

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Mgr. Viktória Dadykinová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Aplikace terapie do praxe při polohování pacientů na jednotkách intenzivní péče

Viktória Dadykinová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Mgr. Viktória Dadykinová**
Osobní číslo: **Z22359**
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce: **Aplikace teorie do praxe při polohování pacientů na jednotkách intenzivní péče**
Téma práce anglicky: **Application of theory to practice in patient positioning in intensive care units**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eliška Myšíková**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 10. března 2025

Prohlášení autora
Prohlašuji:

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

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

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 30.4.2025

Mgr. Viktória Dadykinová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Elišce Myšíkové za cenné rady a odborné vedení. Děkuji také všem respondentům, kteří byli ochotní vyplnit dotazník k mé závěrečné práci.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá aplikací terapeutických přístupů při polohování pacientů na jednotkách intenzivní péče. Teoretická část se věnuje průzkumu polohování, jeho zásadám, cílům, způsobům a pomůckám, včetně specifických hledisek, jako je bazální stimulace, kinestetická manipulace a Bobath koncept. Průzkumná část analyzuje problematiku polohování na základě empirického šetření, jeho metodologie a získaných výsledků. Práce přináší návrhy a doporučení pro zlepšení praxe v intenzivní péči.

KLÍČOVÁ SLOVA

Bazální stimulace, Bobath koncept, intenzivní péče, kinestetika, polohování, terapeutické přístupy.

TITLE

Application of therapy in practice when positioning patients in intensive care units.

ANNOTATION

The bachelor's thesis deals with the application of therapeutic approaches in the positioning of patients in intensive care units. The theoretical part is dedicated to the importance of positioning, its principles, goals, methods and aids, including specific aspects such as basal stimulation, kinesthetic manipulation and the Bobath concept. The research part analyzes the issue of positioning on the basis of empirical research, its methodology and obtained results. The work brings suggestions and recommendations for improving practice in intensive care.

KEYWORDS

Basal stimulation, Bobath concept, intensive care, kinesthetics, positioning, therapeutic approaches.

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíl práce.....	13
1.1.1 Dílčí průzkumné cíle.....	13
2 Teoretická část.....	14
2.1 Intenzivní péče.....	14
2.2 Polohování pacientů a jeho význam.....	15
2.2.1 Zásady polohování pacientů.....	16
2.2.2 Indikace polohování.....	16
2.2.3 Kontraindikace polohování.....	17
2.2.4 Cíle polohování pacientů.....	19
2.2.5 Způsoby polohování pacientů (typy poloh).....	20
2.2.6 Pomůcky k polohování pacientů.....	22
2.3 Hlediska polohování pacientů.....	22
2.3.1 Polohování pacientů z hlediska bazální stimulace.....	23
2.3.2 Polohování z hlediska kinestetické manipulace.....	23
2.3.3 Polohování z hlediska Bobath konceptu.....	24
2.3.4 Polohování z hlediska Vojtovy metodiky.....	24
2.3.5 Polohování z hlediska proprioceptivní neuromuskulární facilitace.....	25
3 Průzkumná část.....	26
3.1 Metodologie průzkumu a popis nástroje.....	26
3.1.1 Průzkumný vzorek.....	26
3.1.2 Organizace průzkumu.....	30
3.2 Výsledky průzkumu.....	30
4 Diskuze.....	47
4.1 Shrnutí významných poznatků.....	47
4.2 Návrhy a doporučení pro praxi.....	49

4.3	Splnění stanovených cílů	50
5	Závěr	51
6	Použitá literatura	53
7	Přílohy.....	57

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 – Pohlaví	27
Obrázek 2 – Věkové rozložení	28
Obrázek 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání	29
Obrázek 4 – Délka odborné praxe na jednotce intenzivní péče	30
Obrázek 5 – Odpovědnost za polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	31
Obrázek 6 – Nejčastěji polohy využívané u pacientů na jednotce intenzivní péče	32
Obrázek 7 – Frekvence polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	33
Obrázek 8 – Nejčastěji využívané polohovací pomůcky pro polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	35
Obrázek 9 – Dostupnost pomůcek usnadňujících manipulaci s pacienty na jednotce intenzivní péče	36
Obrázek 10 – Spokojenost respondentů s dostupnými polohovacími pomůckami na jednotce intenzivní	37
Obrázek 11 – Zájem respondentů o další polohovací pomůcky na jednotce intenzivní péče	38
Obrázek 12 – Zkušenosti respondentů s komplikacemi v souvislosti s polohováním pacientů na jednotce intenzivní péče	39
Obrázek 13 – Determinanty náročnosti v oblasti polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	40
Obrázek 14 – Využívání speciálních terapeutických konceptů při polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	41
Obrázek 15 – Spolupráce respondentů při polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	42
Obrázek 16 – Dostatek personálu pro potřebné polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	43
Obrázek 17 – Zdroje získání znalostí a dovedností potřebných k polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	44
Obrázek 18 – Zájem respondentů o další vzdělávání v oblasti polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	45
Obrázek 19 – Návrhy respondentů na změny či zlepšení v souvislosti s problematikou polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	46
Tabulka 1 – Pohlaví	27
Tabulka 2 – Věkové rozložení	27

Tabulka 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání	28
Tabulka 4 – Délka odborné praxe na jednotce intenzivní péče.....	29
Tabulka 5 – Provádění polohování pacientů na jednotce intenzivní péče na základě ordinace lékaře.....	30
Tabulka 6 – Odpovědnost za polohování pacientů na jednotce intenzivní péče.....	31
Tabulka 7 – Využívání polohování v rámci poskytování intenzivní péče pacientům.....	32
Tabulka 8 – Nejčastěji polohy využívané u pacientů na jednotce intenzivní péče	32
Tabulka 9 – Frekvence polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	33
Tabulka 10 – Využívání polohovacích pomůcek k polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	34
Tabulka 11 – Nejčastěji využívané polohovací pomůcky pro polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	34
Tabulka 12 – Dostupnost pomůcek usnadňujících manipulaci s pacienty na jednotce intenzivní péče	35
Tabulka 13 – Spokojenost respondentů s dostupnými polohovacími pomůckami na jednotce intenzivní	36
Tabulka 14 – Zájem respondentů o další polohovací pomůcky na jednotce intenzivní péče	37
Tabulka 15 – Zkušenosti respondentů s komplikacemi v souvislosti s polohováním pacientů na jednotce intenzivní péče.....	39
Tabulka 16 – Determinanty náročnosti v oblasti polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	40
Tabulka 17 – Využívání speciálních terapeutických konceptů při polohování pacientů na jednotce intenzivní péče.....	41
Tabulka 18 – Spolupráce respondentů při polohování pacientů na jednotce intenzivní péče.....	42
Tabulka 19 – Dostatek personálu pro potřebné polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	43
Tabulka 20 – Zdroje získání znalostí a dovedností potřebných k polohování pacientů na jednotce intenzivní péče.....	44
Tabulka 21 – Zájem respondentů o další vzdělávání v oblasti polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	45
Tabulka 22 – Návrhy respondentů na změny či zlepšení v souvislosti s problematikou polohování pacientů na jednotce intenzivní péče	46

Seznam zkratk a značek

ARIP	specializační vzdělávání v oboru Intenzivní péče
ČR	Česká republika
ICU	multioborové jednotky intenzivní péče
IMP	intermediární péče
JIP	jednotka intenzivní péče
USA	Spojené státy americké

ÚVOD

Polohování pacientů na jednotkách intenzivní péče je nedílnou součástí ošetrovatelské a lékařské péče. Tato činnost není pouze technickým úkolem, nýbrž je zcela zásadní terapeutickou intervencí. Jejím cílem je optimalizovat fyziologické funkce pacientů, předcházet komplikacím a zajistit jejich komfort. Specifika polohování na jednotkách intenzivní péče vyplývají z náročného stavu pacientů. Často se jedná o pacienty v kritickém stavu, kteří jsou připojeni na přístrojovou podporu životních funkcí a vyžadují kontinuální monitoraci (Ippolito et al., 2022).

Polohování pacientů na jednotkách intenzivní péče lze považovat v současné zdravotnické praxi aktuální. Správné polohování pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko představuje významný aspekt kvalitní péče. Zároveň má přímý vliv na prevenci celé řady nežádoucích komplikací. Přispívá rovněž k celkovému komfortu pacientů a podporuje proces rehabilitace. Díky neustálému vývoji metod a pomůcek pro polohování lze pokládat za nezbytné, aby zdravotnický personál disponoval aktuálními poznatky a uměl je efektivně aplikovat v praxi (Veverková a kolektiv, 2019, s. 43).

Bakalářská práce je rozdělena do dvou oddílů. Teoretická část shromažďuje informace z odborné literatury, které jsou oporou pro průzkum. Obsahuje kapitoly, které charakterizují teoretické poznatky o správných postupech a zásadách polohování. V dnešní době jsou při polohování pacientů využívány různé metody, jako je bazální stimulace, kinestetická manipulace nebo Bobath koncept, které přinášejí další benefity z hlediska prevence komplikací a podpory rekonvalescence. Průzkumná část je založena na kvantitativním typu průzkumu, klade si za cíl přispět k lepšímu porozumění významu polohování pacientů na jednotkách intenzivní péče, včetně podpory aplikace moderních terapeutických přístupů v intenzivní praxi.

Hlavním důvodem pro výběr tohoto tématu je rostoucí důraz na individualizovanou péči o pacienty na jednotkách intenzivní péče, stejně tak i potřeba efektivnějších a bezpečnějších metod polohování pacientů. Dalším motivem pro řešení této problematiky je vlastní odborný zájem o tuto oblast ve snaze přispět k lepší orientaci zdravotnických pracovníků v různých terapeutických přístupech k polohování pacientů na jednotkách intenzivní péče.

1 CÍL PRÁCE

Cíle teoretické části

- Popsat problematiku polohování pacientů na jednotkách intenzivní péče, včetně jeho zásad, cílů, indikací, typů poloh a pomůcek využívaných za tímto účelem.

Cíle průzkumné části

- Zjistit nejčastější způsoby realizace polohování pacientů na chirurgické jednotce intenzivní péče ve vybraném zdravotnickém zařízení.
- Popsat využívání terapeutických konceptů při polohování pacientů.
- Zjistit potřeby zdravotnického personálu v oblasti polohování pacientů.

1.1.1 Dílčí průzkumné cíle

V souladu s průzkumným cílem práce jsou stanoveny následující dílčí průzkumné cíle:

1. Zjistit, zda je polohování pacientů prováděno na základě ordinace lékaře a kdo za něj nese odpovědnost.
2. Analyzovat frekvenci a nejčastěji používané typy poloh u pacientů na jednotkách intenzivní péče.
3. Posoudit využití a dostupnost polohovacích pomůcek a pomůcek usnadňujících manipulaci s pacienty v rámci intenzivní péče, včetně posouzení spokojenosti všeobecných sester s těmito pomůckami.
4. Identifikovat nejčastější komplikace a obtíže spojené s polohováním pacientů na jednotkách intenzivní péče.
5. Zjistit, zda všeobecné sestry na jednotkách intenzivní péče využívají prvků speciálních terapeutických konceptů (bazální stimulace, kinestetické manipulace či Bobath konceptu).
6. Prozkoumat spolupráci zdravotnického personálu při polohování pacientů na jednotkách intenzivní péče.
7. Zmapovat zdroje znalostí a dovedností všeobecných sester potřebných k polohování pacientů na jednotkách intenzivní péče a jejich potřeby v oblasti dalšího vzdělávání.
8. Navrhnout opatření ke zlepšení procesu polohování pacientů na jednotkách intenzivní péče.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Intenzivní péče

Prvopočátky intenzivní péče sahají do období krymské války v letech 1854 až 1856. Zasloužila se o ně anglická ošetrovatelka Florence Nightingale a její tým 37 dobrovolných sester působících ve válečné nemocnici ve Scutari (Drábková, 2021).

Kořeny moderní intenzivní péče spadají do počátku 2. poloviny 20. století. Tehdy započaly první resuscitační postupy u pacientů se srdeční zástavou (Maláska et al., 2020, s. 22).

Původně byla intenzivní péče označována jako „medicína kritických až akutně život ohrožujících stavů“. Tento pojem vznikl ve Spojených státech amerických (USA) a zasloužili se o něj fyziolog a kardiolog se znalostmi biomedicínského inženýrství, farmakologie Dr. Max Harry Weil a kardiolog Dr. Herbert Shubin. V České republice (ČR) jsou počátky intenzivní medicíny a péče datovány od roku 1945, tedy po skončení 2. světové války. Přispěli k nim znovu se vracějící čeští anesteziologové z Velké Británie, jmenovitě Lev Spinadel, Jana Pastorová a Hugo Keszler (Drábková, 2021).

V současné době je intenzivní lékařství zcela samostatným a dynamicky se rozvíjejícím medicínským oborem (Maláska et al., 2020, s. 21).

Eskalace rozvoje intenzivní medicíny je od konce 20. století podpořena a urychlena vývojem dalších oborů, zejména medicínské techniky, digitalizace, umělé inteligence, telemedicíny či robotizace. V současném pojetí intenzivní medicíny jsou uplatňovány soudobé trendy v oblasti humanizace a komunikace, prognostiky, řešení hybridních rizik a využití současných zobrazovacích možností (Drábková, 2021).

Intenzivní lékařství je tzv. multidisciplinárním oborem přesahujícím nad rámec vlastních prostor jednotek intenzivní péče. Pro termín tento termín lze nalézt mnoho vymezení. Společným prvkem definic intenzivní medicíny je však vzniklá či hrozící orgánová dysfunkce, kdy jsou ohroženy vitální (fyziologické) funkce pacientů (tj. vědomí, tělesná teplota, krevní tlak, tepová a dechová frekvence), čímž je nezbytné poskytování orgánově specifické podpory (Maláska et al., 2020, s. 22).

Z výše uvedeného textu lze upřesnit základní terminologické pojmy z oblasti intenzivní medicíny jako je „intenzivní medicína“, „medicína kritických stavů“ a „intenzivní péče“. Pojmu „intenzivní medicína“ se využívá především na Evropském kontinentu a v Austrálii. Výraz „medicína kritických stavů“ je využíván v USA. Nicméně v obou případech se jedná o totožné

obory. Nutno však podotknout, že v některých případech je pojem „intenzivní medicína“ používán ve smyslu popisu oboru, a termín „intenzivní péče“ za účelem popisu procesů. Intenzivní péče je poskytována na tzv. jednotkách intenzivní péče (JIP), taktéž Intensive Care Unit. V zahraničí jsou pracoviště intenzivní péče označována Critical Care Unit.

V některých českých zdravotnických zařízeních neustále přetrvává v organizaci intenzivní péči určitá dichotomie. V podmínkách ČR totiž existuje tzv. resuscitační péče na straně jedné. Ta je pokládána za intenzivní péči nejvyššího stupně. Dále zde existují tzv. oborové JIP vedené příslušnými specializacemi na straně druhé, označované jako High-Dependency Unit. Rovněž dochází ke spojování uvedených oborových JIP a resuscitační péče (tedy intenzivní péče nejvyššího typu) v tzv. multioborové JIP, označované ICU. Kromě těchto existují taky specializované ICU, a sice koronární jednotka, neonatologická jednotka, popáleninová jednotka, pediatrická jednotka intenzivní péče a pooperační jednotky. Určitý mezistupeň mezi těmito představuje tzv. intermediární péče (IMP), která je provozována na tzv. jednotkách IMP (Maláska et al., 2020, s. 23-24).

Akutní a intenzivní péči lze považovat po mnoha stránkách za velice náročnou. Tuto skutečnost potvrzuje mnoho odborníků. Prvními z nich jsou autorky Tomsová a Zelená (2014, s. 118.) Ekonomickou náročnost obecné i specifické intenzivní medicíny, co se zdrojů, zpřesňování spolehlivých prognostik a ekonomické strategie týče, připouští i Drábková (2021). Taktéž Maláska et al. (2020, s. 22) považují intenzivní péči za náročnou specializaci, co podle nich plyne z charakteru spektra pacientů a poskytované péče. Na základě tohoto je možné konstatovat, že intenzivní péče je velmi náročná, a to jak z hlediska poskytované lékařské péče, ošetrovatelské péče, tak z hlediska personálního a materiálního zajištění či finanční náročnosti. (Drábková, 2021)

2.2 Polohování pacientů a jeho význam

Polohováním pacientů se rozumí „*umístění pacientova těla nebo jeho částí do určité polohy, tak aby se cítil pohodlně a jeho poloha nemohla způsobit poškození zdraví*“ (Veverková a kolektiv, 2019, s. 43).

Pobyt pacientů na JIP vede k řadě faktorů, které omezují jejich pohyblivost. K těmto faktorům náleží hemodynamická nestabilita, změna rytmu spánku a bdění, používání invazivních zařízení, udržování nucených poloh pro terapeutické účely a sedaci za účelem mechanicky udržitelnější ventilace. Ve všech kontextech omezené (snížené) mobility pacientů je zapotřebí zabývat se možnými potenciálními důsledky tohoto funkčního omezení. Preventivní a taky

multidisciplinární přístup k polohování a mobilizaci pacientů je nezbytný pro zabránění vzniku komplikací a zlepšení kvality života pacientů. Sousa et al. (2020, s. 1 028) zdůrazňuje význam polohování pacientů na základě prevalence tlakových poranění na JIP. Ta je poměrně vysoká, v praxi tvoří 13,1 až 45,5 % případů. (Ippolito et al.,2022).

2.2.1 Zásady polohování pacientů

V rámci polohování pacientů (tedy při výběru polohy pacientů) je třeba vzít v úvahu více faktorů. Tyto faktory zahrnují především věk pacientů, jejich hmotnost, velikost a anamnézu, včetně respiračních nebo oběhových poruch (Armstrong, Moore [online], 2022). Další zásadou polohování pacientů je správné načasování změny polohy. Polohování pacientů musí probíhat v pravidelných intervalech. Je nutno respektovat preferovanou polohu pacientů. Ohled je nezbytné brát i na snášenlivost pacientů na změny polohy. Polohování je nutné provádět každé 2 hodiny. V případech, kdy pacienti leží na matracích umožňujících správné rozložení tlaku, může být tento interval prodloužen až na 4 hodiny. Při manipulaci s pacienty musí být dodržována základní pravidla. Jedním z nich je třeba nadzvedávání pacientů, nikoliv jejich pouhé posouvání či táhnutí po lůžku. K zásadám polohování pacientů patří taktéž zajištění bezpečí, pohodlnosti a bezbolestnosti pacientů, kontrola kůže pacientů při změnách polohy (Veveřková a kolektiv, 2019, s. 43).

2.2.2 Indikace polohování

Polohování pacientů je základní ošetrovatelský úkon, který má nejen preventivní, ale též terapeutickou roli. Cílem polohování je optimalizovat fyziologické funkce pacienta, předcházet komplikacím spojeným s dlouhodobou imobilitou a zajišťovat pacientovi co nejvyšší komfort. Indikace pro polohování vycházejí z aktuálního klinického stavu pacienta a jsou stanovovány individuálně na základě specifických potřeb každého nemocného. Jednou z nejčastějších indikací pro polohování je prevence a léčba dekubitů, známých i jako proleženiny. U pacientů s omezenou pohyblivostí dochází v důsledku dlouhodobého tlaku na měkké tkáně k ischemii, což může vést až k tvorbě dekubitů. Aby se předešlo jejich vzniku, je nezbytné pravidelně měnit polohu pacienta v intervalu 2 až 3 hodin. Tento krok výrazně snižuje riziko vzniku proleženin tím, že dochází k redistribuci tlaku na tělesný povrch, což podporuje cirkulaci a zajišťuje dostatečný přísun kyslíku do tkání (Procházková, 2014).

Jednou z nejvýznamnějších indikací polohování je podpora dýchacích funkcí a zlepšení oxygenace. U pacientů s akutní dechovou tísní, například při syndromu akutní dechové tísně

(ARDS), u nich se osvědčila zejména pronační poloha (ležení na břiše), která zlepšuje ventilaci plicních zadních částí a podporuje efektivnější výměnu plynů. Tento přístup je běžně využíván na jednotkách intenzivní péče, zejména u pacientů se zhoršenou oxygenací, kdy standardní ventilační strategie selhávají. U pacientů trpících kardiální insuficiencí nebo dušností je vhodná poloha polosedu, která usnadňuje dýchání a snižuje zátěž na srdce (Malíková, 2022).

Polohování také slouží k prevenci hypostatické pneumonie, jež vzniká v důsledku stagnace sekretu v dolních dýchacích cestách. Střídání poloh aktivuje různé plicní segmenty, což usnadňuje drenáž bronchiálního sekretu a snižuje riziko infekce. Tento proces je často kombinován s dechovou rehabilitací a fyzioterapií, která podporuje obnovu plicní funkce, přispívá k prevenci infekčních komplikací (Doležalová, 2012).

Další důležitou indikací pro polohování je prevence hluboké žilní trombózy, zejména u pacientů s dlouhodobou imobilizací. U těchto pacientů je riziko vzniku trombózy dolních končetin zvýšené v důsledku omezené svalové činnosti a zpomalení návratu žilní krve. Aktivní a pasivní změna poloh pomáhá stimulovat krevní oběh, čímž se snižuje riziko vzniku stagnace krve a tím rozvoje trombózy. U pacientů s neurologickými problémy, například po cévní mozkové příhodě nebo u pacientů v bezvědomí, hrozí rychlé omezení rozsahu pohybu v kloubech a zkrácení svalových struktur. Pravidelným a správně vedeným polohováním je možné udržet klouby ve funkčním postavení, čímž se předchází rozvoji kontraktur a deformit. Tato prevence je klíčová pro udržení pohyblivosti a minimalizaci následných komplikací. Z psychologického hlediska změna polohy pozitivně ovlivňuje pacientovu orientaci v prostoru a čase, čímž se snižuje riziko vzniku deliria. Tento efekt je významný zejména u pacientů v dlouhodobé péči, kde pravidelný pohyb může přispět k psychické stimulaci a zlepšení celkového duševního stavu (Procházková, 2014).

Indikace polohování pacientů nejsou pouze preventivní, ale mají rovněž terapeutickou funkci, která podporuje základní životní funkce. Polohování by mělo být vždy plánováno, zdokumentováno a přizpůsobeno individuálním potřebám každého pacienta. Vhodně prováděné polohování přispívá k prevenci komplikací, jako jsou dekubity, pneumonie, trombózy, a kontraktury, a zároveň zlepšuje psychickou pohodu nemocného (Malíková, 2022).

2.2.3 Kontraindikace polohování

Polohování je obecně považováno za bezpečnou a prospěšnou techniku, která se využívá při ošetrovatelské péči, avšak v určitých situacích může být nevhodné nebo dokonce rizikové.

Mluvíme o kontraindikacích, které je nezbytné vzít v úvahu při plánování ošetrovatelské péče. Ignorování těchto kontraindikací může vést k vážnému zhoršení zdravotního stavu pacienta. Kontraindikace mohou být absolutní (polohování je zcela zakázáno) nebo relativní (je nutné zvýšit opatrnost a upravit techniku polohování). (Doleželová, 2021).

Mezi nejzávažnější absolutní kontraindikace patří nestabilní poranění páteře, zejména v oblasti krční nebo hrudní části, při kterých hrozí poškození míchy. V těchto případech je důležité zachovávat polohu v ose těla a používat speciální imobilizační techniky, aby se minimalizovalo riziko dalších komplikací (Doleželová, 2021). Další významnou kontraindikací je akutní nitrolební hypertenze, kdy některé polohy, například Trendelenburgova, mohou zvyšovat intrakraniální tlak a ohrozit perfuzi mozku (Horáková, 2020). U pacientů s nestabilním hemodynamickým stavem může polohování vést k hypotenzi, synkopám nebo zhoršení oběhové kompenzace, což vyžaduje pečlivý dohled a monitorování během jakékoliv manipulace (Nováková, 2022).

Relativní kontraindikace zahrnují stavy, kdy je možné polohování provádět, avšak je potřeba přizpůsobení techniky a důsledné sledování reakce pacienta. Mezi tyto stavy patří zlomeniny pánve nebo dolních končetin, kde hrozí dislokace úlomků při manipulaci s tělem. V těchto případech je doporučeno volit pasivní nebo šetrné polohy s použitím ortopedických pomůcek. Další relativní kontraindikací jsou dekubity v pokročilém stádiu, u kterých je nutné volit polohy, které minimalizují tlak na postižené místo, případně využít antidekubitní pomůcky. U pacientů s dýchacími obtížemi je nutné upravit polohu tak, aby pacient lépe toleroval určité polohy, například místo vleže na zádech je doporučeno volit polohy v polosedě nebo vsedě, čímž se usnadní dýchání (Malíková, 2022, Horáková, 2020).

Dále je nutné zohlednit subjektivní diskomfort pacienta, zejména u vědomých pacientů, u pacientů s kognitivními poruchami nebo úzkostí. V těchto případech je třeba s pacientem komunikovat, vysvětlit účel polohování a přizpůsobit polohu tak, aby byla co nejpříjemnější a nejkomfortnější pro pacienta (Nováková, 2022).

Důležitým prvkem v prevenci komplikací je dostatečné vzdělání a zkušenosti zdravotnického personálu. Ošetrovatel by měl být schopen rozpoznat kontraindikace, adekvátně na ně reagovat a upravit polohování tak, aby bylo bezpečné a efektivní (Malíková, 2022).

2.2.4 Cíle polohování pacientů

Polohování pacientů na jednotkách intenzivní péče (JIP) představuje jeden z klíčových aspektů ošetrovatelské péče, který má zásadní význam pro udržení zdraví pacientů a prevenci komplikací. Vzhledem k tomu, že pacienti na JIP bývají často v kritickém stavu, polohování přispívá k prevenci řady nežádoucích následků, jako jsou dekubity, trombózy, respirační problémy a bolest. Cílem polohování je nejen zlepšení celkového zdravotního stavu pacienta ale i prevence negativních efektů dlouhodobé imobility (Kreuzer, 2019).

Jedním z nejdůležitějších cílů polohování na JIP je prevence vzniku dekubitů, což jsou kožní léze vznikající v důsledku dlouhodobého tlaku na určité části těla, především na místech kostních výběžků (např. paty, hýždě, lokty). Pacienti, kteří jsou dlouhodobě imobilizováni, mají vyšší riziko vzniku dekubitů. Pravidelným a správným polohováním, které zmírňuje tlak na pokožku a podkožní tkáň, se riziko těchto kožních lézí výrazně snižuje. K tomu slouží například změny polohy těla v pravidelných intervalech, případně použití speciálních matrací a polštářů, které rovnoměrně rozkládají tlak (Zeleníková et al., 2020).

Polohování má také zásadní význam pro zlepšení respiračních funkcí pacientů. U pacientů, kteří trpí respiračními problémy, jako je akutní respirační distresový syndrom (ARDS) nebo selhání dýchání, může správné polohování pomoci optimalizovat ventilaci plic a tím zlepšit okysličování organismu. Například poloha na břiše, známá jako „prone positioning“, je u pacientů s ARDS efektivní technikou, která umožňuje lepší rozložení plicní perfúze a ventilace, což vede ke zlepšení okysličení a snížení rizika rozvoje dalších komplikací (Mikkelsen et al., 2019).

Dalším cílem polohování je prevence trombóz, zejména hluboké žilní trombózy (DVT), která je častým problémem u imobilizovaných pacientů. Dlouhodobé ležení bez pohybu způsobuje stagnaci krve v dolních končetinách, což zvyšuje riziko vzniku krevních sraženin. Správným polohováním, které zajišťuje lepší prokrvení a aktivaci svalů dolních končetin, se riziko trombóz snižuje. K tomu mohou být použity podpůrné techniky, jako jsou kompresní punčochy nebo pasivní pohyby končetin. Aktivace svalů, i když se pacient nachází v posteli, napomáhá lepšímu žilnímu návratu a snižuje riziko vzniku krevních sraženin (Perkins & McCarthy, 2021). Polohování rovněž hraje důležitou roli v zajištění komfortu pacienta. Imobilní pacienti mohou pociťovat bolest, svalovou ztuhlost a nepohodlí, pokud jsou dlouhodobě vystaveni jedné poloze. Pravidelná změna polohy zmírňuje tyto nepříjemnosti a zajišťuje lepší komfort. To má pozitivní dopad na celkové psychické zdraví pacienta, neboť pocit bolesti nebo nepohodlí může vést k frustraci a zhoršení jeho celkového stavu. V kombinaci s použitím ortopedických

podpůrných pomůcek, jako jsou speciální matrace, může správné polohování významně přispět k zajištění lepšího pohodlí pro pacienta (Moore et al., 2018).

Kromě fyzických aspektů má polohování také psychologické výhody. Pacienti na JIP jsou často vystaveni vysoké míře stresu, úzkosti a bezmoci. Pravidelná změna polohy a přizpůsobení péče jejich potřebám může zlepšit jejich psychickou pohodu a poskytuje jim pocit, že o ně je dobře postaráno. Interakce s ošetrovatelským personálem při polohování, stejně jako zlepšení jejich fyzického stavu, mohou pozitivně ovlivnit jejich celkové vnímání situace a zlepšit jejich emoční stabilitu. Kromě toho správná polohování může pomoci při zmírnění bolesti a úzkosti, což má klíčový význam pro rehabilitaci a zotavení (Barkin et al., 2017).

Na závěr je třeba zdůraznit, že polohování pacientů na jednotkách intenzivní péče je komplexní a dynamický proces, který musí být přizpůsoben individuálním potřebám každého pacienta. Vhodně zvolené techniky polohování mají zásadní význam pro prevenci komplikací, zlepšení celkového zdravotního stavu pacienta a zajištění jeho pohodlí a psychické pohody. Správné polohování je součástí širokého spektra ošetrovatelské péče, která se musí neustále přizpůsobovat změnám stavu pacienta a jeho specifickým potřebám (Shin et al., 2022).

2.2.5 Způsoby polohování pacientů (typy poloh)

Pro polohování pacientů se využívá několika způsobů (typů poloh). V poloze na zádech leží pacient vodorovně na zádech s mírně pokrčenými nebo nataženými dolními končetinami. Hlava je podložena malým polštářkem nebo je bez polštáře. Horní končetiny leží zpravidla volně podél těla. V této poloze dochází k uvolnění břišního svalstva. Leží-li pacient na pravém boku, má pokrčenou levou dolní končetinu, která se opírá o lůžko a fixuje pacienta v této poloze. Poloha na boku se používá jako plná, kdy trup nemocného svírá se základem lůžka úhel 90°, mírná – úhel trupu se základem lůžka tvoří 30° a střední, kdy je tento úhel 45°. Leží-li pacient na levém boku, je potřeba upravit pokrčenou pravou dolní končetinu opačně. Při využití polohovacích pomůcek je vhodné pro lepší stabilitu pacienta flektovat obě dolní končetiny. Při této poloze je nutno dbát na to, aby pacient neležel na horní končetině. Jako prevence dekubitů se mezi klouby kolenní a hlezenní vkládá molitanová podložka. Poloha na boku se využívá po operacích a zejména při střídání poloh jako prevence proleženin (Kovářová, 2021; Nováková, 2022).

V poloze na břicho je pacient bez polštáře, pokud toleruje asymetrickou polohu hlavy. Nutno střídát otočení hlavy vlevo nebo vpravo. Pokud pacient netoleruje asymetrickou polohu hlavy, je hlava opřena o čelo, podložena ručníkem, aby mohl nemocný dýchat. Pod břicho lze podložit malý polštářek, který brání nepříjemnému, někdy až bolestivému prohnutí bederní páteře

(hyperlordóze). Je-li hlava v asymetrické poloze, je paže na obličejové straně vysunuta vzhůru k hlavě, loket je ve flexi, hřbet ruky je možné podsunout pod čelo. Na straně záhlaví je paže podél těla vzad, loket je natažený a dlaň směřuje ke stropu. Je-li hlava v symetrické poloze, jsou paže položeny u hlavy, lokty jsou ohnuté do pravého úhlu (tzv. svícen) nebo leží obě paže podél těla, lokty jsou natažené, dlaně směřují ke stropu. Dolní končetiny jsou v kyčelních kloubech a kolenních kloubech v extenzi, špičky volně visí přes okraj matrace. Není-li v dolní části lůžka dostatek prostoru, podkládáme nártu tak, aby špičky volně visely. Je možné podkládat bérce, aby bylo dosaženo flexe v kolenních kloubech. Tato poloha je pacienty vnímána jako nejméně pohodlná (Nováková, 2022; Kovářová, 2021).

Fowlerova poloha je tá, kdy má pacient zvýšenou horní polovinu těla (trup) prostřednictvím podpěry, resp. podhlavního panelu. Svírá-li trup se základem lůžka úhel 45° , jde o Fowlerovu polohu mírnou (semiFowlerovu) Je-li úhel mezi trupem a základem lůžka 90° , jde o Fowlerovu polohu plnou. Aby pacient nesjížděl do dolní části lůžka, je v současné době doporučována mírná flexe v kolenních kloubech pomocí molitanového válce anebo rozsáhlejší flexe prostřednictvím zvýšeného nožního panelu. Pro snížení tlaku na kostrč a sedací kosti lze pacientovi podložit pod hýždě podložní kolo, pod paty je vhodné vložit věnečky nebo vytvořit patěnky, které snižují riziko vzniku dekubitů na patách. V této poloze je nutné sledovat hlavu pacienta, aby nedocházelo k jejímu extrémnímu záklonu nebo naopak k jejímu extrémnímu předklonu. Fowlerova poloha se využívá pro pacienty s chorobami srdce a plic, u některých nemocných po operaci dutiny hrudní a dutiny břišní. Tato poloha zajišťuje optimální plicní ventilaci a je vhodná u pacientů s rizikem vzniku bronchopneumonie a seniorů. Pokud je pacient zesláblý, snadno se v této poloze v lůžku sesouvá a poloha ztrácí svůj význam. Navíc při uplatňování střížné síly v oblasti hýždí hrozí poškození kůže a vznik dekubitů (Malíková, 2023, Kyasová, 2009).

Ortopnoická poloha se používá při selhávání srdeční činnosti nebo při záchvatech dušnosti. Při ortopnoické poloze usedá pacient na lůžko, má spuštěné dolní končetiny z lůžka a horní končetiny se opírají o pelest nebo jídelní stůl nebo okraj židle. Často pacient usedá i mimo lůžko. Vsedě při fixaci pažního pletence se uplatňují pomocné dýchací svaly. Ve spuštěných dolních končetinách se hromadí krev a snižuje se nároky na plicní oběh (Kyasová, 2009).

Trendelenburgova poloha znamená, že hrudník a hlava jsou níž než dolní končetiny. Poloha se upravuje prostřednictvím polohovatelného základu lůžka. Pacient leží bez polštáře, horní končetiny má volně podél trupu, dolní končetiny mohou být v mírné flexi v kyčelních kloubech i kolenních kloubech. Chodidlo by mělo být udržováno v pravém úhlu k bérce. Poloha zajišťuje lepší prokrvení mozku, využívá se také při abortus iminens (Kyasová, 2009).

2.2.6 Pomůcky k polohování pacientů

Pomůcky k polohování pacientů slouží k podepření pacientů v určitých pozicích. Kvalitní ošetrovatelská péče se neobejde bez používání profesionálního polohovacích pomůcek určených k polohování pacientů a vyrobených z vysoce kvalitních materiálů. Pro polohování pacientů lze využít celou řadu v současné době existujících a dostupných polohovacích pomůcek. V této souvislosti se však nemusí jednat jen o polohovací pomůcky v pravém slova smyslu, ale rovněž o pomůcky k prevenci vzniku proleženin (Uwe, 2019, s. 13). Riziko vzniku dekubitů u kriticky nemocných se snižuje pravidelnou repozicí pacientů (Rajendram et al., 2017, s. 181).

Polohovacími pomůckami se rozumí pomůcky určené k umístění částí těla pacienta (zejména hlavy, trupu a končetin) do terapeuticky vhodných poloh a zároveň k udržení pacienta v těchto pozicích. Účelem tohoto je zmírnění bolesti, zabránění poškození kloubů, vzniku kontraktur. Současně je jejich účelem dočasné odlehčení tlaku jednotlivých částí těla pacienta. Pomůcky pro prevenci vzniku dekubitů jsou určeny osobám upoutaným na lůžko či osobám trvale sedícím (Uwe, 2019, s. 14). Antidekubitní pomůcky slouží k odstranění či zmírnění tlaku na postiženou oblast. K těmto pomůckám patří zejména podložky, antidekubitní matrace, rehabilitační polohovací pomůcky ze studené pěny nebo syntetického rouna (např. klíny, opěrky, chrániče na lokty a paty), rehabilitační polohovací pomůcky perličkové, nafukovací, gelové polohovací pomůcky – např. návleky na končetiny, chrániče pat a loktů, podložní kola bez otvoru uprostřed (Pokorná et al., 2019, s. 27-28).

2.3 Hlediska polohování pacientů

Polohování pacientů a jeho správné provedení jsou základními předpoklady prevence komplikací, zvláště pokud se jedná o dlouhodobě ležící pacienty. V praxi jsou uplatňovány kromě základních polohovacích způsobů za účelem prevence proleženin a imobilizačního syndromu, rovněž další terapeutické koncepty. Mezi ty nejpoužívanější patří Bobath a taky kinestetický koncept. Jedná se o shrnující poznatky pro co nejlepší polohování pacientů. Jejich cílem je taktéž předcházení mnohdy zbytečným komplikacím, které mohou vznikat a v praxi velmi často vznikají dlouhodobou imobilizací pacientů. Využívání různých terapeutických přístupů a konceptů lze považovat za velmi přínosné, a to nejen pro samotné pacienty, ale také pro ošetřující zdravotnický personál. Právě z pohledu zdravotnického personálu pečujícího o imobilní pacienty je přesunování pacientů, využívání pomůcek a zajištění bezpečnosti těmi nejnáročnějšími činnostmi jejich povolání. Tuto skutečnost komplikuje mnoho faktorů, zejména hmotnost pacientů či omezené fyzické možnosti ošetřujícího zdravotnického

personálu. Využití speciálních terapeutických konceptů (jmenovitě třeba kinestetické manipulace) je v takových situacích zcela nepostradatelné (Uwe, 2019, s. 7).

2.3.1 Polohování pacientů z hlediska bazální stimulace

Bazální stimulace je pedagogicko-ošetrovatelský koncept. Jeho historie sahá do 70. let 20. století, a to konkrétně do roku 1975 (Christiansen et al., 2024). Tento koncept byl vyvinut profesorem Andreasem Fröhlichem při práci s tělesně a mentálně postiženými dětmi (Hladká, Kubíčková, 2018).

Bazální stimulace je koncept, kdy prostřednictvím ošetrovatelských činností dochází ke stimulaci smyslů pacientů, čímž se zvyšuje tělesné uvědomění pacientů, což jim poskytuje bezpečí a jistotu (Christiansen et al., 2024).

Bazální stimulace vychází z individuálních potřeb pacientů a má úzkou souvislost s holistickým přístupem v ošetrovatelství. Hlavním východiskem konceptu je stimulace pacientů, aby vnímali vlastní tělo. Toho je dosaženo prostřednictvím různých druhů stimulací. K tomu dochází prostřednictvím tzv. komunikačních kanálů – somatického, vestibulárního, vibračního, auditivního, optického, olfaktorického a taktilně-haptického. Mezi základní techniky bazální stimulace patří polohování, rehabilitační cvičení, masáže, pomoc při pohybu nebo změně polohy (Hladká, Kubíčková, 2018, Tomová, Křiváková, 2016).

Christiansen obecně uvádí, že cílovou skupinou bazální stimulace jsou pacienti s omezeným nebo narušeným vnímáním, pohybovými a komunikačními schopnostmi. Hladká a Kubíčková (2018) využití bazální stimulace blíže upřesňují, když uvádí, že je tento koncept vhodný pro pacienty „s tělesným či mentálním postižením, po poranění mozku, v kómatu či apalickém stavu, po těžkých úrazech, se změnou vnímání či poruchou mobility, v bezvědomí, s Alzheimerovou chorobou, s hemiplegickým postižením“. (Christiansen et al., 2024, Kubíčková 2018).

2.3.2 Polohování z hlediska kinestetické manipulace

Koncept kinestetické manipulace (mobilizace) je moderním přístupem v ošetrovatelství (Podrazilová, 2015).

Jedná se o komunikační a pohybový koncept napomáhající na základě analýzy pohybu k lepšímu pochopení základů lidského pohybu a využívající pohybových rezerv pacientů. Tohoto přístupu je využíváno za účelem prevence vzniku komplikací z imobility a imobilizačního syndromu. Pozornost je zaměřena především na preventivní a rehabilitační podporu pohybu. Tento koncept podporuje fyziologický pohyb, mobilizuje klouby a svaly

pacientů. Kinestetická manipulace není přínosná jen pro pacienty, ale také pro zdravotnická zařízení a ošetřující personál. Zdravotnickým zařízením šetří finanční prostředky spojené s nákupem polohovacích lůžek a pomůcek. Při ošetřování pacientů je tento přístup nápomocen ošetřujícímu personálu vykonávat pohyb společně s nemocným, za co nejmenšího užití síly, čímž je ochraňuje před přetížením. Manipulace s pacientem prostřednictvím kinestetiky probíhá šetrně za minimalizace bolesti (Veveřková a kolektiv, 2019, s. 50).

V rámci kinestetické mobilizace je determinováno šest kinestetických principů. Pohyb je primárně zahájen a následně řízen na základě:

- interakce vnějších či vnitřních podmětů (senzorika, psychika, učení motivace),
- funkční anatomie člověka (funkčnost svalů, kloubů, individuální pohybová úroveň),
- naučených pohybových vzorců (lidský pohyb),
- korekčního nebo nového učení pohybových činností v rámci vývoje pohybu (lidské funkce),
- námahy charakterizující individuální jistotu a sílu výkonu,
- zevních podmínek, které pohyb mohou ulehčit (kompenzační pomůcky) (Podrazilová, 2015).

2.3.3 Polohování z hlediska Bobath konceptu

Bobath koncept představuje diagnosticko-terapeutický přístup. Je zaměřen na řešení problémů pacientů s poruchami funkce, pohybu a posturální kontroly způsobenými lézím centrálního nervového systému (Bobath koncept pro dospělé, 2016).

Bobath koncept je celosvětově označován jako neuro-vývojová technika. Bobath konceptu je využíváno jako léčebné techniky při rehabilitaci pacientů s cévní mozkovou příhodou. V rámci tohoto přístupu je využíváno klíčových bodů manipulace a reflexů inhibujících vzory pro provádění cvičení. Tento koncept pracuje na různých typech pohybových dysfunkcí a je založen na aktivním zapojení pacientů tak, aby mohli rozvíjet motorickou kontrolu. Manuální manipulace představuje držení pacienta ve specifických propioceptivních bodech. Postupem času pak dochází k jejímu postupnému odstraňování, aby se pacient stal nezávislým při provádění motorických činností. Tento typ terapie zahrnuje zlepšenou funkční kontrolu a nezávislost (Pathak et al., 2021, s. 3 983).

2.3.4 Polohování z hlediska Vojtovy metodiky

Vojtova metoda je další neurologický rehabilitační přístup, který se zaměřuje na motorický vývoj a obnovu základních pohybových vzorců. Polohování pacienta je klíčovou součástí této metody, protože správná poloha těla umožňuje stimulaci reflexů, které aktivují motorické dovednosti. V rámci Vojtovy metody jsou pacienti umísťováni do různých poloh, které aktivují

centrální nervový systém a podporují správný pohybový vzorec. Tento přístup se využívá především u dětí, ale také u dospělých pacientů s neurologickými poruchami (Vojta, 2018).

2.3.5 Polohování z hlediska proprioceptivní neuromuskulární facilitace

Proprioceptivní neuromuskulární facilitace je metoda, která využívá specifických pohybových vzorců a takzvaných facilitátorů (stimulací) k aktivaci motorických jednotek a zlepšení pohybových funkcí. Tato technika se zaměřuje nejen na zlepšení síly a rozsahu pohybu, ale také na optimalizaci funkční koordinace mezi svalovými skupinami. Kniha detailně popisuje principy této metody, její aplikaci v praxi, a zejména klade důraz na význam správného polohování a nastavení těla pro stimulaci správných motorických vzorců. Polohování je v rámci PNF nezbytné pro správnou aktivaci proprioceptivních receptorů, které umožňují lepší kontrolu nad pohyby a stabilitou těla. Díky těmto technikám mohou pacienti s neurologickými poruchami, jako jsou například poškození míchy, cévní mozkové příhody či neurodegenerativní onemocnění, zlepšit svou motoriku a dosáhnout lepšího návratu do každodenního života. Kniha rovněž popisuje, jak správné polohování a následné pohybové aktivity mohou podpořit regeneraci a obnovu nervového systému. Metoda PNF, jak je popsána v této knize, zdůrazňuje potřebu individuálního přístupu a pravidelného monitorování pokroku pacienta, což je klíčové pro dosažení maximálních terapeutických výsledků (Kabátková, 2019).

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část této bakalářské práce je založena na kvantitativním průzkumu, a to konkrétně na metodě dotazníku (tj. dotazníkového šetření). Vzhledem k zaměření tématu se týká polohování pacientů na jednotce intenzivní péče (dále jen JIP) a aplikací terapie do praxe v prostředí vybraného zdravotnického zařízení.

3.1 Metodologie průzkumu a popis nástroje

Realizovaný průzkum má kvantitativní charakter. Byla vybrána metoda dotazníku (dotazníkové šetření). Dotazník je nestandardizovaný. Má vlastní konstrukci. Jeho povaha je strukturovaná. Samotný dotazník je součástí přílohy A této bakalářské práce.

Dotazník sestává z celkového počtu 22 otázek. Jedná se o 4 nečíslované dotazníkové otázky, které jsou zaměřeny na zjištění obecných demografických údajů o respondentech. Zbýlých 18 dotazníkových otázek je číslovaných arabskými číslicemi 1 až 18. Tyto jsou již zaměřeny na zkoumanou problematiku polohování pacientů a aplikaci terapeutických přístupů na JIP.

V dotazníku je využito všech tří typů základních otázek, a sice otázek uzavřených, polouzavřených (resp. polootevřených) i otevřených. Dotazník obsahuje celkem 10 uzavřených otázek. Jedná se o 4 otázky nečíslované týkající se zjištění rozložení průzkumného souboru z hlediska pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a délky odborné praxe na JIP. Dále jde o 6 číslovaných otázek (tj. o otázky č. 1, 3, 6, 9, 15 a 17). Součástí dotazníku je taky 11 polouzavřených otázek. Patří mezi ně číslované otázky č. 2, 4, 5, 7, 8, 11 až 14 a 16. V dotazníku je využito i jedné otevřené otázky. Jedná se o číslovanou otázku č. 18.

3.1.1 Průzkumný vzorek

Výběr respondentů byl záměrný (Vévodová et col., 2015). Vzorek je tvořen všeobecnými sestrami pracujícími na chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení. Do průzkumu se zapojilo celkem 44 všeobecných sester z chirurgické JIP. Tento celkový počet respondentů tvoří kompletní průzkumný soubor, a sice 44 respondentů v absolutním vyjádření (tj. absolutní četnost) a 100 % v relativním (procentuálním) vyjádření (tzn. relativní četnost).

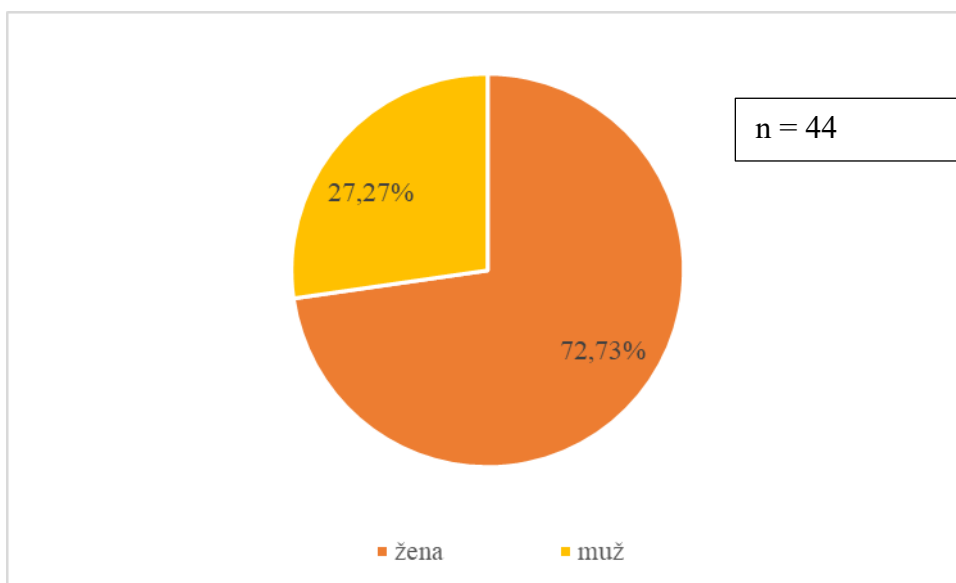
Průzkumný soubor lze charakterizovat na základě zjištěných obecných demografických údajů, a to pohlaví respondentů, jejich věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a délky odborné praxe na JIP. Identifikace těchto údajů byla předmětem prvních 4 nečíslovaných otázek v dotazníku.

Pohlaví

Průzkumný soubor byl tvořen převážně ženami. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 32 žen (72,73 %) a 12 mužů (27,27 %).

Tabulka 1 – Pohlaví

Pohlaví	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
žena	32	72,73
muž	12	27,27



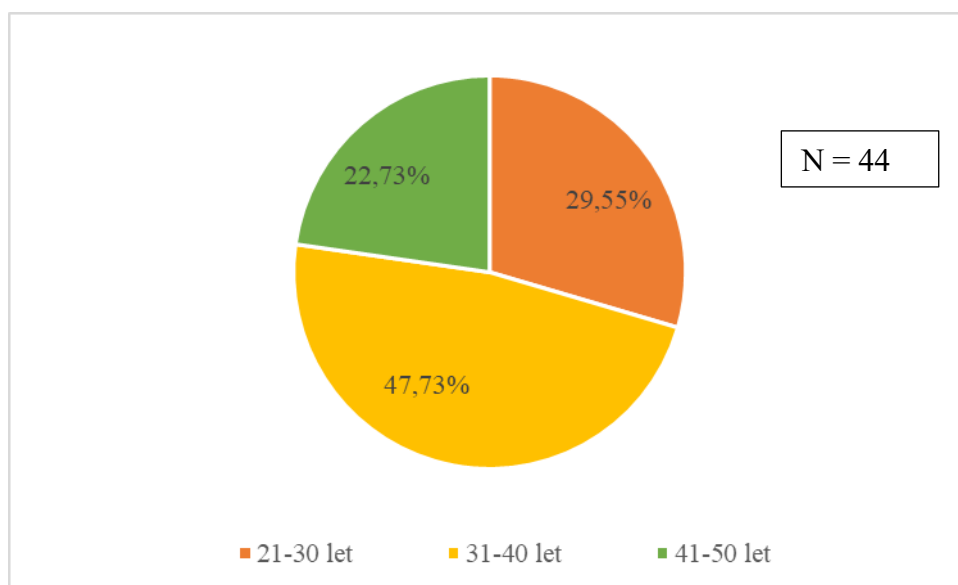
Obrázek 1 – Pohlaví

Věk

Co se týče věkového rozložení průzkumného souboru, nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byl věk 31 až 40 let. Do této věkové skupiny patřilo 21 respondentů (47,73 %). 13 dotazovaných (29,55 %) bylo ve věku 21 až 30 let. Věk 10 účastníků průzkumu (22,73 %) byl od 41 do 50let.

Tabulka 2 – Věkové rozložení

Věk	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
méně než 20 let	-	-
21-30 let	13	29,55
31-40 let	21	47,73
41-50 let	10	22,73
51-60 let	-	-
více než 60 let	-	-



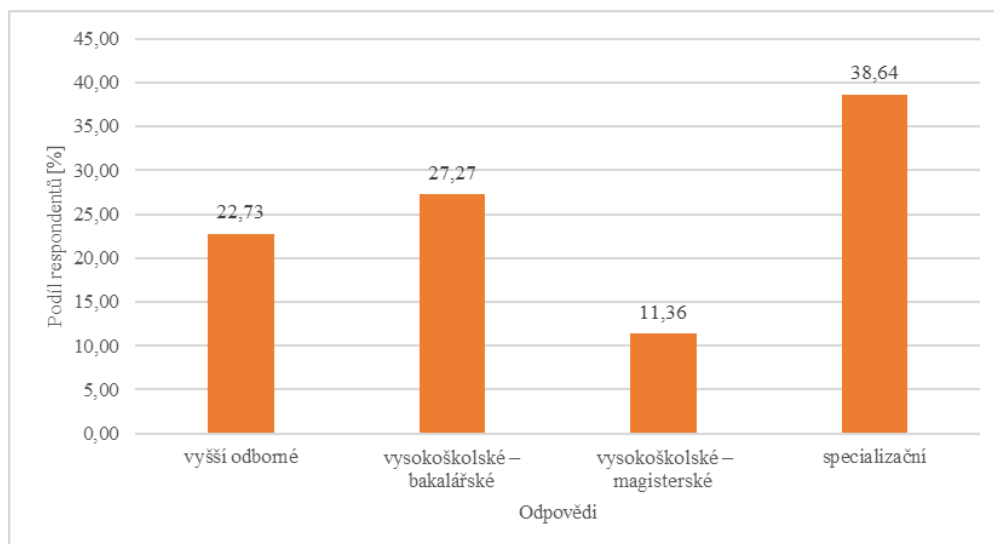
Obrázek 2 – Věkové rozložení

Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšším dosaženým vzděláním 17 respondentů (38,64 %) bylo specializační vzdělání, a to konkrétně specializační vzdělávání v oboru Intenzivní péče (ARIP). 12 účastníků dotazníkového šetření (27,27 %) mělo vysokoškolské vzdělání v bakalářském studijním programu (oboru). 10 dotazovaných (22,73 %) absolvovalo vyšší odbornou školu. 5 respondentů (11,36 %) mělo nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské na magisterském stupni.

Tabulka 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
středoškolské	-	-
vyšší odborné	10	22,73
vysokoškolské – bakalářské	12	27,27
vysokoškolské – magisterské	5	11,36
specializační	17	38,64



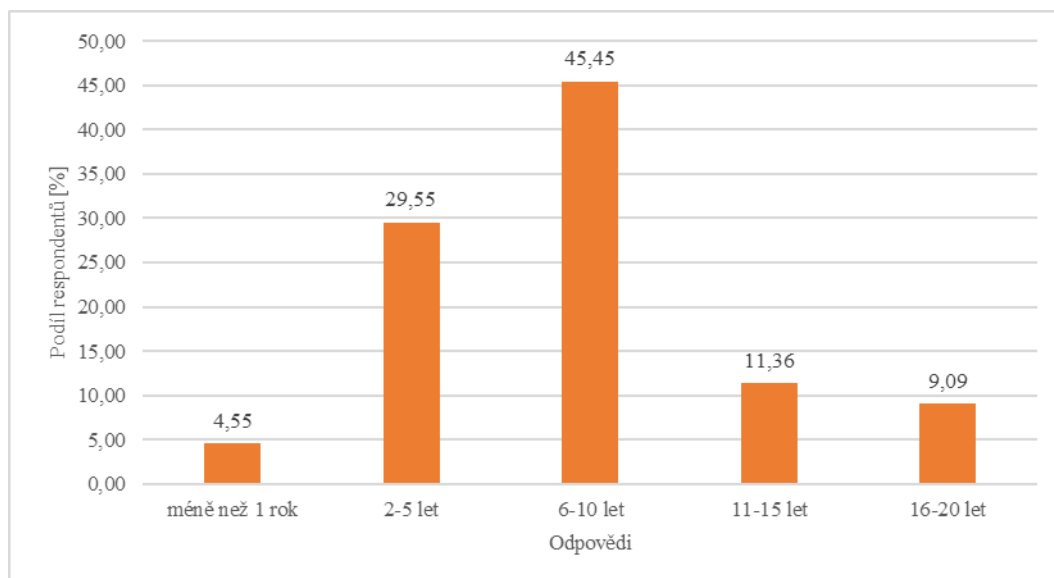
Obrázek 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Délka odborné praxe na jednotce intenzivní péče

Téměř polovina respondentů (20 dotazovaných – 45,45 %) pracovala na JIP po dobu 6 až 10 let. Délka odborné praxe 13 účastníků průzkumu (29,55 %) na JIP byla 2 roky až 5 let. 5 respondentů (11,36 %) mělo délku odborné praxe na JIP od 11 do 15 let. 4 dotazovaní (9,09 %) pracovali na chirurgické JIP po dobu 16 až 20 let. 2 účastníci dotazníkového šetření (4,55 %) měli délku odborné praxe na JIP kratší než 1 rok.

Tabulka 4 – Délka odborné praxe na jednotce intenzivní péče

Délka odborné praxe na jednotce intenzivní péče	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
méně než 1 rok	2	4,55
2-5 let	13	29,55
6-10 let	20	45,45
11-15 let	5	11,36
16-20 let	4	9,09
více než 20 let	-	-



Obrázek 4 – Délka odborné praxe na jednotce intenzivní péče

3.1.2 Organizace průzkumu

Průzkum byl realizován po dobu 1 měsíce, a to na přelomu měsíce prosince 2024 a ledna 2025. Dotazník byl respondentům (tj. všeobecným sestřím na chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení) distribuován v tištěné podobě.

3.2 Výsledky průzkumu

Výsledky získané dotazníkovým šetřením byly zpracovány formou tabulek, grafů a slovních komentářů. V této podobě jsou interpretovány v následujícím textu, a to pro každou otázku v dotazníku zvlášť.

Otázka č. 1 – Provádíte polohování pacientů na jednotce intenzivní péče na základě ordinace lékaře?

První otázka v dotazníku zjišťovala, zda všeobecné sestry na chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení provádějí polohování pacientů na základě ordinace lékaře.

Všechny všeobecné sestry z chirurgické JIP (44 respondentů – 100 %) v dotazníku přiznaly, že polohování pacientů provádějí na základě ordinace lékaře.

Tabulka 5 – Provádění polohování pacientů na jednotce intenzivní péče na základě ordinace lékaře

1. Provádíte polohování pacientů na jednotce intenzivní péče na základě ordinace lékaře?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
ano	44	100,00
ne	-	-

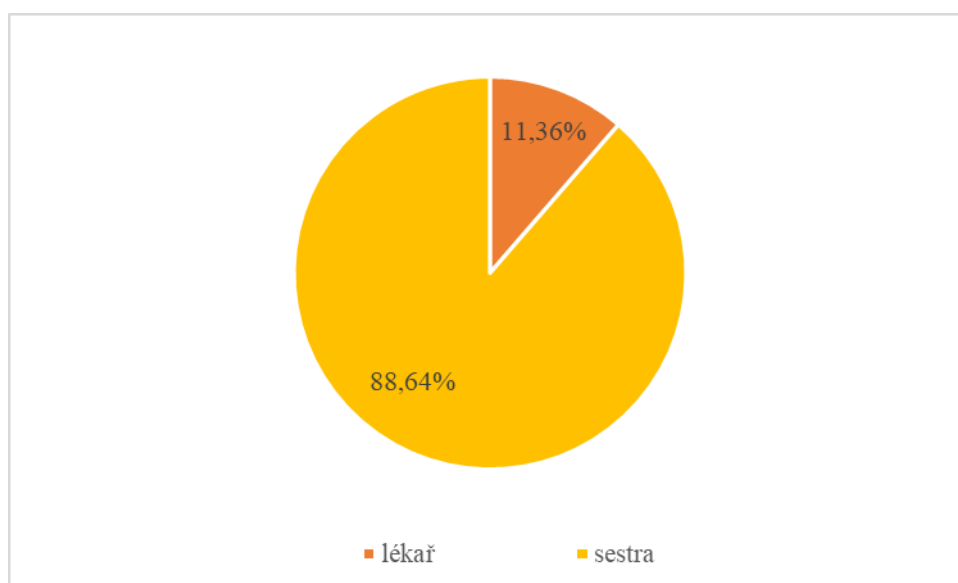
Otázka č. 2 – Kdo za polohování pacientů na jednotce intenzivní péče zodpovídá?

Předmětem zjištění druhé dotazníkové otázky bylo, kdo má za polohování pacientů na chirurgické JIP zodpovědnost.

Na chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení mají za polohování pacientů zodpovědnost všeobecné sestry. Takto na tuto dotazníkovou otázku odpovědělo 39 respondentů (88,64 %). Pouze 5 dotazovaných (11,36 %) uvedlo, že za polohování pacientů na chirurgické JIP má lékař.

Tabulka 6 – Odpovědnost za polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

2. Kdo za polohování pacientů na jednotce intenzivní péče zodpovídá?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
lékař	5	11,36
všeobecné sestra	39	88,64
jiná osoba	-	-



Obrázek 5 – Odpovědnost za polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

Otázka č. 3 – Využíváte v rámci poskytování intenzivní péče pacientům polohování?

Třetí otázka v dotazníku zjišťovala, zda všeobecné sestry na chirurgické JIP v rámci poskytování intenzivní péče pacientům využívají polohování.

Všechny všeobecné sestry z chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení, které se zúčastnily dotazníkového šetření (44 respondentů – 100 %) potvrdily, že při poskytování intenzivní péče pacientům na chirurgickém oddělení využívají polohování.

Tabulka 7 – Využívání polohování v rámci poskytování intenzivní péče pacientům

3. Využíváte v rámci poskytování intenzivní péče pacientům polohování?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
ano	44	100,00
ne	-	-

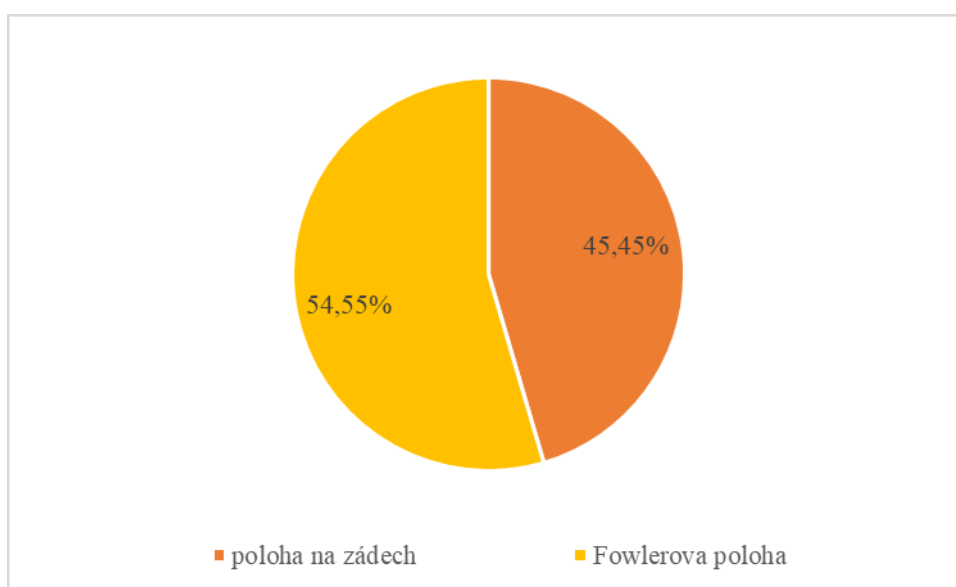
Otázka č. 4 – Které polohy využíváte u pacientů na jednotce intenzivní péče nejčastěji?

Účelem čtvrté otázky v dotazníku bylo zjištění nejčastěji využívaných poloh pro polohování pacientů na JIP ze strany všeobecných sester.

Větší polovina dotazovaných (24 respondentů – 54,55 %) využívá pro polohování pacientů na JIP nejčastěji Fowlerovu polohu. 20 účastníků průzkumu (45,45 %) ve své praxi pro polohování pacientů na JIP využívá nejčastěji polohu na zádech.

Tabulka 8 – Nejčastěji polohy využívané u pacientů na jednotce intenzivní péče

4. Které polohy využíváte u pacientů na jednotce intenzivní péče nejčastěji?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
poloha na zádech	20	45,45
poloha na boku	-	-
poloha na břicho	-	-
Fowlerova poloha	24	54,55
Trendelenburgova poloha	-	-
jiná poloha	-	-



Obrázek 6 – Nejčastěji polohy využívané u pacientů na jednotce intenzivní péče

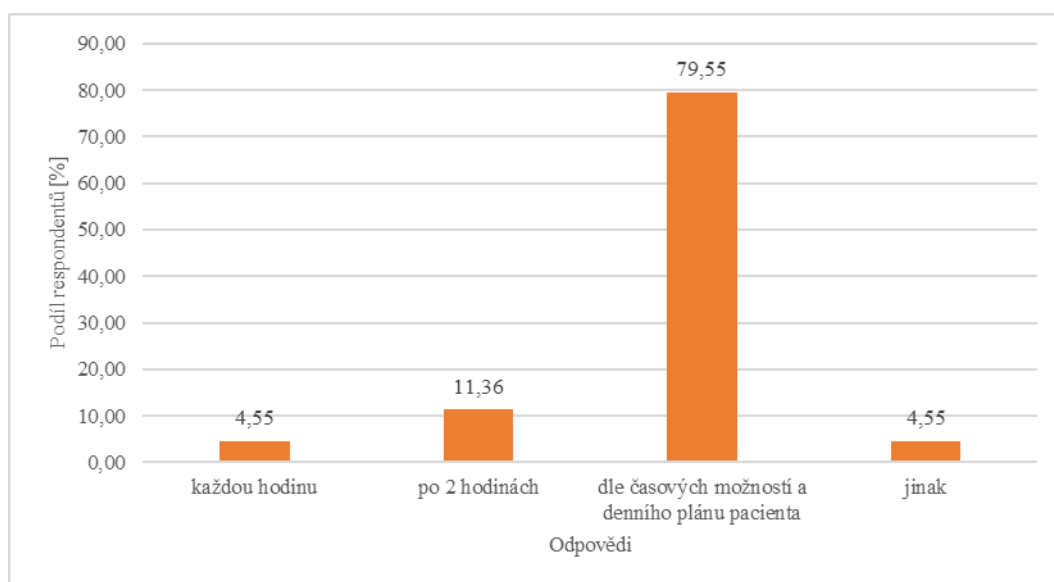
Otázka č. 5 – Jak často pacienty na jednotce intenzivní péče polohujete?

Pátá dotazníková otázka zjišťovala, jak často všeobecné sestry na chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení pacienty polohují.

Většina respondentů (35 účastníků průzkumu – 79,55 %) polohuje pacienty na JIP dle časových možností a denního plánu pacienta. 5 dotazovaných (11,36 %) polohuje pacienty na chirurgické JIP zhruba po 2 hodinách. Podle 2 respondentů (4,55 %) se polohování pacientů na JIP provádí každou hodinu. Další 2 dotazovaní (4,55 %) zvolili u této otázky jinou možnost své odpovědi. V dotazníku uvedli, že polohování pacientů na JIP uskutečňují dle jejich potřeb.

Tabulka 9 – Frekvence polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

5. Jak často pacienty na jednotce intenzivní péče polohujete?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
každou hodinu	2	4,55
po 2 hodinách	5	11,36
po 3 hodinách	-	-
po 4 hodinách a více	-	-
dle časových možností a denního plánu pacienta	35	79,55
jinak	2	4,55



Obrázek 7 – Frekvence polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

Otázka č. 6 – Používáte k polohování pacientů na jednotce intenzivní péče polohovací pomůcky?

Cílem šesté dotazníkové otázky bylo zjištění, zda všeobecné sestry z chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení používají k polohování pacientů polohovací pomůcky.

Všichni účastníci průzkumu (44 respondentů – 100 %) přiznali, že při polohování pacientů na JIP využívají polohovacích pomůcek.

Tabulka 10 – Využívání polohovacích pomůcek k polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

6. Používáte k polohování pacientů na jednotce intenzivní péče polohovací pomůcky?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
ano	44	100,00
ne	-	-

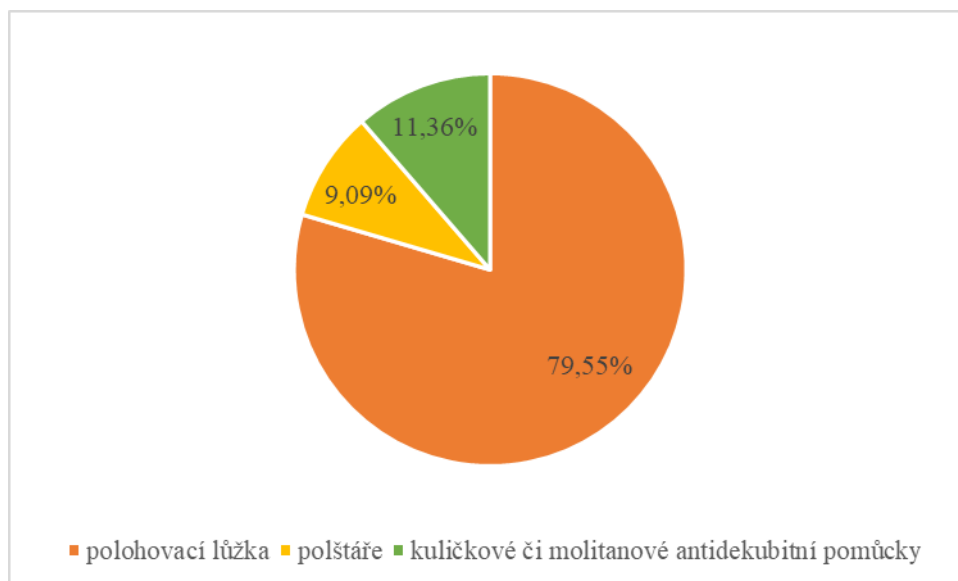
Otázka č. 7 – Jaké pomůcky pro polohování pacientů na jednotce intenzivní péče používáte nejčastěji?

Sedmá otázka v dotazníku zjišťovala nejčastěji využívané polohovací pomůcky pro polohování pacientů na chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení.

Většina dotazovaných (35 respondentů – 79,55 %) využívá při polohování pacientů na JIP nejčastěji polohovací lůžka. 5 účastníků průzkumu (11,36 %) používá pro polohování pacientů na JIP kuličkové nebo molitanové antidekubitní pomůcky. 4 dotazovaní (9,09 %) v této souvislosti uvedli polštáře jakožto nejčastěji využívanou polohovací pomůcku.

Tabulka 11 – Nejčastěji využívané polohovací pomůcky pro polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

7. Jaké pomůcky pro polohování pacientů na jednotce intenzivní péče používáte nejčastěji?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
polohovací lůžka	35	79,55
polštáře	4	9,09
deky	-	-
prostěradla	-	-
klíny	-	-
kuličkové či molitanové antidekubitní pomůcky	5	11,36
jiné pomůcky	-	-



Obrázek 8 – Nejčastěji využívané polohovací pomůcky pro polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

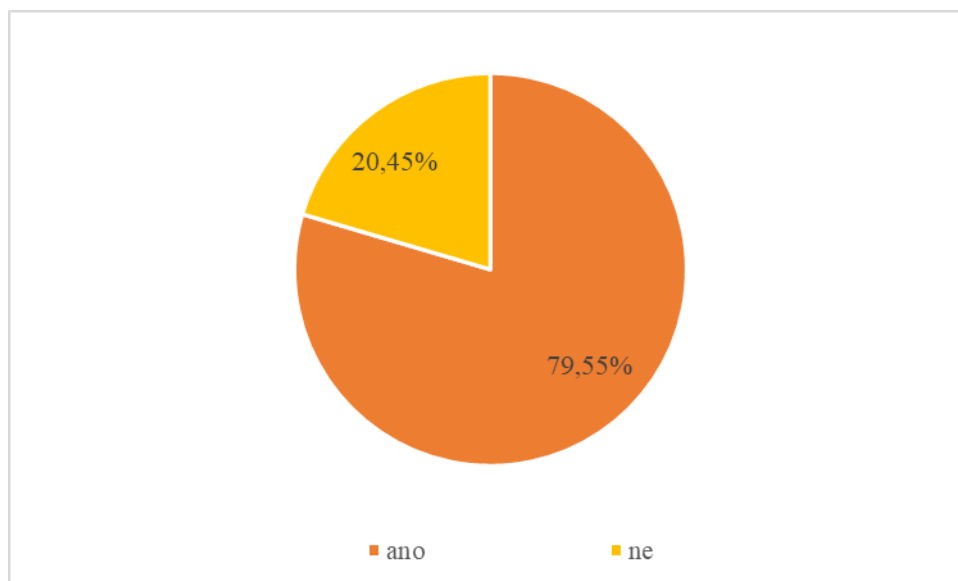
Otázka č. 8 – Máte na jednotce intenzivní péče k dispozici pomůcky usnadňující manipulaci s pacienty?

Zjištěním osmé dotazníkové otázky bylo, zda mají všeobecné sestry na chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení k dispozici pomůcky, které by jim usnadňovaly manipulaci s pacienty.

Většina respondentů (35 dotazovaných – 79,55 %) uvedla, že na JIP, kde pracují, mají k dispozici pomůcky usnadňující manipulaci s pacienty. Z konkrétních polohovacích pomůcek, které jim usnadňují manipulaci s pacienty na JIP, respondenti uváděli zvedák (20 dotazovaných – 57,14 %) a dále zvedák a roller, což zmínilo 15 dotazovaných (42,86 %). 9 účastníků průzkumu (20,45 %) dostupnost těchto pomůcek popřelo.

Tabulka 12 – Dostupnost pomůcek usnadňujících manipulaci s pacienty na jednotce intenzivní péče

8. Máte na jednotce intenzivní péče k dispozici pomůcky usnadňující manipulaci s pacienty?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
ano	35	79,55
ne	9	20,45



Obrázek 9 – Dostupnost pomůcek usnadňujících manipulaci s pacienty na jednotce intenzivní péče

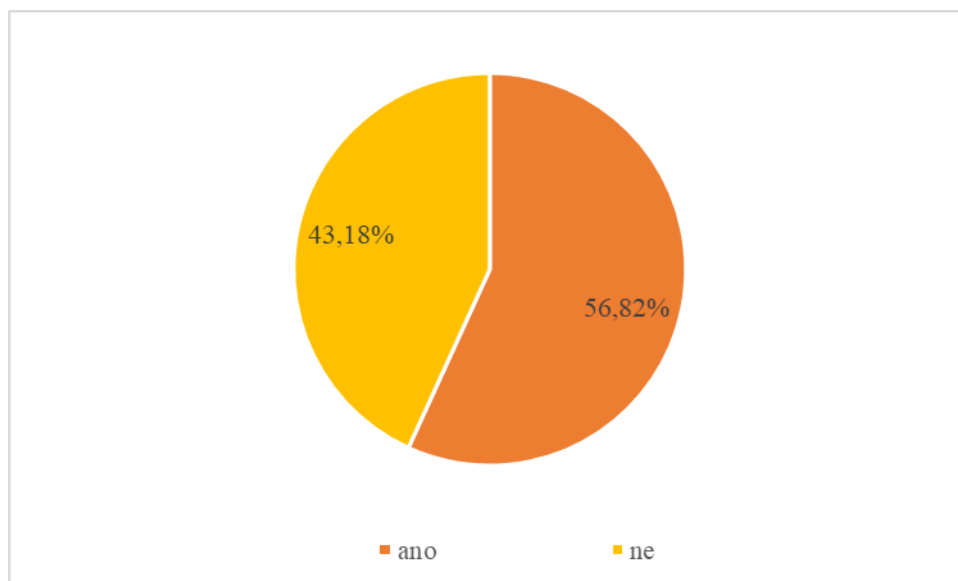
Otázka č. 9 – Jste spokojen/a s dostupnými polohovacími pomůckami na jednotce intenzivní péče, na které pracujete?

Devátá otázka v dotazníku zjišťovala, zda jsou všeobecné sestry z chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení spokojeny s dostupnými polohovacími pomůckami.

Svou spokojenost s dostupnými polohovacími pomůckami na JIP v dotazníku vyjádřila větší polovina respondentů (25 dotazovaných – 56,82 %). Naopak 19 účastníků průzkumu (43,18 %) se netajilo svou nespokojeností s dostupností polohovacích pomůcek na chirurgické JIP.

Tabulka 13 – Spokojenost respondentů s dostupnými polohovacími pomůckami na jednotce intenzivní

9. Jste spokojen/a s dostupnými polohovacími pomůckami na jednotce intenzivní péče, na které pracujete?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
ano	25	56,82
ne	19	43,18



Obrázek 10 – Spokojenost respondentů s dostupnými polohovacími pomůckami na jednotce intenzivní

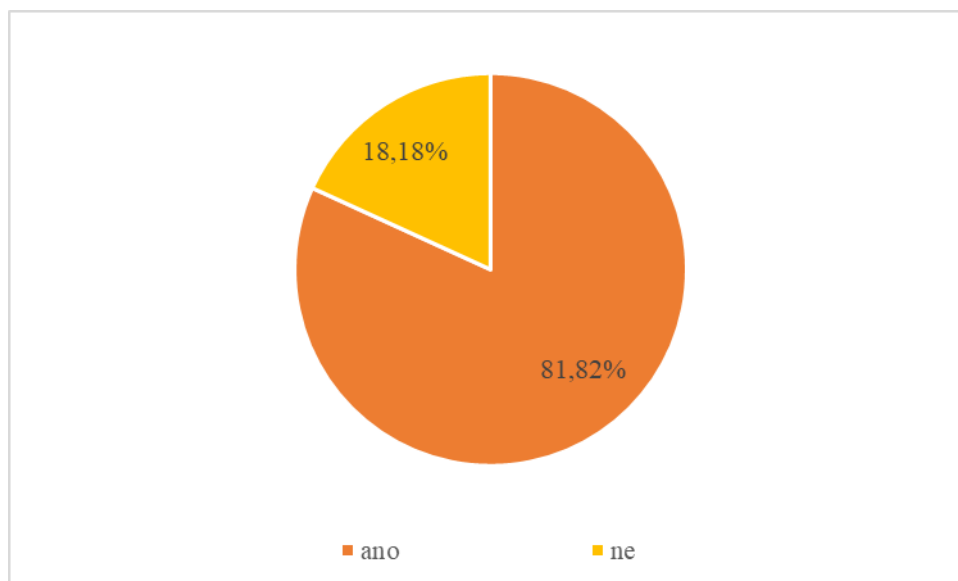
Otázka č. 10 – Uvítal/a byste na jednotce intenzivní péče nějaké další polohovací pomůcky?

Úkolem desáté dotazníkové otázky bylo zjištění zájmu všeobecných sester z chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení o další polohovací pomůcky pro polohování pacientů.

Většina účastníků dotazníkového šetření (36 respondentů – 81,82 %) v dotazníku projevila svůj zájem o další polohovací pomůcky za účelem polohování pacientů. Zájem projevili konkrétně o křesla na sezení v lůžku (10 dotazovaných – 27,78 %). 26 respondentů (72,22 %) projevilo obecně zájem o více polohovacích pomůcek, přičemž konkrétní pomůcky k polohování pacientů v dotazníku neuvedli. Naproti tomu 8 účastníků dotazníkového šetření (18,18 %) v dotazníku vyjádřilo svůj nezájem o další polohovací pomůcky pro polohování pacientů na JIP.

Tabulka 14 – Zájem respondentů o další polohovací pomůcky na jednotce intenzivní péče

10. Uvítal/a byste na jednotce intenzivní péče nějaké další polohovací pomůcky?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
ano	36	81,82
ne	8	18,18



Obrázek 11 – Zájem respondentů o další polohovací pomůcky na jednotce intenzivní péče

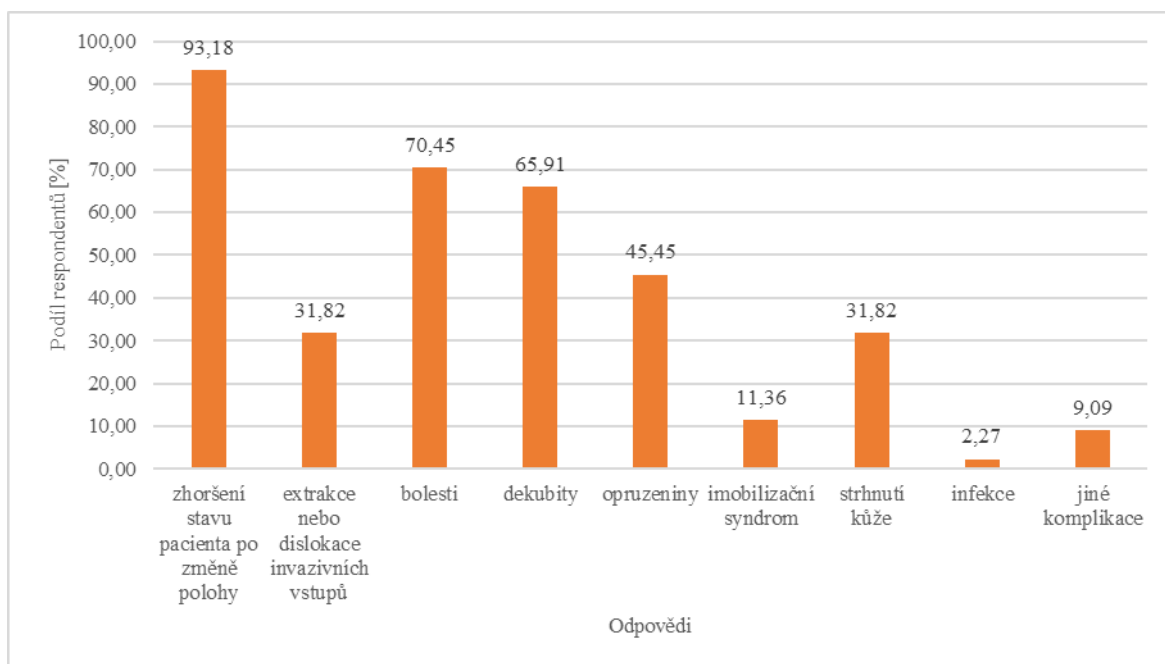
Otázka č. 11 – S jakými komplikacemi v souvislosti s polohováním pacientů jste se již na jednotce intenzivní péče setkal/a?

Jedenáctá otázka v dotazníku měla zjistit zkušenosti všeobecných sester s komplikacemi s polohováním pacientů na chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení. U této otázky mohli respondenti uvést více možností odpovědí.

Téměř všichni účastníci dotazníkového šetření (41 respondentů – 93,18 %) se při polohování pacientů na JIP setkali s komplikací v podobě zhoršení jejich stavu po změně polohy. Většina dotazovaných (31 účastníků průzkumu – 70,45 %) se již při či po polohování na JIP setkala s bolestmi pacientů. Větší polovina respondentů (29 dotazovaných – 65,91 %) má zkušenosti s komplikacemi v souvislosti s polohováním pacientů na JIP s dekubity. Téměř polovina účastníků průzkumu (20 respondentů – 45,45 %) v dotazníku uvedla jako komplikaci polohování pacientů na JIP opruzeniny. 14 dotazovaných (31,82 %) v této souvislosti zmínili strhnutí kůže. Stejný počet dotazovaných (tedy 14 účastníků průzkumného šetření – 31,82 %) se v praxi v souvislosti s polohováním pacientů na JIP setkala s extrakcí či dislokací invazivních vstupů (např. s extubací; vytažením tracheostomie, invazivních vstupů, intrakraniálního čidla, nasogastrické sondy apod.). 5 respondentů (11,36 %) uvedlo jako komplikaci polohování pacientů na JIP imobilizační syndrom. 4 dotazovaní (9,09 %) zmiňovali jiné komplikace, a to zvracení (1 respondent – 25 %), desaturaci (2 dotazovaní – 50 %) a úraz personálu (1 účastník průzkumu – 25 %). Z posledních uváděných komplikací při polohování pacientů na JIP připustil 1 respondent (2,27 %) infekce.

Tabulka 15 – Zkušenosti respondentů s komplikacemi v souvislosti s polohováním pacientů na jednotce intenzivní péče

11. S jakými komplikacemi v souvislosti s polohováním pacientů jste se již na jednotce intenzivní péče setkal/a?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
zhoršení stavu pacienta po změně polohy	41	93,18
extrakce nebo dislokace invazivních vstupů (např. extubace; vytažení tracheostomie, invazivních vstupů, intrakraniálního čidla, nasogastrické sondy apod.)	14	31,82
zranění pacienta	-	-
bolesti	31	70,45
ochabnutí, zkrácení či ztuhlost svalů	-	-
dekubity	29	65,91
opruzeniny	20	45,45
imobilizační syndrom	5	11,36
strhnutí kůže	14	31,82
infekce	1	2,27
jiné komplikace	4	9,09



Obrázek 12 – Zkušenosti respondentů s komplikacemi v souvislosti s polohováním pacientů na jednotce intenzivní péče

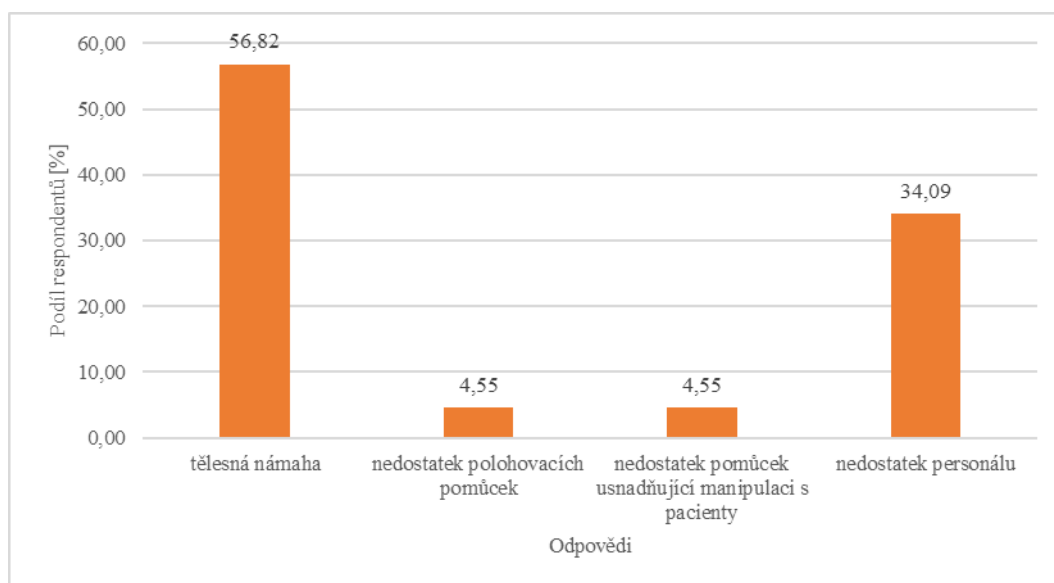
Otázka č. 12 – Co považujete v oblasti polohování pacientů na jednotce intenzivní péče za nejnáročnější?

Úkolem dvanácté dotazníkové otázky bylo zjištění determinantů náročnosti v oblasti polohování pacientů na chirurgické JIP ve vybraném zdravotnickém zařízení.

Větší polovina respondentů (25 dotazovaných – 56,82 %) považuje v oblasti polohování pacientů na JIP za nejnáročnější tělesnou námahu. 15 účastníků dotazníkového šetření (34,09%) považuje za nejvíce náročné v souvislosti s polohováním pacientů na JIP nedostatek personálu. 2 dotazovaní (4,55 %) v této souvislosti uvedl nedostatek polohovacích pomůcek. Stejný počet respondentů (tj. 2 účastníci průzkumu – 4,55 %) zmínili nedostatek pomůcek, který by jim usnadnil manipulaci s pacienty.

Tabulka 16 – Determinanty náročnosti v oblasti polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

12. Co považujete v oblasti polohování pacientů na jednotce intenzivní péče za nejnáročnější?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
tělesná námaha	25	56,82
nedostatek polohovacích pomůcek	2	4,55
nedostatek pomůcek usnadňující manipulaci s pacienty	2	4,55
nedostatek personálu	15	34,09
změna stavu pacientů po změnách polohy	-	-
jiné	-	-



Obrázek 13 – Determinanty náročnosti v oblasti polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

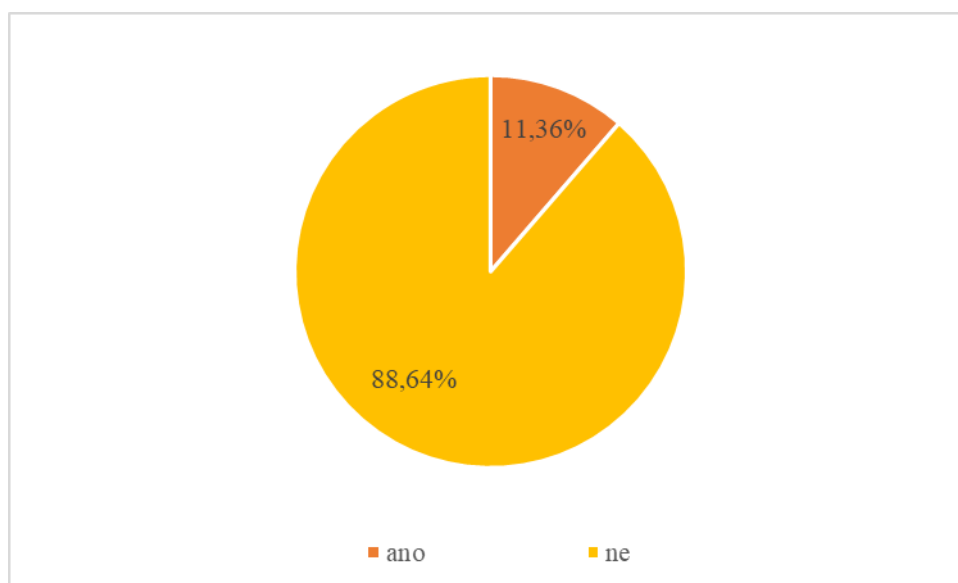
Otázka č. 13 – Využíváte při polohování pacientů na jednotce intenzivní péče prvků speciálních terapeutických konceptů?

Účelem třinácté otázky v dotazníku bylo zjištění, zda všeobecné sestry na chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení využívají při polohování pacientů prvků speciálních terapeutických konceptů.

Většina účastníků průzkumu (39 respondentů – 88,64 %) přiznala, že při polohování pacientů na JIP nevyužívá prvků speciálních terapeutických konceptů. Opak přiznalo jen 5 dotazovaných (11,36 %). Tito uvedli, že ze speciálních terapeutických konceptů využívají prvků bazální stimulace.

Tabulka 17 – Využívání speciálních terapeutických konceptů při polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

13. Využíváte při polohování pacientů na jednotce intenzivní péče prvků speciálních terapeutických konceptů?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
ano	5	11,36
ne	39	88,64



Obrázek 14 – Využívání speciálních terapeutických konceptů při polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

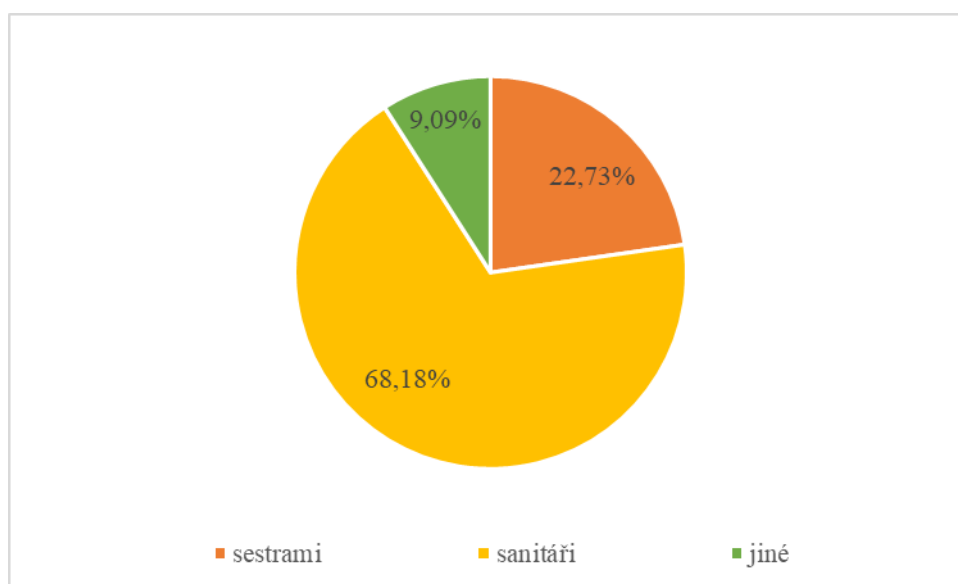
Otázka č. 14 – S kým při polohování pacientů na jednotce intenzivní péče spolupracujete?

Otázka č. 14 v dotazníku měla za úkol zjistit, s kým všeobecné sestry na chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení při polohování pacientů spolupracují.

Větší polovina účastníků dotazníkového šetření (30 respondentů – 68,18 %) při polohování pacientů na JIP spolupracuje nejčastěji se sanitáři. 10 dotazovaných (22,73 %) využívá při polohování pacientů na JIP pomoci ostatních všeobecných sester. 4 účastníci průzkumu (9,09 %) v této souvislosti uvedli fyzioterapeuty.

Tabulka 18 – Spolupráce respondentů při polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

14. S kým při polohování pacientů na jednotce intenzivní péče spolupracujete?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
lékaři	-	-
všeobecnými sestrami	10	22,73
sanitáři	30	68,18
ošetřovateli	-	-
jiné	4	9,09



Obrázek 15 – Spolupráce respondentů při polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

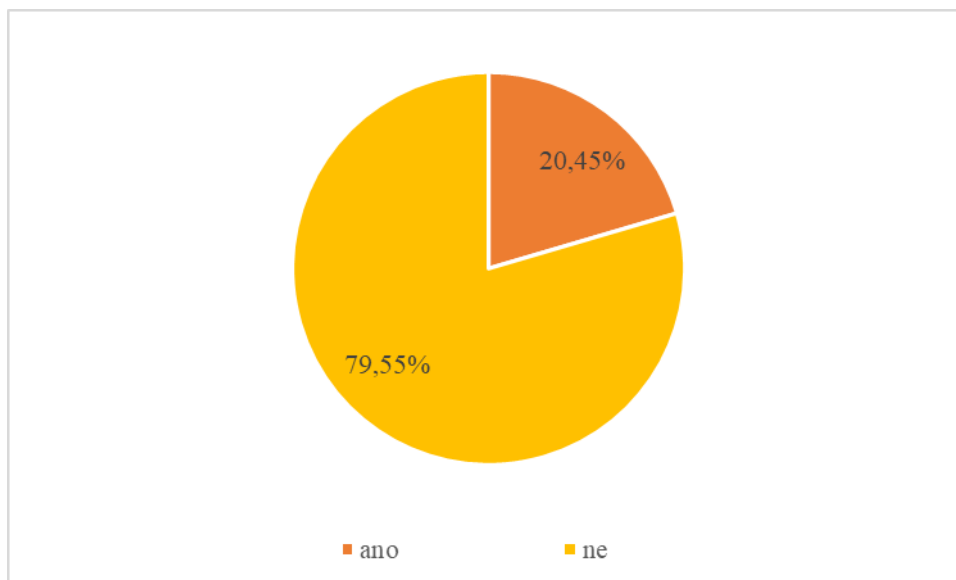
Otázka č. 15 – Máte na jednotce intenzivní péče dostatek personálu pro potřebné polohování pacientů?

Cílem patnácté dotazníkové otázky bylo zjištění, zda mají všeobecné sestry na chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení dostatek personálu potřebného pro polohování pacientů.

Většina dotazovaných (35 respondentů – 79,55 %) v dotazníku přiznala, že na JIP, kde pracují, chybí personál, který by byl nápomocen při polohování pacientů. Podle 9 účastníků průzkumu (20,45 %) je na jejich pracovišti dostatek personálu pro potřebné polohování pacientů.

Tabulka 19 – Dostatek personálu pro potřebné polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

15. Máte na jednotce intenzivní péče dostatek personálu pro potřebné polohování pacientů?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
ano	9	20,45
ne	35	79,55



Obrázek 16 – Dostatek personálu pro potřebné polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

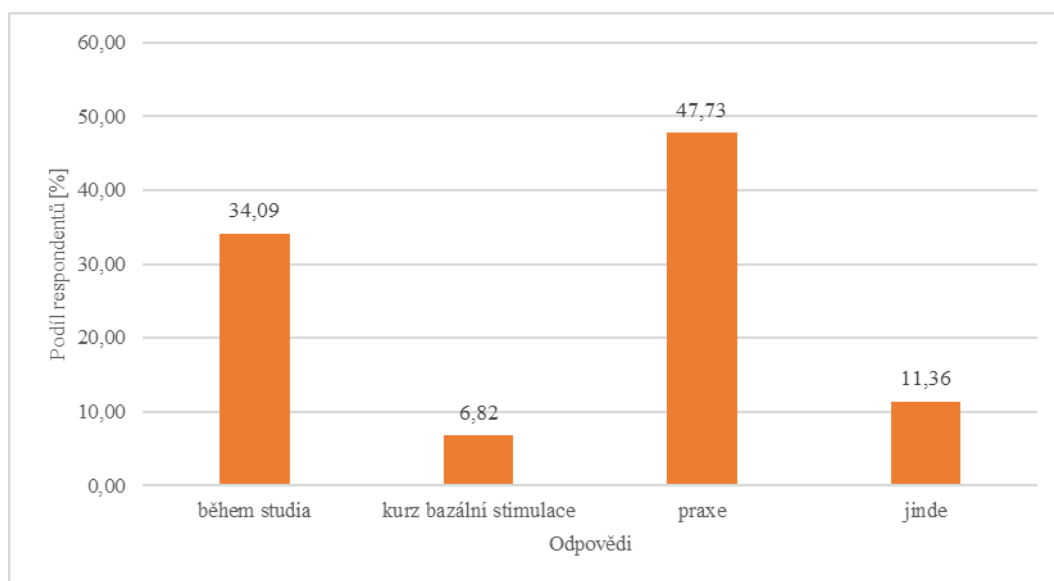
Otázka č. 16 – Odkud jste získal/a znalosti a dovednosti potřebné k polohování pacientů na jednotce intenzivní péče?

Tato dotazníková otázka zjišťovala zdroje získání znalostí a dovedností všeobecných sester z chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení potřebných k polohování pacientů.

Téměř polovina respondentů (21 dotazovaných – 47,73 %) získala své znalosti a dovednosti potřebné k polohování pacientů na JIP z praxe. 15 účastníků dotazníkového šetření (34,09 %) získalo tyto znalosti a dovednosti v průběhu studia. 5 respondentů (11,36 %) v dotazníku uvedlo jiný zdroj získání znalostí a dovedností pro polohování pacientů na JIP, a to ze školení zaměřeného na problematiku polohování. 3 respondenti (6,82 %) uvedli, že znalosti a dovednosti nezbytné pro polohování pacientů na JIP získali na kurzu bazální stimulace.

Tabulka 20 – Zdroje získání znalostí a dovedností potřebných k polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

16. Odkud jste získal/a znalosti a dovednosti potřebné k polohování pacientů na jednotce intenzivní péče?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
během studia	15	34,09
workshop v rámci konference	-	-
kurz bazální stimulace	3	6,82
praxe	21	47,73
jinde	5	11,36



Obrázek 17 – Zdroje získání znalostí a dovedností potřebných k polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

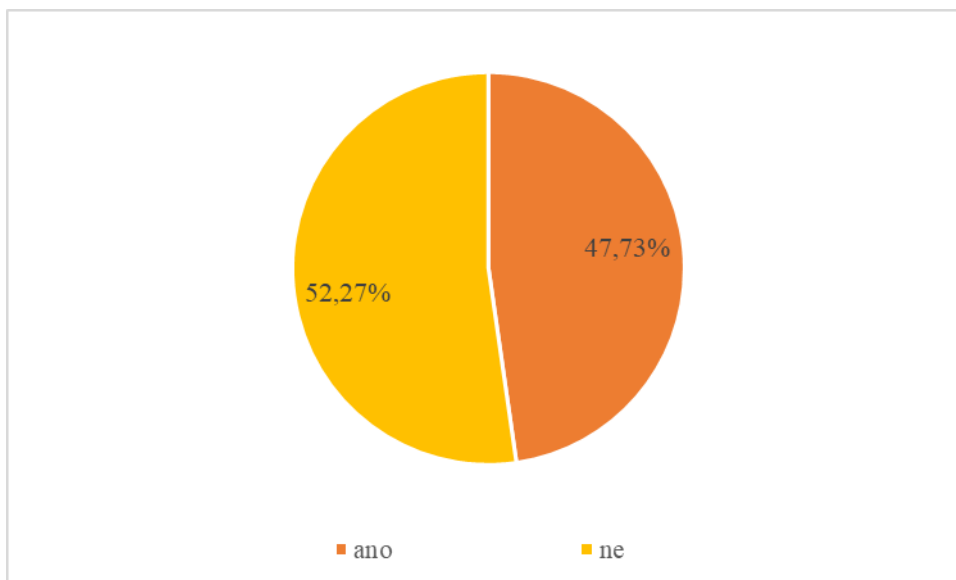
Otázka č. 17 – Měl/a byste zájem o další vzdělávání v oblasti polohování pacientů na jednotce intenzivní péče?

Sedmnáctá otázka v dotazníku zjišťovala zájem všeobecných sester z chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení o další vzdělávání v oblasti polohování pacientů.

Větší polovina účastníků průzkumu (23 respondentů – 52,27 %) neprojevila zájem o další vzdělávání v oblasti polohování pacientů na JIP. Naopak 21 dotazovaných (47,73 %) by se v této oblasti rádo dále vzdělávalo.

Tabulka 21 – Zájem respondentů o další vzdělávání v oblasti polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

17. Měl/a byste zájem o další vzdělávání v oblasti polohování pacientů na jednotce intenzivní péče?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
ano	21	47,73
ne	23	52,27



Obrázek 18 – Zájem respondentů o další vzdělávání v oblasti polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

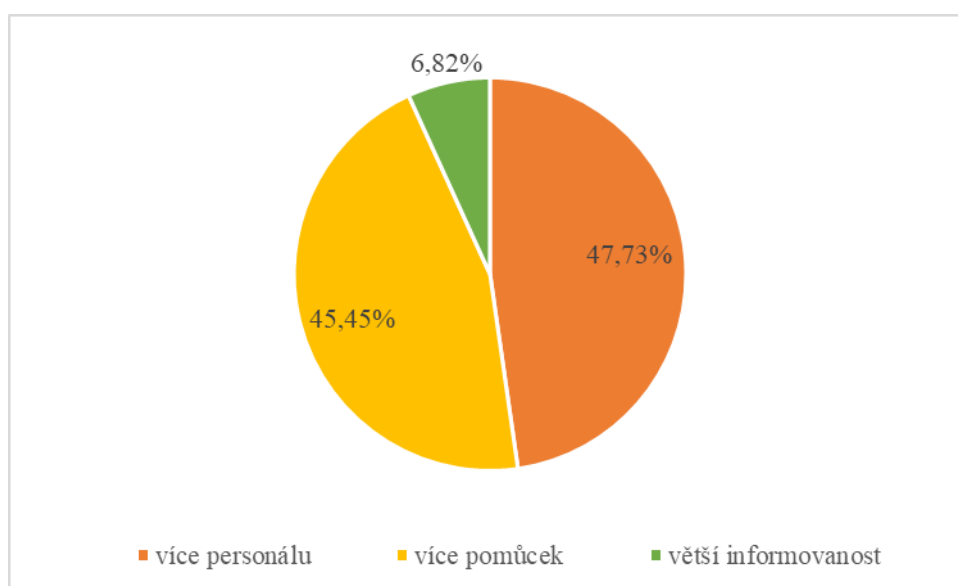
Otázka č. 18 – Co byste změnil/a či zlepšil/a v souvislosti s problematikou polohování pacientů na jednotce intenzivní péče?

Poslední (osmnáctá) dotazníková otázka byla zaměřena na návrhy všeobecných sester z chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení na změny nebo zlepšení v problematice polohování pacientů.

Téměř polovina účastníků průzkumu v dotazníku navrhovala za účelem zlepšení polohování pacientů na JIP zajištění dostatečného počtu personálu (21 respondentů – 47,73 %) a další dostatečného množství pomůcek (20 dotazovaných – 45,45 %). 3 účastníci dotazníkového šetření (6,82 %) v této souvislosti zmínili větší informovanost.

Tabulka 22 – Návrhy respondentů na změny či zlepšení v souvislosti s problematikou polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

18. Co byste změnil/a či zlepšil/a v souvislosti s problematikou polohování pacientů na jednotce intenzivní péče?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
více personálu	21	47,73
více pomůcek	20	45,45
větší informovanost	3	6,82



Obrázek 19 – Návrhy respondentů na změny či zlepšení v souvislosti s problematikou polohování pacientů na jednotce intenzivní péče

4 DISKUZE

Diskusní část práce je zaměřena na shrnutí výzkumných poznatků zjištěných provedeným dotazníkovým šetřením a jejich srovnání s dalšími odbornými zdroji a výsledky obdobných průzkumů, výzkumu či studií. Její součástí jsou taktéž návrhy a doporučení pro praxi, obsahuje i informace o naplnění předem stanovených cílů.

Průzkumu se zúčastnilo celkem 44 všeobecných sester pracujících na chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení (100 %). Převážně se jednalo o ženy (72,73 %), ve věku od 31 do 40 let (47,73 %), se specializačním vzděláním v oboru Intenzivní péče – ARIP (38,64 %), a s délkou odborné praxe na JIP v délce 6 až 10 let (45,45 %).

4.1 Shrnutí významných poznatků

Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že všechny všeobecné sestry z chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení (100 %) provádějí polohování pacientů na základě ordinace lékaře. Podle Hermes et al. (2024) by se s časnou mobilizací (tedy s polohováním) pacientů na JIP mělo začít během prvních 72 hodin po přijetí na toto oddělení. Odpovědnost za polohování pacientů na JIP však mají ony samy (88,64 %). Ke stejnému zjištění dospěla ve svém výzkumu i Drtilová (2023). Stejně tak všechny všeobecné sestry (100 %) při poskytování intenzivní péče pacientům využívají polohování. Průzkum ukázal, že všeobecné sestry na chirurgické JIP využívání v polohování pacientů v zásadě jen dva typy poloh. Nejčastěji využívaným způsobem polohování je Fowlerova poloha (54,55 %). Tím druhým způsobem polohování je poloha na zádech (45,45 %). Nejčastěji využívaným způsobem polohování na JIP je podle výzkumného zjištění Vaňkové (2023) právě poloha na zádech. Z výsledků průzkumu dále vyplynulo, že frekvence polohování pacientů na JIP závisí na časových možnostech a denních plánech pacientů (79,55 %). Polohování pacientů na JIP přes den probíhá každé dvě hodiny, v noci dochází k polohování pacientů po třech hodinách (Vaňková, 2023; Drtilová, 2023). Všechny všeobecné sestry chirurgické JIP (100 %) využívají při polohování pacientů polohovacích pomůcek. V největší míře využívají polohovací lůžka (79,55 %). Vyjma polohovacích lůžek jsou na JIP využívány i další polohovací pomůcky. Podle Vaňkové (2023) se jedná nejčastěji o polohovací polštáře, dále pak polohovací hady a botičky. Využívání alternativních polohovacích pomůcek na JIP potvrdily i všeobecné sestry zapojené do výzkumu Drtilové (2023). Kromě toho využívají i pomůcky usnadňující manipulaci s pacienty (79,55 %). Z výsledků výzkumu Drtilové (2023) vyplynulo, že k nejčastěji využívaným pomůckám usnadňujícím manipulaci s pacienty patří zvedák, rollboard, kluzná podložka a složený pruh

látky (tzv. polohovačka). Výsledky dotazníkového šetření dále poukázal na spokojenost všeobecných sester chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení s dostupnými polohovacími pomůckami (56,82 %). Ke stejnému zjištění dospěly ve svém výzkumu Vaňková (2023) a Drtilová (2023). I přes tuto skutečnost by však všeobecné sestry uvítaly i nějaké další polohovací pomůcky (81,82 %), a to konkrétně křesla na sezení v lůžku. Z dalších polohovacích pomůcek, o které by všeobecné sestry pro polohování pacientů na JIP měly zájem, je možné uvést „*novější polohovací pomůcky ve tvaru děčka a géčka*“ (Vaňková, 2023). Ve výzkumu všeobecné sestry zmiňovaly především modernější polohovací pomůcky (Vaňková, 2023). Všeobecné sestry chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení se při polohování pacientů již setkali s komplikacemi. Mezi nejčastěji zjištěné komplikace s polohováním pacientů na JIP patří zhoršení jejich stavu po změně polohy (93,18 %), bolesti (70,45 %), dekubity (65,91 %), opruzeniny (45,45 %), strhnutí kůže, extrakce či dislokace invazivních vstupů (např. extubace; vytažení tracheostomie, invazivních vstupů, intrakraniálního čidla, nasogastrické sondy apod.) – 31,82 %. Podle Vaňkové (2023) se všeobecné sestry na JIP setkávají při polohování pacientů nejčastěji s komplikacemi, jakou jsou dekubity a imobilizační syndrom. Výsledky průzkumu se však více přibližují zjištěním Drtilové (2023), která taktéž zjistila, že k nejčastějším komplikacím polohování pacientů na JIP patří i zhoršení stavu pacienta po změně polohy a nechtěné extrakce či dislokace invazivních vstupů. Právě pro zamezení vzniku těchto zjištěných komplikací a následné zlepšení kvality života pacientů po jejich propuštění ze zdravotnického zařízení je důležitý preventivní a multidisciplinární přístup k polohování a mobilizaci pacientů na JIP (Ippolito et al., 2022). Pro 56,82 % všeobecných sester chirurgické JIP je v polohování pacientů nejnáročnější tělesná námaha. Významným zjištěním průzkumu je, že 88,64 % všeobecných sester při polohování pacientů na chirurgické JIP v praxi nevyužívá prvků speciálních terapeutických konceptů. V této souvislosti lze zmínit i podobná zjištění Drtilové (2023). Podle jejího výzkumu všeobecné sestry znají některé ze speciálních terapeutických konceptů, které lze využít při polohování pacientů na JIP, a sice koncept bazální stimulace, avšak v praxi jej nevyužívají. Naopak v praxi více využívaným konceptem je podle ní tzv. mikropolohování. 68,18 % všeobecných sester při polohování pacientů na JIP spolupracuje nejčastěji se sanitáři. 79,55 % všeobecných sester si stěžovalo na chybějící personál pro pomoc při polohování pacientů na JIP. V této souvislosti lze poukázat na výzkum Vaňkové (2023), které toto zjištění částečně potvrzuje. Spokojenost všeobecných sester s kapacitou personálu pro polohování pacientů se vázala jen ke směnám přes den. Naproti tomu v noci všeobecné sestry připustily, že personál chybí. Všeobecné sestry tak projevily zájem o více personálu na JIP. 47,73 % všeobecných sester z chirurgické JIP vybraného

zdravotnického zařízení získalo své znalosti a dovednosti potřebné k polohování pacientů během praxe. Naopak Vaňková (2023) dospěla ve svém výzkumu ke zjištění, že znalosti a dovednosti při polohování pacientů získaly všeobecné sestry nejčastěji během studia. Praxe na daných odděleních byla až sekundárním zdrojem jejich znalostí a dovedností v oblasti polohování pacientů. 52,27 % všeobecných sester neprojevovalo zájem o další vzdělávání v oblasti polohování pacientů na JIP. Všeobecné sestry pracující na chirurgické JIP vybraného zdravotnického zařízení za účelem zlepšení polohování pacientů navrhovaly zajištění dostatečného počtu personálu (47,73 %) a dostatečného množství pomůcek (45,45 %).

4.2 Návrhy a doporučení pro praxi

V rámci návrhů a doporučení pro praxi nutno primárně vycházet ze zjištěných výsledků průzkumu. Pro zlepšení kvality polohování pacientů na chirurgické JIP je vhodné zaměřit se na několik klíčových oblastí.

V první řadě je nezbytné zajistit dostatečný počet zdravotnického personálu pro polohování pacientů. V této souvislosti lze navrhnout příkladně posílení týmu sanitářů nebo vytvoření specializovaných týmů pro manipulaci s pacienty. Dále je vhodné rozšířit dostupnost polohovacích pomůcek, zejména křesel na sezení v lůžku a dalších prostředků usnadňujících manipulaci s pacienty, což by mohlo přispět ke snížení fyzické zátěže všeobecných sester. Za vhodné je možné pokládat podporu odborného vzdělávání všeobecných sester v oblasti polohování a využívání speciálních terapeutických konceptů, třeba prostřednictvím praktických kurzů či e-learningu. Dále by se mělo jednat o podporu variability polohování pacientů a taky zajištění dostatečné frekvence změn polohy dle individuálních potřeb pacientů, nejen na základě časových možností zdravotnického personálu. Za účelem prevence komplikací spojených s polohováním pacientů na JIP lze doporučit zavedení standardizovaných postupů a další důsledné monitorování pacientů. Další výhodou by bylo zlepšit týmovou spolupráci mezi lékaři, sestrami, fyzioterapeuty a ergoterapeuty. Fyzioterapeuti by měli být součástí každodenní péče a pravidelně monitorovat polohování pacientů, aby zajistili, že všechny terapeutické cíle, jsou splněny. Zavedení elektronického systému pro sledování polohování pacientů by mohlo umožnit zdravotnickému personálu zaznamenávat čas, typ polohy a jakékoliv změny, které byly provedeny během péče a tím snadněji kontrolovat, zda pacienti dostávají potřebnou péči, a zda polohování probíhá v odpovídajících intervalech. Další výhodou by bylo využití moderních technologií, jako jsou robotické polohovací systémy nebo pneumatické polohovací matrace. Podpora výzkumu v oblasti polohování a neustálé zlepšování terapeutických metod by mělo být součástí rozvoje zdravotnického zařízení. Zavedení těchto opatření by mohlo přispět ke

zvýšení kvality poskytované péče pacientům na JIP, dále ke zlepšení jejich zdravotního stavu a v neposlední řadě ke snížení fyzické náročnosti práce všeobecných sester na JIP.

4.3 Splnění stanovených cílů

Průzkumným cílem práce bylo zjistit nejčastější způsoby realizace polohování pacientů na chirurgické JIP ve vybraném zdravotnickém zařízení, dále popsat využívání terapeutických konceptů při polohování pacientů, a v neposlední řadě zjistit problémy a potřeby zdravotnického personálu v této oblasti. K naplnění tohoto průzkumného cíle došlo splněním dílčích průzkumných cílů. Na základě provedeného dotazníkového šetření:

- Bylo zjištěno, zda je polohování pacientů prováděno na základě ordinace lékaře a kdo za něj nese odpovědnost.
- Byla analyzována frekvence a nejčastěji používané typy poloh u pacientů na JIP.
- Bylo posouzeno využití a dostupnost polohovacích pomůcek a pomůcek usnadňujících manipulaci s pacienty v rámci intenzivní péče, včetně posouzení spokojenosti všeobecných sester s těmito pomůckami.
- Byly identifikovány nejčastější komplikace a obtíže spojené s polohováním pacientů na JIP.
- Bylo zjištěno, zda všeobecné sestry na JIP využívají prvků speciálních terapeutických konceptů (bazální stimulace, kinestetické manipulace či Bobath konceptu).
- Byla prozkoumána spolupráce zdravotnického personálu při polohování pacientů na JIP.
- Byly zmapovány zdroje znalostí a dovedností všeobecných sester potřebných k polohování pacientů na JIP a jejich potřeby v oblasti dalšího vzdělávání.
- Byla navržena opatření ke zlepšení procesu polohování pacientů na JIP.

5 ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se soustředila na kriticky důležitou, avšak často komplexní problematiku polohování pacientů na jednotkách intenzivní péče (JIP) a na implementaci specializovaných terapeutických přístupů do každodenní ošetrovatelské praxe. Cílem práce bylo nejen zmapovat současný stav, ale především identifikovat klíčové aspekty, které ovlivňují kvalitu a efektivitu polohování. Prostřednictvím provedeného kvantitativního průzkumu mezi všeobecnými sestrami na chirurgické JIP byly získány cenné a konkrétní poznatky, jež prohlubují porozumění této oblasti a poskytují pevný základ pro formulaci kvalifikovaných návrhů a doporučení směřujících ke zkvalitnění péče. Výzkum odhalil jak zavedené a funkční postupy, které představují silné stránky stávající praxe, tak – a to především – identifikoval oblasti, v nichž existuje zřejmý potenciál a potřeba systematického zlepšení.

Jádrem přínosu této práce je detailní vhled do současné reality polohování pacientů na sledované chirurgické JIP. Výsledky průzkumu explicitně poukázaly na několik signifikantních výzev, s nimiž se ošetrovatelský personál potýká. Mezi nejpalčivější patří nedostatek zdravotnického personálu, který přímo limituje časové i kapacitní možnosti věnované individuálnímu polohování. S tím úzce souvisí značná fyzická náročnost těchto úkonů a také zjištění o omezeném spektru reálně využívaných poloh, což může mít dopad na prevenci komplikací z imobility. Alarmujícím zjištěním, které práce přinesla, je skutečnost, že speciální terapeutické koncepty, jež mohou významně přispět k optimalizaci polohování a zlepšení stavu pacientů, nejsou v současné praxi na daném pracovišti dostatečně využívány. Tento poznatek signalizuje existující mezeru v propojení teoretických znalostí s praktickým výkonem péče.

V reakci na tato zjištění práce formuluje konkrétní a realizovatelná doporučení. Navrhuje se zejména aktivně usilovat o rozšíření dostupnosti moderních polohovacích pomůcek, které mohou snížit fyzickou zátěž personálu a zároveň zvýšit komfort a bezpečnost pacientů. Dále se jako nezbytné jeví posílení personálních kapacit na JIP, aby bylo možné věnovat polohování dostatečnou pozornost a individualizovat přístup. Klíčovým krokem ke zvýšení kvality a taky bezpečnosti péče je zavedení, případně aktualizace a důsledné dodržování, standardizovaných postupů pro polohování pacientů, které by reflektovaly nejnovější poznatky a byly by závazné pro celý tým. V neposlední řadě, s ohledem na nedostatečné využívání speciálních terapeutických konceptů, se naléhavě doporučuje investovat do cíleného a pravidelného vzdělávání a odborné přípravy zdravotnického personálu v této specifické oblasti. Takové vzdělávání by mělo být zaměřeno na praktický nácvik a implementaci těchto konceptů do rutinní péče.

Je třeba si být vědom určitých limitů provedeného průzkumu. Výzkumný soubor, tvořený 44 všeobecnými sestrami z jedné chirurgické JIP, neumožňuje plošné zobecnění výsledků na všechna pracoviště intenzivní péče v České republice, ani na JIP s odlišným zaměřením (např. interní či neurologické). Subjektivní povaha odpovědí respondentek, ovlivněná jejich individuálním vnímáním a zkušenostmi, rovněž představuje faktor, který je nutné brát v potaz při interpretaci dat. Tyto limity však nikterak nesnižují validitu zjištění pro dané pracoviště a pro inspiraci k dalším, rozsáhlejším šetřením.

Realizované dotazníkové šetření a jeho výsledky otevírají dveře pro navazující výzkumné aktivity, které by mohly dále přispět k optimalizaci polohování pacientů v intenzivní péči. Nabízí se například realizace srovnávací studie zaměřené na praxi polohování na různých typech JIP (chirurgické, interní, traumatologické) a v různých typech zdravotnických zařízení (fakultní nemocnice, regionální nemocnice), což by umožnilo identifikovat širší trendy a osvědčené postupy. Velmi přínosný by byl budoucí výzkum zaměřený na evaluaci efektivity jednotlivých speciálních terapeutických konceptů v kontextu polohování a jejich konkrétního dopadu na prevenci komplikací, jako jsou dekubity, pneumonie či kontraktury. Dále by bylo žádoucí podrobněji analyzovat vliv cíleného specializovaného školení zdravotnického personálu na reálné zlepšení kvality a efektivity polohování pacientů. V neposlední řadě se jako perspektivní směr jeví výzkum, vývoj a implementace inovativních technologií a ve neposlední řadě ergonomických pomůcek, které by mohly nejen dále snížit fyzickou náročnost polohování pro personál, ale také maximalizovat komfort a terapeutický přínos pro pacienty v kritickém stavu.

Závěrem lze konstatovat, že tato bakalářská práce přináší relevantní pohled na současný stav problematiky polohování na vybraném pracovišti JIP a identifikuje klíčové oblasti pro zlepšení. Předložená doporučení, pokud budou uvedena do praxe, mají potenciál významně přispět ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, bezpečnosti pacientů a v konečném důsledku i ke zlepšení jejich prognózy. Věříme, že tato práce poslouží nejen jako zdroj informací, ale i jako impuls k dalším diskusím a konkrétním krokům vedoucím k neustálému zdokonalování péče o pacienty v intenzivní medicíně.

6 POUŽITÁ LITERATURA

ARMSTRONG, Maggie a Ross MOORE, 2022. Anatomy, Patient Positioning. In: *National Library of Medicine. Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC*. [cit. 2024-11-12]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513320/>.

BARKIN, R. L., et al. 2017. Psychological and Emotional Impact of Immobility in Critical Care Patients. *Journal of Intensive Care Medicine*, 32(3), s. 135-142.

Bobath koncept pro dospělé. Copyright Mach & Šebestová 2016 [cit. 2024-11-12]. Dostupné z: <https://www.bobathconcept.eu/cs/aktuality/>.

DOLEŽELOVÁ, H. 2021. *Péče o nemocného na jednotce intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4310-1.

DOSBABA, Filip et al., 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing a.s. 172 s. ISBN 978-80-271-4225-5.

DRÁBKOVÁ, Jarmila, 2021. Intenzivní medicína 21. století – významná, dynamická, perspektivní. In: *MEDICAL TRIBUNE. © 2025 Medical Tribune* [cit. 2024-11-12]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/intenzivni-medicina-21-stoleti-vyznamna-dynamicka-perspektivni/>.

DRTILOVÁ, Adéla, 2023. *Polohování pacientů na pracovišti intenzivní péče*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Diplomová práce.

HERMES, Carsten et al., 2024. Positioning therapy for intensive care patients. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 149(17), p. 1028-1033. ISSN 1439-4413.

HORÁKOVÁ, E. 2020. Hojení ran v intenzivní péči z pohledu fyzioterapeuta. *Hojení ran*, 15(3), 45–47. ISSN 1804-7757.

HLADKÁ, Petra a Tereza KUBÍČKOVÁ, 2018. Bazální stimulace z pohledu studentky bakalářského studia 1. LF UK. In: *Florence. Copyright 2020 Care Comm s.r.o.* [cit. 2024-11-12]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2018/3/bazalni-stimulace-z-pohledu-studentky-bakalarskeho-studia-1-lf-uk/>.

CHRISTIANSEN, Helle et al., 2024. Basal stimulation hos den intensive patient. In: *Politikker, Retningslinjer og Instrukser*. [cit. 2024-11-12]. Dostupné z: <https://pri.rn.dk/Sider/5825.aspx>.

- IPPOLITO, Mariachiara et al., 2022. The prevention of pressure injuries in the positioning and mobilization of patients in the ICU: a good clinical practice document by the Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (SIAARTI). *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care*, Volume 2, Number 7. ISSN 2731-3786.
- KABÁTKOVÁ, D. 2019. *Proprioceptivní neuromuskulární facilitace v rehabilitaci*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-3045-6.
- KOVÁŘOVÁ, H. 2021. *Polohování pacientů v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7654-5.
- KREUZER, S. 2019. *Polohování pacientů na JIP: Prevence komplikací a zajištění kvalitní péče*. Vydavatelství zdravotnické literatury.
- Kinestetika.cz*. © 2008-2016 [cit. 2024-11-12]. Dostupné z: <https://www.kinestetika.cz/>.
- MALÍKOVÁ, J. 2022. *Polohování pacientů s ARDS na JIP*. Bakalářská práce. Liberec: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií.
- MALÍKOVÁ, J. 2023. Pokročilé techniky polohování u kriticky nemocných. *Hojení ran*, 18(1), 27-30. ISSN 1804-7757.
- MALÁSKA, Jan et al., 2020. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf. 711 s. ISBN 978-80-7345-675-7.
- MIKKELSEN, M. E., et al. 2019. Prone Positioning in ARDS: Evidence and Best Practices. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 199(2), 167-175.
- MOORE, Z., et al. 2018. Pressure Injury Prevention in Critical Care Settings: A Review of Evidence. *Journal of Wound Care*, 27(12), 710-717.
- NOVÁKOVÁ, K. 2022. *Management hemodynamických poruch v intenzivní péči*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1011-4.
- NOVÁKOVÁ, K. 2022. *Ošetrovatelské postupy při stabilizaci pacientů s respiračními problémy*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2121-3.
- PATHAK, Abhishek et al., 2021. The Bobath Concept (NDT) as rehabilitation in stroke patients: A systematic review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 29;10(11), p. 3 983-3 990. ISSN 2249-4863.

- PERKINS, S., & MCCARTHY, P. 2021. Prevention of Deep Vein Thrombosis in Intensive Care Units. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 33(1), 43-53.
- PODRAZILOVÁ, Petra, 2015. Význam kinestetiky pro ošetrovatelskou péči. In: *Florence. Copyright 2020 Care Comm s.r.o.* [cit. 2024-11-12]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/5/vyznam-kinestetiky-pro-oseetrovatelskou-peci/>.
- POKORNÁ, Andrea et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada Publishing a.s. 256 s. ISBN 978-80-271-2618-7.
- PROCHÁZKOVÁ, L. 2014. Polohování – nedílná součást terapie a každodenní péče o pacienta. *Geriatric a gerontologie*, 3(3), 152–155. ISSN 1805-5452.
- RAJENDRAM, R. et al., 2017. *Metabolism and Pathophysiology of Bariatric Surgery*. Chapter 21 - Critical Care After Bariatric Surgery, p. 181-188. ISBN 9780128040119.
- SHIN, J. H., et al. 2022. Nursing Care and Positioning Techniques for Critical Care Patients. *International Journal of Nursing Studies*, 59(5), 32-40.
- SOUSA, Ines et al., 2020. Positioning immobile critically ill patients who are at risk of pressure injuries using a purpose-designed positioning device and usual care equipment: An observational feasibility study. *International wound journal*, 17(4), p. 1 028-1 038. ISSN 1742-481X.
- TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
- TOMSOVÁ, Jana a Anna ZELENÁ, 2014. Polohování – nedílná součást terapie a každodenní péče o pacienta. *Geriatric a Gerontologie*, 3, č. 3, s. 118-122. ISSN 1803-6597.
- UWE, Wagner. 2019. *Polohování v péči o nemocné*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-2053-6.
- VAŇKOVÁ, Adéla. 2023. *Problematika polohování pacientů v intenzivní péči*. Liberec: Fakulta zdravotnických studií TUL. Bakalářská práce.
- VEVERKOVÁ, Eva a kolektiv, 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing a.s. 228 s. ISBN 978-80-271-2417-6.

VOJTA, V. 2018. *Vojtova metoda: Rehabilitace pohybového aparátu*. Praha: Avicenum. ISBN 978-80-7021-876-0.

ZELÉNÍKOVÁ, P., et al. 2020. Prevention of Pressure Ulcers in ICU Patients: A Comprehensive Approach. *Czech Journal of Nursing*, 10(1), 27-34.

7 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník</i>	58
-----------------------------------	----

Příloha A – *Dotazník*

Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

Věk:

- a) méně než 20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-50 let
- e) 51-60 let
- f) více než 60 let

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské – bakalářské
- d) vysokoškolské – magisterské
- e) specializační, uveďte: _____

Délka odborné praxe na jednotce intenzivní péče:

- a) méně než 1 rok
- b) 2-5 let
- c) 6-10 let
- d) 11-15 let
- e) 16-20 let
- f) více než 20 let

1. Provádíte polohování pacientů na jednotce intenzivní péče na základě ordinace lékaře?

- a) ano
- b) ne

2. Kdo za polohování pacientů na jednotce intenzivní péče zodpovídá?

- a) lékař
- b) všeobecná sestra
- c) jiná osoba, uveďte: _____

3. Využíváte v rámci poskytování intenzivní péče pacientům polohování?

- a) ano
- b) ne

4. Které polohy využíváte u pacientů na jednotce intenzivní péče nejčastěji?

- a) poloha na zádech
- b) poloha na boku
- c) poloha na břiše
- d) Fowlerova poloha
- e) Trendelenburgova poloha
- f) jiná poloha, uveďte: _____

5. Jak často pacienty na jednotce intenzivní péče polohujete?

- a) každou hodinu
- b) po 2 hodinách
- c) po 3 hodinách
- d) po 4 hodinách a více
- e) dle časových možností a denního plánu pacienta
- f) jinak, uveďte: _____

6. Používáte k polohování pacientů na jednotce intenzivní péče polohovací pomůcky?

- a) ano
- b) ne

7. Jaké pomůcky pro polohování pacientů na jednotce intenzivní péče používáte nejčastěji?

- a) polohovací lůžka
- b) polštáře
- c) deky
- d) prostěradla
- e) klíny
- f) kuličkové či molitanové antidekubitní pomůcky
- g) jiné pomůcky, uveďte: _____

8. Máte na jednotce intenzivní péče k dispozici pomůcky usnadňující manipulaci s pacienty?

- a) ano, uveďte jaké: _____
- b) ne

9. Jste spokojen/a s dostupnými polohovacími pomůckami na jednotce intenzivní péče, na které pracujete?

- a) ano
- b) ne

10. Uvítal/a byste na jednotce intenzivní péče nějaké další polohovací pomůcky?

- a) ano, uveďte jaké: _____
- b) ne

11. S jakými komplikacemi v souvislosti s polohováním pacientů jste se již na jednotce intenzivní péče setkal/a?

Možnost uvedení více možností.

- a) zhoršení stavu pacienta po změně polohy
- b) extrakce nebo dislokace invazivních vstupů (např. extubace; vytažení tracheostomie, invazivních vstupů, intrakraniálního čidla, nasogastrické sondy apod.)
- c) zranění pacienta
- d) bolesti

- e) ochabnutí, zkrácení či ztuhlost svalů
- f) dekubity
- g) opruzeniny
- h) imobilizační syndrom
- i) strhnutí kůže
- j) infekce
- k) jiné komplikace, uveďte: _____

12. Co považujete v oblasti polohování pacientů na jednotce intenzivní péče za nejnáročnější?

- a) tělesná námaha
- b) nedostatek polohovacích pomůcek
- c) nedostatek pomůcek usnadňující manipulaci s pacienty
- d) nedostatek personálu
- e) změna stavu pacientů po změnách polohy
- f) jiné, uveďte: _____

13. Využíváte při polohování pacientů na jednotce intenzivní péče prvků speciálních terapeutických konceptů?

- a) ano, uveďte jaké: _____
- b) ne

14. S kým při polohování pacientů na jednotce intenzivní péče spolupracujete?

- a) lékaři
- b) všeobecnými sestrami
- c) sanitáři
- d) ošetřovateli
- e) jiné, uveďte: _____

15. Máte na jednotce intenzivní péče dostatek personálu pro potřebné polohování pacientů?

- a) ano

b) ne

16. Odkud jste získal/a znalosti a dovednosti potřebné k polohování pacientů na jednotce intenzivní péče?

a) během studia

b) workshop v rámci konference

c) kurz bazální stimulace

d) praxe

e) jinde, uveďte: _____

17. Měl/a byste zájem o další vzdělávání v oblasti polohování pacientů na jednotce intenzivní péče?

a) ano

b) ne

18. Co byste změnil/a či zlepšil/a v souvislosti s problematikou polohování pacientů na jednotce intenzivní péče?

Uveďte: _____

