

UNIVERZITA KARLOVA
1.LÉKAŘSKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2020

Bc. Švecová Adéla

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve
zdravotnictví Studijní obor: Ergoterapie – navazující
magisterské studium



Bc. Švecová Adéla

**Využití jednotlivých typů polohování u pacientů po cévní mozkové
příhodě v akutní a subakutní fázi rehabilitace z pohledu ergoterapie.**

Use of individual types of positioning on patients after stroke in the acute and subacute
phase of rehabilitation from the perspective of occupational therapy.

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. et Mgr. Jaromíra Uhlířová

Praha, rok 2020

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí diplomové práce Mgr. et Mgr. Jaromíře Uhlířové za vedení diplomové práce, důležité poznámky, odborné připomínky a cenné náměty.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobností kvalifikačních prací.

V Praze, 14. 5. 2020

Adéla Švecová

Podpis studenta

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: Adéla Švecová

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jaromíra Uhlířová

Název diplomové práce: Využití jednotlivých typů polohování u pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi rehabilitace z pohledu ergoterapie.

Cévní mozková příhoda je jedním z onemocnění nejvíce ovlivňující lidskou populaci. Jejím důsledkem může být dočasné postižení, trvalé následky i smrt. Polohování pacienta po cévní mozkové příhodě může mnoho rizik sekundárních změn ovlivnit.

Cílem této práce je zjistit, jak se ergoterapeuti zapojují do polohování pacientů v akutní a subakutní fázi po cévní mozkové příhodě v iktových centrech v České republice a jak polohování na iktových centrech probíhá.

Z literatury a doporučených postupů vyplývá, že správným polohováním po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi je předcházeno vzniku imobilizačního syndromu a sekundárních změn. Polohováním pacientů po cévní mozkové příhodě lze ovlivnit svalový tonus, bolestivost ramene, předcházet subluxaci v kloubech, udržet pasivní i aktivní rozsah v kloubech atd. U pacientů po cévní mozkové příhodě by měly přicházet vzruchy z postižené strany pro podporu návratu senzomotorických funkcí a pro zapojení postižené strany do aktivit. Ergoterapeut se nejvíce zapojuje při polohování postižené horní končetiny zejména pro ovlivnění spastické dystonie, kdy využívá antispastické polohy během provádění všedních denních činností.

Pro sběr dat byla použita metoda dotazníkového šetření. Dotazníky byly zaslány ergoterapeutům do iktových center v České republice. V České republice je 32 iktových center, na dotazník odpovědělo 29 ergoterapeutů z 29 iktových center. Z výsledků vyplývá, že pouze v 16 (55,2%) iktových centrech mají daný řád polohování pacientů po cévní mozkové příhodě. Ve 20 (68,97%) iktových center mají speciálně zakoupené polohovací pomůcky, jako jsou polohovací polštáře, klíny dlahy a molitanové míčky. Ergoterapeuti v 86,2% případech využívají u pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi polohu na zádech, v 93,1% využívají polohování z důvodu předcházení spasticity. Antispastické polohy pro polohování paretické horní končetiny využívá po ukončení ergoterapeutické jednotky 44,8% ergoterapeutů a 41,8% i během ergoterapie. Během všedních denních činností polohuje pacienty 86,2% ergoterapeutů.

Většina ergoterapeutů má absolvovaný kurz, který má vztah k polohování. Vzhledem ke specifickým polohování pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi by bylo vhodné vytvořit doporučený postup, jak v iktových centrech o pacienty pečovat, jehož součástí by bylo i správné polohování pacienta. Iktová centra by měla být vybavena pomůckami pro polohování a personál by měl být celoživotně vzděláván.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, polohování, ergoterapeut, iktové centrum

ABSTRACT OF MASTER THESIS

Title of master thesis: Use of individual types of positioning on patients after stroke in the acute and subacute phase of rehabilitation from the perspective of occupational therapy.

Stroke is one of the diseases that most affects the human population. It can result in temporary disability, permanent consequences and death. The patient's positioning after a stroke can affect many risks of secondary changes.

The aim of this work is to find out how occupational therapists are involved in the positioning of patients in the acute and subacute phase after a stroke in stroke centers in the Czech Republic and how the positioning in stroke centers takes place.

The literature and recommended procedures show that the correct positioning after a stroke in the acute and subacute phase prevents the development of immobilization syndrome and secondary changes. Positioning patients after a stroke can affect muscle tone, shoulder pain, prevent subluxation in the joints, maintain passive and active range in the joints, etc. In patients after a stroke, agitation should occur from the affected side to support the return of sensorimotor functions and to involve the affected parties to activities. The occupational therapist is most involved in positioning the affected upper limb, especially to influence spastic dystonia, when he uses antispastic positions and during everyday activities.

A questionnaire survey method was used for data collection. Questionnaires were sent to occupational therapists in stroke centers in the Czech Republic. There are 32 stroke centers in the Czech Republic and 29 occupational therapists from 29 stroke centers answered the questionnaire. The results show that only 16 (55,2%) stroke centers have regulations of positioning after a stroke. In 20 (68,97%) stroke centers, they have specially purchased positioning aids such as positioning pillows, splints, wedges and foam balls. Occupational therapists in 86,2% of cases use the supine position in patients after a stroke in the acute and subacute phase, in 93,1% they use positioning to prevent spasticity. 44,8% of occupational therapists use antispastic positions for positioning the paretic upper limb after the end of the occupational therapy unit and 41,8% also during occupational therapy. During activities of daily living 86,2% of occupational therapists position patients. Most occupational therapists have completed a course related to positioning. Due to the specifics of positioning patients after a stroke in the acute and subacute phase, it would be appropriate to develop

a recommended procedure for caring for patients in stroke centers, which would include the correct positioning of the patient. Stroke centers should be equipped with positioning aids and staff should be trained throughout their lives.

Keywords: stroke, positioning, occupational therapist, stroke center

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

ŠVECOVÁ, Adéla. *Využití jednotlivých typů polohování u pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi rehabilitace z pohledu ergoterapie. [Use of individual types of positioning on patients after stroke in the acute and subacute phase of rehabilitation from the perspective of occupational therapy]* Praha, 2020, počet s.95, počet příl.1.Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Jaromíra Uhlířová

Obsah

1	Úvod	13
2	Cévní mozková příhoda	15
2.1	Ischemický iktus	15
2.2	Hemoragický (krvácivý) iktus	16
2.3	Faktory ovlivňující rekonvalescenci	16
2.3.1	Změny svalového tonu	16
2.4	Akutní a subakutní fáze cévní mozkové příhody	17
2.5	Rehabilitace u CMP	19
3	Iktové centrum	20
4	Polohování jako součást rehabilitace	23
4.1	Účely polohování	23
4.2	Základní polohy v polohování	24
4.3	Polohovací pomůcky	25
4.4	Polohování pacientů po cévní mozkové příhodě	28
4.5	Specifické oblasti polohování pacienta po CMP	29
4.6	Specifika poloh pacientů po cévní mozkové příhodě	31
4.7	Doporučené postupy pro polohování pacientů po CMP	33
4.8	Polohování v rámci rehabilitačních konceptů	35
4.8.1	Koncept polohování v bazální stimulaci	35
4.8.2	Polohování s PANat dlahami	37
4.8.3	Polohování dle Bobath konceptu	38
5	Role ergoterapeuta při polohování	41
5.1	Polohování paretické horní končetiny	41
5.2	Polohování při aktivitách všedního denního života	43
6	Cíle diplomové práce	45
7	Stanovení hypotéz	46
8	Metodologie	47
8.1	Metoda sběru dat	47
8.1.1	Dotazník	48
8.2	Etická hlediska	48

8.3	Popis výzkumného vzorku.....	49
8.4	Zpracování dat	50
9	Výsledky	51
9.1	Vyhodnocení hypotéz.....	71
10	Diskuze.....	72
11	Závěr.....	80
	Seznam literatury	82
	Seznam obrázků	90
	Seznam grafů	91
	Příloha 1.....	92

Teoretická část

1 Úvod

Diplomová práce je zaměřena na ergoterapeuty pracující v iktových centrech s pacienty v akutní a subakutní fázi po cévní mozkové příhodě (dále pouze „CMP“) po celé České republice. CMP patří mezi onemocnění nejvíce ovlivňující světovou populaci, jehož následkem může být různý stupeň postižení nebo trvalá invalidita. CMP zasahuje do oblastí běžného denního života a její následky jsou fyzicky i psychicky náročné pro pacienta i jeho rodinu. Rehabilitace u pacientů postižených CMP se zaměřuje z velké části na péči o vlastní osobu, možnost vrátit se do domácího prostředí, opětovné začlenění do společnosti a možnost navrátit se do pracovního prostředí. V této oblasti má své zastoupení ergoterapeut, který v akutní rehabilitaci řeší oblasti pracovního, rodinného i sociálního života (Wolf et al, 2009).

Bernhard (2008) uvádí, že organizovaná péče a včasná rehabilitace během péče o pacienta po CMP vede k optimálnímu vývoji uzdravení. U pacientů po CMP je velmi vysoké riziko vzniku komplikací, u 85% pacientů se vyskytnou komplikace, kterými jsou dekubity, kontraktury, vznik trombů a bolest. Tyto komplikace jsou spojené s imobilitou pacienta. Proto je velmi důležité pacienta během pobytu na lůžku polohovat. Votava (2001) ve svém článku udává, že sekundární změny jsou zejména v oblasti paretického ramene až v 65% a vedou od bolesti až k subluxaci ramenního kloubu. V 36% může u pacientů po CMP přetrvávat inkontinence i měsíc. Deprese a úzkostné stavy se u těchto pacientů objevují v 80%.

V teoretické části diplomové práce jsou popsány informace o CMP v akutní a subakutní fázi, popis iktových center a příjem pacientů v nich, možnosti a druhy polohování pacientů, standardy pro polohování pacientů po CMP a role ergoterapeuta při polohování. Cílem praktické části diplomové práce bylo vytvořit dotazník pro ergoterapeuty pracující v iktových centrech, jehož účelem bylo zjistit, jak polohování v iktových centrech probíhá, jak se do něho ergoterapeuti zapojují a jak velký důraz na polohování těchto pacientů kladou. Polohování předchází vzniku komplikací a sekundárních změn u pacientů s touto diagnózou (Klusoňová a Pitnerová, 2014). Polohováním předejdeme, nebo alespoň omezíme vznik deformit, dekubitů a oběhových obtíží. Má také preventivní účinky pro vznik pneumonie (Carraro, 2002). Změny poloh pacienta po CMP by měly být systematické, podložené pravidly, měly by se střídát polohy na lůžku a vsedě v pravidelném časovém intervalu (Smílková a Zítková,

2008). Literatura se v udávaných pravidlech, jak pacienta správně polohovat po CMP liší nebo rozchází, z toho důvodu jsme vyhledali několik novějších doporučených postupů ze zahraničí.

V diplomové práci bylo nejdůležitější zjistit, jaké způsoby a typy polohování se u pacientů po CMP v akutní a subakutní fázi využívají v iktových centrech a jaké polohovací pomůcky se k polohování pacientů využívají. Dále i nejčastější účel polohování u pacientů po CMP v akutní a subakutní fázi.

2 Cévní mozková příhoda

CMP je akutní poškození krevních cév v mozku. Toto poškození může být způsobeno ucpáním cévy krevní sraženinou, zúžením krevních cév, kombinací obou jevů – blokády i zúžení, nebo prasknutím cévy (Feigin, 2007). Mozkové buňky, které jsou bez kyslíku a živin, přestanou dočasně fungovat nebo odumřou (Šeclová, 2004).

Během CMP rychle vznikají známky ložiskového mozkového poškození, které se rychle rozvíjí a trvá i déle než 24 hodin nebo mohou vést až k úmrtí (WHO, 2018). Hlavní klinický obraz je hemiparéza či hemiplegie, tedy částečné či úplné ochrnutí poloviny těla. Pokud je o pacienta po CMP včas a odborně pečováno, je velmi pravděpodobné, že se bude schopný mnoho aktivit naučit znovu (Šeclová, 2004). V České republice bylo v roce 2010 hospitalizováno 41 690 osob po CMP. Počet oproti roku 2003, kdy bylo hospitalizováno 49 116 osob, klesá. Průměrná délka hospitalizace je 14,8 dnů (ÚZIS ČR, 2010). Výskyt CMP se objevuje u osob středního věku a s přibývajícím věkem stoupá. Doba přežití po CMP jsou 4 roky, ale to zejména z důvodu vysokého věku a polymorbidity postižených osob. Bývají postiženi více muži nežli ženy. CMP je na třetím místě mezi příčinami úmrtí a tvoří 15% všech úmrtí (Švestková et al, 2017).

Ischemií či krvácením bývá nejčastěji postižena arteria cerebri media, jejímž klinickým obrazem je hemiparéza na kontralaterální straně s výraznějším postižením na horní končetině. Při postižení ostatních tepen vzniká náhlá nebo postupně se rozvíjející hemiparéza a může být spojena i se ztrátou vědomí (Švestková, et al, 2017).

2.1 Ischemický iktus

Až 85% mozkových iktů jsou způsobená buď: a) blokádou krevní sraženinou, b) zúženinou (ucpáním) přívodné mozkové tepny nebo tepen, anebo c) tromby (vmetky) uvolněnými ze srdce či z extrakraniální tepny, jež zablokují jednu nebo více intrakraniálních tepen. Ateroskleróza je příčinou ischemického iktu až u 2/3 pacientů po CMP (Feigin, 2007). Dominantní je kontralaterální porucha hybnosti, především na akru horní končetiny a v oblasti mimického svalstva, porucha citlivosti a zorného pole. Při postižení dominantní hemisféry vzniká porucha symbolických funkcí, postižením nedominantní hemisféry může vzniknout neglect syndrom a typické Wernickeovo-Mannovo držení, které má typický obraz - depresi, addukci a vnitřní rotaci v ramením kloubu, flexe v loketním kloubu, pronace předloktí, flexe předloktí a prstů. Na dolní

končetině dochází k vnitřní rotaci a extenzi v kyčelním kloubu, extenzi v kolenním kloubu, inverzi a plantární flexi nohy. Dle lokalizace postižení mohou nastat poruchy kognitivních a fatických funkcí nebo poruchy hlavových nervů (Kolář, 2009).

2.2 Hemoragický (krvácivý) iktus

Hemoragický iktus je způsoben krvácením do mozkové tkáně nebo do prostoru pod pavučnicí, což je úzký prostor mezi povrchem mozku a mozkovou blánou pokrývající mozek. Tyto druhy iktu mají větší úmrtnost, ale tvoří relativně malý podíl na všech CMP: 10-15% tvoří mozková tkáňová krvácení a asi 5% subarachnoidní krvácení. Krvácení z tepny uvnitř lebky je obvykle způsobeno prasknutím tepenné výdutě (aneurysmatu – rozšířené tepny) nebo určitým typem onemocnění (např. hypertenze) (Feigin, 2007).

2.3 Faktory ovlivňující rekonvalescenci

Rehabilitační péče je nedílnou součástí rekonvalescence. Zotavení se odvíjí od rozsahu a lokace zasaženého místa, velký vliv má péče v nemocnici a domácím prostředí. Velmi důležitá je prevence a léčba případných komplikací, které by mohly zvýšit poškození mozku. Důležité jsou první dny po CMP, kdy musíme podpořit schopnosti pacienta k rehabilitaci. Motivace pacienta a podpora od jeho blízkých k provádění všedních denních činností má vliv na rekonvalescenci. Pohyby prováděné při činnostech napomáhají k jeho zotavení. Motivovaný pacient má větší pravděpodobnost ke zlepšení celkového stavu. Osoby mladší 60 let mají větší pravděpodobnost, že rekonvalescence se bude lépe vyvíjet. U osob nad 60 let se mohou vyskytovat další obtíže, jako jsou srdeční, dýchací či oběhové (Lippertová-Grünerová, 2015).

2.3.1 Změny svalového tonu

Poškození centrálního motoneuronu vede ke klinickému obrazu spastické parézy, má 3 základní symptomy: parézu, zvýšenou svalovou aktivitu a zkrácení svalu (Gál et al, 2010). Po CMP nastává období snížení či vyhasnutí reflexů, které trvá zhruba 3 dny, poté se reflexy začínají navracet a v časovém horizontu týdnů se objevuje spasticita a ve stejný čas dochází k postupné úpravě volní hybnosti. V méně závažných případech se postižení zcela upraví, u více závažných postižených zůstává postižení určitého stupně

(Švestková et al, 2017). Při paréze či plegii dominuje abnormální postavení končetiny, které je způsobené nepoměrem svalového tonu agonistů a antagonistů. Může vzniknout typický hemisyndrom s flekčním postavením na horní končetině a extenčním na dolní končetině. Při spasticitě lze pasivně sval protáhnout, ale při rychlém protažení cítíme záraz, po kterém aktivita mizí ihned nebo po dokončení pasivního pohybu. Spasticita nemůže vzniknout v klidu a není zodpovědná za abnormální postavení končetiny. Spasticita není na pacientovi vidět. Spastická dystonie je na rozdíl od spasticity na pacientovi viditelná a je zodpovědná za abnormální postavení končetiny. Při spastické dystonii dochází k mimovolnému stáhnutí paretických svalů v klidovém stavu. Dystonie má vliv na funkci a ovlivňuje pacienta více nežli spasticita. Typické postavení Wernicke-Mannovo postavení je obrazem spastické dystonie. Spastická dystonie má vliv na obtíže s polohováním pacienta, oblékání horní poloviny těla, hygienu a vliv v sociální sféře, kde toto postavení neunikne pozornosti okolí. Spastická dystonie se objevuje v klidu a spastická ko-kontrakce při aktivním pohybu. Při správném pohybu se aktivuje agonista a relaxuje antagonist. Při ko-kontrakci je aktivován agonista i antagonist a nastává špatná koordinace volného pohybu. Spastické synkinézy neboli asociované pohyby, kdy dochází k šíření vzruchu na vzdálené svalové segmenty a vznikají neúčelné motorické synergie například pohyb trupem nebo dolní končetiny při pohybu rukou (Gál et al, 2010). Vznikem spastické dystonie se objevují i negativní projevy. Aktivita jako je polohování, oblékání paretické končetiny a v neposlední řadě hygiena ve dlani, axile nebo třísele jsou ztížené (Gracies, 2005).

2.4 Akutní a subakutní fáze cévní mozkové příhody

Akutní fáze CMP trvá méně než 24 hodin a subakutní stádium 24 hodin až pět dní (Konstas et al, 2011). V akutním stádiu probíhá péče na iktové jednotce nebo na iktových lůžkách neurologické jednotky intenzivní péče. Po 24 hodinách mohou být pacienti ve stabilizovaném stavu přeloženi na standardní neurologické oddělení (Mikulík et al, 2008).

Akutní stádium

U pacientů je svalová slabost, snížený svalový tonus a ztráta stability. Pacient není schopen udržet stejnostranné končetiny proti gravitaci a jsou ochablé. V tomto období pečujeme především o trofiku kůže, zabránění vzniku dekubitů a řešení poruch sfinkterů. Nezbytnou součástí je polohování. Senzorický deficit, který doprovází

motorické postižení, může pacient vnímat negativně a necítit se komfortně (Kolář, 2009). Mobilizujeme klouby i měkké tkáně, snažíme se udržet rozsahy pohybu v kloubech. Pasivní i aktivní cvičení kombinujeme s protahováním do krajních poloh v kloubech. Centrální nervovou soustavu můžeme stimulovat technikou propioceptivní neuromuskulární facilitace dle Kabata. Tato technika facilite paretické svaly díky aktivizaci propioceptorů, které se aktivují protažením svalu před pohybem a optimálním odporem, trakcí nebo kompresí do kloubních ploch a úchopem končetiny. Pacient musí celý pohyb sledovat (Gál et al, 2010). Postižení se v této fázi může horšit nebo stabilizovat. V této fázi jsou sníženy nebo nevýbavné myopatické reflexy. Většinou po 4 dnech po příhodě se mohou začít objevovat známky zvýšeného svalového napětí (Švestková et al, 2017).

Prioritou u pacientů po CMP je včasná vertikalizace, ale ještě před vlastní vertikalizací se od začátku musí facilitovat pletencové svaly, cílená reedukace antigravitační motoriky a uložení na lůžku (Krobot, 2005).

Subakutní stádium

Ve spastickém neboli subakutním období se zaměřujeme na strečink, který předchází vzniku zkrácení a kontraktur. Využíváme prolongovaný statický progresivní strečink po dobu 20-30 minut 1-2x týdně. Při spastické dystonii dochází ke zkrácení již od začátku v pohybovém segmentu a v tomto případě je nutná aplikace botulotoxinu a poté intenzivní rehabilitace. Lze využít i další farmakologickou léčbu například antispastika jako je baklofen (Gál et al, 2010). Během rehabilitace dbáme na návlek aktivní hybnosti a pokračujeme ve vertikalizaci pacienta. Vyvíjí se spastická dystonie s predilekcí na flexorech horních končetin a extenzorech dolních končetin. V tomto období může docházet ke zlepšování stavu, u jiných pacientů už nemusí. Jedná se zejména o pacienty, kteří mají špatné posturální a pohybové stereotypy (Kolář, 2009). Dochází ke zvýšení myopatických reflexů na straně postižení a může se objevit klonus. Zlepšování volní hybnosti nastává nejprve v hrubých vzorcích. Pokud bychom se nesnažili o snížení spasticity, došlo by k převaze spastických svalů, k jejich zkrácení a nemožnosti je posléze protáhnout do plného rozsahu (Švestková et al, 2017).

2.5 Rehabilitace u CMP

Nejčastěji jsou u pacientů po CMP zasaženy senzorické složky, symbolické funkce, kognitivní funkce, hybnost končetin, hluboká i povrchová citlivost, vestibulární a cerebrální složky. Všechny zasažené položky je důležité komplexně ovlivňovat v rámci rehabilitačního programu. Individuální rehabilitační plán sestavujeme podle svalového tonu, posturálních a pohybových vzorců, funkčních dovedností a přihlížíme i ke stádiu CMP. Hypotonie svalů nastává v akutním neboli pseudochabém stádiu, v subakutním stádiu se rozvíjí a přetrvává spasticita, ve stadiu relativní úpravy dochází ke zlepšování stavu, když už nedochází ke zlepšování, nastává tzv. chronické stádium. Stádia se navzájem překrývají (Kolář, 2009). V akutní fázi začínáme rehabilitaci polohováním a pasivními pohyby, kterými předcházíme spasticitě a deformitám. K facilitaci využíváme nejčastěji Bobath koncept, cvičení v diagonálách z Kabatovy metody, někde lze využít i reflexní lokomoce podle Vojtovy metody. Při navázání spolupráce s pacientem trénujeme vertikalizaci do sedu, stoje a chůzi, případně mobilitu na mechanickém vozíku. Trénujeme bimanuální koordinaci při které využíváme postiženou i zdravou horní končetinu. Toho nejvíce využívá ergoterapeut při provádění všedních denních činností (Švestková et al, 2017).

3 Iktové centrum

Dle věstníku Ministerstva zdravotnictví je iktové centrum neboli vysoce specializovaná péče o pacienty s iktem, zdravotní péče v rámci neurologie ve spolupráci s mnohými klinickými a diagnostickými obory (zobrazovací metody, rehabilitace, fyzikální medicína, vnitřní lékařství, kardiologie, neurochirurgie a další). Iktové centrum se v České republice řadí mezi zdravotnická zařízení zajišťující cerebrovaskulární péči. Tato péče má tři stupně: nejvyšší stupeň – komplexní cerebrovaskulární centrum, nižší stupeň – iktové centrum, základní stupeň - ostatní cerebrovaskulární péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2010a).

Kritéria, aby mohla být pracoviště zařazena do seznamu specializovaných pracovišť, byla stanovena týmem ze zástupců Ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven, odborných společností a zástupců poskytujících zdravotní péči pracujících v komisi pro specializovanou péči v oboru neurologie. Dohled plnění kritérií kontrolují zejména zdravotní pojišťovny a odborné společnosti. Ministerstvo zdravotnictví může udělit statut iktového centra na období nejvýše 5 let, pokud zařízení získá statut je pravidelně kontrolováno ve výkonnosti iktového centra a kvality zdravotní péče na požádání Ministerstva zdravotnictví. Statut iktového centra může být udělen zdravotnickému zařízení, které poskytuje komplexní zdravotní péči, má multioborový tým s lůžkovým, ambulantním, stacionárním a laboratorním vybavením. Péče na iktovém centru je koordinovaná oddělením neurologie s jednotkou intenzivní péče. Zařízení musí poskytovat diagnostickou, léčebnou a rehabilitační péči o pacienty s CMP a spolupracuje se specializovanými cerebrovaskulárními centry. Nemusí však zajišťovat péči v oborech neurochirurgie a intervenční radiologie (Ministerstvo zdravotnictví, 2010a).

V době podání žádosti o statut iktového centra musí zařízení splňovat tyto podmínky: minimální personální zabezpečení, minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. V rámci zdravotnického zařízení musí být dostupné 24 hodin denně zdravotní služby v těchto oborech: cévní chirurgie, neurochirurgie, radiologie, zobrazovací metody, vnitřní lékařství, kardiologie, anesteziologie, intenzivní medicína, klinická biochemie, hematologie, transfuzní lékařství a mikrobiologie. Personální požadavky na iktovém centru: vedoucí lékař v oboru neurologie, 3 úvazky lékařů v oboru neurologie a 1 úvazek lékaře v oboru rehabilitační a fyzikální medicíny. Nezbytnou součástí jsou i nelékařští pracovníci:

fyzioterapeut (1 fyzioterapeut na 5 lůžek) – dostupnost 6 dnů v týdnu, ergoterapeut – dostupnost 6 dnů v týdnu, klinický logoped a klinický psycholog. Všechny tyto profese musí být v rámci iktového centra zaměstnání na plný úvazek. Na poloviční pracovní úvazek musí být zaměstnán zdravotně sociální pracovník a nutriční terapeut. Externě musí být dostupný ortotik-protetik a speciální pedagog či andragog (Ministerstvo zdravotnictví, 2010a).

Urgentní příjem musí navazovat na diagnostický komplement a jednotku intenzivní péče. Z technických požadavků musí mít toto vybavení: CT přístroj, JIP, lůžka vysoce specializovanou péčí o pacienty s iktem minimálně 4 lůžka, 4 lůžka intenzivní péče nižšího typu, sonografický přístroj, standardní lůžka na neurologii s minimálním počtem 30 a 10 lůžek na oddělení akutní léčebné rehabilitace s komplexním vybavením pro pacienty po iktu (Ministerstvo zdravotnictví, 2010a).

Oddělení včasné rehabilitace navazuje na iktové centrum s minimálně 20 lůžky a musí mít toto základní vybavení: bezbariérové prostředí, polohovací lůžka, zvedací a transportní zařízení, mechanické vozíky a další kompenzační pomůcky, místnost pro individuální fyzioterapii, ambulance pro psychodiagnostiku a psychoterapii, pro lékaře v oboru rehabilitační a fyzikální medicíny, klinického logopeda, zdravotně sociálního pracovníka, vybavení pro ergodiagnostiku a ergoterapii, včetně vybavení pro nácvik aktivit denního života a testování modelových činností, technické zázemí pro pomoc pacientů a zajištění následných lůžek. Z organizačních kritérií musí iktové centrum zajišťovat péči minimálně o 400 000 obyvatel. Rehabilitace je poskytována na lůžkách intenzivní péče, a poté na lůžkách včasné rehabilitace. Následná péče probíhá na lůžkových odděleních následné či dlouhodobé péče. Iktové centrum musí odesílat příslušné údaje do informační databáze a údaje o provedených výkonech do mezinárodní informační databáze (Ministerstvo zdravotnictví, 2010a).

Seznam iktových center v ČR

Iktová centra, která mají platnost do 31. 12. 2020 a splňují kritéria.

1. Nemocnice Blansko
2. Nemocnice Břeclav, p.o.
3. Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa
4. Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Děčín, o.z.
5. Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Chomutov, o.z.

6. Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Teplice, o.z.
7. Thomayerova nemocnice
8. Nemocnice Třinec, p.o.
9. Oblastní nemocnice Trutnov, a.s.
10. Uherskohradištská nemocnice, a.s.
11. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
12. Vítkovická nemocnice, a.s.
13. Nemocnice Vyškov, p.o.
14. Krajská nemocnice T.Bati, a.s.
15. Nemocnice Znojmo, p.o.
16. Nemocnice Prostějov
17. Nemocnice Jihlava
18. Karlovarská krajská nemocnice, a.s., s místem poskytování Nemocnice Karlovy Vary
19. Karvinská hornická nemocnice, a.s.
20. Oblastní nemocnice Kladno, a.s.
21. Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
22. Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o.
23. Městská nemocnice v Litoměřicích
24. Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Litomyšlská nemocnice
25. Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubická nemocnice
26. Nemocnice Písek, a.s.
27. Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
28. NEMOS SOKOLOV s.r.o., s místem poskytování nemocnice Sokolov
29. Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s.
30. Oblastní nemocnice Náchod, a.s.
31. Nemocnice Nové Město na Moravě
32. Městská nemocnice Ostrava, p.o.

(Ministerstvo zdravotnictví, 2015)

4 Polohování jako součást rehabilitace

Polohování v akutním stadiu onemocnění je prvotní ošetrovatelsko-rehabilitační výkon. Správnou polohou chceme pacientovi zmírnit bolest, umožnit relaxaci a předejít vzniku sekundárních změn (Slézáková, 2014). Polohováním chceme předejít následkům z imobilizace, kterými jsou kontraktury, pneumonie, trombózy, edém, embolie a dekubity (Lippertová-Grünerová, 2005). V akutní rehabilitaci má zabránění vzniku komplikací přednost před individuálním rehabilitačním programem (Kolář, 2009). Pro pacienta je obtížné změnit polohu samostatně na lůžku. S mobilitou v rámci lůžka se musí začít co nejrychleji. Dokud pacient není schopen samostatně měnit polohy, je nutné polohování provádět v pravidelných intervalech a to alespoň každé 3-4 hodiny. Každý pacient se polohuje individuálně, záleží na jeho potřebách, zajistí se tak komfort pacienta a terapeutický cíl v polohování (Lippertová-Grünerová, 2005). Během časně rehabilitace by se mělo hýbat končetinami pasivně, pokud to stav pacient dovolí, může hýbat aktivně nebo s dopomocí. Rozsah pohybu by měl být v plném fyziologickém rozsahu. Na končetinách, u kterých nastává stádium spasticity, protažením a polohováním předcházíme zkrácení svalstva a redukci spasticity. Polohy musí být pohodlné a bezbolestivé. Musíme kontrolovat náchylná místa s malou vrstvou podkoží a svalů, u kterých promínuje kostěná struktura pod kůží např. spina scapulae, os sacrum, velké trochantery atd., aby nedošlo ke vzniku dekubitů. Pacient musí být v suchu a mít správnou polohu permanentního močového katétru a přívodu infuzí (Kolář, 2009).

Hlavními cíli rehabilitace jsou polohování, vertikalizace a mobilizace pacienta. Indikace k polohování je u pacientů, kteří jsou omezeni v pohybu či ho úplně ztratili a pacienti s porušením citlivosti. Ztráta sensorické složky často doprovází motorický deficit. Změna polohy pomáhá k navrácení sensorických funkcí, a tím i motorických funkcí. Na polohování by se měli podílet všichni, kteří se pečují o pacienta (Kolář, 2009).

4.1 Účely polohování

Hlavní cíle polohování (Kolář, 2009):

- ochrana před vnikem pneumonie, kontraktur, dekubitů, osteoporózy
- snížení intrakraniálního tlaku
- ovlivnění svalového tonu
- snížení intrakraniálního tlaku

- zlepšení vědomí pacienta, oběhových funkcí
- zachování hybnosti kloubů
- ovlivnění bolesti
- předcházení poškození periferních nervů

Na vznik kontraktur jsou nejvíce náchylní pacienti s neurologickým onemocněním. Při polohování do antispastického vzorce (proti směru rozvíjejícího se zkrácení) lze využít i polohovací pomůcky. Při nevhodném polohování dojde k bolestivému omezení pohybu kloubu a později vzniku kontraktur. Polohováním odlehčujeme kůži a umožňujeme prokrvení jednotlivých částí těla, tím předcházíme vzniku dekubitů, riziku vzniku embolie, trombózy a edémů. Deformity můžeme ovlivnit polohovacími ortézami a lze zmírnit jejich důsledky. Snížení intrakraniálního tlaku lze dosáhnout v poloze na zádech s hlavou v ose těla a mírně zvýšenou horní polovinou těla (Kolář, 2009). Včasným polohováním a vertikalizací horní poloviny ovlivníme oběhové funkce, které jsou důležité v dalším stupni vertikalizace. Pokud se u pacientů objevuje senzomotorický deficit, nastane ztráta svalové aktivity a stažení cév, tak dojde k poruchám prokrvení. Lepším prokrvením předcházíme vzniku trombózy, embolie, dekubitů a edémů. Ke vzniku poškození periferního nervu většinou dochází tlakem vlastního těla. Polohováním tomuto poškození předcházíme. Nejvíce bývají poškozené nervy n.popliteus lateralis, n.ulnaris a n.radialis (Lippertová-Grünerová, 2005).

4.2 Základní polohy v polohování

Při polohování pacienta na lůžku existují základní polohy: na zádech, na boku a na bříše. Dále můžeme polohovat do polohy tzv. semipronační a semisupinační, nebo jak uvádí Kolář do polosedu. Ráda bych uvedla tři základní polohy dle Haladové a polosed, jako výchozí polohy při polohování pacientů upoutaných na lůžku.

Poloha na zádech

Při poloze na zádech by neměla být hlava zakloněná ani by brada neměla být přitisknuta k hrudníku. Hlavu pacienta vypodložíme polštářem. Postižená horní končetina může být zapolohovaná v ramenním kloubu v zevní i vnitřní rotaci, při nataženém lokti musí být ramenní kloub v zevní rotaci. Akrum ruky drží molitanový míček a palec je v opozici. Na dolních končetinách nesmí docházet k vytáčení směrem

ven, kolenní i kyčelní klouby jsou v extenzi. Kolenní klouby vypodložíme například stočeným ručníkem. Plosky nohou musí být v praveném úhlu k bérce, mohou se opírat o okraj postele (Haladová, 2007).

Poloha na boku

Hlavu vypodložíme malým polštářem. Na stranu postižení nebo zlomeniny nepolohujeme. Pacienta v poloze na boku fixujeme v oblasti trupu polohovacími pomůckami. Spodní horní končetina leží podle pohodlí pacienta. Vrchní horní končetina může být před trupem, ležet podél trupu nebo na zádech. Vrchní dolní končetina je v kročném postavení vypodložena polštáři. Akra horních končetin jsou zapolohována stejně jako při poloze na zádech. Spodní dolní končetina je v extenzi a ploska nohy je opřena o pevnou podložku, nesmí docházet k přepadávání špičky (Haladová, 2007).

Poloha na břiše

Hlava nesmí být vypodložena polštáři, hlavu otáčíme v kratších časových intervalech na obě strany. Bederní páteř můžeme podpořit malým polštářkem pod břicho. Horní končetiny mohou být uloženy v zevní rotaci v ramenním kloubu s nataženými lokty, v zevní rotaci v ramenním kloubu s flektovanými lokty, tyto dvě polohy horních končetin lze kombinovat. Dolní končetiny jsou v extenzi s oporou o plosky o pevnou podložku, oblast mezi bérce a nártem vypodložíme polštářem (Haladová, 2007).

Polosed

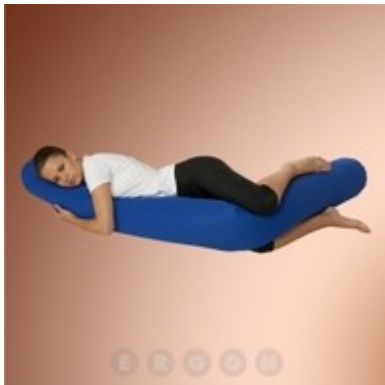
Tuto polohu lze provádět na lůžku nebo ve vozíku. Trup by měl být flektován, kyčelní klouby ve flexi 30 – 40°. Na vozíku musí být zakloněná zádová opěrka s podpěrou hlavy, se stupačkami a podpěrou lýtek. Opuštění lůžka má pozitivní vliv na pacienta. Ze začátku může pacient být mimo lůžko pouze krátkou chvílí, postupně dobu prodlužujeme (Kolář, 2009).

4.3 Polohovací pomůcky

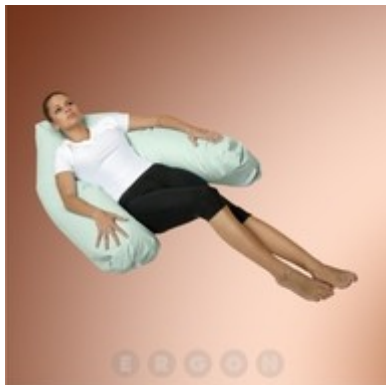
Kvalitní polohovací pomůcky jako jsou polohovací lůžka, antidekubní matrace a polštáře mohou prodloužit intervaly mezi změnami poloh. Tím snižují fyzickou náročnost práce ošetřujícího personálu a rodiny. Polohovací pomůcky mají několik výhod, jsou praktické, dosažitelné a usnadňují práci ošetřujícím osobám. Na trhu je

mnoho dostupných druhů pomůcek přes podložní válce, kruhy, kvádry, korýtka, klíny a polštáře. Polohovací pomůcky mají různé typy výplně, které zabraňují vysokému tlaku a snižují vznik dekubitů. Musí být voděodolné pro lepší udržovatelnost a paropropustné, prodlužuje se tím životnost pomůcky. Pacient by měl ležet na podložce co možná největší částí těla, aby došlo k rozložení tlaku. Pokud je pacient špatně vypočtený, může dojít k otlakům i o antidekubitní podložku (Mikula a Müllerová, 2008).

Rehabilitační polohovací pomůcky se využívají k podkládání končetin po chirurgických, ortopedických a neurologických zákrocích, stabilizují končetiny v úhlu, kterého chceme docílit a lze ho využít i k prevenci vzniku dekubitů. Nejvíce využíváme u pacientů po CMP polohovací válec (Obrázek 1) a relaxační podložku (Obrázek 2). Tyto dvě pomůcky se ergonomicky přizpůsobí individuálním potřebám jedince, stabilizují končetiny a klouby, fixují ramena a stabilizují pacienty se sníženým vědomím. Váleček pod rameno (Obrázek 3) udržuje centraci ramenního kloubu u pacientů s plegií horní končetiny (ERGON a.s., 2020).



Obrázek 1- polohovací válec (ERGON a.s., 2020)



Obrázek 2 - relaxační podložka (ERGON a.s., 2020)



Obrázek 3 - váleček pod rameno (ERGON a.s., 2020)

Existuje mnoho pomůcek, které lze využít při polohování hemiplegiků. Pro polohování horní končetiny je speciálně vytvořená područka (Obrázek 4), kterou lze využít ve vozíku i v křesle. Při polohování dolních končetin lze využít válce, abdukční podložky, bumerang a abdukční klín s fixací. Existuje několik druhů podložek a válců pro fixaci trupu.



Obrázek 4 – područka (DMA, 2020)

Při polohování pacienta lze zvolit i ortézy. Ortézy se dělí na statické, statické progresivní a dynamické. Statické ortézy se používají pro udržení rozsahu pohybu a jsou vhodné při polohování (Colditz, 2011). K obnovení rozsahu pohybu se používají statické progresivní ortézy, ty obsahují šrouby a závěsy. Využívají se k prodloužení strečinku (Nováková a Hosková, 2012). Pohyblivou komponentu mají dynamické ortézy. Podporují pohyb působením jemné síly na segment horní končetiny (Coppard a Lohman, 2008).

4.4 Polohování pacientů po cévní mozkové příhodě

Pacient v akutním stádiu po CMP tráví nejvíce času v lůžku, a proto je potřeba ho polohovat podle aktuálního zdravotního stavu (Gál et al, 2010). Polohování v akutní fázi je důležité z důvodu minimalizování ztrát sarkomer, nárůstu vazeb mezi aktinem a myozinem a později i progresi myoplastických změn z inaktivity v paretických svalcích (Krobot, 2005). Je důležité se během polohování řídit několika pravidly: častá změna polohy, využívání polohovacích pomůcek (polštáře, klíny, válce, ručníky), nepodporovat vznik spasticity (poloha pacienta musí být stabilní), centrované postavení velkých kloubů zejména ramenního a kyčelního, při polohování končetin využívat antispastické vzorce a nastavit funkční postavení na akrech horních končetin (dorsální flexe, mírná ulnární dukce, abdukce palce a mírná flexe prstů) (WHO, 1999). Klouby by měly být v centrovaném postavení, které ovlivní maximální přilnutí kloubních ploch a svalovou rovnováhu mezi agonisty a antagonisty (Gál et al., 2010). Správným polohováním pacienta podpoříme rozpoznávání a uvědomování si postižené strany těla (Lippertová-Grünerová, 2005). U imobilních pacientů po CMP je správné polohování jedním z terapeutických kroků. Pokud je tělo pacienta správně zapolohováno předchází se tím vzniku skeletálních deformit, dekubitů, obtíží s krevním a lymfatickým oběhem, obnovením posílání nervových vzruchů do mozku od předchozí absence způsobené CMP. Správným polohováním pacienta je podporováno rozpoznávání a uvědomování si postižené strany těla.

Podle doporučení World Health Organization (dále pouze „WHO“) by se polohy pacienta měly měnit každých 40 minut, kdy by se měly prostřídat různé polohy od polohy na zádech, na boku nebo na břicho (WHO, 1999). Lze využít klasické i speciální polohovací polštáře. Nejdůležitější je stabilita polohy, pokud je pacient nestabilní zvyšuje to svalové napětí a spasticitu. Dodržujeme antispastické vzorce a funkční postavení aker (Lippertová-Grünerová, 2005). U pacientů není vhodné ležet po dobu několika hodin v jedné poloze, aby nedocházelo k sekundárním změnám. Změnami poloh poskytujeme stimuly a tím umožňujeme pacientovi zlepšit senzorické funkce. Nesprávné polohování způsobuje ztuhlost kloubů a tedy i omezení rozsahů pohybů v jednotlivých kloubech. I v pozdějších fázích léčby a rehabilitace by se na polohování nemělo zapomínat nebo opomíjet některé segmenty těla. Žádné nebo i nesprávné polohování může v konečném důsledku zhoršit invaliditu pacienta (WHO, 1999).

Postupem času kombinujeme polohování s protažením jednotlivých svalových skupin. Pacienta instruujeme v autostrečinku, pokud ho pacient nezvládne, využíváme polohovací nebo nafukovací dlahy (Kolář, 2009).

4.5 Specifické oblasti polohování pacienta po CMP

U pacientů po CMP vzhledem k symptomům a následkům příhody jsou specifické oblasti, na které má polohování vliv oproti jiným pacientům, jak zaznělo výše. V této kapitole jsou popsány pravidla a přístupy pro ovlivnění příznaků nebo prevenci rozvoje sekundárních změn.

Svalový tonus

Polohy mají vliv na rozložení svalového napětí. Některé polohy zvyšují svalové napětí a naopak, některé snižují nebo ovlivňují vývoj spasticity. Pokud chceme snižovat spasticitu, musíme odstranit faktory, které stimulují zvýšení svalového tonu např. bolest, chlad a negativní emocionální faktory (Kolář, 2009). V časně rehabilitaci se využívá antispastické polohování. Rehabilitační možnosti jsou však časově omezené (Macková a Dylevký, 2010). Správné a pravidelné polohování v antispastických polohách od začátku onemocnění má vliv na prevenci vzniku zvýšeného svalového tonu (Schusterová et al, 2004). V antispastickém vzorci u pacientů s hemiparézou se zaměřujeme na protrakci a zevní rotaci ramenního kloubu, osu těla, extenzi lokte, extenzi a abdukci prstů, protrakci pánve, mírnou flexi kyčle, kolena a kotníku a mírnou vnitřní rotaci celé dolní končetiny (Lippertová-Grünerová, 2015). Svalový tonus může být ovlivněn i polohou krční páteře, špatně vypodložené flexory krku vedou ke zvýšenému svalovému tonu předloktí. K podkládání hlavy je vhodné využít polohovací polštáře (Carraro, 2002). S vysokým stupněm spasticity v oblasti adduktorů může docházet k luxaci kyčelních kloubů. Proto při polohování na stranu si musíme vždy podkládat vrchní nohu polštářem, abychom omezili addukci v kyčelních kloubech (Lippertová-Grünerová, 2005). Pacienty s výrazným svalovým tonem extenzorů trupu a dolních končetin zapolohujeme na boky a břicho. Pokud je hlava ve vertikále je tonus extenzorů nejnižší, proto začínáme s vertikalizací co nejdříve. Musíme postupovat pomalu, nejdříve polohováním horní poloviny těla a vertikalizací do sedu a až poté do stoje (Lippertová-Grünerová, 2005).

Vigilita a neglect syndrom

Ovlivnění vigility a pozornosti pacientů po CMP stimulujeme mluvením na pacienta z postižené strany, tím stimulujeme sluch a zrak. Vhodným polohováním ovlivníme motorický neglect syndrom, kdy chceme, aby se co nejvíce na postiženou stranu pacient zaměřil a věnoval jí pozornost. Neglect syndrom způsobuje nepoužívání svalstva nikoliv z důvodu postižení, ale pacient ho považuje za cizí a nepatřící k jeho tělu (Kolář, 2009). Zaměřujeme se na rozložení nábytku a věcí u pacienta v pokoji. Zejména u pacientů, kteří mají neglect syndrom neboli opomíjení veškerých podmětů na postižené straně, tento syndrom se většinou objevuje při porušení nedominantní hemisféry. Z tohoto důvodů musí být pokoj pacienta uspořádán tak, aby co nejvíce podnětů přicházelo z postižené strany, tyto podněty by měly upoutat pacientovu pozornost (televize, okno, noční stolek) i osoby přicházející do kontaktu s pacientem by měli přicházet z této strany (Mikula, 2008).

Poloha hlavy pacienta po CMP

V akutní fázi po CMP první tři dny, se u pacientů snižují rizika hypoxie ve svislé poloze, pokud jsou zdravotně způsobilí, v této poloze došlo ke zvýšení saturací než v jiných polohách. Zvýšení polohy hlavy o 15 až 30 stupňů, oproti ležení naplocho, zlepšuje průtok krve v mozku (Scottish intercollegiate Guidelines network, 2010). Systematický přehled (Olavarria et al, 2014) popisuje polohy hlavy u pacientů s akutní ischemickou CMP. Při příjezdu do nemocnice do 4 hodin po CMP by mělo dojít ke specifickému umístění hlavy. Intrakraniální tlak je při vypodložení krční páteře 0 – 15 stupňů do flexe vyšší než při 30 stupních flexe v krční páteři.

Změny paretického ramene

Ve 45% případech dochází k bolestivosti paretického ramene a ve 20% ke ztuhnutí a případné subluxaci. Může vzniknout drážděním receptorů v kloubech a vazech zvolením nevhodné polohy. K prevenci luxace v ramenním kloubu volíme závěs při vertikále. Ztuhlost lze ovlivnit pasivním potahováním (Votava, 2001). Již z několika světových studií vyplývá, že by se při polohování pacienta po CMP nemělo zapomínat hlavně na polohování ramenního kloubu na postižené horní končetině, které ovlivňuje vznik kontraktur v této oblasti, předchází jejich vzniku a ovlivňuje rozsah pohybu v ramenním kloubu. Opak - nesprávné polohování hemiparetické paže může způsobit torzi proximální šlachy dlouhé hlavy musculus biceps brachii a následnému

vzniku bolestivého ramene (Krobot, 2005). Více informací o polohování ramenního kloubu v kapitole 5.1.

4.6 Specifika poloh pacientů po cévní mozkové příhodě

Poloha na zádech

U této polohy musíme předejít retrakci pánve, zevní rotaci a addukci. Paretická noha v oblasti pánve musí být vypodložena polštářem. Vypodložením pánve ji nadzvedneme a kyčel zrotuje dovnitř. Vypodložíme oblast ramene, abychom podpořili protrakci v ramenním kloubu. Paže je v anteverzi, loket, zápěstí a prsty v extenzi na polštáři (Lippertová-Grünerová, 2015). Spasticitu podporujeme podložením hlavy, proto bychom si měli dávat pozor na výšku vypodložení. Na zádech by měl pacient ležet co nejkratší dobu. Poloha na zádech podporuje extenční spasticitu na dolních končetinách (Kolář, 2009).



Obrázek 5 - poloha na zádech (Mikula a Müllerová, 2008)

Poloha na zdravém boku

Poloha na zdravém boku musí být v 90 stupních, aby se pacient nepřetočil na břicho. Paretická horní končetina leží na polštáři směrem nahoru k hlavě, zdravá horní končetina může ležet jakkoliv chce sám pacient. Dolní končetiny jsou v krokovém postavení, paretická dolní končetina je ve flexi v kyčelním i kolenním kloubu na polštáři, musíme podpořit dorzální flexi v kotníku (Lippertová-Grünerová, 2015).



Obrázek 6 - poloha na zdravém boku (Mikula a Müllerová, 2008)

Poloha na paretickém boku

Hlava v mírné flexi, trup v mírné rotaci dozadu, zafixujeme polštářem. Paretická horní končetina v abdukci 90 stupňů, předloktí v supinaci a zápěstí v mírné dorsiflexi. Druhá horní končetina leží volně na těle nebo na polštáři za pacientem. Dolní končetiny jsou v krokovém postavení, zdravá dolní končetina je ve flexi v kolenním i kyčelním kloubu, paretická dolní končetina je v kyčelním kloubu v extenzi a v koleni ve flexi (Lippertová - Grünerová, 2015).



Obrázek 7 - poloha na paretickém boku (Mikula a Müllerová, 2008)

Otáčení pacienta na lůžku

Otáčení pasivní je důležité v rané fázi rehabilitace prováděné zdravotním personálem. Pacient při vědomí musí být motivován k aktivnímu otáčení, velké obtíže přináší otáčení pouze na zdravou stranu. Při aktivním otáčení by se měla dodržovat tato pravidla: pohled na polohovanou stranu, otočení hlavy, otočení ramene, paže, trupu, pánve a dolní končetiny. Pokud to pacient zvládne, lze zkřížit ruce nad středem těla, terapeut ho pouze podpoří v rotaci (Lippertová-Grünerová, 2005).

4.7 Doporučené postupy pro polohování pacientů po CMP

Ve světě vyšlo několik doporučených postupů, jak pečovat o pacienty po CMP, kterými se mohou zdravotní pracovníci řídit. Vybrali jsme čtyři doporučené postupy z Velké Británie, ze Skotska, z Kanady a Ameriky. I v dnešní době má velký význam dokument od WHO z roku 1999.

Standard z roku 2017 s názvem *National clinical guidelines for stroke*, 5. vydání od Intercollegiate Stroke Working Party of Royal College of Physicians of London z Velké Británie jehož cílem je zlepšit kvalitu péče o pacienty po CMP. V tomto dokumentu považují za nejdůležitější pracovat v rámci multidisciplinárního týmu. Z oblasti polohování se tento standard zabývá cílem terapeutického polohování. Cílem polohováním na lůžku, židli či vozíku je snížit sekundární změny jako je poškození kůže, otoky končetin, bolesti ramen nebo subluxe, diskomfort a udržet protažitelnost měkkých tkání. Vhodná poloha může snížit dýchací komplikace a zabránit dehydrataci. Zdravotní pracovníci by měli být edukováni v tom, jak pacienta správně zapolohovat s ohledem na fyzické poškození při ležení či sezení by mělo být minimalizováno riziko aspirace, dýchacích obtíží, bolesti a subluxe ramen, kontraktur a dekubitů. Zdravotní pracovníci využívající tento standard by měli dbát doporučení pro polohování, mobilizaci v akutní fázi, funkci ramene, spasticitu, fyzickou aktivitu a dlouhodobou rehabilitaci. U pacientů, u kterých je snižená motorická kontrola pohybu a držení těla, mohou vzniknout rizika vysokého tlaku na kůži, respirační komplikace, edém končetin, subluxe kloubů nebo vznik mikrotraumat, vývoj kontraktur a bolesti. Tito pacienti potřebují šetrnou manipulaci a pravidelné vhodné polohování, aby se snížilo potenciaální poškození. Doporučují trénink pro ošetřující personál, který by se učil jak správně zapolohovat pacienty po CMP, aby došlo při poloze vleže nebo vsedě k minimálnímu vzniku komplikací. Při nástupu spasticity by měly být sledovány

rozsahy pohybu a měly by být zahájeny postupy pro její snížení. To zahrnuje polohování, aktivní a pasivní pohyb a kontrola bolesti (Rudd et al, 2017).

Doporučený postup z Ameriky pod názvem *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery* z roku 2016 pro zdravotní pracovníky od American Heart Association a American Stroke Association schválený Americkou akademií fyzikální medicíny a rehabilitace a Americkou neurorehabilitační společností. Cílem tohoto guidelineu bylo poskytnout přehled nejlepších klinických postupů v rehabilitaci u pacientů po CMP. Rehabilitace u těchto pacientů vyžaduje koordinovanou péči multidisciplinárního týmu. V dokumentu se zabývají polohováním hemiplegického ramene, bolestivého ramene, edukací rodiny a pacienta v polohování, prevenci subluxace v ramenním kloubu správným polohováním, polohováním při sebesycení, antispastickým polohováním, polohováním končetin při oblékání a hygieně, vybráním správně polohy při sexu a určení vhodné polohy při návratu do zaměstnání. Během zotavování po CMP jsou typické změny ve vzorci pohybu. Pacient i rodina musí být před propuštěním edukováni v polohování, které ovlivňuje bolest ramene a v péči o kůži – dostatečná hydratace. Pacienti po CMP mají nedostatek informací o sexualitě a to že sex není kontraindikací. V guidelineu popisují intervenci o sexu, která se zabývá polohováním, načasováním a otevřenou komunikací. Edukace pacientů, které mají zabránit vzniku bolestivého ramene u pacientů s hemiplegií, obsahují správné polohování a udržení rozsahu pohybu. Edukace pacienta a rodiny spočívá v pasivním protahování a polohováním v péči o bolestivé rameno před propuštěním pacienta do domácí péče (Winstein et al., 2016).

Doporučený postup pod názvem *Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines*, který vydala společnost Canadian Stroke Best Practices and Standards Working Group. Tento standart se zabývá rehabilitací po CMP, jejímž cílem je osobě s tímto onemocněním zlepšit fyzickou, kognitivní, emoční, komunikační, sociální a funkční úroveň aktivity. U těchto pacientů bývá deficit spojený se spastickou dystonií, dysfunkcí horní i dolní končetiny, bolestí ramenního kloubu, pohybem, dysfázií, poruchou zorného pole a komunikací. Guideline slouží jako doporučení pro všechny členy multidisciplinárního týmu, řeší jak organizaci rehabilitace i konkrétní zásady. Obsahuje zásady, které se zabývají polohováním pacienta po CMP (Hebert et al, 2016).

Doporučený postup z roku 2010 vydala společnost Scottish Intercollegiate Guidelines Network pod názvem *Management of patients with stroke: Rehabilitation*,

preventiv and management of complications, and discharge planning. Dokument má poskytnout zdravotníkům, jak optimálně poskytnout péči pacientům po CMP. Důraz je kladem na příjem pacienta, rehabilitaci, prevenci a řešení sekundárních změn a plánování propuštění. Zabývá se prvním rokem po příhodě. Z oblasti polohování je důležité si vytvořit tyto cíle. Cílem polohování je optimální zotavení svalového tonu, poskytování vhodných senzorických informací, zvýšení prostorového vnímání, a předcházet komplikacím (otok, kontraktury, bolest, dýchací potíže, vhodná poloha pro sebesycení). Popisují pět hlavních pozic na nepostižené straně, na postižené straně, poloha na zádech, sed na posteli a židli (Scottish intercollegiate Guidelines network, 2010).

V roce 1999 vydala Světová zdravotnická organizace publikaci pod názvem *Promoting independence following a stroke*. Tato publikace je určena lékařům, zdravotnickým pracovníkům, rehabilitačním pracovníkům, terapeutům i rodinným příslušníkům a shrnuje komplexní péči o pacienty po CMP. Nabádá k vytvoření plánů, realistických cílů a motivací pacienta. Tento průvodce radí, jak plánovat a provádět rehabilitační program. Součástí jsou tréninková doporučení, která podporují u těchto pacientů soběstačnost ve všedních denních aktivitách. Zaměřuje se také na mobilitu na lůžku, vertikalizaci, lokomoci, přesuny a zapojování paretických končetin. Zdůrazňuje vliv správného polohování pacientů, které napomáhá k rekonvalescenci pacienta (WHO, 1999). Dokument od WHO byl přeložen do českého jazyka a vydán nakladatelstvím Grada pod názvem *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě* z roku 2004. Tato příručka může být mezi zdravotními pracovníky velmi rozšířena a sloužit k tomu, jak o pacienty po CMP pečovat.

4.8 Polohování v rámci rehabilitačních konceptů

V rehabilitaci je několik konceptů, kterými se lze v polohování řídit. Tato kapitola se zaměřuje na koncept Bazální stimulace, Bobath koncept a polohování s využitím nafukovacích dlah.

4.8.1 Koncept polohování v bazální stimulaci

Tento koncept vymyslel německy speciální pedagog Andreas Fröhlich pro pacienty s těžkým kombinovaným postižením. V České republice je možné absolvovat v Institutu Bazální stimulace 4 kurzy: základní, nástavbový, prohlubující I. a II. V základním kurzu obdržíte mezinárodní certifikát, který je platný v celé Evropské unii.

Kurzy jsou akreditovány Ministerstvem zdravotnictví od roku 2008 pro nelékařská povolání (zdravotní sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, porodní asistentka, psycholog, logoped) a od Ministerstva práce a sociálních věcí je udělena akreditace pro sociální pracovníky (Institut Bazální stimulace, 2015).

Pacient ztrácí povědomí o svém těle během klidného ležení již po 30 minutách, tento pocit se ještě více prohlubuje u pacientů dezorientovaných a ležících na příliš měkkých matracích. Polohováním poskytujeme pacientovi informace o jeho tělesném schématu. Stimulujeme somatickou složku i vestibulární aparát. Změnou polohy pacienta stimulujeme i zrakovou stimulaci, pacient dostává v každé poloze rozdílné podněty ze svého okolí. Pokud pacient nedostává dostatek informací z okolí, nastává porucha orientace na vlastním těle a v okolí. Jestliže nedostává pacient dostatek informací o vlastním těle, může být pasivní nebo naopak až agresivní. Nesprávným polohováním mohou vzniknout tyto sekundární příznaky: poruchy vnímání hranic těla, koordinace, dezorientace v čase i prostoru, agrese, neklid, změny emocí, vliv na intelekt a narušení identity člověka. V konceptu předcházíme vzniku pneumonie, dekubitů, embolie a trombů. Zaměřuje se i na neurologické cíle – vnímání tělesného schématu, orientaci, stimulaci k aktivnímu pohybu, podporu motoriky a zrakovou stimulaci. U každého pacienta musíme vycházet z jeho individuálních potřeb a jeho komfortu. Somatickou stimulaci umožňují polohy „mumie“ a „hnízdo“. Můžeme je pro pacienta upravit individuálně s mikropolohováním (Friedlová, 2007). Pojem mikropolohování se zaměřuje na malé změny poloh například propletení prstů, položení rukou na hrudník, držení nohy vlastní rukou nebo změny poloh, které lze provést na matracích různé tvrdosti (Friedlová, 2014).

Poloha mumie

Tuto polohu využíváme u pacientů ke stimulaci vnímání tělesného schématu. Využíváme deku nebo jinou vhodnou polohovací pomůcku, začínáme u nohou a končíme v horní polovině těla. Konce zafixujeme pod tělem klienta. Ruce položíme na hrudník kvůli cítění dechu nebo možnosti dostat se z polohy. Polštáři podložíme hlavu, lokty, kolena a paty. Polohu „hnízdo“ a „mumii“, lze kombinovat. V poloze hnízdo můžeme klienta zabalit do deky, v poloze mumie obložit polštáři. K polohování lze využít canisterapeutické psy nebo osobu blízkou. Vzájemné kontaktní dýchání a modelace těla má vliv na snížení svalového napětí (Friedlová, 2007).

Poloha hnízdo

Tato pozice nabízí pocity jistoty, zlepšení vnímání hranic těla, ovlivnění svalového tonu a motoriky. Volíme ji při odpočinku, spánku, po náročných vyšetřeních, u pacientů se spasticitou, u agresivních pacientů, u pacientů s motorickým neklidem, v kómatech, ke stimulaci vnímání vlastního těla či u umírajících osob. Polohu lze modifikovat ve všech různých polohách. Tělo pacienta zafixujeme celé dokola pomocí polohovacích pomůcek, k taktilně-haptické stimulaci využijeme přikrytí. Cílem je poskytnout uvolnění, vnímat tělo, zklidnění, umožnit orientaci po těle a okolí. U pacientů s hemiparézou či hemiplegií propojujeme „hnízdo“ s mikropolohováním, kdy pracujeme s váhou těla a gravitací. Kdyby byla poloha symetrická, mohlo by dojít k zaměření pouze na zdravou stranu nikoliv tu postiženou (Friedlová, 2007).

4.8.2 Polohování s PANat dlahami

PANat neboli Pro-aktivní léčebná aplikace vznikla v 60. letech 20. století skotskou fyzioterapeutkou Margaret Johnstone, tato metoda je Evidence based pro čtyři nejtěžší stupně postižení centrální nervové soustavy (CMP, Roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba a neurotraumata). Tato léčebná metoda se využívá v neurorehabilitaci jako prostředek pro terapii, která používá nafukovací dlahy Urias. Zapolohování končetin pomocí dlah je vhodné pro pasivní a aktivní hybnost, lze využít jednu nebo více dlah. Dlahy tlumí patologické spastické vzorce končetin, díky tomu docílíme plynulému a vědomému pohybu, který se pravidelným opakováním ukládá v mozku. Dlahy klouby i stabilizuje u pacientů s hypotonií a hypermobilitou (Pavlů, 2003). Aktivní cvičení s nafukovacími dlahami můžeme provádět po dobu 45 minut, poté je důležité dlahy sundat, zafixovat, nastimulovat a prohýbat ve všech kloubech. Při pasivním polohování nesmíme překročit dobu 30 minut, aby nedošlo k ovlivnění oběhového systému, u polohování se doporučuje střídát s krátkými pohyby ve volných kloubech (PANat, 2020).

Funkce nafukovacích dlah (PANat, 2020)

- Polohování
- Zlepšení pasivní hybnosti
- Trénink aktivní hybnosti s omezením patologických souhybů
- Podpora ontogenetického vývoje

Při polohování můžeme fixovat končetiny ve fyziologickém postavení nebo se mu alespoň přiblížit a dlahy je v této poloze udržet na dobu 30 minut. Dlahy umožňují podporu normálních propioceptivních reakcí, prevenci a léčbu kontraktur. Dlahy usnadňují polohování pro ošetřující osoby, v mozku dochází k uvědomění si nového posturálního postavení těla, snižuje taktické, dystonické projevy a třes. Lze dlahy kombinovat s prvky Bazální stimulace během polohování (Pavlů, 2003).

Výhody PANat dlah:

- Pevnost a jistota v opoře a ovládání končetin
 - Uvolnění spastické končetiny
 - Podpora cití, vjemu a prokrvení končetiny
 - Uvolnění v hlavních kloubech
 - Fyziologické postavení končetiny
 - Prevence sekundárních změn – deformity
- (PANat, 2020)

4.8.3 Polohování dle Bobath konceptu

Neurolog Karel Bobath a jeho manželka fyzioterapeutka Berta Bobathová ve 40. letech vytvořili koncept pro diagnostiku a terapii senzomotorických funkcí. Nejdříve se tento koncept zabýval novorozenci a dětmi, poté se rozšířil na dospělé s hemiparézou. Metoda spočívá v omezení patologických reflexů, abnormálního svalového tonu a umožnění fyziologického průběhu pohybu. Úspěšnost záleží, jak lze využít jeho principy v rámci celodenního života po dobu 24 hodin. Je nutné, aby se na tomto konceptu podílel všichni zdravotnický personál i rodina pacienta (Lippertová-Grünerová, 2015). Ve středu stojí pacient a jeho rodina. Ostatní jako je ergoterapeut, fyzioterapeut, lékař a logoped musí mít stejný cíl. Využívají vhodné léčebné prostředky. Pokud stejný handling využívají všichni členové týmu, má pacient největší šanci se více pohybovat s normálním napětím (Kolář, 2009).

Terapeutický postup je zaměřený na snížení spasticity, inhibici patologických posturálních a hybných vzorů, facilitace fyziologické postury a pohyb vedoucí k funkčním činnostem, podpora motorického vývoje, prevence sekundárních změn, změna sensorického vjemu pro zlepšení vnímání polohy a pohybu (Kolář, 2009).

U hemiplegie Bobathovská škola předpokládá, že nedochází k výměně informací mezi levou a pravou polovinou těla. Pacient s hemiplegií dostává rozdílné informace

z levé a pravé strany těla a ztrácí schopnost řídit plegickou stranu a nastává asymetrie. Následkem této skutečnosti je, že se zaměřuje pouze na zdravou polovinu těla a kompenzuje tím motorický deficit. V terapii usilujeme o to, aby paretická strana těla dostávala co nejvíce fyziologických informací. Budeme se snažit paretickou stranu zásobovat nebo dráždit impulzy, takto se pacient naučí postiženou stranu zapojit do tělesného schématu. Spasticita má vliv na omezení pohybu, musíme pacienta správně polohovat, abychom ho dovedli k uvolněné poloze, ve které bude zbaven spasticity. Čím více snížíme spasticitu, tím schopnost provést vědomý pohyb bude vyšší. V Bobath konceptu je důležité si uvědomit, že spasticita je senzomotrický problém. Blokuje senzomotorické funkce, které jsou důležité a musejí fungovat. Paretická strana musí být rozvíjena a musí se snížit spasticita, aby mohlo dojít k funkčnímu pohybu (Lippertová-Grünerová, 2005).

Jestliže polohujeme pacienta na postiženém boku, musíme vždy zachovat funkční postavení paretické ruky a podporujeme tím vnímání postižené strany těla. Tato poloha stimuluje reakci a aktivitu po celém těle, snažíme se předcházet nebo zmírnit otok na postižené horní končetině (Mikula, 2008). Ležení na postiženém boku stimuluje pomocí hmatu a váhy těla a usnadňuje posturální aktivitu (Gjelsvik, 2008).

Poloha na zdravém boku vždy vyžaduje, aby paretická ruka byla před tělem a její dlaň směřovala do polštáře. U pacientů s porušenou rovnováhou musíme dávat pozor, aby nedošlo k převalení do polohy na břicho a případnému udušení (Mikula, 2008). Tato poloha umožňuje větší mobilitu pro proximální segmenty těla. Poloha na zdravém boku zlepšuje stabilitu, kterou využijeme při stabilitě na postiženém boku.

Poloha na zádech v Bobath konceptu je charakteristická extenzí, pokud je možné pacienta extendovat v oblasti kyčelního kloubu a bederní páteře má lepší kontakt s podložkou. V této poloze nedochází k nežádoucímu zvýšení svalového tonu. Tato poloha může být modifikována s pokrčenými koleny (Gjelsvik, 2008). V poloze na zádech může mít pacient postiženou ruku nastavenou dlaní vzhůru nebo dolů, ale i v této poloze musíme dodržovat funkční postavení ruky, a také si musíme dávat pozor, aby nedošlo k rekurvaci koleníků kloubů a abnormální aktivitě labyrintového reflexu a symetrického tonického reflexu.

Nemělo by se zapomínat ani na polohu na břicho, která nejméně vyvolává zvýšení svalového napětí a je nejvhodnější při prevenci proti dekubitům. Při této poloze pacientovu hlavu otáčíme vždy na zdravou stranu, postiženou paži vypoďložíme

v ramenním i loketním kloubu. Abychom nepodporovali ekvinózní postavení nohy, také je důležité vypodložit kotník (Mikula, 2008).

Při poloze vsedě, musíme vždy dbát na to, aby pacient seděl vzpřímeně s vypodložením v oblasti bederní páteře například polštářem, dolní končetiny musí svírat úhel 90° s tělem a váha těla musí být rovnoměrně rozložena, horní končetiny by měly být volně předpaženy (Mikula, 2008).

5 Role ergoterapeuta při polohování

Ergoterapeuti prostřednictvím smysluplných činností usilují o zachování a využití schopností jedince potřebných k provádění běžných denních činností, pracovních i volnočasových aktivit s různým typem postižení. Hlavním cílem ergoterapie je umožnit zachování maximální soběstačnosti v běžných denních aktivitách (Česká asociace ergoterapeutů, 2008). Ergoterapeuti se zaměřují na několik oblastí u pacientů po CMP. Hodnotí dopad změn v motorických funkcích, koordinaci, vizuálního vnímání a možnost člověka zvládat aktivity všedního denního života, mezi které patří zejména sebesycení, osobní hygiena, oblékání atd., a dále také prevence sekundárních změn, obnova hybnosti a úprava aktuálního prostředí pacienta. Ergoterapeutická intervence zlepšuje účast ve smysluplných rolích, činnostech, minimalizuje sekundární komplikace a poskytuje podporu pacientovi. V multidisciplinárním týmu se ergoterapeuti zaměřují na nezávislost a funkci pacienta, stanovují individuální cíle a modifikují prostředí. Ergoterapeutická intervence zahrnuje metody k udržení nebo zlepšení vlastností měkkých tkání horní končetiny. Využívají techniky snižující spasticitu – protahování, aplikace statických a dynamických dlah. K prevenci kontraktur a otoku lze využít i polohování horní končetiny. Ergoterapeut může edukovat osoby, které budou o pacienta pečovat a o správném polohování při denních aktivitách. Může poradit i ohledně vhodných polohovacích pomůcek, které snižují tlak v rámci lůžka či při sezení na židli nebo mechanickém vozíku. Ergoterapeut doporučí vhodné polohy pro pohodlí pacienta (Rowland et al, 2008).

5.1 Polohování paretické horní končetiny

Lippertová-Grünerová (2005) ve své publikaci uvádí, že u horní končetiny s centrální parézou usilujeme o zvětšení svalové síly, zlepšení jemné motoriky a koordinaci pohybu. Pokud nedojde k včasné rehabilitaci, nastává riziko vzniku bolestivého ramene a kompenzace funkcí zdravou horní končetinou. V akutním stadiu po CMP přetrvává hypotonie svalstva, u pacientů v bezvědomí je polohování horní končetiny velmi důležité. Mohla by vzniknout mikrotraumata kořenových nervů nebo bolest. Při vzniku bolestivého ramene je primárním krokem správné polohování a to zejména jeho protrakce díky ní snižujeme riziko vzniku subluxace v ramenním kloubu. (Lippertová-Grünerová, 2005). Při torzi proximální šlachy dlouhé hlavy musculus biceps brachii může vzniknout bolestivé rameno (Krobot, 2005).

Informace z guidlinu z roku 2016 *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery*, který je určen i pro ergoterapeuty doporučuje polohovat v akutním období rehabilitace hemiplegické rameno v maximální vnější rotaci po dobu 30 minut každý den na lůžku či na židli z důvodu prevence kontraktur v oblasti ramenního kloubu. Aby se předešlo jejich vzniku v ramenním kloubu, lze využít dlahy. V akutní fázi je subluxace ramenního kloubu spojena s intenzivní bolestí. V chronické fázi dochází ke kapsulární ztuhlosti a změněné klidové poloze lopatky v laterální rotaci, které jsou spojené s bolestí v ramenním kloubu. Abychom předšli vzniku bolesti v ramenním kloubu musíme využívat správné polohování a udržení rozsahu pohybu. Pacienti s hemiplegickou horní končetinou pohybujících se na vozíku využívají polohovací ramenní ortézy pro snížení bolesti a vzniku subluxace. Správné provedení pasivního pohybu by mělo zabránit vzniku sekundárních změn (Winstein et al., 2016).

Guidelin *Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines*, doporučuje pasivně protahovat nebo bezpečně zapolohovat horní končetinu v zorném poli pacienta. Spastické dystonii lze předejít nebo ovlivnit využitím antispastických poloh, pasivním protahováním a strečinkem. Polohováním a vypodkládáním horní končetin během odpočinku lze předejít syndromu bolestivého ramene a subluxaci. Při pečlivém podepření a zapolohování paže během manipulace s pacientem se lze vyhnout vytažení za postižené rameno (Hebert et al, 2016).

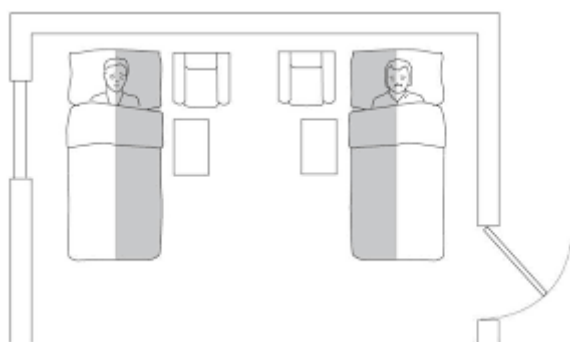
Randomizovaná studie z roku 2005 (Ada et al.), se zaměřovala na polohování ramenního kloubu u těchto pacientů, jejímž cílem bylo zjistit efekt umístění postiženého ramene ve flexi a vnější rotaci, aby se předcházelo vzniku kontraktur krátce po CMP. Používali tyto dvě polohy, kdy ramenní kloub byl ve vnější rotaci ramenního kloubu a flexi 90° v ramenním kloubu – první pozice vleže na lůžku, kde byla supinace v loketním kloubu, 45° abdukce v ramenním kloubu a maximální vnější rotace. Druhá pozice byla vsedě u stolu s 90° flexí v ramenním kloubu a 90° flexí v loketním kloubu. Omezení v pasivním pohybu bylo měřeno jako maximální pasivní vnější rotace a flexe v ramenním kloubu. Bylo zjištěno, že polohování ramenního kloubu do vnější rotace a 90° flexe vede ke snížení vývoje kontraktur. Tuto skutečnost potvrdila i randomizovaná studie z roku 2016 (De Jong et al.), která se taktéž zabývala účinností polohování jako prevenci kontraktur na hemiplegickém ramenním kloubu u pacientů v subakutní fázi pomocí fyzioterapie a ergoterapie. U pacientů, kteří byli polohováni po dobu pěti týdnů, došlo ke zpomalení vývoje kontraktur na paretickém ramenním kloubu

a závěrem lze říci, že polohováním lze předejít vzniku kontraktur a udržet i optimální rozsah pohybu.

U pacientů odkázaných na vozík se paže polohuje na stolku. Při chůzi by si pacienti měli paretickou horní končetinu dát do kapsy či použít ortézy, aby nedocházelo k luxaci v ramenním kloubu (Lippertová-Grünerová, 2005; WHO, 1999).

5.2 Polohování při aktivitách všedního denního života

U pacientů po CMP v akutní a subakutní fázi, kteří trpí hemiparézou, je velmi důležité pacienta správně stabilizovat, zvolit bezpečnou polohu k prevenci sekundárních změn jak je popsáno již výše. V rámci uspořádání pokoje by všechny podněty měly přicházet z postižené strany, zejména při neglect syndromu. V rámci zlepšení sebeobsluhy je dobré mít noční stolek na postižené straně, pacient zdravou rukou sahá pro předměty na stolku a přitom se přetáčí na postižený bok (Mikula a Müllerová, 2008).



Obrázek 8 - rozložení pokoje (Mikula a Müllerová, 2008)

Sekundární změny jako spastická dystonie a loketní kontraktury mají vliv v oblasti personálních aktivit všedních denních činností. Z důvodu spastické dystonie dochází k omezení v hygieně a oblékání. Svalová dystonie limituje z důvodu bolesti a zkrácení svalů (Winstein et al., 2015). Dokument od WHO (1999) se zabývá podporou pacientů v aktivitách denního života po CMP. Při provádění aktivit denního života si pacient znovu osvojí pohybové vzorce a při péči o svoji osobu znovu získá motivace do života. V počátcích při péči o sebe je důležité pacientovi při činnosti asistovat. Nejdůležitější aktivity v začátcích rehabilitace jsou oblékání, svlékání a sebesycení. Při svlékání sedí pacient na lůžku, paretická horní končetina by měla viset mezi kolena, nepostiženou rukou přetahuje oblečení přes hlavu a sundá si tričko ze zdravé, a poté paretické horní končetiny. Během oblékání začínáme postiženou stranou, činnost provádíme stejně jako

svlékání, ale v opačném pořadí (WHO, 1999). Polohou vsedě snížíme míru poruchy rovnováhy. Svlékání a oblékání by mělo probíhat na pevné židli s područkami nebo vozíku (Krivošíková, 2011). Při sebesycení je správná poloha vsedu se vzpřímeným trupem, která pomáhá správnému kousání a polykání. Postižená horní končetina by měla být natažená na stole s oporou o loket, rameno směřuje směrem dopředu (WHO, 1999).

Ergoterapeuti jsou součástí multidisciplinárního týmu, neměli by se zaměřovat pouze na tyto zmíněné oblasti, ale měli by znát obecné zásady polohování. Měli by být schopni pacienta zapolohovat i mimo ergoterapeutickou intervenci. Můžou polohovat pacienty v rámci využívaných konceptů např. Bazální stimulace pro podporu vnímání těla a zvláště u pacientů v bezvědomí nebo imobilních.

Praktická část

6 Cíle diplomové práce

Cílem této diplomové práce je zjistit nejčastější způsoby polohování u pacientů po CMP v akutní a subakutní fázi v iktových centrech po celé České republice z pohledu ergoterapeuta. Dále také zjistit nejčastěji využívané pomůcky pro polohování u pacientů po CMP v akutní a subakutní fázi v iktových centrech a v neposlední řadě také zjistit nejčastější účel (proti vniknutí kontraktur, spasticky, dekubitů atd.) polohování u pacientů po CMP v akutní a subakutní fázi v iktových centrech.

7 Stanovení hypotéz

Diplomová práce má 3 hypotézy, jednu hlavní a dvě vedlejší.

Hlavní hypotéza:

Při polohování u pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi je nejčastější poloha na zádech.

Vedlejší hypotézy:

Iktová centra, kde jsou pacienti po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi, jsou vybavena pomůckami pro polohování.

Ergoterapeuti v iktových centrech nejčastěji polohují pacienty po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi z důvodu prevence spasticity.

8 Metodologie

V kapitole metodologie popisujeme metody zvolené ke sběru dat, popis výzkumného vzorku a jeho kritéria a vyhodnocení odpovědí od respondentů. Na konci jsou výsledky zanalyzovány. Stanovili jsme si cíl a tři hypotézy práce. Sestavili jsme si předběžnou osnovu diplomové práce, která sloužila při zpracování teoretické a praktické části. Největší část v časovém harmonogramu práce zabíralo opakované obesílání respondentů a prostudování zdrojů k teoretické části.

Před sestavením dotazníku došlo k několika konzultacím s vedoucí diplomové práce a prostudování základních zdrojů k tématu. Dotazník byl sestaven tak, abychom dostali co nejvíce kvalitních informací. Po sesbírání dat došlo ke zpracování dat a vyhodnocení výsledků.

8.1 Metoda sběru dat

Metodu pro sběr dat jsme si vybrali dotazníkové šetření. Dotazník byl nejvhodnější metodou z důvodu úspory času a měli jsme možnost oslovit všechna iktová centra v České republice na rozdíl například od rozhovorů, které by nebylo možné provést ve všech iktových centrech. Pro sběr dat jsme si vybrali online dotazník Survio s otevřenými a uzavřenými otázkami. Sběr dat začal od října 2019, kdy jsem opakovaně každý měsíc až do začátku března 2020 zasílala dotazníky na iktová centra v České republice. Seznam iktových center jsem našla na stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky ve Věstníku číslo 11 z roku 2015, kde jsou uvedena všechna iktová centra, která splňují podmínky pro vznik a fungování do 31. 12. 2020. Kontakty, na které jsem email s dotazníkem posílala, jsem zjistila na stránkách nemocnic, ve kterých se iktová centra nachází. Na webových stránkách jsem našla kontakty na vedoucí pracovníky na rehabilitačním nebo neurologickém oddělení dané nemocnice. U většiny odeslaných emailů jsem dostala zpětnou vazbu od vedoucích fyzioterapeutů, že dotazník přeposlali ergoterapeutům, poslali mi kontakt na ergoterapeuty, nebo mi oznámili, že nemají ergoterapeuta z důvodu například rodičovské dovolené nebo na iktové centrum nedochází.

Online platformu Survio je dostupná v 15 jazycích. Tato online služba umožňuje distribuci a analýzu odpovědí z dotazníku. Lze vytvořit vlastní dotazník, nebo použít uložené šablony. Výsledky v prohlížeči lze sledovat online. Základní verze je zdarma. Dotazník byl vytvořen podle stanovených hypotéz a informací, které jsou pro

diplomovou práci důležité a potřebné. Před vytvořením dotazníku jsem si prošla dostupnou literaturu, abychom zjistili, čím se při polohování pacientů po CMP zdravotní pracovníci nejvíce zabývají a jaké jsou doporučené postupy při polohování pacientů po CMP. Dotazník jsme vytvořili ve spolupráci s vedoucí diplomové práce.

8.1.1 *Dotazník*

Dotazníkové šetření slouží k získání většího množství dat, které potřebujeme k potvrzení nebo vyvrácení hypotéz, které jsme si na začátku práce stanovili. Informace bylo důležité získat od co nejvíce respondentů, aby bylo možné zjistit, jak se danou problematikou zabývá daná populace ergoterapeutů pracujících v iktových centrech. Hendl (2012) ve své publikaci doporučuje využít dotazníkové šetření pro sběr dat při oslovení co nejvíce respondentů.

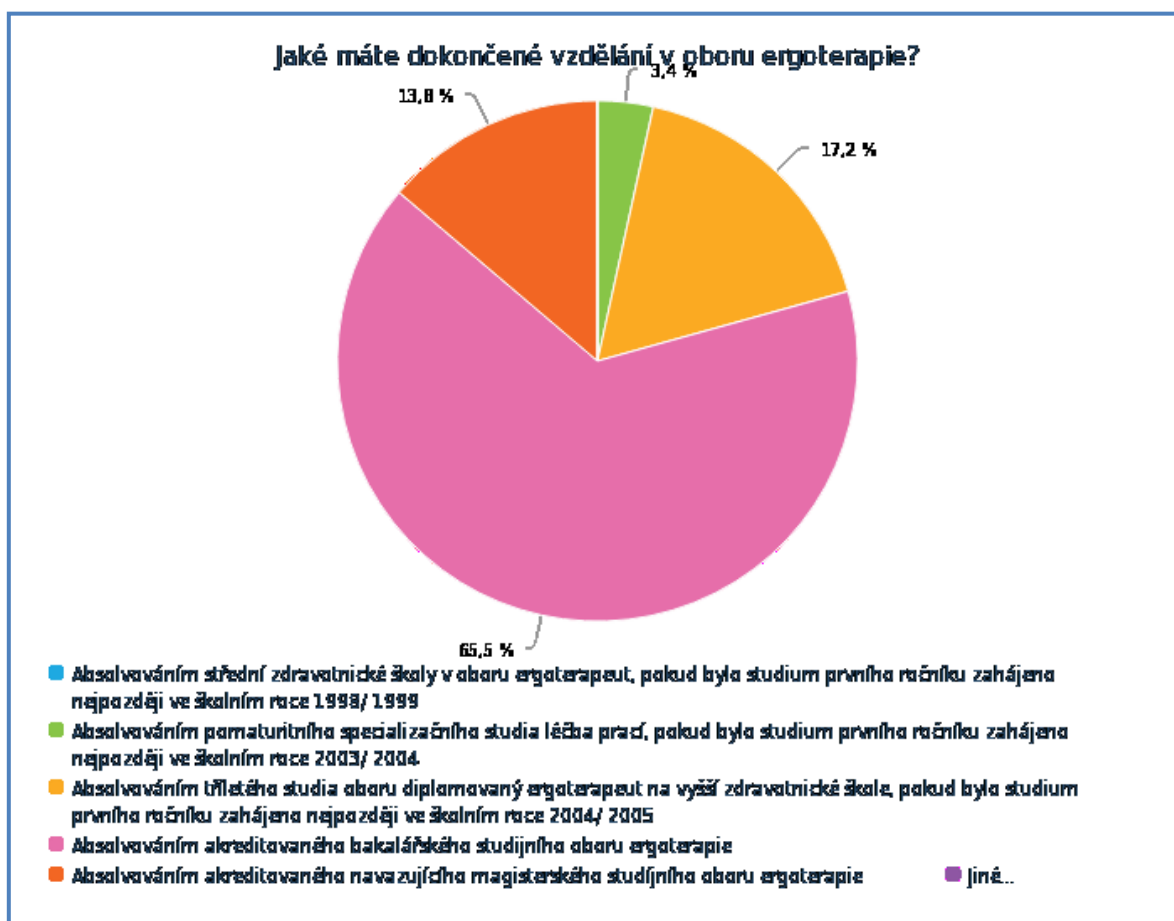
Dotazník se skládá z 22 otázek, z toho je 18 uzavřených otázek a 4 otevřené otázky. Jednou z otevřených otázek je název iktového centra. Uzavřené otázky se zabývají dosaženým vzděláním ergoterapeutů, důvody polohování, kdo nejčastěji polohuje pacienty po CMP, zdali se ergoterapeut podílí na polohování, časovým harmonogramem a časovými intervaly v polohování, využitím konceptů při polohování, dovednostmi a znalostmi v polohování, absolvovanými kurzy, polohou během ergoterapeutické intervence, využitím nafukovacích dlah a využitím polohování při aktivitách všedních denních činností. U otázek číslo 4, 9, 10, 11, 12 a 22 bylo možné zaškrtnout více než jednu odpověď. Otevřené otázky umožňují popsat režim polohování v iktovém centru, polohovací pomůcky a které z nich se nejvíce využívají. Samotný dotazník naleznete viz – Příloha 1.

8.2 *Etická hlediska*

Etická hlediska, která byla dodržována při sběru dat a zpracování diplomové práce: dotazníky, které byly rozeslány do iktových center určených pro ergoterapeuty byly anonymní. Po zpracování veškerých dat sesbíraných z dotazníkového šetření, byly dotazníky trvale vymazány. Poskytnuté informace z dotazníků nebudou využity pro jiný výzkum, ani data z nich nebude využívat jiná osoba nežli autor diplomové práce.

8.3 Popis výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek respondentů se skládá z ergoterapeutů, kteří pracují v iktových centrech v České republice. Oslovila jsem ergoterapeuty z 32 iktových center, odpověď jsem dostala od 29 ergoterapeutů z 29 iktových center a z 3 iktových center jsem odpověď nedostala z důvodu rodičovské dovolené nebo ergoterapeut na iktové centrum nedochází.



Graf 1 - otázka číslo 2

Dosažené vzdělání v oblasti ergoterapie má 65,5% (19 respondentů) absolvováním bakalářského studia, 17,2% (5 respondentů) absolvováním oboru diplomovaný ergoterapeut – vyšší odborné vzdělání, 13,8 % (4 respondenti) absolvováním navazujícího magisterského studijního oboru ergoterapie a 3,4% (1 respondent) má pomaturitní specializační studia léčba prací. Výsledky znázorňuje graf 1.

Pro zařazení do výzkumu musí ergoterapeut splňovat tato kritéria výběru:

- Ergoterapeuti pracující v iktových centrech.
- Ergoterapeuti s minimálním stupněm vzdělání – pomaturitní specializační studiu.
- Ergoterapeuti pracující s pacienty po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi.

Do výzkumu nebyli zařazeni respondenti, kteří splňují některé z kritérií vyloučení:

- Jiný zdravotní personál než ergoterapeuti.
- Ergoterapeuti nedocházející na iktová centra.
- Ergoterapeuti pracující pouze s jinými diagnózami než cévní mozková příhoda.
- Ergoterapeuti pracující pouze s pacienty v chronické fázi cévní mozkové příhody.

8.4 Zpracování dat

Získané hodnoty z dotazníků byly zpracovány v rámci online portálu Survio. Otevřené otázky byly zakódovány. Vzhledem ke stanoveným kritériím nebylo nutné žádný dotazník vyloučit. Zavřené otázky byly zadány do grafu v rámci online portálu. Koláčové grafy znázorňují odpovědi, ve kterých byla možnost vybrat pouze jednu odpověď a sloupcové grafy, kde byla možnost vybrat více odpovědí. Výsledky byly rozděleny do tří skupin, kterých se odpovědi týkaly: polohování v iktových centrech, polohování z pohledu ergoterapeuta a polohovací pomůcky. Hypotézy byly vyhodnoceny na základě získaných odpovědí. Během zpracování dat došlo k několika konzultacím se statistikem. Vzhledem k malému výzkumnému vzorku nebylo možné provést statistickou analýzu, a proto jsou výsledky prezentovány pouze jako výsledky četností jednotlivých odpovědí a vizualizovaný pomocí grafů.

9 Výsledky

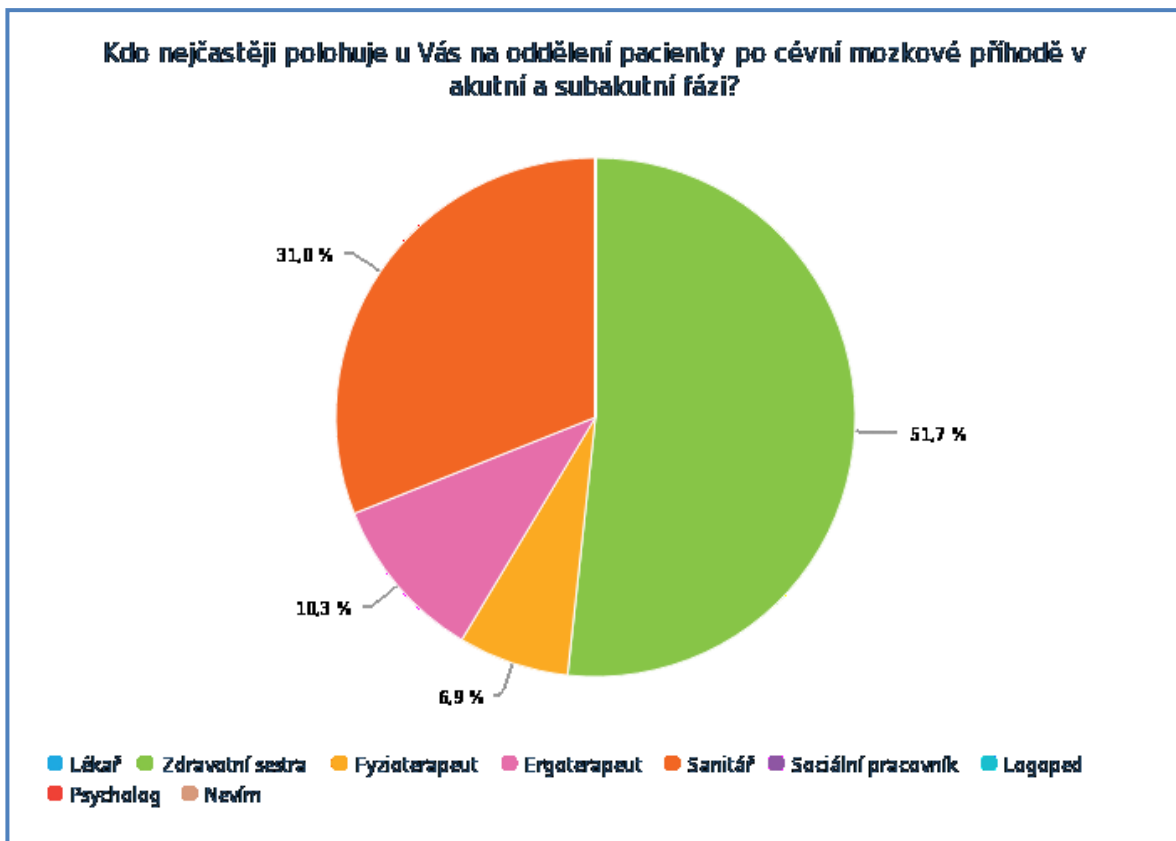
Výsledky prezentuji dle hypotéz a tematických okruhů.

Odpovědi z dotazníku týkající se polohování obecně u pacientů v akutní a subakutní fázi po cévní mozkové příhodě, touto tematikou se zabývaly otázky číslo 3, 5, 7, 18 a 22.

Otázka číslo 3 (otevřená): Jak byste popsal/a dvěma větami režim polohování pacientů po cévní mozkové příhodě na Vašem oddělení?

Získané odpovědi od respondentů jsem rozdělila do 4 kategorií:

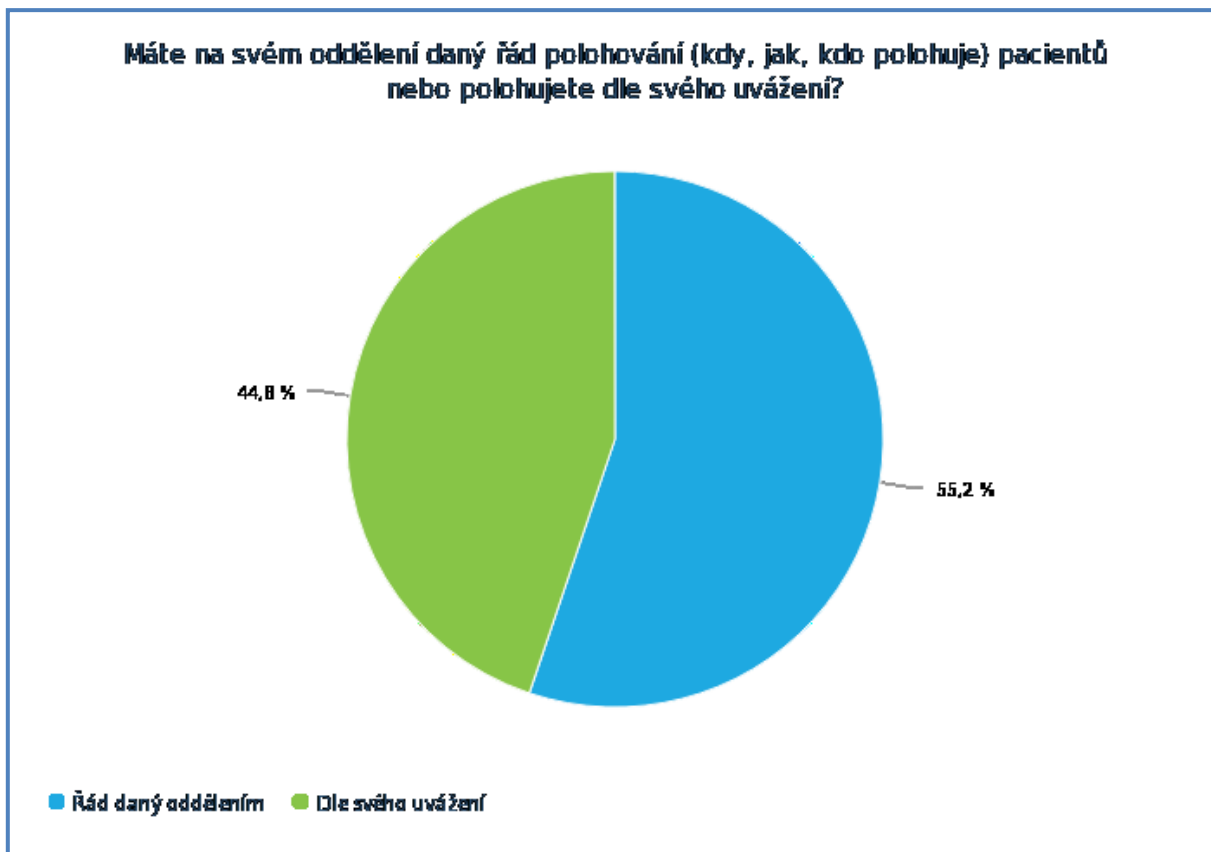
- a) Polohování dle antispastických vzorců s využitím polohovacích pomůcek. 41,4% (12 respondentů)
- b) Pravidelný režim polohování s časovým harmonogramem, do kterého se zapojuje zdravotnický personál. 17,2% (5 respondentů)
- c) Polohování provádí zdravotní sestry a sanitáři, rehabilitační pracovníci občas pomáhají u těžkých pacientů. 31% (9 respondentů)
- d) Polohování neprobíhá podle časového harmonogramu a zdravotnický personál není edukován, jak správně polohovat. 10,3% (3 respondenti)



Graf 2 - otázka číslo 5

Otázka číslo 5: Kdo nejčastěji polohuje u Vás na oddělení pacienty po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi?

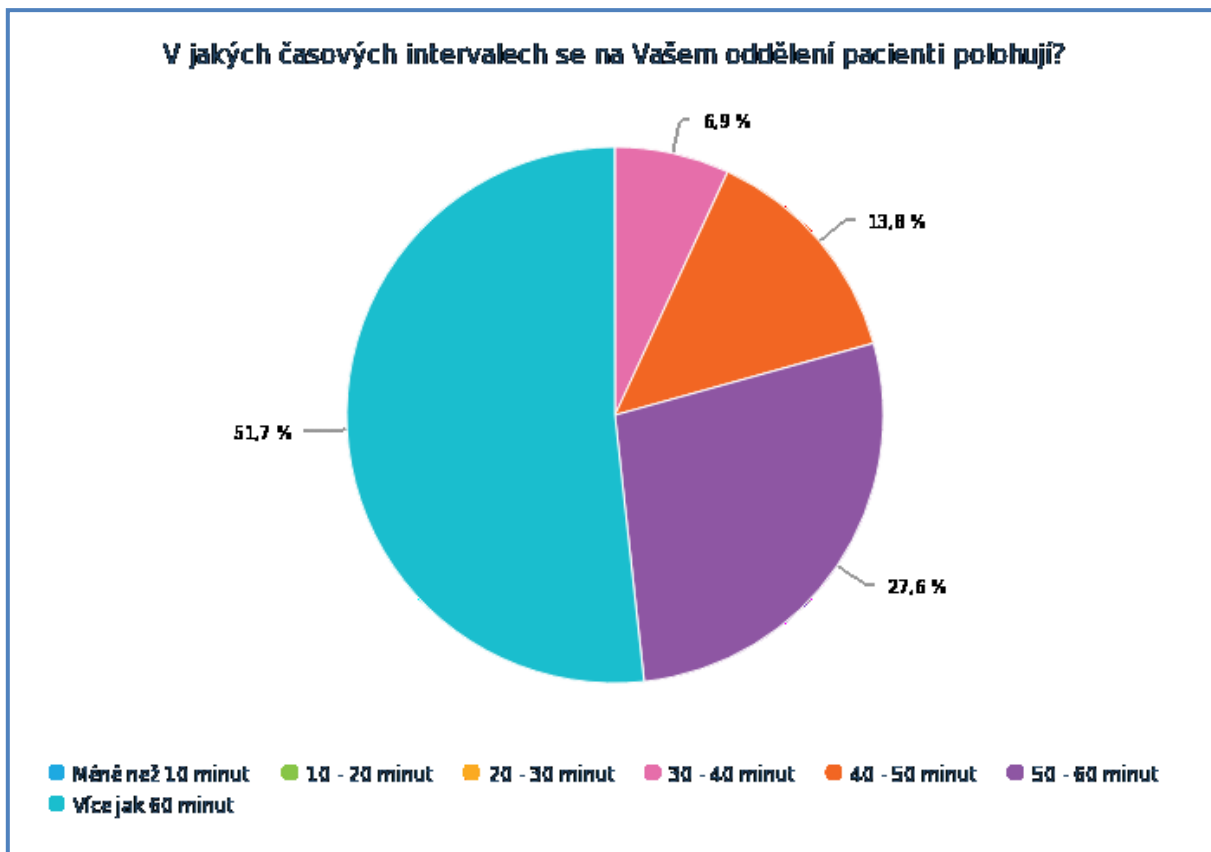
Ergoterapeuti odpověděli, že v 51,7% (15 respondentů) iktových center nejčastěji polohují pacienty po cévní mozkové příhodě zdravotní sestry, ve 31% (9 respondentů) sanitáři, ergoterapeut pouze v 10,3% (3 respondenti) a 6,9% (2 respondenti) fyzioterapeut. Ostatní možnosti nebyly vybrány. Výsledky znázorňuje graf 2.



Graf 3 - otázka číslo 7

Otázka číslo 7: Máte na svém oddělení daný řád polohování (kdy, jak, kdo polohuje) pacientů nebo polohujete dle svého uvážení?

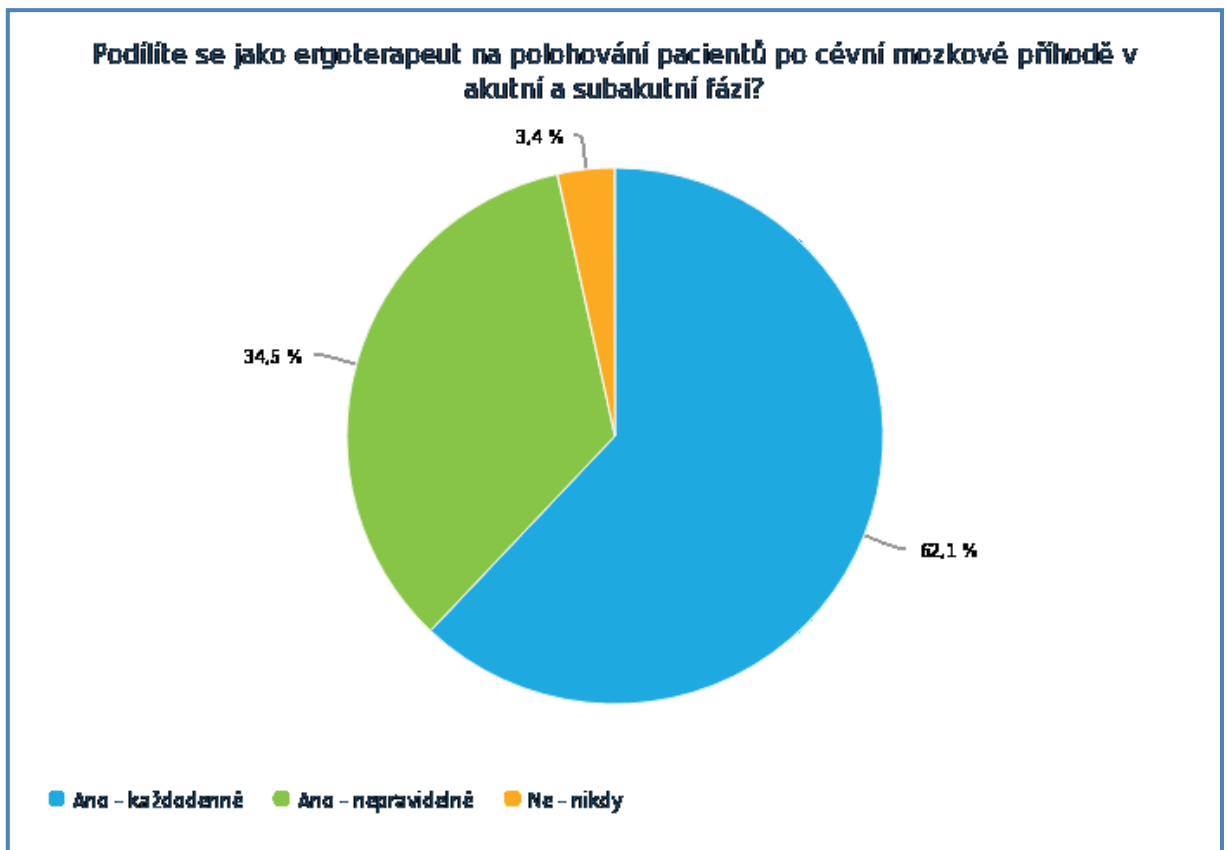
Z odpovědi 16 respondentů (55,2%) vyplývá, že mají daný řád polohování na oddělení a 13 respondentů (44,8%) polohuje na oddělení dle svého uvážení. Výsledky znázorňuje graf 3.



Graf 4 - otázka číslo 18

Otázka číslo 18: V jakých časových intervalech se na Vašem oddělení pacienti polohují?

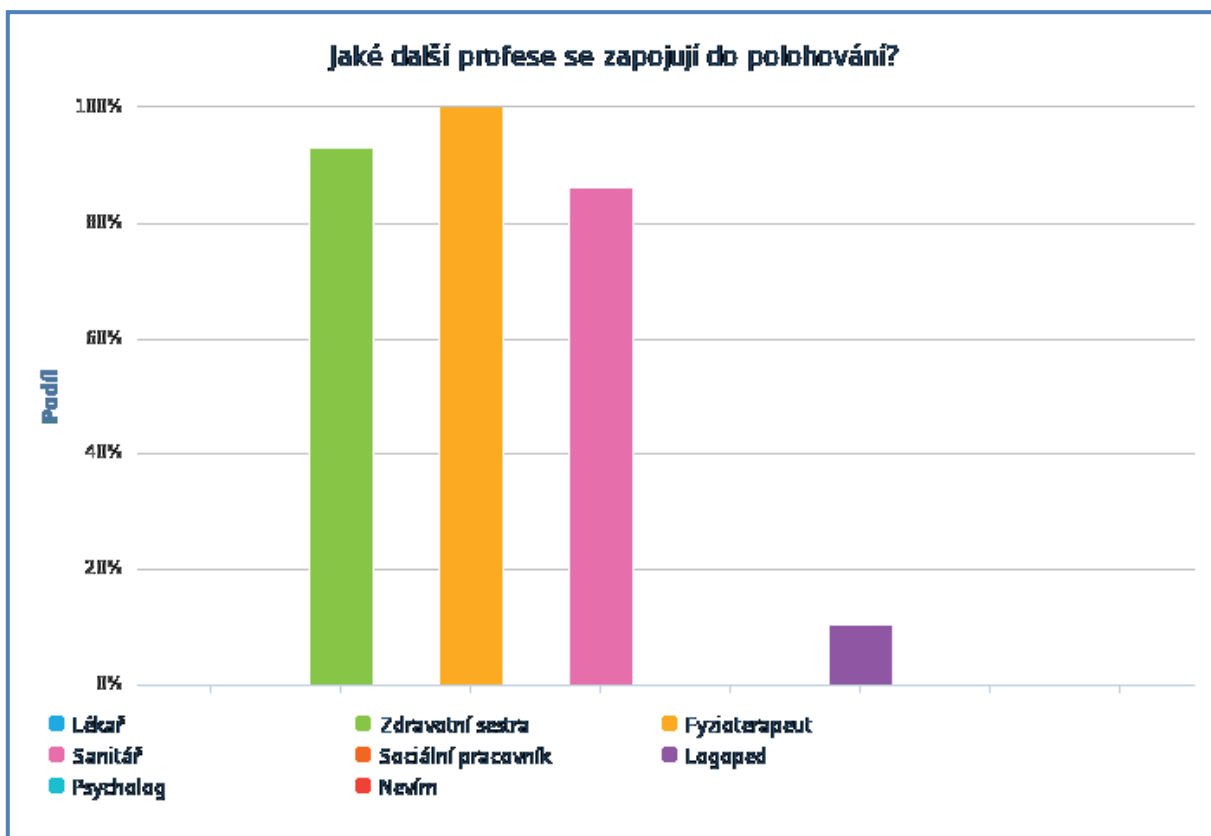
Pacienti se polohují nejvíce v intervalech delších jak 60 minut 51,7% (15 respondentů), v 27,6% (8 respondentů) dodržují intervaly mezi 50-60 minutami, 13,8% (4 respondenti) polohuje v intervalech 40-50 minut, 6,9% (2 respondenti) v rozmezí 30-40 minut. Kratší intervaly nezvolil žádný z respondentů. Výsledky znázorňuje graf 4.



Graf 5 - otázka číslo 6

Otázka číslo 6: Podílíte se jako ergoterapeut na polohování pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi?

62,1% (18 respondentů) odpovědělo, že se jako ergoterapeut pravidelně zapojují do polohování pacientů po cévní mozkové příhodě. Nepravidelně se do polohování zapojuje 34,5% (10 respondentů). Pouze 1 respondent (3,4%) se do polohování nezapojuje. Výsledky znázorňuje graf 5.

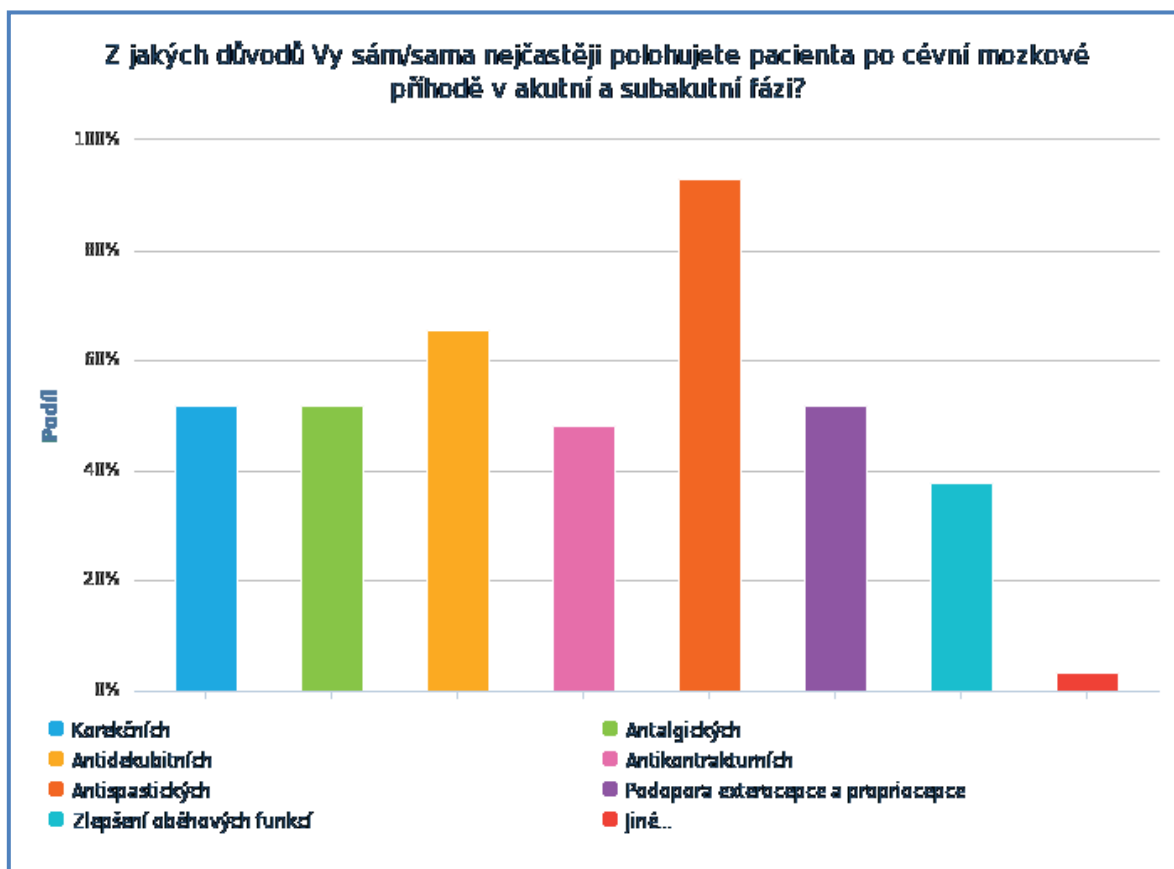


Graf 6 - otázka číslo 22

Otázka číslo 22: Jaké další profese se zapojují do polohování?

100% (29 respondentů) odpovědělo, že se do polohování nejvíce z dalších profesí zapojuje fyzioterapeut, 93,1% (27 respondentů) zdravotní sestra, 86,2% (25 respondentů) sanitář, 10,3% (3 respondenti) logoped. Výsledky znázorňuje graf 6.

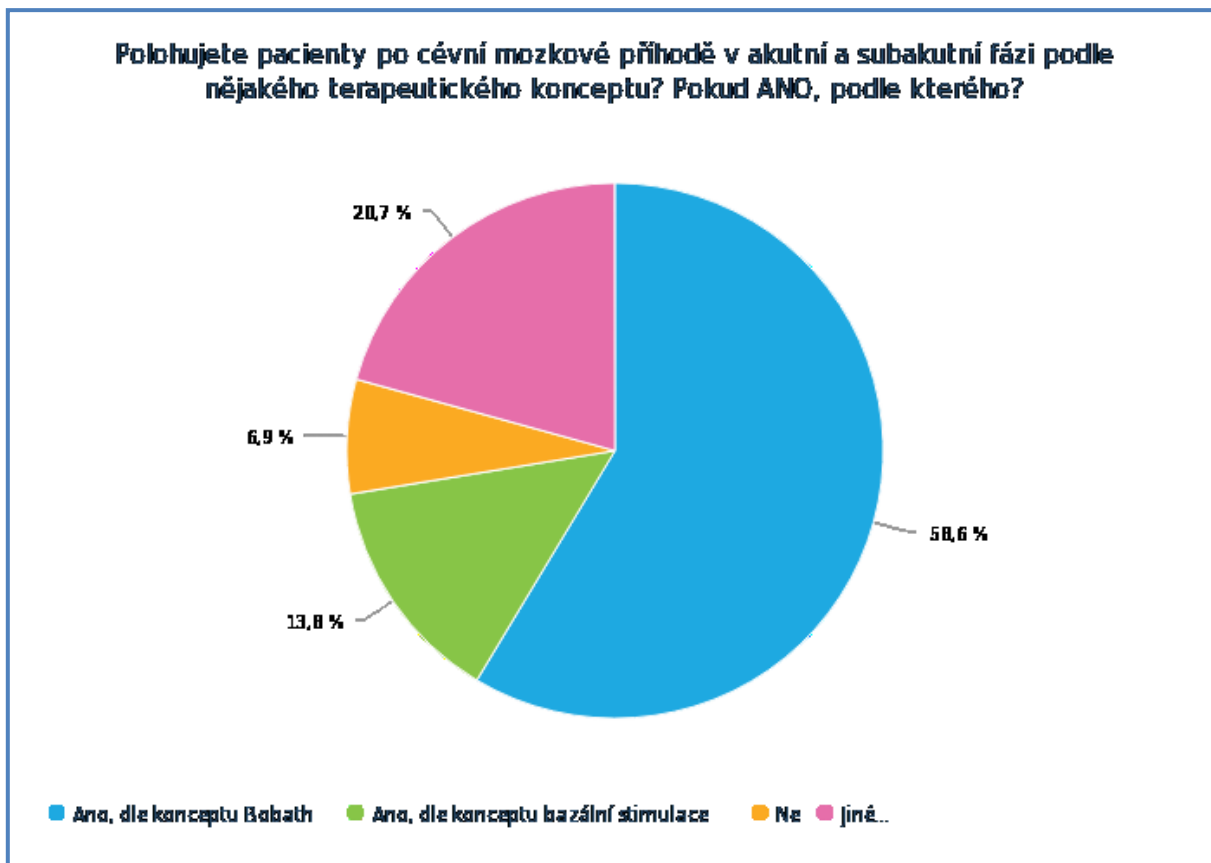
Výsledky týkající se polohování z pohledu ergoterapeuta a zapojení polohování do ergoterapeutické intervence. Tímto tématem se zabývají otázky číslo 4,6,8,9,10,12,13,14,17 a 19.



Graf 7 - otázka číslo 4

Otázka číslo 4: Z jakých důvodů Vy sám/sama nejčastěji polohujete pacienta po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi?

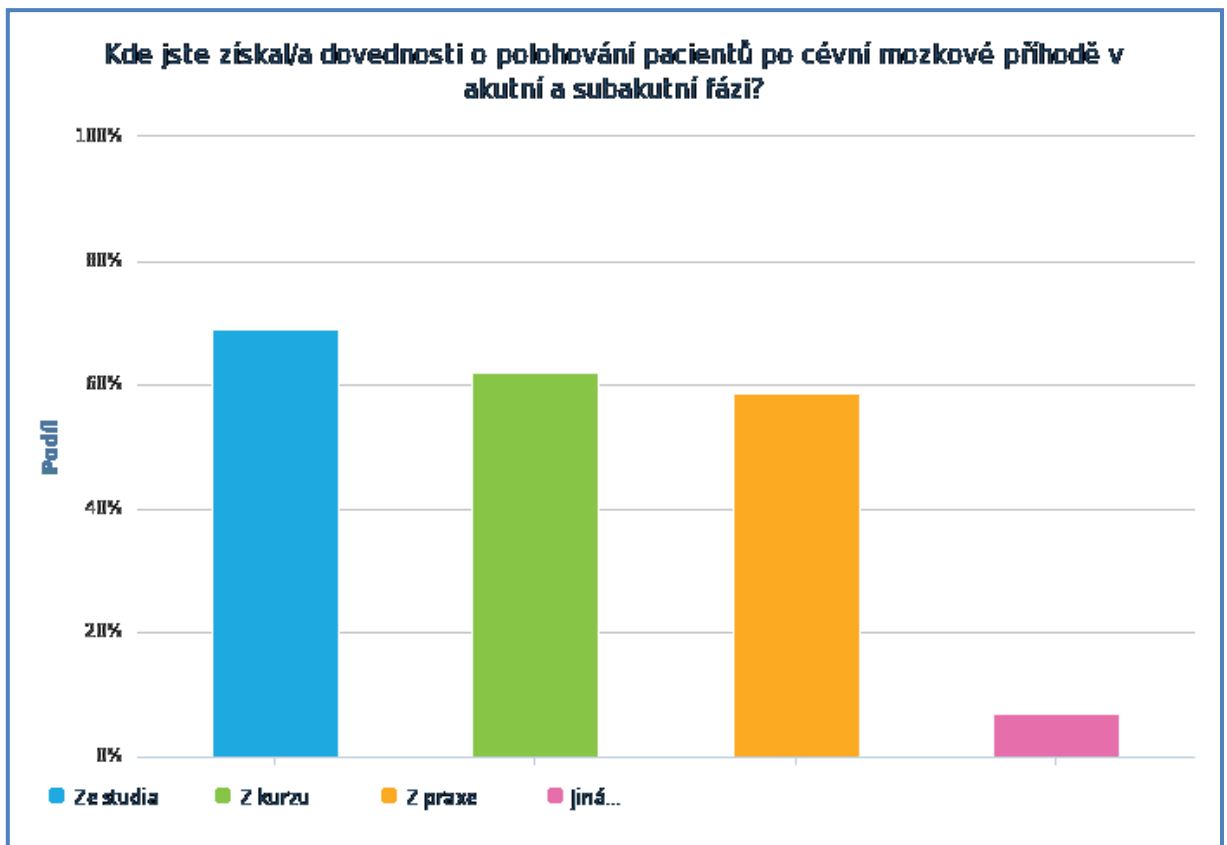
Ergoterapeuti nejčastěji polohují z důvodu antispastického, kde tuto odpověď vybralo 27 respondentů (93,1%), antidekubitní polohování vybralo 19 respondentů (65,5%), 15 (51,7%) respondentů odpovědělo, že polohují z důvodu korekčního, antalgického a podpory exterocepce a propiocepce. 14 respondentů (48,3%) polohuje z antikontrakturního důvodu, nejméně respondentů 11 (37,9%) z důvodu zlepšení oběhových funkcí. Jeden respondent (3,4%) odpověděl, že polohuje z důvodu protiotokového, komfortu a bezpečí pacienta. Výsledky znázorňuje graf 7.



Graf 8 - otázka číslo 8

Otázka číslo 8: Polohujete pacienty po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi podle nějakého terapeutického konceptu? Pokud ANO, podle kterého?

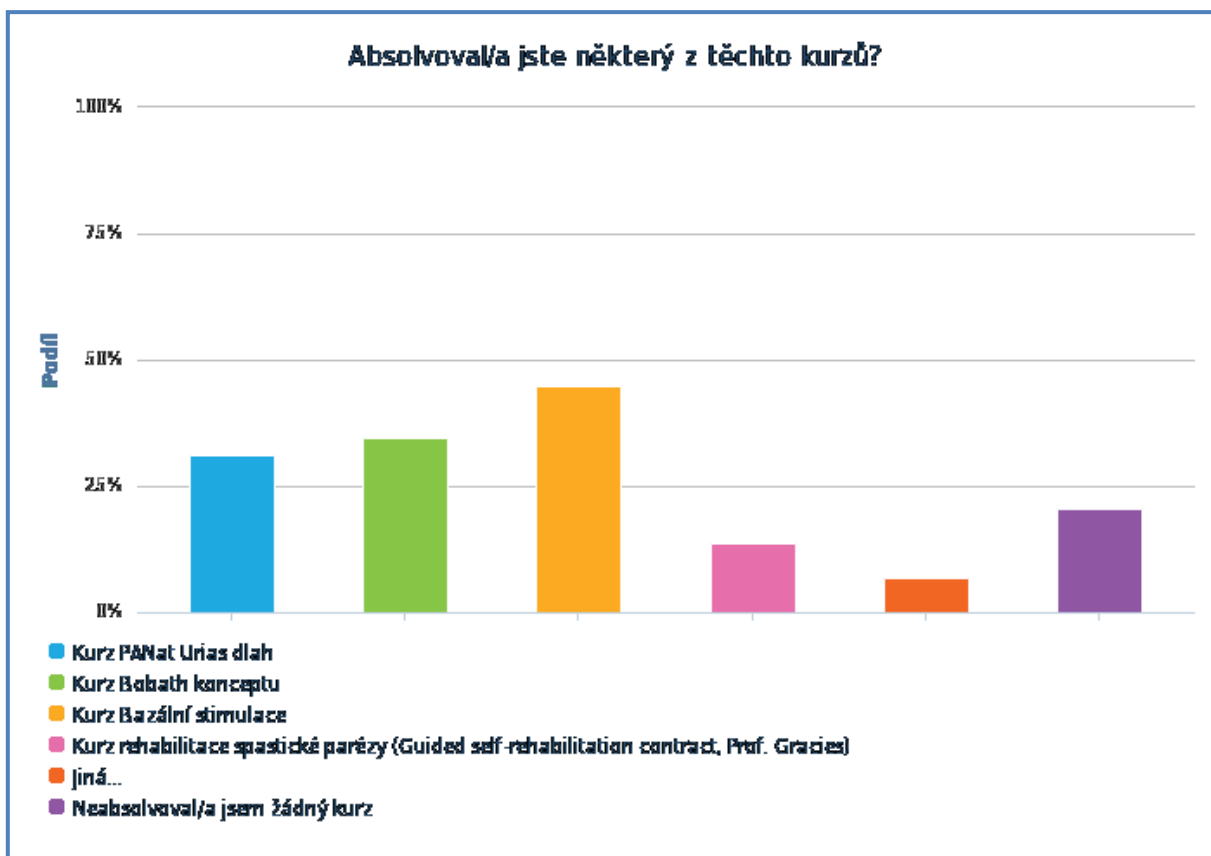
Nejvíce respondentů 58,6% (17 respondentů) polohuje podle Bobath konceptu, 13,8% (4 respondenti) podle konceptu Bazální stimulace, 6,9% (2 respondenti) nepolohuje podle žádného konceptu. 20,7 % (6 respondentů) polohuje dle jiného konceptu (ošetřovatelské polohování, školení v polohování a ošetřovatelství, propojení Bobath konceptu a Bazální stimulace, prvky kinestetiky). Výsledky znázorňuje graf 8.



Graf 9 - otázka číslo 9

Otázka číslo 9: Kde jste získala dovednosti o polohování pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi?

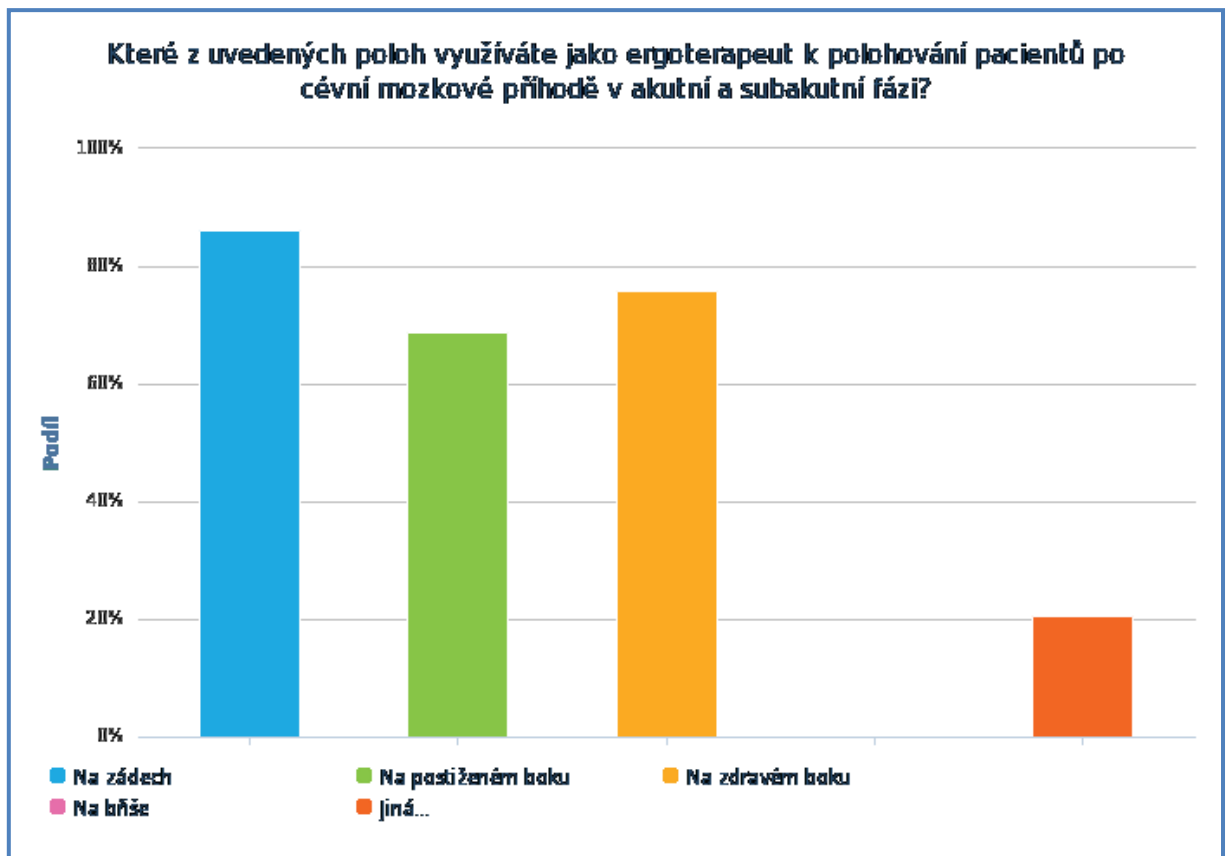
69% (20 respondentů) polohuje podle poznatků ze studia, 62,1% (18 respondentů) polohuje podle získaných informací z kurzů, 58,6% (17 respondentů) podle získaných zkušeností z praxe a 6,9% (2 respondenti) z jiných zdrojů (vlastní zkušenost, literatura, youtube). Výsledky znázorňuje graf 9.



Graf 10 - otázka číslo 10

Otázka číslo 10: Absolvoval/a jste některý z těchto kurzů?

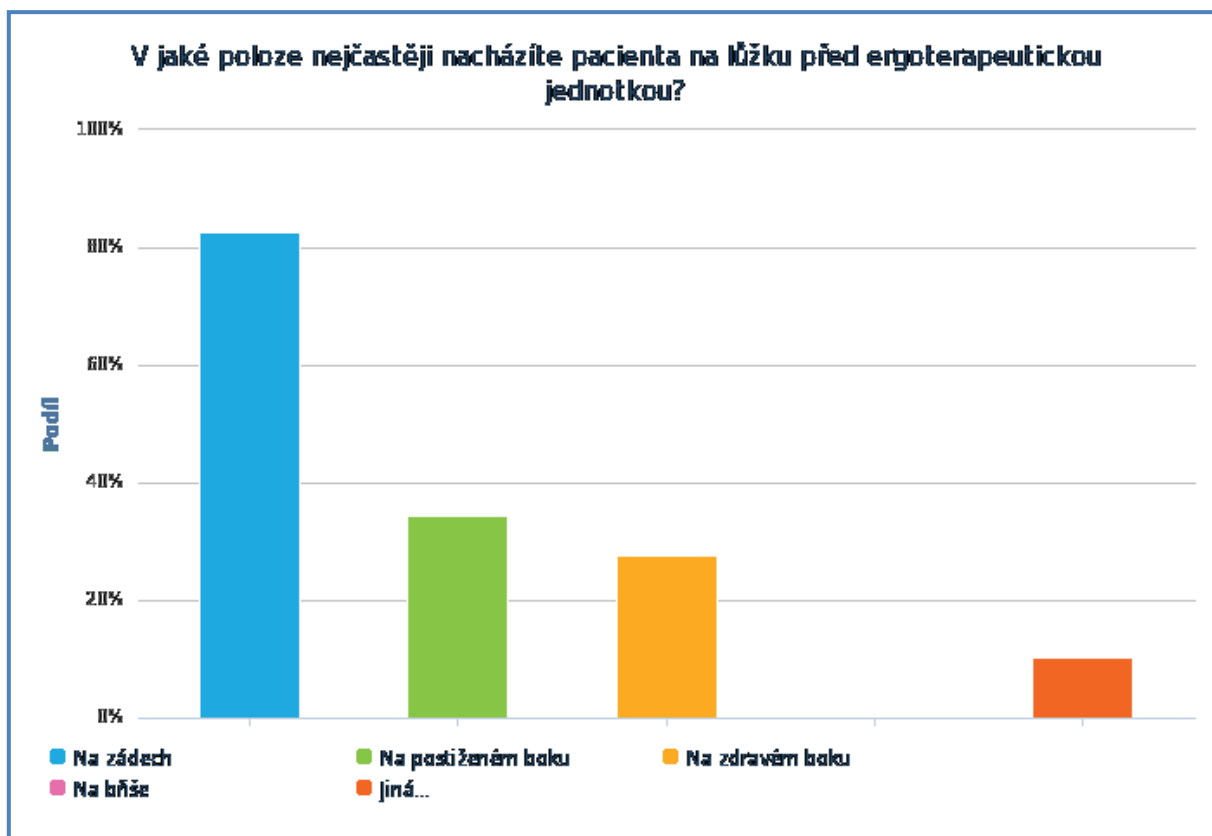
44,8% (13 respondentů) absolvovalo kurz Bazální stimulace, 34,5% (10 respondentů) má kurz Bobath konceptu, 31% (9 respondentů) absolvovalo kurz PANat dlah, 13,8% (4 respondenti) absolvovali kurz rehabilitace spastické parézy (Guided self-rehabilitation contract) a 20,7% (6 respondentů) neabsolvovalo žádný z těchto kurzů. 6,9% (2 respondenti) absolvovali jiné kurzy než výše uvedené (kinestetická mobilizace, moving and handling). Výsledky znázorňuje graf 10.



Graf 11 - otázka číslo 11

Otázka číslo 11: Které z uvedených poloh využíváte jako ergoterapeut k polohování pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi?

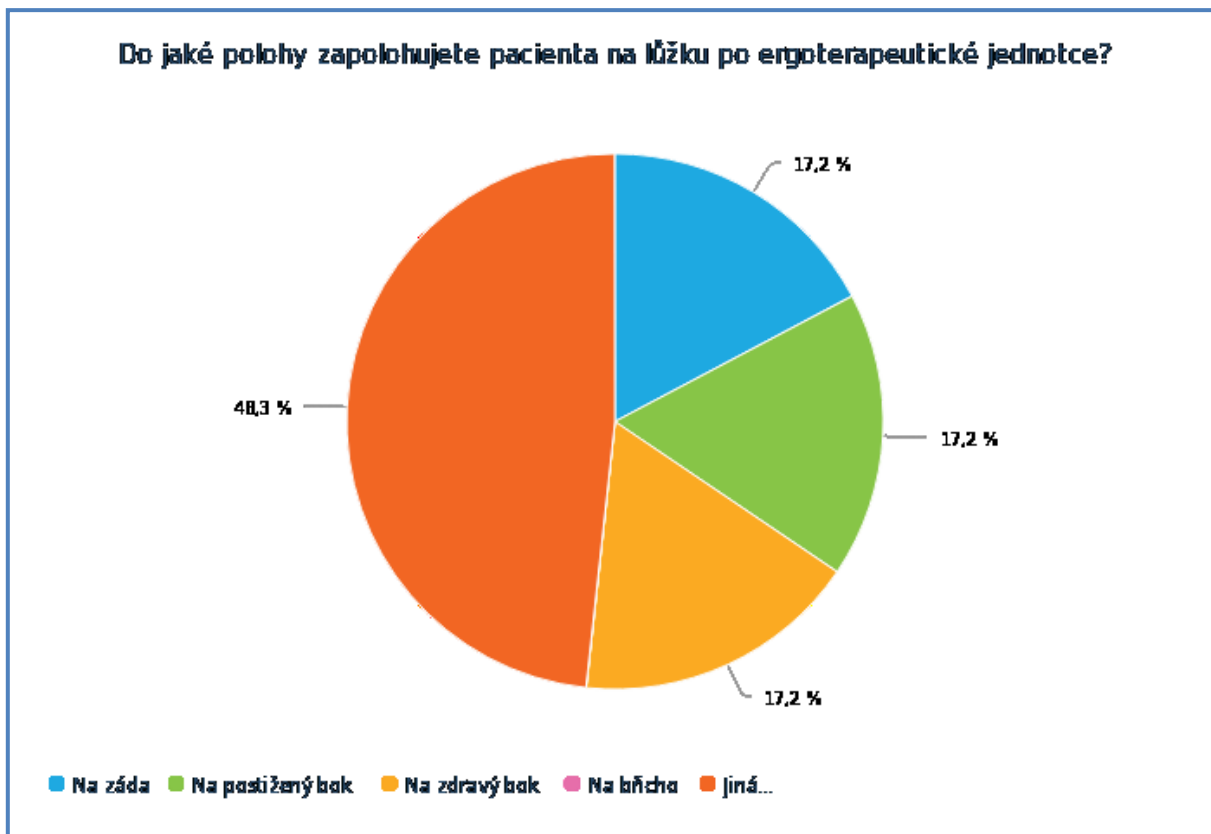
Nejvíce využívanou polohou je poloha na zádech 86,2% (25 respondentů), 75,9% (22 respondentů) polohuje na postiženém boku, 69% (20 respondentů) využívá polohování na zdravém boku, nikdo nepolohuje na břiše. 20,7% (6 respondentů) využívá jinou polohu (polobok, mikropolohování, sed s oporou, všechny uvedené, dle stavu pacienta podle kognitivní a fyzické stránky pacienta). Výsledky znázorňuje graf 11.



Graf 12 - otázka číslo 12

Otázka číslo 12: V jaké poloze nejčastěji nacházíte pacienta na lůžku před ergoterapeutickou jednotkou?

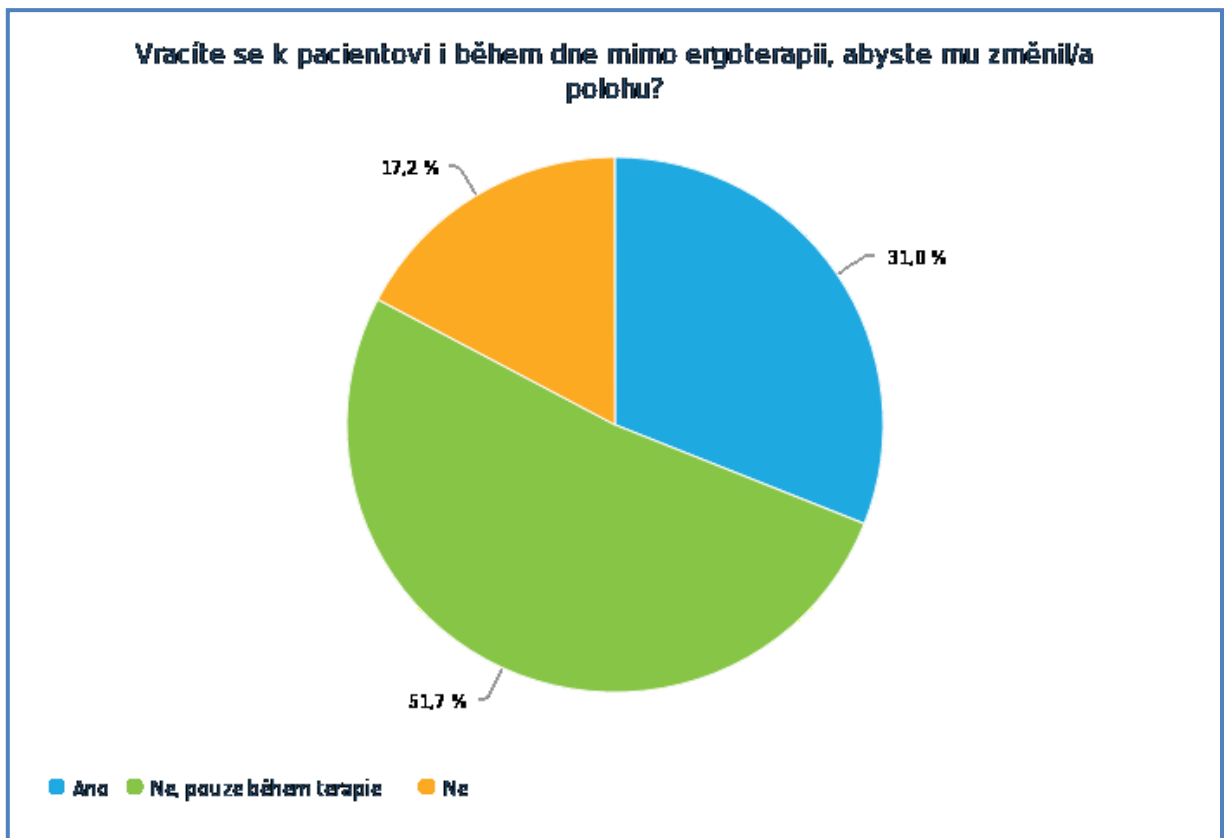
Nejčastěji nacházejí ergoterapeuti zapoložované pacienty na zádech 82,8% (24 respondentů), 34,5% (10 respondentů) na postiženém boku, 27,6% (8 respondentů) na zdravém boku. Nikdy pacienta před ergoterapeutickou jednotkou nenajdou na břiše. 10,3% (3 respondenti) si vybrali jinou odpověď (dle domluvy, vsedu na vozíku, dle polohovacího řádu, podle doby polohování). Výsledky znázorňuje graf 12.



Graf 13 - otázka číslo 13

Otázka číslo 13: Do jaké polohy zapolohujete pacienta na lůžku po ergoterapeutické jednotce?

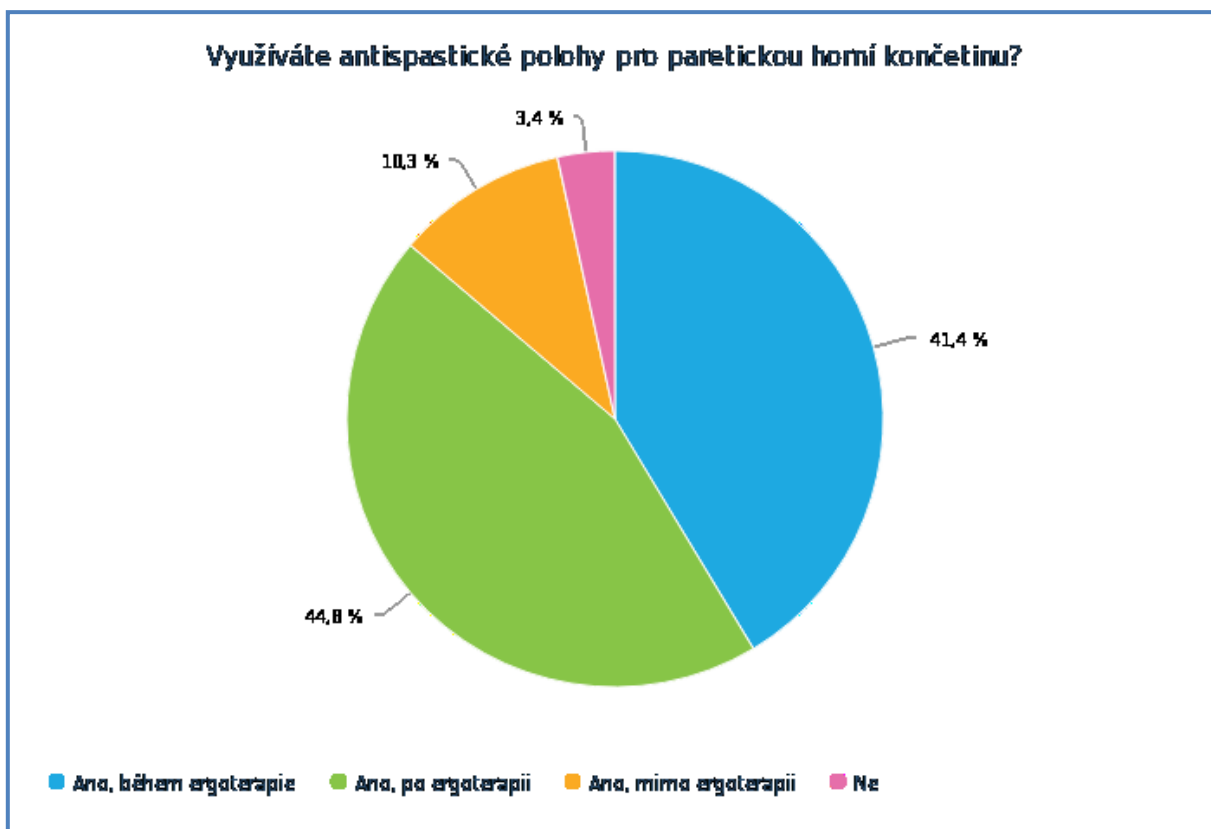
Nejvíce ergoterapeutů si vybralo jinou odpověď 48,3% (14 respondentů) (podle situace, co následuje po ergoterapii, do jiné polohy než před ergoterapii, dle domluvy s ošetřujícím personálem, podle polohovacího programu, dle potřeb pacienta), stejné procento 17,2% (5 respondentů) si vybralo polohu na zádech, postiženém nebo zdravém boku. Polohu na břicho si nevybral nikdo. Výsledky znázorňuje graf 13



Graf 14 - otázka číslo 14

Otázka číslo 14: Vracíte se k pacientovi i během dne mimo ergoterapii, abyste mu změnil/a polohu?

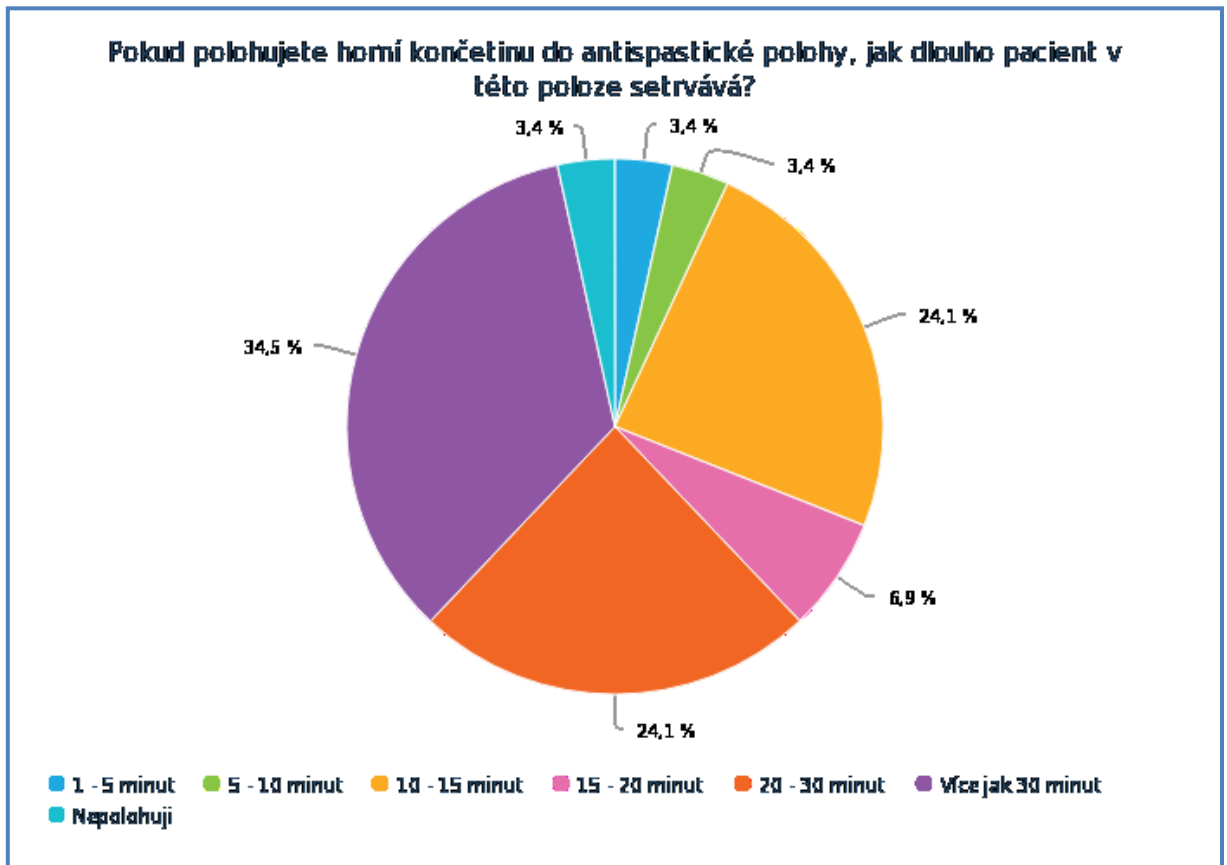
51,7% (15 respondentů) ergoterapeutů mění polohu pacienta pouze během ergoterapie, 31% (9 respondentů) ergoterapeutů se k pacientovi během dne vrátí, aby mu změnili polohu. 17,2% (5 respondentů) se k pacientům nevrací změnit polohu. Výsledky znázorňuje graf 14.



Graf 15 - otázka číslo 17

Otázka číslo 17: Využíváte antispastické polohy pro paretickou horní končetinu?

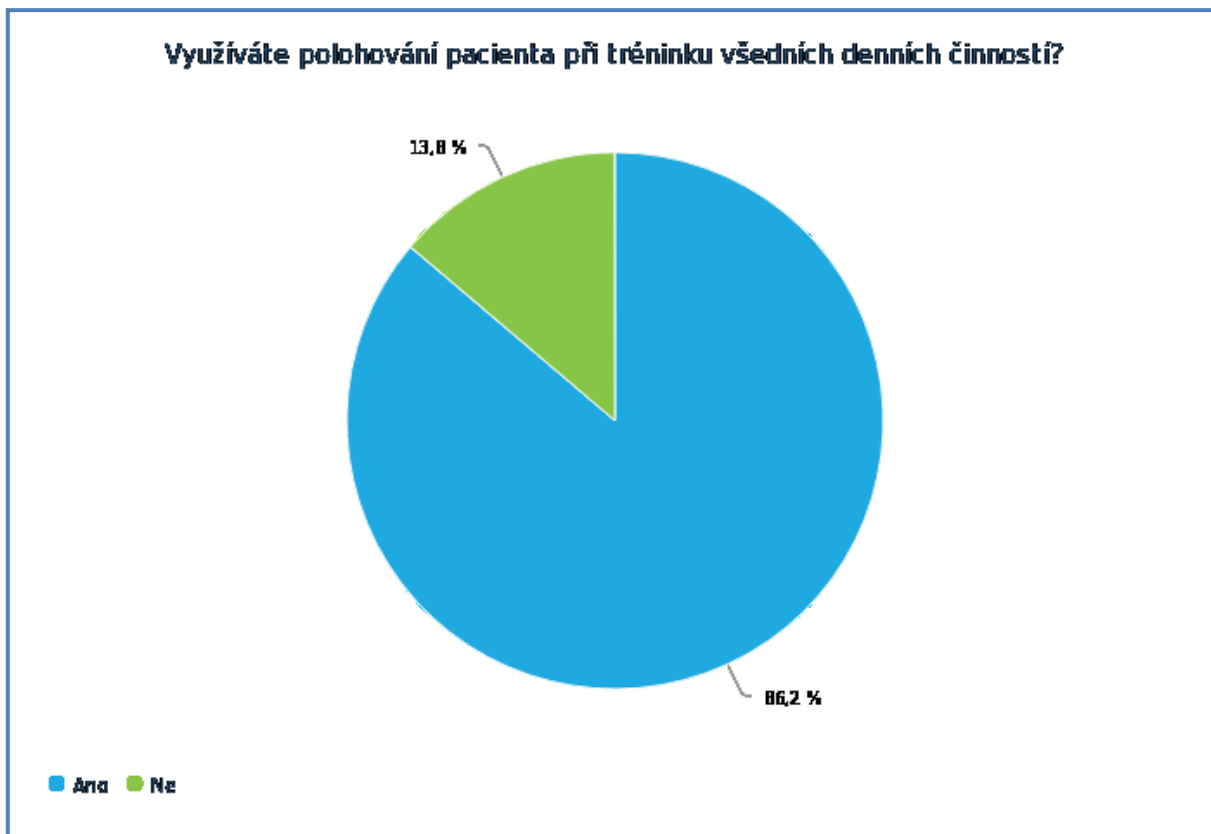
Do antispastické polohy ergoterapeuti zapoložovávají paretickou horní končetinu nejvíce po ergoterapeutické jednotce 44,8% (13 respondentů), antispastickou polohu využívá během ergoterapeutické jednotky 41,4% (12 respondentů). 10,3% (3 respondenti) využívají antispastickou polohu horní končetiny i mimo ergoterapii a 3,4% (1 respondent) antispastickou polohu pro horní končetinu nevyužívá. Výsledky znázorňuje graf 15.



Graf 16 - otázka číslo 19

Otázka číslo 19: Pokud polohujete horní končetinu do antispastické polohy, jak dlouho pacient v této poloze setrvává?

Antispastickou polohu horní končetiny ergoterapeuti využívají nejvíce po dobu delší než 30 minut 34,5% (10 respondentů), 24,1% (7 respondentů) polohuje na dobu 20-30 minut a 10-15 minut, 6,9% (2 respondenti) polohují do antispastické polohy na dobu 15-20 minut. 3,4% (1 respondent) se objevuje u 3 odpovědí 1-5 minut, 5-10 minut a že ergoterapeut antispastickou polohu u horní končetiny nevyužívá. Výsledky znázorňuje graf 16.



Graf 17 - otázka číslo 21

Otázka číslo 21: Využíváte polohování pacienta při tréninku všedních denních činností?

86,2% (25 respondentů) využívá polohování během provádění všedních denních činností, 13,8% (4 respondenti) pacienty nezapohovávají během nácviku všedních denních činností. Výsledky znázorňuje graf 17.

Výsledky zabývající se polohovacími pomůckami v iktových centrech a jejich využitím. Odpovědi byly získány z otázky číslo 15,16 a 20.

Otázka číslo 15 (otevřená): Máte na Vašem iktovém centru speciálně zakoupené polohovací pomůcky? Pokud ANO, jaké?

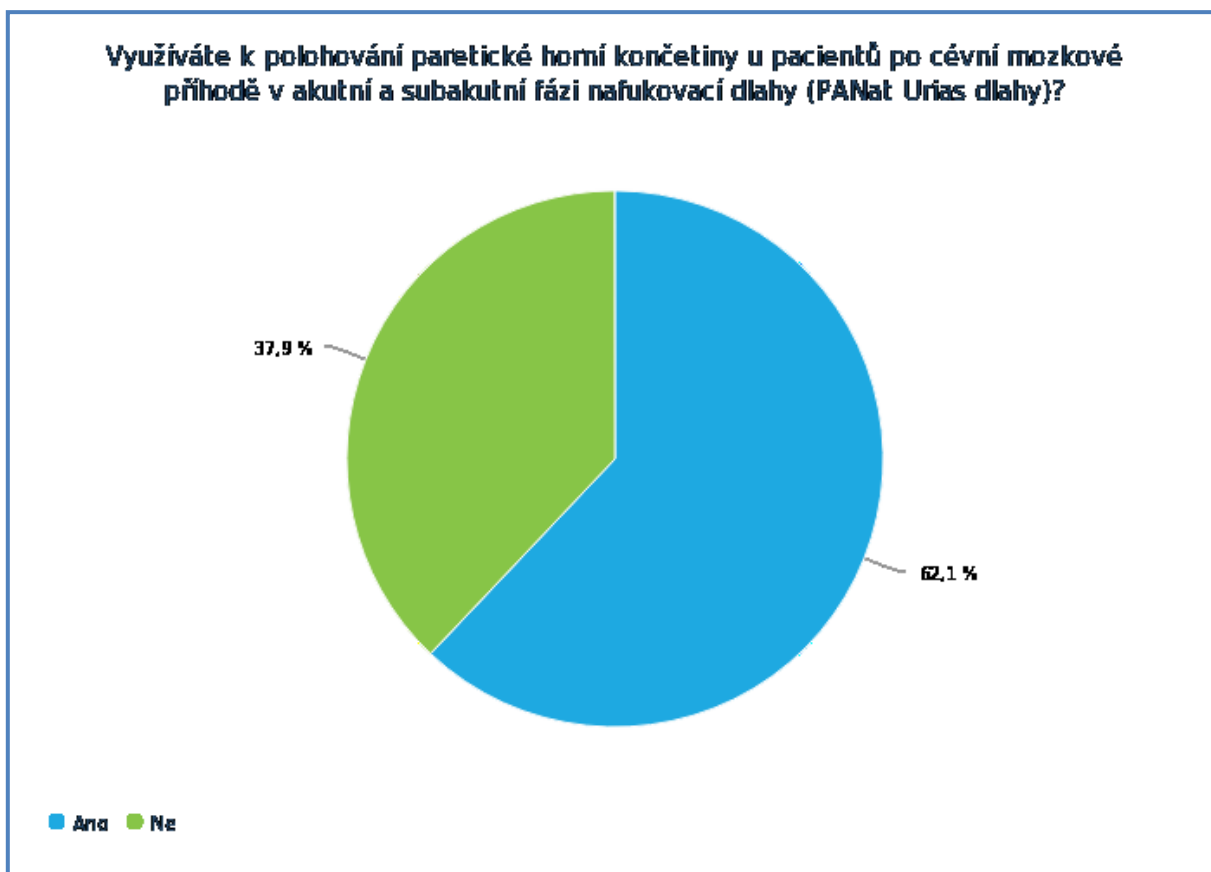
Získané odpovědi od respondentů jsem rozdělila do 3 kategorií:

- a) Ano, různé druhy polohovacích polštářů, klínů, dlahy, molitanové míčky 68,9% (20 respondentů)
- b) Ano, antidekubitní matrace, antidekubitní podložky 20,7% (6 respondentů)
- c) Ne 10,3% (3 respondenti)

Otázka číslo 16 (otevřená): Které 3 pomůcky pro polohování pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi využíváte Vy jako ergoterapeut nejčastěji?

Získané odpovědi od respondentů jsem rozdělila do 4 kategorií:

- a) Polštáře, vaky, dlahy, klíny 44,8% (13 respondentů)
- b) Nafukovací dlahy 20,6% (6 respondentů)
- c) Molitanové míčky 17,2% (5 respondentů)
- d) Klidové polohovací dlahy 17,2% (5 respondentů)



Graf 18 - otázka číslo 20

Otázka číslo 20: Využíváte k polohování paretické horní končetiny u pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi nafukovací dlahy (PANat Urias dlahy)?

62,1% (18 respondentů) využívá nafukovací dlahy PANat k zapolohování paretické horní končetiny. 37,9% (11 respondentů) tyto dlahy nevyužívá. Výsledky znázorňuje graf 18.

Shrnutí dotazníku

Ergoterapeuti pracující v iktových centrech mají ve 96,5% případů dokončené vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání, pouze v jednom iktovém centru pracuje ergoterapeut s pomaturitní specializací. Právě ze studia 69% mají nejvíce informací o polohování pacientů v akutní a subakutní fázi, většina z nich 62,1% má absolvovaný kurz speciálních metodik a konceptů, které lze využít při polohování pacienta, ale 2 respondenti neabsolvovali žádný z uvedených kurzů. V iktových centrech nejčastěji polohují zdravotní sestry a sanitáři (82,7%). Z dalších zdravotních pracovníků se ve všech iktových centrech do polohování zapojuje fyzioterapeut. Ergoterapeut se zapojuje v 62,1% a 3 respondenti odpověděli, že se do polohování v iktovém centru zapojuje i logoped. Polohovací řád má pouze 55,2% pracovišť a ostatní pracoviště polohují dle svého uvážení. V patnácti iktových centrech se polohuje na dobu delší jak 60 minut, ve čtrnácti na dobu v rozmezí 30-60minut. Ergoterapeuti v 96,5% polohují paretickou horní končetinu do antispastické polohy. Během polohování paretické horní končetiny využívá nafukovací dlahy 62,1% ergoterapeutů. 34,5% ergoterapeutů polohuje paretickou horní končetinu na dobu delší než 30 minut a 61,9% na dobu kratší jak 30 minut, 3,4% paretickou horní končetinu do antispastických poloh nepolohuje. Na 3 pracovištích nemají zakoupené speciální polohovací pomůcky, ve 20 iktových centrech mají polohovací pomůcky, kterými jsou polštáře, klíny, molitanové míčky a dlahy. V 6 iktových centrech mají polohovací pomůcky, jako jsou antidekubitní matrace a antidekubitní podložky. Ergoterapeuti nejčastěji využívají u pacientů po cévní mozkové příhodě polohu na zádech 86,2%, v této poloze často pacienta nacházejí před ergoterapeutickou jednotkou 82,6%, po ergoterapii pacienta v 48,3% zapolohují dle potřeb a polohy před ergoterapií, v 17,2% ho zapolohují opět na záda. Během tréninku všedních denních činností polohuje pacienty 86,2% ergoterapeutů.

9.1 Vyhodnocení hypotéz

Hlavní hypotéza:

Při polohování u pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi je nejčastější poloha na zádech.

Hlavní hypotéza se potvrdila. Ergoterapeuti nejvíce využívají u pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi polohu na zádech v 86,2% (25 respondentů), stejně tak pacienta nacházejí v 82,6% (24 respondentů) v poloze na zádech. Po ergoterapeutické jednotce v 17,2% (5 respondentů) zapoložuje pacienta opět na záda

Vedlejší hypotézy:

Iktová centra, kde jsou pacienti po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi, jsou vybavena pomůckami pro polohování.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Na 3 (10,3%) pracovištích nemají zakoupené speciální polohovací pomůcky, ve 20 (68,9%) iktových centrech mají polohovací pomůcky, jako jsou polštáře, klíny, molitanové míčky a dlahy, v 6 (20,7%) iktových centrech mají antidekubitní matrace a antidekubitní podložky. Všechna iktová centra nejsou vybavena polohovacími pomůckami.

Ergoterapeuti v iktových centrech nejčastěji polohují pacienty po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi z důvodu prevence spasticity.

Druhá vedlejší hypotéza se potvrdila. Ergoterapeuti v iktových centrech nejčastěji polohují pacienty po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi z důvodu prevence spasticity, tuto hypotézu potvrdilo 27 respondentů (93,1%).

10 Diskuze

Hlavním důvodem vzniku této práce je zjistit, jak velkou částí své intervence ergoterapeuti i ostatní ošetřující personál kladou důraz na polohování pacientů v akutní a subakutní fázi po CMP v iktových centrech v České republice. Počet iktových center v České republice se za posledních deset let zvýšil z 23 iktových center (Ministerstvo zdravotnictví, 2010b) na 32 iktových center (Ministerstvo zdravotnictví, 2015). Vzniku iktového centra podléhá několik pravidel, jasně dané požadavky jsou na personální zastoupení a technické vybavení, nedílnou součástí je i plný úvazek ergoterapeuta, který musí být dostupný šest dní v týdnu (Ministerstvo zdravotnictví, 2010a).

V této diplomové práci jsme chtěli potvrdit hypotézy o tom, že při polohování se nejvíce využívá poloha na zádech oproti ostatním polohám. Další zjišťovanou informací bylo, zdali jsou iktová centra dostatečně vybavena polohovacími pomůckami, protože bez polohovacích pomůcek nemůžou pracovníci pacienta správně a kvalitně zapolohovat. V neposlední řadě nás zajímalo, z jakých důvodů ergoterapeuti v iktových centrech polohují pacienty po CMP. Pro získání informací jsme si vybrali dotazníkové šetření v rámci iktových center, kdy jsme se tázali ergoterapeutů pracujících v těchto iktových centrech. Dotazník byl sestaven z otevřených i uzavřených otázek. Slabinou této metody sběru dat je, že jsme získali malé množství informací a nemáme možnost získané informace prozkoumat více do hloubky. Z vyhodnocování dotazníku vyplynulo ještě několik možností, na které jsme se mohli v dotazníku zeptat. Chybějící informací bylo, zdali se zdravotní pracovníci v iktových centrech řídí standarty při péči o pacienty po CMP, nebo jestli využívají při polohování pacientů po CMP doporučené postupy. Další možností by bylo zjistit, jestli ergoterapeut na iktové centrum pouze dochází z jiného oddělení, nebo na iktovém centru primárně pracuje.

Bylo osloveno 32 iktových center, na dotazník odpovědělo 29 ergoterapeutů z 29 iktových center, kteří se zapojili do výzkumu. Počet respondentů je i tak nízký a po konzultaci se statistikem nelze udělat statistickou analýzu, ale výsledky jsou vyhodnoceny jako četnosti odpovědí v procentech, které je potřeba citlivě interpretovat. Oslovili jsme celou populaci ergoterapeutů pracujících v iktových centrech. Ukázalo se, že v době sběru dat ne na všech iktových centrech působil ergoterapeut. Podle zpětné vazby od vedoucích pracovníků, kteří byli primárně osloveni, víme, že se ergoterapeuti na daných pracovištích nenacházeli z důvodu rodičovské dovolené, nebo na iktové centrum nedocházeli. Je však otázkou, proč v případě rodičovské dovolené nebylo místo

obsazeno jiným ergoterapeutem, vzhledem k tomu, že dle pravidel Ministerstva zdravotnictví musí být na iktovém centru zaměstnaný na plný úvazek. Tento fakt by mohl být z důvodu nedostatku personálu. V České republice bylo v roce 2019 dle České asociace ergoterapeutů 1300 ergoterapeutů. V některých krajích by mohl být nedostatek ergoterapeutů vzhledem k celkově nízkému počtu ergoterapeutů v České republice.

Metoda sběru dat dotazníkem nese s sebou riziko nízké návratnosti. Návratnost je závislá na ochotě respondenta odpovědět na otázky. Dotazníky byly rozeslány emailem mezi vedoucí pracovníky, kteří byli požádáni o předání ergoterapeutům, vzhledem k tomu, že na samotné ergoterapeuty jsou většinou kontakty špatně dohledatelné. Osobní distribuce nebyla z časové a finanční náročnosti možná. Vzhledem k návratnosti dotazníku byla úspěšnost sběru dat vysoká, dostali jsme odpovědi od všech ergoterapeutů pracujících v iktových centrech. Z 32 iktových center odpovědělo 29 ergoterapeutů z 29 iktových center, ze zbylých tří center jsme odpověď nedostali. Některá centra jsme museli opakovaně kontaktovat, abychom získali odpovědi na dotazník. V dotazníku ergoterapeuti uváděli název iktového centra, takže jsme měli možnost opakovaně kontaktovat pouze iktová centra, ze kterých jsme odpovědi nedostali. Tato skutečnost mohla být slabinou pro pravdivost odpovědí. Dotazníky byly zpracovány anonymně, ale přesto to respondenty mohlo ovlivnit při odpovědích.

V kritériích pro vznik iktových center není uvedeno, jaký stupeň vzdělání by měl ergoterapeut pracující na iktovém centru mít. Respondenti v 96,5% odpověděli, že mají dokončené vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání, pouze jeden respondent má pomaturitní specializaci léčba prací. Z dotazníku vyplývá, že v iktových centrech má 62,1% ergoterapeutů absolvovaný kurz speciálních metodik a konceptů, které lze využít při polohování pacienta. 6 respondentů neabsolvovalo žádný z těchto kurzů, které byly v dotazníku na výběr. V České republice byl zrušen kreditní systém, kdy na základě absolvovaných kurzů a dalších forem celoživotního vzdělávání bylo udělováno potvrzení o způsobilosti práce bez odborného pohledu. Nyní je to na rozhodnutí ergoterapeuta, zdali chce v celoživotním vzdělávání pokračovat, nebo ne. Další překážkou při absolvování kurzu může být finanční stránka, většina kurzů je velmi drahá. Finanční podpora při vzdělávání by měla přicházet právě od zaměstnavatele, aby motivoval ergoterapeuty v prohloubení znalostí. Rozdílně se k tomu staví v Americe, kde vznikl dokument pod názvem *Stroke Certification Manual* od American Osteopathic Association, ve kterém popisují, že ergoterapeut pracující v iktovém centru musí mít

speciální výcvik a zkušenosti s léčbou pacientů po CMP. V akutním stádiu CMP je u pacientů zhodnocena fyzioterapie, logopedie, ergoterapie a podle potřeby je sestaven plán rehabilitace. V protokolech v péči o pacienta je nastavena časová osa frekvence jednotlivých částí rehabilitace. Ergoterapeut, který pracuje na iktovém centru, musí splňovat jednu ze tří možností vzdělání: musí být akreditovaný společně s Commite on Allied Health Education a Accreditation of the American Medical Association a Americké asociace ergoterapie, musí splnit národní zkoušku Americké asociace ergoterapie nebo má dva roky odpovídající praxe a splnil zkoušku v U. S. Public Health Service (The Joint Commission, 2020).

Péče o pacienty v akutním a subakutním stádiu je velmi specifická a ergoterapeut, který s nimi pracuje, by měl být více edukovaný v této problematice. Respondenti v dotazníku v 69% odpověděli, že polohují podle poznatků ze studia, je tedy podstatné, zda se na všech fakultách, kde se ergoterapie vyučuje, mají všichni studenti stejné informace o principech správného polohování a zdali ví i o možných následcích nesprávného polohování. Velká část ergoterapeutů 62,1% polohuje podle dovedností získaných z kurzů a v 58,6% získaných z praxe. Výraznou pomocí pro ergoterapeuty pracující v iktových centrech by byla možnost čerpat informace z doporučeného postupu se zaměřením na iktová centra, kterým by se mohli řídit i ostatní pracovníci v iktovém centru. Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti zpracovala doporučený postup pro diagnostiku a léčbu pacientů s mozkovým infarktem, ale žádná jeho část neobsahuje postup, jak pacienta správně po CMP polohovat.

Z mnoho dostupných literárních zdrojů vyplývá, že nesprávným polohováním právě u pacientů po cévní mozkové příhodě může dojít k řadě sekundárních změn, jako jsou zmenšené rozsahy v kloubech, dekubity, kontraktury, vznik pneumonie, ztráta povědomí o tělesném schématu atd. (Bhalla a Birns, 20015, Friedlová, 2007; Kolář, 2009). V základní české literatuře o ergoterapii jsou pouze základní informace o polohování. V roce 1999 WHO vydalo dokument *Promoting independence following a stroke : a guide for therapists and professionals working in primary health care*, který byl v roce 2004 přeložen do češtiny a vydán nakladatelstvím Grada pod názvem *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. Některé kapitoly z této publikace se zabývají polohováním a manipulací pacienta po CMP. Tento dokument by mohl sloužit jako jeden ze zdrojů, kterým by se ergoterapeuti pracující v iktových centrech mohli řídit. Vzhledem k tomu, že je tento dokument dvacet let starý, je další možností jak

prohloubit informace o polohování pacientů po CMP doporučenými postupy ze zahraničí, kterými by se ergoterapeuti nebo již studenti na vysokých školách mohli řídit při polohování pacientů v akutní a subakutní fázi po CMP. Z dotazníku vyplývá, že z velké části polohují ergoterapeuti dle Bobath konceptu v 58,6%, ale kurz má pouze 34,5%. Záleží tedy, odkud ergoterapeuti informace o polohování čerpají, jestli se řídí pouze poznatky ze studií, opět je zásadní, zdali všichni ergoterapeuti mají stejné poznatky v této tématice, anebo jestli někteří z jejich kolegů mají kurz Bobath konceptu a poskytují jim supervizi. Kurz Bobath konceptu je velmi finančně nákladný a je určen jak pro ergoterapeuty, tak fyzioterapeuty. Může být překážkou z finanční i časové náročnosti, aby v rámci jednoho pracoviště měli všichni ergoterapeuti a fyzioterapeuti tento kurz.

Hlavní hypotéza, ve které stanovujeme, že ergoterapeuti nejčastěji využívají polohu na zádech u pacientů v akutní a subakutní potvrdilo 86,2% respondentů. Jedním z důvodů je, že v této poloze je několik možností, kterými lze ovlivnit sekundární změny. Z literatury jsou informace takové, že při poloze na zádech při extendovaných kyčelních kloubech a bederní páteři má pacient lepší kontakt s podložkou, který je důležitý pro odpočinek i aktivitu. Během ergoterapeutické intervence, kdy se ergoterapeut věnuje zejména aktivitám všedního denního života a terapii ruky, mu tato poloha umožňuje nejvíce možností, co s pacientem může trénovat. Proto je logické, že tuto polohu využívají ergoterapeuti u pacientů po CMP nejvíce. Jestliže nechceme zvýšit svalový tonus a potřebujeme zvýšit intrakraniální tlak s vypodložením pod horní částí trupu, volíme polohu na zádech. Z dotazníku vyplynulo, že v 82,8% bývá pacient zapolohovaný na zádech před ergoterapeutickou jednotkou a z toho tedy vyplývá, že i ostatní ošetřující personál tuto polohu u pacientů po CMP využívá. Po ergoterapeutické jednotce 48,3% ergoterapeutů zapolohuje pacienta do jiné polohy, než před ergoterapeutickou jednotkou a řídí se dle domluvy s ošetřujícím personálem, polohovacího programu nebo potřeb pacienta. Je dobře, že se ergoterapeuti při odchodu z terapie věnují změně polohy pacienta, aby nebyl delší dobu, než je nezbytně nutné ve stejné poloze. Při vypodložení si musíme dávat pozor zejména v oblasti krční páteře, kdy při špatném vypodložení zvýšíme svalový tonus v oblasti předloktí (Gjelvisk, 2008; Kolář, 2009; Colditz, 2011). Tato informace, že může dojít při špatném vypodložení krční páteře ke zvýšení svalového tonu v předloktí, nemusí být ergoterapeutům příliš známá. Při zvýšeném svalovém tonu by se ergoterapeut měl ohlížet na zapolohování celého těla, jestli nedochází v některé oblasti k dráždění.

Polohu na břicho si jako možnost z dotazníku nevybral žádný ergoterapeut, ani žádný ergoterapeut neuvedl, že by ho v poloze na břicho našel před ergoterapeutickou jednotkou, z toho tedy vyplývá, že ani ostatní personál tuto polohu moc nevyužívá. Možná z toho důvodu, že při poloze na břicho by mohlo dojít k dušení a postižený pacient po CMP by nebyl schopný se sám přetočit na bok či záda, stejné to je i při polohování na bok, kdy pacienta musíme dobře stabilizovat, aby se nepřetočil na břicho. Při polohování by se ale na tuto polohu nemělo zapomínat, protože v této poloze dochází k nejmenšímu vzniku dekubitů (Mikula, 2008). Důvodem proč se tato poloha příliš nevyužívá, může být fakt, že pro jednoho pracovníka může být náročné přetočit pacienta na břicho, když pacient není mobilní a nepomáhá. Pacienti po CMP bývají vyššího věku a ti často polohu na břicho tolerují hůře. Poloha na břicho může být obtížná i z důvodu vstupů – centrální žilní katetr, tracheostomie atd.

Pro správnou stabilizaci pacienta v pozici, kterou chceme dosáhnout, je nutné využít polohovací pomůcky, z vlastní zkušenosti vím, že ne na každém oddělení mají dostatek polohovacích pomůcek. Tato otázka zazněla i v dotazníku - zdali jsou iktová centra vybavena polohovacími pomůckami. Ministerstvo zdravotnictví v popisu kritérií pro vznik iktového centra hovoří až o následném rehabilitačním oddělení, které musí být vybaveno polohovacími postelemi a dalšími kompenzačními pomůckami, nikoliv však v rámci iktového centra (Ministerstvo zdravotnictví, 2010a). V 68,97% mají speciálně zakoupené polohovací pomůcky, jako jsou klíny, polštáře, dlahy a molitanové míčky, ve 20,69% mají antidekubitní matrace a podložky, ale v 10,34% (3 respondenti) se objevuje i odpověď, že nemají speciálně zakoupené pomůcky. Je otázkou, jak můžou pacienty po CMP ve třech iktových centrech dobře polohovat, když nemají polohovací pomůcky, aby mohli pacienta v dané poloze stabilizovat. Může to být způsobeno tím, že na iktovém centru nemají daný řád polohování a nejčastěji polohují zdravotní sestry.

Z výsledků vyplývá, že se nejčastěji zapojují právě zdravotní sestry a sanitáři. V některých iktových centrech se do polohování zapojují fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Polohování by mělo probíhat 24 hodin denně, z toho důvodu je důležité, aby se na polohování podíleli všichni pracovníci. Problém by mohl nastat, protože erg Dále se také na třech pracovištích do polohování zapojuje logoped. Lékaři, psychologové ani sociální pracovníci pacienty nepolohují. Důvodem, proč logoped pacienta po CMP polohuje, může být trénink verbální komunikace, při kterém se mu musí pacientovi dobře dýchat a být stabilní, aby se na komunikaci mohl soustředit a také při tréninku

polykání, aby nedocházelo k aspiracím. Při vyšetření lékařem nebo terapií se sociálním pracovníkem pacient ve většině případů nemusí být zaujímat speciální polohu.

Výrazné rozpory nastávají při časové frekvenci polohování. Několik autorů popisuje rozdílné časové rozmezí, jak často by se měla poloha pacienta po CMP měnit. Někteří autoři udávají, že stačí polohu u pacientů po CMP v akutní a subakutní fázi měnit každé 3-4 hodiny, jiná publikace udává, že by se poloha měla měnit minimálně jedenkrát za 2 až 3 hodiny během dne a za 3 až 4 hodiny během noci, naopak například WHO (1999) doporučuje měnit polohy, každých 40 minut. Z našeho výzkumu vyplývá, že ve více jak v polovině iktových center polohují pacienty po době delší než 60 minut, pouze 6 respondentů dodržuje polohování okolo 40 minut. Důvodem může být, že častější změna polohy je časově i personálně náročnější. Pracoviště, která v polohování pacientů po CMP překračují dobu 40 minut, se neřídí doporučeními WHO. Téměř v polovině iktových center nemají daný řád polohování. Tento fakt může být ovlivněn neznalostí ergoterapeuta, který například nepracuje pouze na iktovém centru a pouze tam dochází. Vzhledem k informacím, že na iktových centrech polohují nejčastěji zdravotní sestry a sanitáři, není polohování jejich jedinou prací. Z tohoto důvodu by bylo vhodné vytvořit řád a pravidla pro polohování pacientů v iktovém centru, aby se mohl zapojovat každý zdravotnický pracovník. (Lippertová-Grünerová, 2005; WHO, 1999, Slezáková 2014).

V 31% se ergoterapeuti k pacientům vrací během dne, aby jim změnili polohu. Tento výsledek by mohl být ovlivněný tím, zdali ergoterapeut pracuje pouze na iktovém centru, nebo dochází z jiného oddělení. Ergoterapeut pracující pouze na iktovém centru bude mít možnost se k pacientovi během dne vrátit. Ergoterapeuti v 93,1% nejčastěji polohují z důvodu ovlivnění spasticity, do antispatické polohy horní končetinu polohuje 96,5%. Při uvedení do antispatické polohy ergoterapeuti dodržují časové rozmezí delší jak 30 minut, tak i dobu 1-5 minut. Je důležité vědět, proč ergoterapeut zapolohuje paretickou horní končetinu na tak krátkou dobu. Je možné, že to je součástí terapie, nebo chce na správně zapolohovanou horní končetinu dohlížet, a jak z dotazníku vyplynulo, více jak polovina ergoterapeutů se k pacientům mimo ergoterapii nevrací. Důvodem může být, že ergoterapeut není domluven s ostatním personálem, aby dohlédl na správný čas zapolohování. Vše je závislé na interprofesní spolupráci. Veškerý personál by měl být edukován a měl by vědět, jak probíhá intervence u ostatních profesí. Rozdílné názory se můžeme dočíst ve studiích, co se týče polohování paretické horní končetiny. Některé studie potvrzují, že polohování ramenního kloubu vede ke

snížení vývoje kontraktur a udržuje optimální rozsah pohybu v kloubu. Naopak studie z roku 2000 (Dean et al.) tvrdí, že účinek polohování na bolest a tuhost ramenního kloubu je nejasný a ve studii z roku 2018 (Nikhil et al), bylo zjištěno, že preventivní polohování, pasivní pohyby a protahování mají stejný efekt jako pouze pasivní pohyby a protahování. Jiní autoři uvádí, že polohování horní paretické končetiny do středního postavení mezi vnitřní a zevní rotaci nemá žádný efekt na vznik, nebo terapii kontraktur a to stejné lze říci i o strečinku, který provádí pacient samostatně do 90° abdukce v rameni a do 45° extenze, extenze v akru (Gál et al., 2015). V případě paretické horní končetiny by mělo docházet k polohování do krajních pozic, aby se udržel rozsah pohybu, došlo k protažení svalů. Díky protažení předcházíme vzniku hypertonu. Potvrzení, že ergoterapeuti na polohování horní končetiny do antispastických poloh kladou důležitost, potvrzují i výsledky z dotazníkového šetření, ve kterém 44,8% ergoterapeutů polohuje horní končetinu do antispastické polohy po ergoterapeutické intervenci a 41,4% i během ergoterapie. Jestliže ergoterapeuti polohují do antispastických poloh má velký vliv při prevenci vzniku zvýšeného svalového tonu a zamezení vzniku kontraktur (Schusterová et al, 2004). Osmnáct respondentů na iktovém centru používá k zapolohování spastické horní končetiny PANat dlahy, ale kurz na PANat dlahy mají pouze čtyři respondenti a čtyři respondenti mají kurz rehabilitace spastické parézy. Dlahy udrží horní končetinu ve fyziologickém postavení, nebo se alespoň k fyziologickému držení přiblíží. Využívají se i při polohování a doba při polohování by neměla překročit 30 minut. Tato metoda umožňuje kratší časové intervaly při polohování a snaží se podporovat fyziologické postavení končetiny (PANat 2020, Pavlů 2003). V rámci iktového centra by měly být dlahy- jako jsou PANat, polohovací a dynamické běžnou výbavou, aby se dali využít k uvolnění spastické končetiny a prevenci sekundárních změn, ale ergoterapeut by k nim měl mít odpovídající kurz, aby bylo jasné, že vše dělá správně a nemůže pacientovi přivodit další obtíže.

Z dotazníku vyplývá, že se v 96,6% polohování věnují i ergoterapeuti. Ergoterapeuti se v 51,7% zaměřují na polohování zejména během ergoterapeutické intervence. Polohování se věnují zejména z důvodů ovlivnění spasticity, antidekubitního, korekčního, antalgického, podpory exterocepce a propiocepce a antikotrakturního. Tyto všechny důvody jsou důležité pro podporu návratu senzomotorických funkcí a také prevence dalších častých komplikací, jakou je bolestivé rameno, subluxace ramenního kloubu, neglect syndrom atd. Při tréninku aktivit

všedního denního života polohuje 86,2% ergoterapeutů. Polohovat by měli všichni ergoterapeuti a to zejména při tréninku sebesycení, kdy je nutná stabilita sedu. Jestliže ergoterapeuti kladou důraz na polohování při provádění všedních denních činností, má to dopad již na rozložení pokoje pacienta, přicházející stimuly a podněty při sebeobsluze a sebesycení. V tomto případě má polohování důležitou roli, aby nedocházelo k diskomfortu, sekundárním změnám nebo obtížím s polykáním (Krivošíková, 2011; WHO 1999; Winstein et al., 2015). V publikaci od Clarka (2007) se můžeme dočíst, že jsou zapotřebí dlouholeté zkušenosti v oblasti všedních denních činností. Ergoterapeut by měl rozpoznat, pokud jsou problémy při sebesycení, jestli se jedná o fyzické obtíže, poruchy polykání, psychosociální poruchy atd. Nebo problémy se sebesycením jsou spojené se špatnou polohou pacienta, která by správně měla být vsedě s pevnou oporou.

V dalším výzkumu by bylo možné provést rozhovory nebo i přímé pozorování ergoterapeutů pracujících v iktových centrech. Pro získání většího množství informací sledovat, jak se do polohování pacientů po CMP zapojují, jaký je systém polohování v iktovém centru a jaké specifické metody polohování se používají. Nevíme mnoho podrobností. Důležitou oblastí by bylo sledování polohy při aktivitách všedního denního života, péče o paretickou končetinu, využití polohovacích pomůcek a propojení spolupráce ergoterapeuta a ostatních zdravotnických pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu v péči o pacienty po CMP. Pro získání informací, jak polohování na iktových centrech probíhá, by bylo vhodné vést rozhovor, nebo sledovat pracovníky, kteří se do polohování nejvíce z celého multidisciplinárního týmu zapojují, zejména zdravotní sestry, sanitáři a fyzioterapeuti. Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti zpracovala doporučený postup pro diagnostiku a léčbu pacientů s mozkovým infarktem, ale nejsou tam žádné informace o polohování, kterými by se zdravotničtí pracovníci mohli řídit. Vedoucí pracovníci by měli usilovat o to, aby na iktovém centru vznikl doporučený postup, jak pečovat o pacienty po CMP i v rámci polohování a mohli se jím řídit všichni pracovníci a docházelo tak k propojení v rámci multidisciplinárního týmu.

11 Závěr

CMP je jedním z onemocnění, které ovlivňuje celou světovou populaci a má za následek trvalé následky i smrt. V případě, že nastanou u pacienta trvalé následky, musí u pacienta probíhat koordinovaná rehabilitace, aby byl pacient po propuštění do domácího prostředí co nejvíce soběstačný. U pacientů po CMP v 85% případech mohou nastat sekundární komplikace. Sekundární změny - jako jsou dekubity, kontraktury, změny v rozsahu pohybu kloubů, embolie, pneumonie, ztráta pojmu o tělesném schématu, jež jsou spojeny s imobilizačním syndromem, který nastává při imobilitě na lůžku. Již v akutní fázi po CMP se musí začít s rehabilitací a to zejména s polohováním pacienta. Polohování je prvotní ošetrovatelsko-rehabilitační výkon u pacientů po CMP. Správným polohováním u pacienta lze ovlivnit svalový tonus, vigilitu, neglect syndrom, komfort pacienta, udržení rozsahu pohybu, předejít vzniku bolestivého ramene a jeho subluxaci a mnoho dalších sekundárních komplikací. V zahraničí existuje mnoho doporučených postupů, kterými se lze řídit. V rámci konceptů jako je Bobath koncept, Bazální stimulace, PANat dlahy lze využít prvky k polohování pacientů po CMP. Ergoterapeut hraje významnou roli při polohování pacientů v aktivitách všedního denního života, paretické horní končetiny a je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu, který se zabývá péčí o pacienta jako celek. V České republice je 32 iktových center, které splňují kritéria Ministerstva zdravotnictví. Iktová centra slouží jako vysoce specializované pracoviště pro pacienty po CMP. V každém iktovém centru musí být zaměstnán ergoterapeut na plný úvazek.

Cílem této diplomové práce je zjistit nejčastější způsoby polohování u pacientů po CMP v akutní a subakutní fázi v iktových centrech po celé České republice z pohledu ergoterapeuta. Dále také zjistit nejčastěji využívané pomůcky pro polohování u pacientů po CMP akutní a subakutní fázi v iktových centrech a v neposlední řadě také zjistit nejčastější účel polohování u pacientů po CMP v akutní a subakutní fázi v iktových centrech. Pro sběr dat jsme zvolili dotazníkové šetření, kde byly otevřené i uzavřené otázky, u některých uzavřených otázek byla možnost vybrat i více než jednu odpověď. Dotazníky jsme rozeslali emailem do iktových center. Odpovědi jsme dostali z 29 iktových center od 29 ergoterapeutů.

Byly stanoveny 3 hypotézy, hlavní hypotéza, že při polohování u pacientů po CMP v akutní a subakutní fázi je nejčastější poloha na zádech, tato hypotéza se potvrdila, kdy ergoterapeuti odpověděli, že v 86,2% nejčastěji využívají polohu na zádech a 82,6%

nacházejí pacienta před ergoterapeutickou jednotkou také v poloze na zádech. Hypotéza zabývající se vybavením iktových center polohovacími pomůckami se nepotvrdila. Na 3 (10,3%) pracovištích nemají zakoupené speciální polohovací pomůcky, ve 20 (68,9%) iktových centrech mají polohovací pomůcky, jako jsou polštáře, klíny, molitanové míčky a dlahy, v 6 (20,7%) iktových centrech mají antidekubitní matrace a antidekubitní podložky. Všechna iktová centra nejsou vybavena polohovacími pomůckami. Hypotéza, kdy ergoterapeuti nejčastěji polohují z důvodu předejití spasticity se potvrdila v 93,1%.

V České republice by se měl brát na polohování pacientů po CMP větší zřetel a to zejména z důvodu předejití sekundárních změn. Měla by přicházet motivační podpora od zaměstnavatele pro následné vzdělávání ergoterapeutů. V rámci iktových center by se měl nastavit systém polohování pacientů po CMP a rozdělit kompetence a úlohy pro jednotlivé profese. Všechna iktová centra dovybavit polohovacími pomůckami potřebnými pro správné polohování pacientů po CMP. Velkou pomocí by bylo sestavení doporučeného postupu, jak o pacienta po CMP pečovat v rámci iktového centra.

Seznam literatury

ADA, Louise, Elizabeth GODDARD, Janne MCCULLY, Theodora STAVRINOS a Julie BAMPTON. Thirty minutes of positioning reduces the development of shoulder external rotation contracture after stroke: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [online]. 2005, **86**(2), 230-234 [cit. 2019-05-06]. ISSN 00039993. Dostupné z:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003999304004289>

BERNHARD Julie. Very early mobilization following acute stroke: Controversies, the unknowns, and a way forward. *Ann Indian Academy of Neurology* [online] 2008, **11**(5), 88-98 [cit. 2020-04-06]. Dostupné z:

<http://www.annalsofian.org/text.asp?2008/11/5/88/41722>

BHALLA, Ajay a Jonathan BIRNS. *Management of Post-Stroke Complications*. London: Springer, 2015. ISBN 978-3-319-17854-7.

CARRARO, Lorenzo. *Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě: Návod pro středoškolské rehabilitační pracovníky*. Praha: REHALB o.p.s., 2002.

CLARK, Gloria Frolek et al., 2007. Specialized Knowledge and Skills in Feeding, Eating, and Swallowing for Occupational Therapy Practice. *The American Journal of Occupational Therapy*. **61**(6), 686-700.

COLDITZ, C. Judy. Therapist's management of the stiff hand. In: SKIRVEN, Terri, Peter AMADIO, Jane FEDORCZYK a Lee OSTERMAN. *Rehabilitation of hand and upper extremity*. 6 vyd. St Louis, United States: Elsevier - Health Sciences Division, 2011. ISBN 978-0-323-0560-21.

COPPARD, M. Brenda a Helene LOHMAN. *Introduction to Splinting: A Clinical Reasoning and Problem-Solving Approach*. Elsevier Health Sciences, 2008. ISBN 978-0-323-03384-8.

Česká asociace ergoterapeutů. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. Copyright © 2008 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/>

DEAN, Catherine M, Fiona H MACKEY a Pesi KATRAK. Examination of shoulder positioning after stroke: A randomised controlled pilot trial. *Australian Journal of*

Physiotherapy [online]. 2000, **46**(1), 35-40 [cit. 2019-05-17]. ISSN 00049514. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0004951414603123>

DE JONG, L D, A NIEUWBOER a G AUFDEMKAMPE. Contracture preventive positioning of the hemiplegic arm in subacute stroke patients: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2016, **20**(8), 656-667 [cit. 2019-05-17]. ISSN 0269-2155. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0269215506cre1007oa>

DMA Praha - zdravotnické pomůcky. *Podložky pro polohování* [online]. Copyright © 2020 [cit. 2020-04-04]. Dostupné z: https://www.dmapraha.cz/prodej-kompenzacnich-pomucek_k500/antidekubitni-program_k85/podlozky-pro-polohovani_k95/

ERGON a.s. *Polohovací pomůcky* [online]. Copyright © 2020 [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://eshop.ergon.cz/katalog/polohovaci-pomucky>

FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. 15. přeprac. vyd. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2014.

GÁL, Ota, Martina HOSKOVCOVÁ a Robert JECH. Neuroplasticita, restituce motorických funkcí a možnosti rehabilitace spastické parézy. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2015, **22**(3), 101-127. ISSN 1211-2658. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi-clanek/neuroplasticita-restituce-motoricky-funkci-a-moznosti-rehabilitace-spasticke-parezy-55870>

GJELSVIK Bente E. Bassoe. *The Bobath concept in adult neurology*. Stuttgart; Thieme, 2008. ISBN 978-3-13-145451-5.

GRACIES, Jean-Michel. Pathophysiology of spastic paresis. II: Emergence of muscle overactivity. *Muscle & Nerve* [online]. 2005, **31**(5), 552-571 [cit. 2020-05-11]. ISSN 0148-639X. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/mus.20285>

HALADOVÁ, Eva. *Léčebná tělesná výchova: cvičení*. Vyd. 3. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-460-3.

HEBERT, Debbie, M Patrice LINDSAY, Amanda MCINTYRE, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke* [online]. 2016, **11**(4), 459-484 [cit. 22020-02-25]. ISSN 1747-4930. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1747493016643553>

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 4., rozš. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0200-4.

Institut Bazální stimulace. 2015. *Vzdělávací programy* [online]. Frýdek Místek [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/terminy/>

KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ. *Rehabilitační ošetřování klientů s těžkými poruchami hybnosti*. Vyd. 3., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-567-9.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 9788072626571.

KONSTAS, Angelos A., Max WINTERMARK a Michael H. LEV. *CT Perfusion Imaging in Acute Stroke*. *Neuroimaging Clinics of North America* [online]. 2011, **21**(2), 215-238 [cit. 2020-05-02]. ISSN 10525149. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1052514911000098>

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

KROBOT, Alois. Rehabilitace ramenního pletence u hemiparetických nemocných. *Neurologie pro praxi*. 2005, **6**(6), 296-301. ISSN 1213-1814. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2005/06/03.pdf>

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-317-6.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-225-1.

MACCOVÁ, Eva a Ivan DYLEVSKÝ. *Reflexní ovlivnění svalového napětí proprioceptivním vstupem - teoretická východiska. Kontakt.* 2010, **12**(1), 91-99. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Věstník č. 1/2010* [online]. Copyright © 2010a [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3702_1770_11.html

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Organizace péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou se výrazně zefektivňuje* [online]. Copyright © 2010b [cit. 2020-11-11]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/organizace-pece-o-pacienty-s-cevni-mozkovou-prihodou-se-vyrazne-zefektivnuje_4004_114_1.html

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Věstník č.4/2015* [online]. Copyright © 2015 [cit. 2020-02-02]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-4/2015_10111_3242_11.html

MIKULA, Jan. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. ISBN 80-247-2043-4.

MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2043-2.

MIKULÍK Robert, Jiří NEUMANN, David ŠKOULOUĐÍK a David VÁCLAVÍK. *Doporučený postup pro diagnostiku a léčbu pacientů s mozkovým infarktem*. Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP [online]. Copyright © 2008 ET NETERA a.s. [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: http://www.cmp.cz/jnp/cz/doporucene_postupy_pro_lecbu_cmp/cv_sekce_cns-lecba_mi.html

NIKHIL Patil et al. To Compare The Effectiveness of Contracture Preventive Positioning Procedure For Hemiplegic Arm With Conventional Therapy. *Int J Recent Sci Res.* 2018. **9**(3). 25448-25453. [cit. 2019-06-11]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/324588230_TO_COMPARE_THE_EFFECTIVENESS_OF_CONTRACTURE_PREVENTIVE_POSITIONING_PROCEDURE_FOR_HEMIPLEGIC_ARM_WITH_CONVENTIONAL_THERAPY

NOVÁKOVÁ, Olga a Martina HOSKOVCOVÁ In: ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana, Edvard EHLER a Robert JECH et. al. *Spasticita a její léčba*. Praha. Maxdorf, 2012. ISBN 978-7345-302-2

OLAVARRÍA, Verónica, et al. Head Position and Cerebral Blood Flow Velocity in Acute Ischemic Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cerebrovascular Diseases* [online]. 2014, **37**(6), 401-408 [cit. 2020-04-18]. ISSN 1015-9770. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/FullText/362533>

PANat - Publications. *PANat (Johnstone) presents* [online]. Copyright © 2020 PANat.info [cit. 2020-04-13]. Dostupné z: <https://www.panat.info/publications.html>

PAVLŮ, Dagmar. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody I.: koncepty a metody spočívající převážně na neurofyziologické bázi*. 2. opr. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2003. ISBN 80-7204-312-9.

ROWLAND, TJ, Deirdre COOKE a Louise GUSTAFSSON. *Role of occupational therapy after stroke*. *Ann Indian Acad Neurol* [online] 2008, **11**(1), 99-107 [cit.2020-04-18]. Dostupné z: <http://www.annalsofian.org/text.asp?2008/11/5/99/41723>

RUDD, Anthony George, Audrey BOWEN, Gavin R YOUNG a Martin A JAMES. National clinical guideline for stroke. *Clinical Medicine* [online]. 2017, **17**(2), 154-155 [cit. 2020-04-18]. ISSN 1470-2118. Dostupné z: <https://www.rcpjournals.org/lookup/doi/10.7861/clinmedicine.17-2-154>

Scottish intercollegiate Guidelines network. *Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning*. Edinburgh, 2010. ISBN 978-1-905813-63-6.

SCHUSTEROVÁ, Bronislava, KROBOT, Alois a BASTLOVÁ, Petra, 2004. *Podstata a cíle léčebné rehabilitace ramenního pletence u hemiparetika*. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2004, **11**(1),52-58. ISSN 1211-2658.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4868-9.

SMÍLKOVÁ, Magdalena a Lenka ZÍTKOVÁ. *Polohování – prevence i léčba*. Diagnóza v ošetrovatelství. Praha: Promediamotion. 2008, 4(3), 27–28. ISSN 1801-1349.

ŠECLOVÁ, Simona. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0592-3.

ŠVESTKOVÁ, Olga, Yvona ANGEROVÁ, Rastislav DRUGA, Jan PFEIFFER a Jiří VOTAVA. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0084-2.

The Joint Commission. *Primary Stroke Center Certification* [online]. Copyright © 2020 [cit. 2020-05-10]. Dostupné z: <https://www.jointcommission.org/accreditation-and-certification/certification/certifications-by-setting/hospital-certifications/stroke-certification/advanced-stroke/primary-stroke-center/>

ÚZIS ČR | Hospitalizovaní. ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Copyright © ÚZIS ČR 2010 [cit. 2019-05-11]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>

VOTAVA, Jiří. *Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě*. Neurologie pro praxi [online]. 2001, č. 4, str. 184 -189. [cit. 2020-04-30]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200104-0006.php>

WHO | World Health Organization. Disability and Rehabilitation Team.. *Promoting independence following a stroke : a guide for therapists and professionals working in primary health care* [online]. Geneva, 1999 [cit. 2019-05-11]. Dostupné z: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42350>

WHO | World Health Organization. *Stroke, Cerebrovascular accident* [online]. Copyright © WHO 2018 [cit. 2019-05-22]. Dostupné z: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/

WINSTEIN, Carolee J., et al. *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery*. Stroke [online]. 2016, 47(6) [cit. 2020-02-12]. ISSN 0039-2499. Dostupné z: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000098>

WOLF, T. J., C. BAUM a L. T. CONNOR. Changing Face of Stroke: Implications for Occupational Therapy Practice. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2009, **63**(5), 621-625 [cit. 2020-04-19]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <http://ajot.aota.org/Article.aspx?doi=10.5014/ajot.63.5.621>

Seznam obrázků

Obrázek 1- polohovací válec	26
Obrázek 2 - relaxační podložka	26
Obrázek 3 - váleček pod rameno	27
Obrázek 4 – područka	27
Obrázek 5 - poloha na zádech	31
Obrázek 6 - poloha na zdravém boku.....	32
Obrázek 7 - poloha na paretickém boku.....	32
Obrázek 8 - rozložení pokoje	43

Seznam grafů

Graf 1 - otázka číslo 2	49
Graf 2 - otázka číslo 5	52
Graf 3 - otázka číslo 7	53
Graf 4 - otázka číslo 18	54
Graf 5 - otázka číslo 6	55
Graf 6 - otázka číslo 22	56
Graf 7 - otázka číslo 4	57
Graf 8 - otázka číslo 8	58
Graf 9 - otázka číslo 9	59
Graf 10 - otázka číslo 10.....	60
Graf 11 - otázka číslo 11.....	61
Graf 12 - otázka číslo 12.....	62
Graf 13 - otázka číslo 13.....	63
Graf 14 - otázka číslo 14.....	64
Graf 15 - otázka číslo 17.....	65
Graf 16 - otázka číslo 19.....	66
Graf 17 - otázka číslo 21.....	67
Graf 18 - otázka číslo 20.....	69

Příloha 1

Dobrý den, jmenuji se Adéla Švecová, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku k mé diplomové práci na téma „Využití jednotlivých typů polohování u pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi rehabilitace z pohledu ergoterapie.“ Data z vyplněných dotazníků budou sloužit výhradně pro účely vypracování diplomové práce, data budou zpracovávána anonymně a po zpracování diplomové práce budou smazána.

1. Název iktového centra:

2. Jaké máte dokončené vzdělání v oboru ergoterapie?
 - a) Absolvováním střední zdravotnické školy v oboru ergoterapeut, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/ 1999
 - b) Absolvováním pomaturitního specializačního studia léčba prací, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/ 2004
 - c) Absolvováním tříletého studia oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšší zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/ 2005
 - d) Absolvováním akreditovaného bakalářského studijního oboru ergoterapie
 - e) Absolvováním akreditovaného navazujícího magisterského studijního oboru ergoterapie
 - f) Jiné _____
3. Jak byste popsal/a 2 větami režim polohování pacientů po cévní mozkové příhodě na Vašem oddělení?
4. Z jakých důvodů Vy sám/sama nejčastěji polohujete pacienta po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi? (lze zaškrtnout více odpovědí)
 - a) Korekčních
 - b) Antalgických
 - c) Antidekubitních
 - d) Antikontrakturních
 - e) Antispastických
 - f) Podpora exterocepce a propiocepce
 - g) Zlepšení oběhových funkcí
 - h) Jiné _____
5. Kdo nejčastěji polohuje u Vás na oddělení pacienty po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi??
 - a) Lékař
 - b) Zdravotní sestra
 - c) Fyzioterapeut
 - d) Sanitář
 - e) Sociální pracovník
 - f) Logoped
 - g) Psycholog
 - h) Nevím

6. Podílíte se jako ergoterapeut na polohování pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi?
 - a) Ano – každodenně
 - b) Ano – nepravidelně
 - c) Ne – nikdy
7. Máte na svém oddělení daný řád polohování (kdy, jak, kdo polohuje) pacientů nebo polohujete dle svého uvážení?
 - a) Řád daný oddělením
 - b) Dle svého uvážení
8. Polohujete pacienty po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi podle nějakého terapeutického konceptu? Pokud ANO, podle kterého?
 - a) Ano, dle konceptu Bobath
 - b) Ano, dle konceptu bazální stimulace
 - c) Ne
 - d) Jiné _____
9. Kde jste získala dovednosti o polohování pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi? (lze zaškrtnout více odpovědí)
 - a) Ze studia
 - b) Z kurzu
 - c) Z praxe (více odpovědí),
 - d) Jiné _____
10. Absolvoval/a jste některý z těchto kurzů? (lze zaškrtnout více odpovědí)
 - a) Kurz PANAt Urias dlah
 - b) Kurz Bobath konceptu
 - c) Kurz Bazální stimulace
 - d) Kurz rehabilitace spastické parézy (Guided self-rehabilitation contract, Prof. Gracies)
 - e) Jiné, které mají vztah k polohování _____
 - f) Neabsolvoval/a jsem žádný kurz
11. Které z uvedených poloh využíváte jako ergoterapeut k polohování pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi?? (lze zaškrtnout více odpovědí)
 - a) Na zádech
 - b) Na boku
 - c) Na břiše
 - d) Jiné _____
12. V jaké poloze nejčastěji nacházíte pacienta na lůžku před ergoterapeutickou jednotkou? (lze zaškrtnout více odpovědí)
 - a) Na zádech
 - b) Na břiše
 - c) Na boku
 - d) Jiná _____
13. Do jaké polohy zapolohujete pacienta na lůžku po ergoterapeutické jednotce?
 - a) Na zádech

- b) Na břicho
 - c) Na boku
 - d) Jiná _____
14. Vracíte se k pacientovi i během dne mimo ergoterapii, abyste mu změnil/a polohu?
- a) Ano
 - b) Ne, pouze během terapie
 - c) Ne
15. Máte na Vašem iktovém centru speciálně zakoupené polohovací pomůcky? Pokud ANO, jaké?
16. Které 3 pomůcky pro polohování pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi využíváte Vy jako ergoterapeut nejčastěji?
17. Využíváte antispastické polohy pro paretickou horní končetinu?
- a) Ano během ergoterapie
 - b) Ano po ergoterapii
 - c) Ano mimo ergoterapii
 - d) Ne
18. V jakých časových intervalech se na Vašem oddělení pacienti polohují?
- a) Méně než 10 minut
 - b) 10 – 20 minut
 - c) 20 – 30 minut
 - d) 30 – 40 minut
 - e) 40 – 50 minut
 - f) 50 – 60 minut
 - g) Více jak 60 minut
19. Pokud polohujete horní končetinu do antispastické polohy, jak dlouho pacient v této poloze setrvává?
- a) 1-5 minut
 - b) 10-15minut
 - c) 15-20minut
 - d) 20-30minut
 - e) Více jak 30 minut
 - f) Nepochují
20. Využíváte k polohování paretické horní končetiny u pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi nafukovací dlahy (PANat Urias dlahy)?
- a) Ano
 - b) Ne
21. Využíváte polohování pacienta při tréninku všedních denních činností?
- a) Ano
 - b) Ne

22. Jaké další profese se zapojují do polohování? (lze zaškrtnout více odpovědí)

- a) Lékař
- b) Zdravotní sestra
- c) Fyzioterapeut
- d) Sanitář
- e) Sociální pracovník
- f) Logoped
- g) Psycholog
- h) Nevím

Děkuji za vyplnění dotazníku