



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Fyzická manipulace s pacientem s poruchou
soběstačnosti v domácí péči**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Leona Zavadilová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Fyzická manipulace s pacientem s poruchou soběstačnosti v domácí péči*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 17. 4. 2023

.....
podpis

Poděkování

Tímto velmi děkuji vedoucí mé bakalářské práce doc. PhDr. Marii Trešlové, Ph.D., za její pomoc, cenné rady, ochotu, trpělivost a vedení práce. Dále chci poděkovat svým rodičům, synům a blízkým přátelům, za jejich podporu po celou dobu mého studia. Děkuji všem informantkám za jejich čas a ochotu ke spolupráci při rozhovorech.

Fyzická manipulace

s pacientem s poruchou soběstačnosti v domácí péči

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá fyzickou manipulací s pacientem s poruchou soběstačnosti v domácí péči. Definiuje fyzickou manipulaci jako součást každodenní ošetrovatelské péče v domácím prostředí. Přibližuje péči o pacienta s poruchou soběstačnosti v rámci rehabilitačního ošetřování s využitím manipulačních pomůcek a kinestetického konceptu. Neodborný úkon manipulace s sebou nese rizika, která mohou negativně ovlivnit tělesnou i psychickou stránku všech zúčastněných.

Cíl práce byl zjistit využití manipulačních pomůcek v domácí péči při fyzické manipulaci s pacientem s poruchou soběstačnosti. Výzkumné otázky byly zaměřeny na manipulační pomůcky, které jsou k dispozici pečujícím v domácí péči a na komplikace fyzické manipulace. Realizace kvalitativního výzkumu metodou polostrukturovaného rozhovoru s osmi sestrami z domácí péče poskytla informace o využívaných manipulačních pomůčkách i komplikacích fyzické manipulace v domácím prostředí. Kategorizací dat metodou tužka – papír bylo vytvořeno pět kategorií.

Z výzkumu vyplývá, že informace k bezpečné manipulaci poskytuje rodině pacienta sestra. Pečující využívají při péči polohovací podložku. Velmi důležité, ale někdy nedostupné, je v domácí péči polohovatelné lůžko. Fyzická manipulace se pak stává rizikovou. Sestry nepoužívají slide sheet. Dvě z nich pomůcku vůbec neznají. Mezi komplikace fyzické manipulace, ke kterým dochází u sester i pacientů patří poškození pohybového aparátu nebo kožní poranění. Z výsledků výzkumu vyplývá nutnost popularizovat téma bezpečné fyzické manipulace. Pro agentury zúčastněné na výzkumu fyzické manipulace vznikl leták. Další možnost, jak předcházet rizikovým faktorům fyzické manipulace v domácí péči a učinit jí bezpečnou pro pacienta i pečující, jsou kurzy a konference s teoretickým i praktickým obsahem o bezpečné fyzické manipulaci pro profesionály i laiky.

Klíčová slova

Fyzická manipulace; manipulační pomůcky; pacient s poruchou soběstačnosti; domácí péče; rehabilitační ošetřování; kinestetika; slide sheet

The physical handling of the patient with self-sufficiency impairment in home care

Abstract

The Bachelor thesis deals with the physical handling of a patient with a self-sufficiency disorder in home care. It defines physical handling as part of everyday nursing care. It presents the care of patients with self-sufficiency impairment in rehabilitation treatment using the kinaesthetic concept and handling aids. Unskilled handling carries risks that can negatively influence the physical and psychological well-being of all involved.

The aim of the study was to investigate the use of handling aids in home care when physically handling a patient with impaired self-sufficiency. The research questions focused on the handling aids available to home caregivers and the complications of physical handling. The implementation of qualitative research using a semi-structured interview method with eight home care nurses provided information on the handling aids used as well as complications of physical handling in the home care setting. Five categories were created by categorizing the data using the pencil-paper method.

Research shows that information for safe handling is provided to the patient's family by the nurse. Caregivers use a positioning mat for care. Very important, but sometimes unavailable, in home care is the reclining bed. Physical handling then becomes risky. Nurses do not use a slide sheet. Two of them do not know the aid at all. Complications of physical handling that occur to nurses and patients include musculoskeletal or skin injuries. The results of the research show the need to popularize the topic of safe physical handling. A leaflet has been produced for agencies involved in physical handling research. Another way to prevent the risk factors of physical handling in home care and to make it safe for the patient and the caregiver are courses and conferences with theoretical and practical content on safe physical handling for professionals and lay people.

Key words

Physical handling; handling aids; patient with a self-sufficiency disorder; home care; rehabilitation treatment; kinaesthetics; slide sheet

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Péče o pacienta s poruchou soběstačnosti v domácím prostředí	10
1.1.1 Pacient s poruchou hybnosti a soběstačnosti	12
1.1.2 Pečující tým v domácím prostředí	13
1.2 Rehabilitační ošetřování	14
1.2.1 Zhodnocení nemocného	15
1.2.2 Základní polohy	15
1.2.3 Polohování	16
1.3 Fyzická manipulace	18
1.3.1 Anatomie a fyziologie pohybového aparátu v kontextu FM	19
1.3.2 Kinestetika	20
1.3.3 Posturální motorika v rehabilitačních konceptech	22
1.3.4 Rizika FM	23
1.3.5 Ergonomická rozvaha při FM	24
1.3.6 Fyzická manipulace s pacientem	25
1.3.7 Faktory ovlivňující bezpečnou fyzickou manipulaci	28
2 Cíl práce a výzkumné otázky	29
2.1 Cíl práce	29
2.2 Výzkumné otázky	29
3 Metodika	30
3.1 Popis metody	30
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku a sběr dat	30
3.3 Zpracování dat	31
4 Výsledky	32
4.1 Identifikační údaje informantek	32
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů	33
5 Diskuse	45

6	Závěr	55
7	Seznam literatury a zdroje	56
8	Seznam příloh	67
9	Seznam zkratk	88

ÚVOD

Téma „*Fyzická manipulace s pacientem s poruchou soběstačnosti v domácí péči*“ volím jako průsečík mých zájmů, úkolů a rolí v ošetrovatelském procesu pacientů, které ve svém povolání fyzioterapeutky a sestry potkávám. V holistickém přístupu k pacientům je to téma pro kooperaci nejen sestry a fyzioterapeuta, ale celého multidisciplinárního týmu. Setkává se v něm, kromě jiného, sebehodnota sestry a pečujících, znalost kinestetiky, úcta a respekt k pacientovi.

Domácí péče naplňuje potřebu pacientů strávit svůj zbývající čas nebo čas dlouhodobé nemoci se svou rodinou a nejbližšími v domácím prostředí. Prostor je to různorodé, a někdy i limitující pro bezpečné provedení fyzické manipulace při naplňování fyziologických potřeb nemocného. Má-li pacient poruchu soběstačnosti, fyzická manipulace s ním bude součástí každodenní ošetrovatelské péče o něj. Pečující na sebe berou všechna rizika fyzické manipulace, která ovlivňují tělesnou a psychickou stránku zúčastněných. Uspořádáním prostoru, vhodnou komunikací, použitím vhodných manipulačních pomůcek, ideálním postojem lze zajistit nejen bezpečí, ale předejít komplikacím poškození zdraví všech, kdo se účastní procesu fyzické manipulace.

V bakalářské práci mapujeme proces fyzické manipulace v agenturách domácí péče a v mobilních hospicích. Zjišťujeme využití manipulačních pomůcek u pacienta s poruchou soběstačnosti. Zajímá nás, jaké manipulační pomůcky mají k dispozici pečující v domácím prostředí a jaké jsou nejčastější komplikace při fyzické manipulaci. Práce by měla pomoci řešit změnu rizikové fyzické manipulace na bezpečnou. Fakta, jako je novela o navýšení věkové hranice odchodu do důchodu, zvyšující se nedostatek zdravotních sester v českém zdravotnictví, demografické prognózy o stárnutí populace a skutečnost, že bolest zad při výkonu zdravotnického povolání je od ledna 2023 zařazena na seznam nemocí z povolání, jsou dostatečné důvody začít měnit přístupy zjetých rigidních technik poškozujících zdraví pacientů, sester i zvyšujícího se počtu neformálních pečujících.

1 SOUČASNÝ STAV

Fyzická manipulace je součástí výkonů denně prováděných v ošetrovatelské péči o pacienty s poruchou soběstačnosti a hybnosti (dále jen PPS). Zahrnuje veškeré změny poloh pacienta při jeho ošetřování v lůžku a mimo lůžko (Trešlová et al., 2021). Kurucová (2016) nahlíží na fyzickou manipulaci z pohledu fyzické zátěže pro pečujícího. Dává do souvislosti s fyzickou zátěží manipulaci s pacientem a výkony poskytované pacientovi ve stoje. Jde o výkony zajišťující stravu a hygienu pacienta. Péče o nemocného člena rodiny je ve fungující rodině součástí běžné životní zkušenosti. Jen 15 % z dotazovaných obyvatel České republiky uvádí, že by v případě závislosti na ostatních preferovalo život v pobytovém zařízení (Janečková, 2018). Demografické prognózy předpokládají do dvaceti let dvojnásobný počet seniorů nad 75 let. Potřeba péče v rámci rodiny se bude naléhavě zvyšovat v důsledku stárnutí populace, poklesu porodnosti a prodlužování délky života (Klímová, 2013).

Pro stát jsou finančně náročné rostoucí náklady na zdravotnickou péči, poskytovanou v nemocnicích. Řešením situace, kromě jiných, je podpora péče v domácím prostředí, tzv. domácí péči (dále jen DP) (Strnadová, 2020). Tato forma péče, zkracuje dobu hospitalizace a je efektivnější (Vedlichová, 2013). Neformální pečující jsou lidé pečující v domácím prostředí. Poskytují bezplatnou, mimořádně významnou péči druhému člověku po dobu týdnů až let (Janečková, 2018). Strnadová (2020) zmiňuje v příštích letech stimulaci péče neformálními pečujícími, neboť bude nabývat důležitosti. Laická pomoc poskytovaná rodinnými příslušníky je neoddělitelnou částí DP (Vedlichová, 2013) a důležitou součástí systému zdravotní péče (Klímová, 2013). Je-li u nemocného porušena soběstačnost, péče vyžaduje množství času, energie a úkolů. Pro pečujícího to je náročné fyzicky, emočně, sociálně i finančně (Janečková, 2018).

Zájem o DP poskytovanou v domácím prostředí mimo jiné souvisí s přáním nevyлéčitelně nemocných umírat doma (Kurucová, 2016), ve své rodině. Svatošová (2019), vidí význam hospicové péče ve formativním vlivu na rodinné vztahy. Všichni, kdo jsou účastni na péči o terminálně nemocného si při reálném kontaktu se smrtí ujasňují trvalé a pomíjivé životní hodnoty. Vzájemnými sociálními vztahy mezi členy rodiny je vytvářen pocit bezpečí, jistoty a důvěry (Jankovský, 2018). Podle WHO je rodina základní jednotka paliativní péče (Plevová, 2019).

1.1 Péče o pacienta s poruchou soběstačnosti v domácím prostředí

Podkapitola definuje pacienta s poruchou soběstačnosti, domácí péči, domácí prostředí a tým účastníků domácí zdravotní péče nebo mobilní hospicové péče. Fyzická manipulace je součástí poskytované péče.

Dlouhodobá porucha soběstačnosti není fyziologickou záležitostí, ale výslednicí zhoršeného zdravotního stavu (Strnadová, 2020). Podle Zvoníčkové (2014) je soběstačnost dovednost člověka adaptovat se na prostředí, ve kterém žije. Senioři mohou být i přes své zdravotní postižení zcela soběstační v prostředí, které je přizpůsobeno jejich individuálním potřebám – např. bezbariérové bydlení. Jedinci s lepším zdravotním stavem, se mohou stát závislými pro bariéry prostředí jako je např. dům bez výtahu (Janečková, 2018).

Vyhledávaná forma péče o PPS je DP (Kurucová, 2016). Je zaměřena na jednotlivce, rodiny, osoby mající společné sociální prostředí. V zájmu péče je prevence a udržení zdraví zmíněných osob. Jsou-li osoby nemocné, péčí je rozvíjena soběstačnost, zmírňováno utrpení nevléčitelně nemocného člověka, případně je zajištěno klidné umírání a důstojná smrt (Strnadová, 2020). Vedlichová (2013) popisuje DP jako legislativně zakotvenou formu zdravotní péče poskytovanou v České republice od počátku 90. let. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování vymezuje DP jako zdravotní péči, kterou je ošetrovatelská, léčebně rehabilitační nebo paliativní péče. FM je součástí všech uvedených péčí (Trešlová et al., 2021). Zdravotní výkony jsou prováděny ve vlastním sociálním prostředí pacienta (Vedlichová, 2013). Domácí prostředí Kovačičič (2002) definuje jako nejbližší a nejvlivnější prostředí, které už od narození a v průběhu dalšího vývoje podmiňuje formování osobnosti a chování každého člena. Poskytování péče v domácím prostředí podléhá právním normám. Při péči je nutné dodržovat Národní ošetrovatelské postupy (Strnadová, 2020). Pro dobré fungování DP z pohledu laického pečujícího je důležité zkoordinovat sociální a zdravotní složky péče (Cesta domů, 2021). Výhody DP jsou v minimalizaci rizika vzniku nozokomiální nákazy, zkrácení doby hospitalizace, úspore nákladů na zdravotní péči (Strnadová, 2020, s. 41).

V České republice je síť poskytovatelů DP tvořena poskytovateli služby domácí zdravotní péče a specializované paliativní péče (Strnadová, 2020 s.10). Poskytovatelé domácí zdravotní péče – agentury domácí péče a poskytovatelé specializované paliativní péče – mobilní hospice, mají smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou o poskytování a úhradě hrazených služeb podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. V tomto zákoně je popsána specifikace uživatelů DP. Úhrada péče je možná i přímou platbou, pokud poskytovatel nemá smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou. Sestra je vedena v systému financování DP dle vyhlášky MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v rámci odbornosti 925 a odbornosti 926. Kompetence sestry, v rámci odbornosti 925, kromě jiných, zahrnují vyhodnocení potřeb pacienta, úroveň soběstačnosti, rizikových faktorů péče o PPS, nácvik sebeobsluhy a edukaci pacientů, případně jiných osob (Strnadová, 2020). Po ukončení kurativní léčby může být zahájena specializovaná paliativní péče (Marková, 2021). Je to zvláštní segment domácí péče o pacienta v terminálním stavu v rámci odbornosti 926 (Strnadová, 2020). Tým mobilního hospice poskytuje v domácím prostředí mobilní komplexní specializovanou paliativní péči (Stiborová, Frei, 2018; Plevová, 2019) pacientům, jejichž odhadovaná délka dožití se pohybuje v řádu dnů až týdnů (Cesta domů, 2021). Kala (2016) píše o specifické ošetrovatelské péči těchto pacientů vzhledem ke komplexním změnám pohybového aparátu. Fyzická manipulace s těmito pacienty má svá specifika, které zvyšují nároky na pečující personál.

Na projektech domácí péče pracovala i Florence Nightingalová (Plevová, 2018). Definovala tři základní vztahy v ošetrovatelské péči. Pacient – prostředí, sestra–prostředí, pacient – sestra. Ve vztahu pacient – sestra jde o tzv. management maličností, jehož součástí je ochrana pacienta před tělesným poškozením (Pavlíková, Horová, 2006). V kapitole o lůžkách Nightingalová (1874) popisuje, jak má lůžko vypadat a kde má být umístěno. Nemá stát blízko stěny. Ošetrovatelka musí mít k lůžku přístup z obou stran, aby dosáhla na nemocného. Jarošová (2014) má stejný pohled. Někdy je nutné provést změny v sociálním prostředí klienta – pacienta s poruchou soběstačnosti. Po domluvě s klientem a jeho rodinou, s jejich souhlasem, je zajištěno polohovací lůžko a vhodné kompenzační pomůcky. Vše v zájmu kvality poskytování péče a v zájmu pohodlí klienta. Zdravé prostředí je nezbytnou podmínkou účinné ošetrovatelské péče (Nightingalová, 1874).

1.1.1 Pacient s poruchou hybnosti a soběstačnosti

Podle Kalvacha (2012) je soběstačnost schopnost si samostatně a nezávisle plnit své každodenní potřeby v určitém prostředí. Je určena kombinací funkční fyzické zdatnosti a funkční psychické zdatnosti. Soběstačnost je jedna ze základních charakteristik člověka, který má schopnost si naplňovat vlastní potřeby. Nemoc je pak možné vnímat jako narušení této schopnosti – moci – se o sebe postarat. Nejde tedy jen o poruchu fyziologických funkcí (Šimek, 2006). Klientovi s poruchou soběstačnosti je nutné zajistit hygienickou péči, pomoc při oblékání a jiných úkonech, péči o vyprazdňování, stravování a pitný režim. Součástí péče o PPS je nejen prevence imobilizačního syndromu, dekubitů a opruzenin, dehydratace (Jirkovský, 2012), ale i rehabilitace (Kolář et al., 2009) a aktivizace klienta, což je jedna z oblastí FM (Křížová, 2021). Komunikace a zajištění psychické pohody, důstojné podmínky respektující jeho osobnost a jeho soukromí se řadí k základním etickým prvkům péče (Janečková, 2018).

Principem humanitního základu ošetřovatelství je schopnost člověka pečovat o bezmocného jedince. Pro seniory, vážně nemocné a handicapované patří soběstačnost v denních činnostech k vysoce ceněným hodnotám. Stav, kdy je nemocný upoután na lůžko a ztrácí sílu, je velmi těžce pacientem přijímán. Ztráta soběstačnosti pro ně může znamenat ztrátu důstojnosti (Zvoníčková, 2014). Pacienti, kteří se nezvládnou samostatně pohybovat jsou podporováni při FM asistovaným pohybem. Při asistovaném pohybu je do nejvyšší míry zachována soběstačnost pacienta a na maximum využity zachované pohybové schopnosti (Kolář et al., 2009). Podporu maximální soběstačnosti pacienta při FM zmiňuje i Trešlová, Šimek (2021). Je-li FM ideálně provedená, je pro všechny zúčastněné bezpečná, šetrná a příjemná, (Trešlová et al., 2021).

Při péči o PPS, kdy je FM součástí ošetřovatelské péče (Trešlová et al., 2021), je úkolem sestry zachovat autonomii pacienta, tedy jeho funkční samostatnost a schopnost rozhodovat (Zvoníčková, 2014). Petrovicová, (2016) píše o autonomii jako o schopnosti řídit, zvládat a ovlivňovat způsob svého každodenního života podle vlastních pravidel a představ. Může se zdát, že to u člověka se ztrátou schopnosti sebepečení a sebekontroly není možné. Zvyšující se závislost ale nemusí znamenat ztrátu autonomie. Je možné jí uchovat aktivním zapojením PPS do činností, podporovat spolupráci, nabízet mu volby odpovídající jeho schopnostem a možnostem (Zvoníčková, 2014).

1.1.2 Pečující tým v domácím prostředí

DP předpokládá účast blízké osoby a provázanost zdravotní péče, sociální i laické (Strnadová, 2020). Marková (2021) píše o multiprofesním týmu, poskytujícím specializovanou paliativní péči. V týmu je lékař paliatr, který přijímá pacienta do péče, zdravotní sestry, psycholog, psychoterapeut, duchovní. Ošetřující tým je k dispozici pacientovi a pečujícím 24 hodin denně 7 dní v týdnu (Stiborová, Frei, 2018; Plevová, 2019). Strnadová (2020) definuje multidisciplinární tým poskytující domácí zdravotní péči garantovaný lékařem a vrchní sestrou. Vrchní sestru se specializací označuje jako koordinátorku sester v DP. V týmu mohou být i poskytovatelé jiných odborností, kteří poskytují péči ve vlastním prostředí pacienta (Stiborová, Frei, 2018). Agentura domácí péče (home care) poskytuje služby sester na základě přesného rozpisu praktickým nebo jiným ošetřujícím lékařem. Lékař není k dispozici mimo svou ordinační dobu (noci, víkendy, svátky). Všichni, kdo pečují o nemocné, musí umět praktickou manipulaci s pacientem, včetně lékařů (Kolář et al., 2009).

DP je zajištěna provázaností se sociálním systémem (Vedlichová, 2013). Dobrá koordinace péče předpokládá rozlišení základní ošetrovatelské péče, odborné ošetrovatelské péče a specializované zdravotní péče (Strnadová, 2021). Do specializované péče patří též spirituální péče, kterou zajišťuje duchovní (Vedlichová, 2013).

Po indikaci služby domácí zdravotní péče ošetřujícím lékařem je klient navštíven vybraným pracovníkem agentury domácí péče. Je proveden vstupní pohovor a vyšetření klienta (Tomeš, 2015). Součástí vstupního zhodnocení klienta je vyhodnocení úrovně soběstačnosti (Kalvach, 2012). Pro seznámení s pacientem používá Mareš (2019) termín „znalost pacienta“. Tato znalost nevychází z formálního hodnocení, ale ze znalosti „zvláštností“, jedinečnosti konkrétního člověka. Při hodnocení klienta uvádí Tomeš (2015) i hodnocení vlastního sociálního prostředí, ve kterém bude zdravotní péče poskytována. Klient je seznámen s rozsahem výkonů a frekvencí domácí zdravotní péče (Strnadová, 2020). Je s ním dohodnut harmonogram odborné i laické péče (Tomeš, 2015). Dobře fungující ošetřující tým je v současné době považován za základní předpoklad úspěšné léčby (Chvojková, 2014).

1.2 Rehabilitační ošetřování

V podkapitole bude vysvětlen pojem rehabilitační ošetřování. Blíže budou popsány využívané hodnotící škály stavu pacienta v rámci FM, nejčastější polohy nemocného a způsoby polohování.

Rehabilitační ošetřování, včetně FM, je neodmyslitelnou součástí základního ošetřování nemocných v komplexním ošetřovatelském procesu (Trešlová et al., 2021). Je určeno pacientům se závažnějším pohybovým omezením přechodného nebo trvalého rázu (Křížová, 2021). V dnešní době se již nepoužívá pojem rehabilitační ošetřovatelství, který Kolář et al. (2009) definuje jako léčebnou rehabilitaci. Léčebná rehabilitace je zaměřena na prevenci druhotných změn, které může způsobit např. dlouhodobé ležení. Zdravotničtí pracovníci využívají praktické rehabilitační úkony, které pozitivně ovlivní ošetřovatelskou péči (Křížová 2021). Křížová (2021) vysvětluje rozdíl mezi rehabilitačním ošetřovatelstvím a rehabilitačním ošetřováním. Zatímco rehabilitační ošetřování je vymezeno ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., která stanoví činnost zdravotnických pracovníků, tak rehabilitační ošetřovatelství je obor v systému zdravotní péče. Má svoji koncepci, je realizováno ošetřovatelským procesem a vychází z vědeckých poznatků (Plevová, 2018). Strnadová (2021) vnímá ošetřovatelství jako vědní disciplínu, která studuje reakce společenství člověka na problémy související se zdravím a nemocí. Aby mělo rehabilitační ošetřování efekt, je ho třeba provádět 24 hodin denně s ohledem na aktuální stav pacienta (Dosbaba, 2021).

Trešlová et al. (2021) popisuje úkony FM jako zvedání, otáčení, přenášení, posouvání, posazování, postavování, mobilizaci pacienta při jeho ošetřování. Křížová (2021) podrobně specifikuje činnosti pečovatele v rámci rehabilitačního ošetřování na polohování, vertikalizaci a chůzi, základní aktivní, pasivní, dechové a kondiční cvičení, nácvik přesunů a mobility, nácvik sebeobsluhy s cílem zvýšení soběstačnosti. Kolář et al. (2009) cílí rehabilitačním ošetřováním na možná rizika při základním onemocnění jako jsou dekubity, kontraktury, heterotopické osifikace, tromboembolická nemoc, pneumonie. Rehabilitační ošetřování má stimulační a mobilizující charakter, nesmí ale přesahovat schopnosti nemocného (Křížová, 2021). Důležité faktory, které ovlivňují kvalitu rehabilitačního ošetřování jsou odbornost pečovatele s relevantními znalostmi, kritické myšlení v individuálním přístupu k pacientovi a osobnost pečovatele (Křížová, 2021).

1.2.1 Zhodnocení nemocného

Vyhodnocení schopností, síly a stability pacienta je elementární vyšetření před každou FM. Je to z důvodu vhodné volby manipulační techniky, manipulační pomůcky a zajištění potřebného počtu osob zapojených do FM (Trešlová et al., 2021) (Příloha č. 1). Sestra získává informace o pacientovi nejčastěji rozhovorem s ním nebo s jeho rodinou (Křížová, 2021; Trešlová et al., 2021). Obecně lze rozdělit oblasti pro hodnocení stavu pacienta do tří základních skupin. Skupinu somatických charakteristik, vnímání svého zdravotního stavu a psychologické charakteristiky (Mareš, 2019). Ke komplexnímu zhodnocení stavu nemocného lze použít model M. Gordonové, který bývá označován jako model funkčního typu zdraví. (Plevová, 2019). Již během rozhovoru posuzujeme psychickou a fyzickou soběstačnost. Registrujeme, jak se pacient pohybuje, zda samostatně nebo pomocí kompenzačních pomůcek. Hodnotíme smyslové poruchy (Křížová, 2021). Pozornost věnujeme také sociálnímu zázemí nemocného (Kalvach, 2012). Zajímá nás prostředí, ve kterém pacient žije, vybavení domácnosti, přítomnost kompenzačních pomůcek (Mareš, 2019). Dalším zdrojem informací je lékařská a ošetrovatelská dokumentace (Křížová, 2021). Zásadním testem u PPS je hodnocení stupně rizika pádu např. škálou podle Morseové (NOP, 2020). Pro vyhodnocení rizika vzniku dekubitů je v praxi využívána stupnice dle Northonové (Pokorná et al., 2013). Barthelové index základních denních činností (ADL) se využívá ke stanovení cílů v rehabilitačním ošetřování pacienta, zhodnocení jeho soběstačnosti a samostatnosti (Cerebrovaskulární manuál, 2022). Pro zhodnocení funkční míry nezávislosti je vhodné užít FIM test (Kalvach, 2012). Tento test je o něco citlivější než Barthel index. Stav kognitivních funkcí vyhodnotí MMSE test (Cerebrovaskulární manuál, 2021b) a test kreslení hodin (Cerebrovaskulární manuál, 2021a). Z výsledků funkčního šetření je sestaven plán komplexní péče o pacienta, který zahrnuje vybavení a úpravu domácího prostředí, kompenzační pomůcky pro pomoc a asistenci, doporučení vhodných zdravotních a sociálních služeb (Jarošová, 2007).

1.2.2 Základní polohy

Podle aktivity dělíme polohy na aktivní a pasivní (Krišková, 2006). Aktivní polohu si nemocný zaujme sám a je schopen ji změnit. Řadí se k nim i úlevová poloha např. ortopnoická při dušnosti nebo antalgická, která zmírní bolest (Křížová, 2021). Pasivní

polohu zaujímá pacient, který není schopen samostatného ani asistovaného pohybu z důvodu slabosti anebo jsou-li přítomny poruchy vědomí (Dosbaba, 2021). Ke změně polohy je plně odkázán na ošetřující tým (Křížová, 2021). Využívají se následující polohy: supinační (na zádech) (Příloha č. 2), semisupinační (polobok) (Příloha č. 3), pronační (na bříše) (Příloha č. 4), semipronační (polobok) (Příloha č. 5), laterální (poloha na přímém boku) (Příloha č. 6), polosed, sed (Příloha č. 7) a stoj (Křišková, 2006; Kolář et al., 2009; Kociová, 2013; Křížová, 2021; Wagner, 2019; Johansson, 2022).

Wagner (2019) zavádí termín „odborné uložení pacienta“, který reprezentuje statickou složku v ošetrovatelské praxi a termín „podpora v pozicích“, jež je zástupcem dynamického a sebeřídícího systému člověka. V tomto živém systému neexistuje nečinnost. Vnitřní procesy, oběhové funkce, dýchání (Naňka, 2019) jsou procesy pohybu, které člověk musí řídit sám (Wagner, 2019). Lidé nemohou stát, ležet staticky. Stále jsou zaměstnání tím, aby neupadli (Čápková, 2016). Teorii zpětné vazby objasňuje Wagner (2019) principy pohybu lidského těla v gravitaci. „*Člověk se pokouší průběžně opravovat chyby, které stále omylem provádí. Dokonce i ti, kteří potřebují péči, musí sami řídit všechny své procesy. Zdravotníci mohou pouze podporovat, ale také překážet nebo manipulovat* (Wagner, 2019, str. 10),“ dále uvádí, že pasivní ležení není možné. Poloha je vždy aktivita. Do určité pozice se člověk dostane pouze pohybem (Křížová, 2021). Podpora v pozici, je vždy podporou pohybu (Wagner, 2019).

1.2.3 Polohování

Polohování je ukládání těla nemocného nebo jeho částí do přesně stanovené polohy na potřebně dlouhý čas s preventivním nebo terapeutickým účelem. Vždy záleží na tom, jaký má důvod a cíl (Kociová, 2013). Polohování podle cíle je možné rozlišit na čtyři typy: na antalgické, preventivní, korekční a funkční (Křišková, 2006). Prvky polohování preferované v některém oboru, mohou být v jiném oboru zcela kontraindikovány (Křížová, 2021). Kala (2016) se věnuje specifické péči při FM o pacienta s generalizovaným onkologickým onemocněním. Preventivní polohování se děje od počátku vzniku pohybového limitu (Dosbaba, 2021). Ležící nemocný by měl často měnit polohu (Cesta domů, 2021). Je u něj riziko vzniku dekubitů, jež jsou závažným problémem. Ani nejmodernější antidekubitní matrace nedokáže zabránit rozvoji dekubitů (Kolář et al., 2009), není-li pacient pravidelně polohován. Důslednost a pravidelnost ve

změně polohy v čase je tou zásadní intervencí (Johansson, 2022) a klíčem k prevenci pozdějších nepříjemných komplikací a jejich nákladné léčby (Křišková, 2006). U dlouhodobě ležícího pacienta jsou známa riziková místa tvorby dekubitů (Komačková, 2001; Kolář et al., 2009; Wagner, 2019; Dosbaba, 2021). Důležitou součástí zlepšení mobility je vyvážená nutriční strava pacienta (Slezáková, 2014).

Komunikace s pacientem musí provázet přípravu každé FM, její průběh i vyhodnocení polohy po skončení intervence FM (Trešlová et al., 2021). Sestra pracuje s pacientem pomalu, jemně a podkládá riziková místa na těle speciálními nebo klasickými polštáři (Jirkovský, 2012). Je možné využít cíleně designovaných pomůcek pod paty, kruhy pod hýždě, polštářky pod lokty apod. (Cesta domů, 2021). Wagner (2019) je na profesionální polohovací pomůcky a polohovací materiál náročný. Po dokončení změny polohy se pečovatel ujistí, zda je nemocnému poloha příjemná (Petrovicová, 2016). Pokud má pacient změněné vědomí, je důležité sledovat jeho mimiku a výrazovou hru celého těla (Křížová, 2021; Wagner, 2019). Pro pacienty s těžkým a dlouhodobým postižením je polohování jistá forma sociálního kontaktu. Citlivý přístup s vhodně nastavenou komunikací je současně péčí o psyché pacienta (Křížová, 2021). Cokoliv pečující dělá, musí dostatečně slovně nemocnému komentovat a vysvětlit (Trešlová, Šimek, 2021; Křížová, 2021). Křížová (2021) doporučuje změnu polohy u PPS ve dne po 2 hodinách. Kolář et al. (2009) indikuje polohovat i v noci po 3-4 hodinách. Křížová (2021) píše o mikropolohování pacientů, kteří jsou náchylní ke vzniku dekubitů. Jedná se o malou změnu polohy v noci, která posune váhu těla na jiné místo. Marková (2021) využívá tzv. harmoniku, což je způsob poskládání deky, která se z pod těla pacienta po částech vysune, aniž by ho to vzbudilo.

Kolář et al. (2009), Křížová (2021) a Wagner (2019) uvádí supinační polohu (Příloha č. 2). Kolář et al. (2009) a Wagner (2019) v ní však vnímají potenciální riziko dekubitů v oblasti pat a sacra; riziko pneumonie. Hlava a ramena musí být vypořádána vhodným tvarem polštáře (Wagner, 2019) (Příloha č. 2, Obr. 13). Hyperextenze hlavy vede z dlouhodobého hlediska k bolestem hlavy a obličeje (Kolář et al., 2009). Pacienta po cévní mozkové příhodě (dále jen CMP) je nutné polohovat na zdravém i postiženém boku (Křišková, 2006; Kolář et al., 2009; Kociová, 2013; Křížová, 2021). Polohy na boku a semipronační poloha snižují spasticitu a jsou vhodnou prevencí dekubitů v oblasti sacra (Kociová, 2013; Křížová, 2021) (Příloha č. 5; č. 6). Polohy na boku mají vliv na drenáž

bronchopulmonálních sekretů (Kolář et al., 2009). Kociová (2013) doporučuje využít polohu na boku u nemocných s poruchami vědomí a jako prevenci aspirace. Křížová (2021) a Johansson (2022) uvádí polohu v sedu (Příloha č. 7). Shodují se v nutné opoře nohou a předloktí. Dosbaba (2021) foto dokumentuje i polosed v lůžku. Polosed s horní částí trupu ve flexi do 30° (nízká Fowlerova poloha), má příznivý vliv na snížení intrakraniálního tlaku u pacientů po kraniocerebrálních traumatech (Kolář et al., 2009). Krišková (2006) polohu doporučuje u pacientů s CMP. Polosed je vhodný při podávání stravy nemocnému. Opora předloktí na vložném stolku příznivě ovlivní pacientovu plicní ventilaci a oběhové funkce (Jirkovský, 2012). Kolář et al. (2009) upozorňuje na nutnost polohování a časté změny poloh jako prevenci stagnace hlenu v dýchacích cestách a následné tvorby hlenových zátek, jež jsou příčinou atelektáz. Doležalová (2020) indikuje pronační polohu jako polohu s významným efektem na okysličení krve u nemocných s COVID-19 (Příloha č. 4). Polohou je obecně možné podle Koláře et al. (2009) preventivně působit nejen na vznik pneumonie nebo na snížení intrakraniálního tlaku, ale i na vznik kloubních deformit, kontraktur, zlepšení oběhových funkcí, vigility a pozornosti. Polohou je možné omezit nebezpečí poškození periferních nervů. Klusoňová (2005) ovlivňuje vhodnou polohou svalový tonus.

1.3 Fyzická manipulace

Obsáhlá podkapitola řeší definici FM, anatomicko fyziologické vztahy v kontextu FM a v kontextu vývojových konceptů fyzioterapie. Budou citovány normy, které nastavují parametry bezpečné FM pro pacienta a ošetřující tým. Dodržení norem může eliminovat rizika FM pro zúčastněné. Bude popsán samotný proces FM. Využití konkrétních manipulačních pomůcek (Příloha č. 11) bude uvedeno v popisu technik přesunů v lůžku a mimo něj. Techniky manipulace v domácím prostředí jsou popsány pro jednoho pečujícího. Závěrem podkapitoly budou uvedeny některé faktory ovlivňující bezpečnou FM.

Samotný termín manipulace má několik významů. Je to postup nebo způsob zacházení s něčím, s někým. Manipulace může být i ve významu nečestného jednání (Trešlová et al., 2021). Fyzickou manipulaci poskytuje ošetřovatelský personál v týmové spolupráci a má být bezpečná a šetrná pro všechny zúčastněné (Krišková, 2006; Kolář et al., 2009; Kociová, 2013; Křížová, 2021; Wagner, 2019; Johansson, 2022;

Trešlová et al., 2021; Trešlová, Šimek, 2021). Anglický významový slovník pod heslem „manipulation“ vysvětluje pojem jako „akci provedenou rukou“ nebo „vyvíjení chytrého či nevyzpytatelného vlivu, zvláště ve vlastní prospěch“ (Vocabulary.com). Při manipulaci s pacientem je zásadní přenášet pohyb na „hmotu“, tedy na části těla, které si v poloze na zádech uvědomujeme jako těžší (Křišková, 2006). Jsou to hlava, lopatky a hýždě (Johansson, 2022). Pokud bude kontakt sestřiných rukou na „hmotě“, je změna polohy nemocného poměrně snadná (Emmerová, 2010). Jednou z vlastností sestry, kterou popisuje Heřmanová (2012) je jemnost. Vyznačuje se kultivovaným projevem a šetrným zacházením s pacienty. Vácha (2012) zmiňuje etické principy non maleficence, beneficence a respektování autonomie při FM. Měla by být vedena ve prospěch pacienta jak v tělesné, tak psychické oblasti (Trešlová, Šimek, 2021). Cíl FM je podle Smolíkové (2011) dosažení lokomočních schopností opakovaným prováděním pohybových projevů při aktivní účasti nemocného. Správné provedení zajistí převážně manuálně vedený pohyb pečujícím v prostoru a čase tak, aby byly pohybové projevy plně funkční ve smyslu rozložení svalového napětí při změnách poloh a pohybů (Smolíková, 2011). Cíl FM podle Trešlové, Šimka (2021) je přemístit pacienta, změnit polohu a místo, se splněním podmínek: bez zranění zúčastněných, se zajištěním jistoty a bezpečí, za maximální psychické podpory a soběstačnosti PPS.

Křišková (2006) píše o pasivním a aktivním cvičení. Provádění pasivních pohybů může redukovat vývoj spasticity (Kolář et al., 2009). Pečovatel jej provádí bez aktivní účasti pacienta. Do pasivního cvičení se řadí např. i motodlahy (Dosbaba, 2021). Asistovaným pohybem využíváme maximálně zachované pacientovy pohybové schopnosti při posunu, přetáčení, posazování na lůžku, vstávání do stoje, chůzi s oporou apod. Aktivní pohyb provádí nemocný vlastní silou a vůlí; zcela sám nebo za pomoci pečovatele (Kolář et al., 2009). Pečovatel při pohybu dopomáhá, ale může klást i odpor s cílem zvýšit svalovou sílu. Tato aktivita zvyšuje tělesnou kondici pacienta s poruchou soběstačnosti (Kociová, 2013).

1.3.1 Anatomie a fyziologie pohybového aparátu v kontextu FM

Při FM vykonává kosterně svalový systém určitou práci. Pro pečovatele je vhodné uvědomit si činnost svalů při zátěži (Trešlová et al., 2021). Pro sestru i laického pečujícího je důležité, aby znaly principy fyziologického pohybu. Jedině tak mohou

ideálně použít své tělo do zátěže (Wagner, 2019). Vykonávaný pohyb má pak na tělesnou strukturu fyziologický formativní vliv (Čápková, 2008). Do pohybu je zapojena každá buňka těla, která podléhá nervové a chemické regulaci (Trešlová et al., 2021).

Opěrný systém našeho těla je tvořen kostrou. Kostra se skládá z páteře, lebky, hrudníku, kostí horních a dolních končetin (Naňka, 2019) (Příloha č. 8, Obr. 30). Na kosti se upínají svaly, které je možné rozdělit na svaly, které jednotlivými částmi kostry pohybují nebo je stabilizují. Svaly, které vykonávají stabilizační funkci, tak zajišťují jistotu v pozici pro pohyb jiných kostěných částí těla (Véle, 2012) (Příloha č. 8, Obr. 29 a 32). Kromě funkce pohybu a opory má kostra i ochrannou funkci. V lebce je uložen mozek a v páteřním kanálu, tvořeným sloupcem obratlových oblouků, je uložena mícha (Naňka, 2019) (Příloha č. 8, Obr. 31). Z míchy odstupují periferní nervy. Funkcí nervové soustavy je především vědomé i nevědomé řízení organismu a zpracovávání informací ze všech smyslových orgánů (Dylevský, 2009). Do kosterně svalového systému patří i fascie (Příloha č. 8, Obr. 34). Jedná se o strukturu těla, která bývala považována za jednoduchou pojivovou obalovou tkáň (Gabriel, 2022). To se však v posledních několika letech změnilo. Vědecké studie dokazují, že jde o trojrozměrnou funkční strukturu, která podporuje interakci tělesných systémů (Schleip, 2019). Fascie obalují a propojují kosterní prvky (Rolf, 2006). Podle Stecco (2015) má myofasciální síť velký klinický význam. Je úzce spojena s centrálním nervovým systémem a zejména s autonomním nervovým systémem (Schleip, 2019). Nesouosost v těle v důsledku zesílení a zkrácení fascií může vést ke složitým kompenzačním pohybovým vzorcům (Bradd, Schleip, 2022). Pojivové tkáně, zejména fascie se nacházejí v nekonečném procesu reorganizace, kterou umožňuje úzký vztah fascií s metabolismem vody. Uspořádání a napětí myofasciální sítě ovlivňuje pozici a tím i funkčnost kostí, kloubů a návazně i stav vnitřních orgánů; pohyb tělesných tekutin (Oravcová, 2016). Složité vzájemné vztahy mezi kostmi, svaly a fasciemi se zrcadlí ve strukture pohybového systému (Příloha č. 10). Celkové porozumění struktuře lidského těla nezahrnuje jen fyzickou rovinu, ale i rovinu psychickou (Rolf, 2006).

1.3.2 Kinestetika

Kinestetika je věda o vnímání lidského pohybu (Wagner, 2019). Jde o pohybový a komunikační koncept, který je využíván v ošetrovatelské péči (Maierová, 2010). Vychází z poznatků kybernetiky chování podle K. U. Smith, Feldenkraisovy metody,

poznatků moderního tance a humánní psychologie (Maierová, 2010). Koncept vede zdravotníky k pochopení principů lidského pohybu (Podrazilová, 2015). Kinestetiku je možné nazvat metodou edukace správných hmatů (Maierová, 2010). Sestry při vědomí vlastního pohybu podporují a upevňují pohybové schopnosti pacienta s vynaložením minimální fyzické námahy (Krišková, 2006). Klíčová dovednost kinestetiky není v učení se, jak provádět techniku, ale uvědomovat si vlastní činnost a uvažovat o ní (Wagner, 2019). Pozice využívané v kinestetice, které foto dokumentuje Wagner (2019), se shodují s pozicemi využívanými v konceptu Dynamické neuromuskulární stabilizace (dále jen DNS) podle Koláře et al. (2009) (Příloha č. 9, Obr. 36-44). Podrazilová (2015) seznamuje s principy kinestetiky: 1) interakce v čase a prostoru mezi sestrou a pacientem; dotekem sestra předává informaci o kvalitě pohybu (Krišková, 2006). 2) funkční anatomie; její znalost pomáhá orientaci v anatomických strukturách (Podrazilová, 2015). Pohybový aparát je nástrojem pro pohyb s funkcemi flexibility a stability (Krišková, 2006). Maierová (2010) píše o částech těla (hlava, hrudník, pánev, končetiny těla), které mají velké možnosti pohybu a jsou důležité pro plynulý pohyb vpřed, nazývá je masy. Meziprostory (krk, ramenní klouby, pas, kyčelní klouby) se nachází mezi masami (Krišková, 2006) a zajišťují změnu pozice tělesných částí ve směru vertikálních a horizontálních os. 3) lidský pohyb; porozumění principům fyziologických pohybových vzorců (Johansson, 2022; Emmerová, 2010) uvědomění si nesprávných pohybových vzorců (Krišková, 2006). Tento princip je zaměřen na případnou korekci pohybových návyků (Podrazilová, 2015) (Příloha č. 10). Maierová (2010) definuje dvě pravidla při FM. První pravidlo je změna rotace těla a přenesení váhy od trupu na končetiny, ale i obráceně. Druhé pravidlo souvisí s vědomým přenesením váhy z hlavní nosné plochy k vyšší nosné ploše. 4) námaha nemusí být tak velká při efektivním vytváření tahu a tlaku a jejich cíleném využití (Johansson, 2022); v námaze se projeví osobní jistota a síla (Podrazilová, 2015). Tah je námaha odstředivá a provází změnu těžiště. Tlakem ke kontaktní ploše je zajištěna jistota a opora pohybu (Maierová, 2010). 5) základní pozice ovlivňují kvalitu provedení běžných denních funkcí a plynulý průběh vnitřních funkcí. Jsou to tyto pozice: leh na zádech, leh na břiše s oporou o loket, turecký sed, pozice na čtyřech, klek na jednom kolenu, stoj s váhou na jedné noze, stoj na obou nohách (Wagner, 2019; Kolář et al., 2009) (Příloha č. 9). 6) okolí; prostředí s pevnými a měkkými materiály kolem nás, které ovlivňuje kvalitu našeho pohybu (Wagner, 2019). Kompenzační pomůcky mění prostředí a mohou tak podporovat oporu nebo usnadňovat změnu polohy (Podrazilová, 2015) (Příloha č. 11).

1.3.3 Posturální motorika v rehabilitačních konceptech

Hmotnost našeho těla je vystavena trvalému vlivu gravitace. Na pozadí jakékoliv hybnosti, ať už volní nebo automatizované, existuje funkce, která prvořadě zajišťuje hmotnost těla v gravitačním poli (Čápková, 2016). Je to posturální motorika, která předchází, provází a zakončuje každý pohyb (Véle, 2012). Posturální systém má tři hlavní složky. Zahrnuje složku řídicí, senzory a výkonnou. Zajišťují je mozek-mícha-receptory-svaly (Řasová, 2007). Kolář et al. (2009) píše o tzv. postuře jako o aktivním držení těla proti působení zevních sil, ale nejčastěji proti tíhové síle (Příloha č. 10, Obr. 45-47). Cituje Véleho, podle kterého nelze stanovit správné držení těla. Čápková (2016) užívá termínu „atituda“, což je postura s pohybovým záměrem. V parametrech fyziologické hybnosti, které jsou neoddělitelné, se Kolář et al. (2009) shoduje s Čápkovou (2016). Jsou to centrované klouby a páteř jako jeden funkční celek. Výslednicí vzájemné interakce je svalová normotonie a fyziologická dechová mechanika (Čápková, 2016). Dechovou mechaniku zajišťuje bránice (Příloha č. 8, Obr. 33). Její funkce je dechová, ale i stabilizační (Véle, 2012; Kolář et al., 2009; Čápková, 2016). Je to právě bránice, která svou aktivitou ve spolupráci s drobnými hlubokými svaly páteře, hlubokými břišními a pánevními svaly generuje nitrobřišní tlak (Příloha č. 10, Obr. 45 a Obr. 46). Složité biomechanické vztahy popsaných svalů vyústí v napřímení páteře a její funkci jednoho celku (Čápková, 2016; Kolář et al., 2009). Kvalitní držení těla a kvalitní pohyb úzce souvisí s dechem (Lewit, 2003; Véle, 2012; Kolář et al., 2009; Čápková, 2016). Čápková (2016) a Kolář et al. (2009) odvozují své terapeutické koncepty od vývoje držení lidského těla v průběhu prvního roku života člověka. Kolář et al. (2009) využívá k cílenému ovlivnění stabilizační funkce trupu, kloubů a páteře cvičení v tzv. vývojových posturálně lokomočních řadách (Příloha č. 9, Obr. 43 a 44). Feldenkrais (2014) píše o užívání sebe sama. Nejčastěji sami sebe nevhodně užíváme, když jsme rozzlobeni, máme strach nebo jsme ve stresu, když spěcháme. Feldenkraisovu metodu, s psychosomatickým přístupem, jež rozvíjí funkční sebeuvědomění těla a má vliv na hlasotvorbu, vyučuje Oswaldová (2018). Sebeuvědomění pohybu je jedním z principů konceptu kinestetiky (Wagner, 2019). Kolář (2018) definuje pojem kinesteze jako čtení své polohy – držení svého těla – a následný pohyb na nastaveném držení těla. Je nutné rozumět svému pohybu, což souvisí s jeho představou a jeho plánováním, s jeho správnou koordinací a rytmičností.

1.3.4 Rizika FM

Je-li FM prováděna nesprávně, nešetrně může dojít k fyzickému či psychickému poškození pacienta nebo sestry (Trešlová et al., 2021). Na riziko poškození PPS a pečujícího při neodborně prováděné FM upozorňuje také Křížová (2021). Kala (2016) zdůrazňuje u onkologických pacientů a pacientů s imobilizačním syndromem fragilitu těla. Seznamuje s allodynií, což je bolest vyvolaná za normálních okolností nebolestivým podnětem. Poškození pacienta při FM se může projevit viditelným zhmožděním, porušením celistvosti kůže střížnou silou, zlomeninami humeru, subluxací ramenních kloubů, poškozením brachiálního plexu atd. (Trešlová et al., 2021). Pacient je poškozen i prožitkem strachu a úzkosti při úkonech hygieny a podávání stravy (Křížová, 2021). Trešlová et al. (2021) zdůrazňuje v rámci ošetrovatelského procesu, resp. ošetrovatelských diagnóz riziko fyzického traumatu, narušení integrity kůže, akutní bolest, narušené pohodlí, strach se svými projevy a narušenou osobní identitu. V nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci a které popisuje manipulaci s břemeny, je v obecném dokumentu definován nemocný člověk jako živé břemeno (Křížová, 2021; Trešlová et al., 2021). Není možné zacházet s nemocným stejně jako s neživým břemenem. Je nutné zohlednit bolest, ztíženou komunikaci a aktuální zdravotní stav (Křížová, 2021). Je důležité respektovat autonomii pacienta (Petrovicová, 2016).

Při FM je enormně zatížen kosterně svalový aparát ošetrovatelského personálu, tudíž v dlouhodobé zátěži je trvale poškozován (Křížová, 2021). Podle nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci a které popisuje manipulaci s břemeny, je limit pro hmotnost ručně manipulovaného břemene přenášeného ženou při občasném zvedání a přenášení 20 kg, při častém zvedání a přenášení 15 kg. Povolání všeobecné sestry patří k nejrizikovějšímu povolání, pokud jde o vznik bolesti dolní části beder neboli low-back pain diseases (dále jen LBP) (Trešlová et al., 2021). Nedávný výzkum Národního institutu SYRI zveřejněný na přelomu roku 2022 a 2023 přinesl znepokojující výsledky. Na bolest zad si stěžuje téměř 100 % českých všeobecných sester (Pokorná, 2022). Tento problém je i přes moderní technologie 21. století stále velmi závažným problémem nejen v ČR, ale i ve Velké Británii (Gilchrist, 2020) a dalších 13 zemích Evropy, jak uvádí Laštovková (2015). Laštovková ve své studii zkoumala kritéria pro uznání LBP jako nemoci z povolání ve

23 evropských zemích. 13 zemí má LBPD na seznamu chorob z povolání a od roku 2017 i ČR (Trešlová et al., 2021). Od 1.1. 2023 je zařazeno na seznamu nemocí z povolání i povolání zdravotnického personálu (SZU, 2023). Podkladem pro tento krok Státního zdravotnického ústavu (SZÚ) byly vědecké studie. Problematika LBPD má podíl na pracovní neschopnosti, ale i odchodu zdravotních sester z oboru nebo do předčasného důchodu. Vzhledem k dlouhodobému nedostatku zdravotnického personálu je stav nutné řešit (ČTK, 2022).

1.3.5 Ergonomická rozvaha při FM

Rozvaha je kritické zhodnocení úkonu, který je třeba provést, a možností, jež má pečovatel k dispozici (Trešlová et al., 2021). Úkon rehabilitačního ošetřování musí být maximálně přínosný pro pacienta a v minimální míře zatížit pečovatele (Dosbaba, 2021). Už před zahájením FM musí mít sestra představu, jak bude vypadat výsledná poloha pacienta po její intervenci (Wagner, 2019). Je důležitá příprava pacienta i personálu. Možným rizikům FM předcházíme znalostmi informací o pacientovi, úvodním rozhovorem a zhodnocením fyzického stavu pacienta (Trešlová et al., 2021).

Základem rozvahy při FM je odpověď na otázky: „jak“, „kam“, „jakou silou a rychlostí“ (Dosbaba, 2021). Odpověď na první otázku v sobě nese informaci o postoji pečujícího (Wagner, 2019; Krišková, 2006) a prostoru, kde se bude FM odehrávat (Jarošová, 20014; Dosbaba, 2021). Dále jaké použije pečující manipulační pomůcky (Wagner, 2019; Dosbaba, 2021; Trešlová et al., 2021) a jak pečující využije potenciál nemocného (Kolář et al., 2009; Wágner, 2019; Dosbaba, 2021). Odpověď na otázku „kam“ nese informace o tom, kam se postavit, kam při FM položit ruce a kam dát důraz při instruktáži úkonu FM (Dosbaba, 2021). Odpověď na třetí otázku poskytne informace o síle a rychlosti úkonu FM (Wagner, 2019), tedy o využití silového potenciálu skluzu, gravitace, síly DKK a asistovaného pohybu (Dosbaba, 2021). Skluz nahradí potřebu nadzvednutí těla nad podložku (Johansson, 2022). Tělo pracuje jako jeden celek (Čápková, 2016). Parametr rychlosti je důležitý pro možnost rozfázování pohybu, které umožňuje PPS nový prožitek pohybu (Dosbaba, 2021). Ergonická rozvaha dává FM při zvážení možností a dostupného silového potenciálu efektivnost (Dosbaba, 2021).

1.3.6 Fyzická manipulace s pacientem

FM v domácí péči je často zajišťována pouze jednou osobou (Kurucová, 2016). Úkolem sestry je edukovat neformálního pečujícího, jak provádět FM (Plevová, 2018). Jednotlivé úkony FM je možné provádět v lůžku nebo mimo lůžko (Křížová, 2021; Trešlová et al., 2021; Wagner, 2019; Johansson, 2022). Účelem FM je zajištění fyziologických potřeb nemocného (Plevová, 2019). Pacientovi je vysvětleno, jak bude FM probíhat (Křížová, 2021). Wagner (2019) píše o humánní FM. Takové FM předchází ergonomická rozvaha (Dobšaba, 2021), seznámení pacienta s manipulační pomůckou, vyhodnocení, že pacient společnému cíli rozuměl a souhlas pacienta s FM (Trešlová et al., 2021). Při vedení nemocného je důležité vnímat jeho prostor. Ležící pacient má prostor dole pod zády. Chceme-li, aby pacient zvednul hlavu, povel musí znít ve smyslu předklonu (Křížová, 2021). Před zahájením manipulace si pečující uvědomí své tělo, stabilizuje ho zpevněním svalů, aby pohyblivá síla byla vedena přes velké nosné kosti (Wagner, 2019). Trup, včetně páteře, je stabilizován do jednoho celku (Čápková, 2016). Stabilitu zajišťuje přirozená aktivita hlubokých břišních svalů, svalů páteře, bránice a svalů dna pánve (Kolář et al., 2009).

Základní pomůcka, která ulehčí FM s nemocným v domácím prostředí je polohovací lůžko (Trešlová et al., 2021). Je možné nastavit jeho výšku a sklon. Součástí lůžka mohou být doplňky, jako čtyřdílný elektricky polohovatelný rošt, antidekubitní matrace, bezpečnostní postranice, elektrické ovládání, kolečka s možností aretace, snímatelná čela, hrazdička, deska na jídlo, stolek (Křížová, 2021). Nemocný se může pohybovat do stran, k okraji lůžka, směrem nahoru a dolů (Kolář et al., 2009). Před FM v lůžku je nutné nastavit výšku lůžka a po ukončení FM vrátit lůžko do původní polohy (Trešlová et al., 2021), lůžko zabrzdit (Křížová, 2021). Pečující stojí u lůžka se sevřenými rukami v pěst a lůžko se dotýká dorsa flektovaných prstů na volně visících pažích (Trešlová et al., 2021). Před FM je nutné odstranit polohovací pomůcky, deku a polštář z lůžka (Křížová, 2021). Wagner (2019) polštář v případě velkého záklonu hlavy neodstraňuje. Pohyb v lůžku usnadní slide sheet (tzv. skluzná podložka) (Trešlová et al., 2021) (Příloha č. 11; Obr. 51 a 52).

Wagner (2019) považuje za ideální pro FM v lůžku polohu na zádech, kolena jsou flektovaná, plošky podloženy ručníkem. Je využita skluzná podložka pod pánví

a lopatkami (Příloha č. 12; Obr. 59). Pro posun PPS v lůžku do záhlaví lůžka (Příloha č. 12) uvádí Wagner (2019) několik možností: a) s účastí pacienta přitažením pomocí HKK pacienta za rám postele v záhlaví lůžka a slide sheet pod lopatkami, s ručníkem pod ploškami (Příloha č. 12, Obr. 61 a 62). b) podporu pohybu na skluzné podložce ve „směru jízdy“ s plošnou dopomocí tlakem jedné ruky na stehno přes flektované DKK nemocného a druhou rukou fixací pánve (Příloha č. 12, Obr. 63). c) podporu posunu do záhlaví tlakem přes zvednutou pánev (Příloha č. 12, Obr. 60). Při tomto provedení si může pečující pomoci tahem druhé ruky za boční rám postele (Příloha č. 12, Obr. 64). Dosbaba (2021) uvádí následující variantu. Pečující odstraní čelo postele a tahem ze záhlaví lůžka přitáhne tělo pacienta odrazem jedné DK od rámu lůžka za pomoci skluzné podložky a náklonu lůžka (Příloha č. 12, Obr. 69). Polohu hlavy je možné při posunu podporovat polštářem, nebo dát povel „bradu položte na hrudník“, aby nebránila v pohybu (Wagner, 2019). Křížová (2021) nabízí pro aktivní posun pacienta „píd'alku“ (Příloha č. 12, Obr. 65), využití „stálek“ (Příloha č. 12, Obr. 66), mostění (Příloha č. 12, Obr. 70). Pro pacienta s malým pohybovým potenciálem je vhodné použít slide sheet. Sestra sníží své těžiště, přenesení váhu z jedné DK na druhou DK a tahem posune tělo do záhlaví lůžka (Příloha č. 12, Obr. 68). Výhodná varianta posunu těla PPS za hlavou je v poloze na boku s podporou pohybu tlakem přes hrudník a pánev ve směru pohybu do záhlaví lůžka s použitím slide sheet (Příloha č. 12, Obr. 67).

Posun pacienta v lůžku do strany v poloze na zádech s extendovanými DKK je možné provést manipulací v principech tlaku nebo tahu s použitím slide sheet nebo polohovací podložky (Příloha č. 13, Obr. 71 a 73) (Dosbaba, 2021). Tlak je síla dostředivá, zajišťuje jistotu a oporu. Tah je námaha odstředivá a provází změnu těžiště (Maierová, 2010). Příloha č. 13, Obr. 72 nabízí i možnost tzv. mostění do strany (Křížová, 2021).

Přetočení na bok je přípravou pro posazení (Dosbaba, 2021). Nejprve je nutné posunout tělo na stranu lůžka (Wagner, 2019). Samotné přetočení na bok je možné pomoci tahu přenesením váhy těla sestry dozadu na zanoženou DK (Trešlová et al., 2021) (Příloha č. 14, Obr. 76). Křížová uvádí i variantu přetočení na bok pomocí polohovací podložky (Křížová, 2021) (Příloha č. 14, Obr. 75).

Posazení pacienta v lůžku je možné provést elektrickým ovládním (Trešlová et al., 2021). Při posazování v lůžku bez elektroniky je předpokladem posun

pacienta k okraji lůžka a jeho přetočení na bok (Křišková, 2006). Rozfázování úkonu FM do sedu umožní pacientovi se zapojit podle jeho pohybového potenciálu (Kolář et al., 2009). Dosbaba (2021) popisuje možnost vedení pohybu do posazení za pánevní lopatu a rameno, které je blíže k záhlaví lůžka (Příloha č. 15, Obr. 77). Trešlová et al. (2021) nabízí techniku posazení s využitím pohybového potenciálu pacienta (Příloha č. 15, Obr. 79). Sestra podporuje pohyb do posazení přes svrchní paži pacienta. Pacient se v poloze na boku svrchní dlaní dotýká dlaně sestry, která položila svou ruku hřbetem na lůžko. Oba se drží palcovým úchopem. Pacient tlačí do dlaně na lůžko. Vzájemný kontaktní tlak generuje vzpřímovací sílu do posazení, zároveň druhá ruka sestry vede pacientovi DKK do svěšení z postele. Vzpřímením horní části těla se pohybovou pákou spustí DKK a pacient se posadí (Trešlová et al., 2021). Následně je nutné snížit výšku lůžka, aby se DKK opíraly o zem (Křížová, 2021). Podle Křížové (2021) je možné pacienta posadit z polohy na zádech s pokrčenými DKK v kolenech. Při FM sestra aktivně manipuluje s pacientem snížením svého těžiště a přenášením váhy těla z jedné DK na druhou DK. Využívá se páky spuštěných bérků pacienta, stejné úrovně těžiště s pacientem a blízkého kontaktu těla pacienta a pečujícího (Příloha č. 15, Obr. 78). Trešlová et al. (2021) popisuje i techniku změny polohy ze sedu do lehu na zádech (Příloha č. 15, Obr. 80). Obr. 81 v příloze č. 15 vystihuje změnu polohy pacienta ze sedu do lehu s odlehčením DKK pomocí složeného prostěradla do pruhu. Před zahájením pohybu do lehu je nutné upozornit pacienta, že bude proveden záklon těla směrem do lůžka. Pacient se položí na záda a DKK má natažené v lůžku (Trešlová et al., 2021).

K přesunu z lůžka do vozíku nebo do křesla je možné použít tzv. prkna (Trešlová et al., 2021) (Příloha č. 16, Obr. 82). Při tomto přesunu je nutné zajistit vozík proti pohybu. Lůžko nastavit do vyšší úrovně, než je úroveň sedáku vozíku. Jedině tak, je možné využít skluzu po prkně ve směru pohybu. Jde o transfer s podporou pacientova pohybového potenciálu. Zároveň je možné rozfázovat přesun a zajistit pohodu při úkonu FM. Příloha č. 16 obrazově dokumentuje přesun pomocí přesunovacího manipulačního pásu (Johansson, 2022) obr. 85, složeného ručníku na šířku 20 cm pod pánev na obr. 83 nebo využití „minimovu“ na obr. 84 (Dosbaba, 2021). Fyzická manipulace transferu z lůžka na vozík bez pomůcek s využitím principů kinestetiky je obrazově zpracována na obr. 86 (Příloha č. 16) (Johansson, 2022). Vertikalizaci pacienta do stoje obrazově dokumentuje příloha č. 17 (Trešlová et al., 2021; Dosbaba, 2021). Sestra využívá k usnadnění FM manipulačního pásu nebo složeného prostěradla (Trešlová et al., 2021)

(Příloha č. 17, Obr. 88 a Obr. 89). Dosbaba (2021) nabízí použít tzv. chodítka (Příloha č. 17, Obr. 90), které ulehčí pohyb ve vertikále. Je dostupné v půjčovnách nebo obchodech s manipulačními pomůckami. Pohyb PPS v domácím prostředí je nutné po stránce bezpečnosti zajistit odstraněním bariér v prostoru (Cesta domů, 2021).

1.3.7 Faktory ovlivňující bezpečnou fyzickou manipulaci

Iniciátorem FM je sestra (Plevová, 2018), svým postojem a osobními vlastnostmi ovlivňuje techniku FM (Krišková, 2006). Sestra edukuje pacienta a rodinu v případě rehabilitačního ošetřování (Strnadová, 2020). Důležité faktory, které ovlivňují kvalitu rehabilitačního ošetřování jsou odbornost pečovatele, kritické myšlení v individuálním přístupu k pacientovi a osobnost pečovatele (Křížová, 2021). Kurucová (2016) zmiňuje psychickou stránku neformálního pečujícího a psychickou zátěž, kterou laická péče s sebou přináší. Péče o druhého člověka musí začít „péčí o sebe“ píše Slámová, Radkovicová (2021) a pokračuje: „*Pokud je opakovaně ohrožován vlastní komfort a bezpečí pečovatele, nemůže být zajištěn maximální komfort a bezpečí ani na straně pacienta* (Slámová, Radkovicová, 2021, str. 33)“. Covey (2017) mezi sedmi návyky skutečně efektivních lidí zmiňuje návyk výhra – výhra, kdy je člověk zaměřen na hledání vzájemně prospěšných řešení ve všech lidských interakcích. Tento přístup k životu podporuje spolupráci s ostatními. Kinestetika podporuje interakci mezi pacientem a pečovatelem (Krišková, 2006). Miková (2022) v charakteristice sebeúcty definuje sebehodnotu, která není závislá na výkonech. Jedinec se zdravou sebehodnotou zná své silné a slabé stránky. Koncept kinestetiky vede sestry k uvědomění kvalitního (Maierová, 2015) formativního pohybu (Čápková, 2016). Nekvalitní pohyb vedený přes meziprostory poškozují pohybový systém a přetěžuje dolní části zad (Wagner, 2019). Fyzickou manipulaci svým onemocněním, pohybovým a silovým potenciálem ovlivňuje také PPS (Dosbaba, 2021). Prostředí, kde DP probíhá, má pro pacienta své přednosti, ale i svá rizika (Nightingalová, 1874). Ošetřovatelství ovlivňuje systém nastavení zdravotní péče (Plevová, 2018; Pavlíková, 2005). Chambers (2013) mezi faktory ovlivňujícími bezpečnou FM jmenuje systém vzdělávání sester, posturu sester, enviromentální omezení, nedostatek personálu a podřízenost mladých sester rigidnímu kolektivu, který nechce měnit své zaseté zvyklosti při FM.

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Zjistit využití manipulačních pomůcek v domácí péči při fyzické manipulaci s pacientem s poruchou soběstačnosti.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké manipulační pomůcky mají k dispozici pečující o pacienta s poruchou soběstačnosti v domácí péči?
2. Jaké jsou nejčastější komplikace při fyzické manipulaci v domácí péči?

3 METODIKA

Kapitola seznamuje s metodou kvalitativního výzkumu jevu fyzické manipulace, s výzkumným vzorkem, se sběrem dat a jejich zpracováním.

3.1 Popis metody

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována kvalitativním šetřením, metodou dotazování. Sběr dat proběhl pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Předcházela mu pilotáž pomocí kvalitativní metody technikou rozhovoru. Zkoumaným jevem byla fyzická manipulace. Polouzavřené otázky k rozhovoru s informantkami byly formulovány podle stanoveného cíle bakalářské práce a na základě studia literárních pramenů. K cíli vedly dvě výzkumné otázky. Polostrukturovaný rozhovor využívaný v kvalitativním výzkumu zajistil získání komplexních a podrobných informací o fyzické manipulaci z prostředí domácí péče v rámci odbornosti 926 a 925 (Strnadová, 2020, s. 10). Sestry poskytující péči ve vlastním prostředí pacienta byly osloveny přes vrchní sestru agentury domácí péče nebo vrchní sestru mobilní hospicové péče. V rozhovoru bylo použito 16 polouzavřených otázek (Příloha č. 18). Informantky byly seznámeny s cílem výzkumu a byla jim, i jejich domovské agentuře nebo hospicu, zaručena anonymita. Rozhovory se sestrami se uskutečnily telefonicky v únoru 2023. Jak už bylo uvedeno, předcházel jim pilotní projekt. Osm informantek souhlasilo s nahráváním rozhovoru.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku a sběr dat

K výzkumu byly osloveny tři agentury domácí péče a čtyři mobilní hospice z České republiky. Výběr sester proběhl metodou snow-ball. Bylo využito kontaktů mezi sestrami, které pracují v oblasti domácí péče. Oficiálně byla kontaktována vrchní sestra agentury domácí péče nebo mobilního hospice, která souhlasila s šetřením. Z oslovených sedmi poskytovatelů domácí péče odmítli účast na výzkumu dva hospice se zdůvodněním, že na tyto věci, pro personální nouzi, nemají čas. S účastí souhlasily dva mobilní hospice a tři agentury domácí péče. Výzkum tedy proběhl u pěti poskytovatelů domácí péče. Bylo realizováno osm rozhovorů, které nasýtily odpovědi. Pět sester poskytuje mobilní specializovanou paliativní péči a tři sestry poskytují domácí zdravotní

péči v rámci domácí péče. Věk informantek se pohybuje v rozmezí od 30 do 52 let. U všech osmi rozhovorů byl proveden záznam na mobilní telefon. Data byla získávána v období února 2023. Z důvodu opakování odpovědí a vyčerpání nových dat od informantek, byl sběr dat ukončen. Rozhovory byly následně doslovně přepsány do textového dokumentu na počítači.

3.3 Zpracování dat

Data z audio záznamu na mobilním telefonu, přepsaná do textového dokumentu v počítači, byla následně metodou otevřeného kódování kategorizována. Kategorizace dat proběhla použitím metody tužka – papír. Bylo vytvořeno pět kategorií – Bezpečná fyzická manipulace, Zdroje informací k fyzické manipulaci, Riziková fyzická manipulace, Domácí prostředí, Manipulační pomůcky.

4 VÝSLEDKY

Realizací výzkumu, metodou dotazování, formou polostrukturovaného rozhovoru jsme zkoumaly jev fyzické manipulace. Osm sester odpovědělo na otázky (Příloha č. 18) související s fyzickou manipulací a manipulačními pomůckami v domácí péči. Otázky byly zaměřené také na komplikace, které mohou nastat při fyzické manipulaci ve zkoumaném prostředí. Data kvalitativního výzkumu, jsme rozčlenily a prezentujeme je v rámci pěti kategorií – Bezpečná fyzická manipulace, Zdroje informací k fyzické manipulaci, Riziková fyzická manipulace, Domácí prostředí, Manipulační pomůcky.

4.1 Identifikační údaje informantek

Tabulka č. 1 Označení informantek, věk, vzdělání, praxe sestry, praxe v domácí péči

Označení informantky	Věk informantky	Vzdělání informantky	Délka praxe sestry	Délka praxe v domácí péči
SH1	30	vysokoškolské Bc.	8 let	4 roky
SH2	43	vysokoškolské Bc.	21 let	2 roky
SH3	37	středoškolské	19 let	6 let
SH4	50	středoškolské	30 let	5 let
SH5	52	středoškolské, vysokoškolské Bc.	8 let	4 roky
SD1	31	vysokoškolské Bc.	10 let	5 let
SD2	47	vysokoškolské Bc.	30 let	2 roky
SD3	31	vyšší odborné DiS.	7 let	5 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

V tabulce č. 1 prezentujeme identifikační údaje sester, které se zúčastnily kvalitativního výzkumu. Z důvodu anonymity, ale i přehlednosti jsou v tabulce i textu označeny informantky zkratkou SH (sestra poskytující mobilní hospicovou službu) a SD (sestra poskytující domácí zdravotní službu). Tabulka je současně přehledem o věku informantek, který se pohybuje od 30 do 52 let. Pět sester dosáhlo vysokoškolského bakalářského vzdělání, jedna sestra vystudovala vyšší odbornou školu a dvě sestry mají

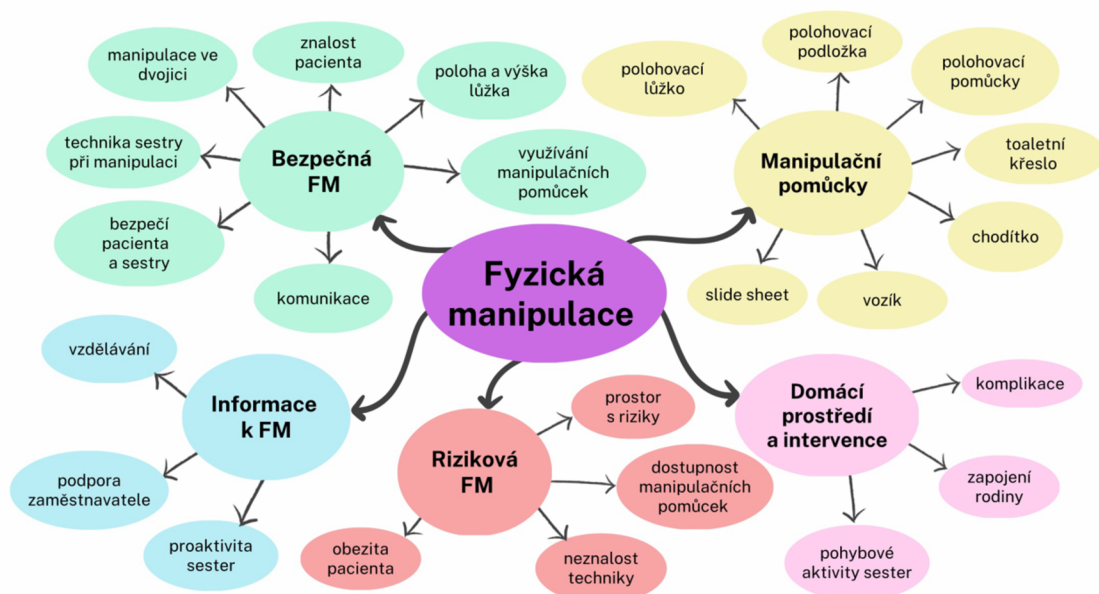
středoškolské vzdělání. Celková délka praxe sester se pohybuje v rozmezí 7–30 let. Délka praxe informantek ve službách domácí péče je 2 roky až 6 let.

Všechny sestry dostaly v úvodu rozhovoru otázku týkající se stavu jejich kosterně svalového aparátu. Ke svému stavu se shodně vyjadřují SH1 a SH3, že se v současné době cítí dobře. „*Nic mě nebolí* (SH3).“ SD3 si je vědoma každodenní zátěže svého kosterně svalového aparátu a svůj stav hodnotí: „*Řekla bych, že fyzicky zdatná, super...*“, další sestry SD1, SD2 a SH4 se ke stavu kosterně svalového aparátu vyjadřují negativně. „*Bolí mě rameno, bedra, ale hlavně krční páteř* (SH4).“ S ohledem na své problémy s krční páteří a ramenními klouby vyjadřují informantky snahu tento stav řešit, jak uvádí SH4: „*Chodím na fyzioterapie*.“ Jiné vyjádření uvedla SH2, která odpověděla: „*Mě zlobí záda, ale kvůli tomu, že necvičím a nedodržuju ten režim vertebropata. Bolí mě bedra, ale nejvíce krční páteř*.“ SH5 měla úraz kolena a byla 5 měsíců v pracovní neschopnosti. Kosterně svalový aparát hodnotí takto: „*Kdybych si neudělala vloni úraz, tak výborně, asi tak*.“

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů

Obrázek 1a zobrazuje uspořádání zpracovaných dat do pěti kategorií s podkategoriemi. V následujícím textu prezentujeme data v rámci jednotlivých kategorií a podkategorií.

Obr. 1a Kategorie s podkategoriemi



Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Kategorie 1 Bezpečná fyzická manipulace

Bezpečná fyzická manipulace (Obr. 1a) – prezentuje názory informantek na bezpečnou fyzickou manipulaci. Důraz při bezpečné FM kladou sestry na bezpečí pacienta a sestry, na techniku při manipulaci. Principy bezpečné FM zajišťují informantky manipulací ve dvou osobách, znalostí pacienta, nastavením správné polohy lůžka, využíváním manipulačních pomůcek a vhodnou komunikací v průběhu FM.

Většina sester se k prioritám pro bezpečnou fyzickou manipulaci s pacientem vyjadřuje velmi podobně. SD1, SD3, SH3, SH4 a SH5 zdůrazňují bezpečí pacienta a sestry. Ve své odpovědi to shrnuje SH4, která popisuje vzájemnou interakci s pacientem: *„Pokud manipuluji s člověkem, tak se snažím, aby ho to nebolelo a zároveň se snažím, abych já si neublížila. To jsou ty vlivy, které se navzájem budou ovlivňovat.“* SH3 klade důraz na to: *„...aby byl pacient v komfortní zóně.“* SH2 popisuje svou snahu: *„Nejednat zbrkle.“* SD2 uvádí, že myslí víc při FM na pacienta a vyjadřuje to slovně: *„Myslím víc na toho pacienta, aby on byl v bezpečí, abych ho zachytila, aby neupadl, aby se prostě nic nestalo,“* SD3 popisuje, že myslí při bezpečné FM: *„...hlavně momentálně už i na sebe, protože po té praxi člověk opravdu už na tom prvním místě má sebe a ty svoje záda.“* SD3 vyjadřuje, že je zvyklá před FM zhodnotit své fyzické schopnosti pro bezpečnou FM. SD1 sdílí v rozhovoru, že je pro ni důležité neublížit pacientovi, ale: *„Snažím se dělat to, co potřebuju tak, abych se, pokud možno co nejmiň namáhala...pohyb se snažím udělat tak, aby ty lidi viděli, že to jde s minimální pomocí, že by to mohli zvládnout třeba sami. Pokud je toho ten pacient schopen, samozřejmě.“* Informantky SH1, SD3, SH4 a SH5 vyjadřují názor, že bezpečnou FM provází i bezpečná technika FM, která neohrozí pacienta ani sestru. Sestry SD3, SH1 a SH4 se vyjadřují, že během bezpečné techniky FM je důležitá vzájemná interakce s pacientem. SD3 to popisuje, že vnímá sebe a zaměřuje se na to: *„...aby pohyby byly pro pacienta plynulé, příjemné.“* Sestry se shodují, že je důležité sledovat reakce pacienta a podle nich vést bezpečnou FM. *„Když vidím, že to špatně působí na pacienta, tak se člověk hnedka zastaví a hledá jiný způsob manipulace. Reaguji na pacientovo vnímání a podle toho manipuluji dál (SH1).“* Informantky při bezpečné technice FM kladou důraz i na svou polohu. *„Hlídám si, abych měla dobře polohu při manipulaci, ale i polohu toho člověka (SH4).“* SH1 v rozhovoru uvádí: *„Hledám takový způsoby manipulace, abych si chránila záda a abych si neublížila.“* Popisuje, že záleží na způsobu, jak se s pacientem manipuluje. Zmiňuje, že respektuje

pravidla bezpečné fyzické manipulace a nepocituje negativní vlivy při FM s pacientem. Dodává: „*Záda jsou křehký zboží. Mám manžela ‚plotýnkáře‘. Vim, o čem mluvím.*“ SH5 a SD2 vyjadřují své teoretické znalosti techniky bezpečné fyzické manipulace s pacientem. Přirovnávají ji k technice bezpečného zvedání břemen. „*Člověk zabírá ne v ohybu, ale spíš jakoby koleno...jako když se zvedají břemena. Nesmí se zády* (SD2).“ SH5 detailně popisuje, jak provádí techniku zvedání pacienta ze sedu do stoje: „*...dám jednu nohu mezi jeho nohy, chytmu ho pod rameny a sepnu si ruce vzadu na lopatkách. Nervu pacienta zády nebo bedry. Nesmí nás ani jednoho nic bolet, když ta moje intervence skončí.*“ Bezpečí při FM zajišťují všechny informantky tím, že pracují ve dvojicích. Využívají pomoci kolegyně, pečovatelky nebo rodinného příslušníka. „*Hlavně si vzít jako dopomoc. Když se stane jednou za čas, že je to opravdu pacient, kterého by ta jedna sestra nezvládla, tak jezdí dvě. Pojišťovna nám proplácí i kód na fyzickou asistenci.* (SD3).“ SH1 to vyjadřuje: „*Směřujeme tu rodinu k tomu, aby nebyl na tu péči jenom jeden člověk, pokud to lze, aby byli minimálně dva.*“ SH2 popisuje, že manipuluje ve dvou osobách, když je pacient v terminálním stavu. Říká, že musí vyhodnotit potenciál rodinných příslušníků k pomoci, ale: „*Když z té rodiny ti rodinní příslušníci nemají ten potenciál...nevidím ho, tak si to ‚zmenežují‘ jinak.*“ SH5 a SD2 shodně uvádí, že provádí fyzickou manipulaci pacienta nebo jeho polohování minimálně ve dvou osobách a někdy i ve více lidech. Na doplňující otázku, zda jsou to jejich zásady bezpečné FM, odpovídá SH5: „*Takhle my to máme. Pokud pečujeme my o umírajícího člověka, tak tam musíme mít rodinného příslušníka, který je schopen se o toho člověka postarat...když ne, jezdíme ve dvou s pečovatelkou.*“ SH5 se vyjadřuje k manipulaci ve dvou a uvádí, jak její kolega dostal kárné potrestání za nešetrnou manipulaci při poskytování speciální paliativní péči. „*Dostal důtku, napomenutí k tomu, že měl tohohle člověka překládat z křesla na lůžko ve dvou.*“ Znalost pacienta, aby byl zajištěn bezpečný průběh fyzické manipulace, uvádějí tři informantky SH2, SH4 a SD3. SH2 a SH4 považují znalost pacienta za prioritu před každou fyzickou manipulací. SH2 svou zásadu vyjadřuje ve své odpovědi: „*...vždycky kladu důraz na to, abych odhadla úroveň síly toho pacienta, zručnosti, do jaký míry, co zvládne sám, využít jeho potenciál. Musím vyhodnotit vždycky i svůj potenciál, co zvládnou já, co zvládne pacient, případně ‚zangažuju‘ rodinu, ale důležitý je vždycky toho pacienta.*“ SD3 komentuje znalost pacienta tak, že ho vnímá přes své tělo a současně: „*Snažím se vžít do role pacienta.*“ Nastavení postele je prvek bezpečné fyzické manipulace pro informantky poskytující domácí zdravotní i hospicovou péči. Pokud mají SH2, SH4, SD2 a SH5 k dispozici polohovací lůžko, nastavují ho do komfortní výšky.

SH4 to vyjadřuje: „*Dbám na to, aby byla dobře vysoko postel. Učím to rodinné příslušníky. Musíme zvednout postel, přizpůsobit do takové výšky, aby jim vyhovovala a aby se jim nesekli záda, aby se neohýbali.*“ SD2 a SH2 zmiňuje nejen výšku postele, ale i její polohu v prostoru – v domácím prostředí pacienta. „*Pacient má postel uprostřed místnosti... s kterou si třeba vyjedete do výšky (SD2).*“ Využívání manipulačních pomůcek pro zajištění bezpečné FM uvádí všechny sestry. „*Pokud máme naše pomůcky v rodině, tak to je značka ideál,*“ říká SH2. SH4 upozorňuje, že to není samozřejmost, aby byly v rodině manipulační pomůcky: „*První návštěva, tak to je kolikrát hrůza, děs a potom, když už se doplní manipulační pomůcky, chodítka, toaletní křeslo a hlavně postel – to jsou základní věci, pak už je to fajn. Jo, pokud ta rodina s tím souhlasí.*“ SH1, SH2, SD2 a SD3 se vyjadřují k tomu, že pomůcky usnadňují fyzickou manipulaci a dělají ji bezpečnou. SH1 a SH2 často kombinují manipulační pomůcky. „*Usnadňuji si manipulaci používáním pomůcek a figlů (SH1).*“ „*Využívám pacientův potenciál, ale když musím zasáhnout, tak se snažím co nejvíc využívat pomůcky (SH2).*“ SD1 v rozhovoru popisuje spolupráci s rodinou při zajištění manipulačních pomůcek: „*Hodně záleží na té rodině. Většinou když nějaká ta rodina má zájem, takže jsou i polohovací lůžka a polohovací pomůcky, hrazdička, chodítka.*“ Dostupnost manipulačních pomůcek na trhu komentuje 3SD: „*Ve zdravotnických potřebách se dá koupit všechno nebo dá se přes internet objednat vše z těch kompenzačních pomůcek, které by usnadňovaly manipulaci,*“ zároveň uvádí, že agentura: „*...nemůže mít k dispozici pomůcky, které by u pacientů střídala.*“ Možnosti vybavení domácího prostředí manipulačními pomůckami komentuje SH5: „*Když rodina chce a má dobré informace, tak může mít dobré pomůcky určitě. Jestliže už jsou pacienti přijati do paliativní péče, tak ty pomůcky půjčujeme zdarma.*“ Komunikace je pro zajištění bezpečné FM elementární prvek pro informantky SD3, SH5 a SH2. SH5 svůj vztah ke komunikaci během FM vyjadřuje následovně: „*Komunikace je základ.*“ Pro SD3, jak popisuje, je důležitý už první kontakt s pacientem. Dává příklad situace, které je vhodné se podle jejích slov, vyvarovat: „*Neměla bych přijít k pacientovi: ‚vy vážíte 120 kilo, tak já se s vámi tahat nebudu.‘ To za mě by byl určitě jako špatný přístup,*“ zdůrazňuje snahu hledat řešení: „*...aby to bylo přínosem pro toho pacienta.*“ Všechny sestry SH2, SH5 i SD3 zmiňují nutnost podpořit pacientovu sebedůvěru v pohybové schopnosti pomocí vhodné komunikace. SH2 a SD3 se vyjadřují, že pacienta motivují pro zlepšení pohybové schopnosti. SH2 uvádí, že komunikuje s lucidními i komatózními pacienty: „*Říkám mu, co jdeme dělat. Vždycky a každému, než uděláme nějakou změnu polohy, nějaký úkol, tak prostě informovat toho člověka.*“

Kategorie 2 Informace k fyzické manipulaci

Informace k bezpečné fyzické manipulaci (Obr. 1a) – shrnuje odpovědi, ve kterých se informantky vyjadřují k tomu, jak získávají informace k bezpečné fyzické manipulaci. Odpovědi jsou členěny do tří podkategorií: vzdělání, podpora zaměstnavatele, proaktivita sestry.

Informantky se vyjadřují ke svým znalostem bezpečné FM různým způsobem. SH3 vyjadřuje, odkud má znalosti, jak manipulovat s pacientem. „*Prakticky asi spíš jakoby z praxe na střední (škole) (SH3).*“ SD3 uvádí, že využívá znalosti k bezpečné fyzické manipulaci získané v prvním ročníku v předmětu rehabilitační ošetrovatelství. „*Já mám kurz paní Klusoňové a pracovala jsem na rehabilitačním oddělení, kde jsem hodně věcí mohla konzultovat s fyzioterapeuty,*“ říká SH2. SD1 uvádí, že absolvovala kurz sesterské rehabilitace. SD2 se vyjadřuje ke svému vzdělávání v bezpečné fyzické manipulaci: „*...ted' jsme měly tu ošetrovatelskou rehabilitaci. Je to vlastně neceléj měsíc. Bylo to školení v nemocnici na dvě hodiny.*“ SH4 ke svému vzdělání v bezpečné fyzické manipulaci sdílí, že absolvovala kdysi školení bazální stimulace a nedávno kurz rehabilitačního ošetřování, kdy: „*...poslední den byl věnovaný fyzické manipulaci, ergonomické rozvaze a kritickému myšlení.*“ SH5 využívá pro bezpečnou fyzickou manipulaci znalosti z kurzů blíže nespecifikovaných komunikačních technik. Informantky se vyjadřují v rozhovoru také k celoživotnímu vzdělávání v domovské agentuře domácí péče nebo mobilního hospice. Všechny se shodují, že jsou od zaměstnavatele podporované v dalším vzdělávání, mohou si vybrat o co mají zájem a jak uvádí, zaměstnavatel jim další vzdělávání umožní. Mezi téma kurzů jmenují: „*...hojení ran, péče o stomie až po ty certifikované drahé kurzy jako cévkování mužů, domácí umělé plicní ventilace, peritoneální dialýza a domácí parenterální výživa...* (SD3).“ Na doplňující otázku, jaké znalosti z jmenovaných absolvovaných kurzů reálně využívají při bezpečné fyzické manipulaci s pacientem vyplývá, že vzdělávání v oblasti FM je jen v ojedinělých případech. SD3 se k tomu vyjadřuje: „*Ty certifikované kurzy jsou vlastně zaměřené vyloženě na ten odborný výkon.*“ SH1 a SH3 sdílí, že: „*...co se týká manipulace, tak to jsem nebyla na žádném kurzu.*“ SD3 pracuje jako vrchní sestra a uvádí: „*My jsme se dost začaly dožadovat kurzů nebo seminářů vyloženě i ošetrovatelské rehabilitace... snažíme se ptát na názor toho odborného garanta kurzu, jak třeba my postupujeme v té péči, zda postupujeme správně, zda nepřekračujeme kompetence všeobecné sestry, aby se*

to nekrylo s tou fyzioterapií.“ V podkategorii proaktivita sestry sdílíme názory sester, které, jak se vyjadřují, si vyhledávají podle potřeby zdroje k bezpečné fyzické manipulaci samy. Jako zdroj informací uvádí SH5 videa: *„K edukování pečujících osob je už dneska spousta videí, které natočily já nevím od hospice „Cesty domů“ nebo různých videí, která natáčí domácí péče a kde si to teda rodina může zhlédnout, jak se třeba otáčí pacient v lůžku. To zvedání nebo cokoliv jiného.*“ SD2 vyjadřuje svůj názor na vzdělávání v agentuře DP: *„Unás v agentuře si myslím, že je to nedostatečné,*“ Na doplňující otázku, co tam chybí, odpovídá: *„V podstatě četnost. Já si třeba spoustu těch školení zařídím sama.*“ Podle aktuální potřeby, uvádí SH4, si vybírá školení, o která má zájem a ve kterých je podporovaná zaměstnavatelem. Dodává, že má však finanční hranici, kolik jí zaměstnavatel za kurz zaplatí.

Kategorie 3 Riziková fyzická manipulace

Riziková fyzická manipulace (Obr. 1a) – shrnuje názory informantek na rizikovou fyzickou manipulaci. Sestry uvádějí mezi faktory, které mění fyzickou manipulaci na rizikovou fyzickou manipulaci rizikový prostor v domácím prostředí, kde FM probíhá, nevhodnou techniku pečujících v DP, nedostupnost manipulačních pomůcek a obezitu pacienta.

Všechny informantky označují některá domácí prostředí pro FM jako riziková. Zároveň domácí podmínky hodnotí jako velice variabilní, s možností je upravit. SH5 vyjadřuje svůj respekt k vlastnímu prostředí pacienta: *„Já vstupuju do pacientova prostředí. On není v nemocnici, on je doma.*“ SD3 sdílí svůj názor na prostor pacientů, kdy je rozdílné prostředí domku a panelákového bytu 1+1. Popisuje, že: *„Je v tom opravdu rozdíl... Navíc senior 80+ v zabarikádovaném bytě vám nepřistoupí na nějakou úpravu.*“ SH5 a SD2 se shodují v názoru: *„Jo někdy je to velice špatný...pokud leží (pacient) na manželských postelích z 50týho roku...jsou poměrně nízký. Někdy jsou malé ty prostory okolo postele, takže jako nikdy to není ideální.*“ Na doplňující otázku, zda nabízí pacientům polohovací lůžka, odpovídá: *„Nabízíme...ale pokud ho ta rodina nechce nebo si zajistí nějakou vyšší matraci, tak jim vycházíme vstříc.*“ Podmínky, které popisuje SH5 jsou pro ni potom, jak se vyjadřuje: *„...těžký. Těžší je to fyzicky zvládnout.*“ SH4 se vyjadřuje: *„Šedesátkovýmá futrama vozík neprojede.*“ Informantky hodnotí v rozhovoru i podmínky, které dělají z FM rizikovou fyzickou manipulaci. Jde o drobné kusy nábytku v bytě, koberce. SD2 to

za všechny shrnuje: „Většinou je to prostě kanape nacpaný v rohu... vokolo křeslo nebo stoleček.“ „Někteří senioři mají tak jako hodně zabeđený a zabrložený ten svůj životní prostor. Vybojovávám, abych se tam mohla vůbec...bezpečně pohybovat,“ vyjadřuje SH2 a dodává, že pacientům pomáhá prostor uspořádat, aby v noci neupadli, když jdou na WC. SH1 v rozhovoru porovnává podmínky v domácím prostředí s podmínkami v nemocnici. Připouští, že je to velmi individuální, ale: „...většinou je to horší než v nemocnici. Málodky se stane, že máte třeba postel přístupnou ze všech tří stran.“ SH1 se zamýšlí i nad důvodem, proč jsou podmínky v domácím prostředí oproti podmínkám v nemocnici tak rozdílné a ztížené: „...protože ty prostředky v domácí péči jsou omezenější...“ SH4 a SH2 popisují své zkušenosti s extrémními podmínkami: „Je to špatné. Při první návštěvě velmi špatné. Někdy máte půl metru na projití k posteli (SH2).“ „Když jsme chodili do domu, kde pán měl zaskládaný dům až po strop ... šly jsme uličkou k posteli širokou 30 cm. To jsou extrémy (4SH).“ K nevhodné technice FM s pacientem jako k prvku rizikové fyzické manipulace se vyjadřovaly informantky SH1, SH2, SH4 a SH5. Shodují se, že technika může poškodit pacienta, ale i sestru. SH5 se vyjadřuje k nešetné manipulaci a uvádí, případ, kdy její kolega při poskytování speciální paliativní péče při přesunu z lůžka do křesla: „Zlomil pacientovi nohu (SH5).“ SH1 to popisuje: „...pro nemocného je nepřijemné, když se tahá pod ramenama.“. V rozhovorech vyjadřují sestry snahu se vyvarovat rizikové fyzické manipulaci, kdy manipulace s pacientem probíhá tahem pod ramenními klouby. S nevhodnou technikou fyzické manipulace se stále setkávají např. u kolegyň pečovatelek ze sociální oblasti, jak popisuje SH4: „Pokud bych člověka tahala za ramena, což absolutně nedělám a hrozně moc to říkám pečovatelkám, at' to taky nedělají. Jednak je to pro ně, nemají tolik té síly, že, a navíc toho pacienta to musí neskutečně bolet.“ Často nevhodnou techniku z neznalosti, jak uvádí SH5, používají rodinní příslušníci. Zkušenost popisuje následovně: „Já mám teď pacientku s ALS. Syn jí vlastně rval opravdu ruku a za ruce do sedu...jí to bolelo.“ Nevhodná technika nepoškozuje jen pacienta, ale i sestru, jak sdílí informantka SD2. Vyjadřuje to v odpovědi na otázku, související s vlivem intervence FM na její tělo: „Při fyzické manipulaci to asi vemu na úkor svých zad a svých kloubů.“ SD2 sdílí, že absolvovala kurzy, jak bezpečně manipulovat s pacientem. Říká, že dodržuje zásady, ale stejně jí ta krční páteř bolí, a pokračuje: „Po školení (na fyzickou manipulaci) se to snažím využívat, ale prostě jak plyne čas, tak to jakoby zase vrátíte do nějakých těch svých zlovyků.“ SH2 se ke své nevhodné technice rizikové fyzické manipulace s pacientem vyjadřuje ve smyslu, že udělá „krok mimo čáru“. Poznává to pak: „...na bederce. Vrátil se mi, že jsem s ním

manipulovala blbě – vrátí se to bolesti nebo ty záda cítím. “ Některé sestry uvádí, že řeší své potíže péčí fyzioterapeuta. SH4 se vyjadřuje, že si je vědoma svých zřetězených problémů z bederní páteře do páteře krční. Všechny informantky se vyjadřují v našem výzkumu v rámci rizikové fyzické manipulace k rizikovému faktoru, kterým je nedostupnost manipulačních pomůcek. Všem informantkám chybí v domácím prostředí u některých pacientů, podle jejich sdělení, základní manipulační pomůcka, kterou je polohovatelné lůžko. SH5 odhadem uvádí kolik pacientů umírá na polohovatelném lůžku: *„...když bych to měla posoudit, tak minimálně 1/2 pacientů umírá na polohovací posteli, řekla bych možná 2/3...“* SD3 seznamuje s limity pro pořízení manipulační pomůcky: *„V té domácí péči je to tak, že by si ty pomůcky musel hradit pacient.“* SH5 se shoduje s SD3 v hodnocení dostupnosti pomůcek. Kromě finančního faktoru vidí limity právě v nedostatku informací od praktického lékaře o možnostech spoluúčasti zdravotní pojišťovny na pořízení pomůcek. SD2 zastává stejný názor: *„Lidé nemají vůbec povědomí o tom, na co mají od pojišťovny nárok.“* SD3 vztahuje svou odpověď k finanční stránce: *„Záleží na rodině, jak je ochotná se vybavit a jak zafinancovat péči pacienta.“* SH3 uvádí: *„Je to různý, rodina od rodiny.“* SH2 jako důvod absence polohovací postele uvádí respekt k autonomii pacienta, který si přeje zemřít ve své posteli. SD3 to vyjadřuje: *„Pacienti 80+, máme zkušenosti, že jsou zvyklí umírat, opravdu, v těch klasických postelích...“* *„Agentura nemůže mít k dispozici pomůcky, které by u pacientů střídala (SD3).“* Rizikový faktor FM, který uvádí v rozhovoru informantky SH4, SD3 a SD2 je obezita pacientů. Sestry se shodují, že fyzická manipulace s obézním pacientem je pro jednoho pečujícího velmi fyzicky náročná, skoro nemožná. SD3 zaujímá svůj názor k tomuto rizikovému faktoru: *„Když je pacient třeba obézní, a nezvládne ho křehká sestra, tak se opravdu snažíme, aby při té manipulaci byl přítomen někdo taky fyzicky zdatnější z rodiny...“* SH4 v rozhovoru vypráví svou zkušenost při poskytování služby mobilní paliativní péče, která pro ni byla fyzicky velmi náročná: *„Tak třeba – zemřela sto kilová paní na nízkém křesle. Byla počůraná a teď co s ní? Co uděláte, aby to proběhlo nějak důstojně? ...musely jsme ji pomocí několika prostředel přesunout. Oblékala jsem jí na zemi, protože pak už bych jí neoblékla. Když jich tam bylo víc (rodina), přendali jsme jí pak na lůžko.“* SH4 i přes svou zkušenost s obézní paní zastává názor, že pokud je člověk schopen pohybu, mělo by se využívat jeho pohybového potenciálu a zvedáky nepoužívat. Používat je: *„... až pro ty ležící lidi, kteří si opravdu na ty nohy vůbec nestoupnou.“*

Kategorie 4 Domácí prostředí a intervence

Domácí prostředí (Obr. 1a) – prezentuje odpovědi informantek, ve kterých popisují intervence a pohybové aktivity vykonávané při fyzické manipulaci v domácím prostředí. Je při nich důležité dodržovat zásady bezpečné fyzické manipulace. Vyjadřují se k tomu, jak zapojují rodinu do procesu bezpečné fyzické manipulace a sdílí informace ke komplikacím FM.

Informantky výzkumu popisují své pohybové aktivity vztahující se k FM, které vykonávají ve vlastním prostředí pacienta. SH2 uvádí: „*Hodně s lidmi manipuluji.*“ Ze zkušenosti SD1 vyplývá, že v rámci poskytování domácí zdravotní péče pečuje více o pacienty, které aktivizuje v chodítku. SH1 s úsměvem popisuje: „*My jezdíme montovat i postele.*“ Sestry se nejvíce vyjadřují k FM v lůžku, kdy provádí výkon hygieny na lůžku a v mobilní vaně (SH2), výměnu ložního prádla. SH4 popisuje výkon podložení pacienta antidekubitární matrací, kdy plánuje: „*Kam mám pacienta přesunovat.*“ Častý výkon polohování v lůžku, uvádí SD2, SH3, SH5. SD1 popisuje: „*Převazuji například sakrum, tak si odkládám polohovací pomůcky, které jsou v lůžku.*“ SH4 popisuje, jak využívá kinestetickou mobilizaci: „*Tahám pacienty na podložce ze záhlaví,*“ což blíže vysvětluje: „*...můžu z té hlavové strany odtáhnout postel od zdi, zapřít se za tu postel a vytáhnout ho na té podložce, ale na podložce. Ne za ramena!*“ SH5 je postavou vysoká, tak: „*Často u pacientů klečím, sedím...*“ SD2, SH1, SH4, SH2 se shodují v aktivitě: „*Posazují,*“ nejčastěji k jídlu, v lůžku, nebo přesunují pacienty na křeslo. SD1 využívá potenciál pacientů, pokud ho mají: „*Asistuji při pohybu...*“ SH2 a SH4 provádí aktivitu jako je: „*Přesedám s pacientem...*“, SH4 používá manipulační pás na přesedání. V aktivitě vertikalizace za pomoci chodítka se shodnou SD1, SH4 a SD2. SD2 sdílí, že provádí pasivní cvičení. Informantky vyjadřují svůj postoj k zapojení rodiny do FM jednoznačně. Shodují se, že rodinné příslušníky je nutné zapojit do procesu fyzické manipulace. Pokud je rodinný příslušník starší člověk: „*...snažím se zapojit děti nebo příbuzné (SH5).*“ Z odpovědí SD1, SD3, SH2, SH3 a SH4 vyplývá, že je důležité, aby sestra v rodině pacienta získala důvěru, motivovala ji i pacienta, poskytla potřebné informace k procesu fyzické manipulace v rámci ošetrovatelské péče, manipulačních pomůcek a ve spolupráci s rodinou vytvořila bezpečné prostředí pro FM pečujícímu týmu. SH2 se k získání důvěry vyjadřuje, že pokud se: „*...povede namotivovat pacienta, rodinu, je tam dobrá spolupráce, je to fajn.*“ SH1 a SH2 vyjadřují, že rodinu učí bezpečně manipulovat

s pacientem. SH1 dodává: „*Jsou s ním celý den, vlastně 24 hodin, ti blízcí, tak aby si neublížili.*“ SH4 se vyjadřuje, že informace zaměřené na FM poskytuje rodině až na druhé návštěvě, kdy při té první je toho na rodinu hodně. SH1, SH3 a SH4 sdílí svůj názor, že pro práci sestry v domácím prostředí je nutná kreativita, kritické myšlení a naučit se hledat v jednoduchosti. SD3 k tomu dodává: „*Sestra improvizuje, protože prostě nemáte k dispozici to vybavení, které je v nemocnici.*“ SH4 vyjadřuje své zkušenosti z domácího prostředí: „*Někdy s rodinou hledáme řešení, co by šlo, a co nešlo. Staré baráky mají odvodňovací kanálek v koupelně, tak tam jsme schopni osprchovat pacienta a nemusí ho rodina dávat do vany.*“ SH5 zastává názor, že když je rodina dobře edukována a je jich tam dostatečný počet, zvládá FM sama. SH5 vyjadřuje svůj profesionální pohled do domácího prostředí: „*Je to příběh jejich rodiny. My neznáme jejich příběh a musíme ho přijmout, protože domácí prostředí je vždycky příběh té rodiny a toho člověka, který je tam nemocný a ne náš.*“ SH3 a SD2 se vyjadřují k nespolupráci rodiny jako k rizikovému faktoru FM: „*Nespolupráce rodiny může být komplikace fyzické manipulace.*“ Informantky uvádí různé komplikace spojené s fyzickou manipulací. SD2 a SH3 považují za komplikaci FM, když rodina nespolupracuje s pečujícím týmem. SD1 za možnou komplikaci FM považuje pád. Vzpomněla si na události, kdy přijela do domácnosti seniorů a objevila, že někdo upadl nebo při aktivizaci: „*Pacienta neudržely nohy, sesune se na zem, ale většinou je v místě nebo na telefonu rodina, která je ochotná přijít a pomoci.*“ Na doplňující otázku ohledně řešení pádu vysvětluje: „*Pád řešíme zhodnocením aktuální situace. Když se někdo sesunul na zem, očividně se nic nestalo, nikam se nepraštil, tak to řešíme s rodinou. Hlavně musíme zvednout. Pokud si nejsme jistý, bolí kyčel...tak voláme rychlou.*“ SH5 připouští, že může komplikace přijít: „*Tak je to většinou z nevědomosti,*“ zamýšlí se: „*Komplikace je samozřejmě stržená kůže, běžně u starých pacientů...kůže bývá křehká, zvláště, jsou-li to onkologičtí pacienti.*“ SH4 mezi komplikacemi uvádí pád u pacientů, a bolest zad u personálu. SH1 jmenuje pád při rychlém vstávání z lůžka, úrazy na těle nebo: „*Když si člověk správně nezabrzdí postel, tak si může velice ublížit,*“ zmiňuje komplikaci zranění sestry při uchopení padajícího člověka. Nic víc jí nenapadá: „*Asi jim umím předcházet.*“ SH2 sdílí, kdy podlehla tlaku rodinného příslušníka: „*Táhli jsme nemocnou do sprchy, protože její manžel mi tvrdil, že to zvládneme a bylo to tenkrát tak, tak.*“ SH4 popisuje situaci onkologicky nemocného 50letého muže, kterého rodiče z důvodu naplnění jeho přání v závěru života: „*Přenášeli dlouhou chodbou na WC... odmítal podložní mísu... nebyli schopni říct dost.*“

Kategorie 5 Manipulační pomůcky

Manipulační pomůcky (Obr. 1a) – prezentuje zkušenosti sester s nejčastěji používanými manipulačními pomůckami. Informantky uvádí jako základní pomůcku polohovací podložku. Za nezbytnou pomůcku pro bezpečnou fyzickou manipulaci považují informantky elektricky ovladatelné polohovací lůžko. Dále jsou v rozhovorech zmiňovány polohovací pomůcky, toaletní křeslo, chodítko, vozík. V závěru Kategorie 5 jsou odpovědi sester na otázku související se zkušenostmi se slide sheet – skluznou podložkou.

Elektricky ovladatelné polohovací lůžko uvádí jako jednu z nejdůležitějších pomůcek pro bezpečnou FM všechny sestry. SH4 argumentuje přítomnost polohovacího lůžka v domácím prostředí: *„Často lůžko rodina i pacient odmítají, ale nakonec, když si ho pořídí, zjistí, jak je praktické. Pacient z něj vidí do prostoru a pečujícím ulehčí fyzicky náročnou péči.“* SH1 odpovídá: *„Hodně nám pomáhá už jenom třeba to polohovací lůžko, který je na kolečkách, tím pádem si ho můžeme pootočit prostě tak, abysme byly schopné mít přístup ze tří stran.“* *„Upravit si výšku postele tak, abychom si neublížily (SH5).“* Polohovací podložka je pomůcka, kterou zmiňují mezi základními manipulačními pomůckami všechny sestry poskytující paliativní péči. SH4 popisuje svou práci v DP: *„Mezi prvními věcmi, které dělám, že naučím ty lidi používat podložku. Seženeme obyčejné prostěradlo nebo kapnu, která se poskládá na polohovací podložku.“* Některé sestry vyjadřují, že polohovací podložku využívají k bezpečné fyzické manipulaci v lůžku, kdy pacienta s podložkou přetáčí na bok, posunují v lůžku do stran a k záhlaví. SH1 označila polohovací podložku slangem mezi pečujícím personálem jako „házečku“. Polohovací pomůcky v rozhovoru zmiňují SH2, SH3, SH5, SD1, SD2, SD3. Vyjadřují se k nim obecně. SD2 specifikuje pomůcky na: *„...polohovací hady a polštáře...“* SH2 popisuje: *„...omyvatelné polohovací klíny potažené koženkou...“* nebo *„...polštářky vyplněné kuličkami... (SH4)“* K toaletnímu křeslu, jako k důležité pomůcce se vyjadřuje SH2, SH3, SH4, SH5, SD3. SH5 popisuje přesun na toaletní křeslo s principy bezpečné FM, kdy má ruce spojené na lopatkách pacienta, jak uvádí, a zvedá pacienta vzpřímením se z kolenních kloubů. Chodítko a vozík využívají informantky, jak uvádějí, u pacientů s pohybovým potenciálem a dobrou fyzickou kondicí: *„...aby se udržel v sedu ... ve stoji.“* SD1 se vyjadřuje k důležitosti chodítka v domácí péči: *„Prostě to chodítko je nezbytný, je to rozhodně lepší než třeba berle. Je to lepší jistota, pokud je tam rodinný*

příslušník, nejsme na to sami.“ Na Obr. 51 je pomůcka slide sheet, někdy nazývaná „skluzná podložka“ (Příloha č. 11). Hindson (2016) a Wagner (2019) považují podložku za základní pomůcku pro jednoho pečujícího. Pomůcka není známá, podle vyjádření, pro SH1, SH2. Ostatní sestry také uvedly, že pomůcku neznají, ale na doplňující informaci o skluzné podložce reagovala 1SD: *„Tak to vím, viděla jsem ji, ale u nikoho jsme ji z pacientů neměli, nepoužili, nikdo s tím nepřišel. My neděláme vlastně hygienu nic takhle, takže u nás je ten pohyb minimální. No to spíš ty pečovatelky by asi ocenili.“* SH4 odpověděla: *„Znám, ale nepoužíváme. Rodiny by si to musely kupovat. To nestojí za to, aby si to koupili na měsíc. Já je do toho nebudu nutit, aby si kupovali, takové drahé věci,“* pokračuje, že by podložku jistě využily kolegyně z domácí péče, kdy je péče o pacienta delší a někdy náročnější. SH5 vyjádřila svůj postoj: *„Asi vím, ale to mi u umírajících nevyužijeme.“* SD2 reaguje na otázku ke slide sheet: *„Teď jsem právě byla na tom školení, ale to bylo takový opravdu pěkně šustákový a dalo se to úplně zpod toho pacienta krásně vytáhnout, aniž on by se hmul. Nevím, od jaký to bylo firmy. Nebolí to ani toho člověka a netahá se po tý podložce.“* SD3: *„Znám ji ze školy. V nemocnicích u nás se nepoužívá.“* Na doplňující otázku, proč se nepoužívá, odpovídá: *„Nevím...asi ‚zajeté koleje‘ s klasickým prostěradlem... V nemocnici nejsou slide sheets k dispozici. Zkoušela jsem doporučit pacientům v domácí péči...byla jim nepohodlná. Proč? Nevím, ...asi se zatvrdili dřív, než se s ní stihli naučit.“*

5 DISKUSE

Hlavní snahou bakalářské práce bylo zjistit využití manipulačních pomůcek v domácí péči při fyzické manipulaci s pacientem s poruchou soběstačnosti. K cíli vedou v empirické části dvě výzkumné otázky. První otázka zjišťuje, jaké manipulační pomůcky mají k dispozici pečující v domácí péči. Druhá otázka se zajímá o komplikace fyzické manipulace v domácí péči. Porovnání literárních zdrojů se získanými výsledky umožní optimalizovat pohled na využívání manipulačních pomůcek v domácí péči podle nejnovějších faktů evidence based nursing (dále EBN).

Z výzkumu vyplynulo, že vybavení domácího prostředí manipulačními pomůckami je velice individuální a v různé kvalitě. První výzkumná otázka byla zodpovězena konkrétním pojmenováním manipulačních pomůcek. Informantky v rozhovorech sdílely, jaké využívají pomůcky při své každodenní praxi. Informantky uváděly, že je to právě sestra, kdo podává rodinným příslušníkům pacienta informaci o manipulačních pomůckách. Pokud se laický pečující rozhodne pro péči o svého blízkého v domácím prostředí, tak Cesta domů (2021) navrhuje zahájit péči výběrem manipulačních pomůcek. Jejich využití doma a příprava prostoru, kde bude probíhat péče o pacienta s poruchou soběstačnosti péči velmi usnadní. Usnadnění manipulace, zajištění bezpečí pacientovi i sestře při fyzické manipulaci, to jsou důvody, proč informantky využívají manipulační pomůcky. SH1, SH3, SH4, SD1 zastávají názor, že dostupnost manipulačních pomůcek ovlivňuje finanční a sociální situace pacienta. SD3 se vyjadřuje: *„Ve zdravotnických potřebách se dá koupit všechno nebo dá se přes internet objednat vše z těch kompenzačních pomůcek, které by usnadňovaly manipulaci.“* Z osobní zkušenosti s pořizováním manipulační pomůcky pro blízkou osobu mohou potvrdit, že například zařízení nového polohovatelného lůžka je nákladné. Levnější varianta je zajištění pomůcky přes internetový bazar nebo z půjčovny. Z nabízených variant byla v osobní volbě využita nabídka půjčovny pomůcek Oblastní charity. Možnosti vybavení domácího prostředí manipulačními pomůckami komentuje SH5: *„Když rodina chce, a má dobré informace, tak může mít dobré pomůcky určitě.“* Při poskytování specializované paliativní péče nabízí domovská agentura SH5 zapůjčení pomůcek pacientům v terminální fázi zdarma. Při péči pod odborností 926 (SH1, SH2, SH3, SH4, SH5) jsou využívány hlavně manipulační pomůcky v lůžku. SH2 jmenuje: *„...omyvatelné polohovací klíny potažené koženkou...“* nebo *„...polštářky vyplněné kuličkami...“* (SH4).

Jde o polohovací pomůcky, které zmiňuje Wagner (2019) při podpoře pacienta v pozici. Dokumentuje varianty základních poloh a jejich zajištění právě pomocí polohovacích pomůcek, tzv. hadů (Příloha č. 2–7). Polohovací pomůcky je však možné využít i při poskytování péče pod odborností 925. Děje se tak u dlouhodobě ležících pacientů, například při antalgickém, preventivním a funkčním polohování (Kociová, 2013; Wagner, 2019; Křížová, 2021) (Příloha č. 2–7). Kala (2016) u pacientů v terminálním stavu zmiňuje intervenci FM „otočení z polohy na zádech na bok“, která bývá často bolestivá. Manévr usnadňuje podložením válcové podložky pod kolena. U senzitivních nemocných doporučuje stejně jako Cesta domů (2021) tzv. mikropolohování složením deky do „harmoniky“. Bezpečí při změně polohy podporuje polohovacími pomůckami a velmi trpělivým přístupem k PPS. Při poskytování domácí zdravotní péče jsou podle SD1 více využívaná chodítka, berle a vozíky, kdy je vhodné, aby pečující ovládal techniku přesunů z lůžka, typy chůze s berlemi, chůzi do schodů a ze schodů (Johansson, 2022). Informantky zmiňovaly v rozhovorech jako nejčastěji využívanou manipulační pomůcku polohovací podložku. Jirkovský (2012) popisuje polohovací podložku – křížovou podložku – (tzv. polohovačku) jako pomůcku, která usnadňuje manipulaci s pacienty s poruchou soběstačnosti. Podložka musí být umístěna pod pánví a křížovou kostí a pod dolními dvěma třetinami lopatek. V této poloze podepírá nejtěžší segmenty těla, čímž je usnadněn její skluz po lůžku (Slámová, Radkovicová, 2021). SH1 označila v rozhovoru polohovací podložku jako „házečku“, což je termín, který evokuje činnost, ke které, dle mého názoru není pomůcka vhodná. Při použití polohovací podložky je nutné využít skluzu, což doporučuje Křížová (2021). Ideální možnost pro zajištění bezpečné FM je pracovat s podložkou ve dvojici (Trešlová et al., 2021). Nakročit jednu DK a přenesením váhy na druhou DK pracovat tahem za podložku s extendovanými pažemi pečovatelských a držení podložky u těla pacienta (Křížová, 2021). Wagner (2021) se shoduje s Kriškovou (2006), ve způsobu manipulace bez nadzvednutí těla pacienta. Zvednutí těla pacienta nad podložku přetěžuje kosterně svalový aparát pečovatele (Křížová, 2021) a podle mého názoru není manévr s nadzvednutím těla pacienta příjemný ani samotnému pacientovi. Kala (2016) doporučuje u pacientů v terminálním stavu nebo u onkologických pacientů podložku pod celou postavu těla a pro manipulaci s podložkou ideálně čtyři osoby. Trešlová et al. (2021) a Kala (2016) kladou důraz na neustálou komunikaci s pacientem. Doporučují komentovat zamýšlený pohybový záměr a dotýkat se těla pacienta jemně a plošně. Zdržet se bezúčelných a nepotřebných doteků.

Výhodnou variantou polohovací podložky pro jednoho pečovatele v domácím prostředí je slide sheet (Hindson, 2016; Wagner, 2019). Jako figurantka mám vědomou zkušenost prožitku fyzické manipulace mého těla s použitím slide sheet v praktické výuce předmětu Rehabilitační ošetrovatelství. Zážitek při manipulaci byl velice příjemný. Lehkou a jemnou fyzickou manipulaci s pomůckou bych nazvala „něžná fyzická manipulace“. Z toho důvodu jsem ji hned použila při péči o blízkou osobu. Od té doby ji považuji za základní pomůcku pro jednoho pečovatele. Hindson (2016) přibližuje slide sheet jako pomůcku vyvinutou pro ochranu zdraví pacienta a ošetrovatelského personálu. Pomůcka splňuje normy pro bezpečnou fyzickou manipulaci a minimalizuje zjištěná rizika fyzické manipulace. Výrazně zlepšuje péči o pacienta s poruchou soběstačnosti a činí ji současně jednodušší. Šest informantek uvedlo, že pomůcku zná, ale pod pojmem skluzná podložka (SD1, SD2, SD3, SH3, SH4, SH5). Žádná z šesti informantek ji ovšem nepoužívá. Jako důvod uvedla SH4: „*Rodiny by si to musely kupovat. To nestojí za to, aby si to koupili na měsíc. Já je do toho nebudu nutit, aby si kupovali takové drahé věci.*“ Wagner se s názorem SH4 rozchází. Zátěž jednoho pečovatele je podle něj enormní a slide sheet péči jednoho pečujícího výrazně usnadní. Publikuje test práce s ležícím tělem v lůžku při posunutí pánve figurantky na stranu lůžka (Příloha č. 19). S použitím siloměru zkoumá sílu v tahu v pěti situacích, kdy mění polohu figurantky a podmínky prostředí. První situace je bez použití manipulačních pomůcek, poloha figurantky s rukama volně položenými na hrudníku, DKK jsou v trojflexi, nohy položené na posteli na šířku pánve od sebe. Tělo je v testu za pánev taženo na stranu lůžka. Naměřená síla tahu siloměrem je 20 kg (Příloha č. 19, Obr. 91). Naměřenou hodnotou je překročen limit pro časté zvedání a přenášení břemen, jehož hodnota je do 15 kg. Limit pro hmotnost ručně manipulovaného břemene přenášeného ženou při častém zvedání a přenášení vychází z nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci a které popisuje manipulaci s břemeny. Ve druhé situaci je poloha stejná jako v prvním pokusu, ale je použita slide sheet pod pánví a lopatkami, nohy jsou podloženy neskluzným ručníkem. Naměřená síla tahu je 12 kg (Příloha č. 19, Obr. 92). Ve třetím testu je změněna poloha figurantky do polohy s extendovanými DKK v kyčlích a kolenech, se slide sheet pod lopatkami a pánví. Naměřená hodnota v tahu je 14 kg (Příloha č. 19, Obr. 93). Ve čtvrté situaci je zopakován tah za pánev jako ve třetím pokusu, ale bez slide sheet. Naměřená hodnota v tahu je 21 kg (Příloha č. 19, Obr. 94). Je proveden ještě poslední pátý pokus měření (Příloha č. 19, Obr. 95). Figurantka má DKK ve trojflexi, kolena jsou bočně stabilizována polštářem a je použita slide sheet. Naměřená

hodnota síly v tahu je 5 kg. Wagnerův (2019) test, ale i moje osobní zkušenost se slide sheet v domácí péči, potvrzuje, že slide sheet je velice vhodná pomůcka pro bezpečnou manipulaci pro jednoho pečujícího. Efekt manipulace není jen ve snížení tělesné zátěže. Z pohledu figurantky jsem vnímala lehkost pohybu a fyzická manipulace byla velmi příjemná. Právě tuto příjemnou zkušenost je nutné nabízet v praktickém nácviku techniky s pomůckou sestřám. Je překvapivé, že slide sheet není v domácí péči používána ani doporučována. Nelze jednoznačně odpovědět proč tomu tak je. Podle našeho názoru je důvodem pro nevyužívání pomůcky spíše neznalost techniky a nepoznaná vědomá tělesná zkušenost při fyzické manipulaci se slide sheet.

Často zmiňovaná pomůcka a všemi informantkami označována jako základní pomůcka pro bezpečnou fyzickou manipulaci v DP je polohovatelné lůžko. Podle odhadu SH5 chybí polohovatelné lůžko u 1/3 až 1/2 pacientů, kterým sestry poskytují domácí zdravotní péči nebo specializovanou paliativní péči (Strnadová, 2020). Názor SH5 je z hlediska výzkumu irelevantní, ale je vhodné se nad zkušeností informantky s využíváním polohovatelného lůžka v domácí péči zamyslet. Florence Nightingale ve svém nadčasovém enviromentálním modelu (Pavlíková, 2006) dbala na uspořádání prostoru, přístupnosti lůžka ze tří stran, jeho umístění na světlém místě u okna už ve druhé polovině 19. století během válečných podmínek (Nightingale, 1874). Jirkovský (2012) píše o lůžku, jako o jediném soukromém místě ležícího pacienta. Pacient v něm tráví svůj veškerý čas a provádí v něm celodenní aktivity od spánku, hygieny, stravy, až po přijímání návštěv. Jirkovský (2012) také zdůrazňuje, že parametry lůžka nesouvisí jen s potřebami pacienta, ale i potřebami pečujících. Přídatná zařízení přizpůsobená potřebám pacienta jsou elektrické ovládání roštu postele, noční stolek s výsuvným stolem na jídlo, hrazdička, bezpečnostní postranice lůžka. Parametry lůžka, které souvisí s potřebami pečovatelů jsou výšková nastavitelnost lůžka, možnost manipulace s lůžkem v prostoru, kdy Křížová (2021) zmiňuje kolečka, ale i brzdy nebo jiné aretační mechanismy, možnost vysunutí čela lůžka v záhlaví a čela lůžka u nohou pacienta. Výšku lůžka doporučuje nastavit Trešlová et al. (2021) do takové úrovně, když stojí pečující u lůžka se sevřenými rukami v pěst, tak, aby se lůžko dotýkalo dorsa flektovaných prstů na volně visících pažích. Nikdy by neměla probíhat manipulace v lůžku, pokud není lůžko zajištěné brzdou (Jirkovský, 2012). V opačném případě hrozí nebezpečí pádu a zranění pacienta nebo pečovatele (Křížová, 2021). Komplikaci s nezajištěným lůžkem uvádí SH1: „*Když si člověk správně nezabrzdí postel, tak si může velice ublížit.*“ Jirkovský

(2012) zmiňuje zajištění lůžka jako faktor pro snížení rizika pádu u méně orientovaných pacientů. Součástí polohovatelných lůžek je i hrazdička. V rozhovoru se k ní vyjádřila SH3. Wagner (2019) doporučuje pro posílení svalů HKK přitahování za hrazdičku. Osobně se spíše přikláním k názoru použít pro funkční trénink svalů paží tzv. stálky nebo také „bradielka“, které uvádí jako manipulační pomůcku Křížová (2021). Stálky používá při změnách polohy v lůžku (Příloha č. 12, Obr. 70). Zajímavý názor na přítomnost polohovatelného lůžka v domácím prostředí zastává SD3, jež je vrchní sestra agentury domácí péče: „*Máme zkušenosti, že pacienti 80+...jsou zvyklí umírat v těch klasických postelích...*“ Nejen SD3, ale také SD2, SH2, SH4 a SH5 uvádí, že pacienti odmítají polohovatelné lůžko a chtějí umřít na své posteli. SD2 přibližuje, jak vypadá nabízený prostor sestře pro péči v domácím prostředí: „*...prostě kanape nacpaný v rohu... vokoło křeslo nebo stoleček.*“ Podle našeho názoru je domácnost bez polohovatelného lůžka rizikový prostor, ke kterému se shodně vyjadřovaly také informantky. V případě odmítnutí polohovatelného lůžka pacientem, odkazujeme na myšlenky, které zastával Stephen Covey (2017). V procesu osobního růstu učil, jak žít v souladu s nadčasovými principy. Mezi sedmi návyky skutečně efektivních lidí přibližuje návyk výhra – výhra, kdy je člověk zaměřen na hledání vzájemně prospěšných řešení ve všech lidských interakcích. Tento přístup k životu podporuje spolupráci s ostatními. V případě odmítnutí lůžka pacientem záleží na komunikačních dovednostech sestry. Validita poskytovaných informací pacientovi a dobrá vůle zúčastněných pomůže změnit rizikový prostor, při poskytování péče, principem výhra – výhra. Pokud není možné najít konsensus, domníváme se, že je alarmující tuto situaci řešit na vyšší úrovni managementu poskytovatele domácí péče. Důvod jsou fakta uvedená hned v úvodu bakalářské práce. První fakt se týká nedostatku zdravotních sester. Pokorná (2022) vyjadřuje obavy nad současným nízkým počtem sester v českém zdravotnictví. Zastává názor, že enormní fyzická zátěž, která poškozuje pohybový aparát sester má vliv na rozhodnutí sester pro odchod z profese. Druhý fakt je schválená novela zákona č. 155/1995 Sb., ze dne 30. 6. 1995 o důchodovém pojištění o navýšení věkové hranice odchodu do důchodu Parlamentem České republiky dne 20. 3. 2023. Třetí fakt jsou demografické prognózy o stárnutí populace a zdvojnásobení počtu seniorů nad 75 let (Klímová, 2013). Čtvrtý fakt zahrnuje bolest zad při výkonu zdravotnického povolání, která je od ledna 2023 z nařízení vlády č. 290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání zařazena na seznam nemocí z povolání. S vědomím popsanych faktů a zkušeností sester je nutné k odmítnutí polohovatelného lůžka v domácí péči zaujmout stanovisko odborné veřejnosti a řešit

problém na úrovni vyššího managementu agentury domácí péče, ale i legislativou na MZČR. Respekt k autonomii pacienta s poruchou soběstačnosti, který má zájem o odbornou péči zdravotní sestry, je důležitý (Vácha, 2012; Trešlová, Šimek 2021). Domníváme se, že je i důležité nerezignovat na potřebu změny rizikového prostředí, do kterého sestra vstupuje. Péči sestry potřebuje dalších deset pacientů, kteří zajistí bezpečné prostředí pro fyzickou manipulaci z úcty k hodnotné práci, kterou všeobecná sestra vykonává. Pokud jeden pacient odmítne zajistit bezpečí sestře, ohrozí péči ostatních pacientů. Popsaný problém si uvědomuje také Trešlová et al. (2020), která vidí řešení a navrhuje věnovat fyzické manipulaci větší a důslednější pozornost. Řešení navrhuje: *„...nejen ve vzdělávání a vybavenosti pomůckami, ale je potřeba začít legislativou, managementem zdravotnických zařízení a sledováním dopadů neefektivní fyzické manipulace na zdraví, a tím i na vynaložení finančních nákladů vybavení versus pracovní neschopnost.“*

Druhá výzkumná otázka je zaměřena na nejčastější komplikace v domácím prostředí. Z výsledků výzkumu vznikla subkategorie komplikace fyzické manipulace jako součást čtvrté kategorie Domácí prostředí. V subkategorii jsou informantkami pojmenované komplikace, mezi kterými je uvedeno porušení kožní integrity – stržená kůže (SH5). Je to komplikace, která u křehkého seniora nebo onkologického pacienta není banalita, zvláště např. v terénu lymfedému (Brabcová, 2021). Další komplikace informantky spojují s poškozením pohybového aparátu pacienta. Vyjadřují se k fraktuře DK, luxaci ramen a fyzické manipulaci působící bolest. V případě těchto komplikací je nutná první pomoc a ošetření úrazu dle doporučených ošetrovatelských postupů (Veverková, 2019). Některé informantky zmiňují jako komplikaci FM pád: *„Pacienta neudržely nohy, sesune se na zem, ale většinou je v místě nebo na telefonu rodina, která je ochotná přijít a pomoci (SD1).“* V případě pádu je nutné postupovat podle Národního ošetrovatelského postupu (dále jen NOP) o Prevenci pádů a postupu při zranění způsobených pády (MZČR, 2020). Každý poskytovatel DP v rámci sledování kvality ošetrovatelské péče musí důsledně dbát na dodržování všech NOP. V současné době existuje pro vyhodnocení kvality péče pouze vyhláška řešící hodnocení kvality a bezpečí lůžkové péče (Strnadová, 2020). Mezi poskytovateli domácí péče jsou agentury DP, které mají v rámci doporučeného dobrovolného auditu zavedeny standardy ošetrovatelské péče. Standard pro fyzickou manipulaci v našem zdravotnictví nebylo možné dohledat. Nežádoucí události jsou centrálně hlášeny na Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR)

(Strnadová, 2020). Zvednutí pacienta ze země po vyšetření a ošetření lékařem může být opět riziková fyzická manipulace pro všechny, kdo se účastní pomoci pacientovi (Trešlová et al., 2021). V domácím prostředí, jak uvádí SD1, je potřeba zavolat pomoc. Cesta domů (2021) doporučuje zavolat městskou policii 156, kdy hlídka pomůže s přesunem pacienta na lůžko. Krišková (2006) popisuje zvednutí ze země přes polohu na boku a polohu na čtyřech končetinách.

Žádná z informantek nevedla jako komplikaci fyzické manipulace poškození pohybového aparátu sestry, přestože v úvodní otázce jich pět (SD1, SD2, SH2, SH4, SH5) popisovalo aktuální potíže s kosterně svalovým aparátem. Informantky uváděly možnost zranění sestry při FM, ale ty, které v úvodu popisovaly problémy s kosterně svalovým aparátem mají již rizikovou posturu pro vykonávání fyzické manipulace. Jde o faktor, který může proměnit FM v rizikovou fyzickou manipulaci, jak uvádí SD2: „*Při fyzické manipulaci to asi vezmu na úkor svých zad a svých kloubů,*“ a v další části rozhovoru uvádí, jak se snaží aplikovat znalosti z kurzu fyzické manipulace do praxe: „*Jak plyne čas, tak to jakoby zase vrátíte do nějakých těch svých zlovyků.*“ SH2 se vyjadřuje k rizikové fyzické manipulaci: „*Vrátí se mi, že jsem s ním (pacientem) manipulovala blbě – vrátí se to bolestí nebo ty záda cítím.*“ Jde o rizikový faktor, který byl v rámci výsledků zahrnut do kategorie neznalost techniky. Sestra nedokáže na svém těle přechít, zda provádí fyzickou manipulaci bezpečně. Je schopná to vyhodnotit až po skončení intervence podle bolesti nebo nekomfortem v pohybovém aparátu. Feldenkrais (2014), jehož metoda inspirovala principy lidského pohybu v konceptu kinestetiky, popisuje, že držení těla není něco statického. Můžeme zaujmout dobrou polohu, ale přesto mít špatné držení. Popisuje tzv. „užívání sebe sama“. Nejčastěji sami sebe nevhodně užíváme, když jsme rozzlobeni, máme strach nebo jsme ve stresu, když spěcháme. Kolář (2018) popisuje nefyziologické postury (Příloha č. 10). Abychom prováděli pohyby ekonomicky správně, vyvarovali se poruch z přetížení, předcházeli zranění a správně kognitivně vyhodnocovali bolest, měli bychom se naučit číst tzv. propriocepci. Zajišťují ji proprioceptory, pohybová čidla, která reagují na mechanické podněty a dávají mozku informace o naší klidové poloze, ale i změně pozice těla, např. při manipulaci s polohovací podložkou a pacientem. Kolář (2018) v souvislosti s propriocepcí definuje pojem kinestéze jako čtení (cítění) své polohy – držení svého těla – a následný pohyb na nastaveném držení těla. Je nutné rozumět svému pohybu, což souvisí s jeho představou a plánováním, s jeho správnou koordinací a rytmiizací. „*Dobré držení těla znamená: zacházet se svou silou tak,*

aby byla užívána v souladu s úmyslem, s prostředky a s účelem, aniž by přitom byly prováděny parazitické pohyby (Feldenkrais, 2014, s. 91). “Kinestéze úzce souvisí s naším egem a emocemi, pojí se i s poruchami emočního a kognitivního zpracování bolesti (Kolář, 2018). Souhlasíme s Kolářem (2018) v propojení psychického stavu s posturou. Náročná, ale velmi hodnotná práce pečujících s sebou nese psychickou i fyzickou zátěž a vyžaduje profesionální postoj celého ošetřující týmu (Cesta domů, 2021). Kurucová (2016) popisuje stresové situace a možné problémy s poskytováním péče v domácím prostředí, fyzickou náročnost, omezení volného času, změnu osobních plánů. Doplnuje tak faktory, které se zapisují do držení těla pečujícího, ale i sestry (Kolář, 2018; Feldenkrais, 2014). Chybné jednání, zbytečně vynaložené napětí, pokrivené držení nejsou samy o sobě špatné, vyjadřuje Feldenkrais (2014). Je důležité nebýt pasivní, ale aktivně využívat příležitosti k růstu našeho těla, využít konstruktivních prostředků, které máme k dispozici a jsou činné více či méně v každém z nás. Jedním z výstupů výzkumu Kurucové (2016), který se věnoval pečujícím v domácím prostředí je desatero pro pečující. Jsou v něm například: seznam věcí, které mají pečující rádi; vztah s pacientem, ale i vztahy s druhými; muzikoterapie a zpěv; denně čas na malé chvíle pro sebe; zdravé jídlo; pravidelné cvičení, několikrát za týden relaxovat a dostatečný spánek. Nabízený seznam rezonuje s názorem Slámové, Radkovcové (2021), že péče o druhého člověka musí začít „péčí o sebe“. Feldenkrais (2014), Kolář (2018) a Oswaldová (2018) nabízí ve svých terapeutických přístupech aktivní účast na svém pohybu, jeho uvědomění. Nová dovednost vědomí svého těla umožní aktivní využívání konceptu kinestetiky při bezpečné fyzické manipulaci. Zajímavá je myšlenka ulehčení zátěže tzv. exoskeletonem (Rayssiguie et al., 2022).

Proběhla diskuse k výzkumným otázkám. Potíže mohou nastat i v případě banalizace rizikových faktorů, které byly popsány v Kategorii 3 – Riziková fyzická manipulace. Nedostupnost polohovatelného lůžka v domácí péči vytváří z domácího prostředí rizikový prostor a současně má vliv na techniku fyzické manipulace. Na uvedeném případě s polohovacím lůžkem je patrné, že fyzická manipulace je komplexní činnost, ve které se vzájemně faktory prostředí prolínají. Zdravotní stav pacienta, spolupráce s rodinou, ale i osobnostní vlastnosti sestry jsou další faktory, které ovlivňují fyzickou manipulaci. Sestra musí být na tyto faktory připravena a počítat s nimi. Ve Švédsku je pád nejčastější nežádoucí událost, proto Wahlin (2023) píše o nutnosti zajistit bezpečné prostředí pro FM a současně sledovat kvalitu poskytované péče.

Není možné opomenout z výsledků výzkumu Kategorii 2 – Zdroj informací k fyzické manipulaci. Informantka SH3 uvádí jako zdroj informací, jak manipulovat s pacientem, znalosti ze základního vzdělávání v rámci oboru všeobecného ošetrovatelství bakalářského programu. Bakalářské programy na vysokých školách mají podle vyhlášky č. 39/2005 Sb. § 4 odst. 3 písm. a) bod 2., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání všeobecné sestry, předmět Rehabilitační ošetřování. Jako studentka všeobecného ošetrovatelství jsem se zúčastnila výuky předmětu Rehabilitační ošetrovatelství, přestože pracuji 29 let jako fyzioterapeutka. Předmět mi byl přínosem v seznámení se se slide sheet. Jak už bylo uvedeno, zastáváme názor a výzkumy EBN to dokazují, že pro praxi sestry v domácí péči je pomůcka slide sheet nezbytná, stejně jako polohovatelné lůžko. Sestra seznamuje rodinné pečující s prvky bezpečné fyzické manipulace a je žádoucí, aby měla nejnovější informace o bezpečné fyzické manipulaci podle EBN. V rámci celoživotního vzdělávání sester jsou dostupné kurzy a školení s nejnovějšími informacemi k bezpečné fyzické manipulaci. Známý zprostředkovatel kurzů v České republice Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, nabízí kurz Kinaesthetics v ošetrovatelství a kurz Rehabilitační ošetřování (NCONZO, 2023). SH5 informuje rodinu o fyzické manipulaci s pacientem s poruchou soběstačnosti v lůžku pomocí videí na webové stránce Cesta domů (2023). Cesta domů (2023), pražský mobilní hospic má ve svém programu osvětu péče o onkologické pacienty. Mobilní hospic nabízí například kurz pro neformální pečující, ve kterém se laický pečující naučí manipulovat s ležícím pacientem v lůžku (Cesta domů, 2023). Rozsáhlý výzkum Chambers (2013), se věnuje faktorům rizikové fyzické manipulace v nemocničním prostředí. Jsem přesvědčena, že faktory, které se zdají být v nemocničním prostředí velmi těžce ovlivnitelné, může vřelé domácí prostředí lehce proměnit. Chambers (2013) píše ve své studii o problému změny rigidních rizikových technik používaných v nemocničním prostředí, kdy důvod proč se změna neděje, i když do nového kolektivu přijde nová, v manipulačních technikách kvalitně vzdělaná sestra, je rigidita ke změně. Mladé vzdělané sestry jsou málo průbojné a podlehnou zaseté praxi při manipulaci s pacienty. V pracovním prostředí chybí mladým sestřám také podpora ze strany managementu a přizpůsobení podmínek prostředí dostupností manipulačních pomůcek. Chambers (2013) uvádí i vliv organizace práce a personálního zajištění zdravotnického zařízení na způsob fyzické manipulace s pacientem. Popsané potíže v nemocničním prostředí, dle našeho názoru, jsou vzdáleny tomu, jak je možné nastavit

péči, včetně fyzické manipulace v prostředí, kde je pacient doma. Empatický vztah pečovatele k nemocnému, dostupnost manipulačních pomůcek a validní informace k technice manipulace jsou faktory, které mění způsob manipulace s nemocným (Trešlová, Šimek, 2021). Na základě výsledků výzkumu byl vytvořen leták (Příloha č. 20), který bude poskytnut domácím agenturám a mobilním hospicům, které se podílely na kvalitativním výzkumu fyzické manipulace v domácí péči.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce zkoumá jev fyzické manipulace jako denní součást ošetrovatelské péče o pacienta s poruchou soběstačnosti v rámci rehabilitačního ošetrování v domácí péči. Domácí péče má své výhody, které pozitivně ovlivňují zdravotní stav pacienta. Z pohledu fyzické manipulace může být prostředí zdrojem rizik pro pacienta i pečující. Cíl práce byl zjistit využití manipulačních pomůcek při fyzické manipulaci s pacientem s poruchou soběstačnosti v domácí péči. Dvě výzkumné otázky zaměřily pozornost na poznání, jak je vybaveno domácí prostředí manipulačními pomůckami a na nejčastější komplikace při fyzické manipulaci. Kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru s osmi sestrami v domácí péči poskytl informace o fyzické manipulaci ve vlastním prostředí pacientů. Technikou tužka – papír byla data kategorizována do pěti kategorií. Z kvalitativního výzkumného šetření jasně vyplynula jako zásadní pomůcka pro bezpečnou fyzickou manipulaci v domácí péči elektricky polohovatelné lůžko. Není-li dostupné, fyzická manipulace se stává rizikovou. Pečující mají k dispozici z manipulačních pomůcek polohovací podložku, polohovací pomůcky, toaletní křeslo, chodítka a vozík. Žádná z informantek nevyužívá slide sheet, která je podle nejnovějších studií ideální pomůckou pro jednoho pečujícího. Dvě sestry skluznou podložku vůbec neznají. Komplikace fyzické manipulace jsou u sestry i pacienta poškození pohybového aparátu např. rizikovou technikou manipulace nebo pádem, poranění kůže. Kvalitativní výzkum umožnil pojmenovat faktory, které mění fyzickou manipulaci na rizikovou. Mezi jinými to jsou: malý manipulační prostor, nevhodná technika manipulace pečujících, nedostupnost pomůcek, obezita pacienta. Absence polohovatelného lůžka v domácím prostředí se zrcadlí do zmíněných rizikových faktorů. Je tedy důležité spolupracovat s rodinou, která by měla sestram připravit v domácím prostředí bezpečný prostor pro péči o pacienta. Nabídka kurzů k bezpečné fyzické manipulaci je malá a bohužel odráží stav poptávky sester po kurzech. Z výsledků výzkumu vyplývá nutnost popularizovat téma bezpečné fyzické manipulace, protože je to právě sestra, kdo podává informace rodinným pečujícím o technice bezpečné fyzické manipulace. Formou kurzů nebo konferencí s teoretickým i praktickým obsahem je třeba informovat profesionální a laické pečující o prvcích bezpečné fyzické manipulace. Pro agentury zúčastněné ve výzkumu byl vytvořen leták o bezpečné fyzické manipulaci. Znalost a předcházení rizikových faktorů fyzické manipulace, aktivní přístup k novým informacím a k aktivní práci s vlastním tělem učiní fyzickou manipulaci bezpečnou pro pacienta i pečovatele.

7 SEZNAM LITERATURY A ZDROJE

1. BRABCOVÁ, S., 2021. *Péče o rány: pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Praha: Grada, 181 s. ISBN 978-80-271-3133-4.
2. BRANDL, A., SCHLEIP, R., 2022. Influence of Rolfing Structural Integration on Active Range of Motion: A Retrospective Cohort Study [online]. *Journal of clinical medicine* Basel: MDPI,11(19), 5878 [cit. 2023-01-07]. ISSN 2077-0383. Dostupné z: doi:10.3390/jcm11195878
3. CEREBROVASKULARNÍ MANUÁL, 2021a. *Clock – drawing* [online]. Cerebrovaskularni manual [cit. 2023-02-02]. Dostupné z: <https://www.manual-cmp.cz/clock-drawing-test-cdt/>
4. CEREBROVASKULARNÍ MANUÁL, 2021 b. *Mini-mental-state-examination-mmse* [online]. Cerebrovaskularni manual [cit. 2023-02-02]. Dostupné z: <https://www.manual-cmp.cz/mini-mental-state-examination-mmse/>
5. CEREBROVASKULARNÍ MANUÁL, 2022. *Barthel-index-bi* [online]. Cerebrovaskularni manual [cit. 2023-02-02]. Dostupné z: <https://www.manual-cmp.cz/barthel-index-bi/>
6. CESTA DOMŮ, 2021. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. 4. aktualizované a přepracované vydání. Praha: Cesta domů. 52 s. ISBN 978-80-88126-90-4.
7. CESTA DOMŮ, 2023. *Praktický kurz pro neformální pečující* [online]. Praha: Cesta domů [cit. 2023-12-03]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/vzdelavaci-akce/prakticky-kurz-pro-neformalni-pecujici>
8. COVEY, S., LISA, A., 2017. *7 návyků skutečně efektivních lidí: zásady osobního rozvoje, které změni váš život*. 3. rozšířené vydání. Praha: FC Czech, zastoupení FranklinCovey v ČR a SR, 366 s. ISBN 978-80-7261-403-5.

9. ČÁPOVÁ, J., 2016. *Od posturální ontogeneze k terapeutickému konceptu*. Ostrava: Repronis s.r.o, 198 s. ISBN 978-80-7329-418-2.
10. ČTK, 2022. *Naprostou většinu sester bolí podle výzkumu záda, mohou s tím souviset odchody z profese*. [online]. Zdravotnický deník. [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2022/12/naprostou-vetsinu-sester-boli-podle-vyzkumu-zada-mohou-s-tim-souviset-odchody-z-profese/>
11. DOLEŽALOVÁ, J., 2020. *Využití polohy na břicho u pacientů s COVID-19* [online]. Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: <https://www.fnusa.cz/vyuziti-polohy-na-brise-u-pacientu-s-covid-19>
12. DOSBABA, F. et al., 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-1050-6.
13. DYLEVSKÝ, I., NEJTKOVÁ, J., 2009. *Speciální kineziologie*. Praha: Grada, 180 s. ISBN 978-80-247-1648-0.
14. EMMEROVÁ, K., 2010. Kinestetika usnadňuje práci [online]. *Florence* [cit. 2022-12-03]. Dostupné z <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2010/5/>
15. FELDENKRAIS, M., 2014. *Silné Já: návod ke spontánnosti*. Hodkovičky – Praha: Pragma, 314 s. ISBN 978-80-7349-405-6
16. GILCHRIST, A., POKORNÁ, A., 2020. Prevalence of musculoskeletal lower back pain among nurses [online]. *Kontakt* 22(3), 193-199 [cit. 2023-01-07]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2020.020
17. GABRIEL, A. et al., 2022. Myofascial Treatment Techniques on the Plantar Surface Influence Functional Performance in the Dorsal Kinetic Chain. *Journal of sports science & medicine* [online]. Turkey: Journal of Sports Science and Medicine, 21(1), 13-22 [cit. 2023-01-07]. ISSN 1303-2968. Dostupné z: doi:10.52082/jssm.2022.13
18. HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

19. HINDSON, D., 2016. The right move. *Nursing standard* [online]. England: Royal College of Nursing Publishing Company (RCN), 31(10), 18-20 [cit. 2023-03-22]. ISSN 0029-6570. Dostupné z: doi:10.7748/ns.31.10.18.s22
20. CHAMBERS, S., 2013. *University based manual handling and moving training how effective is it in assisting student nurses to comply with safe practice?* [online] Awarding institution: Coventry University, pg.26-34 [cit. 2022-05-01] Link to publication Dostupné z: <https://pure.coventry.ac.uk/ws/portalfiles/portal/42423629/Chambers2013.pdf>
21. CHVOJKOVÁ, L., HRUZÍKOVÁ, J., 2014. Rehabilitační ošetrovatelství – teorie a praxe [online]. *Florence* [cit. 2022-11-29]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/11/rehabilitacni-osetrovatelstvi-teorie-a-praxe/>
22. JANEČKOVÁ, H., DRAGOMIRECKÁ, E., 2018. Sociálně intervenční projekty zaměřené na ovlivnění aktuální situace rodinných pečujících a podporu rodinných pečujících v komunitě. *Forum Socialni Prace* [online]. Prague: Charles University, Faculty of Arts, (Special Issue), 58-77 [cit. 2022-11-23]. ISSN 1804-3070.
23. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
24. JANKOVSKÝ, J., 2018. *Etika pro pomáhající profese. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 302 s. ISBN 978-80-7553-414 9.
25. JIRKOVSKÝ, D., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Vyd. 1. - Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3. Dostupné z: <https://www.lf2.cuni.cz/files/page/files/2016/inouceb.pdf>
26. JOHANSSON, Ch. et al., 2022. *Mobility in context: principles of patient care skills*. Third edition. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company, 572 pg. ISBN 978-1-7196-4286-6.

27. KALA, M. et al., 2016. Polohování dlouhodobě imobilních a terminálních pacientů [online]. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* 23(2), 96-100 [cit. 2022-12-31]. ISSN 1211-2658. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2016-2/polohovani-dlouhodobe-imobilnich-a-terminalnich-pacientu-58518>
28. KALVACH, Z., 2012. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2012, 399 s., ISBN 978-80-247-4026-3.
29. KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, J., 2013. Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob [online]. *Data a Výzkum – SDA Info*, 7(2), [cit. 2022-11-29]. Dostupné z: <http://dav.soc.cas.cz/issue/19-data-a-vyzkum-2-2013/109>
30. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. 2005. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti: (určeno zdravotním sestram)*. 2. dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 117 s., ISBN 80-7013-423-2.
31. KOCIOVÁ, K., 2013. *Základy fyzioterapie*. Martin: Osveta, 238 s. ISBN 978-80-8063-389-9.
32. KOLÁŘ, P. et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
33. KOLÁŘ, P. et al., 2018. *Labyrint pohybu*. Praha: Vyšehrad, 264 s. ISBN 978-80-7429-975-9.
34. KOMAČEKOVÁ D., 2006. Pohybová aktivita. In: KRIŠKOVÁ, A., *Ošetrovateľské techniky: metodika sesterských činností*. 2., preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 779 s. ISBN 80-8063-202-2.
35. KOVAČIČ, V., 2002. *Model funkčnej rodiny a formovania osobnosti*. Vrútky: Pro Konzult, 216 s. ISBN 808875-4097.
36. KRIŠKOVÁ, A., 2006. *Ošetrovateľské techniky: metodika sesterských činností*. 2., preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 779 s. ISBN 80-8063-202-2.

37. KRÍŽOVÁ, D., 2021. Rehabilitační ošetřování v neurologii. In: *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-1050-6.
38. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
39. LAŠTOVKOVÁ, A. et al., 2015. Low-back pain disorders as occupational diseases in the czech republic and 22 european countries: comparison of national systems, related diagnoses and evaluation criteria. *Central European journal of public health* [online]. Prague 10: Natl Inst Public Health, 23(3), 244-251 [cit. 2023-01-07]. ISSN 1210-7778. Dostupné z: doi:10.21101/cejph. a4185
40. LEWIT, K., 2003. *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. 5. přepracované vydání. Praha: Sdělovací technika, 411 s. ISBN 80-86645-04-5.
41. MAIEROVÁ, Z., 2010. Základy kinestetické mobilizace. In: *Novinky v ošetřovatelské péči* [online]. Praha: Fakultní Thomayerova nemocnice, s. 109-115. [cit. 2022- 11- 29]. Dostupné z: https://www.ftn.cz/upload/ftn/Granty/dokumenty/Skripta_Novinky_v_osp.pdf
42. MARKOVÁ, A., 2021. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2021, 181 s. ISBN 978-80-88126-77-5.
43. MAREŠ, J., 2019. Znalost zvláštností pacienta: důležitý předpoklad individualizované péče. *Československá psychologie* [online]. Praha: Institute of Psychology, Academy of Science, 63(6), 676-690 [cit. 2022-12-31]. ISSN 0009062X. Dostupné z: <https://web-s-ebsohost-com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=1a862539-e58d-4a50-a21d-e1445a2fb74b%40redis>
44. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., 2019. *Přehled anatomie*. 4. vydání. Praha: Galén. 416 s. ISBN 978-80-7492-450-7.

45. MZČR, 2020. *Národní ošetřovatelské postupy (NOP)*. [online]. MZČR. [cit. 2023-01-23]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-osetrovatelske-postupy/#>
46. Nařízení vlády č. 290/1995 Sb. ze dne 15. 11. 1995 kterým se stanoví seznam nemocí z povolání – znění od 1. 1. 2023 (verze 4), In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 76, ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-290#f1658595>
47. Nařízení vlády č. 361/2007 Sb. § 29 ze dne 12. 12. 2007 kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci – znění od 21. 2. 2023 (verze 13), In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 111, ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361#p29>
48. NCONZO, 2023. *Nabídka 2023* [online]. Brno: NCO NZO [cit. 2022-12-3]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/file/2b8c68a1166a4c643b1dd3f63efa2d606375fe12>
49. NETTER, F. et al., 2005. *Anatomický atlas člověka: překlad*. 3. vydání. Praha: Grada. 542 s. ISBN 80-247-1153-2.
50. NIGHTINGALE, F., KRÁLOVÁ, P., 1874. *Miss Florence Nightingale-ovy Kniha o ošetřování nemocných*. [online]. Praha. J. Otto, 187 stran; [cit. 2022-29-11]. Dostupné z: <https://kramerius5.nkp.cz/view/uuid:b9ad9790-9939-11dd-819a-000d606f5dc6?page=uuid:62412213-9a72-4b5c-979c-ff92df159e9d>
51. ORAVCOVÁ, L., 2021. *Jóga a jógová terapie: principy zdravého pohybu*. 3. vydání. Olomouc: Poznání. 214 s. ISBN 978-80-88395-06-5.
52. OSWALDOVÁ, P., 2018. *Feldenkrais: dech & hlas*. 2. vydání. Praha: Brkola. 190 s. ISBN 978-80-88151-08-1.
53. PAVLÍKOVÁ, S., HOROVÁ, H., 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
54. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetřovatelství I*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 286 s. ISBN 978-80-271-0888-6.

55. PLEVOVÁ, I., 2019. *Ošetrovatelství II*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 198 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
56. PETROVICOVÁ, E., TREŠLOVÁ, M., 2016. Respekt autonomy and identity of patient as a basic component to retain human dignity. In: *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online]. 6(1) s. 19-25. [cit. 2022-11-28]. ISSN 1338-6263
Dostupné z: <https://www.oseetrovatelstvo.eu/archiv/2016-rocnik-6/cislo-1/respekt-autonomie-a-intimita-pacienta-jako-zakladni-komponenty-uchovani-lidske-dustojnosti>
57. PODRAZILOVÁ, P., 2015. Liberec. Význam kinestetiky pro ošetrovatelskou péči. *Florence*. [online]. Liberec: Ústav zdravotnických studií, Technická univerzita [cit. 2022-12-3]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/5/vyznam-kinestetiky-pro-oseetrovatelskou-peci/>
58. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnoticí nástroje*. Praha: Grada Publishing, 193 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
59. POKORNÁ, A., 2022. *Sestry si stěžují na bolesti zad souvisí to patrně i s jejich odchody z profese* [online]. Brno: Národní institut pro výzkum socioekonomických dopadů nemocí a systémových rizik [cit. 2023-01-07]. Dostupné z: <https://www.syri.cz/vyzkum-sestry-si-stezuji-na-bolesti-zad-souvisi-to-patrne-i-s-jejich-odchody-z-profese>
60. RAYSSIGUIE, E. et al., 2022. A Review of Exoskeletons Considering Nurses. *Sensors (Basel, Switzerland)* [online]. Basel: MDPI, 22(18), 7035 [cit. 2023-03-30]. ISSN 1424-8220. Dostupné z: doi:10.3390/s22187035
61. ROLF, I., 2006. *Rolfing*. Praha: Pragma. 305 s. ISBN 80-7205-097-4.
62. ŘASOVÁ, K., 2007. *Fyzioterapie u neurologicky nemocných (se zaměřením na roztroušenou sklerózu mozkomíšni)*. Praha: Ceros. 135 s. ISBN 978-80-239-9300-4.
63. SLÁMOVÁ, L., RADKOVCOVÁ, I., 2021. Ergonomie práce asistující osoby-pečovatele. In: *Rehabilitační ošetrování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-1050-6.

64. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4868-9.
65. SMOLÍKOVÁ, L., 2011. *Rehabilitační ošetřovatelství*. [online]. Klinika rehabilitace a TVL Univerzita Karlova Praha, 2.LF a FN Motol [cit. 2022-12-3]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/106869493-Rehabilitacni-osetrovatelstvi.html>
66. SCHLEIP, R. et al., 2019. Fascial nomenclature: Update on related consensus process. *Clinical anatomy (New York, N.Y.)* [online]. Hoboken, USA: John Wiley & Sons, 2019, 32(7), 929-933 [cit. 2023-01-07]. ISSN 0897-3806. Dostupné z: doi:10.1002/ca.23423
67. SZU, 2023. *Onemocnění bederní páteře jako nemoc z povolání (od 1.1. 2023)*. [online]. SZU. [cit. 2023-01-23]. Dostupné z: <https://szu.cz/aktuality/onemocneni-bederni-patere-jako-nemoc-z-povolani-od-1-1-2023/>
68. STECCO, C. et al., 2015. *Functional atlas of the human fascial system*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier. 374 s. ISBN 978-0-7020-4430-4.
69. STIBOROVÁ, D., FREI, J., 2018. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa. ISBN 978-80-270-3719-3.
70. STRNADOVÁ, A. et al., 2020. *Koncepce domácí péče* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2022-11-03]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-domaci-pece/> nebo https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf
71. STRNADOVÁ, A. et al., 2021. *Koncepce ošetřovatelství* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2022-11-03]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_osetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf
72. SVATOŠOVÁ, M., 2019. *Hospice a společnost*. [online] Hořice: [cit. 2022-12-20]. Dostupné z: <http://www.hospic-horice.cz/hospice-a-spolecnost>

73. ŠIMEK, J., 2006. Soběstačnost. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. s. 294. ISSN 1801-1349.
74. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum. 166 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
75. TREŠLOVÁ, M. et al., 2021 a. *Fyzická manipulace s pacientem v ošetrovatelské péči*. České Budějovice: Typodesign. ISBN 978-80-7394-866-5.
76. TREŠLOVÁ, M. et al., 2020. Manipulační techniky jako prevence rizik poranění a zajištění bezpečné péče. *Pracovní lékařství* [online]. České Budějovice: ÚOPN JCU. [cit. 2022-29-11]. Dostupné z : <https://www.prolekare.cz/casopisy/pracovni-lekarstvi/2020-1-2-4/manipulacni-techniky-jako-prevence-rizik-poraneni-a-zajisteni-bezpecne-pace-125753>
77. TREŠLOVÁ, M., ŠIMEK, J., 2021. Fyzická manipulace v ošetrovatelství jako etický problém. *Ošetrovatelské perspektivy*. [online]. České Budějovice. ÚOPN JCU. [cit. 2022-11-03]. Dostupné z: <https://osp.slu.cz/pdfs/osp/2021/02/02.pdf>
78. VÁCHA, M., O. et al., 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál. 302 s. ISBN 978-80-7367-780-0.
79. VEDLICOVÁ, M., 2013. *Domácí péče*. Hradec Králové: Gaudeams. 64 s. ISBN 978-80-7435-296-6.
80. VÉLE, F., 2012. *Vyšetření hybných funkcí z pohledu neurofyzologie: příručka pro terapeuty pracující v neurorehabilitaci*. Triton. 222 s. ISBN 978-80-7387-608-1.
81. VEVERKOVÁ, E. et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing, 2019, 216 s. ISBN 978-80-247-2747-9.
82. VOCABULARY, © 2022. Vocabulary.com. [online]. Inc., a division of IXL Learning All Rights. [cit. 2022-11-30].
Dostupné z: <https://www.vocabulary.com/dictionary/manipulation>

83. Vyhlášky č. 39/2005 Sb. § 4 odst. 3 písm. a) bod 2., vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání – znění od 1. 1. 2018 (verze 4), 2005. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 4, ISSN 1211-1244.

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39#p4-3-a-2>

84. Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků znění od 1.7. 2022 (verze 5), 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

85. Vyhláška č. 134/1998 Sb. ze dne 2.6. 1998 kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami – znění od 1. 1. 2023 (verze 28), 1998. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 46, ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-134#f1866713>

86. WAGNER, U., MOHROVÁ, J., 2019. *Polohování v péči o nemocné*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-2053-6.

87. WÄHLIN, C., et al., 2023. Evaluation of the Implementation and Effectiveness of a Multifactorial Intervention Strategy for Safe Patient Handling and Movement in the Healthcare Sector: A Study Protocol of a Cluster Randomised Controlled Trial. *BMJ Open*, vol. 13, no. 2 Publicly Available Content Database. DOI <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067693>.

88. Zákon č. 155/1995 Sb., ze dne 30.6. 1995 o důchodovém pojištění – znění od 20. 3. 2023 (verze 90), 1995. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 41, ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155#f1628470>

89. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6.11. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) hodnotami – znění od 1. 1. 2023 (verze 29), 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

90. Zákon č. 48/1997 ze dne 7.3. 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů znění od 1. 1. 2023 (verze 83), 1997. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 16, ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
91. Zákon č. 262/2006 Sb. ze dne 21.4. 2006 zákoník práce – znění od 1. 1. 2023 (verze 53), In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 84, ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262#f3053965>
92. ZVONÍČKOVÁ, M. et al., 2014. Vzdělávání zdravotníků v péči o nesoběstačné ležící pacienty. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství XVI*. Recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí. [online]. Praha: Fakultní nemocnice v Motole [cit. 2022-29-11]. ISBN: 978-80-87347-17-1. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/wp-content/uploads/sbornik-prispevku-z-cmo-xvi-18092014.pdf>

8 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Test síly před fyzickou manipulací podle Trešlové
- Příloha č. 2 Supinační poloha
- Příloha č. 3 Semisupinační poloha
- Příloha č. 4 Pronační poloha
- Příloha č. 5 Semipronační poloha
- Příloha č. 6 Poloha na přímém boku
- Příloha č. 7 Poloha v sedě
- Příloha č. 8 Kostí, svaly, nervy, fascie
- Příloha č. 9 Základní aktivní pozice konceptu kinestetiky a DNS
- Příloha č. 10 Nefyziologické postury x fyziologické postury dle DNS
- Příloha č. 11 Manipulační pomůcky
- Příloha č. 12 Posuny v lůžku do záhlaví
- Příloha č. 13 Posuny v lůžku do strany
- Příloha č. 14 Přetočení na bok
- Příloha č. 15 Změna polohy na lůžku z lehu do sedu a zpět
- Příloha č. 16 Transfer z lůžka s pomůckami
- Příloha č. 17 Změna polohy do stoje
- Příloha č. 18 Otázky pro polostrukturovaný rozhovor
- Příloha č. 19 Test síly v tahu
- Příloha č. 20 Leták o bezpečné fyzické manipulaci do agentur domácí péče

Příloha č. 1 Test síly před fyzickou manipulací podle Trešlové

Obr. 1– 4 (Trešlová et al., 2021)



Obr. 1 Test stability nakloněním do stran



Obr. 2 Test síly HKK stiskem obou rukou



Obr. 3 Test síly DKK tlak pacienta proti odporu



Obr. 4 Tlak nataženou DK vzhůru a dolů

Příloha č. 2 Supinační poloha Obr. 5–10 (Křížová, 2021); Obr. 11 (Kolář et al., 2009);

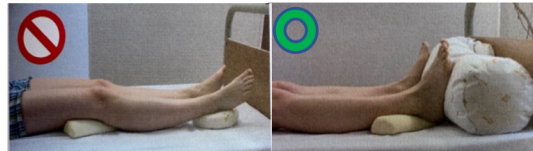
Obr. 1213 (Wagner, 2019)



Obr. 5 Poloha na zádech svícen



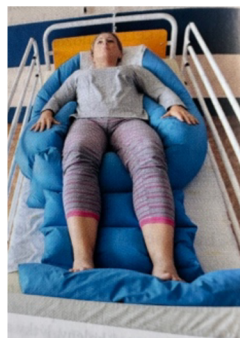
Obr. 6 Nevhodná poloha x ideální poloha rukou



Obr. 7 nevhodná poloha x ideální poloha nohou



Obr. 8 Poloha na zádech extenze DKK



Obr. 9 Flexe DKK



Obr. 10 a) správně uložená podložka x b) c) nesprávná poloha podložky



Obr. 11 antidekubitní botičky a sup. poloha



Obr. 12 Polohování v hnízdě dle konceptu Bazální stimulace



Obr. 13 a) Podepření ramen a polohování paží b) polštář „Napoleonova čepice“

Příloha č. 3 Semisupinační poloha Obr. 14 (Kolář et al., 2009);
Obr. 15 – 16 (Křížová, 2021)



Obr. 14 Polobok



Obr. 15 Flexe sponí DK



Obr. 16 Flexe obou DKK

Příloha č. 4 Pronační poloha Obr. 17 (Kolář et al., 2009); Obr. 18 (Křížová, 2021);
Obr. 19 (Johansson, 2022)



Obr. 17 Poloha na břicho



Obr. 18 Pronační poloha



Obr. 19 Pronační poloha vypodložené
zkrácené flexory kyčlí

Příloha č. 5 Semipronační poloha Obr. 20 (Kolář et al., 2009); Obr. 21 (Křížová, 2021)



Obr. 20 Náročné postavení pravé DK



Obr. 21 Podložená svrchní HK a DK

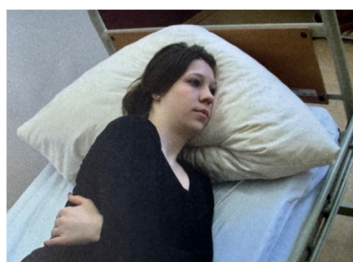
Příloha č. 6 Poloha na přímém boku Obr. 22–24 (Křížová, 2021); Obr. 25 (Wagner, 2019)



Obr. 22 Vnitřní rotace na HKK



Obr. 23 zevní rotace spodní HK



Obr. 25 Uložení polštáře na boku



Obr. 24 Opora zad na boku

Příloha č. 7 Poloha v sedě Obr. 26 (Křížová, 2021); Obr. 27–28 (Johansson, 2022)



Obr. 26 Sed s podloženýma nohama

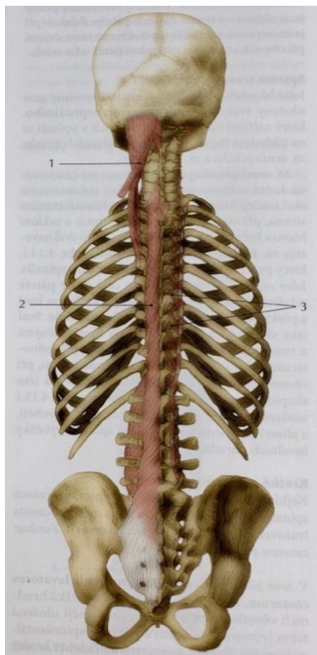


Obr. 27 Podložené nohy na vozíku

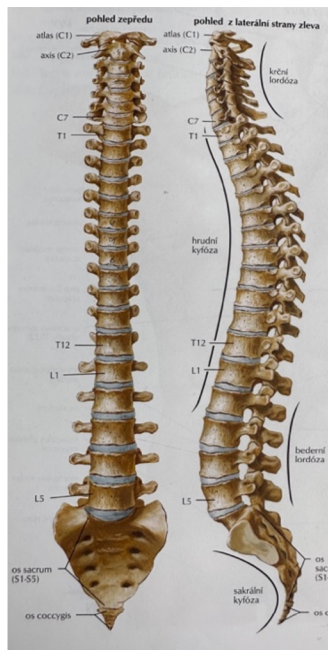


Obr. 28 Opěrka beder

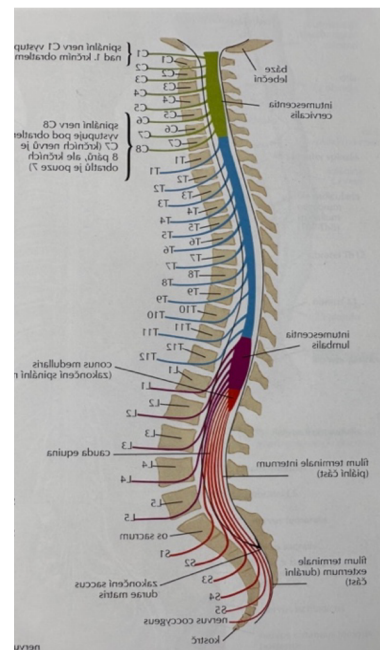
Příloha č. 8 Kostí, svaly, nervy, fascie Obr. 2933 (Netter, 2003); Obr. 34 (Steco, 2015);
Obr. 35 (Trešlová et al., 2021)



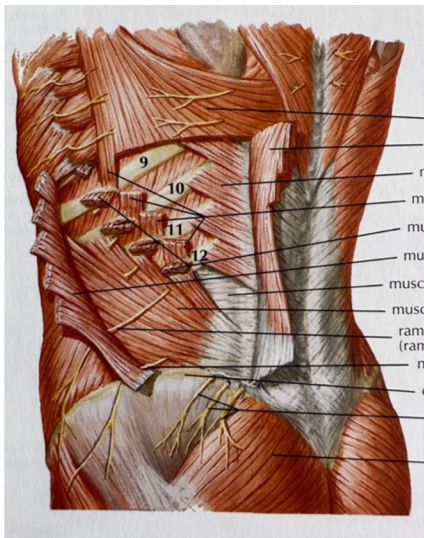
Obr. 29 Hluboké svaly páteře



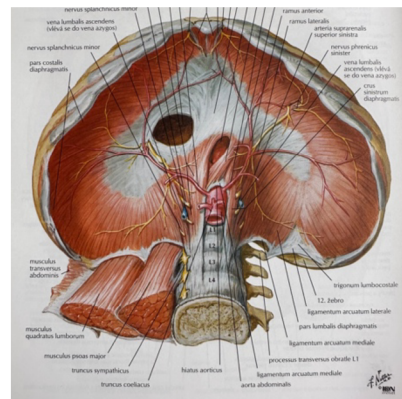
Obr. 30 Páteř zepředu a z boku



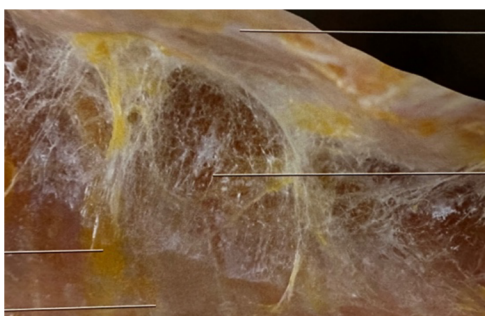
Obr. 31 Nervy odstupující z míchy



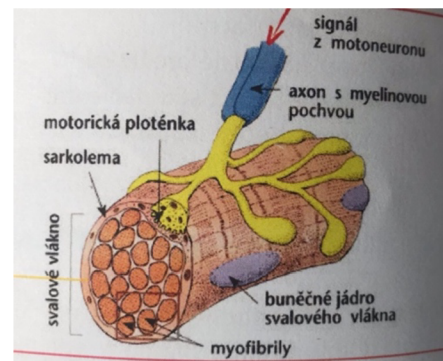
Obr. 32 Hluboké břišní svaly



Obr. 33 Bránice pohled ze zdola



Obr. 34 Fasciální tkáň mezi prsními svaly

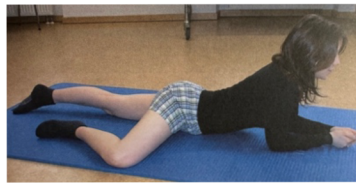


Obr. 35 Nervosvalová ploténka

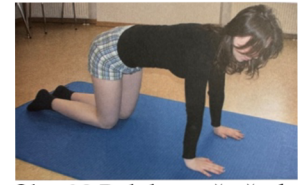
Příloha č. 9 Základní aktivní pozice konceptu kinestetiky a DNS Obr. 3642 (Wagner, 2019); Obr. 43–44 (Kolář et al., 2009)



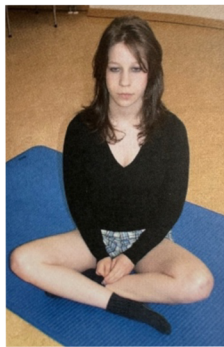
Obr. 36 Poloha na zádech



Obr. 37 Poloha na břiše



Obr. 38 Poloha na čtyřech



Obr. 39 Sed



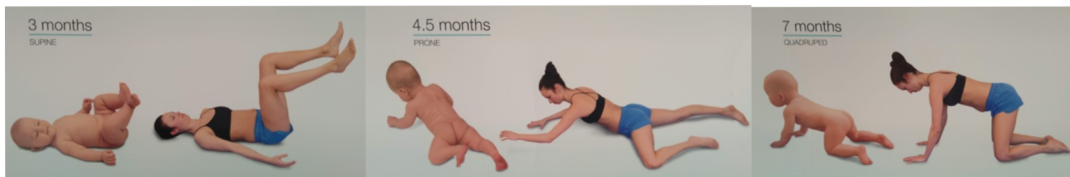
Obr. 40 Klek na koleni



Obr. 41 Stoj na DKK



Obr. 42 Stoj na jedné DK



Obr. 43 a) Poloha 3. měsíce

b) poloha 4,5 měsíce

c) poloha na čtyřech dle DNS

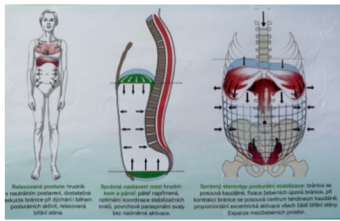


Obr. 44 a) Poloha sedu

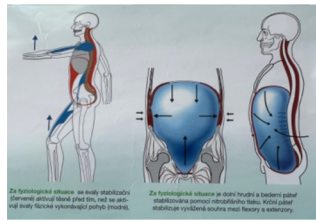
b) poloha rytíře

c) stoj dle DNS

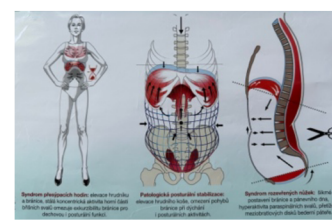
Příloha č. 10 Nefyziologické postury x fyziologické postury dle DNS Obr. 45–50
(Kolář et al., 2009)



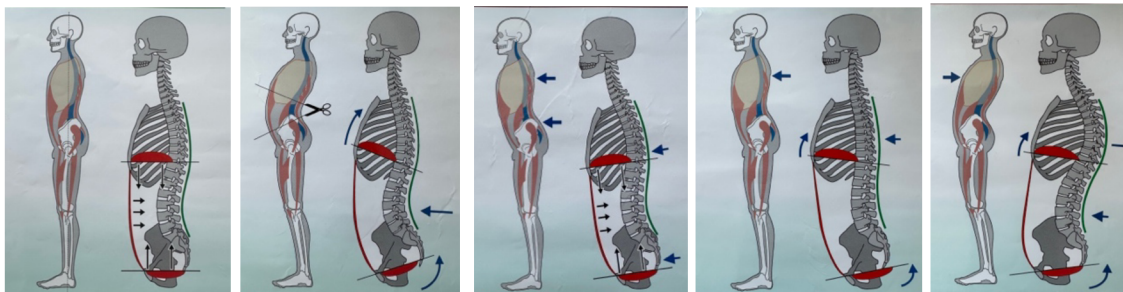
Obr. 45 Fyziologické držení trupu



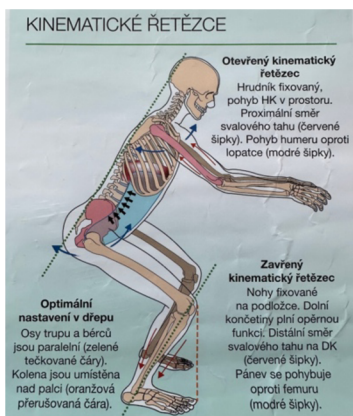
Obr. 46 Ilustrace nitrobršního tlaku



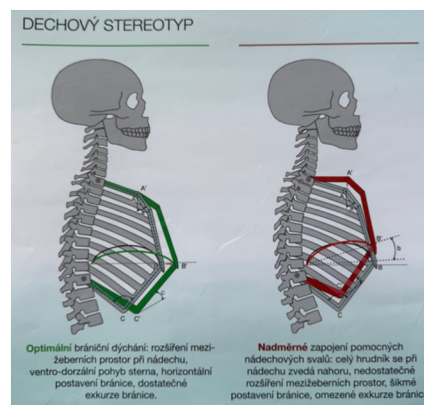
Obr. 47 Nefyziologické držení trupu



Obr. 48 a) ideální postura b) sy rozevřených nůžek c) předsunutá postura d) předsun hrudníku e) hrudník za pánví



Obr. 49 Souosost lidského těla



Obr. 50 optimální práce hrudníku x nadměrná práce pomocných dýchacích svalů

Příloha č.11 Manipulační pomůcky Obr. 51-53 (Trešlová et al., 2021),
 Obr. 54 (Křížová, 2021), Obr. 55-58 (Trešlová et al., 2021)



Obr. 51 Slide sheet „skluzná podložka“



Obr. 52 a, b, c, d Uložení slide sheetu pod pacienta



Obr. 53 Elektricky polohovatelné
 lůžko s roštem, hrazdou a kolečky



Obr.54 Stálky



Obr. 55 Křeslo pojízdné



Obr. 56 Minimove



Obr. 57 přesouvací manipulační pás



Obr. 58 a) prkno na transfer do vozíku
 a zpět b) varianta zvaná „banán“

Příloha č. 12 Posuny v lůžku do záhlaví Obr. 5964 (Wagner, 2019);

Obr. 65–70 (Křížová, 2021)



Obr. 59 Základní poloha pro posun v lůžku



Obr. 60 Posun s nadzvednutou pánví



Obr. 65 Píd'alka v lůžku



Obr. 61 Přitažení za rám lůžka



Obr. 62 Podpora pohybu od nohou



Obr. 66 Stálky



Obr. 63 Podpora pohybu tlakem do levého stehna



Obr. 64 Snížení námahy tahem za okraj lůžka



Obr. 67 Posun do záhlaví na boku plošným tlakem přes hrudník a pánev



Obr. 68 a) Podpora pohybu na skluzné podložce b) s asistovaným pohybem



Obr. 69 Tah ze záhlaví

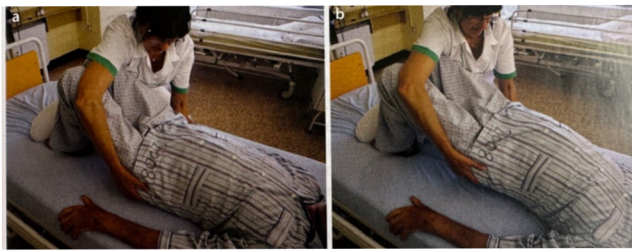


Obr. 70 a) Asistovaný pohyb při mostění b) tah pacienta za rám v záhlaví c) tlak pečujícího přes pánev ve směru pohybu do záhlaví

Příloha č. 13 Posuny v lůžku do strany Obr.71–73 (Křížová, 2021)



Obr. 71 Využití slide sheetu, tlaku přes pánve a rameno

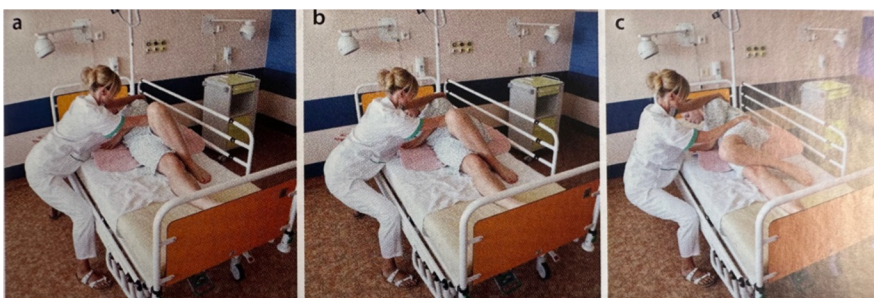


Obr. 72 a) Mostění b) s asistovaným pohybem do strany



Obr. 73 a) Posun do strany na polohovací podložce b) nakročení na rám postele, extenze lokte c) posun těžiště nazad odrazem od rámu postele, práce v tahu

**Příloha č. 14 Přetočení na bok Obr. 74–75 (Křížová, 2021),
Obr. 76 (Trešlová et al., 2021)**



Obr. 74 Snížení těžiště a rozkročení při přetočení na bok



Obr. 75 Využití podložky

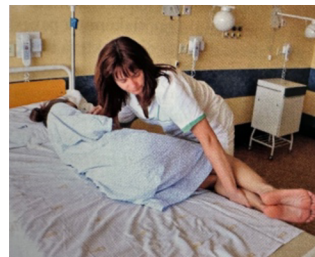


Obr. 76 a) Uložení rukou na pacienta b) podpora pohybu za pánev a lopatku

Příloha č. 15 Změna polohy na lůžku z lehu do sedu a zpět: Obr. 77–78
 (Křížová, 2021); Obr. 79–81 (Trešlová et al., 2021)



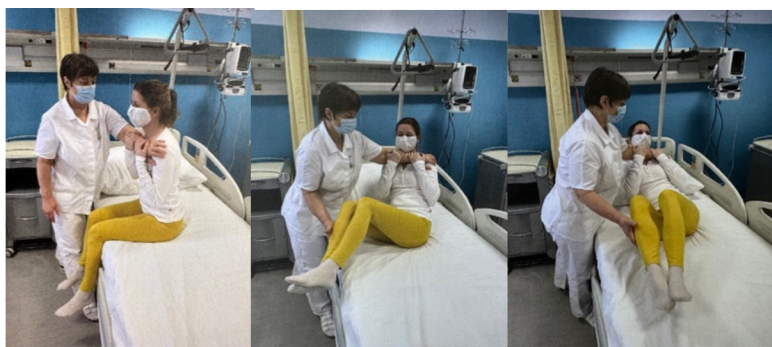
Obr. 77 a) Nakročení na rám postele b) položení rukou na pacienta c) přenesení váhy sestry na pravou nohu a vedení těla do sedu za rameno a pánev d) dokončení pohybu



Obr. 78 a) Varianta posazení b) s kontaktem na svrchní lopatce a vedení DKK z lůžka dolů



Obr. 79 a) asistovaný pohyb do sedu b) vedení pohybu do sedu pomocí svrchní paže

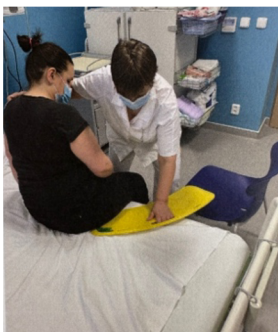


Obr. 80 Pokládání ze sedu



Obr. 81 Asistovaný pohyb

Příloha č. 16 Transfer z lůžka s pomůckami: prkno Obr. 82 (Trešlová et al., 2021); prostěradlo Obr. 83 (Křížová, 2021); minimove Obr. 84 (Křížová, 2021); manipulační pás Obr. 85 (Johansson, 2022); za pánev bez pomůcky v předklonu Obr. 86 (Johansson, 2022)



Obr. 82 Transfer z lůžka s „banánem“



Obr. 83 a) Předklon pacienta při transferu s prostěradlem
b) transferu s prostěradlem



Obr. 84 a) Spolupráce sestry a pacienta b) při částečně asistovaném transferu s minimovem



Obr. 85 Transfer pomocí manipulačního pásu

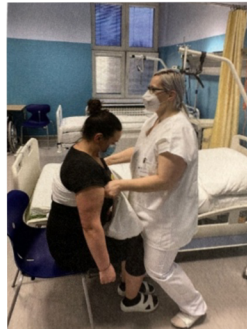


Obr. 86 Transfer bez pomůcek

Příloha č. 17 Změna polohy do stoje: ze židle Obr. 87–89 pomocí asistovaného pohybu, prostěradla, přesouvacího manipulačního pásu (Trešlová et al., 2021) z lůžka Obr. 90 pomocí chodítka (Křížová, 2021)



Obr.87 Asistovaný pohyb ze sedu do stoje



Obr. 88 stabilizace lopatek a podpora pohybu do postavení



Obr. 89 Spolupráce sestry a pacienta při postavení



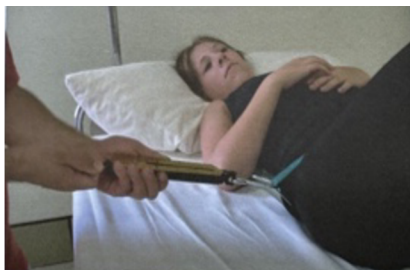
Obr. 90 a) Použití chodítka při vertikalizaci b) stabilizace kolenní sestro

Příloha č. 18 Otázky pro polostrukturovaný rozhovor (zdroj vlastní)

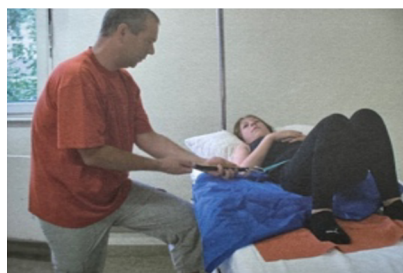
Vážená kolegyně, jmenuji se Leona Zavadilová, studuji na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích program Všeobecné ošetrovatelství. Jsem ve třetím ročníku a píši bakalářskou práci. V kvalitativním výzkumu se zaměřuji na fyzickou manipulaci s pacientem s poruchou soběstačnosti v domácí péči. Chci Vás touto cestou poprosit o polostrukturovaný rozhovor, který obsahuje 16 základních otázek s možností jejich volného doplnění. Rozhovor je zcela anonymní a je určen jako zdroj pro mé výzkumné šetření. Zajímají mě Vaše praktické zkušenosti s průběhem fyzické manipulace s pacientem s poruchou soběstačnosti v domácí péči, včetně úskalí procesu manipulace a rizik domácího prostředí. Zároveň si Vás dovoluji požádat o souhlas s nahráváním Vašich odpovědí. Audio záznam je výhradně pro mou potřebu z důvodu zachycení sdílených informací. Děkuji za Váš čas a ochotu sdílet Vaše zkušenosti.

1. Kolik je Vám let?.....
2. Jaké je Vaše vzdělání?.....
3. Jaká je délka Vaší praxe všeobecné sestry?.....
4. Kolik let pracujete v agentuře domácí péče?.....
5. Jak byste zhodnotila zdravotní stav Vašeho kosterně svalového aparátu (páteře)?
6. Na co kladete důraz při fyzické manipulaci s pacientem s poruchou soběstačnosti?
7. Co můžete říct k celoživotnímu vzdělávání v agentuře domácí péče?
8. Jak se liší vliv fyzické manipulace na tělo pacienta, oproti vlivu na Vaše tělo?
9. Jakým způsobem zapojujete rodinné příslušníky pacienta do fyzické manipulace?
10. Jak hodnotíte podmínky pro fyzickou manipulaci v domácím prostředí?
11. Jaké jsou Vaše priority při fyzické manipulaci s pacientem s poruchou soběstačnosti?
12. Co si myslíte o vybavení domácího prostředí k fyzické manipulaci?
13. Popište mi Vaši aktivitu v rámci fyzické manipulace.
14. Jak je možné fyzickou manipulaci v domácím prostředí usnadnit?
15. Jaký je Váš názor na možné komplikace při fyzické manipulaci v domácím prostředí?
16. Co můžete říct ke skluzné podložce – slide sheet?

Příloha č. 19 Test síly v tahu Obr. č. 91–95 (Wagner, 2019)



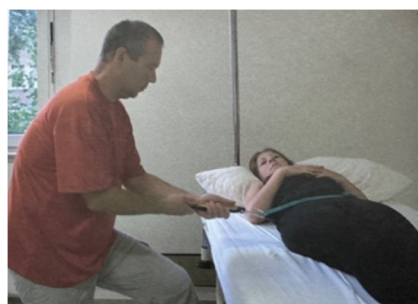
Obr. 91. První pokus síla tahu 20 kg.



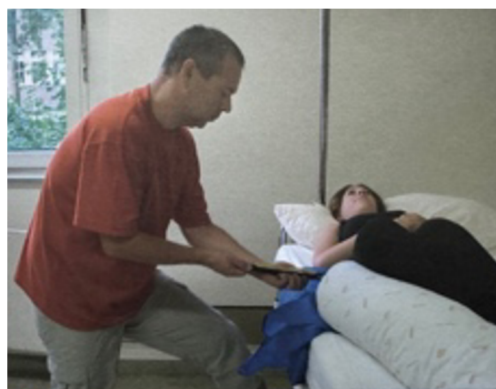
Obr. 92. První pokus síla tahu 12 kg.



Obr. 93. První pokus síla tahu 14 kg.



Obr. 94. První pokus síla tahu 21 kg.







Obr. 95. První pokus síla tahu 5 kg.

Příloha č. 20 Leták o bezpečné fyzické manipulaci do agentur domácí péče

FYZICKÁ MANIPULACE V DOMÁCÍ PÉČI JAK JE MOŽNÉ SNIŽIT ZÁTĚŽ A ZVÝŠIT BEZPEČNOST?

Upravením prostředí pro péči, znalostí pomůcek, techniky a nastavením těla.

prostředí	pomůcky	zdroje informací	postura	technika
<ul style="list-style-type: none">*přizpůsobte prostor péči o nemocného*lůžko by mělo být přístupné ze 3 stran 	<p>POUŽÍVEJTE</p> <ul style="list-style-type: none">*slide sheet*polohovací lůžko*polohovací podložku 	<ul style="list-style-type: none">*koncept kinestetiky*Feldenkraisova metoda*videa o péči na www.cestadomu.cz*https://www.zsfjcu.cz/images/ZSF/studium/czv/230404_geriatrica_krehkost.pdf	<ul style="list-style-type: none">*vědomá práce s tělem při manipulaci přes pokrčené dolní končetiny, hlava a záda vzpřímená*eliminovat stres a napětí v těle relaxací*chodit na krátké vycházky 	<ul style="list-style-type: none">*interakce a komunikace s nemocným*nezvedat tělo nemocného*naučit se pracovat s manipulačními pomůckami v tahu a v tlaku 

leták byl vytvořen v aplikaci canva.com

Zdroj: Vlastní leták, 2023

9 SEZNAM ZKRATEK

ADL	activities of daily living – test základních všedních činností
AP	asistovaný pohyb
CMP	cévní mozková příhoda
DKK	dolní končetiny
DK	dolní končetina
DNS	dynamická neuromuskulární stabilizace
DP	domácí péče
EBN	evidence based nursing – ošetřovatelství založené na důkazech
FM	fyzická manipulace
FIM	functional independence measure – test funkční míry nezávislosti
HKK	horní končetiny
HK	horní končetina
LBPD	Low-back pain diseases – bolest dolní části beder
MMSE	mini mental state examination – test kognitivních funkcí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NOP	Národní ošetřovatelský postup
PPS	pacient s poruchou soběstačnosti
SY	syndrom
SZŠ	Střední zdravotnická škola
SZU	Státní zdravotní ústav