

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Lůžko jako pomocník sestry

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. František Dolák

Autor:

Helena Hradová

2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Lůžko jako pomocník sestry“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a na jejích internetových stránkách.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....
Podpis studentky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Františku Dolákovi za odborné vedení mé práce, jeho cenné rady, podněty a připomínky, stejně jako za čas, který mi věnoval.

Dále bych chtěla za spolupráci poděkovat všem sestřám, které se účastnily mého dotazníkového šetření, a jejich vedoucím pracovníkům, za umožnění provedení tohoto šetření.

Clinical bed as a nurse's helper

This thesis is focused on a patient bed. The theoretical part deals with a patient bed in general, the patient beds classification as mechanical, electrical, child and infant beds, and also special beds. For the patient's comfort not only a quality bed is important, but also basic fittings and various auxiliary parts in the form of additive accessories. The bed has a unique function in the care of patients, it enables to adjust various therapeutic and examination positions, but it also helps in many ways in the nurse's work by reducing the impact of high physical load on her musculoskeletal system. The current issue is also the care for the nurse's health and safety at work

The objectives of this work are to determine how a patient bed helps in the nurse's work, how useful the auxiliary parts of the bed may be and whether nurses make use of the bed convenience features. The stated hypotheses assume that the bed make the nurses' work easier, nurses are satisfied with types of beds in the ward, make use of bed convenience features and also use the additive accessories.

The survey was conducted by the quantitative method using questionnaires made up for nurses working in the České Budějovice Hospital, Inc. These questionnaires were distributed to standard departments, the Intensive Care Unit, Intermediate Care and Anesthesiology and Intensive Care. The questionnaire contained 35 questions, it was completely anonymous and voluntary. The data obtained from the questionnaires are processed into graphs in percentage.

In the final part of the thesis the findings either confirm or do not confirm the pre-stated hypothesis, the output of this work is the research results provision to the hospital management as a material suitable for the selection of new patient beds in the department. The results will also be submitted to the beds manufacturer, as an example of nurses' feedback

Obsah

Úvod.....	3
1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Lůžko	4
1.2 Druhy lůžek.....	5
1.2.1 Mechanická lůžka	5
1.2.2 Elektrická lůžka.....	6
1.2.3 Dětská a kojenecká lůžka	6
1.2.4 Speciální lůžka	7
1.3 Základní vybavení lůžka.....	8
1.3.1 Matrace	8
1.3.2 Lůžkoviny	9
1.3.3 Podložky z PVC.....	10
1.4 Přídatná zařízení lůžka.....	10
1.5 Polohování a antidekubitní pomůcky	13
1.6 Lůžko v pokoji pacienta.....	14
1.6.1 Umístění lůžka v pokoji pacienta	15
1.7 Využití lůžka v polohování pacienta	15
1.7.1 Léčebné polohy	16
1.7.2 Vyšetřovací polohy.....	18
1.7.3 Laterální náklon.....	19
1.8 Zdraví sestry při práci	20
1.8.1 Fyzická zátěž sestry.....	21
1.8.2 Péče sestry o její zdraví	22
1.8.3 Bezpečnost sestry	23

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	24
2.1 Cíle práce	24
2.2 Hypotézy práce	24
3. METODIKA	25
3.1 Metodika výzkumu a technika sběru dat	25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	25
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU	27
5. DISKUZE	50
6. ZÁVĚR	55
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
8. KLÍČOVÁ SLOVA	59
9. SEZNAM PŘÍLOH	60

Úvod

Pro téma bakalářské práce s názvem „Lůžko jako pomocník sestry“ jsem se rozhodla z důvodu aktuálnosti a neobvyklosti tohoto tématu. V dnešní době je na trhu dostupných mnoho typů lůžek, která mají za úkol zpříjemnit pacientům pobyt na lůžku a zároveň zmírnit dopad fyzické zátěže v souvislosti s manipulací s lůžkem či s pacientem na lůžku na zdraví sestry.

Lůžko je pro pacienta jedním z hlavních zařízení nemocničního pokoje. Zajišťuje pacientovi komfort při pobytu v nemocnici a umožňuje spánek, tedy jednu z bazálních potřeb člověka. Správně zvolené lůžko však může také pacientovi pomáhat v aktivizaci, ulevuje od bolesti či zajišťuje mnoho druhů léčebných poloh.

Typ lůžka je důležitý nejen pro pacienty, ale i pro sestry. Sestra je osobou, která manipuluje s mechanickým lůžkem pomocí vlastní fyzické síly, popřípadě dokáže ovládat elektrické panely lůžka. Lůžko jí tak dokáže v mnohém práci usnadnit a zmírnit vliv vysoké fyzické zátěže na její zdraví. Sestra by proto měla umět využívat možností, které lůžko poskytuje, měla by s ním být dokonale obeznámena, aby zajistila pacientům co největší pohodlí a zároveň co nejméně zatěžovala svůj pohybový aparát.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá druhy lůžek a jejich základním vybavením, přídatnými zařízeními lůžka a využitím lůžka při polohování pacienta. Nechybí zde ani zaměření na zdraví sestry a to především na fyzickou zátěž a bezpečnost sestry při práci. V praktické části bylo provedeno kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníkové metody. Dotazníky byly rozdány na vybraných odděleních v Nemocnici České Budějovice a.s.

Cílem výzkumu bakalářské práce bylo zjistit, jak lůžko pomáhá v práci sestry, jak mohou pomoci přídatná zařízení lůžka a zda sestry využívají možnosti lůžka.

Na základě zjištěných výsledků, představ a požadavků sester je možné tuto práci využít jako materiál vhodný pro management nemocnice při výběru lůžek, práce také bude předána výrobci lůžek, jako ukázka zpětné vazby sester.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Lůžko

„Lůžko je místem odpočinku, klidu a pohodlí, které zajišťuje načerpání nových sil, může ale také být zdrojem velkého nepohodlí a strádání člověka, který je nucen na něm žít.“ (str. 57, 5)

Lůžko tvoří základní zařízení v pokoji pacienta. Pacient v lůžku pobývá podstatnou část doby své hospitalizace, někdy jeho zdravotní stav vyžaduje přísný klid na lůžku, to se tak stává důležitou součástí léčebného režimu a zároveň významným prvkem v životě pacienta. Lůžko také zajišťuje pacientovi kvalitní spánek, jednu ze základních životních potřeb člověka dle Maslowových potřeb. Pokud je lůžko nepohodlné, může u pacienta dojít až ke spánkové deprivaci. Každé lůžko proto musí splňovat velice přísná kritéria na kvalitu a bezpečnost (1, 5, 7, 20, 26).

Běžné lůžko by mělo mít pevnou ložnou plochu, která se nesmí prohýbat ani pod pacientem s větší hmotností. Nosnost základních lůžek je běžně 170 kg, u lůžek určených pro intenzivní a resuscitační péči je nosnost až 230 kg. Rozměry se liší dle typu postele a jejího výrobce, ložná plocha je dnes nejčastěji 90 x 200 cm a výška ložné plochy je 54 cm u mechanických lůžek, u elektrických lůžek výška nelze jednotně určit, protože bývá nastavitelná (7, 10, 18).

Polohu lůžka lze upravovat mechanicky či elektricky zdvihnutím nožní nebo hlavové části tak, aby byla poloha pro pacienta co nejpohodlnější a zároveň splňovala požadavky na léčbu a ošetřování.

Každé lůžko je vybaveno čtyřmi kolečky s brzdou. Tato kolečka zajišťují snadný přesun a manipulaci. Rohy lůžka jsou opatřeny ochrannými kolečky, která zabraňují poškození lůžka i okolních prostorů (1, 5, 7, 10, 18, 20, 26).

1.2 Druhy lůžek

Výroba lůžek je zaměřena především na kvalitu produktů, které musí splňovat i ta nejprísnejší kritéria pro moderní nemocniční provozy a každodenní užívání. Výroba lůžek se řídí technickými a bezpečnostními normami, především normami EN 60601-1 s úpravou v roce 1988, 1991 a v roce 1995, EN 60601-2-38 z roku 1996 a 1999, EN1970 z roku 2000, EN ISO 14971 z roku 2007. Lůžka můžeme rozdělit na mechanická a elektrická. Dále máme lůžka dětská, kojenecká a novorozenecká. Mezi speciální řadíme lůžko pro kardiaky, otočné lůžko, Clinitron neboli vzdušné lůžko a inkubátor (5, 6, 7, 10).

1.2.1 Mechanická lůžka

S mechanickými nemocničními lůžky se můžeme setkat na standardních i specializovaných odděleních nemocnic. Tato lůžka mají rámovou konstrukci vyrobenou z ocelových profilů. Principem mechanických lůžek je hydraulické, nebo mechanické polohování. Ošetřující personál musí při každém polohování pacienta stlačit příslušnou páčku na lůžku a vlastní fyzickou silou či za pomoci hydrauliky uvést pacienta do správné polohy. Mnohdy je tento způsob manipulace pro sestru velice namáhavý, především pokud je pacient imobilní, neschopný sebepéče nebo obézní. K úpravě polohy pacienta na lůžku je pak potřeba více ošetřujícího personálu. U obětavých sester, které polohují pacienty samotné, bez pomoci ostatního ošetřujícího personálu, může dojít k vertebrogenním potížím, tělesnému vyčerpání či dokonce k trvalé invaliditě.

Nevýhodou mechanických lůžek pro ošetřující personál je tedy vysoká zátěž pohybového aparátu, rotace trupu zdravotníků, nutnost předklánění, ohýbání se a koncentrace velké fyzické námahy. To vše zvyšuje se riziko úrazu sester. Pro pacienty spočívající nevýhody mechanického lůžka ve zvýšení tření a střížných sil během přesunů na lůžku a především v úplném odkázání imobilního pacienta na pomoc ošetřujícího personálu (6, 10, 13, 18).

1.2.2 Elektrická lůžka

Elektrická lůžka jsou vhodná pro pacienty na standardních odděleních nemocnic, ale především pro specializovaná oddělení a oddělení intenzivní péče. Patří sem také lůžka resuscitační. Tato lůžka jsou velice snadno polohovatelná a ovladatelná pomocí elektrických panelů. Sestra tak může jednoduše pohybovat celou ložní plochou, nebo jen některou z jejích částí, přesně dle potřeb pacienta i ošetřujícího personálu. Nastavit lze i výška lůžka.

Tato lůžka jsou stabilní, bezpečná a zajišťují pacientům pohodlí a komfort. Nejmodernější resuscitační lůžka umožňují rentgenování pacienta přímo na lůžku s posunem kazety pod celou ložnou plochou. Další funkce jsou například vážení pacienta na lůžku s přesností až 10g, signalizace opuštění lůžka pacientem, úsporné podsvícení celého lůžka, centrální brzda, laterální náklon až 30 stupňů na obě strany.

Výhodou elektricky ovládaných lůžek je snadné polohování, nastavení výšky a sklonu, větší nezávislost imobilního pacienta na ošetřujícím personálu, potenciální snížení úrazovosti personálu i pacientů, zvýšení účinnosti antidekubitární matrace, snížení rizika dekubitů a tím i délky pobytu pacienta, nižší fluktuace personálu a také možnost použití v domácím prostředí (5, 10, 13,18).

1.2.3 Dětská a kojenecká lůžka

Dětská, kojenecká a novorozenecká lůžka jsou určena pro nejmenší pacienty, kteří jsou hospitalizováni na dětských odděleních a porodnicích. Tato lůžka splňují i nejpřísnější požadavky, které jsou kladeny na zdravotnické výrobky.

Dětská a kojenecká lůžka mají typický klecový vzhled z kovové konstrukce s možností polohování a bezpečnostními zábranami, které jsou ovladatelné pomocí nožních pedálů. V dnešní době jsou vyráběna v různých barevných provedeních.

Novorozenecké postýlky jsou vhodné pro děti do dvou měsíců věku, na trhu jsou dostupné postýlky s nosností od 10kg do 20kg. Postýlka je tvořena kovovou konstrukcí s plastovou vaničkou a průhlednou ložní plochou. Postýlku je možné umístit v blízkosti

lůžka matky a zajistit tak jejich neustálý kontakt, důležitý při zajištění Roaming – in přístupu (4, 7, 10, 18).

1.2.4 Speciální lůžka

Lůžko pro kardiaky je možné vytvořit napolohováním elektrického lůžka, pacient se tak dostane do polohy vsedě. Pro kardiaky jsou dále určena speciální křesla, která svou konstrukcí zajišťují zmírnění obtíží nemocného a umožní mu nejen pohodlné sezení, ale i spánek. S těmito křesly se můžeme setkat nejen na odděleních kardiologie, ale i na standardních odděleních (5, 10, 18).

Otočné lůžko je určeno pro pacienty zcela imobilní, u kterých je potřeba často měnit polohu. Na neurochirurgických, ortopedických a traumatologických odděleních, nebo také na spinálních jednotkách je využíváno lůžko s otočným rámem, takzvaným Strykerem. Pacienta v tomto otočném rámu můžeme přetáčet z polohy na zádech do polohy na břicho a naopak. Dvě ložní plochy tohoto lůžka umožňují fixaci pacienta k ložní ploše a následné otočení. Volná ložní plocha je pak povlečena čistým ložním prádlem a připravena k dalšímu užití (5).

Clinitron nebo také *Skytron* je vzdušné lůžko, které je využíváno u pacientů s rozsáhlými popáleninami, u imobilních pacientů s vysokým rizikem dekubitů, u pacientů s neurologickým onemocněním, u polytraumatických pacientů, dále při léčbě poranění páteře, nikdy ale u nestabilních zlomenin. Vzdušné lůžko je tvořeno vanou se silikonovým povrchem vyplněnou jemným křemičitým pískem, kterým probublává vzduch. Teplotu lůžka je možné regulovat dle potřeby v rozmezí od 28°C až do 40°C. Pacienta na vzdušném lůžku není nutné pravidelně polohovat, dochází tak k minimalizaci manipulace s pacientem, a přitom je jeho tělo vystaveno pouze takovému tlaku, jako by byl ponořen do kapaliny. Nevýhodou tohoto lůžka je snížení schopnosti aktivní rehabilitace a sebeobsluhy (3, 5, 16).

Inkubátor je speciální lůžko vytvořené pro nedonošené děti. Pracuje na bázi termostatu udržujícího stálou teplotu. Je alespoň částečně vyrobený ze skla, umožňuje tak neustálý dohled nad novorozencem. Inkubátory bývají uzpůsobeny k péči o

dítě bez nutnosti jeho vyjmutí ze stálého prostředí, minimalizuje se tak možnost nákazy z venkovního prostředí. Zavedením inkubátorů do péče o nedonošené děti se významně snížila úmrtnost těchto dětí (4, 5, 7, 19).

1.3 Základní vybavení lůžka

Nejen vlastní konstrukce lůžka, ale také jeho další vybavení jako matrace, lůžkoviny či podložky z PVC zajišťují pacientovi komfort, jaký potřebuje při hospitalizaci. Základní vybavení lůžka je individuálně přizpůsobené pacientovi, jeho potřebám a druhu onemocnění. Řadíme sem matrace, které se rozdělují na pasivní, aktivní a dynamické. Dále sem patří lůžkoviny, to znamená příkrývky, polštáře, ložní prádlo. Podložky z PVC jsou také základní součástí lůžka (6, 7, 20).

1.3.1 Matrace

Užití správného druhu matrace pro daného pacienta může výrazně ovlivnit další průběh léčby. Matrace jsou tak i jedním z nejlepších řešení při prevenci dekubitů. Přestože se toto preventivní opatření zdá být příliš nákladné, výzkumy dokázaly, že tyto prostředky jsou méně ekonomicky náročné a pro pacienta mnohonásobně výhodnější, než následná léčba postupně vznikajících dekubitů (4, 5, 12).

Dříve se v nemocničních zařízeních využívaly matrace molitanové, trojdílné, nebo matrace s vnitřními pery. Tyto matrace byly pokryty textilií, nebo nepromokavým potahem. Dnes máme mnoho druhů matrací a neustále dochází k dalšímu vývoji a modernizaci (6, 7, 20).

Pasivní matrace (statické) jsou využitelné u pacientů bez rizika dekubitů, zároveň umožňují rozložení váhy pacienta, a tak jsou vhodné i pro prevenci a léčbu dekubitů až II. stupně. Jádro je tvořeno polyuretanovou pěnou, matrace může být jednostranná i oboustranná, povrch je z nepropustného, omyvatelného a prodyšného materiálu. Různé druhy se liší výškou matrace, nosností a rozložením zón či průřezů.

Aktivní antidekubitární systémy střídavým nafukováním a vyfukováním buněk matrace obměňují místa působení tlaku na tkáň, a snižují tak následky dlouhodobého nedostatečného prokrvení tkání. K aktivní matraci je připojeno čerpadlo, které vhání do matrace vzduch a je na něm možné nastavit několik programů. Tyto matrace napomáhají nejen v prevenci dekubitů u zcela imobilních a rizikových pacientů, ale také při léčbě již vzniklých proleženin.

Dynamické matrace kombinují funkci statických a aktivních matrací, používají se jak pro prevenci, tak pro léčbu pacientů, u nichž hrozí vysoké riziko vzniku dekubitů. U těchto matrací je možné zvolit mezi aktivním a pasivním působením (10, 12, 18).

1.3.2 Lůžkoviny

Přikrývky a polštáře v lůžku nemocného byly dříve vyráběny z peří, dnes jsou vyráběny výhradně z dutých polyesterových vláken, která působí protialergicky. Povrch bývá tvořen kombinací polyesterových vláken a bavlny. Polštáře a přikrývky by měly být lehké, s dobrými tepelnými vlastnostmi, vysoce životné i při častém praní a možné sterilizaci, snadno čistitelné od původců infekčních nemocí a od znečištění biologickým materiálem (4, 5, 6, 7, 20).

Ložní prádlo je vyrobené z odolných materiálů, které se nechají prát i při velmi vysokých teplotách. Používané prádlo, tedy prostěradlo, podložka, povlak na polštář a peřinu, má být vždy čisté a nepoškozené. Na lůžko použijeme nejprve prostěradlo, které musí být dostatečně dlouhé pro úhlednou úpravu lůžka. Prostěradlo, nebo také základ lůžka, musí být správně vypnuté a bez záhybů, které by pacienta mohly tlačit a být pro něj nepříjemné. Přes střední část prostěradla se klade plátěná podložka (4, 5, 6, 7, 20).

Existují také nové moderní textilní materiály, takzvané absorpční vícevrstvé nepropustné podložky, využívané v péči o inkontinentní seniory. Kromě bariérové vrstvy jsou vyrobeny z dalších moderních materiálů, jako je polyesterový úplet a umělé hedvábí, zajišťující další vlastnosti jako absorpci velkého množství tekutiny, zajištění bariérové ošetřovatelské péče, protisklizovost, nedráždivost a snadné čištění. Lze je využít také při polohování. Pacienti oceňují diskretnost této podložky, je vnímána jako součást lůžkovin a ne jen jako pomůcka pro inkontinentní pacienty (6, 7, 18, 20, 28).

1.3.3 Podložky z PVC

Podložka z PVC je uložená pod plátěnou podložkou, chrání lůžko před znečištěním biologickým materiálem. Rozměry 150 x 100cm jsou nejčastější, liší se ale dle šířky lůžka, aby bylo možno podložku správně zastlat. Využíváme ji především u pacientů inkontinentních. Preventivně ji také vkládáme do lůžka pacienta před operací. Tato podložka je výhodná jak z pohledu hygienického, tak ekonomického.

Místo podložek z PVC je možné využít podložky jednorázové, které však při pohybu pacienta nejsou tolik stabilní (7, 20).

1.4 Přídavná zařízení lůžka

Přídavná zařízení lůžka umožňují pacientům pohyb v lůžku, chrání je před pádem, slouží jim k uložení osobních věcí a zprostředkovávají komunikaci mezi ošetřujícími personálem. Zároveň napomáhají sestřám v péči o pacienty, umožňují mít veškeré vybavení a přístroje v dosahu a poskytovat tak komplexní ošetrovatelskou péči.

Postranice byly dříve k lůžkům přidávány dodatečně, pomocí háků s pružinou, které se připevnilo přímo k lůžku. Manipulace s postranicemi tak byla obtížná a namáhavá. Dnes jsou postranice upevněny přímo k lůžku a dodávány jako jeho součást. Pokud mají postranice u některých lůžek více dílů, je mezi ně možné přidat i dodatečný díl. Hlavním úkolem postranic je ochránit pacienta proti pádu z lůžka, a to zejména pacienty neklidné, pacienty v bezvědomí a pacienty starší se zhoršenou pohyblivostí. Sestra by od postele takového pacienta neměla nikdy odejít, pokud nejsou zvednuté postranice, dbá tak na prevenci pádu (4, 5, 6, 7, 10, 20).

Infuzní stojany slouží k zavěšení infuzního roztoku. Stojany mohou být jako samostatné pojízdné zařízení, které postavíme vedle lůžka. Častěji však bývají přídavným zařízením lůžka, které se v případě potřeby k lůžku nainstaluje a po použití se zase odstraní, popřípadě se u lůžka nechá. Stojan může být i v podobě teleskopicky nastavitelné tyče, která se zasouvá do držáku hrazdy v hlavové části lůžka. Infuzní stojan je součástí při aplikaci infuzní terapie, musí umožňovat jednoduchou a rychlou manipulaci s infuzní soupravou (6, 12, 10).

Hrazda je pomůcka určená ke zvýšení pohyblivosti pacienta. Je součástí lůžka, zapadá do úchytů v rozích ložné plochy. Na hrazdu lze zavěsit hrazdička, pomůcka ve tvaru trojúhelníku. Ta slouží k aktivnímu zapojení pacienta do ošetřování, především při posazování, změně polohy a při cvičení. Toto aktivní zapojení pacienta je výhodné pro ošetřující personál, ale především pro pacienta, u kterého tak nevědomě dochází k rehabilitaci. Pro pohyb pomocí hrazdy je nutné zpevnit zádové, břišní a hýžděvé svaly (4, 5, 7, 10, 18).

Žebříček, uzdička jsou pomůcky, které umožňují pacientovi pohyb v lůžku, můžeme je tedy použít při rehabilitaci, ale také mohou pomoci v běžném ošetřování pacienta.

Žebříček jsou zaoblené dřevěné příčky spojené šňůrou a připevněné k dolnímu čelu postele. Pohyb je uskutečňován postupným přitahováním pacienta za jednotlivé příčky, až do sedu. *Uzdička* nahrazuje žebříček, jde o pomůcku vytvořenou ošetřovatelským personálem při nedostatku pomůcek. Zhotovíme jí upletením copu z obinadel o šířce přibližně 10 cm. Hotový cop přehneme přes dolní čelo postele a uděláme smyčku, která musí být v dosahu pacienta (4, 5, 7, 20).

Poličky mohou být připevněny nad lůžkem nemocného, nebo přímo na dolním čele lůžka. Tyto poličky slouží především zdravotnickému personálu jako prostor pro záznam údajů do dokumentace, jako plocha pro umístění monitorovacího zařízení, popřípadě jako místo k odložení ložního prádla a drobných pomůcek potřebných ke konkrétním výkonům u pacienta. Poličky musíme udržovat vždy čisté a uklizené, jejich plocha musí být vždy připravena k dočasnému odložení pomůcek (10).

Noční stolek je místo uložení osobních věcí pacienta, především hygienických potřeb a nejnnutnějšího oblečení. Ve stolku si také může uschovat trvanlivé jídlo. Úkolem každé sestry je, aby pacienta upozornila na nevhodnost uchovávání jídla podléhajícího krátké době trvanlivosti ve stolku, nutností však je respektovat právo pacienta na soukromí. Na nočním stolku by měl být vždy pořádek, pacient zde má mít lékovku, sklenici na pití, popřípadě také láhev s pitím. Sestra by měla dohlédnout na dodržování pořádku na stolku. Na příčku nočního stolku je možno zavěsit ručník a žínku pacienta. Stolky jsou vyráběny tak, aby pacient mohl využít všech funkcí samostatně, bez nutné asistence sestry. Jsou opatřeny zátěžovými kolečky s brzdami pro

fixaci na místě, jejich povrch je přizpůsoben potřebě časté dezinfekce. Součástí stolku bývá i výškově nastavitelná jídelní deska, která umožňuje pacientům důstojné stravování u lůžka i přímo v lůžku. Stolek musí být i po vysunutí jídelní desky a umístění tácu s jídlem stabilní, aby neohrozil pacienta či zdravotnický personál (4, 5, 7, 10, 18).

Držáků přístrojů a pomůcek je velké množství a nabídka na trhu je rozmanitá. Obecně však můžeme říci, že tyto držáky pomáhají sestře uspořádat pracovní prostředí tak, aby jí v práci nic nepřekáželo a všechny pomůcky měly své místo. Mezi držáky přístrojů a pomůcek řadíme tyč k upevnění infuzních pump a infuzních vaků, držák hadic ventilátoru, držák berlí, umístěný na dolní čelo lůžka, držák urologických sáčků či drenážních lahví, držák extenzí, závěsný košík na obuv, plastovou desku s klipsem na teplotní tabulku, jmenovku na čelo lůžka (10, 18).

Dalším přídatným zařízením lůžka jsou *ortopedické extenze*. S extenzemi se můžeme setkat na odděleních ortopedie, chirurgie, traumatologie a na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Extenze se využívá jako nosná konstrukce pro extenční léčebné postupy nebo fixaci končetin, páteře a pánve. Toto zařízení se připevní přímo ke konstrukci lůžka či dětské postýlky. Tažné zařízení se pak připevní k postižené části těla a jeho vedením přes kladky je s pomocí závaží docíleno fixace v požadovaném směru a tím je splněn i princip terapie zlomeniny, který má za cíl obnovení délky a osy poraněné končetiny, zhojení zlomeniny a obnovení funkce (10, 30).

Signalizační zařízení slouží ke komunikaci mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Již Florence Nightingalová nechala zavést signalizační zařízení od lůžka pacienta až na chodbu oddělení. Základ signalizačního zařízení tvoří panel umístěný v pracovně sester, na kterém je jasně vidět, který pacient právě zmáčkl tlačítko signalizace. Vizuální a zvuková signalizace je i nad dveřmi pokojů. Novější signalizační zařízení umožňuje komunikaci sestry s pacienty pomocí mikrofону, přepojení telefonního hovoru k lůžku pacienta či poslech rádia. Sestra musí zajistit, aby signalizace byla pacientovi vždy přístupná a srozumitelná. Pacient musí být při příchodu na oddělení edukován o přítomnosti signalizačního zařízení u lůžka a způsobu jeho použití (4, 5, 7, 12, 15).

1.5 Polohování a antidekubitní pomůcky

Polohování patří mezi základní a nejúčinnější preventivní opatření proti vzniku proleženin. Díky dostatečným znalostem o příčinách vzniku dekubitů víme, že polohování zaujímá nezastupitelné místo v prevenci a léčbě proleženin. Aby bylo polohování co nejúčinnější, musí být ošetrovatelská péče dobře zorganizovaná, komplexní, důsledná, také je potřeba kooperativní přístup celého ošetrovatelského týmu. Nutné jsou systematické a přesným časovým plánem stanovené změny polohy pacienta, polohovací záznam tedy vede sestra (příloha 3). Správné polohování by mělo být individuálně stanovené pro určitého pacienta s ohledem na jeho specifické potřeby a onemocnění, intervaly změn polohy tedy mohou kolísat od 20 minut až do 4 hodin. Kvalitní matrace či polohovací lůžko mohou tento interval prodloužit, dochází tak k snížení fyzické náročnosti práce ošetrujícího personálu. Cílem polohování je snížení tlaku působícího na tkáň pacienta. Pokud se nám podaří zmírnit tlak na tkáň, zabráníme tak nedokrevnosti, takzvané ischemii, a následnému odumření tkáně, nekróze. Správné polohování je důležité i v léčbě dekubitů, podpoříme jím totiž správnou cirkulaci krve v kapilárách kůže, a tím i přívod živin a kyslíku nutných pro hojení a správný metabolismus (12, 13).

Pomůcky na polohování pacienta patří mezi levnější a dostupnější prostředky, které zajišťují prevenci dekubitů a zároveň ošetrujícímu personálu usnadňují práci. Dříve byly tyto pomůcky vyráběny v čalounických dílnách či vlastnoručně převážně z molitanu, dnes jsou však na trhu běžně dostupné a z moderních odolných materiálů. Pomůcky musí být potaženy materiálem, který je omyvatelný, vodovzdorný a paropropustný. Výplň těchto pomůcek mohou tvořit kuličky, nebo pěna. Pomůcky pro prevenci proleženin musí rovnoměrně rozkládat tlak, poskytovat dobře ventilovatelnou oporu, neomezovat pacienta v jeho pohybu a umožňovat mu změny polohy, nepřekážet sestře v práci, nechat se snadno udržovat a být cenově dostupné. Mezi antidekubitní pomůcky kromě matrací řadíme antidekubitní podložky, podložní kola, antidekubitní botičky, podložky pod paty a dále velký výběr válců, kruhů, kvádrů, korýtek, klínů a

polštářů. Široké využití mají také kuličkoví hadi, pomocí kterých lze napolohovat celé tělo pacienta (2, 4, 7, 12, 13).

Antidekubitní podložka byla dříve pletená kožešina, nyní je vyráběna ze syntetického či přírodního rouna. Podložka se vkládá do střední části lůžka, přímo pod sedací oblast pacienta a snižuje tak tlak v místě křížové kosti. Po znečištění se tato podložka dezinfikuje a posílá se do prádelny (4, 7, 12).

Antidekubitní botičky pod paty a pod lokty se využívají v nemocničních zařízeních, v pečovatelských domech i v domácí péči. Jejich cílem je zabránit proleženinám při dlouhodobém tlaku na paty a lokty. Tyto pomůcky jsou velice tvárné, přizpůsobí se velikosti i tvaru končetiny, k fixaci slouží pásky se suchým zipem. Výplň je tvořena polystyrenovými kuličkami. Chrániče na paty a lokty mohou být vyrobeny i z rouna (2, 12).

Válce, klíny, korýtka a kruhy jsou tvořeny především pěnovým jádrem. Všechny tyto pomůcky jsou vyráběny v různých velikostech a slouží ke stabilizaci poloh v prevenci a léčbě otlaků u imobilních pacientů. Další využití je ve fixaci zlomenin (2, 12).

1.6 Lůžko v pokoji pacienta

Rozmístění nábytku v pokoji pacientů by nemělo být náhodné, ale mělo by mít svůj jasný řád, aby mohlo být funkční a účelné nejen pro zdravotníky, ale především pro pacienty. Pokoj na standardním oddělení by neměl mít více jak tři lůžka, aby nedocházelo k narušení soukromí pacientů. Dalším požadavkem je přístupnost lůžka umožněná ze tří stran a to ze dvou bočních stran a z dolní nožní strany, kvůli snadné úpravě lůžka a efektivnímu ošetřování pacienta (4, 7, 20).

1.6.1 Umístění lůžka v pokoji pacienta

Vzdálenost mezi lůžky musí být minimálně 75cm. Tato vzdálenost zajišťuje nejen alespoň minimální soukromí v prostředí nemocničního pokoje, ale zároveň se díky ní minimalizuje přenos nozokomiálních nákaz mezi pacienty. Také pohyb zdravotníků mezi lůžky je jednodušší, je-li tato vzdálenost dodržena (4, 7, 13, 20).

Lůžko pacienta by se nemělo nacházet v místě průvanu, pacienta také nesmí rušit intenzivní denní světlo. Umístění lůžka v pokoji pacienta by mělo být zcela individuálně přizpůsobeno onemocnění pacienta. Správně umístit musíme v pokoji nejen lůžko, ale i ostatní předměty, které podléhají pacientově zájmu. Pokud je pacient po cévní mozkové příhodě, má problém s vnímáním postižené strany těla a nepřijímá sensorické podněty z prostoru na této straně. Proto je nutné uspořádat pokoj tak, aby sensorické podněty mohly přicházet právě ze strany, která je postižená. Správné rozmístění napomáhá aktivizaci pacienta a zlepšuje jeho sebeobsahu. Ošetřující personál by si vždy měl při příjmu zjistit druh postižení pacienta a uložit ho tak, aby předměty vyvolávající pozornost pacienta, například okno a televize, byly na postižené straně.

Noční stolek by měl být také umístěn na straně postižení, aby se pacient při podávání předmětů ze stolku přetáčel přes postiženou stranu a vnímal tak celé své tělo (4, 7, 13, 20).

1.7 Využití lůžka v polohování pacienta

Při správném využití lůžka při polohování pacienta dochází k minimalizaci negativních dopadů fyzické zátěže na zdraví sestry. Sestra by proto měla znát léčebné polohy, které lůžko umožňuje a měla by mít dostatečné vědomosti o jejich významu v léčebném procesu pacienta. Aktivně zaujímaná poloha má vliv na jeho celkový stav a zároveň může být i polohou vynucenou a úlevovou, ve které se zmírňují obtíže pacienta. Polohu pacienta tedy musíme umět podpořit, popřípadě uplatnit opatření, která zamezí nežádoucím následkům (12, 13).

Podle aktivity svalstva dělíme polohy na aktivní a pasivní. Přičemž *aktivní poloha* je pro pacienta nejpříjemnější, obtíže v této poloze ustupují, nemocný si jí vybere sám. Tuto polohu může pacient kdykoli změnit podle toho, co je mu pohodlné. Čím méně závažný je stav pacienta, tím je poloha přirozenější. Mezi aktivní polohu patří i poloha vynucená, kterou si pacient sám vyhledá, jeho bolesti jsou zmírněny, zlepši se dýchání, přestane kašlat a tak dále. Pokud to není nutné, pacienta nenutíme tuto polohu měnit. *Pasivní polohu* zaujímá pacient, který je v důsledku poruchy vědomí či vyčerpání sil neschopen ovládat své svalstvo a polohu upravit dle svého přání. Takovému pacientovi musíme poskytnout maximální komplexní ošetrovatelskou péči (4, 5, 12, 14, 20, 25).

1.7.1 Léčebné polohy

Fowlerova poloha umožňuje optimální ventilaci plic a zároveň se podílí na prevenci některých pooperačních komplikací. Zajistíme ji zvednutím hlavového panelu o 45 - 90°, pacient se tak přesune do polosedu až sedu. Záda mohou být podepřena, chodidla zajištěna bedničkou, pod kolena je vhodné vložit válec, podložit paty, je možno využít i antidekubitní podložku pro zmírnění tlaku na sakrální a hýžd'ovou oblast. Pomůcky k úpravě polohy jsou velice individuální, musíme dbát především na prevenci proleženin v predilekčních místech. Indikací k této poloze jsou onemocnění srdce a plic, operace orgánů v dutině hrudní a břišní, operace štítné žlázy a operace mozku (4, 5, 12, 20, 25).

Ortopnoická poloha zlepšuje ventilaci plic, zvyšuje vitální kapacitu plic, napomáhá uplatnění pomocných dýchacích svalů, poklesu bránice a díky spuštěným a prokrveným dolním končetinám klesá žilní návrat do přeplněného žilního řečiště. Pacient spustí dolní končetiny z lůžka a opře je. Rukama se přitom opře o pelest lůžka a mírně předkloní horní polovinu těla, jako podpěru přitom můžeme použít i desku jídelního stolu. Tuto polohu je možné uskutečnit i mimo lůžko, kdy se pacient posadí na židli a horní polovinu těla s končetinami opře o stůl. Tato poloha je vhodná při selhávání levého srdce s plicním městnáním, při astmatu a některých plicních onemocněních (4, 5, 12, 20, 25).

Trendelenburgova poloha se upraví zvýšením nožní plochy polohovacího lůžka, popřípadě pomocí podsunutí dřevěných špalíčků u lůžka základního, pacientovi zároveň odstraníme z lůžka polštář. Pacient tedy leží na zádech nebo na břiše ve vodorovné poloze a hlavu má níže než dolní končetiny. Tato poloha se využívá u nemocných s nedokrevností mozku, při akutních krváceních, v případě šoku a především v gynekologii a porodnictví po operacích a při hrozících potratech (4, 5, 12, 20).

Obrácená Trendelenburgova poloha se využívá u pacientů s onemocněním dolních končetin, především u poruch tepenného prokrvení. Zajistíme ji tak, že celé lůžko nasměrujeme dolními končetinami šikmo dolů (4, 12).

Poloha na boku nebo také pravá či levá laterální poloha, podle boku, na kterém je pacient umístěn. Při této poloze uložíme pacienta na příslušný bok, doporučíme mu, aby jednu končetinu natáhl a druhou pokrčil. Paže zůstanou v mírném pokrčení volně podél těla, aby si pacient neležel na vlastní horní končetině. V této poloze musíme dbát na pohodlí pacienta a také na prevenci proleženin pomocí antidekubitních pomůcek. Poloha na boku je vhodná u pacientů se zánětem pohrudnice, s popáleninami určité lokalizace, s úrazy, po operacích ledvin, při léčbě sakrálního dekubitu, při hygieně nemocného a při polohování v rámci prevence a léčby proleženin (4, 5, 12, 20, 25).

Polohu na zádech s mírně pokrčenými dolními končetinami zvolíme u pacientů se zánětlivým procesem v dutině břišní. Pokrčené dolní končetiny umožní uvolnění svaloviny stěny břišní a uleví pacientovi od bolesti. Pokrčení kolen můžeme upravit pomocí válce. Indikace k této poloze je zánět žlučníku, pobřišnice a apendixu (12).

Poloha na zádech vodorovná, bez pokrčených dolních končetin, se nazývá *poloha supinační*. Využíváme ji především u pacientů po lumbální punkci, při poranění lebky, pánve a páteře (4, 12, 20).

V poloze na břiše neboli v poloze pronační leží pacienti s vředovou chorobou žaludku a dvanáctníku či s onemocněním slinivky břišní. Využívá se také pro odlehčení zad u pacientů dlouhodobě v bezvědomí, méně často se s ní můžeme setkat v rámci polohování při prevenci dekubitů (4, 12).

Poloha se šikmo zdviženou dolní končetinou, kdy odtok žilní krve je podpořen podložním dolní končetiny v měkké dlaze. Tato poloha je přínosem pacientům se

zánětlivým onemocněním cév na dolních končetinách a to zejména u trombózy hlubokých žil a po operačních zákrocích na žilním systému dolních končetin (12).

Poloha se spuštěnou dolní končetinou z lůžka vleže se využívá především u pacientů s onemocněním tepen dolních končetin (12).

Poloha měnící se, neboli úlevová je spojená s bolestivými stavy pacientů a zároveň s jejich hledáním polohy nové, která by jim přinesla úlevu. S touto polohou se můžeme setkat u pacientů s biliární či renální kolikou (5, 12).

Stabilizovaná poloha udržuje volně průchodné dýchací cesty při stavech ohrožujících život člověka. Využívá se při poskytování první pomoci (4, 12).

1.7.2 Vyšetřovací polohy

Aby vyšetření bylo co nejeefektivnější, je nutné zajistit správnou polohu pacienta. Poloha musí být uzpůsobena fyziologickým zákonitostem jedince tak, aby byl přístup k vyšetřované části těla co nejsnadnější. Pacienta před vyšetřením edukujeme o významu speciální polohy potřebné k vyšetření. Podáme mu také informace o potřebě přípravy před vyšetřením, jako je vyprázdnění močového měchýře či konečníku, a o nezbytně nutném obnažení během vyšetření. Zachování intimity a soukromí by mělo být samozřejmostí. Pokud je pacient správně informován, zmírní se jeho obavy alepší se vzájemná spolupráce (4, 5, 12, 25).

Poloha na zádech s nataženými končetinami a horními končetinami volně položenými podél těla se používá především k vyšetření hlavy, krku, hrudníku, prsou, srdce, končetin a periferního pulsu. Kvůli zvýšenému napětí břišních svalů není vhodná k vyšetřování břicha (4, 12).

Poloha na zádech s pokrčenými končetinami a pažemi podél těla je důležitá pro palpační vyšetření břicha, vyšetření přední části hrudníku, plic, prsou, srdce, končetin, periferního pulzu a vitálních funkcí (4, 5, 12).

Poloha na boku je stejná jako léčebná poloha na boku, využívá se k vyšetření konečníku a také ledvin, především k vyšetření tapottementem, což je úder do bederní krajiny pacienta, který je často vnímán velice bolestivě, proto je nutná opatrnost a

citlivý přístup. Bolestivost při tomto hmatu je příznakem pyelonefritidy nebo glomerulonefritidy (5, 12, 24).

Poloha vsedě se spuštěnými dolními končetinami slouží k vyšetření hlavy, krku, zadní a přední části hrudníku, plic a prsou, dále k vyšetření vitálních funkcí a reflexů, a také k vyšetření dolních a horních končetin. Pokud pacient potřebuje, zajistíme mu v této poloze oporu zad (4, 12).

Poloha gynekologická je prováděna vleže na zádech s mírně zvýšenou horní polovinou těla a s dolními končetinami pokrčenými v kolenou a kyčlích a oddálenými od sebe. Lýtka mohou být podepřená, popřípadě upevněná přímo v podpěrách gynekologického vyšetřovacího lůžka. Tato poloha umožňuje vyšetření ženských pohlavních orgánů a vyšetření konečníku. Může dělat obtíže především ženám starším či obézním (4, 5, 12).

Poloha genupektorální neboli kolenoprsní vyžaduje klek pacienta a trup v úhlu 90° k bedrům. Pacient si rameny opře hrudník o podložku a hlavu položí na paže. Využívá se k vyšetření konečníku a střev. Je to velice nepříjemná poloha, která činí obtíže převážně pacientům s respiračním onemocněním (4, 5, 12).

Poloha genukubitální neboli kolenoloketní je podobná poloze kolenoprsní a má i stejné indikace. Pacient klečí na kolenou a je opřen o lokty a předloktí (4, 5, 12).

Poloha Simsova je užívaná také k vyšetření konečníku. Je to poloha vleže na boku a níže uložená horní končetina je za tělem a výše uložená dolní končetina je pokrčená. Tato poloha dělá obtíže pacientům s omezenou pohyblivostí (12).

Poloha vleže na bříše neboli pronační umožňuje vyšetření zadní části hrudníku, může být nepříjemná pacientům s kardiovaskulárním onemocněním (12).

1.7.3 Laterální náklon

Některá lůžka umožňují laterální náklon až 30°. Nachýlení ložné plochy do stran umožňuje otáčení pacienta v podélné ose. Tato lůžka jsou dnes využitelná nejen na jednotkách intenzivní péče, anesteziologických a resuscitačních odděleních, ale také v pečovatelských. Laterální náklon lůžek se může využívat jako prevence plicních

komplikací, prevence tromboembolické nemoci, prevence dekubitů, prevence následků imobility, podpora drenážních systémů a také při bazální stimulaci pacientů.

Tato lůžka jsou výhodná nejen pro pacienty, ale také pro ošetřující personál, a to zejména při obvyklých ošetřovatelských činnostech, jako je polohování, hygiena, výměna lůžkovin, vertikalizace při jídle, výměna plen, ošetřování ran, nácvik soběstačnosti. Využití laterálního náklonu v ošetřovatelské péči zvyšuje komfort pro pacienta, snižuje časovou náročnost běžných ošetřovatelských činností, šetří pohybový aparát a snižuje tepovou frekvenci a energetický výdej ošetřujícího personálu. Mezi další výhodu patří potřeba menšího množství sester na převlékání lůžka či polohování pacienta (5, 9, 14).

1.8 Zdraví sestry při práci

Práce sestry je velice fyzicky i psychicky náročné povolání. Bezpečné a efektivní využití svalové konstrukce těla sestry umožňuje především správná mechanika těla. Uvědomění si možných následků nesprávné mechaniky těla při práci může vést sestru k osvojení správných návyků. Sestra by při práci měla dbát na ochranu svého zdraví. Proto by měla znát faktory, které souvisejí s výkonem člověka, pohybovým rozsahem, stereotypními pohyby, silou svalové konstrukce a fyzickou zdatností člověka. Všechny tyto faktory se posuzují s ohledem na věk, pohlaví, kapacitu smyslových orgánů, kapacitu myšlenkových procesů a funkcí. Jedná se o faktory nazývané jako fyzická zátěž. Cílem posouzení těchto faktorů je zjištění, zda zátěž při práci nepřevyšuje fyziologické možnosti pracovníka ve zdravotnictví a nemůže tak být příčinou poruchy zdraví. Povinnost zaměstnavatelů je starat se o zdraví zaměstnanců, je však známé, že ve zdravotnictví se klade důraz především na výkon sester, ale vytvoření správných pracovních podmínek pro sestry a prevence rizik poškození jejich zdraví je trochu opomíjeno. Pouze společné úsilí sester a zaměstnavatelů může rizika poškození snížit na minimum (6, 7, 17, 22, 27).

1.8.1 Fyzická zátěž sestry

Fyzická zátěž zdravotnického personálu bývá spojována především polohováním pacientů, jejich vertikalizací, přemísťováním a celkově s manipulací sester s pacienty. Hodnocení fyzické zátěže sestry je také dáno spotřebou energie, nutným energetickým výdejem a parametry kardiiovaskulárního a respiračního systému s odrazem v látkové přeměně a termoregulaci. Posuzuje se nejen celková fyzická zátěž, ale i nadměrné dlouhodobé a jednostranné zatěžování stále stejných svalových skupin. Tato zátěž může vést ke vzniku onemocnění šlach, úponů, svalů a kloubů, nervů, kostí a tíhových váčků.

Celková fyzická zátěž je taková zátěž, při které je zapojeno více než 50% svalové hmoty při dynamické fyzické práci vykonávané velkými svalovými skupinami. Onemocnění vzniklá v souvislosti s vysokou pracovní zátěží jsou zařazeny do nemocí z povolání (8, 17, 21, 27).

Sestra při své práci manipuluje s pacientem, který je dle zákona 361/2007 Sb. považován za živé břemeno, jehož zvedání a přenášení za nepříznivých ergonomických podmínek může vést k poškození páteře sestry či k onemocnění z jednostranné nadměrné zátěže. Sestra by před zahájením manipulace s pacientem měla být seznámena s hmotností pacienta, jeho onemocněním, s umístěním jeho těžiště, se správným uchopením, zacházením a také s rizikem, jemuž může být vystavena při nesprávné manipulaci. Mezi tato rizika patří možnost poškození bederní páteře při otáčení trupu, prudkém pohybu či vratkém stoji a to vše v souvislosti se zvýšenou fyzickou námahou nebo s excentrickým umístěním těžiště pacienta (21).

Sestra i vedoucí pracovníci by měli brát v úvahu zásady ochrany zdraví při fyzické pracovní zátěži. Tyto zásady se týkají ergonomického uspořádání pracovního prostoru, především pokoje pacientů a inspekčních pokojů sester. Dalšími zásadami je vyloučení či výrazné omezení pracovních poloh, které nejsou fyziologické, zachovávání principů správné manipulace s břemeny, zabezpečení správného rozvržení fyzické práce tak, aby nebyl přetížen pohybový systém a aby nedošlo k převýšení individuální kapacity ošetřujícího personálu fyzickou pracovní zátěží (17, 22, 27).

Problematika správného režimu práce, tedy střídání fyzické práce, odpočinku a také zařazení přestávek, je také jednou ze zásad ochrany zdraví. Využití střídání pracovníků

a organizace práce se správnou volbou rotace směn je také nezbytně nutné. Pracovní režim patří mezi typické stresové faktory, především směnný provoz a časté víkendové směny. Nově nastupující sestry musí být zařazeny na pracovní místa dle způsobilosti a vzdělání a musí být dostatečně zaškoleny v provozu, aby měly možnost vytvořit si žádoucí pracovní stereotypy (27, 29).

Nástroje, přístroje a pomůcky, které sestra využívá, musí splňovat zásady ergonomie, nutná je kontrola jejich technického stavu a včasné vyřazení, pokud nevyhovují požadavkům kvality. Sestry by měly mít k dispozici dostupné technické prostředky snižující fyzickou zátěž kladenou na jejich pohybový aparát (22, 27).

1.8.2 Péče sestry o její zdraví

Sestra musí ve svém zaměstnání vždy pamatovat nejen na zdraví pacientů, ale také na to vlastní. V nemocničním prostředí je totiž ohrožena různými vlivy, které by její zdraví mohly ohrozit či přímo poškodit. Sestra by měla tyto vlivy znát a neměla by je podceňovat, jejich dlouhodobé nenápadné působení totiž může být opravdu závažné. Tendenci podceňovat rizika zaměstnání mívají hlavně sestry mladé, které mohou snadno přecenit své schopnosti či vědomosti (11, 22).

Rizika poškození zdraví sestry se mohou vyskytovat jak v oblasti fyzické, tak v oblasti psychické. Mezi rizika fyzického poškození řadíme manipulaci s pacienty, kontakt s látkami toxickými a radiologickými a rizika infekčního původu, plynoucí z kontaktu s biologickým materiálem. Formy psychického poškození se projevují jako důsledky práce ve stresovém prostředí či jako syndrom vyhoření (22).

Sestra by si měla uvědomit, jaké následky může mít nezodpovědné chování k vlastnímu zdraví. Z výzkumů vyplývá, že většina sester nevyužívá pracovní neschopnosti při prodělání běžných onemocnění jako je chřipka a nachlazení, které léčí běžně dostupnými prostředky a chodí do zaměstnání dál z důvodů ekonomických a také kvůli nedostatku personálu na oddělení. Stejně tak chodí sestry do zaměstnání s bolestí zad, protože ji považují za banální. Preventivní prohlídky u praktického lékaře jsou sestrami využívány převážně kvůli požadavkům zaměstnavatele, nikoli z vlastního

aktivního zájmu o své zdraví. Takovéto chování však může mít dopad nejen na zdraví sestry, ale také na úroveň poskytované péče o pacienty (22).

Sestra by se v péči o vlastní zdraví měla řídit desaterem, které jí pomáhá uvědomit si, jak by se měla chovat ke svému fyzickému i psychickému zdraví, aby u ní nedošlo k nemoci či syndromu vyhoření (22).

1.8.3 Bezpečnost sestry

Pro práci sestry je důležité i prostorové řešení, ve kterém s pacientem pracuje, především prostor pro volný pohyb, vhodné uspořádání nábytku a všech zařízení v pokoji pacienta. Nejčastější úrazy ve zdravotnictví jsou spojené s manipulací s pacientem, dále pak úrazy vzniklé kvůli nábytku či lůžku. Pracovní prostředí, které je nesprávně uspořádané, snižuje úspěšnost ošetrovatelského procesu. Před každou činností by se tedy sestra měla zamyslet, jak využitím či změnou prostředí ulehčit vykonání konkrétní aktivity (7, 8, 17).

Pro zvýšení bezpečnosti sester při práci lze využít několika technických možností. Lůžko výškově nastavitelné, elektricky polohovatelné a s laterálním náklonem je ideálním prostředkem pro zvýšení bezpečnosti v práci sestry. Pro rychlý přesun na lůžkách intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačních odděleních je vhodné lůžko s optimálními jízdními vlastnostmi, snadnou ovladatelností a ménévratelností. Manipulaci s lůžkem usnadňuje páté kolečko, které až 5x snižuje námahu sestry. Pro sestry pracující na lůžkách následné péče jsou výhodné antidekubitní matrace a pomůcky, ale i elektricky polohovatelná lůžka, která odbourávají náročnou fyzickou práci personálu (8).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jak lůžko pomáhá v práci sestry.
2. Zjistit, jak mohou sestře v práci pomoci přídatná zařízení lůžka.
3. Zjistit, zda sestry využívají možnosti lůžka.

2.2 Hypotézy práce

H₁: Lůžko sestře usnadňuje práci.

H₂: Sestry jsou spokojeny s typem lůžek na oddělení.

H₃: Sestry využívají možnosti lůžek.

H₄: Sestry využívají přídatná zařízení lůžka.

3. METODIKA

3.1 Metodika výzkumu a technika sběru dat

K dosažení cílů výzkumného šetření byla použita kvantitativní forma výzkumu s využitím dotazníků pro sestry pracující na standardních odděleních, odděleních intenzivní, intermediální a anesteziologicko-resuscitační péče.

Dotazník (viz. příloha 1) obsahuje úvodní část, která obsahuje oslovení, představení se respondentům, vysvětlení účelu dotazníku a pokyny ke správnému vyplnění. Dotazník obsahuje 35 otázek, z toho prvních 5 otázek zjišťuje identifikační údaje respondentů. Další otázky jsou zaměřeny na dosažení cílů práce. V dotazníku bylo obsaženo 9 polozavřených otázek, u kterých bylo možno zvolit více odpovědí i s možností vyjádření vlastního názoru sester. Ostatní otázky byly uzavřené. Dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný. Kvantitativní dotazníkové šetření probíhalo v měsíci březnu až dubnu roku 2011.

Data získaná dotazníky byla analyzována a následně zpracována pro přehlednost do grafické podoby, výstupy v grafech jsou uváděny v procentech.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo v Nemocnici České Budějovice, a.s. s ústním souhlasem hlavní sestry, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Výzkumný soubor tvořily sestry vybraných oddělení, na která byly umístěny dotazníky. Důvodem poskytnutí dotazníku na oddělení standardní, oddělení intenzivní, intermediální a anesteziologicko-resuscitační péče byl pokus o zjištění spokojenosti sester s více typy lůžek.

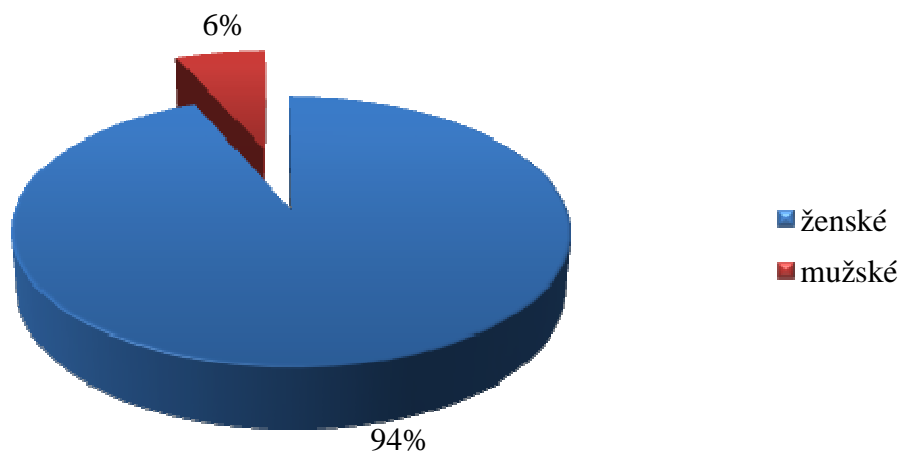
Celkem bylo na oddělení poskytnuto 100 dotazníků, vrátilo se 96 dotazníků, to znamená návratnost 96 %, 3 dotazníky byly pro neúplnost vyplněných dat vyřazeny. K výzkumnému šetření bylo tedy použito 93 řádně vyplněných dotazníků, to znamená 93 %. Přehled vybraných oddělení je přidán v tabulce 1.

Tabulka 1:

Název oddělení	Poskytnuto dotazníků	Zpracováno dotazníků
ARO	10	10
Gastroenterologické JIP	5	5
Gynekologické	5	4
Chirurgické	5	5
Chirurgické JIP	5	4
Infekční JIP	5	4
Interní	5	3
Interní JIP	5	5
Kardiologické intermed.	5	5
Koronární jednotka	5	4
Kožní	5	5
Následné péče	10	10
Neurochirurgické JIP	5	5
Neurologické	5	5
Traumatologické	5	5
Traumatologické JIP	5	5
Urologické	5	4
Urologické JIP	5	5
Celkem	100	93

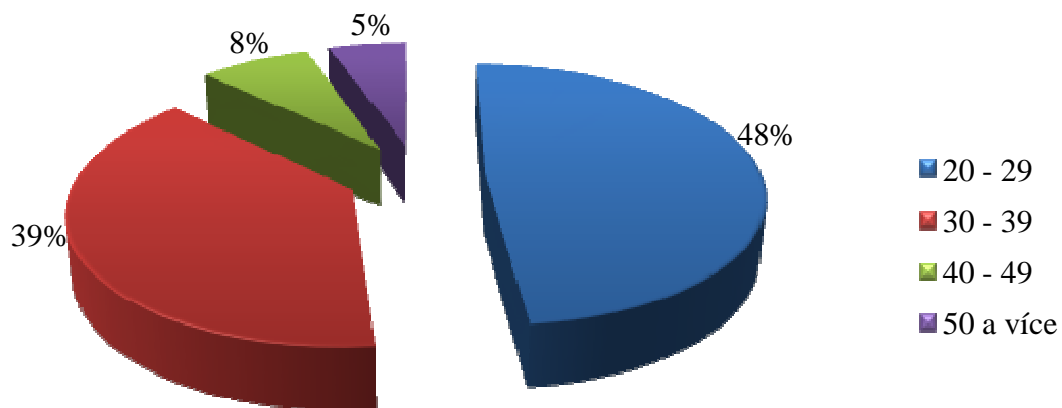
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Graf 1: Pohlaví respondentů



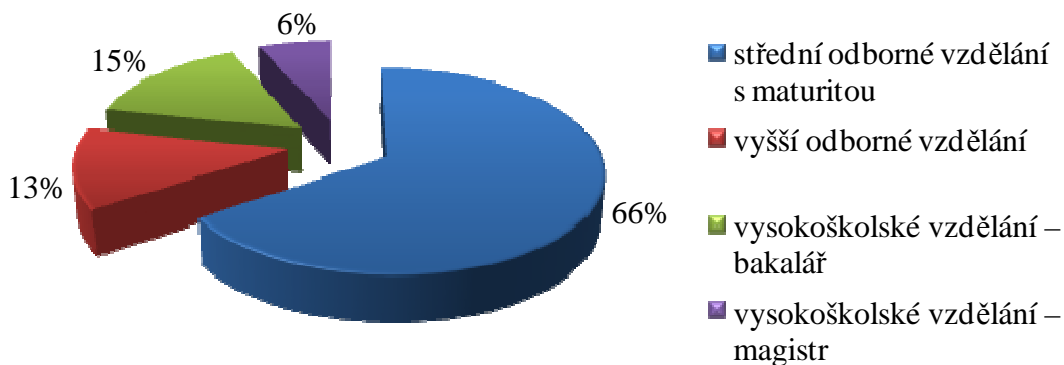
Z celkového počtu 93 sester (100 %) uvedlo 87 respondentů (94 %) pohlaví ženské a 6 respondentů (6 %) pohlaví mužské.

Graf 2: Věk respondentů



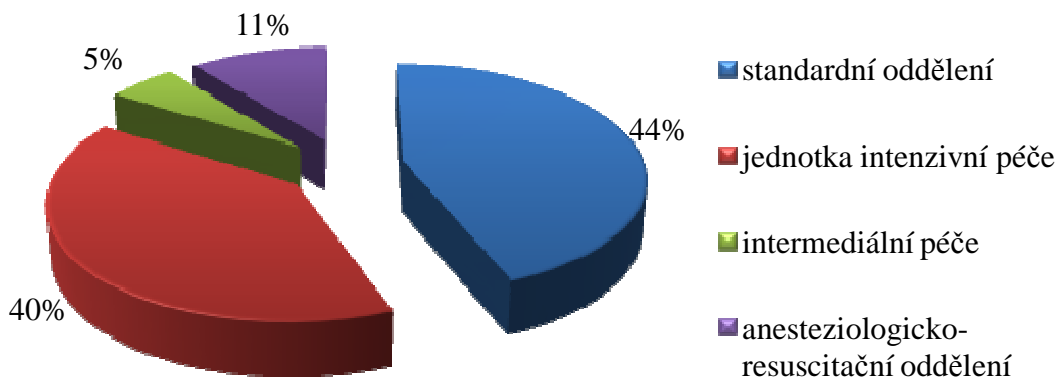
Z celkového počtu 93 sester (100 %) uvedlo 45 respondentů (48 %) věk v rozmezí 20 – 29 let, 36 respondentů (39 %) věk 30 – 39 let, 7 respondentů (8 %) věk 40 – 49 let a 5 respondentů (5 %) věk 50 a více.

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



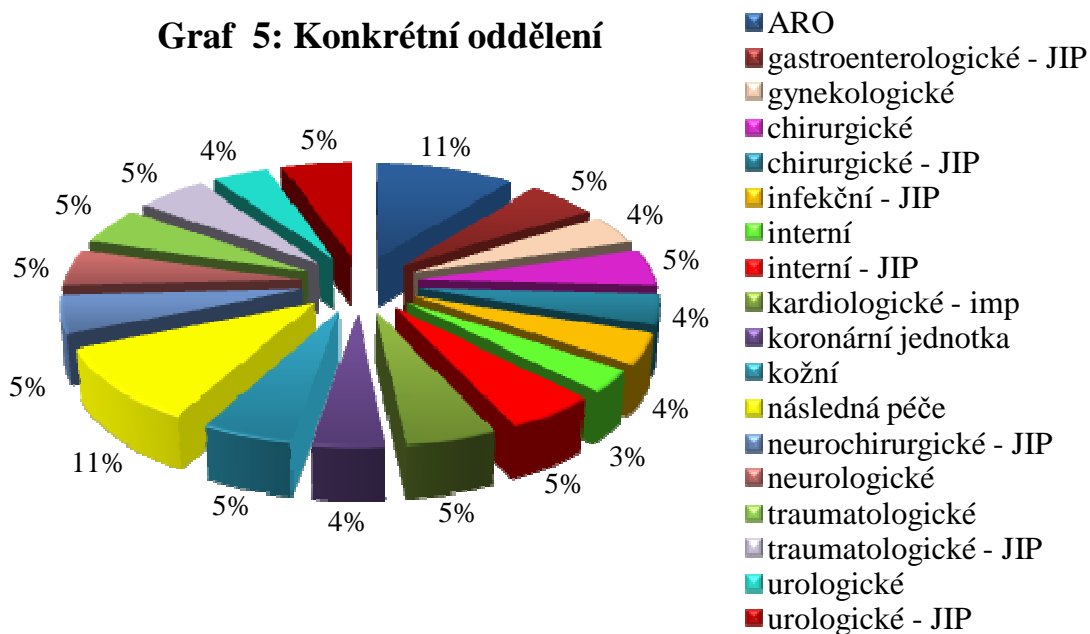
Z celkového počtu sester 93 (100 %) uvedlo 61 respondentů (66 %) dokončené střední odborné vzdělání s maturitou, 14 respondentů (15 %) bakalářské vysokoškolské vzdělání, 12 respondentů (13 %) vyšší odborné vzdělání, 6 respondentů (6 %) magisterské vysokoškolské vzdělání, 9 respondentů (10 %) doplnilo informaci o pomaturitním specializačním studiu ARIP.

Graf 4: Typ oddělení



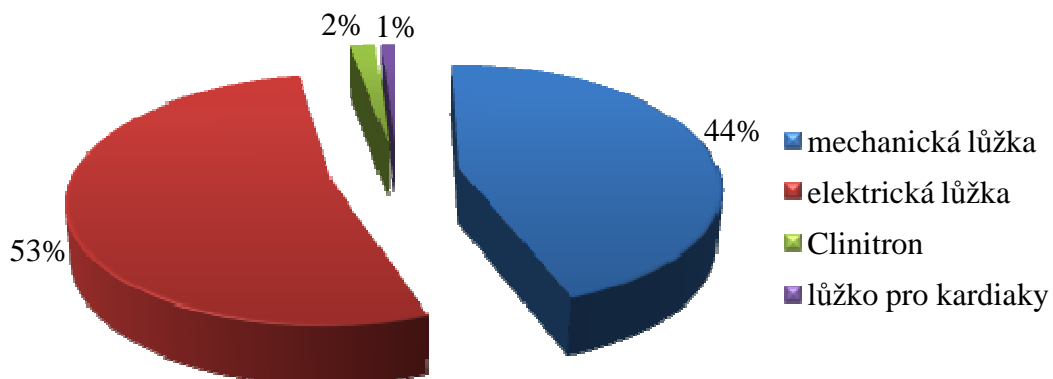
Z celkového počtu 93 sester (100 %) uvedlo 41 respondentů (44 %) jako své pracoviště standardní oddělení, 37 respondentů (40 %) na jednotce intenzivní péče, 10 respondentů (11 %) na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a 5 respondentů (5 %) na intermediální péči.

Graf 5: Konkrétní oddělení



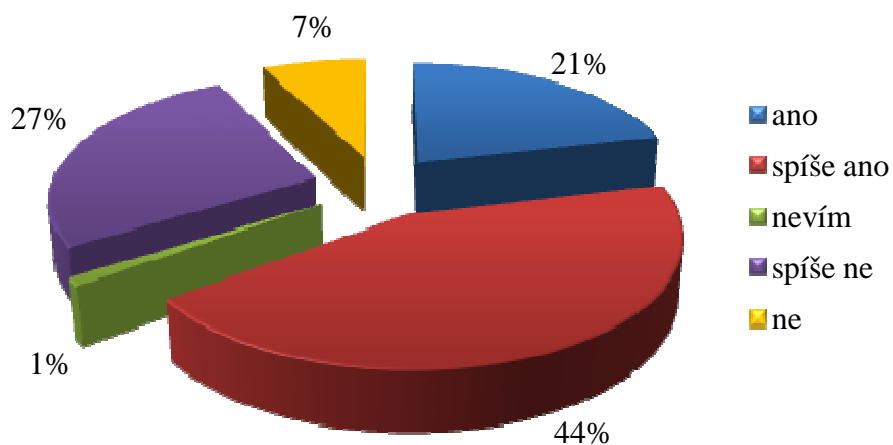
Z celkového počtu 93 sester (100 %) uvedlo 10 respondentů (11 %) jako své pracoviště oddělení ARO a stejný počet sester oddělení následné péče, 5 respondentů (5 %) pracuje na oddělení gastroenterologickém, chirurgickém, interní JIP, kardiologické intermediální péči, na oddělení kožním, neurologickém, traumatologickém, na traumatologické JIP, neurochirurgické JIP a urologické JIP, 4 respondenti (4 %) pracují na oddělení gynekologickém, urologickém, na chirurgické JIP, infekční JIP, na koronární jednotce a 3 respondenti (3 %) pracují na interním oddělení.

Graf 6: Typy lůžek



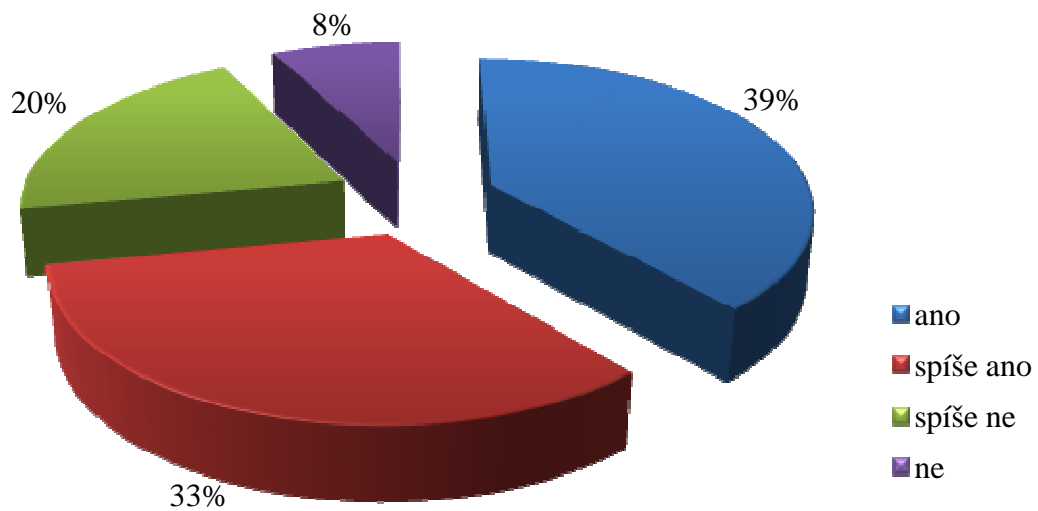
Respondenti zde mohli zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 106 odpovědí (100 %) bylo zaznamenáno 56 (53 %) odpovědí elektrická lůžka, 47 odpovědí (44 %) mechanická lůžka, 2 odpovědi (2 %) vzdušné lůžko Clinitron a 1 odpověď (1 %) lůžko pro kardiaky.

Graf 7: Spokojenost respondentů s lůžky



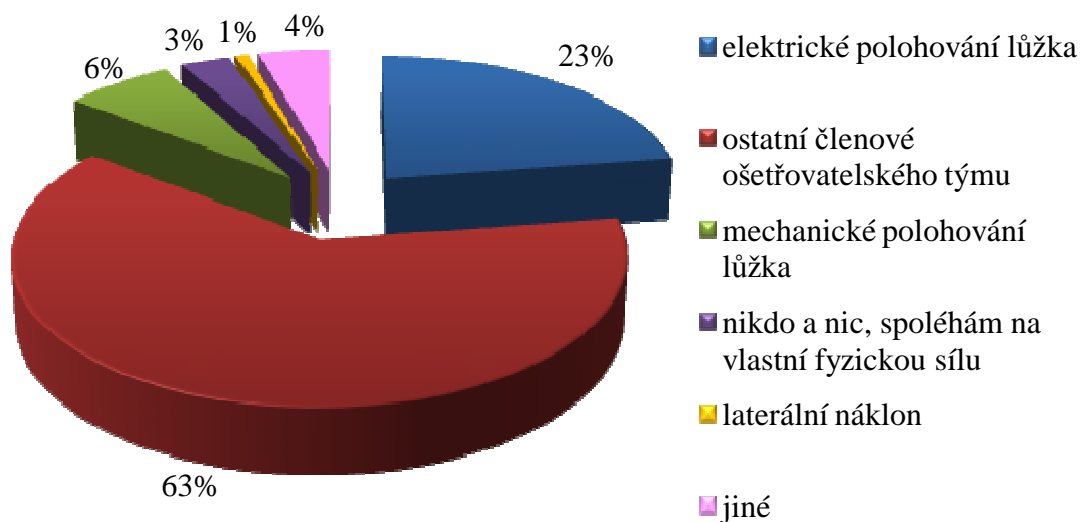
Z celkového počtu 93 sester (100 %) uvedlo 41 respondentů (44 %) odpověď spíše ano, 25 respondentů (27 %) odpověď spíše ne, 20 respondentů (21 %) odpověď ano, 7 respondentů (7 %) odpovědělo ne a 1 respondent (1 %) uvedl, že neví, zda mu typ lůžka na oddělení vyhovuje.

Graf 8: Pomoc lůžka při práci s pacientem



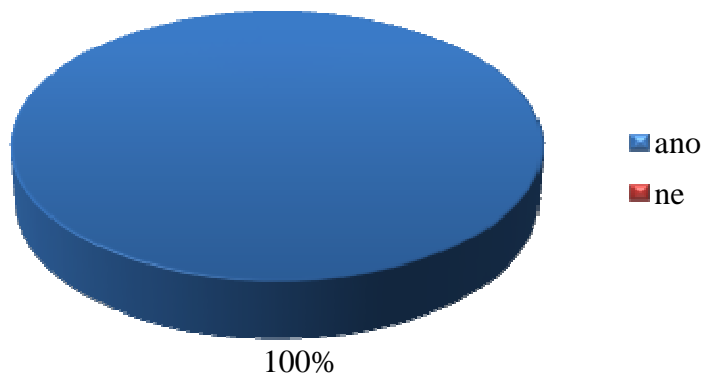
Z celkového počtu 93 sester (100 %) uvedlo 36 respondentů (39 %) odpověď ano, myslím si, že mi lůžko pomáhá při práci s pacientem, 31 respondentů (33 %) odpověď spíše ano, 19 respondentů (20 %) spíše ne a 7 respondentů (8 %) odpověď ne.

Graf 9: Pomoc při polohování obézního P/K



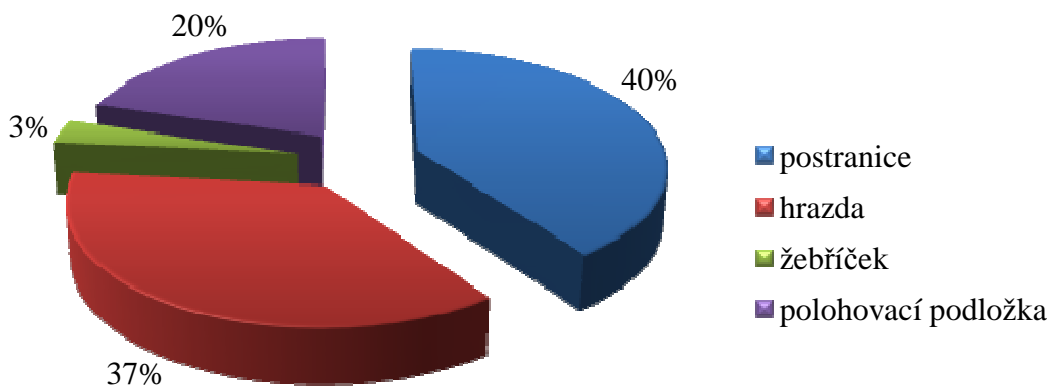
Respondenti zde mohli uvést více odpovědí. Z celkového počtu 137 odpovědí bylo zaznamenáno 86 odpovědí (63 %) ostatní členové ošetrovatelského týmu, 31 odpovědí (23 %) elektrické polohování lůžka, 9 odpovědí (6 %) mechanické polohování lůžka, 4 odpovědi (3 %) nikdo a nic, spoléhám na vlastní fyzickou sílu, 1 odpověď (1 %) laterální náklon, 6 odpovědí (4 %) jiné, kdy 4x bylo uvedeno, že jako pomoc při polohování obézního imobilního pacienta sestry využívají polohovací podložky, 1x hrazdičky a 1 respondent uvedl, že využívá pomoc klienta.

Graf 10: Využití přídatných zařízení lůžek



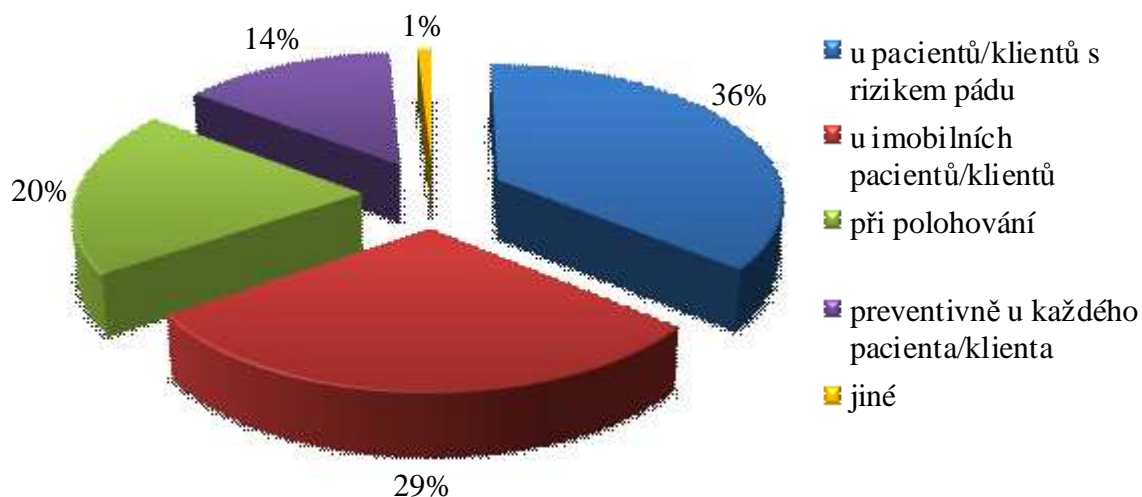
Z celkového počtu 93 sester (100 %) využívá přídatná zařízení lůžka všech 93 sester (100 %).

Graf 10.1 Konkrétní používaná přídatná zařízení



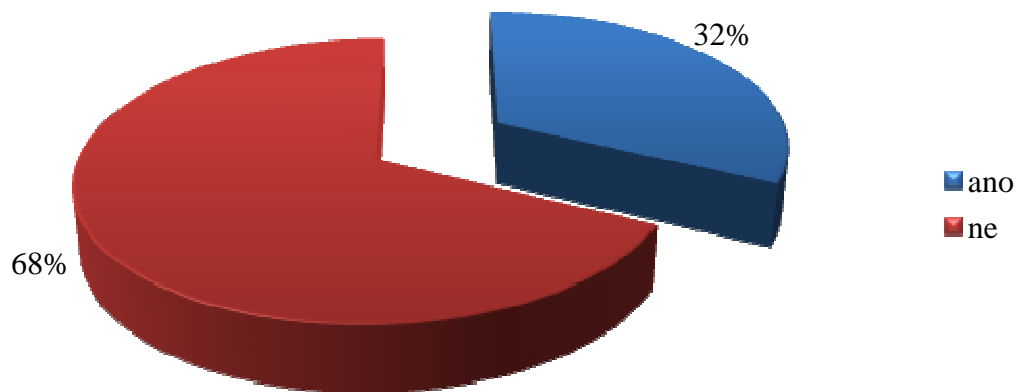
Respondenti zde mohli uvést více možností. Z celkového počtu 227 odpovědí (100 %) bylo zaznamenáno 91 odpovědí (40 %) postranice lůžka, 83 odpovědí (37 %) hrazda, 46 odpovědí (20 %) polohovací podložku a 7 odpovědí (3 %) žebříček.

Graf 11: Využití postranic lůžka



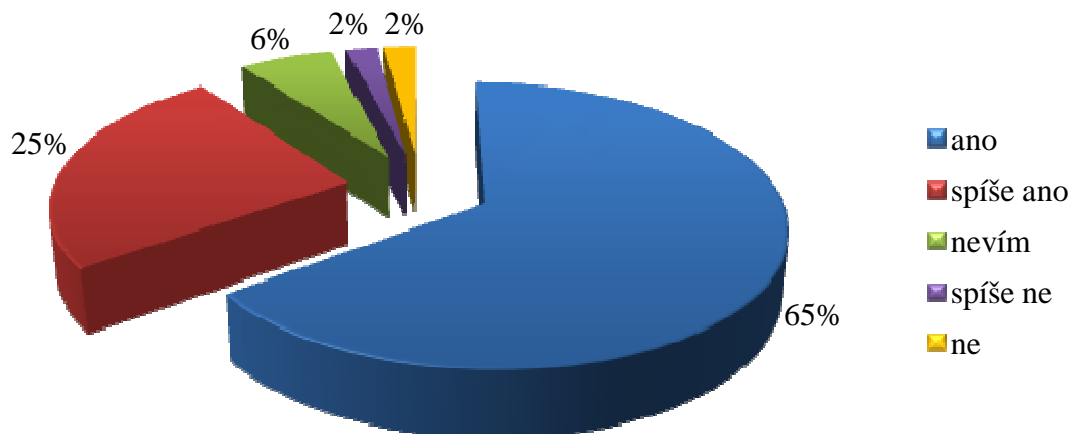
Respondenti zde mohli uvést více odpovědí. Z celkového počtu 217 odpovědí (100 %) bylo zaznamenáno 78 odpovědí (36 %), že postranice jsou využívány u P/K s rizikem pádu, 64 odpovědí (29 %) u imobilních pacientů/klientů, 43 odpovědí (20 %) při polohování, 30 odpovědí (14 %) preventivně u každého pacienta a 2 odpovědi (1 %) jiné, kde 1 respondent uvedl, že postranice využívá u zmatených P/K a 1 respondent uvedl užívání postranic u psychicky nemocných pacientů.

Graf 12: Závěsy močových sáčků jako součást lůžka



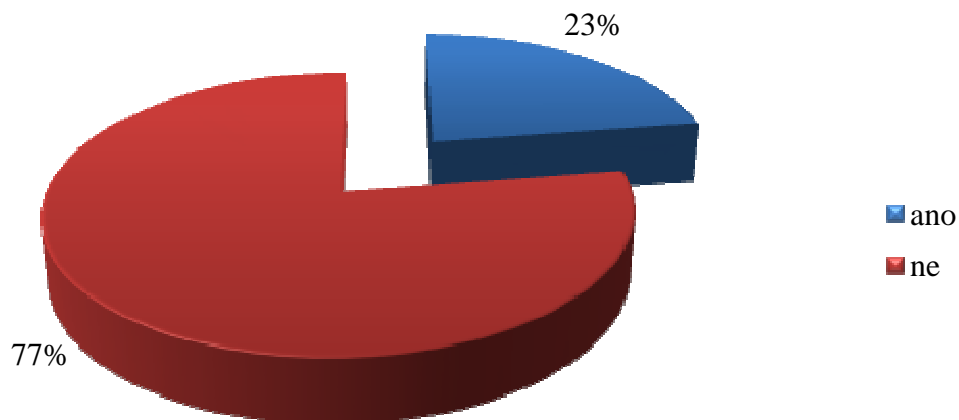
Z celkového počtu 93 sester (100 %) odpovědělo 63 respondentů (68 %) odpovědí ne, 30 respondentů (32 %) odpovědělo ano.

Graf 12.1 Žádanost závěsů na močové sáčky



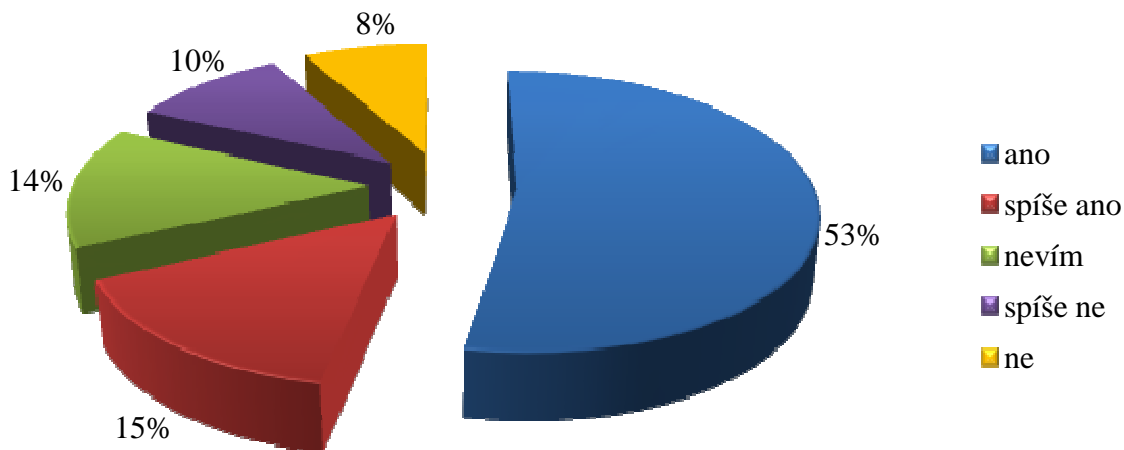
Graf uvádí, zda by respondenti, kteří v předchozím grafu (12) odpověděli ne, uvítali závěsy na močové sáčky jako součást lůžka. Z celkového počtu 63 sester (100 %) bylo zaznamenáno 41 odpovědí (65 %) ano, 16 odpovědí (25 %) spíše ano, 4 odpovědi (6 %) nevím, 1 respondent (2 %) odpověděl spíše ne a 1 respondent (2 %) odpověděl ne.

Graf 13: Závěsy drénů jako součást lůžka



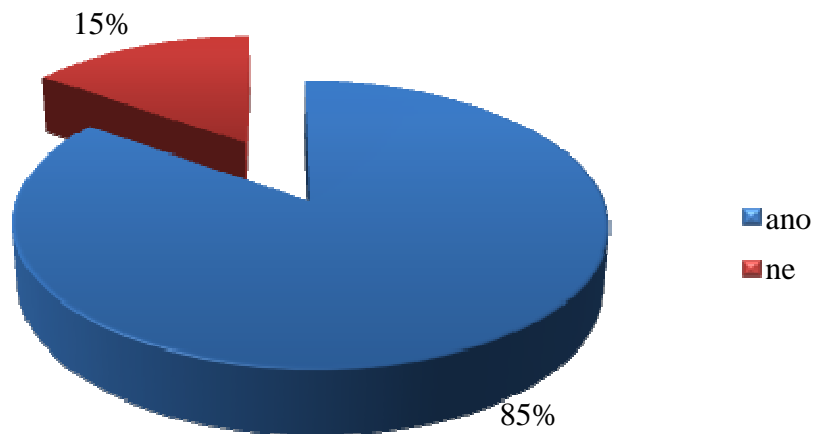
Z celkového počtu 93 sester (100 %) uvedlo 72 respondentů (77 %) odpověď ne, 21 respondentů (23 %) uvedlo odpověď ano.

Graf 13.1: Žádanost závěsů na drén



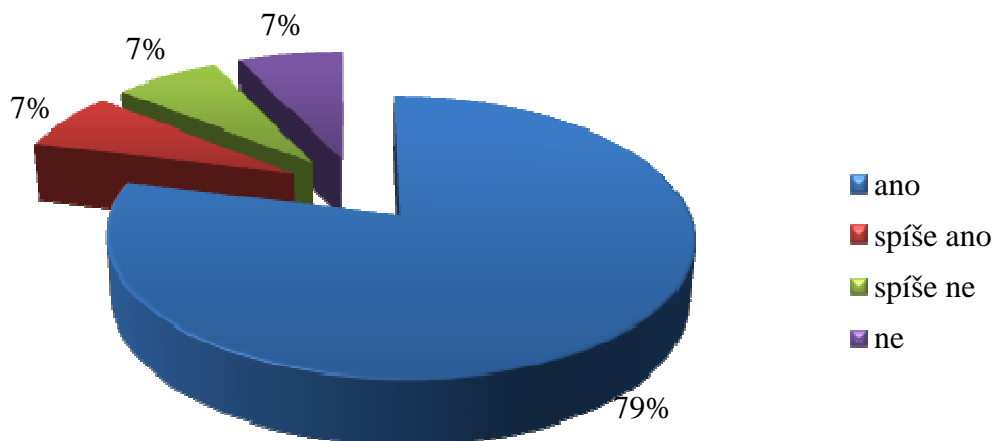
Graf zobrazuje, zda by respondenti, kteří v předchozím grafu (13) odpověděli ne, uvítali závěsy na drén jako součást lůžka. Z celkového počtu 72 sester (100 %) bylo 38 odpovědí (53 %) ano, 11 odpovědí (15 %) spíše ano, 10 respondentů (14 %) uvedlo, že neví, 7 respondentů (10 %) odpovědělo spíše ne, 6 respondentů (8 %) odpovědělo ne.

Graf 14: Infuzní stojany jako součást lůžka



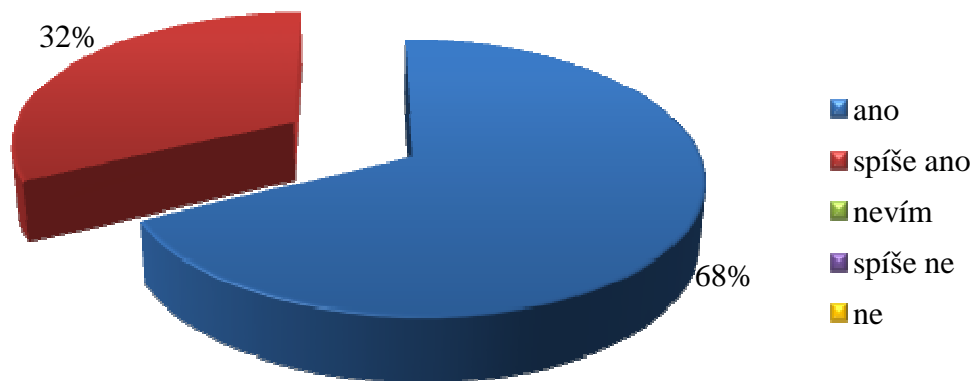
Z celkového počtu 93 sester (100 %) odpovědělo 79 respondentů (85 %) ano a 14 respondentů (15 %) odpovědělo ne.

Graf 14.1: Žádanost infuzních stojanů



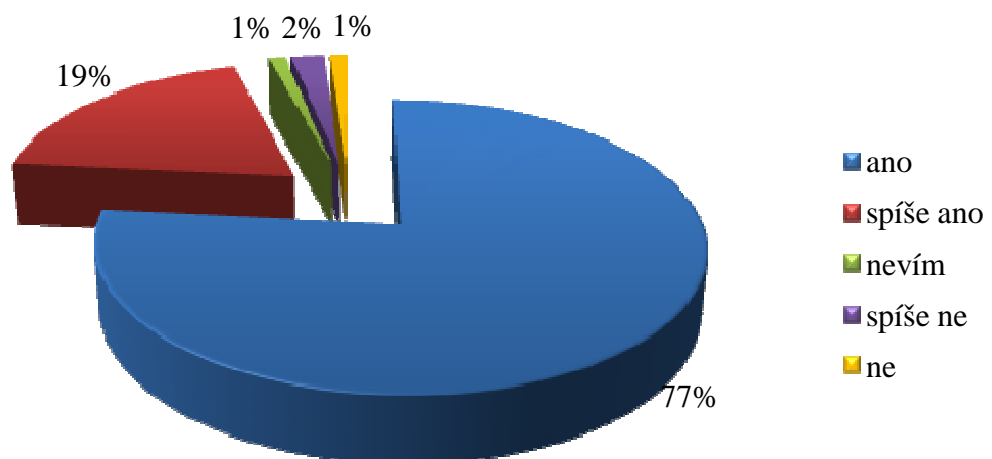
Graf uvádí, zda by respondenti, kteří v předchozím grafu (14) odpověděli ne, uvítali infuzní stojany jako součást lůžka. Z celkového počtu 14 sester (100 %) odpovědělo 11 respondentů (79 %) ano, 1 respondent (7 %) spíše ano, 1 respondent (7 %) spíše ne a 1 respondent (7 %) ne.

Graf 15: Přínos přídatných zařízení lůžka



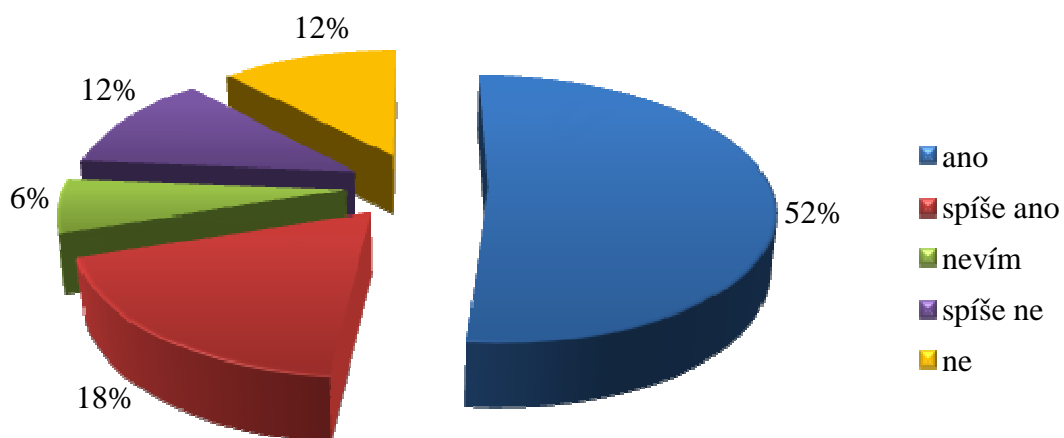
Z celkového počtu 93 sester (100 %) uvedlo 63 respondentů (68 %) odpověď spíše ano a 30 respondentů (32 %) odpověď spíše ano.

Graf 16: Přístupnost lůžka ze tří stran



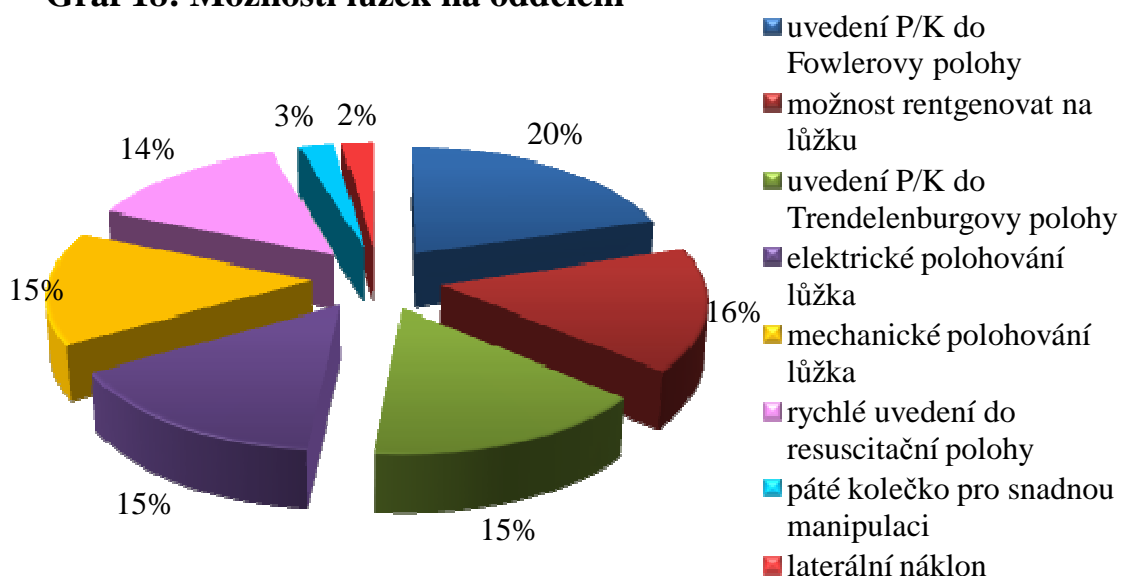
Z celkového počtu 93 sester (100 %) uvedlo 72 respondentů (77 %) odpověď ano, 18 respondentů (19 %) odpovědělo spíše ano, 2 respondenti (2 %) odpověděli spíše ne, 1 respondent (1 %) uvedl ano a 1 respondent odpověděl nevím.

Graf 17: Mezera 75cm mezi dvěma lůžky



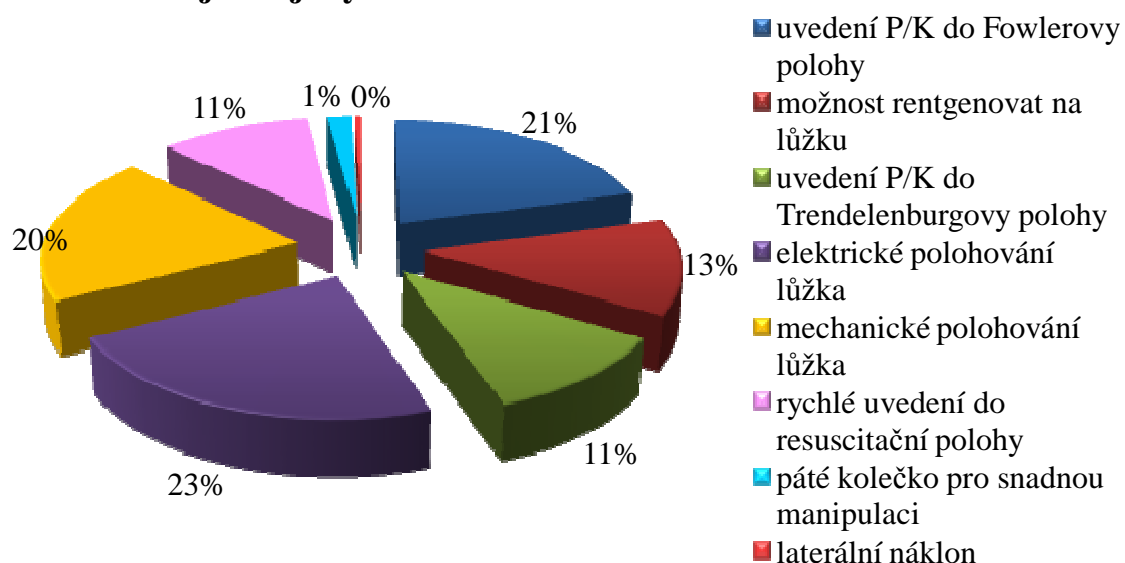
Z celkového počtu 93 sester (100 %) uvedlo 48 respondentů (52 %) odpověď ano, 17 respondentů (18 %) odpověď spíše ano, 11 respondentů (12 %) odpověď spíše ne, 11 respondentů (12 %) odpověď ne a 6 respondentů (6 %) odpověď nevím.

Graf 18: Možnosti lůžek na oddělení



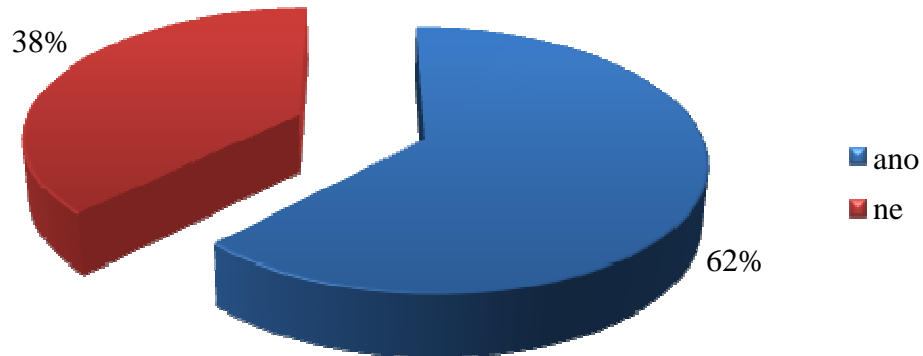
Respondenti zde mohli zvolit více možností. Z celkového počtu 370 odpovědí (100 %) bylo zaznamenáno 75 odpovědí (20 %) možnost uvedení P/K do léčebné polohy na lůžku – Fowlerova poloha, 59 odpovědí (16 %) možnost rentgenovat pacienta na lůžku, 57 odpovědí (15 %) možnost uvedení pacienta do léčebné polohy na lůžku – Trendelenburgova poloha, 56 odpovědí (15 %) možnost elektrického polohování lůžka, 54 odpovědí (15 %) možnost mechanického polohování, 52 odpovědí (14 %) rychlé uvedení lůžka do resuscitační polohy, 9 odpovědí (3 %) možnost pátého kolečka pro snadnou manipulaci a 8 odpovědí (2 %) možnost laterálního náklonu.

Graf 19: Nejčastěji využívané možnosti lůžek



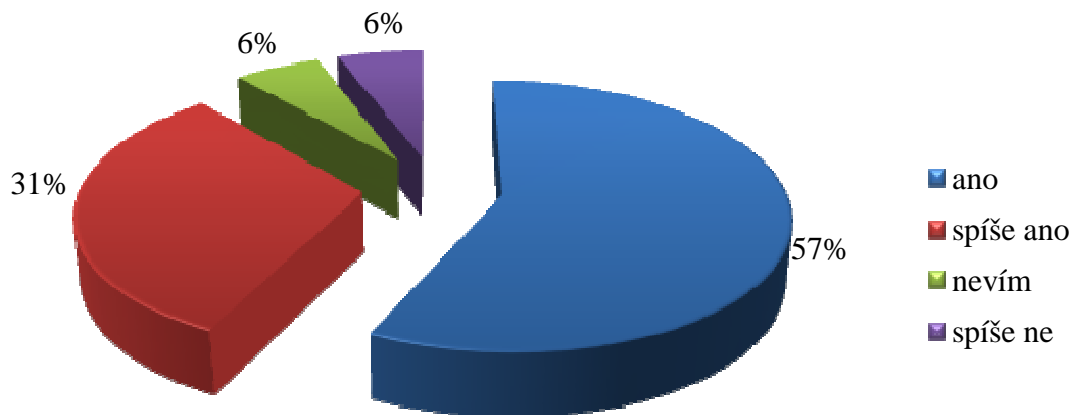
Respondenti měli možnost zvolit více možností. Z celkového počtu 242 odpovědí (100 %) bylo zaznamenáno 55 odpovědí (23 %) elektrické polohování lůžka, 50 odpovědí (21 %) možnost uvedení P/K do léčebné polohy – Fowlerova poloha, 48 odpovědí (20 %) mechanické polohování lůžka, 31 odpovědí (13 %) možnost rentgenovat P/K na lůžku, 27 odpovědí (11 %) možnost uvedení P/K do léčebné polohy – Trendelenburgova poloha, 26 odpovědí (11 %) rychlé uvedení do resuscitační polohy, 4 odpovědi (1 %) páté kolečko pro snadnou manipulaci a 1 odpověď možnost laterálního náklonu.

Graf 20: Posun lůžka do výšky



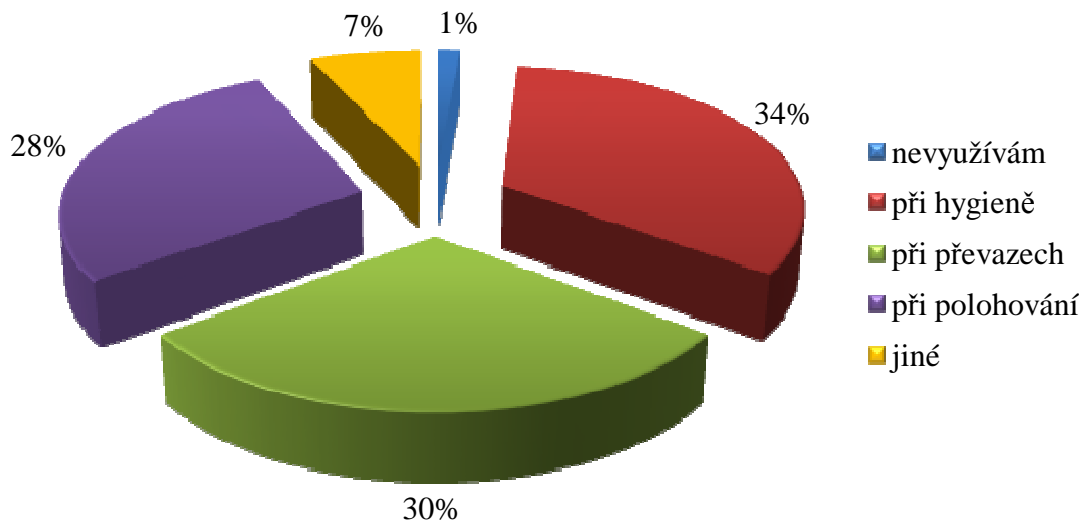
Z celkového počtu 93 sester (100 %) uvedlo 58 respondentů (62 %) odpověď ano, 35 respondentů (38 %) odpovědělo ne.

Graf 20.1 Žádanost posunu lůžka do výšky



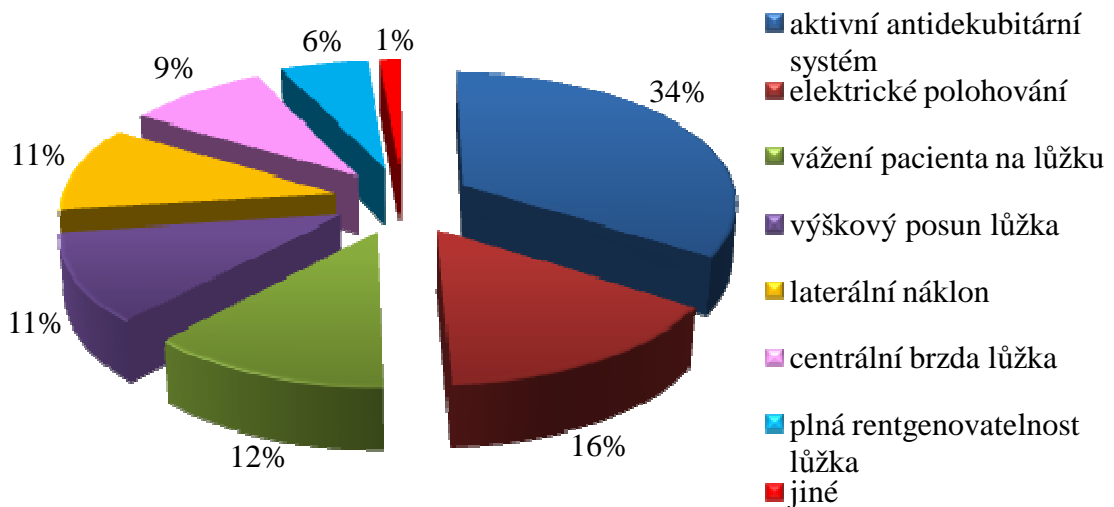
Graf uvádí, zda by respondenti, kteří předchozí graf (20) odpověděli ne, uvítali posun lůžka do výšky. Z celkového počtu 35 sester (100 %) uvedlo 20 respondentů (57 %) odpověď ano, 11 respondentů (31 %) odpověď spíše ano, 2 respondenti (6 %) odpověděli spíše ne a 2 respondenti (6 %) uvedli, že neví.

Graf 20.2: Využití posunu lůžka do výšky



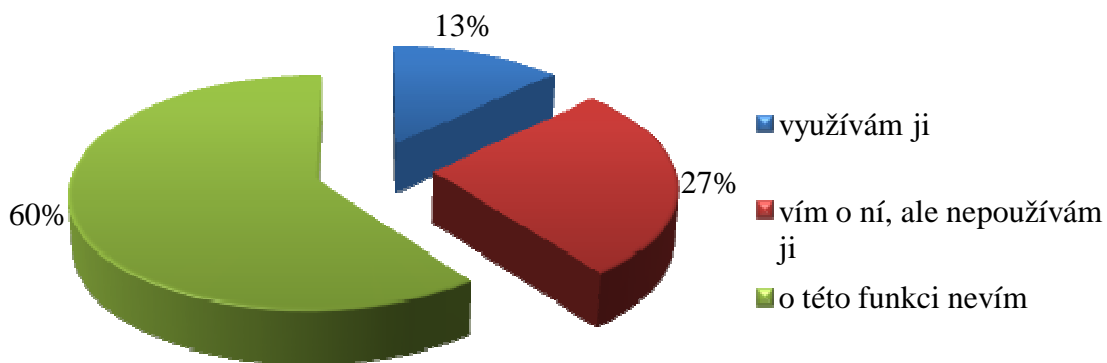
Graf zobrazuje, kdy respondenti, kteří označili v grafu 20 odpověď ano, nejčastěji využívají posun lůžka do výšky. Respondenti zde mohli označit více odpovědí. Z celkového počtu 145 sester (100 %) bylo zaznamenáno 49 odpovědí (34 %) posun lůžka do výšky při hygieně, 43 odpovědí (30%) při převazech, 41 odpovědí (28%) při polohování, 2 odpovědi (1 %) tuto funkci nevyžívám, 10 odpovědí (7 %) jiné, z toho 7 respondentů uvedlo využití výškového posunu lůžka při přesunu P/K na jiný vozík či lehátko na různých vyšetřeních a operačních sálech, 1 respondent uvedl využití při zavádění periferních žilních katétrů, 1 respondent při lékařských výkonech a 1 respondent uvedl, že kvůli svému malému vzrůstu využívá posunu lůžka při každé činnosti.

Graf 21: Požadované funkce lůžka



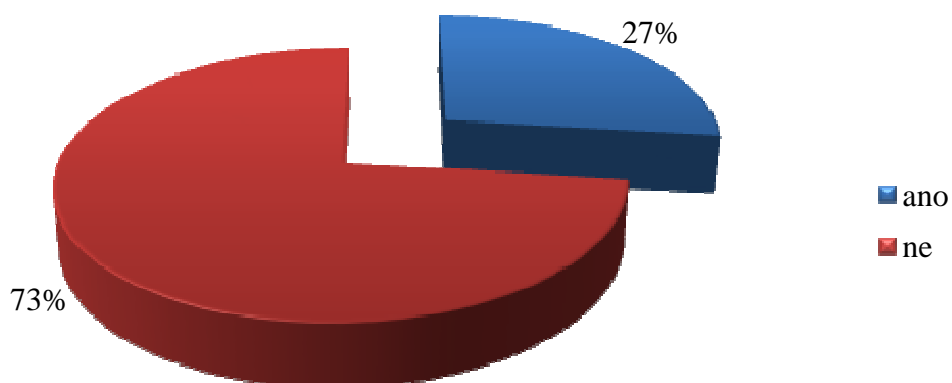
Respondenti zde mohli zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 226 odpovědí (100 %) bylo zaznamenáno 77 odpovědí (34 %) aktivní antidekubitární systém, 35 odpovědí (16 %) elektrické polohování lůžka, 28 odpovědí (12 %) vážení pacienta na lůžku, 25 odpovědí (11 %) výškový posun lůžka, 24 odpovědí (11 %) laterální náklon lůžka, 21 odpovědí (9 %) centrální brzda lůžka, 13 odpovědí (6 %) plná rentgenovatelnost lůžka, 3 odpovědi (1 %) jiné, z toho 2 respondenti uvedli přání závěsů močových sáčků a drénů jako součást lůžka a 1 respondent uvedl, že funkce lůžkům na jejich oddělení nechybí, ale ne vždy spolehlivě fungují, proto by uvítal funkčnost lůžek.

Graf 22: Funkce barevně odlišené brzdy



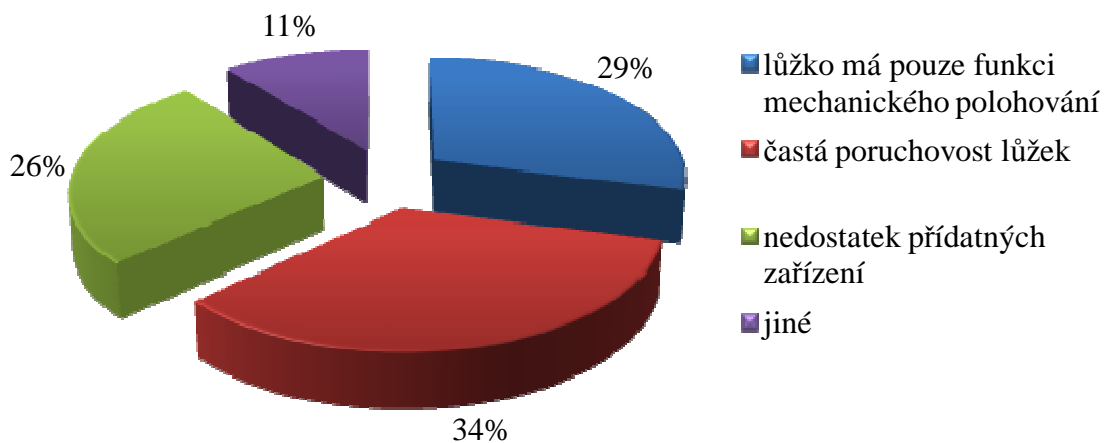
Z celkového počtu 93 sester (100 %) uvedlo 56 respondentů (60 %) odpověď ne, o této funkci jsem nevěděl/a, 25 respondentů (27 %) o této funkci ví, ale nevyužívá ji a 12 respondentů (13 %) tuto funkci využívá.

Graf 23: Spokojenost s funkcemi lůžka



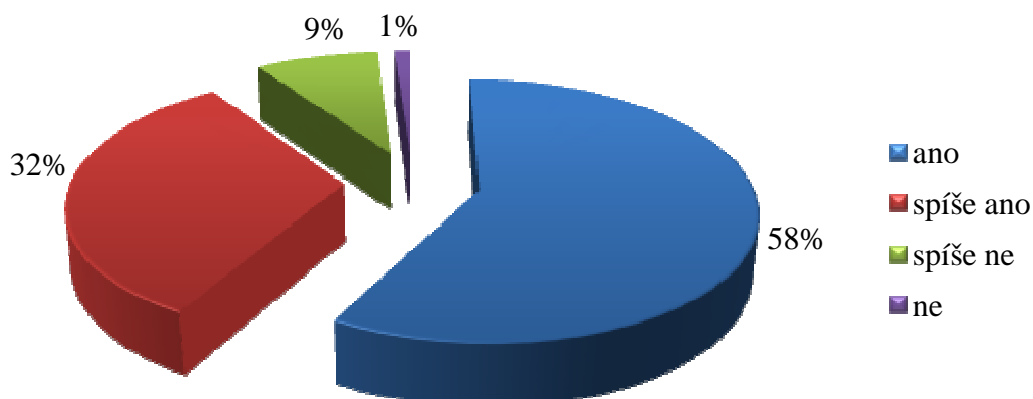
Z celkového počtu 93 sester (100 %) uvedlo 68 respondentů (73 %) odpověď ne, 25 respondentů (27 %) odpovědělo ano.

Graf 23.1: Nespokojenost s funkcemi lůžek



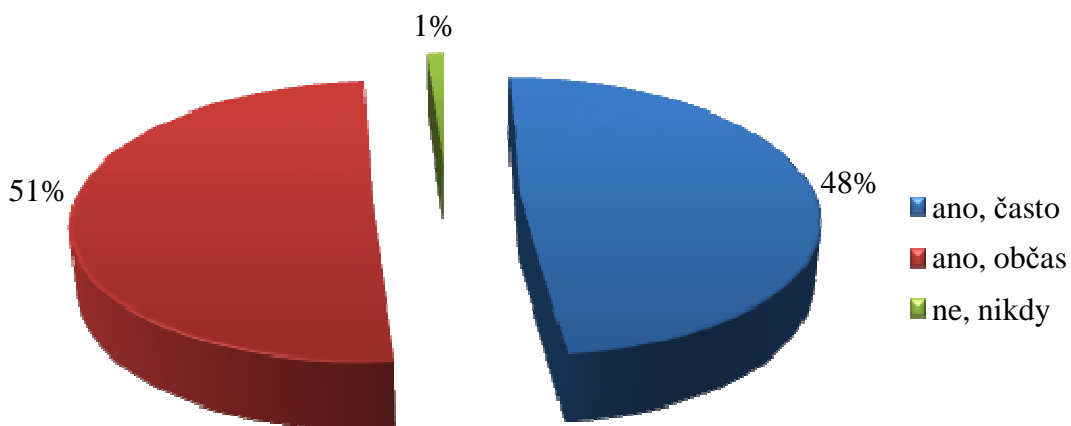
Graf upřesňuje, s čím konkrétně jsou respondenti u lůžek nespokojeni. Respondenti zde mohli zvolit více možností. Z celkového počtu 114 odpovědí (100 %) bylo zaznamenáno 39 odpovědí (34%) častá poruchovost lůžek, 33 odpovědí (29 %) lůžko má pouze funkci mechanického polohování, 30 odpovědí (26 %) nedostatek přídatných zařízení lůžka, 12 odpovědí (11 %) jiné, z toho 4 respondenti uvedli mohutnost lůžka a špatnou ovladatelnost při jízdě, 3 respondenti uvedli nespokojenost s velkou váhou lůžka, 2 respondenti uvedli nespokojenost s vyřazením funkcí lůžka po vyjmutí z elektrické sítě, 1 respondent je nespokojen s dlouhými čekacími dobami na opravy lůžek, 1 respondent si stěžuje na nepraktickou mezeru mezi dělenými postranicemi lůžka, 1 respondent uvedl, že lůžko nelze řádně zabrzdit.

Graf 24: Fyzická náročnost manipulace s P/K na lůžku



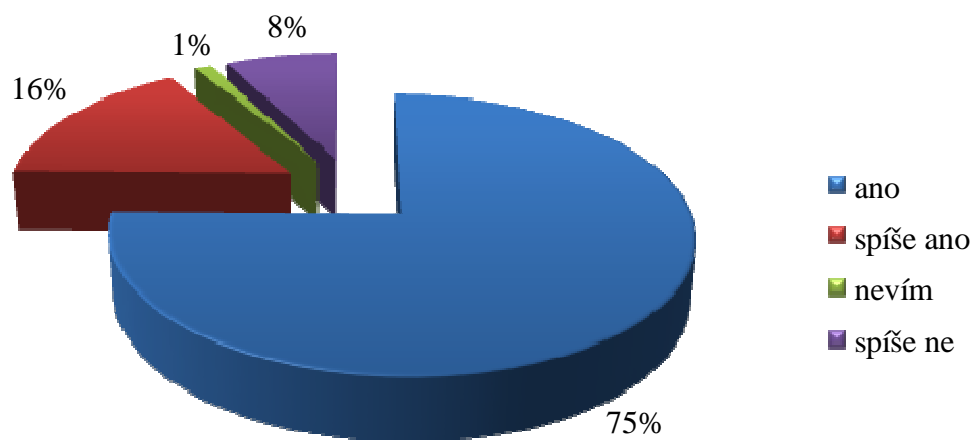
Z celkového počtu 93 sester (100 %), 54 respondentů (58 %) uvedlo odpověď ano, 30 respondentů (32 %) odpovědělo spíše ano, 8 respondentů (9 %) uvedlo odpověď spíše ne a 1 respondent odpověděl ne.

Graf 25: Bolest zad v souvislosti s manipulací s P/K



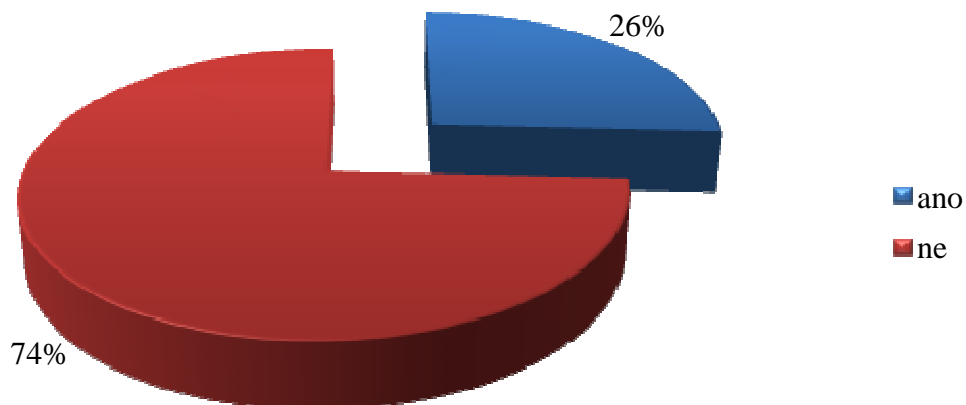
Z celkového počtu 93 sester (100 %), uvedlo 47 respondentů (51 %) odpověď ano, občas, 45 respondentů (48 %) odpovědělo ano, často, 1 respondent (1 %) odpověděl ne, nikdy.

Graf 26: Zmírnění zátěže volbou lůžka



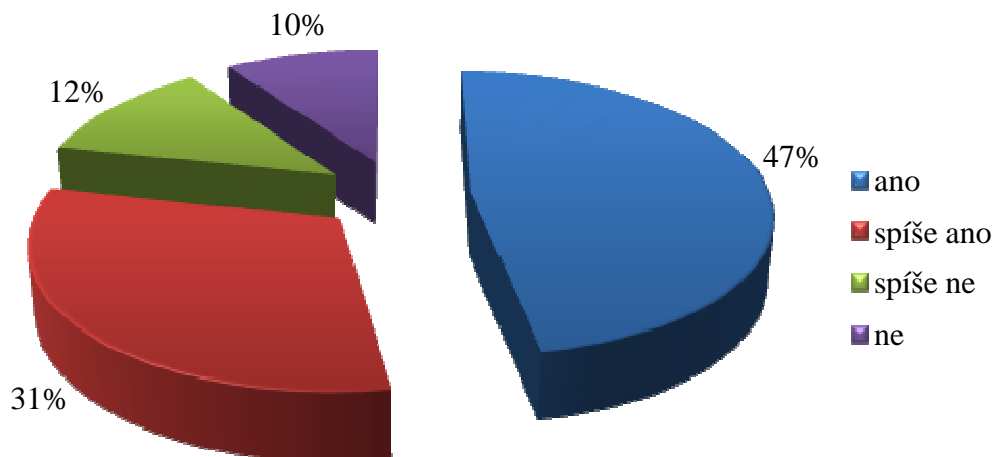
Z celkového počtu 93 sester (100 %), 70 respondentů (75 %) uvedlo odpověď ano, myslím si, že správná volba lůžka by mohla zmírnit zátěž pohybového aparátu u zdravotníků, 15 respondentů (16 %) odpovědělo spíše ano, 7 respondentů (8 %) odpovědělo spíše ne, 1 respondent (1 %) uvedl odpověď nevím.

Graf 27: Absolvování školení, semináře



Z celkového počtu 93 sester (100 %), 69 respondentů (74 %) uvedlo odpověď ne, 24 respondentů (26 %) odpovědělo ano.

Graf 28: Zájem o školení, seminář



Z celkového počtu 93 sester (100 %), 44 respondentů (47 %) uvedlo odpověď ano, 29 respondentů (31 %) uvedlo odpověď spíše ano, 11 respondentů (12 %) odpovědělo spíše ne, 9 respondentů uvedlo odpověď ne.

5. DISKUZE

Výzkumná část této bakalářské práce s názvem Lůžko jako pomocník sestry probíhala pomocí dotazníků, určených pro sestry vybraných oddělení. Vlastní výzkumné šetření vycházelo z cíle zjistit, jak lůžko pomáhá v práci sestry, jak mohou sestře v práci pomoci přídatná zařízení lůžka a zda sestry využívají možnosti lůžka. To vše u sester v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Výzkumného šetření se účastnili převážně respondenti ženského pohlaví (94%), ve věku 20 – 29 let (48%) a 30 – 39 let (39%) s nejvyšším dosaženým středním odborným vzděláním s maturitou (66%).

Pro naše výzkumné šetření byla stanovena hypotéza H1: Lůžko sestře usnadňuje práci. Pokud bychom tuto hypotézu hodnotili pouze podle grafu 8, byla by potvrzena, protože pomoc lůžka při práci s pacientem si sestry uvědomují a zde ji kladně ohodnotilo 72 % dotazovaných sester. Avšak následující graf 9 ukazuje, že sestry se při polohování obézního imobilního pacienta více než na pomoc lůžka spoléhají na pomoc ostatních členů ošetrovatelského týmu. Z grafu 24 vyplývá, že pro většinu sester je manipulace s pacientem na lůžku fyzicky náročná a již někdy je bolela záda v příčinné souvislosti s manipulací s imobilním pacientem na lůžku, z toho téměř polovinu respondentů bolí záda často. Na Mezinárodním sympoziu v Paříži roku 1991 bylo prezentováno, že ošetřující personál stráví vstojí 60–80 % pracovní doby. Dále bylo zjištěno, že přibližně 10 % pracovní doby jsou sestry ohnuté, 11 % pracovní doby pacienty polohují. Různé studie ukázaly, že nepřirozená pozice a ručně prováděné úkony zdvojnásobují výskyt problémů se zády. Linet také uvádí, že práce sester patří vzhledem k zátěži k nejtěžším a nejrizikovějším povoláním, což potvrzují nejen sestry, ale i statistické údaje, proto se tento výrobce při vývoji lůžek zaměřuje především na ulehčení práce sester a na bezpečnost při práci (8). Většina dotazovaných sester v našem výzkumném šetření si také myslí, že pokud by lůžko na jejich oddělení bylo správně zvolené, zátěž pohybového aparátu by se mohla zmírnit. Dovolují si tedy tvrdit, že pokud dotazované sestry při polohování potřebují pomoc ostatních členů ošetrovatelského týmu, práce s pacientem je pro ně fyzicky náročná a bolí je záda, lůžko

jim příliš práci neusnadňuje a hypotéza H1 tedy není potvrzena. Myslím si, že na toto téma by bylo vhodné zaměřit další výzkumné šetření.

Další námi zvolenou hypotézou H2 je: Sestry jsou spokojeny s typem lůžek na oddělení. Potvrzení této hypotézy je opět velice nejednoznačné, jak si následně rozebereme. Přímoou odpověď k potvrzení H2 vidíme v grafu 7 v začátku dotazníku, kde 65% dotázaných sester odpovědělo, že jim vyhovuje typ lůžek používaný na oddělení. Ve výzkumném šetření se dále zabýváme různými možnostmi lůžek, funkcemi, přídatnými zařízeními a podobně, uvádím tedy sestry hlouběji do tématu lůžek a toto proniknutí do problematiky je podle mého názoru i důvodem, proč graf 23 znázorňuje, že téměř $\frac{3}{4}$ sester má k lůžku na jejich oddělení nějakou připomínku. Graf 23.1 nám konkretizuje, co sestrám u současných lůžek nevyhovuje. Mezi nejčastější odpovědi patří častá poruchovost lůžek, nespokojenost s možností pouze mechanického polohování a nedostatek přídatných zařízení lůžka. Další stížnosti sester byly zaměřeny na mohutnost lůžka a špatnou ovladatelnost při jízdě. Pokud se podívám blíže na výsledky z jednotlivých oddělení, častěji odpovídaly dotazované sestry z jednotek intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitačního oddělení, že jim lůžko plně vyhovuje, bez dalších připomínek. Usuzuji tedy, že sestry jsou spokojenější právě na těchto odděleních v souvislosti s lepší vybaveností lůžek než na odděleních standardních. Jak ale uvádím, $\frac{3}{4}$ všech dotazovaných sester nachází u lůžka nějaký nedostatek. Díky těmto výsledkům docházím k názoru, že sestry nejprve bez hlubšího zamyšlení hromadně uváděly, že jim typ lůžek na odděleních vyhovuje, po procházení dotazníku, proniknutí do tématu a zjištění různých možností, které lůžko může nabídnout, si však uvědomily, co jim u lůžka na jejich oddělení chybí či nevyhovuje. Tato hypotéza se tedy nepotvrdila.

Ve výzkumném šetření hypotéza 3 předpokládá, že sestry využívají možnosti lůžek. Na tuto hypotézu odpovídají grafy 18 a 19. Z těchto grafů je jasně patrné, že dotazované sestry mají o možnostech lůžka na odděleních přehled, uvědomují si je a tyto funkce dle daných specifik oddělení také využívají. Tato hypotéza je dále potvrzena i odpověďmi na otázky ohledně výškového posunu lůžka (graf 20, 20.1, 20.2), kde sestry uvádí, zda lůžka na jejich oddělení mají možnost výškového posunu, následně zmiňují, zda tuto

funkci využívají a konkrétně při jakých činnostech. Nejčastější využívají sestry výškový posun při hygieně, při převazech a při polohování. Pouze 1 respondent uvedl, že tuto funkci nevyužívá. Pokud sestry uvedly, že lůžka na jejich oddělení tuto funkci nemají, zjišťovali jsme, zda by výškový posun uvítaly. Graf 20.1 ukazuje, že by tato funkce byla vítána. Linet uvádí, že ovládání lůžka bez funkce výškového nastavení nebo pouze s mechanickým nastavením a polohováním vyžaduje značnou fyzickou sílu sester a jeho obsluha tak zdaleka nesplňuje požadavky ergonomie (8). Zajímali jsme se také, jaké funkce lůžek by sestry ve své práci uvítaly, vizualizace je v grafu 21. Nejčastější uváděnou odpovědí bez ohledu na oddělení, ze kterého byly dotazníky získány, je aktivní antidekubitární systém. Tento výsledek potvrdil i mou domněnku, že aktivní antidekubitární systém by byl přínosem jak pro pacienty, tak pro zdravotníky. Myslím si, že by management nemocnice měl podobné opatření zvážit především na odděleních s vysokým výskytem dekubitů. Mikula a Müllerová uvádí, že přestože pořizovací náklady aktivních antidekubitárních systémů se zdají být jako vysoká částka vynaložená najednou, bylo dokázáno, že postupně uvolňované finanční prostředky na léčbu dekubitů, které již vznikly, jsou mnohonásobně vyšší (13). Druhá nejčastější odpověď bylo elektrické polohování lůžka, což je dáno především charakteristikou výzkumného souboru, přihlédneme-li ke skutečnosti, že 44% dotázaných sester pracuje na standardních odděleních, kde lůžkové vybavení tvoří převážně mechanicky polohovatelná lůžka. Hypotéza H3 tedy byla potvrzena.

Poslední stanovená hypotéza H4 zní: Sestry využívají přídatná zařízení lůžka. K této hypotéze se vztahuje především graf 10, ze kterého vychází, že všechny dotazované sestry využívají přídatná zařízení lůžka. Graf 10.1 upřesňuje, která přídatná zařízení jsou využívána nejčastěji, z tohoto grafu vidíme, že sestry uvádí postranice lůžka, hrazdu a polohovací podložku. V grafu 11 vidíme, že postranice jsou nejčastěji využity u pacientů/klientů s rizikem pádu, dále u imobilních pacientů, při polohování a také preventivně u každého pacienta. 27 ze 30 sester, uvádějících, že postranice využívají preventivně u každého, pracuje na jednotkách intenzivní péče či na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Zaměřili jsme se také různé druhy přídatných zařízení lůžka, abychom zjistili, zda jsou sestrám k dispozici či nikoli a jestli by sestry uvítaly tato

zařízení. V grafu 12 a 12.1 pozorujeme, že z odpovědí více než poloviny respondentů vyplynulo, že závěsy na močové sáčky nejsou součástí lůžek, a z toho 90% respondentů by toto zařízení uvítalo. Otázka na závěsy močových sáčků vzbudila největší ohlas na standardním urologickém oddělení, kde všechny dotázané sestry uvedly, že závěsy na močové sáčky nejsou součástí lůžka a všechny by toto přídatné zařízení lůžka uvítaly. Nepřítomnost závěsů na drén jako součást lůžka uvedly téměř $\frac{3}{4}$ dotazovaných sester, z toho více než polovina těchto sester by toto zařízení uvítala (viz graf 13, 13.1). Dále se ve výzkumném šetření ukázalo, že infuzní stojany jsou podle odpovědí 85% respondentů součástí lůžek na odděleních (viz graf 14). Hypotézu 4 také potvrzuje graf 15, kde všechny sestry kladně hodnotí přínos přídatných zařízení v jejich práci. Hypotéza 4 tedy byla potvrzena.

Ve svém výzkumném šetření jsem se také setkala se zhodnocením prostorových podmínek lůžek na odděleních, zda splňují podmínky, jaké zmiňuje například A. Křišková (7). Přístupnost lůžka ze tří stran potvrdili téměř všichni respondenti (viz graf 16). Křišková dále zdůrazňuje, že mezi dvěma lůžky by vždy měla být mezera minimálně 75cm, aby byl umožněn pohodlný přístup k lůžku pro pacienta i pro zdravotníky a zároveň aby se možnost přenosu kapénkových infekcí snížila na minimum (7). Z dotazovaných sester odpověděly téměř $\frac{3}{4}$, že lůžka na jejich odděleních tento požadavek splňují (viz graf 17). Překvapilo mě však vyhodnocení této otázky jednotlivě po odděleních, protože všechny sestry z oddělení následné péče uvedly, že lůžka na jejich oddělení tento požadavek nespĺňují. Specifikem tohoto oddělení je přitom péče o dlouhodobě nemocné pacienty s potřebou rehabilitační péče. Dodržení prostorových požadavků pokojů by tedy podle mého názoru měla být samozřejmost. Linet zmiňuje, že jednou z příčin fyzické zátěže zdravotnického personálu, spojené zejména s manipulací a přemísťováním pacientů, je chybějící vybavení pracovišť moderní technikou a nábytkem, případně nedostatečné prostorové možnosti (8).

Hilda Vorlíčková, prezidentka České asociace sester uvádí, že sestrám často chybí vhodné zaškolení pro práci a manipulaci s břemeny a neklade se dostatečný důraz na výuku bezpečných ošetrovatelských technik jak ve školách, tak na pracovištích (8). V našem výzkumném šetření jsme se proto chtěli dozvědět, zda sestry absolvovaly

školení, seminář či kurz zaměřený na výuku bezpečných ošetrovateľských technik, ktorý by jim predovšetkým predal informácie o tom, jak správne manipulovať s pacientom na lôžku, aby predchádzali obtížiam pohybového aparátu. Témere ¾ dotazovaných sestier uvedlo, že podobným školením neprošli. Dále jsme zjišťovali, zda by sestry o takové školení měly zájem. Graf 28 ukazuje, že více než ¾ dotazovaných sestier by o toto školení projevilo zájem. Myslím si tedy, že by management nemocnice mohl zvážiť v rámci prevencie obtíží pohybového aparátu svých zamestnanců pořádání kurzů s takovýmto zaměřením.

6. ZÁVĚR

Jak už bylo v této práci zmíněno, lůžko je jedno z hlavních zařízení nemocničního pokoje, zajišťující pacientovi kvalitní spánek, tedy jednu z bazálních potřeb. Může však působit i jako zdroj nepohodlí při dlouhodobém upoutání na něj. Zároveň je toto zařízení příčinou spokojenosti či nespokojenosti zdravotnického personálu. Lůžko může sestřám v mnohém jejich povolání usnadnit, nevhodně zvolený typ lůžka nebo nesprávné prostorové uspořádání v pokoji pacienta však dokáže každou sestru potrápít. Manipulace s pacientem na lůžku je pro zdravotnický personál fyzicky velmi náročná a právě lůžko je prostředkem, jak tuto zátěž zmírnit. Proto by každá sestra měla dokonale znát mechanismus lůžek, užívaných na jejím pracovišti, aby dokázala účinně chránit své zdraví a zároveň pacientům poskytovala péči nejvyšší možné kvality.

Na začátku této práce byly určeny cíle. Cíl 1 zjistit, jak lůžko pomáhá v práci sestry. Cíl 2 zjistit, jak mohou sestře v práci pomoci přídatná zařízení lůžka. Cíl 3 zjistit, zda sestry využívají možnosti lůžka. Tyto cíle byly splněny.

Pro dosažení těchto cílů byly stanoveny následující hypotézy. Hypotéza H1: Lůžko sestře usnadňuje práci nebyla potvrzena. Hypotéza H2: Sestry jsou spokojeny s typem lůžek na oddělení nebyla potvrzena. Hypotéza H3: Sestry využívají možnosti lůžek byla potvrzena. Hypotéza H4: Sestry využívají přídatná zařízení lůžka byla potvrzena.

Vyhodnocení výsledků této práce bude předáno managementu Nemocnice České Budějovice, a.s. a dále bude předáno i výrobci lůžek, který o ně projevil zájem. Zjištěné výsledky budou tedy sloužit jako ukázka představ a požadavků sester, aby měl management nemocnice i výrobce lůžek zpětnou vazbu od sester.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DOENGERS, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd., Praha : Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
2. *Foam for care - péče především* [online]. 2006 [cit. 2011-03-08]. Polohovací podložky. Dostupné z WWW: <<http://www.foamforcare.cz/polohovaci-podlozky.html>>.
3. JANDOVÁ, J., KOPECKÁ, E. *Využití vzdušného lůžka v léčbě rozsáhle popálených pacientů*. Diagnóza v ošetrovatelství. Kutná Hora: 2006, roč. 2, č. 4, s. 165. ISSN 1801-1349.
4. KELNAROVÁ, J., CAHOVÁ, M., KŘEŠŤANOVÁ, I., KŘIVÁKOVÁ, M., KOVÁŘOVÁ, Z. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 236 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
5. KOLEKTIV AUTORŮ ÚSTAVU TEORIE A PRAXE OŠETŘOVATELSTVÍ 1. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERZITY KARLOVY, *Základy ošetrování nemocných*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2005. 146 s. ISBN 80-246-0845-6.
6. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 1*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
7. KRIŠKOVÁ, A., a KOL., *Ošetrovatelské techniky*. 1. vyd.. Martin: Osveta, 2001. 805 s. ISBN 80-8063-087-9.
8. *Linet - klinická literatura* [online]. 2005 [cit. 2011-03-08]. Bezpečnost sestry. Dostupné z WWW: <<http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/ke-stazeni/klinicka-literatura/28208/Bezpecnost-sestry>>.
9. *Linet - klinická literatura* [online]. 2005 [cit. 2011-03-08]. Laterální náklon. Dostupné z WWW: <<http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/ke-stazeni/klinicka-literatura/28489/Lateralni-naklon>>.
10. *Linet* [online]. 2005 [cit. 2011-03-08]. Výrobky pro zdravotnictví. Dostupné z WWW: <<http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/vyrobky/vyrobky-pro-zdravotnictvi?category=287>>.
11. LUKEŠOVÁ, R., HUDÁČKOVÁ, A. Sestra a její péče o vlastní zdraví, vliv na péči o nemocné . In *Nové trendy v ošetrovatelství VI. : Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. Jihočeské ošetrovatelské dny*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2007. s. 445. ISBN 978-80-7040-992-3.

12. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I. Aktualizované a doplnené vyd.* Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
13. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., *Prevenca dekubitů.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
14. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovateľství I.díl : Učebnice pro obor sociální péče – pečovateľská činnost.* 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
15. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovateľství v kostce.* 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
16. PÍBILOVÁ, A. *Vzdušné lůžko a jeho využití.* Sestra. Praha: 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 54. ISSN 1210-0404.
17. PODSTATOVÁ, H. *Hygiena provozu zdravotnických zařízení a nová legislativa,* 1. vyd. Olomouc: EPAVA, 2002. 267s. ISBN 80- 86297-10-1.
18. *PROMA REHA s.r.o.* [online]. 2007 [cit. 2011-03-08]. Výrobky. Dostupné z WWW:
<http://promareha.cz/index.php?lang=cs&module=products&page=Nemocnicni_luzka>.
19. ROSINA, J., KOLÁŘOVÁ, H., STANEK, J. *Biofyzika pro studenty zdravotnických oborů .* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 232 s. ISBN 80-247-1383-7.
20. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A., *Ošetrovateľství I.* 1. vyd., Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
21. *Sbírka zákonů - Předpis č. 361/2007 Sb.* [online]. 2007 [cit. 2011-03-08]. Nařízení vlády, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. Dostupné z WWW:
<<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?cd=76&typ=r&zdroj=sb07361>>.
22. STAŇKOVÁ, M. *Sestra-reprezentant profese.* 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
23. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovateľství I.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.

24. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 212 s. ISBN 80-247-1777-8.
25. ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIC, K. *Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.
26. TRACHTOVÁ, E., et al., *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
27. TUČEK, M., CIKRT, M., PELCLOVÁ, D. *Pracovní lékařství pro praxi : příručka s doporučenými standardy* . 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 344 s. ISBN 80-247-0927-9.
28. VALA, V., *Nové materiály a jejich využití. Sestra : Zdravotnické prádlo, oblečení a ochranné pomůcky*. 2007, č. 10, s. 10-11. ISSN 1210-0404.
29. VALÁŠKOVÁ, D. *Sestra denně stráví v předklonu 96 minut*. Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha: Saníma Magazines, 2008, 12, s.56. ISSN 1212-0404.
30. ŽVÁK, I., et al. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech* . 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 208 s. ISBN 80-247-1347-0.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Lůžko

Přídavné zařízení lůžka

Polohování

Fyzická zátěž sestry

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Ukázky lůžek

Příloha 3 – Polohovací hodiny

Příloha 4 – Desatero sestry v péči o zdraví

Příloha 1

Vážená kolegyně, vážený kolego,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „*Lůžko jako pomocník sestry*“. Dotazník je zcela anonymní a získaná data budou použita pouze pro zpracování této bakalářské práce. U všech otázek označte prosím křížkem jednu odpověď, nebude-li uvedeno jinak, popřípadě doplňte text.

Předem Vám mnohokrát děkuji za čas strávený vyplněním tohoto dotazníku.

Děkuji za spolupráci. Helena Hradová 3VS, ZSF JU v Českých Budějovicích

1. Uveďte Vaše pohlaví

- ženské
- mužské

2. Uveďte Váš věk

- 20 – 29
- 30 – 39
- 40 – 49
- 50 a více

3. Uveďte, jakého nejvyššího stupně vzdělání jste dosáhl/a

- střední odborné vzdělání s maturitou
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské vzdělání – bakalář
- vysokoškolské vzdělání – magistr
- jiné:

4. Uveďte typ oddělení, na kterém momentálně pracujete

- standardní oddělení
- jednotka intenzivní péče

- intermediální péče
- anesteziologicko-resuscitační oddělení

5. Uveďte konkrétní oddělení, na kterém momentálně pracujete:

.....

6. Uveďte, jaká lůžka jsou používána na oddělení, na kterém pracujete (možno více odpovědí)

- mechanická lůžka
- elektrická lůžka
- dětská a kojenecká lůžka
- speciální lůžka
 - otočné lůžko
 - Clinitron
 - inkubátor
 - lůžko pro kardiaky

7. Vyhovuje Vám typ lůžka používaný na oddělení, na kterém pracujete?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

8. Myslíte si, že lůžko Vám pomáhá při práci s pacientem?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

9. Pokud polohujete obézního imobilního pacienta, kdo nebo co Vám nejvíce pomáhá? (možno více odpovědí)

- laterální náklon lůžka (náklon lůžka do strany)
- elektrické polohování lůžka
- mechanické polohování lůžka
- ostatní členové ošetrovatelského týmu
- nikdo a nic, spoléhám se na vlastní fyzickou sílu
- jiné:

10. Využíváte při polohování pacienta přídatná zařízení lůžka?

- ano
- ne

10.1 Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, označte, jaká přídatná zařízení při polohování pacienta využíváte (možno více odpovědí)

- postranice
- hrazda
- žebříček
- polohovací podložka
- jiné:

11. Kdy využíváte u lůžka postranice? (možno více odpovědí)

- preventivně u každého pacienta/klienta
- při polohování
- u imobilních pacientů/klientů
- u pacientů/klientů s rizikem pádu
- jiné:

12. Jsou závěsy na močové sáčky součástí lůžek na oddělení, na kterém pracujete?

- ano
- ne

12.1 Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a NE, uvítal/a byste, aby závěsy na močové sáčky byly součástí lůžek?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

13. Jsou závěsy na drén součástí lůžek na oddělení, na kterém pracujete?

- ano
- ne

13.1 Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a NE, uvítal/a byste, aby závěsy na drény byly součástí lůžek?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

14. Jsou infuzní stojany součástí lůžka na oddělení, na kterém pracujete?

- ano
- ne

14.1 Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a NE, uvítal/a byste, aby infuzní stojany byly součástí lůžek?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

15. Jsou přídatná zařízení lůžka ve Vaší práci přínosem?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

16. Je lůžko na oddělení, na kterém pracujete, přístupné ze tří stran?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

17. Je mezi dvěma lůžky na oddělení, na kterém pracujete, mezera 75 cm?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

18. Uveďte možnosti lůžka na oddělení, na kterém momentálně pracujete (možno více odpovědí)

- mechanické polohování
- elektrické polohování
- laterální náklon (náklon lůžka do strany)
- možnost uvedení pacienta do léčebné polohy na lůžku – Fowlerova poloha
- možnost uvedení pacienta do léčebné polohy na lůžku – Trendelenburgova p.
- možnost rentgenovat pacienta na lůžku
- páte kolečko ve středu podvozku pro snadnou manipulaci
- možnost rychlého uvedení lůžka do resuscitační polohy
- jiné:

19. Jaké možnosti lůžka nejčastěji využíváte? (možno více odpovědí)

- mechanické polohování
- elektrické polohování
- laterální náklon (náklon lůžka do strany)
- možnost uvedení pacienta do léčebné polohy na lůžku – Fowlerova poloha
- možnost uvedení pacienta do léčebné polohy na lůžku – Trendelenburgova p.
- možnost rentgenovat pacienta na lůžku
- páte kolečko ve středu podvozku pro snadnou manipulaci
- možnost rychlého uvedení lůžka do resuscitační polohy
- jiné:

20. Umožňuje lůžko na oddělení, na kterém pracujete, posun lůžka do výšky?

- ano
- ne

20.1 Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, uveďte (možno více odpovědí)

- tuto funkci nevyžívám
- tuto funkci využívám při hygieně
- tuto funkci využívám při převazech
- tuto funkci využívám při polohování
- jiné:

20.2 Pokud jste na otázku č. 20 odpověděla NE, uvítala byste u lůžka posun do výšky?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

21. Kterou funkci lůžka byste NEJVÍCE uvítal/a? (možnost či funkce, kterou lůžka na oddělení kde pracujete, nemají)

- elektrické polohování lůžka
- laterální náklon lůžka (náklon lůžka do strany)
- aktivní antidekubitární systém
- plná rentgenovatelnost lůžka
- centrální brzda lůžka
- výškový posun lůžka
- vážení pacienta na lůžku
- jiné:

22. U klasických lůžek bývají samostatně brzditelná kolečka. Jedna brzda je barevně odlišená a jejím zabrzděním lze dosáhnout lepší ovladatelnosti lůžka při přesunu, pokud přesun zajišťuje pouze jedna sestra. Víte o této funkci?

- ano, tuto funkci využívám
- ano, ale tuto funkci nevyžívám
- ne, o této funkci jsem nevěděl/a

23. Je něco, co Vám u současných lůžek na Vašem oddělení nevyhovuje?

- ano
- ne

23.1 Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, uveďte, co konkrétně Vám nevyhovuje (možno více odpovědí)

- lůžko má pouze funkci mechanického polohování
- častá poruchovost lůžek
- nedostatek přídatných zařízení lůžka
- jiné:

24. Je pro Vás manipulace s pacientem na lůžku fyzicky náročná?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

25. Bolí Vás někdy záda v příčinné souvislosti s manipulací s imobilním pacientem na lůžku?

- ano, často
- ano, občas
- ne, nikdy

26. Myslíte si, že správná volba lůžka by mohla zmírnit zátěž pohybového aparátu u zdravotníků?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

27. Prošla jste školením či seminářem, který by Vám ukázal, jak správně pracovat s pacientem na lůžku, abyste účinně předcházeli/a obtížím pohybového aparátu?

- ano
- ne

28. Měl/a byste o takové školení zájem?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

Příloha 2

Mechanická lůžka:



a)



CE

b)

Elektrická lůžka:



a)



b)

Dětská lůžka:



a)



CE

b)

Novorozenecká lůžka:



a)



b)

Vzdušné lůžko Clinitron:



c)

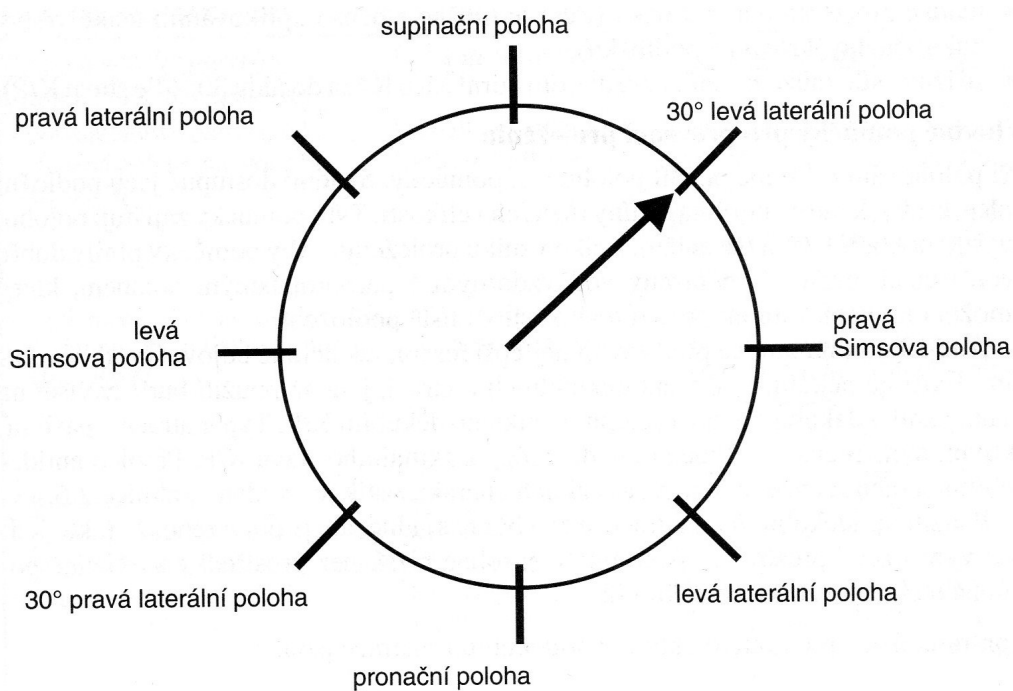
Zdroje:

a) *Linet* [online]. 2005 [cit. 2011-03-08]. Výrobky pro zdravotnictví. Dostupné z WWW: <<http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/vyrobky/vyrobky-pro-zdravotnictvi?category=287>>.

b) *PROMA REHA s.r.o.* [online]. 2007 [cit. 2011-03-08]. Výrobky. Dostupné z WWW: <http://promareha.cz/index.php?lang=cs&module=products&page=Nemocnicni_luzka>

c) *Hill-Rom* [online]. 2008-2011 [cit. 2011-04-14]. Hill-Rom Home Health Care Equipment & Products. Dostupné z WWW: <<http://www.hill-rom.com/usa/HomeCare.htm>>.

Příloha 3



Jméno:						
Datum:						
Poloha:	čas:	podpis:	čas:	podpis:	čas:	podpis:
supinační						
30° levá laterální						
pravá Simsova						
levá laterální						
pronační						
30° pravá laterální						
levá Simsova						
pravá laterální						

Obr. 2.1 Polohovací hodiny a záznam polohování K/P

Zdroj: MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* Aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

Příloha 4

Desatero sestry v péči o zdraví

1. Žij zdravě – dobře víš, jak – pokus se ve svém životě dodržovat všechna pravidla skutečně zdravého způsobu života.
2. Pracovní zátěž kompenzuj příjemnými mimopracovními zážitky a zálibami: radostí z blízkých, kulturou, sportovní aktivitou, setkáváním s přáteli, veřejnou a dobrovolnou činností.
3. Vytvoř si i při směnném provozu jistou pravidelnost a systematičnost životního rytmu.
4. Nepodceňuj biologická ani psychická rizika náročného sesterského povolání.
5. V zaměstnání dodržuj hygienická a bezpečnostní pravidla a předpisy. Nevytvářej zbytečně aerosoly nešetrnou manipulací s potřísněnými pomůckami.
6. Občas se cíleně zamysli nad svými pocity, projevy, vystupováním, chováním, nad svojí image.
7. Občas se cíleně ptej svého okolí – spolupracovníků, přátel, pacientů atd., zda se nechováš jinak – lhostejně, podrážděně, odcizeně, hrubě.
8. Pečuj o své zdraví, objeví-li se potíže, nesnaž se léčit sama, ale včas navštiv odborného lékaře a staň se řádným pacientem (nikoli jen konzultující spolupracovnicí).
9. V případě nemoci dodržuj léčebný režim tak, jak by sis přála, aby ho dodržovali tvoji pacienti.
10. Zvaž, co potřebuješ udělat pro své zdraví zejména ty osobně a doplň tím desatero, aby bylo úplné:

Zdroj: STAŇKOVÁ, M. *Sestra-reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.