

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Jaroslava Čapounová Volcová, DiS.

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů
pro střední a vyšší odborné školy

**Fyzická zátěž a její dopad na zdraví u pracovníků
v přímoobslužné péči v sociálních službách**

Olomouc 2015

vedoucí práce: MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 14. 6. 2015

Bc. Jaroslava Čapounová Volcová, DiS.

.....

Podpis

Děkuji MUDr. Kateřině Kikalové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, cenné rady, podněty a připomínky. Děkuji také všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

OBSAH

ÚVOD	7
1 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE	9
1.1 Hlavní cíl práce	9
1.2 Dílčí úkoly práce	9
1.3 Stanovení výzkumných problémů a hypotéz	9
2 TEORETICKÉ POZNATKY	11
2.1 Zákon o sociálních službách	11
2.2 Sociální služby	12
2.2.1 Domov pro seniory	14
2.2.2 Domov se zvláštním režimem	16
2.2.3 Uživatelé sociálních služeb	16
2.2.3.1 Uživatelé v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem.....	17
2.2.4 Pracovníci v sociálních službách.....	18
2.3 Fyzická zátěž.....	21
2.3.1 Fyzická zátěž u pracovníků v sociálních službách (u pracovníků přímoobslužné péče)	22
2.4 Důsledky fyzické zátěže u pracovníků v sociálních službách (u pracovníků přímoobslužné péče)	25
2.4.1 Nemoci pohybového systému.....	25
2.4.2 Nemoci související s přetížením svalů či šlach	26
2.4.3 Nemoci související s naražením či zhmožděním končetin.....	27
2.4.4 Nemoci urologického systému	27
2.4.5 Únava.....	28
2.5 Pracovní úrazy a nemoci z povolání	29
2.6 Bezpečnost a ochrana zdraví před fyzickou zátěží	30
2.7 Ruční manipulace s břemeny (uživateli).....	32

2.8 Pomůcky pro manipulaci s uživateli	33
2.9 Ergonomie	40
2.10 Kinestetika.....	42
2.11 Škola zad	42
2.12 Relaxace	42
3 METODIKA PRÁCE	44
3.1 Metodika a organizace výzkumu	44
3.2 Statistické vyhodnocení dat.....	45
3.3 Charakteristika zkoumaného souboru	46
4 VÝSLEDKY PRÁCE A DISKUZE.....	52
4.1 Fyzická náročnost práce	52
4.2 Způsob odpočinku a zdravotní problémy související s výkonem povolání pracovníka přímoobslužné péče.....	54
4.3 Povolená hmotnost a předepsané postupy pro ruční manipulaci	63
4.4 Školení a informovanost pracovníků přímoobslužné péče o manipulaci s uživateli	67
4.5 Kompenzační pomůcky a jejich využití	70
4.6 Pomoc pracovníka či kompenzačních pomůcek	74
4.7 Výzkumné problémy	76
4.8 Posouzení platnosti stanovených hypotéz	77
ZÁVĚR	80
SOUHRN	83
SUMMARY	84
REFERENČNÍ SEZNAM.....	85
SEZNAM ZKRATEK	93
SEZNAM OBRÁZKŮ	94
SEZNAM TABULEK.....	95
SEZNAM GRAFŮ	97

SEZNAM CIZÍCH SLOV 99

SEZNAM PŘÍLOH..... 101

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Výsledky hypotéz

ANOTACE PRÁCE

ÚVOD

„Proč nám skvělá technika, která šetří práci a usnadňuje život, dosud přinesla tak málo štěstí. Odpověď je prostá: protože jsme se jí nenaučili rozumně užívat.“

Albert Einstein (www.azcitivity.cz)

Domov pro seniory. Domov se zvláštním režimem. Místa, kde někteří z nás ve stáří nacházejí svůj druhý domov. Mnohdy s očekáváním klidu, odpočinku a příjemně stráveného podzimu života. Důvody nástupu do domova pro seniory či domova se zvláštním režimem mohou být rozdílné, ale většinou se jedná o zhoršující se zdravotní stav seniorů, který nezvládají jejich blízcí a přenechávají péči na kvalifikovaný personál. Mezi tento personál se řadí i pracovníci přímoobslužné péče, kteří pomáhají seniorům se zvládáním každodenních činností. Jedná se například o ranní, večerní či celkovou hygienu, pomoc při oblékání, výměnu inkontinenčních pomůcek, podávání stravy nebo o polohování imobilních seniorů. Mohlo by se zdát, že se jedná o nenáročnou práci, ale domnívám se, že opak je pravdou. Pomineme-li náročnou psychickou zátěž, které jsou pracovníci vystaveni, neboť vzhledem k pokročilému věku seniorů se často setkávají se smrtí, je zde také zátěž fyzická. A právě ji, respektive fyzické zátěži a jejímu dopadu na zdraví u pracovníků v přímoobslužné péči, bych se chtěla věnovat ve své diplomové práci. Neboť mnozí z nás si neuvědomují, jak je tato práce fyzicky náročná, zejména pak pro ženy, které jsou většinou na těchto pracovních pozicích.

Sama jsem pracovala v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem 7 let a s fyzickou náročností této práce jsem se setkávala téměř každodenně. Viděla jsem, jak zejména manipulace se seniory je pro ošetřující personál fyzicky náročná a to zejména v době, kdy nebyly k dispozici pomůcky, které by manipulaci ulehčily. Poznávala jsem, jakým způsobem se podepisuje fyzická náročnost této profese na zdraví ošetřujícího personálu. Bolesti zad, pohmožděniny, přetížení svalů či urologické problémy u žen byly obvyklým jevem. Je smutné, že ačkoli se pracovníci přímoobslužné péče snaží, co nejdále v rámci možností udržet soběstačnost a zdraví seniorů, mnohdy si své zdraví poškozují. Vzhledem ke skutečnosti, že do zařízení sociálních služeb budou přijímáni senioři se stále více zhoršujícím se zdravotním stavem, jejichž závislost na pomoci ošetřujícího personálu

bude narůstat, bude docházet i ke zvyšování fyzické zátěže na pracovníky a tím i dopadu na jejich zdraví.

Domnívám se, že je málo těch, kteří vybranému tématu věnují pozornost, proto jsem se rozhodla jím zabývat. Někteří z Vás mohou namítat, že o výše uvedeném již bylo hodně napsáno a mnoho studií provedeno. Já tento názor nesdílím. Je pravdou, že fyzické náročnosti se věnuje jak odborná literatura, tak i různá výzkumná šetření, ale mnohdy v souvislosti s prací všeobecných sester ve zdravotnictví. Jedná se například o bakalářskou práci nazvanou Psychická a fyzická zátěž u sester na ARO (Malíská, 2013), Pracovní fyzické zatížení všeobecných sester (Mizerová, 2013) či diplomovou práci Hodnocení pracovní zátěže sester (Klimánková, 2013). Nechci v žádném případě zlehčovat práci všeobecných sester, ale pokud porovnáme pracovní náplň jejich a pracovníků přímoobslužné péče, tak se liší. Všeobecné sestry v sociálních službách mají na starosti spíše odbornou péči, jako je podávání léků, provádění převazů, měření fyziologických funkcí a vedení ošetrovatelské dokumentace. Naproti tomu pracovník přímoobslužné péče provádí hygienu, výměnu ošacení a inkontinenčních plen, vysazování seniorů do křesla atd. To on je ten, kdo provádí přímou péči u seniora, jak už z názvu pracovníka přímoobslužné péče vyplývá.

Všem, kteří otevřeli tuto práci s úmyslem dozvědět se více o fyzické zátěži a jejímu dopadu na zdraví pracovníků přímoobslužné péče, děkuji. Těm, kterých se téma diplomové práce osobně dotýká, neboť jsou sami pracovníky, kteří se setkávají každodenně s touto formou fyzické zátěže, přeji, ať jim jejich práce přináší jen samé radosti a žádné zdravotní problémy s ní související.

1 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

1.1 Hlavní cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký dopad má fyzická zátěž na zdraví u náhodně vybraného vzorku pracovníků přímoobslužné péče v sociálních službách (dále respondentů) ve znojenském regionu a jaké zdravotní problémy se nejčastěji vyskytují v souvislosti s výkonem jejich povolání.

1.2 Dílčí úkoly práce

1. Zjistit, zda je pro respondenty práce fyzicky náročná.
2. Zjistit, jaký způsob odpočinku či relaxace volí respondenti nejčastěji.
3. Zjistit, zda respondenti vědí, jaká je povolená hmotnost pro časté zvedání a přenášení živého břemene u ženy a muže.
4. Zjistit, zda respondenti dodržují předepsané postupy při ruční manipulaci s živými břemeny (dále uživateli).
5. Zjistit, zda respondenti mají možnost využívat pomůcky, které jim mohou usnadnit manipulaci s uživateli.
6. Vyhodnotit, které pomůcky nejčastěji užívají respondenti při své práci.
7. Porovnat některé zjištěné výsledky z našeho výzkumného šetření s výsledky jiného výzkumného šetření.

1.3 Stanovení výzkumných problémů a hypotéz

Stanovili jsme si následující výzkumné problémy (otázky), které jsme zaměřili na pracovníky přímoobslužné péče v sociálních službách. Na základě výzkumných problémů jsme formulovali následující hypotézy.

Výzkumný problém č. 1: Považují respondenti svoji práci za fyzicky náročnou?

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že více jak 80 % respondentů považuje svoji práci za fyzicky náročnou.

Výzkumný problém č. 2: Objevují se u respondentů zdravotní problémy, které souvisí s výkonem jejich povolání?

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že u více jak 80 % respondentů se objevují zdravotní problémy související s výkonem jejich povolání.

Výzkumný problém č. 3: Které zdravotní problémy se nejčastěji vyskytují u respondentů v souvislosti s výkonem jejich povolání?

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že u respondentů v souvislosti s výkonem jejich povolání se nejčastěji vyskytují zdravotní problémy spojené s potížemi páteře.

Výzkumný problém č. 4: Jaký způsob odpočinku či relaxace volí respondenti nejčastěji?

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že respondenti volí nejčastěji pasivní způsob odpočinku.

Výzkumný problém č. 5: Dodržují respondenti předepsané postupy při ruční manipulaci s uživateli?

Hypotéza č. 5: Předpokládáme, že více jak 50 % respondentů dodržuje předepsané postupy při ruční manipulaci s uživateli.

Výzkumný problém č. 6: Mají možnost respondenti využívat při své práci kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s uživateli?

Hypotéza č. 6: Předpokládáme, že více jak 80 % respondentů má možnost využívat při své práci kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s uživateli.

Výzkumný problém č. 7: Při jaké činnosti využívají respondenti kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s uživateli nejvíce?

Hypotéza č. 7: Předpokládáme, že respondenti využívají nejvíce kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s uživateli při hygieně.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

V teoretické části diplomové práce nejprve okrajově představíme zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Blíže se zaměříme na sociální služby, zejména na domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, neboť v těchto zařízeních pracují respondenti, které jsme oslovili během výzkumného šetření. Budeme se věnovat také samotným respondentům, tedy pracovníkům přímoobslužné péče v sociálních službách, neopomeneme ani uživatele sociálních služeb. Domníváme se, že pro ucelený pohled na fyzickou zátěž a její dopad na zdraví u pracovníků přímoobslužné péče, je dobré být seznámen s jejich náplní práce a také s osobami, o které pečují. Neboť je důležité si uvědomit, že tyto pracovníci pracují se seniory, kteří jsou mnohdy ve velké míře odkázáni na pomoc jiné osoby a z důvodu pokročilého věku, nejsou schopni být těmto osobám jakkoliv nápomocni při péči o ně samotné. Stěžejním tématem teoretické části je fyzická zátěž a její dopad na zdraví. Zaměříme se proto podrobněji na fyzickou zátěž, zejména na zdravotní problémy, které mohou vznikat v důsledku fyzické zátěže a únavu. Domníváme se, že fyzická zátěž nejvíce souvisí s manipulací s uživateli, proto se jí budeme v tomto směru také věnovat. Předmětem diplomové práce není samotná manipulace s uživateli, proto neuvádíme, jakým způsobem manipulovat s uživateli. Ale zmíníme se o kompenzačních pomůckách, které manipulaci s uživateli mohou usnadnit a zmírnit tak dopady fyzické zátěže na zdraví pracovníků přímoobslužné péče. V závěru teoretické části se zmíníme o ergonomii, kinestetice a Škole zad. Neopomeneme ani relaxaci, prostřednictvím které mohou pracovníci přímoobslužné péče kompenzovat svoji fyzickou zátěž způsobenou v zaměstnání.

2.1 Zákon o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále zákon o sociálních službách), vstoupil v účinnost od 1. ledna 2007 společně s vyhláškou č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se provádí některá ustanovení tohoto zákona.

Zákon o sociálních službách přinesl řadu důležitých změn, které vyvolaly celkovou změnu koncepce sociálních služeb. Zákon například upravuje podmínky, za kterých je

prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči poskytována pomoc a podpora fyzickým osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci. Za takovou situaci je považováno oslabení nebo ztráta schopnosti, ať už z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu či životních návyků. Zmíněný příspěvek na péči je novým prvkem systému sociálních služeb a jeho prostřednictvím si osoby závislé na pomoci jiné osoby mohou zajistit potřebnou pomoc. Mezi poskytovatelem sociálních služeb, tedy tím, kdo služby poskytuje a klientem/uživatelem se nově uzavírá smlouva o poskytnutí sociální služby, která zejména v oblasti sociální péče má písemnou podobu. Klientem nebo uživatelem nazýváme osoby, které potřebují pomoc sociální služby. Poskytovatelem uvedených služeb je podle zákona o sociálních službách fyzická nebo právnická osoba poskytující sociální služby na základě oprávnění, které vzniká rozhodnutím o registraci, o níž rozhoduje příslušný krajský úřad. Poskytované služby musí odpovídat standardům kvality sociálních služeb, které by měly přispět ke zkvalitnění poskytovaných služeb. Dohled nad kvalitou služeb vykonává inspekce poskytování sociálních služeb. Dále zákon definuje kvalifikační požadavky na práci v oblasti sociálních služeb. Zákon o sociálních službách stanovuje druhy sociálních služeb a jejich formy.

I přesto, že zákon o sociálních službách přinesl řadu pozitivních změn, v praxi se objevily i negativní jevy. Zákon postupně prošel několika novelizacemi, poslední novela č. 254/2014 Sb. nabyla účinnosti dne 1. 1. 2015 (www.zakonyprolidi.cz, Krejčířová, Treznerová, 2011).

2.2 Sociální služby

Zákon o sociálních službách popisuje sociální službu jako činnost nebo soubor činností, kterými se zajišťuje pomoc či podpora osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (Sokol, Trefilová, 2008).

Tomeš (2001) uvádí, že sociální služba je druh sociální péče, kterou poskytuje státní nebo obecní instituce ve prospěch jiné osoby nebo je sociální prací, kterou konají sociální pracovníci ve prospěch osob v sociální nouzi.

Matoušek a kol. (2011) uvádí, že sociální služby jsou legislativně vymezovány jako součást tzv. sociální pomoci, která obsahuje nejen sociální služby, ale také finanční a věcné dávky, sloužící k zabezpečení osob v hmotné nouzi. Cílem sociálních služeb je zlepšit kvalitu, popřípadě začlenit znevýhodněné osoby do společnosti.

Sociální služby jsou poskytovány nejen jednotlivcům, ale také rodinám či skupinám obyvatel. Nejvíce využívají sociální služby senioři, osoby se zdravotním postižením, rodiny s dětmi a lidé, kteří žijí na okraji společnosti (Sokol, Trefilová, 2008).

Halásková (2005) třídí sociální služby na obligatorní (závazné a povinné), fakultativní (nezávazné a nepovinné), individuální a skupinové, jednorázové, opakované nebo časově ohraničené či neohraničené.

Jak už bylo zmíněno, zákon o sociálních službách rozlišuje formy poskytování sociálních služeb a druhy sociálních služeb.

Formy poskytování sociálních služeb jsou následující:

- **pobytové** - spojené s ubytováním osob v zařízeních sociálních služeb (například domov pro seniory)
- **ambulantní** - osoba dochází nebo je doprovázena (dopravována) do zařízení sociálních služeb (například sociálně terapeutické dílny)
- **terénní** - poskytovány osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí (například terénní programy) (Michalík, 2010)

Mezi druhy sociálních služeb patří:

- **sociální poradenství** (základní a odborné)
- **služby sociální péče** (například pečovatelská služba, domov pro seniory nebo domov se zvláštním režimem)
- **služby sociální prevence** (například azylové domy nebo domy na půl cesty) (Krejčířová, Treznerová, 2011)

Zákon o sociálních službách určuje zařízení, která mohou poskytovat sociální služby. Jedná se o:

- centra denních služeb
- denní stacionáře
- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- **domovy pro seniory**
- **domovy se zvláštním režimem**
- chráněné bydlení
- azylové domy
- domy na půl cesty

- zařízení pro krizovou pomoc
- nízkoprahová denní centra
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- noclehárny
- terapeutické komunity
- sociální poradny
- sociálně terapeutické dílny
- centra sociálně rehabilitačních služeb
- pracoviště rané péče
- intervenční centra
- zařízení následné péče (Sokol, Trefilová, 2008)

2.2.1 Domov pro seniory

Zaměříme se podrobněji na sociální služby, které jsou poskytovány v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem, neboť jak už bylo zmíněno, v těchto sociálních zařízeních pracují respondenti, které jsme oslovili během výzkumného šetření.

V domovech pro seniory se poskytují za úhradu dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Snížená soběstačnost je zejména z důvodu věku (Pikola, Říha, 2010).

Cílovou skupinou jsou senioři. Věková hranice pro přijetí do zařízení se může u jednotlivých domovů pro seniory lišit. Zpravidla jsou přijímáni senioři od 65 let věku. Časový rozsah služby není omezen.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, stanovuje rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb (Sokol, Trefilová, 2008).

Mezi základní činnosti a úkony poskytované v domově pro seniory patří:

a) poskytnutí ubytování:

- ubytování
- úklid, praní, žehlení a drobné opravy osobního či ložního prádla

b) poskytnutí stravy:

- zajištění celodenní stravy (minimálně 3 hlavní jídla), která odpovídá věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování

c) péče o vlastní osobu:

- pomoc při oblékání a svlékání
- pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík
- pomoc při vstávání z lůžka, ulehání nebo změně polohy
- pomoc při podávání jídla a pití
- pomoc při prostorové orientaci a samostatném pohybu

d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

- pomoc při úkonech osobní hygieny
- pomoc při základní péči o vlasy či nehty
- pomoc při použití WC

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

- podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů
- pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc/podpora při dalších aktivitách, které podporují sociální začleňování osob

f) sociálně terapeutické činnosti:

- jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních i sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob

g) aktivizační činnosti:

- zájmové a volnočasové aktivity
- pomoc v kontaktu s přirozeným sociálním prostředím
- nácvik a upevňování psychických, motorických a sociálních schopností a dovedností

h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

- pomoc při komunikaci, která vede k uplatňování práv a oprávněných zájmů (Sokol, Trefilová, 2008)

Podle údajů uvedených ve Statistické ročence z oblasti práce a sociálních věcí (MPSV, 2008, 2011, 2014) bylo v roce 2007 v České republice 463 domovů pro seniory. V roce 2010 se počet zařízení navýšil o 3, tedy na počet 466. Ke konci roku 2013 došlo k nárůstu počtu zařízení na celkový počet 491 domovů pro seniory.

2.2.2 Domov se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem se rovněž jako v domovech pro seniory poskytují za úhradu dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost a vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Snížená soběstačnost je v tomto případě z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, či stařecké, Alzheimerově nebo jiné demenci. Poskytování sociálních služeb je v těchto zařízeních přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Krejčířová, Treznerová, 2011).

Věková hranice pro přijetí do zařízení se může u jednotlivých domovů se zvláštním režimem lišit. Zpravidla je uváděn věk od 55 let.

Základní činnosti a úkony poskytované v domově se zvláštním režimem, se neliší od domova pro seniory.

Počet domovů se zvláštním režimem má v České republice vzrůstající tendenci, neboť došlo k nárůstu počtu zařízení mezi lety 2007–2013 o 153. Podle údajů uvedených ve Statistické ročence z oblasti práce a sociálních věcí (MPSV, 2008, 2011, 2014) bylo v roce 2007 v České republice 75 domovů se zvláštním režimem. V roce 2010 se již jednalo o 176 domovů se zvláštním režimem a ke konci roku 2013 došlo k nárůstu počtu zařízení na celkový počet 228.

2.2.3 Uživatelé sociálních služeb

Jak už bylo dříve zmíněno, uživatelem sociální služby (dále uživatel) jsou osoby, které potřebují pomoc sociální služby. Uživatelem může být kdokoliv, kdo uzavře smlouvu o poskytování sociální služby s poskytovatelem dané sociální služby. Na základě smlouvy je pak uživateli trvale nebo dočasně poskytována podpora a pomoc v dohodnutém rozsahu. Uživatel je v současné době aktivním spolutvůrcem a partnerem a ne pasivním příjemcem prováděných činností, jak tomu bývalo dříve. Služby mají za cíl podporovat, nebo alespoň

udržovat v rámci možností uživatelovu soběstačnost, aby byl co nejméně závislý na pomoci druhé osoby (Malíková, 2011).

Často se setkáváme také s označením klient, které je mnohými považováno za synonymum slova uživatel. I pracovníci v sociálních službách mnohdy volí pojmenování klient, neboť je považují za osobnější a příjemnější. Rozdíl mezi uživatelem a klientem je takový, že uživatel je osoba, která užívá sociální službu ambulantně, terénně nebo v pobytovém zařízení. Klient je neoficiální označení uživatele sociální služby v případech, kdy si objedná výkon úkonu a v daném intervalu za něj zaplatí (například pečovatelská služba).

Květenská (2009) v souvislosti se sociální pomocí a sociálními službami hovoří o již zmiňovaném uživateli sociálních služeb, ale také o konzumentovi sociálních služeb.

2.2.3.1 Uživatelé v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem

Zákon o sociálních službách změnil celkové pojetí sociálních služeb a přinesl řadu změn, ať už pozitivních či negativních. Mezi pozitivní změny bychom mohli zařadit možnost „dnešních“ seniorů zůstat co nejdéle ve svém přirozeném domácím prostředí, i přestože nezvládají každodenní činnosti sami a potřebují pomoc druhé osoby, rodiny. Pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu a rodina ani terénní sociální služba není schopna zajistit dostatečnou péči, pak jsou přijímáni do pobytových zařízení sociálních služeb, jako je například domov pro seniory či domov se zvláštním režimem. Z „babiček“ a „dědečků“ se stávají uživatelé, kteří například potřebují pomoc při podávání stravy, s hygienou, oblékáním, vyprazdňováním, popřípadě výměnou inkontinenčních plen. Zhoršený zdravotní stav uživatelů je nejčastěji z důvodu pokročilého věku. Senioři se stávají čím dál více závislí na pomoci ošetřujícího personálu, tedy pracovníků v sociálních službách. Podle Malíkové (2011) odpovídá zdravotní stav uživatelů ve většině zařízení spíše léčebným dlouhodobě nemocným.

Průša a kol. (2010) uvádí, že dříve byli do pobytových zařízení přijímáni uživatelé, jejichž zdravotní a fyzický stav byl relativně dobrý. Ještě v roce 2008 bylo do těchto zařízení přijímáno 34 % seniorů, kteří neměli příspěvek na péči. V současné době jsou přijímáni senioři závislí na pomoci jiné osoby, kteří jsou v souvislosti s příspěvkem na péči zařazeni do III. (těžká závislost) nebo IV. (úplná závislost) stupně. Dále uvádí, že v roce 2025 bude v domově pro seniory 95 % osob se střední a těžkou mírou závislostí.

Podle údajů uvedených ve Statistické ročence z oblasti práce a sociálních věcí (MPSV, 2011, 2014) bylo v roce 2010 v České republice v domově pro seniory 36 183 uživatelů a v domově se zvláštním režimem 8 526 uživatelů. Ke konci roku 2013 se nacházelo v domově pro seniory 36 598 uživatelů a v domově se zvláštním režimem 11 564 uživatelů. Mezi roky 2010–2013 došlo tedy k celkovému nárůstu o 3 453 uživatelů.

Veškeré údaje, které jsme uvedli ze Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí, nemají pouze informativní charakter. Naši snahou je poukázat nejen na počet domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem v České republice, ale také na počet uživatelů v těchto zařízeních. Neboť péče o tak velký počet seniorů, kteří jsou převážně závislí na pomoci druhých, je pro pracovníky přímoobslužné péče zatěžující a to nejen po fyzické stránce.

2.2.4 Pracovníci v sociálních službách

Dle zákona o sociálních službách je okruh pracovníků, kteří vykonávají odbornou činnost v sociálních službách následující:

- sociální pracovníci
- **pracovníci v sociálních službách** (do této skupiny řadíme pracovníky přímoobslužné péče)
- zdravotničtí pracovníci
- pedagogičtí pracovníci
- manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci
- dobrovolníci (www.zakonyprolidi.cz, Sokol, Trefilová, 2008)

Průša a kol. (2010) zveřejnili kvalifikační strukturu personálu, podle které bylo v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem nejvíce zastoupeno zdravotnické vzdělání a vzdělání, které je potřeba k výkonu pracovníka v sociálních službách, méně pak sociálně právní vzdělání a pedagogické.

Vzhledem k potřebám této práce se blíže zaměříme na pracovníky v sociálních službách, zejména na pracovníky přímoobslužné péče, které jsme oslovili během výzkumného šetření.

Pracovník v sociálních službách vykonává práci spojenou s přímou péčí o osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení (Krejčířová, Treznerová, 2011).

Mezi základní činnosti pracovníka v sociálních službách patří:

- **přímá obslužná péče o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních** – spočívá v nácvičku denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, udržování čistoty a osobní hygieny, manipulaci s přístroji, pomůckami a prádlem, podporu soběstačnosti, posilování aktivizace, vytváření sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb
- **základní výchovná nepedagogická činnost** – spočívá v prohlubování a upevňování základních a hygienických návyků, působení na manuální zručnost, pracovní a volnočasové aktivity vedoucí k rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zároveň zabezpečování kulturní a zájmové činnosti
- **pečovatelská činnost** – spočívá v práci, která je spojena s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, péčí o jejich domácnost a zajišťování sociální pomoci, zároveň pod vedením sociálního pracovníka provádí sociální depistáž, pomáhá při vytváření sociálních a společenských kontaktů, organizačně zajišťuje a koordinuje pečovatelskou činnost a provádění osobní asistence
- pod dohledem sociálního pracovníka je nápomocen při poskytování základního poradenství, depistáži, se zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím a uplatňování práv a zájmů (Sokol, Trefilová, 2008).

Výkon pracovníka v sociálních službách je podmíněn plnou svéprávností, bezúhonností, zdravotní a odbornou způsobilostí, kterou definuje zákon o sociálních službách. Požadavkem je základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu, který není vyžadován při splnění podmínek stanovených zákonem o sociálních službách. Dále je nutná účast na dalším vzdělávání, které je povinen zabezpečit zaměstnavatel v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok (www.zakonyprolidi.cz).

U vzdělávání pracovníků v sociálních službách se chvíli pozastavíme, i přestože není tématem této diplomové práce. Neboť nás zajímalo, zda je v rámci akreditovaného kvalifikačního kurzu, který absolvují pracovníci v sociálních službách, věnován určitý časový prostor manipulaci s uživateli. Domníváme se, že fyzická zátěž souvisí s manipulací s uživateli a pokud budou mít pracovníci v této oblasti dostatečné informace, lze zmírnit dopad fyzické zátěže na jejich zdraví. Obrátili jsme se proto namátkově na deset vzdělávacích agentur v kraji Vysočina, Jihomoravském a Zlínském. Oslovené agentury dle zákona o sociálních službách, pořádají akreditované kvalifikační kurzy pro pracovníky v sociálních službách. Odpověď se nám dostala od devíti ze zmiňovaných deseti vzdělávacích agentur. Bohužel pět vzdělávacích agentur se manipulaci s uživateli nevěnuje. Argumentují nedostatkem časového prostoru a spoléhají na případného zaměstnavatele, který umožní vzdělání v této oblasti. Tři vzdělávací agentury se manipulaci věnují v předmětu Základy péče o nemocné, základy hygieny (zřejmě nácvik přesunu uživatele na vozík v rámci celkové hygieny, která probíhá následně v koupelně) a v ergoterapii. Školící materiál si vytváří dle sdělení každý lektor sám. Poslední čtvrtá vzdělávací agentura se věnuje pracovníkům v sociální péči v maximální míře a je zdárným příkladem, jak by to mělo fungovat. Lektorka kurzu využívá literaturu, která je určena do předmětu ošetrovatelství pro všeobecné sestry, ale zároveň si vytváří vlastní materiál, který je přizpůsoben práci pracovníků v sociálních službách. Dále provádí praktické nácviky, názorně ukazuje manipulaci s uživatelem za pomoci pomůcek i bez nich, využívá DVD a videa z youtube. Velkou pozornost věnuje také kinestetické mobilizaci, která snižuje nejen fyzickou zátěž pracovníků v sociálních službách v souvislosti s manipulací, ale zároveň chrání zdraví pracovníků před bolestmi zad a jinými onemocněními. Kinestetické mobilizaci se budeme věnovat i my v závěru teoretické části diplomové práce. Souhlasíme s agenturami, že odborná literatura pro pracovníky přímoobslužné péče v sociálních službách v souvislosti s manipulací s uživateli je minimální, neboť i naší snahou bylo získat tento materiál. Domníváme se však, že některé informace lze čerpat z literatury určené pro všeobecné sestry a je lepší mít alespoň některé informace než žádné.

Školení na téma manipulace s uživateli se budeme věnovat i ve výzkumné části, ale tentokrát budeme zjišťovat, zda by se ho respondenti, kteří jsou již v pracovním procesu, měli zájem zúčastnit či nikoli.

Klusoňová (2011) uvádí, že pracovníci v sociálních službách musí splňovat nejen odbornou způsobilost, ale i požadavky na dobrý zdravotní stav, který je spojen s dobrou psychickou a fyzickou kondicí. Neopomíná ani osobnostní vlastnosti, mezi které řadí například empatii, taktnost, laskavost, odpovědnost, obětavost, schopnost spolupráce, kreativity a komunikace.

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí (MPSV, 2014) neinformuje o počtu zaměstnanců v domově pro seniory, ani v domově se zvláštním režimem, ale zaměřuje se na celkový počet evidovaných zaměstnanců v sociálních službách. Počet zaměstnanců byl k 31. 12. 2013 ve výši 21 252 osob, z toho bylo 13 983 zaměstnáno v přímé obslužné péči, 4 155 v základní výchovné nepedagogické činnosti a 3 114 v pečovatelské činnosti.

V této práci se zaměřujeme na fyzickou zátěž u pracovníků přímoobslužné péče, zajímá nás tedy, kolik osob (uživatelů) připadá na 1 pracovníka. Víšek a Průša (2012) uvádí, že v roce 2010 v domově pro seniory připadalo na 1 pracovníka 2–3 uživatelé. V domově se zvláštním režimem ve stejném roce připadalo na 1 pracovníka 3–5 uživatelů.

2.3 Fyzická zátěž

Podle Gučkové (2007) charakterizuje odborná literatura fyzickou zátěž jako pracovní zátěž pohybového systému, srdečně cévního a dýchacího systému s odrazem v metabolismu a termoregulaci.

Hladký a Žídková (1999) hovoří o zátěži, jako o obecném pojmu, který označuje jakékoliv požadavky, byť nepatrné. Roli zde hraje přiměřenost požadavků, vyváženost mezi tím, co situace po jednotlivci vyžaduje a vlastnostmi, kterými je pro jejich zvládnutí vybaven.

Hladký (1993) označuje požadavky termínem expoziční faktory. Do těchto faktorů zahrnuje všechny vlivy, kterým je jednatel vystaven. Vlastností, kterými jednatel disponuje, označuje jako dispoziční faktory. Pokud jsou expoziční a dispoziční faktory v rovnováze, je zátěž přiměřená. Jestliže tomu tak není, jedná se o nepřiměřenou zátěž.

Hladký a Žídková (1999) rozlišují zátěž biologickou, fyzickou a psychickou. U biologické zátěže mají činitelé fyzikální, chemickou či biologickou povahu. Fyzická zátěž se týká svalové činnosti. U psychické zátěže jde o vyrovnávání se s životními a pracovními situacemi.

Fyzickou zátěž lze také rozdělit na:

- celkovou fyzickou zátěž
- lokální svalovou zátěž
- pracovní polohu
- ruční manipulaci s břemeny

Celková fyzická zátěž je ta, která je vykonávána velkými svalovými skupinami (zádové, stehenní, hýžd'ové a prsní svaly) a zároveň je při ní zatížena více než polovina svalové hmoty. Je posuzována z hlediska energetické náročnosti práce za pomoci energetického výdeje (v netto hodnotách) a srdeční frekvence.

Lokální svalová zátěž je vykonávána malými svalovými skupinami (například svaly horních končetin nebo svaly ramenního pletence) při práci prováděné končetinami.

Prostřednictvím **pracovní polohy** se hodnotí zdravotní riziko u zaměstnance, který vykonává stálou práci s opakujícími se úkony, při kterých si nemůže zvolit pracovní polohu sám.

Za ruční manipulaci s břemenem se považuje přepravování, nošení, zvedání, pokládání, strkání, tahání, posouvání nebo přemísťování břemene (Tuček, Cikrt a Pelclová, 2005, www.zakonyprolidi.cz).

2.3.1 Fyzická zátěž u pracovníků v sociálních službách (u pracovníků přímoobslužné péče)

Hermanová a kol. (2008) charakterizují fyzickou zátěž u pracovníků v sociálních službách jako zatížení statické, dynamické, zatížení páteře, svalového a kloubního systému. Zároveň upozorňuje na nepříjemné podněty, riziko infekce, narušení spánkového rytmu v případě směnování, nedostatek klidu a času v souvislosti s pravidelným pitným režimem, dále pak na kontakt s dezinfekčními prostředky a hluk.

Klusoňová (2011) uvádí, že fyzická náročnost profese pracovníků v domovech pro seniory je způsobena fyzickou pomocí osobám s tělesným postižením při jejich přesunu, změně polohy či nácviu mobility a soběstačnosti.

Malíková (2011) spojuje činnosti pracovníků v sociálních službách s fyzickou aktivitou, která souvisí nejen s úklidem pokojů a udržováním pořádku v ostatních prostorách, prováděním péče o použité pomůcky, ale zejména s péčí o uživatele. Pracovníci v sociálních službách pomáhají uživateli se stravou (její úpravou, podáním), při oblékání, svlékání, udržení čistoty a upravenosti těla, v potřebném rozsahu provádí

hygienickou péči. Jsou dále nápomocni uživateli při pohybových aktivitách, udržení žádoucí polohy nebo při změnách polohy. Provádí manipulaci s čistým a použitým prádlem, pečují o lůžko a v uživatelově okolí odstraňují rizikové zdroje. Uskutečňují základní ošetrovatelskou péči pod dohledem všeobecné sestry, které zároveň hlásí případné změny. Malíková (2011) upozorňuje také na úměru, podle které platí, že čím vyšší je nesoběstačnost uživatele, tím je náročnější ošetrovatelská péče, která vede k vyšší ošetrovatelské zátěži personálu.

Pro pracovníka přímoobslužné péče je fyzicky náročná zejména jeho manipulace s uživatelem, pokud se jedná o jeho přesun z lůžka na lůžko, na vozík či do křesla, v případě potřeby na toaletu, nebo pomoc při změně polohy a při úkonech celkové osobní hygieny. Vévoda (2013) potvrzuje, že fyzickou zátěž způsobuje hlavně manipulace s pacientem, i když o ní hovoří v souvislosti s prací všeobecných sester.

Je třeba brát v úvahu, že pracovník manipuluje nejen s jedním, ale s několika uživateli během své pracovní doby a to opakovaně. Roli hraje také zdravotní stav uživatele, který není schopen pracovníkovi jakkoliv pomoci a stává se bezvládným. Z vlastní praxe víme, že mnohdy dochází k tomu, že se uživatelé na pracovníka doslova „svisnou“, což může být způsobeno snížením fyzické schopnosti a ubýváním svalových sil ve stáří.

Důležitá je také váha uživatele, neboť jeho nepřiměřená či nadměrná hmotnost s sebou nese větší riziko poškození zdraví u pracovníka přímoobslužné péče. Abychom měli představu, jaká je průměrná hmotnost uživatelů, požádali jsme tři nejmenovaná sociální zařízení (2 domovy pro seniory a 1 domov se zvláštním režimem) ve znojemském regionu o sdělení průměrné hmotnosti jejich uživatelů. V prvním domově pro seniory byla průměrná hmotnost 70 kg (nejnižší 48 kg, nejvyšší 138 kg), ve druhém domově pro seniory byla průměrná hmotnost 75 kg (nejnižší 60 kg, nejvyšší 120 kg) a v posledním zařízení, v domově se zvláštním režimem, se jednalo o průměrnou hmotnost 70 kg (nejnižší 56 kg, nejvyšší 125 kg). Z těchto informací je patrné, že manipulace s uživateli je pro pracovníky fyzicky zatěžující. Často tuto práci v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem vykonávají ženy, což dokazuje i naše výzkumné šetření a práce je pro ně obzvláště fyzicky náročná. V praxi se můžeme setkat i se zařízeními, které přijímají do pracovního poměru muže, jehož úkolem je věnovat se fyzicky náročnější práci, zejména manipulaci s uživateli.

Ve většině zařízení jsou k dispozici pracovníkům přímoobslužné péče pomůcky, které jim mají manipulaci s uživateli ulehčit a tím snížit jejich fyzickou zátěž. Těmto pomůckám se v diplomové práci budeme také věnovat.

S fyzickou zátěží u pracovníků přímoobslužné péče se můžeme v praxi setkat také v souvislosti s manipulací s různými předměty, například s termovárnicemi určenými na stravu. Neboť v některých zařízeních mají tuto činnost pracovníci přímoobslužné péče uvedenou v náplni práce jako dovážku stravy pro uživatele. I přesto, že je strava dopravována z kuchyně, která se obvykle nachází v zařízení, může být manipulace pro pracovníky fyzicky zatěžující. Termovárnice jsou různé velikosti, většinou 10, 15 a 20 litrové. Abychom byli i tentokrát konkrétnější nechali jsme si v jednom nejmenovaném domově pro seniory ve znojemském regionu jednu termovárnici i s obsahem zvážit a jednalo se o váhu 30 kg. S těmito termovárnicemi ručně manipulují pracovníci přímoobslužné péče několikrát během své pracovní doby a bez použití pomůcek usnadňující manipulaci a mnohdy i bez pomoci druhého pracovníka. Vezmeme-li v úvahu, že s termovárnicemi manipulují převážně ženy, jejichž přípustný povolený limit je pro občasné zvedání a přenášení 20 kg a pro časté zvedání a přenášení je 15 kg, dochází tedy k opakovanému porušování nařízení vlády č. 361/2007 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

V souvislosti s fyzickou zátěží u pracovníků přímoobslužné péče můžeme také hovořit o práci na směny. V sociálních službách se setkáváme převážně s dvanáctihodinovou pracovní dobou (služby denní a noční). Směnová a noční práce má fyziologické, psychologické a sociální aspekty. Z fyziologického pohledu je nejdůležitějším problémem narušení přirozené biorytmicity (střídání bdělosti a spánku ve 24 hodinovém cyklu), která je způsobena změnami fáze práce, spánku a stravování. Poruchy spánku, které se projevují obtížným usínáním, častým probouzením během noci nebo pocitem nedostatečného spánku jsou způsobeny právě porušením přirozené rytmicity. Zdravotní potíže zaživačského systému jsou spojovány se špatným zajištěním stravy po dobu směny (Brhel, Manoušková a Hrnčíř, 2005).

Během dne fyziologická připravenost k výkonu kolísá. Ráno je připravenost nejvyšší, během dne klesá a v noci je minimální. Fyziologická zátěž může mít

pro organismus i pozitivní účinky, neboť ho udržuje v kondici. Pokud se však zátěž stane nadměrnou, dojde k ovlivnění fyzických i psychických sil člověka (Vyskotová, 2011).

2.4 Důsledky fyzické zátěže u pracovníků v sociálních službách (u pracovníků přímoobslužné péče)

I přesto, že se současný trend vývoje pracovních podmínek snaží snížit fyzickou náročnost práce, jsou stále povolání, při nichž je fyzická zátěž stále značná. Tato zátěž je často spojovaná s prací ve zdravotnictví, respektive s povoláním všeobecné sestry. Při déletrvajícím fyzické zátěži se objevují její dopady na zdraví pracovníků, ať už se jedná o všeobecné sestry nebo pracovníky přímoobslužné péče.

2.4.1 Nemoci pohybového systému

Těžká fyzická práce, která je v ošetrovatelské péči spojena s manipulací s osobami, zejména imobilními, může vést ke zdravotním problémům v oblasti pohybového systému. Dochází k zatížení páteře, horních a také dolních končetin, díky časté chůzi a stání během pracovní doby. Může dojít také ke vzniku křečových žil. Mezi fyzicky náročné úkony patří polohování, u kterého je nevhodné, aby bylo prováděno jednou osobou. Zatížení je ještě větší pokud se pohyb provádí nesprávně či nekoordinovaně. Pokud dojde k náhlému zvýšení fyzického výkonu, který je zatěžující pro páteř, může dojít k vyhrěznutí meziobratlové ploténky a vzniku hernie (Gučková, 2007, Komačková, 2010). Jako prevence onemocnění páteře může sloužit Škola zad, o které budeme také hovořit.

Výhřez meziobratlových plotének (herniace)

Zdvihání těžkých břemen či jiné silné nebo náhlé fyzické trauma, které působí na páteř, může způsobit výhřez ploténky (herniaci). Jedná se obvykle o prasknutí vazivového prstence a výhřez jádra (nucleus pulposus). Rizikovým faktorem je věk, neboť s přibývajícím věkem jádro ztrácí elasticitu a vazivový prsteneček (anulus fibrosus) slábne a trhá se, což usnadňuje vyhrěznutí ploténky. Vazivový prsteneček je nejtenčí v zadní části, proto se obvykle ploténka vyhrězává tímto směrem. Zadní podélný vaz (ligamentum longitudinale posterius) zabraňuje přímému výhřezu dozadu, proto se výhřez následně šíří do boků, směrem ke kořenům. Tlak, který vznikne na kořeny, způsobuje bolest a ztuhlost.

K postupnému vymizení bolesti dojde u většiny případů a léčba je obvykle konzervativní. Doporučuje se modifikované cvičení, masáže, terapie teplem či léky tišící bolest. Naopak natahování a odpočinek v posteli se nedoporučuje. Jestliže je tato léčba neúčinná, může dojít k chirurgickému odstranění vyhřezlé ploténky a jejímu nahrazení kostním štěpem.

Mnohdy není bolest způsobena výhřezem ploténky, ale nervovými vlákny, které pronikají do trhlin v ploténkách. Novinkou v řešení je ploténková tepelná plastika vazivového prstence tzv. IDET (intradiscal electrothermal annuloplasty). Jedná se o zavedení katetru se žhavicím koncem dovnitř ploténky, který spálí malé nervy a zalepí trhlinky prstence (Marieb, Mallat, 2005).

Vertebrogenní potíže

Vertebrogenní potíže se nejčastěji projevují jako bolesti zad, které vznikají při výkonu povolání. Příčinou těchto potíží může být dlouhodobá nebo neadekvátní zátěž, náhlé, prudké či nečekané pohyby, nevhodná pracovní poloha, nevhodná manipulace s břemenem a dokonce i dlouhodobý stres.

Monotónní zátěž a nesprávné držení těla vedou k chybnému zatížení a namáhání tkání. Dochází ke shromáždění tkáňové tekutiny ve svalech i mezi nimi, fasciemi (povázkami) nebo šlachami. Malé otoky, které vzniknou, dráždí volná nervová zakončení. Funkční působení jednotlivých svalů i svalových skupin se mění, některé se oslabují, jiné zkracují. Jestliže dojde k přetížení svalů, které mají omezenou funkci, vzniká při jejich aktivitě bolest.

K vertebrogenním potížím lze zařadit také bolest v oblasti šíje (krku) a v dolní části zad, bolest ramen nebo zápěstí, tenzní (tupé, svíravé) bolesti hlavy, problémy se zrakem a koncentrací (Vyskotová, 2011).

Hnízdil a Beránková (2000) uvádí, že akutní bolest zad má příznivější průběh u osob, které i nadále pokračují ve svých obvyklých činnostech, než u těch, kteří dodržují klidový režim na lůžku.

2.4.2 Nemoci související s přetížením svalů či šlach

Tuček, Cikrt a Pelcová (2005) uvádí, že jednostranné přetěžování může vést mimo jiné k onemocnění svalů, šlach, kloubů, úponů a kostí. Nevhodné pracovní polohy

mohou negativně ovlivnit také dýchání a krevní oběh. Nevhodná fyzická zátěž ovlivňuje nejen výkonnost pracovníka, ale také jeho kvalitu práce.

U každého z nás se mohou objevit bolesti svalů (myalgie), které často vznikají jako následek svalového přetížení způsobené nejen akutním fyzickým vypětím, ale zejména dlouhodobým přepínáním některých svalů. Jako další příčiny můžeme uvést špatné držení těla a z toho plynoucí přetěžování některých svalových skupin či zánět svalů a šlach.

Svalová bolest nejčastěji postihuje šíji, záda a dolní končetiny. Oblast kolem svalu je citlivá na dotek. Důležitý je dostatečný odpočinek. Teplo a komprese může způsobit úlevu, stejně jako masáž pomáhá zmírnit napětí ve svalech. Bolest obvykle vymizí do jednoho týdne (www.bolest-krece-svalu.nasclovek.cz, www.wisegeek.com).

2.4.3 Nemoci související s naražením či zhmožděním končetin

Naražení je způsobeno přímým úderem tupého rázu a týká se měkkých tkání, svalů a vazů. Je provázeno drobnými výrony krve, kdy mohou vznikat krevní sraženiny pod kůží a tím způsobit zbarvení kůže. Léčba naražení je prostřednictvím klidového režimu, popřípadě znehybněním poraněné části obvazem. Zhmoždění (kontuze) kloubu vzniká následkem úderu nebo nárazu. Poškozením cév a tkání dochází ke vzniku otoku a krevního výronu v kloubu a v kloubní dutině. Objevuje se bolest v důsledku podráždění nervového zakončení a omezení rozsahu hybnosti. Při výpotku v kloubní dutině se provede punkce, čímž se odstraní tlak v kloubu, dále se provede znehybnění a následuje šetření kloubu (www.vitalia.cz, www.lf1.cz).

2.4.4 Nemoci urologického systému

Stresová inkontinence moči

Lékařka Barbora Nechanská (2013) uvádí, že stresová inkontinence je nejčastějším typem inkontinence a trpí jí asi 20 % populace, bez ohledu na pohlaví. Jedná se o mimovolný únik moči, ke kterému dochází při zvýšeném nitrobršním tlaku bez stahu svaloviny močového měchýře. Stresová inkontinence se může objevit při kašli, kýchnutí, zvedání těžkých břemen a při aktivitách, u kterých dochází k zvýšení nitrobršního tlaku

a současně s tím i tlaku močového měchýře. Jestliže je tlak v močovém měchýři větší než uzavírací tlak v oblasti svěrače, dojde k úniku moči.

Několik známých faktorů přispívá k rozvoji stresové inkontinence. Může se jednat o genetický vliv, u žen těhotenství, porod či hormonální změny během menopauzy. U mužů o vrozené vývojové vady, onemocnění nebo poškození nervů močového měchýře.

Mezi rizikové faktory patří dlouhodobá zátěž na pánevní dno, která může být způsobena obezitou a těžkou fyzickou prací. Léčba stresové inkontinence je individuální. Od léčby konzervativní až po léčbu chirurgickou.

2.4.5 Únava

Brhel, Manoušková a Hrnčář (2005) uvádí, že součástí fyzické a psychické zátěže, která působí delší dobu a dospěje k určité intenzitě, je únava. O tom, že důsledkem opakovaných zátěží je únava hovoří také Gučková (2007), která zároveň dodává, že po odpočinku a odpovídajícím spánku většinou únava odezní.

Únavu lze definovat jako ztrátu energie organismu, kdy člověk není schopen vykonávat jakoukoliv činnost (www.unava.zdrave.cz).

Únava provází náš každodenní život a v lidském organismu hraje významnou roli ochranného signálu. Tento signál nás varuje před přetížením a vyzývá nás k přerušení dosavadní činnosti a k odpočinku. Pokud únavu ignorujeme, následky se brzy objeví (Brhel, Manoušková a Hrnčář, 2005).

O únavě jako o signálu, který nám naznačuje, že si máme odpočinout, hovoří také Praško a kol. (2006) a zároveň uvádí, že pocit únavy je normální a občas postihne každého z nás.

Rozlišujeme únavu fyzickou a duševní, které se často prolínají. **Fyzická** nebo také svalová únava se projevuje slabostí, bolestí nebo ztuhnutím kosterních svalů, které můžeme pociťovat jako ztěžknutí horních či dolních končetin. Dále dochází k poklesu svalové síly a ztrátě rychlosti. Pokud fyzická zátěž nepřestane, únava se stupňuje a může dojít k třesu rukou, nejistému pohybu, pocitu na omdlení či zvracení. **Duševní** nebo psychickou únavu vnímáme jako pocit vyčerpání, ztrátu koncentrace, zhoršení paměti a ospalost. Pokud je tělesná práce pořád stejná, dlouhotrvající a nedojde k potřebným přestávkám, dochází ke kombinaci fyzické a psychické únavy (Chromý, Honzák a kol., 2005).

Brhel, Manoušková a Hrnčič (2005) dělí únavu na fyziologickou a patologickou, kterou ještě rozdělují na akutní a chronickou.

Fyziologickou únavu způsobují změny vnitřního prostředí, které se podle charakteru zátěže projevují jako místní nebo celkové. Fyziologická únava se projevuje například překrvením pokožky (hyperémií), pocením, zrychlenou srdeční činností (tachykardií), zrychleným dýcháním (tachypnoí), poruchami koordinace drobného svalstva ruky, zpomaleným vnímáním pojmů a podnětů, bolestí ve svalech nebo bolestí hlavy.

Patologická únava vzniká tehdy, pokud zátěž stále trvá a nedošlo k jejímu přerušení. **Akutní patologická únava** se dělí do dvou stupňů, kdy první stupeň označujeme jako přepětí a druhý stupeň jako schvácení. Přepětí se projevuje pocitem slabosti, bolestí hlavy, poklesem krevního tlaku, pocitem na zvracení (nauzeou), zpomalenou reakcí na podněty, třesem prstů či bledostí pokožky. U schvácení můžeme pozorovat promodráání sliznic (cyanózu), nitkovitý či nehmatný tep, křeče nebo známky šoku. **Chronická patologická únava** vzniká, pokud dojde k nepoměru mezi zátěží na organismus a odpočinkem. Projevuje se poklesem výkonnosti, poruchami spánku, klidovým pocením zejména v noci, trvajícím pocitem únavy, poruchami chuti k jídlu nebo zvýšenou náchylností k onemocnění.

Únavu spojuje se vznikem negativních zdravotních následků i Barker a Nussbaum (2011) v souvislosti s povoláním všeobecné sestry.

Únavu, která vzniká v důsledku pracovní činnosti, lze odstranit odpočinkem. Jestliže dojde ke snížení pracovní činnosti na minimum, hovoříme o pasivním odpočinku, jehož formou může být spánek. Pokud vykonáváme jinou pohybovou činnost, jedná se o aktivní odpočinek (Chaloupka, 1995)

Při déletrvajícím fyzické zátěži může dojít k přepracování a následnému vyčerpání organismu. Vyčerpání se projevuje snížením pozornosti a schopnosti soustředit se, nespavostí či emoční labilitou. Organismus je zároveň v této době vnímavější k infekcím (Gučková, 2007).

2.5 Pracovní úrazy a nemoci z povolání

U pracovníků se nevhodná fyzická zátěž může podle Tučka, Cikrta a Pelclové (2005) projevit větším počtem pracovních úrazů a onemocněním pohybového aparátu.

Pokud dojde k poškození zdraví, které má souvislost s výkonem povolání, jedná se o pracovní úraz případně nemoc z povolání (Gučková, 2007).

Za pracovní úraz se považuje poškození zdraví nebo smrt zaměstnance, došlo-li k nim nezávisle na jeho vůli, krátkodobým, náhlým a násilným působením zevních vlivů při plnění pracovních povinností nebo v souvislosti s nimi. Pracovnímu úrazu se věnuje zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů (Pelclová a kol., 2014).

Tuček, Cikrt a Pelclová (2005) uvádí, že mezi nejčastější příčinu pracovního úrazu patří například zasažení nebo popálení elektrickým proudem, pád zaměstnance či pád břemene na zaměstnance, nepoužívání pracovních prostředků určených k ochraně a přetěžování organismu, ke kterému dochází při přemísťování břemen.

Za nemoci z povolání se pokládají nemoci, které vznikají nepříznivým působením chemických, fyzikálních, biologických nebo jiných škodlivých vlivů a za podmínek, které jsou uvedeny v seznamu nemocí z povolání. Na základě usnesení Rady vlády pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci je možné každé dva roky novelizovat seznam nemocí z povolání (Pelclová a kol., 2014).

Za ohrožení nemocí z povolání lze považovat takové změny zdravotního stavu, které vznikly za shodných podmínek jako nemoc z povolání, ale nedosahují takového stupně poškození, který lze posoudit jako nemoc z povolání (Tuček, Cikrt a Pelclová, 2005).

Pro hodnocení pravděpodobnosti a závažnosti předpokládaných zdravotních dopadů se používá tzv. kategorie (kategorizace) prací. Rozlišujeme 4 kategorie. Přičemž pracovník v sociálních službách je zařazen do druhé, kde je téměř vyloučeno, že dojde k poškození zdraví. Stoprocentní to ale není a u vnímavých jedinců se poškození může vyskytnout (Brhel, Manoušková a Hrnčič, 2005).

2.6 Bezpečnost a ochrana zdraví před fyzickou zátěží

Nepřiměřená fyzická zátěž může způsobit přechodné, ale i trvalé změny v organismu. Aby nedocházelo k poškození zdraví, je důležité podle Hrnčiče (2007) dodržovat správný režim práce a odpočinku.

Za minimální opatření k ochraně zdraví při práci, ať už se jedná o celkovou fyzickou či lokální svalovou zátěž překračující hygienické limity, je pokládáno přerušování

práce pomocí bezpečnostních přestávek. Délka přestávek je 5–10 minut a podmínkou je jejich začlenění do pracovní směny po 2 hodinách od započetí výkonu práce. Jiným možným řešením je střídání pracovní činnosti nebo samotných zaměstnanců (www.zakonyprolidi.cz).

Podmínkami práce se zabývá fyziologie práce, která připravuje pro praxi doporučení a stanovuje limity. Mimo jiné se snaží eliminovat nadměrné zatížení způsobující poškození zdraví (Hrnčíř, 2007).

Aby došlo k ochraně zdraví před fyzickou zátěží u pracovníků v sociálních službách, měl by zaměstnavatel identifikovat příčiny této zátěže, posoudit rizika a přijmout preventivní opatření, která by je eliminovala.

Tuček, Cikrt a Pelclová (2005) uvádí nejdůležitější zásady ochrany zdraví při fyzické pracovní zátěži, kterými jsou:

- odstranění zdroje nepřiměřené zátěže
- ergonomické uspořádání pracovního místa a pracoviště
- vyloučení nebo omezení nefyziologických pracovních poloh
- zachování principů správné manipulace s břemeny
- zabezpečení správného rozvržení fyzické práce, kdy probíhá střídání s lehčí fyzickou prací
- nepřevyšování individuální kapacity fyzické pracovní zátěže
- věnování se režimu práce a přestávkám
- udržování technického zařízení v dobrém stavu
- vhodné organizování práce, střídání pracovníků
- správné volení rotace směn
- dostatečné zabezpečení zácvičku pracovníků
- vhodně volit výběr pracovníků podle pracovní způsobilosti
- využívání mechanických a transportních prostředků pro manipulaci s břemeny
- zabezpečení lékařské péče včetně preventivních prohlídek
- zajištění bezpečnosti práce, používání ochranných pracovních prostředků

2.7 Ruční manipulace s břemeny (uživateli)

Manipulaci s břemeny se věnuje nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterými se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, ve znění pozdějších předpisů.

Za ruční manipulaci s břemenem se považuje přepravování, nošení, pokládání, zvedání, strkání, tahání, posouvání nebo přemísťování břemene a také zvedání nebo přenášení živého břemene. Ruční manipulaci s břemenem může vykonávat jeden nebo více zaměstnanců současně. Vlastností břemene nebo nepříznivé ergonomické podmínky mohou způsobit zaměstnanci poškození páteře nebo onemocnění z jednostranné nadměrné zátěže. Pokud je břemeno těžší než přípustný limit, má břemeno přenášet více pracovníků nebo využívat mechanizační prostředky (Hrnčíř, 2007).

Kanada, Velká Británie a Austrálie dokonce zavedly národní program, který zakazuje ruční manipulaci s pacienty. Pro pohyb a zvedání pacientů závazně doporučuje využívat kompenzační pomůcky (www.premierinc.com).

Tuček, Cikrt a Pelclová (2005) uvádí, že hmotnost břemen, která jsou ručně přenášena muži, při občasném zvedání a dobrých úchopových možnostech nesmí přesáhnout 50 kg. Pokud se jedná o časté zvedání, je váha břemene stanovena na 30 kg. Za časté zvedání se pokládá činnost, která je vykonávána déle než 30 minut za směnu trvající 8 hodin. Kumulativní hmotnost u ručně manipulovaného břemene je maximálně 10 000 kg za 8 hodinovou pracovní dobu. U žen je váha břemen nižší. V případě občasného zvedání břemene a při dobrých úchopových vlastnostech se jedná o váhu 20 kg, při častém zvedání je to váha 15 kg. Kumulativní hmotnost u ručně manipulovaných břemen nesmí překročit za směnu 6 500 kg.

Jedním ze základních předpokladů ochrany hybného systému je znalost techniky, jak správně a bezpečně manipulovat s břemeny. V praxi se setkáváme s tím, že zejména při manipulaci s uživateli nelze dodržet doporučované limity hmotnosti ani bezpečné techniky manipulace. Uvádí se, že manipulace s uživatelem může být dokonce náročnější než v průmyslu (Brhel, Manoušková a Hrnčíř, 2005).

Riziko poškození zdraví při manipulaci s uživateli:

a) riziko související s úkonem

- míra fyzické námahy, která je potřebná ke zvedání, tahání a posouvání uživatele

- časté opakování úkonu během pracovní doby
- nevhodná pozice, která je pro tělo zatěžující – sklánění se nad postelí, klečení nebo otáčení trupem při zvedání uživatele

b) riziko související s uživatelem

- uživatele nelze držet těsně u těla
- nelze předvídat, co se při manipulaci s uživatelem stane

c) riziko související s prostředím

- nebezpečí uklouznutí nebo zakopnutí, pád
- nerovné pracovní plochy
- nedostatek prostoru – malé pokoje, mnoho vybavení

d) další rizika

- nevhodná obuv a ošacení
- nevhodné vybavení
- nedostupnost pomoci jiného pracovníka
- nedostatek informací

Ruční zvedání uživatelů by mělo být co nejvíce minimalizováno a mělo by dojít k používání pomůcek určených k manipulaci například zvedáků (www.osha.europa.cz).

2.8 Pomůcky pro manipulaci s uživateli

Úkolem této části diplomové práce není seznámit Vás s veškerými pomůckami, které jsou v sociálních službách pracovníkům přímoobslužné péče k dispozici. Ale přiblížit Vám pomůcky, které mohou ulehčit jejich práci v souvislosti s manipulací s uživateli a tím zmírnit dopady fyzické zátěže na jejich zdraví. Nazýváme je kompenzačními pomůckami. Nelze je považovat za samozřejmost, neboť i v současné době jsou zařízení, které nedisponují tímto vybavením. Vzhledem ke zvyšujícímu se počtu uživatelů odkázaných stále ve větší míře na pomoc pracovníků přímoobslužné péče, se domníváme, že by pomůcky měly být standardním vybavením. Obzvláště, pokud jsou pracovníky přímoobslužné péče převážně ženy.

Polohovací lůžko

Na polohovací lůžko, které je zároveň využíváno jako pečovatelské lůžko, jsou kladeny vysoké nároky. V nejvyšší možné míře má usnadnit péči personálu a současně být co nejvíce pohodlné pro uživatele. Polohovací lůžko může být elektronické, viz Obrázek 1 nebo mechanické, viz Obrázek 2.

Lůžko by mělo být výškově nastavitelné, aby umožňovalo snadné ulehání či usedání, popřípadě přisedání uživatele na vozík a zároveň usnadňovalo obsluhu ošetřujícímu personálu, tím že dojde k zachování správného pracovního postoj. Možnost polohování jednotlivých částí lůžka (podhlavníkové, sedací, stehenní a holenní) zvyšuje komfort uživatele i snadnější manipulaci ze strany ošetřujícího personálu (Obrázek 3). Například polohování podhlavníkové části zvyšuje pohodlí uživatele při stravování. Polohování jednotlivých částí není na sobě závislé, mohou být nastavovány jednotlivě nebo současně. Ovládat lůžko lze elektronicky nebo mechanicky, ale to může být pro ošetřující personál zatěžující. Zábrany po stranách lůžka jsou mnohdy výškově nastavitelné, pokud tomu tak není, neměly by zabraňovat v používání jiných pomůcek. Po stranách lůžka by mělo být dostatek prostoru, aby mohlo k lůžku v případě potřeby přistupovat vícero ošetřujícího personálu. I pod lůžkem je nutné zachovat světlost alespoň 150 mm, z důvodu snadného přístupu pro mobilní zvedáky. Nezbytnou součástí lůžka jsou pojezdová kolečka s brzdami, umožňující ošetřujícímu personálu jednoduchou manipulaci s lůžkem (White, 2005; www.ortoservis.cz/).



Obrázek 1. Polohovací lůžko elektronické s ovladačem polohování

<http://www.ortoservis.cz/>



Obrázek 2. Polohovací lůžko mechanické

<http://www.ajax.sedlcany.cz/>



Obrázek 3. Možné polohy lůžka

<http://www.ortoservis.cz/>

Podložky do lůžka

U imobilních (ležících) nebo špatně pohyblivých uživatelů je vhodné vybavit lůžko podložkou (Obrázek 4), která usnadňuje nejen vstávání z lůžka a ukládání na lůžko, polohování, ale také manipulaci ošetřujícího personálu s uživatelem. Vyrábí se několik typů podložek, proto je při výběru podložky nutné zohlednit, k jakému účelu bude využívána a zda je uživatel mobilní (pohyblivý) či imobilní (nepohyblivý, ležící).

Manipulaci s uživatelem usnadňuje také kluzná podložka, která umožňuje mimo jiné zvednutí uživatele do polohy vsedě, tak aby nedocházelo ke tření pokožky. Při manipulaci se používají vždy dvě podložky v horní a dolní části a to kluznými vrstvami k sobě (www.aposbrno.cz).



Obrázek 4. Podložka do lůžka

<http://www.aposbrno.cz/>

Manipulační pás

Manipulační pás (Obrázek 5), který je znám spíše pod názvem bederní pás s úchyty, slouží jako pomůcka pro částečně mobilní uživatele, kteří jsou schopni při manipulaci spolupracovat. Manipulační pás lze využít při vedení uživatele při chůzi, při jeho přemístění z lůžka na vozík nebo při vstávání z lůžka (www.aposbrno.cz).



Obrázek 5. Manipulační pás

<http://www.aposbrno.cz/>

Rotační podložka

Rotační podložka (Obrázek 6) a rotační poduška pomáhají například při polohování a otáčení uživatelů vsedě nebo vestoje či usedání na WC mísu (www.aposbrno.cz).



Obrázek 6. Rotační podložka

<http://www.aposbrno.cz/>

Transportní deska

Transportní deska (Obrázek 7) se vyrábí v malém, velkém, zaobleném provedení nebo se zalomením. Deska velmi usnadňuje práci ošetřujícími personálem a redukuje počet osob potřebných ke zvládnutí úkonu jako je například přesun uživatele z lůžka do křesla nebo z křesla do křesla. Lze využít i při přesouvání uživatele do vyvýšené polohy (www.aposbrno.cz).



Obrázek 7. Transportní deska

<http://www.aposbrno.cz/>

Zvedací zařízení

Ke zvedání uživatelů a jejich přesunu v prostoru se využívají zvedací zařízení. Úkolem těchto pomůcek je nahradit manuální sílu personálu a zmírnit jejich fyzickou

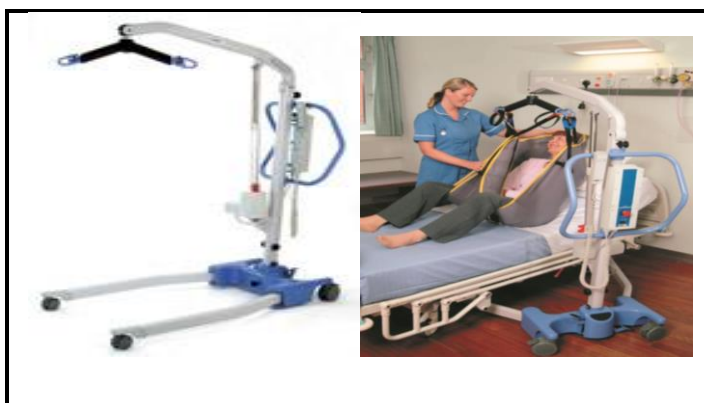
zátěž (Vyskotová, 2011). Zároveň zvedací zařízení snižuje riziko poranění u personálu, neboť snižuje na minimum statické a dynamické zatížení. Pro práci s uživateli, kteří mají omezenou pohyblivost, ale jejich stabilita a funkčnost dolních končetin je zachována, jsou vhodné stavěcí aktivní zvedáky, viz Obrázek 8. Výhodou tohoto typu zvedacího zařízení je rychlost přesunu, jeho nenáročnost na prostor a okamžité použití. Naopak nevýhodou je, že není vhodný pro uživatele malého vzrůstu (www.solift.cz, White, 2005).



Obrázek 8. Stavěcí aktivní zvedák

<http://www.solift.cz/>

Dalším typem zvedacího zařízení je závěsový pasivní zvedák (Obrázek 9), který je určen pro uživatele s omezenou pohyblivostí a minimální možností spolupráce. Výhodou je nastavitelný rozchod podvozku, díky kterému je možné se blíže přiblížit k uživateli a vyvarovat se možným překážkám (www.solift.cz).



Obrázek 9. Závěsový pasivní zvedák

<http://www.solift.cz/>

Mezi zvedací zařízení patří také stropní zvedák (Obrázek 10), který je určen pro uživatele s omezenou pohyblivostí. Stropní zvedáky mohou být pevné nebo přenosné a využívají se zejména v prostorách, kde není dostatek místa pro použití klasických mobilních zvedáků. Přenos zařízení i jeho instalace je rychlá. Udávaná nosnost je 200 kg. Výhodou stropního zvedáku je, že šetří záda nejen uživatelů, ale také ošetřujícímu personálu (www.solift.cz).



Obrázek 10. Stropní zvedák
<http://www.solift.cz/>

Vanový zvedák

Vanový zvedák (Obrázek 11) umožňuje uživatelům bezpečný přesun do vany a ven. Lze uchytit vedle vany nebo za ní, je v provedení elektrickém či mechanickém, s pevným sedákem nebo transportním vozíkem (www.solift.cz).



Obrázek 11. Vanový zvedák

Schodolez

Schodolez (Obrázek 12) je pomůcka, která slouží k překonávání architektonických bariér schodišť. S jeho pomocí se přepravují osoby usazené na sedačce, která je součástí nebo k přepravě uživatele mechanického vozíku. Schodolez ovládá doprovodná osoba, pro kterou manipulace není fyzicky náročná. Oproti trvale instalované schodišťové plošině je levnější, není potřeba žádné instalace, jednoduchá demontáž a snadný převoz v osobním automobilu. Na jedno nabití zvládne 40 pater (www.ortoservis.cz).



Obrázek 12. Schodolez

<http://www.ortoservis.cz/>

Lokomoční prostředky

Mezi lokomoční prostředky řadíme například chodítka, berle a hole. Tyto pomůcky pomáhají uživatelům pohybovat se samostatně, bez dopomoci popřípadě s minimální pomocí druhé osoby (Vyskotová, 2011).

2.9 Ergonomie

Česká ergonomická společnost hovoří o ergonomii jako o interdisciplinárním oboru, který studuje vztah mezi člověkem a pracovními podmínkami. Uplatňuje přitom nejnovější poznatky z biologických, technických a společenských věd. Cílem ergonomie je dosažení zdraví, pohody, bezpečnosti a optimální výkonnosti člověka v pracovních podmínkách (www.bozpinfo.cz).

Tuček, Cikrt a Pelcová (2005) uvádí, že ergonomie se věnuje hodnocení pracovních požadavků zátěže a funkční kapacitě pracovní populace a jejím cílem je najít prostředky a způsoby přiměřené zátěže.

Vyskotová (2011) definuje ergonomii jako vědeckou disciplínu, která zkoumá vzájemné působení člověka a dalších složek pracovního systému, s cílem zlepšit lidské zdraví, pohodu i výkonnost.

Sekulová a Šimon (2013) považují ergonomii za interdisciplinární nauku, která vznikla spojením aplikovaných věd, a předmětem jejího studia jsou pracovní systémy. Ergonomie se zabývá antropometrií, filozofií a psychologii práce a také hygienou práce.

Vyskotová (2011) rozlišuje 3 základní oblasti a 4 speciální oblasti ergonomie:

Základní

- fyzická
- kognitivní (psychickou)
- organizační

Speciální

- myoskeletální
- psychosociální
- participační (účastnická)
- rehabilitační

Fyzická ergonomie se věnuje vlivu pracovních podmínek a pracovního prostředí na lidské zdraví, řeší problematiku manipulace s břemeny, opakované pracovní činnosti a profesionálně podmíněné onemocnění obzvláště pohybového aparátu. Řeší také uspořádání pracovního místa a bezpečnost práce.

Kognitivní (psychická) ergonomie se zaměřuje na psychologické aspekty pracovní činnosti. Věnuje se psychické zátěži, pracovnímu stresu a interakci člověka s přístrojem.

Organizační ergonomie řeší sociální klima, režim práce, odpočinku či směnovou práci.

Myoskeletální ergonomie se věnuje prevenci profesionálně podmíněných onemocnění pohybového aparátu, obzvláště onemocnění páteře a horních končetin z přetížení.

Psychosociální ergonomie se zaměřuje na stresové faktory a psychologické požadavky při práci.

Participační neboli účastnická ergonomie vznikla nedávno a dává zaměstnancům aktivní roli, kdy je jim umožněno posoudit rizikové faktory a spolupodílet se na změnách na pracovišti.

Rehabilitační ergonomie řeší pracovní místo a prostředky, které jsou určeny pro osoby se zdravotním postižením (Vyskotová, 2011).

2.10 Kinestetika

Kinestetikou je označován pohybový a komunikační koncept, který umožňuje lépe pochopit lidský pohyb a využít pohybových rezerv. Pomáhá lidem při každodenních aktivitách, jako je například pohyb, oblékání, hygiena, přijímání jídla a pití. Kinestetika pomáhá ošetřujícímu personálu provádět pohyb společně s nemocným, při použití co nejmenší síly. Snaží se snížit tělesná poranění, jak u ošetřujících tak u pacientů. Manipulace je vykonávána šetrně s minimální bolestí. Kinestetická mobilizace chrání ošetřující personál před přetížením či bolestmi zad (www.kinestetika.cz).

2.11 Škola zad

Škola zad (Back School) poskytuje teoretické i praktické dovednosti, které pomáhají snížit bolest zad a jejich prevenci. Za důležité považuje změnu pohybových návyků a jejich fixaci. Součástí je dodržování ergonomických zásad. Škola zad je určena nejen pro ty, kteří už mají chronickou bolest zad, ale i jako prevence pro ty, kteří bolest ještě nepocítují. Uplatnění nachází zejména u profesí, kde je zvýšené riziko onemocnění páteře například u zdravotních sester, pracovníků v sociálních službách, řidičů nebo u osob pracujících s počítačem. Mezi hlavní cíle Školy zad podle Gilbertové je snížení bolesti zad, snížení pracovní neschopnosti a užívání léků, snížení závislosti na odborné zdravotní péči a optimalizace pohybu v zátěžových situacích (Knappová, 2013).

2.12 Relaxace

Rozsypalová, Šafránková a Vytejková (2009) uvádí, že zdravotník je mnohdy po skončení pracovní doby fyzicky i psychicky vyčerpaný. To stejné platí i o pracovníkovi v sociálních službách. Za nejlepší prostředek kompenzace fyzického zatížení je považováno pravidelné cvičení, ať už ve formě strečinku, jógy, pilates

nebo jiná pohybová aktivita. Přínosné je také provozování rekreačního sportu. Služby, které jsou obvykle ve směnách, mohou pravidelnost cvičení narušit. I přesto, by si pracovník měl najít alespoň 15 minut denně, které by věnoval cvičení. Zejména cvikům, které protahují zkrácené svaly, rozhýbou klouby a předejdou jednostrannému zatížení páteře. Místo cvičení můžeme zvolit procházky, turistické pochody nebo jiné aktivity, které nám budou přinášet radost. Jako relaxaci můžeme zvolit také hudbu, filmy nebo divadelní programy.

Klusoňová (2011) uvádí, že je nutné, aby pracovníci nejen v sociálních, ale také ve zdravotnických zařízeních, pečovali o své zdraví. Pracovní zátěž doporučuje kompenzovat regeneračními aktivitami.

3 METODIKA PRÁCE

V této kapitole, která patří do výzkumné části diplomové práce, se zaměříme na organizaci výzkumu a seznámíme se s dotazníkem, který jsme použili při výzkumném šetření. Dále si představíme zkoumaný soubor respondentů a statisticky vyhodnotíme získaná data zabývající se jejich pohlavím, věkem, pracovní pozicí, délkou odpracovaných let a délkou pracovní doby.

3.1 Metodika a organizace výzkumu

Na základě prostudované literatury a provedené rešerše jsme vybrali pro výzkumné šetření kvantitativní metodu výzkumu formou dotazníku. Dotazník jsme zvolili pro jeho výhody. Jednou z výhod, kterou uvádí Cohen, Manion a Morisson (2007), je ekonomičnost v oblasti časové a finanční náročnosti například oproti rozhovoru. Další výhodou, o které informuje Chráska (2007), je získání dat od velkého počtu respondentů v krátkém časovém intervalu. Nevýhodou uvedené metody by mohla být nízká návratnost dotazníků, proto byl dotazník osobně předán každému respondentovi.

K získání informací jsme se rozhodli použít nestandardizovaný anonymní dotazník (viz Příloha 1). Dotazník je soustavou předem připravených, pečlivě formulovaných a promyšleně seřazených otázek, na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně (Chráska, 2007).

Dotazník byl předem připraven a v úvodu byl opatřen instrukcemi k jeho vyplnění. Pro všechny respondenty byl dotazník anonymní, o čemž byli informováni nejen písemně v úvodu dotazníku, ale také ústně. Respondentům bylo zároveň sděleno, k jakému účelu dotazník slouží.

Dotazník obsahoval celkem 26 uzavřených otázek, kde respondenti vybírali jednu z nabízených odpovědí, pouze v jednom případě byla možnost více odpovědí. Prostřednictvím otázek 1, 2, 3, 4 a 5 jsme zjišťovali základní informace o respondentech – pohlaví, věk, pracovní pozici, délku praxe na pozici pracovníka přímoobslužné péče v sociálních službách a délku pracovní doby. Otázka číslo 3, která se věnovala pracovní pozici respondentů, byla zároveň otázkou kontrolní, neboť všichni respondenti museli být pracovníky přímoobslužné péče, aby nedošlo ke zkreslení výsledků. Otázky 6 a 7 se věnovaly fyzické náročnosti práce a subjektivnímu pocitu respondentů po skončení

pracovní doby. Otázky 8, 9, 10, 11, 12, 13 a 14 se věnovaly způsobu odpočinku a zdravotním problémům, které mohou vznikat v souvislosti s povoláním pracovníka přímoobslužné péče. Otázky 15, 16, 17 a 21 se věnovaly povolené hmotnosti pro ruční manipulaci, dodržování povolené hmotnosti a předepsaným postupům při manipulaci s uživateli. Otázky 18, 19 a 20 se věnovaly školení a informovanosti respondentů o manipulaci s uživateli. Otázky 22, 23 a 24 byly zaměřeny na kompenzační pomůcky a jejich využití při práci respondentů. Poslední otázky 25 a 26 zjišťovaly, zda respondenti využívají při své práci převážně kompenzační pomůcky či pomoc jiného pracovníka, popřípadě zda je na fyzicky náročnější práci v zařízení přítomen muž.

Výzkum byl rozdělen do tří částí – přípravná, realizační a samotné vyhodnocení. V první části byla orientačně zmapována problematika fyzické zátěže a její dopad na zdraví, abychom mohli v dotazníku vytýčit zdravotní problémy, na které se budeme respondentů dotazovat. Dále byla prostudována a shromážděna odborná literatura, včetně provedení rešerše. Ve druhé části byl proveden výzkum, který probíhal od srpna do listopadu roku 2014. Celkem 100 respondentů (100 %) jsme oslovili v pěti sociálních zařízeních, které záměrně s ohledem na anonymitu a přání respondentů nebudeme blíže specifikovat. Pouze sdělíme, že se jednalo o domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem ve znojemském regionu. Po realizovaném výzkumu, následovala poslední část, samotné vyhodnocení.

3.2 Statistické vyhodnocení dat

Po analýze dat byly výsledné hodnoty vyjádřeny prostřednictvím absolutní a relativní četnosti, kterou jsme zaokrouhlili na jedno desetinné místo. Na základě výsledků výzkumného šetření jsme se rozhodli uvádět nejen výsledky celkového počtu respondentů, ale také jednotlivé výsledky ze souboru žen a mužů. Zjištěná data byla znázorněna nejen v tabulkách, ale pro lepší přehlednost většina z nich také ve sloupcových grafech. K prezentaci výsledků byl využit počítačový program Microsoft Word a Microsoft Excel verze 2010. Výsledky uvádíme v části diplomové práce nazvané Výsledky práce.

Kromě interpretace našich výsledků, provádíme také porovnání s jiným výzkumným šetřením. K porovnání dat jsme zvolili výzkumné šetření Hejnové (2013),

kteřá se této problematice věnovala ve své diplomové práci nazvané Fyzická únava pracovníků v domovech pro seniory. Důvodem výběru bylo nejen téma práce a prostředí sociálních služeb, kde šetření probíhalo, ale také cílová skupina respondentů, i když se jednalo o respondenty ze souboru všeobecných sester a pracovníků přímoobslužné péče.

3.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Ve výzkumném šetření jsme se zaměřili na náhodně vybraný vzorek pracovníků přímoobslužné péče v sociálních službách, který byl zastoupen 92,0 % respondentů ze souboru žen a 8,0 % respondentů ze souboru mužů. Jednalo se tedy o celkový počet 100 respondentů. Výši počtu respondentů jsme si stanovili v přípravné fázi, na základě zjištěného počtu pracovníků v sociálních zařízeních, kde jsme plánovali výzkum uskutečnit. Vzhledem k tomu, že v rozmezí od příprav k samotné realizaci výzkumu, nebyly provedeny personální změny v těchto zařízeních, byl stanovený počet respondentů dodržen. Dalším faktorem, který přispěl k dodržení počtu respondentů, bylo jejich individuální oslovení během výzkumného šetření, neboť návratnost dotazníků byla 100 %.

Věk respondentů se pohyboval mezi 25–55 lety, přičemž nejvíce byla zastoupena věková kategorie 35–44 let. Všichni respondenti, jak už bylo uvedeno, byli pracovníky přímoobslužné péče v sociálních službách. Počet odpracovaných let na uvedené pracovní pozici se nejčastěji vyskytoval pod hranici 10 let. Více než polovina respondentů pracovala ve 12-ti hodinové pracovní směně.

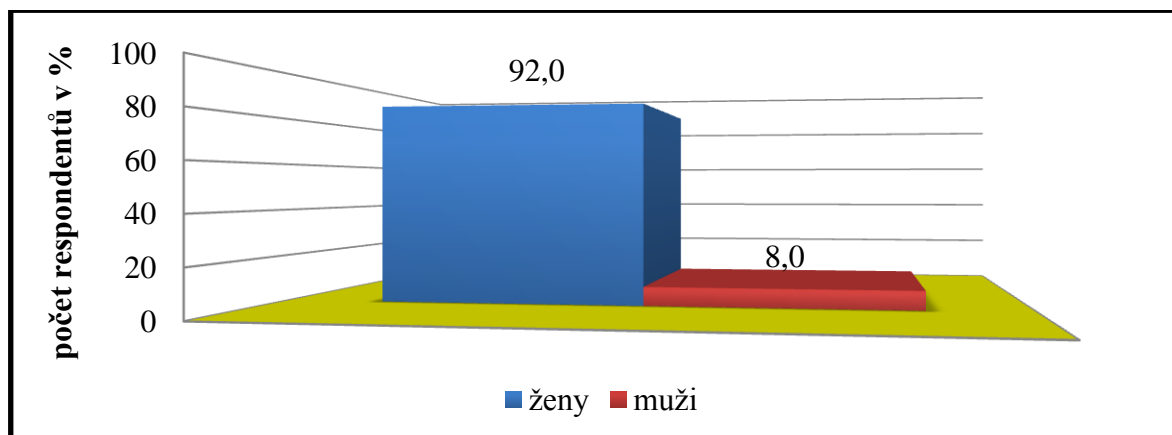
Tabulka 1. Pohlaví respondentů

Odpovědi	Četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) žena	92	92,0
b) muž	8	8,0
Celkem	100	100,0

Zastoupení respondentů v závislosti na pohlaví nám vyjadřuje Tabulka 1. Z celkového počtu 100 respondentů (100 %) se jednalo o 92 žen (92,0 %) a 8 mužů (8,0 %), jak je zobrazeno v Grafu 1. Z uvedených údajů vyplývá, že nejvíce respondentů

bylo ze souboru žen. Zároveň lze konstatovat, že v přímoobslužné péči v sociálních službách pracují převážně ženy, což nám potvrzuje také výzkumné šetření Hejnové (2013), kterého se zúčastnilo 99 žen (96,1 %) a 4 muži (3,9 %).

Graf 1. Pohlaví respondentů



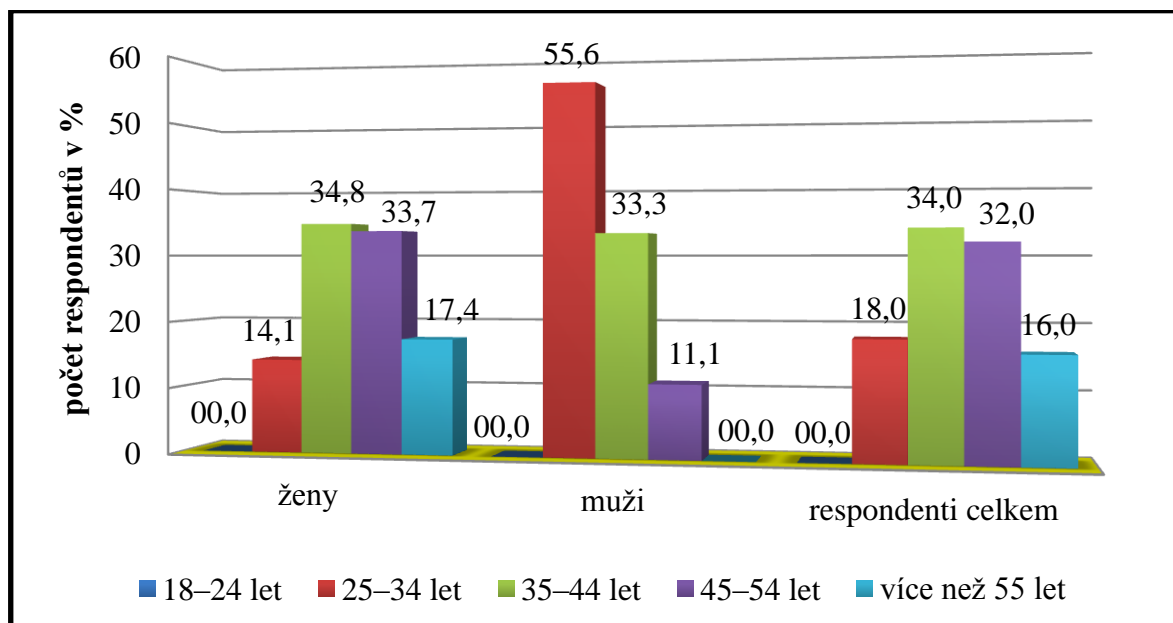
Tabulka 2. Věk respondentů

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) 18–24 let	0	00,0	0	00,0	0	00,0
b) 25–34 let	13	14,1	5	55,6	18	18,0
c) 35–44 let	32	34,8	2	33,3	34	34,0
d) 45–54 let	31	33,7	1	11,1	32	32,0
e) více než 55 let	16	17,4	0	00,0	16	16,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Věkové zastoupení dotazovaných respondentů nám vyjadřuje Tabulka 2. Jak je uvedeno v Grafu 2, z celkového počtu respondentů byla nejvíce zastoupena věková kategorie mezi 35–44 lety (34,0 %), poté věková kategorie 45–54 let (32,0 %), dále 25–34 let (18,0 %). Do nejstarší věkové kategorie nad 55 let patřilo 16,0 % respondentů. Žádný z respondentů nebyl ve věkové kategorii 18–24 let (00,0 %). Pokud porovnáme respondenty ze souboru žen a mužů, tak u mužů byla nejvíce zastoupena věková kategorie mezi 25–34 lety (55,6 %), u žen mezi 35–44 lety (34,8 %).

I přesto, že v námi provedeném výzkumném šetření je jiné věkové rozdělení než ve výzkumném šetření Hejnové (2013), lze provést porovnání. Patrný rozdíl nalezneme v zastoupení respondentů u mladší věkové kategorie. Zatímco v našem výzkumném šetření nebyl žádný respondent ve věku 18–24 let (00,0 %), ve výzkumném šetření Hejnové (2013) ve věkové kategorii 20–25 let bylo 9 respondentů (8,7 %).

Graf 2. Věk respondentů



Tabulka 3. Pracovní pozice respondentů

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) aktivizační pracovník	0	00,0	0	00,0	0	00,0
b) pracovník přímoobslužné péče v sociálních službách	92	100,0	8	100,0	100	100,0
c) sociální pracovník	0	00,0	0	00,0	0	00,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Všichni respondenti (100,0 %) pracují na pozici pracovníka přímoobslužné péče v sociálních službách, jak je uvedeno v Tabulce 3. Můžeme tedy konstatovat, že byla dodržena cílová skupina respondentů, na které bylo výzkumné šetření zaměřeno. Na rozdíl

od výzkumného šetření Hejnové (2013), kterého se zúčastnilo 38 respondentů (36,9 %) ze souboru všeobecných sester a 65 respondentů (63,1 %) ze souboru pracovníků v sociálních službách.

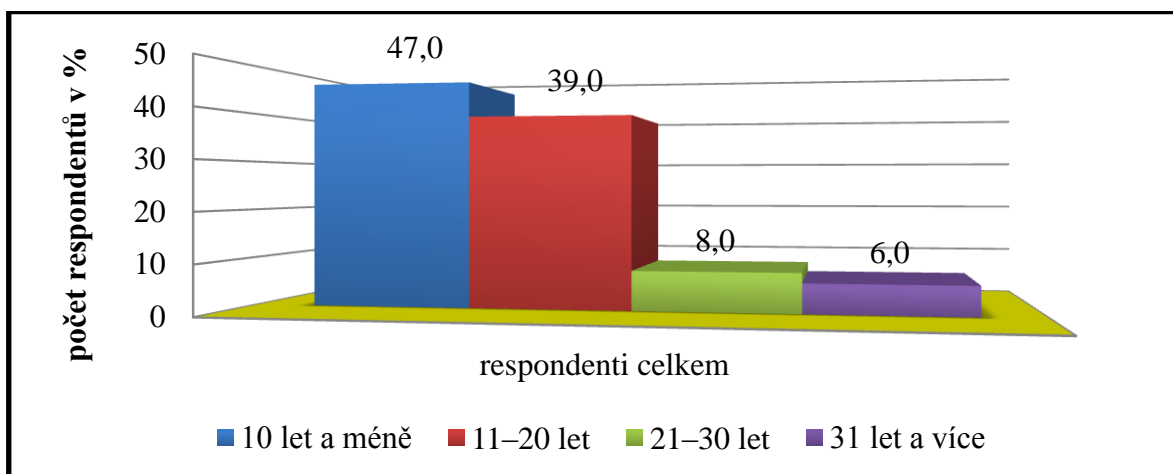
Tabulka 4. Délka odpracovaných let na pozici pracovníka přímoobslužné péče v sociálních službách

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) 10 let a méně	41	44,6	6	75,0	47	47,0
b) 11–20 let	37	40,2	2	25,0	39	39,0
c) 21–30 let	8	8,7	0	00,0	8	8,0
d) 31 let a více	6	6,5	0	00,0	6	6,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Na otázku, jak dlouho vykonávají práci na pozici pracovníka přímoobslužné péče, odpovídali respondenti následovně (Tabulka 4). Nejvíce respondentů (47,0 %) odpovědělo, že na uvedené pracovní pozici pracuje méně než 10 let. V kategorii 11–20 odpracovaných let pracuje 39,0 % dotázaných respondentů. Další skupinu 21–30 odpracovaných let tvořilo 8,0 % respondentů. Nejméně respondentů (6,0 %) patřilo do skupiny odpracovaných 31 let a více. Vzhledem k těmto skutečnostem, kdy nejvíce respondentů má odpracováno méně než 10 let, lze usuzovat, že dochází k časté obměně pracovníků.

Pokud porovnáme soubor žen a mužů, žádný z respondentů ze souboru mužů nepracuje na pozici pracovníka přímoobslužné péče déle jak 20 let. V Grafu 3 je patrný značný pokles respondentů po odpracovaných 20 letech. Klesající počet pracovníků v sociálních službách v souvislosti s délkou odpracovaných let uvádí také Hejnová (2013). Zatímco v kategorii 0–10 odpracovaných let pracuje 53 respondentů (51,4 %), po 26 a více odpracovaných letech pracuje pouze 6 respondentů (5,8 %). Z obou výzkumných šetření lze vysledovat, že množství pracovníků klesá s počtem odpracovaných let. Jedním z důvodů, může být zvyšující se fyzická náročnost na pracovníky přímoobslužné péče, neboť do sociálních zařízení, jsou čím dál častěji přijímáni uživatelé s vyšším stupněm závislosti na pomoci jiné osoby, jak jsme již uvedli v teoretické části diplomové práce.

Graf 3. Délka odpracovaných let na pozici pracovníka přímoobslužné péče v sociálních službách



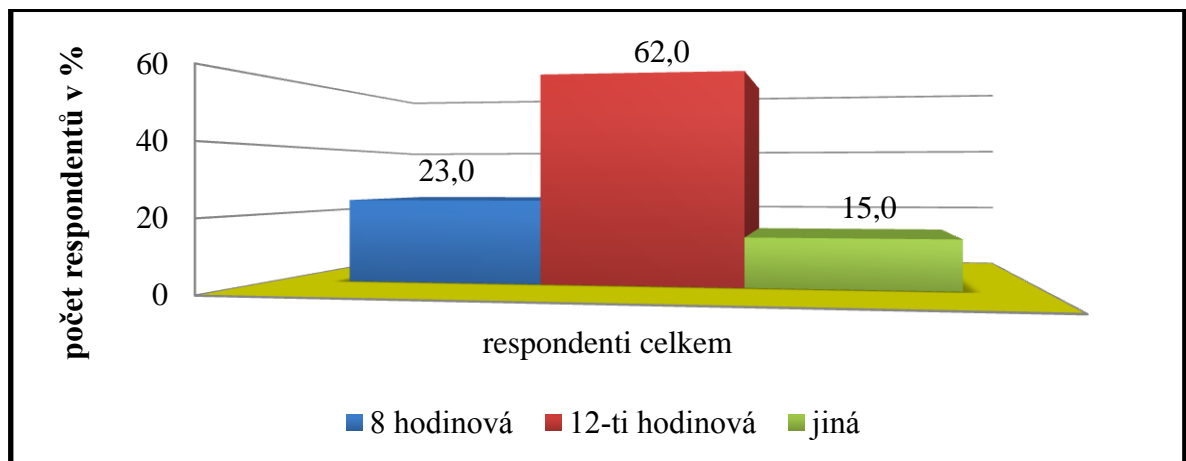
Tabulka 5. Délka pracovní doby

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) 8 hodinová	21	22,8	2	25,0	23	23,0
b) 12-ti hodinová	56	60,9	6	75,0	62	62,0
c) jiná	15	16,3	0	00,0	15	15,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Při zjišťování délky pracovní doby bylo zjištěno (Tabulka 5, Graf 4), že nejvíce respondentů (62,0 %) pracuje ve 12-ti hodinových směnách. V 8 hodinových směnách pracuje 23,0 % respondentů, nejméně pak v jiné délce pracovní doby (15,0 %). Za jinou délku pracovní doby můžeme považovat tu, kdy pracovníci slouží zároveň 12-ti hodinové i 8 hodinové směny. Například denní službu, která je 12-ti hodinová, střídá služba ranní, která je 8 hodinová. Jinou pracovní dobu neslouží žádný respondent (00,0 %) ze souboru mužů.

Ve výzkumném šetření Hejnové (2013) bylo zjištěno, že 76 respondentů (73,8 %) pracuje ve 12-ti hodinových směnách a 27 respondentů (26,2 %) v 8 hodinových směnách. Jiné délce pracovní doby nebyla věnována pozornost. Pokud porovnáme výsledky obou výzkumných šetření, tak je patrné, že ve 12-ti hodinové směně pracuje stále nejvíce respondentů.

Graf 4. Délka pracovní doby



4 VÝSLEDKY PRÁCE A DISKUZE

V následující kapitole vyhodnocujeme výsledky získané výzkumným šetřením, které dále dělíme podle zaměření do několika podkapitol. Pro přehlednost výsledky prezentujeme ve formě tabulek a grafů. Jejich součástí je nejen komentář získaných výsledků, ale také diskuze, neboť jak už bylo uvedeno, provádíme porovnání s výzkumným šetřením Hejnové (2013). V závěru kapitoly se také věnujeme výzkumným problémům a posouzení platnosti stanovených hypotéz.

4.1 Fyzická náročnost práce

Tabulka 6. Fyzická náročnost práce

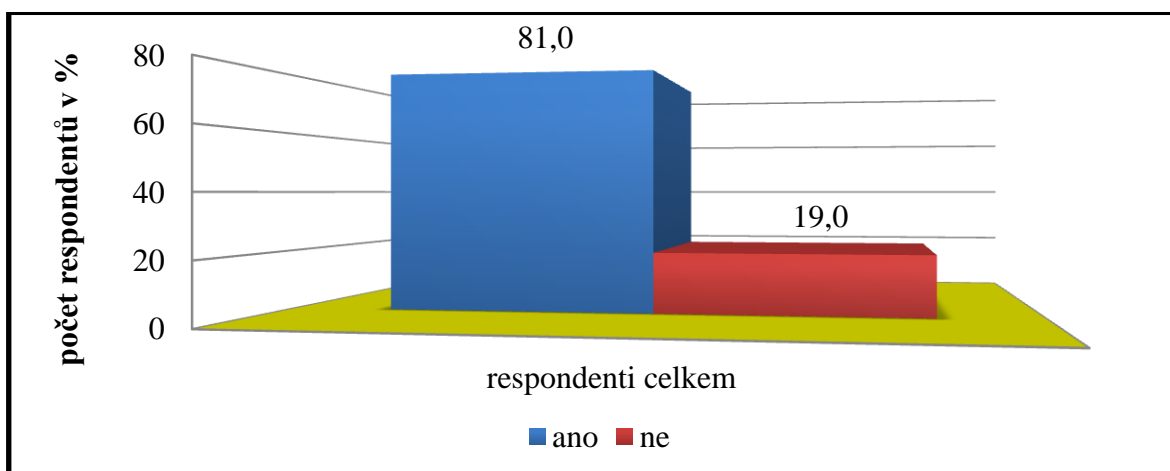
Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) ano	75	81,3	6	66,7	81	81,0
b) ne	17	18,7	2	33,3	19	19,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Podle odpovědí z výzkumného šetření (Tabulka 6, Graf 5) považuje 81,0 % respondentů svoji práci za fyzicky náročnou. Naopak za fyzicky nenáročnou ji považuje 19,0 %. Na základě zjištěných údajů můžeme konstatovat, že respondenti považují svoji práci za fyzicky náročnou a to bez ohledu na pohlaví.

Ve výzkumném šetření Hejnové (2013) považuje 87 respondentů (84,5 %) svoji práci za fyzicky náročnou na rozdíl od 16 respondentů (15,5 %), kteří ji za náročnou nepovažují. Z obou výzkumných šetření vyplývá, že respondenti subjektivně považovali svoji práci za fyzicky náročnou.

Bártlová a Hajduchová (2010) neinformují o tělesné vyčerpanosti u pracovníků v sociálních službách v souvislosti se směnností, ale uvádí, že je prokázáno, že sestry pracující ve směnném provozu jsou tělesně vyčerpanější oproti sestřám v jednosměnném provozu.

Graf 5. Fyzická náročnost



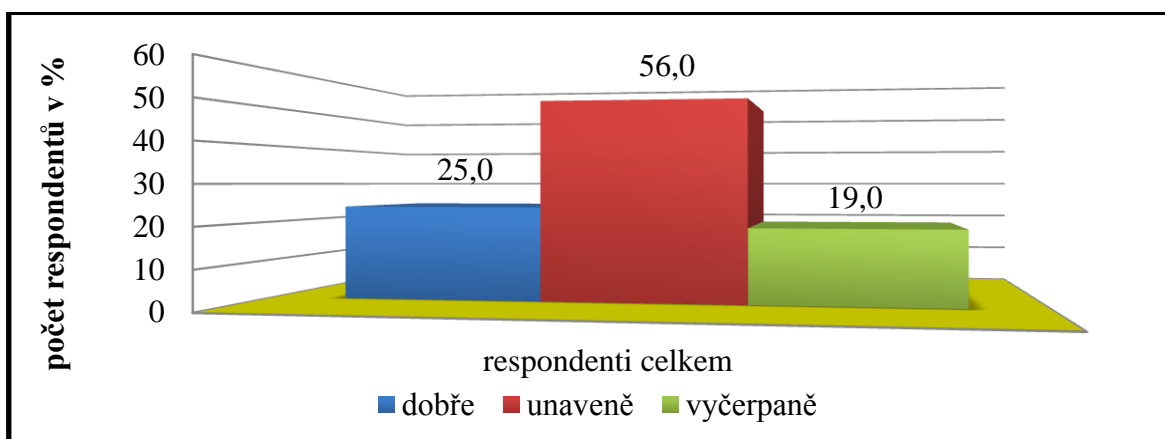
Tabulka 7. Pocity respondentů po fyzické stránce po skončení pracovní doby

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) dobře	20	21,7	5	62,5	25	25,0
b) unaveně	54	58,7	2	25,0	56	56,0
c) vyčerpaně	18	19,6	1	12,5	19	19,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Na otázku, jak se cítí respondenti po skončení pracovní doby, odpovědělo nejvíce (56,0 %) respondentů, že se cítí unaveně, dále 25,0 % respondentů se cítí dobře a nejméně pak 19,0 % respondentů se cítí vyčerpaně (Tabulka 7, Graf 6). Zatímco nejvíce respondentů ze souboru žen (58,7 %) se cítí po skončení pracovní doby unaveně, ze souboru mužů se nejvíce respondentů (62,5 %) cítí dobře.

Hejnová (2013) se ve svém výzkumném šetření zaměřila na jiné pocity nežli my. Respondenti vybírali z nabízených možností – nejsem unavený, jsem mírně unavený, jsem velmi unavený a jsem vyčerpaný. A zjistila, že mírně a velmi unaveně se cítí stejný počet respondentů a to 46 (44,7 %). Vyčerpání uvedlo 10 respondentů (9,6 %) a pouze 1 respondent (1,0 %) nebyl unaven. Pokud porovnáme zjištěné hodnoty s našimi údaji, vyplývá nám, že respondenti se cítí po skončení pracovní doby převážně unaveni.

Graf 6. Pocit respondentů po fyzické stránce po skončení pracovní doby



4.2 Způsob odpočinku a zdravotní problémy související s výkonem povolání pracovníka přímoobslužné péče

Tabulka 8. Způsob odpočinku či relaxace

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) aktivní ve formě sportu, jízdy na kole, turistiky	23	25,0	5	62,5	28	28,0
b) pasivní ve formě četby, sledování televize, masáže	46	50,0	1	12,5	47	47,0
c) jiný	23	25,0	2	25,0	25	25,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

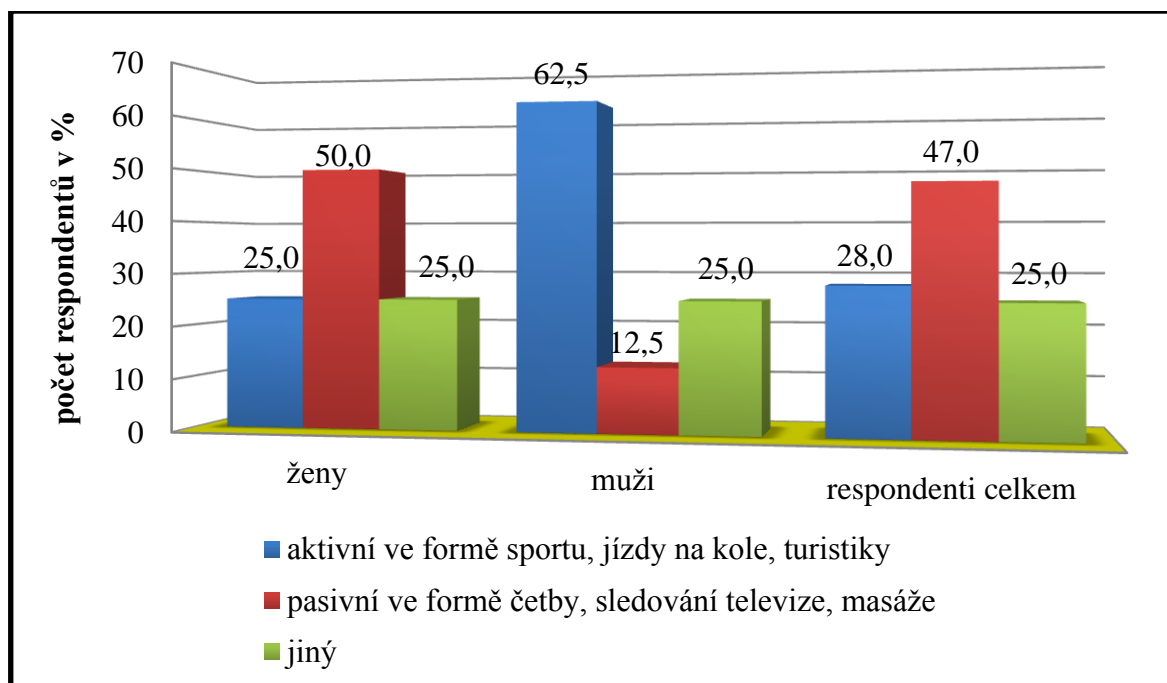
Při zjišťování způsobu odpočinku bylo zjištěno, že respondenti ze souboru žen volí jiný způsob odpočinku než respondenti ze souboru mužů. Neboť ze souboru žen volí nejvíce (50,0 %) respondentů pasivní způsob odpočinku. Na rozdíl od souboru mužů, kde respondenti volí nejvíce (62,5 %) aktivní odpočinek. Na základě rozhovoru s respondenty ze souboru žen, nás tento výsledek nepřekvapil. Neboť jak většinou ženy uváděly, ve srovnání s muži, mají ještě povinnosti spojené s péčí o domácnost a děti, proto je pro ně volbou pasivní způsob odpočinku. Z celkového počtu dotázaných zvolilo

nejvíce respondentů (47,0 %) pasivní odpočinek, naopak aktivní zvolilo 28,0 % respondentů. Nejmenší počet respondentů (25,0 %) zvolilo jiný způsob odpočinku (Tabulka 8, Graf 7).

Porovnáme-li naše výzkumné šetření s výzkumným šetřením Hejnové (2013), je zde patrný rozdíl ve způsobu odpočinku. Zatímco v námi provedeném výzkumném šetření převažoval pasivní způsob odpočinku, ve výzkumném šetření Hejnové (2013) naopak více respondentů a to 59 (57,3 %), volilo aktivní způsob odpočinku. Pasivní odpočinek zvolilo 44 respondentů (42,7 %). Domníváme se, že odlišné výsledky mohou být způsobeny pracovním zařazením respondentů a jejich pracovní náplní. Neboť jak už bylo zmíněno, našeho výzkumného šetření se zúčastnili pouze pracovníci přímoobslužné péče, na rozdíl od výzkumného šetření Hejnové (2013), kterého se zúčastnili pracovníci přímoobslužné péče i všeobecné sestry.

Rozsypalová, Šafránková a Vytejková (2009) uvádí, že ošetrovatelské povolání klade vysoké nároky nejen na fyzickou, ale také na psychickou stránku osobnosti. Proto je důležitý aktivní odpočinek ve formě střídání různých tělesných činností, sport, pravidelné cvičení nebo turistika.

Graf 7. Způsob odpočinku či relaxace

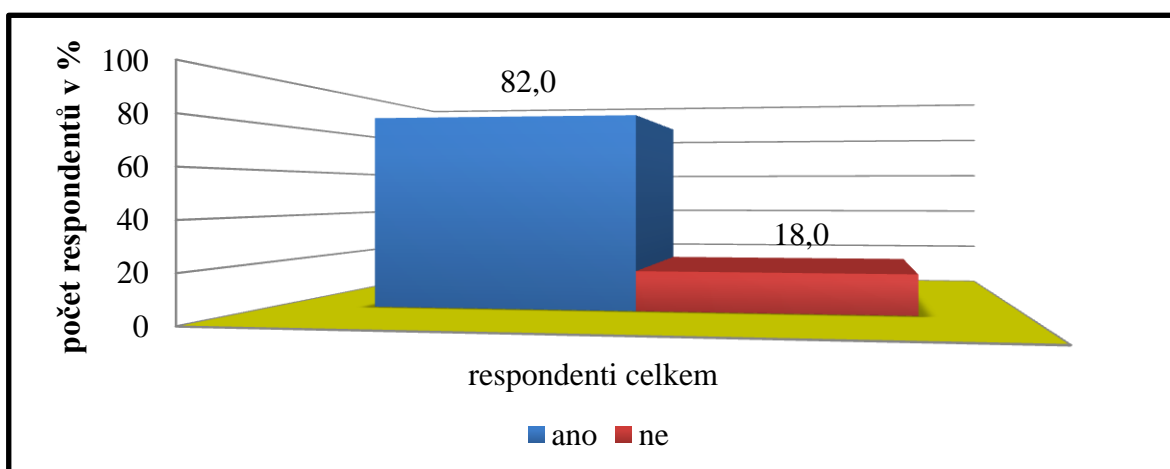


Tabulka 9. Výskyt zdravotních problémů v souvislosti s výkonem povolání

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) ano	79	85,9	3	37,5	82	82,0
b) ne	13	14,1	5	62,5	18	18,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Na otázku, zda se vyskytují u respondentů zdravotní problémy v souvislosti s výkonem jejich povolání, odpovědělo nejvíce (82,0 %) dotázaných, že ano, naopak 33,0 % respondentů uvedlo, že ne (Tabulka 9, Graf 8). Pokud se zaměříme na jednotlivé soubory, tak u souboru žen se vyskytují zdravotní problémy u 85,9 % respondentů, zatímco u souboru mužů u 37,5 % respondentů.

Pokud porovnáme výsledky obou šetření je zde znatelný rozdíl. Neboť Hejnová (2013) uvádí, že 69 respondentů (67,0 %) nemá zdravotní problémy, naopak 34 respondentů (33,0 %) uvedené problémy má. Důvodem odlišného výsledku může být více respondentů v mladším věku a zastoupení všeobecných sester ve výzkumném šetření Hejnové (2013). Neboť se domníváme, že všeobecné sestry vykonávají spíše odbornou péči ve formě podávání léků, provádění převazů ran, aplikace injekcí či vedení ošetrovatelské dokumentace, která nemá takový negativní dopad na zdraví, jako pracovní náplň u pracovníků přímoobslužné péče.

Graf 8. Výskyt zdravotních problémů v souvislosti s výkonem povolání

Tabulka 10. Vnímání zdravotních problémů spojených s výkonem povolání

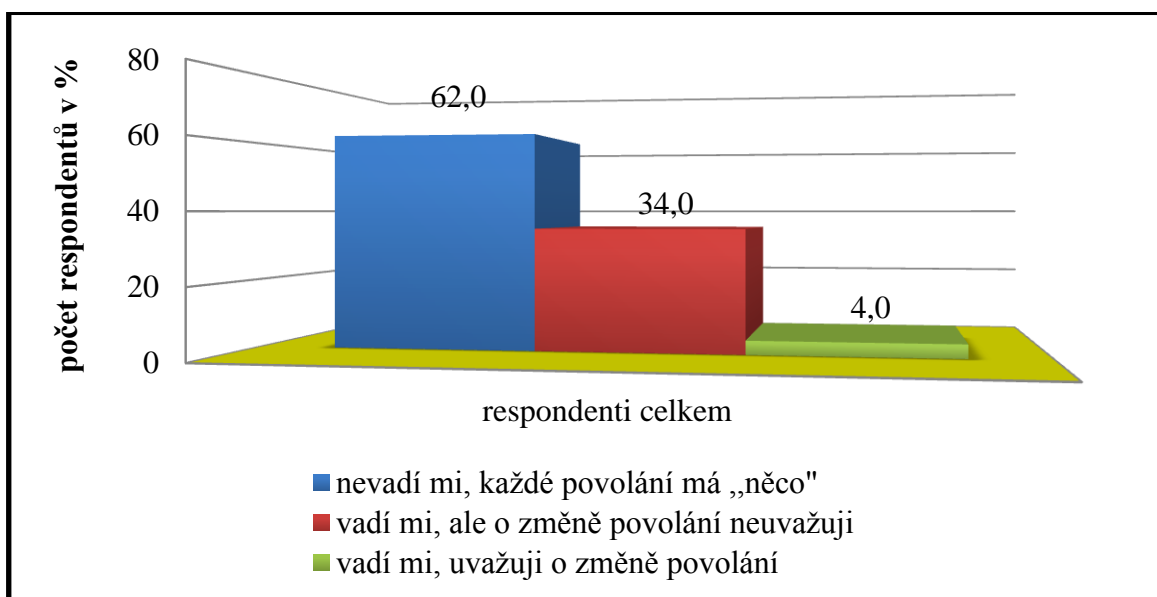
Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) nevadí mi, každé povolání má „něco“	56	60,9	6	75,0	62	62,0
b) vadí mi, ale o změně povolání neuvažuji	32	34,8	2	25,0	34	34,0
c) vadí mi, uvažuji o změně povolání	4	4,3	0	00,0	4	4,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Na otázku, jak vnímají respondenti zdravotní problémy spojené s výkonem jejich povolání, odpovědělo nejvíce dotázaných (62,0 %), že jim zdravotní problémy, které jsou spojeny s výkonem jejich povolání, nevadí. Zatímco 34,0 % respondentů uvedlo, že jim vadí, ale o změně povolání neuvažují. Nejméně respondentů (4,0 %) odpovědělo, že jim zdravotní problémy vadí a uvažují o změně povolání (Tabulka 10, Graf 9). Žádný respondent ze souboru mužů neuvedl, že mu zdravotní problémy spojené s jeho povoláním vadí a uvažuje o změně povolání. Vzhledem ke zjištění, že u mužů se zdravotní problémy vyskytují v menší míře nežli u žen, nás uvedený výsledek nepřekvapil.

Hejnová (2013) se ve svém výzkumném šetření zabývala otázkou, zda by respondenti změnili svoje povolání z důvodu jeho náročnosti. Na základě získaných odpovědí bylo zjištěno, že povolání by změnilo 36,9 % respondentů, naopak 63,1 % respondentů by povolání neměnilo. Z obou výzkumných šetření je patrné, že by respondenti své povolání neměnili, ať už z důvodu náročnosti či zdravotních problémů, které s povoláním souvisí.

Americká asociace sester nehovoří přímo o pracovnících v sociálních službách, ale uvádí, že 20 % sester žádá o přeřazení na jinou práci z důvodu zdravotních komplikací a 12 % úplně opouští povolání sestry (www.nurseweek.com).

Graf 9. Vnímání zdravotních problémů spojených s výkonem povolání



Tabulka 11. Potíže s páteří vyskytující se v souvislosti s výkonem povolání

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) ano (denně)	25	27,2	1	12,5	26	26,0
b) ano (alespoň 1 x týdně)	15	16,3	3	37,5	18	18,0
c) ano (alespoň 1 x měsíčně)	24	26,1	0	00,0	24	24,0
d) ano (velmi málo 2-3 x ročně)	15	16,3	0	00,0	15	15,0
e) ne	13	14,1	4	50,0	17	17,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Při zjišťování výskytu potíží s páteří, které souvisí s výkonem povolání, bylo zjištěno, že nejvíce respondentů (26,0 %) má potíže s páteří denně. U dalších 24,0 % respondentů se potíže vyskytují alespoň 1 x za měsíc. Potíže alespoň 1 x týdně se vyskytují u 18,0 % respondentů. Naopak 17,0 % respondentů uvedlo, že se u nich potíže s páteří

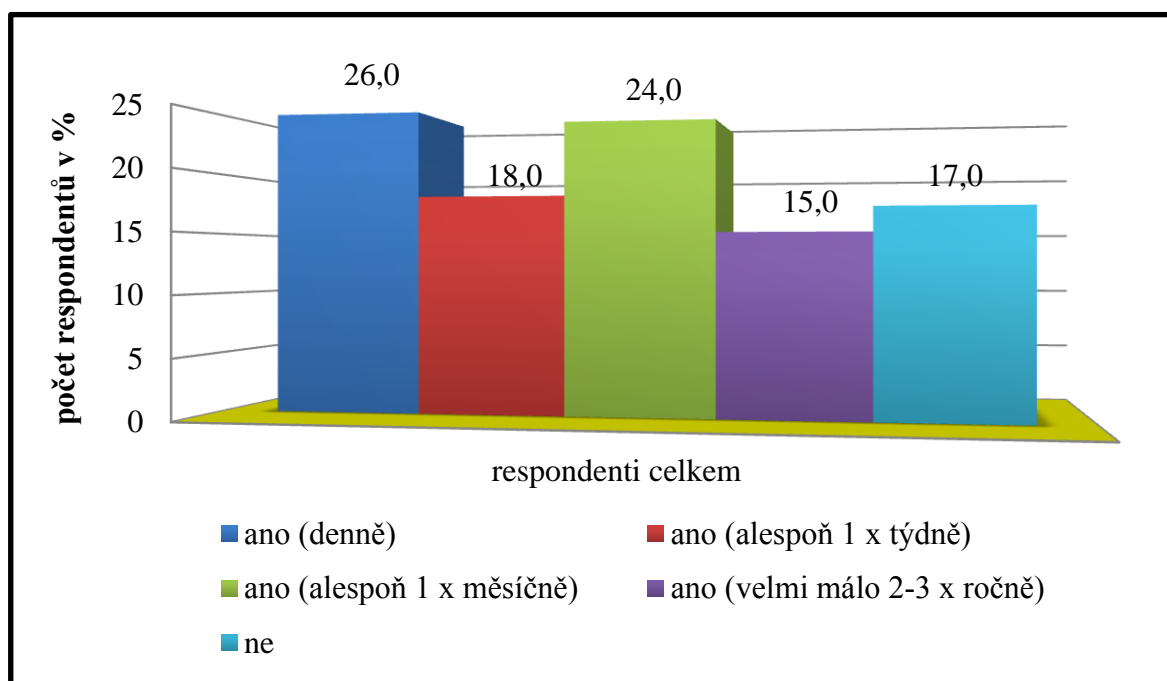
nevyskytují. Nejméně respondentů (15,0 %) uvedlo, že se u nich potíže vyskytují málo 2–3 x ročně (Tabulka 11, Graf 10).

Pokud budeme sledovat pouze výskyt potíží s páteří, bez ohledu na frekvenci, zjistíme, že se potíže objevují u 83,0 % respondentů, což se domníváme, že není zanedbatelné číslo. Na základě našeho výzkumného šetření lze zároveň konstatovat, že potíže s páteří, jsou nejčastějšími zdravotními problémy spojené s povoláním pracovníka přímoobslužné péče.

Bednár (2010) nehovoří o pracovnících v sociálních službách, ale o všeobecných sestrách, které mají podle něho zvýšené riziko potíží s páteří a bolesti zad. Dokonce v porovnání s ostatními profesemi mají šestkrát vyšší prevalenci poškození páteře. U sester se vyskytuje prevalence bolesti páteře ve 40–46 % (Yip, 2001).

Anne Frederwisch hovoří také o všeobecných sestrách a odhaduje, že 52 % z nich si stěžuje na chronické bolesti v zádech (www.nurseweek.com).

Graf 10. Potíže s páteří vyskytující se v souvislosti s výkonem povolání



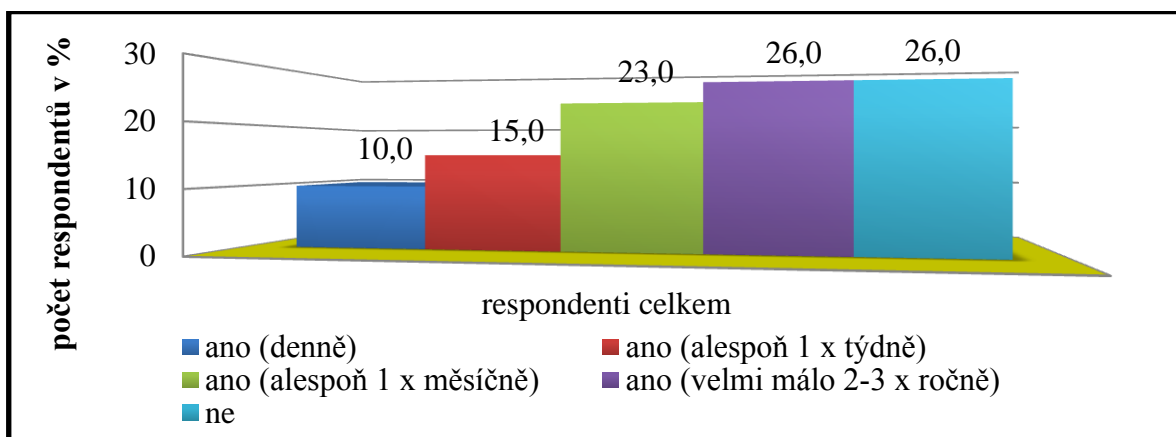
Tabulka 12. Potíže s přetížením svalů a šlach vyskytující se v souvislosti s výkonem povolání

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) ano (denně)	9	9,8	1	12,5	10	10,0
b) ano (alespoň 1 x týdně)	14	15,2	1	12,5	15	15,0
c) ano (alespoň 1 x měsíčně)	23	25,0	0	00,0	23	23,0
d) ano (velmi málo 2-3 x ročně)	25	27,2	1	12,5	26	26,0
e) ne	21	22,8	5	62,5	26	26,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Při zjišťování výskytu potíží s přetížením svalů a šlach, které souvisí s výkonem povolání, bylo zjištěno, že nejvíce respondentů (26,0 %) nemá tyto potíže nebo se vyskytují velmi málo 2–3 x ročně (26,0 %). Dalších 23,0 % respondentů uvedlo, že se potíže vyskytují alespoň 1 x měsíčně, přičemž u žádného respondenta ze souboru mužů. Naopak 15,0 % respondentů uvedlo, že se u nich potíže vyskytují alespoň 1 x týdně. Nejméně respondentů (10,0 %) uvedlo, že se u nich potíže vyskytují denně (Tabulka 12, Graf 11).

Pokud opět vezmeme celkový výskyt zdravotních potíží s přetížením svalů a šlach, bez ohledu na jeho frekvenci, zjistíme, že 74,0 % respondentů z celkového počtu dotázaných má tyto potíže. Zároveň lze konstatovat, že se jedná o druhý nejčastější zdravotní problém spojený s povoláním pracovníka přímoobslužné péče

Graf 11. Potíže s přetížením svalů a šlach vyskytující se v souvislosti s výkonem povolání



Tabulka 13. Potíže s naražením či zhmožděním končetin vyskytující se v souvislosti s výkonem povolání

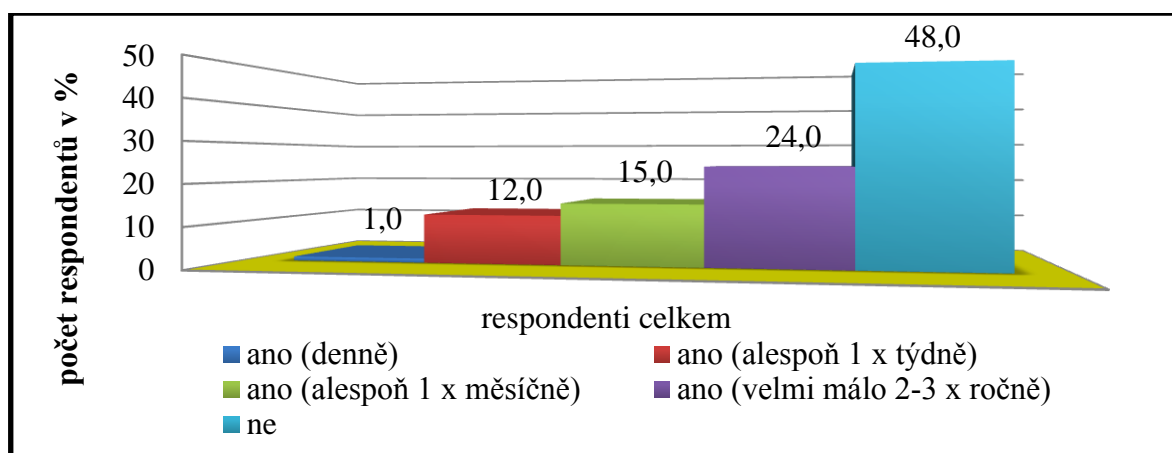
Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) ano (denně)	0	00,0	1	12,5	1	1,0
b) ano (alespoň 1 x týdně)	10	10,9	2	25,0	12	12,0
c) ano (alespoň 1 x měsíčně)	15	16,3	0	00,0	15	15,0
d) ano (velmi málo 2-3 x ročně)	24	26,1	0	00,0	24	24,0
e) ne	43	46,7	5	62,5	48	48,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Při zjišťování výskytu potíží s naražením či zhmožděním končetin, které souvisí s výkonem povolání, bylo zjištěno, že nejvíce respondentů (48,0 %) uvedené potíže nemá. U dalších 24,0 % respondentů se potíže vyskytují velmi málo 2–3 x ročně, ze souboru mužů dokonce u žádného respondenta. Potíže alespoň 1 x měsíčně se vyskytují u 15,0 % respondentů a u žádného respondenta ze souboru mužů. Dalších 12,0 % respondentů

uvedlo, že se u nich potíže vyskytují alespoň 1 x týdně. Nejméně respondentů (1,0 %) uvedlo, že se u nich potíže vyskytují denně a u žádného respondenta ze souboru žen (Tabulka 13, Graf 12).

Pokud se zaměříme na celkový výskyt potíží s naražením či zhmožděním, bez ohledu na frekvenci, zjistíme, že se objevují u 52,0 % respondentů. Jedná se o třetí nejčastější zdravotní problém spojený s povoláním pracovníka přímoobslužné péče.

Graf 12. Potíže s naražením či zhmožděním končetin vyskytující se v souvislosti s výkonem povolání



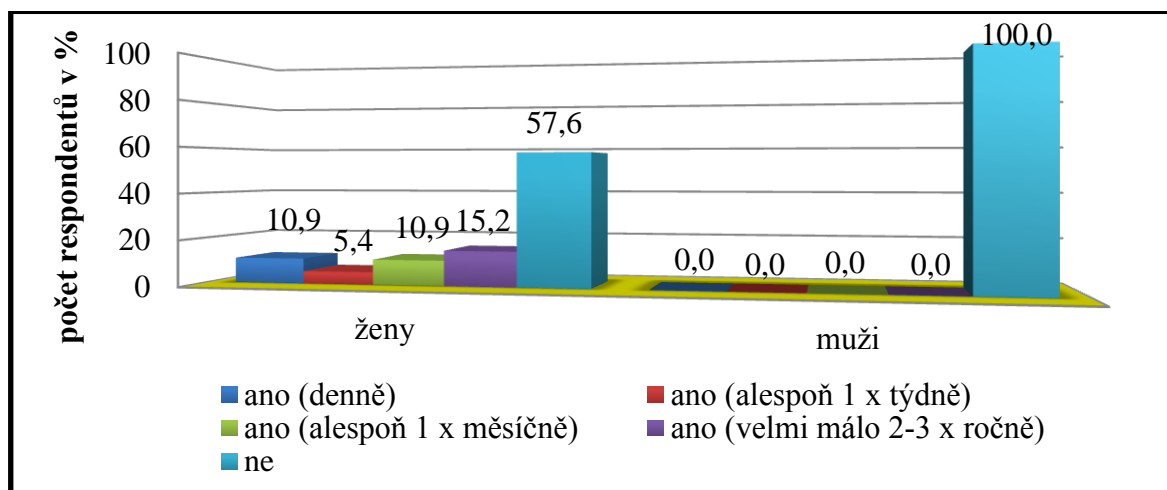
Tabulka 14. Výskyt urologických potíží v souvislosti s výkonem povolání

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) ano (denně)	10	10,9	0	000,0	10	10,0
b) ano (alespoň 1 x týdně)	5	5,4	0	000,0	5	5,0
c) ano (alespoň 1 x měsíčně)	10	10,9	0	000,0	10	10,0
d) ano (velmi málo 2-3 x ročně)	14	15,2	0	000,0	14	14,0
e) ne	53	57,6	8	100,0	61	61,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Při zjišťování výskytu urologických potíží, které souvisí s výkonem povolání, bylo zjištěno, že u respondentů ze souboru mužů se uvedené potíže nevyskytují. U souboru žen nejvíce respondentů (57,6 %) uvedlo, že se u nich urologické potíže rovněž nevyskytují. U dalších 15,2 % respondentů se vyskytují velmi málo 2–3 x ročně. Stejný počet respondentů (10,9 %) se vyjádřil, že se u nich vyskytují denně a alespoň 1 x měsíčně. Nejméně respondentů (5,4 %) ze souboru žen odpovědělo, že se u nich vyskytují potíže alespoň 1 x týdně (Tabulka 14, Graf 13). Příčinu odlišných výsledků u souboru mužů a žen můžeme přisuzovat jinému anatomickému uspořádání orgánů u uvedených pohlaví.

Urologické potíže v našem výzkumném šetření zaujmulý poslední místo, neboť se objevilo u 39,0 % respondentů z celkového počtu dotázaných.

Graf 13. Výskyt urologických potíží v souvislosti s výkonem povolání



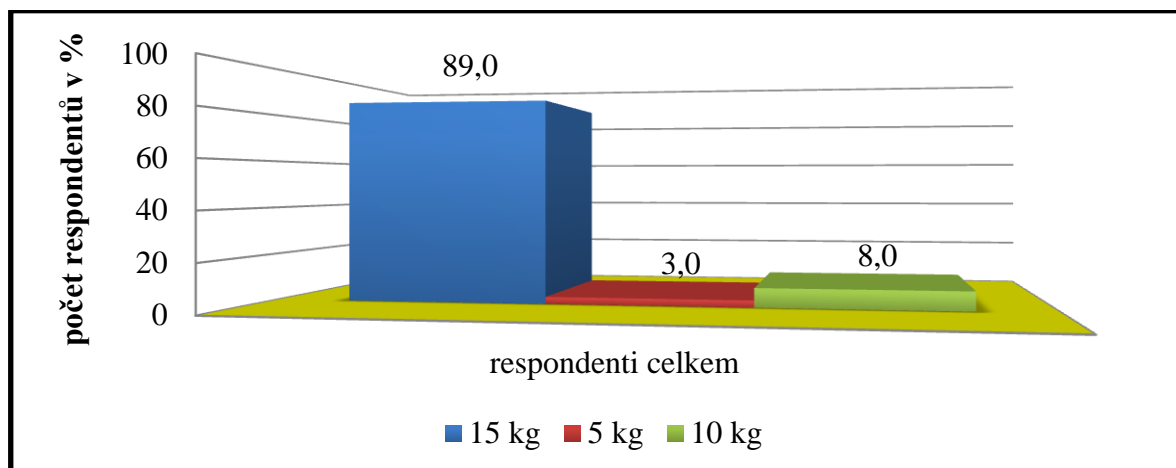
4.3 Povolená hmotnost a předepsané postupy pro ruční manipulaci

Tabulka 15. Znalost o povolené hmotnosti pro časté zvedání a přenášení živého břemene u ženy

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) 15 kg	83	90,2	6	75,0	89	89,0
b) 5 kg	3	3,3	0	00,0	3	3,0
c) 10 kg	6	6,5	2	25,0	8	8,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Na otázku, jaká je povolená hmotnost pro časté zvedání a přenášení živého břemene u ženy, odpověděla většina (89,0 %) respondentů správně, tedy 15 kg. Špatnou odpověď s 10 kg označilo 8,0 % respondentů a s 5 kg 3,0 % respondentů (Tabulka 15, Graf 14).

Graf 14. Znalost o povolené hmotnosti pro časté zvedání a přenášení živého břemene u ženy



Tabulka 16. Znalost o povolené hmotnosti pro časté zvedání a přenášení živého břemene u muže

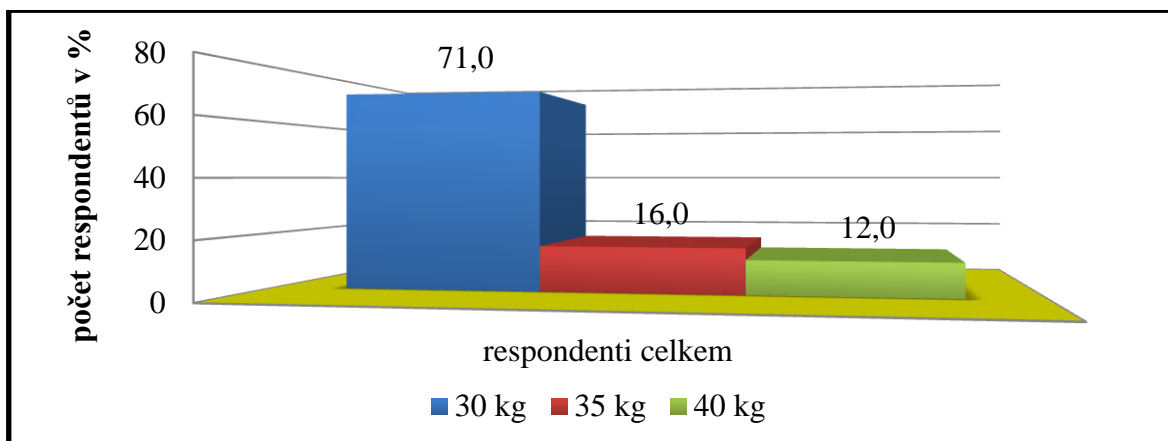
Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) 30 kg	66	71,7	6	75,0	72	71,0
b) 35 kg	16	17,4	0	00,0	16	16,0
c) 40 kg	10	10,9	2	25,0	12	13,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Na otázku, jaká je povolená hmotnost pro časté zvedání a přenášení živého břemene u muže, odpovědělo 71,0 % respondentů správně, tedy 30 kg. Špatnou odpověď s 35 kg označilo 16,0 % respondentů a se 40 kg 13,0 % respondentů (Tabulka 16, Graf 15).

Znalosti o povolené hmotnosti u mužů, kdy správně odpovědělo 71,0 % respondentů, jsou menší v porovnání se znalostmi o povolené hmotnosti u žen, kdy správně odpovědělo 89,0 %. Pokles znalostí může být způsoben větší přítomností žen

ve výzkumném šetření, které znají povolenou hmotnost u svého pohlaví, ale povolené hmotnosti u mužů nevěnují pozornost.

Graf 15. Znalost o povolené hmotnosti pro časté zvedání a přenášení živého břemene u muže



Tabulka 17. Dodržování povolené hmotnosti pro ruční manipulaci s uživateli

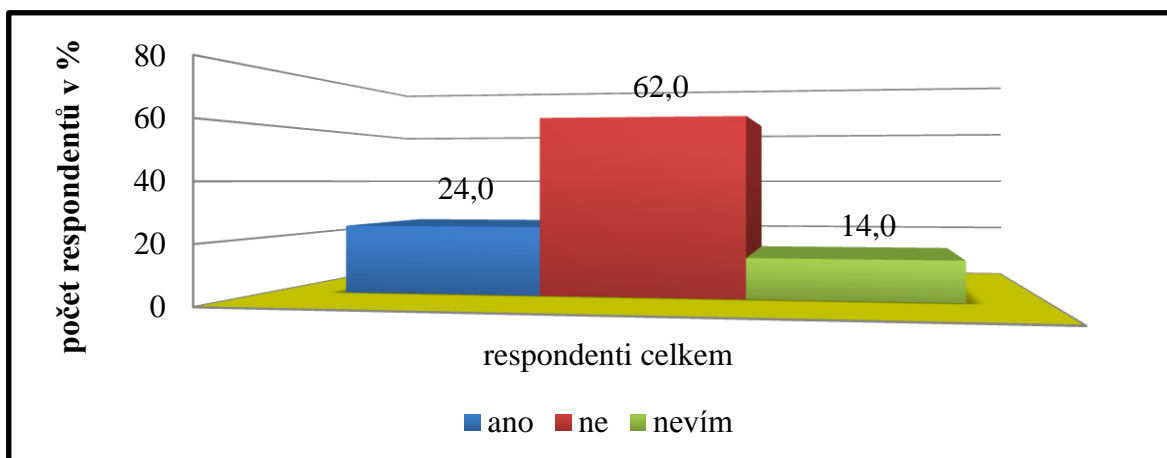
Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) ano	23	25,0	1	12,5	24	24,0
b) ne	56	60,9	6	75,0	62	62,0
c) nevím	13	14,1	1	12,5	14	14,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Na otázku, zda respondenti dodržují povolenou hmotnost pro ruční manipulaci s živými břemeny (uživateli), odpověděli respondenti následovně. Více než polovina (62,0 %) respondentů uvedlo, že nedodržuje při svém povolání povolenou hmotnost, naopak 24,0 % respondentů sdělilo, že dodržuje povolenou hmotnost a 14,0 % respondentů odpovědělo, že neví (Tabulka 17, Graf 16).

Z předchozích dvou otázek jsme zjistili, že většina respondentů zná povolenou hmotnost a i přesto ji nedodržují. Jak už jsme uvedli v teoretické části diplomové práce, Brhel, Manoušková a Hrnčír (2005) informují, že v praxi nelze dodržet doporučené limity hmotnosti při manipulaci s uživateli. Vezmeme-li v úvahu průměrné hmotnosti

uživatelů, o kterých jsme také již hovořili, nelze s nimi nesouhlasit.

Graf 16. Dodržování povolené hmotnosti pro ruční manipulaci s uživateli



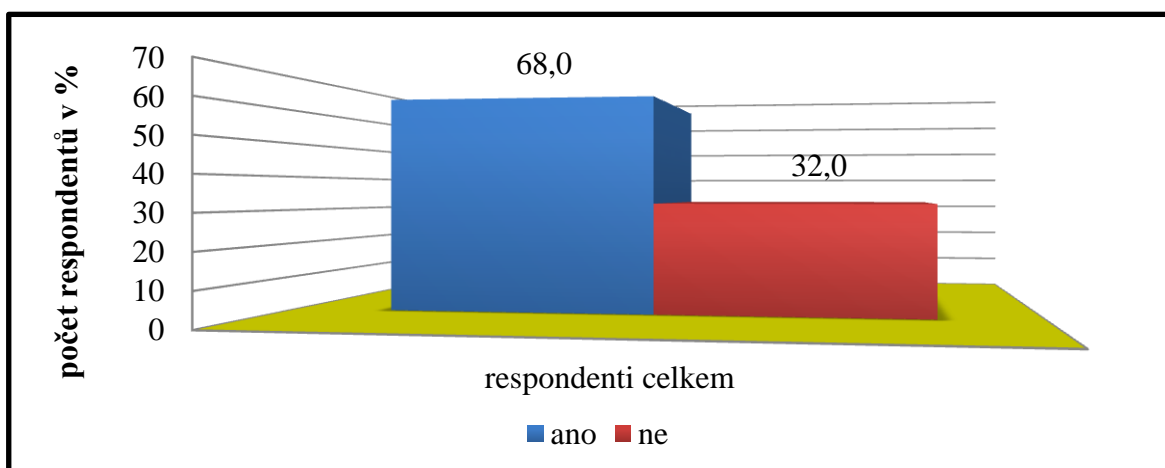
Tabulka 18. Dodržování předepsaných postupů při manipulaci s uživateli

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) ano	61	66,3	7	87,5	68	68,0
b) ne	31	33,7	1	12,5	32	32,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Při zjišťování dodržování předepsaných postupů ze strany respondentů při manipulaci s uživateli bylo zjištěno, že nejvíce respondentů (68,0 %) dodržuje předepsané postupy na rozdíl od 32,0 % respondentů, kteří je nedodržují (Tabulka 18, Graf 17). Pokud porovnáme soubor žen a soubor mužů zjistíme, že zatímco téměř většina (87,5 %) respondentů ze souboru mužů dodržuje předepsané postupy, u souboru žen dodržuje postupy 66,3 % respondentů.

Z celkového počtu dotázaných dodržuje více než polovina předepsané postupy, zatímco 24,0 % respondentů dodržuje povolenou hmotnost. Domníváme se, že je zde patrná snaha ze strany personálu zamezit vzniku zdravotních potíží a zmírnit fyzickou zátěž tím, že budou dodržovány předepsané postupy. Bohužel, jak už bylo zmíněno, nedodržují respondenti povolenou hmotnost, jejímž následkem může docházet ke vzniku zdravotních potíží a zvýšené fyzické zátěži.

Graf 17. Dodržování předepsaných postupů při manipulaci s uživateli



4.4 Školení a informovanost pracovníků přímoobslužné péče o manipulaci s uživateli

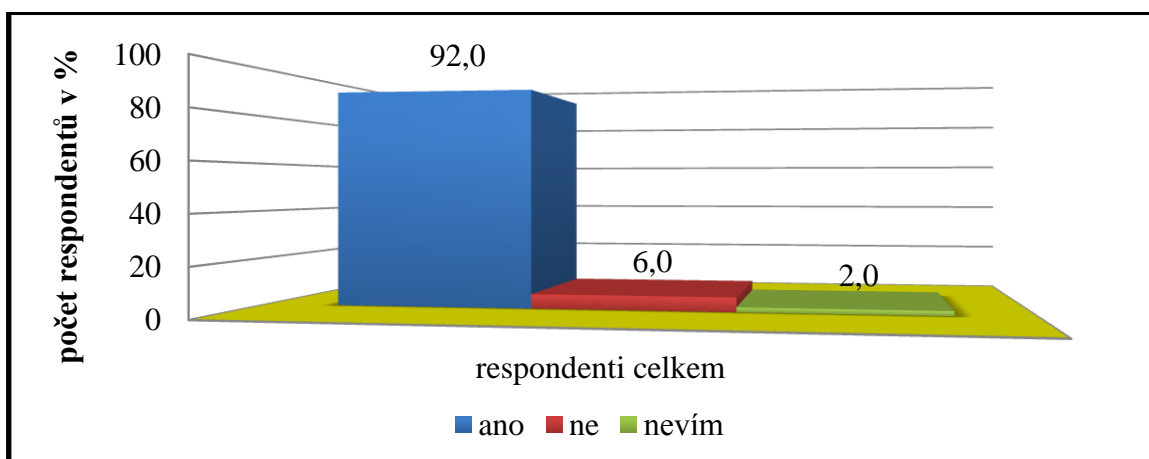
Tabulka 19. Proškolení respondentů, jak ručně manipulovat s uživateli

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) ano	85	92,4	7	87,5	92	92,0
b) ne	5	5,4	1	12,5	6	6,0
c) nevím, nepamatuji se	2	2,2	0	00,0	2	2,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Na otázku, zda byli respondenti proškoleni, jak ručně manipulovat s uživateli, odpovědělo nejvíce respondentů (92,0 %) kladně, tedy že byli proškoleni. Zatímco 6,0 % respondentů uvedlo, že proškoleny nebylo. Zbývající 2,0 % respondentů si nepamatuje, zda byli proškoleni či nikoli (Tabulka 19, Graf 18). Výsledky, které jsme získali, hodnotíme pozitivně.

Vzhledem ke zjištění, o kterém jsme hovořili v teoretické části diplomové práce, kdy vzdělávací agentury pořádající akreditované kvalifikační kurzy pro pracovníky přímoobslužné péče, nevěnují příliš mnoho pozornosti vzdělávání v oblasti manipulace s uživateli, předpokládáme, že školení proběhlo převážně ze strany zaměstnavatelů a ne uvedených agentur.

Graf 18. Proškolení respondentů, jak ručně manipulovat s uživateli



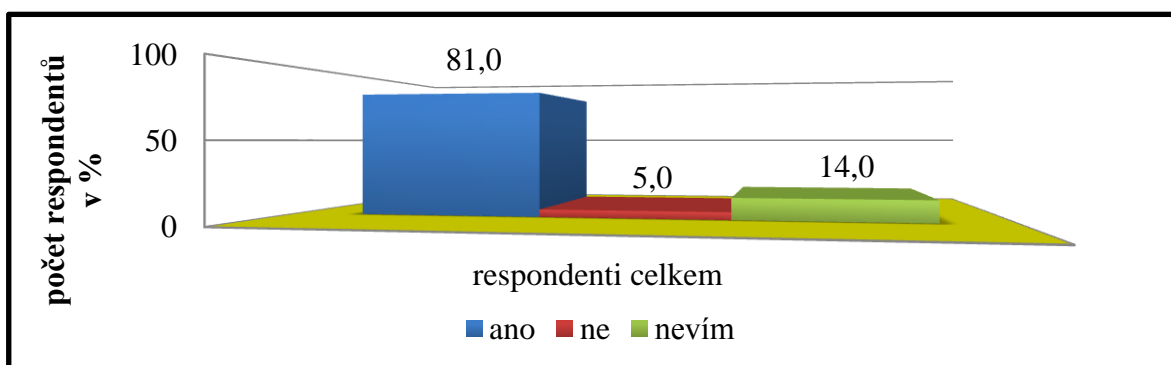
Tabulka 20. Zájem ze strany respondentů o školení, jak ručně manipulovat s uživateli

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) ano	76	82,6	5	62,5	81	81,0
b) ne	3	3,3	2	25,0	5	5,0
c) nevím	13	14,1	1	12,5	14	14,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Při zjišťování zájmu o školení ze strany respondentů, jak ručně manipulovat s uživateli, jsme se dozvěděli, že 81,0 % respondentů má zájem o uvedené školení. Zda by měli zájem o školení, neví 14,0 % respondentů. Naopak 5,0 % respondentů uvedlo, že zájem nemá (Tabulka 20, Graf 19).

I přesto, že 92,0 % respondentů v našem výzkumném šetření uvedlo, že bylo proškoleny, jak manipulovat s uživateli, opětovný zájem o účast projevilo 81,0 % respondentů. Na základě získaných výsledků, podněcujeme nejen zaměstnavatele pracovníků přímoobslužné péče, ale také vzdělávací agentury poskytující akreditované kvalifikační kurzy pro pracovníky přímoobslužné péče, aby tomuto tématu věnovali pozornost a zahrnuli ho do obsahu vzdělávacích programů.

Graf 19. Zájem ze strany respondentů o školení, jak ručně manipulovat s uživateli

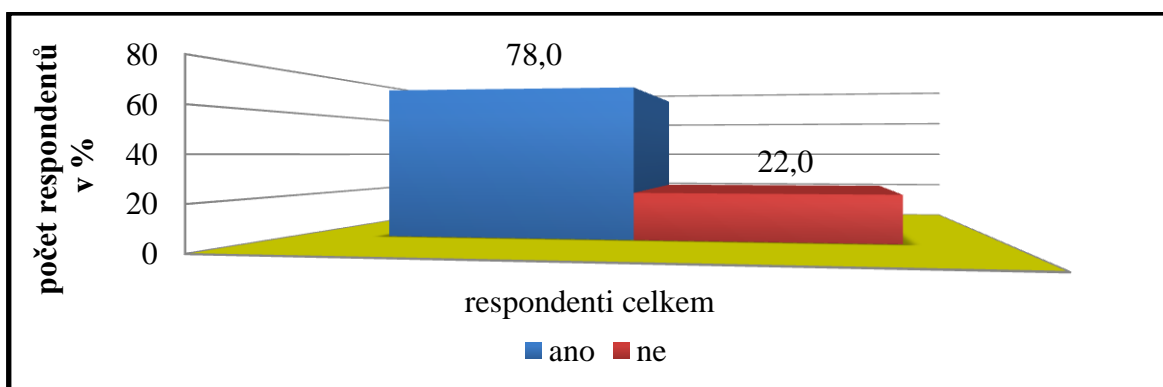


Tabulka 21. Názor respondentů, zda mají dostačující informace, jak manipulovat s uživateli

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) ano	72	78,3	6	75,0	78	78,0
b) ne	20	21,7	2	25,0	22	22,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Na otázku, zda se respondenti domnívají, že mají dostačující informace o manipulaci s uživateli, odpovědělo nejvíce (78,0 %) respondentů, že ano. Naopak 22,0 % respondentů uvedlo, že ne (Tabulka 21, Graf 20). I přesto, že více než polovina respondentů se domnívá, že má dostatečné informace, projevilo 81,0 % respondentů zájem o školení na uvedené téma.

Graf 20. Názor respondentů, zda mají dostačující informace, jak manipulovat s uživateli



4.5 Kompenzační pomůcky a jejich využití

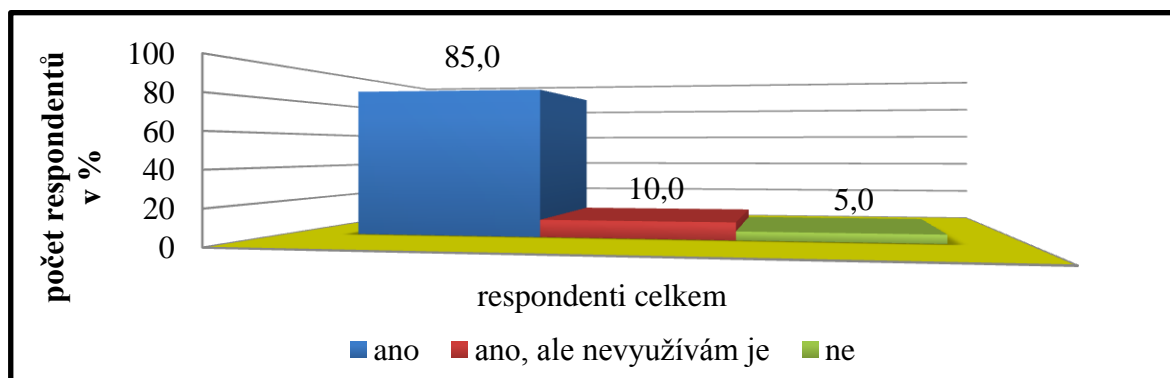
Tabulka 22. Možnost využití kompenzačních pomůcek usnadňující manipulaci s uživateli

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) ano	77	83,7	8	100,0	85	85,0
b) ano, ale nevyužívám je	10	10,9	0	00,0	10	10,0
c) ne	5	5,4	0	00,0	5	5,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Na otázku, zda mají možnost při své práci respondenti využívat kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s uživateli, nám většina respondentů (85,0 %) odpověděla, že ano. Dalších 10,0 % respondentů z celkového počtu dotázaných uvedlo, že je k dispozici má, ale nevyužívá je. Nejméně respondentů (5,0 %) odpovědělo, že kompenzační pomůcky k dispozici nemá (Tabulka 22, Graf 21).

Můžeme se jen domnívat, proč 10,0 % respondentů nevyužívá kompenzační pomůcky, když jsou jim k dispozici. Může se jednat například o vzdálenou dostupnost uvedených pomůcek, nedostatečný prostor pro manipulaci s nimi nebo pocitu zdržení, který mohou mít pracovníci a proto využívají svoji fyzickou sílu či pomoc druhého pracovníka. Apelujeme proto na pracovníky přímoobslužné péče, ať využívají pomůcky, které jim mohou usnadnit manipulaci s uživateli a zmírnit tím fyzickou zátěž na jejich organismus a výskyt zdravotních problémů.

Graf 21. Možnost využití kompenzačních pomůcek usnadňující manipulaci s uživateli



Tabulka 23. Nejčastěji využívané kompenzační pomůcky

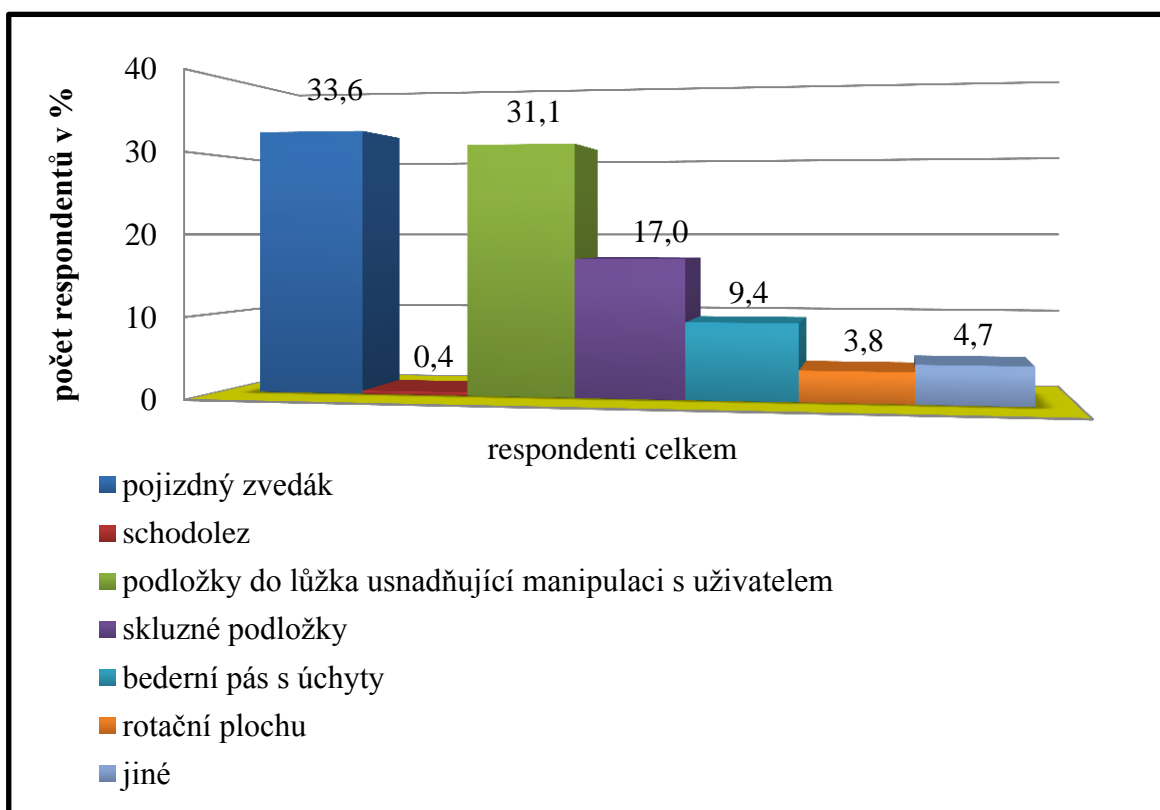
Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) pojízdný zvedák	71	33,8	8	32,0	79	33,6
b) schodolez	1	0,5	0	0,0	1	0,4
c) podložky do lůžka usnadňující manipulaci s uživatelem	66	31,4	7	28,0	73	31,1
d) skluzné podložky	35	16,7	5	20,0	40	17,0
e) bederní pás	18	8,6	4	16,0	22	9,4
f) rotační plochu	8	3,8	1	4,0	9	3,8
g) jiné	11	5,2	0	0,0	11	4,7
Celkem	210	100,0	25	100,0	235	100,0

Poznámka: Celková kumulativní četnost je vyšší než 100, neboť respondenti mohli uvádět více odpovědí.

Při zjišťování, které pomůcky jsou nejčastěji využívané ze strany pracovníků přímoobslužné péče, se nám dostalo následující odpovědi. Nejvíce respondentů (33,6 %) uvedlo, že nejčastěji využívá pojízdný zvedák. Podložky do lůžka využívá 31,1 % respondentů, skluzné podložky 17,0 % respondentů, bederní pás 9,4 % respondentů a rotační plochu 3,8 % respondentů. Jiné pomůcky, které nebyly v nabídce uvedeny, využívá 4,7 % respondentů. Nejméně respondentů (0,4 %) využívá schodolez (Tabulka 23, Graf 22).

Výsledky výzkumného šetření nás nepřekvapily, neboť zvedák společně s podložkami do lůžka považujeme téměř za nutné vybavení sociálních zařízení, kde dochází k manipulaci s uživateli. Vzhledem k přítomnosti výtahů v těchto zařízeních nám výzkumné šetření potvrdilo, že schodolez je nejméně využívanou pomůckou.

Graf 22. Nejčastěji využívané kompenzační pomůcky



Tabulka 24. Činnosti, při kterých jsou kompenzační pomůcky využívány nejvíce

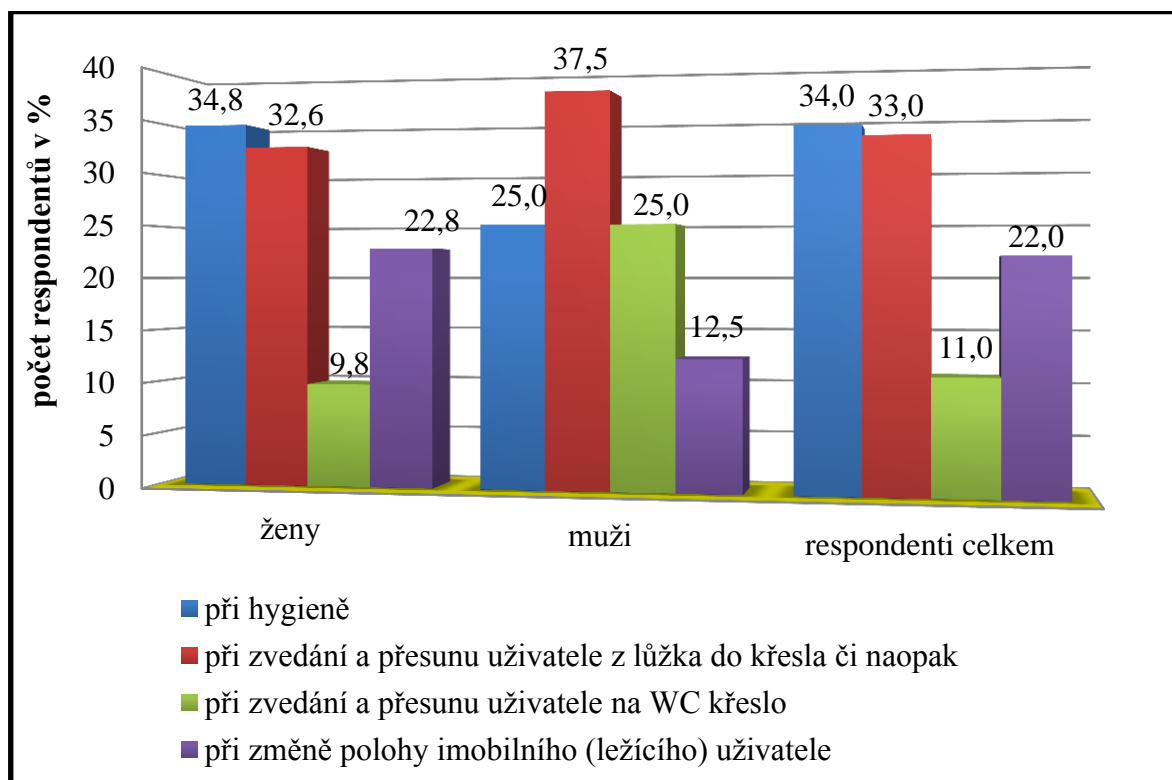
Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) při hygieně	32	34,8	2	25,0	34	34,0
b) při zvedání a přesunu uživatele z lůžka do křesla či naopak	30	32,6	3	37,5	33	33,0
c) při zvedání a přesunu uživatele na WC křeslo	9	9,8	2	25,0	11	11,0
d) při změně polohy imobilního (ležícího) uživatele	21	22,8	1	12,5	22	22,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Na otázku, při jaké činnosti využívají respondenti kompenzační pomůcky nejvíce, odpovídali respondenti následovně. Nejvíce respondentů (34,0 %) využívá kompenzační pomůcky při hygieně, následně 33,0 % respondentů při zvedání a přesunu uživatele z lůžka

do křesla či naopak, dalších 22,0 % respondentů při změně polohy imobilního uživatele a nejméně respondentů (11,0 %) při zvedání a přesunu na WC křeslo (Tabulka 24, Graf 23). Pokud srovnáme odpovědi ze souboru žen a mužů, je zde patrný rozdíl. Zatímco ze souboru žen nejvíce respondentů (34,8 %) využívá kompenzační pomůcky při hygieně a naopak nejméně respondentů (9,8 %) využívá pomůcky při zvedání a přesunu uživatele na WC křeslo. U souboru mužů nejvíce respondentů (37,5 %) využívá kompenzační pomůcky při zvedání a přesunu uživatele z lůžka do křesla či naopak a nejméně respondentů (12,5 %) pak při změně polohy imobilního uživatele.

Domníváme se, že tyto činnosti korespondují s nejvíce používanými pomůckami. Nejvíce využívanou pomůckou byl zvedák, který je nejvíce používán při hygieně či přesunu uživatele. U změny polohy jsou využívány zase podložky do lůžka, které byly druhou nejčastěji využívanou pomůckou. Nejméně jsou pomůcky využívány při zvedání a přesunu uživatele na WC křeslo, což jsme očekávali, neboť se domníváme, že při této činnosti pracovníci volí spíše pomoc jiného pracovníka.

Graf 23. Činnosti, při kterých jsou kompenzační pomůcky využívány nejvíce



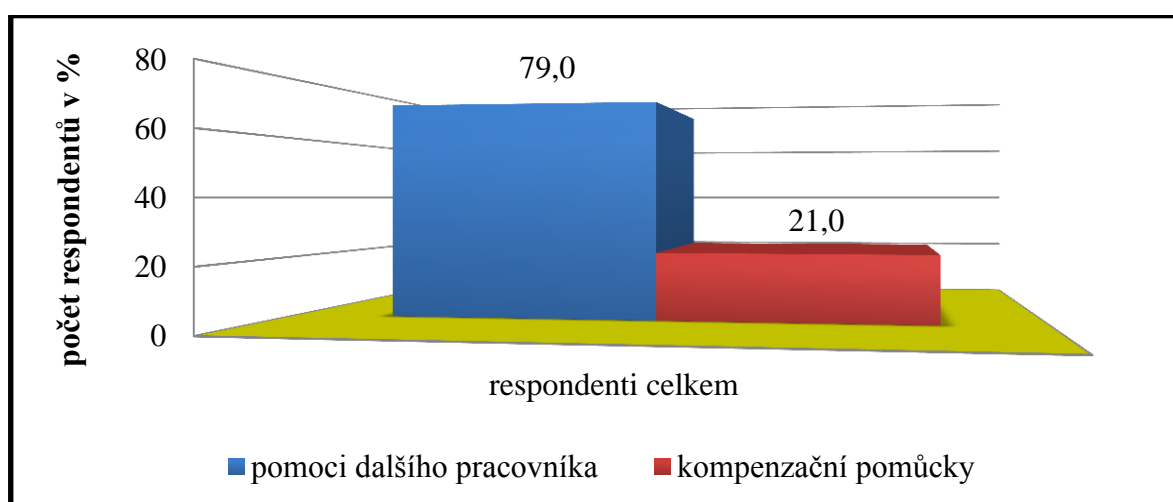
4.6 Pomoc pracovníka či kompenzačních pomůcek

Tabulka 25. Využití pomoci dalšího pracovníka nebo kompenzační pomůcky při ruční manipulaci s uživateli

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) pomoci dalšího pracovníka	74	80,4	5	62,5	79	79,0
b) kompenzační pomůcky	18	19,6	3	37,5	21	21,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Při dotazování, zda respondenti při ruční manipulaci s uživateli využívají převážně pomoci dalšího pracovníka nebo kompenzační pomůcky, bylo zjištěno následující. Z celkového počtu dotázaných nejvíce respondentů (79,0 %) uvedlo, že využívá převážně pomoci druhého pracovníka. Naopak kompenzační pomůcky upřednostňuje 21,0 % respondentů (Tabulka 25, Graf 24). Z výzkumného šetření vyplývá, že ačkoli 85,0 % respondentů má k dispozici kompenzační pomůcky, využívají převážně pomoc dalšího pracovníka. Předpokládáme, že pomoc dalšího pracovníka je využívána převážně při přesunu uživatele na WC křeslo či při polohování.

Graf 24. Využití pomoci dalšího pracovníka nebo kompenzační pomůcky při ruční manipulaci s uživateli



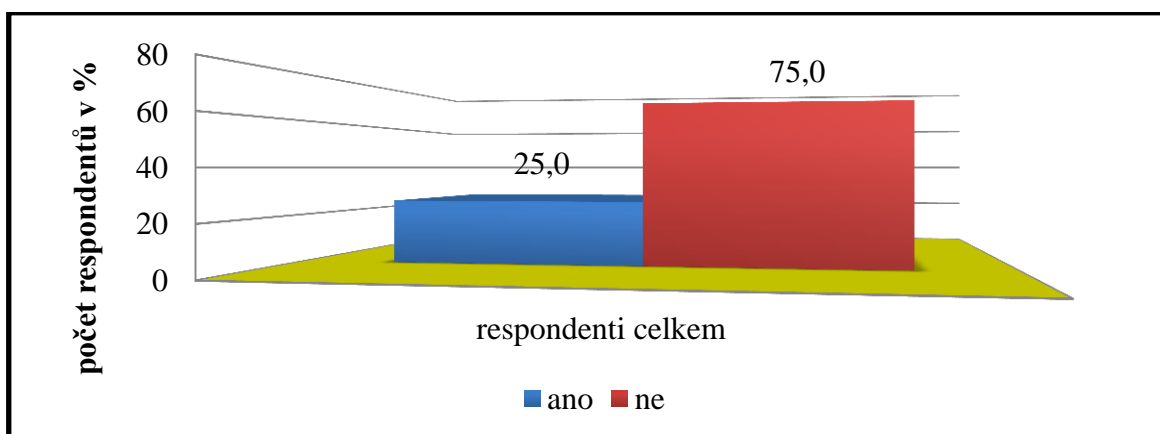
Tabulka 26. Možnost využití pracovníka – muže, zejména při ruční manipulaci s uživateli

Odpovědi	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
a) ano	20	21,7	5	62,5	25	25,0
b) ne	72	78,3	3	37,5	75	75,0
Celkem	92	100,0	8	100,0	100	100,0

Respondenti na otázku, zda mají možnost využít při ruční manipulaci s uživateli pomoc pracovníka – muže, který vykonává v zařízení zejména fyzicky náročnější práci, odpověděli následovně. Nejvíce respondentů (75 %) odpovědělo, že ne. Naopak 25,0 % respondentů uvedlo, že ano (Tabulka 26, Graf 25).

Pokud porovnáme soubor žen a mužů zjistíme, že 78,3 % respondentů ze souboru žen, nemá možnost využít mužského pracovníka. Naopak u souboru mužů uvedlo 62,5 % respondentů, že uvedenou možnost má. Zbývajících 37,5 % respondentů ze souboru mužů uvedlo, že tuto možnost v zařízení nemají. Z toho vyplývá, že respondenti ze souboru mužů, kteří takto odpověděli, nezastávají v zařízení fyzicky náročnější práci. Pak zůstává otázkou, proč tomu tak je. Z rozhovoru s respondenty jsme získali informace, že i přesto, že jsou za uvedeným účelem do zařízení přijímáni muži, ve skutečnosti fyzicky náročnější práci nezastávají, neboť vedoucí sociální péče či oddělení, při rozpisu směn a plánování činností, přítomnost muže na směně nezohledňuje.

Graf 25. Možnost využití pracovníka – muže, zejména při ruční manipulaci s uživateli



4.7 Výzkumné problémy

Výzkumný problém č. 1: Považují respondenti svoji práci za fyzicky náročnou?

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že většina respondentů (81,0 %) bez ohledu na pohlaví, považuje svoji práci pracovníka přímoobslužné péče za fyzicky náročnou.

Výzkumný problém č. 2: Objevují se u respondentů zdravotní problémy, které souvisí s výkonem jejich povolání?

Většina respondentů (82,0 %) uvedla, že se u nich vyskytují zdravotní problémy, které souvisí s výkonem jejich povolání.

Výzkumný problém č. 3: Které zdravotní problémy se vyskytují u respondentů v souvislosti s výkonem jejich povolání nejčastěji?

Ve výzkumném šetření jsme zjišťovali, jak často nebo zda vůbec se u respondentů vyskytují potíže s páteří, s přetížením svalů či šlach, s naražením nebo zhmožděním končetin a urologické potíže. Ze získaných dat bylo zjištěno, že nejčastěji se objevují potíže s páteří a to u 83,0 % respondentů.

Výzkumný problém č. 4: Jaký způsob odpočinku či relaxace volí respondenti nejčastěji?

Respondenti měli v dotazníku na výběr z možností - aktivní, pasivní či jiný odpočinek. Za nejčastější způsob odpočinku zvolilo 47,0 % respondentů, pasivní. Vezmeme-li zvlášť soubor žen a soubor mužů, je zde patrný rozdíl. Zatímco soubor žen upřednostnil pasivní způsob, soubor mužů naopak aktivní způsob odpočinku.

Výzkumný problém č. 5: Dodržují respondenti předepsané postupy při ruční manipulaci s uživateli?

Více než polovina respondentů (68,0 %) uvedla, že dodržuje při ruční manipulaci s uživateli předepsané postupy.

Výzkumný problém č. 6: Mají možnost respondenti využívat při své práci kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s uživateli?

Většina respondentů (95,0 %) uvedla, že má možnost při své práci využívat kompenzační pomůcky, z toho 10,0 % respondentů odpovědělo, že možnost má, ale nevyužívají ji.

Výzkumný problém č. 7: Při jaké činnosti využívají respondenti kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s uživateli nejvíce?

Respondenti měli na výběr z činností jako je hygiena, zvedání a přesun uživatele z lůžka do křesla či naopak, na WC křeslo nebo změna polohy imobilního uživatele. Ze získaných dat vyplývá, že 34,0 % respondentů využívá kompenzační pomůcky nejčastěji při hygieně.

4.8 Posouzení platnosti stanovených hypotéz

Stanovené hypotézy jsme ověřili pomocí testu dobré shody chí-kvadrát, kde testovým kritériem je hodnota:

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Kde P je pozorovaná četnost a O je očekávaná četnost, která odpovídá nulové hypotéze. Při rozhodování, zda nulová hypotéza platí či nikoli, se postupuje tak, že se vypočítaná hodnota testového kritéria srovná s takzvanou kritickou hodnotou, která je uvedena ve statistických tabulkách. Náležitou kritickou hodnotu hledáme pro zvolenou hladinu významnosti a určitý počet stupňů volnosti (Chráska, 2007). Výsledky uvádíme v Příloze 2.

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že více jak 80 % respondentů považuje svoji práci za fyzicky náročnou.

První hypotéza byla ověřována v anonymním dotazníku otázkou č. 6, ve které se ptáme, zda je práce pro respondenty fyzicky náročná. Z celkového počtu 100 dotázaných považuje 81,0 % respondentů svoji práci za fyzicky náročnou. Na základě statisticky zpracovaných výsledků, **hypotézu potvrzujeme.**

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že u více jak 80 % respondentů se objevují zdravotní problémy související s výkonem jejich povolání.

Druhá hypotéza byla ověřována v anonymním dotazníku otázkou č. 9, ve které se ptáme, zda se u respondentů objevují zdravotní problémy, které souvisí s výkonem jejich povolání. Z celkového počtu 100 dotázaných se zdravotní problémy objevují u 82,0 % respondentů. Na základě statisticky zpracovaných výsledků, **hypotézu potvrzujeme.**

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že u respondentů v souvislosti s výkonem jejich povolání se nejvíce vyskytují zdravotní problémy spojené s potížemi páteře.

Třetí hypotéza byla ověřována v anonymním dotazníku otázkami č. 11, 12, 13 a 14, ve kterých se ptáme, zda se u respondentů vyskytují zdravotní problémy, které souvisí s výkonem jejich povolání, jako jsou potíže s páteří, přetížení svalů či šlach, naražení či zhmoždění končetin a urologické potíže. Nejvíce se vyskytovaly zdravotní problémy spojené s potížemi páteře a to u 83,0 % respondentů. Na základě statisticky zpracovaných výsledků, **hypotézu potvrzujeme.**

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že respondenti volí nejčastěji pasivní způsob odpočinku.

Čtvrtá hypotéza byla ověřována v anonymním dotazníku otázkou č. 8, ve které se ptáme, jaký způsob odpočinku volí respondenti. Z celkového počtu 100 dotázaných volí 47,0 % respondentů pasivní způsob odpočinku. Na základě statisticky zpracovaných výsledků, **hypotézu potvrzujeme.**

Hypotéza č. 5: Předpokládáme, že více jak 50 % respondentů dodržuje předepsané postupy při ruční manipulaci s uživateli.

Pátá hypotéza byla ověřována v anonymním dotazníku otázkou č. 21, ve které se ptáme, zda respondenti dodržují předepsané postupy při manipulaci s uživateli. Z celkového počtu 100 dotázaných dodržuje předepsané postupy 68,0 % respondentů. Na základě statisticky zpracovaných výsledků, **hypotézu potvrzujeme.**

Hypotéza č. 6: Předpokládáme, že více jak 80 % respondentů má možnost využívat při své práci kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s uživateli.

Šestá hypotéza byla ověřována v anonymním dotazníku otázkou č. 22, ve které se ptáme, zda respondenti mají možnost při své práci využívat kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s uživateli. Z celkového počtu 100 dotázaných má možnost využívat kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci 95,0 % respondentů, z toho 10,0 % respondentů možnost má, ale nevyužívá ji. Na základě statisticky zpracovaných výsledků, **hypotézu potvrzujeme.**

Hypotéza č. 7: Předpokládáme, že respondenti využívají nejvíce kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s uživateli při hygieně.

Sedmá hypotéza byla ověřována v anonymním dotazníku otázkou č. 24, ve které se ptáme, při jaké činnosti respondenti nejvíce využívají kompenzační pomůcky usnadňující ruční manipulaci s uživateli. Z celkového počtu 100 dotázaných využívá nejvíce (34,0 %) respondentů kompenzační pomůcky při hygieně. Na základě statisticky zpracovaných výsledků, **hypotézu potvrzujeme.**

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký dopad má fyzická zátěž na zdraví u pracovníků přímoobslužné péče v sociálních službách a jaké zdravotní problémy se nejčastěji vyskytují v souvislosti s výkonem jejich povolání.

Diplomová práce byla vymezena 7 dílčími úkoly, které jsou uvedeny v první kapitole nazvané Cíle a úkoly práce.

Prvním cílem bylo zjistit, zda je pro respondenty práce fyzicky náročná. Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že 81 % respondentů považuje svoji práci za fyzicky náročnou. Naopak 19 % respondentů ji za náročnou nepovažuje. Lze tedy konstatovat, že cíl č. 1 byl splněn.

Druhým cílem bylo zjistit, jaký způsob odpočinku či relaxace volí respondenti nejčastěji. Respondenti ve výzkumném šetření zvolili nejčastěji pasivní způsob odpočinku a to celkem 47 % dotázaných. Dalších 28 % respondentů zvolilo aktivní způsob odpočinku. Jiný způsob odpočinku upřednostnilo 25 % respondentů. I tentokrát můžeme konstatovat, že cíl č. 2 byl splněn.

Třetím cílem bylo zjistit, zda respondenti vědí, jaká je povolená hmotnost pro časté zvedání a přenášení živého břemene u ženy a muže. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že 89 % dotázaných respondentů zná povolenou hmotnost pro časté zvedání a přenášení živého břemene u ženy, která je 15 kg. Naopak 8 % respondentů se špatně domnívá, že povolená hmotnost je 10 kg. Špatné znalosti o povolené hmotnosti má rovněž zbývající 3 % respondentů, kteří se domnívali, že se jedná o povolenou hmotnost 5 kg. V případě povolené hmotnosti u mužů znalo správnou odpověď 71 % respondentů, kteří správně uvedli 30 kg. Špatné znalosti mělo 16 % respondentů, kteří uvedli povolenou hmotnost 35 kg, stejně jako 13 % respondentů, kteří zvolili 40 kg. I tentokrát byl cíl č. 3 splněn.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda respondenti dodržují předepsané postupy při ruční manipulaci s živými břemeny (uživateli). Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že předepsané postupy dodržuje 68 % dotázaných respondentů, naopak 32 % respondentů tyto postupy nedodržuje. Cíl č. 4 byl splněn.

Pátým cílem, bylo zjistit, zda respondenti mají možnost využívat pomůcky, které jim mohou usnadnit manipulaci s uživateli. Z celkového počtu dotázaných uvedlo 85 % respondentů, že tuto možnost má. Překvapilo nás, že 10 % respondentů tuto možnost má, ale nevyužívá ji. Zbývajících 5 % respondentů možnost využít pomůcky bohužel

nemá. Rádi bychom proto apelovali na vedení zařízení sociálních služeb, aby pomůcky zakoupili a tím snížili fyzickou zátěž u svých zaměstnanců. Cíl č. 5 byl rovněž splněn.

Šestým cílem bylo vyhodnotit, které pomůcky nejčastěji užívají respondenti při své práci. Nepřekvapilo nás, že nejvíce je využíván pojízdný zvedák a to u 33,6 % respondentů, další často využívanou pomůckou byly podložky do lůžka u 31,1 % respondentů, za nimi následovaly skluzné podložky využívané u 17,0 % respondentů, méně pak byly využívány bederní pásy u 9,4 % respondentů. Jiné pomůcky, které nebyly blíže specifikovány, využívá 4,7 % respondentů. Na předposledním místě skončily rotační plochy, které zvolilo 3,8 % respondentů a posledním, nejméně využívaným byl schodolez u 0,4 % respondentů. Pořadí schodolezu nás nepřekvapilo, neboť většina sociálních zařízení je vybavena výtahy. Cíl č. 6 byl také splněn.

Sedmým a zároveň posledním cílem bylo porovnat některé zjištěné výsledky z našeho výzkumného šetření s výsledky jiného výzkumného šetření. K tomu jsme využili diplomovou práci Hejnové (2013) a její výzkumné šetření, kterého se zúčastnilo 99 žen a 4 muži, celkem tedy 103 respondentů z řad pracovníků přímoobslužné péče a všeobecných sester. Nejvíce respondentů bylo z věkové skupiny 46–50 let. Našeho výzkumného šetření se zúčastnilo 92 žen a 8 mužů, celkem 100 respondentů z řad pracovníků přímoobslužné péče, nejvíce ve věku 35–44 let. Nejvíce respondentů ve výzkumném šetření odpracovalo v sociálních službách méně než 5 let, v našem výzkumném šetření se jednalo o méně než 10 let. Respondenti z obou výzkumných šetření pracovali nejčastěji ve 12-ti hodinové pracovní době. Zároveň z obou výzkumných šetření vyplynulo, že všichni respondenti považují svoji práci za fyzicky náročnou a po skončení pracovní doby se cítí unaveně. Respondenti se rozcházel při výběru způsobu odpočinku, zatímco z výzkumného šetření Hejnové (2013) byl nejčastěji vybrán aktivní způsob, v našem výzkumném šetření byl preferován pasivní způsob odpočinku. Zdravotní problémy objevující v souvislosti s povoláním přiznala většina respondentů z našeho výzkumného šetření, naopak ve výzkumném šetření Hejnové (2013) uvedli respondenti, že se uvedené problémy spíše neobjevují. Respondenti uvedli shodně, že by povolání z důvodu náročnosti neměnili, že každé povolání má „něco“. Cíl č. 7 byl splněn.

Součástí bakalářských nebo diplomových prací bývá edukace či doporučení, i my bychom rádi nějaké návrhy uvedli. Ale na základě výsledků z výzkumných šetření jsme dospěli k názoru, že to není nutné. Neboť zdravotní problémy, které vznikají v důsledku

fyzické zátěže pracovníků přímoobslužné péče, jsou nejčastěji spojovány s manipulací s uživateli. A více než polovina respondentů uvedla, že dodržují předepsané postupy při manipulaci s uživateli. Zbývající respondenti předepsané postupy nedodržují, neboť tělesná váha uživatelů jim to nedovoluje. Danou skutečnost bohužel nemůžeme plně ovlivnit. Jediné, čím lze zmírnit dopad fyzické zátěže na zdraví pracovníků, je používání kompenzačních pomůcek usnadňující manipulaci a tuto možnost využívá většina respondentů. Nám nezbývá než doufat, že tomu tak bude i nadále.

Velmi často práce ve zdravotnictví či v sociálních službách není považována za povolání, ale poslání. Poslání pomáhající profese. Na základě námi provedeného výzkumného šetření, bychom řekli, že je na tom něco pravdy. Vždyť téměř většina respondentů uvedla, že se u nich vyskytují zdravotní problémy spojené s výkonem povolání pracovníka přímoobslužné péče, ale zároveň většina z nich neuvažuje o změně povolání. Dalo by se tedy říci, že k tomu přistupují jako k poslání pomáhat druhým bez ohledu na následky na své zdraví. Je otázkou, do jaké míry mohou ovlivnit fyzickou zátěž samotní pracovníci svým přístupem a jakým způsobem vedení sociálních zařízení například zakoupením kompenzačních pomůcek. Pokud se nepokusíme zmírnit dopady fyzické zátěže na zdraví u pracovníků v přímoobslužné péči, zjistíme, že je málo těch, kteří jsou ochotni tuto práci vykonávat, ať už ji považovali za povolání či poslání.

SOUHRN

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký dopad má fyzická zátěž na zdraví u pracovníků přímoobslužné péče v sociálních službách. Téma práce bylo zvoleno na základě osobních zkušeností z praxe, kdy se u pracovníků přímoobslužné péče objevovali zdravotní problémy související s jejich povoláním.

Teoretická část diplomové práce seznamuje s uživateli a pracovníky, kteří se nachází v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem. Přibližuje fyzickou zátěž a její dopady na zdraví, zaměřuje se zejména na potíže s páteří, přetížení svalů a šlach, naražení či zhmoždění končetin a urologické potíže. Na fyzickou zátěž se zaměřuje zejména v souvislosti s manipulací s uživateli.

Výzkumná část, prostřednictvím kvantitativního výzkumu a s pomocí anonymního dotazníku zjišťuje zdravotní problémy u respondentů, současně se zaměřuje na dodržování předepsaných postupů při manipulaci s uživateli a využívání kompenzačních pomůcek, které mohou usnadnit tuto manipulaci a tím zmírnit dopad fyzické zátěže na zdraví pracovníků.

Klíčová slova: sociální služby, fyzická zátěž, uživatel, pracovník v sociálních službách, pracovník přímoobslužné péče, zdravotní problémy související s výkonem povolání, únava, pomůcky usnadňují manipulaci s uživateli

SUMMARY

The aim of the thesis was to investigate the impact of physical activity on health-care workers přímoobslužné in social services. The theme of this work was chosen based on personal experiences from practice, when u direct services care workers discovered the health problems related to their profession.

The theoretical part introduces users and employees who are in a home for the elderly in the home, and special arrangements. Approaching physical stress and its impact on health, focusing in particular on problems with the spine, muscle strain and tendonitis, bruises or contusions limbs and urological problems. Physical stress focuses mainly in connection with the handling of users.

The research part, through quantitative research, with the help of an anonymous questionnaire detects health problems among respondents, while focusing on compliance with prescribed procedures for handling users and use of assistive devices that can facilitate this manipulation and thereby mitigate the impact of physical activity on the health of workers.

Key words: social services, physical burden, user, social worker, worker direct services care, health problems related to occupational fatigue, aids facilitate handling users

REFERENČNÍ SEZNAM

BEDNÁR, R. 2010. Zátěž sestry jako hlavní prediktor bolesti chrbta. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Roč. 17, č. 4, s. 194-201. ISSN 1211-2658.

BRHEL, P., ed., M. MANOUŠKOVÁ, ed. a E. HRNČÍŘ, ed. 2005. *Pracovní lékařství: základy primární pracovnělékařské péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 338 s. ISBN 80-7013-414-3.

COHEN L., L. MANION a K. MORISSON. 2007. *Research Methods in Education*. Routledge. ISBN 113572203X.

GUČKOVÁ, M. 2007. *Fyzická zátěž sester*. Praha: Sestra., roč. 17, č. 6, s. 20 - 21. ISSN 1210-0404.

HALÁSKOVÁ, R. 2005. *Systémy sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta. 138 s. ISBN 80-7368-115-3.

HERMANOVÁ, M. a kol. 2008. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. Vyd. 1. Brno: T.I.G.E.R.. 111 s. ISBN 978-80-7013-475-7.

HLADKÝ, A. 1993. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 173 s. ISBN 80-706-6784-2.

HLADKÝ, A. a Z. ŽIDKOVÁ. 1999. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 78 s. ISBN 80-7184-890-5.

HNÍZDIL, J. a B. BERÁNKOVÁ. 2000. *Bolesti zad jako životní realita: jejich příčiny, diagnostika, terapie a prevence*. Vyd. 1. Praha: Triton. 167 s. ISBN 80-7254-098-X.

HRNČÍŘ, K. 2007. *Fyzická zátěž*. Vyd. 1. Rožnov pod Radhoštěm: RoVS – Rožnovský vzdělávací servis. 103 s. ISBN 978-80-254-2476-6.

CHALOUPKA, J. 1995. *Vybrané kapitoly z fyziologie práce*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyně. 104 s. Učební texty Vojen. lék. akad. J. E. Purkyně v Hradci Králové; Sv. 295. ISBN 80-85109-63-8.

- CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada. 265 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.
- CHROMÝ, K., R. HONZÁK a kol. 2005. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada. 216 s. ISBN 80-247-1473-6.
- KLUSOŇOVÁ, E. 2011. *Ergoterapie v praxi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.
- KNAPPOVÁ, V. 2013. *Řešme bolesti zad pohybem*. Vyd. 1. V Plzni: Západočeská univerzita. 102 s. ISBN 978-80-261-0245-8.
- KREJČÍŘOVÁ, O. a I. TREZNEROVÁ. 2011. *Malý lexikon sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 85 s. Skripta. ISBN 978-80-244-2754-6.
- KVĚTENSKÁ, D. 2009. *Úvod do sociální práce pro pomáhající profese*. Vyd. 2., aktualiz. a rozš. Hradec Králové: Gaudeamus. 109 s. Texty k sociální práci. ISBN 978-80-7041-431-6.
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MARIEB, E., N. a J. MALLATT. 2005. *Anatomie lidského těla*. Vyd. 1. Brno: CP Books. 863 s. ISBN 80-251-0066-9.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MICHALÍK, J. 2010. *Malý právní průvodce pečujících*. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh. 127 s. ISBN 978-80-254-7333-7.
- PELCLOVÁ, D. a kol. 2014. *Nemoci z povolání a intoxikace*. 3., dopl. vyd. Praha: Karolinum. 316 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-2597-3.
- PIKOLA, P. a M. ŘÍHA. 2010. *Služby sociální péče v domovech pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Námořní akademie České republiky. 148 s. ISBN 978-80-87103-29-6.

- PRAŠKO, J. a kol. 2006. *Chronická únava: zvládání chronického únavového syndromu*. 1. vyd. Praha: Portál. 236 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-139-5.
- PRŮŠA, L. a kol. 2010. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením: závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením: ZVZ 209*. 1. vyd. Praha: VÚPSV. 244 s. ISBN 978-80-7416-048-6.
- ROZSYPALOVÁ, M., A. ŠAFRÁNKOVÁ a R. VYTEJČKOVÁ. 2009. *Ošetřovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Informatorium. 273 s. ISBN 978-80-7333-074-3.
- SEKULOVÁ, K. a M. ŠIMON. 2013. *Model identifikace rizika nemoci z povolání ve vztahu k pracovní činnosti*. 1. vyd. Žilina: Georg. 91 s. ISBN 978-80-8154-054-7.
- SOKOL, R. a V. TREFILOVÁ. 2008. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI. 424 s. Meritum. Meritum Segment. ISBN 978-80-7357-316-4.
- TOMEŠ, I. 2001. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha: Socioklub. 262 s. ISBN 80-86484-00-9.
- TUČEK, M., M. CIKRT a D. PELCLOVÁ. 2005. *Pracovní lékařství pro praxi: příručka s doporučenými standardy*. Vyd. 1. Praha: Grada. 327 s. ISBN 80-247-0927-9.
- VÉVODA, J. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada. 159 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4732-3.
- VÍŠEK, P. a L. PRŮŠA. 2012. *Optimalizace sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: VÚPSV. 130 s. ISBN 978-80-7416-099-8.
- VYSKOTOVÁ, J. 2011. *Ergonomie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 2011. 75 s. ISBN 978-80-7368-836-3.
- WHITE, C. 2005. *ARJO Průvodce pro architekty a projektanty*. 2. vyd. Eslöv: ARJO Hospital Equipment AB. 166 s. ISBN 91-975276-0-2.

Zákonné normy:

Předpis č. 361/2007 Sb. Nařízení vlády, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. In: Sbíрка zákonů Česká republika, ročník 2007. [online]. 12. 12. 2007 [cit. 2014-11-21] Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361>

Předpis č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů Česká republika, ročník 2007. [online]. 15. 11. 2006 [cit. 2014-11-21] Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů Česká republika, ročník 2007. [online]. 14. 3. 2006 [cit. 2014-11-21] Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Internetové zdroje:

Ajax.sedlcany.cz.[online]. [cit. 2015-05-28].

Dostupné z: http://www.ajax.sedlcany.cz/karta.php?id_sortiment=1723

APOSBRNO. Program pomůcek pro snadnou a bezpečnou manipulaci s pacienty/ klienty s omezenou pohyblivostí.[online]. 2012 [cit. 2015-01-12].

Dostupné z: http://www.aposbrno.cz/userfiles/file/APOS_polohov%C3%A1n%C3%AD_04-2012-mail.pdf

Azcitaty.cz Albert Einstein [online]. © 2009 - 2015 [cit. 2015-03-25]. Dostupné z: <http://azcitaty.cz/citaty/albert-einstein/2/#ixzz3ZuDHPATD>

BARKER, L. M. a A. M. NUSSBAUM. 2011. Fatigue, performance and the work environment: A survey of registered nurses. *Journal of Advanced Nursing* [online]. Vol. 67, no. 6, pp. 1370-1382. [cit. 2014-02-10]. ISSN 13652648. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=88b6f4e3-c2ce-4dbf-9f07-ea47069d4591%40sessionmgr114&hid=114>

BÁRTLOVÁ, S. a H. HAJDUCHOVÁ. 2010. *Psychofyzická zátěž a příčiny fluktuace sester.* Zdravotnictví v České republice [online]. Roč. 13, č. 3, s. 82-116. [cit. 2014-09-20]. ISSN 1213-6050. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-3-2010.pdf>

Bozpinfo.cz [online]. 12. 5. 2004 [cit. 2014-12-25]. Dostupné z:
http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozp/citarna/tematicke_prilohy/ergonomie/ergonomie1.html

Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. *Postupy manipulace s pacienty*. [online]. [cit. 2015-01-12]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/publications/e-facts/efact28>

FEDERWISCH, A. *Back to Basics* [online]. Nurse.com [New York (USA)]: Ganett Healthcare Group, 25 April 2005 [cit. 2014-09-29] Dostupné z: <http://www.nurseweek.com/news/Features/05-02/BackPain.asp>

HEJNOVÁ, J. Fyzická únava pracovníků v domovech pro seniory [online]. 2013 [cit. 2014-10-10]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Miluše Kupková. Dostupné z: <http://theses.cz/id/djfy15/>

Kinestetika.cz [online]. © 2008 - 2015 [cit. 2014-12-25]. Dostupné z: http://www.kinestetika.cz/?page_id=71

Kinestetika.cz [online]. © 2008 - 2015 [cit. 2014-12-25]. Dostupné z: http://www.kinestetika.cz/?page_id=76

Kinestetika.cz [online]. © 2008 - 2015 [cit. 2015-01-25]. Dostupné z: http://www.kinestetika.cz/?page_id=79

Kinestetika.cz [online]. © 2008 - 2015 [cit. 2015-01-25]. Dostupné z: http://www.kinestetika.cz/?page_id=181

KLIMÁNKOVÁ, L. *Hodnocení pracovní zátěže sester* [online]. 2013 [cit. 2015-03-31]. Diplomová práce. OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Radka Kozáková. Dostupné z: <http://theses.cz/id/fniupr>

KOMAČEKOVÁ, D. *Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatel'skej starostlivosti (prevencia, ochrana a podpora zdravia sestry)*. Prohuman [online]. 2010. [cit. 2014-09-28]. ISSN 1338-1415. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/psychologia/fyzicka-a-psychicka-zataz-pri-poskytovani-osetrovatelskej-starostlivosti-prevencia-ochrana-a-podpora-zdravia-sestry>

MALÍSKÁ, V. *Psychická a fyzická zátěž u sester na ARO* [online]. 2013 [cit. 2015-03-31]. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce František DOLÁK. Dostupné z: <http://theses.cz/id/t2p1r2/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby*. [online]. 8. 1. 2015 [cit. 2015-01-25]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661#okss>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007*. [online]. 2008 [cit. 2014-10-25]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5942/Statisticka_rocenka_2007_oprava.pdf

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2010*. [online]. 2011 [cit. 2014-10-25]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11544/rocenka_2010.pdf

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2013*. [online]. 2014 [cit. 2014-11-25]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/19296/mpsv_rocenka2013_061114.pdf

MIZEROVÁ, P. *Pracovní fyzické zatížení všeobecných sester* [online]. 2013 [cit. 2015-03-31]. Bakalářská práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Lenka Machálková. Dostupné z: <http://theses.cz/id/ykl1gv/>

Nasclovek.cz [online]. [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: <http://bolest-krece-svalu.nasclovek.cz>

NECHANSKÁ, B. *Stresová inkontinence* [online]. 2013 [cit. 2015-01-12] Dostupné z: <http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/unik-moci-mocova-inkontinence/#toc-6>

Ortopedie. [online]. [cit. 2014-11-21]. Dostupné z: <http://www.lfl.cz/upload/ortopedie.doc>

Ortoservis.cz [online]. 2005 [cit. 2014-12-02].

Dostupné z: http://www.ortoservis.cz/pages/polohovaci_postele/sub/eloflex.php

Ortoservis.cz [online]. 2005 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z:

http://www.ortoservis.cz/pages/prekonavani_barier/prekonavani_barier.php

Ortoservis.cz [online]. 2005 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z:

http://www.ortoservis.cz/pages/polohovaci_postele/sub/poloh_luzka.php

Premier Safety Institute, *Back Injury Prevention: Safe Patient Handling* [online]. Premier Inc., October 2011 [cit. 2014-10-20] Dostupné z: https://www.premierinc.com/quality-safety/tools-services/safety/topics/back_injury/

Sivak.cz [online]. [cit. 2014-12-02]. Dostupné z: <http://www.sivak.cz/mechanicke-voziky-154/>

Sivak.cz [online]. [cit. 2014-12-02]. Dostupné z: <http://www.sivak.cz/elektricke-voziky-175/>

Sivak.cz [online]. [cit. 2014-12-02]. Dostupné z: <http://www.sivak.cz/polohovaci-kreslo-karla-203/>

Solift.cz [online]. 2014 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z:

http://www.solift.cz/index.php?option=com_zoo&task=category&category_id=4&Itemid=132

Solift.cz [online]. 2014 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z:

http://www.solift.cz/index.php?option=com_zoo&task=category&category_id=3&Itemid=132

Solift.cz [online]. 2014 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z:

http://www.solift.cz/index.php?option=com_zoo&task=category&Itemid=132&category_id=1

Solift.cz [online]. 2014 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z:

http://www.solift.cz/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=12&Itemid=132

Solift.cz [online]. 2014 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z:

http://www.solift.cz/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=7&Itemid=132

Solift.cz [online]. 2014 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z:
http://www.solift.cz/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=9&Itemid=132

Solift.cz [online]. 2014 [cit. 2014-12-02]. Dostupné z:
http://www.solift.cz/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=3&Itemid=132

TOPINKOVÁ, E. *Nejčastější potíže seniorů* [online]. 2013 [cit. 2015-04-13] Dostupné z:
<http://www.vfn.cz/priloha/5240069cab5d4/nejcastejsi-potize-senioru.pdf>

Vitalia.cz [online]. © 2009 - 2015 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z:
<http://www.vitalia.cz/katalog/nemoci/bolesti-svalu>

WisegEEK.com [online]. [cit. 2015-05-02]. Dostupné z: <http://www.wisegEEK.com/what-are-the-most-common-myalgia-symptoms.htm>

YIP, Y. A study of work stress, patient handling activities and the risk of low back pain among nurses in Hong Kong. *Journal of advanced nursing*. [online]. 2001. Vol. 36, no. 6, pp. 794-804. [cit. 2014-03-15]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2001.02037.x/pdf>

Zdrave.cz [online]. [cit. 2014-12-07]. Dostupné z: <http://unava.zdrave.cz>

SEZNAM ZKRATEK

%	procenta
č.	číslo
DVD	digitální víceúčelový disk
IDET	intradiscal electrothermal annuloplasty
kg	kilogram
kol.	kolektiv
mm	milimetr
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
n	četnost
Sb.	sbírka
tzv.	takzvaný
WC	water closet (záchod)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Polohovací lůžko elektronické s ovladačem polohování

Obrázek 2. Polohovací lůžko mechanické

Obrázek 3. Možné polohy lůžka

Obrázek 4. Podložka do lůžka

Obrázek 5. Manipulační pás

Obrázek 6. Rotační podložka

Obrázek 7. Transportní deska

Obrázek 8. Stavěcí aktivní zvedák

Obrázek 9. Závěsový pasivní zvedák

Obrázek 10. Stropní zvedák

Obrázek 11. Vanový zvedák

Obrázek 12. Schodolez

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Pohlaví respondentů

Tabulka 2. Věk respondentů

Tabulka 3. Pracovní pozice respondentů

Tabulka 4. Délka odpracovaných let na pozici pracovníka přímoobslužné péče v sociálních službách

Tabulka 5. Délka pracovní doby

Tabulka 6. Fyzická náročnost práce

Tabulka 7. Pocit respondentů po fyzické stránce po skončení pracovní doby

Tabulka 8. Způsob odpočinku či relaxace

Tabulka 9. Výskyt zdravotních problémů v souvislosti s výkonem povolání

Tabulka 10. Vnímání zdravotních problémů spojených s výkonem povolání

Tabulka 11. Potíže s páteří vyskytující se v souvislosti s výkonem povolání

Tabulka 12. Potíže s přetížením svalů a šlach vyskytující se v souvislosti s výkonem povolání

Tabulka 13. Potíže s naražením či zhmožděním končetin vyskytující se v souvislosti s výkonem povolání

Tabulka 14. Výskyt urologických potíží v souvislosti s výkonem povolání

Tabulka 15. Znalost o povolené hmotnosti pro časté zvedání a přenášení živého břemene u ženy

Tabulka 16. Znalost o povolené hmotnosti pro časté zvedání a přenášení živého břemene u muže

Tabulka 17. Dodržování povolené hmotnosti pro ruční manipulaci s uživateli

Tabulka 18. Dodržování předepsaných postupů při manipulaci s uživateli

Tabulka 19. Proškolení respondentů, jak ručně manipulovat s uživateli

Tabulka 20. Zájem ze strany respondentů o školení, jak ručně manipulovat s uživateli

Tabulka 21. Názor respondentů, zda mají dostačující informace, jak manipulovat s uživateli

Tabulka 22. Možnost využití kompenzačních pomůcek usnadňující manipulaci s uživateli

Tabulka 23. Nejčastěji využívané kompenzační pomůcky

Tabulka 24. Činnosti, při kterých jsou kompenzační pomůcky využívány nejvíce

Tabulka 25. Využití pomoci dalšího pracovníka nebo kompenzační pomůcky při ruční manipulaci s uživateli

Tabulka 26. Možnost využití pracovníka – muže, zejména při ruční manipulaci s uživateli

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Pohlaví respondentů

Graf 2. Věk respondentů

Graf 3. Délka odpracovaných let na pozici pracovníka přímoobslužné péče v sociálních službách

Graf 4. Délka pracovní doby

Graf 5. Fyzická náročnost

Graf 6. Pocit respondentů po fyzické stránce po skončení pracovní doby

Graf 7. Způsob odpočinku či relaxace

Graf 8. Výskyt zdravotních problémů v souvislosti s výkonem povolání

Graf 9. Vnímání zdravotních problémů spojených s výkonem povolání

Graf 10. Potíže s páteří vyskytující se v souvislosti s výkonem povolání

Graf 11. Potíže s přetížením svalů a šlach vyskytující se v souvislosti s výkonem povolání

Graf 12. Potíže s naražením či zhmožděním končetin vyskytující se v souvislosti s výkonem povolání

Graf 13. Výskyt urologických potíží v souvislosti s výkonem povolání

Graf 14. Znalost o povolené hmotnosti pro časté zvedání a přenášení živého břemene u ženy

Graf 15. Znalost o povolené hmotnosti pro časté zvedání a přenášení živého břemene u muže

Graf 16. Dodržování povolené hmotnosti pro ruční manipulaci s uživateli

Graf 17. Dodržování předepsaných postupů při manipulaci s uživateli

Graf 18. Proškolení respondentů, jak ručně manipulovat s uživateli

Graf 19. Zájem ze strany respondentů o školení, jak ručně manipulovat s uživateli

Graf 20. Názor respondentů, zda mají dostačující informace, jak manipulovat s uživateli

Graf 21. Možnost využití kompenzačních pomůcek usnadňující manipulaci s uživateli

Graf 22. Nejčastěji využívané kompenzační pomůcky

Graf 23. Činnosti, při kterých jsou kompenzační pomůcky využívány nejvíce

Graf 24. Využití pomoci dalšího pracovníka nebo kompenzační pomůcky při ruční manipulaci s uživateli

Graf 25. Možnost využití pracovníka – muže, zejména při ruční manipulaci s uživateli

SEZNAM CIZÍCH SLOV

anulus fibrosus	vazivový prstenec
Back School	škola zad
cyanóza	promodráání sliznic
depistáž (sociální)	aktivní vyhledávání klientů
empatie	schopnost vcítit se
fascie	povázka
herniace	výhřez ploténky
hyperémie	překrvení pokožky
imobilní	nepohyblivý
inkontinence	samovolný únik moči
interdisciplinární	mezioborový
intradiscal electrothermal annuloplasty	ploténková tepelná plastika vazivového prstence
kognitivní	psychická
kontuze	zhmoždění
ligamentum longitudinale posterius	zadní podélný vaz
mobilní	pohyblivý
myalgie	bolest svalů
myoskeletální	manuální
nauzea	pocit na zvracení

nucleus pulposus	výhřez jádra
participační	účastnická
tachykardie	zrychlená srdeční činnost
tachypnoe	zrychlené dýchání
komprese	zmenšování objemu
vertebrogení	potíže, projevující se jako bolesti zad, křížové krajiny, hlavy i jinak
tenzní	tupé, svíravé, napjaté
pilates	zdravotní cvičení založené na vědomé spolupráci těla a mysli, které vyvinul Joseph Hubertus Pilates
youtube	internetový server pro sdílení videosouborů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Dotazník
Příloha 2	Výsledky hypotéz

Příloha 1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Jaroslava Čapounová Volcová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední a vyšší odborné školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Pro svoji diplomovou práci jsem si zvolila téma **Fyzická zátěž a její dopad na zdraví u pracovníků v přímoobslužné péči v sociálních službách**. Prostřednictvím dotazníku, který máte před sebou, se snažím zjistit, jaký dopad má fyzická zátěž na zdraví pracovníků, kteří skoro každý den „manipulují“ s živými břemeny (uživateli), kteří potřebují pomoc například při přesunu z lůžka do křesla, při hygieně, změně polohy u imobilních atd. Prosím Vás o spolupráci při jeho vyplnění. Označte prosím kroužkem jednu z nabízených možností. U některých otázek máte možnost i vícero odpovědí. Vaše odpovědi jsou anonymní a slouží pouze jako podklad ke zpracování mé diplomové práce.

Děkuji Vám za Vaši spolupráci a čas při vyplnění dotazníku.

Bc. Jaroslava Čapounová Volcová, DiS.

1. Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Váš věk je v rozmezí:

- a) 18 - 24 let
- b) 25 - 34 let
- c) 35 - 44 let
- d) 45 - 54 let
- e) více než 55 let

3. Vaše pracovní pozice:

- a) aktivizační pracovník
- b) pracovník přímoobslužné péče v sociálních službách
- c) sociální pracovník

- 4.** Jak dlouho vykonáváte práci na pozici pracovníka přímoobslužné péče v sociálních službách?
- a) 10 let a méně
 - b) 11 - 20 let
 - c) 21 - 30 let
 - d) 31 let a více
- 5.** Vaše pracovní doba je:
- a) 8 hodinová
 - b) 12-ti hodinová
 - c) jiná
- 6.** Je pro Vás práce pracovníka přímoobslužné péče v sociálních službách fyzicky náročná?
- a) ano
 - b) ne
- 7.** Po skončení pracovní doby se po fyzické stránce cítíte?
- a) dobře
 - b) unaveně
 - c) vyčerpaně
- 8.** Jaký volíte způsob odpočinku či relaxace?
- a) aktivní ve formě sportu, jízdy na kole, turistiky
 - b) pasivní ve formě četby, sledování televize, masáže
 - c) jiný
- 9.** Objevují se u Vás zdravotní problémy, které souvisí s výkonem Vašeho povolání?
- a) ano
 - b) ne

10. Zdravotní problémy spojené s výkonem Vašeho povolání vnímáte:

- a) nevadí mi, každé povolání má „něco“
- b) vadí mi, ale o změně povolání neuvažuji
- c) vadí mi, uvažuji o změně povolání

11. Vyskytují se u Vás v souvislosti s výkonem Vašeho povolání pravidelně potíže s páteří (například bolest zad)?

- a) ano (denně)
- b) ano (alespoň 1 x týdně)
- c) ano (alespoň 1 x měsíčně)
- d) ano (velmi málo 2-3 x ročně)
- e) ne

12. Vyskytují se u Vás v souvislosti s výkonem Vašeho povolání pravidelně potíže s přetížením svalů či šlach?

- a) ano (denně)
- b) ano (alespoň 1 x týdně)
- c) ano (alespoň 1 x měsíčně)
- d) ano (velmi málo 2-3 x ročně)
- e) ne

13. Vyskytují se u Vás v souvislosti s výkonem Vašeho povolání pravidelně potíže s naražením či zhmožděním končetin?

- a) ano (denně)
- b) ano (alespoň 1 x týdně)
- c) ano (alespoň 1 x měsíčně)
- d) ano (velmi málo 2-3 x ročně)
- e) ne

- 14.** Vyskytují se u Vás v souvislosti s výkonem Vašeho povolání pravidelně urologické potíže?
- a) ano (denně)
 - b) ano (alespoň 1 x týdně)
 - c) ano (alespoň 1 x měsíčně)
 - d) ano (velmi málo 2-3 x ročně)
 - e) ne
- 15.** Jaká je povolená hmotnost pro časté zvedání a přenášení živého břemene u ženy podle nařízení vlády č. 361/2007 Sb., ve znění pozdějších předpisů?
- a) 15 kg
 - b) 5 kg
 - c) 10 kg
- 16.** Jaká je povolená hmotnost pro časté zvedání a přenášení živého břemene u muže podle nařízení vlády č. 361/2007 Sb., ve znění pozdějších předpisů?
- a) 30 kg
 - b) 35 kg
 - c) 40 kg
- 17.** Dodržujete při svém povolání povolenou hmotnost pro ruční manipulaci s živými břemeny (uživateli)?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 18.** Jste proškolen, jak ručně manipulovat s živými břemeny (uživateli)?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím, nepamatuji se

19. Účastnil byste se školení, jak ručně manipulovat s živými břemeny (uživateli)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

20. Domníváte se, že máte dostačující informace jak manipulovat s živými břemeny (uživateli)?

- a) ano
- b) ne

21. Dodržujete předepsané postupy při manipulaci s živými břemeny (uživateli)?

- a) ano
- b) ne

22. Máte možnost při své práci využívat kompenzační pomůcky, které Vám usnadňují manipulaci s živými břemeny (uživateli) například zvedák, podložky do lůžka usnadňující manipulaci, bederní pás, rotační plochu atd.?

- a) ano
- b) ano, ale nevyužívám je
- c) ne

23. Které kompenzační pomůcky užíváte při své práci? (možnost více odpovědí)

- a) pojízdný zvedák
- b) schodolez
- c) podložky do lůžka usnadňují manipualci s uživatelem
- d) skluzné podložky
- e) bederní pás s úchyty
- f) rotační plochu
- g) jiné.....

- 24.** Při jaké činnosti nejvíce využíváte kompenzační pomůcky, aby Vám usnadnily ruční manipulaci s živými břemeny (uživateli):
- a) při hygieně
 - b) při zvedání a přesunu uživatele z lůžka do křesla či naopak
 - c) při zvedání a přesunu uživatele na WC křeslo
 - d) při změně polohy imobilního (ležícího) uživatele
- 25.** Při ruční manipulaci s živými břemeny (uživateli) využíváte převážně:
- a) pomoci dalšího pracovníka
 - b) kompenzační pomůcky
- 26.** Máte ve Vašem zařízení v přímoobslužné péči k dispozici pracovníka – muže, který se věnuje fyzicky náročnější práci, zejména ruční manipulaci s živými břemeny (uživateli):
- a) ano
 - b) ne

Příloha 2 Výsledky hypotéz

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že více jako 80 % respondentů považuje svoji práci za fyzicky náročnou. Ověření provádíme otázkou číslo 6.

Fyzická náročnost práce	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
ano	81	50	31	961	19,22
ne	19	50	-31	961	19,22
	Σ 100	Σ 100			Σ 38,44

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 38,44$

Kritická hodnota při hladině významnosti 0,05 je 3,841

$$38,44 > 3,841$$

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že u více jako 80 % respondentů se objevují zdravotní problémy související s výkonem jejich povolání. Ověření provádíme otázkou číslo 9.

Výskyt zdravotních problémů	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
ano	82	50	32	1024	20,48
ne	18	50	-32	1024	20,48
	Σ 100	Σ 100			Σ 44,96

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 44,96$

Kritická hodnota při hladině významnosti 0,05 je 3,841

$$44,96 > 3,841$$

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že u respondentů v souvislosti s výkonem jejich povolání se nejčastěji vyskytují zdravotní problémy spojené s potížemi páteře. Ověření provádíme otázkou číslo 11, 12, 13 a 14.

Zdravotní problémy s páteří	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
ano	83	50	33	1089	21,78
ne	17	50	-33	1089	21,78
	Σ 100	Σ 100			Σ 43,56

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 43,56$

Kritická hodnota při hladině významnosti 0,05 je 3,841

43,56 > 3,841

Zdravotní problémy s přetížením svalů a šlach	Pozorovaná četnost P	Pčekávaná četnost O	P - O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
ano	74	50	24	576	11,52
ne	26	50	-24	576	11,52
	Σ 100	Σ 100			Σ 23,04

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 23,04$

Kritická hodnota při hladině významnosti 0,05 je 3,841

23,04 > 3,841

Zdravotní problémy s naražením či zhmožděním svalů a šlach	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P-O)²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
ano	52	50	2	4	0,08
ne	48	50	-2	4	0,08
	Σ 100	Σ 100			Σ 0,16

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 0,16$

Kritická hodnota při hladině významnosti 0,05 je 3,841

0,16 < 3,841

Zdravotní problémy urologické	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P-O)²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
ano	39	50	-11	121	2,42
ne	61	50	11	121	2,42
	Σ 100	Σ 100			Σ 4,84

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 4,84$

Kritická hodnota při hladině významnosti 0,05 je 3,841

4,84 > 3,841

Hypotéza č. 4: Předpokládáme, že respondenti volí nejčastěji pasivní způsob odpočinku. Ověření provádíme otázkou číslo 8.

Způsob odpočinku	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
aktivní	28	33,3	-5,3	28,09	0,844
pasivní	47	33,3	13,7	187,69	5,636
jiné	25	33,3	-8,3	68,89	2,069
	Σ 100	Σ 100			Σ 8,549

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 8,549$

Kritická hodnota při hladině významnosti 0,05 je 5,991

8,549 > 5,991

Hypotéza č. 5: Předpokládáme, že více jak 50 % respondentů dodržuje předepsané postupy při ruční manipulaci s uživateli. Ověření provádíme otázkou číslo 21.

Dodržování předepsaných postupů	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
ano	68	50	18	324	6,48
ne	32	50	-18	324	6,48
	Σ 100	Σ 100			Σ 12,96

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 12,96$

Kritická hodnota při hladině významnosti 0,05 je 3,841

12,96 > 3,841

Hypotéza č. 6: Předpokládáme, že více jak 80 % respondentů má možnost využívat při své práci kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s uživateli. Ověření provádíme otázkou číslo 22.

Možnost využití kompenzačních pomůcek	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
ano	95	50	45	2025	40,5
ne	5	50	-45	2025	40,5
	Σ 100	Σ 100			Σ 81,0

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 81,0$

Kritická hodnota při hladině významnosti 0,05 je 3,841

81,0 > 3,841

Hypotéza č. 7: Předpokládáme, že respondenti využívají nejvíce kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s uživateli při hygieně. Ověření provádíme otázkou číslo 24.

Využití kompenzačních pomůcek	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
při hygieně	34	25	9	81	3,24
při zvedání a přesunu uživatele z lůžka do křesla či naopak	33	25	8	64	2,56
při zvedání a přesunu uživatele na WC křeslo	11	25	-14	196	7,84
při změně polohy imobilního uživatele	22	25	-3	9	0,36
	Σ 100	Σ 100			Σ 14,00

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 14,00$

Kritická hodnota při hladině významnosti 0,05 je 7,815

14,00 > 7,815

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Jaroslava Čapounová Volcová, DiS.
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní péče
Vedoucí práce:	MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Fyzická zátěž a její dopad na zdraví u pracovníků v přímoobslužné péči v sociálních službách.
Název v angličtině:	Physical burden and its impact on the health of workers in direct service care in social services.
Anotace práce:	<p>Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký dopad má fyzická zátěž na zdraví u pracovníků přímoobslužné péče v sociálních službách. Téma práce bylo zvoleno na základě osobních zkušeností z praxe, kdy se u pracovníků přímoobslužné péče objevovali zdravotní problémy související s jejich povoláním.</p> <p>Teoretická část diplomové práce seznamuje s uživateli a pracovníky, kteří se nachází v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem. Přibližuje fyzickou zátěž a její dopady na zdraví, zaměřuje se zejména na potíže s páteří, přetížení svalů a šlach, naražení či zhmoždění končetin a urologické potíže. Na fyzickou zátěž se zaměřuje zejména v souvislosti s manipulací s uživateli.</p> <p>Výzkumná část, prostřednictvím kvantitativního výzkumu, s pomocí anonymního dotazníku zjišťuje zdravotní problémy u respondentů, současně se zaměřuje na dodržování předepsaných postupů při manipulaci s uživateli a využívání kompenzačních pomůcek, které mohou usnadnit tuto manipulaci a tím zmírnit dopad fyzické zátěže na zdraví pracovníků.</p>

Klíčová slova:	sociální služby, fyzická zátěž, uživatel, pracovník v sociálních službách, pracovník přímoobslužné péče, zdravotní problémy související s výkonem povolání, únava, pomůcky usnadňují manipulaci s uživateli
Anotace v angličtině:	<p>The aim of the thesis was to investigate the impact of physical activity on health-care workers přímoobslužné in social services. The theme of this work was chosen based on personal experiences from practice, when u direct services care workers discovered the health problems related to their profession.</p> <p>The theoretical part introduces users and employees who are in a home for the elderly in the home, and special arrangements. Approaching physical stress and its impact on health, focusing in particular on problems with the spine, muscle strain and tendonitis, bruises or contusions limbs and urological problems. Physical stress focuses mainly in connection with the handling of users.</p> <p>The research part, through quantitative research, with the help of an anonymous questionnaire detects health problems among respondents, while focusing on compliance with prescribed procedures for handling users and use of assistive devices that can facilitate this manipulation and thereby mitigate the impact of physical activity on the health of workers.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Key words: social services, physical burden, user, social worker, worker direct services care, health problems related to occupational fatigue, aids facilitate handling users
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 Dotazník Příloha 2 Výsledky hypotéz
Rozsah práce:	101 stran (152 481 znaků včetně mezer), 11 stran příloh
Jazyk práce:	čeština