

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Využití kompenzačních pomůcek usnadňujících pohyb a manipulaci u
imobilního pacienta**

Bakalářská práce

Autor: Romana Jarolínová

Vedoucí práce: Bc. Veronika Švábová

Datum odevzdání: 14. 5. 2007

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

6.května 2007

R. Jarolínová

Poděkování paní Bc. Veronice Švábové za odborné konzultační vedení, cenné rady a připomínky ke zpracovanému tématu a za celkovou podporu.

R. Jarolínová

This thesis looking at “The Use of Compensatory Aids Enabling Movement and Handling of Immobile Patients” consists of a theoretical part that describes the immobility of patients, somatic answers and psychosocial reactions to immobility. Furthermore, the work describes compensatory aids enabling movement, maintaining positions of immobile patients and aids facilitating easier handling of patients. The theory part also covers individual positions and ways of handling immobile patients. The practical part describes the quantitative research implemented by handing in questionnaires to nurses in selected hospitals and homes for the elderly in the West Bohemia Region. The aim of the work was to establish if nurses in hospitals and the homes for the elderly use compensatory aids enabling handling of immobile patients and if they use compensatory aids enabling movement of the ill. In addition, the work aimed to establish if nurses can use the aids and if they are aware of the existence of other compensatory aids. Three hypotheses were set out:

- 1) Nurses in the homes for the elderly have more experience with handling immobile patients correctly than nurses in hospitals.
- 2) Lifting hydraulic equipment used for handling immobile patients is used more often in the homes for the elderly than in hospitals.
- 3) Nurses in the homes for the elderly have more information about the existence of compensatory aids enabling handling of immobile patients than nurses in hospitals.

The information acquired was presented in graphs and the clearly presented outcome of the work was described in detail. The first and third hypotheses were not confirmed, but the second hypothesis was correct.

OBSAH

Úvod.....	7
1. Současný stav.....	9
1.1 Mobilita a imobilita.....	9
1.1.1 Fyzická mobilita a imobilita.....	9
1.1.2 Imobilizační syndrom.....	10
1.1.3 Somatické odpovědi na imobilitu.....	10
1.1.4 Psychosociální reakce na imobilitu.....	12
1.2 Kompenzační pomůcky.....	13
1.2.1 Pomůcky usnadňující pohyb.....	13
1.2.2 Pomůcky k udržení polohy.....	16
1.2.3 Pomůcky usnadňující manipulaci.....	17
1.3 Polohování nemocného.....	21
1.3.1 Poloha aktivní.....	22
1.3.2 Poloha pasivní.....	22
1.3.3 Poloha vynucená.....	22
1.3.4 Poloha Fowlerova.....	22
1.3.5 Poloha na boku.....	23
1.3.6 Poloha Trendelenburgova.....	23
1.3.7 Poloha na bříše.....	24
1.4 Manipulace s nemocným.....	24
1.4.1 Obracení nemocného.....	25
1.4.2 Posouvání nemocného.....	25
1.4.3 Posazování nemocného.....	26
1.4.4 Návčik vstávání.....	27
1.4.5 Přenášení nemocného	27
1.4.6 Zvedání nemocného.....	28
1.5 Předepisování pomůcek	29
2. Cíle práce a hypotézy.....	31
2.1 Cíl práce.....	31

2.2	Hypotézy.....	31
3.	Metodika.....	32
3.1	Metodický postup.....	32
3.2	Charakteristika souboru.....	33
4.	Výsledky.....	34
4.1	Výsledky dotazníku.....	34
5.	Diskuse.....	52
6.	Závěr.....	55
7.	Seznam použité literatury.....	56
8.	Klíčová slova.....	59
9.	Přílohy.....	60

Téma bakalářské práce „Využití kompenzačních pomůcek usnadňujících pohyb a manipulaci u imobilního pacienta“, jsem si vybrala, protože se přímo vztahuje k mému zaměstnání. Zajímá mě, jak jsou kompenzační pomůcky využívány v nemocnici a v domově důchodců, jak s nimi umí sestry manipulovat a zda mají informace o existenci kompenzačních pomůcek.

Kompenzační pomůcky jsou pro pohyb a život zdravotně postiženého člověka velmi důležité. Umožňují mu postarat se o sebe v co možná nejvyšší míře a tím udržovat a posilovat funkci všech systémů lidského těla.

Pracuji mnoho let v domově důchodců a vidím, jak jsou pro naše klienty tyto pomůcky nepostradatelné. Usnadňují jim samostatný pohyb, dovolují jim zvládat hygienu, najíst se, ale i účastnit se různých aktivit, které domov nabízí. Aktivity jsou velmi prospěšné nejen pro imobilní pacienty, neboť si při nich procvičují jemnou i hrubou motoriku a pohybem posilují celý organismus. Tím, že se dostávají do společných prostor mezi jiné lidi, přichází na jiné myšlenky, mají veselejší náladu, snaží se mezi sebou komunikovat, vyjádřit svůj názor a dokonce plánovat svůj život, byť jen na několik dnů dopředu.

Nesmíme však zapomínat ani na takové pacienty, kteří nemohou nebo nechtějí opustit své lůžko a pokoj. Hledáme způsob, jak pacienty povzbuzovat, získat ke spolupráci a nenechat je napospas čtyřem zdem s následným slábnutím organismu a upadáním do smutku a deprese. Klienti se mohou účastnit například čtení, vyšívání, sledovat televizní pořady, poslouchat hudbu. Mohou se přímo zapojovat do činností jako je pečení, navlékání korálků, vystřihování, lepení, skládání různých obrázků a mnoho dalších. Pomocí kompenzačních pomůcek se klienti nepohybují pouze v domově, ale mohou chodit na vycházky na čerstvý vzduch a třeba i na výlety pořádané domovem.

Kompenzační pomůcky jsou však velmi důležité i pro sestry, neboť jejich používáním při poskytování ošetrovatelské péče pečují nejen o své zdraví, ale i o bezpečnost, soukromí a spokojenost klienta. V domově důchodců se snažíme klientům vytvářet prostředí, které se co nejvíce přibližuje prostředí domácímu, tedy

prostředí, ve kterém klient dosud žil . Snahou sester je, aby se klient v tomto zařízení skutečně jako doma cítil a věděl, že se na nás může kdykoliv obrátit. Kompenzační pomůcky dovolují sestřám díky jejich používání podporovat, udržovat a posilovat soběstačnost postižených klientů, která pro ně má nepředstavitelný význam nezávislosti na jiné, byť blízké osobě.

1. SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY

1.1 Mobilita a imobilita.

Pohyb je biologickou potřebou člověka. Mnoho lidí v současném civilizovaném a přetechnizovaném světě se téměř „nepohybuje“. Do zaměstnání jezdí autem, nechodí po schodech, ale používají výtah. Celý svůj život tráví v sedě, a pokud se nevěnují pohybové aktivitě ve volném čase, jejich tělesná zdatnost je téměř nulová. Podobně jako u ostatních biologických potřeb má každý člověk individuální nároky na kvantitu pohybové aktivity i na způsob, jak svoji potřebu uspokojit. Rozdílná je také psychická odezva na neuspokojenou potřebu pohybu. Pohyb znamená život, ale mnoho lidí vlivem neuspokojené potřeby pohybu duševně nestrádá. Pro jiného člověka je pohyb prostředkem relaxace, pozitivního emocionálního ladění a prostředkem zachování si tělesného zdraví a duševní pohody. Schopnost pohybovat se volně, lehce, rytmicky a účelně v prostředí je podstatným znakem života. Lidé se musí pohybovat, aby získali potravu a vodu, chránili se před poraněním a zabezpečovali si další základní potřeby. Pohyblivost je základem nezávislosti (15).

Ke změnám pohybové aktivity dochází při onemocnění pohybového aparátu, to znamená při poruchách kosterněsvalových a neurosvalových. Nepohyblivý člověk - imobilní - je závislý na pomoci druhých lidí, je nesamostatný, zranitelný jako malé dítě. Může mít pocit bezmocnosti a cítit se zbytečný, může mít dojem, že druhé obtěžuje. Vzhled těla se může změnit paralýzou nebo amputací. Též reakce jiných lidí na poruchy mobility mohou negativně ovlivňovat psychiku nemocného člověka. U nemocného, který je upoután na lůžko, je potřeba co nejdříve zahájit rehabilitaci, která zahrnuje správné polohování nemocných, dechová cvičení a aktivní i pasivní cvičení horních a dolních končetin. Jedině tak může sestra předejít komplikacím, které úzce souvisí s dlouhodobým pobytem pacienta na lůžku. Musí však brát ohled na pacientův momentální stav.(15, 14).

1.1.1 Fyzická mobilita a imobilita.

Lidé často definují svůj zdravotní a fyzický stav schopností pohybovat se, protože je na ní závislé i jejich duševní zdraví a efektivnost tělesných funkcí.

Z tohoto důvodu je omezení pohybu nebo naordinování klidu na lůžku v důsledku zranění či nemoci pro pacienta velmi náročné, a to jak z fyzického, tak psychického hlediska. Cílem tohoto opatření je šetřit energii, kterou bude nemocná nebo poraněná část těla potřebovat na vyléčení, chránit části těla před dalším poškozením nebo zmenšit v některých případech bolest. Klid na lůžku se používá i při léčbě mnoha chronických onemocnění vyskytujících se převážně u starších osob. Následky inaktivity vedou k výraznému funkčnímu poklesu a snížení hodnoty života. Déletrvající nečinnost způsobená upoutáním na lůžko prodlužuje hojení ran, povzbuzuje funkční poruchy a podporuje poškození různých orgánových systémů (14).

1.1.2 Imobilizační syndrom

Více než u jiných věkových kategorií, je starý nemocný člověk při dlouhodobém upoutání na lůžku ohrožen rozvojem imobilizačního syndromu, který je nově označován jako syndrom dekonkondicionace. Znamená fyziologickou odpověď na imobilitu. Všechny orgánové systémy reagují na ztrátu pohybové aktivity (6, 13, 15).

1.1.3 Somatické odpovědi na imobilitu.

Rozsah problémů vycházejících z imobility závisí často na době trvání léčby, zdravotního stavu pacienta a jeho smyslového vnímání. Nejvýraznější změny během dlouhodobé imobility se projevují na kosterněsvalovém systému. Dlouhodobá nehybnost v horizontální poloze má za následek vážné změny v podobě demineralizace kostí, kontraktury a svalové atrofie, které narušují koordinaci svalů horních a dolních končetin (14, 15).

Další změny probíhají v kardiovaskulárním systému. Dochází k nerovnováze vegetativního nervového systému s výslednou převahou sympatické aktivity nad parasympatickou, což zvyšuje činnost srdce. Běžným následkem imobilizace je ortostatická hypotenze, ke které dochází při rychlém vstávání po dlouhodobém pobytu na lůžku. Dále dochází k hromadění krve v žilách dolních končetin, protože skeletové svaly se nekontrahují dostatečně a atrofují. Hromadění krve v žilách

způsobuje jejich rozšíření, chlopně nemohou efektivně bránit zpětnému toku krve. Vzniká insuficience žilních chlopní, pokračuje stáza krve v žilách, zvyšuje se venózní tlak, který postupně převyšuje tlak v tkáních v okolí žil, a dochází k přestupu tekuté složky krve z krevních cév do intersticiálních prostorů - vzniká edém. Citlivost edematózní tkáně a působení dalších faktorů může způsobit tromboflebitidu (14, 15).

U dýchacího systému dochází postupně k povrchnímu dýchání, které vede k redukci vitální kapacity plic. Rovněž i sekrece a odstraňování hlenu z dýchacích cest jsou ovlivněny gravitací a inaktivitou. Sekrety se shromažďují v těch oblastech plic, na které působí gravitace nejvíce. Stagnující hlen je vhodným prostředím pro růst bakterií. I menší infekce horních dýchacích cest může rychle přerůst do zánětu plic (8, 14).

Změnou prochází také močový a endokrinní systém. Z počátku dochází k dočasnému nárůstu cirkulujícího objemu krve a zvýšené diuréze. Později tvorba moči klesá a moč se stává koncentrovanější. Zhoršené vyprazdňování vede ke stáze moči. Z tohoto důvodu lze vysvětlit vznik močových kamenů u ležících pacientů. Stagnující moč je též vhodným prostředím pro růst bakterií a vznik zánětlivého onemocnění močových cest (14, 15).

Závažnými změnami prochází i metabolický a výživový systém. U imobilních pacientů se snižuje bazální metabolismus současně se snížením energetických nároků na organismus. Snižuje se motilita gastrointestinálního traktu a sekrece žláz trávicího traktu. Za normálních okolností existuje u zdravého člověka rovnováha mezi syntézou bílkovin (anabolismem) a jejich odbouráváním (katabolismem). Při imobilitě dochází k nerovnováze těchto probíhajících dějů. Převažují katabolické procesy nad anabolickými. Výdej dusíku z organismu je větší než jeho příjem a tím dochází k negativní dusíkové bilanci. Zdrojem vylučovaného dusíku je katabolizovaná svalová hmota. Dalším problémem imobilních nemocných je anorexie, která se běžně vyskytuje u nemocných upoutaných na lůžko. Při sníženém přísunu bílkovin se dusíková nerovnováha může zhoršit a vyústit v malnutrici. Sestra proto dbá na dostatečný nutriční příjem u pacienta, aby mohla včas předejít komplikacím, které mohou pacienta postihnout (8, 15).

Velkým a častým problémem spojeným s vylučováním stolice je u imobilních nemocných zácpa. Projeví se změnami frekvence vyprazdňování stolice i jejího charakteru, pocity plnosti v podbříšku nebo tlakem až bolestí v konečníku. Dále se může projevit auskultačními fenomény a rozepětím břicha (2).

V kožním systému dochází k atrofii kůže. Mění se pevnost pokožky, její struktura i subkutánní vrstvy. Postupně dochází ke snížení kožního turgoru. Častým důsledkem dlouhodobé imobility je vznik proleženin (8, 15).

Imobilizace vede k poškození řady systémů, pacient je tak výrazně ohrožen na životě. Čím déle zbytečně leží, tím více se jeho stav zhoršuje, proto je potřeba omezit jeho pohyblivost na co nejnutnější dobu (14).

1.1.4 Psychosociální reakce na imobilitu.

Postupně s imobilitou přicházejí i sociální, emocionální a intelektuální změny. Většina z nich souvisí se snížením kvality a kvantity sensorických reflexních dějů, jakož i s pacientovým zvyšujícím se uvědomováním si omezení své nehybnosti. Tyto faktory primárně napomáhají vzniku depresivně - anxiozního syndromu, který se u imobilizovaných osob často vyskytuje. Ztráta sensorických reflexních dějů a nové prostředí mohou u nemocného vyvolat strach, úzkost ze smrti, chronický zármutek, oslabené přizpůsobení, neefektivní popírání a neefektivní zvládnání zátěže. Strach u pacienta může vyvolat i ztráta soběstačnosti, i obavy z finančních a pracovních záležitostí. Dále se u něho mohou objevit pocity osobní bezcennosti, beznaděje a prázdnoty. V důsledku toho se může chovat nepřátelsky, může být zmatený a apatický. U dlouhodobě imobilizovaných osob často klesá i intelektuální schopnost, řešení problémů a rozhodovací procesy jsou u nich mnohdy narušené. Pravděpodobně jde o výsledek ztráty intelektuální stimulace, stres z choroby a imobility. Poměrně často dochází i ke snížení schopnosti koncentrace a oslabení schopnosti efektivně se vypořádat s problémy (8, 14).

1.2 Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcky jsou takové prostředky zdravotnické techniky, které kompenzují disabilitu klienta při některé konkrétní činnosti, například přizpůsobené přístroje při jídle, navlékač punčoch při jejich navlékání. Tím se liší od protéz či vozíků, které klient používá většinu dne. Jsou to pomůcky, které nejsou trvale připojeny k tělu postiženého člověka a které postižený individuálně používá, aby jejich pomocí zvládl běžné činnosti a potřeby v různých životních situacích (16).

Nejhojnější jsou kompenzační pomůcky, které jsou vyráběny v malých sériích speciálně pro osoby s určitým typem postižení. Většinou je dodávají zahraniční firmy a jejich cena je dost vysoká. Proto je důležité, aby si je mohl pacient vyzkoušet na rehabilitačním pracovišti. Teprve pokud se pomůcka osvědčí, doporučí se k pravidelnému používání. Při výběru vhodných kompenzačních pomůcek je nutné dodržovat určité zásady. Jedná se o individuální přístup ke každému pacientovi. Je nutné zohlednit jeho funkční schopnosti a dovednosti, případné ekonomické a sociální možnosti. Dále je kladen důraz na typ, stupeň postižení a postavu pacienta. V úvahu se berou i jeho fyzické proporce. Sestra myslí též na prognózu onemocnění, roli hraje i věková skupina, aktivita klienta zejména u předepisování vozíků. Důležitou zásadou je doba používání pomůcky (stále, každý den nebo příležitostně), použití pomůcky více v interiéru nebo v exteriéru, je důležité přihlížet k pacientovu přání a v neposlední řadě postupovat od nejjednodušších ke složitějším a zpravidla i od levnějších k dražším (3, 5, 16).

1.2.1 Pomůcky usnadňující pohyb

Pomůcky usnadňující pohyb jsou pro pacienta velice důležité, protože mu umožňují zachování samostatnosti při určitých výkonech. Provazový **žebříček a uzdička** jsou pomůcky, které usnadňují posazování nemocného. Upevňují se na dolní čelo lůžka a nemocný se jimi přitahuje do sedu. **Hrazdička** se zavěšuje nad horní polovinu lůžka a pacientovi usnadňuje otáčení na lůžku a posazování. Důležité je zajištění bezbariérových prostor, neboť usnadní pohyb pacientů. Zajištění těchto prostor spočívá například v harmonickém uspořádání nábytku nebo v odstranění

prahů. Pocit bezpečí při pohybu dodávají nemocným i **madla** upevněná podél stěn, na sociálním zařízení, na WC a ve sprchovém koutě (4).

V první řadě by měl mít pacient vyhovující ortopedickou obuv a v případě potřeby **peroneální pásku**, která při chůzi brání špičce nohy v zakopávání. K zajištění pohybu při chůzi by sestra měla pacientovi doporučit pomůcky, které mají větší stabilitu, šetří klouby dolních končetin a při jejich ochrnutí přenášejí aktivitu na horní končetiny. Jiným důvodem je plné nebo částečné odlehčení jedné dolní končetiny, například během hojení po operaci. Do této skupiny patří především **hole a berle**. Nejjednodušší je vycházková hůl, kde spočívá opora o dlaň nezpevněné horní končetiny. Francouzská hůl se opírá navíc objímkou o předloktí pod loktem, u podpažní berle se tělo opírá celou vahou o vrchol berle v podpaží. Obvykle se používají berle dvě. Větší stabilitu zajišťuje **vícebodová opěrka**. Jde o hůl, která se v dolní části rozděluje do čtyř prasků. Dalším typem je opěrka se čtyřmi opěrnými body od shora dolů (7, 17).

Nejstabilnější jsou **chodítka**. Tvoří rám většinou se čtyřmi opěrnými body, pacient je uprostřed a opírá se o dlaně obou rukou, méně často je opora v podpaží. Pokud má chodítko v místech všech opěrných bodů kolečka, musí být opatřeno brzdou. Při předpisu holí a berlí je třeba určit správnou délku. Proto u stojícího pacienta v botách při mírně pokrčeném lokti a zápěstí v dorzální flexi změří sestra výšku od podložky k pacientově dlani. Výběr vhodné pomůcky je individuální a závisí na svalové síle. Má-li pacient zcela odlehčovat jednu dolní končetinu, doporučují se mu obvykle berle podpažní. Při dobré svalové síle lze použít hned od počátku francouzské berle, které méně omezují pohyb horních končetin a nehrozí nebezpečí komprese nervově-cévního svazku v podpaží (7, 17).

Mezi další kompenzační pomůcky pro osoby se zdravotním postižením patří **vozík**, který je nejen běžnou pomůckou při dočasné nebo trvalé imobilizaci, ale který se stal i symbolem postiženého člověka a přístupnosti prostředí lidem na vozíku. **Mechanický vozík** v základním provedení je u nás běžně dostupný a lze ho předepsat každému, pro koho je chůze nemožná nebo velmi obtížná. Mechanický vozík je dlouhodobě indikován pacientům, kteří jsou schopni ho ovládat vlastní silou.

Tento vozík má čtyři kola. Velká kola jsou umístěna vzadu a jsou opatřena hnacími kruhy, s jejichž pomocí se vozík pohybuje. Menší kola, umístěná vpředu, mají mimo běžné vodorovné osy ještě osu svislou, která umožňuje zatačení vozíku. Vozík má také brzdy. Postranní opěrky a stejně i opěrky chodidel bývají odnímatelné. To je důležité při přesunu z vozíku na postel, na WC, do auta a podobně. Jestliže se pacient na vozíku zakloní a současně zabere oběma hnacími kruhy vpřed, postaví se vozík pouze na zadní kola a v této poloze dokáže vozíčkář udržet rovnováhu. To je nutné ovládat při nájezdu na okraj chodníku. Vozík může být do této polohy uveden také doprovázející osobou, která současně vozík sklápí pomocí držadel, připevněných k hornímu okraji opěrky zad a sešlapuje páku, umístěnou zezadu k dolnímu okraji rámu vozíku (16, 17, 18).

Pacient na vozíku zvládá i další manévry, především přesuny nebo sjíždění prudkých svahů. Doprovázející osoba musí pacientovi pomáhat při překonávání schodů a jiných překážek. Též existuje pomůcka umožňující jízdu vozíku po schodech, takzvaný schodolez. Vozík je možno uchopením za střed sedadla složit a v tomto stavu ho lze nakládat do zavazadlového prostoru a převážet v autě. Jinou možností je odstranění rychloupínacích kol. Různé typy mechanických vozíků mají proti popsanému některé rozdíly. Vozíky s velkými koly vpředu užívají pacienti s oslabeným trupovým svalstvem, například po poliomyelitidě. Vozík může snáze manévrovat v bytě i přejíždět prahy. Nelze ho však sklopit na zadní kola a velká kola více překážejí při přesunech (16, 17, 18).

Vozík s pákovým poháněním vyhovuje osobám, které mají dostatečnou sílu, ale horší úchop nebo koordinaci pohybů. Kvadruplegici, pacienti neschopní provést úchop, mají na hnacích kruzích výstupky, o které se při pohánění opírají. Pacienti pohánějící vozík jednou rukou, mají oba hnací kruhy na jedné straně. Od základního typu vozíku jsou odvozené vozíky odlehčené nebo vozíky sportovní, které se od sebe liší podle druhu sportu. Osoby s kloubními deformitami nebo se sklonem ke kolapsům potřebují vozíky polohovací. Mezi doplňky k vozíkům patří fixační pásy, stolky, páky proti překlopení, ochranné kryty na velkých kolech. Sestra může pacientovi na vozíčku často doporučit používání antidekubitní sedačky různého typu. Pro jízdu v terénu může

být doplňkem páté kolo, které dotyčná osoba pohání rukama pomocí převodů (16, 17, 18).

V případech, kdy pacient nedokáže vozík pohánět vlastní silou anebo je nadměrně unavený, může sestra pacientovi doporučit **vozík elektrický** nebo **motorový**. Nabídka elektrických vozíků, od doplňkových motorů k mechanickému vozíku, přes malý interiérový vozík až k vozíku exteriérovému, je velká. Motorový vozík je vybaven pro provoz na silnici a má dojezd až čtyřicet kilometrů a více. Elektrický vozík se může po odmontování akumulátoru složit a převážet jako mechanický vozík. Vozík se v základním provedení ovládá páčkou, kterou lze volit pro pravou nebo levou ruku. Není-li možno použít k ovládní ruce, lze předepsat ovládní bradou nebo zvolit jiný alternativní způsob (16, 17, 18).

Vozíky s benzinovým motorem pro individuální dopravu jsou alternativou motorek. Většinou jsou to trojkolky nebo čtyřkolky, které mohou být určeny i pro jízdu terénem a mohou být využívány jako malé traktory. Na rozdíl od elektrických vozíků je nehradí pojišťovna, což je jeden z důvodů, proč se vyskytují málo. V širším pojetí lze rovněž považovat za technické pomůcky dopravní prostředky. Cestování zdravotně postižených je jejich postižením znesnadněno, a proto musí být dopravní prostředky často přizpůsobeny (16, 17).

1.2.2 Pomůcky k udržení polohy

Všechny zcela i částečně imobilní pacienty, pokud je to možné, ukládá sestra na polohovací lůžka. Tato lůžka se dají polohovat v horní i dolní třetině a jsou opatřena kolečky, která slouží k jejich snadnému přemísťování. Pokud toto nelze zajistit, používá sestra různé pomůcky sloužící k udržení polohy pacienta. Mezi ně patří **bednička**, dřevěná bedýnka, kterou sestra vkládá v povlaku do nožní části postele a pacient si o ni opírá chodidla. Bednička brání sesouvání nemocného, zvláště z polohy v polosedě, v polohování umožňuje udržet hlezenní kloub ve správné poloze. **Molitanový válec** se vkládá zpravidla pod kolena, aby zůstala pokrčena. Sestra by ho však neměla nechat v lůžku déle jak dvě hodiny, protože stlačuje podkolení cévy. Dá se použít i k podložení hrudníku při mytí vlasů na lůžku a jako opora zad u pacienta

v poloze na boku. Pokud sestra nemá k dispozici válec, může použít například polštář ve tvaru rohlíku, který je plněný dutým vláknem. **Korytka** je speciálně upravená molitanová pomůcka tvarovaná na podložení dolní nebo horní končetiny. Sestra ji používá cíleně k udržení končetiny ve stabilní poloze, například při zlomenině krčku stehenní kosti. (4, 14).

V nabízeném sortimentu pomůcek, které sestra může využít, jsou též **nafukovací pomůcky**, jejichž užití je podobné jako u molitanových pomůcek. Jde především o **kvádry** různých velikostí, kterými sestra nemocného udržuje v požadované poloze. **Sáčky s pískem** a **drátěné dlahy** pomáhají sestře udržet končetiny nebo jiné části těla v žádané poloze. Před jejich použitím je sestra obaluje vatou a mulem. Ke končetině je připevňuje obinadlem. Nožní panel a špalíčky slouží ke zvýšení dolní části lůžka, sestra je používá u pacienta, který má naordinovanou Trendelenburgovu polohu (14).

Postranice vytváří boční stěny lůžka a zajišťují bezpečnost neklidných nemocných nebo nemocných v bezvědomí. Brání pacientovi v pádu z lůžka a dodávají mu pocit bezpečí. Postranice jsou však považovány za restriktivní opatření, která omezují pacientovu osobní svobodu. Proto je lze použít pouze se souhlasem pacienta nebo z indikace lékaře, vše se musí pečlivě dokumentovat. **Kolébka** je kovová konstrukce, kterou sestra chrání končetiny nebo jinou část těla před tlakem přikrývky. Paty pacienta sestra kryje **botičkami**, které vytvořila z měkké vaty (14).

1.2.3 Pomůcky usnadňující manipulaci

V rámci zajištění kvalitní péče o imobilního pacienta, je důležité, aby se sestra zajímala o nejnovější sortiment pomůcek na našem trhu. Tyto znalosti jí při vykonávání ošetrovatelské péče dovolují využívat efektivní pomůcky usnadňující přemísťování částečně nebo plně invalidních osob. Jsou k dispozici pomůcky určené jak pro přemísťování pasivních osob, tak pro rehabilitační péči. Pomáhají sestřím vyhnout se zranění při zvedání těchto pacientů, nejčastěji poranění zad. Tyto pomůcky redukuje případy poranění pacientů při jejich přemísťování, zlepšují vztahy mezi personálem, pacienty a zaručují snadnou a jednoduchou manipulaci. Produkty slouží sestře

k přemístění imobilního pacienta z lůžka na vozík, na křeslo a naopak, k úpravě polohy na lůžku nebo v křesle (23).

V nabízeném sortimentu je i lehká, **klouzavá podložka**, která je velkým pomocníkem při transferu mezi lůžkem a kolečkovým či toaletním křeslem. Je vyrobena z pevného polyetylenu s protiskluznými pásy na spodní straně a je tvarovatelná, čímž lze zabránit poranění od kol invalidního vozíku (příloha č. 4).

Další praktickou pomůckou je přemísťovací **pás s rukojetí na jednom konci**. Umožňuje sestře snadnou manipulaci s pacientem, který sedí nebo leží a též polohování na lůžku (příloha č.5).

Vhodnou pomůckou je i **malá skluzavka**, je ušita ze speciálního, klouzavého materiálu, umožňující minimální tření je vyplněna polyesterem. Slouží sestře k posouvání pacienta směrem k hlavové či boční části lůžka nebo přesouvání pacienta mezi lůžkem a kolečkovým křeslem(příloha č.6).

Nepostradatelnou pomůcku představuje jistící **opasek s úchyty**, který může být upevněn jak na tělo pacienta, tak na tělo sestry. Je vhodný jako podpora při chůzi u pacientů se špatnou koordinací a nejistým pohybem nebo přesouvání sedících pacientů. Opasek je vyroben ve třech velikostech, z polyesteru a na vnitřní straně má protiskluznou nylonovou vrstvu. Je opatřen mnoha vertikálními a horizontálními úchyty pro snadnou a jistou manipulaci (příloha č.7).

Další je **podložka s dvěma úchyty na každém konci**, umožňující sestře uchopit sedícího pacienta za jeho zády, nejlépe v oblasti lopatek a přesunout ho například na vozík. Na vnitřní straně je opatřena protiskluznou nylonovou vrstvou (příloha č.8).

Důležitou pomůcku představuje **žebříček** , který má osm rukojetí a tím umožňuje sestře snadný a pevný úchop. Je vyroben z odolného nylonu pro pacienty se zbytkovou silou v rukou. Jde o žebříček důležitý pro přitáhnutí při vstávání z postele a při přesouvání z lůžka na kolečkové křeslo a naopak (příloha č.9).

Jednocestná skluzavka slouží sestře k vysunutí pacientů svěřených v křesle nebo invalidním vozíku. Je vyrobena z polyesteru, polyetylenu a speciálního materiálu s minimálním třením. Na vnitřní straně má speciální protiskluzné pásy umožňující

pouze jeden směr pohybu, na každém konci jsou dvě rukojeti, kratší a delší, dovolující mnoho variant úchopu (příloha č.10).

Sestra si z nabídky sortimentu pomůcek může vybrat i **otáčecí disk pod nohy**, který je vyroben ze dvou desek odolného polyetylenu s protiskluznou úpravou. Uspadňuje sestře přemísťování pacientů na invalidní vozík, postel, toaletní křeslo a naopak (příloha č.11).

Též vhodnou pomůckou je větší **klouzavá podložka**, kterou sestra využívá pro transfer imobilních pacientů. Je vyrobena z mikrovláken s polyesterovou výplní a speciálního materiálu s minimálním třením. Ochranný povlak je z polyesteru a karbonových vláken redukujících statickou elektřinu, k dispozici je též jednorázový povlak z polyetylenu (23).

Sestra při manipulaci s pacientem může využít **pevnou rolovací podložku**, která se skládá ze dvou částí, vnitřní plastové flexibilní desky a potahu ze speciálního materiálu s minimálním třením. Je opatřena dvěma úchyty pro snadnou manipulaci. Slouží k transferu imobilních pacientů z lůžka na lůžko, na sprchové lůžko nebo ambulanti nosítka. Sestra ji může použít i v případě rozdílných výšek lůžek, eventuálně velké mezery mezi lůžky. Všechny textilní produkty možno prát při teplotě 70 °C, plastové pomůcky lze omýt mýdlovou vodou a provést dezinfekci 70% etanolem nebo 45% isopropanolem (příloha č. 12).

Další pomůcky, které byly vyvinuty pro snazší manipulaci a transfer pacientů, jsou **transportní a zvedací systémy**. V současné době se nejčastěji používá mobilní zvedák a stropní transportní zdviž. **Mobilní zvedák** je pojízdné kovové zařízení ve tvaru šibenice, které sestře umožňuje převážet a zvedat pacienty zavěšené ve speciálním vaku pomocí pojízdného podvozku a hydraulicky či elektronicky ovládaného zvedacího ramene. Tento typ zvedáku je určen pro transport pacientů na větší vzdálenosti ve velkých léčebných zařízeních(19),
(příloha č.1).

Dále sestra může používat **zvedací židli Sascha**, která je vyrobena v sedačkovém provedení s ručním ovladačem elektrického posunu nahoru a dolů. Zvedací židle má odklopné rameno po obou jejích stranách, regulovatelná kolečka s brzdou

a bezpečnostní pás, pro upevnění pacientů se špatnou stabilitou těla. Toto zvedací zařízení slouží sestře především k převážení a koupání pacienta (21), (příloha č.2).

Důležitým pomocníkem v práci sestry je *UmsetzLift transit*, přesouvací zvedák, který slouží k snadnému a rychlému přesazení ze sedící do sedící polohy, například při použití toalety u klientů po amputaci dolních končetin. Používá se bez zvedacích vaků a pásů. Zařízení je na elektrický pohon. Klienta přístroj pohodlně a bezpečně uchopí v podpaží vyztuženými a ergonomicky tvarovanými držáky. Pomocí držáku na ruce je pacient jemně vyzdvižen, přesunut a znovu usazen (22), (příloha č.3).

Systém Roomer je speciální zvedací kazeta, s jejíž pomocí je řešen přechod z místnosti do místnosti. Tato kazeta obsahuje navíc se dvěma popruhy. Při zdvihání a transportu pacienta je kazeta v kolejnici zavěšena vždy na jednom popruhu. Při přechodu z místnosti do místnosti sestra volný popruh zavěsí na kolejnici v druhé místnosti a Roomer přenesení váhu z prvního popruhu na druhý. První popruh sestra z kolejnice v opuštěné místnosti odpojí a transport pokračuje na druhém popruhu. Vše probíhá bez námahy a zcela bezpečně. Pacient je zavěšen ve vaku, který je určen pro jeho zvedání a přepravu. Nemá žádné vyztužení, proto ho lze ponechat na křesle či invalidním vozíku pod pacientem bez rizika vzniku dekubitů. Je vyroben z polyesterové síťoviny, proto je vhodný i pro koupání, neboť schne velice rychle. Pomocí různě vedených tras kolejnic může sestra dopravit pacienta kamkoli je potřeba, na pokoj, na chodbu, na toaletu nebo do koupelny, kde lze pacienta bez problémů vykoupat, osušit, ošetřit pokožku a opět uložit na lůžko. Popruhy závěsu se podvlékají pod paže a mezi stehny. Závěsný vak má v dolní části, oblasti hýždí, otvor, proto lze zvedací zařízení využít i k vysazování na pokojové WC. Manipulace s tímto zvedacím systémem je velice jednoduchá. Odpadá fyzická námaha sestry a pro pacienta je tato manipulace šetrnější a pohodlnější. Na tyto transportní systémy přispívá značnou měrou odbor sociální péče při jednotlivých městských nebo krajských úřadech. Toto řešení plně zachovává lidskou důstojnost, soukromí a prostředí, ve kterém postižený člověk tráví většinu času (9, 19).

1.3 Polohování nemocného

Správná poloha těla nebo jeho postižené části může zlepšovat léčebný proces a zabraňuje mnoha komplikacím. Sestra, která přichází do styku s nemocným ze všech zdravotnických pracovníků nejčastěji, tak může v akutním stádiu nemoci významně ovlivnit další stav hybnosti nemocného. Ukládá nemocného nebo určité části jeho těla do správné fyziologické polohy a užívá k tomu řadu pomůcek. Sestra správným uložením imobilního pacienta zabrání vzniku deformací a kontraktur, omezení pohybu v kloubech a vzniku dekubitů. Sestra mění a pečuje o polohu pacienta podle onemocnění, vývoje choroby a podle potřeb nemocného. Dbá na to, aby poloha nemocného vycházela vždy ze správného držení těla vstoje nebo v sedě. Při správném stoji je trup vzpřímen, hlava je vytažena z krční páteře, brada je mírně přitažena ke krku, horní končetiny visí volně podél těla, ramena jsou tažena do široka, dolní končetiny jsou natažené a nohy s bérce svírají pravý úhel. Při správném sedu na židli nebo v křesle je trup nemocného vzpřímen, horní končetiny se opírají o podpěrky křesla, hlava je lehce vytažena, nezapadá mezi ramena a ramena nejsou skleslá ani vytažená k uším, kolena a hlezenné klouby jsou v pravém úhlu a plosky nohou leží celou plochou na podložce (11, 12).

Nesprávným uložením nemocného na lůžku a nevhodným podkládáním polštáři sestra nemocnému způsobí zkrácení svalů v kyčelních a kolenních kloubech a ohnutí zad. Nesprávně polohovaný pacient se nemůže postavit ani chodit. Proto je důležité, aby sestra stanovila přesný plán na změnu poloh. Během polohování sestra provádí s pacientem cvičení, masáže pokožky a hygienickou péči o kůži. Pacienta polohuje celých 24 hodin. Nemocný by neměl setrvávat v jedné poloze déle než 2 hodiny přes den a déle než 4 hodiny v noci, proto sestra pravidelně střídá u pacienta polohu na zádech, na pravém boku a na levém boku, někdy i na břiše. Při každé změně polohy si sestra všímá barvy kůže. Každé začervenání sestře oznamuje nástup dekubitů, v tomto případě musí zkrátit dobu mezi změnami poloh na půl hodiny(12,14).

1.3.1 Poloha aktivní

Většina nemocných je schopna ležet v aktivní poloze. To znamená, že nemocný polohu mění sám bez pomoci nebo podpory a změna polohy není omezena. Aktivní poloha je nemocnému příjemná a je pro něj pohodlná, může se sám otočit, posadit a pohybovat se. Pacient aktivně udržuje polohu, do níž byl uložen, a je schopen ji znovu upravit (11, 14, 15).

1.3.2 Poloha pasivní

Pasivní poloha není ovládána vůlí. Je typická pro nemocného v bezvědomí nebo ochrnutého nemocného. Nemocný si nemůže určit, v jaké poloze chce ležet, není schopen polohu sám měnit. Do jaké polohy sestra pacienta uloží, v takové poloze zůstává nemocný ležet. Nemocní při plném vědomí trpí v této situaci velkým psychickým zatížením. Pasivní poloha je vždy dokladem vážného poškození zdraví a nemocný potřebuje maximální ošetrovatelskou péči, neboť pacienta v pasivní poloze musí sestra polohovat. Neschopnost zaujímat aktivní polohu přináší pacientovi rizika vzniku zánětu plic, svalových kontraktur a proleženin (11, 14, 15).

1.3.3 Poloha vynucená

Poloha vynucená, neboli úlevová poloha, je zvláštním druhem aktivních poloh. Pacient vyhledává určitou polohu a tu úzkostlivě zachovává, protože mu vyhovuje. V této poloze má menší bolesti, lépe se mu dýchá a nekašle. Vynucené polohy jsou pro některá onemocnění charakteristické. Pokud sestra nemá vážné důvody, tuto polohu nemění a nenutí nemocného zaujímat polohu jinou (15).

1.3.4 Poloha Fowlerova

Poloha Fowlerova je poloha vsedě či v polosedě. Poloha vsedě je nejčastěji užívaná léčebně preventivní poloha. Pacient má zvednutou zádovou část lůžka a do nohou mu sestra vkládá bedničku, o kterou se nemocný opírá chodidly. V lůžku má nemocný k dispozici hrazdičku a žebříček, které umožňují pacientovi pohyb, například zvedání na podložní mísu a posazování. Protože vzniká velký tlak na kostrči a hýždích,

podkládá sestra pod hýždě nemocného molitanovou podložku. U zesláblých pacientů podkládá sestra pod pokrčená kolena válec nebo stočenou houni. Paty nemocného sestra odlehčí chráničem nebo molitanem. Do Fowlerovy polohy ukládá sestra pacienty s chorobami srdce a plic, po operaci v břišní a hrudní dutině, či nemocné ohrožené zánětem plic při dlouhodobém ležení. Tato poloha zajišťuje optimální plicní ventilaci. Zesláblí nemocní se v lůžku často sesunou a poloha tak může ztratit svůj léčebně preventivní význam, protože hrudník není zvýšen a plíce špatně ventilují, proto sestra opakovaně polohu pacienta kontroluje a podle potřeby znovu obnovuje. Pravidelně po dvou hodinách, nebo i dříve, sestra pootočí pacienta na krátkou dobu do mírné boční polohy, aby se stlačené partie odlehčily (11, 14).

1.3.5 Poloha na boku

Do polohy na boku ukládá sestra pacienty po operaci ledvin nebo u některých onemocnění v dutině břišní. Často se tato poloha užívá při transportu poraněných lidí, kteří jsou v bezvědomí, protože zabraňuje vdechnutí případných zvratků. Označuje se jako stabilizovaná poloha. Nemocný leží na levém nebo pravém boku. Končetina na opačné straně je pokrčená a kolenem se opírá o podložku, tím je poloha těla fixována. Záda svírají s podložkou úhel 90°. Sestra dbá na to, aby nemocný neměl spodní paži pod sebou. Polohu na boku sestra používá v prevenci proleženin, kdy musí tuto polohu nemocného často měnit, proto polohu na zádech sestra pravidelně střídá s polohou na boku, kterou může upravit v různých variantách. K tomu sestra využívá různé druhy a velikosti pomůcek, například klíny, polohovací polštář ve tvaru rohlíku nebo molitanovou podložku (12, 14).

1.3.6 Poloha Trendelenburgova

Poloha Trendelenburgova je poloha vhodná po operaci orgánů v malé pánvi, nebo pokud chceme zajistit lepší prokrvení mozku. Pacient v této poloze leží tak, že dolní končetiny jsou s pomocí nožních panelů výše než hlava a hrudník. Obrácená Trendelenburgova poloha je vhodná při onemocnění tepen dolních končetin, protože zvyšuje jejich prokrvení (14).

1.3.7 Poloha na břicho – pronovaná poloha

Poloha na břicho snižuje tlak především na kost křížovou a hrudník. Též udržuje kyčel a koleno natažené. Pro starší lidi a pacienty se srdečním onemocněním je však obtížné v této poloze setrvat. Tato poloha je vhodná pro osoby s uvolněným ramenním kloubem, bez kloubních omezení či svalové refrakce. Sestra otočí hlavu pacienta směrem k nepostižené straně těla, nepodkládá ji polštářkem. Malými polštářky podloží pacientova ramena. Postižená horní končetina je zdvižena nahoru a vpřed. Loket, zápěstí a prsty jsou natažené. Sestra dbá, aby postižená kyčel byla natažená, zatímco nepostižená dolní končetina je mírně ohnutá. Holeň podloží polštářem, aby se vyvarovala plantární flexi chodidla a udržovala postižené koleno mírně ohnuté (4, 10).

1.4 Manipulace s nemocným

Při různých ošetrovatelských, léčebných výkonech a vyšetřovacích metodách a rovněž tak při plnění potřeb pacienta musí sestra často měnit i jeho polohu. Proto je velmi důležité, aby každá sestra uměla s nemocným na lůžku i mimo něj dobře manipulovat. Při změně polohy se sestra snaží vždy nemocného získat k aktivní spolupráci klidným, trpělivým a laskavým chováním a správně podanou informací. Sestra seznámí pacienta s možnostmi používání vhodných pomůcek, které usnadňují udržování i změnu polohy těla a taktéž manipulaci s pacientem. Nemocného sestra nikdy neuchopuje v místech, která ho bolí, nebo kde má nějaké zranění. Před začátkem polohování sestra nemocného uloží do takové polohy, která je nejlepší výchozí polohou pro další manipulaci s ním. Někteří nemocní se mohou na lůžku pohybovat za pomoci hrazdy nebo žebříčku i sami, některým však musí sestra při změně polohy pomáhat a při tom dbát o fyziologické postavení jednotlivých částí těla. Sestra též vybízí pacienta ke cvičení zaměřenému na rozsah pohybů a udržení svalového tonu. U zcela nepohyblivých a nemocných s velkou hmotností pracují sestry vždy alespoň ve dvojici. Při práci s nemocným musí sestra pracovat šetrně, účelně a s minimálním úsilím. Musí dbát nejen o bezpečnost pacienta, ale také o to, aby šetřila svůj pohybový systém. Měla by pamatovat na to, že při nepřiměřeném zatěžování svého pohybového systému

si může vážně poškodit páteř. Z tohoto důvodu sestra vždy pracuje s rovnými zády a pokrčenými dolními končetinami. Dále při své práci využívá stažení břišních a hýžďových svalů, kterými zpevňuje pánev. Pracuje-li při manipulaci s pacientem více sester, dává vždy jedna z nich pokyny (1, 4, 14).

1.4.1 Obracení nemocného

Tuto metodu sestra používá při polohování imobilních pacientů. Nejdříve sestra pacientovi vysvětlí, proč a jak s ním bude manipulovat. Nesmí zapomenout, že i pacient v bezvědomí ji může slyšet. Připraví si všechny pomůcky a upraví prostředí. Nemocného může sestra obracet buď směrem k sobě, nebo směrem od sebe. Těžce nemocného, neklidného nemocného a nemocného v bezvědomí musí sestra obracet vždy k sobě, protože vlastním tělem brání pádu nemocného z lůžka. Výkon provádí tak, že nemocný leží na zádech, sestra se postaví z boku postele, vzdálenější paži nemocného překříží přes hrudník, poté nemocného uchopí za vzdálenější rameno a bok a tahem jej přetočí k sobě. Při tomto úkonu stojí sestra pokud možno vzpřímeně, jednu nohu má předsunutou, aby z ní při otáčení mohla přenést váhu na druhou nohu. Stabilitu pacienta zajistí tak, že mu pokrčí spodní dolní končetinu a požádá pacienta, aby se rukama chopil okraje lůžka (4, 14, 20).

Otáčí-li sestra nemocného od sebe, podsune mu jednu svoji ruku pod záda a druhou pod hýždě, nemocného přitáhne k sobě a teprve pak ho otočí na bok. Nemocný by přitom měl ležet opět uprostřed lůžka. Otáčí-li sestra neklidného nemocného, nemocného v bezvědomí nebo v těžkém stavu od sebe, musí dbát na pacientovu i svoji bezpečnost. Nejlepší je, když u takového nemocného pracují současně dvě sestry proti sobě po obou stranách lůžka. V tomto případě je vhodné posouvat pacienta pomocí malé skluzavky (4, 14, 20).

1.4.2 Posouvání nemocného

Zesláblí nebo staří nemocní se často neudrží v poloze v polosedě, sesouvají se do nohou lůžka, a leží tak v nevhodné poloze. Na takového nemocného musí sestra častěji dohlížet a v případě potřeby jej vysouvat zpět do původní polohy. Nemocného

však sestra nevrací do původní polohy sama, ale snaží se ho získat ke spolupráci a vysunuje pacienta zpět s jeho dopomocí. Nemocný se chytí hrazdičky, pokrčí dolní končetiny v kolenou, opře se o chodidla a poté mu sestra podsune jednu ruku pod záda, druhou pod hýždě a vysunuje nemocného do původní polohy. Při tom má sestra jednu svoji nohu předsunutou ve směru pohybu, který s nemocným vykonává. Je-li nemocný těžký nebo bezvládný, vysouvají ho dvě až tři sestry, které stojí na jedné straně lůžka. Jedna sestra mu podsune jednu ruku pod ramena a druhou pod záda, přičemž hlava nemocného spočívá sestře na předloktí, druhá sestra pak zvedá pánev a stehna nemocného a současně ho vysunou na polštář. Tři sestry provádí úkon tak, že jedna podpírá hlavu, druhá hrudník, třetí pánev a stehna nemocného. Nemocného mohou posouvat i dvě proti sobě stojící sestry, kdy obě podsunou jednu ruku pod záda a vzájemně se uchopí, druhou ruku podsunou pod pánev a tak pacienta současně vysunou zpět (4, 14).

1.4.3 Posazování nemocného

Nemocný se posazuje na lůžku pomocí uzdičky, žebříčku nebo hrazdičky. Pokud to nezvládá sám, pomůže pacientovi sestra tahem za obě ramena dopředu. Potom sestra pacienta uchopí kolem ramen a pod stehny a opatrně jej otočí, spustí pacientovi dolní končetiny z lůžka a chodidla mu opře o připravenou stoličku. Pro udržení rovnováhy posadí pacienta tak, aby se jednou rukou mohl přidržet dolního čela lůžka. V této poloze ho nechá sestra několik minut sedět. Pokud nemá pacient závrať, začíná sestra s nácvikem stoje (12, 14).

Při posazování sestra pomůže nemocnému otočit se na postižený bok, horní končetina spočívá před tělem. Dále požádá nemocného, aby si špičkou zdravé končetiny podepřel bérec postižené končetiny. Potom dá nemocnému pokyn, aby zvedl hlavu a současně s pohyby jeho dolních končetin pomůže sestra tahem za zdravou horní končetinu nemocnému do sedu. Sestra se při posazování nemocného snaží mít stále napřímená záda a zároveň přenáší váhu z jedné nohy na druhou (4, 12).

Sestra může zvolit i jiný způsob posazování pacienta, při kterém mu pomůže přetočit se na zdravý bok. Nemocný má postiženou horní končetinu volně položenou

na lůžku. Sestra mu dá pokyn, aby zvedl hlavu, spouštěl obě dolní končetiny z lůžka a za současného opírání se o loket zdravé končetiny mu pomáhá se posadit (12).

1.4.4 Návčik vstávání

Návčik vstávání s nemocným sestra provádí velice opatrně, zvláště po delším pobytu nemocného na lůžku. Sestra nejprve pacienta na lůžku posadí. Nechá jej sedět se spuštěnými bérce asi 5 až 10 minut, a pokud v této poloze nebude mít pacient žádné potíže, tak ho postaví. Při této manipulaci se sestra postaví na postiženou stranu nemocného a k zajištění větší stability jej uchopí kolem pasu. Ke snazšímu udržení rovnováhy provádí nemocný stoj o širší bázi. Volnou horní končetinou se přidržuje čela lůžka, opěradla židle nebo hole či berle. Sestra může stavět nemocného i jiným způsobem. Nemocného požádá, aby pokrčil paže v loktech a přitisknul je k tělu. Postaví se ze strany nemocného čelem k němu. Nohu, kterou má sestra k pacientovi blíže, dá před něj a fixuje tak jeho kolena. Nemocný se lehce předkloní a bližší rameno si opře o sestru. Sestra se nakloní nad záda nemocného a uchopí ho za lokty. Vzdálenější rameno nemocného se opírá o loketní jamku sestry. Sestra přenesení váhu na nohu více vzdálenou od pacienta a nemocného ze sedu nadzvedne. Dbá o to, aby měla napřímená záda (4, 12, 14).

Sestra může zvolit i jiný způsob, kterým bude vstávání pacienta nacvičovat. Postaví se čelem před nemocného, svá kolena opře o jeho kolena a obejmě ho kolem pasu. Při tomto úkonu může sestra využít jistící opasek, který upevní okolo pacientova pasu. Opasek je opatřen mnoha úchyty, sestra za ně může nemocného pevně a bezpečně uchopit, svými koleny tlačí na jeho kolena, tím je propne a nemocný se snadněji postaví (4).

1.4.5 Přenášení nemocného

Pacienta, který nemůže chodit, musí sestra někdy přemístit na vozík nebo na jiné lůžko. Počet osob, které nemocného budou přenášet, určí sestra podle toho, v jakém stavu nemocný je a jakou má váhu. Jedna sestra může přenášet jen velmi lehkého

nemocného nebo dítě. Přenášet těžkého nemocného je nebezpečné, a proto jsou k tomu zapotřebí dvě nebo tři sestry (14, 20).

Sestry by měly přenášet pacienta z lůžka na vozík pouze v případě, kdy nemají k dispozici zvedák nebo jinou mechanickou pomůcku pro jeho přesouvání. Vozík by měl s lůžkem svírat úhel 60°. Sestry přisunou horní část vozíku co nejbližší k nohám lůžka. Nastaví výšku lůžka do nejvyšší polohy a přesvědčí se, že brzdy na lůžku i vozíku jsou zajištěné. Všechny sestry se postaví čelem co nejbližší k té straně lůžka, u níž je přistaven vozík, nejsilnější sestra by měla být uprostřed. Jednou nohou si nakročí dopředu a pokrčí koleno, druhou nohu natáhnou do zadu, aby udržely rovnováhu. Opatrně podsunou paže pod pacienta. Sestra, která stojí v horní části lůžka, podpírá pacientovi hlavu, ramena a horní část zad. Sestra stojící uprostřed podpírá bederní páteř a hýždě a sestra stojící v nohou lůžka zvedá dolní končetiny. Sestry nejdříve nemocného přisunou na kraj lůžka, současně přesouvají váhu z přední nohy na nohu zadní. Obrátí pacienta směrem k sobě, přitisknou ho na sebe a zvednou. Čím těsněji drží sestry pacienta u sebe, tím menší úsilí musí vyvíjet. Přejdou k vozíku, pokrčí kolena a opatrně na něj nemocného položí. Při těchto úkonech vydává pokyny vždy jen jedna sestra (14, 20).

Přesouvání pacienta z lůžka do křesla sestry provádí u osob, které mohou sedět. Sestra přisune křeslo co nejbližší k lůžku. Pomůže pacientovi se posadit s nohama svěřenými přes okraj lůžka. S kolegyní se uchopí za zápěstí pod pacientovými stehny, blíže k hýždím. Obě zatlačí své rameno do podpaží pacienta. Nemocný volně položí paže na záda sester. Druhou rukou se sestry spojí za zády pacienta, pokrčí kolena a mírně se rozkročí. Jedna sestra vydá povel , obě narovnájí loket a kolena a nemocného zvednou. Spojenými rukama za zády přidržíjí pacienta a přenášejí ho do křesla. U křesla ruce rozpojí a opřou se o opěradlo, pokrčí loket a kolena a pacienta posadí (4, 20).

1.4.6 Zvedání nemocného

Při transportu pacienta z vany sestra vodu nevypouští, protože voda nemocného udržuje v teple a zároveň ho nadlehčuje. Pacienta zvedají z vany vždy dvě sestry. Pokud

mají k vaně přístup z více stran, postaví se z boku, vsunou svoji ruku do jeho podpaží a uchopí ho za předloktí. Pacient má svoje ruce spojené a sestry se volnou rukou opírají o hranu vany. Nejprve nemocného posadí na okraj vany a potom ho přesunou na vozík, či do pojízdného křesla (20).

Pokud nemocný začne ztrácet rovnováhu a sestře se ho nepodaří udržet, opatrně ho posadí nebo položí na zem a zavolá, nebo dojde pro pomoc. Sestra nesmí pacienta za žádných okolností zvedat sama. Pokud se jí nedaří pomoc přivolat, pokusí se ho zvednout pomocí úchopu za předloktí. Nezvedá nemocného rovnou na lůžko, ale nejdříve na nízkou stoličku, pak na židli a teprve pak na lůžko. Jestliže jsou sestry dvě, jedna uchopí pacienta za předloktí a druhá zvedá nohy. Obě sestry pokrčí kolena a pomalu a opatrně se narovnávají. Výhodou pro sestry však je, mají –li k dispozici zvedák, kterým pacienta bez větší námahy a bezpečně zvednou z podlahy a uloží do křesla nebo na lůžko (20).

V některých případech musí sestra zvednout pacienta na lůžko. K provedení tohoto úkonu je zapotřebí více sester, nejméně však sestry tři. Jedna sestra podepře svoji horní končetinou ramena a hlavu pacienta, druhá sestra podsune obě svoje horní končetiny pod jeho hýždě a třetí sestra pod dolní končetiny. Sestry zaujmají postoj s nohama mírně rozkročenýma od sebe, pokrčenýma v kolenou. Potom jedna sestra vydá pokyn ke zvednutí nemocného. Stejným způsobem nemocného pokládají zpět na lůžko, jedna sestra vydává pokyny a ostatní sestry se jimi řídí. Zvedání pacienta na lůžko provádí sestry například u nemocných s úrazem páteře nebo při úpravě lůžka s imobilním pacientem.

1.5 Předepisování pomůcek

V současné době je u nás pro zdravotně postižené občany dostupných několik tisíc rehabilitačních a kompenzačních pomůcek. Předepisování pomůcek je v kompetenci především odborných a v menší míře i praktických lékařů. Drahé pomůcky musí posoudit revizní lékař zdravotní pojišťovny. Předepisující lékař musí napsat důvod, pro který je pomůcka schvalována. Je též určeno, jak často je možno pomůcku předepisovat. U předpisu elektrického vozíku je nutné vyjádření

rehabilitačního lékaře, psychologa nebo psychiatra, neurologa nebo ortopeda, případně internisty a též očního lékaře. Servisní technik potvrdí, že předchozí vozík již není funkční a nelze ho opravit (17).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jestli sestry v domovech důchodců a v nemocnicích využívají kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s imobilními pacienty a jestli používají kompenzační pomůcky usnadňující pohyb nemocných. Dále byl cíl práce orientován na to, zda sestry umí s těmito pomůckami manipulovat a zda mají informace o existenci dalších kompenzačních pomůcek

2.2 Hypotézy

- H1 - Sestry v domovech důchodců mají více zkušeností se správnou manipulací u imobilního pacienta než sestry v nemocnicích.
- H2 - Hydraulická zvedací zařízení, určená k manipulaci s imobilním pacientem, se využívají více v domovech důchodců než v nemocnicích.
- H3 - Sestry v domovech důchodců mají informace o existenci kompenzačních pomůcek usnadňujících manipulaci s imobilním pacientem více než sestry v nemocnicích.

3. METODIKA

3.1 Metodický postup

Ke zpracování praktické části této práce byl použit kvantitativní výzkum. Jako technika sběru dat byl využit dotazník s uzavřeným a polootevřeným typem otázek.

Dotazník obsahoval 28 otázek pro sestry. V úvodu je uvedeno k jakému účelu budou získaná data použita, dále pak, že dotazník je zcela anonymní a též poděkování respondentům za spolupráci.

První část dotazníku tvoří údaje – pohlaví, věk, pracoviště a doba působení v těchto zařízeních. Druhá část otázek je zaměřena na využívání kompenzačních pomůcek u imobilního pacienta, především na pomůcky usnadňující pohyb a manipulaci pacienta. Dále jsou otázky zaměřeny na to, zda sestry umí s těmito pomůckami manipulovat a zda mají informace o existenci dalších kompenzačních pomůcek (viz. příloha .. – Dotazník).

Dotazník jsem z části rozeslala poštou, z části rozvezla do vybraných domovů důchodců a nemocnic v západočeském kraji. Byla jsem příjemně překvapena ochotou ředitelů sociálních služeb a náměstkyň pro ošetrovatelskou péči v nemocnicích, kteří zajistili předání dotazníků v domovech důchodců a v nemocnicích na oddělení. Sběr dat byl proveden v období od 5.3. – 3.4. 2007. Osloveno bylo 122 respondentů. Vyplněné dotazníky jsem vyzvedla na zařízeních sociální péče a z nemocnic mi byly zaslány poštou.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor představovaly sestry v domovech důchodců a na odděleních nemocnic. Rozdáno bylo 61 dotazníků v Domovech důchodců v Klatovech, Kdyni a Plzni a 61 dotazníků na ortopedickém a neurologickém oddělení v nemocnici v Klatovech a Plzni. Ze 122 dotazníků jich bylo 96 správně vyplněných, 10 vyplněných pouze částečně a 16 dotazníků se nevrátilo.

Při zpracování výsledků se tedy vycházelo z počtu 96 kompletně vyplněných dotazníků. Dotazník správně vyplnilo 47 sester pracujících v nemocnicích a 49 sester pracujících v domovech důchodců.

Při porovnávání výsledků odpovědí sester z nemocnic s respondenty z domova důchodců se vycházelo z celkového počtu 47 sester pracujících v nemocnici, což v následném vyhodnocení představuje 100 %. Pro sestry v domovech důchodců 100 % představoval celkový počet 49.

Vzorek představuje počty sester za oba typy pracovišť, tedy oddělení nemocnice a domov důchodců.

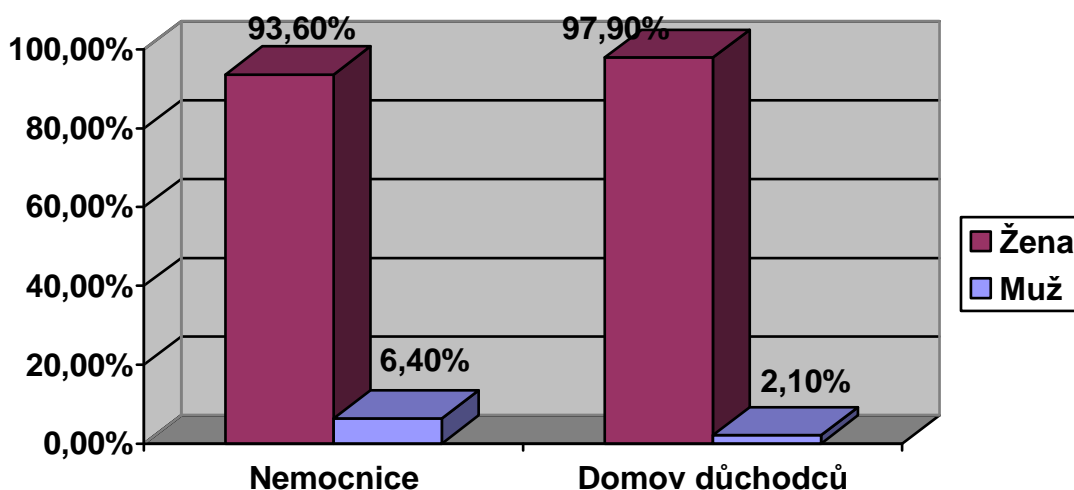
4.VÝSLEDKY

4.1 Výsledky dotazníku

V této práci jsem se snažila zmapovat zkušenosti sester se správnou manipulací u imobilního pacienta, dále pak využívání hydraulického zvedacího zařízení a v neposlední řadě bylo účelem zjistit, zda mají sestry informace o existenci kompenzačních pomůcek usnadňující manipulaci s imobilním pacientem.

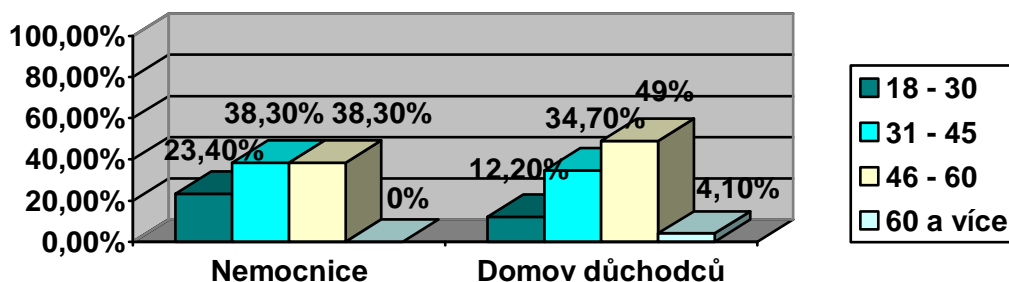
Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány do grafů s procentuelním vyjádřením, ze kterého je patrné srovnání nemocnice s domovem důchodců.

Graf 1: Ženy a muži pracující v nemocnici a domově důchodců.



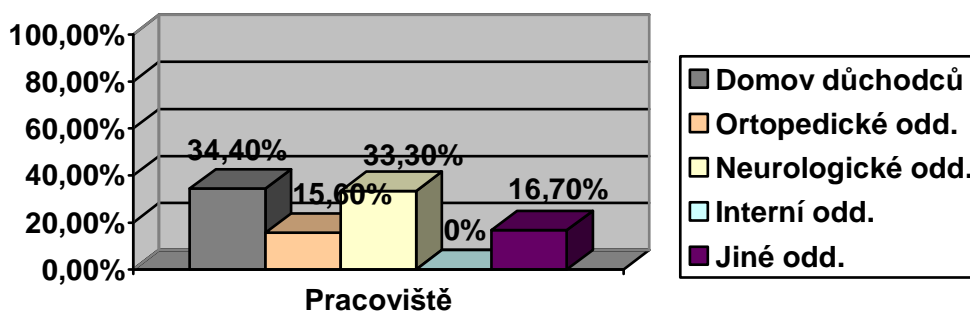
Z grafického znázornění je patrné, kolik procent žen a mužů pracuje v nemocnicích a kolik v domovech důchodců. V nemocnici, 100 % představuje 47 respondentů, pracuje 44 žen (93,6 %) a 3 muži (6,4 %). V domově důchodců pracuje 48 žen (97,9 %) a 1 muž (2,1 %), 100 % představuje 49 respondentů.

Graf 2: Věkové kategorie respondentů.



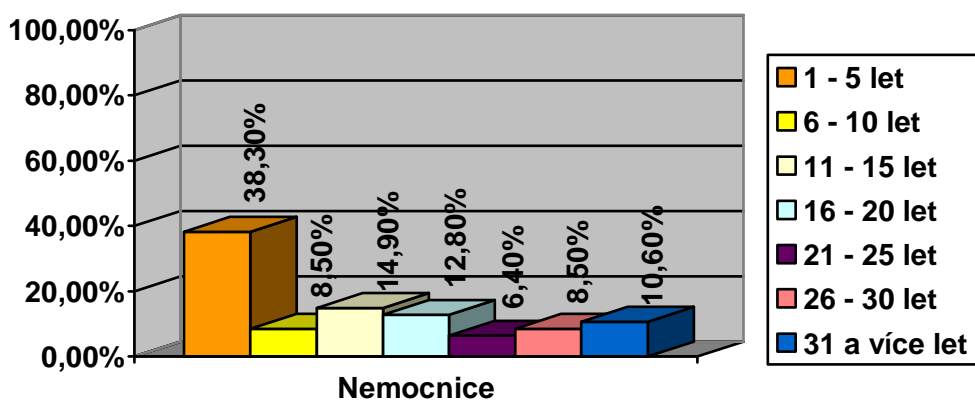
V nemocnici, 100 % - 47 respondentů, pracuje nejvíce zaměstnanců ve věkové kategorii 31 – 45 let (38,3 %) a 46 – 60 let (38,3 %), to je 18 sester v každé kategorii. Ve věku 18 – 30 let zde pracuje 11 zaměstnanců (23,4 %). Z pracovníků ve věku 60 a více let nepracuje v nemocnici nikdo. V domově důchodců, 100 % - 49 respondentů, je nejpočetněji zastoupena věková skupina zaměstnanců od 46 – 60 let, což je 24 sester (49 %), dále pak 31 – 45 let, do této skupiny patří 17 zaměstnanců (34,7 %). Ve věku 18 – 30 let zde pracuje 6 sester (12,2 %) a nejméně je zastoupena věková skupina 60 a více let, kterou tvoří 2 respondenti (4,1 %).

Graf 3: Přehled pracovišť.



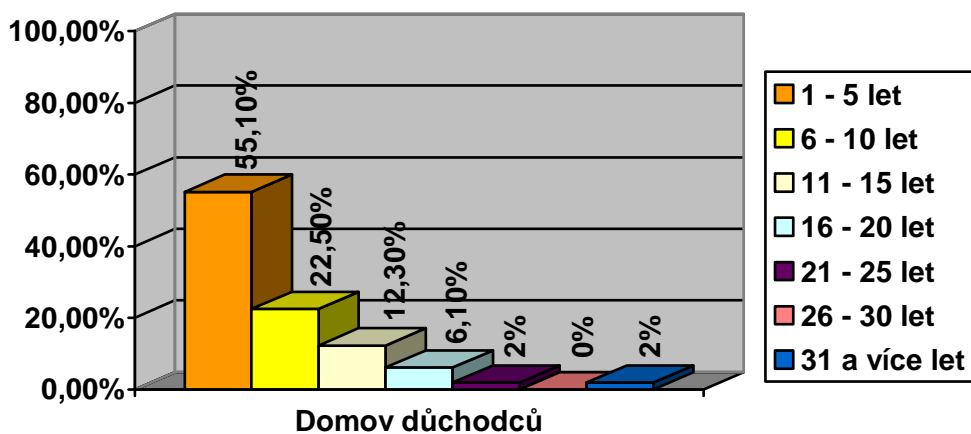
V domově důchodců, 100 % - 49 respondentů, pracuje 33 sester (34,4 %), v nemocnici, 100 % - 47 respondentů, na ortopedickém oddělení 15 sester (15,6 %), na neurologickém oddělení 32 sester (33,3 %), na interním odd. nepracuje nikdo. Do kolonky jiná pracoviště uváděli respondenti pracoviště se zvláštním režimem, patřící do sociálních služeb, kde pracuje 16 respondentů (16,7 %).

Graf 4a: Délka zaměštění respondentů v nemocnici.



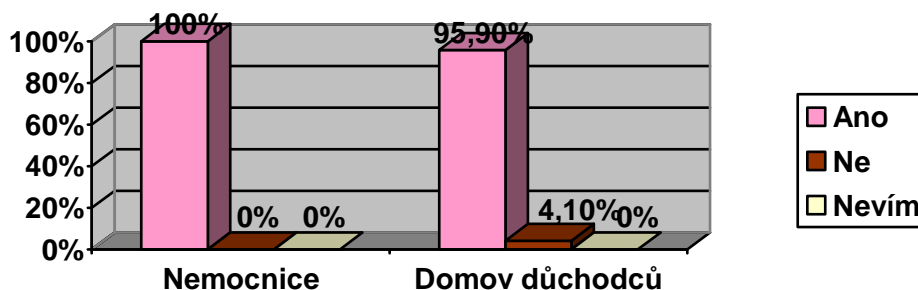
100 % - 47 respondentů. Nejvíce pracovníků pracuje v nemocnici po dobu 1-5 let - 18 respondentů (38,3 %), po dobu 6-10 let zde pracují 4 respondenti (8,5 %), 11-15 let - 7 respondentů (14,9 %), 16-20 let - 6 respondentů (12,8 %), 21-25 let - 3 respondenti (6,4 %), 26-30 let - 4 respondenti (8,5 %), 31 a více let - 5 respondentů (10,6 %).

Graf 4b: Délka zaměštění respondentů v domově důchodců.



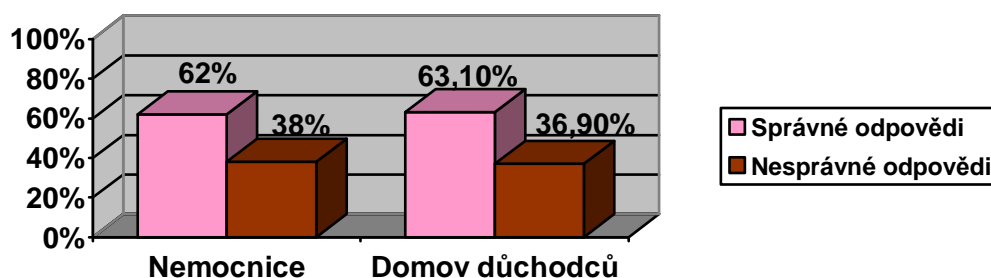
100 % - 49 respondentů. Nejvíce pracovníků pracuje v domově důchodců též po dobu 1-5 let - 27 respondentů (55,1 %). Po dobu 6-10 let pracuje v domově důchodců 11 respondentů (22,5 %). 11 – 15 let - 6 respondentů (12,3 %). 16 – 20 let - 3 respondenti (6,1 %). 21 – 25 let - 1 respondent (2 %). 26 – 30 let zde nikdo nepracuje (0 %). 31 a více let - 1 respondent (2 %).

Graf 5: Kompenzační pomůcky usnadňující pohyb na pracovišti.



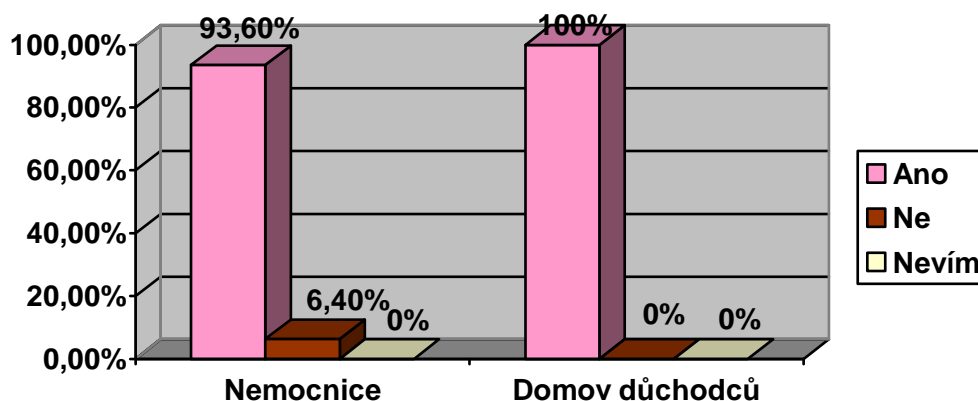
V nemocnici má k dispozici kompenzační pomůcky usnadňující pohyb imobilnímu pacientovi 47 respondentů - 100 %. V domově důchodců odpovědělo 47 respondentů(95,9 %) kladně, 2 respondenti odpověděli záporně(4,1%).100% - 49 sester.

Graf 6: Znalost kompenzačních pomůcek usnadňujících pohyb.



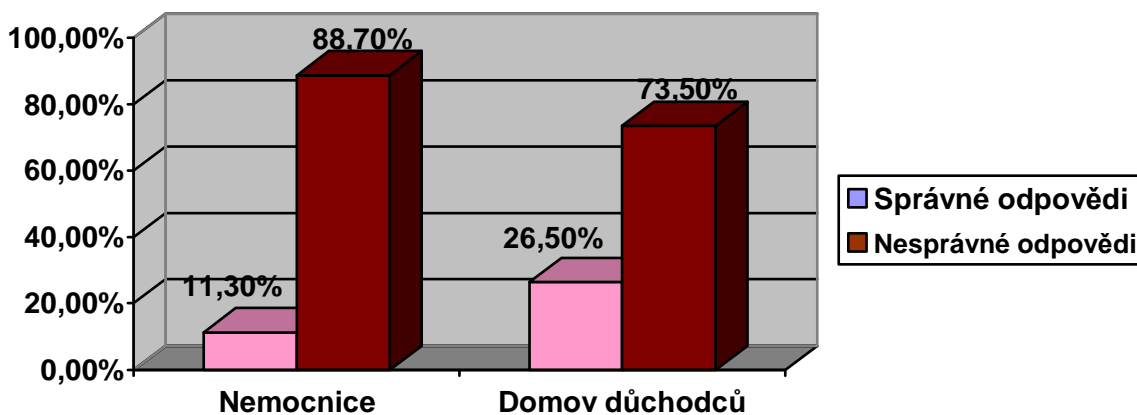
V nemocnici označili respondenti z 376 odpovědí – 100 %, 233 odpovědí správně (62 %). Mezi správně označené pomůcky usnadňující pohyb imobilnímu pacientovi patří žebříček- 40 odpovědí(10,7 %), uzdička- 26 odpovědí(6,9%), brázdička- 20 odpovědí(5,3 %), madla- 38 odpovědí(10,1 %), peroneální páska- 14 odpovědí(3,7 %), hole- 43 odpovědí(11,4 %), berle- 45 odpovědí(12,1 %), vícebodová opěrka- 2 odpovědi(0,5 %) a jiné pomůcky- 5 odpovědí(1,3 %). Nesprávně označili 143 odpovědí(38 %).V domově důchodců vybrali respondenti z 333 odpovědí 210 odpovědí správně(63,1 %). Ve správných odpovědích označili též žebříček - 26 x 7,8 %), uzdička - 20 x (6,1%), brázdička - 16 x (4,8 %), madla - 36 x (10,8 %), peroneální páska - 2 x (0,6 %), hole - 47 x (14,1 %), berle - 47 x (14,1 %), vícebodová opěrka – 12 x (3,6 %) a jiné pomůcky – 4 x (1,2 %). Nesprávně označili 123 odpovědí (36,9 %).

Graf 7: Kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci na pracovišti.



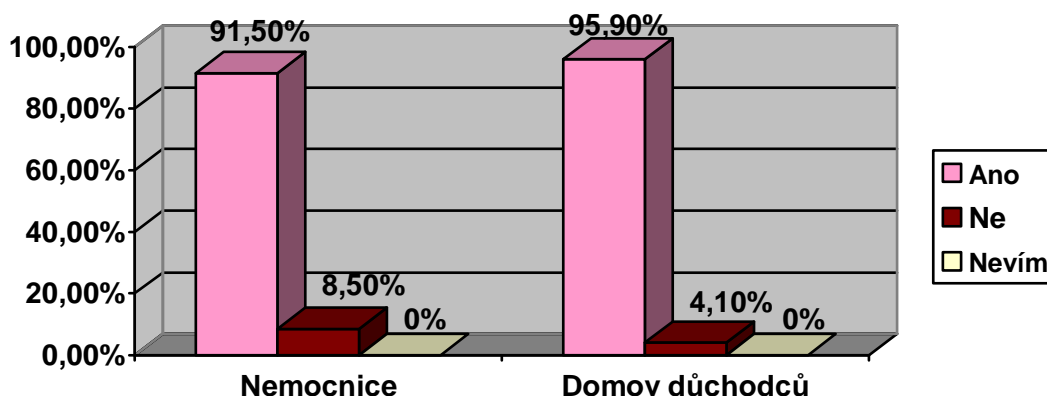
V nemocnici odpovědělo 44 respondentů (93,6 %), že mají pomůcky usnadňující manipulaci s imobilním pacientem a 3 respondenti (6,4 %) odpověděli, že ne, 100 % - 47 respondentů. V domově důchodců odpovědělo všech 49 respondentů (100 %) kladně.

Graf 8: Znalost kompenzačních pomůcek usnadňujících manipulaci.



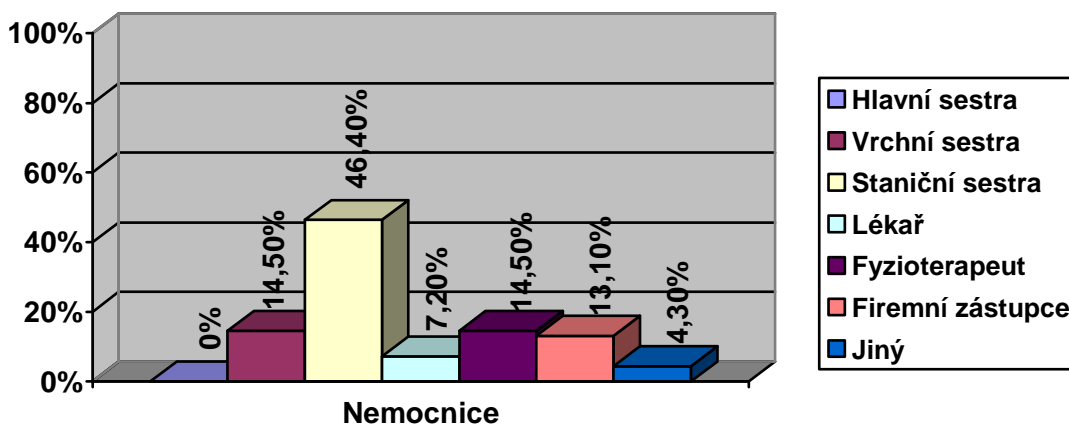
V nemocnici označili celkem 320 odpovědí (100 %), správně označili 36 odpovědí (11,3 %). Ve 31 případech (9,7 %) označili žebříček, hrazdičku označilo 5 respondentů (1,6 %) a zvedací zařízení neoznačil žádný z respondentů (0 %). Nesprávně označených bylo 284 odpovědí (88,7 %). V domově důchodců označili respondenti celkem 283 odpovědí (100 %), správně 75 odpovědí (26,5 %). Žebříček označilo 18 respondentů (6,4 %), hrazdičku označilo 16 respondentů (5,6 %) a zvedací zařízení označilo 41 respondentů (14,5 %). Nesprávně označených bylo 208 odpovědí (73,5 %).

Graf 9: Zaškolení respondentů jak používat kompenzační pomůcky.



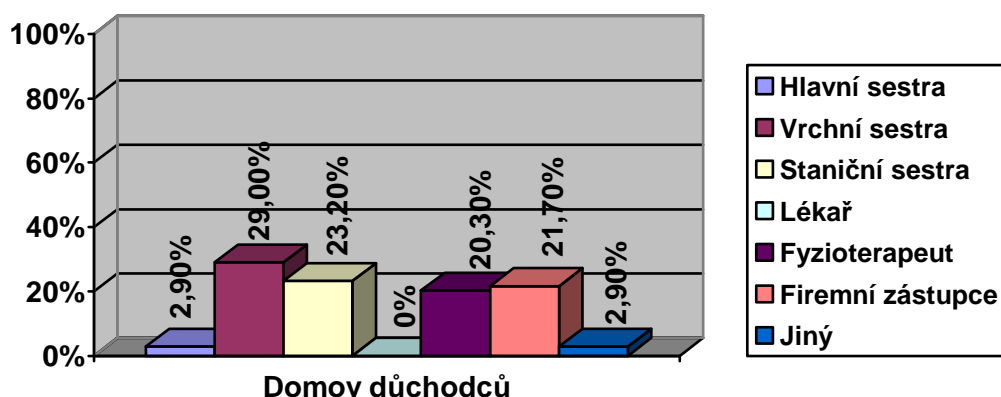
V nemocnici bylo zaškoleno 43 respondentů (91,5 %) a 4 respondenti (8,5 %) zaškoleni nebyli, 100 % - 47 respondentů. V domově důchodců bylo zaškoleno 47 respondentů (95,9 %) a 2 respondenti (4,1%) zaškoleni nebyli, 100 % - 49 respondentů. Z grafu je patrné, že zkušenosti respondentů, jak používat kompenzační pomůcky, jsou v obou zařízeních přibližně na stejné úrovni.

Graf 10a: Školitelé respondentů v nemocnici.



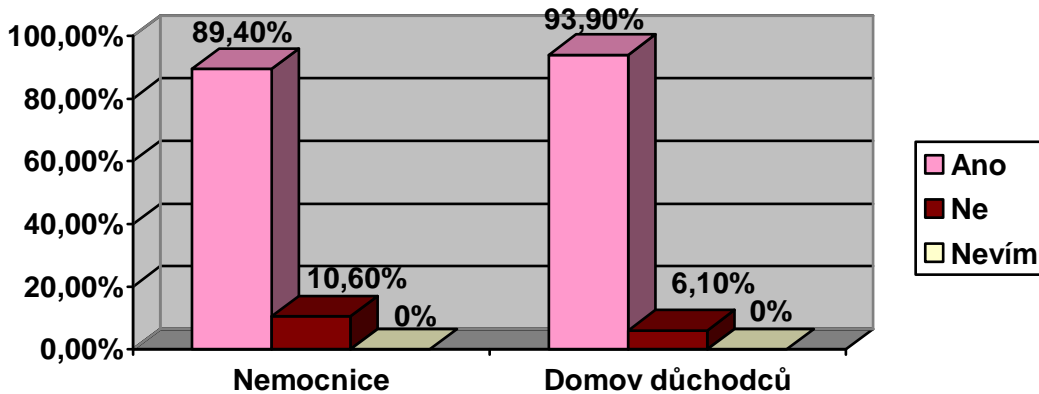
Celkem 69 odpovědí – 100 %. V nemocnicích 32 respondentů (46,4 %) školila převážně staniční sestra. Vrchní sestra školila 10 respondentů (14,5 %), fyzioterapeut školil též 10 respondentů (14,5 %), firemní zástupce školil 9 respondentů (13,1 %), lékař školil 5 respondentů (7,2 %), 3 respondenty (4,3 %) školil někdo jiný a hlavní sestrou nebyl školen nikdo (0 %).

Graf 10b: Školitelé respondentů v domově důchodců.



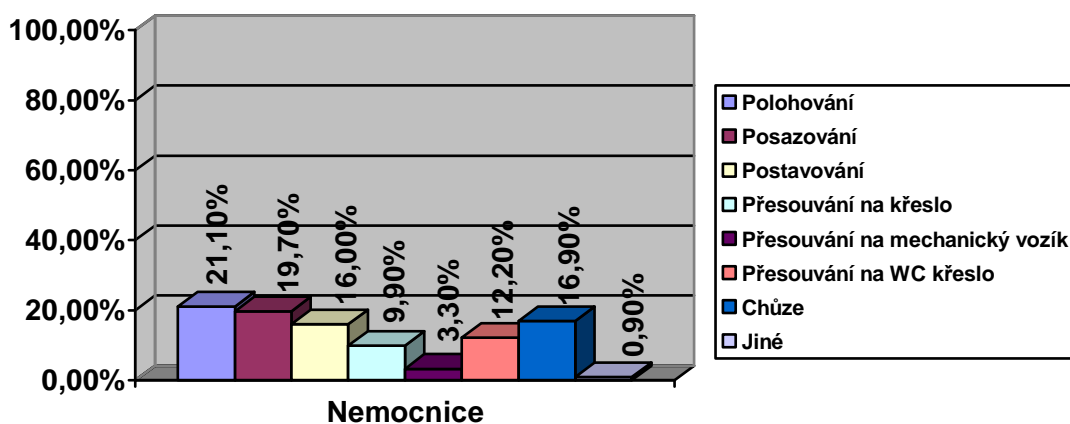
V domově důchodců 100 % - 69 odpovědí. 20 respondentů (29 %) školila vrchní sestra, staniční sestra školila 16 respondentů (23,2 %), firemní zástupce školil 15 respondentů (21,7 %), fyzioterapeut školil 14 respondentů (20,3 %), někdo jiný školil 2 respondenty (2,9 %), hlavní sestra školila 2 respondenty (2,9 %) a lékař neškolil žádného respondenta (0 %).

Graf 11: Školení spojeno s praktickou ukázkou.



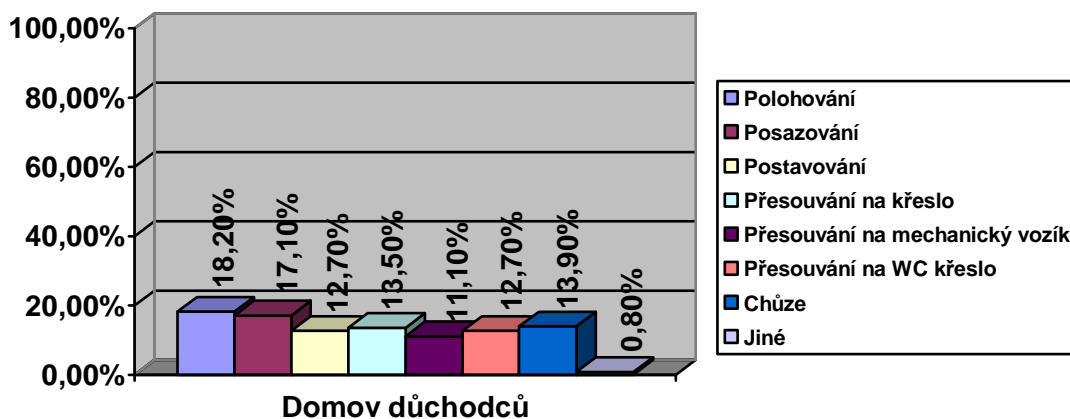
V nemocnicích 100 % - 47 respondentů. Školení bylo spojeno s praktickou ukázkou u 42 respondentů (89,4 %), 5 respondentů (10,6 %) uvedlo, že s praktickou ukázkou spojeno nebylo. V domově důchodců uvedlo 46 respondentů (93,9 %), že byla provedena praktická ukáзка a 3 respondenti (6,1 %) uvedli, že ne. 100 % - 49 respondentů.

Graf 12a: Činnosti, při kterých se v nemocnici využívají kompenzační pomůcky.



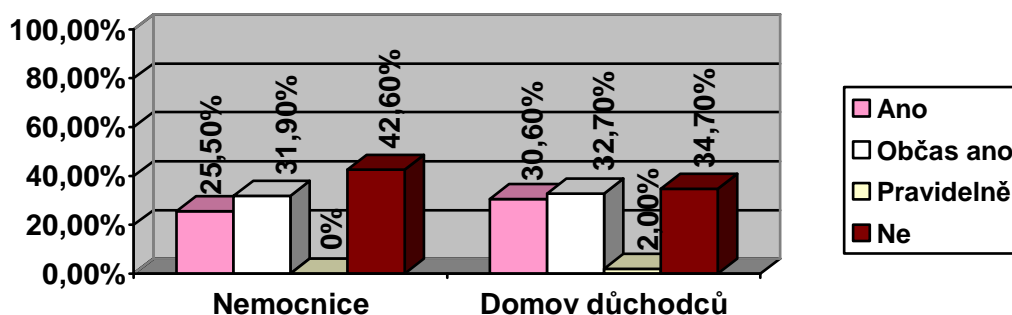
100 % - 213 odpovědí. Při polohování - 45 sester(21,1 %). K posazování - 42 sester(19,7 %), k postavování - 34 sester(16 %), k přesouvání na křeslo - 21 sester (9,9%), k přesouvání na mechanický vozík - 7 sester (3,3 %), k přesouvání na WC křeslo - 26 sester(12,2 %), k chůzi - 36 sester(16,9 %) a k jiné činnosti - 2 sestry (0,9%).

Graf 12b: Činnosti, při kterých se v domově důchodců využívají kompenzační pomůcky



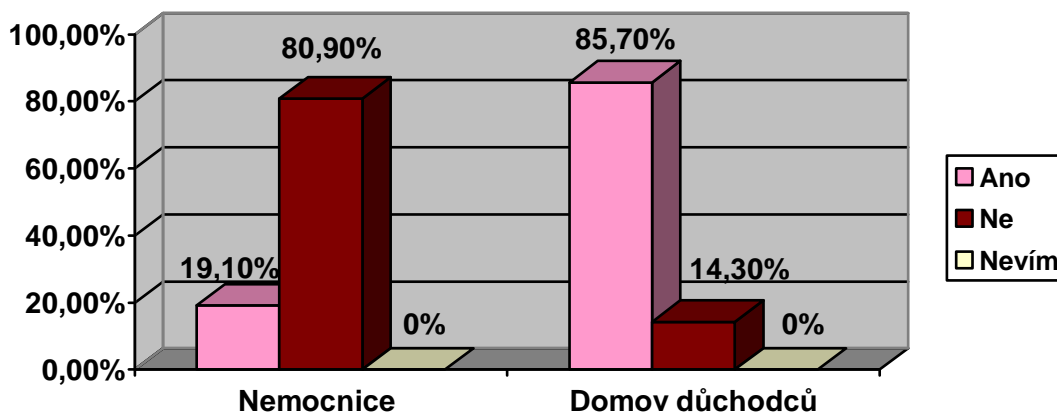
100 % - 252 odpovědí. Při polohování - 46 sester (18,2%), při posazování - 43 sester (17,1%), při postavování - 32 sester (12,7%), při přesouvání na křeslo - 34 sester (13,5%), při přesouvání na mechanický vozík - 28 sester (11,1), při přesouvání na WC - 32 sester (12,7%), při chůzi - 35 sester (13,9%) a při jiných činnostech - 2 sestry (0,8%).

Graf 13: Přehled účasti respondentů na seminářích o využití kompenzačních pomůcek.



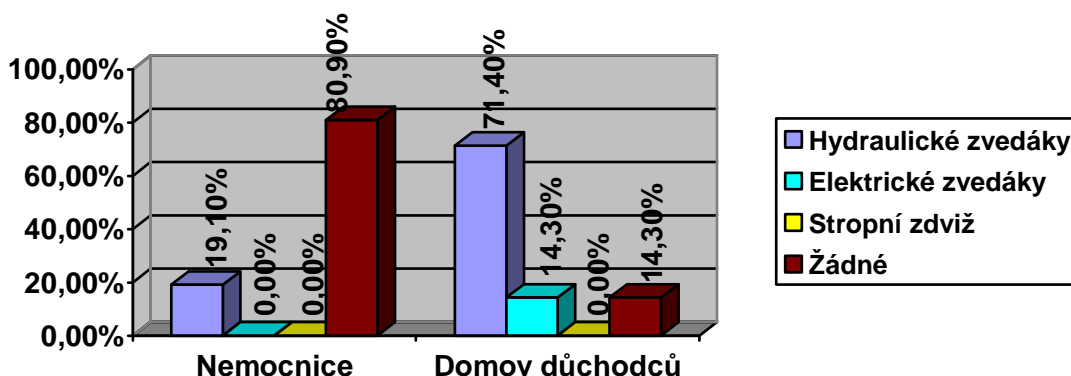
Celkem 47 respondentů - 100%. Semináře o využití kompenzačních pomůcek v nemocnici pravidelně nenavštěvuje nikdo (0%). Ano uvedlo 12 respondentů (25,5%), občas - 15 respondentů (31,9%), ne uvedlo 20 respondentů (42,6%). V domově důchodců uvedlo ano 15 respondentů (30,6%), občas ano - 16 respondentů (32,7%), pravidelně - 1 respondent (2%) a ne uvedlo 17 respondentů (34,7%), 100% zde činí 49 respondentů.

Graf 14: Přehled dostupnosti zvedacího zařízení v nemocnici a v domově důchodců.



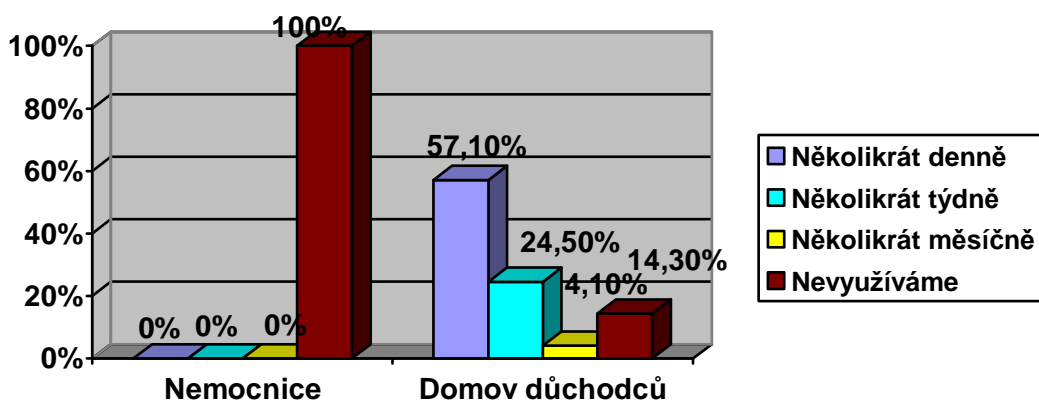
Z grafu je jednoznačné, že zvedací zařízení mají k dispozici převážně v domově důchodců. V nemocnici 100% - 47 sester. Pouze 9 respondentů (19,1%) uvedlo, že mají k dispozici zvedací zařízení, 38 respondentů (80,9%) uvedlo, že žádné zvedací zařízení k dispozici nemají. V domově důchodců 100% - 49 sester. 42 respondentů (85,7%) uvedlo, že zvedací zařízení k dispozici mají a 7 respondentů (14,3%) uvedlo, že ne.

Graf 15: Druhy zvedacích zařízení v nemocnicích a v domově důchodců.



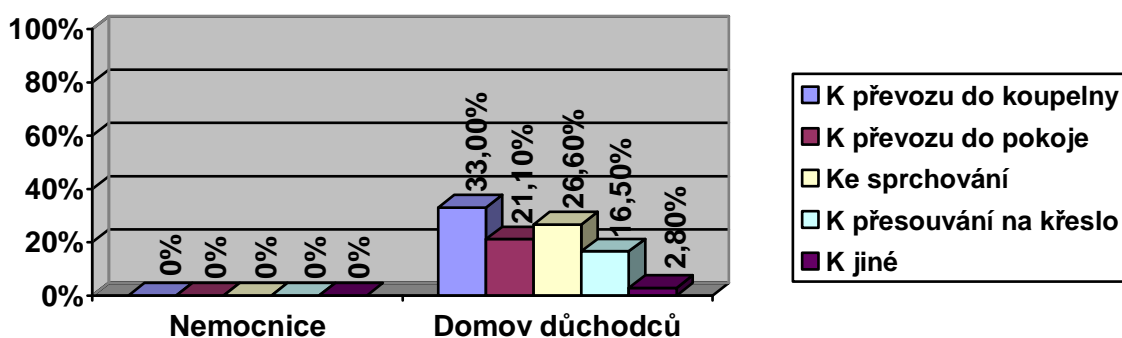
V nemocnici, 100% - 47 respondentů, uvedlo pouze 9 respondentů (19,1%), že vlastní hydraulické zvedáky, 38 respondentů (80,9%) uvedlo, že nevlastní žádné zvedací zařízení. V domově důchodců, 100% - 49 respondentů, uvedlo 35 respondentů (71,4%), že mají k dispozici hydraulické zvedáky, 7 respondentů (14,3%) označilo elektrické zvedáky a 7 respondentů (14,3%) uvedlo, že nemají žádné zvedací zařízení. Stropní zdviž nemají k dispozici ani v nemocnici ani v domově důchodců.

Graf 16: Přehled využití zvedacího zařízení v nemocnici a v domově důchodců.



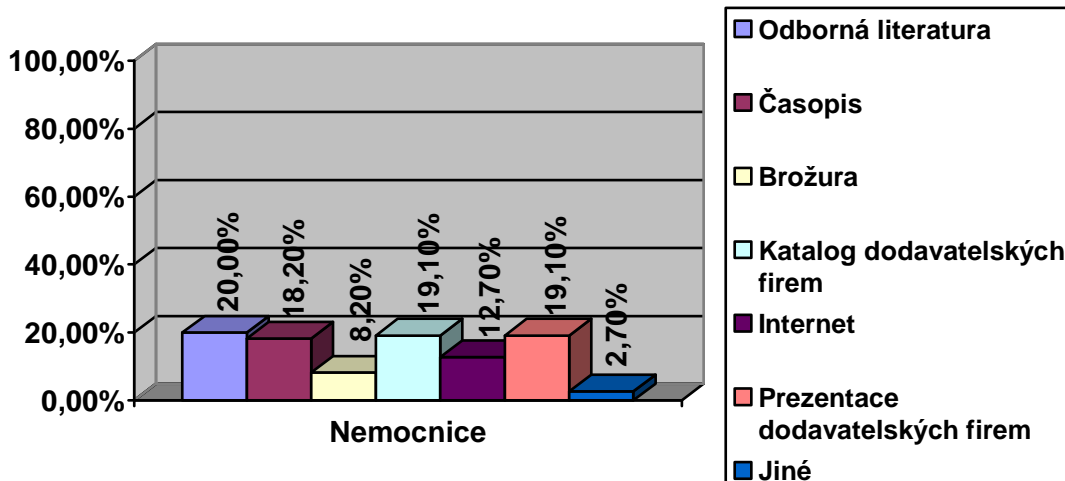
V nemocnici 47 respondentů (100%) uvedlo, že zvedáky nevyužívají. V domově důchodců, jak je patrné z grafu, využívá 28 respondentů (57,1%) hydraulické zvedáky několikrát denně, 12 respondentů (24,5%) uvedlo využití několikrát týdně, 2 respondenti (4,1%) využívají zvedací zařízení několikrát měsíčně a 7 respondentů (14,3%) zvedací zařízení nevyužívá. 100% zde tvoří 49 respondentů.

Graf 17: Přehled činností, ke kterým respondenti využívají zvedací zařízení.



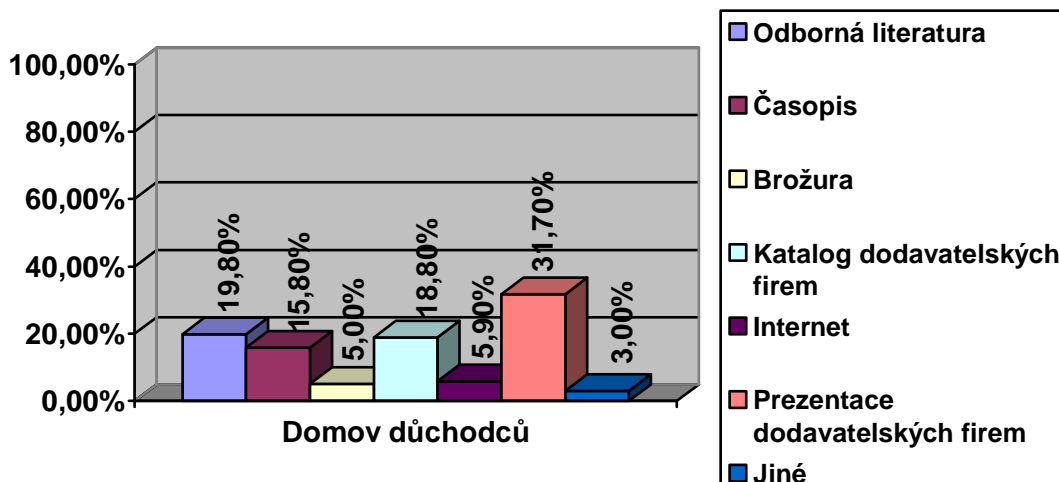
V nemocnici zvedací zařízení nevyužívají (0%). V domově důchodců je zvedací zařízení skutečně využíváno v mnoha činnostech. K převozu do koupelny využívá zvedací zařízení 36 respondentů (33%), k převozu do pokoje - 23 respondentů (21,1%), ke sprchování - 29 respondentů (26,6%), k přesouvání na křeslo - 18 respondentů (16,5%) a k jiné činnosti - 3 respondenti (2,8%). 100% - 109 odpovědí.

Graf 18a: Zdroje informací o kompenzačních pomůckách v nemocnici.



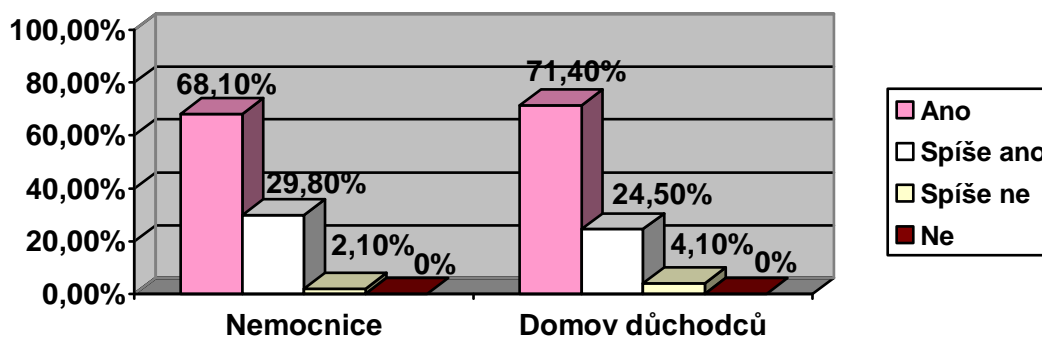
100% - 110 odpovědí. V nemocnici čerpá informace z odborné literatury 22 respondentů (20%), z časopisu - 20 respondentů (18,2%), z brožury - 9 respondentů (8,2%), z katalogu dodavatelských firem - 21 respondentů (19,1%), z internetových stránek - 14 respondentů (12,7%), z prezentace dodavatelských firem - 21 respondentů (19,1%) a z jiných zdrojů - 3 respondenti (2,7%).

Graf 18b: Zdroje informací o kompenzačních pomůckách v domově důchodců.



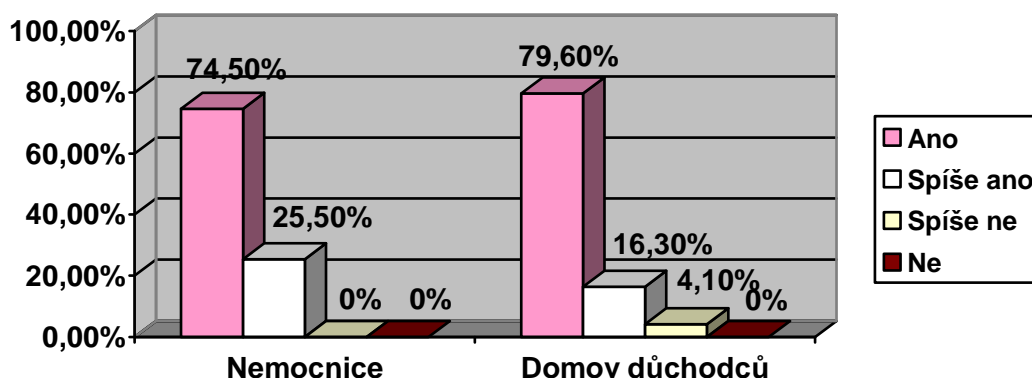
100% - 101 odpovědí. V domově důchodců čerpá informace z odborné literatury 20 respondentů (19,8), z časopisu - 16 respondentů (15,8), z brožury - 5 respondentů (5%), z katalogu dodavatelských firem - 19 respondentů (18,8%), z internetových stránek - 6 respondentů (5,9%), z prezentace dodavatelských firem - 32 respondentů (31,7%) a z jiných zdrojů - 3 respondenti (3,0%).

Graf 19: Radost z používání kompenzačních pomůcek.



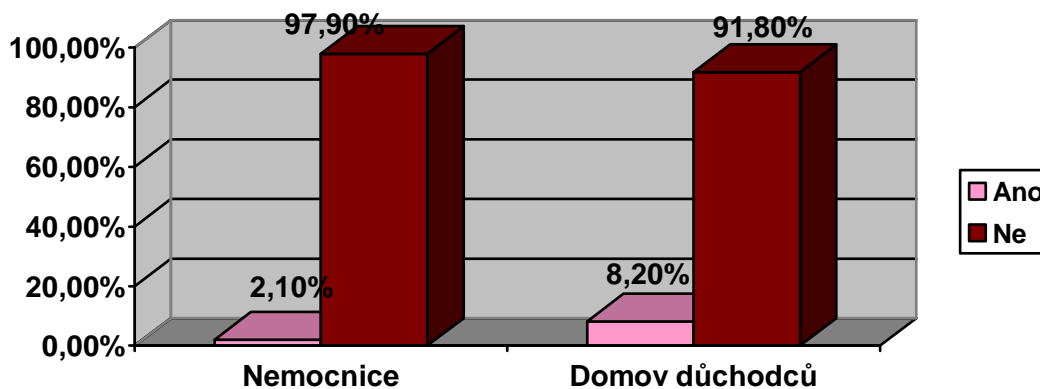
100% - 47 sester. V nemocnici 32 respondentů (68,1%) sdělilo, že při práci rádi pracují s kompenzačními pomůckami. Spíše ano odpovědělo 14 respondentů (29,8%), spíše ne odpověděl 1 respondent (2,1%) a ne nevedl nikdo (0%). V domově důchodců 100% - 49 sester. Ano odpovědělo 35 respondentů (71,4%), spíše ano - 12 respondentů (24,5%), spíše ne - 2 respondenti (4,1%) a ne nevedl nikdo podobně jako v nemocnici (0%).

Graf 20: Názor sester, zda jim kompenzační pomůcky při práci pomáhají.



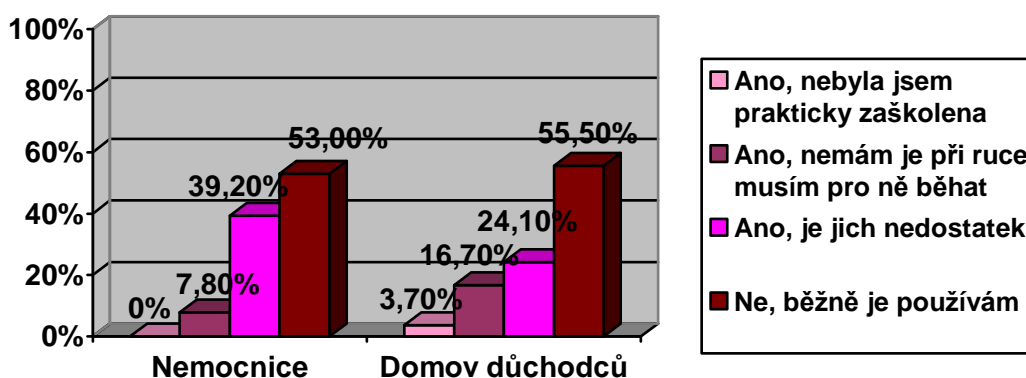
Sestry uznávají kompenzační pomůcky jako pomoc při poskytování ošetrovatelské péče v nemocnicích i v domově důchodců. V nemocnici 100% - 47 sester. Ano odpovědělo 35 sester (74,5%), spíše ano - 12 sester (25,5%) a spíše ne a ne neuvděla žádná ze sester (0%). V domově důchodců 100% - 49 sester. Ano uvedlo 39 sester (79,6%), spíše ano - 8 sester (16,3%), spíše ne - 2 sestry (4,1%) a ne neuvděl nikdo ze sester (0%).

Graf 21: Názor sester, zda je používání kompenzačních pomůcek zdržuje.



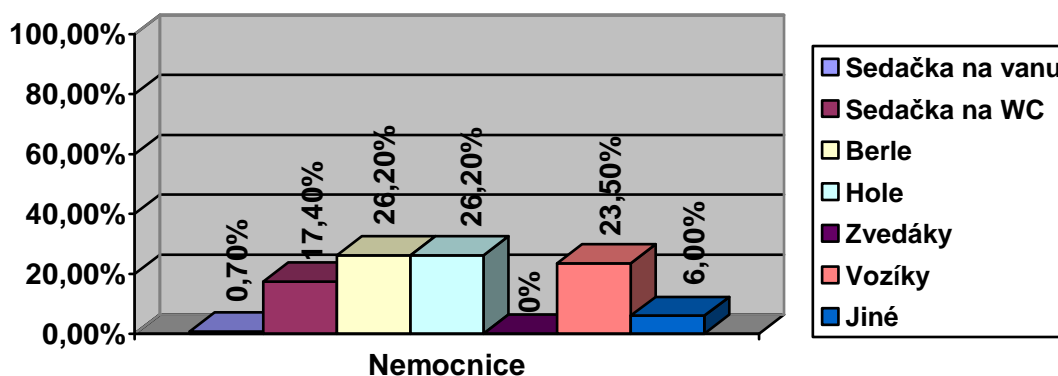
V nemocnici 100% - 47 sester. 1 sestra (2,1%) sděluje, že ji používání kompenzačních pomůcek při práci zdržuje. Ostatních 46 sester (97,9%) sděluje, že je kompenzační pomůcky při manipulaci s pacientem nezdržují. V domově důchodců 100% - 49 sester. 4 sestry odpověděly (8,2%) ano a 45 sester (91,8%) odpovědělo ne.

Graf 22: Problémy respondentů s používáním kompenzačních pomůcek.



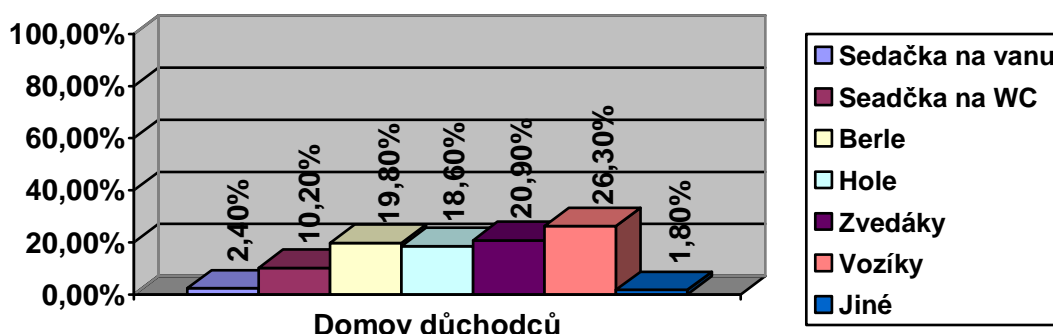
V nemocnici 100% - 51 odpovědí. Žádný respondent neuvedl (0%), že nebyl zaškolen, 4 respondenti (7,8%) mají problém s pomůckami, protože pro ně musí běžat, 20 respondentů (39,2%) má problém, protože je pomůcek nedostatek, 27 respondentů (53,0%) nemá žádný problém a pomůcky běžně používá. V domově důchodců 100% - 54 odpovědí. 2 respondenti (3,7%) nebyli zaškoleni. 9 respondentů (16,7%) nemá pomůcky při ruce a musí pro ně běžat, 13 respondentů (24,1%) uvádí, že je pomůcek nedostatek. 30 respondentů (55,5%) nemá žádný problém a běžně pomůcky používá.

Graf 23a: Přehled nejvíce využívaných kompenzačních pomůcek v nemocnici.



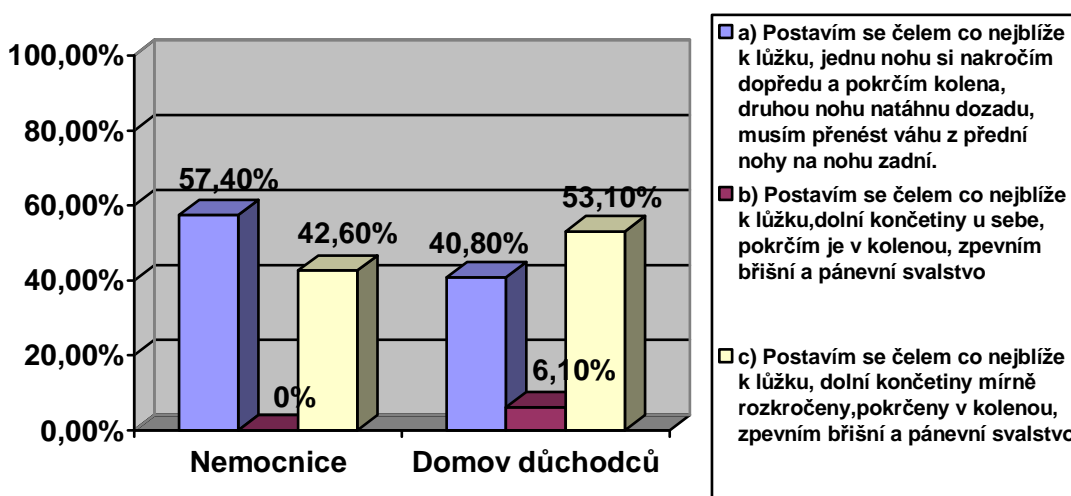
100% - 149 odpovědí. 1 respondent (0,7%) uvedl využívání sedačky na vanu, 26 respondentů (17,4%) uvedlo sedačky na WC, 39 respondentů (26,2%) uvedlo berle, dalších 39 respondentů (26,2%) uvedlo hole, zvedáky nevyužívá nikdo (0%), vozíky označilo 35 respondentů (23,5%) a jiné pomůcky označilo 9 respondentů (6%).

Graf 23b: Přehled nejvíce využívaných kompenzačních pomůcek v domově důchodců.



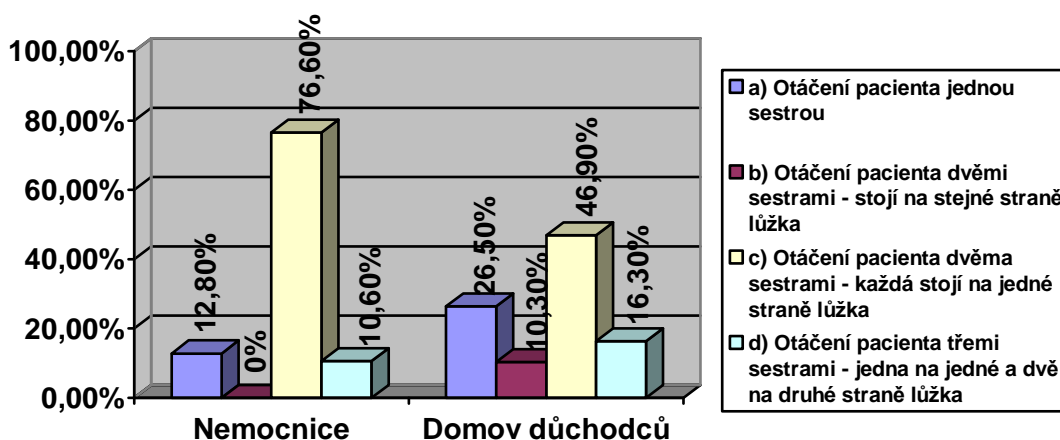
100% - 167 odpovědí. V domově důchodců označili 4 respondenti (2,4%) sedačku na vanu, 17 respondentů (10,2%) sedačku na WC, 33 respondentů (19,8%) označilo berle, 31 respondentů (18,6%) hole, 35 respondentů (20,9%) zvedáky, 44 respondentů (26,3%) vozíky a jiné pomůcky označili 3 respondenti (1,8%).

Graf 24: Postoj respondentů při přenášení imobilního pacienta z lůžka na vozík



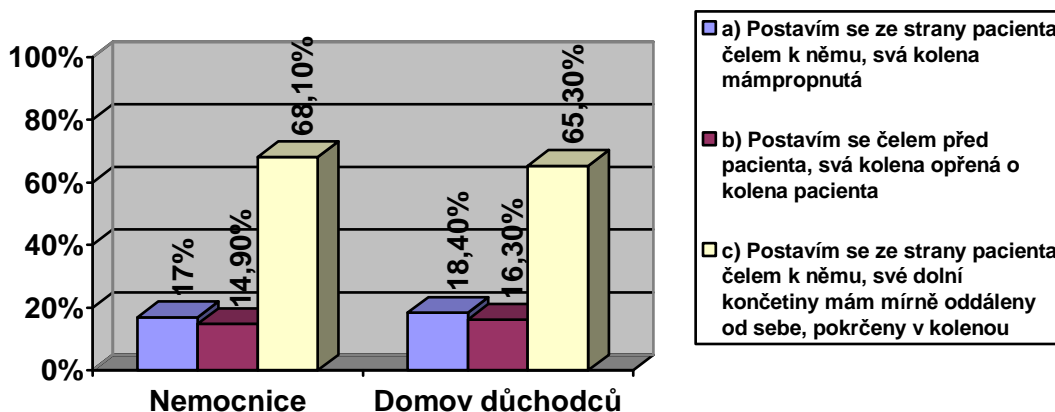
100% - 47 respondentů. V nemocnici odpovědělo 27 respondentů (57,4%), že zaujímá postoj a), za b) nevedl nikdo z respondentů a odpověď c) uvedlo 20 respondentů (42,6%). V domově důchodců odpovědělo na otázku a) 20 respondentů (40,8%), na otázku b) 3 respondenti (6,1%) a na otázku c) 26 respondentů (53,10%). Z možných odpovědí byla správně odpověď a) a c). 100% - 49 respondentů.

Graf 25: V kolika lidech mají respondenti možnost otáčet imobilního pacienta.



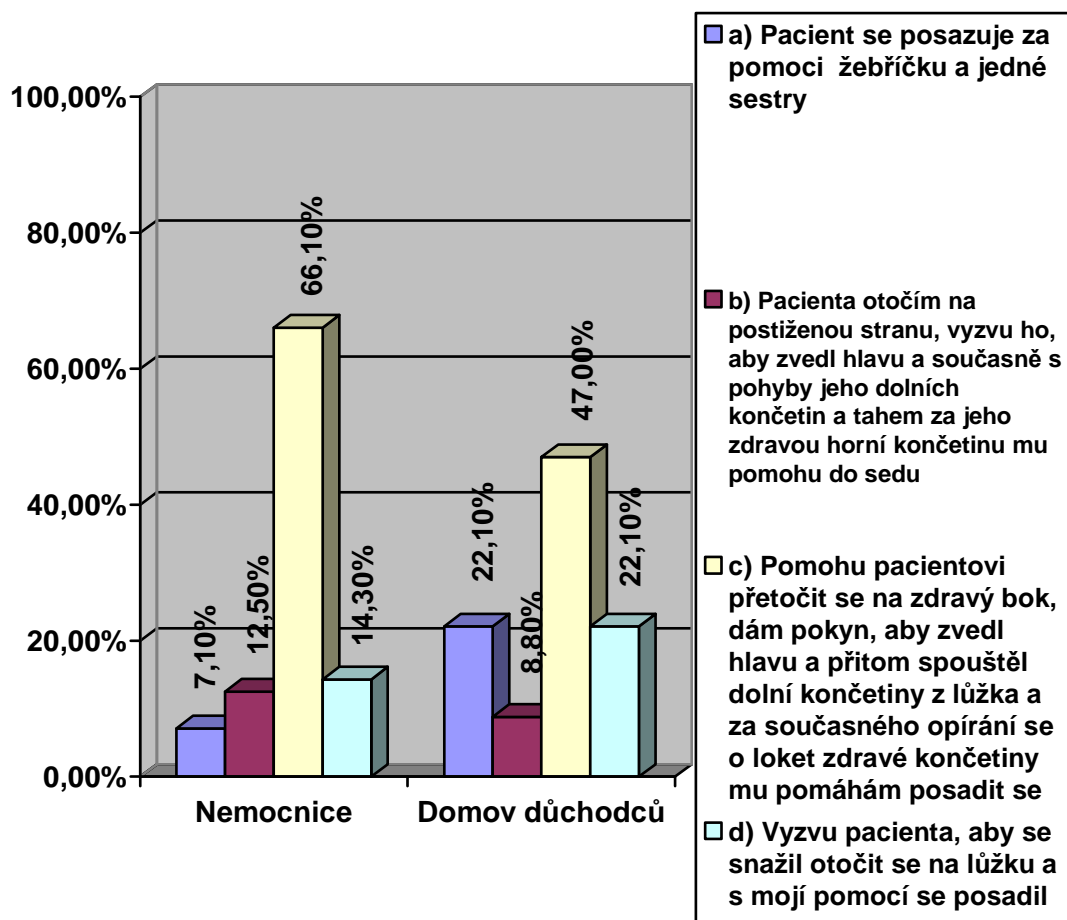
100% - 47 respondentů. V nemocnici uvedlo 6 respondentů (12,8%) odpověď za a), že otáčí pacienta jednou sestrou. Za b) neodpověděl nikdo z respondentů (0%), odpověď c) označilo 36 respondentů (76,6%) a odpověď d) uvedlo 5 respondentů (10,6%). V domově důchodců 100% - 49 respondentů. Odpověď za a) uvedlo 13 sester (26,5%), za b) – 5 sester (10,3%), za c) – 23 sester (46,9%) a za d) – 8 sester (16,3%).

Graf 26: Jaký postoj zaujmají respondenti při zvedání pacientů.



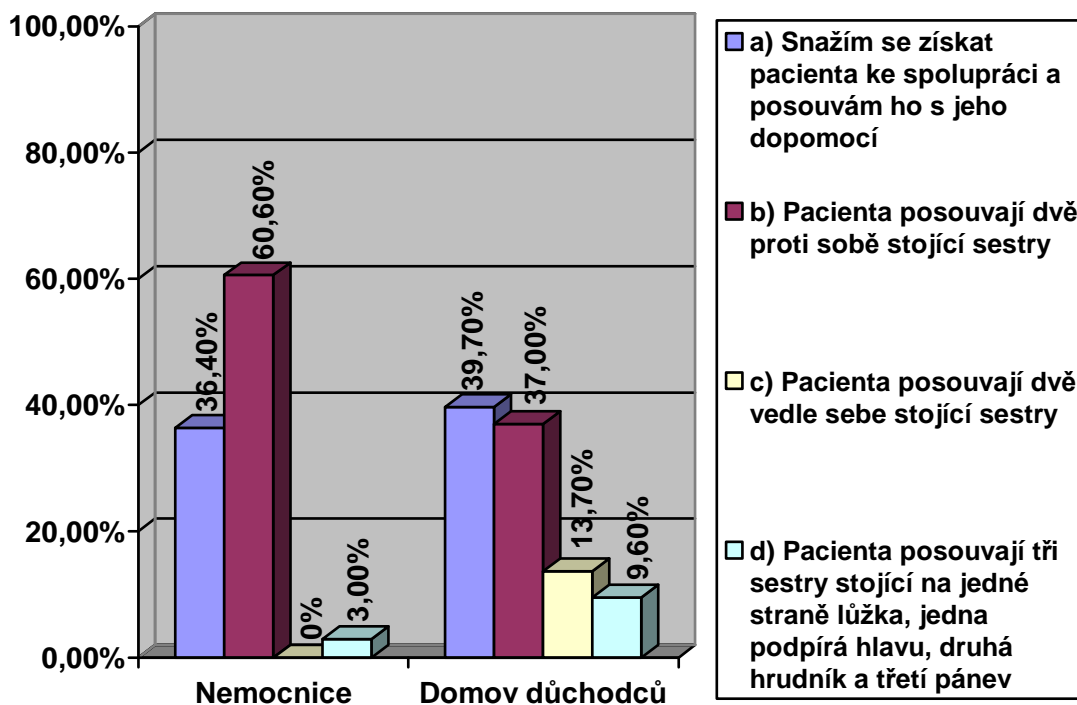
100% - 47 sester. V nemocnici označilo 8 sester (17%) odpověď a), 7 sester (14,9%) označilo odpověď b) a 32 sester (68,1%) označilo odpověď c). V domově důchodců 100% - 49 sester. 9 sester (18,4%) odpovědělo za a), 8 sester (16,3%) uvedlo odpověď za b) a 32 sester (65,3%) uvedlo odpověď za c).

Graf 27: Jakým způsobem respondenti posazují imobilního pacienta.



V nemocnici tvoří 100 % - 56 odpovědí. 4 respondenti (7,1 %) uvedli odpověď a), 7 respondentů (12,5 %) uvedlo za b), 37 respondentů (66,1 %) uvedlo za c) a 8 respondentů (14,3 %) uvedlo za d). V domově důchodců tvoří 100 % - 68 odpovědí. 15 respondentů (22,1 %) uvedlo odpověď a), 6 respondentů (8,8 %) odpověď b), 32 respondentů (47,0 %) odpověď c) a 15 respondentů (22,1 %) odpověď d).

Graf 28: Jakým způsobem posouvají respondenti imobilního pacienta na lůžku.



V nemocnici tvoří 100 % 66 odpovědí. 24 respondentů (36,4 %) uvedlo odpověď a), 40 respondentů (60,6 %) odpověď b), za c) neuvedl nikdo a odpověď d) uvedli 2 respondenti (3,0 %). V domově důchodců tvoří 100 % 73 odpovědí. 29 respondentů (39,7 %) uvedlo odpověď a), 27 respondentů (37,0 %) odpověď b), 10 respondentů (13,7 %) odpověď c) a 7 respondentů (9,6 %) odpověď d).

5. DISKUSE

Ze získaných informací a výsledků vyplývá, že v nemocnici i v domově důchodců tuto náročnou a zodpovědnou práci vykonávají v převážné většině ženy. Muži jsou na těchto pracovištích v minimálním zastoupení. Dle mého názoru v tom hraje důležitou roli nedostatečné finanční ohodnocení. V obou typech zařízení je nejpočetněji zastoupena věková kategorie v rozmezí 46 – 60 let a nejvíce pracovníků zde pracuje po dobu 1 – 5 let, což svědčí o časté obměně sester. Důvodem bude zřejmě odchod mladých pracovníků na mateřskou dovolenou a nemožnost vrátit se od malých dětí do směnného provozu.

Výzkumem bylo prokázáno, že v nemocnici a v domově důchodců jsou k dispozici kompenzační pomůcky usnadňující pohyb imobilnímu pacientovi (graf 5) a více jak 50 % respondentů je také v dotazníku správně označilo. Správné odpovědi sester v nemocnici a domově důchodců se lišily pouze 1,1 % pro domov důchodců. Obě zařízení též disponují s pomůckami usnadňujícími manipulaci s imobilním pacientem. Bohužel, jak v nemocnici, tak v domově důchodců, vybraly sestry ve velké většině nesprávné kompenzační pomůcky k usnadnění manipulace s imobilním pacientem (graf 8) i přesto, že byli téměř všichni respondenti o tom, jak používat kompenzační pomůcky při ošetrovatelské činnosti (graf 9), zaškoleni. Školení dle výsledků výzkumu provádí v nemocnici jednoznačně staniční sestra, v domově důchodců ho provádí vrchní sestra. Téměř vždy bylo školení spojeno s praktickou ukázkou. Uvedené činnosti (graf 12), při kterých v zařízeních využívají kompenzační pomůcky, jsou v celku vyrovnány. Nejvíce se však využívají při polohování a posazování. V nemocnici respondenti uvedli, že nemají k dispozici zvedací zařízení, pouze 9 respondentů uvedlo, že ano, ale je bohužel nevyhovující. Oproti tomu v domově důchodců mají k dispozici zvedací zařízení v 85,7 %. Jsou to většinou hydraulické zvedáky, ale pro manipulaci s imobilním pacientem jsou nepostradatelné. Využívají je několikrát denně, nejčastěji k převozu do koupelny, ke sprchování, k převozu do pokoje a k přesouvání na křeslo. V nemocnici je nevyužívají, protože žádné nemají a nebo ty, které mají, jsou nevyhovující (zastaralé). Respondenti uváděli (graf 18), že čerpají informace převážně z prezentací dodavatelských firem, odborné literatury, katalogů dodavatelských firem

a časopisů. Těž sdělovali, že při své práci rádi používají kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s imobilním pacientem, protože jim pomáhají chránit si své zdraví a zároveň zaručují bezpečnost pacienta. Nemají pocit, že by je kompenzační pomůcky zdržovali v ošetrovatelské činnosti, ale uvádí (graf 22), že je nemají při ruce a nebo, že je jich nedostatek. Při poskytování ošetrovatelské péče sestry využívají nejvíce vozíky, dále pak v obou zařízeních hole, berle, sedačku na WC a v domově důchodců ještě zvedací zařízení (graf 23). Respondenti též měli za úkol zvolit postoj, který zaujmají při přenášení imobilního pacienta z lůžka na vozík. Z odpovědí a grafu 24 je patrné, že sestry mají zkušenosti i informace o tom, jakým způsobem správně manipulovat s imobilním pacientem, neboť při své práci zaujmají postoj, který uvádí literatura (14,20). Respondenti na obou typech zařízení shodně uvádějí, že otáčejí pacienta nejčastěji ve dvou sestřích, kdy každá stojí na jedné straně lůžka. V domově důchodců ještě uváděli jako často používaný úkon otáčení pacienta jednou sestrou. Myslím, že je to díky tomu, že v domově důchodců slouží v noci jedna sestra a musí se spoléhat jen na sebe. V tomto případě je velice nutné, aby sestra znala správný postup manipulace s pacientem, neboť je důležitá nejen bezpečnost pacienta, ale i ochrana jejího zdraví, která tkví v předcházení poškození páteře, což zdůrazňuje i literatura (1,4, 14). Dle mého názoru je zapotřebí sestřím tyto informace průběžně opakovat a zdůrazňovat. Při zvedání pacientů uváděli respondenti, že nejčastěji volí způsob uvedený v grafu 26. Méně často volí způsob, kdy se postaví čelem před pacienta a svá kolena mají opřená o kolena pacienta. Oba způsoby jsou uvedeny v literatuře pro užití při správné manipulaci (20). Při posazování imobilního pacienta uváděli respondenti způsob, při kterém pomohou pacientovi přetočit se na zdravý bok (graf 27). Jak uvádí literatura, jde o správný způsob posazování pacienta. V minimální míře se však sestry na obou typech zařízení snaží posazovat pacienta otáčením na postiženou stranu těla a následně posadit pacienta. Myslím si, že je to škoda a možná to plyne z nevědomosti sester, neboť pro pacienta je důležité, aby se snažil postiženou polovinu těla zapojovat do činností spojených se sebeobsluhou, a tím se co nejdříve smířil se svým zdravotním stavem. Pokud nemocný spolupracuje a má snahu cvičit, nemusí docházet k tomu, že je nemocný zcela odkázán na pomoc jiné osoby. Pracuji v domově důchodců

již 14 let a z vlastní zkušenosti vím, že každý malý úspěch je pro pacienta povzbuzením a znamená i zlepšení jeho psychického stavu, neboť získává pocit, že je sám sobě užitečný a i v tomto stavu něco dokáže. Při posouvání pacienta na lůžku volí respondenti nejčastěji způsob, kdy pacienta posouvají dvě proti sobě stojící sestry. Výzkumem se mi potvrdilo, že se sestry snaží při poskytování ošetrovatelské péče získat pacienta ke spolupráci a posouvají ho s jeho dopomocí (graf 28), jak též uvádí literatura(4,14).

Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že odpovědi na otázky sester v nemocnici se nijak neodlišovali od odpovědí sester v domově důchodců. Proto nebylo možné potvrdit první stanovenou hypotézu, že sestry v domovech důchodců mají více zkušeností se správnou manipulací u imobilního pacienta než sestry v nemocnicích. Znamená to tedy, že jak sestry v nemocnici, tak sestry v domově důchodců mají dostatek zkušeností se správnou manipulací u imobilního pacienta.

Druhá hypotéza, která zněla: hydraulická zvedací zařízení, určená k manipulaci s imobilním pacientem, se využívají více v domovech důchodců než v nemocnicích, byla potvrzena, protože výzkumem bylo zjištěno, že sestry v nemocnici nemají žádná zvedací zařízení.

Třetí hypotéza, že sestry v domovech důchodců mají informace o existenci kompenzačních pomůcek usnadňujících manipulaci s imobilním pacientem více než sestry v nemocnicích, se nepotvrdila, protože jak sestry v nemocnici, tak sestry v domově důchodců nedokázaly spolehlivě odlišit kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s imobilním pacientem od kompenzačních pomůcek usnadňujících pohyb a udržujících polohu pacienta. Svědčí to o tom, že sestry ani z jednoho typu zkoumaného zařízení nemají dostatečné informace o pomůckách usnadňujících manipulaci. O jiných pomůckách však informace mají téměř na stejné úrovni, protože dle výsledků výzkumu je zřejmé, z čeho a v jaké míře sestry informace čerpají. Dle mého názoru je potřeba zaměřit se při školících akcích na to, aby sestry dokázaly odlišit pomůcky určené k manipulaci s imobilním pacientem. Pokud toto jednoznačně pochopí, nebude jim dělat problém pomůcky určit a možná je začnou využívat ještě ve větší míře než doposud.

6. ZÁVĚR

Cíl mé práce, zjistit jestli sestry v domově důchodců a v nemocnici využívají kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s imobilním pacientem, jestli používají kompenzační pomůcky usnadňující pohyb nemocných a zda sestry umí s těmito pomůckami manipulovat a jestli mají informace o existenci dalších kompenzačních pomůcek, byl splněn. Zásadní pozornost byla věnována srovnávání výsledků u sester v nemocnici se sestrami pracujícími v domově důchodců. Na základě výsledků výzkumu jsem první a třetí hypotézu nepotvrdila, druhou ano.

Výsledky bakalářské práce hodlám využít v seminářích pořádaných v domovech důchodců a v nemocnicích, při tom zdůraznit potřebnost zvedacích zařízení i v nemocnicích a dále se zaměřit na problematiku pomůcek určených k manipulaci s imobilním pacientem, neboť v současné době je na trhu výběr tohoto druhu kompenzačních pomůcek opravdu široký. Sama však vím, že tyto pomůcky nepředepíše lékař, ale že je musí zakoupit samotné zařízení poskytující ošetrovatelskou péči. Ve všem tedy hrají důležitou roli finance, ale nemyslím si, že právě v tomto případě je na místě šetřit na pomůckách, které podstatným způsobem pomáhají sestram při jejich činnosti. Myslím, že by sestry měly po zaměstnavateli tyto pomůcky vyžadovat. V seminářích bych se však chtěla také ve větším rozsahu zmínit o imobilních pacientech, kteří mají parézu či plégii poloviny těla. Cílem bude vysvětlit sestram, jak je důležité pro pacienta a nakonec i jeho okolí, aby se jak personál, tak pacient snažil zapojovat při sebeobslužných úkonech právě postiženou polovinu těla. Chci tím vyjádřit závažnost dopadu na pacienta nejen po stránce fyzické ale i psychické. Vhodným řešením problematiky používání kompenzačních pomůcek usnadňujících manipulaci s imobilním pacientem a správná aktivizace pacienta je pravidelná účast sester na odborných seminářích s praktickým zaškolením. S průběhem a s výsledky výzkumné práce jsem velmi spokojena a doufám, že získané informace budou přínosem nejen pro sestry, ale také pro stávající i nové studenty.

Dále mé výsledky výzkumu budou postoupeny řediteli Městského ústavu sociálních služeb v Plzni, který mě požádal o výchozí zprávu za to, že mi umožnil v zařízení sociálních služeb získat podklady důležité pro tuto výzkumnou činnost.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) Červinková, E. a kol. Ošetrovatelské diagnózy. 2. vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno: 2001. 165 s. ISBN 80-7013-332-5.
- 2) Doenges, M.E. Moorhouse, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Přel. O. Mlejnek. 1. vyd. Grada: Avicenum, 1996. 576 s. ISBN 80-7169-294-8.
- 3) Habšudová, M. Integrácia telesne postihnutých pomocou špeciálnych pomôcok. Efeta. Pedagogická universita UK. Bratislava: 1994, roč. 4, č. 1.
- 4) Holeksová, T. Ležící nemocný člověk v domácím prostředí. 1.vyd. Grada Publishing, spol. s r.o., 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6.
- 5) Jersáková, A. Používání kompenzačních pomůcek z pohledu ergoterapeuta. Diagnóza v ošetrovatelství. Odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky. Praha:2006, roč. 1, č. 3, s. 120-121. ISSN 1801-1349.
- 6) Kalvach, Z. Zadák, Z. Jiráček, R. Zavázalová, H. Sucharda, P. a kol. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- 7) Kolektiv autorů. Sborník kongresu V. Gerontologické dny Ostrava s mezinárodní účastí. Dům techniky Ostrava, spol. s r.o.: 10/ 2001. 124 s. ISBN 80-02-01449-9.
- 8) Marečková, J. Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách. 1. vyd. Grada Publishing. Praha:2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- 9) Nebilová, Iveta. Manipulace s imobilními pacienty. Příloha zdravotnické interiéry a pomůcky. Sestra: 2006, roč.16, č. 4, s. 11-12. ISSN 1210-0404.

- 10) Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Přel. Šeclová, S. 1. vyd. Grada Publishing. Praha: 2004. 200 s. ISBN 80-247-0592-3.
- 11) Rozsypalová, M. Staňková, M. a kol. Ošetrovatelství I/1. 2. vyd. Informatorium: 1996. 234 s. ISBN 80-85427-93-1.
- 12) Rozsypalová, M. Staňková, M. a kol. Ošetrovatelství I/2. 2. vyd. Informatorium: 1996. 209 s. ISBN 80-85427-94-X.
- 13) Topinková, E. Neuwirth, J. Geriatrie pro praktického lékaře. 1. vyd. Grada Publishing. Praha: 1995. 304 s. ISBN 80-7169-099-6.
- 14) Tóthová, V. Ošetrovatelství. Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré občany. 1. vyd. J.U. Z.S.F. České Budějovice: 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.
- 15) Trachtová, Eva. A kolektiv. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno: 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
- 16) Votava, Jiří a kolektiv. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vyd. Karolinum. Univerzita Karlova Praha: 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- 17) Votava, J., Krivošíková, M. Hamáčková, L. Smek, D. Technické pomůcky: Jejich indikace a aplikace u osob s tělesným postižením. Postgraduální medicína. Praha: 2004, roč.6, č. 2, s. 135-140. ISSN 1212-4184.
- 18) Votava, J. Rehabilitace osob se zdravotním postižením a využití pomáhající techniky v rámci rehabilitace. Sanquis: 2004, č. 35, s. 42-44. ISSN 1212-6535.

19) Vrána, Š. Transportní a zvedací systémy pro imobilní pacienty. Ortopedická protetika: 2000, roč. 2, č. 3, s. 31-32. ISSN: 1212-6705.

20) World Health Organization. Lemon 3. Přel. Heřmanová, I. Staňková, M. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno:1997.158 s. ISBN 80-7013-244-2.

21) Rehabilitační a ošetrovatelská péče,

<http://www.hospimed.cz/medicina/produkty/beka-hospitec/vakovyzvedak.html>. Květen 1, 2007.

22) <http://aacurat.de/transit1.php>. Květen 1, 2007.

23) <http://www.romedic.com/sv/Produkter/Katalog>. Květen 1, 2007.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Imobilita

Pacient

Kompenzační pomůcka

Sestra

Poloha

Invalidní vozík

Manipulace

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 : Vakový zvedák



Zdroj: (21)

Příloha č. 2: Zvedací židle SASCHA



Zdroj: (21)

Příloha č. 3: Přesouvací zvedák



Zdroj: (22)

Příloha č.4: Lehká klouzavá podložka



Zdoj: (23)

Příloha č. 5: Přemísťovací pás s rukojetí



Zdroj: (23)

Příloha č. 6: Malá skluzavka



Zdroj: (23)

Příloha č. 7: Jistící opasek s úchyty



Zdroj: (23)

Příloha č.8: Podložka s dvěma úchyty na každém konci



Zdroj: (23)

Příloha č. 9: Žebříček



Zdroj: (23)

Příloha č. 10: Jednocestná skluzavka



Zdroj: (23)

Příloha č. 11: Otáčecí disk pod nohy



Zdroj: (23)

Příloha č. 12: Pevná rolovací podložka



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Jmenuji se Romana Jarolínová, jsem studentkou 3.ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích a píším bakalářskou práci na téma: „**Využití kompenzačních pomůcek umožňujících pohyb a manipulaci u imobilního pacienta.**“

Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce a zjišťuje, jak jsou ve vašem zařízení kompenzační pomůcky při manipulaci s imobilním pacientem využívány. **Prosím Vás o vyplnění** všech následujících položek. **Odpovědi označte křížkem.** Dotazník je anonymní a výsledky nebudou zneužity.

Za vyplnění dotazníku Vám předem velmi **děkuji.**

RomanaJarolínová

1. Jste:

- a) Žena
- b) Muž

2. Váš věk:

- a) 18-30 let
- b) 31-45 let
- c) 46-60 let
- d) 60 a více:

3. Pracujete:

- a) Domov důchodců
Oddělení nemocnice:
- b) Ortopedické
- c) Neurologické
- d) Interní
- e) Jiné, prosím uveďte jaké.....

4. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?

- a) 1 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21 – 25 let
- f) 26 – 30 let
- g) 31 a více let

5. Máte k dispozici pomůcky usnadňující pohyb imobilnímu pacientovi?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

6. V případě, že jste uvedl/a v předcházející otázce možnost ano, vyberte z následujících možností jaké kompenzační pomůcky usnadňující pohyb imobilnímu pacientovi máte k dispozici:

- a) Žebříček
- b) Uzdička
- c) Hrazdička
- d) Madla
- e) Podpěrný klín
- f) Bednička
- g) Peroneální páska
- h) Molitanový válec
- i) Korytko
- j) Hole
- k) Berle
- l) Sáčky s pískem
- m) Kolébka
- n) Vícebodová opěrka
- o) Pomůcky systém Romedic
- p) Mobilní zvedáky
- q) Jiné, uveďte prosím jaké.....

7. Máte k dispozici pomůcky usnadňující manipulaci s imobilním pacientem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

8. V případě, že jste uvedl/a v předcházející otázce možnost ano, vyberte z následujících možností jaké kompenzační pomůcky usnadňující manipulaci s imobilním pacientem máte k dispozici:

- a) Žebříček
- b) Uzdička
- c) Hrazdička
- d) Madla
- e) Podpěrný klín
- f) Bednička
- g) Peroneální páska
- h) Molitanový válec
- i) Korytko
- j) Hole
- k) Berle
- l) Sáčky s pískem
- m) Kolébka
- n) Vícebodová opěrka
- o) Pomůcky systém Romedic
- p) Mobilní zvedáky
- q) Jiné, uveďte prosím jaké.....

9. Byl/a jste zaškolen, jak je možné při ošetrovatelské činnosti používat kompenzační pomůcky?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Pokud jste opověděla ano, pokračujte následující otázkou.
Pokud jste odpověděla ne, pokračujte otázkou číslo 12.

10. Kdo Vás školil?

- a) Hlavní sestra
- b) Vrchní sestra
- c) Staniční sestra
- d) Lékař
- e) Fyzioterapeut
- f) Firemní zástupce
- g) Někdo jiný, uveďte prosím kdo.....

11. Bylo školení spojeno s praktickou ukázkou?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

12. Při jaké činnosti nejvíce využíváte kompenzační pomůcky?

- a) Polohování
- b) Posazování
- c) Postavování
- d) Přesouvání na křeslo
- e) Přesouvání na mechanický vozík
- f) Přesouvání na WC křeslo
- g) Chůzi
- h) Při jiné, prosím napište jaké.....

13. Navštěvujete semináře o využití kompenzačních pomůcek?

- a) Ano
- b) Občas ano
- c) Pravidelně
- d) Ne

14. Máte u Vás na oddělení k dispozici zvedací zařízení?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. Jaké zvedací zařízení máte?

- a) Hydraulické zvedáky
- b) Elektrické zvedáky
- c) Stropní zdviž
- d) Žádné

16. Jak často je využíváte?

- a) Několikrát denně
- b) Několikrát týdně
- c) Několikrát měsíčně
- d) Nevyužíváme

17. K jaké manipulaci je využíváte?

- a) K převozu do koupelny
- b) K převozu do pokoje
- c) Ke sprchování
- d) K přesouvání na křeslo
- e) K jinému, uveďte prosím jaké.....

18. Ze kterých zdrojů víte o existenci kompenzačních pomůcek?

- a) Odborná literatura
- b) Časopis
- c) Brožura
- d) Katalog dodavatelství firem
- e) Internet
- f) Prezentace dodavatelství firem
- g) Jiné, uveďte prosím jaké.....

19. Pracujete rádi s kompenzačními pomůckami při manipulaci s imobilními pacienty?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

20. Myslíte si, že Vám tyto pomůcky pomáhají při poskytování ošetrovatelské péče?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

21. Zdržuje Vás používání kompenzačních pomůcek při manipulaci s pacientem?

- a) Ano
- b) Ne

22. Máte nějaký problém s používáním kompenzačních pomůcek?

- a) Ano, nebyla jsem prakticky seznámena s jejich používáním
- b) Ano, nemám je při ruce, musím pro ně běžat
- c) Ano, je jich nedostatek
- d) Ne, běžně je používám

23. Které kompenzační pomůcky při manipulaci s imobilním pacientem nejvíce využíváte?

- a) Sedačka na vanu
- b) Sedačka na WC
- c) Berle
- d) Hole
- e) Zvedáky
- f) Vozíky
- g) Jiné, prosím uveďte jaké.....

24. Jaký postoj zaujímáte při přenášení imobilního pacienta z lůžka na vozík?

- a) Postavím se čelem co nejbližší k lůžku, jednu nohu si nakročím dopředu a pokrčím kolena, druhou nohu natáhnu dozadu, musím přenést váhu z přední nohy na nohu zadní
- b) Postavím se čelem co nejbližší k lůžku, dolní končetiny u sebe, pokrčím je v kolenou, zpevním břišní a pánevní svalstvo
- c) Postavím se čelem co nejbližší k lůžku, dolní končetiny mírně rozkročeny, pokrčeny v kolenou, zpevním břišní a pánevní svalstvo

25. S kolika osobami máte možnost otáčet imobilního pacienta?

- a) Otáčení pacienta jednou sestrou
- b) Otáčení pacienta dvěma sestrami - stojí na stejné straně
- c) Otáčení pacienta dvěma sestrami – každá stojí na jedné straně lůžka
- d) Otáčení pacienta třemi sestrami – jedna na jedné a dvě na druhé straně lůžka

26. Jaký postoj zaujímáte při zvedání pacientů?

- a) Postavím se ze strany pacienta čelem k němu, svá kolena mám propnutá
- b) Postavím se čelem před pacienta, svá kolena opřená o kolena pacienta
- c) Postavím se ze strany pacienta čelem k němu, své dolní končetiny mám mírně oddáleny od sebe, pokrčeny v kolenou

27. Jakým způsobem posazujete imobilního pacienta?

- a) Pacient se posazuje za pomoci žebříčku a jedné sestry
- b) Pacienta otočím na postiženou stranu, vyzvu ho, aby zvedl hlavu a současně s pohyby jeho dolních končetin a tahem za jeho zdravou horní končetinu mu pomohu do sedu
- c) Pomohu pacientovi přetočit se na zdravý bok, dám pokyn, aby zvedl hlavu a přitom spouštěl dolní končetiny z lůžka a za současného opírání se o loket zdravé končetiny mu pomáhám posadit se
- d) Vyzvu pacienta, aby se snažil otočit se na lůžku a s moji pomocí se posadil

28. Jakým způsobem posouváte imobilního pacienta na lůžku?

- a) Snažím se získat pacienta ke spolupráci a posouvám ho s jeho dopomocí
- b) Pacienta posouvají dvě proti sobě stojící sestry
- c) Pacienta posouvají dvě vedle sebe stojící sestry
- d) Pacienta posouvají tři sestry stojící na jedné straně lůžka, jedna podpírá hlavu, druhá hrudník a třetí pánev