráta svalové hmoty (od toho se odvíjí ztráta síly a pohybu), nadměrná bolest, zvýšené riziko vzniku dekubitů

a hluboké žilní trombózy, osteoporóza, problémy s rovnováhou, problémy s močovým a střevním traktem (Dosbaba et al., 2021).

Na našem oddělení jednotky intenzivní péče oblastní nemocnice v rámci praxí často chodí k pacientům odborníci z rehabilitačních oddělení, aby předešli dalším zdravotním komplikacím u ležících pacientů. Různá rehabilitační cvičení se provádí jak vleže, vsedě, ale také ve stoje a při chůzi podle toho, jak je pacient soběstačný, aktivní a schopný.

Pohyb v nemocničních zařízeních může zkrátit pobyt v něm a zároveň udržet pacientovi svalovou hmotu. Díky tomu si pacient udrží sílu, rovnováhu a může tak zabránit některým zdravotním komplikacím a též riziku pádu (Dosbaba et al., 2021).

Imobilita se řadí do čtyř skupin. První skupinou je imobilita dočasná krátkodobá, která se nejčastěji objevuje u pacientů po operacích, úrazech a při horečkách, kdy by nemělo docházet k vážnějším změnám při klidovém režimu. Jako další je imobilita dočasná dlouhodobá, kdy u pacienta léčba trvá několik měsíců a je vhodné dodržovat ošetrovatelskou péči, aby tak nedocházelo k dalším komplikacím na zdraví. Třetí je imobilita trvalá částečná nacházející se u pacientů s komplikovanými a závažnými onemocněními, úrazy a vrozeným postižením. U pacientů s trvalým deficitem na částech těla je plně závislý na kompetentním personálu, rodiny a patří do skupiny imobility trvalé úplné (Dosbaba et al., 2021).

2.4.1 Poškození svalů

Mezi poškození svalů nejčastěji patří svalové spasmy, rigidita a svalové atrofie. Svalový spasmus je křeč, kdy se pacientův sval nedobrovolně a nekontrolovatelně stahuje a vzápětí nelze uvolnit. Nejčastějšími místy jsou stehna, lýtka, chodidla, ale také ruce, paže a břicho. Svalové křeče se mohou objevit v důsledku několika příčin, včetně nedostatku živin (dehydratace a nerovnováha elektrolytů), svalového napětí, nadměrné zátěži svalů, omezení v zásobování krve, stresu a jiných základních zdravotních stavů (Lily Guo, 2023).

Křeče způsobené svalovým napětím nebo přetížením se obvykle vyskytují při příliš dlouhém držení určité pozice těla a namáhavém cvičení bez protažení. Může se ale stát, že se svalové křeče objeví i v klidu a ve spánku. Riziko svalových křečí se navyšuje s věkem, nadměrnou tělesnou hmotností a dlouhodobými zdravotními komplikacemi

vyžadujícími odbornou péči. Častá chyba v rámci intenzivní péče je nesprávné a nedostatečné polohování pacientů. Pro zmírnění opakování křečí je vhodné postižený sval jemně protahovat, masírovat a používat teplo, zároveň musí pacient pít dostatečné množství tekutin a doplňovat potřebné vitamíny jako magnezium a vitamin B (Lily Guo, 2023).

Mezi další komplikace patří rigidita. Rigidita neboli tuhost je stav, kdy dochází ke zvýšení svalového tonu, který zamezuje pohybům pacienta v celém rozsahu (Dosebaba et al., 2021).

K posledním zmíněným řadíme svalové atrofie. Při svalové atrofii dochází k úbytku svalové hmoty nedostatečným příjmem všech potřebných živin a nedostatečným pohybem a tím se snižuje svalová síla (Dosebaba et al., 2021).

2.4.2 Dekubity

Dekubity neboli proleženiny jsou rány, které vznikly působením lokálního tlaku a určitou dobou působením tlaku, kvůli kterému postupně vzniká nekróza kůže či sliznice a podkožních vrstev, jako např.: vaziva, tuků, svalů a jiných. Patří mezi velmi závažné ošetrovatelské problémy vyskytující se u pacientů se sníženou pohyblivostí, a to nejčastěji na jednotkách intenzivní péče. Postupným tlakem začne kůže červenat, tvoří se puchýřky, trhliny na kůži až krvavé rány, které mohou postupně infikovat a hnisat (Vytejková et al., 2015). Vznik dekubitů je ovlivněn mnoha faktory pacienta, mezi které řadíme věk, aktivitu, pohyblivost a spolupráci pacienta, další přidružená onemocnění, imunita a celkový stav pacienta (Šeflová, Stejskalová a Daniš, 2016).

Díky vzhledu dekubitů můžeme určit objektivní parametry, ke kterým patří velikost, hloubka, lokalizace, stupeň a také to, jak vypadá okolní tkáň. Abychom mohli podstoupit přesnou a účinnou léčbu, musíme nejprve určit správný stupeň dekubitů dle hodnotící škály Nortonové (Bartůněk, 2016).

I. stupeň dekubitu poznáme podle lokalizovaného místa, které je začervenalé, nebledne a je bolestivé. Nejčastěji se nachází nad kostním výběžkem v predilekčních místech. Začervenalé místo bývá bolestivé, chladnější či naopak teplejší než okolí. Tento stupeň musíme vyšetřit nejen pohledem, ale i pohmatem (MZČR, 2020).

U II. stupně dekubitů dochází k porušení kožní integrity, a to zejména škáry, kdy se postupně vytvoří narůžovělý otevřený vřed bez zhmoždění (MZČR, 2020).

III. stupeň dekubitů se projevuje úplnou ztrátou pokožky, kdy už pohledem může zdravotník vidět vnitřní struktura těla jako podkožní tuk. Hloubka dekubitu se odlišuje lokalizací. Nejzrosáhlejší místo bývá nejčastěji na hýždích s větší vrstvou tukové tkáně (MZČR, 2020).

IV. stupeň dekubitů zasahuje až do hloubky kostí, šlach a svalů, které zjistíme jak pohledem, tak pohmatem. Rána bývá s povlakem či černou vrstvou, kdy při větším zasažení do hloubky může docházet k osteomyelitidě. (MZČR, 2020).

Dále můžeme rozlišovat dekubity bez určení stupně, kdy dochází k celkové ztrátě tkáně s povlakem překrývající spodinu rány, u které může docházet k nekróze. Hloubka a stupeň dekubitu se může zjistit až po odstranění povlaku či nekrózy (MZČR, 2020).

U pacientů s omezenou pohyblivostí těla či nesoběstačných pacientů je častější vznik dekubitů než u soběstačných. Nejčastěji lokalizované dekubity se nachází při poloze vleže na zádech, kdy dochází k velkému tlaku od podložky, a proto často vznikají na predilekčních místech. Tato místa nejsou dostatečně kryta vrstvami podkožního tuku a svaly (Brabcová, 2021).

Mezi predilekční místa při poloze vleže na zádech patří: sakrální krajina, hýždě, paty, lokty, lopatky a týl. U polohy na boku to jsou místa v oblasti trochanterů, kotníky, bedra, ramena a uši. Při pronační poloze (poloha na břiše), do které polohujeme pacienty v kómatu, po úrazech a operacích, to jsou místa jako tváře, hrudník, genitál a kolena (Vytejšková et al., 2015).

Dekubity vznikají kvůli třecím silám o podložku, či působením lokálního tlaku určité doby podložkou. Dalšími faktory jsou vlhkost pokožky a ložního prádla, špinavé prádlo. K celkovým příčinám řadíme celkový stav pacienta, který může mít poruchy CNS a vědomí, horečky, onemocnění jednotlivých orgánů v konkrétních soustavách. Důležitý pro nás je také věk pacienta, jak se pacient stravuje, kdy zásadní role hrají vitamin C, zinek, železo a převážně bílkoviny, které plní stavební, řídicí, pohybovou a ochranou funkci těla (Kapounová, 2020).

Důležité je pravidelně kontrolovat a posuzovat (podle hodnotící škály) stav kůže, abychom tak zabránili vzniku dekubitů. U pacientů zjišťujeme rizika vzniku dekubitů z pohledu mobility pacienta, stavu kůže, věku a podle toho, zda pacient netrpí nějakým dalším onemocněním. Pokud mluvíme o aktivitě pacienta, posuzujeme, jak je pacient schopný pohybu na lůžku i mimo něj, pokud není nijak omezen při pohybu (Pokorná et al., 2019).

Pokud dojde ke vzniku dekubitu, zdravotnický personál musí pravidelně kontrolovat a ošetřovat otevřenou ránu. Při každém převazu je vhodné ránu pořádně vyčistit, oplachovat, odstranit různé nečistoty a zbytky starého krycího materiálu. Při oplachování používáme vodu bez čisticích prostředků, případně fyziologický roztok. Pokud je rána znečištěná, použijeme navíc antimikrobiální přípravek. Ránu je nutné kontrolovat a hodnotit při každém převazu, kdy následně použijeme krytí. Máme několik druhů krytí, jako např.: hydrokoloidní krytí, transparentní filmová krytí, krytí se stříbrem, pěnová krytí, krytí s medem a jiné. (Bielaková a Kubešová, 2018).

V době, kdy se vytvoří dekubit, zhodnotí stav zdravotnický personál a následně ho zapíše do dokumentace. Pravidelně se zapisují různé změny v oblasti rány, ať je to zhoršení, které se musí léčit, ale naopak i zlepšení (Hlinková et al., 2019).

Mezi jednu z nejúčinnějších prevencí vzniku dekubitů řadíme polohování pacientů. Jedná se o pravidelné změny polohy během pobytu pacienta na lůžku, který má zhoršený pohybový aparát. Pacienti se musí na jednotkách intenzivní péče pravidelně polohovat, aby nedošlo k poškození kůže a jiným komplikacím (Mlíková Seidlerová, 2019). O polohování se zmiňují výše v kapitole „Polohování pacientů.“ Součástí správného polohování v prevenci dekubitů je využití polohovacích pomůcek, včetně antidekubitní matrace (Drábková a Hájková, 2018).

Během praxí jsem se na oddělení málokdy setkávala s dekubity u pacientů. Nejčastěji se to týkalo pacientů přijímaných z jiných oddělení či zdravotnických a sociálních zařízení. Pokud došlo ke vzniku dekubitů u nás na oddělení, nejčastější příčina byla poloha pacienta v extenzi, kdy následně po zjištění byl dekubit co nejrychleji podchycen a léčen. Na oddělení jsme nejčastěji využívali dermochlorophyl sprej, Aquacel foam pěnové krytí na rány k optimálnímu hojení, Allevyn hydrocelulární krytí, dále ochranný krém se zinkem a také spreje obsahující stříbro.

2.4.3 Tromboflebitida

Tromboflebitida je zánětlivé onemocnění v. superficiales, kvůli kterému vznikají tromby. U pacientů s omezeným pohybem na lůžku dochází ke zpomalení žilního řečiště na dolních končetinách spojené s křečovými žilami. K tromboflebitidě může dojít i na horních končetinách příčinou zdravotnického výkonu, např. při odběru krve nebo intravenózním podání látek. V místě dochází k edému končetin, zčervenání a bolesti doprovázené subfebrilní tělesnou teplotou (Dosebaba et al., 2021).

Díky změnám jednotlivých poloh u pacienta dochází ke zmírnění komplikací, k lepšímu prokrvení, návratu žilního řečiště a odtoku tkáňového moku (Dosebaba et al., 2021). Při poloze se šikmo zdviženými končetinami se využívá u pacientů dlahy, na které je uložena dolní končetina tak, aby docházelo k lepšímu žilnímu odtoku (Dingová, Vrabelová a Lidická, 2018).

2.4.4 Edém

Edém neboli otok je stav, kdy se hromadí tekutina mimo buňky v intersticiálních prostorech. Otoky se dělí na lokalizované a generalizované. Lokalizované otoky se tvoří při zánětech, trombózách a tromboflebitidách. Pacientovi, kterému se otok vytvoří, vyšetřuje kůži zdravotnický personál aspekty a palpací. Kůže bývá napnutá, lesklá a světlé barvy, když se nenachází v místě otoku zánět, naopak při zánětu je místo zarudlé a teplejší. Nejčastější místa otoků se nachází v blízkosti kotníků. U pacientů s nižší pohyblivostí, kteří často leží na zádech, se vytváří otok v sakrální krajině (Souček et al., 2019).

Generalizované otoky jsou příčinou zvýšením rychlosti vytváření intersticiální tekutiny. K této situaci dochází např. při hypoalbuminii, hladovění a systémovém městnání. Pro zjištění příčiny edému je důležité udělat laboratorní vyšetření (Souček et al., 2019).

Při poloze zádech je vhodné horní končetiny polohovat do různých pozic, které se v časových intervalech postupně mění. Horní končetiny se nejčastěji vypodkládají polštářem podél těla, dlaně by měly být vypodloženy tak, aby nedocházelo k útlaku cévního řečiště, následně otoku a bolesti (Dosebaba et al., 2021).

2.4.5 Ileus

Ileus neboli neprůchodnost střevní, je velmi závažný, až život ohrožující stav pacienta. Je to jeden z nečastějších onemocnění náhlé příhody břichní, které mají rychlejší průběh. K neprůchodnosti může dojít v tenkém i tlustém střevě, kdy se musí v co nejkratším čase problém odstranit, jinak dojde k ruptuře postiženého úseku střeva. Ileus dělíme na mechanický, neurogenní a cévní (Slezáková, 2021).

U mechanického ileu dochází k obstrukci části střeva, přičemž překážka brání následujícímu postupu obsahu v trávicím ústrojí. Obstrukcí může být nádor, potrava a stolice. Při této formě ileu nedochází k bolestem břicha, ale vyskytuje se u pacienta velmi častá nevolnost, zvracení, ale také zástava plynů a odchodu stolice. Nejčastější formou je neurogenní ileus, kdy dochází k nadmutí a následné bolesti břicha. Cévní ileus se projevuje neočekávanou a prudkou bolestí břicha trvajícím dvě hodiny. Následně se situace uklidní tak, že pacient nemá žádné příznaky (Slezáková, 2021).

S tímto problémem jsem se nejčastěji setkávala v rámci praxí na oddělení, kdy každý týden byl přijat minimálně jeden pacient po operaci. Zpočátku byli pacienti polohováni na zádech s mírně pokrčenými dolními končetinami. V rámci prevence ileu jsme na oddělení imobilní pacienty polohovali z boku na bok.

2.4.6 Pneumonie

U pacientů s imobilizačním syndromem může docházet k různým onemocněním dýchacích cest. K nejčastějším onemocněním řadíme pneumonie. Hypostatická pneumonie se objevuje převážně u starších pacientů, kteří zaujímají supinační polohu, ve které dochází ke snížení vitální kapacity plic. V supinační poloze se velmi často hromadí vyšší množství hlenu, přičemž je narušena samočistící schopnost a dochází tak k většímu znečištění prostředí, kde se tvoří mikroorganismy vytvářející následně vznikající záněty. U hydrostatické bronchopneumonie dochází k nevzdušnosti plicní tkáně, přičemž pacient je velmi dušný, nepokojný, hyperventilující a může být až cyanotický. K prevenci onemocnění pneumonie řadíme správné polohování, a to konkrétně Fowlerovu polohu známou jako polosed. Fowlerova poloha se využívá u pacientů s dechovými potížemi, kdy gravitace táhne bránici směrem dolů, což umožňuje větší expanzi hrudníku a plic. Pacienti provádí různé dechové rehabilitace, preventivně se doporučuje poklepová masáž,

dále bazální stimulace podporující lidské vnímání sama sebe a okolí, zvlhčování vzduchu a odsávání (Dingová, Vrabelová a Lidická, 2018).

2.5 Polohovací pomůcky

V dnešní době ve zdravotnických zařízeních je k dispozici velký výběr polohovacích pomůcek k potřebnému polohování pacientů. Máme mnoho polohovacích pomůcek různého tvaru, materiálu, potahu, tvrdosti a velikosti. Nejčastěji používané polohovací pomůcky jsou vyplněny drobnými kuličkami s hladkým omyvatelným povrchem (Dosbaba et al., 2021). Polohovací pomůcky musí být omyvatelné, ale kromě nich nacházíme na oddělení také pratelné. U pratelných polohovacích pomůcek se musí dodržovat hygienické opatření tak, že po přímém kontaktu s pacientem je potřeba povlak vyprat z důvodu opocení a opotřebení (Wagner, 2019). Dále mezi polohovací pomůcky řadíme molitanové pomůcky využívané při korekčním polohování, gelové v rámci operačních sálů a nafukovací vzduchové pomůcky při polohování a rehabilitacích (Dosbaba et al., 2021).

Mezi polohovací pomůcky patří polohovatelná a výškově nastavitelná lůžka. Po stranách délky lůžka se nachází boční postranice, které zajišťují bezpečnost klienta, zamezují pádu z lůžka a jsou užitečné pro zvýšenou pohyblivost pacienta. Pomáhají také při pohybu ze strany na stranu nebo při sezení v posteli. V dnešní době existují lůžka, která se dají nastavit a usnadnit polohování. Pro některé ošetrovatelské postupy je výhodou nastavení výšky lůžka, aby si zdravotnický personál při manipulaci s pacientem nastavil dostatečnou výšku dle sebe a neublížil si (Jansová, 2016). Tato funkce slouží zároveň i pro usnadnění pohybu pacienta, který si nastaví lůžko na správné sezení v posteli, ale také pro lepší a stabilnější postoj u lůžka. U těchto výškově nastavitelných lůžek je nevýhodou nejnižší nastavení polohy, které může být pro některé pacienty ještě příliš vysoko (Dosbaba et al., 2021).

U novějších lůžek v rámci intenzivní péče je možný boční náklon, u kterého musí být ošetrovatelský personál ve střehu, dodržovat správné zásady manipulace a bezpečnosti pacienta. Laterální náklon je výhodný pro pacienty, u kterých není možné polohování na boky z důvodu jejich zdravotního stavu. Laterální náklon napomáhá pacientům k prevenci respiračních onemocnění, dekubitů, zlepšení mobility a usnadnění přesunu pacienta z lůžka (Jansová, 2016).

Součástí lůžka na kovovém rámu nad lůžkem se nachází hrazdička, která slouží pacientům pro lepší přitažení těla a pomáhá tak personálu při manipulaci s ním (Dosbaba et al., 2021).

Nejčastěji využívaná polohovací pomůcka je antidekubitní matrace. Na jednotkách intenzivní péče najdeme vždy na každém lůžku antidekubitní matraci, která pomáhá zabránit působením lokálního tlaku vzniku dekubitů. Antidekubitní matrace dělíme na aktivní a pasivní. Aktivní matrace využíváme u pacientů v bezvědomí a s problémy pohybového aparátu. Pasivní matrace se používají u pacientů s nízkým rizikem vzniku dekubitů (MZČR, 2020).

Mezi další polohovací pomůcky řadíme polštáře, které poskytují oporu, zvedají dané části těla a oblasti řezu dlahou, snižují pooperační bolesti při aktivitě, hlubokém dýchání a kašli. Důležitá je správná velikost polštáře pro umístění (Vera Matt, 2021). S polštáři jsme na oddělení pracovali velmi často, kdy jsme tím podkládali pacientovi končetiny, aby nedocházelo k tlaku od podložky.

Dříve používané pytle s pískem jsou měkké pomůcky naplněné látkami, které lze použít k tvarování nebo konturování tvaru těla a poskytují tak oporu. Znehybňují končetiny a udržují specifické postavení těla (Vera Matt, 2021). V rámci praxí jsem se s takovou pomůckou na odděleních nikdy nesetkala. Je to také z důvodu staršího užívání, v dnešní době se častěji používají vhodnější, kvalitnější a modernější pomůcky.

Jako další polohovací pomůcky se využívají klínové polštáře, které jsou trojúhelníkového tvaru vyrobené z těžké pěny a používají se k udržení nohou v abdukci po operaci totální náhrady kyčelního kloubu (Vera Matt, 2021).

K méně častým používaným polohovacím pomůckám řadíme tzv. boty na nohy. Boty mohou být z pevného plastového materiálu, který se tolik již nevyužívá a častěji se na odděleních setkáváme s pěnovými či látkovými botami, které udržují nohu ve správném úhlu. Zde se musí kontrolovat integrita kůže častěji (Vera Matt, 2021).

Na oddělení se můžeme dále setkat s trochanterovými rolemi, které zabraňují vnější rotaci nohou pacienta polohovaného na zádech. Dají se vytvořit pomocí prostředadla složeného podélně na šířku od velkého trochanteru stehenní kosti k nejnižší hranici podkolenního prostoru (Vera Matt, 2021).

„Mnoho pomůcek má pracovní názvy shodné s názvem zvířat (želva, koník, had aj.)“ (Dobšák et al., s. 37, 2021). V rámci praxí na oddělení jednotky intenzivní péče jsem se dále setkala s EPS motýlkem, kterým jsme vypodložili pacientovi končetiny, případně vkládali mezi dolní končetiny v poloze na boku. Určitě bych zmínila také opěradlo využívané pacientem při jídle či sezení na lůžku s nohama svěšenými dolů z postele. Nejčastěji jsme využívali dlouhé hady, kterými jsme podepírali pacientovi polohovanému na bohu záda. Poslední polohovací pomůcky využívané na oddělení byly půlválce a podložní polštáře. Mezi poměrně nové a moderní polohovací pomůcky patří různě tvarované kuličkové polštáře, např. do tvaru G, D a omega polštáře.

3 Výzkumná část

3.1 Cíle práce a výzkumné otázky

Cíle práce

1. Popsat zásady polohování pacientů dle Evidence Based Nursing.
2. Zjistit znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče.
3. Zmapovat dostupné polohovací pomůcky a jejich využití všeobecnými sestrami a zdravotnickými záchranáři v rámci intenzivní péče.

Výzkumné otázky

1. Výzkumná otázka nestanovena, jedná se o popisný cíl.
2. Jaké jsou znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče?
3. Jaké polohovací pomůcky mají všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři v rámci intenzivní péče k dispozici a jaké je jejich využití?

3.2 Metodika výzkumu

Výzkum bakalářské práce je zpracován metodou kvalitativního šetření. Údaje byly získány formou polostrukturovaného rozhovoru, nahrány na mobilní zařízení a následně přepsány do programu Microsoft Office Word, zpracovány pomocí kódovací techniky a poté začleněny do schémat. Šetření probíhalo v dané oblastní nemocnici na jednotkách intenzivní péče, kde bylo osloveno 8 respondentů. Respondenty výzkumu byli všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři. Samotná realizace výzkumu probíhala v časovém období březen-duben 2023 z důvodu prodloužení studia. Hlavní sestra zdravotnického zařízení dala souhlas k provedení výzkumu na pracovištích intenzivní péče (Příloha B: Protokol k realizaci výzkumu). Respondenti byli před každým rozhovorem seznámeni s tématem. Dále byli ujistěni, že nahrané rozhovory slouží pouze pro osobní účel, kdy jejich nahrávky nebudou nikde zveřejněny a následující zjištěná data budou udržována v anonymitě. Po vysvětlení prováděného výzkumu byly podepsány souhlasy respondentů účastnících se výzkumu (Příloha C: Vzor souhlasu respondenta s účastí ve výzkumu).

Polostrukturovaný rozhovor obsahuje 17 otázek, které byly vytvořeny na základě výzkumných cílů práce (Příloha A: Otázky k rozhovoru). K polostrukturovanému rozhovoru byly vytvořeny ilustrační obrázky příkladů polohovacích pomůcek, které mohli respondenti využít např. při zodpovězení otázky čísla 12 (Příloha D: Ilustrační obrázky k výzkumu).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Respondent 1 (dále R1) je 22letá praktická sestra pracující 3 roky u lůžka intenzivní péče

Respondent 2 (dále R2) je 24letá všeobecná diplomovaná sestra pracující rok u lůžka intenzivní péče

Respondent 3 (dále R3) je 25letá všeobecná sestra pracující dva roky u lůžka intenzivní péče

Respondent 4 (dále R4) je 27letý zdravotnický záchranář pracující 4 roky u lůžka intenzivní péče

Respondent 5 (dále R5) je 28letá všeobecná diplomovaná sestra pracující 2 roky u lůžka intenzivní péče

Respondent 6 (dále R6) je 32letá všeobecná sestra pracující rok u lůžka intenzivní péče

Respondent 7 (dále R7) je 36letý zdravotnický záchranář pracující skoro 10 let u lůžka intenzivní péče

Respondent 8 (dále R8) je 44letá všeobecná sestra s ARIP pracující 25 let u lůžka intenzivní péče

3.4 Kategorizace a analýza dat získaných rozhovorů

Podle výzkumných dat byly vytvořeny kategorie ze získaných rozhovorů od osmi respondentů, které jsme následně vložili do tabulky pro lepší přehlednost (Tabulka 1 Kategorizace). V každé kategorii se nachází více než jedna podaná otázka jednotlivým respondentům. Všechny pět kategorií muselo být rozděleno do menších podkategorií z důvodu většího počtu podaných otázek a získaných odpovědí. Celkem bylo stanoveno 5 hodnotících kategorií, které byly zpracovány v programu Microsoft Office Word a následně zpracovány do schémat v programu diagrams.net.

Tabulka 1 Kategorizace (Zdroj: Autor)

Číslo kategorie	Název kategorie
Kategorie 1	Kategorie polohy pacientů
Kategorie 2	Kategorie polohování pacientů
Kategorie 3	Kategorie polohovací pomůcky
Kategorie 4	Kategorie komplikace nesprávného polohování
Kategorie 5	Kategorie názory respondentů

3.4.1 Kategorie polohy pacientů

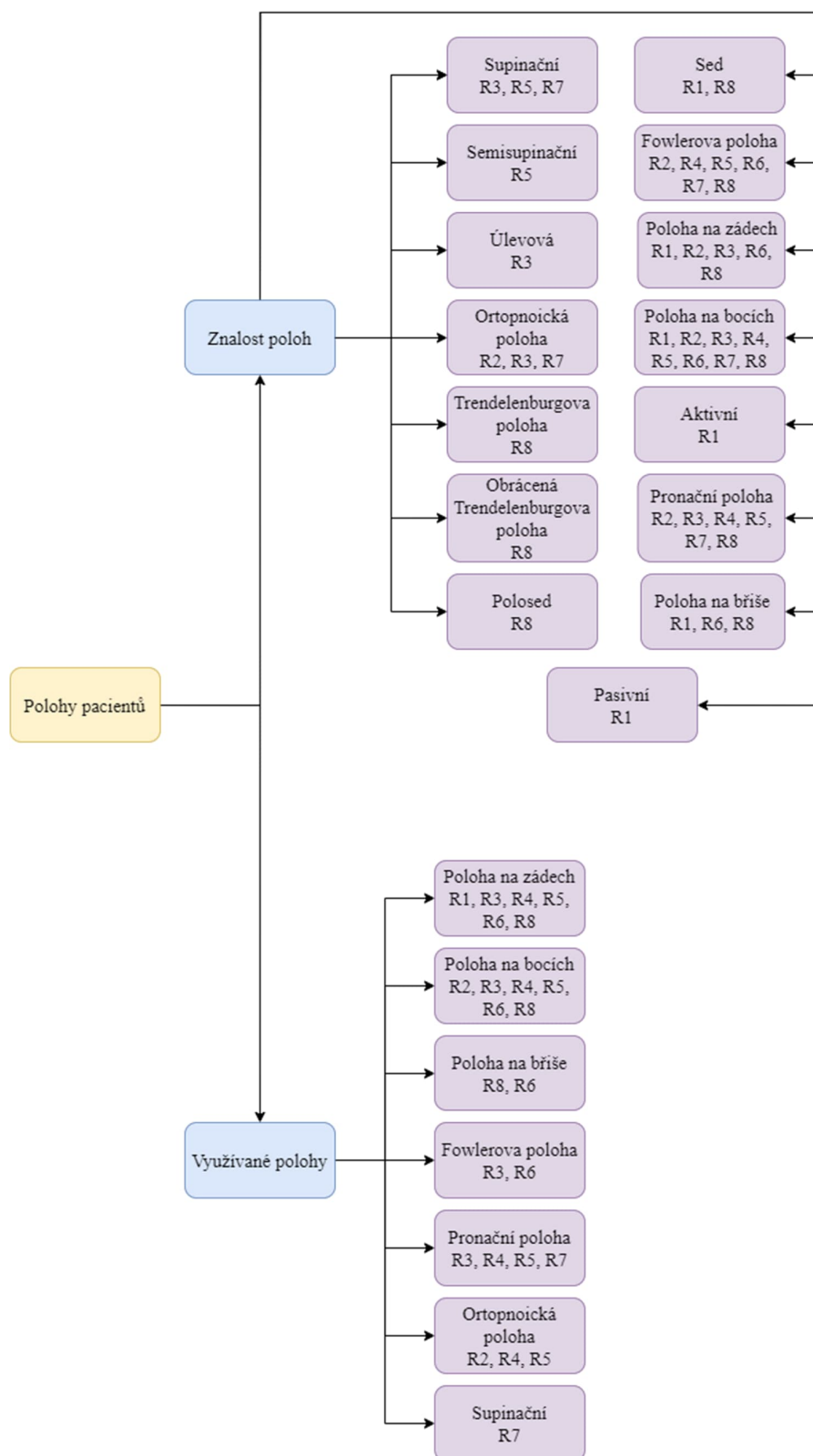


Schéma 1 Kategorie polohy pacientů (Zdroj: Autor)

První kategorie byla zaměřena na polohy pacientů v rámci intenzivní péče, které se týkaly kladených otázek 4-5. Tato kategorie zahrnuje celkem dvě otázky. První otázkou polostrukturovaného rozhovoru byla znalost využívaných poloh v rámci intenzivní péče. Získaných odpovědí od respondentů bylo celkem 15. Nejčastěji zmiňovaná odpověď byla poloha na bocích, na kterou odpověděli všichni respondenti. Jak uvedl R8: „*No, tak znám Trendelenburgovu, obrácenou Trendelenburgovu polohu, polosed, sed, Fowlerovu polohu, polohu na zádech, na bocích a na bříše.*“ Druhá početně vyšší skupina byla Fowlerova poloha zmíněná též R2, R4, R5, R6, R7 jako u R8 a pronační poloha byla dále uvedena R2, R3, R4, R5 a R7. Z odborné terminologie byly zodpovězeny polohy supinační R3, R5 a R7, semisupinační R5, Trendelenburgova a obrácena Trendelenburgova R8 a ortopnoická R2, R3 a R7. Z laického popisu byla zmíněná úlevová poloha R3, polosed R8 a sed R1 a R8 a poloha na bříše zbylými R1 a R6. R1 jako jediný zmínil rozdělení samotného polohování dle možnosti hybnosti pacienta: „*Všechny. No znám polohy aktivní, pasivní. Aktivní jsou polohy, které si pacient zaujímá sám a pasivní jsou, do kterého je přivádí zdravotní personál, především sestry. To je asi rozdělení, ale ještě konkrétní polohy. Na zádech, v sedě, na boku pravém a levém, na bříše.*“

Druhá otázka se týkala samotného využívání konkrétních poloh na oddělení v rámci intenzivní péče. Mezi nejpoužívanější polohy na oddělení patří poloha na zádech zodpovězena R1, R3, R4, R5, R6 a R8 a poloha na bocích zodpovězena R2, R3, R4, R5, R6 a R8. Polohu na zádech nejčastěji respondenti využívali u pacientů po operacích, jak uvedl příkladně R1: „*Poloha na zádech pooperačně, protože na těch intenzivních lůžkách máme především pacienty po operaci. A tam vzhledem k tomu, že to jsou často nemohoucí ležící pacienti, tak ty polohy musíme zaujímat jako my sami, jako personál.*“

Jedna poloha, která byla nejčastěji využívána u pacientů v období pandemie Covid 19, výjimečně u pacientů s popáleninami na zádech, byla zmíněna R3-R8 dvěma názvy odborného (pronační poloha) a laického (poloha na bříše). R6 se dále vyjádřila k využití polohy na bříše: „*Nejčastěji pracujeme s Fowlerovou polohou s pacienty, kteří mají problémy s dýcháním a na bříše, pokud mají nějaké popáleniny na zádech.*“ R2, R4 a R5 využívali na oddělení dále ortopnoickou polohu u pacientů s dechovými obtížemi. Supinační poloha byla zmíněna pouze R7. Poslední využívaná byla Fowlerova poloha R3 a R6 na oddělení v rámci intenzivní péče s pacienty s dechovými obtížemi.

3.4.2 Kategorie polohování pacientů

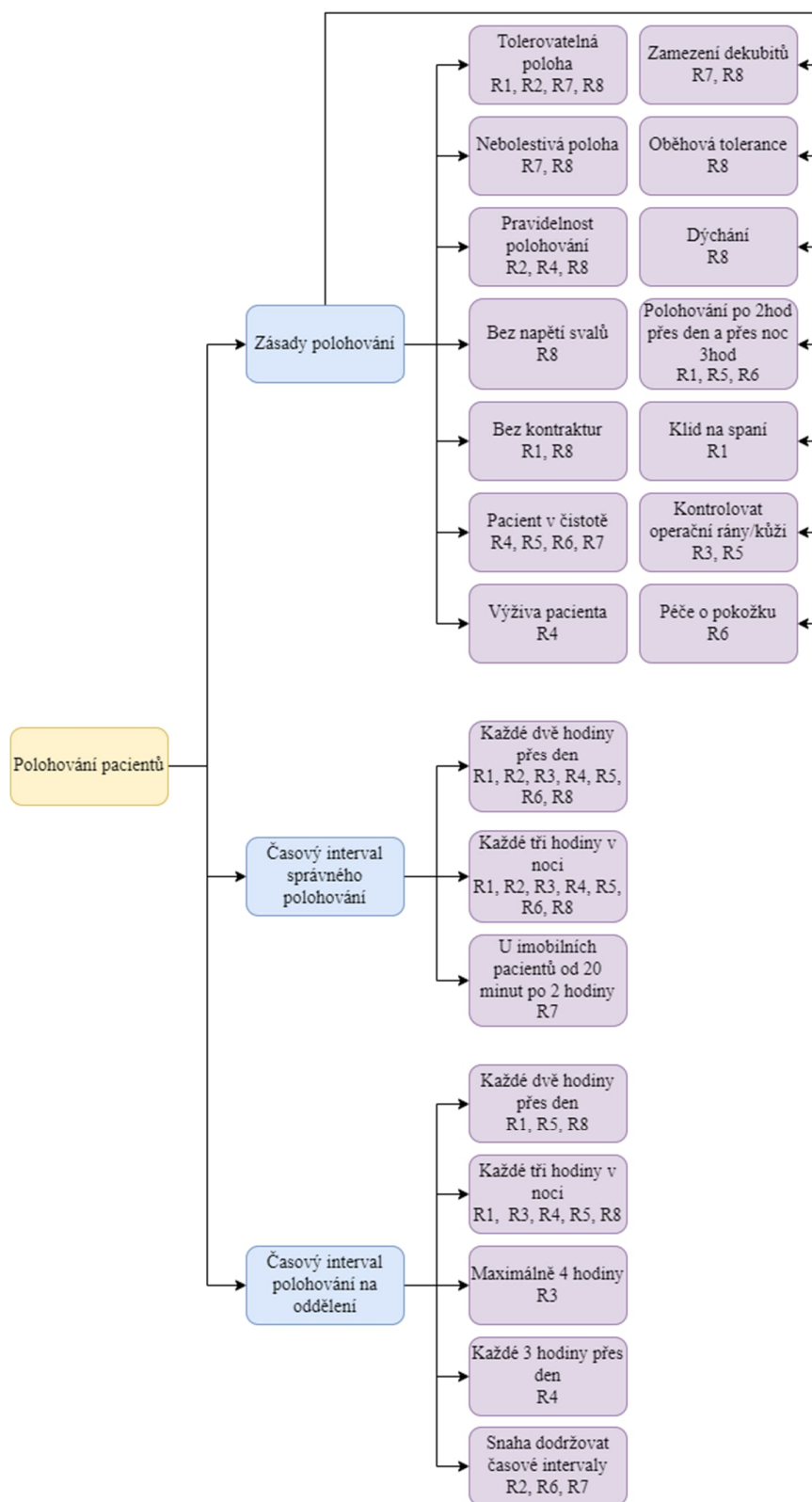


Schéma 2 Kategorie polohování pacientů (Zdroj: Autor)

Druhá kategorie byla zaměřena na polohování pacientů v rámci intenzivní péče. Tato kategorie zahrnuje tři otázky, které se týkaly znalosti zásad polohování, znalosti správného časového intervalu polohování a časových intervalů dodržovaných na jejich oddělení. První otázka polostrukturovaného rozhovoru byla zásady polohování, které se týkaly šesté otázky. Schéma bylo rozděleno do dvou sloupců z důvodu většího počtu odpovědí respondenty. Polovina respondentů (R4, R5, R6, R7) odpověděla, že by měl pacient být v čistotě kvůli rychlejšímu vzniku komplikací na kůži pacienta. R1, R2, R7 a R8 popsali jako důležité pro pacienta tolerovatelnou polohu, aby se cítil pohodlně, a tím navazujeme na odpověď nebolestivá poloha zmíněná též R7 a R8. Častěji se respondenti zaměřovali na pravidelné intervaly polohování (R2, R4 a R8), a to konkrétně polohováním pacienta přes den každé dvě hodiny a každé tři hodiny v noci (R1, R5 a R6). R8 uvedl jako další příklady, aby pacient byl bez kontraktur, svalového napětí, dekubitů a se zaměřím na oběhovou toleranci a správné dýchání a nedocházelo tak k dechovým obtížím. Neobvyklé odpovědi mezi respondenty byly klid na spaní od R1, správná výživa pacienta, aby nebyl malnutrický (R4) a mezi posledními péče o pokožku, která by se měla dle R6 mazat různými mastičkami a balzámy.

Druhá otázka tvořila časový interval správného polohování pacientů na oddělení týkající se sedmé otázky. R1 nám odpověděl: „*Jak jsem zmínil v předchozí otázce, polohovat by se měl pacient přes den každé dvě hodiny a v noci tři.*“ Všichni respondenti až na R7 odpověděla stejně. R7 zmínil dodatečnou informaci o polohování, konkrétně se týkala imobilních pacientů: „*U těch imobilních pacientů plně je to od 20 minut až po 2 hodiny, záleží, jaké jsou vymoženosti oddělení, abychom mohli polohovat v rámci postele, v rámci náklonu a v rámci těch antidekubitárních pomůcek.*“

Poslední třetí otázka byla zaměřena na kategorii časového intervalu polohování na oddělení. Nejčastěji zodpovězená odpověď byla dodržování intervalu každé tři hodiny přes noc R1, R3, R4, R5, R8. Intervaly dodržované v noci po třech hodinách odpověděli R1, R5 a R8. Dále se objevila odpověď, že se R2, R6, R7 snaží dodržovat časové intervaly, ale ne vždy tomu tak bylo z různých důvodů. Jak uvedla R6: „*Snažíme se a dvě hodiny, ale občas to nevychází, protože máme hodně práce, ale snažíme se to dělat pravidelně.*“ Mezi poslední zmíněné patřily odpovědi každé 3 hodiny přes den R4 a minimálně každé 4 hodiny R3 ze stejného důvodu v oblasti náročnosti práce na oddělení.

3.4.3 Kategorie polohovací pomůcky

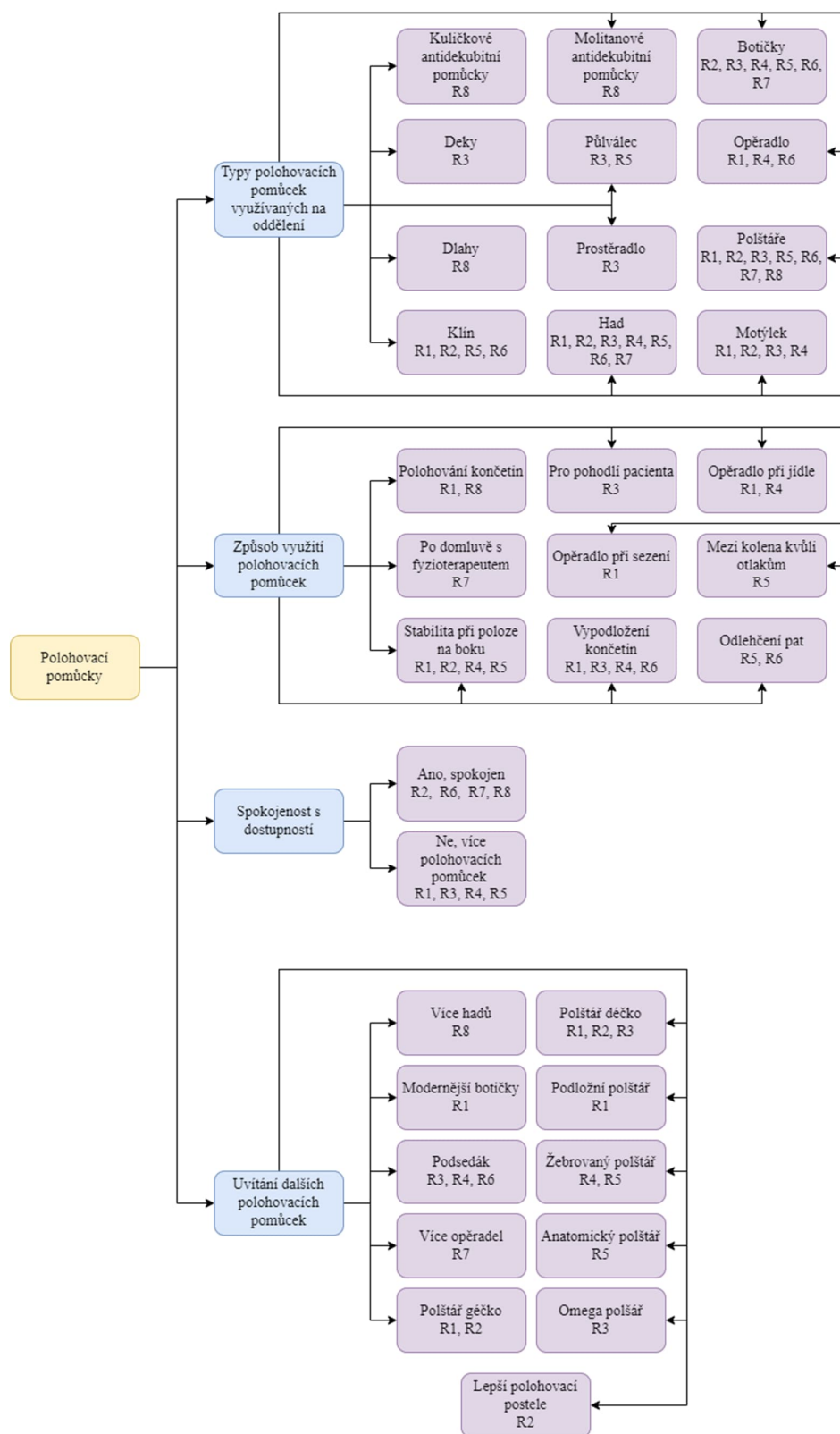


Schéma 3 Kategorie Polohovací pomůcky (Zdroj: Autor)

Třetí kategorie byla zaměřena na polohovací pomůcky využívané v rámci intenzivní péče. Tato kategorie zahrnuje celkem čtyři otázky. První otázka polostrukturovaného rozhovoru otázky číslo 11 byla typy polohovacích pomůcek využívaných na oddělení. Nejvíce využívané polohovací pomůcky na oddělení byly polštáře, jak uvedl R5: „*Využíváme nejčastěji polštář, potom různé klínky, molitanové botičky, půlválce, pěnového hada.*“ Na oddělení využívané polštáře zmínili všichni respondenti v rozhovoru. Druhou nejčastější používanou pomůckou byli polohovací hadi, kdy na tuto otázku odpověděli R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7. Třetí častěji zmiňované polohovací pomůcky byly botičky, které zmínili R2, R3, R4, R5, R6, R7. Při polohování dále respondenti využívali motýlka a klíny, na kterých se shodovali R1 a R2, naopak se lišili R5, R6 a R3, R4 v použití těchto dvou pomůcek. Méně často využívanými polohovacími pomůckami byla opěradla a půlválce. Opěradla nejčastěji respondenti využívali u pacientů při jídle a na sezení. Mezi poslední nejméně využívané polohovací pomůcky byly zmíněny R8 dlahy, kuličkové a molitanové antidekubitní pomůcky a R3 jako jediný uvedl: „*Tak co se týče takových klasických, tak polohovák, většinou prostěradlo nebo podložka pod pacientem.*“

Druhá otázka se zabývala způsobem využití polohovacích pomůckami. R1, R2, R4 a R5 zmínili, že nejčastěji polohují pacienty ležící na boku hadem tak, aby vznikla jistá stabilita pacienta. Nejčastější polohovací pomůcky využívané všemi respondenty byly polštáře, kterými zdravotnický personál vypodkládal pacientovi končetiny a zároveň je tím polohovali, kdy R5 zmínil konkrétní využití polštáře vložením mezi kolena u pacientů v poloze na boku, aby pacientovi nevznikaly otláčeniny. R1 zmínil, že opěradla využívají u pacientů při jídle a sezení na lůžku, kdy R4 se shodoval s již zmíněným využitím opěradla při jídle. Mezi poslední a nejméně zmíněné způsoby použití polohovacích pomůcek patří pro účel pohodlí pacienta R3 a konzultace s fyzioterapeutem R7.

Třetí podaná otázka se týkala spokojenosti dostupně využívaných polohovacích pomůcek na oddělení, kdy se respondenti dělili na dvě poloviny. R2 uvedl: „*Pomůcek polohovacích máme celkem dost, myslím si, že je to vyhovující,*“ kdy s tímto názorem souhlasili R6, R7 a R8 a neměli k tomu žádné výtky, naopak R1, R3, R4 a R5 nebyli spokojeni z důvodu nedostatku konkrétních polohovacích pomůcek při větším počtu pacientů. R5 dále k tomu uvedl: „*No, nejsme. Je jich málo a bylo by jich potřeba více, a i jiné typy.*“

Poslední čtvrtá otázka se zabývala polohovacími pomůckami, které by chtěli respondenti mít k dispozici na oddělení. Častěji zmiňované byly novější polohovací pomůcky ve tvaru děčka a gěčka, které by využili R1, R2 a R3 pro lepší zaujmutí polohy pacienta s co nejméně použitými pomůckami. Ani jednou nebyl zmíněný podsedák určený k polohování pacientů na zádech v předchozích kategoriích, který si nakonec vybrali R3, R4 a R6 díky ilustračním obrázkům moderních polohovacích pomůcek použité k výzkumu, které jsme vytvořili a následně ukázali respondentům pro větší orientaci a představu (Příloha D). K nejméně zmíněným polohovacím pomůckám (vždy jedním respondentem) byly lepší polohovací postele (R2), podložní polštáře (R1), anatomické polštáře (R5) a dále větší množství hadů (R8), opěradel (R7) a nakonec modernější botičky, ke kterým R1 uvedl: *„A určitě bych uvítal novou botičku, vzhledem k tomu, že ta botička u nás jako polohovací pomůcka je z roku, skoč na mě z boku – smích – tak bych uvítal nějakou novou modernější.“*

3.4.4 Kategorie komplikace nesprávného polohování

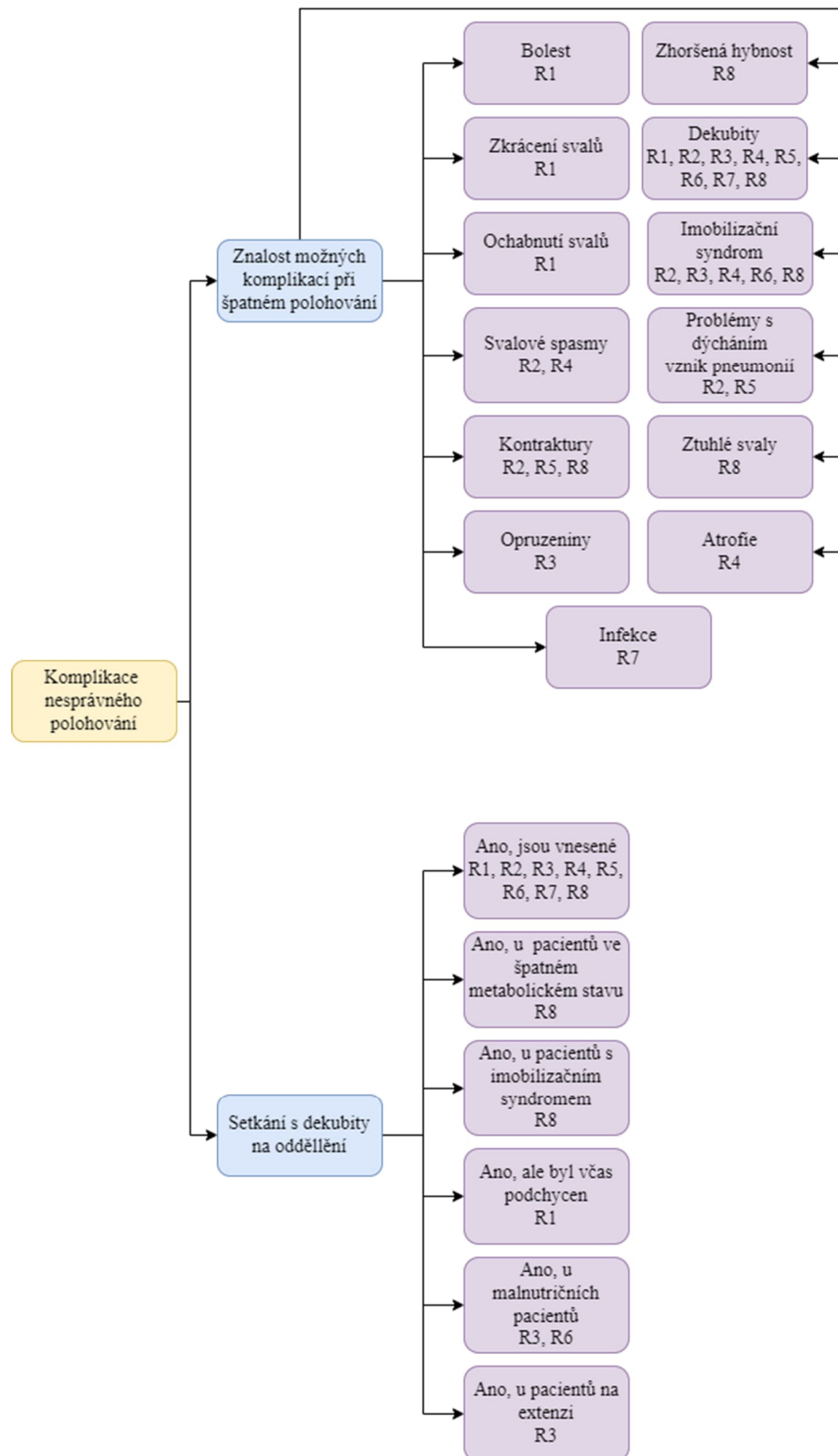


Schéma 4 Kategorie Komplikace polohování

Čtvrtá kategorie byla zaměřena na komplikace nesprávného polohování, ke kterým může docházet. Tato kategorie obsahovala dvě položené otázky týkající se otázek 13-14. První otázka byla zaměřena na znalosti možných komplikací při nesprávném polohování všeobecných sester a zdravotnických záchranářů. R6 uvedla: „*Jako základní komplikace to jsou dekubity, dále imobilizační syndrom.*“ Ostatní respondenti souhlasili stejně jako R6 s nejzákladnější komplikací, kterými jsou dekubity. Druhá nejčastěji zmíněná odpověď R2, R3, R4, R6 stejně jako u R8 byla imobilizační syndrom. R2, R5 a R8 dále uvedli možnost vzniku kontraktur, R2 a R4 svalové spasmy, R2 a R5 problémy s dýcháním vznikem pneumonií. K posledním zodpovězeným byly odpovědi vždy s jedním respondentem, ke kterým patří bolest, zkrácení svalů, ochabnutí svalů R1, dále zhoršení hybnosti a ztuhlé svaly R8, opruzeniny R3, atrofie R4 a mezi poslední infekce R7.

Druhá otázka se týkala všeobecných sester a zdravotnických záchranářů v oblasti setkání se s dekubity na oddělení. Každým respondentem bylo odpovězeno ano, jen s odlišnými důvody. Všichni respondenti řekli, že na oddělení se setkávají s dekubity, ale hlavně těmi vnesenými z jiných oddělení, zdravotnických a sociálních zařízení, kdy R5 podotkl: „*Většinou to je, že když pacient je převezen z jiného oddělení, jakože to jsou vnesené dekubity. A málo kdy se stane, že to je na našem oddělení.*“ R6 k tomu dodala: „*Občas se stane, že pacient je podvyživený a ty dekubity se vytvoří rychle.*“ S tímto názorem souhlasí R3, že dekubity se mohou objevit u malnutričních pacientů rychleji, kteří jsou náchylnější na vytvoření dekubitů kvůli tlaku od podložky. R8 dále opověděl, že se mohou naskytnout u pacienta ve špatném metabolickém stavu a u pacientů s imobilizačním syndromem. Pokud se mluvilo konkrétně o vzniku dekubitu na oddělení R1, uvedl, že po zjištění vzniku byl dekubit včas podchycen.

3.4.5 Kategorie názory respondentů

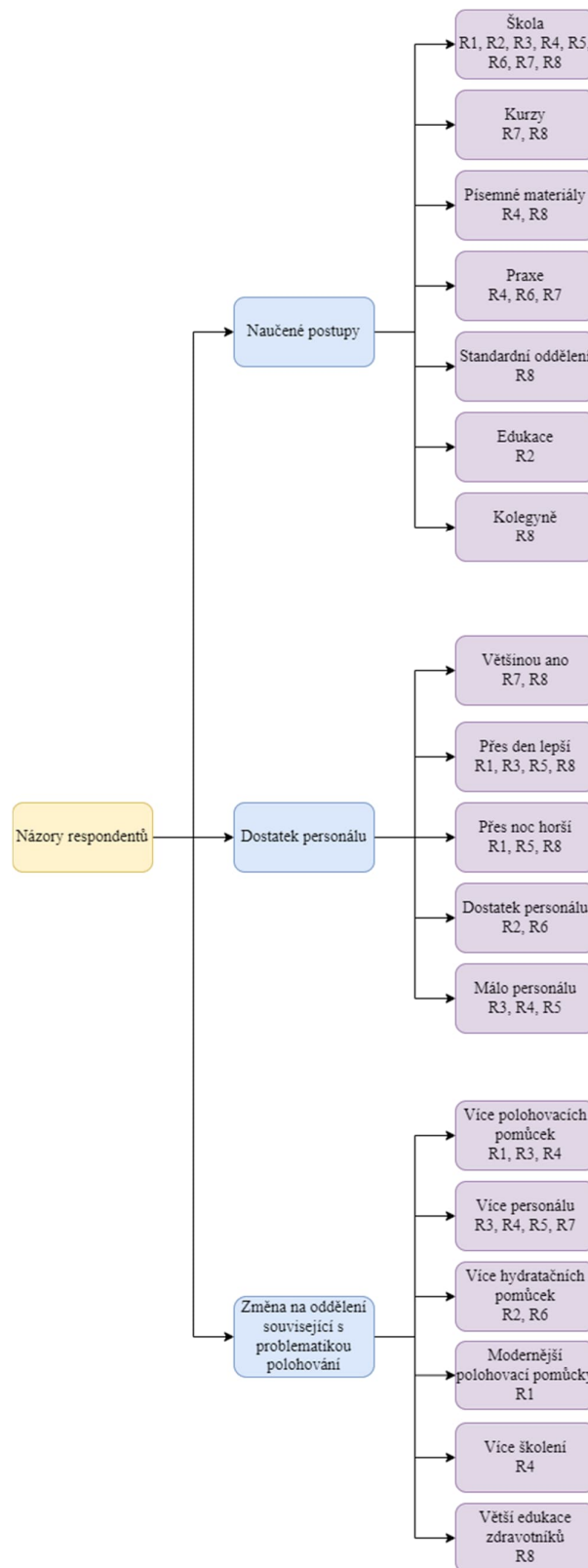


Schéma 5 Kategorie Názory respondentů (Zdroj: Autor)

Poslední pátá kategorie se zaměřovala na názory respondentů na konkrétní oblasti v rámci polohování. Kategorie se týkala otázek 15-17 a byla rozdělena do tří otázek. První otázka byla zaměřena na naučené postupy polohování jednotlivých respondentů. Všichni respondenti odpověděli, že se s tím nejčastěji setkali ve škole, kdy R1 dodal: „*Ve škole. V rámci školení jsem se u nás s ničím nesetkal.*“ R4, R6 a R7 zmínili, že se o postupech dozvěděli více v rámci praxí na daných odděleních. Méně časté byly kurzy (R7 a R8), písemné materiály (R4 a R8), edukace (R2) a jako poslední zmíněné standardní oddělení a kolegyně v práci R8.

Druhá otázka se týkala dostatku sloužícího personálu na oddělení. R1, R3, R5 a R8 zdůraznili, že přes den je mnohem lepší a snadnější polohovat pacienty z důvodu větší kapacity ošetrovatelského personálu a nápomocných sanitářů, ošetrovatelů a případných studentů. Naopak přes noc R1, R5 a R8 nebyli spokojeni s dostupným personálem na oddělení, kdy je výrazně méně sester a dalších pracovníků. R7 a R8 k těmto tvrzením dodali, že jsou většinou spokojeni, kdy se polohování více méně dá zvládnout. V následující informaci se budeme lišit s názorem (ne)dostatku personálu na oddělení. R2 a R6 zmínili, že na oddělení intenzivní péče je dostatek personálu, s tímto názorem nesouhlasili R3, R4 a R5. R4 odůvodnil nedostatek personálu na konkrétním příkladu: „*No, konkrétně u nás na oddělení je hodně málo personálu, takže je to takový omezený. Člověk by rád poskytl víc polohování, víc péče těm lidem, ale prostě je to nemožný. Zvláště často lidi bývají obézní, takže v jednom člověku se to zvládat prostě nedá.*“ Jak bylo i mnou zmíněné v teoretické části ze zkušenosti, kdy při polohování pacienta na břicho v době pandemie Covid 19 bylo potřeba na otočení větší množství personálu, než když je při normálních podmínkách na oddělení.

Poslední třetí otázka se týkala případné změny na oddělení související s problematikou polohování, kdy nejčastěji byla zmíněna R3, R4, R5 a R7 odpověď ano, že by chtěli více personálu na oddělení. Dále R1, R3 a R4 by požadovali více polohovacích pomůcek, R1 také dodal modernější polohovací pomůcky. Netypickým požadavkem R2 a R6 bylo více hydratačních pomůcek pro pacienty. Jediný R4 zmínil více školení na pracovišti, což mě velice překvapilo z důvodu zdůraznění nedostatku školení v otázce číslo 15 mnoha respondenty. A k posledním řečeným patřila větší edukace pracovníků R8.

3.5 Analýza cílů a výzkumných otázek

Analýza výzkumných cílů a výzkumných otázek byla provedena formou polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor byl zaznamenán mobilním telefonem s diktafonem a následně přepsán do Microsoft Office Word. Pro výzkumnou část této bakalářské práce jsme stanovili 3 výzkumné cíle na podkladě rozboru předem vybrané odborné literatury. Prvním cílem práce bylo **popsat zásady polohování dle Evidence Based Nursing**, kdy k tomuto cíli nebyla vytvořena výzkumná otázka, jelikož se jednalo o **popisný cíl**. Tento cíl jsme popsali v teoretické části bakalářské práce, tudíž **první výzkumný cíl byl splněn**.

Výzkumný druhý cíl měl zjistit **znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče**. K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka: **Jaké jsou znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče?** V rámci polostrukturovaného rozhovoru jsme tento výzkumný cíl a výzkumnou otázku zařadili do Kategorie 1 a 2. Každá kategorie se skládala z více položených otázek z důvodů vyššího počtu otázek. Kategorie 1 byla rozdělena na dvou otázek. První otázka se zabývala znalostmi poloh v rámci intenzivní péče všeobecných sester a zdravotnických záchranářů. Nejčastěji zmiňovaná odpověď byla poloha na bocích, na kterou odpověděli všichni respondenti. Druhé dvě nejpočetnější skupiny odpovědí šesti respondentů z osmi byly Fowlerova a pronační poloha. Menší početní skupiny či konkrétní jednotlivci z hlediska odborné terminologie zmínili supinační polohu, semisupinační polohu, Trendelenburgova a obrácenou Trendelenburgovu polohu a ortopnoickou. Z oblasti běžné komunikace se jednalo o polohy úlevové, polosed, sed a na břicho. Jediný respondent zmínil rozdělení dle schopnosti pacienta na aktivní a pasivní polohy. Druhá otázka se týkala konkrétních využívaných poloh zdravotnickým personálem na oddělení v rámci intenzivní péče. Nejčastější odpověď zodpovězená mimo jednoho všemi respondenty byla poloha na zádech využívaná u pacientů po operacích a výjimečně u pacientů s popáleninami na zádech. Druhá nejčastější poloha zmíněna šesti respondenty byla poloha na bocích a pronační poloha využívaná nejčastěji v době pandemie Covid 19. Mezi poslední zmíněné polohy patří ortopnoická a Fowlerova poloha využívaná u pacientů s dechovými obtížemi. Kategorie 2 se zabývala polohováním pacientů, která se rozdělila na tři otázky, a to zásady polohování, časové intervaly správného polohování

a časové intervaly dodržované respondenty na oddělení v rámci intenzivní péče. První otázka zaměřená na zásady polohování muselo být schematicky rozděleno do dvou sloupců z důvodu většího množství odpovědí od respondentů. Polovina respondentů odpověděla, že by pacient měl být v čistotě, aby nevznikaly rychleji jiné komplikace na kůži jako opruzeniny, otlačeniny a jiné. Další častou zmíněnou odpovědí byla tolerovatelná poloha pacienta, aby se cítil komfortně a byl co v nejmenších bolestech na lůžku v konkrétní poloze, na což navazuje další odpověď nebolestivá poloha. Méně opakované odpovědi se týkaly pravidelnosti časových intervalů, a to konkrétně polohování každé dvě hodiny přes den a každé tři hodiny přes noc. K posledním získaným odpovědím patří, aby pacient byl bez kontraktur, svalového napětí, dekubitů a se zaměřením na oběhovou toleranci a správné dýchání, aby nedocházelo k dechovým obtížím. Dále aby pacient byl správně a dostatečně vyživován, měl klid na spaní a byla zajištěna péče o pokožku. Druhá otázka se týkala časového intervalu správného polohování, kdy všichni až na jednoho respondenta odpověděli každé dvě hodiny přes den a každé tři hodiny v noci. Jediný respondent určil časové rozmezí polohování od 40 minut po 2 hodiny dodané informací týkající se imobilních pacientů, případně pacientů na podpoře noradrenalinem. Poslední otázka byla zaměřena na časové intervaly polohování dodržované na odděleních intenzivní péče. Nejčastěji respondenti odpovídali, že dodržují časové intervaly polohování každé tři hodiny v noci, část respondentů dodržuje časové intervaly polohování každé dvě hodiny ve dne. Menší část respondentů uvedla, že se snaží dodržovat časové intervaly, ale ne vždycky byly dodrženy z důvodu nedostatku personálu, stavu pacienta a více práce na oddělení. Výjimečně se nacházely odpovědi každé 3 a 4 hodiny přes den z důvodu větší náročnosti práce na oddělení. Zjistili jsme, že všichni respondenti znají zásady správného polohování pacientů v rámci intenzivní péče, většina respondentů má všeobecné znalosti o větším množství konkrétních zmíněných poloh a jak je v praxi využít. Na základě položených otázek ke zjištění znalostí všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče byl **druhý výzkumný cíl splněn.**

Třetí a poslední výzkumný cíl měl **zmapovat dostupné polohovací pomůcky a jejich využití všeobecnými sestrami a zdravotnickými záchranáři v rámci intenzivní péče.** K výzkumnému cíli byla stanovena výzkumná otázka: **Jaké polohovací pomůcky mají všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři v rámci intenzivní péče k dispozici a jaké je jejich využití?** K tomuto výzkumnému cíli a otázce jsme přiřadili Kategorii 3, která se

dělila na čtyři otázky zaměřené na dostupné polohovací pomůcky na oddělení, jejich využití, spokojenost s dostupností polohovacích pomůcek a poslední, zda by respondenti uvítali na oddělení jiné polohovací pomůcky. První otázka byla zaměřena na dostupné polohovací pomůcky na oddělení intenzivní péče, rozdělené schematicky do většího počtu sloupců z důvodu většího množství odpovědí od respondentů. Všichni respondenti odpověděli nejčastěji využívání polštářů na oddělení, dále dlouhé hady a botičky. Polovina respondentů dále často uváděla klíny, motýlka a opěradlo. Nejméně zmiňované polohovací pomůcky byly dlahy, deky, půlválce a prostěradla a co se týkalo materiálu polohovacích pomůcek, tak to byly kuličkové a molitanové antidekubitní pomůcky. Druhá otázka byla zaměřena na způsob využití polohovacích pomůcek na oddělení. Mezi nejčastěji zmíněné odpovědi patřilo podkládání končetin horních i dolních již zmíněnými, často využívanými polštáři, aby nedocházelo k otlakům od podložky. Dále se respondenti shodli při použití dlouhých hadů u pacientů na boku, aby docházelo k lepší stabilitě pacienta. Část respondentů uvedla, že využívají opěradlo u pacientů k lepšímu sezení a při jídle. K posledním zmíněným patřily botičky, které respondenti využívali k prevenci dekubitů na patách, dále využívali motýlka při poloze na boku, kterého vkládali mezi pacientova kolena. Třetí otázka byla spokojenost využívaných polohovacích pomůcek na oddělení respondenty, kdy jedna polovina všech respondentů byla spokojena s dostupnými polohovacími pomůckami a druhá polovina zbylých respondentů byla nespokojena z důvodu nedostatku polohovacích pomůcek na oddělení při větším počtu pacientů. Poslední čtvrtá otázka byla zaměřena na zamyšlení respondentů o dalším využití jiných pomůcek na oddělení. Několik respondentů se shodlo, že by rádi na oddělení uvítali nové polohovací pomůcky typu polštář géčko, děčko a omega, včetně podsedačky, se kterým se na oddělení nikdy nesetkali. Několik jednotlivců by uvítalo více hadů na oddělení kvůli vyššímu počtu pacientů, dále modernější botičky, více opěradel pro sezení, velké žebrované polštáře, kterým by hezky vypodložili končetiny, a anatomický polštář. Názory respondentů se mnohdy lišili v některých oblastech konkrétních polohovacích pomůcek v rámci intenzivní péče, které mají na oddělení a které využívají. Nejtypičtěji používanými polohovacími pomůckami byli polštáře zmíněni všemi respondenty k podkládání končetin pacienta a dále využívané vypodložené hady za zády při poloze na boku. Na základě položených otázek ke zmapování dostupných polohovacích pomůcek a jejich využití všeobecnými sestrami a zdravotnickými záchranáři v rámci intenzivní péče **byl třetí výzkumný cíl splněn.**

4 Diskuze

V bakalářské práci se zabýváme problematikou polohování pacientů v intenzivní péči. Je třeba, aby zdravotnický personál pracující na jednotkách intenzivní péče byl dostatečně informován o postupech polohování, jeho zásadách, technikou, konkrétními polohami a využití polohovacích pomůcek. Pokud bychom se měli zaměřit na konkrétní problematiku a její následné řešení, abychom předcházeli vzniku komplikací či případnému zhoršení stavu, je dobré umět s tím pracovat a využít konkrétní postupy, metody polohování s využitím dostupných polohovacích pomůcek. V odborné literatuře je bohužel malé množství správných postupů při vzniklých komplikacích a prevenci. V praxi se tak daly tyto stavy ovlivnit a jisté kompilace by tak nevznikaly. V bakalářské práci jsem měla problém vyhledat a využít věrohodný odborný zdroj, který by hezky popisoval u konkrétních sekundárních komplikací postup při polohování, aby byl pro pacienta účinný.

Výzkumná část byla provedena pomocí kvalitativního výzkumu za použití techniky polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly uskutečněny s osmi respondenty zahrnující všeobecné sestry a zdravotnické záchranáře pracující na oddělení intenzivní péče dané oblastní nemocnice. V bakalářské práci jsme stanovili tři výzkumné cíle, ke kterým jsme následně určili výzkumné otázky. U prvního cíle nebyla stanovena výzkumná otázka, jelikož se jednalo o popisný cíl, který byl zpracován v teoretické části bakalářské práce. Ke zbylým dvěma výzkumným cílům jsme přiřadili dvě výzkumné otázky a ty pro lepší přehlednost rozdělili do pěti kategorií. Každé kategorii byly přiděleny další otázky k z důvodu vyššího počtu podaných otázek.

První výzkumný cíl měl za úkol **popsat zásady polohování pacientů dle Evidence Based Nursing** a byl zpracován v teoretické části bakalářské práce s pomocí použité literatury.

Druhým výzkumným cílem bylo **zjistit znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče** a byla k němu stanovena druhá výzkumná otázka: **Jaké jsou znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče?** K této otázce byla přiřazena vytvořená Kategorie 1-2. Kategorie 1 Polohy pacientů jsme rozdělili do dvou otázek, které se věnovaly znalostem poloh a využitím konkrétních poloh na oddělení.

První otázka polostrukturovaného rozhovoru byla znalost využívaných poloh v rámci intenzivní péče. Získaných odpovědí od respondentů bylo celkem 15. Nejčastěji zmiňovaná odpověď byla poloha na bocích, na kterou odpověděli všichni respondenti. Druhá početně vyšší skupina byla Fowlerova poloha a pronační poloha zodpovězena šesti respondenty. Respondenti dále zmiňovali ortopnoickou, supinační, semisupinační, Trendelenburgovu a obrácenou Trendelenburgovu polohu, sed, polosed a úlevovou polohu. Druhá otázka byla využití konkrétních poloh pacientů v rámci intenzivní péče. Až na jednoho respondenta všichni uvedli, že nejčastěji na jejich oddělení využívají u pacienta polohu na zádech, a to převážně po operacích. Více jak polovina respondentů dále uvedla využití polohy na bocích a pronační polohu, se kterou se nejvíce setkávali v období pandemie Covid 19, a jeden respondent uvedl využití polohy u pacientů s popáleninami na zádech. Někteří respondenti uvedli, že nevýhodou pronační polohy bylo využití vyššího počtu zdravotnického personálu při otáčení obézních lidí, protože při jiném druhu polohování je dostačující spolupráce dvou sester. Dle Veverkové (2019) je v případě otáčení do pronační polohy třeba lékaře a minimálně dalších tří pracovníků, co se shoduje i s odpověďmi respondentů, kteří toto polohování z důvodu náročnosti na zdravotnický personál považují za nevýhodné, a to obzvláště při manipulaci s obézními pacienty. U pacientů s dechovými obtížemi využívali respondenti Fowlerovu a ortopnoickou polohu. Tyto polohy považuje i Veverková (2019) za výhodné, protože díky nim dochází ke zlepšení a zajištění optimální ventilaci plic. Kategorie 2 Polohování pacientů jsme rozdělili do třech otázek týkajících se zásad polohování, znalosti správného časového intervalu polohování a časové intervaly dodržované respondenty na oddělení. První otázka byla zaměřena na znalosti zásad polohování. Polovina respondentů odpověděla, že by pacient měl být v čistotě, aby nevznikaly komplikace na kůži jako opruzeniny, otláčeniny a dekubity. Další často zmiňovanou odpovědí byla tolerovatelná poloha a nebolestivá poloha pacienta. Méně opakované odpovědi se týkaly pravidelnosti časových intervalů, a to konkrétně polohování každé dvě hodiny přes den a každé tři hodiny přes noc. S těmito zásadami souhlasí Veverková (2019) a ta ještě dodává, že při každé změně polohy by se měla kontrolovat kůže a její změna barvy. Respondenti dále zmínili, aby pacient byl bez kontraktur, svalového napětí, dekubitů, přičemž s tímto názorem souhlasí Dingová, Vrabelová a Lidická (2018) a dále se zaměřením na oběhovou toleranci a správné dýchání. Pro R4 byla důležitá správná a dostatečná výživa pacienta pro prevenci a léčbu dekubitů, aby nedocházelo k malnutrici. Tohoto názoru je i MZČR (2020), které souhlasí s dostatečným a vyváženým příjmem všech nutných složek

potravin s odpovídající energetickou hodnotou, aby se pacient nestal malnutričním. Druhá otázka byla znalost časového intervalu polohování, kdy s výjimkou R7 všichni odpověděli každé dvě hodiny přes den a každé tři hodiny v noci. R7 zmínil podrobnější popis od 40 minut po 2 hodiny u imobilních pacientů či na podpoře noradrenalinem. Podle MZČR (2020) se všechny odpovědi shodují a jsou správně. Třetí otázka se zaměřila na dodržování časových intervalů na oddělení, kdy většina respondentů odpověděla, že se snaží dodržovat dvě hodiny přes den a tři hodiny v noci, ale v souvislosti s nedostatkem personálu a více práce na oddělení tomu tak mnohdy není a časové intervaly tak nedodržují. Tudíž časové intervaly neodpovídají tomu, co zmínila Veverková (2019) a MZČR (2020), aby se pravidelně dodržovaly časové intervaly každé dvě hodiny přes den a tři v noci.

Třetím výzkumným cílem práce bylo **zmapovat dostupné polohovací pomůcky a jejich využití všeobecnými sestrami a zdravotnickými záchranáři v rámci intenzivní péče** a k té byla stanovena výzkumná otázka: **Jaké polohovací pomůcky mají všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři v rámci intenzivní péče k dispozici a jaké je jejich využití?** K tomuto výzkumnému cíli a otázce jsme přiřadili Kategorii 3, která se dělila na čtyři otázky zaměřené na dostupné polohovací pomůcky na oddělení, jejich využití, spokojenost s dostupností polohovacích pomůcek a poslední, zda by respondenti uvítali na oddělení jiné polohovací pomůcky. První otázka byla zaměřena na využívané polohovací pomůcky respondenty. Všichni respondenti odpověděli nejčastější využívání polštářů na oddělení, dále dlouhé hady a botičky. Polovina respondentů dále často uváděla klíny, motýlka a opěradlo. Druhá otázka se týkala způsobu využití konkrétních polohovacích pomůcek. Nejčastěji zmíněná odpověď respondenty byla podkládání končetin horních i dolních již zmíněnými, často využívanými polštáři, aby nedocházelo k otlakům od podložky. S tímto postupem polohování jsem se nejčastěji setkávala na oddělení během praxí s využitím polštářů při podkládání končetin. Dále se respondenti shodli na použití dlouhých hadů u pacientů na boku, aby docházelo k lepší stabilitě pacienta. Někteří respondenti na oddělení využívali botičky, které byly indikovány u pacientů v rámci prevence dekubitů, aby nedocházelo k otlaku od podložky. S tímto názorem souhlasí Dosbaba et al. (2019), kteří upřesnili využití botiček pro ochranu pat a kotníků v podobě kuličkového a polyesterového materiálu. Setkali jsme se s názorem u R1, který dodal, že polohovací botičky jsou zastaralé a rád by uvítal novější a modernější model. Naopak R4 uvedl, že polohovací pomůcky na oddělení mají, ale

nevyužívají je tak často. Třetí otázka byla zaměřena na spokojenost s dostupností polohovacích pomůcek na oddělení. První polovina respondentů byla spokojená a druhá polovina nebyla spokojena z důvodu nedostatku polohovacích pomůcek při větším počtu pacientů a zastaralých polohovacích pomůcek na oddělení. Proto by většina respondentů uvítala na oddělení více dostupných a modernějších polohovacích pomůcek stejného druhu. Čtvrtá a poslední otázka byla, jaké další polohovací pomůcky by na oddělení uvítali. Několik respondentů se shodlo, že by rádi na oddělení uvítali novější a modernější polohovací pomůcky typu polštář géčko, děčko a omega, včetně podsedáku, se kterým se na oddělení nikdy nesetkali. R1 zmínil, že by chtěl na oddělení modernější botičky.

Kategorie 5 Názory respondentů, která byla zaměřena na názory respondentů na konkrétní oblasti v rámci polohování. První otázka byla zaměřena na naučené postupy polohování jednotlivých respondentů. Všichni respondenti odpověděli, že se s polohováním pacientů nejčastěji seznámili ve škole, kdy R1 a R3 dodali důležitou informaci, že v rámci školení zaměstnanců se s postupy polohování nesetkali. Školení zdravotnického personálu by mělo probíhat standardně ve všech zdravotnických zařízeních bez výjimky. Jak doporučilo MZČR (2020) pro management poskytovatelů zdravotních služeb, mělo by docházet k zajištění vyškolení všeobecných sester se zvláštní odbornou způsobilostí pro prevenci a léčbu dekubitů a zajištění pravidelného školení zdravotnického personálu. Několik respondentů zmínilo, že se o postupech dozvěděli více v rámci praxí na daných odděleních. Druhá otázka se týkala dostatku sloužícího personálu na oddělení. Většina respondentů zdůraznila, že přes den je mnohem lepší a snadnější polohovat pacienty z důvodu větší kapacity ošetrovatelského personálu a nápomocných sanitářů, ošetrovatelů a případných studentů. Naopak přes noc R1, R5 a R8 nebyli spokojeni s dostupným personálem na oddělení, kdy je výrazně méně sester a dalších pracovníků. R7 a R8 k těmto tvrzením dodali, že jsou většinou spokojeni, kdy se polohování více méně dá zvládnout. V následující informaci se budeme lišit s názorem (ne)dostatku personálu na oddělení. S kladným tvrzením přišla R2, která upřesnila, že v současné době na oddělení je dostatek zdravotnického personálu, pokud zrovna nikdo neonemocní. S tímto názorem nesouhlasili R3, R4 a R5 z důvodu menšího počtu pracujícího personálu s větším počtem pacientů na oddělení. Poslední otázka se týkala případné změny na oddělení související s problematikou polohování. Většina respondentů odpověděla kladně a požadovali by více zdravotnického personálu na oddělení. Během nočních služeb je výrazně méně ošetrujícího zdravotnického personálu

při polohování, a proto se mnohdy nedodržovaly správné postupy. Někteří respondenti by vyžadovali více polohovacích pomůcek při větším množství pacientů a R1 by ocenil pořízení modernějších polohovacích pomůcek. Jediný R4 zmínil více školení na pracovišti, což nás velice překvapilo z důvodu zdůraznění nedostatku školení některými respondenty v první otázce poslední zmíněné kategorii. Názory respondentů ohledně dostatku personálu se velmi lišily, a proto si myslíme, že záleží na daných okolnostech související s náročností práce během denních i nočních služeb, aktuálně pracujícím personálem na oddělení, znalostmi konkrétních postupů a jejich ochotou pomoci.

5 Návrh doporučení pro praxi

Na základě získaných informací a rozboru sesbíraných dat z výzkumné části bakalářské práce můžeme podotknout, že všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři se snaží o pravidelnost polohování dodržáním časových intervalů na oddělení intenzivní péče. S dodržáním pravidelného polohování se dá předejít mnoha komplikacím, jako například velmi často vyskytujícím se dekubitům v rámci intenzivní péče. Velmi dobře si uvědomují, že polohování je nedílnou součástí kvality fungování pacienta po fyzické stránce. Dále vědí, že pacient by se měl kromě pravidelného polohování zaujímat do tolerovatelných a nebolestivých poloh. Během náročnějších služeb se stane, že mnohdy polohování není natolik efektivní z důvodu větší práce na oddělení, případně z nedostatku personálu na nočních službách. Proto navrhuje navýšit zdravotnický a pomocný personál na oddělení intenzivní péče, aby nedocházelo k této nepříjemnosti související s komplikacemi u pacienta z důvodu nedostatku personálu.

Pokud mluvíme o získaných znalostech respondentů o postupech polohování, určitě bychom doporučili větší edukaci sester pomocí různých školení v nemocničním zařízení, jelikož spousta respondentů odpovědělo, že se naposledy dozvěděli o postupech v rámci školy, ne při školeních během kariéry u lůžka intenzivní péče. Dále bychom doporučili na oddělení vytvořit knihovnu, kde by byly kdykoliv dostupné odborné literatury pro zdravotnický personál, který by si nebyl jistý daným postupem při polohování.

V rámci výzkumu bylo zjištěno, že pokud byl na oddělení vyšší počet pacientů, všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři neměli dostatek stejných či podobných polohovacích pomůcek pro ostatní pacienty. Zároveň neměli moderní polohovací pomůcky, které by bylo vhodné určitě doplnit, jako např.: nové botičky, polštáře ve tvaru G, D a omega polštář. Výstupem této bakalářské práce je vytvořený článek k publikaci, kde bychom chtěli upozornit zdravotnická zařízení na nutnost dostatek zdravotnického personálu a polohovacích pomůcek, které by měly být modernější a kvalitnější.

6 Závěr

Kvalita poskytované péče při polohování v nemocničním zařízení se odvíjí od dostatečných znalostí, informací a zkušeností zdravotnického personálu. V této bakalářské práci jsme se zabývali problematikou polohování pacientů v intenzivní péči. Bakalářská práce se dělí na teoretickou a výzkumnou část.

Teoretická část byla napsána pomocí využitých informací z odborné literatury a na jejich základě se obeznámíme s pojmem intenzivní péče, polohováním a její problematikou, včetně využití polohovacích pomůcek. Zabýváme se zásadami polohování pacientů dle Evidence Based Nursing, které jsme popsali v prvním výzkumném cíli teoretické části bakalářské práce. Dále jsme popsali druhy polohování a rozdělení konkrétních poloh využívané na jednotkách intenzivní péče. V následující části jsme se zaměřili na problematiku polohování, kterou jsme následně rozdělili do několika konkrétních podkapitol komplikací, které se mohou vyskytovat na odděleních. V poslední části teoretické části jsme se zabývali polohovacími pomůckami a jejím využitím u pacientů.

Výzkumná část měla předem stanovené výzkumné cíle a k tomu přidělené výzkumné otázky. Byly stanoveny 3 výzkumné cíle. První výzkumný cíl byl popsat zásady polohování pacientů dle Evidence Based Nursing, podle kterého se určilo, že výzkumná otázka nebyla stanovena a jednalo se tak o popisný cíl. První výzkumný cíl byl zpracován a **splněn** v teoretické části bakalářské práce s pomocí použité literatury.

Druhý výzkumný cíl zjišťoval znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče. K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka: Jaké jsou znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče? Na základě položených otázek ke zjištění znalostí všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče byl **druhý výzkumný cíl splněn**. Posledním třetím výzkumným cílem bylo zmapování dostupných polohovacích pomůcek a jejich využití všeobecnými sestrami a zdravotnickými záchranáři v rámci intenzivní péče. K poslednímu cíli byla vytvořena třetí výzkumná otázka: Jaké polohovací pomůcky mají všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři v rámci intenzivní péče k dispozici a jaké je jejich využití? Na základě položených otázek ke zmapování dostupných polohovacích pomůcek a jejich využití všeobecnými sestrami a zdravotnickými záchranáři v rámci intenzivní péče **byl**

třetí výzkumný cíl splněn. Výzkumnou část jsme zpracovali pomocí kvalitativní metody a použili techniku polostrukturovaného rozhovoru. Následně jsme rozhovory přepsali a pomocí kódování zařadili do schémat. Výstupem bakalářské práce bude vytvořený článek k publikaci.

Seznam použité literatury

AVON. 2023. TEPLLO DOMOVA – Antidekubitní podložky pro polohování. *TEPLLO DOMOVA – Úvod* [online]. Litomyšl: VITAPUR, [cit. 2023-05-02]. Dostupné z: https://www.teplodomova.cz/antidekubitni-podlozky-pro-polohovani/?&force_sid=71ffac764d585d9072ac12ea4b8d1b39

BARTŮNĚK, Petr et al., eds. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.

BIELAKOVÁ, Katarína a Hana KUBEŠOVÁ. Dekubity - známe možnosti léčby?. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. 2018, 60(3), 34-39. ISSN 1213-9106.

BRABCOVÁ, Soňa. *Péče o rány: pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Praha: Grada, 2021 ISBN 978-80-271-3133-4.

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/18576/40355/NOP%20Prevence%20vzniku%20dekubit%20AF%20a%20p%20C3%A9%20C4%8De%20o%20dekubity.pdf>

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., L. VRABELOVÁ a L. LIDICKÁ. 2018. *Základy ošetřovatelství a ošetřovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0717-9.

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

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

GUO, Lily. Muscle Spasms: What Are They, Causes, Diagnosis, and More. *Osmosis - Learning Medicine Made Simple - Powerful learning platform* [online]. Elsevier, cit. [2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.osmosis.org/answers/muscle-spasms>.

HLINKOVÁ, Edita et al. 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0620-2.

JANSOVÁ, Kateřina. Kvalitní zdravotnické pomůcky a zkušený personál jako základ. 1. část, V boji proti dekubitům. *Florence*. 2016, 12(6), 4. ISSN 1801-464X.

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

MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, Jitka. 2019 *Úvod do vnitřního lékařství*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-724-9.

POKORNÁ, Andrea et al. 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0720-9.

- SLEZÁKOVÁ Lenka et al. 2021. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1718-5.
- SOUČEK Miroslav et al. 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2289-9.
- ŠEFLOVÁ, Lenka, Petra STEJSKALOVÁ a Lukáš DANIŠ. Dekubity v praxi. *Medicína pro praxi*. 2016, 13(5), 263-267. ISSN 1214-8687.
- VERA, Matt. 2021. Patient Positioning (Sims, Orthopneic, Dorsal Recumbent) Guide. NURSESLABS. *Nursing Guides, Care Plans, NCLEX Practice Questions – Nurseslabs* [online]. Nurseslabs, 2020-08-11 [2021-01-02]. Dostupné z: <https://nurseslabs.com/patient-positioning/>
- VEVERKOVÁ, Eva et al. 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2747-9.
- VYTEJČKOVÁ Renata et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.
- WAGNER, Uwe. 2019. *Polohování v péči o nemocné*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2053-6.
- ZADÁK, Zdeněk et al. 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0282-2.

Seznam tabulek

Tabulka č.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Seznam schémat

Schéma 1 Kategorie polohy pacientů

Schéma 2 Kategorie optimální polohování

Schéma 3 Kategorie polohovací pomůcky

Schéma 4 Kategorie komplikace nesprávného polohování

Schéma 5 Kategorie názory respondentů

Seznam příloh

Příloha A: Polostrukturovaný rozhovor

Příloha B: Protokol k realizaci výzkumu

Příloha C: Vzor souhlasu respondenta s účastí ve výzkumu

Příloha D: Ilustrační obrázky k výzkumu

Příloha E: Výstup bakalářské práce – Článek

Příloha A: Polostrukturovaný rozhovor

Otázky k rozhovoru:

1. Kolik je Vám let?
2. Který obor jste vystudoval/a?
3. Jak dlouho již pracujete u lůžka v rámci intenzivní péče?
4. Které polohy využívané v rámci intenzivní péče znáte?
5. Se kterými polohami nejčastěji pracujete u pacientů?
6. Jaké jsou zásady polohování?
7. Jak často by se měl optimálně pacient polohovat?
8. Jak často polohujete pacienty na Vašem oddělení?
9. Které polohovací pomůcky využíváte na oddělení?
10. Jak tyto pomůcky využíváte v rámci polohování?
11. Jak jste spokojeni s dostupnými polohovacími pomůckami u Vás na oddělení?
12. Jaké další polohovací pomůcky byste na oddělení uvítali?
13. Znáte možné komplikace při nesprávném polohování, kterou mohou u pacientů nastat?
14. Setkáváte se na Vašem oddělení s dekubity?
15. Kde jste se dozvěděli o postupech polohování?
16. Máte na oddělení dostatek personálu pro potřebné polohování pacientů?
17. Je něco, co byste na Vašem oddělení v souvislosti s problematikou polohování změnili?

Příloha B: Protokol k realizaci výzkumu

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ TUL



PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Adéla Vaňková
Osobní číslo studenta:	D1900097
Univerzitní e-mail studenta:	adela.vankova@tul.cz
Studijní program:	Zdravotnické záchranářství
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:	Problematika polohování pacientů v intenzivní péči.
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Jana Sehnalová
Metoda a technika výzkumu:	Kvantitativní – polostrukturovaný rozhovor
Soubor respondentů:	8
Název pracoviště pro realizaci výzkumu:	
Datum zahájení výzkumu:	Březen 2023
Datum ukončení výzkumu:	Duben 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 C: Vzor souhlasu respondenta s účastí ve výzkumu

Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Adéla Vaňková
Osobní číslo studenta:	D19000097
Univerzitní e-mail studenta:	adela.vankova@tul.cz
Studijní program:	Zdravotnický záchranář
Ročník:	3.
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Téma kvalifikační práce:	Problematika polohování pacientů v intenzivní péči
Technika	Polostrukturovaný rozhovor

Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním kvalifikační práce bych Vás tímto chtěla požádat o udělení souhlasu s podílením se na výzkumu jako respondent. Kdykoliv máte možnost odstoupit od realizace výzkumu. Výzkum bude realizován technikou polostrukturovaného rozhovoru, dále bude elektronicky zaznamenán (prostřednictvím mobilního zařízení) a následně písemně zpracován.

V rámci kvalifikační práce bude zajištěna anonymita respondentů a mlčenlivost výzkumníka o všech zjištěných skutečnostech při zpracování zjištěných údajů. Výstupy výzkumu budou též uváděny anonymně.

Svým podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu za výše zmíněných podmínek v rámci zpracování kvalifikační práce.

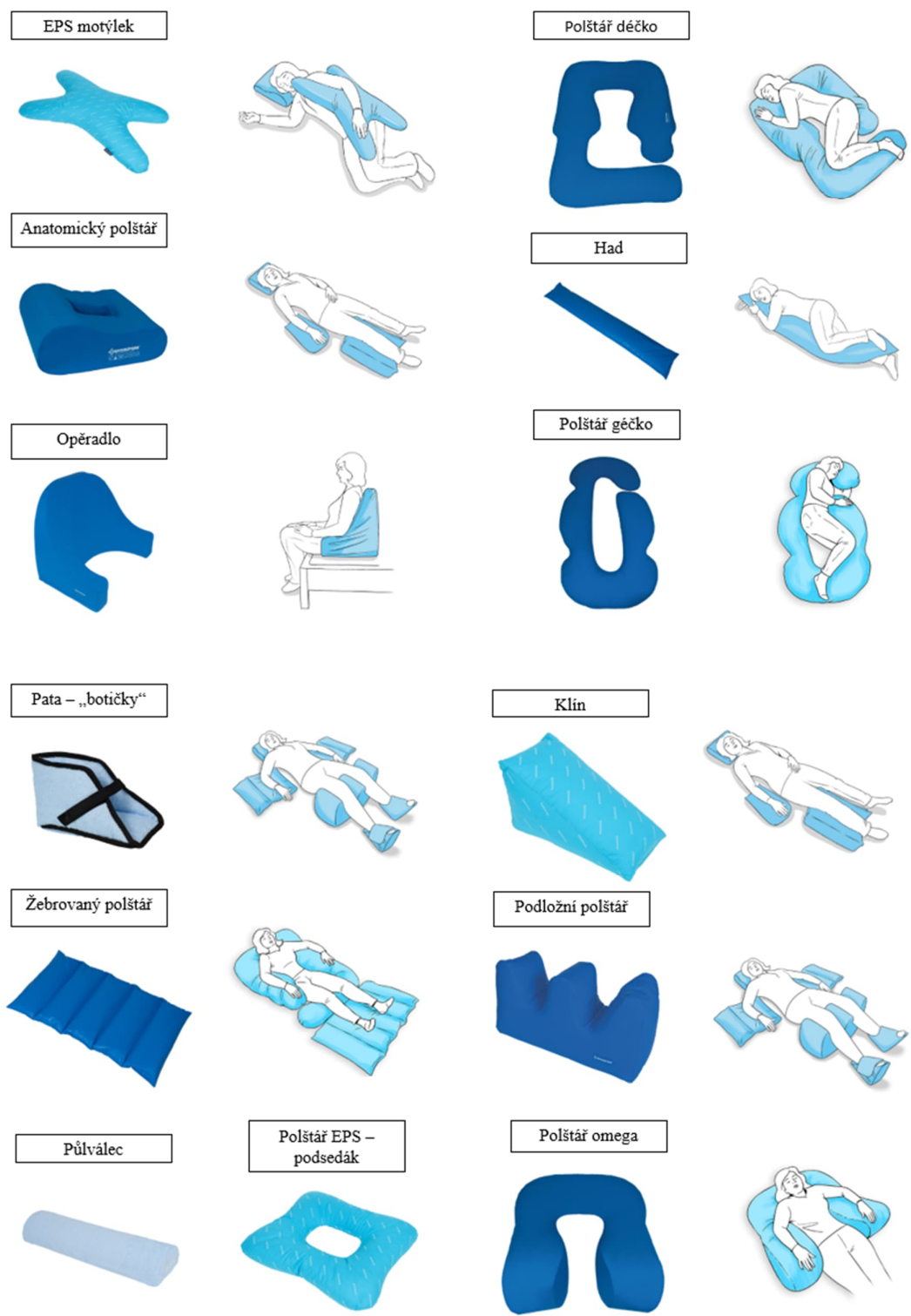
Jméno a příjmení respondenta: _____

Podpis respondenta: _____

Dne: _____



Příloha D: Ilustrační obrázky k výzkumu



Obrázek 1 Polohoavcí pomůcky (Zdroj: AVON, 2023)

Příloha E: Výstup bakalářské práce – článek

Problematika polohování pacientů v rámci intenzivní péče

Autoři: Adéla Vaňková, Mgr. Jana Sehnalová – Fakulta zdravotnických studií,
Technická univerzita v Liberci

Souhrn:

Polohování pacientů je důležitou součástí nemocniční intenzivní péče, díky které dokážeme předejít mnoha komplikacím objevující se u pacientů. Dekubity jsou nejčastější příčinou nesprávného polohování, kdy na kůži vzniká dlouhodobý tlak od podložky. Článek se zabývá problematikou polohování pacientů v intenzivní péči. Cílem bylo popsat zásady polohování dle Evidence Based Nursing, zjistit znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v intenzivní péči a zmapovat dostupné polohovací pomůcky a jejich využití všeobecnými sestrami a zdravotnickými záchranáři v rámci intenzivní péče. Teoretická část bakalářské práce popisuje polohování pacientů včetně její problematiky a využití polohovacích pomůcek. V praktické části je vytvořen výzkum pomocí kvalitativní metody a techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova: dekubity, problematika polohování, polohování, polohovací pomůcky

Summary:

Positioning of patients is an important part of hospital intensive care unit, thanks to which we can prevent many complications occurring in patients. Dekubitus are the most common cause of incorrect positioning when the long-term pressure from the mat is created on the skin. The article deals with problematic of positioning of patients in the intensive care unit. The aim was to describe the principles of positioning of patients according to Evidence Based Nursing, to find out the knowledge of general nurses and paramedics about the positioning of patients in the intensive care unit and to map the available positioning aids and the use by general nurses and paramedics in the intensive care unit. The theoretical part deals with information about positioning, including

principles, reason, distribution, problematic of positioning and positions. In the practical part, research is created using the qualitative method and semi-structured interview technique.

Keywords: Decubitus, intensive care unit, positioning, problematics of positioning, positioning aids

Metodika výzkumu:

Na začátku bakalářské práce byly stanoveny 3 cíle. První cíl byl popisný a měl pospat zásady polohování dle Evidence Based Nursing. Druhým cílem bylo zjistit znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v intenzivní péči. Třetím cílem bylo zmapovat dostupné polohovací pomůcky a jejich využití všeobecnými sestrami a zdravotnickými záchranáři v intenzivní péči. Výzkumné šetření bylo provedeno technikou polostrukturovaného rozhovoru s osmi respondenty na jednotkách intenzivní péče. Polostrukturovaný rozhovor obsahoval 17 otázek. Na začátku rozhovoru byli respondenti seznámeni s účelem prováděného výzkumu. Získaná data byla přepsána do programu Microsoft Word Office, následně zpracována pomocí kódovací techniky a začleněna do schémat.

Výzkumné cíle:

1. Popsat zásady polohování pacientů dle Evidence Based Nursing
2. Zjistit znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče.
3. Zmapovat dostupné polohovací pomůcky a jejich využití všeobecnými sestrami a zdravotnickými záchranáři v rámci intenzivní péče.

Výzkumné otázky

1. Výzkumná otázka nestanovena, jedná se o popisný cíl.
2. Jaké jsou znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče?
3. Jaké polohovací pomůcky mají všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři v rámci intenzivní péče k dispozici a jaké je jejich využití?

Výsledky:

Popsat zásady polohování pacienta dle Evidence Based Nursing

V teoretické části bylo popsáno polohování pacientů v rámci intenzivní péče. Polohování pacientů v intenzivní péči patří mezi základní a neúčinnější opatření prevence vzniku dekubitů. Jedná se o pravidelné změny polohy pacienta na lůžku. Pokud pacienty polohujeme správným způsobem, kdy dodržujeme časové intervaly, předejdeme tak vzniku dekubitů, deformit, kontraktur a jiným komplikacím. Cílem polohování pacientů je předejít tlaku na predilekční místa, zamezení tak tření na kůži, abychom zachovali krevní zásobení (Veverková, 2019). Pacienty polohujeme každé dvě hodiny, v noci každé tři hodiny, ale záleží na individuálním onemocnění pacientů. Pravidelné polohování zapisujeme do dokumentace. Dáváme pozor na pacienty po operacích a úrazech páteře, které není možné polohovat, a proto je vhodné využívat antidekubitní matrace a polohovací pomůcky při vyšším riziku vzniku dekubitů a jiných komplikací (MZČR, 2020). Každá poloha musí být pro pacienta bezpečná, tolerovatelná a bezbolestná (Veverková, 2019). Nejčastěji vyskytující se sekundární komplikace na odděleních jsou dekubity, které mohou nastat z důvodu špatné prevence, léčby a v procesu ošetrovatelské péče. Mezi tyto příčiny vzniku dekubitů patří: nespolupracující pacient, pacient se špatným zdravotním stavem z důvodu závažných komplikací onemocnění, bolesti, infekce ran, ale zároveň kvůli nesprávné znalosti kompetentního personálu v dané problematice, chyby v léčbě a nedostatku polohovacích pomůcek s antidekubitními matracemi (MZČR, 2020). Tento cíl jsme popsali v teoretické části bakalářské práce, tudíž **první výzkumný cíl byl splněn.**

Zjistit znalosti všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péči

Po shrnutí výsledků jsme zjistili, že všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři mají všeobecný přehled o dodržení správného polohování až na malé výjimky v konkrétních situacích. Prvním kritériem byly zásady polohování, kdy respondenti věděli, že se musí pacient polohovat v časových intervalech každé dvě hodiny přes den a každé tři hodiny přes noc, aby pacient měl dobře tolerovatelnou a nebolestivou polohu, byl po celou dobu v čistotě. Dále respondenti věděli, že se musí předcházet kontrakturám, svalovému napětí a dekubitům. Z pohledu znalostí konkrétních poloh na oddělení intenzivní péče každý respondent zmínil více než jednu odpověď. Nejčastěji zmíněné polohy byly polohy na

zádech, břiše a boku, dále Fowlerova, ortopnoická a supinační poloha. V praxi nejčastěji respondenti využívali polohu na zádech, kdy pacienti byli po různých operacích a dále poloha na břiše nejčastěji využívaná v období pandemie Covid 19, výjimečně polohu na břiše používali respondenti u pacientů s popáleninami na zádech. Na základě položených otázek ke zjištění znalostí všeobecných sester a zdravotnických záchranářů o polohování pacientů v rámci intenzivní péče byl **druhý výzkumný cíl splněn.**

Zmapovat dostupné polohovací pomůcky a jejich využití všeobecnými sestrami a zdravotnickými záchranáři v rámci intenzivní péče

Nejčastěji používanými polohovacími pomůckami všemi respondenty byly polštáře, kterými podkládali a polohovali končetiny jak horní, tak dolní, aby nedocházelo k tlaku od podložky na končetiny. Dále se respondenti shodli na použití dlouhých hadů u pacientů na boku, aby docházelo k lepší stabilitě pacienta. Mezi často používané polohovací pomůcky patřilo opěradlo, u kterého se část respondentů shodla na využití pacienta u jídla či sezení. Další používaný byl motýlek, kterého respondenti vkládali mezi kolena pacientovi při poloze na boku. Méně často používanými pomůckami byly botičky, klíny, půlválce a dlahy. Na základě položených otázek ke zmapování dostupných polohovacích pomůcek a jejich využití všeobecnými sestrami a zdravotnickými záchranáři v rámci intenzivní péče **byl třetí výzkumný cíl splněn**

Diskuze:

Problematika polohování je velmi aktuálním tématem. Je velmi důležité, aby všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři byli dostatečně informováni o postupech polohování, jeho zásadách, technikách, konkrétních polohách a využití polohovacích pomůcek. Pokud bychom se měli zaměřit na konkrétní problematiku a její následné řešení, abychom předcházeli vzniku komplikací či případnému zhoršení stavu, je dobré umět s tím pracovat a využít konkrétní postupy, metody polohování s využitím dostupných polohovacích pomůcek. Doporučila bych vytvořit odbornou literaturu, která by se zaměřovala konkrétně na již vzniklé komplikace, případnou prevenci jistých komplikací pomocným polohováním z důvodu nedostatečných informací použitých literatur. V období pandemie Covid 19 nejčastěji zdravotnický personál pracoval u pacientů s polohou na břiše. Někteří respondenti uvedli, že nevýhodou pronační polohy bylo využití vyššího počtu zdravotnického personálu při otáčení obézních lidí, protože při jiném druhu polohování je dostačující spolupráce dvou sester. Dle Veverkové (2019) je

v případě otáčení do pronační polohy třeba lékaře a minimálně dalších tří pracovníků, co se shoduje i s odpověďmi respondentů, kteří toto polohování z důvodu náročnosti na zdravotnický personál považují za nevýhodné, a to obzvláště při manipulaci s obézními pacienty.

Závěr:

Stanovili jsme si tři výzkumné cíle, které jsme na základě analýz splnili. Díky získaným výsledkům jsme navrhli několik doporučení pro praxi, která by mohla navýšit větší zájem a znalosti v oblasti postupů při polohování.

Zdroje:

Národní ošetrovatelský postup – Prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2020(2), 129-138. ISSN 1211-0868.

VEVERKOVÁ, Eva et al. 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2747-9.

VYTEJČKOVÁ Renata et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.