



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Manipulace s pacientem jako ošetřovatelský problém

Vypracovala: Kateřina Bláhová
Vedoucí práce: Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Manipulace s pacientem jako ošetrovatelský problém

Současný stav

Manipulace s pacientem je komplexní proces. Sestra s pacientem manipuluje po celou dobu jeho hospitalizace mnohokrát denně. Škála procesů, při nichž sestra s pacientem musí manipulovat, je rozsáhlá. Poměrně velký časový prostor i úsilí zabere sestře manipulace při polohování. Při manipulaci s pacientem je zatěžován pohybový aparát sestry, která je tímto ohrožena vznikem muskuloskeletárních poruch s možným následkem pracovní neschopnosti. Při nesprávné manipulaci je zvyšováno i riziko poškození pacienta. Tato rizika lze do jisté míry eliminovat použitím manipulačních pomůcek, dodržováním bariérové péče a pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Významnou roli hraje i vzdělávání sester a zdravotnických pracovníků v oblasti pohybově komunikačních konceptů.

Cíle práce a výzkumné otázky

Pro výzkumné šetření byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, s jakou problematikou se sestry při manipulaci s pacienty setkávají. Druhý cíl měl za úkol zmapovat pomůcky, které sestry při manipulaci nejčastěji využívají. Třetí cíl byl zaměřen na zkoumání vzdělání sester v oblasti manipulace s pacientem. K vytyčeným cílům bylo stanoveno šest výzkumných otázek. 1. Jaké nežádoucí události mohou vzniknout při manipulaci s pacienty? 2. V čem vidí sestry problém při manipulaci s pacienty? 3. Mají sestry k dispozici pomůcky pro zajištění bezpečné manipulace s pacienty? 4. Dokážou sestry správně používat pomůcky pro manipulaci s pacienty? 5. Jaké způsoby usnadnění manipulace s pacienty sestry používají? 6. Mají sestry možnost/zájem vzdělávat se v oblasti manipulace s pacienty?

Metodika

Pro vypracování empirické části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden dvěma technikami, technikou polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného, skrytého pozorování. Rozhovory probíhaly na podkladě předem připravených otázek s devíti sestrami pracujícími na třech lůžkových odděleních v nemocničním zařízení Jihočeského kraje. Pozorování bylo provedeno na totožných odděleních, kde proběhlo výzkumné šetření pomocí rozhovorů. Výsledná data byla kategorizována a vyhodnocena. Podmínkou provedení výzkumného šetření bylo dodržení anonymity všech respondentů a zdravotnického zařízení.

Výsledky

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že nežádoucí události, které mohou při manipulaci vzniknout, jsou nejčastěji poškození zdraví pacienta nebo personálu. Sestry považují za zásadní problémy hmotnost pacienta a limitující podmínky prostředí. Přestože sestry udávají dostatek pomůcek k zajištění bezpečné manipulace s pacientem, ocenily by jejich jinou skladbu. Pozorování navíc prokazuje, že pomůcky nedokážou vždy používat zcela správným způsobem. K usnadnění manipulace sestrám slouží jednoduché netechnické manipulační pomůcky a manipulace ve více osobách. Většina sester má zájem o vzdělání v oblasti manipulace s pacientem.

Závěr

Z empirického šetření vyplývá, že manipulace s pacientem je činností, se kterou přijde sestra během výkonu své profese a poskytování ošetrovatelské péče denně do styku. Sestry jsou v souvislosti s tím vystaveny fyzické zátěži a musí řešit řadu problémů. K manipulaci přistupují značně konzervativním způsobem, k ulehčení mají k dispozici pouze několik základních manipulačních pomůcek. Složitější technické manipulační pomůcky na svých pracovištích nemají k dispozici a ani o ně prozatím nejeví zájem. Sestry při manipulaci nevyužívají žádný pohybově komunikační koncept, jakým je kinestetika. Drtivá většina sester o kinestetice dosud neslyšela nebo o ní má

zcela mylné představy. Ze získaných výsledků můžeme usuzovat, že většina sester má zájem o vzdělání týkající se technik správné manipulace s pacientem.

Nutností pro budoucnost vykonávání sesterské profese je tedy rozšíření vzdělávání sester v problematice manipulace s pacientem.

Výstupem bakalářské práce je informační brožura.

Klíčová slova

Polohování; Manipulační pomůcky; Vzdělávání sester; Kinestetika; Ošetrovatelská péče

Abstract

Manipulation with patient as a nursing problem

Current status

Patient handling is a comprehensive process. A nurse handles patients many times a day throughout the entire time of hospitalization. The range of processes that require patient handling is very broad. Patient handling takes up a relatively big part of time and efforts in the course of positioning. While handling patients the nurse's motoric system is loaded and this may result in musculoskeletal diseases and subsequent incapacity to work. Incorrect handling also increases the risk of damaging the patient. The risk may be eliminated to a certain extent by the use of handling aids and by observation of barrier nursing care and occupational health and safety rules. An important role is also played by education of nurses and healthcare workers in the area of motoric communication concepts.

Objective of the work and research questions

Three objectives were set for the research survey. The first objective was to identify the issues faced by nurses in the process of patient handling. The second objective was to map aids most frequently used by nurses for patient handling. The third objective focused on education of nurses about patient handling. Six research questions were formulated to achieve the objectives: 1. Which undesired events may occur in the process of patient handling? 2. Which problems do nurses see in the process of patient handling? 3. Do nurses have aids available to ensure safe handling of patients? 4. Are nurses able to use aids for patient handling? 5. Which methods do nurses use to facilitate patient handling? 6. Do nurses have opportunities for /are they willing to get education about patient handling?

Method

The method of qualitative research was used for the empirical part of the bachelor thesis. The data were collected by means of two techniques: semi-structured interview and covert participant observation. The interviews were conducted, using a previously prepared set of questions, with nine nurses who work in three in-patient wards in a hospital in the South Bohemian region. Observations were conducted in the same wards as the interviews. The resulting data were categorized and evaluated. A precondition for the research survey was to keep all the respondents and the healthcare facility anonymous.

Results

The results of the survey indicate that the most frequent undesired events which may occur during patient handling are injuries of the patients or personnel. The principal issues seen by the nurses are the weight of patients and limiting conditions of the environment. Despite the fact that the nurses reported sufficient quantity of aids for safe handling of patients they would appreciate a different structure of the aids. Moreover, the observations have shown that they are not always able to use the aids correctly. The nurses use simple non-technical aids to facilitate patient handling and they also use methods of handling by several persons. Most of the nurses were interested in education about patient handling.

Conclusion

The empirical survey has shown that patient handling is the activity performed on everyday basis by nurses performing their jobs and providing nursing care. Such activities expose nurses to physical load and they also need to deal with a number of problems. They approach patient handling in a quite conservative manner and they only use a few basic handling aids. They do not have more sophisticated aids available at their workplaces and by now they have not shown any interest in getting them. The nurses fail to use any motoric communication concept in the handling process, such as

kinaesthetics. An overwhelming majority of the nurses have never heard about kinaesthetics or their notion about it was totally incorrect. We can conclude from the obtained results that most of the nurses are interested in education about correct patient handling techniques.

It is essential for the future performance of nursing profession to complement the education of nurses with information about patient handling.

The output of the bachelor thesis will be a brochure about this topic.

Key words

Positioning; Handling aids; Education of nurses; Kinaesthetic; Nursing care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2016

.....

Kateřina Bláhová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat své vedoucí práce, Mgr. Lucii Rolantové, Ph.D., za její odborné vedení a rady, které mi k vypracování práce poskytla. Děkuji rovněž všem respondentkám, které se podílely na výzkumném šetření. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině, která mě podporovala po celou dobu studia.

Obsah

Seznam použitých zkratk

Úvod

1	Současný stav	14
1.1	Manipulace v ošetrovatelské praxi	14
1.2	Manipulace.....	15
1.2.1	Principy správné manipulace.....	16
1.2.2	Polohování	17
1.2.3	Přesuny pacientů.....	21
1.2.4	Pomůcky pro usnadnění manipulace a polohování	22
1.2.5	Využití kinestetiky.....	24
1.2.6	Mobilizace a vertikalizace pacienta.....	27
1.3	Aplikace prvků bazální stimulace při manipulaci.....	28
1.4	Prevence úrazů a poškození zdraví	29
1.4.1	Eliminace rizik.....	31
1.4.2	Odpovědnost sestry	32
1.5	Vzdělávání sester	33
2	Cíl práce.....	35
2.1	Cíle práce	35
2.2	Výzkumné otázky	35
3	Metodika práce	36
3.1	Popis metodiky práce.....	36
3.2	Charakteristika výzkumného souboru:	37
4	Výsledky výzkumu	38
4.1	Identifikační údaje sester v rozhovoru.....	38
4.2	Seznam kategorií a podkategorií.....	39
4.3	Kategorizace	40
4.4	Identifikační údaje sester ve skrytém zúčastněném pozorování.....	56
5	Diskuse	69

6	Závěr.....	77
7	Seznam informačních zdrojů.....	79
8	Seznam příloh.....	83

Seznam použitých zkratk

BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
TEN	tromboembolická nemoc
DK	dolní končetiny
MSD	musculoskeletal disease = muskuloskeletární onemocnění

Úvod

Manipulace s pacientem je komplexní proces, se kterým se nejen sestra setkává při výkonu své profese denně, a to velmi často mnohokrát. S pacientem manipuluje od příjmu pacienta a jeho uložení do lůžka po jeho propuštění z péče. Pacientovi pomáhá při provádění hygieny, přesunech z lůžka, vertikalizaci i tak základní věci, jako je polohování. Škála procesů, při nichž sestra s pacientem manipuluje je velice rozsáhlá, a myslím, že není podstatné ji vyjmenovávat. V práci naleznete části týkající se manipulace s pacientem, bezpečnosti i vzdělávání sester.

Jednou z priorit manipulace by mělo být zajištění bezpečí pacienta i manipulujícího personálu. Bezpečnou manipulaci lze zajistit správným a vhodným používáním manipulačních pomůcek, dodržováním bariérové péče i proškolením personálu o správné manipulaci. Důležitým aspektem předcházení všech problémů při manipulaci je dostatek znalostí a dovedností pro manipulaci s pacientem.

K celkovému usnadnění manipulace s pacienty lze užít mnoha pomůcek ale i přístupů. Lze využít jednoduché manipulační pomůcky, pod nimiž si můžete představit polohovací podložku, polohovací pásy, rollboard a mnohé další. Druhý druh pomůcek, které sestra může při manipulaci využít, jsou složitější technické manipulační pomůcky, jako technický zvedák na pacienty nebo polohovací lůžko. V neposlední řadě je pro ulehčení a zároveň zefektivnění manipulace možno využít pohybové a komunikační koncepty, jakými je například Kinestetický přístup a Bobath koncept.

Nedílnou součástí manipulace s pacientem je komunikace mezi sestrou a pacientem samotným. Dobře informovaný pacient, který je dle pokynů sestry chopen aktivně se manipulace účastnit a při manipulaci pomoci je předpokladem i pro kvalitní provedení manipulace.

Během svého studia a praxe v nemocničních zařízeních jsem se mnohokrát dostala do situace, kdy jsem viděla zdravotnický personál, jak těžce manipuluje s pacienty. Slyšela jsem sestry verbalizovat, jak je bolí záda a kladly nám na srdce, ať se šetříme. Co pro mě bylo horší, v několika případech jsem se dostala do situace, kdy jsem já osobně nevěděla, jak s pacientem manipulovat, abych neublížila jemu ani sobě. Proto jsem se rozhodla uchopit tuto problematiku jako téma své bakalářské práce.

1 Současný stav

1.1 Manipulace v ošetrovatelské praxi

Obor ošetrovatelství je podepřen nejnovějšími vědeckými poznatky, přičemž vychází z vlastního ošetrovatelského výzkumu. Ošetrovatelská péče se tedy postupně stává i terapeutickou a aktivně podporuje léčebný proces. Veškeré aktivity prováděné při ošetrovatelské péči vyžadují profesionalitu v poskytování péče a komplexní holistický postoj k pacientovi. Jednou z nejnáročnějších úloh sestry a zdravotníků obecně je pochopit potřeby pacientů, porozumět jim a poskytnout kvalitní péči vycházející právě z pacientových potřeb (Friedlová, 2007). Ve zdravotnických zařízeních se sestra setkává s širokým spektrem pacientů, kteří potřebují určitou úroveň pomoci při pohybu a manipulaci (de Ruiter, Liaschenko, 2011). Sestra manipuluje s pacientem při polohování, pasivním i aktivním cvičení s končetinami, při veškeré vertikalizaci a nácvicích aktivit (Křišková a kol, 2006). Do manipulace patří řada aktivit, včetně přemisťování pacienta, zvedání a pokládání, tlačení nebo nesení. Sestry připravují strategii manipulace a zacházení s pacientem s ohledem na komfort a preference jednotlivých pacientů. Musí průběžně hodnotit celkový fyzický i psychický stav pacienta. Dále musí brát v úvahu pacientovy komunikační bariéry, environmentální podmínky i možnost vybavení, které mají k dispozici. Veškeré skutečnosti klinické praxe vyžadují od sestry i jisté osobnostní kvality. Zejména to je nezávislost, kritické myšlení a dobrý profesní úsudek, týkající se konkrétních situací. Jen tak může sestra uprostřed běžného ruchu pracovního provozu zdravotnické profese dosáhnout volby nejlepšího přístupu a zacházení s pacientem (de Ruiter, Liaschenko, 2011; Mastiliaková, 2014).

Sestra musí vyhodnotit příčinu pacientovy snížené schopnosti mobility = disability, která může být primárního i sekundárního rázu. Mezi nejčastější příčiny snížené mobility pacienta patří silná bolest, poruchy nervového, kosterního nebo svalového systému, celková slabost, psychosociální problémy i infekční procesy (Kozierová et al,

1995). Znalosti a informace o konkrétním pacientovi jsou klíčem ke správné a bezpečné manipulaci s pacientem (de Ruiter, 2011).

Manipulace s pacienty je denní pracovní náplní sestry, což na sestru může působit často jako fyzická pracovní zátěž. Přestože je v dnešní době celkem vysoká tendence snižovat fyzické zatížení sester nejrůznějšími pomůckami, technologiemi nebo pohybově komunikačními přístupy, sesterská profese není bez rizika a stále způsobuje významnou fyzickou zátěž. Můžeme ale říci, že se jistá míra redukce fyzické zátěže sester pozvolna přesouvá ve zvyšování psychického zatížení (Gučková, 2007). I přesto výsledky současných studií zaměřených právě na zkoumání zátěže zdravotního personálu ukazují významné přetěžování ošetřujícího personálu. Největšího přetížení a tedy nejvíce zdravotních potíží ošetřujícího personálu má svůj původ v zádových partiích (Heiberufe, 2010).

1.2 Manipulace

S přihlédnutím k vývoji medicíny narůstá počet dlouhodobě nemocných, nemocných s různými typy ireverzibilních změn na pohybovém aparátu i změnami psychického stavu. Příkladem může být i nárůst pacientů ve vigilním komatu. I tito pacienti potřebují pomoc při pohybu a ošetřující personál musí znát správné postupy při manipulaci (Malíková, 2012). Nemůžeme opomenout fakt, kterým je, že manipulace s pacientem je základní a nezbytnou součástí sesterské ošetrovatelské péče o jakéhokoliv pacienta. Musí probíhat v týmové spolupráci, být tedy co nejméně zatěžující pro personál a zároveň činit minimální potíže pacientovi. Dosažení všech stanovených cílů je možné pouze za předpokladu, že pracovníci provedli komplexní zhodnocení konkrétního úkonu s konkrétním pacientem (Richards, 2004). Ve spojitosti s problematikou pohybové aktivity pacientů byla do zdravotnické praxe zavedena kategorizace pacientů, která znázorňuje míru/stupeň soběstačnosti konkrétního pacienta. Problematikou této kategorizace se zabývá vyhláška č. 467/2012 Sb. Kategorizace je povinnost, kterou ukládá plátce zdravotní péče, tudíž odpovídající zdravotní pojišťovny.

Ve vyhlášce nalezneme vymezení jednotlivých 5 kategorií. Vymezené kategorie lze použít i jako ukazatel finanční náročnosti potřebné ošetrovatelské péče (ČESKO-Vyhláška č. 467/2012Sb., 2012).

Formy manipulace lze rozdělit do tří základních hledisek, a to manipulace prostá, která je zprostředkována výhradně personálem bez použití pomůcek. Dále je možno využít manipulace s využitím drobných a mechanicky jednoduchých pomůcek, jako je například skluzná deska, hrazda na lůžku, polohovací pásy. Třetí kategorií je manipulace s využitím velkých manipulačních pomůcek, jako jsou mechanické zvedáky (EU-OSHA, 2008). Rizika nesprávné manipulace, poškození pacienta nebo personálu se zvyšují zejména tam, kde nejsou k dispozici mechanické pomůcky, jako jsou zvedáky, manipulační pomůcky, elektronicky polohovací lůžka apod. Samotná technika nemusí být vždy předpokladem kvalitní a bezpečné manipulace s pacientem. Pomůcky musí být pracovníky správně používány. Neméně důležitá je pravidelně prováděná údržba pomůcek tak, aby byl zachován jejich dobrý provozní stav (Richards, 2004).

1.2.1 Principy správné manipulace

Sestra má vykonávat veškerou manipulaci s pacientem takovým způsobem, aby zabránila vzniku možných komplikací (Krišková a kol, 2006). Je nutné zvolit správný postup a techniku manipulace. Aby byl postup správně zvolen, sestra nejprve posoudí stupeň mobility a asistence, jakou pacient vyžaduje. Dále komunikační bariéry a schopnosti pacienta, velikost pacienta a zdravotní podmínky, které by mohly ovlivnit způsob manipulace, popřípadě některé techniky manipulace kontraindikovat (EU-OSHA, 2008).

Evropská agentura pro bezpečnost při práci (2008) doporučuje omezit ruční zvedání pacientů a používat velké manipulační pomůcky, výjimkou jsou urgentní a život ohrožující stavy nebo ošetřování pediatrický pacientů (batolata, malé děti). Současně agentura uvádí základní doporučená pravidla pro postupy manipulace s pacientem, jakou je: V případě potřeby vyhledat při manipulaci pomoc asistence. Při manipulaci

přistoupit co nejbližší k pacientovi, případně přikleknout pacientovi do lůžka. Před zahájením manipulační techniky vysvětlit pacientovi veškerý postup, i to, v jakém pořadí budou úkony prováděny. Dbát na správné držení těla. Technicky správně uchopit pacienta celou rukou, ne pouze prsty. Dbát na osobní pravidla BOZP (zejména předpisový oděv i obuv).

Pokud se budeme zabývat technikami správné manipulace s pacientem, nelze opomenout ani komunikaci mezi sestrou a pacienty. Komunikační dovednosti sestry při práci s pacientem i práci v ošetrovatelském týmu jsou nesporně důležité, což svými slovy potvrzují i Venglářová, Mahrová (2006) na str. 11 „*Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem*“. Když se zaměříme na fyzickou manipulaci s pacientem, například při polohování, hraje zde podstatnou roli specifická komunikace, pomocí níž poskytujeme pacientovi důležité informace. Informujeme pacienta o přesném sledu událostí, které s ním budeme provádět tak, aby nám mohl sám co nejvíce pomoci, navíc tím při výkonu zajistíme i pacientovu větší jistotu (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.2.2 Polohování

Pohyb jako takový patří k basálním lidským potřebám. Zvyšuje výkonnost orgánů, ovlivňuje zdravotní stav a má určitý profylaktický účinek vůči chorobám, proto je důležité, aby proces polohování byl komplexním procesem a podílel se na něm veškerý personál, který o pacienta pečuje (Jirkovský a kol, 2012; Kolář, 2009). Poloha dokáže ovlivnit tělo pacienta a zároveň tělo samotné může vyžadovat při určitých onemocněních a patologických stavech polohy, ve kterých se cítí lépe nebo mu přímo přináší úlevu (úlevové polohy)(Mikšová, 2006).

Indikací k polohování pacienta je omezení či ztráta hybnosti nebo citlivosti určitých partií těla. Změnou polohy můžeme vytvořit různorodé stimuly, které dokážou napomoci k navrácení poškozených sensorických a následně i motorických funkcí

organismu. Polohování má dobrý vliv na zlepšení prokrvení jednotlivých částí těla a pomáhá s odlehčováním kůže. Správným polohováním pacienta lze regulovat napětí svalového tonu, omezit vznik svalových kontraktur a atrofí, deformací kloubů i riziko vzniku dekubitů. Polohování také dokáže eliminovat bolest - v určitých případech lze označit přímo za antalgické. Podpoří psychický stav pacienta, aktivuje zvýšení pozornosti a vigily (Kolář, 2009). V případech, kdy chceme zabránit komplikacím, má preventivní ráz = preventivní polohování. Pokud má za úkol upravit nefyziologické postavení, označujeme polohování za korekční (Kapounová, 2007). Poloha, kterou nemocný zaujímá, se mění i s vývojem onemocnění, které klade nové nároky na polohu, pohyb i celkovou pohodu těla pacienta (Kyasová, 2009).

Zdravý člověk dokáže polohu těla měnit samostatně a aktivně, dle vlastních potřeb. Nemocný člověk může být ovlivněn léčebným režimem nebo přímo chorobou / patologickým stavem. I proto je důležité, aby sestra, která pacienta polohuje, seznámila pacienta i kolegy s postupem manipulace, který budou společně provádět. Pacient musí cítit jistotu, proto může sestra ukázat postup manipulace nebo polohování na vlastním těle, či asistentovi. Jen pokud pacient celý proces pochopil a aktivně spolupracuje, může využít svůj veškerý potenciál svalové aktivity (Jirkovský a kol, 2012). Chybně napolohovaný pacient je ve zvýšeném riziku vzniku komplikací, do nichž patří i vznik dekubitů. Dlouhodobé nesprávné polohování pacienta může vést až ke vzniku kontraktur a kloubních deformit. Například špatné polohování dolních končetin může vést až k pozdější neschopnosti chůze. Přidružené nežádoucí komplikace spojené s polohováním většinou přímo život neohrožují, vyvolávají však trvalé následky zhoršující kvalitu života pacienta i stupeň jeho závislosti na okolí. (Kronusová, 2008).

Rozdělení poloh

Rozdělení konkrétních poloh je možné z několika hledisek. V první řadě lze polohy dělit dle aktivity svalstva nemocného na aktivní a pasivní polohy. Aktivní polohu je pacient chopen vyhledat sám a sám ji i změnit, je mu i nejvíce příjemná. Oproti tomu pasivní polohy pacient samostatně zaujmout ani ovládat nedokáže. K zaujmutí polohy potřebuje pomoc druhé osoby. V druhé řadě lze polohy rozdělit dle účelu na léčebné a

vyšetřovací. Účel léčebné polohy je dodržení ordinovaného léčebného režimu, který se vztahuje ke konkrétním onemocněním. Tato poloha může být aktivní i pasivní. Vyšetřovací polohy usnadňující přístup k vyšetřované oblasti či orgánu. Pro tyto polohy je nutná příprava pacienta, kterého o poloze musíme poučit a důsledně vysvětlit, proč a jak má být poloha zaujata (Mikšová, 2006).

Zásady polohování

Sestra musí znát aktuální zdravotní stav polohovaného pacienta. Sestra musí ovládat techniku změny polohy a je povinna zaznamenávat polohování pacienta do dokumentace – polohovacího záznamu (Vytečková a kol, 2011). Každá poloha musí být pro pacienta bezpečná = sestra musí mít znalost bezpečné manipulace s pacientem. Poloha všech segmentů těla pacienta musí být pohodlná a nevyvolávat dráždění bolesti. Umožňuje-li to stav pacienta, polohujeme v rámci celých 24 hodin. Polohy pacienta měníme po 1,5-3 hodinách (dle denní doby). Každá poloha, do které pacienta uvedeme, musí umožňovat reziduální pohyb. Aplikované polohy střídáme. Při každé změně polohy kontrolujeme stav, celistvost a zabarvení kožního krytu, zejména na predilekčních místech vzniku dekubitů. Pacient má ležet/sedět v čitém, suchém a dobře upraveném lůžku. O každé změně polohy nemocného předem informujeme a vysvětlíme mu, proč je poloha vhodná. Při samotném polohování by polohující osoba měla pacientovi komentovat, co za úkon právě dělá. Pokud pacient zvládá alespoň částečně zaujmout polohu sám, podporujeme ho v aktivitě a dopomáháme mu (Kolář, 2009; Kapounová, 2007). V průběhu své pracovní směny je sestra povinna kontrolovat, do jaké míry pacient polohu toleruje a zvládá zachovávat. Dle potřeby poté pacientovu polohu upraví nebo zcela obnoví (Kyasová, 2009).

Nejužívanější terapeutické polohy dle Koláře (2009)

Supinační poloha - Jedná se o polohu na zádech a můžeme o ní říct, že bývá pacientem nejlépe tolerována. Nevýhodou polohy je vyšší riziko vzniku dekubitů zejména v sakrální oblasti, oblasti lopatek, pat, a hlavy. Je nutné tedy sledovat a pečovat

o predilekční lokalizace. Semisupinační poloha - Střední poloha mezi polohou na boku a polohou na zádech. V semisupinační poloze je důležité podložit oblast kolen a hlezna. Poloha na boku - Poloha na boku odlehčuje sakrální oblast, která je jinak často přetěžována, má výrazný antispastický vliv. Příznivě působí na odvod bronchopulmonárních sekretů. Hlava je podložena, tak aby byla prodloužením osy těla. Tělo samotné je vzhledem k podložce/lůžku v kolmém postavení. Semipronační poloha - Semipronační je podobně jako semisupinační „mezipolohou“. Tentokrát jde o mezipolohu mezi polohou na břicho a již zmiňovanou polohou na boku. Poloha na břicho – Také nazývaná jako poloha pronáční. Pokud k poloze na břicho není uvedena žádná kontraindikace, je výhodné polohovat do ní pacienta alespoň 1x /24 hodin. Je vhodné vypodložit distálních částí bérce tak, aby prsty nohou nedosahovaly k podložce/lůžku a nedocházelo k jejich poranění. Poloha má dvě různá provedení, a to s nárokem dolní končetiny a bez nároku. Polosed - Poloha přispívá k stimulaci a aktivizaci pacienta. Z počátku podporuje nácvik aktivního sedu. Trup je v polosedě, vypodložen do 30-45°, náklon můžeme v průběhu péče zvolna zvyšovat. V této poloze je kvůli predilekčním lokalizacím nutné kontrolovat paty a sakrum.

Vyšetřovací polohy dle Vytejkové a kol (2011)

Poloha vleže, na zádech – Pacienta uložíme na lůžko na záda, ruce pacienta spočívají podél těla, dolní končetiny mohou být nataženy nebo pokrčeny. Poloha na boku – Pacienta uvedeme do polohy na boku stejným způsobem jako u léčebné polohy na boku. Rozdíl u vyšetřovací polohy nalezneme, ve vypodložení pacienta, které se zde neprovádí. Gynekologická poloha – Pacienta uložíme do polohy vleže na zádech, dohlédneme na to, aby udržel dolní končetiny oddálené od sebe s flexí v kolenních kloubech a kyčlích. Pánev pacienta můžeme vypodložit. Kolenoprsní poloha – pacientovi polohu postupně vysvětlujeme, pacient zaujímá polohu v kleče, hrudník se při kolenoprsní poloze dotýká podložky.

Pohyb pacienta v lůžku

Pohyb pacientů v lůžku je často limitován jejich zdravotním stavem. Pro zvýšení komfortu pacienta v lůžku, umožnění mu zvýšení jeho soběstačnosti i usnadnění manipulace s pacientem pro zdravotníky lze lůžko doplnit dalším vybavením a pomůckami. Jednou z nečastěji používaných pomůcek pro usnadnění pohybu pacienta v lůžku je hrazdička. Méně užívanými pomůckami jsou žebříček a uzdička. Jako prevenci sklouzávání pacienta ke spodnímu čelu můžeme do lůžka vložit deskovou zarážku nebo bedničku, čímž si personál usnadní provedení manipulace s pacientem. Sestra musí při manipulaci s pacientem v lůžku řešit nejčastěji situace, jako jsou posuny pacientů v lůžku, uvedení pacienta z lehu do sedu a naopak, dále přetáčení nemocného ze zad na bok, následně z boku na záda/břicho (Vytejková a kol, 2011). Jednou z rizikových situací, zejména v souvislosti s rizikem muskuloskeletárních poruch personálu, může být zvedání pacienta na lůžku (de Ruiter, Liaschenko, 2011). Při manipulaci s pacientem je vždy nutné myslet na bezpečnost. Pro ochranu pacienta před pádem využíváme snímatelné nebo integrované postranice. (Vytejková a kol, 2011).

1.2.3 Přesuny pacientů

V odvětví manipulace s pacientem můžeme vytyčit problematiku přesunů pacienta. Přesuny pacientů jsou jednou z velmi důležitých neopomenutelných a často i problémových oblastí, se kterými setra při péči o pacienta se sníženou schopností mobility setkává. Přesuny pacientů závisí vzhledem k rozsahu snížené mobility a příčinám snížené mobility na mnoha faktorech, které lze rozdělit do několika základních skupin. Na prvním místě můžeme umístit zdravotní faktory, jakými jsou zajištěné diagnózy pacienta, dále rozpětí a vážnost poruchy funkcí těla, prognóza, bolesti, užitá léčba s medikací nebo výskyt kožních lézí. Mezi fyzické faktory ovlivňující manipulaci s pacientem patří pacientova výška, váha a celková proporcionalita postavy, rozsah kloubní pohyblivosti, pacientova vlastní svalová síla, tonus svalstva nebo naopak spasticita, dýchání, schopnost stability i kvalita vnímání. Nelze opomenout faktory

psychologické, které taktéž ovlivňují celou osobnost člověka. I aktuální psychický stav pacienta, ovlivnění jistou změnou zdravotního stavu, může ovlivnit vzájemnou spolupráci se zdravotníkem. Tuto spolupráci mohou ovlivnit i osobnostní rysy obou zúčastněných stran, pacientova motivace k pohybu/manipulaci i kvalita kognitivních funkcí (Strategie přesunů, 2008).

Přesuny jako takové můžeme provádět v horizontální rovině. Horizontálním přesunem může být přesun z lůžka do křesla/vozíku, z vozíku na WC nebo do sprchy. Dalším typem přesunů jsou přesuny v rovině vertikální, jako přesun ze země na židli/vozík. Uvedené typy přesunů lze ještě dále dělit. V problematice přesunů pacienta hraje podstatnou úlohu, zdali pacient provádí přesun sám, s asistencí nebo není schopen ošetřujícímu personálu s přesunem jakkoliv aktivně pomoci (Strategie přesunů, 2008).

1.2.4 Pomůcky pro usnadnění manipulace a polohování

Samotná manipulace s pacientem může být často obtížná i přes to, použijeme-li pomocné přístupy, jako je například kinestetika. Každý pacient je osobností mající své vlastní potřeby, které zdravotnický personál musí respektovat. Navíc musí brát v potaz i velikost/hmotnost pacienta, jeho schopnost spolupráce i fyzická omezení. Se zvládnutím právě uvedených ukazatelů mohou pomoci manipulační a polohovací pomůcky. Pomůcky můžeme využít při úpravě polohy pacienta na lůžku i zabezpečení pacienta. (Jirkovský a kol, 2012)

Polohovací pomůcky

Pro polohování pacientů je vhodné využívat takzvané „polohovací pomůcky“. Pod tímto termínem si lze představit i klasické polštáře všech velikostí. V nemocničních zařízeních jsou často používány pomůcky, jako válce/kruhy/polštářky s drobnými kuličkami (perličkové pomůcky), molitanové válce/podložky/kroužky/klíny/hranoly. Při polohování pacientů nesmíme zapomenout na antidekubitární péči. Se zajištěním antidekubitární péče nám pomohou antidekubitní matrace, podložky, decuba, antidekubitní botičky a gelové polohovací pomůcky (Vytejčková et al., 2015). Povrch

pomůcek by měl být z materiálu, který lze očistit a odezinfikovat, aby bylo dosaženo efektivní dekontaminace, tudíž dodrženy zásady bariérové péče a nedocházelo k přenosu potencionálně infekčního materiálu z pacienta na pacienta (Kyasová, 2009). Za základní polohovací pomůcku můžeme považovat i polohovací nemocniční lůžko, tedy jeho polohovatelné panely. Pomocí polohovatelných panelů lůžka můžeme uvést pacienta do sedu i elevovat dolní končetiny. Z hlediska ochrany zdraví personálu jsou vhodnější lůžka s elektrickým ovládáním polohování. Výhodou moderních polohovacích lůžek je možnost laterálního náklonu, ošetřujícímu personálu usnadní a ulehčí manuální manipulaci s pacientem. (Vytejková a kol, 2011). Úkolem veškerých polohovacích pomůcek je udržet pacienta v požadované poloze, zamezit možnému vzniku dekubitů a docílit zvýšení komfortu pacienta v lůžku (Jirkovský a kol, 2012).

Manipulační a mobilizační pomůcky

Pokud budeme myslet na manipulační pomůcky usnadňující přemísťování a lokomoci pacienta, abychom zvýšili stabilitu pacienta a tím snížili riziko pádu, využijeme jistě i berle, chodítka, vozíky nebo další z řady kompenzačních pomůcek (Piecková, 2012). Ve zdravotnických zařízeních se ale často setkáme s pacienty s výrazným stupněm imobility, kteří jsou často plně upoutáni na lůžko. Sestra tedy musí volit druh manipulačních pomůcek v závislosti na konkrétní situaci a stavu pacienta. Téměř všechny manipulační pomůcky mají za cíl snížit fyzickou zátěž ošetřujícího personálu, která je při manipulaci s některými pacienty značná. I nejjednoduššími pomůckami jako je skluzná deska nebo otočný kruh, lze snížit tření pacienta o podložku a tím snížit vynaložení fyzické síly (Krivošíková, 2011). Jako nejjednodušší a zároveň nejvíce využívanou manipulační pomůcku, která je i na pořizovací náklady finančně dostupná, můžeme označit polohovací podložku. Pod termínem polohovací podložka si můžeme představit složený pevný kus látky, který je pod pacienta uložen tak, aby zasahoval od hýždí až po hrudník. Pokud sestra pracuje s imobilním pacientem pomocí polohovací podložky, musí se přizvat asistenci a pracovat ve dvou (Kelnarová et al, 2009). Navíc složenou podložku můžeme využít i jako „prodloužení“ rukou personálu při přesunech pacienta z lůžka. Při přesunech využijeme i roallboard (Strategie přesunů,

2008). Jak již bylo zmíněno, sestra může volit mezi drobnými manipulačními pomůckami a velkými technickými manipulačními prostředky typu technický zvedák, a to nejen dle konkrétních situací a požadavků ze strany pacienta, ale i environmentálních podmínek pracoviště a možnostech ošetřujícího personálu (EU-OSHA, 2008).

De Ruiter a Liaschenko (2011) oproti tomu ve své studii uvádí, že ačkoli pomůcky zajisté ulehčí sestře manipulaci s pacientem, zejména jeho zvedání, nevyřeší všechny situace, které sestra během manipulace s pacientem musí řešit. Sestra téměř při veškerém zvedání/přesouvání pacienta musí zapojit nejen dostupné technické vybavení, ale zejména manuální zručnost v manipulaci s pacientem.

1.2.5 Využití kinestetiky

Abychom mohli kinestetiku v ošetrovatelské praxi využít, musíme nejprve vědět, co obnáší a znamená. Začneme samotným termínem „kinestetika“. Tímto termínem v 70. letech minulého století poprvé označili popis a funkci lidského pohybu lékaři z USA, Dr. Hatch a Dr. Maietta. Pokud bychom chtěli pojem kinestetika čtenáři více přiblížit, můžeme původní termín „kinesthetic“ přeložit i jako složeninu slov „kinesis“ (pohyb) a aesthetic (vnímání) (Kinestetika.cz, 2015; Podrazilová, 2015). Hlavní myšlenkou tohoto nejen pohybově komunikačního konceptu je pochopit základní mechaniku lidského pohybu a docílit aktivní souhry ošetřujícího personálu s pacientem. Jestliže zdravotnický personál pochopí tyto základy a dokáže je využít v klinické praxi, bude chopen využít všech možných pohybových rezerv pacienta, a to s výsledkem minimálního využití vlastní síly (Podrazilová, 2015). Z hlediska postoje personálu může být kinestetika časově náročnější, pro mnohé možná nezvyklá (Emmerová, 2010).

Pokud si povšimneme přístupu zdravotnického personálu k pacientům při polohování nebo jakékoliv jiné manipulaci, můžeme pozorovat, že zdravotníci takřka neustále využívají své hrubé síly. Imobilní pacienti jsou obvykle při polohování v lůžku smýkáni, či trhavými pohyby vysazováni. Pacient se při nastíněné manipulaci stává

bezmála pasivním účastníkem procesu, což v něm může vzbuzovat pocity bezmocnosti a nebezpečí (Podrazilová, 2015). Při takovémto přístupu nemůžeme poukazovat pouze na rizika pro pacienty, v ohrožení poškození zdraví jsou zde i samotní ošetřující zdravotníci. Jejich muskuloskeletární systém je vlivem silového přepínání nadměrně zatížen a vystaven tak riziku vzniku MSD (Nedělková, 2008).

Oproti tomu je manipulace za použití kinestetických principů šetrná. Pacient při manipulaci zachovává vlastní možnou pohybovou aktivitu i proto, že je zde snaha maximálně eliminovat dráždění bolesti. Využitím pacientových vlastních pohybových schopností pacienta aktivizujeme, čímž můžeme docílit i snížení rizika vzniku imobilizačního syndromu (Podrazilová, 2015).

Pokud chceme zdravotníky seznámit s kinestetickým konceptem, stanovme si cíle, kterých chceme dosáhnout. Jedním z cílů je naučení se plynulosti a posloupnosti v provádění pohybu, jež nám imituje fyziologický pohyb. Dále se naučme se rozeznat reálné možnosti každého pacienta a při využívání principů myslíme kreativně. Naučme se efektivně využívat pracovní dobu a při manipulaci nepoškodit zdraví pacienta ani svoje vlastní (Kinestetika.cz, 2015; Nedělková, 2008).

Abychom pochopili, že kinestetika není jen pohybově komunikační koncept, ale i způsob myšlení a uvažování, musíme pochopit její základní principy. Kinestetika vychází z šesti základních principů, jejichž pomocí dokáže ošetřující kvalitně analyzovat přesnou pohybovou situaci a adekvátně na ni reagovat. Principy interakce, funkční anatomie, lidského pohybu a funkce, faktor námahy a zevní podmínky okolí. Pod interakcí si můžeme představit kvalitu předaných informací mezi pacientem a zdravotníkem. Oba subjekty se vlastním způsobem vnímají a reagují na sebe (Podrazilová, 2015). Základní podmínkou pro vzájemnou interakci je kvalita vnímání a smyslového čítí. Tím dokážeme zahrnout aktivitu pacienta do pohybové činnosti. Ve funkční anatomii musíme být schopni rozumět anatomickým základům pohybu. Pochopit, že základním prostředkem pro pohyb pohybového systému je flexibilita a stabilita. Naším cílem je orientovat se v pacientově pohybu i dosáhnout toho, aby se sám pacient orientoval ve svých pohybech. Principem lidského pohybu je totiž aplikace charakteristických vzorců pohybu. Princip lidské funkce spočívá v uvědomění si

pohybových vzorců, které dohromady vytváří podstatu pro realizaci běžných denních funkcí. Vzorce tím zabezpečují plynulý průběh změn vnitřních funkcí mezi změnami poloh. Kinestetický koncept rozeznává až 7 pozic, které jsou pro obor basální. Princip tělesné námahy pochopíme při každé manipulaci s pacientem. Jde o tělesnou sílu potřebnou pro vykonání pohybu. Kinestetika klade důraz na účinné vytváření tahu a tlaku s vydáním co nejmenší síly/námahy. Okolí ovlivňuje pacienta i personál, který s pacientem manipuluje. Podněty z okolí, jako je i gravitace či silová interakce mezi personálem a pacientem, působí na provedení pohybu. Vlastnosti, povaha i ráz prostředí dokážou přímo ovlivnit svalový tonus pacienta i možnosti provedení pohybu. Při využití kinestetického konceptu lze k dosažení lepšího výsledku vybírat mezi provedením změn v okolí a pohybových zvyklostech. Přičemž cílem stále zůstává udržet pacientovy tělesné funkce i nadále v co nejlepším aktivním stavu (Kinestetika.cz, 2015; Podrazilová, 2015).

Kinestetický koncept lze při dodržení tří fází efektivně využít při mobilizaci pacienta. Tak jako každý proces i kinestetická mobilizace má svůj postup. První fází je takzvané rozehtání/zahřívání, kdy pacienta aktivizujeme, připravujeme na pohyb a mobilizaci. Zjišťujeme jeho možnosti, oblasti pohybu, které nezvládá, nebo ho nějakým způsobem omezují. Abychom ale docílili co nejefektivnější mobilizace, musíme rozpoznat jeho silné stránky a skrývající se pohybové rezervy, které se budeme snažit posílit. Druhou fází je funkční trénink - samotná změna pozice/polohy těla pacienta nebo transfer na požadované místo. V této fázi za sebou zařazujeme, učíme jednotlivé pohybové postupy a koordinaci pohybu. Veškerý proces, jež spolu s pacientem provádíme, komentujeme. Třetí fáze je fáze klidová. Pacient již změnil polohu a naším cílem je rovnoměrně rozložit jeho váhu ve výsledné poloze, která mu bude příjemná. V této fázi by se pacient měl uvolnit, stabilizovat a přijmout novou polohu (Bauder Mißbach, 2008; Kinestetika.cz, 2015).

Kinestetika je výborným přístupem k pacientovi ze stran ošetřujícího personálu i managementu zdravotnických pracovišť, kterým může „ušetřit“ značnou část finančních prostředků. Kinestetika totiž nepoužívá nákladných polohovacích pomůcek a manipulačních strojů. Při správném používání kinestetického konceptu dokáže ošetřující

personál ve většině případů vystačit s naprosto běžně dostupnými pomůckami, jakými jsou deka, různé velikosti polštářů nebo ručník/plátěná podložka. Navíc neopomenutelnou výhodou zůstává snížení rizika pracovní neschopnosti ošetřujícího personálu v důsledku vzniku MSD, které je správné využití technik kinestetiky schopné eliminovat. Pokud má kinestetický přístup nějakou „nevýhodu“, tak je to zřejmě větší blízkost těla pacienta a zdravotnického personálu, což může zdravotnickému personálu nebo pacientovi z osobních důvodů vadit (Nedělková, 2008).

1.2.6 Mobilizace a vertikalizace pacienta

Tělo člověka je konstituí předurčeno k aktivnímu pohybu. Pacienti v zdravotnických zařízeních jsou často v pohybu omezeni nebo přímo upoutáni na lůžko. Neschopnost pohybu = imobilita přináší spektrum komplikací, které mohou vzniknout, jako je například TEN, obstrukce, atrofie svalstva nebo infekce dýchacích cest. Proto je žádoucí, aby byli pacienti co nejefektivněji aktivizováni k pohybu. Úkolem sestry je pomoci pacientovi při aktivitách a pohybu samotném, aby zvýšila jeho mobilitu a tím zabránila nebo alespoň snížila riziko vzniku nežádoucích komplikací (Workman, 2006). Kvalitní mobilizace neznamena pouhou změnu stanoviště pacienta. Změna stanoviště, například z lůžka do křesla, totiž ještě nedokládá, že bylo s pacientem dostatečně pohybováno. Pokud k takovéto mobilizaci využijeme zvedák, dozajista si tím ušetříme fyzickou námahu, ale pacient je po celou dobu takřka pasivním účastníkem. Nároky na pohybový systém pacienta při použití zvedáku jsou bezmála srovnatelné s nároky na pohybový systém zdravého člověka jedoucího výtahem (Bauder Mißbach, 2008).

Vertikalizací rozumíme postupnou změnu polohy pacienta do svislé polohy, nejlépe do samostatného stoje. Tato změna polohy musí být prováděna pozvolna, co nejvíce plynule a opatrně, protože změnou polohy dojde k zatížení organismu. Pokud budeme při vertikalizaci pacienta postupovat příliš rychle, zvyšujeme tím možné riziko pádu v souvislosti s ortostatickou hypotenzí. Vertikalizace pacienta je ordinována lékařem. Jako kontraindikace k vertikalizaci pacienta může být považován vážný zdravotní stav pacienta, šokové stavy, zvýšené riziko embolizace, zvýšení tělesné teploty nebo stavy

po mozkové komoci (Jirkovský a kol, 2012). Mezi přínosy vertikalizace pacienta řadíme zlepšení venózního návratu a lymfatické drenáže nebo zlepšení funkcí zažívacího a vylučovacího systému. Vertikalizovat lze i zcela imobilní pacienty, a to pomocí polohovacích lůžek nebo vertikalizačních stolů. Vertikalizační stoly umožní postupnou vertikalizaci i pacientům trpícím ortostatickou hypotenzí (Šamánková, 2011).

Postup při vertikalizaci by měl vypadat následovně. Nejprve pacientovi vysvětlíme postup, poté ho uvedeme do sedu. DK jsou svěřeny z lůžka ideálně tak, že se dotýkají podlahy. Chvilí necháme pacienta zvyknout si na sed, přijmout změnu polohy. Podmínkou této fáze je alespoň částečná aktivita pacienta při udržování stability. Pokud pacient samostatně aktivně udržuje polohu vsedě a neudává nepříjemné pocity, jako je například závrať, můžeme přistoupit k uvedení pacienta do stoje. Stoj by měl být nacvičován zprvu u lůžka, za podpory sestry nebo fyzioterapeuta, aby bylo co nejvíce eliminováno riziko pádu (Jirkovský a kol, 2012). Právě prvky rehabilitačního ošetřovatelství, do něhož patří i nácvik vertikalizace nebo chůze, můžeme využít při manipulaci s pacientem (Piecková, 2012).

1.3 Aplikace prvků bazální stimulace při manipulaci

Do ošetřovatelské péče byl koncept bazální stimulace zaveden v 80. letech minulého století zdravotní sestrou prof. Ch. Biensteinovou, dle poznatků práce prof. dr. A.Fölicha. Koncept bazální stimulace je konceptem podpory, celkové péče a stylu vedení člověka. Vychází z principu podávání jasných, cílených a pro pacienta známých informací. Přístup je velice individuálně zaměřený na každou jednotlivou osobnost. Výhodou konceptu je, že může být uchopitelný pro pedagogickou i ošetřovatelskou činnost. (Bazálnístimulace.cz, 2016; Friedlová, 2007). Koncept bazální stimulace je vystavěn na několika základních prvcích, jako je pohyb, komunikační možnosti a vnímání, které jsou v těsné vzájemné interakci. Koncept je zaměřen na pacienty/klienty, kteří mají v těchto oblastech jisté deficity nebo omezení. Pokud budeme s pacientem při

manipulaci zacházet tak, abychom cíleně stimulovali jeho smyslové orgány, a zužitkujeme přitom pacientovy životní návyky, které jsou v mozku uloženy, můžeme dosáhnout i aktivace a zvýšení mozkové činnosti. Zvýšenou mozkovou činností docílíme podpoření komunikačních schopností, vnímání a hybnosti pacienta (Friedlová, 2007). Pokud chceme koncept bazální stimulace aktivně využívat, musíme se řídit deseti základními pravidly. Než začneme s pacientem manipulovat, je vhodné přivítat se totožnými slovy a stejným způsobem se i rozloučit. Současně se při přivítání nebo loučení dotkneme pacienta vždy na stejném místě těla. Takovýto dotek je dotekem „iniciálním“, který pacienta připraví na to, že se s ním něco bude dít. Při manipulaci s přístupem bazální stimulace budeme mluvit zřetelně, jednoduše a rychlostí řeči přiměřenou pacientovu vnímání. Hlas se pokusme nezvyšovat, využijme přirozený tón hlasu. K tónu hlasu připojíme adekvátní gestikulaci i výraz tváře, odpovídající významu vyslovovaných slov. Pokusme se eliminovat rušivé zvuky a podněty z okolí. Při komunikaci nepoužívejme zdvořilostní slova. Snažme se komunikovat vždy jednotlivě, ne více osob najednou. Pacient si při komunikaci, kdy na něj mluví více osob najednou, může připadat v nebezpečí. Je vhodné si zjistit, na jakou formu komunikace byl pacient dříve zvyklý. Při komunikaci i manipulaci s pacientem umožněme pacientovi reagovat na naše slova a zacházení s ním. Tím, že umožníme pacientovi reagovat na naše jednání, získáme prostředek zpětné vazby (Institut bazální stimulace, 2016).

1.4 Prevence úrazů a poškození zdraví

Práce sestry patří mezi 10 zaměstnání s nejčastějším výskytem MSD a poranění. V riziku vzniku poranění při práci s pacienty nejsou jen sestry, ale i studenti ošetrovatelství. Pokud bychom přehlíželi otázku týkající se bezpečnosti pacientů a zdravotníků při manipulaci, mohli bychom se dopustit i vážných nežádoucích důsledků našeho jednání (Nelson, 2009). K závažným muskuloskeletárním poruchám personálu může vést manipulace s pacienty, jako jsou změny poloh, zvedání a přesouvání pacientů. Existuje řada podmiňujících faktorů, které mohou způsobit, že činnosti, při

nichž dochází k manipulaci s pacienty, zvyšují rizika poškození zdraví personálu, jsou tedy označeny za nebezpečné. Jako potenciální riziko může být označena míra fyzického úsilí, potřebná k vykonání manipulace a opakování stereotypního pohybu / řady pohybů častokrát během pracovního dne (EU-OSHA, 2008).

Důsledky fyzické zátěže sester jsou nesporné. Zátěž sestry a ošetřujícího personálu obecně závisí na typu oddělení, charakteru práce i samotné skladbě pacientů. Při poskytování péče musí být sestra schopna zorganizovat si práci i koordinovat spolupracovníky. Na výsledku míry zátěže sestry se podílí i podmínky okolního prostředí a dostupnost manipulačních pomůcek. Přes to z charakteru práce sestry vyplývá, že sesterská profese je fyzicky náročná. Zvýšenému zatížení zejména sestra vystavuje dolní končetiny, v pracovní směně je zatěžuje chůzí i stojem prakticky nepřetržitě. Další rizikově zatíženou soustavou je páteř ve spojení s horními končetinami. Právě tento systém je silně namáhán při polohování, manipulaci s pacienty, jež jsou pohybově omezeni až plně imobilní. I proto má být kladen důraz, aby pacienty nepolohovala pouze jedna sestra samostatně. Pokud sestra polohuje pacienta samostatně, nevystavuje se riziku poškození pohybového aparátu pouze ona, vystavuje nešetrným manipulováním riziku i pacienta, nejčastěji v souvislosti se vznikem dekubitů a pádu (Gučková, 2007).

Zdravotnická zařízení poskytují péči pacientům i jejich blízkým. Musí zařídit funkční, bezpečné a podpůrné prostředí pro všechny zúčastněné, tedy i pracovníky. Každé zařízení se musí řídit platnými zákony, podzákonnými normami i vydanými požadavky pro chod zařízení. Dosažení standardu bezpečí musí být zajištěno vlastním prostředím zdravotnického zařízení, správným a bezpečným používáním pomůcek a technologií. Pracovníci musí vykonávat určenou pracovní činnost v souladu se všemi bezpečnostními směrnici tak, aby zajistili bezpečnost pacientů i svoji. Zajištění bezpečnosti vyžaduje sledování prostředí, plánování a vzdělávání pracovníků (Internal Joint Commission, 2005). Nutností je nejen každoročně proškolení veškerý zdravotnický personál v pravidlech BOZP, ale i v správném používání zdravotnické techniky, nejlépe i s praktickým nácvikem, abychom docílili zpětné vazby a tím efektivnější techniky vzdělávání pracovníků (Richards, 2004).

1.4.1 Eliminace rizik

Eliminace zdravotních rizik při poskytování ošetrovatelské péče by měla být jednou z priorit klinické praxe. Potencionálnímu riziku poškození zdraví pacienta nebo ošetrovatelského personálu při poskytování péče se totiž vyvarujeme jen velmi obtížně. Pohybový aparát sestry je namáhán více, pokud při manipulaci s pacientem provádí pohyby neefektivně, neekonomicky, nepřesně nebo zcela nekoordinovaně s pacientem. (Gučková, 2007). Je nutno poukázat na fakt, že profesionálně podmíněná onemocnění u zdravotnického personálu, zejména tedy onemocnění pohybového aparátu, vykazují jedny z nejvyšších ekonomických nákladů. Mechanismy poškození zdraví personálu při manipulaci s živými břemeny jsou způsobeny zejména přetížením při manipulaci, kumulativní zátěží nebo přímo úrazem (Malíková, 2012). Rizika poškození zdraví lze do jisté míry eliminovat pomocí technických pomůcek, které umožní snadnější manipulaci s pacientem při transferu, polohování a mnohých dalších aktivitách. Tyto pomůcky obvykle snižují potřebu vynaložení fyzické síly při manipulaci, čímž ulevují pacientovi i ošetrovatelskému personálu od zátěže (EU-OSHA, 2008; Malíková, 2012).

Při manipulaci s pacientem může dojít k situacím, které z důvodu ochrany pacienta, personálu i ostatních pacientů vyžadují použití restriktivních metod. Přistoupení k restriktivním metodám by při práci s pacientem mělo být pouze v dobře odůvodněných případech. Užitý omezovací prostředek/pomůcka musí splňovat účel použití, mít minimální rizika pro pacienta a stále respektovat jeho soukromí i důstojnost. Při využití restriktivních metod je personál vždy povinen řídit se platnou legislativou a standardy příslušného zdravotnického zařízení. Z výzkumu docentky Bártlové vyplývá, že 66,5% sester využívá omezení pacienta restriktivními metodami v řádně odůvodněných případech, navíc na ordinaci lékaře (Bártlová et al., 2015).

Pro eliminaci rizik by měl zaměstnavatel dohlédnout na důsledné proškolení zdravotnických pracovníků v pravidlech BOZP a dbát na dodržování hygienických limitů. Například hygienický limit pro ruční manipulaci s břemenem u ženy je při občasném zvedání/přemisťování 20kg a při časté manipulaci pouze 15kg. Zvedá-li tedy sestra pacienta o hmotnosti například „pouze“ 65,5 kg, překračuje již markantně

povolený hygienický limit, čímž se vystavuje vážnému poškození vlastního pohybového ústrojí. Limity jsou překročeny i v případě, že se vzorovým pacientem manipulují 2 sestry a váha pacienta je tudíž rozložena na 2 osoby. I ze studie zaměřené na pracovní zatížení ošetrovatelského personálu při polohování vyplývá, že při manipulaci s břemeny v ošetrovatelské praxi přesahuje zatížení personálu hmotnostní limity, zejména u žen (Malíková, 2011).

Teoretické poznatky týkající se bezpečí ošetřujícího personálu při manipulaci s pacientem zdůrazňují znalost správné mechaniky a pohybu vlastního těla. Mezi základní složky mechaniky těla patří schopnost koordinace vlastního pohybu, udržení rovnováhy a správné držení těla (Krišková, 2006). Vhodné by bylo proškolení personál v postupech a metodách správné manipulace s pacientem, jaké nabízí například koncept kinestetické mobilizace. Využití kinestetické mobilizace v ošetrovatelské praxi má dle výsledků provedených studií vliv na redukci pracovních neschopností personálu a vzniku MSD (Nedělková, 2008).

Problematika manipulace s pacientem nevykazuje čistě rizika „fyzické“ povahy. Musíme myslet i na potencionální „infekčnost“ pacienta. Při kontaktu s pacientem a manipulaci je třeba dodržování bariérové péče. Na místě je používat ochranné prvky (jednorázové rukavice, zástěry, ústenky, pláště, brýle,...), které by měly být dostupné na každém oddělení. Nutností je znalost správného postupu při hygieně rukou i stálá dostupnost dezinfekčního prostředku na ruce (Richards, 2004).

1.4.2 Odpovědnost sestry

Z hlediska legislativy České republiky je sestra občanem, tedy fyzickou osobou, mající totožná práva jako ostatní občané tohoto státu. Úskalím je fakt, že sesterská profese s sebou nese jistou míru odpovědnosti za druhé, s čímž souvisí řada práv a povinností, které je sestra povinna dodržovat. Sestra musí poskytovat ošetrovatelskou péči, která je v rozsahu jejích kompetencí a pracovní náplně. Kompetence sester je ustanovena v legislativě České republiky, kompetence jí mohou vymezit i jí nadřazené

osoby a zaměstnavatel. Veškerá péče, kterou sestra poskytuje, musí být lege artis. Na obhajobu sestry můžeme uvést, že má právo odmítnout provést nařízený výkon, kterým by mohlo dojít k poškození pacienta (Vondráček, 2006).

Z pochybení nebo poškození pacienta může být sestra obviněna prakticky kýmkoliv. Nejčastěji je to přímo pacient a jeho rodina. Obvinění může stěžovatel podat jednak formou stížnosti na konkrétní sestru, jednak trestním oznámením. Obvinění i trestní oznámení může být podáno na konkrétní sestru i na zdravotnické zařízení, v němž je sestra zaměstnána. Pokud dojdeme do bodu, kdy sestra při poskytování péče způsobila pacientovi škodu nebo újmu na zdraví, může za vzniklé škody zodpovídat sama nebo zaměstnavatel/instituce, pod jehož záštitou péči vykonává (Vondráček, 2006).

1.5 Vzdělávání sester

Pro výkon povolání sestry, které patří mezi fyzicky i psychicky náročná povolání, jsou zapotřebí teoretické znalosti i osobnostní kvality a předpoklady. Sestra pracuje s pacienty s cílem podporovat, pečovat a snažit se navrátit jejich zdraví. Všechny úkony, které spadají do uvedených kategorií, musí provádět tak, aby dokázala udržet a podpořit i zdraví sebe samotné. V souvislosti s modernizací ošetrovatelské praxe dochází ke „ztechnizování“ péče a využívání nových pomůcek i přístrojů. To vše na sestru vrhá další vyšší nároky na obsluhu technického vybavení ve všech směrech. Je tedy nutné, aby sestra uvedená do klinické praxe měla odpovídající vzdělání a i nadále se kontinuálně vzdělávala (Tóthová, 2014).

Nelsonová (2009) uvádí, že se navzdory celkovému komplexnímu vzdělávání sester, kde se studenti ošetrovatelských modulů i sestry samotné vzdělávají v technikách, jež mají zajistit bezpečnou manipulaci s pacientem, vyskytuje stále velké množství případů MSD. I proto by se jednou z výzkumných priorit mělo stát prozkoumání této oblasti poskytování ošetrovatelské péče a rozšíření „no-lift“ politiky do vzdělávání sester a tím do celé ošetrovatelské praxe. Vzniká problém, že na mnoha vzdělávacích institucích se vyučují zastaralé přístupy zacházení s pacientem. Nelsonová dále dává za vzor

Americkou asociaci sester, která intenzivně podporuje rozvoj vzdělávání v oblasti bezpečného zacházení s pacientem a tuto problematiku zahrnula přímo do svého kurikula.

Podrazilová (2015, s. 39) ve svém článku o přínosu kinestetiky pro ošetrovatelskou praxi doporučuje následující: „Základy kinestetické mobilizace by měly být součástí kvalifikační přípravy sester, které si osvojí základy této techniky.“ Koncept bazální stimulace, který taktéž přispívá ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a umožňuje i příjemnější manipulaci s pacientem, byl v zahraničí zařazen do osnov výuky ošetrovatelských oborů na zdravotnických školách i do vzdělávání sester ve zdravotnických zařízeních. V České republice proběhla první výuka bazální stimulace formou kurzů v roce 2003 a od roku 2004 byl koncept zařazen do tematických plánů pro obor zdravotnický asistent i na středních zdravotnických školách (Riedlová, 2007).

Dosažení nejlepšího přístupu sester k manipulaci s pacientem vyhází ze znalostí sestry o pacientovi. Jednou z možností, jak zajistit dostatek znalostí je kvalitní předání péče o pacienta, dále jsou to záznamy o pacientovi, tedy správně vedená zdravotnická dokumentace. Jako další ukazatel lze označit edukaci pacienta (de Ruiten, Liaschenko, 2011). Problematiku vzdělávání se v oblasti manipulace s pacientem můžeme považovat za globální. Vzdělávání o správné a bezpečné manipulaci s pacientem bylo od roku 2004 zahrnuto i do evropského vzdělávacího programu „Leonardo da Vinci III“ zaměřeného právě na nárůst bezpečnosti a kvality péče ve zdravotnických zařízeních (Mynaříková, 2006).

2 Cíl práce

2.1 Cíle práce

Pro výzkumné šetření bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1 – Zjistit, s jakou problematikou se nejčastěji setkává sestra při manipulaci s pacienty.

Cíl 2 - Zjistit, jaké pomůcky sestry při manipulaci s pacienty používají.

Cíl 3 – Zjistit, zda mají sestry možnost/zájem o vzdělávání v oblasti manipulace s pacienty.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti s vytyčenými cíly práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- 1** - Jaké nežádoucí události mohou vzniknout při manipulaci s pacienty?
- 2** - V čem vidí sestry problém při manipulaci s pacienty?
- 3** - Mají sestry k dispozici pomůcky pro zajištění bezpečné manipulace s pacienty?
- 4** - Dokážou sestry správně používat pomůcky pro manipulaci s pacienty?
- 5** - Jaké způsoby usnadnění manipulace s pacienty sestry používají?
- 6** - Mají sestry možnost/zájem vzdělávat se v oblasti manipulace s pacienty?

3 Metodika práce

3.1 Popis metodiky práce

Pro vypracování empirické části bakalářské práce s tématem „*Manipulace s pacientem jako ošetrovatelský problém*“ byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden dvěma technikami, konkrétně technikou polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného, skrytého pozorování. Před provedením výzkumného šetření byla kontaktována hlavní sestra zařízení, která po předložení otázek polostrukturovaného rozhovoru a záznamového archu udělila souhlas s provedením výzkumného šetření. Před samotným sběrem dat byly o provádění výzkumného šetření informovány vrchní sestry příslušných oddělení. Podmínkou provedení výzkumu bylo dodržení anonymity respondentů a zdravotnického zařízení. Pro dodržení anonymity zdravotnického zařízení, ve kterém byl výzkum prováděn, není v bakalářské práci uveřejněno udělení souhlasu s výzkumem. Souhlas je ale dostupný u autorky práce.

Část výzkumného šetření provedená polosrukturovaným rozhovorem (viz Příloha 1) se skládala z otázek vycházejících z cílů bakalářské práce. V průběhu rozhovoru byly otázky dle odpovědí respondentů doplňovány. Výzkumné šetření bylo prováděno se souhlasem dotazovaných anonymně. Respondenti byli předem informováni, že pokud na některou otázku nechtějí z jakéhokoliv důvodu odpovídat, odpovídat nemusí. S podmínkami rozhovoru všichni respondenti souhlasili. Respondenti odpovídali na předem připravené otázky týkající se specifík manipulace s pacientem, jako jsou možnosti polohování a přesunů pacientů, možností zajištění bezpečí sestry i pacienta při manipulaci. Dále se otázky týkaly problémů, které sestry při manipulaci s pacientem pociťují a také jejich znalostí a vzdělání v problematice manipulace s pacientem. V návaznosti na odpovědi respondentů byly pokládány doplňující otázky. Rozhovory byly zaznamenávány se souhlasem respondentek na záznamové zařízení, současně ale respondentky odmítají uveřejnění hlasových záznamů. Proto byly pořízeny kompletní

přepisy rozhovorů. Přepisy rozhovorů byly převedeny do spisovné češtiny a můžete je nalézt na příloženém CD (viz Příloha 4). Podle přepisů rozhovorů byly ze získaných dat vytvořeny kategorie a podkategorie. V této části jsou uvedené i přímé citace respondentek. Pro kategorizaci byla použita metoda barvení textu.

Druhá část výzkumného šetření provedená technikou skrytého zúčastněného pozorování byla zaměřena na pozorování činnosti sester na totožných odděleních, kde pracovaly sestry, které poskytly rozhovory. O této části výzkumného šetření byly informovány pouze vrchní sestry příslušných oddělení. Oblasti pozorování se týkaly technik polohování a přesunu pacientů, zajištění bezpečí sestry a pacienta při manipulaci, využití manipulačních a technických pomůcek. Sestry byly pozorovány během jedné pracovní směny při práci s jedním pacientem. Pozorované činnosti byly při pozorování průběžně zaznamenávány do záznamového archu (viz Příloha 2).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru:

Kritériem pro výběr respondentů k polostrukturovanému rozhovoru byl minimálně jeden rok praxe v nemocničním zařízení na lůžkovém oddělení na pozici sestry. Celkem bylo pro rozhovor osloveno 15 sester z 3 různých oddělení, z nichž 9 souhlasilo s výzkumným šetřením a tvořilo tak první výzkumný soubor. Druhý výzkumný soubor, nyní ten pro pozorování, tvořilo 7 sester, které byly vybrány metodou prostého záměrného výběru. Sestry byly během jednoho dne pozorovány při manipulaci s pacientem, zejména při jeho polohování a přesouvání z lůžka.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Identifikační údaje sester v rozhovoru

Tabulka 1 Identifikační údaje sester v rozhovoru

Respondent	Označení respondenta	Délka praxe v oboru (roky)	Vzdělání v oboru
Sestra 1	S1	3,5	vysokoškolské
Sestra 2	S2	24	středoškolské
Sestra 3	S3	34	středoškolské
Sestra 4	S4	10	středoškolské
Sestra 5	S5	1	vysokoškolské
Sestra 6	S6	18	středoškolské
Sestra 7	S7	5	vyšší odborné
Sestra 8	S8	11	vyšší odborné
Sestra 9	S9	21	středoškolské

Tabulka 1 charakterizuje výzkumný soubor sester, které poskytly rozhovor. Sestra S1 pracuje na sesterské pozici tři a půl roku a má vysokoškolské vzdělání. Sestra S2 pracuje na sesterské pozici 24 let, má středoškolské vzdělání. Sestra S3 pracuje na sesterské pozici 34 let, má středoškolské vzdělání. Sestra S4 pracuje na sesterské pozici 10 let, má středoškolské vzdělání. Sestra S5 pracuje na sesterské pozici 1 rok, má vysokoškolské vzdělání. Sestra S6 pracuje na sesterské pozici 18 let, má středoškolské vzdělání. Sestra S7 pracuje na sesterské pozici 5 let, má vyšší odborné vzdělání. Sestra S8 pracuje na sesterské pozici 11 let, má vyšší odborné vzdělání. Sestra S9 pracuje na sesterské pozici 21 let, má středoškolské vzdělání. Všichni respondenti byli sestry = ženy, pracující v nemocničním zařízení na lůžkových odděleních, a to jak na standardních oddělných, tak na odděleních intenzivní péče.

4.2 Seznam kategorií a podkategorií

1. Význam manipulace s pacientem pro sestry
2. Příprava na manipulaci s pacientem
3. Využívání pomůcek
 - A. Manipulační pomůcky
 - B. Polohovací pomůcky
 - C. Stav pomůcek
4. Techniky manipulace s pacientem
5. Problémy vznikající při manipulaci s pacientem
6. Zajištění bezpečí pacienta a sestry při manipulaci
7. Vzdělávání sester v oblasti manipulace s pacientem

4.3 Kategorizace

1. Význam manipulace s pacientem pro sestry

Pět sester se shoduje na tom, že manipulace s pacientem je náplní jejich každodenní pracovní činnosti. Sestry S2, S4, S5, S6, S9 se shodují na tom, že s pacientem manipulují takřka při každém kontaktu s pacientem, což dokládá i výrok: „*Co pro mě znamená manipulace s pacientem? Tak asi aktivity od toho příjmu, od uložení do lůžka. Manipulace při jakýchkoliv výkonech přes den, polohování, přesuny na vyšetření. Takřka jakákoliv činnost s pacientem*“ (S6) Pokud by sestry měly jmenovat jednotlivé činnosti, které považují za manipulaci s pacientem, nejčastější odpovědí bylo jednoznačně polohování pacienta: „*Manipulace pro mě v první řadě znamená polohování*“ (S4) „*Tak pod manipulací si na prvním místě představím polohování, pak pomoc mu vstát, zvednout ho, přesunout ho z lůžka, dopravit ho na vyšetření.*“ (S7) Další činností bylo zvedání pacienta: „*Zahrnuje určitě nějaké zvedání pacientů.*“ (S3) Mezi poslední nejčastěji zmiňovanou představu manipulace patří přesouvání pacienta: „*Dál si myslím, že do manipulace patří přesouvání pacientů z lůžka, asi i polohování pacientů, manipulace při hygieně a podobné.*“ (S3) Z výzkumného šetření je patrné, že všechny sestry uchopily tuto otázku z hlediska fyzické stránky manipulace s pacientem: „*Při spojení manipulace s pacientem si vybavím pohyb s pacientem na lůžku, z lůžka, prostě fyzická manipulace s jeho tělem.*“ (S9) „*Tak představím si nějaké to polohování. Když dáváme pacienty třeba na mísu, na záchod, pomáháme jim s hygienou. Vlastně takřka veškerý pohyb s pacientem.*“ (S5) Pouze jedna sestra zohlednila i otázku manipulace psychické: „*Manipulaci beru tedy jako fyzickou činnost, ale do určité míry může být i psychická. Ale tu psychickou tedy nepoužívám nebo se tedy o to maximálně snažím.*“ (S3)

2. Příprava na manipulaci s pacientem

Všechny dotazované sestry se shodly na tom, že před manipulací s pacientem si o pacientovi zjistí informace, které by mohly ovlivnit způsob a techniky manipulace. Před manipulací zjišťují nejčastěji celkový zdravotní stav pacienta: „*Určitě zjišťuji jeho aktuální zdravotní stav. Abych věděla, jak dalece s ním můžu manipulovat.*“ (S3) Dvě ze

sester udávají, že se zajímají i o to, v jakém stavu byl schopen pacient žít doma před hospitalizací: „*Tak hlavně mě zajímá úroveň jeho mobility, jestli doma chodil, jestli je soběstačný nebo jestli potřeboval při něčem pomoci.*“ (S7) Sestry zjišťují, i při jakých aktivitách budou pacientovi muset dopomoci: „*Zjišťujeme, jak je na tom on pohybově. Chci pacienta vidět, zeptám se ho, jak zvládá třeba dojít na záchod, sednout si.* (S9) „*Také zjišťuji míru jeho schopnosti spolupracovat a úroveň dopomoci, kterou při manipulaci potřebuje.*“ (S6) Mezi další skutečnosti, o které se sestry zajímají, patří aktuální podmínky, které by manipulaci s pacientem mohly ovlivnit: „*Tak zajímá mě, jestli je připojený na infuzi nebo jiné přístroje a ta bezprostřední manipulace je vůbec možná. Jestli ho můžu přesunout tam, kam ho chci přesunout.* (S6) Sestry se shodují v tom, že právě tyto informace zjišťují nejčastěji ze zdravotnické dokumentace pacienta: „*Tak, informace nejčastěji zjišťuji ze zdravotnické dokumentace, a to jak z ošetrovatelské části, tak z té lékařské, kde si zjistím, jaké má pacient diagnózy.* (S8) Informace zjišťují také při předávání služby. I při příjmu si pacienta prohlédnu a pokud to jde, tak si s ním promluvím, abych zjistila, jestli je třeba orientovaný.“ (S8) Jako druhý pramen zjišťování informací o pacientovi sestry uvedly vlastní kolegyně. Konkrétně při předávání služby: „*Informace o nových i stávajících pacientech zjišťuji při předání služby. Zeptám se kolegyně, jak s nimi pacient spolupracoval, jak ho můžu polohovat a podobné věci.*“ (S3) Čtyři sestry navíc uvádí, že informace týkající se manipulace s pacientem zjišťují od lékaře: „*Ano, informace o tom, jak můžu s pacientem zacházet, zjišťuji mimo jiné přímo od lékaře.*“ (S4) I přes takto zjištěné informace považují dotazované sestry vlastní pohled a osobní kontakt s pacientem za nedocenitelný: „*Tak z dokumentace se dozvíte poměrně dost informací, ale osobní kontakt je přeci jenom nejlepší, protože ne vždy, to co je napsáno třeba v ošetrovatelské části zdravotnické dokumentace, úplně sedí. Takže já jsem toho názoru, že pacienta chci u příjmu vždy vidět a pokusit se s ním promluvit – pokud je to tedy v jeho možnostech.*“ (S5) Potvrzuje to i výrok další z odpovídajících sester: „*Z dokumentace si zjistím základ. Potom se cítím tak trochu orientovaná a vím, co můžu čekat, ale vždy je pro mě důležitější osobní kontakt, který žádná administrativa nenahradí. Navíc to, že pacienta vidím a seznámím se s ním, mi dává můj osobní pohled, kde si pacienta sama*

zhodnotím. Vidím, jak vypadá, s čím bude nejspíš potřebovat pomoc. Určitě preferuji osobní kontakt.“(S2)Všechny sestry se shodují na tom, že základem provedení kvalitní a šetrné manipulace pro pacienta i sestru je vhodná příprava pacienta, konkrétně dobrá komunikace a informovanost pacienta o manipulaci. Všechny sestry uvedly v obdobných odpovědích, že pacienta o manipulaci předem informují: „Snažím se pacienta předem informovat. Když to pacient pochopí, tak je i ta manipulace lepší, že nám pomůže. Určitě mu řeknu, co se s ním bude dít a co od něj já potřebuju.“(S6) „Před manipulací pacientům řeknu, co s nimi budu dělat, jestli je třeba jen zpolohuju, zvednu je k jídlu, přesunu na vozík a tak.“(S2) Sestry potvrzují, že komunikaci se pak snaží udržovat během celé doby manipulace: „Ano určitě předem pacientovi oznámím, co s ním budu dělat, ale hlavně se s pacientem snažím komunikovat během celé manipulace.“(S1)

3. Využívání pomůcek

A. Manipulační pomůcky

Dotazované se převážně shodují, že manipulační pomůcky, které mají dispozici, jsou často technicky velice jednoduché, ale i přes to splní velice dobře svůj účel. Za nejčastěji využívané pomůcky, na kterých se všechny sestry shodly, byly označeny složené kusy ložního prádla jako polohovací podložky: „Tak určitě lůžko, chodítka, vozík, no a ještě rolbu. K manipulaci s pacienty v lůžku používáme často polohovací podložky ze složeného prádla.“(S1) „Jako manipulační pomůcku nejčastěji používáme složené ložní prádlo, jako polohovací podložku, to je velký pomocník, navíc je velice dobře dostupná.“(S6) Jako další pomůcku, která sestrám umožňuje lehčí manipulaci při přesunech pacientů, označily sestry rollboard: „Další manipulační pomůcku používáme při přesunech pacientů z lůžka vleže. Nevím, jaký má pomůcka správný název, ale říkáme tomu rolba. Je to taková podložka pod celého pacienta, která má na povrchu kluzký materiál.“(S8) Z odpovědí sester vyplývá, že je pro ně při manipulaci s pacientem důležité taktéž polohovatelné lůžko: „Jako manipulační pomůcky nám slouží hned několik pomůcek. Mezi prvními bych uvedla polohovatelné lůžko. U nás máme tedy pouze manuálně polohovatelná lůžka, ale i tak si myslím, že je to kvalitní

pomůcka.“ (S4) Pět sester má na pracovišti k dispozici elektricky polohovatelná lůžka a při manipulaci s pacientem oceňují jejich funkce: „*Velice rády využíváme s kolegyněmi toho, že máme lůžka polohovatelná elektricky a nemusíme se s postelí, na které leží pacient, tahat.*“ (S9) „*Ke zvedání pacientů do sedu nebo zvedání dolních končetin, jednoduše k polohování pacienta na lůžku, využíváme polohovatelná lůžka. Na oddělení máme k dispozici jak lůžka polohovatelná manuálně, tak ty elektrická.*“ (S8) Pouze jedna sestra klade kromě použití manipulačních pomůcek, které jsou určeny pro usnadnění manipulace personálu, důraz a ohledy i na pomoc a podporu pacientových schopností, které může při manipulaci využít, čímž pomůže sestře: „*Pomáháme si hrazdičkou nad lůžkem nebo i smotaným kusem provazu/obinadla, díky kterému se vlastně dokáže pacient v lůžku hýbat víc samostatně. Když nám tímto způsobem pacient při manipulaci pomůže, tak je jen dobře. Snažíme se využít jejich síly a jejich zachovalých schopností, než abychom se s nimi doslova rvaly.*“ (S5) Pokud si sestry měly vybrat nejužitečnější manipulační pomůcku, vybraly by si v pěti z devíti případů polohovací podložku, a to z důvodu její rychlé dostupnosti a univerzality použití: „*Z manipulačních pomůcek oceňuji polohovací podložku, protože prádlo je většinou dostupné a vyrobíte si ji jak z podložky, tak kapny nebo prostěradla. Polohovací položku využíváme takřka u všech ležících pacientů k polohování i jejich vysouvání v lůžku.*“ (S8) „*Často používáme složené prádlo jako polohovací podložky, ty jsou takové vděčné, rychle dostupné, prostě fajn.*“ (S5) Další tři sestry oceňují přínosnost rollboardu: „*Ted' se mi právě na polohování líbí ti perličkoví hadi a z těch manipulačních rolba.*“ (S2) Všechny sestry uvedly, že na oddělení, na kterém v současnosti pracují, nemají k dispozici technický zvedák na pacienty: „*Ne, mechanický zvedák na oddělení nemáme.*“ (S1) Pouze tři sestry zmiňují, že mají zkušenost s manipulací s pacientem pomocí technického zvedáku, avšak i po zkušenosti se zvedákem preferují manuální manipulaci s pacientem. Zvedák by raději nahradily zvýšením počtu manipulujících osob: „*Ano, měla jsem možnost pracovat se zvedákem na pacienty. Pracovala jsem s ním v Německu, kdy jsem ho využívala, ale to jsem na tu manipulaci byla sama. Bez toho zvedáku bych neměla mnohdy šanci s pacientem hnout. Ale tady, když si můžu zavolat někoho na pomoc, tak je to mnohem rychlejší. A jak říkám, na oddělení ten*

zvedák stejně nemáme.“(S8) Jedna z těchto sester přímo uvádí, že na oddělení zvedák nechtějí. Důvodem, proč sestřím zvedák nevyhovuje, je časová náročnost při práci se zvedákem i malé manipulační prostory na použití zvedáku: *„Ta manipulace s klientem na zvedáku byla celkově hrozně zdlouhavá a takového času my nemáme. Navíc, dokážete si představit motat se na našich pokojích se zvedákem? Vždyť bychom se na tom malém prostoru ani nevytočily.*“(S3) V návaznosti na odpovědi sester týkajících se technického zvedáku na pacienty byly sestry dotazovány i na používání skluzných desek, při přesouvání pacienta z lůžka na vozík. Osm z devíti sester nemá na pracovišti skluznou desku k dispozici nebo si není jisto, že na oddělení je: *„O skluzných deskách nic nevím. Myslím, že tady na oddělení nejsou. Popravdě jsem ji tady nikdy neměla v ruce.*“(S4) Dvě ze sester neví, k čemu skluzná deska slouží a jak vypadá: *„Skluzné desky nepoužíváme, ani nevím, co to skluzná deska je.*“(S6) Pouze jedna sestra zmiňuje, že ví o existenci skluzných desek na pracovišti, avšak nepoužívá je: *„Ano, nějaké skluzné podložky tu asi v kumbálku budou, ale my je nepoužíváme. Nacvičují s nimi spíš rehabilitační pracovníci a jen s určitými skupinami pacientů.*“(S3)

B. Polohovací pomůcky

Vzhledem k tomu, že manipulace s pacientem zahrnuje i polohování pacientů, byly sestry dotazovány i na polohovací pomůcky. Požívání polohovacích pomůcek v sesterské praxi komentuje i jedna ze sester: *„Polohovací pomůcky používáme denně. Krásně s nimi stabilizujete pacienta v určité poloze a snížíte tím i riziko vzniku dekubitů. Máme tu válce, hranoly, korytka na dolní končetiny, kruhy a kuličkové hady. A myslím, že teď je polohovacích pomůcek na oddělení dostatek. No, a když by se tedy nedostávaly, tak si poradíme i jinak. Třeba složeným polštářem, dekou, povlečením.*“(S1) Šest z devíti sester si myslí, že mají k dispozici dostatek polohovacích pomůcek, dvě z nich ale udávají, že i přesto, že mají pomůcek množstevně dostatek, ocenily by jejich jinou skladbu: *„No máme jich plnou skříň, myslím, že na naše oddělení jich asi bude dost. Akorát bychom možná ocenily jejich jinou skladbu. Ty pevné válce bychom vyměnily za kuličkové, protože mně osobně přijdou příjemnější.*“(S7) *„Na jednu stranu dostatek polohovacích pomůcek máme. Respektive co do*

množství jich dost máme, ale dost těch, co se nehodí. Potřebovaly bychom jiné. Třeba víc těch kuličkových pomůcek než tuhých válců.“(S8)

Z odpovědí sester vyplývá, že na svých pracovištích mají k dispozici rozmanité druhy polohovacích pomůcek. Pět z devíti sester udává, že pokud si mohou mezi polohovacími pomůckami vybrat, využijí raději moderní perličkové/kuličkové polohovací pomůcky: *„Asi se nedá říci, že bych měla vyloženě oblíbenou polohovací pomůcku, když si mezi polohovacími pomůckami můžu vybrat, tak ráda používám ty kuličkové hady. Dají se snadno natvarovat a použít k napolohování více částí těla.*“(S4) *„Z těch polohovacích pomůcek si myslím, že jsou výborné ty kuličkové hady, které máme v různých velikostech a ty největší lze obtočit kolem celého pacienta.*“(S5) Tři ze sester zmínily, že jsou si schopny poradit i s nedostatkem polohovacích pomůcek a využít k polohování lůžkoviny nebo ložní prádlo: *„Máme tady takové ty kuličkové hady, válce, trojúhelníky a molitanové pomůcky, kruhy, někdy, když je nedostatek, tak použijeme i polštář, deku i složené prádlo. Většinou si nějak poradíme.*“(S5)

C Stav pomůcek

Všechny dotazované sestry se shodují, že jimi používané pomůcky, včetně polohovacích lůžek, prochází pravidelnými kontrolami a revizemi: *„To ano, kontroly na zařízení a vybavení chodí. Ale já osobně to nedělám, možná někdo z nadřízených.*“(S4) Současně se všechny sestry shodují, že náležitosti týkající se kontrol pomůcek mají na starosti staniční nebo vrchní sestry: *„Revize pomůcek se provádí určitě, já si myslím, že to i ze zákona musí být kontrolované. Ale neřeknu vám, v jakých intervalech, to má na starosti odpovědný pracovník. Tady ty termíny hlídá asi staniční nebo vrchní sestra.*“(S6) *„Tak o přesných časových intervalech kontrol nevím. Vím tedy, že kontroly probíhají. Revizní technik na lůžka také určitě chodí, ale hlídat, kdy se má jaká kontrola provést, tak to je v kompetencích asi staniční nebo vrchní sestry.*“(S5) Současně se sestry shodují, že v případě poškození pomůcky není problém pomůcku nechat opravit nebo zcela vyměnit: *„Když se něco rozbije, tak se to samozřejmě nechá opravit, a když už to nejde, pořídí se nová pomůcka. Ale revize pomůcek obecně se provádí každý rok. Neřeknu vám, co má jak dlouhý interval kontroly, to má na starosti staniční.*“(S7)

„Vrchní sestra se kouká, kolik pomůcek tu máme, a když, tak nějaké doobjedná nebo nechá opravit.“(S5)

4. Techniky manipulace s pacientem

V souvislosti s technikami manipulace s pacienty v lůžku se dotazované sestry shodují, že pro manipulaci s pacientem v lůžku používají nejčastěji polohovací podložku. Na přesouvání imobilního pacienta z lůžka se sestry shodují ve využití rollboardu, viz výrok jedné ze sester: *„My tu máme takovou tu rolbičku, takže na lehátko nebo druhou postel přesouváme pacienta za pomoci rolby, to je asi nejlepší, pokud je ležící.“(S5)* *„Na to přesouvání ležícího pacienta z lůžka je úplně ideální ta rolba. Rolba je na tyto posuny úplně úžasná a používáme ji často.“(S9)* Popisovaná technika přesunu pacienta z lůžka na sedačku dle sester spočívá ve vyzvednutí nebo podepření pacienta ve stoje a následném manuálním přesunutí na sedačku: *„Pacienta si posadím, chytnu ho v podpaží a on se mě chytne kolem ramen. Pak spolu vstaneme a já ho přešoupnu na sedačku“ (S8)* K přesunům pacientů z lůžka na sedačku žádná ze sester nepoužívá skluznou desku ani jiné pomůcky. Jedna ze sester odkazuje na vlastní zručnost a sílu: *„Tak k přesunům pacientů na sedačku žádnou pomůcku asi nemáme, to je čistě na naší šikovnosti a síle.“(S5)* Jedna ze sester uvádí, že přesun pacienta je dobré využít i k jeho aktivizaci: *„Pokud jsou ti pacienti schopnější, tak je samozřejmě požádáme, aby si přelezli, čímž je vlastně i aktivizujeme.“(S5)*

Všechny z dotazovaných sester potvrzují, že na svých pracovištích nemají pevně stanoven postup pro vertikalizaci pacienta: *„Vertikalizaci? Ne, to určitě nemáme ničím stanovené.“(S9)* *„Ne, nějaký přesný postup nebo manuál, jak bychom při vertikalizaci měly postupovat, nemáme.“* Avšak všechny sestry jsou schopny popsat postup vertikalizace pacienta, který samy používají, viz popis vertikalizace jedné ze sester: *„Vertikalizaci bych provedla po určitých úsecích. Nejdřív pacientovi pomůžu na bok, nechám ho rozkoukat. Nohy mu pomohu svésit dolů. Nechám ho chvíli sedět, až se mu přestane točit hlava, tak teprve poté ho nechám vstát nebo mu s tím vstáváním pomůžeme, že ho chytíme v podpaží.“(S9)* Další z dotazovaných sester zviditelňuje při svém popisu vertikalizace pacienta i individualitu pacienta a jeho přímý zdravotní stav:

„Vertikalizace, no. Samozřejmě musím vycházet z jeho diagnózy, z toho, co mu je, musím vědět třeba jeho fyziologické hodnoty, jestli je to třeba pacient, co se léčí s tlakem. Prvně mu určitě řeknu, co s ním jdu dělat, jak rychle to budu dělat, aby se mu netočila hlava. Pokud má povolený sed, tak nejdřív do sedu, nechám ho rozkoukat a pak s ním zkusím stoj u toho lůžka, někdy ho i přidržím. Nemůžu to ale zobecnit, protože to musím vždy vztáhnout na konkrétního pacienta. Jinak budu vertikalizovat pacienta po operaci kyčle a jinak po operaci páteře.“(S3) Sestry S6 a S8 při vertikalizaci poukazují na důležitost udržování kontaktu i komunikace mezi zdravotníkem a pacientem. Současně se tyto dvě sestry shodují, že zejména první vertikalizaci pacienta je vhodné provádět ve dvou osobách: „Tak u nás, protože jsou pacienti často po operacích, vstávají přes bok. Když vstávají poprvé, tak je necháváme chvíli sedět, pokud to mají dovolené, protože se jim většinou točí hlava. Když takhle sedí, tak od toho pacienta neodcházím. Nevím, co v tu chvíli mohu očekávat, takže u něj stojím, jsem s ním v kontaktu a ptám se ho, jak mu je. A většinou, když s ním poprvé vstáváme, tak na něj jdeme ve dvou.“(S8) „Při vertikalizaci jsme stále u pacienta a nenecháváme ho samotného.“(S6) Sestry S2, S4 a S5 udávají, že na jejich pracovišti provádí první vertikalizaci rehabilitační pracovníci, kteří sestrám poté předají informace, jak mají postupovat při vertikalizaci konkrétního pacienta: „První vertikalizaci a její nácvik tady u nás provádí rehabilitační pracovníci. Na nich je ta první vertikalizace. Někdy je to až po vyšetření na indikaci lékaře. My už potom postupujeme podle toho, co nám řeknou rehabilitační, podle toho, co s nimi pacient zvládl nacvičit.“(S2)

Odpovědi dotazovaných sester na využívání speciálních pohybových konceptů nebo přístupů při manipulaci s pacientem jsou ve všech devíti případech shodné. Dotazované sestry ve svých odpovědích udávají, že nepoužívají žádný speciální manipulační přístup k pacientovi. Pět z devíti sester slyšelo o kinestetické přístupu k pacientovi, avšak nedokáže ho nijak charakterizovat nebo přiblížit: „O kinestetice vám bohužel nic neřeknu. Vím, že existuje, ale co to je, už ne. Nevím, co si pod tím představit.“ (S3) „O kinestetice jsem už slyšela, ale nedokážu vám to přesně vysvětlit nebo vám o tom něco víc říct.“(S5) Pouze jedna z dotazovaných sester ví alespoň rámcově, co to je kinestetický přístup k pacientovi: „Asi vám úplně přesně nedokážu

řít, co je kinestetika, ale je to o pohybu vás a pacienta, abyste se tak nějak doplňovali. Vy toho pacienta můžete podpořit v jeho silnějších stránkách. Víc vám asi neřeknu.“(S7) Zbylé tři sestry se nikdy s pojmem kinestetika, kinestetická mobilizace nebo koncept nesetkaly: „Ne, o kinestetickém konceptu jsem ještě neslyšela.“(S6) „Ne, doposud jsem neslyšela o kinestetickém přístupu k pacientovi, kinestetice ani něčem podobném.“(S8)

5. Problémy vznikající při manipulaci s pacientem

Sedm sester se shoduje na tom, že největším problémem při manipulaci je hmotnost pacienta: *„Největším problém mně osobně a myslím si, že i ostatním kolegyním dělají ti naši stokiloví pacienti. Vždyť mnohdy pacient váží dvakrát tolik, co já. Váha pacienta je pro mě rozhodně problémem a mluví za vše. I když třeba posouváme pacienty ve dvou, tak jsme stále jen ženy a pacienti jsou na nás stále těžcí.“(S5) „Pro mě je při manipulaci určitě, zdůrazňuji určitě, největším problémem váha pacienta. Když váží přes sto kilo a k tomu nám nejsou díky svému stavu schopni nějak pomoci, tak je to těžké, namáhavé. To беру určitě jako problém.“(S7) Jako další problémy sestry uvedly i environmentální podmínky okolí, konkrétně prostor: „Podmínky a prostor pro tu manipulaci s pacientem. Někdy není mezi lůžky nebo u lůžka dostatek prostoru, abychom mohly zajistit kvalitní manipulaci. Když jsou na malém pokoji namačkané tři postele vedle sebe, tak máte problém se tam pohybovat sama, natož s pacientem.“(S4) Dalším problémem, který sestry popisují, je časová vytíženost: *„Navíc někdy není ani časový prostor. Někdy prostě s kolegyněmi nemáme čas s pacientem manipulovat/polohovat tak, jak bychom chtěly.“(S4) Dvě sestry uvádí, že problémem při manipulaci je mimo váhy a zdravotního stavu pacienta důležitým faktorem i psychický stav pacienta a schopnost spolupráce pacienta se sestrou: „Někdy mi dělá problém, že se té naší manipulaci pacienti přičí, protože nejsou v takové psychické rovnováze a stavu, aby pochopili, co a proč s nimi vlastně děláme. Takže je to náročné i v tom, že je napolohujeme a oni se do deseti minut zase otočí a my můžeme jít s pacientem pracovat znovu.“(S5) „Při manipulaci mi dělá celkem problém, že je**

pacient těžký a nespolupracuje, to je problém. Je to hrozně vysilující, když pacient nechápe, co mu říkáte a vlastně při té manipulaci proti vám vzdoruje, až bojuje.“(S8)

Z odpovědí sester vyplývá, že ukazatelem pro náročnou manipulaci je taktéž váha: *„Když už vidím, že je pacient obézní, je ho plná postel, už vím, že není ani kam při polohování otočit, tak to předem vím, že to bude oříšek.“(S8)* Neméně důležitým ukazatelem náročné manipulace je pro dotazované sestry schopnost pacientovy spolupráce s manipulujícím personálem: *„Tak ukazatelem pro mě je, jak pacient vypadá, jak se mnou zvládá komunikovat a spolupracovat.“(S1)* *„Ukazatelem pro mě je, jestli pacient je/ není zmatený, takže vlastně i orientace pacienta.“(S7)*. Také specifika daného onemocnění: *„Tak ukazatelem náročnější manipulace je kromě váhy pacienta i jeho základní onemocnění a diagnózy. Jestli tam má nějaké omezení hybnosti, CMP nebo je po operacích, kdy bude jeho polohování a celková manipulace nějak specifická.“(S9)* Určitým faktorem je pro jednu z odpovídajících sester i čas, po který je pacient upoután na lůžko: *„Pak je někdy problém ti zkroucení spastičtí pacienti, co dlouhodobě leží, tak ty je těžké nepolohovat.“(S8)* Jedna sestra je názoru, že odhadnutí náročnosti manipulace s konkrétním pacientem je věc zkušeností, let praxe a profesní zralosti: *„To už právě vidím, když se na něj podívám. To se těžko vysvětluje. Proti vám mám praxi přes třicet let. Takže mně k tomu základnímu posouzení vážně stačí kouknout se, jak pacient vypadá, plus to, že vím, u jakého stavu/nemoci si mám už tak nějak dávat na něco větší pozor.“(S3)* V dalším bodu zkoumání sestry odpovídaly, zda mají při manipulaci s pacientem přímo z nějakých problémů strach nebo obavy. Odpovědi sester se v tomto případě velmi shodují. Téměř všechny dotazované sestry udávají, že při manipulaci s pacientem mají strach z pádu nebo přímo poškození pacienta: *„Mám strach, že mi pacient při manipulaci spadne.“(S1)* *„Ano, mám strach. Někdy se bojím třeba toho, že u nás jsou takové postele s vystupujícími šroubky, tak aby se o to pacienti nezachytili a neporanili se. Pak když mají takové ty kontraktury, tak aby nedošlo při manipulaci k postižení kloubů, a také je to bolí. Když jsou teda obézní, tak se bojím, aby nám pacienti nespadli, když s nimi vstáváme, protože to je někdy my jako ženy těžko udržíme.“(S8)* Současně sestry udávají obavy i o své vlastní zdraví: *„Strach mám prostě fyzicky, že manipulaci nezvládnou. Že pacienta neutáhnu, že na mě bude moc těžký. Že já*

se strhám, on padne a zraní se.“ (S9) K této otázce přistupují sestry velice zodpovědně a je na ní dobře vidět, že sestřám na jejich práci a pacientech záleží. Tuto skutečnost dokazuje i výrok jedné ze sester: „Ano, bojím se o pacienta, vždyť jsem za něj zodpovědná.“ Pouze jedna z dotazovaných sester nemá při manipulaci s pacientem obavy z možných problémů. „Ne, nemám při manipulaci z ničeho strach. Když si budete dávat pozor, tak se nemusíte přeci bát.“ (S3) Osm z devíti sester potvrzuje, že na oddělení, na kterém pracují, ví o lehkém poškození pacienta: „Ano, pacient se občas zraní, ale nic vážného, co by na pacientovi zanechalo třeba trvalé následky, se dosud naštěstí nestalo.“ (S8) „Stalo se mockrát, že se pacient lehce zranil. Spíš při takové manipulaci, jako je přesezení na vozík. Vyloženě v lůžku, že by nám někdo při manipulaci vypadl z postele, to ne. Opravdu spíš při tom přendávání na vozík, gramofon nebo do vany, že ty lidi se sesuli na zem nebo si udělali hematom, strhli si kůži.“ (S3) Čtyři z těchto sester taktéž potvrzují, že vědí o poškození pacienta, ale ne v přímé souvislosti s jejich manipulací. Jako příčinu úrazu pacienta udávají zejména svévolný odchod pacienta z lůžka a zmatenost pacienta: „Ano, stane se, že si pacient ublíží. Ale spíš ne kvůli nám, ale proto, že ti pacienti jsou zmatení, pak přelézají postranice, vstávají, když nemají, vytrhnou si třeba drén.“ (S7)

Sestry byly dotazovány, zda si myslí, že se jimi pocíťované problémy dají nějak eliminovat nebo řešit. Šest sester si není stoprocentně jisto, jak může při manipulaci řešit problém váhy nebo přímo nadváhy pacienta, ale současně uvádí, že problém je do jisté míry řešitelný, pokud si na manipulaci s pacientem přizvou další asistenty: „Tak tu váhu vyřešíme asi těžko. Je to jejich tělo. Těžko říct, ale asi je určitě lepší, když s takovým pacientem manipulujeme ve více lidech, nebo si zavoláme sanitáře, když jsou teda k dispozici.“ (S5) Dalším řešením, které sestry uvádí, je navýšení počtu personálu na pracovišti: „To, že je pacient těžký, se zřejmě nijak řešit nedá. Určitě ale pomůže, když je na pracovišti dostatek personálu a můžeme s pacienty manipulovat ve více osobách.“ (S6) Jedna ze sester uvádí, že problém je možný řešit i manipulačními pomůckami: „Tak jejich tělo vyřešíme asi těžko, ale lehčeji ta manipulace jde, když použijeme třeba polohovací podložku a hlavně nás jde na pacienta víc. Když je pacient opravdu těžký, tak voláme sanitáře a pacienta polohujeme se sanitářem.“ (S7) V

návaznosti na předchozí otázky byly sestry dotazovány, zda preferují manipulaci s pacientem samostatně, pouze v jedné osobě, nebo upřednostňují manipulaci s pacientem za pomoci asistenta. Všechny sestry se shodly v tom, že preferují manipulaci, kdy jim pomůže alespoň jeden asistent, čímž sníží zatížení jedné osoby: *„Většinou někoho požádám, aby mi šel pomoci. Když jsou pacienti těžcí, tak je zvedáme vždy minimálně ve dvou lidech a víc. To by musela být babička sušinka, co má 40 kilo, abych ji kvalitně zpolohovala sama. To opravdu nejde, vždyť bychom se tu ztrhaly, kdybychom to dělaly samy.“* (S9) Jedna ze sester potvrdila, že konkrétně polohování, při kterém by sestra s pacientem manipulovala samostatně, není efektivní a nedosahuje potřebných kvalit: *„Já třeba vždy radši polohuji a manipuluji s pacientem s někým. Protože vzhledem k mé postavě toho moc sama neutáhnu. Když je to třeba lehká, relativně pohyblivá pacientka, která mi pomůže, tak tu sama zvládnou. Ale jak je to těžší pacient nebo imobilní, tak rozhodně požádám někoho o pomoc, buď sestru, pomocný personál, nebo něho z vás řad studentů. Ani bych ho kvalitně sama nenapoložovala, to by nebylo správné. Ve dvou je polohování i manipulace vždy rychlejší a rozhodně kvalitnější.“* (S5)

Dotazované sestry se shodují a udávají, že manipulace s pacientem je pro jejich pohybový aparát zatěžující činnost. Největší zatížení pociťují v zádočných partiích, a to především při polohování: *„Zvýšenou zátěž cítím, třeba když máme pacienta polohovat.“* (S1) Další činností, kterou sestry udávají za namáhavou, je zvedání pacientů: *„Tak opravdu nejvíce namáhavé a zatěžující je pro mě to zvedání pacientů. Největší přetížení cítím 100% na zádech, ty mě asi i nejvíce bolí.“* (S3) *„Nejvíce zatěžují záda a asi při tom zvedání a polohování pacientů.“* (S8) Jedna sestra ve své odpovědi kromě vlastní pociťované zátěže při manipulaci s pacientem i pomůckami tvrdí, že každá sestra při manipulaci pociťuje bolest: *„Právě to polohování, někdy manipulace s postelí. Všichni máme zablokovaná záda. Každá sestra při manipulaci pocítila bolest.“* (S2) Dotazované sestry se shodly na tom, že při manipulaci s pacientem pociťují přetížení, což dvěma z těchto sester činí přímé zdravotní problémy pohybového aparátu: *„Tak momentálně mám zánět ramene z přetížení. Léčím se s tím na ortopedii, kde mi vyloženě řekli, že to je z přetížení. Máme tu opravdu pacienty, kteří nám*

nepomůžou, nechávají to na nás, ať jsou silný nebo tenký, tak si myslí, že my tady zabereme a zvedneme je. Takže záda nás tu bolí úplně všechny. A já teď k tomu tedy mám to rameno.“(S9) Všechny sestry shodně udávají, že je při manipulaci s pacientem často bolí záda: „Že by se mi stalo něco vážného a vyloženě se zranila, to ne. Záda mě ale bolí jako většinu kolegyně.“(S3) Dotazované sestry se ve svých odpovědích shodly, že je pro ně zatěžující, jak často musí s pacientem, vzhledem k jeho individuálnímu zdravotnímu stavu, během své směny manipulovat: „S pacienty během směny manipuluji stokrát, prostě mnohokrát. Když je to pacient vyžadující hodně péče, tak i několikrát za hodinu. Na čas je polohování pacientů někdy opravdu náročné.“(S7) Všechny sestry se rovněž shodují na tom, že častost manipulace s pacientem je individuální problém: „To je těžké říci, kolikrát za směnu manipuluji s pacientem. Jeden den mi přijde, že ty pacienty ani nevidím a druhý den s nimi musím hýbat třeba padesátkrát.“(S3) „Nevím, kolikrát přesně za směnu musím s člověkem hýbat. Jsou tu lidi, kteří jsou hrozně šikovní a ani o nich nevím a pak lidi, ke kterým chodím po deseti minutách. V průměru tak 20x se 3-4 pacienty, ale to je opravdu jen hrubý odhad.“(S9) V odpovědích tří sester bylo zmíněno, že z důvodu časové vytíženosti sester pověří například polohováním pacienta další zdravotnický personál nebo studenty: „Přes den máme na manipulaci s pacienty k dispozici dostatek pomocného personálu a pomůžou nám i studenti. O noční směně musím s pacientem hýbat trochu víc, protože jsme na oddělení oproti denní směně jen dvě.“(S1) „Neříkám, že vždy polohujeme my osobně, když tu jsou studenti, tak posíláme často je, protože někdy prostě není v našich časových možnostech zajistit polohování osobně.“(S5)

6. Zajištění bezpečí pacienta a sestry při manipulaci

Zajištění bariérové péče může být jednou z cest zajištění bezpečí pacienta a sestry při manipulaci. Názory dotazovaných sester se shodují, že pro zajištění bariérové péče při manipulaci s pacientem používají jednorázové rukavice: „Bariérovou péči bych při manipulaci s pacientem zajistila nejjednodušeji nejspíš používáním jednorázových rukavic.“(S4) „Ano, to ano, závisí na infekčnosti pacienta, ale na všechny pacienty chodíme stejně minimálně v rukavicích.“(S5) Sestry S2,S4,S5,S6,S7,S9 se při použití

dalších ochranných prvků a pomůcek řídí tím, co vyžadují konkrétní situace při manipulaci s konkrétním pacientem: „*No samozřejmě používáme rukavice, ochranné pomůcky mít musíme. Pokud je nějaká chřipková epidemie nebo infekční pacient, tak si bereme i roušky, zástěru a další pomůcky, co zrovna máme k dispozici. To je na vás, co si k pacientovi vezmete. Tyto pomůcky tu nijak omezené nejsou, že byste si je nemohla vzít.*“(S6) „*Používáme rukavice, ústenky, zástěry, empír nebo jednorázový plášť. To záleží na tom, co vyžaduje situace. Když je pacient infekční, vezmu si třeba tu roušku nebo plášť, které si na neinfekčního pacienta normálně neberu.*“(S7) Jedna ze sester upozorňuje kromě používání ochranných pomůcek i na individualizaci pomůcek: „*Pak určitě, když budu používat rukavice, tak vždy na jednoho pacienta.*“(S8) Dále na dezinfekci použitých pomůcek: *Bariérovou péči zajistím i dezinfekcí polohovacích a manipulačních pomůcek, dezinfekcí rukou.*“(S8) Dvě ze sester poukazují, že pro bariérovou péči je důležitá i správná hygiena rukou: „*Tak za základ bariérové péče považují, umyté ruce před a po manipulaci s pacientem, pak jednorázové rukavice, zástěru, ústenku a další.*“(S1)

Sestry potvrzují, že v rámci zajištění bezpečí pacientů přistupují v odůvodněných případech i k omezení pacienta v lůžku pomocí kurtů, což komentuje například sestra S7: „*Musíte brát v úvahu bezpečí pacienta i vaše. Přeci nenechám pacienta, aby si vytrhal drény, kanyly, sondy cévku, nebo ublížil personálu. To ho radši na nezbytně dlouhou dobu přikurtujeme.*“(S7) Současně se sestry shodují, že omezení pacienta kurtováním v lůžku se řídí jasně danými pravidly a je prováděno po nezbytně dlouhou dobu: „*Přesný postup pro použití kurtů asi existuje. Řídí se to podle toho, jak moc jsou pacienti zmatení od medikace po kurtování. Kurtování tedy spíš než zabere medikace, pak ta medikace zabere, tak se kurty dávají co nejrychleji pryč. Nemůžeme nechat pacienta přikurtovaného 24 hodin denně. Je to ale právě proto, aby si pacienti neublížili nebo si nevytrhali, co nemají, a ta léčba byla účinná. To znamená použití kurtů ano, ale opravdu na co nejkratší dobu.*“(S6) Pouze sestry S3 a S9 jsou ochotné a schopné popsat, jak postupují při použití kurtů: „*Samozřejmě že je stanoven přesný postup pro použití omezujících prostředků. To není jen tady, to je stanovené určitě pro celou nemocnici a další zařízení. Musí se vyplňovat formulář. Vždy na ordinaci lékaře a má to*

svá pravidla. Nemůžu si jen tak někomu nasadit měkké kurty. A než to udělám, tak to musím mít schválené od lékaře, napsané + ten formulář. Musí se hlídat fyziologické hodnoty, pacient se musí kontrolovat a musí to být zaznamenáno v chorobopise.“(S3) „*Tak pacienty v rámci jejich bezpečí přikurtujeme. Většinou jen tak na dvě hodiny po operaci, kdy někteří pacienti nesnáší tu anestezii dobře a jsou neklidní, zmatení, někdy až agresivní. Každopádně je to maximálně na 24 hodin, pak se to musí hlásit. Pokud je ten člověk dlouhodobě zmatený, tak je to na ordinaci lékaře a je tlumen i farmakologicky. Máme na to speciální papíry, kde se zapisuje, kdy přesně jsme kurty přiložily, kontroly pacienta v určitých časových intervalech – ty kontroly musí po třech hodinách podepsat i lékař. Musí tam být uveden důvod, z jakého jsme přistoupily k jejich přikurtování. Po 24 hodinách se to musí stejně přerušit, jinak by se toto opatření muselo hlásit dál, muselo by být až povolení soudu ke kurtování dlouhodobě. Rozhodně nemůžu přikurtovat pacienta jen proto, že se mi to líbí.“(S9)* Dvě z dotazovaných sester odmítají zveřejnění svých odpovědí na téma kurtování pacientů.

7. Vzdělávání sester v oblasti manipulace s pacientem

Základní vzdělání dotazovaných sester se pohybovalo v mezích od středoškolského zdravotnického vzdělání po vysokoškolské vzdělání (viz Tabulka 1) Většina sester se mimo své pregraduální zdravotní vzdělání dále neúčastnila žádných seminářů, praktických cvičení nebo přednášek vztahujících se k manipulaci s pacientem, což šest z devíti sester potvrzuje svými výpověďmi podobného znění: „*Ne, nepodstoupila jsem žádnou z forem vzdělávání v problematice manipulace s pacientem.“(1)* „*Za ten rok, co jsem tady v nemocnici, tak jsem zatím žádné školení nebo seminář týkající se manipulace s pacientem nepodstoupila.“ (S5)* Sestry S3, S6 a S7 udávají, že podstoupily některou z forem vzdělávání o manipulaci s pacientem: „*Já si myslím, že před lety jsem právě na nějakém semináři o zacházení s pacientem v místní nemocnici byla. Ale je to dávno“(S6).* „*Ano, tak na manipulaci máme semináře. Podstoupila jsem na to seminář, ale už nevím, jaký přesně.“(S7)* Jedna z těchto sester se účastnila dokonce vícekrát a pokaždé s odlišným zaměřením na manipulaci s pacienty přímo s určitou problematikou: „*Ano, semináře proběhly a já se některých účastnila. Vždy to*

tedy bylo s nějakým zaměřením. Jako třeba manipulace s pacientem po CMP, po úrazech, po ortopedických operacích nebo na diagnózy rehabilitačních pacientů.“(S3) Tyto dvě ze tří sester, které se účastnily seminářů o manipulaci s pacientem, považují získané vzdělávací akce za přínosné: *„Určitě pro mě ty semináře byly přínosné. Bylo to hlavně kvůli mně osobně. Naučila jsem se, abych se sama při té manipulaci šetrila a myslela na to, co jak dělám.*“(S3) Pět ze sester, které se žádného vzdělávání o manipulaci pacienty neúčastnily, se shoduje, že by pro ně seminář nebo cvičení týkající se správné manipulace s pacientem byly přínosné a rády by se ho zúčastnily: *„Ano, ocenila bych to. Celkem ráda bych se nějakého cvičení zúčastnila. Tak jsem mladá, kdyby mě někdo naučil manipulaci s pacientem, která bude šetrnější pro pacienta i pro mě, abych si neničila svoje záda a tělo, tak to by bylo fajn. A myslím, že bych to přímo tady dobře využila.*“(S5) Jediná z těchto sester uvádí, že seminář týkající se manipulace by mohl být určen nejen pro sestry, ale i pro nižší zdravotnický personál: *„Tak o manipulačních přístupech bych se třeba dozvěděla víc velice ráda, protože si myslím, že na tomto oddělení by se nám to hodilo jak sestrá, tak třeba sanitářkám. Protože manipulace je věc, kterou dělá veškerý personál běžně a velmi často.*“(S2) Jedna sestra, které se doposud žádného semináře o manipulaci neúčastnila, oponovala názorem, že by se žádného podobného vzdělání účastnit ani nechtěla, protože to považuje za nepřínosné. Tato sestra má obavy, že by ji měl učit pracovník, který nemá patřičnou praxi v oboru a jím vykládaná látka pro ni bude do praxe nepoužitelná: *„Na rovinu vám říkám, že bych takovýto seminář neocenila. My si to stejně děláme po svém. Mně osobně přijde, že ty semináře tam stejně přednáší nějaký teoretik, který v životě nebyl v nemocniční praxi a vymyslel jen administrativní úkon, se kterým se k nám přišel předvést. Pro praxi jsou ty informace prakticky nepoužitelné. A to by pro mne nebylo něco, co bych do své práce mohla označit za přínosné. Myslím, že mých 20 let praxe mi dá víc než seminář nějakého teoretika.*“(S9)

4.4 Identifikační údaje sester ve skrytém zúčastněném pozorování

Tabulka 2 Identifikační údaje sester ve skrytém zúčastněném pozorování

Respondent	Označení respondenta	Délka praxe v oboru (roky)	Vzdělání v oboru
Sestra 10	S10	3	vysokoškolské
Sestra 11	S11	12	vyšší odborné
Sestra 12	S12	18	vyšší odborné
Sestra 13	S13	21	středoškolské
Sestra 14	S14	26	středoškolské
Sestra 15	S15	5	vysokoškolské
Sestra 16	S16	8	vyšší odborné

Tabulka 2 charakterizuje výzkumný soubor sester, které byly pozorovány během své jedné pracovní směny při manipulaci s pacientem. Sestra S10 pracuje na sesterní pozici tři a půl roku a má vysokoškolské vzdělání. Sestra S11 pracuje na sesterní pozici 12 let, má vyšší odborné vzdělání. Sestra S12 pracuje na sesterní pozici 18 let, má vyšší odborné vzdělání. Sestra S13 pracuje na sesterní pozici 21 let, má středoškolské vzdělání. Sestra S14 pracuje na sesterní pozici 26 let, má středoškolské vzdělání. Sestra S15 pracuje na sesterní pozici 5 let, má vysokoškolské vzdělání. Sestra S16 pracuje na sesterní pozici 8 let, má vyšší odborné vzdělání. Sestra S8 pracuje na sesterní pozici 11 let, má vyšší odborné vzdělání. Všichni respondenti byli sestry = ženy, pracující v nemocničním zařízení na lůžkových odděleních, a to jak na standardních odděleních, tak na odděleních intenzivní péče.

Pozorovaná sestra S10

Kontrolní kritéria	ANO	NE
Polohování		
Sestra vedla polohovací záznam	X	
Sestra polohovala pacienta samostatně		X
Sestra polohovala pacienta s asistencí druhé osoby	X	
Sestra polohovala pacienta v pravidelných intervalech	X	
Sestra u pacienta při polohování střídala polohy	X	
Sestra dodržela intimitu a stud pacienta při polohování	X	
Komunikace		
Sestra oslovila pacienta před manipulací	X	
Sestra vysvětlila pacientovi, z jakého důvodu s ním jde manipulovat a co bude provádět	X	
Sestra v průběhu manipulace s pacientem postupně vysvětlovala, co právě dělá	X	
Sestra se po manipulaci/polohování zeptala pacienta, jestli je vše v pořádku a vyhovuje mu poloha, ve které se nachází	X	
Pomůcky		
Na pracovišti byly dostupné manipulační pomůcky, které sestra k manipulaci chtěla využít	X	
Na pracovišti byly dostupné polohovací pomůcky, které sestra chtěla využít	X	
Sestra vhodně využila dostupné manipulační pomůcky	X	
Sestra vhodně využila dostupné polohovací pomůcky	X	
Bezpečnost		
Sestra měla při manipulaci s pacientem v lůžku zvednuté postranice	X	
Sestra při manipulaci s pacientem v lůžku jistila pacienta vlastním tělem	-	-
Sestra se během manipulace vzdálila od pacienta		X
Sestra si před manipulací s pacientem vyměnila rukavice	½	
Po manipulaci s pacientem si sestra vyměnila rukavice	½	
Sestra prováděla hygienu svých rukou	X	
Sestra při manipulaci s pacientem dbala osobní bezpečnosti		X

Sestra polohovala pacienta vždy v asistenci s kolegyní/sanitářkou nebo studentem. U pacienta střídala polohy na boku, na zádech a v polosedu. O polohování pacienta byl veden polohovací záznam, který byl umístěn na stěně u lůžka pacienta. Při polohování se sestra snažila dodržovat intimitu pacienta a zbytečně nenechávala pacienta

odhaleného. Sestra zdvořile oslovila pacienta příjmením, současně se ho dotkla na pravém rameni a snažila se s ním navázat oční kontakt, pacient byl spavý. Sestra pacientovi oznámila, že ho otočí na levý/pravý bok nebo záda, vše říkala postupně, ale několikrát se stalo, že nejdříve vzala pacientovi polštář nebo provedla úkon a až poté to okomentovala. Sestra se pacienta pokusila zeptat, jestli mu poloha vyhovuje, pacient neodpovídal, tak mu pouze upravila polštář a panel pod hlavou. Sestra používala dostupné polohovací pomůcky. Využívala perličkový válec, větší molitanový válec za záda, vhodně polohovala i panely lůžka. Sestra k polohování pacienta využívala polohovací podložku. Sestra využila technických možností lůžka, které bylo mechanické. Sestra nepoužila zvedák, na oddělení zvedák ani nebyl pořízen. Sestra polohovala pacienta vždy s asistencí druhé osoby. Při polohování měla sestra u lůžka pacienta zvednuté postranice. Sestra polohovala pacienta v rukavicích asi v polovině případu polohování pacienta. Vždy po manipulaci si umyla a odezinfikovala ruce. Sestra měla na ruce prsten, obuv bez pásku přes patu. Při polohování pacienta sestra nedržela rovná záda

Pozorovaná sestra S11

Kontrolní kritéria	ANO	NE
Polohování		
Sestra vedla polohovací záznam	X	
Sestra polohovala pacienta samostatně		X
Sestra polohovala pacienta s asistencí druhé osoby	X	
Sestra polohovala pacienta v pravidelných intervalech		X
Sestra u pacienta při polohování střídala polohy	X	
Sestra dodržela intimitu a stud pacienta při polohování	X	
Komunikace		
Sestra oslovila pacienta před manipulací	X	
Sestra vysvětlila pacientovi, z jakého důvodu s ním jde manipulovat a co bude provádět	X	
Sestra v průběhu manipulace s pacientem postupně vysvětlovala, co právě dělá	X	
Sestra se po manipulaci/polohování zeptala pacienta, jestli je vše v pořádku a vyhovuje mu poloha, ve které se nachází	X	

Pomůcky		
Na pracovišti byly dostupné manipulační pomůcky, které sestra k manipulaci chtěla využít		X
Na pracovišti byly dostupné polohovací pomůcky, které sestra chtěla využít	X	
Sestra vhodně využila dostupné manipulační pomůcky	X	
Sestra vhodně využila dostupné polohovací pomůcky		X
Bezpečnost		
Sestra měla při manipulaci s pacientem v lůžku zvednuté postranice	X	
Sestra při manipulaci s pacientem v lůžku jistila pacienta vlastním tělem	X	
Sestra se během manipulace vzdálila od pacienta	X	
Sestra si před manipulací s pacientem vyměnila rukavice		X
Po manipulaci s pacientem si sestra vyměnila rukavice		X
Sestra prováděla hygienu svých rukou	X	
Sestra při manipulaci s pacientem dbala osobní bezpečnosti		X

Pacient byl sestrou polohován přibližně po dvou až čtyřech hodinách s ohledem na polohování k jídlu. O polohování byl veden polohovací záznam, který byl umístěn na stěně u lůžka pacienta. Do polohovacího záznamu mohla zapisovat sestra, studenti i sanitářka. V záznamu byla ve zkratce uvedena poloha pacienta a časový údaj o polohování. Polohovací záznam byl rozepsán na polohování po dvou hodinách, což neodpovídalo skutečnosti. Při polohování pacienta sestra zakryla intimní partie pacienta. Sestra se jedenkrát při polohování vzdálila od pacienta, když šla přinést čistou polohovací podložku. Sestra oslovila pacienta příjmením „pane XY“ a oznámila mu, že ho jde otočit – vždy řekla, jak a kam pacienta otočí. Sestra požádala pacienta, aby se chytl postranice, hrazdičky nebo sklonil hlavu k hrudníku. Sestra se zeptala pacienta, jestli ho někde něco netlačí a jak chce nechat přikrytý – jestli mu není horko. Nebyl dostatek manipulačních pomůcek k založení pacienta, aby udržel polohu na boku, bylo použito otočené korýtko na dolní končetinu, což nesplňovalo svůj účel, pacient nebyl zabezpečen v poloze na boku a přetáčel se. K vypodložení dolních končetin sestra použila polštář. Sestra využila polohovacích panelů lůžka. Do lůžka sestra s asistencí druhé osoby vložila složenou kapnu, která byla následně používána jako polohovací podložka. Při přesouvání pacienta z lůžka na vozík sanitního vozidla použila sestra rollboard. Tento přesun byl prováděn ve čtyřech manipulujících osobách. Sestra využila

technických možností lůžka, které bylo elektricky polohovatelné. Sestra manipulovala s pacientem vždy s asistencí druhé osoby. Při polohování pacienta používala sestra postranice. Pokud při polohování stáhla jedna z manipulujících osob postranice, stála vždy minimálně jedna osoba (sestra, sanitářka, sanitář, student) na straně stažených postranic. Sestra polohovala pacienta v rukavicích, které však použila i u předchozích a následujících pacientů. Výměnu rukavic provedla, pokud byly rukavice evidentně znečištěné. Sestra měla na ruku a krku šperky. Při manipulaci sestra nedržela rovná záda.

Pozorovaná sestra S12

Kontrolní kritéria	ANO	NE
Polohování		
Sestra vedla polohovací záznam	X	
Sestra polohovala pacienta samostatně		X
Sestra polohovala pacienta s asistencí druhé osoby	X	
Sestra polohovala pacienta v pravidelných intervalech	X	
Sestra u pacienta při polohování střídala polohy		X
Sestra dodržela intimitu a stud pacienta při polohování	X	
Komunikace		
Sestra oslovila pacienta před manipulací		X
Sestra vysvětlila pacientovi, z jakého důvodu s ním jde manipulovat a co bude provádět		X
Sestra v průběhu manipulace s pacientem postupně vysvětlovala, co právě dělá	X	
Sestra se po manipulaci/polohování zeptala pacienta, jestli je vše v pořádku a vyhovuje mu poloha, ve které se nachází	½	
Pomůcky		
Na pracovišti byly dostupné manipulační pomůcky, které sestra k manipulaci chtěla využít	X	
Na pracovišti byly dostupné polohovací pomůcky, které sestra chtěla využít	X	
Sestra vhodně využila dostupné manipulační pomůcky	X	
Sestra vhodně využila dostupné polohovací pomůcky	X	

Bezpečnost		
Sestra měla při manipulaci s pacientem v lůžku zvednuté postranice	X	
Sestra při manipulaci s pacientem v lůžku jistila pacienta vlastním tělem	-	-
Sestra se během manipulace vzdálila od pacienta		X
Sestra si před manipulací s pacientem vyměnila rukavice	X	
Po manipulaci s pacientem si sestra vyměnila rukavice	X	
Sestra prováděla hygienu svých rukou	X	
Sestra při manipulaci s pacientem dbala osobní bezpečnosti	X	

Sestra pacienta polohovala přesně po dvou hodinách. O polohování vedla polohovací záznam, který byl vložen do ošetřovatelské části zdravotní dokumentace. Do záznamu zapisovala údaje pouze sestra. U pacienta střídala polohu na zádech, polohu v polosedě, polohu na levém boku. Jako důvod nepolohování pacienta na pravý bok sestra uvedla, že „pacient má v pravém boku zavedené dva drény a nechce, aby ho to dráždilo.“ Polohování bylo prováděno za pomoci polohovací podložky. Pacienta polohovala sestra vždy s asistencí druhé osoby. Při manipulaci s pacientem byly kolem lůžka zataženy zástěny. Sestra pacientovi zvedla příkrývku, pak ho teprve oslovila příjmením. Sestra požádala pacienta, ať se chytne hrazdičky nad lůžkem. Pacient nebyl schopen provést úkon, proto dala sestra pacientovi ruce na břicho, což nijak nekomentovala. Sestra pacientovi oznámila, že ho přijde v určité hodině zase otočit. Sestra vhodně použila dostupné manipulační pomůcky. Při poloze na boku založila pacienta za zády molitanovým kvádrem. Mezi dolní končetiny vložila sestra pacientovi přeložený polštář. Do spastické ruky vložila pacientovi molitanový míček. V lůžku pacienta byla umístěna polohovací podložka, kterou při polohování a manipulaci s pacientem sestra i další zdravotnický personál používaly. Zvedák na oddělení nebyl k dispozici. Sestra při polohování a manipulaci s pacientem využívala elektricky polohovatelné lůžko. Sestra polohovala pacienta vždy v asistenci se sanitářkou nebo studentem. S překládáním pacienta na lehátko pomáhal sanitář. Samotné přesunutí pacienta na lehátko probíhalo za pomoci ložního prádla umístěného pod pacienta. Při manipulaci s pacientem bylo použito zvednutých postranic lůžka. Sestra manipulovala s pacientem v rukavicích. Rukavice si nasazovala při příchodu k pacientovi a svlékala, když od pacienta odcházela = rukavice byly použity pouze u jednoho pacienta. Po

manipulaci si sestra ještě umyla ruce. Sestra na sobě neměla šperky, vlasy měla stažené, obuv s páskem přes patu. Při manipulaci se snažila držet rovná záda.

Pozorovaná sestra S13

Kontrolní kritéria	ANO	NE
Polohování		
Sestra vedla polohovací záznam	X	
Sestra polohovala pacienta samostatně		X
Sestra polohovala pacienta s asistencí druhé osoby	X	
Sestra polohovala pacienta v pravidelných intervalech	X	
Sestra u pacienta při polohování střídala polohy	X	
Sestra dodržela intimitu a stud pacienta při polohování	X	
Komunikace		
Sestra oslovila pacienta před manipulací	X	
Sestra vysvětlila pacientovi, z jakého důvodu s ním jde manipulovat a co bude provádět	X	
Sestra v průběhu manipulace s pacientem postupně vysvětlovala, co právě dělá	X	
Sestra se po manipulaci/polohování zeptala pacienta, jestli je vše v pořádku a vyhovuje mu poloha, ve které se nachází	X	
Pomůcky		
Na pracovišti byly dostupné manipulační pomůcky, které sestra k manipulaci chtěla využít	X	
Na pracovišti byly dostupné polohovací pomůcky, které sestra chtěla využít	X	
Sestra vhodně využila dostupné manipulační pomůcky	X	
Sestra vhodně využila dostupné polohovací pomůcky	X	
Bezpečnost		
Sestra měla při manipulaci s pacientem v lůžku zvednuté postranice	X	
Sestra při manipulaci s pacientem v lůžku jistila pacienta vlastním tělem	-	-
Sestra se během manipulace vzdálila od pacienta		X
Sestra si před manipulací s pacientem vyměnila rukavice	X	
Po manipulaci s pacientem si sestra vyměnila rukavice	X	
Sestra prováděla hygienu svých rukou	X	
Sestra při manipulaci s pacientem dbala osobní bezpečnosti	½	

O polohování vedla sestra polohovací záznam, do kterého zapisovala pouze ona, záznam byl umístěn v ošetrovatelské části zdravotnické dokumentace. Pacienta polohovala pravidelně po dvou hodinách s ohledem na polohování ke krmení. U pacienta střídala polohy na bocích a supinační polohu. Sestra pacienta o změně polohy informovala předem. Sestra oslovila pacienta příjmením a počkala na jeho reakci. Poté, co s ní pacient navázal oční kontakt, začala s pacientem dále pracovat. Pokud šla sestra s pacientem manipulovat, zavřela okno i zatáhla mezi lůžka závěs, aby respektovala pacientovu intimitu. Sestra říkala pacientovi krok po kroku, co s ním bude dělat. Nechala pacientovi vždy trochu času, aby měl čas uposlechnout jejích pokynů a chytnout se třeba hrazdičky. Po manipulaci s pacientem a polohování se zeptala, jestli je vše v pořádku. Sestra používala při polohování polohovací pomůcky – dolní končetiny vypodkládala polštářem, k nohám pacienta v supinační poloze umístila bedničku, aby pacient nesjížděl v lůžku dolů, pokud byl pacient uložen do polohy na boku, umístila sestra bedničku za záda pacienta. V supinační poloze umisťovala sestra pod horní končetiny pacienta střídavě klínky, aby horní končetiny neležely stále rovně podél těla. V lůžku pacienta byla složena kapna, která byla využívána jako polohovací podložka. Pro přesun pacienta na vyšetřovací lůžko použila sestra rollboard. Sestra využívala technických možností elektrického polohovacího lůžka, u kterého polohovala panely. Lůžko nebylo vybaveno laterálním náklonem. Sestra polohovala pacienta vždy s pomocí druhé osoby. Pokud pacienta přesouvala z lůžka, koordinovala přesun pacienta. Přesunu se účastnili 4 lidé. Od pacienta se sestra během manipulace nevzdalovala. Při polohování byly u lůžka zvednuty postranice. Sestra polohovala pacienta vždy v rukavicích, které si navlékala u lůžka pacienta a při odchodu od pacienta je vyhodila do infekčního odpadu. S pacientem manipulovala bez rukavic jednou, po manipulaci si ale umyla ruce a odezinfikovala ruce. Sestra nenosila obuv s páskem přes patu. Při manipulaci se snažila mít rovná záda – o zádech poučovala i studenta.

Pozorovaná sestra S14

Kontrolní kritéria	ANO	NE
Polohování		
Sestra vedla polohovací záznam	X	
Sestra polohovala pacienta samostatně		X
Sestra polohovala pacienta s asistencí druhé osoby	X	
Sestra polohovala pacienta v pravidelných intervalech		X
Sestra u pacienta při polohování střídala polohy	X	
Sestra dodržela intimitu a stud pacienta při polohování	½	
Komunikace		
Sestra oslovila pacienta před manipulací		X
Sestra vysvětlila pacientovi, z jakého důvodu s ním jde manipulovat a co bude provádět	X	
Sestra v průběhu manipulace s pacientem postupně vysvětlovala, co právě dělá	X	
Sestra se po manipulaci/polohování zeptala pacienta, jestli je vše v pořádku a vyhovuje mu poloha, ve které se nachází		X
Pomůcky		
Na pracovišti byly dostupné manipulační pomůcky, které sestra k manipulaci chtěla využít	X	
Na pracovišti byly dostupné polohovací pomůcky, které sestra chtěla využít	X	
Sestra vhodně využila dostupné manipulační pomůcky	X	
Sestra vhodně využila dostupné polohovací pomůcky	X	
Bezpečnost		
Sestra měla při manipulaci s pacientem v lůžku zvednuté postranice	X	
Sestra při manipulaci s pacientem v lůžku jistila pacienta vlastním tělem	-	-
Sestra se během manipulace vzdálila od pacienta	X	
Sestra si před manipulací s pacientem vyměnila rukavice		X
Po manipulaci s pacientem si sestra vyměnila rukavice		X
Sestra prováděla hygienu svých rukou	X	
Sestra při manipulaci s pacientem dbala osobní bezpečnosti		X

Sestra polohovala pacienta přibližně po 3-4 hodinách, a to po snídani, na oběd pověřila polohováním studenty a sanitářku, následně po obědě zpolohovala pacienta v asistenci se sanitářkou, kolem šestnácté hodiny odpolední rovněž pověřila polohováním studenty a sanitářku. U pacienta střídala supinační polohu a polohy na

pravém a levém boku. Kontrolu, jak je pacienta zpolohovali studenti neprovedla. O polohování vedla polohovací záznam, který byl umístěn u lůžka pacienta. Při polohování pacienta požádala návštěvu na pokoji, aby opustila na moment pokoj, čímž respektovala intimitu pacienta. Sestra pacientovi při pozorování neoznámila záměr manipulace předem. Sestra odkryla pacienta, poté mu teprve řekla, aby se otočil na levý bok. Pacient nerozuměl pokynům sestry. Sestra se snažila své pokyny zopakovat. Sestra ho s asistencí sanitářky otočila na levý bok za použití polohovací podložky bez aktivní pomoci pacienta. Pacient vypadal zmateně a na polohování verbálně nereagoval. Sestra se nezeptala pacienta, jestli mu poloha vyhovuje. Sestra využila dostupných polohovacích pomůcek, zvednutý podhlavní panel lůžka, perličkový had stočený za zády, mezi dolní končetiny vložena molitanová deska. Do lůžka sestra vložila kapnu jako polohovací podložku. Využito bylo technických možností lůžka – zvedání horního a dolního panelu postele. Polohování bylo prováděno ve dvou osobách, sestra si vždy přizvala na pomoc sanitářku nebo studenta. Při manipulaci s pacientem, polohování, byly zvednuty postranice. Sestra se během manipulace jednou vzdálila od pacienta, a to když šla pro potah na obalení polohovací pomůcky. Sestra manipulovala s pacientem v rukavicích, které měla použité již u předešlého pacienta. Po dokončení manipulace si sestra umyla ruce. Sestra při manipulaci nedržela rovná záda, nevyzvedla si lůžko do polohy, která by umožňovala snazší manipulaci. Na ruku měla šperky, měla obuv s páskem přes patu.

Pozorovaná sestra S15

Kontrolní kritéria		ANO	NE
Polohování			
Sestra vedla polohovací záznam			X
Sestra polohovala pacienta samostatně	X		
Sestra polohovala pacienta s asistencí druhé osoby			X
Sestra polohovala pacienta v pravidelných intervalech			X
Sestra u pacienta při polohování střídala polohy			X
Sestra dodržela intimitu a stud pacienta při polohování	X		

Komunikace		
Sestra oslovila pacienta před manipulací	X	
Sestra vysvětlila pacientovi, z jakého důvodu s ním jde manipulovat a co bude provádět	X	
Sestra v průběhu manipulace s pacientem postupně vysvětlovala, co právě dělá	X	
Sestra se po manipulaci/polohování zeptala pacienta, jestli je vše v pořádku a vyhovuje mu poloha, ve které se nachází	X	
Pomůcky		
Na pracovišti byly dostupné manipulační pomůcky, které sestra k manipulaci chtěla využít	X	
Na pracovišti byly dostupné polohovací pomůcky, které sestra chtěla využít	X	
Sestra vhodně využila dostupné manipulační pomůcky	X	
Sestra vhodně využila dostupné polohovací pomůcky	X	
Bezpečnost		
Sestra měla při manipulaci s pacientem v lůžku zvednuté postranice	½	
Sestra při manipulaci s pacientem v lůžku jistila pacienta vlastním tělem	X	
Sestra se během manipulace vzdálila od pacienta		X
Sestra si před manipulací s pacientem vyměnila rukavice	-	-
Po manipulaci s pacientem si sestra vyměnila rukavice	-	-
Sestra prováděla hygienu svých rukou	X	
Sestra při manipulaci s pacientem dbala osobní bezpečnosti		X

Komplexní polohování pacienta nebylo prováděno. Sestra pacientovi doporučila střídat polohu na pravém boku a zádech. Důvod nepolohování pacienta na levý bok sestra zdůvodnila slovy: „Pacient je po operaci kyčle“. Sestra nekontrolovala pacienta, jestli polohu skutečně mění. Pokud pacient požádal sestru, pomohla mu upravit polohu, nebo sestra pověřila studenta, aby pacientovi pomohl. Před manipulací sestra pacientovi vysvětlila, proč si nemá lehat na levý bok, jakým způsobem má vstávat, upozornila ho i na to, aby se snažil nekřížit nohy a na končetinu nestoupal plnou vahou těla. Pacientovi doporučila, aby neležel stále na zádech, ale snažil se trochu pohybovat. Pacienta během vertikalizace upozorňovala, jak se má posazovat a stoupnout. Říkala pacientovi pokyny postupně krok po kroku. Během vertikalizace se ho několikrát dotazovala, jestli se mu netočí hlava. Sestra se ujistila, že pacient je zpět bezpečně v lůžku, a zeptala se ho, jestli mu vyhovuje poloha, ve které je. Jako polohovací pomůcky sestra využila klín mezi

dolní končetiny, využití mechanického polohovacího lůžka – polohovacích panelů. V lůžku byla vložena složená polohovací podložka, sestra musela upravovat panely lůžka, protože bylo mechanické a pacient nebyl schopen obsluhovat lůžko samostatně. Doporučila pacientovi používat hrazdičku, která byla v lůžku umístěna tak, aby snáze upravil svou polohu v lůžku. Vertikalizovala pacienta v asistenci s kolegyní. Před vertikalizací pomohla pacientovi obléknout se, aby respektovala jeho intimitu. U boku lůžka byla zvednuta jedna postranice. Při vertikalizaci byl pacient jištěn sestrou. Vertikalizovala pacienta bez rukavic. Po manipulaci s pacientem si umyla a odezinfikovala ruce. Měla rozpuštěné vlasy a při manipulaci neměla rovná záda. Při vertikalizaci pacienta udávala sestra bolest zad. Nosila obuv s pásky přes paty.

Pozorovaná sestra S16

Kontrolní kritéria	ANO	NE
Polohování		
Sestra vedla polohovací záznam	X	
Sestra polohovala pacienta samostatně	X	
Sestra polohovala pacienta s asistencí druhé osoby		X
Sestra polohovala pacienta v pravidelných intervalech	X	
Sestra u pacienta při polohování střídala polohy		X
Sestra dodržela intimitu a stud pacienta při polohování	X	
Komunikace		
Sestra oslovila pacienta před manipulací	X	
Sestra vysvětlila pacientovi, z jakého důvodu s ním jde manipulovat a co bude provádět	X	
Sestra v průběhu manipulace s pacientem postupně vysvětlovala, co právě dělá	X	
Sestra se po manipulaci/polohování zeptala pacienta, jestli je vše v pořádku a vyhovuje mu poloha, ve které se nachází	X	
Pomůcky		
Na pracovišti byly dostupné manipulační pomůcky, které sestra k manipulaci chtěla využít	X	
Na pracovišti byly dostupné polohovací pomůcky, které sestra chtěla využít	X	
Sestra vhodně využila dostupné manipulační pomůcky	X	

Sestra vhodně využila dostupné polohovací pomůcky	X	
Bezpečnost		
Sestra měla při manipulaci s pacientem v lůžku zvednuté postranice	½	
Sestra při manipulaci s pacientem v lůžku jistila pacienta vlastním tělem	X	
Sestra se během manipulace vzdálila od pacienta		X
Sestra si před manipulací s pacientem vyměnila rukavice	X	
Po manipulaci s pacientem si sestra vyměnila rukavice		X
Sestra prováděla hygienu svých rukou	X	
Sestra při manipulaci s pacientem dbala osobní bezpečnosti		X

Sestra vedla polohovací záznam, který byl umístěn u lůžka pacienta. Polohování bylo ve dne prováděno po 2 hodinách. S pacientem střídala polohu na pravém boku a zádech. Důvod nepolohování pacienta na levý bok sestra zdůvodnila slovy: „Pacient je po operaci kyčle“. Informovala pacienta o tom, že ho bude polohovat, i že ho posadí k jídlu. Vysvětlila pacientovi, jak jí má při manipulaci a polohování pomoci. Požádala pacienta, aby se chytl hrazdy nad lůžkem a zapřel se o zdravou dolní končetinu. V průběhu manipulace se pacienta ptala, jestli necítí bolest. Sestra se pacienta zeptala, jestli mu poloha vyhovuje, jestli ho v lůžku něco netlačí. Zeptala se ho, jestli chce nechat zvednuté postranice, aby se cítil bezpečněji a mohl se jich i chytnout. Informovala pacienta o tom, že když mu poloha již nebude příjemná, má použít signalizaci, ona přijde a pomůže mu s úpravou polohy. Jako polohovací pomůcku využila korýtka na dolní končetinu a polštář. Sestra polohovala panely mechanického polohovacího lůžka. V lůžku byla použita polohovací podložka. Sestra si asistenta nepřivolala, pacient byl schopen jí při manipulaci dopomoci. V několika případech pověřila polohováním pacienta druhou osobu. Po celý den byla zvednutá postranice na jedné straně pacientova lůžka. Při manipulaci s pacientem a vertikalizaci sestra od pacienta neodcházela. Sestra manipulovala s pacientem v rukavicích, které si nasadila při vstupu na pokoj a po manipulaci s jedním pacientem s nimi postupovala k druhému pacientovi bez výměny. Po manipulaci s pacienty si sestra umyla ruce. Během pracovní směny nosila šperky, měla obuv s páskem přes patu, který ale nenosila zapnutý. Při manipulaci s pacientem sestra neměla rovná záda.

5 Diskuse

Ve zdravotnických zařízeních se sestra setkává s širokým spektrem pacientů, kteří potřebují určitou úroveň pomoci při pohybu a manipulaci (de Ruiten, Liaschenko, 2011). Dle našich zjištění manipuluje zdravotnický personál s pacientem takřka od příjmu na oddělení po jeho propuštění z péče. Což ve svých výpovědích potvrzuje nadpoloviční většina dotazovaných sester. Celé období hospitalizace pacienta zahrnuje činnosti, při nichž je s pacientem fyzicky manipulováno. Sestra pomáhá pacientovi s provedením hygieny, vertikalizaci, přesunech z lůžka i při jednotlivých vyšetřeních. To vše v závislosti na jeho schopnostech, mobilitě a individuálních omezeních, které mohou způsob manipulace ovlivnit. Tento fakt potvrzuje ve své publikaci i Mastiliaková (2014). I přes to, že je manipulace s pacientem poměrně široké a rozsáhlé téma, na otázku, co pro sestry vlastně manipulace s pacientem znamená, odpovídaly všechny respondentky do jisté míry podobně. Za manipulaci ovšem považují takřka každý kontakt s pacientem. Nejčastější manipulací je, dle odpovědí sester, polohování, zvedání a přesouvání pacientů. Všechny si pod pojmem manipulace s pacientem představují ryze fyzickou činnost, pouze jedna dotazovaná sestra zohlednila i možnost psychické manipulace.

Protože je dle našeho názoru manipulace s pacientem činností fyzicky skutečně náročnou, zajímalo nás, i jak se sestry na manipulaci připravují. De Ruiten a Liaschenko (2011) ve své publikaci tvrdí, že znalosti a informace o konkrétním pacientovi jsou klíčem ke správné a bezpečné manipulaci s pacientem. S tímto tvrzením souhlasí všechny dotazované sestry, které před zahájení manipulace zjišťují informace, jenž by mohly ovlivnit způsob a techniku manipulace s konkrétním pacientem. Tyto informace zjišťují nejčastěji přímo ze zdravotnické dokumentace pacienta, dále od lékařů, od kolegů a kolegyně. I přes tímto způsobem získané informace považují dotazované sestry osobní kontakt s pacientem a vlastní úsudek za nedocenitelný. Právě schopnost dobrého profesního úsudku a kritického myšlení považuje za přínosné i Mastiliaková (2014). Vzhled pacienta považují sestry za orientační ukazatel pro náročnost manipulace. Podstatné jsou pro ně informace o celkovém zdravotním stavu pacienta. Dále zjišťují

především pacientovy základní lékařské diagnózy, prodělané operační zákroky a individuální omezení hybnosti pacienta. Zajímají se i v jakém stavu byl pacient schopen žít před hospitalizací a s jakými úkony bude potřebovat nadále pomoc. Mezi další skutečnosti, o které se zjišťují, jsou bezprostřední aktuální podmínky, které by manipulaci mohly ovlivnit. Takovouto situací může být i připojení pacienta k infuzi a zavedené katétry. S podobným vyjádřením souhlasí ve své publikaci i Jirkovský a kol (2012). Výzkumné šetření ukazuje, že za přípravu pacienta na manipulaci sestry považují i dobrou informovanost pacienta o způsobu provedení a posloupnosti manipulační techniky. Navíc se snaží udržovat komunikaci po celou dobu manipulace a kontinuálně pacientovi vysvětlovat, co se s ním právě děje. Tvrzení dotazovaných sester potvrzuje provedené pozorování, kdy skutečně šest ze sedmi sester informovalo pacienta o tom, jakým způsobem s ním budou manipulovat a s pacientem komunikovaly i během manipulace. Jirkovský a kol (2012) tvrdí, že jen pokud pacient celý proces pochopil a aktivně spolupracuje, může využít svůj veškerý potenciál svalové aktivity.

Při pozorování jsme byli svědky, že manipulační pomůcky neboli pomůcky usnadňující manipulaci s pacientem, se v nemocničních zařízeních používají denně. Sestry byly ve výzkumné části dotazovány na používání manipulačních pomůcek. Z jejich výpovědí je patrné, že používají především technicky jednoduché manipulační pomůcky, jako je polohovací podložka a rollboard. Na svých pracovištích nemají k dispozici skluzné desky. Většina ze sester neví, k čemu skluzná deska slouží. Používají pouze jedinou technickou manipulační pomůcku, a to je polohovací lůžko. Přibližně polovina sester má pro manipulaci dostupné elektricky polohovatelné lůžko. Výzkumné šetření také dokládá, že preferují elektricky polohovatelná lůžka, před lůžky s manuálním polohováním. Vytečková a kol (2011) ve své publikaci doporučuje použití lůžek s laterálním náklonem. Ovšem žádná z pozorovaných ani dotazovaných sester nemá k dispozici lůžko umožňující laterální náklon a současně neví, jak by lůžko při laterálním náklonu měly využít. Malíková (2012) uvádí, že obzvláště technické manipulační pomůcky obvykle snižují potřebu vynaložení fyzické síly při manipulaci, čímž ulevují od zátěže pacientovi i ošetrovatelskému personálu. Žádná z dotazovaných ani pozorovaných sester na svém pracovišti nemá k dispozici technický zvedák na

pacienty. Překvapivě se ale shodují v názoru, že prozatím na svých odděleních technické zvedáky nechtějí nebo je neocení. Názor sester se tedy odklání od názoru Malíkové (2012) a doporučení EU-OSHA (2008), která doporučuje omezit ruční zvedání pacientů a naopak doporučuje používat velké manipulační pomůcky. Svůj názor sestry obhajují tím, že práce se zvedákem je náročná na čas, prostor potřebný k manipulaci a dodržení bariérové péče. S doporučením EU-OSHA (2008) nesouhlasí ani Bauder Mißbach (2008), která preferuje taktéž manuální manipulaci a uvádí, že nároky na pohybový systém pacienta ve zvedáku jsou srovnatelné s nároky na pohybový systém zdravého člověka jedoucího výtahem. Rozhovory také upozorňují na fakt, že práci se zvedákem si vyzkoušelo pouze několik dotazovaných sester. Zbylé sestry neví, jak se zvedákem zacházet. I přes tuto skutečnost stále preferují značně konzervativní tradiční manuální manipulaci s pacientem, která je pro ně rychlejší a dle jejich názoru i kvalitnější. Gučková (2007) upozorňuje, že při manipulaci, kdy sestry pacienty zvedají, podpírají a přetahují ryze svojí silou, často neadekvátně zatěžují pohybový aparát. Navíc uvádí, že důsledky fyzické zátěže sester při manipulaci jsou nesporné. S tímto tvrzením souhlasíme. Ke stejnému názoru v tomto bodě dospěla ve své diplomové práci i Hřebejková (2015). Pokud porovnáme názory autorek a výsledky šetření, dojdeme k výsledku, že v případě použití zvedáku jsme na tenké hranici mezi prospěšností manipulace pro personál a prospěšností pro pacienta.

Jako nejjednodušší a zároveň nejvíce využívanou manipulační pomůckou, která je i na pořizovací náklady finančně dostupná, můžeme dle slov Kelnarové (2009) označit polohovací podložku. Výzkumné šetření tento výrok potvrzuje. Většina dotazovaných sester se skutečně shoduje v tom, že nejčastěji používanou manipulační pomůckou je polohovací podložka. Tyto sestry oceňují, že polohovací podložku lze vytvořit z různých kusů ložního prádla. Dle jejich vyjádření jde tedy o velmi dostupnou manipulační pomůcku, která jim umožní snazší manipulaci především s imobilními pacienty. Tento názor je podepřen i výsledky pozorování, kdy v šesti ze sedmi případů pozorování polohování pacienta byla použita polohovací podložka. Kelnarová (2009) ve své publikaci popisuje i přesný postup použití polohovací podložky a jasně uvádí, že pokud sestra pracuje s imobilním pacientem pomocí polohovací podložky, musí si

přizvat asistenci a pracovat ve dvou. Při pozorování bylo zjištěno, že manipulaci pomocí polohovací podložky skutečně provádí vždy minimálně dvě osoby. K přesunům pacientů z lůžka sestry nejčastěji využívají rollboard. Při používání manipulačních pomůcek nezapomínají ani na aktivizaci pacientů a podporu jejich vlastní pohyblivosti v lůžku, což v rozhovoru potvrzují i výpovědi sestry S5. K takovýmto účelům jsou do lůžka instalovány hrazdičky, uzdičky a žebříčky. Do manipulačních pomůcek zahrňme i pomůcky polohovací, kterými sestry mohou zajistit pacienta v bezpečné a komfortní poloze. Výzkumné šetření dokládá, že na svých odděleních mají k dispozici celou řadu polohovacích pomůcek. Ocenily by však jejich jinou skladbu, zejména výměnu tuhých molitanových válců a pomůcek za pomůcky perličkové. Většina sester se shoduje, že má k dispozici dostatek pomůcek. Při pozorování bylo ale ve dvou případech zjištěno, že potřebné polohovací pomůcky nebyly dostupné. Při pozorování bylo také prokázáno, že v některých případech sestry využívají polohovací pomůcky chybně a neefektivně. Richards (2004) doporučuje, aby při používání manipulačních či polohovacích pomůcek byl zajištěn jejich dobrý technický stav tak, aby při jejich používání nedošlo ke zranění personálu nebo pacienta. Na provádění pravidelné údržby a revizích polohovacích i manipulačních pomůcek se shodují všechny dotazované sestry. Konkrétně uvádí, že revizní kontroly probíhají pravidelně a za jejich plnění zodpovídají vedoucí pracovníci – vrchní a staniční sestry.

Křišková a kol (2006) tvrdí, že sestra má vykonávat veškerou manipulaci takovým způsobem, aby zabránila vzniku možných komplikací. Pro dosažení většího bezpečí i při polohování pacientů doporučuje Vytejčková (2011) používat integrované postranice. S tímto doporučením koreluje i chování sester, které skutečně při polohování pacientů používají postranice nebo jistí pacienta vlastním tělem. To potvrdily i výsledky pozorování, kdy při polohování postranice použily všechny pozorované sestry. Pokud u lůžka stahují postranice, jistí pacienta vlastním tělem. Při polohování se dvě pozorované sestry dopustily chyby, když během manipulace vzdálily od lůžka pacienta. Sestry se při zajištění bezpečí při manipulaci nejčastěji dopouštěly chyb v podobě nedodržování bariérové péče. Používaly stejné jednorázové rukavice při manipulaci s více pacienty. Dle doporučení EU-OSHA (2008) by sestry měly dbát správného držení těla, správného

uchopování pacientů a dodržování BOZP. Pozorované sestry v několika případech nedbaly pravidel BOZP. Nejčastěji pozorovanou chybou při manipulaci, která je v rozporu s doporučením EU-OSHA (2008) i názorem Kriškové (2006), která zviditelňuje důležitost koordinace vlastního pohybu, udržení rovnováhy a správné držení těla při práci bylo zejména zmiňované špatné držení těla, nepředpisová obuv a nošení šperků.

Sestry uvádí, že v odůvodněných případech k zajištění bezpečí pacientů v lůžku používají i omezovací metody v podobě kurtování. Pouze několik sester je schopno odpovědět na zákonitost použití kurtů. Část respondentek se odmítá k otázce kurtování zcela vyjadřovat.

Proces polohování je dle názoru Jirkovského a kol. (2012) komplexním procesem, na kterém by se měl podílet veškerý personál, který o pacienta pečuje. Při pozorování bylo zjištěno, že polohování pacientů se účastní sestry, studenti a nižší zdravotnický personál, jako jsou sanitáři a sanitářky. Sestry si k polohování pacientů zvu mnohdy asistenci druhých osob. Jako důvod udávají rozložení zátěže na více osob. Pokud si sestry mohou vybrat, koho si k polohování nebo manipulaci s pacientem přizvou, volí raději muže = sanitáře, který dle jejich tvrzení má více fyzické síly. Jestliže se budeme zabývat přímo polohováním pacientů, sestry u pacientů střídají nejčastěji polohy na bocích, zádech a sed. Odklání se od doporučení Koláře (2009), který při polohování využívá více poloh. Při žádném z pozorování nevyužily polohování pacienta do polohy na břicho, i přes to, že Kolář (2009) doporučuje polohování pacientů do polohy na břicho aspoň 1x za 24 hodin. Sestry o polohování vedou polohovací záznam, který je umístěn buď přímo u lůžka pacienta, nebo založen v ošetrovatelské části zdravotnické dokumentace. Pozorování ale prokázalo, že polohovací záznam ne vždy odpovídal skutečnému stavu. Sestry se navíc při polohování, dopouští několika zásadních chyb, které mohou mít následky v podobě poškození zdraví pacientů i sester. I de Ruiten a Liaschenko (2011) uvádí, že polohování a zvedání pacientů v lůžku je jednou z rizikových situací vzniku MSD. Pozorování potvrzuje, že sestry při polohování pacientů nedrží zmíněný správný postoj, často mají ohnutá záda. Navíc se v některých případech snaží polohovat pacienta pouze v jedné osobě, což není efektivní.

S pacientem po podložce často smýkají. V některých situacích nepoužívají efektivně polohovací pomůcky. Za nejzávažnější pochybení považujeme polohování pacientů po déle jak dvou hodinách. Sestry se obhajují tím, že na pracovišti není pro tak častou manipulaci dostatek personálu nebo časový prostor. I proto pověřují polohováním pacientů sanitářky nebo studenty.

Sestry na svých pracovištích nemají pevně stanoven postup pro vertikalizaci pacienta. Všechny dotazované sestry ale dokážou popsat, jak vertikalizaci osobně provádí. Celý správný postup vertikalizace pacienta popisuje a doporučuje například Jirkovský a kol. (2012).

Jsme názoru, že jako téměř každá činnost, ani manipulace s pacientem se nevyhne určitým problémům. Výzkumné šetření jednoznačně ukazuje, že sestřám při manipulaci dělá největší problém hmotnost pacienta. Konkrétně zvládnout fyzickou manipulaci s těžkým pacientem. Dalšími problémy manipulace, které šetření zviditelnilo, jsou schopnost spolupráce pacienta se sestrou, ale i environmentální podmínky, jako je nedostatek prostoru. Sestry si nejsou zcela jisty, jak mohou řešit problémy s manipulací. Část sester se shoduje, že rizika a problémy při manipulaci s pacienty lze snížit použitím manipulačních pomůcek nebo navýšením počtu personálu. S názorem sester souhlasí i Malíková (2012). Sestry mají obavy, až strach, že při manipulaci dojde k poškození/zranění pacienta nebo jich samotných. Největší obavy mají z pádu pacienta a zavinění vzniku tržných ran. Jak již bylo řečeno, mají strach i o své zdraví, že dle slov sestry S9 fyzicky selžou a „ztrhají“ se. Richards (2004) v souvislosti s prevencí zranění zastává názor, že manipulace s pacientem by měla být prováděna v týmové spolupráci, čímž se zajistí snížení zátěže sestry i rizika poškození pacienta. Provedeným pozorováním bylo zjištěno, že naprostá většina sester si k manipulaci s pacientem, zejména polohování, přizve asistenci druhé osoby. Pokud přesouvají imobilního pacienta z lůžka, není výjimkou, že s pacientem v jeden moment manipuluje i pět osob. Dotazované respondentky upřednostňují i ostatní manipulaci s pomocí asistenta. Gučková (2007) upozorňuje, že sestra musí být při manipulaci schopna zorganizovat si práci a koordinovat pracovníky. Při pozorování bylo zjištěno, že sestry spolu během manipulace s pacientem komunikují. Navzájem si sdělují, co právě budou dělat. Při

vysouvání pacienta v lůžku si odpočítávají moment, kdy pacienta vysunou. Při přesunu pacienta z lůžka pomocí rollboardu, moment přesunu odpočítává jeden pracovník.

EU-OSHA (2008) varuje při manipulaci před závažným vznikem muskuloskeletárních poruch personálu, ke kterým může dojít při činnostech, jako je polohování, zvedání a přesuny pacientů. Toto varování je dle našeho názoru plně na místě. Je až zarážející, že všechny dotazované sestry uvádějí, že trpí bolestmi zad. Do jisté míry nám přijde alarmující výrok sestry S2, která kromě pociťované zátěže při manipulaci s pacientem i pomůckami, tvrdí, že každá sestra při manipulaci pociťuje bolest. Heiberufe (2010) uvádí, že největší zatížení postihuje při manipulaci s pacientem zádové partie ošetřujícího personálu, z čehož pramení řada zdravotních obtíží personálu. Všechny dotazované sestry potvrzují toto tvrzení. Souhlasí, že největší zátěž pociťují v zádových partiích. Navíc dodávají, že manipulace jim činí i problémy s klouby, obzvláště rameny.

Sestry pracující nejen v nemocničních zařízeních, ale celkově v klinické praxi by měly mít určitou úroveň vzdělání, dovedností a znalostí o manipulaci s pacientem, protože manipulace s pacientem je proces, se kterým přijdou do styku denně velice často (Tóthová, 2014). Tóthová (2014) navíc ve svém článku uvádí, že je nutné, aby sestra uvedená do klinické praxe měla odpovídající vzdělání a i nadále se kontinuálně vzdělávala. Provedené výzkumné šetření ukazuje, že vzdělání respondentek v obou částech výzkumného šetření se pohybovalo v mezích od středoškolského po vysokoškolské. Z dotazovaných sester se ale pouze tři sestry účastnily seminářů týkajících se technik správné manipulace s pacientem. Dle našeho názoru sestra, která podstoupila nějakou z forem vzdělávání o manipulaci s pacientem, vedenou odborným školitelem může významně zkvalitnit a zbezpečnit průběh celé manipulace pro pacienta i sestru samotnou. Tudíž by pro ni takovéto vzdělání mělo být přínosné. Z výzkumného šetření ale vyplývá, že pouze část sester, které podstoupily seminář o manipulaci s pacientem, hodnotí seminář jako přínosný a podstoupily by ho rády znovu. Shodně uvádí, že seminář jim byl zajištěn přímo v nemocničním zařízení, ve kterém pracují a to bezplatně. Většina sester, které se doposud žádného vzdělání neúčastnily, by o vzdělání týkající se správné manipulace s pacientem měly zájem. Výjimku tvoří jediná sestra,

kteřá ač žádné rozšiřující vzdělání nepodstoupila, tak ho ani v budoucnu podstoupit nechce. Tato sestra má obavy, že z podobného semináře by nezískala žádné znalosti/dovednosti, které by jí byly v sesterské praxi prospěšné a spoléhá raději na své osobní zkušenosti. S tímto vyjádřením si dovolužeme nesouhlasit. V souvislosti s dosaženým vzděláním sester byly sestry dotazovány, zda se nezajímají o vzdělání například v oblasti pohybově komunikačních konceptů jakým je i kinestetický koncept. Neboť Podrazilová (2015, s. 39) ve svém článku o přínosu kinestetiky pro ošetrovatelskou praxi doporučuje následující: „Základy kinestetické mobilizace by měly být součástí kvalifikační přípravy sester, které si osvojí základy této techniky.“ I přes to žádná z dotazovaných sester nepodstoupila ani podobné vzdělání. O kinestetickém konceptu a principech kinestetiky buď doposud nikdy neslyšely nebo principy kinestetiky nedokážou ani nastínit. Výjimku tvoří pouze jedna sestra, která byla schopna kinestetický přístup při manipulaci s pacientem charakterizovat. Z výzkumného šetření je tedy patrné, že sestry mají možnost získat další vzdělání týkající se manipulace s pacientem, a to přímo v zařízení, ve kterém pracují. Většina sester by o takové vzdělání měla i zájem. Žádná z dotazovaných ani pozorovaných sester nepracuje dle zásad kinestetiky.

6 Závěr

V bakalářské práci s tématem „*Manipulace s pacientem jako ošetrovatelský problém*“ byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, s jakou problematikou se sestry při manipulaci s pacienty nejčastěji setkávají. Druhým cíl měl za úkol zmapovat pomůcky, které sestry při manipulaci nejčastěji využívají. Třetí, cíl byl zaměřen na zkoumání vzdělání sester v oblasti manipulace s pacientem. Konkrétně, zda mají sestry možnost a zájem vzdělávat se v této problematice. Cíle byly splněny.

K vytyčeným cílům bylo stanoveno šest výzkumných otázek. První výzkumná otázka se zabývala problémem, jaké nežádoucí události mohou vzniknout při manipulaci s pacienty. Druhá výzkumná otázka byla zaměřena přímo sestry, u nichž bylo zjišťováno, v čem přesně vidí při manipulaci s pacienty problém. Třetí výzkumná otázka mapuje, zda sestry mají k dispozici pomůcky pro zajištění bezpečné manipulace s pacienty. Čtvrtá výzkumná otázka ukazuje, zda sestry správně používají pomůcky pro manipulaci s pacienty. Pátá výzkumná otázka měla za úkol popsat, jaké způsoby usnadnění manipulace s pacientem sestry používají. Poslední výzkumná otázka zjišťovala, zda mají sestry možnost a zájem vzdělávat se v problematice manipulace s pacientem.

Bylo zjištěno, že nežádoucí události, které se při manipulaci s pacientem může vyskytnout je jednak zranění/poškození pacienta v souvislosti s pádem, neodbornou manipulací nebo limitujícími podmínkami okolí. Dále to může být i poškození přímo manipulujícího personálu.

Z provedeného šetření můžeme odvodit, že manipulace s pacientem v sesterské praxi je činností fyzicky náročnou. Výzkumné šetření poukazuje, že za největší problém sestry při manipulaci s pacientem považují hmotnost pacientů a podmínky okolí. Problém hmotnosti pacienta navíc graduje v případě jeho snížené schopnosti spolupráce s manipulujícím personálem. Za určitý problém sestry při manipulaci považují i psychický stav pacientů. Sestry nemají na svých pracovištích k dispozici složitější manipulační pomůcky, jako je například technický zvedák. Mají však k dispozici jednoduché manipulační i polohovací pomůcky, s jejichž pomocí dokážou zajistit

kvalitní a bezpečnou manipulaci s pacienty. Za nejpřínosnější pomůcku by většina sester volila polohovací položku. Z odpovědí sester je rovněž patrné, že sestry složitější technické pomůcky na svých pracovištích prozatím nechtějí. Odpovědi sester potvrzují, že používané pomůcky jsou pravidelně revidovány, prováděny jejich opravy i výměny tak, aby byl zajištěn dobrý funkční stav a jejich bezpečné používání v praxi. Manipulační a polohovací pomůcky, které mají sestry na pracovištích dispozici, nedokážou dle výsledků šetření používat vždy správným způsobem. Odpovědi sester dále poukazují na fakt, že sestry při manipulaci nevyužívají žádné speciální techniky nebo přístupy usnadňující manipulaci s pacientem. Žádná ze sester nevyužívá principů kinestetického konceptu, většina dotazovaných sester nedokáže ani vysvětlit, jakých principů koncept využívá.

Pokud se budeme zabývat vzděláváním sester v oblasti manipulace s pacientem, tak odpovědi sester v nadpoloviční většině dokazují, že sestry nepodstoupily žádný typ vzdělání, který by se týkal uvedené problematiky. Pokud podobné vzdělávání podstoupily, bylo jim poskytnuto přímo v zařízení, ve kterém pracují, a však ne všechny z těchto sester považují získané vzdělání za přínosné. Ze získaných výsledků můžeme přesto usuzovat, že většina sester má zájem u vzdělání týkající se správné manipulace s pacientem.

Osobně považuji za přínosné, že jsem problematikou manipulace s pacientem v práci zabývala. Rozšířilo mi to pohled na celkovou problematiku manipulace. Nyní chápu, že abych jako sestra zajistila kvalitní a bezpečnou manipulaci s pacientem, musím nejprve dobře znát pacientův stav, dbát na svoji osobní bezpečnost a techniku manipulace. V budoucnu bych se o toto téma ještě ráda zajímala.

Výstupem z práce je informační brožura pro sestry, kterou můžete nalézt v příloze 3. (viz Příloha 3) Účelem brožury je přivést sestry k zamyšlení nad problematikou manipulace a současně představit základy využití kinestetiky.

7 Seznam informačních zdrojů:

[neuvedeno]. 2008, *Strategie přesunů*. [neuvedeno], Mediální agentura EkoSprint a Schich, Dostupné z: <https://vimeo.com/67963122>.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Hana HAJDUCHOVÁ a Jitka PRAJSOVÁ, 2015, Názory sester na bezpečnost pacientů souvislosti s používáním omezovacích prostředků u pacientů v nemocnicích České republiky. *Kontakt*. České Budějovice: Johanus, 17(2), 86-93. ISSN 1212-4117.

BAUDER MIßBACH, Heidi, 2008, *Základy pohybové podpory: Viv-Arte kinestetika modul 1-4*. [neuvedeno]. Asselfingen: Viv-Arte Bewegungsschule, 104 s. ISBN [neuvedeno].

Bazální stimulace: komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept [online]. ©2011 [cit. 2016-01-9]. Dostupné z: <http://www.bazalstimulace.cz/>

ČESKO, Vyhláška č. 467/2012 Sb. ze dne 18. 12. 2012, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. částka 174, s. 6146 - 6201. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vyhlaska-c467/2012-sb_7261_3.html

DE RUITER, Hans-Peter a Joan LIASCHENKO, 2011, To Lift or Not to Lift: Patient-Handling Practices. *AAOHN Journal*. Thorofare: SLACK Incorporated, 59(8): 337-343. DOI: 10.3928/08910162-20110718-02. ISSN 0891-0162. Dostupné také z:

EMMEROVÁ, Kateřina, 2010, Kinestetika usnadňuje práci. *Florence*. Praha: Ambit Media, 6(5), 28-29. ISSN 1801-464X.

EU-OSHA, Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. 2008, *E-FACTS 28: Postupy manipulace s pacienty umožňující předcházet vzniku MSD u pracovníků ve zdravotnictví* [online]. [cit. 2015-10-28]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/tools-and-publications/publications/e-facts/efact28/view>

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007, *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

GUČKOVÁ, Mária, 2007, Fyzická zátěž sester. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 17(6): 21. ISSN 1210-0404.

- HEIBERUFE, Redakce, 2010, Postupy šetřící záda ošetřovatelů. *Florence*. Praha: Ambit media, 6(9): 6-7. ISSN 1801-464X.
- HŘEBEJKOVÁ, Blanka, 2015, *Bezpečí při mobilizaci a polohování pacienta*, České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU
- INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE: *O Bazální stimulaci* [online]. © 2005-2015 [cit. 2016-01-10]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/desatero/>
- INTERNAL JOINT COMMISSION, 2005, *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči: komentovaný oficiální překlad*. Vyd. 1. Praha: Grada, 247 s. ISBN 80-247-1001-3.
- JIRKOVSKÝ, Daniel a kol., 2012, *Ošetřovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007, *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KELNAROVÁ, Jarmila, 2009, *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. Ročník*. Praha: Grada, 244 s. ISBN 978-802-4728-308
- Kinestetika.cz: „pohyb je život“* [online]. ©2008-2015 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <http://www.kinestetika.cz>
- KOLÁŘ, Pavel et al., 2009, *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, xxxi, 713 s. ISBN 978-807-2626-571.
- KOZIEROVÁ, B., G. ERBOVÁ a R. OLIVIEROVÁ, c1995, xxxi, *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- KRIŠKOVÁ, Anna a kol., 2006, *Ošetrovatel'ské techniky: metodika sesteryských činností : učebnica pre lekárske fakulty*. 2., preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 779 s. ISBN 80-806-3202-2.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011, *Úvod do ergoterapie*. Vyd.1. Praha: Grada, 368 s. ISBN 978-802-4726-991.

- KRONUSOVÁ, Radka, 2008, Polohování - aktivní způsob ošetřování. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 18(2), 40-42. ISSN 1210-0404.
- KYASOVÁ, Miroslava, 2009, Možnosti polohování nemocných na lůžku. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc. Solen, 11(2), 96 - 97. ISSN 1212-7299.
- MALÍKOVÁ, Lenka, 2012, Studie muskuloskeletární zátěže. *Ošetrovatelská péče*. Brno: Siviliania, 3(1): 22-23. ISSN 1213-2330.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014, *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka a kol., 2006, *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- MYNÁŘÍKOVÁ, Eva, 2006, Leonardo - o správné a bezpečné manipulaci s pacientem. *Florence*. Praha: Ambit Media, 2(12): 51s. ISSN 1801-464X.
- NEDĚLKOVÁ, Hana, 2008, Ano, kinestetika umožňuje snazší a efektivnější mobilizaci pacienta. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 18(7-8): 23. ISSN 1210-0404
- PIECKOVÁ, Lenka, 2012, Rehabilitační ošetrovatelství v práci sestry. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 11(6), 34-35. ISSN 1210-0404.
- PODRAZILOVÁ, Petra, 2015, Význam kinestetiky pro ošetrovatelskou péči. *Florence*. Praha: Ambit media, XI(5), 38 - 39. ISSN:1801-464X.
- RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS, 2004, *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1., české. Praha: Grada, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011, *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- STEVENSON, John, Christian HINSCH, Kristen BARTOLD, Lucas a Lindsay TYLER, 2015, Exploring the Influence of Clinical and Classroom Training on Advocacy for Safe Patient Handling Practices among Student Physical Therapists. *Journal of Physical Therapy Education*. 29(1): 60-68. ISSN 0899-1855.
- TÓTHOVÁ, Valérie. 2014, Editorial: Potřebuje sestra vysokoškolské vzdělání? *Kontakt*. Česká Budějovice: Johanus, XVI(3): 197-180. ISSN 1212-4117.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006, *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 80-247-1262-8

VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK, 2006, *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Vyd. 1. Praha: Grada, 68 s. ISBN 80-247-1919-3.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2011, *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2015, *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Vyd. 1. Praha: Grada, 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

WORKMAN, Barbara A a Clare L BENNETT, 2006, *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 260 s. ISBN 80-247-1714-X.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Struktura polostandardizovaného rozhovoru se sestrami

Příloha 2 Záznamový arch

Příloha 3 Informační brožura

Příloha 4 Přepisy rozhovorů (viz zadní strana pevných desek)

Příloha 1 Struktura polostandardizovaného rozhovoru se sestrami

Otázky pro polostrukturovaný rozhovor k BP *Manipulace s pacientem jako ošetrovatelský problém*:

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru:

Délka praxe v oboru:

1. Co si představíte pod pojmem „manipulace s pacientem“?
 - Zkuste do tohoto celku zařadit, vše, co si myslíte, že obsahuje.
2. Z čeho máte při manipulaci s pacientem strach/obavy?
3. Co vám dělá při manipulaci s pacientem největší problém?
 - Jak tento problém řešíte/ eliminujete?
4. Co zjišťujete předtím, než začnete s pacientem manipulovat?
5. Jak se dozvíte, že manipulace s pacientem bude ztížená?
 - Co jsou pro vás hlavní ukazatele?
6. Co je pro vás z oblasti manipulace s pacientem nejvíce namáhavé?
 - Pociťujete při nebo po manipulaci s pacientem bolest? Jaké partie těla jsou dle vašich osobních zkušeností nejvíce namáhány?
7. Stala se vám při manipulaci s pacientem nějaká nežádoucí událost?
 - Jaká?
 - Kolikrát?
8. Došlo na oddělení, na kterém pracujete, při manipulaci s pacientem k jeho poškození / zranění?
9. Jak často se u vás provádí revize/výměna manipulačních pomůcek? Lůžka/rollboardy,...
10. Jakým způsobem a jakými pomůckami zajistíte/zajišťujete kvalitní bariérovou péči při manipulaci?
11. S pacientem častěji manipulujete sama nebo si přizvete asistenta?
 - Proč?
12. Jakým způsobem byste přesunula pacienta z lůžka na vozík?
13. Informujete pacienta o přesném sledu, v jakém bude manipulace probíhat?
 - Jakým způsobem poučíte pacienta o manipulaci?

14. Které manipulační pomůcky máte k dispozici a které používáte?
 - Preferujete nějakou pomůcku?
15. Máte ve vašem zařízení stanoven přesný postup pro vertikalizaci pacienta? Jak by měla podle vás vypadat vertikalizace pacienta?
16. Máte ve vašem zařízení stanoven přesný postup při použití omezujících prostředků? (např. při kurtování).
 - Jak a čím?
17. Podstoupila jste nějakou z forem vzdělávání o manipulaci s pacientem?
 - Jakou?
18. Proběhl ve vašem zařízení nějaký seminář/ cvičení/ přednáška týkající se správné manipulace s pacientem pod odborným kvalifikovaným školitelem?
 - Pokud ano, byl pro vás přínosný a jak? Zopakovala byste si ho znovu?
19. Ocenila byste nějakou formu vzdělávání o manipulaci s pacientem?
 - Jakou?
20. Slyšela jste někdy o kinestetickém konceptu?
 - Co si pod tímto termínem představíte?
 - Využila jste někdy jeho prvky?
21. Kolikrát za den manipulujete s pacientem?
22. Chcete k této problematice a rozhovoru něco dodat nebo zdůraznit?

Příloha 2 Záznamový arch

Oblasti pozorování	Sestra č.
Polohování pacienta	
Komunikace s pacientem před manipulací	
Komunikace s pacientem při manipulaci	
Komunikace s pacientem po manipulaci	
Použití polohovacích pomůcek	
Použití drobnějších mechanických manipulačních pomůcek (např. podložka, roallboard)	
Použití technických manipulačních pomůcek (např. elektrický zvedák)	
Přivolání asistenta / samostatná manipulace	
Zajištění pacienta eliminující riziko pádu/zranění při manipulaci	
Výměna rukavic a jednorázových pomůcek při manipulaci s pacientem	
Bezpečnost manipulující sestry	

Příloha 3 Informační brožura



Co je kinestetika?

Kinestetika je pohybově komunikační koncept, který umožňuje nejen zdravotnickým pracovníkům pochopit základní vzorce lidského pohybu a využít všech pohybových rezerv pacienta. Manipulující pracovník vykonává pohyb společně s pacientem s co nejmenším užitím vlastní fyzické síly.

Výhody

- Minimalizuje bolestivé podněty
- Při manipulaci zachovává pacientovu pohybovou aktivitu
- Podporuje fyziologický pohyb, čímž mobilizuje klouby a svaly
- Snižuje riziko vzniku imobilizačního syndromu
- Chrání personál před přetížením
- Snižuje riziko vzniku poranění personálu i pacienta
- Nepoužívá nákladné manipulační pomůcky

Nevýhody

- Pokud něco můžeme označit za nevýhodu manipulace s využitím kinestetického konceptu, pak to v jistých situacích může být relativní blízkost a těsný kontakt mezi sestrou a pacientem, což nemusí být pro personál nebo pacienta příjemné.

Kinestetické principy

Interakce

- obsahuje veškeré komunikační výměny mezi manipulujícím personálem a pacientem
- základním předpokladem dobré interakce jsou dobrá kvalita smyslového vnímání

Funkční anatomie

- musíme být schopni rozumět anatomickým základům pohybu
- základními prostředky pro pohybový systém je flexibilita a stabilita

Lidský pohyb

- princip spočívá v uvědomění si specifických pohybových vzorců, které dohromady vytváří podstatu pro realizaci běžných denních funkcí.

Lidské funkce

- závisí na pohybových vzorcích, které jsou základem pro provedení běžných denních funkcí a pro plynulý průběh vnitřních funkcí mezi změnami poloh
- v kinestetice je rozlišováno sedm základních pozic/poloh

Námaha

- jde o tělesnou sílu potřebnou pro vykonání pohybu
- kinestetika klade důraz na účinné vytváření tahu a tlaku s vydáním co nejmenší síly/námahy

Okolí

- na provedení pohybu působí podněty z okolí, jako je i gravitace či silová interakce mezi personálem a pacientem
- vlastnosti, povaha i ráz prostředí dokážou přímo ovlivnit svalový tonus pacienta i možnosti provedení pohybu

Fáze kinestetické mobilizace pacienta

Zahřátí

Pro pacienty upoutané na lůžko nebo omezené v pohybu vlivem onemocnění skrývá manipulace i mobilizace často množství bolestivých podnětů. Pokud ale před každou mobilizací pacienta zavedeme do praxe určité rozeřtání drobnými pohyby, můžeme alespoň části nežádoucích symptomů předcházet.

Funkční trénink

Kvalita mobilizace závisí i na tréninku, tedy času a důslednosti, které právě těmto drobným pohybovým aktivitám s pacientem věnujeme. Věnujeme se učení pohybových vzorců, jejich cvičení i tréninku koordinace. Čím kvalitněji bude malými pohyby prováděna mobilizace v lůžku, tím snadněji dokážeme realizovat mobilizaci pacienta z lůžka.

Zklidnění

Třetí fáze mobilizace spočívá ve správném rozložení váhy, pohodlném upravení pozice a uvolnění.

Naučme se

- Provádět pohyby a celou manipulaci plynule
- Mechaniku fyziologického pohybu
- Umět zapojit pacienta
- Rozeznat reálné možnosti pacienta

Pár rad na závěr

- Pokusme se upustit od stereotypu, který při manipulaci zažíváme denně.
- Zacházejme s pacientem, jako bychom na lůžku leželi my sami.
- Mysleme na svá záda.
- Važme si vlastního zdraví. Můžeme si vybrat, jestli budeme pracovat s pacienty ležícími v lůžku nebo v něm budeme ležet my.



Pokud byste se chtěli dozvědět o kinestetice více, můžete navštívit web www.kinestetika.cz, na kterém najdete informace. Tvůrci těchto stránek pořádají i odborné semináře v České republice. Rovněž doporučuji stránky <http://www.kinästhetik-plus.de/>, které jsou propojeny se sociální sítí Facebook, kde naleznete i videa jak se pracuje s pacienty s využitím kinestetického konceptu.

Použité zdroje:

1. BAUDER MIßBACH, Heidi. 2008, *Základy pohybové podpory: Viv-Arte kinestetika modul 1-4*. Asselfingen: Viv-Arte Bewegungsschule, 104 s. ISBN [neuveveno].
2. *Kinestetika.cz: „pohyb je život“* [online]. ©2008-2015 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <http://www.kinestetika.cz>
3. PODRAZILOVÁ, Petra. 2015, Význam kinestetiky pro ošetrovatelskou péči. *Florence*. Praha: Ambit media, **XI**(5), 38 - 39. ISSN:1801-464X.
4. *VIV-ARTE® KINÄSTHETIK-PLUS BEWEGUNGSSCHULE VAP + VAT®* [online]. VIV-ARTE, aktualizováno 15. 4. 2016 [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: <http://www.kinästhetik-plus.de/anfahrt/>