



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Problematika imobilizačního syndromu v péči o seniory

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Kateřina Petrášová

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Doležalová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Problematika imobilizačního syndromu v péči o seniory*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8. 8. 2023

.....

Kateřina Petrášová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Jitce Doležalové, Ph.D., za cenné rady, odborné vedení a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem seniorům a hlavně sestřím, za jejich ochotu a čas při zapojení do výzkumného šetření.

Problematika imobilizačního syndromu v péči o seniory

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou imobilizačního syndromu v péči o seniory. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část práce obsahuje základní informace a pojmy týkající se imobilizačního syndromu, ovlivnění jednotlivých tělesných systémů a ošetrovatelskou péči o seniory s imobilizačním syndromem.

Výzkumná část byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelského procesu v péči o seniory s imobilizačním syndromem, zmapovat povědomí sester o imobilizačním syndromu a zmapovat znalosti sester o prevenci imobilizačního syndromu v geriatrickém ošetrovatelství.

Kvalitativní sběr dat probíhal pomocí skrytého zúčastněného pozorování spojeného s polostrukturovaným rozhovorem se sestrami, které byly pozorovány. Pozorovány byly sestry, které poskytovaly péči u pacientů v rozmezí věku 70–90 let. Výzkumný soubor byl tvořen sedmi sestrami pracujícími ve dvou zařízeních pro seniory v Jihočeském kraji.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že sestry jsou v každodenním kontaktu s pacienty s imobilizačním syndromem. Po teoretické stránce jsou znalé a mají o této problematice přehled. Po praktické stránce ale některé sestry péči nevykonávají tak, jak by měly a některé zásady péče nedodržují. Jedná se například o péči o kůži, polohování, rehabilitační péči nebo komunikaci.

Výsledky výzkumu práce byly použity k vytvoření standardu ošetrovatelské péče v oblasti imobilizačního syndromu.

Klíčová slova

Imobilizační syndrom; imobilita; péče o seniory; senior; sestra

Issues of the immobilization syndrome in the care of seniors

Abstract

The bachelor thesis deals with the issue of immobilization syndrome in elderly care. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part of the thesis contains basic information and concepts related to immobilization syndrome, the influence of individual body systems and nursing care for the elderly with immobilization syndrome.

The research part was processed in the form of qualitative research. The aim was to find out what are the specifics of the nursing process in the care of elderly people with immobilization syndrome, to map the awareness of nurses about immobilization syndrome and to map the knowledge of nurses about the prevention of immobilization syndrome in geriatric nursing.

Qualitative data collection was conducted using covert participant observation coupled with semi-structured interview with the nurses who were observed. Nurses who provided care to patients ranging in age from 70-90 years were observed. The research sample of respondents consisted of seven nurses who work in two elderly home facilities in the South Bohemia.

The research results show that nurses are in daily contact with patients with immobilization syndrome. Theoretically, they are knowledgeable and have an overview of this issue. Practically, however, some nurses do not carry out care as they should and do not follow some principles of care. These include skin care, positioning, rehabilitation care and communication.

The results of the research work were used to develop a standard of nursing care for immobilization syndrome.

Key words

Immobilization syndrome; immobility; care for the elderly; senior; nurse

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Stárnutí a stáří	9
1.1.1 Definice stárnutí a stáří	9
1.1.2 Změny ve stáří (tělesné, psychické, sociální)	10
1.2 Mobilita	13
1.3 Imobilita	13
1.4 Imobilizační syndrom	14
1.4.1 Prevence imobilizačního syndromu	15
1.4.2 Nejčastější komplikace imobilizačního syndromu – dekubity	16
1.5 Ovlivnění jednotlivých tělesných systémů organismu imobilizačním syndromem	17
1.5.1 Pohybový systém	17
1.5.2 Respirační systém	18
1.5.3 Kardiovaskulární systém	18
1.5.4 Metabolický a gastrointestinální systém	19
1.5.5 Kožní systém	20
1.5.6 Vylučovací systém	21
1.5.7 Reakce na imobilizaci v oblasti psychosociální	21
1.6 Ošetrovatelská péče o pacienta s imobilizačním syndromem	22
2 Cíle práce a výzkumné otázky	25
2.1 Cíle práce	25
2.2 Výzkumné otázky	25
2.3 Operacionalizace pojmů	25
3 Metodika	26
3.1 Popis metody	26

3.2	Charakteristika výzkumného souboru	26
4	Výsledky	28
4.1	Identifikační údaje sester (S1-S7)	28
4.2	Výsledky pozorování.....	29
4.3	Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami.....	36
5	Diskuze	45
6	Závěr.....	51
7	Seznam použité literatury	52
8	Seznam příloh	60
9	Seznam tabulek	70
10	Seznam grafů.....	71
11	Seznam zkratk.....	72

Úvod

Imobilizační syndrom je jedním z aktuálních problémů po celém světě, jelikož bývá každodenním tématem všech zařízení, která poskytují péči seniorům s omezenou mobilitou. Pohyb je důležitou součástí našich životů a jakákoliv jeho porucha se může odrazit na našem tělesném, psychické a sociálním stavu, zvláště v seniorském období, kdy se člověk stává zranitelnější a křehčí. Jedinou možnou léčbou imobilizačního syndromu je předcházet mu, a právě zde hraje velkou roli ošetrovatelský personál, který by si měl být problematiky vědom a snažit se všemi silami komplikacím předcházet. Mezi základní péči o imobilního seniora patří hygienická péče, péče o kůži, zajištění dostatečného množství nutričně vyvážené stravy, dostatečný příjem tekutin, časté a dokonalé polohování, dechovou rehabilitaci, spolupráci s rehabilitační sestrou a fyzioterapeutem. Správné provádění ošetrovatelského procesu může zabránit mnoha komplikacím.

Téma bakalářské práce, které se týká problematiky imobilizačního syndromu, jsem si vybrala především proto, že tuto problematiku považuji za důležitou a aktuální. Velmi často se při své odborné praxi na různých odděleních setkávám s prevencí imobilizačního syndromu a často vidím, že ošetrovatelské postupy nejsou prováděny správně. Díky těmto zkušenostem mě zajímalo, jak se s touto problematikou vypořádávají v zařízeních pro seniory.

Touto prací bych chtěla zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelského procesu v péči o seniory s imobilizačním syndromem. Zmapovat informovanost sester o imobilizačním syndromu a ověřit jejich znalosti o prevenci, zda mají znalosti o této problematice a umějí je využít ve své praxi. Těmito poznatky bych si ráda doplnila chybějící znalosti a v budoucnu je uplatnila v praxi.

1 Současný stav

„Prodlužování věku je vítané, je-li spojené s přiměřenou kvalitou života“

(Tošnerová, 2009, s.22)

1.1 Stárnutí a stáří

Jednou ze životních etap člověka je stárnutí, které začíná hned po narození a plynule přechází až do smrti, stává se tak nedílnou součástí života každého člověka a má své zákonitosti, které mají vliv na kvalitu a způsob života (Wernerová a Zvoníková, 2016). Proces stárnutí je nezvratný, celý život probíhající biologický proces a na jeho konci je stáří (Ondrušová a Krahulcová, 2020). Doba stárnutí a stáří je obecně vnímána a chápána se strachem a obavami. Všeobecně jsou očekávány negativní dopady, jako je snížení mentálních funkcí, omezení spojené se ztrátou soběstačnosti, přetrhání kontaktů s vnějším prostředím a také ztížená možnost seberealizace (Malíková, 2020). Další obavy jsou z odsunutí na okraj společnosti a stereotypní pohled populace na stáří (Slepička et al., 2015). Snížená soběstačnost také přináší obavy z ponížení, ztráty lidské důstojnosti a respektu (Malíková, 2020). Hrozenská (2013) uvádí, že teorií, které se zabývají problémem stárnutí populace je v dnešní době nepřeberné množství, ale prozatím ani jedna z nich nebyla přijata všeobecně. Můžeme rozlišit dvě kategorie stárnutí, ta první se zabývá opotřebením a popisuje stárnutí jako období s poškozenými funkcemi lidského těla a druhá kategorie pohlíží na období stárnutí a stáří tak, že neodvratně vede ke genetickým změnám (Hrozenská, 2013). Podle nejčastěji uváděného dělení seniorů rozlišujeme: 65-74 let (mladí senioři), 75-84 let (staří senioři) a nad 85 let (velmi staří senioři), (Navrátil et al., 2017). Autoři se shodují, že stáří je finální etapa lidského života a stárnutí je fyziologický proces, kterému se nikdo z nás nevyhne a je součástí života každého z nás (Příbyl, 2015).

1.1.1 Definice stárnutí a stáří

Stárnutí je děj, kdy organismus postihuje mnoho změn, které neprobíhají rovnoměrně na funkcích a systémech lidského organismu (Dvořáčková, 2012). Podle Čevely (2012) se stárnutí děje individuálně, jedná se o soubor zánikových změn morfoloogických a funkčních, které přicházejí postupně. Pro malou skupinu lidí znamená stárnutí děj, který na ně působí po hledisku biologickém, psychickém, sociálním i duševním (Čevela, 2012). Dle Ptáčkové (2021) je stárnutí biologický děj, jenž nelze zastavit a který neprobíhá přímo

ani konzistentně a u každého jedince má různé projevy (Ptáčková, 2021). Současný senior stárne ve společnosti, která se pokouší stárnutí oddálit na neurčitou dobu nebo úplně zapřít a která nemá ponětí o přirozené společenské úloze a nezastupitelnosti starších občanů (Suchomelová, 2016). Čeledová et al., (2016) uvádějí, že stárnutí populace zapříčiňuje hned několik faktorů. Prvním faktorem může být malá porodnost (stárnutí relativní) a druhým faktorem nízká mortalita (stárnutí absolutní), (Čeledová et al., 2016). V současné době stárnutí přestalo být privilegiem, ale zažije ho většina z nás. Doposud nikdy v historii se nedožilo tak velké množství lidí vlastního stáří, tedy 80 let (Topinková, 2005). Pochopení a zajištění přirozeného stárnutí je stále aktuálnější, protože délka lidského života se neustále prodlužuje (Sawyer, 2020).

Výsledkem stárnutí je stáří a jedná se o poslední etapu, která završuje náš život (Rejzek, 2012). Stáří značíme jako pozdní fázi ontogeneze (Čevela, 2012). Stáří je součástí života každého jedince (Nováková, 2011). Sak a Kolesárová (2012) uvádějí, že stáří se dělí na dvě části, na horní věkovou hranici, která je označována smrtí a dolní věkovou hranici, která se značí tím, že veškeré procesy a jevy, které stáří přináší, vcházejí do života postupně (Sak a Kolesárová, 2012). Jedná se o poslední fázi vývoje, která ukončuje život jedince (Nováková, 2011). Shrnutí je takové, že stárnutí je proces, zatímco stáří je stavem (Špaténková, Smékalová, 2015).

1.1.2 Změny ve stáří (tělesné, psychické, sociální)

Tělesné změny

Klevetová (2017) pojednává o tom, že tělesné stáří se uskutečňuje na fyziologické úrovni. Jde o změny, které zasahují do orgánů a tkání, u každého jedince ale probíhají jiným způsobem, velký podíl mají genetické dispozice a styl života (Klevetová, 2017). O tom, jak se bude senior vyrovnávat s těmito změnami jsou ovlivněny životními zkušenostmi, osobností, vychováním, prostředím a také jeho možnostmi (Malíková, 2020). Se zvyšujícím věkem přichází pokles biologických adaptačních mechanismů, poklesu svalové hmoty, opotřebení kloubů, mění se činnosti smyslů a orgánů a narůstají chronická onemocnění (Steves et al., 2012; WHO, 2015). Nejvýraznější změna se projevuje na pohybovém aparátu, nastává změna postoje, začínají problémy s chůzí, jakýkoliv pohyb se stává obtížnějším (Mlýnková, 2011). V tomto období narůstá doba odpočinku a relaxace, nabízení podpory a podání pomocné ruky (Malíková, 2020). Stáří se odráží ve většině tělesných systémů, probíhá spousta změn a velmi častá je polymorbidita, tedy

více chorob současně (Ptáčková, 2021). Zasažen bývá systém kardiovaskulární, respirační, vylučovací, nervový i trávicí (Mlýnková, 2011). Jako další velmi častá tělesná změna ve stáří je tzv. fyzická křehkost. Osoby, které postihne tzv. fyzická křehkost jsou velmi často hospitalizovány, neboť mají vysoké riziko pádů, zvýšený je také výskyt geriatrických syndromů a mortality (Mlýnková, 2011).

Tělesné změny, kterými se odlišují senioři od mladé generace, se označuje jako fenotyp stáří (Dvořáčková, 2012). V souvislosti s tělesnými a psychickými změnami je velmi často spojován pokles pracovního naplnění starších osob, za příčinu se udává snížená fyzická síla a pomalejší zpracování informací (Ptáčková, 2021). Dále můžeme sledovat změnu vzhledu, objevují se vrásky, vlasy jsou řidší a šedivé, kůže již není tak pružná, u zraku nastávají změny akomodace, dochází k úbytku sluchové ostrosti, klesá chuť a čich (Dvořáčková, 2012). Důležitým aspektem je zdravý životní styl, na který se v současné době stále více poukazuje a slouží jako prevence před spoustou chorob (Paulík, 2017).

Psychické změny

S příchodem stáří není postižen jen tělesný systém, ale nastávají také psychické změny. Největší problém začíná od té doby, kdy si člověk uvědomí, že se blíží stáří a nedokáže se na toto období adaptovat (Malíková, 2020). Jednou z prvních změn bývá snížení kognitivních funkcí, charakteristické je zvýšené zapomínání, zpomalené psychomotorické tempo, zhoršená koncentrace a senzomotorická funkční koordinace (Ondrušová, 2011). S příchodem stáří není snadné se vypořádat se všemi změnami, nejhůře lidé snášejí tělesné změny, které vrcholí až ke vzniku psychických problémů (Malíková, 2020). Mezi další změny patří zhoršující se paměť, která může souviset s demencí (Burda a Šolcová, 2016). U seniorů funguje převážně dlouhodobá paměť, zůstávají jim v paměti informace, které bývají zbytečné a nové velmi často důležité informace mají problém si v paměti uchovat (Janiš a Skopalová, 2016).

Dvořáčková (2012) také uvádí, že i u osob, které byly po celý život vyrovnané, začínají na povrch vystupovat negativní vlastnosti (Dvořáčková, 2012). Senioři se velmi často vyhýbají kontaktu s cizími lidmi, jsou nedůvěřiví a špatně si zvykají na nové prostředí (Žumárová, 2012). Důležité je, aby veškeré tyto negativní změny příliš nezasahovaly do života seniora (Malíková, 2020). Daná osoba by měla odlišit, zdali se jedná o problém spjatý se stářím nebo o duševní změnu (Dvořáčková, 2012).

Zásadní také je si uvědomit, že psychické změny jsou velmi individuální a u každé osoby se projevují jinak (Janiš a Skopalová, 2016). Ovlivněny jsou výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém vyrůstal a žije, ale hlavně osobností daného jedince (Malíková, 2020). Velká změna také nastává v období, kdy odejde jeden z partnerů. Výjimečné nejsou ani sebevraždy seniorů, které jsou brány jako rezignace na další život (Zacharová et al., 2011). Všeobecně lze ale říci, že v psychických rysech osobnosti by nemělo dojít k podstatným změnám (Malíková, 2011). Existuje totiž spousta pozitivních příkladů, které nám dávají vidinu toho, že i seniorský věk se dá užít šťastně a naplno (Janiš a Skopalová, 2016).

Sociální změny

Změny v sociální oblasti jsou nedílnou součástí seniorského věku (Janiš a Skopalová, 2016). Velmi často souvisí s nástupem do starobního důchodu (Malíková, 2020). Odchod do důchodu je považován za jednu z nejzásadnějších změn v životě, kdy končí role pracujícího člověka a přichází role důchodce (Mlýnková, 2011). Člověk se přestává setkávat se svými kolegy, musí si zvykat na nový denní režim a s ním i nabytí volného času, který senioři ve většině případů neumí využít. Je jen malé množství lidí, kteří mají mnoho koníčků a až v penzi na ně mají čas (Janiš a Skopalová, 2016). Senior se musí vypořádat se změnou sociální role, přátelé, známí nebo i partner mohou být nemocní nebo dokonce umírají a veškerý kontakt seniora bývá především s rodinou. Pokud dojde k takové změně, bývá to velký zásah do života seniora (Špatenková a Smékalová, 2015). Velmi často se také stává, že jsou nuceni do činností, které je nebaví a nenaplňují a dostávají se do zařízení jako je například domov pro seniory, kam si nikdy nepřáli jít (Ptáčková 2021).

Další změnou je to, že začínají pobírat penzi a již naši společnosti ničím nepřispívají, tím se také mění ekonomická situace seniora. Nízká penze neumožňuje udržet si životní standard, na který byli zvyklí (Mlýnková, 2011). S tím souvisí to, že nemají dostatek financí na věci, které je dříve naplňovaly, mezi ně patří například cestování nebo si zajít na dobré jídlo. Je dokázáno, že s novou situací se lépe vyrovnávají ženy, které mívají více zájmů a koníčků (Malíková, 2020). Pro spousta seniorů nastává období osamělosti, závislosti na pomoci druhých a přítomnost nemoci (Ondrušová, 2011). Stárnutí je ovšem vysoce individuální a obecně můžeme shrnout to, že změny ve stáří souvisí s osobním

postojem každého jedince (Suchomelská, 2016). Z velké části záleží na tom, jak se k nové změně v životě senior postaví (Mlýnková, 2011).

1.2 Mobilita

Mobilita je součástí základních lidských potřeb, jedná se o schopnost uvést osobu nebo věc do pohybu (Dosbaba, 2021). Velmi úzce souvisí s kvalitou života, aby lidé mohli vést život co nejkvalitněji, je důležité mít vysoký stupeň mobility (Poledníková, 2013). V běžné praxi se provádí orientační neurologické vyšetření hybnosti, které vypovídá o stavu mobility a soběstačnosti (Holmerová et al., 2014). Pohybová aktivita má pro organismus multilaterální význam, zlepšuje zdravotní stav, zamezuje onemocnění, zvyšuje výkonnost orgánů, má pozitivní vliv na psychiku člověka, prodlužuje délku života a také má vliv na sebeúctu, která úzce souvisí se soběstačností (Trachtová et al., 2013). Mnohé studie poukazují na to, že i přestože každý jedinec stárne individuálně, výsledky výzkumu ukazují blahodárný vliv pohybu na dlouhověkost (Štrikar et al., 2007).

Pokud je mobilita omezena a lidé jsou odkázáni na pomoc druhých, mohou mít pocit, že druhé obtěžují (Klusoňová a Pitnerová, 2014). Nikomu by ale neměla být odepřena možnost pohybu, při imobilitě by měl být zachován tzv. pasivní pohyb, jedná se o pohyb za pomoci druhých (Hudáková, 2011). Být v pohybu je důležité pro uspokojování biopsychosociálních potřeb a tím vést kvalitní život (Poledníková et al., 2013). Jako první fáze léčby k získání mobility by měla být rehabilitace, nácvik přesunu z lůžka na židli a nácvik chůze s použitím kompenzačních pomůcek (Klusoňová a Pitnerová, 2014).

1.3 Imobilita

Opakem mobility je imobilita, jedná se o stav, kdy je jedinec neschopný pohybu (Kroupová et al., 2016). Dosbaba (2021) uvádí, že imobilita je stav, kdy dochází ke ztrátě pohybu z důvodu poškození vnitřního prostředí nebo pohybového systému vlivem nemoci, úrazu nebo vrozené vady (Dosbaba, 2021). Imobilita nesouvisí pouze s omezenou pohyblivostí, ale dochází ke komplexním změnám a jedná se například o sociální izolaci nebo snížený pocit bezpečí (Kalvach et al., 2008). Celkově omezuje samostatnost člověka v uspokojování základních potřeb (Nováková, 2011).

Převážně ve stáří může imobilita vzniknout náhle, příčinou může být úraz (např. pád), cévní mozková příhoda nebo pooperační stav (Ondrušová a Krahulcová, 2020). Faktory, které ovlivňují imobilitu můžeme rozdělit na: fyzikální, jako jsou například poruchy

zraku, bolest, únava, psychologické (deprese) a environmentální (počasí, dobře sedící obuv), (Hlubůčková a Šourková, 2007). Imobilitu lze rozdělit na imobilitu primární, která vzniká na základě poruchy pohybového ústrojí a imobilitu sekundární, kdy se jedinec nesmí pohybovat ani pokud je pohybové ústrojí v pořádku (Kroupová et al., 2016). Dále ji lze rozdělit na imobilitu dočasnou, kdy víme, že dojde k uzdravení jedince a nedojde k závažným následkům a imobilitu trvalou, která může být po těžkém onemocnění, úrazu nebo při vrozeném postižení a pacient zůstane zcela závislý na pomoci druhých (Dosbaba, 2021). Nápravníková (2016) rozdělila imobilitu podle stupně závažnosti. První stupeň – pacient nedokáže samostatně vykonávat běžné denní činnosti. Druhý stupeň – pacient potřebuje dopomoc při běžných denních činnostech. Třetí stupeň – pacient potřebuje jen částečnou dopomoc a při čtvrtém stupni je pacient schopný samostatně vykonávat běžné denní činnosti (Nápravníková, 2016).

Důsledky imobility se mohou objevit již během prvních hodin na lůžku (Veverková, 2019). Vytečková (2011) uvádí, že ke změnám tělesných systémů dochází již první týden (Vytečková, 2011). Proto je velmi důležité, aby se pobyt na lůžku omezil na co nejkratší dobu (Jurásková, 2007). Kvalita života každého seniora závisí na pohybu, aby mohl každý den uspokojovat své potřeby, dojet si sám na nákup, dokázat si uvařit nebo se sám umýt. Všechny tyto maličkosti vedou k vysoké kvalitě života (Poledníková et al., 2013).

1.4 Imobilizační syndrom

Imobilizační syndrom lze definovat jako následek imobilizace a také jako odpověď celého organismu na deficit mobility, tedy na imobilitu. Při dlouhodobé imobilitě hrozí pacientovi riziko poškození několika orgánových soustav. Již v průběhu pár hodin lze pozorovat první následky a během 7 dní se objevují patologické změny (Dingová Šliková et al., 2018). Tzv. hypokinetický syndrom, jež je součástí imobilizačního syndromu, lze definovat jako komplex negativních důsledků imobility. Ve výsledku jde o fyziologickou reakci těla na vlastní inaktivitu (Dosbaba, 2021).

Imobilizační syndrom se řadí mezi geriatrické syndromy postihující patofyziologickou zákonitost, a proto vede ke složité a všestranné rehabilitační, ošetrovatelské a léčebné prevenci i intervenci. Hypomobilita, dekonidice, instabilita, pády, sarkopenie i další geriatrické symptomy se řadí do úzké souvislosti s imobilizačním syndromem (Čeledová et al., 2018). Rozvoj negativních následků imobility pacienta nastává velmi rychle, obzvlášť u pacientů s geriatrickou křehkostí, kteří mají nízkou adaptační kapacitu, nízkou

úroveň potenciálu zdraví a také ti, kteří trpí významnou multimorbiditou (Formánková, 2011). Včasná mobilizace, aktivizace fyzického, ale i psychického zdraví pacienta za použití správných zásad rehabilitačního ošetřování je dle Burdy a Šolcové (2016) důležitá prevence právě pro pacienta, který je rozvojem imobilizačního syndromu ohrožen (Burda a Šolcová, 2016).

Vytejčková et al. (2011) uvádějí jako příčiny vzniku imobility věk, celkový stav jedince, poruchy neurologické, kvantitativní poruchy vědomí, bezvědomí a dále je příčinou také chronická bolest, paréza, plegie, poruchy kostí, svalů a kloubů. Projevy syndromu se dají rozdělit na skryté, kam patří poruchy kardiovaskulárního systému a poruchy viditelné, jako jsou dekubity a opruzeniny (Veveřková et al., 2019). Charakteristické příznaky imobilizačního syndromu jsou dle Pejznochové (2010) dechové projevy, jako jsou bronchopneumonie a stáza bronchiálního sekretu, Dosbaba (2016) uvádí poruchy ortostatické, posturální regulace s rozvojem ortostatické hypotenze, poruchy krevního oběhu se vznikem flebotrombózy, s rizikem plicní embolie a poruchy psychické (deprese, deprivace). Dalšími projevy je dehydratace pacienta trpícího zácpou, nechutenstvím, omezenou hybností kloubů, pacient s osteoporózou a dekubity (Pejznochová, 2010). Různé projevy se objevují v různých časových intervalech (hodiny, dny, týdny), proto je vhodné, s přihlédnutím na zdravotní stav jedince, omezit dobu hospitalizace na co nejkratší dobu (Dosbaba, 2016). Deficit aktivního pohybu má vliv na všechny tělesné systémy (Burda a Šolcová, 2016).

1.4.1 Prevence imobilizačního syndromu

Prevence je považována za nejdůležitější krok k zabránění rozvoje imobilizačního syndromu (Vytejčková, 2011). Prevence se týká oblasti zdravotní i psychosociální (Ondrušová a Krahulcová, 2020). Přiměřená míra vhodné aktivity i dostatečné množství spánku je potřebné pro zdravého, ale i nemocného jedince (Burda a Šolcová, 2015). Od začátku je důležité snížit míru hrožících rizik, které souvisejí s dlouhou hospitalizací, protože následná náprava a léčba vzniklých komplikací je daleko náročnější, a to jak pro pacienta, tak i pro personál. Nejenom ošetřovatelský personál, ale i rodinní příslušníci by měli být v dostatečné míře školeni a informováni v této oblasti, a to z důvodu předcházení možných komplikací (Vytejčková, 2011).

Mezi základní prevence vzniku imobilizačního syndromu patří zejména pravidelné polohování pacienta a v případě neschopnosti aktivity samotného pacienta se využívá

pasivní rehabilitace. Dále cvičení kondiční, cvičení pod vodou, cvičení pod dohledem fyzioterapeuta a doplňková aktivizace, které probíhají pravidelně pod dohledem a s pomocí sestry (Veverková et al., 2019). K nácviku denních aktivit a samoobsluhy se využívá ergoterapie (Ondrušová a Krahulcová, 2020). Aktivní zapojení pacienta je rozhodující, obzvláště pak jeho psychický stav je základním předpokladem pro zahájení aktivizace či rehabilitace (Veverková et. al., 2019).

1.4.2 Nejčastější komplikace imobilizačního syndromu – dekubity

U pacienta dlouhodobě upoutaného na lůžko je vyšší riziko poškození několika orgánových soustav (Dingová, Šliková et. al., 2018). Již do 24 hodin se objevují první důsledky imobility, jako je rozvoj dekubitů, pneumonie, flebotrombóza či ortostatická hypotenze. V průběhu následujících týdnů můžeme zaznamenat spoustu dalších změn (např. přestavba cirkulace), proto je potřeba se aktivně podílet na vyhledávání těchto změn a cíleně zaměřit prevenci (Kalvach, 2004).

„Tlaková poranění“, tak se dnes nejčastěji označují poranění vzniklá tlakem na ránu, v minulosti nesla označení jako dekubity či proleženiny (Al Aboud AM, 2022). Dekubity, jinak označované jako proleženiny, lze definovat jako vzniklé poranění kůže a měkkých tkání vlivem vyvíjení dlouhodobého tlaku na tato místa (Zaidi a Sharma, 2022). Definice Pokorné et al. (2019) je poškození kůže, jenž vzniklo tlakem a třecími silami (Pokorná et al., 2019).

Faktorů, které určují velikost a hloubku dekubitu je spousta. Patří sem intenzita a doba působení tlaku, celkový stav pacienta a vliv vnějších podmínek, které hrají obzvlášť důležitou roli. Rozvoj dekubitu je pozvolný. Nejprve se objeví začervenání kůže, dále puchýř, trhlina v kůži a na závěr vznikají krvavé rány, které jsou velmi náchylné na vniknutí infekce a mohou velmi lehce podlehnout nekróze (Vytejková et al., 2015). „V rámci programu kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb vydalo MZ ČR Metodiku prevalence sledování dekubitů na národní úrovni“. Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů (8. resortní cíl) byl definován v roce 2015 (Kapounová, 2020, s.109).

Pro snazší komunikaci mezi zdravotníky jsou dekubity rozděleny na 4 stupně. I. stupeň – na zdravé kůži se začíná objevovat červené nemizící zbarvení, místo může být teplé a oteklé. II. stupeň – vzniká porušení kůže a objevují se puchýře (Brabcová, 2021). III. stupeň – poškození již zasahuje do podkožní vrstvy. Odhalené jsou kosti i šlachy. IV.

stupeň – jedná se o úplnou ztrátu kůže, odumírá svalová tkáň a rána může být pokryta černou krustou (Pokorná et al., 2019).

1.5 Ovlivnění jednotlivých tělesných systémů organismu imobilizačním syndromem

Imobilizační syndrom zasahuje do všech tělesných systémů (Veverková et al., 2019).

Pro každého člověka je pohyb důležitou a přirozenou součástí života a bez něj nemůže kvalitně fungovat. Při upoutání na lůžko je již během krátké doby zasažena většina tělesných systémů patologickými změnami (Trachtová, 2010). Některé projevy jsou ihned viditelné (např. dekubity) a některé přicházejí skrytě a mohou být více nebezpečné, protože nemusejí být včas odhaleny (Dingová Šliková et al., 2018).

Je velmi důležité pacienta pečlivě sledovat, aktivně vyhledávat změny a zaměřit se na preventivní opatření (Kalvach et al., 2004). Systémy, které reagují na omezený pohyb jsou např. systém kardiovaskulární, pohybový, kožní, močový, gastrointestinální, nervový, respirační, metabolický, psychosociální (Burda a Šolcová, 2015). K posouzení závažnosti imobility a tím riziko ovlivnění jednotlivých tělesných systémů můžeme využít standardizované škály a testy. Můžeme využít například test „Get up and go“ dle Tinettiové nebo Senior Fitness Test, který je podrobnější (Štěpánková, 2014).

1.5.1 Pohybový systém

V pohybovém systému se projevují nejvýraznější změny v rámci imobility. Dle studií při pobytu na lůžku je po prvním týdnu ztráta svalové síly 20 % a každý další týden dochází ke ztrátě dalších 20 % svalové síly (Veverková et al., 2019). Zatímco návrat svalové síly a výkonnosti trvá dvojnásobně déle (Dingová Šliková et al., 2018). Pokud pacient není dostatečně aktivní, tak již během krátké doby sám pocítí pokles svalové síly. Vede ho k tomu také hledání úlevové polohy na lůžku (Veverková, et al., 2019). Svalová atrofie je velmi často terminální onemocnění, které narušuje běžné denní činnosti a tím kvalitu života (Yin et al., 2021).

Jako další může vzniknout osteoporóza z inaktivity – ta vzniká jako důsledek úbytku gravitačního působení, ztráty svalové hmoty a endokrinních a metabolických změn, které jsou součástí imobility (Mlýnková, 2016). Dochází ke ztrátě vápníku, tím se stává kost křehkou a může snadno dojít ke zlomeninám. Nejčastěji bývá postižen krček femuru, zlomeniny obratlů a předloktí (Kelnarová et al., 2016).

Dalším problémem je sarkopenie, jedná se o onemocnění, které se projevuje úbytkem 3 znaků: svalové síly, množstvím svalů a fyzické výkonnosti u seniorů a tím se zvyšuje riziko zdravotních komplikací, jako jsou například pády nebo zlomeniny (Ardeljan a Hurezeanu, 2022). Studie doporučují, aby se prevence a léčba sarkopenie stala běžnou součástí klinické praxe u seniorů (Martin, 2021). Jako další problém vznikající z inaktivity je fibróza a ankylóza. Fibróza se projevuje zvětšeným množstvím fibrózní tkáně, která je nahrazována tkání pojivovou, tím je způsobeno zatuhnutí kloubů. Veškeré tyto pohybové změny snižují schopnost chodit a tím narušují kvalitu života (Trachtová, 2010).

1.5.2 Respirační systém

U zdravého člověka dochází k ventilaci všech částí plic, zatímco při imobilizaci dochází k redukci objemu ventilované plicní tkáně (Veverková et al., 2019). Dle Staňkové (1996) se v horizontální poloze snižuje vitální kapacita plic o 10 % (Staňková, 1996). V leže jsou omezeny pohyby hrudníku způsobené polohou na lůžku tím, jak podložka tlačí na zadní část plic (Veverková et al., 2019).

U pacientů v horizontální poloze nastává mělké a pouze povrchové dýchání, plíce nejsou dostatečně prokrvovány a čištěny a tím dochází k hromadění sekretu v plicích. Narušena je samočistící schopnost, vzniká prostor pro množení bakterií a virů a může vzniknout hypostatická pneumonie (Burda a Šolcová, 2016). Ta se projevuje horečkou, kašlem, zmateností až závratěmi (Kalvach, 2011). Toto onemocnění je velmi častou příčinou smrti imobilních pacientů, ohroženi bývají i silní kuřáci a slabí senioři (Veverková et al., 2019).

Jako preventivní kroky komplikací respiračního systému lze využít Fowlerova poloha, ortopnoická poloha, dechová rehabilitace, cvičení, které pomáhají k odstranění sekretu, bazální stimulace, míčkování, pokleповé a vibrační masáže, inhalace, zvlhčování vzduchu (Dingová Šliková et al., 2018).

1.5.3 Kardiovaskulární systém

Při dlouhodobém upoutání na lůžko se oslabuje kardiovaskulární systém, který poté neplní své funkce. Každým dnem na lůžku roste tepová frekvence o půl úderu za minutu (Veverková et al., 2019). Častým následkem imobility je ortostatická hypotenze, která vzniká poklesem tlaku při postavení se z lehu do sedu a krev se tak hromadí v dolních

končetinách (Ringer a Lapin, 2022). Při rychlém postavení může tlak poklesnout až o 20-40 mm Hg (Hahn, 2015). Zvyšuje se riziko pádů, deprese, demence i smrti (Ringer a Lapin, 2022). Ortostatická hypotenze bývá doprovázena slabostí, synkopou, zatměním před očima, pocením, závratěmi či nejistotou (Meiner, 2018). Čím je člověk starší a pobyt na lůžku delší, tím je pravděpodobnější, že k ortostatické hypotenzii dojde, jako prevenci postupně provádíme vertikalizaci pacienta (Veverková et al., 2019).

Jednou z mnoha dalších komplikací je žilní insuficience, při které nedochází ke stažení malých tepen při postavení. Projevuje se otokem, podkožními záněty, pigmentacemi a trofickými změnami kůže (Hloch, 2018). Při dlouhodobé imobilizaci je možné, že začnou vznikat krevní sraženiny, vzniká žilní trombóza a dochází k embolii plic (Burda a Šolcová, 2016). Žilní trombóza je stav, při kterém vzniká krevní sraženina, která ucpe žilní řečiště. V prevenci hraje důležitou roli zvýšit rychlost cirkulace krve, které dosáhneme pohybem, zásadní je ale i bandáž dolních končetin, která také napomáhá k rychlejšímu proudění krve (Veverková et al., 2019). Právě hluboká žilní trombóza je v 90 % případů příčinou plicní embolie, která se řadí mezi nejčastější kardiovaskulární onemocnění (Plevová et al., 2021). Plicní embolie má široké spektrum symptomů, mezi které patří například dušnost, bolest na hrudi, synkopa nebo hemoptýza. Žádný z těchto symptomů ale není určitý, proto je velmi často diagnóza určena později a může vést až ke smrti (Zadák et al., 2017).

1.5.4 Metabolický a gastrointestinální systém

U zdravých lidí je za normálních okolností rovnováha mezi anabolismem a katabolismem, což u imobilních pacientů není a tato rovnováha je narušena (Kelnarová et al., 2019). Současně se snižuje bazální metabolismus a klesají nároky organismu na množství energie. Již v prvním týdnu při upoutání na lůžko dochází ke ztrátě dusíku a vzniká tzv. negativní dusíková bilance. (Mlýnková, 2016). Pokud je dusíková bilance negativní, znamená to, že v těle je absence bílkovin, přestane se tvořit svalová hmota a rány se začnou špatně hojit. Ztráta dusíku má také za následek vznik nechutenství (Rokyta et al., 2015).

Velmi častou komplikací imobility je obstipace (zácpa), která je způsobena nedostatečnou peristaltikou střev, nedostatečným příjmem tekutin, vlákniny, nedostatkem pohybu, ale také může být způsobena psychickým stresem způsobeným vyprazdňováním na lůžku (Mlýnková, 2016).

Dalším, velmi častým problémem bývá malnutrice, která v geriatrii představuje nedostatečný přísun energie. Na základě jednoho výzkumu v Heidelbergu bylo při vyšetření 300 pacientů v seniorském věku zjištěno dle body mass indexu, že přibližně 60 % seniorů trpí podváhou (Kasper, 2015). Častými příčinami malnutrice bývají různá onemocnění dutiny ústní, defekty chrupu, snížená chuť k jídlu nebo psychické poruchy. U pacientů trpících podvýživou hraje velkou roli ošetrovatelský personál, je důležité, aby pacienta hlídal, jak velkou porci jídla sní, popřípadě pacienta nakrmil (Pokorná et al., 2013).

Také nastává dehydratace organismu, jelikož při imobilizačním syndromu vzniká situace, při které senioři ztrácí pocit žízně. Zde také hraje velkou roli ošetrovatelský personál, který musí aktivně tekutiny nabízet (Mlýnková, 2016). Zapomenout také nelze na možný vznik obezity, některým pacientům se neztratí chuť k jídlu, nemají dostatek pohybu nebo si jídlem krátí čas na lůžku (Mlýnková, 2010).

1.5.5 Kožní systém

S narůstajícím věkem dochází k přesunu vody mezi jednotlivými prostory těla, to má za následek snížení kožního turgoru, narušena je struktura a pevnost pokožky. Při dlouhodobém upoutání na lůžko může kůže atrofovat (Mlýnková, 2010). U seniorů se zvyšuje pigmentace a objevují se stařecké skvrny, častým jevem je i naopak nedostatek pigmentace na určitých částech těla (Klvetová, 2017).

Senioři často trpí nedostatečnou hydratací, inkontinencí a špatnou výživou. Snížením veškerých obranných funkcí kůže dochází ke vzniku dekubitů a otlaků. Nejvíce jsou postižena predilekční místa, mezi která spadá křížová kost, velký trochanter, paty, kotníky, kolena, lopatky, lokty a uši (Klvetová, 2017). Predilekční místa je zapotřebí pravidelně promazávat a masírovat přípravky, které pomáhají k navrácení prokrvení kůže. Neměly by se používat zásypy, které vytváří žmolky a mohou tak porušit integritu kůže (Vytejková, 2015).

Vyjma polohování je velmi důležitá také hydratace a výživa, převážně u rizikových pacientů, mezi které patří obézní nebo naopak kachektičtí lidé (Vágnerová, 2020). Při hygieně je u inkontinentních pacientů nutné používat ochranné přípravky, které pokožku ochrání před stolicí a močí. Po umytí se kůže musí důkladně usušit (Vytejková, 2015). U ležících pacientů je také kladen důraz na úpravu lůžka, na kterém je senior závislý. Prostěradlo musí být napnuté, suché a čisté (Kelarová et al., 2015).

1.5.6 Vylučovací systém

U imobilního pacienta hraje významnou roli gravitace, pokud je člověk v horizontální poloze, dochází k neúplnému vyprázdnění moči, která se začne hromadit v ledvinných pánvičkách (Mlýnková, 2016). Pokud moč stagnuje, vzniká vyhovující prostředí pro růst bakterií a tím vznikne infekce. Infekce může též nastat nedostatečnou hygienou nebo katetrizací (Klevetová, 2017). Mění se koncentrace moči a stává se mírně kyselou. U dlouhodobě ležících lidí se kalcium v moči nerozpouští a není v rovnováze s kyselinou močovou, moč se tak stává alkalickou a kalciové soli mohou vytvářet močové kameny (Mlýnková, 2017). Další změny jsou spojené s vyprazdňováním moči. U zcela imobilních pacientů se objevuje inkontinence, která je charakterizována jako neschopnost udržet moč. Dochází tak k jejímu samovolnému odchodu a jedná se v průměru o více než 200ml moči za 4 hodiny (Vytečková, 2013). Dalším problémem je retence moči (tzn. neschopnost dobrovolně vyprázdnit moč), (Dougherty a Aeddula, 2022).

K poruše vyprazdňování stolice dochází u člověka upoutaného na lůžko následkem zpomalené peristaltiky střev (Dosbaba, 2021). K problémům s vyprazdňováním patří i nedostatek příjmu tekutin, vlákniny, nedostatek pohybu nebo i stud při defekaci na lůžku (Mlýnková, 2017). Nejčastější komplikací je zácpa, která se projevuje bolestí břicha, bolestí hlavy, nevolností, ale i nechutenstvím (Vytečková, 2013).

1.5.7 Reakce na imobilizaci v oblasti psychosociální

Upoutání na lůžko vždy představuje velmi těžkou situaci a každý člověk se s ní vyrovnává zcela jinak. Velkou rolí zde hraje to, zda se jedná o stav prozatímní nebo trvalý (Vytečková et al., 2011). Nepozorovaně nastává rozvoj negativních emocionálních, sociálních a intelektových změn, souvisejících s poklesem kvantity a kvality senzorické deprivace. Intelektové schopnosti pacienta řešit problémy a správně se rozhodovat klesají, čím delší dobu je pacient imobilní (Mlýnková, 2016). Zhoršuje se i schopnost samostatně se rozhodovat, často se cítí bezcenný, není schopný se koncentrovat, má špatnou náladu a trpí nespavostí (Dingová Šliková et al., 2018). Velmi častá je též porucha vnímání času a prostoru (Veverková et al., 2019).

Pacient se musí vyrovnat se svou novou rolí, kdy se stává závislý na okolí. Často bývá ohrožena i jeho ekonomická situace, kdy na pacientovo příjmech může být závislá jeho rodina (Vytečková et al., 2011). Pacient může v souvislosti s imobilitou podlehnout úzkostným stavům a dojít až do stavu deprese, deprivace nebo deliria, což jsou nejčastější

poruchy psychiky, které souvisí s imobilizačním syndromem (Ondrušová a Krahulcová, 2020).

Podle Karla et al. (2022) je deprese definována jako chorobně smutná nálada, která současně se zpomaleným myšlením a utlumenou psychomotorikou je součástí depresivního syndromu (Karel et al., 2022). Mezi nejčastější příznaky deprese patří ztráta zájmu o činnosti, které měl pacient rád a těšily ho. Výskyt depresivních stavů je vyšší u žen (Raudenská a Javůrková, 2011). Právě u starší populace se častěji vyskytují myšlenky na sebevraždu a smrt. U geriatrického pacienta při depresivním stavu nastávají změny vegetativních a tělesných funkcí, přicházejí poruchy příjmu potravy a nastávají poruchy spánku (Havránková, 2021). Důležitou roli zde hraje zapojení rodiny a zdravotnického personálu, který mu musí být oporou, problémy by neměli zlehčovat, ale naopak rozebrat a analyzovat celou situaci (Vytejková, 2011).

Další problém, který může nastat je deprivace, která bývá často opomíjena a jedná se o strádání něčeho, co je pro organismus důležité. Dochází k ní při ztrátě kontaktu s okolním světem. Deprivace může být biologická (nedostatek potravin), sociální (omezený sociální kontakt), motorická (nedostatek pohybu) nebo i citová, kdy dochází k neuspokojení v oblasti lásky (Kelnarová a Matějková, 2014).

U imobilizačního syndromu se také často vyskytuje delirium, které je definováno jako změna pozornosti, vědomí a kognice. Současně se projevuje zmenšenou schopností se soustředit a udržet pozornost (Ramirez, 2022). Pokorná (2013) uvádí, že delirium je akutní, ale dočasná porucha duševního stavu, charakterizovaná neschopností odhalit a správně zareagovat na okolní změny (Pokorná, 2013). Mnohdy se stav přibližuje vigilitě a z tohoto důvodu si pacient po odeznění poruchy na některé situace pamatuje (Dušek a Večeřová-Procházková 2015).

1.6 Ošetrovatelská péče o pacienta s imobilizačním syndromem

Pro poskytování efektivní a komplexní ošetrovatelské péče je velmi důležité navázat správný vztah mezi pacientem a sestrou, to bývá často obtížné a je zapotřebí spousty dovedností, znalostí a komunikačních schopností ze strany sestry (Malíková, 2020). Navázání důvěry a vztahu začíná prvním kontaktem s pacientem, velmi často při sběru anamnestických údajů, které od pacienta zjišťujeme, pokud tak stav nedovolí, anamnézu zjišťujeme od rodiny (Kelnarová et al., 2013).

Mezi základní cíle ošetrovatelské péče u imobilního pacienta je hygienická péče, péče o vyprazdňování, zajištění správné výživy a zachování celistvosti kůže (Burda a Šolcová, 2015). Hygienická péče u imobilního pacienta je velmi náročná a vyžaduje spolupráci alespoň dvou členů ošetrovatelského týmu (Dingová, Šliková et al., 2018). Pravidelná hygiena přispívá k uspokojování fyzických i psychických potřeb a působí pozitivně na udržení kožní celistvosti, tím se snižuje riziko vzniku komplikací způsobené imobilitou (Veverková et al., 2019). Celková koupel zahrnuje umytí celého těla, péči o vlasy a nehty, péči o dutinu ústní a chrup a výměnu ložního prádla (Dingová, Šliková et al., 2018). Při hygieně nesmí být opomenuto zajištění intimity, nesmí dojít k prochladnutí seniora, musí se dbát na to, aby nedošlo k pádu a k poranění kůže. Součástí je i péče o kůži, ať už z preventivních, či léčebných důvodů (Burda a Šolcová, 2016). S osobní hygienou úzce souvisí i péče o vyprazdňování, která se také liší podle míry mobility a soběstačnosti. Seniori, kteří jsou schopni samostatného vyprazdňování používají toaletu, kam se dostanou pomocí chůze nebo i za použití kompenzačních pomůcek nebo s doprovodem. Zcela imobilním lidem bývají k dispozici vyprazdňovací křesla, podložní mísy či močové lahve (Malíková, 2020). Vždy je ale důležité, aby po vyprázdnění zůstal pacient v čistotě a suchu, aby se předešlo dalším komplikacím. Pokud má senior zavedený permanentní močový katétr je opět důležité předcházet komplikacím, především infekci důkladnou hygienickou péčí (Vytečková et al., 2013). V oblasti výživy hraje největší roli právě ošetrovatelský personál, je důležité po celý den nabízet tekutiny a zajistit dostatečný přísun potravy, jelikož imobilní pacient ztrácí pocit žízně a hladu (Ondrušová a Krahulcová, 2020). Stravu připravujeme dle potřeby pacienta, krájíme na malé kousky nebo pacientům, u kterých hrozí riziko vdechnutí stravu mixujeme. Pokud trpí poruchou příjmu potravy, rychlým úbytkem váhy nebo jsou ohroženi dekubity je vhodné zařadit i sippingové přípravky (Kalvach et al., 2011).

U pacienta udržujeme orientaci místem, časem a osobou (Mastiliaková, 2014). Důležitá je také fyzická a psychická aktivizace pacienta, jelikož člověk upoutaný na lůžko nemá aktivity, kterými by den naplnil (Burda a Šolcová, 2015). Nejvíce používanou metodou je četba knih, novin nebo časopisů spojené s tematikou, která pacienta zajímá (Válková, 2015). Vhodný je také poslech rádia a sledování televize, jelikož pacient zůstane v obraze o společenském dění (Burda a Šolcová, 2015).

Mezi další základní ošetrovatelskou péči o imobilního pacienta patří polohování, které je součástí péče a ošetrovatelské dokumentace. Při každé změně polohy si prohlížíme,

zda na kůži nedošlo ke změně barvy, pokud došlo k začervenání, musí se čas mezi změnami poloh zkrátit (Dingová, Šliková et al., 2018). Polohování je stále nejúčinnější metodou v prevenci vzniku dekubitů, kontraktur a deformit. Polohuje se celých 24 hodin a polohy se mění po 2–3 hodinách individuálně podle potřeb nemocného (Veverková et al., 2019). Cílem rehabilitace je úsilí vrátit pacienta do původního tělesného, psychického i sociálního stavu. U imobilizovaných pacientů je součástí rehabilitačního cvičení dechová rehabilitace, nácvik denního života, pohybová léčba a fyzikálně terapeutické prostředky (Burda a Šolcová, 2015). Důležitou součástí je také nácvik vertikalizace, která se realizuje podle schopností pacienta a doporučení fyzioterapeuta. Vertikalizace může být buďto pasivní a provádí se, pokud pacient není schopný stát nebo vertikalizace aktivní, kterou pacient může pomalu provádět sám (Zrubáková et al., 2019). Rehabilitace ve zdravotnictví má určité požadavky, které musí splňovat. Jsou to požadavky na dostatek kvalifikovaného personálu, materiálového vybavení a dostatek pomůcek, které jsou k nácviku zapotřebí (Vacková et al., 2020). Vždy je ale nejdůležitější přistupovat ke každému pacientovi individuálně, zvláště u člověka, který je upoután na lůžko a zdravotnický personál je jediný s kým je pacient nejvíce v kontaktu (Zacharová, 2017).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelského procesu v péči o pacienty s imobilizačním syndromem.

Cíl 2: Zmapovat povědomí sester o imobilizačním syndromu v geriatrickém ošetrovatelství.

Cíl 3: Zmapovat znalost sester o prevenci imobilizačního syndromu v geriatrickém ošetrovatelství.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaká jsou specifika v péči o dlouhodobě imobilního pacienta?

VO2: Jaké je současné povědomí sester o imobilizačním syndromu?

VO3: Jaké je současné povědomí sester o prevenci imobilizačního syndromu?

VO4: Jak provádí sestry prevenci imobilizačního syndromu?

2.3 Operacionalizace pojmů

Geriatrické ošetrovatelství – je zaměřené na ošetrovatelskou péči o seniory, cílem je poskytovat individuální péči, která směřuje k zajištění co nejvyšší kvality života (Burda a Šolcová, 2016).

Senior – Dle dělení gerontologů jsou mladí senioři (65-74 let), staří senioři (74-85 let) a velmi staří senioři (nad 85 let) (Havránková, 2021).

Imobilizační syndrom – je souhrn negativních důsledků na klidový režim (Dosebaba et al., 2021).

Prevence – je soubor opatření směřující k předcházení nežádoucích jevů, například onemocnění (Hamplová, 2020).

3 Metodika

3.1 Popis metody

Empirická část bakalářské práce na téma „*Problematika imobilizačního syndromu v péči o seniory*“ byla zpracována kvalitativní metodou. Jako technika sběru dat byla použita metoda skrytého zúčastněného pozorování doplněna pomocí polostrukturovaného rozhovoru. „*Metodu pozorování je vhodné spojit s rozhovory, neboť v kombinaci s rozhovorem si může badatel udělat komplexní obrázek o dané situaci.*“ (Švaříček et al., 2014, s. 158). Obě metody byly použity u sester, které pracují v zařízení pro seniory.

Výzkumné šetření probíhalo ve dvou zařízeních pro seniory v Jihočeském kraji. Na začátku výzkumu byl nutný písemný souhlas od vrchních sester a od všech dotazovaných byl předem získán souhlas ústní. Všichni účastníci výzkumu byli informováni a ujisti, že zůstanou v anonymitě. Také byli ujisti, že veškeré získané informace budou použity jen pro účely zpracování této bakalářské práce.

Výzkumné šetření probíhalo v červnu a červenci 2023. K pozorování byl vytvořen záznamový arch (viz. Příloha 1), do kterého byla zaznamenávána ošetrovatelská péče, kterou sestry poskytovaly. Sestry, které se zúčastnily výzkumu věděly, ve kterém období se průzkum bude odehrávat. Nevěděly však, které dny budou zaznamenávány, aby jejich vědomí o tom, že jsou pozorovány nezměnilo jejich chování.

Polostrukturovaný rozhovor se skládal z 15 otázek (viz. Příloha 2) a cílem bylo zjistit povědomí sester o imobilizačním syndromu, jak se v této problematice orientují a jaké intervence provádějí u pacientů v oblasti imobilizačního syndromu. Veškeré získané odpovědi byly zaznamenávány písemně a analyzovány metodou „tužka a papír“. Použito bylo otevřené kódování. Poté jsme data rozdělili do jednotlivých kategorií a podkategorií. Rozhovory trvaly přibližně 40 minut.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

V první části výzkumného souboru byla použita metoda pozorování, které se zúčastnilo 7 sester z 9 dotazovaných, 2 sestry účast na výzkumu odmítly. Všechny sestry byly ženy ve věku 23 let až 54 let. Délka jejich praxe byla od 2 do 28 let a délka praxe v zařízení pro seniory se pohybovala od 1 roku do 24 let. Kritérium bylo, že se jednalo o péči u pacienta v rozmezí věku 70–90 let. Ve druhé části výzkumného souboru byl proveden

rozhovor pro doplnění informací se stejnými sestrami, které byly pozorovány. Pro lepší přehlednost jsou dále sestry označeny S1 až S7.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje sester (S1-S7)

Tabulka 1 obsahuje základní identifikační údaje sester, které pracují v zařízeních pro seniory. V tabulce je znázorněno pohlaví, věk sester, celková délka praxe a délka praxe v zařízení pro seniory.

Tabulka 1 Identifikační údaje o sestřích

Sestra	Pohlaví	Věk	Celková délka praxe	Délka praxe v zařízení pro seniory
S1	Žena	41	16 let	8 let
S2	Žena	26	3 roky	3 roky
S3	Žena	34	8 let	6 let
S4	Žena	23	2 roky	1 rok
S5	Žena	26	4 roky	2 roky
S6	Žena	54	26 let	24 let
S7	Žena	51	19 let	17 let

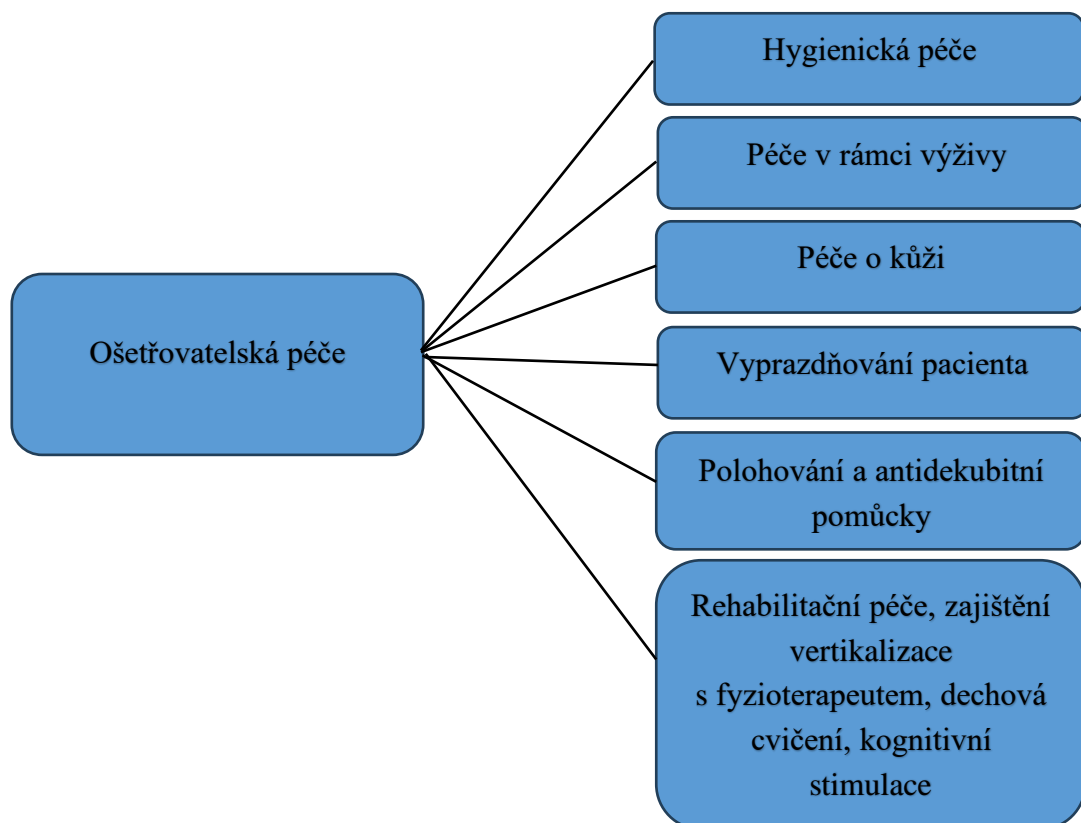
(Zdroj: Vlastní výzkum, 2023)

V tabulce 1 jsou základní identifikační údaje sester pracujících v zařízeních pro seniory. Můžeme zde vidět, že všechny oslovené sestry jsou ženy. Sester zapojených do výzkumu bylo celkem 7 a to v rozmezí věku od 23 do 54 let. Celková délka praxe se pohybuje od 2 do 26 let a délka praxe v zařízení pro seniory se pohybuje od 1 roku do 24 let.

4.2 Výsledky pozorování

V rámci pozorování jsme chtěli zjistit, jak sestry postupují v oblasti poskytování ošetrovatelské péče u imobilních pacientů. K tomu jsme využili zúčastněné pozorování. Vytvořili jsme pozorovací arch (příloha 1), ve kterém byly stanoveny oblasti, které byly následně pozorovány. Pozorování probíhalo vždy během denní směny. Pozorované oblasti jsou: hygienická péče, péče v rámci výživy, péče o kůži, vyprazdňování pacienta, polohování a využití antidekubitních pomůcek, rehabilitační péče, zajištění vertikalizace s fyzioterapeutem, dechová cvičení a kognitivní stimulace. Jak jsme již zmiňovali, sestry byly s pozorováním seznámeny, ale konkrétně nevěděly, kdy jsou pozorovány. Pozorování bylo uskutečněno ve dvou zařízeních pro seniory v Českých Budějovicích.

Grafické znázornění 1 – Ošetrovatelská péče u pacientů s imobilizačním syndromem



(Zdroj: Vlastní výzkum, 2023)

Oblast 1: Hygienická péče

První oblast je zaměřena na hygienickou péči, kde jsme se zaměřili na to, zda sestry dodržují veškeré zásady správné hygienické péče u imobilních pacientů.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sestry S1, S2, S5 a S7 prováděly hygienickou péči na lůžku. Pokud klient nebyl na pokoji sám, tak sestry dodržovaly intimitu tak, že měly zakrytou tu polovinu těla, kterou aktuálně nemyly. Sestry S1 a S5 podaly klientovi žínku namočenou pouze ve vodě, aby si omyl obličej. Sestry S2 a S7 měly klienty zcela imobilní a omytí obličeje provedly samy. Poté sestry S1, S2, S5 a S7 pokračovaly hygienou horní části těla a až poté části dolní. Následně klienta otočily na bok a umyly záda. Sestry S1 a S2 záda namazaly chladivou emulzí a pokračovaly k dolní polovině těla. Sestry S1, S2, S5 a S7 po celou dobu s klientem komunikovaly, řádně ho osušily, zkontrolovaly a upravily lůžko. Sestry S2 a S5 provedly péči o dutinu ústní štětičkami, sestry S1 a S7 provedly péči o zubní náhradu. Sestry S3 a S4 prováděly hygienickou péči také na lůžku, s klienty ale nekomunikovaly a nedodržovaly intimitu. Péče o dutinu ústní byla provedena dle zásad. Hygienu též začaly od hlavy a pokračovaly k dolní polovině těla. Pacienta osušily a upravily lůžko. Sestra S6 prováděla hygienickou péči též na lůžku, s klientem komunikovala málo, intimitu nedodržovala. Klient měl zubní protézu, kterou sestra vyndala a umyla v koupelně. Z celkové hygieny sestra uskutečnila pouze omytí obličeje, podpaží a intimních partií. Poté provedla výměnu špinavé pleny, kterou odložila na stoleček vedle hlavy pacienta. Lůžko upravila, ale nevyměnila špinavé prostěradlo.

Oblast 2: Péče v rámci výživy

V další pozorované oblasti jsme se zaměřili na to, zda sestry zajišťují správnou výživu, zda nabízejí tekutiny a jaké pomůcky k tomu využívají.

Sestry S2, S5 a S7 dopomáhaly klientovi při jídle, snažily se o to, aby měli dostatečný přísun živin. Usadily klienta do správné polohy. Jídlo přinesly upravené ve správné konzistenci. Každý klient dostal jednorázovou ochranu oděvu. Po jídle klienta utřely a vrátily do správné polohy. Sestry S2 a S5 podávaly tekutiny v plastové lahvičce se zúženým hrdlem pravidelně. Sestra S7 tekutiny nabídla pouze po jídle z kelímku s brčkem. Sestry S1 a S6 pomohly s usazením klientů do správné polohy, pomohly s úpravou stravy, pobídly tekutiny, poté ale přišly až při sbírání nádobí a nezajímalo je v takové míře kolik potravy a tekutin klienti přijmuli jako sestry S2, S5 a S7. Sestra S1

chodila pobízet tekutiny po celý den, plastovou lahev s hrdlem vždy po dopití opláchl a nejvíce ze všech sester dbala na zaznamenávání do ošetrovatelské dokumentace. Sestry S3 a S4 vždy, když se u klienta ocitly nabídly tekutiny a sledovaly příjem tekutin po celý den, co se týče stravy, tak se snídaně ani oběda nezúčastnily a pouze se doptávaly ošetrovatelského personálu kolik potravy každý klient přijal. Sestry S6 jako jediná s klientem absolutně nekomunikovala, pomohla klientovi do sedu, prázdné lahve na pití si nevšimla. Po upadnutí jídla do postele převlékla prostěradlo. Všechny sestry řádně zaznamenávaly příjem či výdej do ošetrovatelské dokumentace.

Oblast 3: Péče o kůži

V další oblasti jsme se zaměřili na to, zda sestry zajišťují vhodnou péči o kůži u klientů s imobilizačním syndromem, v jakých časových intervalech a jaké přípravky k tomu využívají.

Sestry S1, S3 a S5 prováděly tuto péči dle zásad a pravidelně. Kůži umyly a během sušení se vyvarovaly tření predilekčních míst. Při ranní hygieně promazaly ohrožená místa Linoverou a na intimní partie použily Askina barrier cream. Po celou dobu s klientem komunikovaly. Predilekční místa, sestry tentýž den ještě několikrát zkontrolovaly. Veškerá predilekční místa sestry pravidelně promazávaly nebo použily ochranné krytí Mepilex. Sestra S2 při ranní hygieně zkontrolovala a ošetřila predilekční místa Linoverou, převázala dekubit a poté již po celý den místa nekontrolovala. V odpoledních hodinách šla dekubit opět převázat, jelikož ošetrovatelský personál upozornil na protečení rány. Během převazu používala rukavice, ale během přikládání nového krytí si je nevyměnila. Sestra S4 péči prováděla též pravidelně, během sušení kůže se ale nevyvarovala tření kůže o ručník. Při ranní hygieně namazala klientovi záda chladivou emulzí, veškerá predilekční místa promazala Linoverou, avšak poté již místa nekontrolovala. Sestry S6 a S7 při ranní hygieně klienta zcela nevysušily, nevyvarovaly se tření predilekčních míst. Na intimní partie využily Askina barrier cream a na zbytek ohrožených míst použily Linoveru. Sestra S6 s klientem komunikovala nevhodně, ohrožená místa zkontrolovala při ranní hygieně a po zbytek dne predilekční místa již nekontrolovala. Všechny sestry zaznamenávaly veškeré převazy či rány do ošetrovatelské dokumentace. Popisovaly, kde se predilekční místa či dekubity nachází, co na ně aplikovaly. Popisovaly rozsah, vzhled či sekreci, vše pravidelně a řádně zaznamenaly.

Oblast 4: Vyprazdňování pacienta

V této oblasti jsme se zaměřili na péči při vyprazdňování klienta, jak je zajištěna, jak často je prováděna a jaké pomůcky sestry používají.

Z pozorování jsme zjistili, že obě zařízení pro seniory používají jednorázové pleny, čisticí pěnu a zinkovou mast. Z výzkumného šetření vyšlo, že pouze sestry S1, S4 a S5 v průběhu dne kontrolují plenu. Sestra S2 a S6 se v průběhu dne dvakrát zeptaly klienta, zda má plenu čistou. Sestry S3 a S7 se o vyprazdňování zajímaly až poté, kdy byly klientem přivolány. Sestra S1 použila podložní mísu, ujistila se, že klient je ve vhodné poloze, zajistila intimitu a poskytla dostatek času na vyprázdnění. Na hygienu použila čisticí pěnu, ujistila se, že klient je zcela suchý, rizikové oblasti ošetřila zinkovou mastí, kterou měl klient na stolečku a dala jednorázovou inkontinenční pomůcku. Po celou dobu s klientem komunikovala a vše řádně zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace. Sestra S3 také použila podložní mísu, požádala klienta, jestli se může nadzvednout a ujistila se, že mísa je na správném místě. Poté oznámila, že přijde za chvíli. Sestra zajistila intimitu a po celou dobu s klientem komunikovala. Poté požádala ošetrovatelku, aby mísu vyndala. Sestra S5 si sama všimla, že klient má inkontinenční pomůcku špinavou, požádala, aby se otočil na bok, použila namočenou žínku a čisticí pěnu. Ujistila se, že pacient je zcela suchý. Intimní partie namazala Askina Barrier Cream a nasadila novou jednorázovou inkontinenční pomůcku. Sestra S5 nedbala na dodržování intimity a komunikace probíhala velmi málo. klienta uvedla do správné polohy. Vše zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace. Sestra S2 a S7 po celý den inkontinenční pomůcku nekontrolovaly, po zavolání klientem, že potřebuje vykonat potřebu, obě sestry zavolaly ošetrovatelku a ta se o klienty postarala. Sestra S4 nebyla po celou dobu pozorování spatřena u péče při vyprazdňování klienta, viděna byla pouze u kontroly plen. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7 vše řádně zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace.

Oblast 5: Polohování a využití antidekubitních pomůcek

Během pozorování jsme se také zaměřili na oblast polohování a využívání antidekubitních pomůcek. Chtěli jsme zjistit, jak často sestry provádějí polohování klientů s imobilizačním syndromem, zda mají k dispozici dostatek polohovacích pomůcek a umějí je používat. Také jsme chtěli zjistit, zda řádně vedou polohovací záznamy.

Sestry S1, S2 a S4 polohovaly klienty každé 2 hodiny samy nebo pověřily ošetrovatelský personál k polohování. Pouze tyto 3 sestry prováděly polohování v pravidelném časovém horizontu 2 hodin. První polohování nastalo po ranní hygieně, poté před snídaní. Polohování také nastalo při převazech, před a po podání obědů. Dále polohování provedly odpoledne okolo 15 hodiny, také při podávání večere a ke konci směny. Sestry S3, S6 a S7 také polohovaly samy či pověřily ošetrovatelský personál k polohování, avšak nedodržovaly pravidelnou frekvenci 2 hodin. Sestra S5 se o polohování klientů zajímala pouze jednou za den a to odpoledne.

V průběhu výzkumu jsme zjistili, že v obou pozorovaných zařízeních pro seniory mají k dispozici dostatečné množství pomůcek k polohování. Jednou z nejčastějších pomůcek, které sestry používaly byl polštář. Dále také uplatňovaly antidekubitní matrace, antidekubitní botičky, klíny a hady. Sestry S2, S3, S5 a S7 nejčastěji využívaly jako antidekubitní pomůcku polštář, který umísťovaly v poloze na boku mezi dolní končetiny. V poloze na zádech pod paty klienta. Pouze sestry S2 a S3 umístily polštář pod lýtka, aby nedošlo ke tření pat s podložkou. Sestra S3 také velmi často používala klín, který umísťovala za zády klienta při poloze na boku. Sestry S1 a S6 také nejčastěji využívaly polštář a jako jediné využívaly antidekubitní botičky. Sestra S4 využívala u klientů v poloze na boku hada, kterého umísťovala mezi kolena a kotníky. Tato pomůcka ovšem nepatřila danému klientovi, ale kolegovi na stejném pokoji.

Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7 vedly polohovací záznamy pravidelně, v tomto ohledu byla každá sestra poctivá a vše řádně zaznamenala.

Oblast 6: Rehabilitační péče, zajištění vertikalizace s fyzioterapeutem, dechová cvičení, kognitivní stimulace

V této pozorované oblasti jsme se zaměřili na to, jak je zajištěná rehabilitační péče, jaké cviky jsou prováděny a jak často. Jak probíhá vertikalizace klienta, dechová cvičení a kognitivní stimulace.

V obou zařízeních je rehabilitační péče zajištěna fyzioterapeutickými pracovníky, kteří mají pracovní dobu od 7 do 15:30 ve všední dny a na celé zařízení jsou pouze dva. Každý z nich má na starosti přibližně 50 klientů s poruchou mobility a každý den se zvládnou věnovat přibližně 10 klientům. Z pozorování je patrné, že v této oblasti je zde nedostatek fyzioterapeutického personálu a není dostatek času věnovat se všem pacientům naplno.

Při nepřítomnosti fyzioterapeutického pracovníka by měly provádět rehabilitační péči sestry, které mají službu. Fyzioterapeutický pracovník se sestrami konzultuje, jak mají koho polohovat a s kým jaké cviky provádět, pokud je například po operaci páteře či zlomenině krčku. Po celou dobu pozorování, vyjma polohování, žádná sestra rehabilitační péči neposkytla.

Fyzioterapeutický pracovník má s každým klientem naordinovaný odlišný režim. Největší pozornost je věnována klientům, kteří se do zařízení vrátí například po operaci. Tito klienti nacvičují vertikalizaci a provádí různá cvičení každý den. S klienty s částečnou poruchou hybnosti fyzioterapeutický pracovník nacvičoval převážně pouze chůzi. S klienty upoutanými k lůžku bylo prováděno otáčení a polohování s využitím prvků bazální stimulace. Dále cvičení začalo od dolních končetin, kdy bylo prováděno přitahování končetiny směrem k hlavě. Poté protahovali horní končetiny. Pokud klient provedl pohyb sám, fyzioterapeutický pracovník klienta pochválil a po celou dobu komunikoval, každý pohyb nejprve vysvětlil a až poté provedl. Cvičení probíhalo přibližně 30 minut. Fyzioterapeutický pracovník prováděl i vertikalizaci klienta, u každého dle jeho stavu. Jako první začal s posazováním na lůžku se spuštěnými dolními končetinami. Poté následovalo posazování klienta s bérce přes okraj lůžka a jako poslední krok byla vertikalizace do stoje. Dechová cvičení probíhala formou foukání brčkem do vody, toto cvičení jsme za celou dobu pozorování spatřili pouze dvakrát, jiná dechová cvičení vypořezována nebyla. V obou zařízeních byla tato péče přibližně totožná, lišila se pouze tím, že v jednom z pozorovaných zařízení měli k dispozici více pomůcek ke cvičení, které fyzioterapeutická pracovníce použila pouze jednou za celou dobu pozorování. Týkalo se to rotopedů, nafukovacích balónů a podložek na udržení rovnováhy.

Kognitivní stimulace je v obou zřízeních také zajištěna velmi podobně. Zajištěna je aktivizačními pracovníky, kteří si pacienty přivedou do společenské místnosti, kde luští křížovky, dávají různé hádanky a hlavolamy. Také hráli hru, kdy aktivizační pracovníce říkala náhodná slova stále dokola a po každém kole jedno slovo přidala. Klienti si museli slova zapamatovat a opakovat je. Další hra spočívala v napsání co nejvíce osob, která patří do daného odvětví, například do odvětví zpěváků, herců či zvířat. Z pozorování jsme spatřili chybu v tom, že aktivizační pracovníce přivedla všechny klienty najednou s různým stupněm demence a vždy odpovídali jen dva lidé, zbytek skupiny nestíhal. Klienti, kteří byli upoutáni na lůžku zůstávali po celou dobu na pokoji a kognitivní

stimulace u nich nijak neprobíhala. Tímto způsobem kognitivní stimulace probíhala po celou dobu pozorování. Zjistili jsme, že v obou zařízeních není dostatek personálu, aby byla zajištěna v dostatečné míře pravidelná rehabilitační péče, vertikalizace pacienta, dechová cvičení a kognitivní stimulace.

4.3 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

V této kapitole jsou popsány výsledky výzkumného šetření. Na základě získaných dat byly stanoveny 3 kategorie a 9 podkategorií.

Tabulka 2 Kategorizace výsledků

Kategorizace výsledků	
Kategorie 1	Zkušenosti sester s pacienty s imobilizačním syndromem <ul style="list-style-type: none">• Rozpoznání pacienta s imobilizačním syndromem• Množství pacientů s imobilizačním syndromem
Kategorie 2	Znalosti sester s péčí o pacienty s imobilizačním syndromem <ul style="list-style-type: none">• Projevy imobilizačního syndromu• Úskalí péče u pacientů s imobilizačním syndromem• Hodnocení stádia imobilizačního syndromu a volba léčebného postupu
Kategorie 3	Znalosti sester v prevenci vzniku imobilizačního syndromu <ul style="list-style-type: none">• Polohování• Antidekubitní pomůcky• Prostředky používané při péči o kůži• Vzdělávání sester

(Zdroj: Vlastní výzkum, 2023)

Kategorie 1: Zkušenosti sester s pacienty s imobilizačním syndromem

První kategorie popisuje, jaké zkušenosti mají sestry s pacienty s imobilizačním syndromem. V podkategoriích se zabýváme rozpoznáním pacienta s imobilizačním syndromem a množstvím imobilních pacientů ve vybraných zařízeních.

První podkategorie zahrnuje rozpoznání pacienta s imobilizačním syndromem. Dle sester S1, S4 a S5 je pacient s imobilizačním syndromem osoba se sníženou pohyblivostí. S1 uvedla: „*Jedná se o pacienta se sníženou pohyblivostí, který je odkázán na pomoc druhých.*“ Sestra S4 odpověděla: „*Je to osoba, která má sníženou pohyblivost z důvodu stáří nebo po úrazu.*“ Sestra S5 uvedla: „*Je to pacient, který je odkázán na pomoc druhých z důvodu poruchy hybnosti z různých důvodů.*“ Pacienta s imobilizačním

syndromem popsaly sestry S2 a S6 jako pacienta upoutaného na lůžko. Sestra S2 odpověděla: „*Myslím, že je to pacient upoutaný na lůžko, častěji to bývá senior.*“ Sestra S6 uvedla: „*Pacient s imobilizačním syndromem je ten, kdo je upoutaný na lůžko a bývá odkázán na pomoc druhých osob a je velmi těžké vrátit se do normálního života.*“ Sestra S3 odpověděla: „*Jedná se o pacienta, který má spoustu poškození, například dekubity, z důvodu pobytu na lůžku.*“ Sestra S7 uvedla: „*Je to člověk vyššího věku, který není schopen samostatného pohybu.*“

V druhé podkategorii zjišťujeme, jaké množství pacientů s poruchou mobility se v jejich zařízení pro seniory nachází. Sestry S2, S3, S5 a S7 se shodly na tom, že v zařízení, kde pracují se nachází přibližně ¾ pacientů s poruchou hybnosti. Sestra S3 ještě dodala: „*Z tohoto důvodu je to velmi náročná práce, a ne každý ji zvládne, jak fyzicky, tak i psychicky.*“ S1 odpověděla: „*U nás je většina uživatelů nechodících, myslím, že každý rok přibývají.*“ Sestra S4 uvedla obdobnou odpověď jako sestra S1: „*Většina pacientů je nechodících, mám pocit, že za 2 roky co tu pracuji jich přibylo. Na takové množství klientů je zde málo personálu a nestíhá se vše co by mělo.*“ Sestra S6 odpověděla: „*Nachází se tu přibližně 80 % uživatelů, kteří potřebují s něčím dopomoci, proto se k nám dostanou. Rodina nemá možnosti a čas se o své blízké starat, a tak se obrátí na nás.*“

Kategorie 2: Znalosti sester s péčí o pacienty s imobilizačním syndromem

V této kategorii jsou uvedené znalosti sester s péčí o pacienty s imobilizačním syndromem. V podkategoriích se zabýváme tím, zda sestry znají některé projevy imobilizačního syndromu, zda znají, jaká jsou úskalí péče u pacientů s imobilizačním syndromem a umí zhodnotit stádia imobilizačního syndromu a zvolit správný léčebný postup.

V první podkategorii jsme zjistili, jaké všechny projevy imobilizačního syndromu sestry znají. Některé sestry musely dlouho přemýšlet, ale nakonec všechny dokázaly na otázku odpovědět a sdělily alespoň dva projevy imobilizačního syndromu. Sestry S1, S2, S3, S5 a S6 zmínily proleženiny a zhoršenou mobilitu. Dále v pořadí bylo odmítání potravy. Uvedeno sestrami S1, S3, S4 a S6. Sestra S1 dále doplnila: „*Do projevů také určitě patří poruchy dýchání, svalová atrofie, různé poruchy pohybového aparátu.*“ Sestra S2 odpověděla: „*Poruchy pohyblivosti, vyprazdňování, poruchy integrity kůže, ale mohou být i skryté projevy, to je ta horší varianta.*“ Sestra S3 uvedla: „*Určitě jsou to proleženiny,*

špatná mobilita, špatné dýchání a je důležité pacienta co nejrychleji odpoutat z lůžka, což je u pacientů vyššího velmi obtížné.“ Sestra S4 poukázala hlavně na psychické problémy. V odpovědi sestry S5 zaznělo: *„Vznik dekubitů, vznik trombů, poruchy oběhového systému, s upoutáním na lůžko dochází také k poruchám vyprazdňování a určitě také problémy s dýcháním.*“ Sestra S7 na otázku odpověděla: *„Hlavní projev je to, že pacient je upoután k lůžku, tím mohou vzniknout proleženiny a dekubity a čím déle je k lůžku upoután, tak mohou přijít psychické problémy a pacient začne rezignovat na všechno.*“ Odpovědi sester týkající se projevů imobilizačního syndromu jsou pro přehlednost znázorněny v tabulce 3 dle jejich zastoupení.

Tabulka 3 Projevy imobilizačního syndromu

Projevy imobilizačního syndromu	Sestra
Proleženiny, dekubity	S1, S2, S3, S5, S6, S7
Zhoršená mobilita, poruchy pohyblivosti	S1, S2, S3, S5, S6
Odmítání potravy	S1, S3, S4 a S6
Poruchy dýchání	S1, S3, S5
Psychické problémy	S4, S7
Poruchy vyprazdňování	S2, S5
Svalová atrofie	S1
Skryté projevy	S2

(Zdroj: Vlastní výzkum, 2023)

Úskalí péče u pacientů s imobilizačním syndromem je název další podkategorie, ve které jsme se zaměřili na problémy a překážky, které vyplývají z ošetrovatelské péče u pacientů s imobilizačním syndromem. Sestry S1, S2, S4, S5, S6 a S7 se shodly na tom, že největší překážkou je nedostatek personálu. Sestra S1 odpověděla: *„Málo lidí, nikdo tu nechce pracovat, protože je to těžká práce, jak fyzicky, tak psychicky. A pacienti, kteří jsou upoutáni na lůžko déle začnou rezignovat na vše, pomoc odmítají a nechtějí se do ničeho zapojovat.*“ Sestra S2 uvedla: *„Rozhodně největším problémem je nedostatek sester a ošetrovatelek, protože i když bychom chtěly poskytovat lepší péči, tak nám na to nezbyvá žádný čas. Pokud je nějaká kolegyně nemocná nebo má dovolenou, tak jsem tu na všechny klienty sama.*“ Sestra S3 uvedla: *„Abych pravdu řekla, tak si myslím, že problém je lenost*

sester, protože pokud se chceme vzdělávat, tak musíme ve volném čase, a to se nikomu nechce, máme své starosti a rodiny. A zaměstnavatel nám školení a semináře pořádá jen když máme volno.“ Sestry S4 a S6 uvedly jako důvod pouze nedostatek personálu. Sestra S5 ještě dodala: *Překážkou je nespolupráce klienta, často to bývá z důvodu, že klient chce zůstat doma a rodina ho sem pod nátlakem dostane. Poté je klient mrzutý a odmítá spolupracovat.*“ Sestra S6 také uvedla: *„Nespolupráce personálu mezi sebou a nespolupráce pacientů, po těch letech, co tu pracuji už poznám, který klient nebude chtít spolupracovat a musím říct, že automaticky přestanu vyvíjet snahu i já, což určitě není dobře.*“ Sestra S7 také zmínila: *„Zaměstnavatel nám neposkytuje moc školení, nějaká ano, ale nic s imobilizačním syndromem, co tu jsem sem nezažila.“* V tabulce 4 jsou pro lepší přehlednost znázorněny odpovědi sester týkající se úskalí péče u pacientů s imobilizačním syndromem.

Tabulka 4 Úskalí péče u pacientů s imobilizačním syndromem

Nejčastější problémy při péči o pacienta s imobilizačním syndromem	Sestra
Nedostatek personálu	S1, S2, S4, S5, S6, S7
Rezignace pacienta	S1, S5, S6
Nedostatečná edukace ze strany sester	S3, S7
Rodina	S5
Nespolupráce personálu	S6

(Zdroj: Vlastní výzkum, 2023)

Hodnocení stádia imobilizačního syndromu a volba léčebného postupu je třetí podkategorií druhé kategorie, ve které jsme se zaměřili na znalosti a zkušenosti sester, jak dokážou zhodnotit stupeň imobilizačního syndromu a kdo stanoví volbu léčebného postupu. Z informací, které jsme získali, se sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7 shodly na stejné odpovědi, že na stupni imobilizačního syndromu se více podílí sestry a na volbě léčebného postupu se podílí více lékaři. Sestra S1 uvedla: *„Vyloženě stupeň imobilizačního syndromu nevolíme, ale používáme škály. Škálu dle Nortonové, Barthelův test, riziko pádu a bilanci tekutin, léčebný postup volí vždy lékař.*“ Sestra S2 odpověděla: *„Ihned, když k nám klient nastoupí, tak děláme Barthelův test běžných činností, test Nortonové, na zjištění vzniku dekubitů, také hodnotíme riziko pádu, dělá se nutriční screening. Léčbu*

volí vždy lékař, ale s tím, že tu není nonstop je to občas obtížné.“ Sestra S3 dodala: „Nejčastěji používáme Nortonovou, kvůli dekubitům, test na riziko pádu a Barthelův test na aktivity pacienta. Léčbu a její postup zajišťuje lékař.“ Sestra S4 uvedla: „Léčbu volí lékař a na stupeň imobility používáme Nortonovou, Bartelův test a dělá se nutriční screening.“ Sestra S5 a S6 odpověděly totožně, že používají hodnotící škálu dle Nortonové a Barthelův test běžných činností a léčbu určuje vždy lékař. Sestra S7 uvedla: „Postup léčby určuje lékař, máme ho pořád na telefonu a my používáme různé testy a škály, například Barthelův test a test dle Nortonové.“ Tabulka 5 znázorňuje nejpoužívanější metody vyhodnocení imobilizačního syndromu a volbu léčebného postupu.

Tabulka 5 Vyhodnocení imobilizačního syndromu a kdo volí léčebný postup

Hodnocení	Sestra
Škála dle Nortonové	S1, S2, S4, S5, S6, S7
Barthelův test	S1, S5, S6
Nutriční screening	S3, S7
Test na riziko pádu	S5
Lékař volí metodu léčebného postupu	S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7

(Zdroj: Vlastní výzkum, 2023)

Kategorie 3: Znalosti sester v prevenci vzniku imobilizačního syndromu

V této kategorii jsme se zaměřili na znalosti sester v prevenci vzniku imobilizačního syndromu. Zajímalo nás polohování pacientů a využití antidekubitních pomůcek, také jsme se zaměřili na prostředky používané při péči o kůži a jak probíhá vzdělávání sester v problematice imobilizačního syndromu.

V první podkategorii popisujeme, jak často sestry polohují pacienty s imobilizačním syndromem, zajímalo nás, zda se odpověď bude shodovat s výsledky pozorování. Sestry S1, S2, S4 a S5 se shodly na tom, že pacienty polohují pravidelně každé 2 hodiny, a to jak ve dne, tak v noci. Sestra S1 odpověděla: „Každé dvě hodiny, přijde mi, že je to opravdu důležité.“ Obdobně odpověděla i sestra S2. Sestra S3

uvedla: „Přes den se snažíme co 2 hodiny, ale ne vždy se nám to povede. Když nestíháme, tak se zaměřujeme na nejrizikovější klienty.“ Sestra S4 stručně odpověděla: „Každé 2 hodiny, když momentálně nemám čas, požádám o pomoc ošetřovatelský personál.“ Sestra S5 také uvedla, že každé 2 hodiny a svoji odpověď ještě doplnila: „Pokud se jedná o nespolupracujícího pacienta, chodíme je kontrolovat častěji.“ Sestra S6 odpověděla: „Vím, že by se mělo polohovat á 2 hodiny, ale mnohdy na to není čas, snažíme se ale co nejčastěji. Také záleží na stavu pacienta a jestli spolupracují. Některé dny se stane, že klient je polohován až po 4 hodinách.“ Sestra S7 uvedla: „Podle potřeby, vychází to přibližně čtyřikrát za směnu a v noci je to podobné.“ V tabulce 6 jsou pro lepší přehlednost zaznamenány odpovědi sester týkající se četnosti polohování.

Tabulka 6 Četnost polohování pacientů sestrou

Polohování	Sestra
Každé 2 hodiny	S1, S2, S4 a S5
Každé 3 hodiny	S3
Každé 4 hodiny	S6
4x za směnu	S7

(Zdroj: Vlastní výzkum, 2023)

V další podkategorii jsme zjišťovali, jaké polohovací a antidekubitní pomůcky mají sestry k dispozici a zda umí se všemi správně pracovat. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6 i S6 se v odpovědi shodly, že nejvíce používanou pomůckou je polštář a klín. „Máme tu klíny, polštáře, podpatěnky, hady. Polštář dáváme mezi kolena a kotníky, pokud je pacient na boku. Stejně používáme i hady.“ uvedla sestra S1. Sestry S2, S3, S5 a S7 uvedly jako velmi důležitou antidekubitní matraci. S2 ještě zmínila: „Já používám i sedací kruhy, hady a botičky, ty dáváme pod paty jako korýtko.“ Antidekubitní botičky uvedla i sestra S3, S5 a S6. „Máme klíny ve více velikostech, ty používáme za zády pacienta, jako takové zakotvení.“ dodala sestra S3. Sestra S4 uvedla: „Používáme i hady, které dáváme pod kolena a kotníky. Někdy je použiji i okolo pacienta, aby se netlačil na hranu postele.“ Sestra S5 mimo polštář a klín zmínila: „Sedací kruhy, jako prevenci před dekubity.“ Sestra S6 odpověděla: „Snažíme se používat i sedací kruhy, ale pacienti je často

odmítají.“ Sestra S7 uvedla: „Nejvíce používám polštář, ten využiji, když je pacient jak na zádech, tak na boku, dávám ho mezi kotníky a kolena při poloze na boku a při poloze na zádech pod lýtka, aby měli paty ve vzduchu. Dále máme matrace proti dekubitům, hady, klíny.“ Pro lepší přehled nejvíce využívaných polohovacích a antidekubitních pomůcek sestrami jsou výsledky zaznamenány v tabulce 7.

Tabulka 7 Využívané polohovací a antidekubitní pomůcky sestrami

Pomůcka	Sestra
Polštář	S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7
Klín	S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7
Antidekubitní matrace	S2, S3, S5 a S7
Antidekubitní botičky	S1, S2, S3, S5, S6
Had	S1, S4, S7
Sedací kruh	S2, S5, S6

(Zdroj: Vlastní výzkum, 2023)

Ve třetí podkategorii jsme se zabývali tím, jaké přípravky sestry používají při péči o kůži. Opět pro porovnání s výsledky z pozorování. Veškeré sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7 se shodly na tom, že nejvíce používají Askina Barrier Cream jako ochrannou vrstvu kůže. Jako druhý nejčastěji používaný prostředek se sestry S1, S2, S3, S4, S5 a S6 shodly na přípravku Linovera, který je na citlivou pokožku a chrání ji. Sestra S1 uvedla: „Na ochranu kůže tu máme Askina Barrier Cream nebo masti, které pořídí rodina a pacient je má u sebe, také používáme Linoveru, klasickou zinkovou mast a záda mažeme chladivou emulzí při ranní hygieně.“ Odpověď sestry S2 se shodovala s odpovědí S1. Sestra S3 dodala: „Používáme také vazelínu a klasické zinkové masti, záleží, co máme momentálně k dispozici.“ Sestra S4 odpověděla: „Používáme různé krémy a masti, Linoveru, zinkovou mast, chladivou emulzi, vazelínu, ale často se to mění, někdy není něco k dispozici a pracujeme s tím, co je.“ Sestra S5 dodala: „Často také používáme vazelínu nebo přípravky, které vlastní pacient.“ Stejně odpověděla i sestra S7. Sestra S6

ještě doplnila: „Na záda využíváme chladivou emulzi a někteří pacienti vyžadují namazat tělo Niveou.“ Pro lepší přehlednost jsou výsledky zaznamenány v tabulce 8.

Tabulka 8 Využívané přípravky při péči o kůži

Pomůcka	Sestra
Askina Barrier Cream	S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7
Linovera	S1, S2, S3, S4, S5 a S6
Vazelína	S3, S4, S5, S7
Krémy, které vlastní pacient	S1, S5, S7
Chladivá emulze	S1, S4, S6
Zinková mast	S1, S3, S4
Nivea	S6

(Zdroj: Vlastní výzkum, 2023)

V poslední podkategorii třetí kategorie jsme se věnovali tomu, jak se sestry vzdělávají v problematice imobilizačního syndromu, zda sestrám zaměstnavatel poskytuje semináře či školení. Také jsme se zeptali, jestli mají zájem o vzdělávání v této problematice. Sestry S1, S3, S5, S6 a S7 se shodly na tom, že zaměstnavatel poskytuje semináře o problematice imobilizačního syndromu. Sestry S2 a S4 uvedly opak, že zaměstnavatel neposkytuje žádná školení a semináře o této problematice. „Ano poskytuje, myslím že poslední se jmenoval péče o imobilního pacienta, častější jsou ale semináře o polohování.“ řekla sestra S1. Na dotaz, zda zaměstnavatel poskytuje semináře či školení o problematice imobilizačního syndromu sestra S3 uvádí: „Ano, pořádají se přímo v našem zařízení, účastníme se jen pokud ten den máme volno a nejsme v práci. Já jsem nedávno dostudovala bakaláře a ve spoustu předmětech jsme se imobilitou zabývali.“ Sestry S5 a S6 odpověděly stručně a totožně: „Zaměstnavatel nám poskytuje různá školení, o imobilizačním syndromu také, pokud mám volno, tak se účastním.“ Sestra S7 také uvedla že zaměstnavatel školení poskytuje a dodala: „Semináře i na tuto problematiku

si vyhledávám sama ve volném čase, také čtu odborné články v časopisech.“ Sestry S2 a S4 odpověděly, že zaměstnavatel neposkytl žádné školení o imobilizačním syndromu za dobu, co v zařízení pracují. Další součástí otázky byla, zda sestry mají zájem o vzdělávání v této problematice. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6 a S7 odpověděly shodně že ano. *„Zájem mám, jen nezbývá moc času vzdělávat se v takové míře v jaké bych chtěla.“* Odpověděla sestra S1. Sestra S2 uvedla: *„Byla jsem po škole na mateřské, tak zájem mám, potřebuji si oprášit znalosti.“* Sestra S3 a S4 stručně odpověděly že ano. Sestra S5 uvedla: *„Zájem mám, jelikož s touto problematikou mám zkušenosti i z rodiny a sama si tyto informace vyhledávám a vzdělávám se.“* Nelišila se ani odpověď sestry S6: *„Ano, měla bych zájem, kdyby bylo něco nového. Přijde mi, že každé školení je skoro stejné.“* Sestra S7 jako jediná neprojevila o další vzdělávání zájem, její odpověď zněla: *„Spíše ne, mám pocit, že nejvíce se naučíte praxí.“*

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá tématem problematiky imobilizačního syndromu u seniorů. Z teoretické části již víme, že imobilizační syndrom je důsledkem dlouhodobé inaktivity, a právě u seniorů může vzniknout náhle a nečekaně (Ondrušová, 2020). První důsledky imobilizačního syndromu se objevují během prvních hodin, patologické změny přichází již v prvním týdnu (Dingová, 2018). Proto jsme se v této bakalářské práci snažili zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelského procesu v péči o pacienty s imobilizačním syndromem, zmapovat povědomí sester o imobilizačním syndromu a také zmapovat znalosti sester o prevenci imobilizačního syndromu v geriatrickém ošetrovatelství. K naplnění těchto cílů jsme si položili čtyři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka je zaměřena na to, jaká jsou specifika v péči o dlouhodobě imobilního pacienta. V rámci pozorování jsme se jako první zaměřili na hygienickou péči. Dle Kelnarové (2015) je velmi důležité se při ranní hygieně zaměřit na výměnu a úpravu ložního prádla. Kachlová (2023) se také zmiňuje o důležitosti upraveného a suchého lůžka v rámci prevence imobilizačního syndromu. Úpravu a výměnu ložního prádla v rámci pozorování uskutečnily všechny sestry. Vytejková (2011) považuje za velmi důležité dodržování intimity pacienta, z výsledků pozorování ale vyplývá, že více jak polovina sester intimitu nedodržují. Zajištění intimity považuje jako součást hygienické péče i Mlýnková (2020). Myslím si, že důležitá součást hygieny je komunikace. Malíková (2020) uvádí, že je důležité vysvětlit pacientovi co se bude dít, aby měl pocit bezpečí. Sováriová (2022) se ve své publikaci také zmiňuje o důležitosti správné komunikace, jelikož je to příležitost, jak navázat hlubší spojení mezi sestrou a pacientem. Při pozorování jsem zjistila, že pouze čtyři sestry s pacientem komunikují, zbytek nekomunikoval vůbec nebo jen velmi málo. Veverková (2019) uvádí, že v hygieně je klíčové kůži důkladně vysušit. Vytejková (2011) se též zmiňuje o důležitosti udržovat pacienta v suchu, aby se minimalizovaly rizika vzniku imobilizačního syndromu. Z pozorování víme, že všechny sestry na vysušení kůže dbaly. Ústní hygienu považují za důležitou pro kvalitu života, jelikož ovlivňuje příjem potravy i mluvení. Za klíčovou ji považuje i Kachlová (2023). Vytejková (2011) také uvádí ústní hygienu jako důležité preventivní opatření u imobilizačního syndromu. Při pozorování všechny sestry péči o dutinu ústní prováděly.

Další oblast našeho zájmu byla péče v rámci výživy. Vytejčková (2011) uvádí, že péče o výživu je základní součástí péče o pacienta. Z pozorování je ale patrné, že více jak polovina sester se podávání stravy neúčastní nebo pouze částečně. Všechny sestry měly stravu upravenou na správnou konzistenci pro daného pacienta, stejně tak to uvádí Burda (2015) ve své publikaci. Jak uvádí Malíková (2020), při poskytnutí stravy hraje důležitou roli dodržování pitného režimu, jelikož u imobilních seniorů je častým problémem snížený pocit žízně. Zrubáková (2019) ve své publikaci uvádí, že pouze jedna třetina seniorů dodržuje dostatečný pitný režim. Většina sester tekutiny pobízela při každé návštěvě pokoje, ale nepovažují to za dostatečné. Pitný režim považují za důležitý, a proto mě překvapilo, že pouze jedna sestra chodila pobízet tekutiny pravidelně, a ne pouze při návštěvě pokoje. Také jsme zjistili, že jedna sestra po celý den tekutiny ani jednou nepobídla. Myslím si, že je důležité zaměřit se na podávání tekutin u pacientů s imobilizačním syndromem a předcházet tak dehydrataci, která přispívá ke snížení kožního turgoru a elasticity kůže.

V další oblasti nás zajímalo, zda sestry zajišťují vhodnou péči o kůži u pacientů s imobilizačním syndromem, v jakých časových intervalech a jaké přípravky k tomu využívají. Jaké přípravky sestry používají jsme se zaměřili jak v rámci pozorování, tak i v rámci rozhovoru. Dle mého názoru je velmi důležité dbát na vhodnou péči o kůži a používat správné přípravky. I Brabcová (2021) uvádí, že péče o kůži, ať už z preventivních, či léčebných důvodů je důležitá. Bohužel při pozorování jsme zjistili, že pouze tři sestry provedly vhodnou péči o kůži a riziková místa ještě tentýž den několikrát zkontrolovaly. Další sestry poskytly péči o kůži ráno, ale po celý den riziková místa už nekontrolovaly. Jak uvádí Vytejčková (2015), při péči o kůži je důležité se vyvarovat tření pokožky, aby nedošlo k jejímu porušení. Proto nás velmi překvapilo, že pouze čtyři sestry se tření pokožky ručníkem vyvarovaly. Kachlová (2023) zmiňuje jako vhodný mycí prostředek takový, který má vyvážené pH. Z pozorování i rozhovorů vyplývá, že všechny sestry používají vhodný mycí prostředek. Pokorná (2019) ve své publikaci uvádí, že je důležité zamezit zvýšené vlhkosti kůže nanesením ochranného přípravku, například použít Linoveru. Při pozorování jsme zjistili, že všechny sestry používají na ohrožená místa Linoveru. Z rozhovoru vyplývá, že všechny sestry, vyjma jedné, uvedly též Linoveru.

Do problematiky imobilizačního syndromu také řadíme péči při vyprazdňování. Podle Kachlové (2023) je během vyprazdňování důležité dbát na zajištění soukromí pacienta.

Při pozorování všechny sestry vyjma jedné dokázaly zajistit pacientovi soukromí. Podle Argayové (2021) je u imobilních pacientů důležitá poloha při vyprazdňování, aby nedošlo k následným otlakům. Z pozorování víme, že všechny sestry, které byly viděny při vyprazdňování pacienta dbaly na správnou polohu pacienta. Z výzkumu vyplývá, že pouze 3 sestry pravidelně kontrolují, zda je inkontinenční pomůcka suchá a čistá. Toto zjištění považují za znepokojující, jelikož právě u imobilních pacientů je třeba úzkostlivě dodržovat hygienu. Výměnu inkontinenční pomůcky a udržování suchého prostředí považují za samozřejmost.

Další důležitá oblast v problematice imobilizačního syndromu je polohování a využití antidekubitních pomůcek. Opět jsme se na tuto oblast zaměřili v rámci pozorování a pro porovnání i v rámci rozhovorů se sestrami. Z pozorování jsme zjistili, že mezi pacienty a pacienty s imobilizačním syndromem sestry nedělají žádné rozdíly. Jak uvádí Veverková (2019), polohování je důležitou součástí prevence vzniku imobilizačního syndromu. Z toho důvodu nás zajímalo, jak často sestry polohování provádějí. Při pozorování jsme zaznamenali, že pouze 3 sestry provádějí polohování každé 2 hodiny, jak uvádí Mauk (2022), změna polohy každé 2 hodiny se považuje za základ ošetrovatelské péče. Z odpovědí se nejvíce sester shodlo na odpovědi, že pacienta polohují každé 2 hodiny. Další sestry určily frekvenci 3 hodin. Jedna sestra odpověděla, že polohuje každé 4 hodiny. V odpovědích jsme zaznamenali, že také záleží na spolupráci pacienta. Poté jsme se zaměřili na využívání antidekubitních pomůcek. Brabcová (2021) doporučuje využívat jako antidekubitní pomůcku polštář pro uvolnění tlaku na paty. Z pozorování i rozhovorů vyplývá, že všechny sestry využívají nejčastěji jako antidekubitní pomůcku polštář, právě pro uvolnění tlaku pod paty nebo při poloze na boku mezi kolena a kotníky. Stejně často využívají klín, který vkládají za záda pacienta. Další, sestrami hojně využívané jsou antidekubitní matrace, které dle Brabcové (2021) nenahradí kvalitní polohování a komplexní ošetrovatelskou péči. Často používané antidekubitní pomůcky sestrami jsou také antidekubitní botičky, hadi a sedací kruhy. Také nás zajímalo, zda sestry řádně vedou polohovací záznamy a zda dbají na pravidelnosti zápisu. Jak ve své publikaci uvádí Kachlová (2023), důležitou součástí polohování je vedení polohovacího záznamu každého pacienta. Při pozorování jsme zjistili, že polohovací záznamy vedou všechny sestry řádně a pravidelně.

Jak jsme již zmínili, rehabilitační péče slouží k zachování soběstačnosti a funkční schopnosti, slouží jako prevence vzniku imobilizačního syndromu. Proto nás zajímalo,

jak je v obou zařízeních tato péče prováděna. Na základě výsledků uskutečněného pozorování je patrné, že zařízení pro seniory nedisponují dostatkem personálu, což vyplývá i z výzkumu Magerčiakové (2023). Také nás zajímalo, zda sestry, které jsou ve službě, po skončení pracovní doby fyzioterapeutických pracovníků provádějí rehabilitační péči, kterou mají v popisu práce. Z pozorování jsme zjistili, že vyjma polohování ani jedna sestra neprovádí žádnou rehabilitační péči. Dle Malíkové (2020) včasný nácvik vertikalizace předchází riziku vzniku imobilizačního syndromu. Nácvik vertikalizace prováděn byl, ale u většiny pacientů pouze jednou za den. Zrubáková (2019) uvádí, že vertikalizace by měla být prováděna 3 - 5x denně. Dosbaba (2021) ve své publikaci uvádí, že dechová cvičení mají preventivní význam, jelikož imobilita snižuje plicní ventilaci. Během pozorování jsme zaznamenali, že dechová cvičení byla prováděna pouze v jednom zařízení pro seniory, a to pouze dvakrát za celou dobu výzkumného šetření. Také nás zajímalo, jak v zařízeních probíhá kognitivní stimulace. V obou zařízeních kognitivní stimulaci zajišťují aktivizační pracovníci. Hlavním cílem aktivizačních programů je zmírnění problémů, které jsou následkem adaptačních potíží, jenž přináší seniorský věk. Z výzkumu Vostrého (2021) vyplývá, že stimulace psychosomatických funkcí může zpomalit progresi choroby a zlepšit tak kvalitu života. Proto mě velmi překvapilo, že u pacientů, kteří jsou připoutáni k lůžku neprobíhá žádná forma kognitivní stimulace, jelikož Ramirez (2022) se také ve své publikaci zmiňuje o tom, že u imobilizačního syndromu se velmi často vyskytuje delirium, které se projevuje změnou pozornosti, vědomí a změnou kognice. Proto si myslím, že kognitivní stimulace by měla probíhat i u imobilních pacientů.

Dalším cílem bylo zmapovat povědomí sester o imobilizačním syndromu v geriatrickém ošetřovatelství. V první kategorii jsme se zabývali tím, zda sestry rozpoznají pacienta s imobilizačním syndromem. Většina sester přesně popsala pacienta s imobilizačním syndromem. Shodly se na tom, že se jedná o pacienta se sníženou pohyblivostí a je upoután na lůžko. Kelnarová (2016) také uvádí, že pacient s imobilizačním syndromem je ten, kdo je na základě snížené pohyblivosti upoután k lůžku. Několik sester také uvedlo, že se jedná o starší osobu. Vágnerová (2020) řadí imobilizační syndrom mezi geriatrické syndromy.

Také nás zajímalo, jaké množství pacientů s poruchou mobility se v jejich zařízení pro seniory nachází. Většina sester odpověděla, že pacienti s poruchou hybnosti tvoří přibližně $\frac{3}{4}$ celé klientely. Domníváme se, že pokud rozvoj zdravotnictví bude pokračovat

nynějším tempem, mohl by se počet pacientů s poruchou mobility časem snížit. Vždy ale záleží především na celkovém stavu pacienta. Vacková (2020) ve své publikaci také hovoří o rychlém rozvoji zdravotnictví, poslední desetiletí přinesly takové léčebné možnosti, které předčily všechna očekávání.

Dále jsme se zaměřili na to, jaké všechny projevy imobilizačního syndromu sestry znají. Většina sester odpověděla proleženiny a dekubity. Dosbaba (2021) uvádí jako nejčastější projev také proleženiny a dekubity. S dekubity souhlasí také Dingová (2018). Dále sestry nejčastěji zmiňovaly zhoršenou mobilitu. Kuckir (2017) považuje mobilitu za funkční kapacitu pohybového systému člověka a uvádí, že mobilita je projevem tělesné zdatnosti každého člověka. Dosbaba (2021) také uvádí jako projev imobilizačního syndromu špatnou mobilitu. Velmi často bylo také sestrami zmiňováno odmítání potravy, s čímž souhlasí i Hůsková (2009). Hůsková (2009) také jako projev imobilizačního syndromu uvádí psychické problémy, které v rozhovoru zmínily dvě sestry. V rozhovoru se objevily i poruchy vyprazdňování, svalová atrofie nebo projevy skryté. Z rozhovoru vyplývá, že sestry mají velký přehled o projevech imobilizačního syndromu.

Co se týče problémů a překážek, které vyplývají z ošetrovatelské péče u pacientů s imobilizačním syndromem se většina sestra shodla na tom, že mají nedostatek personálu. Jak uvádí Kočišková (2022), trvale chybí 23 % sester. S nedostatkem personálu souhlasí i Pokorná (2019), která ve své publikaci uvádí, že nedostatek personálu bude i nadále stoupat. Jako další překážku při péči o pacienta s imobilizačním syndromem sestry vidí v absolutní rezignaci pacienta. Pokorná (2019) uvádí, že rezignace nebo částečná nespolupráce pacienta je nejčastěji ovlivněno diagnózou nemocného a je důležité se naučit s takovým pacientem jednat. Ptáček (2011) se zmiňuje o tom, že při rezignaci pacienta hraje důležitou roli sestra, která by mu měla pomoci najít sílu vzchopit se a naučit se žít za nových podmínek. V odpovědích byla zmíněna i rodina, kterou ve své publikaci zmínila i Raudenská a Javůrková (2011).

Dále nás při rozhovoru zajímalo, kdo stanoví léčbu postupu a jak sestry dokážou zhodnotit stádium imobilizačního syndromu. Z informací, které jsme získali, se všechny sestry shodly na tom, že léčebný postup volí vždy lékař. Tuto odpověď potvrzuje i Libová (2019) ve své publikaci, kde se zmiňuje o tom, že postup léčby vždy volí lékař. Dále většina sester odpověděla, že vyloženě stupeň imobilizačního syndromu nevolí, ale provádí různé testy a škály. Z nichž nejvíce sester zmínilo škálu dle Nortonové, o které

se zmiňuje i Bartůněk (2016) a uvádí ji jako nejčastěji používanou k hodnocení rizika vzniku dekubitů. Také byl v odpovědích často zmíněn Barthelův test základních všedních činností. Tímto testem by měl být posouzen každý pacient před zahájením léčby, tvrdí Zrubáková (2019). V odpovědích sester se také objevoval nutriční screening a test na riziko pádu.

V problematice imobilizačního syndromu považuji za velmi důležité neustálé vzdělávání sester. Zajímalo nás, zda sestrám zaměstnavatel poskytuje školení a semináře o této problematice a zda se sestry samy aktivně vzdělávají. Jak jsme již zmínili, zdravotnictví se rozvíjí velkou rychlostí, a je tak velmi důležité, umět se orientovat v nových léčebných postupech, aby sestry dokázaly poskytovat kvalitní péči. Větší množství sester se shodlo na tom, že zaměstnavatel jim poskytuje semináře a školení o problematice imobilizačního syndromu. Menší počet sester uvedlo, že zaměstnavatel neposkytuje žádné vzdělávání. Šupšáková (2017) uvádí, že při nástupu do nového pracovního prostředí, mimo základních vstupních školení a seznámení se s vnitřními předpisy, je nutné se zapracovat v nových metodách a postupech práce. Jen malé množství sester se shodlo, že se vzdělávají ve volném čase a vyhledávají si různé semináře a odborné články na internetu. Vévoda (2013) se ve své publikaci zmiňuje o tom, že práce sestry je doprovázena celoživotním vzděláváním a považuje za důležité průběžné doplňování, obnovování, zvyšování a prohlubování znalostí a dovedností. Zmíněno bylo také to, že kdyby školení probíhalo v pracovní dobu, a ne v osobním volnu, tak by se sestry zúčastnily. Celoživotní vzdělávání sester považuji za důležité a bylo by tak vhodné sestry ke vzdělávání motivovat.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou imobilizačního syndromu v péči o seniory. Jak již bylo v této bakalářské práci zmíněno, neustále se prodlužuje délka života, populace stárne, roste počet geriatrických pacientů a s tím se také zvyšuje počet imobilních seniorů, kteří nejsou schopni sebezpečí. Je tedy velmi důležité poskytovat správnou péči a předcházet tak imobilizačnímu syndromu.

Empirická část byla zpracována kvalitativní metodou a měla stanovené 3 cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelského procesu v péči o pacienty s imobilizačním syndromem. Druhým cílem bylo zmapovat povědomí sester o imobilizačním syndromu v geriatrickém ošetrovatelství a třetím cílem bylo zjistit, jaké znalosti mají sestry o prevenci imobilizačního syndromu. K naplnění těchto cílů jsme si stanovili čtyři výzkumné otázky, na základě jejichž zodpovězení došlo ke splnění cílů bakalářské práce.

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že sestry, které poskytují ošetrovatelskou péči seniorům s imobilizačním syndromem mají velmi dobré teoretické znalosti, dokážou rozpoznat seniora s imobilizačním syndromem, znají projevy imobilizačního syndromu, znají zásady správného polohování, umí používat antidekubitní pomůcky a mají znalosti i v oblasti péči o kůži. Z výzkumného šetření formou pozorování vyplynulo, že ne všechny sestry poskytují péči dle jejich výpovědí. Výsledky poukazují na to, že nezáleží na věku a délce praxe sester, ale hlavně na jejich přístupu k problematice imobilizačního syndromu. Důležitou součástí týmu jsou fyzioterapeutičtí pracovníci, kteří zajišťují veškerou rehabilitační péči, není však v jejich časových možnostech zajistit péči v takové míře, aby došlo k rychlému navrácení či udržení mobility.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že práce se seniory s imobilizačním syndromem je náročná. Je důležité mít teoretické znalosti a umět je využít v praxi. S ohledem na odhalení nedostatků v ošetrovatelské péči o seniory s imobilizačním syndromem, spatřuji jako vhodné řešení zajistit sestrám vzdělávací aktivity zaměřené na tuto problematiku.

Bakalářská práce může posloužit jako zdroj informací všeobecným sestrám a studentům nelékařských zdravotních oborů. Dále byl na základě zjištěných výsledků vytvořen ošetrovatelský standard péče o seniory s imobilizačním syndromem (viz Příloha 5).

7 Seznam použité literatury

1. ABOUD AM., et al., 2022. *Wound Pressure Injury Management* [online]. StatPearls. Treasure Island (FL). [cit. 2023-07-24]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532897/>
2. ARGAYOVÁ, I. et al., 2021. *Specializovaná ošetrovatelská péče v onkourologii: nádory močového měchýře*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-271-1726-0.
3. ARDELJAN., et al. 2022. *Sarcopenia*. [online]. StatPearls. Treasure Island (FL). [cit. 2023-07-24]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560813/>
4. BRABCOVÁ, S., 2021. *Péče o rány: pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 978-80-271-3133-4.
5. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
6. ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J., 2018. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 204 s. ISBN 978-80-246-3996-3.
7. ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
8. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
9. DINGOVÁ, M., VRABELOVÁ, L., LIDICKÁ, L., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
10. DOSBABA, F., KRÍŽOVÁ, D., HARTMAN, M., 2021. *Rehabilitační ošetrování v klinické praxi*. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-271-1050-6.
11. DOUGHERTY JM., AEDDULA, NR., 2022. *Male Urinary Retention* [online]. StatPearls. Treasure Island (FL). [Cit. 2023-07-24]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538499/>
12. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
13. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

14. FALASCHI, P., MARSCH, D., 2021. *Orthogeriatrics: The Management of Older Patients with Fragility Fractures [online]*. Springer Cham. 357 p. [cit. 2023-07-24]. Dostupné z: DOI: 10.1007/978-3-030-48126-1
15. FORMÁNKOVÁ, P., MOTLOVÁ, L., SVĚCENÁ, K., 2011. Aktivizace imobilních seniorů v rezidenčních zařízeních jako součást komprehenzivní rehabilitace. *Rehabilitácia*, 3(2) 109-115. ISSN 0375-0922.
16. HAHN, A., 2015. *Otoneurologie a tinitologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 182 s. ISBN 978-80-247-4345-5.
17. HAMPLOVÁ, L., 2020. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-5562-5.
18. HAVRÁNKOVÁ, O., 2021. *Sebevražednost seniorů*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 164 s. ISBN 978-80-246-4822-4.
19. HLOCH, O., 2018. *Užitečné tabulky pro praxi nejen v interních oborech*. Praha: Grada Publishing. 384 s. ISBN 978-80-271-0311-9.
20. HLUBŮČKOVÁ, L., ŠOURKOVÁ, P., 2007. Prevence imobilizačního syndromu. *Dimenze moderního ošetrovatelství*. 1(3) 75. ISSN 1802-4084.
21. HOLMEROVÁ, I., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
22. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
23. HUDÁKOVÁ, Z., 2011. Polohovanie pacientov pomocou pohybu. Ružomberok: VERBUM, 51 s. ISBN 978-80-8084-657-2.
24. HŮSKOVÁ, J. et al., 2009. *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: pracovní sešit II*. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-247-2853-7.
25. JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J., 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5535-9.
26. JURÁSKOVÁ, D., 2007. *Hospitalizace pacienta a jeho bezpečnost*. Praha: Europrofis. 44 s. ISBN 978-80-239-8838-3.
27. KACHLOVÁ, M. et al., 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči*. 4. vydání. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-1244-9.
28. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P., et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing a.s. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

29. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ H., SUCHARDA, P. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
30. KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
31. KAPOUNOVÁ, G., 2020 *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
32. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
33. KELNAROVÁ, J., et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2. vydání. 244 s. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5332-4.
34. KELNAROVÁ, J., et al. 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 260 s. ISBN 978-80-247-5331-7.
35. KELNAROVÁ, J. et al., 2013. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů*. 2.vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4200-7.
36. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
37. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-9567-1.
38. KLEVETOVÁ, D., 2011. Nebezpečí imobility. *Sestra*, 21(10), 77-78. ISSN 1212-0404.
39. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J., 2014. *Rehabilitační ošetrování klientů s těžkými poruchami hybnosti*. 3. vydání. Brno: NCONZO. 125 s. ISBN 978-80-7013-567-9.
40. KOČIŠKOVÁ, J., 2021. *Ženy v politice: role a postavení vrcholných političek v Československu 1948-1968*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 398 s. ISBN 978-80-246-5162-0.
41. KROUPOVÁ, K., et al., 2016. *Slovník speciálně pedagogické terminologie: Vybrané pojmy*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5264-8.
42. KUCKIR, Martina., et al., 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.
43. LIBOVÁ, L., et al., 2022. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-2466-4.

44. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A., 2022. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 1112 s. ISBN 978-80-271-2576-0.
45. MAGERČIAKOVÁ, M., KOBER, L., 2023. *Motivace sester po pandemii covidu-19*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-271-3730-5.
46. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
47. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
48. MAUK, KL., 2022. *Gerontological nursing competencies for care*. 5. issue. Jones & Bartlett Learning. 1030 s. ISBN 978-1284233360.
49. MEINER, E., YEAGER, J., 2018. *Gerontologic Nursing* 6. issue. Mosby. 672 s. ISBN 9780323498111.
50. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
51. MLÝNKOVÁ, J., 2016. *Pečovatelsví 1. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 260 s. ISBN 978-80-271-0131-3.
52. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelsví 2. díl: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
53. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
54. NAVRÁTIL, L., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 560 s. ISBN 978-80-271-0210-5.
55. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2 díl, Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
56. ONDRUŠOVÁ, J., 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
57. ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ, B., 2020. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum. 370 s. ISBN 978-80-246-4383-0.
58. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vydání. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
59. PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.

60. PLEVOVÁ, I., ZOUBKOVÁ, R., 2021. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing. 560 s. ISBN 978-80-271-0890-9.
61. POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
62. POKORNÁ, A., DOLANOVÁ, D., ŠTROMBACHOVÁ, et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-271-0720-9.
63. POLEDNÍKOVÁ, L., 2013. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 223 s. ISBN 978-80-8063-410-0.
64. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
65. PTÁČKOVÁ, H., PTÁČEK, R., 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-271-0876-3.
66. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
67. RAMÍREZ ECHEVERRÍA, M., et al., 2022. *Delirium* [online]. StatPearls. Treasure Island (FL). [Cit. 2023-07-24]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470399/>
68. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
69. REJZEK, J., 2012. *Český etymologický slovník*. 2. vydání. Voznice: Leda. 752 s. ISBN 978-80-7335-296-7.
70. RINGER, M., LAPPIN, SL., 2023. *Orthostatic Hypotension* [online]. StatPearls. Treasure Island (FL). [cit. 2023-07-24]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448192/?report=reader>
71. ROKYTA, R., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
72. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
73. SAWYER, K., SHARPLES, F., POOLE, R., 2020. *Integrating the Science of Aging and Environmental Health Research: Proceedings of a Workshop* [online]. Washington (DC): National Academies Press (US). [Cit. 2023-07-24]. Dostupné z: DOI: 10.17226/25908

74. SLEPIČKA, P., MUDRÁK, J., SLEPIČKOVÁ, I., 2015. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 164 s. ISBN 978-80-246-3110-3.
75. SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-3242-3.
76. STAŇKOVÁ, M., 1996. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
77. STEVES, C. et al. 2012. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. [online]. *Age Ageing*. 41(5), 581-586. [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: DOI: 10.1093/ageing/afs097.
78. SUCHOMELOVÁ, A., 2016. *Senioři a spiritualita-duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů. 303 s. ISBN 978-80-7255-361-7.
79. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-9916-2.
80. ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C. et al. 2014. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. 290 s. ISBN 978-80-246-2628-4.
81. ŠTRIKAR, J., HOSKOVEC, J., ŠMOLÍKOVÁ, J., 2007. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum. 135 s. ISBN 978-80-246-1339-0.
82. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
83. ŠVAŘÍČEK, R., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál, 386 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
84. TOPINKOVÁ, Eva., 2005. *Geriatricie pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
85. TOŠNEROVÁ, T., 2009. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press, 239 s. ISBN 978-80-251-2104-7.
86. TRACHTOVÁ, E. et al. 2010. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCONZO. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
87. TRACHTOVÁ, E. et al. 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: NCONZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
88. VACKOVÁ, J., 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-271-2434-3.

89. VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-5571-7.
90. VÁGNEROVÁ, T., 2020. *Výživa v geriatрии a gerontologii*. Praha: Karolinum. 200 s. ISBN 978-80-246-4620-6.
91. VEVERKOVÁ, E., KOZÁKOVÁ, E., DOLEJŠÍ, L., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing. 216 s. ISBN 978-80-247-2747-9.
92. VEVERKOVÁ, E., KOZÁKOVÁ, et al. 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada Publishing. 165 s. ISBN 978-80-271-2099-4.
93. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
94. VOSTRÝ, M., VETĚŠKA, J., 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2866-2.
95. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, R., WIRTHOVÁ V., HOLUBOVÁ, J., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-2473419
96. VYTEJČKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
97. VYTEJČKOVÁ, SEDLÁŘOVÁ, R., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ I., KUBÁTOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing, 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
98. WERNEROVÁ, J., ZVONÍKOVÁ, A., 2016. Stárnutí, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a závislost seniorů. *Revizní a Posudkové Lékařství*. 19(2), 68-73. ISSN 1214-3170.
99. WHO, 2015. *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization. 267 s. ISBN 9789241565042.
100. YIN, L., et al., 2021. Skeletal muscle atrophy: From mechanisms to treatments [online]. *Pharmacological Research*. Volume 172. [cit. 2023-07-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2021.105807>
101. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

102. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
103. ZADÁK, Z., HAVEL, E., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.
104. Zaidi SRH., et al. 2022. Pressure Ulcer. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
105. ZRUBÁKOVÁ, K., 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-271-2207-3.
106. ŽUMÁROVÁ, M., 2012. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print. 179 s. ISBN 978-80-89295-43-2.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Pozorovací arch

Příloha 2: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 3: Souhlas s provedením výzkumu 1

Příloha 4: Souhlas s provedením výzkumu 2

Příloha 5: Vytvořený ošetřovatelský standard péče o seniory s imobilizačním syndromem

Příloha 1: Pozorovací arch

Záznamový arch pro pozorování

Hygienická péče

- Provedena správně
 - Provedena špatně
-

Jak probíhá péče při vyprazdňování pacienta/klienta? (Postup, pomůcky)

Jak probíhá péče o kůži pacienta/klienta?

- Jaké prostředky používají?
 - V jakých časových intervalech?
-

Jsou používány antidekubitní pomůcky?

- ANO Jaké?
 - NE
-

Jak často je pacient/klient polohován? Je veden polohovací záznam?

Je prováděna pasivní a aktivní rehabilitace rehabilitační sestrou?

- ANO Jak? Jaké cviky? Jak často?
 - NE
-

Je u pacienta/klienta prováděna vertikalizace s fyzioterapeutem?

- ANO
 - NE
-

Jsou u pacienta/klienta prováděna dechová cvičení?

ANO

NE

Probíhá u pacienta/klienta kognitivní stimulace?

ANO Jak?

NE

Pomáhá sestra s podáváním stravy? Nabízí tekutiny?

(Zdroj: Vlastní výzkum, 2023)

Příloha 2: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru

- 1) Kolik je Vám let a jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 2) Jaká je celková délka Vaší praxe na pozici sestry?
- 3) Kdo je podle Vás pacient s imobilizačním syndromem?
- 4) Jaké jsou Vaše zkušenosti s pacienty/klienty s imobilizačním syndromem?
- 5) Jaké množství pacientů s imobilizačním syndromem se ve vašem zařízení nachází?
- 6) Jaké jsou nejdůležitější zásady při péči o pacienta/klienta s imobilizačním syndromem?
- 7) Jaká preventivní opatření aplikujete u pacientů/klientů v prevenci imobilizačního syndromu?
- 8) Jaké jsou největší problémy/překážky v ošetrovatelské péči u pacientů s imobilizačním syndromem?
- 9) Jak vyhodnocujete stádia imobilizačního syndromu a kdo volí léčebný postup?
- 10) Jaké znáte projevy imobilizačního syndromu?
- 11) Jak často je prováděno polohování pacientů s imobilizačním syndromem?
- 12) Jakým způsobem je zajištěna rehabilitační péče?
- 13) Jaké přípravky používáte při péči o kůži?
- 14) Jaké antidekubitní a polohovací pomůcky máte k dispozici a jak je používáte?
- 15) Poskytuje Vám zaměstnavatel semináře týkající se imobilizačního syndromu?
Pokud ne, měla byste zájem o vzdělávání v této problematice?

(Zdroj: Vlastní výzkum, 2023)

Příloha 3: Souhlas s provedením výzkumu 1

SOUHLAS S PROVEDENÍM VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ PRO ÚČELY BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Vážená paní [REDACTED],

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v [REDACTED] České Budějovice, které bude součástí mé bakalářské práce na téma „Problematika imobilizačního syndromu v péči o seniory“.

Součástí výzkumu je pozorování, které je doplněno o krátký rozhovor a je zcela anonymní. Bakalářská práce je zpracována pod odborným dohledem Mgr. Jitky Doležalové, Ph.D.

Předem děkuji za Váš čas a vyjádření

Kateřina Petrášová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta: obor Všeobecné ošetřovatelství

Email: petrak03@zsf.jcu.cz

Mobil: [REDACTED]

S výzkumným šetřením SOUHLASÍM

NESOUHLASÍM

V Českých Budějovicích dne: 26. 6. 2023

[REDACTED]
[REDACTED]
Vrchní sestra

Příloha 4: Souhlas s provedením výzkumu 2

SOUHLAS S PROVEDENÍM VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ PRO ÚČELY BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Vážená paní [REDACTED]

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v [REDACTED] České Budějovice, které bude součástí mé bakalářské práce na téma „Problematika imobilizačního syndromu v péči o seniory“.

Součástí výzkumu je pozorování, které je doplněno o krátký rozhovor a je zcela anonymní. Bakalářská práce je zpracována pod odborným dohledem Mgr. Jitky Doležalové, Ph.D.

Předem děkuji za Váš čas a vyjádření

Kateřina Petrášová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta: obor Všeobecné ošetřovatelství

Email: petrak03@zsf.jcu.cz

Mobil: [REDACTED]

S výzkumným šetřením SOUHLASÍM

NESOUHLASÍM

V Českých Budějovicích dne: 16. 6. 2023

[REDACTED]

[REDACTED]

Ředitelka zařízení

Příloha 5: Vytvořený ošetrovatelský standard o pacienty s imobilizačním syndromem

Standardní ošetrovatelský postup

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O SENIORY S IMOBILIZAČNÍM SYNDROMEM

Název útvaru:

Číslo NS:

Připomínkové řízení do:

Průběh schvalování SOP

Odborný garant:

Schválil:

Datum:

Ověřil:

Datum:

Kontaktní osoba:

Nabývá účinnosti dne:

Držitel dokumentu:

Frekvence kontroly:

Datum:

Definice standardu

Ošetrovatelská péče o seniory s imobilizačním syndromem

Vymezení vybraných pojmů:

Senior – starší člověk, nejčastěji od věkové hranice 60-65 let, Imobilizační syndrom – soubor poškození, která jsou způsobena dlouhodobým pobytem na lůžku

Cíl standardu

Udržení či opětovné dosažení co nejvyšší soběstačnosti.

Indikace

- po operaci
- po úrazu
- špatný stav následkem choroby

Kontraindikace

- nespolupráce seniora
- bolesti

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Všeobecná sestra, diplomovaná sestra, praktická sestra, rehabilitační sestra, aktivizační pracovník.

S2 Pomůcky (přístroje)

Rehabilitační pomůcky, kompenzační pomůcky, přípravky na kůži

S3 Dokumentace

Ošetřovatelská dokumentace. Dekurz.

S4 Prostředí

Pokoj seniora. Lůžko seniora. Zařízení pro seniory.

KRITÉRIA PROCESU

Ošetřovatelský postup

• Povinnosti před výkonem

P1 Zhodnotit aktuální fyzický i psychický stav.

P2 Stanov plán péče ve spolupráci s lékařem a fyzioterapeutem.

P3 Příprava pomůcek.

P4 Informuj klienta o průběhu mobilizace a jejím významu.

P5 Požádej klienta o spolupráci.

• Povinnosti při vlastním výkonu

P6 Zvolit vhodnou kompenzační či rehabilitační pomůcku.

P7 Dbát na bezpečný průběh mobilizace.

P8 Pohledem a slovně kontrolovat klienta.

P9 Nepřecenit jeho fyzické síly.

P10 Slovně motivovat.

• Povinnosti po výkonu

P11 Ulož klienta do vhodné a bezpečné polohy.

P12 Klienta zhodnot' – pochval.

P13 Zkontroluj aktuální zdravotní stav a psychickou pohodu klienta po mobilizaci.

• Provedení záznamu do dokumentace

P14 Zaznamenat provedené výkony do dokumentace.

Komplikace

Odmítavý postoj klienta. Nevolnost. Dušnost. Únava. Změny TK, P.

Zvláštní upozornění

Věnovat zvýšenou pozornost stavu kůže.

KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Zajištění správné péče o seniory s imobilizačním syndromem.

Literatura

- BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel.* Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5333-1.

Zpracovatelé

Kateřina Petrášová

Kontrolní kritéria k auditu

Pracoviště:

Datum:

Auditoři:

Metody auditu:

- Dotaz/otázky pro sestru
- Dotaz/otázky pro klienta, rodinu
- Dotaz/otázky na zaměstnavatele
- Pozorování klienta, sestry
- Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise
- Kontrola pomůcek – pohledem, inventář
- Kontrola prostředí
- Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace – pohledem

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení
KRITÉRIA STRUKTURY		
S1	Znají sestry, kdo může provádět výkon?	Kontrola v osobním spise.
S2	Byly použity potřebné pomůcky?	Pozorování.
S3	Byla použita zdravotnická dokumentace?	Pozorování.
S4	Byl výkon proveden v určeném prostředí?	Pozorování.
KRITÉRIA PROCESU		
P1	Zhodnotila sestra aktuální fyzický i psychický stav?	Pozorování.
P2	Byl stanoven plán péče ve spolupráci s lékařem a fyzioterapeutem?	Pozorování. Pozorování.
P3	Byly připraveny správné pomůcky?	Pozorování.

P4	Byl informován klient o průběhu mobilizace a jejím významu?	Pozorování.
P5	Byl klient požádán o spolupráci?	Pozorování.
P6	Byla zvolena vhodná kompenzační či rehabilitační pomůcka?	Pozorování.
P7	Bylo dbáno na bezpečný průběh mobilizace?	Pozorování.
P8	Byl klient pohledem a slovně zkontrolován?	Pozorování.
P9	Nepřecenila sestra fyzickou sílu klienta?	Pozorování.
P10	Motivovala sestra slovně klienta?	Pozorování.
P11	Uložila sestra klienta do vhodné a bezpečné polohy?	Pozorování.
P12	Pochválila a zhodnotila sestra klientův výkon?	Pozorování.
P13	Zkontrolovala sestra aktuální stav a psychickou pohodu klienta po mobilizaci?	Pozorování.
KRITÉRIA VÝSLEDKU		
V1	Byla zajištěna správná péče o klienta s imobilizačním syndromem?	Pozorování.

Vysvětlivky:

S – kritéria struktury

P – kritéria procesu

V – kritéria výsledku

Kódy a jejich číslování v auditu odpovídají příslušným kritériím standardu.

(Zdroj: Vlastní výzkum, 2023)

9 Seznam tabulek

Tabulka 1 Identifikační údaje sester	28
Tabulka 2 Kategorizace výsledků	36
Tabulka 3 Projevy imobilizačního syndromu	38
Tabulka 4 Úskalí péče u pacientů s imobilizačním syndromem	39
Tabulka 5 Vyhodnocení imobilizačního syndromu a kdo volí léčebný postup	40
Tabulka 6 Četnost polohování pacientů sestrou	41
Tabulka 7 Využívané polohovací a antidekubitní pomůcky sestrami	42
Tabulka 8 Využívané přípravky při péči o kůži	43

10 Seznam grafů

Grafické znázornění 1 Ošetrovatelská péče u pacientů s imobilizačním syndromem ...29

11 Seznam zkratek

Aj – a jiné

Apod – a podobně

ČR – České republika

Např – například

P/K – pacient/klient

WHO – Světová zdravotnická organizace