



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Bezpečí při mobilizaci a polohování pacienta

Vypracoval: Bc. Blanka Hřebejková

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

České Budějovice 2015

Abstrakt

Polohování pacienta je jednou z nejběžnějších denních činností všeobecných sester, které vykonávají při poskytování ošetrovatelské péče pacientům. Zároveň se však jedná i o jednu z nejnáročnějších činností při realizaci ošetrovatelského procesu. Z tohoto důvodu je ohroženo bezpečí samotného pacienta i ošetřujícího personálu. Tato diplomová práce se zaměřuje především na ohrožení bezpečí ošetřujícího personálu. Jedná se mimo jiné o vysoké riziko úrazu při polohování a riziko rozvoje muskuloskeletálních poruch (dále jen MSD), které mohou vést až k dlouhodobé pracovní neschopnosti člena zdravotnického personálu.

Teoretická část diplomové práce je rozdělena do čtyř částí. První část popisuje především potřebu bezpečí a jistoty a také faktory, které tuto potřebu u člověka ovlivňují. Je zde také poukázáno na skutečnost, že při neuspokojení této potřeby se mohou u jedince objevit psychické odezvy negativního charakteru. Dále je pozornost zaměřena na zajišťování bezpečí při poskytování ošetrovatelské péče, a to zejména při polohování pacientů. V souvislosti s bezpečím při této činnosti je v této diplomové práci jedna část věnována kinestetické mobilizaci, která nabízí trochu jiný pohled na polohování a manipulaci s pacientem. V poslední kapitole teoretické části jsou shrnuty poznatky týkající se prevence poškození zdraví všeobecných sester při poskytování ošetrovatelské péče.

Předkládaná diplomová práce má stanoveny tři cíle, které byly formulovány následovně. Cíl 1: Zjistit, zda sestry při manipulaci s pacientem využívají principy kinestetiky. Cíl 2: Zjistit, zda sestry podle svého názoru mají dostatek pomůcek k zajištění bezpečí při manipulaci s pacientem a jeho polohování pacienta. Cíl 3: Zmapovat příčiny využívání nešetrných technik polohování pacienta. Na základě těchto cílů byla stanovena výzkumná otázka a tři hypotézy. Výzkumná otázka: Jaké jsou možnosti pro zlepšení manipulace s pacientem a jeho polohování pacienta v rámci ošetrovatelského procesu? Hypotéza 1: Využití kinestetiky je závislé na typu oddělení. Hypotéza 2: Sestry využívají špatné techniky polohování i přes vědomí, že mohou poškodit zdraví své i pacienta. Hypotéza 3: Nedostatek času je nejčastější příčinou využívání nešetrného způsobu polohování.

Za účelem naplnění cílů bylo provedeno kvantitativní výzkumné šetření, pro které byla zvolena dotazníková metoda sběru dat. Dotazníky byly určené pro všeobecné sestry pracující na oddělení chirurgie, interny a oddělení následné péče. Dotazník tvořilo 22 otázek, z toho byly 4 otázky otevřené, 4 otázky polo-otevřené a zbývajících 14 otázek bylo uzavřených.

Výzkumné šetření probíhalo v 7 nemocnicích Jihočeského kraje, a to konkrétně v Nemocnici České Budějovice, a. s., Nemocnici Český Krumlov, a. s., Nemocnici Dačice, a. s., Nemocnici Jindřichův Hradec, a. s., Nemocnici Písek, a. s., Nemocnici Prachatice, a. s., a Nemocnici Tábor, a. s. Celkem bylo do těchto nemocnic rozdáno 340 dotazníků a vráceno jich bylo 221. Návratnost byla 65 % a pro neúplnost některých informací jich bylo 12 zcela vyřazeno. Konečný výzkumný soubor tedy tvořilo 209 vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků byla celkem 61 %. Získaná data byla zpracována a vyhodnocena v programu Microsoft Excel 2013 a následně statisticky analyzována pomocí chí kvadrát testu. Výsledky byly zpracovány do grafů.

Na základě výsledků můžeme konstatovat, že hypotéza 1 se potvrdila. Zjistili jsme, že kinestetika se nejvíce využívá na oddělení následné péče. Nejméně naopak na oddělení chirurgie. To je pravděpodobně zapříčiněno odlišnou skladbou pacientů na těchto odděleních.

Hypotéza 2 byla pro účely testování rozdělena na dvě pracovní hypotézy. H2a: 60 % sester ví, že klasické principy polohování mohou poškodit jejich zdraví. Tato hypotéza byla vyvrácena. Platí tedy H_A : Znalost sester o riziku poškození zdraví není 60%. Z výsledků výzkumu bylo dále zjištěno, že téměř tři čtvrtiny (74 %) sester vědí, že polohování může poškodit jejich zdraví. Poté, co byly s těmito hodnotami porovnány i výsledky z otázek č. 13 a 14, je možné tvrdit, že sestry mají povědomí o tom, že klasické, denně využívané postupy jsou nešetrné, a mohou tak poškodit jejich zdraví, a přesto tyto postupy využívají nejčastěji.

Druhá část hypotézy 2, tedy H2b: 60 % sester ví, že klasické principy polohování mohou poškodit zdraví pacienta, byla také vyvrácena, a platí tedy H_A : Znalost sester o riziku poškození zdraví pacienta není 60%. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že pouze 24 % sester považuje klasický způsob polohování za rizikový pro

zdraví pacienta. Domníváme se, že si sestry příliš neuvědomují možné důsledky nešetrného polohování, které může poškodit i zdraví pacienta, přičemž tato skutečnost může zbytečně prodloužit hospitalizaci nemocného a zhoršit kvalitu péče, vnímanou pacientem samotným.

Hypotéza 3 byla naším výzkumným šetřením vyvrácena. Jako nejčastější příčinu pro využívání nešetrného postupu při polohování vidí sestry především nedostatek personálu.

Výzkumnou otázku se nám podařilo zodpovědět pomocí analýzy literatury v teoretické části a provedením dotazníkového šetření v rámci praktické části této diplomové práce.

Ze získaných výsledků můžeme soudit, že práce všeobecné sestry je velice fyzicky náročná a právě polohování pacientů patří mezi nejtěžší úkony, které sestra při poskytování ošetrovatelské péče provádí. V souvislosti s tím jsme zjistili, že sestry se příliš nepokouší si polohování usnadnit, protože dostatečně nevyužívají polohovací pomůcky, které by jim práci usnadnily a pomohly k lepšímu výslednému efektu. Stále nejčastěji využívají klasických polohovacích technik, které jsou zaměřeny především na to, aby se polohování provedlo co nejrychleji, ale o to méně jsou pro sestru i pacienta bezpečné. Také bylo zjištěno, že sestry většinou neznají kinestetiku, která polohování činí příjemnějším a šetrnějším a která pomáhá i v uzdravování pacienta.

Je potřeba, aby se polohovacím technikám věnovala větší pozornost na každém pracovišti i v rámci studia všeobecných sester, protože je důležité snažit se o to, aby se u sester nerozvíjely obtíže, které mohou špatné techniky polohování způsobovat. Ty totiž následně mohou vést až k dlouhodobé pracovní neschopnosti a to je v souvislosti s nedostatkem sester v našich nemocnicích nežádoucí.

Výstupem z této diplomové práce bude odborný článek publikovaný v odborném časopise a prezentace na odborné konferenci.

Klíčová slova: ošetrovatelská péče – polohování – mobilizace – pacient – kinestetika – bezpečí

Abstract

Patient positioning is one of the most common daily activities of nurses that they perform while providing nursing care to patients. At the same time, however, it is also one of the most challenging activities in the implementation of the nursing process. Therefore, the safety of a patient himself and nursing staff is in danger. This thesis focuses mainly on threats to the safety of nursing personnel. These include a high risk of injury when positioning and the risk of developing musculoskeletal disorders (MSD), which can lead to a long-term sickness of the member of the medical staff.

The theoretical part is divided into four parts. The first part describes in particular the need for safety and security, as well as factors that have an influence on this human need. There is also pointed out that, if this need is not satisfied, a psychological response of negative nature may occur in an individual. Attention is focused also on ensuring safety while providing nursing care, especially when positioning patients. In connection with safety during this activity, a section in this thesis is devoted to the kinaesthetic mobilization, which offers a slightly different view of the positioning and patient handling. In the last chapter of the theoretical part, findings concerning the prevention of damage to health nurses in providing nursing care are summarized.

The thesis has three objectives that were formulated as follows. Objective 1: Determine whether nurses use kinaesthetic principles during a patient handling. Objective 2: Determine whether nurses, in their opinion, have enough equipment to ensure safety during patient handling and positioning. Objective 3: Map the causes of the use of inconsiderate patient positioning techniques. Based on these objectives, the research question and three hypotheses were set. Research question: What are the possibilities for improving patient handling and positioning within the nursing process? Hypothesis 1: The use of kinaesthetic depends on the type of department. Hypothesis 2: Nurses use bad positioning techniques despite their knowledge that they can harm their health and also patient's. Hypothesis 3: Lack of time is the most common cause of the use of the inconsiderate method of positioning.

In order to fulfil the objectives, a quantitative research, for which we choose the questionnaire method of data collection, was conducted. The questionnaires were designed for nurses working in the department of surgery, internal medicine and the department of aftercare. The questionnaire consisted of 22 questions, of which 4 questions were open, 4 were semi-open questions, and the remaining 14 questions were closed.

The survey was carried out in 7 hospitals of South Bohemia, namely České Budějovice Hospital, a. s., Český Krumlov Hospital, a. s., Dačice Hospital, a. s., Jindřichův Hradec Hospital, a. s., Písek Hospital, a. s., Prachatice Hospital, a. s., and Tábor Hospital, a. s. In total, 340 questionnaires were distributed into these hospitals and 221 have been returned. The return was 65% and 12 questionnaires were totally disabled for the incompleteness of some information. The final research sample, therefore, consisted of 209 completed questionnaires. The rate of return was 61%. The obtained data were processed and analysed using Microsoft Excel 2013, then analysed statistically using the chi-square test. The results were processed into graphs.

Based on the results, we can conclude that the hypothesis 1 is confirmed. We found that kinaesthetic is used most in aftercare departments. On the contrary, surgery departments use it the least. This is probably due to a different composition of patients on these wards.

Hypothesis 2 was, for testing purposes, divided into two working hypotheses. H2a: 60 % nurses know that classical principles of positioning can damage their health. This hypothesis has been disproved. A corollary is H_A : Knowledge of nurses about the risk of an injury is not 60%. The research has also revealed that almost three quarters (74 %) of the nurses know that positioning can damage their health. After these results were compared with the results of the questions Nos. 13 and 14, it can be argued that even though the nurses are aware that the classic, daily used practices are inconsiderate and can damage their health, they use these procedures most frequently.

The second part of the hypothesis 2, i.e. H2b: 60 % nurses know that the classical principles of positioning can damage the health of the patient, has also been refuted, and

thus applies H_A : Knowledge of nurses about the risk of an injury to the patient is not 60%. The results of the survey showed that only 24 % nurses consider the classic method of positioning a risk to patient's health. We believe that the sisters are too unaware of the possible consequences of inconsiderate positioning that can damage the health of a patient, while this fact may needlessly prolong hospitalization of the patient and worsen the quality of care, as perceived by the patient.

Hypothesis 3 was, through our research survey, refuted. Sisters see the most frequent reason for using the inconsiderate positioning procedure in the lack of staff.

We managed to answer the research question by analysing literature in the theoretical part and performing the survey in the practical part of this thesis.

On the basis of the results obtained, we can conclude that the work of a nurse is physically very demanding and that the patient positioning counts to the most difficult tasks performed by the nurse while providing nursing care. In connection with this, we found out that nurses do not attempt to facilitate positioning very much as they do not sufficiently use positioning aids, which would facilitate the work and helped to improve the final effect. They still most commonly use conventional positioning techniques that are focused primarily on performing the positioning as quickly as possible, but much less on the nurse and patient safety. It was also found that nurses are mostly unaware about kinaesthetic, which makes positioning more pleasant and friendlier and which assists in the process of patient healing.

It is needed to pay more attention to the positioning techniques at each department and also within the study of nurses, because it is important to try to ensure that the problems that poor positioning techniques can cause will not develop. These can lead to long-term disablement and it is, in connection with the shortage of nurses in our hospitals, undesirable.

An output of this thesis will be an expert article published in a professional journal and a presentation at a professional conference.

Keywords: nursing care – positioning – mobilization – patient – kinaesthetic – safety.

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích dne 14. 8. 2015

.....

Blanka Hřebejková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Marii Trešlové za odborné vedení, cenné rady a nápady a také za její podporu během zpracovávání této diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Olze Dvořáčkové za její pomoc při zpracování výzkumné části této práce. V neposlední řadě děkuji své rodině za její podporu během celého mého studia.

Obsah

Úvod.....	13
1 Současný stav.....	14
1.1 Bezpečí a jistota v ošetrovatelství.....	14
1.1.1 Potřeba bezpečí a jistoty	14
1.1.2 Faktory ovlivňující potřebu bezpečí a jistoty	16
1.1.3 Psychická odpověď na neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí.....	19
1.2 Zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví sester při práci	22
1.2.1 Bezpečnost a ochrana zdraví při práci	23
1.2.2 Pohyb a tělesná aktivita	25
1.2.3 Účel polohování a mobilizace.....	28
1.2.4 Bezpečnost při manipulaci s pacientem.....	30
1.2.5 Polohovací pomůcky.....	32
1.3 Kinestetická mobilizace	34
1.3.1 Šest kinestetických principů	37
1.3.2 Tři fáze mobilizace	41
1.4 Prevence poškození zdraví sestry	42
2 Cíl práce a hypotézy	44
2.1 Cíle práce	44
2.2 Výzkumná otázka a hypotézy	44
3 Metodika	45
3.1 Použité metody a techniky	45
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	45
4 Výsledky výzkumu	46
4.1 Grafické znázornění výsledků	46
4.2 Statistické vyhodnocení hypotéz	57

4.2.1	Hypotéza 1	57
4.2.2	Hypotéza 2	58
4.2.3	Hypotéza 3	60
5	Diskuze	61
6	Závěr	69
7	Seznam informačních zdrojů	71
8	Seznam příloh	77

Seznam použitých zkratek

ANA – Americká asociace sester

BOZP – bezpečnost a ochrana při práci

EU – OSHA – Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci

MSD – muskuloskeletální poruchy

Úvod

Téma diplomové práce „Bezpečí při mobilizaci a polohování pacienta“ jsem si zvolila proto, že práce všeobecné sestry je fyzicky velice náročná, a je tedy nutné hledat možnosti, jak docílit snížení fyzické zátěže při poskytování ošetrovatelské péče. Všeobecná sestra totiž často poskytuje ošetrovatelskou péči pacientům, kteří mají určitý pohybový deficit či jsou zcela imobilní, a je proto potřeba je mobilizovat a pravidelně polohovat. Předchází se tím především komplikacím, které vycházejí z imobility, ale slouží to také k tomu, aby se podporovala a rozvíjela pacientova soběstačnost, například polohováním k běžným denním činnostem, jako jsou hygiena či přijímání potravy. To je však velice náročné nejen pro sestru, ale i pro samotného pacienta. Jako jedna z možností, jak redukovat fyzickou zátěž při polohování, se nabízí využívání dostupných pomůcek pro usnadnění manipulace s pacientem při polohování. Tyto pomůcky mohou mnohdy velice zjednodušit a ulehčit polohování pacienta a tím snížit fyzickou zátěž sester, a slouží tedy jako nástroj k prevenci poškození zdraví. Druhou možnost snížení fyzické zátěže sester vidím ve využití kinestetické mobilizace v ošetrovatelské péči.

Teoretická část této práce se zaměřuje především na potřebu bezpečí v ošetrovatelství, tj. zajištění bezpečnosti při práci všeobecné sestry a prevence poškození zdraví pacienta při polohování a mobilizaci. Dále se v teoretické části zabýváme problematikou polohování a mobilizací pacientů pomocí kinestetiky. Výzkumná část je zaměřena právě na využívání principů kinestetiky v ošetrovatelství. Také se ve výzkumné části pokoušíme zjistit, zda mají sestry dostatek polohovacích pomůcek k zajištění bezpečí při manipulaci a polohování a jaký kladou důraz na prevenci poškození svého zdraví a zdraví pacientů. Pro realizaci této práce byl zvolen kvantitativní výzkum metodou dotazníků. Výzkumný soubor tvořily sestry z nemocnic Jihočeského kraje.

1 Současný stav

1.1 Bezpečí a jistota v ošetrovatelství

Pocit bezpečí můžeme popsat jako určité prožívání stavu či situace, kdy má jedinec přiměřenou kontrolu nad fyzickým, materiálním i psychickým ohrožením. Jedná se o dynamický stav, nejen o absenci rizika nebo úrazu. Opakem tohoto stavu je pocit ohrožení či nebezpečí, jež lze definovat jako jistou potenciální energii, která může způsobit jedinci nějaké poškození (Sedlářová a kol., 2008). V ošetrovatelství se téměř veškerá pozornost v této oblasti zaměřuje na bezpečí ošetrovaných pacientů. Mnohem menší pozornost se pak věnuje bezpečnosti ošetrojícího personálu, i když jak uvádí EU-OSHA (2015): „*Odvětví zdravotnictví dnes zaměstnává přibližně 10 % všech pracovníků v celé EU. Více než tři čtvrtiny z nich jsou ženy.*“ Práce ve zdravotnictví a poskytování ošetrovatelské péče s sebou svou povahou přináší ohrožení zdraví širokou škálou rizik, jako jsou biologická rizika (infekce), chemická a fyzická rizika, ergonomická rizika při manipulaci s pacienty a psychosociální rizika (práce na směny, riziko násilí). Z evropských výzkumů vyplývá, že podíl pracovníků ve zdravotnictví, kteří se domnívají, že jejich zdraví a bezpečnost jsou v důsledku práce ohroženy, je vyšší než průměr za veškerá odvětví v Evropské unii. Proto je důležité, aby zdraví a bezpečnost byly ve zdravotnictví prioritou všech zúčastněných (EU-OSHA, 2015).

1.1.1 Potřeba bezpečí a jistoty

Potřebu můžeme definovat jako projev určitého nedostatku, chybění něčeho. Tento nedostatek, a tedy výskyt nesaturované potřeby, ovlivňuje psychiku jedince včetně pozornosti, myšlení, emocí, volných procesů a tím ovlivňuje i vzorec jednání člověka (Trachtová, 2001). Potřebu je také možno chápat jako něco potřebného, užitečného, nevyhnutelného pro životní existenci. Z psychologického hlediska se potřeba považuje za základní formu motivu chování. Motiv pobízí a usměrňuje chování a jednání člověka k saturaci určité potřeby či dosáhnutí nějakého cíle.

Porozumění potřebám ve všech jejich významech je velice důležité pro práci sestry, pokud chce ošetrovatelskou péči poskytovat v souladu s holistickým pojetím ošetrovatelství. Je tedy nutné, aby sestra měla dostatečné teoretické znalosti v oblasti potřeb, protože ty jí pomohou porozumět pacientům a jejich chování, ale také sobě samé. Tyto znalosti jsou základem pro posouzení chování, reakcí a životních priorit pacientů a následné plánování ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského procesu (Plevová, 2011). Holistické pojetí ošetrovatelství předkládá názor, že potřeby člověka musí být v rovnováze. Pokud tedy dojde k porušení této rovnováhy, dochází k negativnímu ovlivnění jedince jako celku a ke vzniku nemoci (Tomagová, 2008).

Potřeba bezpečí a jistoty vychází z hierarchie potřeb dle Abrahama H. Maslowa. Abraham H. Maslow byl psycholog, který v roce 1943 popsal teorii lidských potřeb, která objasňuje vztah mezi jednoduchými základními potřebami a potřebami vyšší úrovně. Tento vztah popsal jako progresi od jednoduchých fyzických potřeb ke složitějším (estetickým) potřebám. Tento vývoj nazval hierarchie potřeb, kde jsou potřeby seřazeny podle své důležitosti. Před uspokojováním potřeb vyšší úrovně je zapotřebí uspokojit potřeby základní, jejichž uspokojení je nutné pro přežití jedince, například zajištění kyslíku a potravy. Kupříkladu člověk, který je velmi hladový, se nebude zabývat čistotou či učením se, dokud bude mít pocit hladu (Rosdahl, Kowalski, 2008). Maslowova hierarchie je uspořádána do pyramidy o 5 stupních. Potřeba bezpečí a jistoty je zařazena hned na druhý stupeň za potřeby fyziologické. Tato potřeba je vymezena jako snaha vyhnout se neznámému, neobvyklému či potenciálně ohrožujícímu, a to jak ve fyzické, tak v psychické oblasti. Do této potřeby patří potřeba bezpečí, řádu a celkové jistoty. Na dalších stupních pyramidy jsou potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání a úcty a na úplném vrcholu je potřeba sebeaktualizace či jinak seberealizace. Všechny tyto potřeby úzce souvisejí s naplněním potřeby bezpečí (Vágnerová, 2004).

Potřeba bezpečí a jistoty vychází z předpokladu, že člověk má tendenci mít životní situace alespoň v určité míře pod kontrolou. Situaci, kterou jedinec prožívá jako nejistou, nebezpečnou, chaotickou či neočekávanou, nelze snášet dlouhodobě, proto je možné potřebu bezpečí a jistoty charakterizovat také jako touhu po stabilitě, ochraně,

pořádku, potřebu oprostít se od strachu a úzkosti. Pokud jedinec dlouhodobě vnímá pocit nejistoty, může dojít k vyvolání frustrace a stresu (Tomagová, 2008). Potřebu bezpečí a jistoty můžeme rozčlenit na potřebu vyhnout se ohrožení, potřebu ochrany zdraví, potřebu důvěry, soběstačnosti, potřebu informací a orientace, potřebu podnětů, potřebu vlastnictví a hromadění majetku, míru a klidu a také na potřebu víry a naděje. Je tedy zjevné, že potřeba bezpečí a jistoty v sobě zahrnuje široké spektrum faktorů, které mají vliv na její prožívání a naplňování. Pocit bezpečí je důležitý při získávání důvěry, nabývání životních hodnot a nezávislosti, stejně tak pro následnou orientaci v lidské společnosti i v materiálním světě (Trachtová, 2001; Šamánková, 2011).

1.1.2 Faktory ovlivňující potřebu bezpečí a jistoty

V souvislosti s tématem, a to především s mobilizací a polohováním, se hlouběji zabýváme faktory, které potřebu bezpečí a jistoty ovlivňují. Jedná se přitom hned o několik skupin faktorů. První skupinu tvoří fyziologicko-biologické faktory, mezi které patří věk, funkce orgánových systémů, intaktní tělesná struktura, adaptační mechanismy jedince a samotné způsoby zvládnání stresových situací. Další skupinou jsou faktory psychicko-duchovní. Do této skupiny patří integrita osobnosti, láska a sounáležitost, vážnost a úcta. Třetí skupinou faktorů, které ovlivňují potřebu bezpečí a jistoty, jsou sociálně kulturní faktory, jako socializace, postavení v zaměstnání, v rodině a ve společnosti, hodnotový systém jedince, jeho role a mezilidské vztahy. Poslední skupinu tvoří faktory životního prostředí, kam zahrnujeme přírodu jako celek, industrializaci – techniku a chemické a fyzikální vlivy, které vycházejí z prostředí okolo jedince.

Mezi jedny z nejvýznamnějších faktorů, které ovlivňují potřebu bezpečí a jistoty, jistě patří věk jedince. Každé vývojové stadium člověka má v souvislosti s potřebou bezpečí a jistoty svá specifika (Trachtová, 2001). Spolu s věkem se u každého jedince mění nároky na zajištění této potřeby a mění se také projevy jejího případného nedostatečného saturování. I samotný věk může v určitých případech ohrozit bezpečí jedince, z důvodu nedostatečných vědomostí, zkušeností či fyzického omezení. Například malé děti si neuvědomují možná rizika, která přináší jejich chování, a ani

neznají způsob, jak se chránit. Naopak staří lidé se cítí mnohem více ohroženi, protože jim ubývají fyzické síly a stávají se více závislími na druhých lidech (Tomagová, 2008). Nejvýrazněji se potřeba bezpečí a jistoty projevuje v dětském věku. Každé vývojové období dítěte má své charakteristiky v uspokojování potřeb, ale můžeme říci, že nejdůležitější při uspokojování potřeby bezpečí a jistoty u dětí je jejich kontakt s rodiči a budování vztahu rodič–dítě. Pokud dítě nemá dostatečně saturovanou potřebu bezpečí a jistoty, například kvůli dlouhodobému přerušení kontaktu s matkou z důvodu hospitalizace, může u dítěte dojít k psychické deprivaci, která může v pozdějším období vyvolat závažné psychické poruchy. S vývojem dítěte přichází jeho postupné osamostatňování. Rodiče a rodina pro ně však stále zůstávají jako hlavní zdroj bezpečí a jistoty. Jedná se hlavně o *období předškolní a školní*, kdy je pro uspokojení potřeby bezpečí a jistoty důležitý uspokojivý vztah dítěte a rodičů a autentická interakce v rodině. Tato vývojová období, která jsou spojená s nástupem do školy, přináší dítěti další faktory, které mohou narušit jeho pocit bezpečí. Může se jednat o samotnou školní docházku, nevhodný přístup pedagogů či nepřiměřené požadavky rodičů. To vše může být pro dítě silným zdrojem nejistoty, strachu či úzkosti (Trachtová, 2001; Šamánková, 2011).

Období pubescence provází citová labilita, která může být v tomto období také zdrojem nejistoty. Zdrojem jistoty a bezpečí je stále rodina, ale pokud má pubescent pocity nepochopení ze strany rodičů, hledá zdroj jistoty a bezpečí mezi svými vrstevníky. V extrémních případech se jedinec uchyluje k asociálnímu chování, jako je užívání drog nebo agrese (Trachtová, 2001). Potřeba bezpečí a jistoty v *období adolescence* je v přímé souvislosti s úspěšností jedince ve studiu, v zaměstnání a s ekonomickým zajištěním. Svoji důležitou roli hrají také sociální vztahy v rodině, partnerské vztahy a vztahy s vrstevníky (Tomagová, 2008).

Všechna tato vývojová období jsou spojena s nebezpečím úrazů, které mohou vést až ke smrti. Nejčastěji se jedná o domácí úrazy, jež však bývají obvykle lehčího charakteru. Méně často se pak jedná o těžké úrazy způsobené například dopravní nehodou; ty však mají, spolu s tonutím, nejvyšší úmrtnost (Sedlářová a kol., 2008).

Období dospělosti je velice obtížné obecně charakterizovat ve spojitosti s jednotlivými potřebami, a tedy i s uspokojováním potřeby jistoty a bezpečí. Zdrojem jistoty a bezpečí bude pro dospělého člověka rodina a rodinné zázemí, přátelé, zdravotní stav, zaměstnání a finanční zajištění.

V *období stárnutí a stáří* je v souvislosti s uspokojováním této potřeby velice významné, zda jedinec žije sám, s partnerem, či v širší rodině. Důležitou roli hraje též zdravotní stav a míra soběstačnosti a nezávislosti v běžných denních aktivitách (Trachtová, 2001).

Dále mezi biologicko-fyziologické faktory patří onemocnění, kterým může jedinec trpět, a které tak jeho potřeby jistoty a bezpečí ovlivňuje. Jedinci, kteří trpí onemocněním pohybového aparátu, nervového systému, poruchami kognitivních funkcí či smyslových orgánů, jsou mnohem náchylnější ke vzniku poranění. Také některá chronická onemocnění mohou provázet symptomy schopné zvyšovat riziko poranění jedince, například únava, slabost apod. (Tomagová, 2008).

Psychicko-duchovní faktory, jako jsou osobnost člověka, jeho vlastnosti, vloh a schopnosti, jsou určující ve způsobu uspokojování potřeb, a tedy i potřeby jistoty a bezpečí. Poznávací procesy (vnímání, paměť, orientace atd.) ovlivňují identifikaci a uvědomění si nebezpečí, a tedy i samotné chování jedince. Na identifikaci nebezpečí má vliv také předcházející zkušenost, kterou jedinec s danou situací má. Emocionální stavy (radost, spokojenost) a vztahy (láska, přátelství) můžou být pro jedince zdrojem bezpečí a jistoty, ale také naopak zdrojem strachu. Mezi psychicko-duchovními faktory, které ovlivňují uspokojování potřeby jistoty a bezpečí, musíme zmínit také sebekoncepci a sebeúctu, které vyjadřují vztah člověka k sobě samému, k vnímání sebe sama. Pokud dojde u jedince k narušení sebekoncepcie, stává se nejistým až úzkostlivým (Trachtová, 2001; Tomagová, 2008).

Sociálně-kulturní faktory, jako postavení člověka ve společnosti, v zaměstnání, v rodině, plnění rolí, finanční ohodnocení či ekonomické zajištění sebe i rodiny, mají rovněž vliv na pocit jistoty a bezpečí. V této souvislosti se musíme zmínit i o procesu socializace. Ten je velice důležitý pro vývoj člověka, a tedy i pro vývoj vnímání a způsob uspokojování potřeb (Trachtová, 2001).

Jako poslední faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí uvedeme faktory prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Bezpečí jedince může být ohroženo v prostředí domácím, pracovním i ve zdravotnickém zařízení (Tomagová, 2008). Rizika přináší také životní prostředí, jelikož životní prostředí utváří svět, v němž žijeme a který nám poskytuje prostředky k existenci. Také se však vlivem nepříznivé činnosti lidí stává zdrojem nebezpečí a škodlivých vlivů. Mezi tato nebezpečí patří využívání jaderné energie, nebezpečí kontaminace životního prostředí chemikáliemi či škodlivými biologickými látkami a zvyšování počtu lidí žijících na okraji společnosti (Trachtová, 2001).

1.1.3 Psychická odpověď na neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí

Nedostatečné uspokojování potřeby jistoty a bezpečí se u jedince může projevit různými psychickými odezvami. Mezi tyto odezvy řadíme *strach, úzkost, hněv a smutek*. Každý zdravotnický pracovník se může s těmito projevy setkat velice často, protože provázejí člověka po celý jeho život. Pro účely ošetrovatelské péče je potřeba těmto projevům porozumět, abychom mohli poskytnout účinnou pomoc při jejich zvládnutí (Zacharová a kol., 2007).

Vymětal (2003, s. 235) definuje strach jako „*nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obrannou reakci.*“ Pocit ohrožení mohou vyvolávat faktory vnější, např. nové a neznámé prostředí (nemocnice), nebo vnitřní (např. obava, že na něco nestačím). Mnohdy dochází k tomu, že se vnější a vnitřní faktory, které v jedinci vyvolávají strach, vzájemně propojí. Lidská představitost, zkušenosti a schopnost předvídat způsobují, že dojde k propojení subjektivního i objektivního světa jedince (Vymětal, 2003). „*Strach může být reálný, např. o život vážně nemocného pacienta, nebo nereálný, často u lidí duševně nemocných* (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 143).“ Strach má kladnou i zápornou stránku. Za kladný považujeme takzvaný přiměřený strach, který jedince chrání před zbytečným rizikem (např. přestat kouřit kvůli strachu z následků), strach také pomáhá mobilizovat organismus a tím tělo připravuje k obraně. Naopak nadměrný (panický) strach má negativní vliv na jedince

a jeho chování. Může vést k nepřiměřeným až škodlivým reakcím či ukvapenému neúčelnému jednání, které si jedinec může později vyčítat. Negativním se také může stát samotná mobilizace organismu v situaci, kdy nelze nebezpečí uniknout. Dojde tak k zatížení organismu druhotnými vegetativními reakcemi (zvýšení krevního tlaku, pocení, poruchy zažívání atd.).

Zdrojem strachu mohou být vrozená přecitlivělost na prudší a silnější zevní podněty, úzkostlivá hyperprotektivní výchova, pobyt v nemocnici, přehnané zdůrazňování zdravotních rizik, nepříjemné předchozí zkušenosti, popisování lékařských úkonů a především u dětí také vyprávění strašidelných historek či sledování nevhodných filmů. Strach může vyvolat i pouhé očekávání situace, která může být nebezpečná. Ve zdravotnictví se předmětem strachu může stát bolest, kterou jedinec zná z dřívějšího onemocnění, vyšetření nebo i vyprávění, odloučení od svých nejbližších, vzhled (strach z trvalého poznamenání vzhledu), nutnost změny životního stylu, strach ze smrti a umírání, strach ze samotného léčení. Na vznik a prožívání strachu má vliv to, jak jedinec situaci vnímá a jak ji hodnotí (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

„Úzkost je nepříjemný prožitek a stav. Na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitý předmět či situaci, které ji vyvolávají. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nemilého a neznámého je horší než událost sama, je-li jasně poznána (Vymětal, 2003, s. 236).“ Úzkost se projevuje somatickými a psychickými projevy, mezi které patří rozčilení a podráždění, útlum až strnulost, ustaraný až ustrašený výraz, nejisté, nekoordinované pohyby, tření končetin nebo svalové napětí, rychlá, překotná řeč, roztržitost, rozšířené zornice, zrychlený tep a dech, zblednutí, sucho v ústech a pocení (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Komunikace ani jednání s jedincem, který prožívá strach a úzkost, není jednoduché. Vždy je nutné dbát na profesionální přístup, chování a jednání zdravotnického personálu i rodinných příslušníků. K základní péči o jedince je nutné připojit i psychologickou péči, která se zaměřuje na rozptýlení strachu a úzkosti, a to pomocí vřídlosti, trpělivosti, klidu, samotnou přítomností zdravotníka u jedince a také jednáním, kterým si získáme jeho důvěru. Kladný přínos má i správně vedený rozhovor,

při kterém pacientovi vyjádříme pochopení, dáme najevo, že jím nepohrdáme, nepovyšujeme se nad ním, a hlavně umožníme, aby jedinec o svém strachu mluvil. Pokud strach pramení z nedostatku informací nebo jejich nepochopení, je nutné informace podat znovu srozumitelně a v dostatečné míře. Ke snížení strachu také přispívá vhodné zaměstnání, které orientuje myšlení jiným směrem (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). K mírnění strachu a úzkosti je také možné využít psychoterapeutické postupy, ke kterým je ovšem nutné speciální vzdělání a výcvik. Při využívání psychoterapeutických technik bez předchozího kvalifikovaného výcviku může dojít až k poškození jedince (Vymětal, 2003). V rámci ošetrovatelské péče se jedná především o využití terapeutické komunikace. Terapeutickou komunikaci definuje Plevová (2011, s. 40) jako „proces, který ulehčuje překonávat stres, dobře vycházet s lidmi, přizpůsobit se nezměnitelným situacím a překonávat překážky“. Aby mohla terapeutická komunikace mezi sestrou a pacientem probíhat, je zapotřebí srdečnost, důvěra, empatie a vzájemný respekt mezi nimi. Také pacient musí cítit zájem ze strany sestry a sestra by měla dbát na své vystupování před pacientem a veškeré okolnosti, které by mohly terapeutickou komunikaci ovlivnit. Také by měla být pozorná vůči neverbálním projevům svým i pacienta. Pokud totiž sestra svými neverbálními projevy vysílá jiné informace, než pacientovi sděluje ústně, může dojít k tomu, že jí pacient již nebude zcela důvěřovat. V opačném případě, pokud sestra vidí neverbální projevy pacienta, které se zcela neshodují s jeho sdělením, je zapotřebí, aby se pokusila zjistit, co pacient skutečně cítí a co se s ním děje, protože mnohdy může být neverbální komunikace jedinou cestou, jak zjistit, že pacient potřebuje naši pomoc. Mezi základní techniky terapeutické komunikace patří především aktivní naslouchání, asertivita, objasnění, řešení konfliktu, konfrontace, humor, vyjednávání, reflexe, ticho a sumarizace (Antai-Otong, 2007; Kimmel, 2007).

Dalším projevem neuspokojené potřeby bezpečí a jistoty je hněv. Hněv se objevuje jako reakce na frustraci a je typicky spojen s agresí vůči vyvolávajícímu faktoru. Typickým znakem hněvu jsou tzv. zničující pohyby (např. rozbíjení předmětů, útok na druhou osobu) nebo verbální agrese (urážky, pomlouvání atd.). Hněv je typický svojí výbušnou povahou a vztek pak může být až neovladatelný. Ani dospělý člověk není

zcela schopen kontrolovat své jednání a dá průchod hněvu alespoň ironickou poznámkou či bouchnutím dveří (Trachtová, 2001).

Smutek je další negativní emoce, kterou může vyvolat neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí. „*Je to nelibý emoční stav vznikající na základě nějaké ztráty či pouhé představy takové ztráty. Vede k tlumení aktivity, poklesu zájmu, eventuálně až k pocitu beznaděje, ke ztrátě smyslu jakékoliv činnosti. Jeho vnějším projevem bývá pláč, případně apatie* (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 26).“

1.2 Zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví sester při práci

Zdraví zdravotnického personálu je důležité pro poskytování kvalitní a bezpečné péče pacientům. Veškerý zdravotnický personál je při výkonu svého povolání neustále vystavován řadě rizikových faktorů. Jedná se o faktory nespecifické a specifické. Mezi nespecifické faktory můžeme zařadit směnný provoz a noční služby, stres, fyzickou a psychickou náročnost zaměstnání, nedostatek odpočinku a volného času. Mezi specifické faktory patří fyzikální, chemické a mikrobiologické faktory. Každé zdravotnické zařízení by mělo vytvářet bezpečnější pracovní prostředí pro své zaměstnance. Při vytváření bezpečného prostředí je zapotřebí vycházet z platné legislativy, která stanovuje podmínky pro poskytování zdravotní péče. Tato legislativa by měla být podkladem pro tvorbu interní dokumentace a standardních postupů, kde je uveden popis činnosti a jeho bezpečné provádění (Švábenská, 2013). Vůle k zajištění bezpečnosti zdravotnického personálu vedla k založení pracovní skupiny Aesculap Akademie: Bezpečnost personálu, která byla vytvořena za podpory České asociace sester. Hlavním úkolem této pracovní skupiny je mapovat situaci v našem zdravotnictví, definovat potřeby dnešní praxe a přispět ke standardizaci pracovních postupů a podmínek a jejich následnému rozšiřování do povědomí zdravotnického personálu, což má vliv i na bezpečí pacienta (Zachová, Škochová, 2011).

1.2.1 Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

Personál nemocnic se musí každý den vypořádávat se situacemi, které mohou ohrozit jeho zdraví. I samotné nemocniční prostředí představuje jisté riziko pro zdraví a bezpečnost personálu. Ke snížení těchto rizik slouží bezpečnost a ochrana zdraví při práci (dále jen BOZP). BOZP je mezivědní obor, který se zabývá hledáním a uplatňováním metod a prostředků, jejichž cílem je zamezit fyzickému i psychickému ohrožení jedince v pracovním procesu. Jedná se o soubor opatření (technických, organizačních, výchovných), která při správné aplikaci a realizaci vytvoří podmínky právě k tomu, aby se snížila pravděpodobnost ohrožení zdraví na minimum. Na zdravotnické zařízení jako zaměstnavatele jsou kladeny požadavky v souvislosti s BOZP ze tří zdrojů, a to legislativy, vyhledávání a vyhodnocení rizik při práci a kategorizace prací (Neugebauer, 2010)

Legislativa v oblasti BOZP je velice široká a je upravena v celé řadě právních a ostatních předpisů. I v Listině základních práv a svobod je tato oblast zahrnuta, v článku 28 a 31, kde se hovoří o právu zaměstnance na spravedlivou odměnu za práci a uspokojivé pracovní podmínky a o právu každého jedince na ochranu zdraví. Mezi základní právní předpisy v oblasti bezpečnosti práce patří zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, kde se mimo jiné nachází povinnosti zaměstnavatele a práva a povinnosti zaměstnance v oblasti BOZP, zákon č. 309/2006 Sb., kterým se upravují další požadavky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v pracovněprávních vztazích a zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při činnosti nebo poskytování služeb mimo pracovněprávní vztahy (zákon o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci), zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Aby byla zajištěna BOZP na daném pracovišti, je nutné stanovit pracovníky za BOZP zodpovědné. Za zodpovědného pracovníka se považuje vedoucí pracovník, který má za povinnost vytvářet příznivé pracovní podmínky a BOZP zajišťovat. *„Za vedoucího zaměstnance je považován zaměstnanec, který řídí a kontroluje práci a je oprávněn k jejímu výkonu dávat pokyny. Tedy zajišťovat BOZP je nedílnou součástí pracovních povinností například primáře v nemocnici nebo ředitele školy či vedoucího*

analytické skupiny bankovních operací, jakož i praktického lékaře zaměstnávajícího pouze jednu všeobecnou sestru nebo vedoucího odboru městského úřadu či vedoucího restaurace (Neugebauer, 2010, s. 33).“ Vedoucí pracovník je odpovědný za plnění požadavků BOZP, i když je ustanovena osoba odborně způsobilá k prevenci rizik. Osoba odborně způsobilá k prevenci rizik nemá právo žádnému zaměstnanci cokoliv nařídit nebo zakázat. Pouze dohlíží na plnění požadavků BOZP, a pokud shledá nedostatky, je povinna informovat příslušného vedoucího pracovníka, který musí podniknout konkrétní kroky (Neugebauer, 2010). Tito pracovníci zajišťují, aby byly dodržovány všechny povinnosti BOZP, které vyplývají z platné legislativy, například pořádají školení k zajištění BOZP a pravidelné prověrky, které by se měly konat nejméně jednou v roce. Pro zajištění BOZP je také nutné provádět pravidelné kontroly externími subjekty. Pro oblast kontroly BOZP jsou v systému inspekčních a dozorových orgánů nejvýznamnější tyto instituce:

Státní úřad inspekce práce a oblastní inspektoráty kontrolují dodržování povinností, které vyplývají z právních předpisů, mohou vyžadovat odstranění nedostatků, jež kontrola odhalila, a při porušení povinností jsou oprávněny zaměstnavatelům uložit pokutu. Kontroly vycházejí z dokladů a informací, které zaměstnavatel předloží. Všechna zjištění musí být zanesena do protokolu o provedené kontrole. Hlavním cílem těchto kontrol nejsou represe, ale hlavně prevence pracovních úrazů, nemocí z povolání a havárií technických zařízení.

Technická inspekce České republiky provádí výkon státního odborového dozoru nad bezpečností vyhrazených technických zařízení (elektrická, plynová, tlaková a zdvihací zařízení).

Krajské hygienické stanice vykonávají státní zdravotní dozor nad ochranou zdraví při práci a nad povinnostmi zaměstnavatele zajistit závodní preventivní péči. Také například rozhodují v oblasti kategorizace prací a podmínek ochrany zdraví zaměstnanců vykonávajících rizikové práce, provádějí hodnocení a řízení zdravotních rizik z hlediska prevence negativního ovlivnění zdravotního stavu obyvatelstva, posuzují pracovní podmínky zaměstnanců, u nichž je podezření na nemoc z povolání,

a také ukládají sankce za nesplnění povinností uložených zákonem nebo rozhodnutím orgánu ochrany veřejného zdraví (Dvořáková a kol., 2012).

Pokud zdravotnické zařízení dostatečně dbá na oblast BOZP, můžeme o něm říct, že pro své zaměstnance vytváří bezpečné pracovní prostředí, ve kterém je minimalizováno riziko vzniku havárií, úrazů a jiného poškození zdraví zdravotnického personálu. Pokud má zdravotnický personál pocit bezpečí na svém pracovišti, zvyšuje se jeho spokojenost, která se následně odráží v samotném poskytování ošetrovatelské péče pacientům (Vévoda a kol., 2013).

1.2.2 Pohyb a tělesná aktivita

Pohyb a tělesná aktivita patří mezi základní biologické potřeby všech živých bytostí, i když se její neuspokojení nemusí navenek nijak dramaticky projevit. U každého jedince se také liší nároky na kvantitu pohybu i způsob uspokojování této potřeby. Pohybová aktivita je důležitou součástí lidské autonomie a nástrojem k uspokojování dalších lidských potřeb (Trachtová, 2001). Tomagová uvádí, že lidé mohou často všeobecně hodnotit svůj život podle schopnosti pohybu, protože tak mohou zajistit uspokojení svých dalších potřeb. Pohyb se netýká pouze fyzického těla, ale týká se i psychické a duchovní stránky člověka. Jedná se totiž o základní výrazový prostředek, díky kterému můžeme projevovat pocity, nálady, potřeby, a můžeme díky němu i komunikovat. Schopnost pohybu je také prostředkem, jak vnímat tělo jako jednotu, tzn. člověk, který se nemůže pohybovat, ztrácí postupně informace o tělesných proporcích a okolním prostředí (Tomagová, 2008). Krišková ve své publikaci (2006, s. 215) uvádí o pohybové aktivitě toto: *„Pohybová aktivita (mobilita) umožňuje lidem orientovat se v prostředí, účelně reagovat na situace v prostředí, získávat pohybové schopnosti, vypracovat si pohybové návyky, naučit se vykonávat činnosti potřebné pro život.“*

Pokud člověk trpí poruchou pohybu, může to u něj vést k pocitům bezmocnosti, závislosti, odkázanosti na jiné. Také se redukuje jeho informace o tělesných proporcích a o okolním prostředí. To může vést až k poruchám orientace či těžkým poruchám identity (Krišková, 2006; Tomagová, 2008).

Tělesná aktivita má pro člověka několik dalších významů. Za prvé zlepšuje pocit zdraví a psychický stav, tím že uvolňuje duševní napětí, pomáhá zlepšit spánek a zpevňuje pohybový aparát. Za druhé pomáhá v prevenci před nemocemi, jako jsou infarkt myokardu, obezita, psychiatrická onemocnění, a pomáhá snižovat bolestivost pohybového aparátu. Za třetí, pravidelná pohybová aktivita vede ke zlepšení výkonosti a odolnosti tělních orgánů (Trachtová a kol., 2001). Pohybová aktivita má totiž vliv na celé tělo. Ovlivňuje činnost kardiovaskulárního systému, kde podporuje žilní návrat, hlavně z dolních končetin, a tím je důležitou součástí v prevenci žilní trombózy. Hraje také důležitou roli při správné funkčnosti gastrointestinálního traktu, tím že podporuje motilitu střev a předchází tak vzniku zácpy a prospívá respiračnímu systému, protože respirační systém nemůže správně pracovat při imobilitě, kdy dochází ke snížení vitální kapacity plic a zvyšuje se riziko pneumonie. Imobilita může také ztížit vyprazdňování moče a podpořit tak vznik ledvinových kamenů. V neposlední řadě má pohybová aktivita vliv i na kůži, tedy na vznik dekubitů (Krišková, 2006).

Schopnost pohybu a pohyblivost můžeme rozdělit do čtyř stupňů. První stupeň označujeme jako imobilitu. Imobilita je stav, kdy je nemocný neschopný stát a chodit, a je tedy upoután na lůžko či invalidní vozík (Krišková, 2010). S pojmem imobilizace souvisí imobilizační syndrom: „*Imobilizační syndrom je charakterizován jako celková odezva organismu na klidový režim – imobilitu ležícího člověka, jako stav, při kterém je jedinec ohrožen poškozením jedné nebo několika orgánových soustav. Je to následek imobilizace, vynucené nebo nutné pro stav nemocného* (Vytejková, 2011).“ Druhý stupeň se označuje jako velmi omezená mobilita, např. u pacienta s poruchou dýchání. Tyto dva stupně přinášejí pro ošetřující personál největší zátěž, protože zde ošetřující personál buď zcela, nebo ve velké míře nahrazuje pacienta i v běžných činnostech. Třetím stupněm je mírně omezená mobilita. To se týká například pacientů s fixací dolní končetiny sádrovým obvazem. Čtvrtý stupeň označuje plnou mobilitu, kdy pacient nemá nijak omezený pohybový režim. U těchto pacientů se fyzická náročnost ošetrovatelské péče snižuje a sestra vystupuje v péči o pacienta hlavně jako partnerka v péči o jeho zdraví či edukátorka. Toto rozdělení se může lišit v rámci různých zařízení (Krišková, 2006).

V souvislosti s pohybovou aktivitou je nutné zmínit kategorizaci pacientů, která vyjadřuje stupeň soběstačnosti (Příloha 1). Kategorizace pacientů je povinnost, kterou nařizuje plátce péče, tedy příslušná zdravotní pojišťovna. Ve vyhlášce č. 467/2012 Sb. je stanoveno 5, respektive 6 kategorií pacientů, které určují nespécifickou finanční zátěž, do níž se započítává spotřeba materiálu, personálních a farmakologických zdrojů. Jedná se o určitý indikátor náročnosti ošetrovatelské péče a jejího podílu v rámci celkové zdravotní péče. Kategorie 1 označuje pacienta soběstačného, který je zcela nezávislý na základní ošetrovatelské péči, a také označuje soběstačné dítě nad 10 let věku. Kategorie 2 popisuje pacienta částečně soběstačného nebo spolupracující dítě od 6 do 10 let věku včetně. Tento pacient je schopen sebeobsluhy s dopomocí, je schopen pohybovat se mimo lůžko s dopomocí nebo samostatně na invalidním vozíku. Do této kategorie patří i pacient, který vykazuje mírné symptomy duševní poruchy. Kategorie 3 označuje lucidního pacienta, který však není schopen pohybu mimo lůžko a vyžaduje tak téměř úplnou starost. Také do této kategorie patří dítě od 2 do 6 let a psychicky alterovaný pacient nebo pacient se středně těžkými příznaky duševní poruchy, které vyžadují zvýšený dohled, dočasné omezení pohybu nebo farmakologické zklidnění. Kategorie 4 popisuje pacienta zcela imobilního, eventuálně inkontinentního, který potřebuje dopomoc ošetrovatelského personálu i v běžných činnostech. Do této kategorie patří dítě od 0 do 2 let věku a pacient se závažnou psychickou poruchou, u kterého je nutná restrikce pohybu a farmakologické zklidnění. Kategorie 5 se uvádí u pacienta v bezvědomí, pacienta v deliriu, pacienta s těžkou psychickou poruchou, který představuje nebezpečí pro sebe i své okolí, a vyžaduje tedy trvalý ošetrovatelský dohled, eventuálně užití omezovacích prostředků intenzivní psychiatrické péče (Pokorná a kol., 2013; vyhl. č. 467/2012). Spolu s kategorizací slouží k vymezení pohybového režimu pacienta označení číslem 1–4 a písmenem abecedy A–D, popřípadě barevné rozlišení, které hodnotí lékař a mělo by být zapsáno do dekursu na každý den léčby (Příloha 2).

1.2.3 Účel polohování a mobilizace

Jak je uvedeno v předchozí kapitole, má pohybová aktivita vliv na jedince jako celek se všemi jeho složkami, jak je známe z holistického pojetí ošetřovatelství. Polohování pacientů je tedy důležité hned z několika důvodů. Jednak polohování provádíme jako prevenci kloubních a svalových poškození a jako prevenci vzniku dekubitů a otoků koncových částí končetin. Také slouží ke stimulaci centrální nervové soustavy a ovlivnění vnitřních orgánů. Polohování ve zdravotnickém zařízení zajišťuje ošetřovatelský personál spolu s fyzioterapeutem nebo ergoterapeutem (Mikula, Müllerová, 2008).

Polohování je děleno na polohování antalgické, preventivní a korekční až hyperkorekční. *Antalgické polohování* je zaměřené na zmírnění bolesti. Tuto polohu zaujímá pacient sám a přináší mu úlevu od bolesti (Kapounová, 2007). Principem *preventivního polohování* je zajistit pohodlnou funkční polohu, tak aby se docílilo co nejvíce fyziologického postavení částí těla. Při polohování je nutné brát na vědomí působení gravitace na nepodložené a nepodepřené části těla a působení tlaku na části těl, která přiléhají na jinou plochu. *Korekční až hyperkorekční polohování* je užíváno u pacientů s přetrvávajícím omezením pohybu, svalovými kontrakturami či deformitami. Cílem tohoto polohování je upravit již vzniklé nefyziologické postavení končetin (Kapounová, 2007).

Polohy můžeme dále dělit na aktivní a pasivní. *Aktivní polohy* jsou takové polohy, které pacient zaujme sám bez pomoci a je schopen je sám změnit. *Pasivní polohy* jsou takové polohy, do kterých musí být pacient uložen s pomocí druhé osoby. Pasivní poloha je dána vlastní hmotností samotných částí těla i celkovou hmotností těla. Pacient není schopen sám aktivně polohu změnit. U takovýchto pacientů je za změnu polohy odpovědný zdravotnický personál, který je povinen měnit polohu pacienta v pravidelných intervalech (Krišková, 2006). Dále se můžeme setkat s pojmem *poloha vynucená*. Jedná se o polohu, kterou nemocný sám zaujme a která mu přináší úlevu od subjektivních obtíží. Mezi tyto polohy řadíme polohu ortopedickou, kterou zaujme nemocný s dušností. V této poloze nemocný usedá v lůžku či má nohy svěšené z lůžka. Další vynucenou polohou je poloha na pravém či levém boku, která je typická například

pro onemocnění plic. Pacient si lehá na postiženou stranu, aby tak omezil dýchací pohyby, které jsou pro něj bolestivé. Poloha na bříše, eventuálně v kleče na všech čtyřech končetinách je typická pro onemocnění slinivky břišní. Pokud je nemocný postižen zánětem mozkových blan, je u něj typická poloha na zádech se zvrácenou hlavou nazad a s ohnutými končetinami v kyčelních a kolenních kloubech. Pro těžký průběh tetanu je typické, že tělo nemocného je vypnuté jako luk kvůli křečím zádových svalů. Tato poloha se nazývá opistotonus (Špinar a kol., 2013).

Jako další dělení poloh můžeme uvést dělení na polohy léčebné a vyšetřovací. *Léčebné polohy* jsou polohy, které pacient zaujímá v průběhu léčby, a přinášejí mu úlevu od bolesti či například zlepšují dýchání. Tyto polohy mohou patřit mezi léčebné, ale zároveň i mezi polohy aktivní úlevové nebo vynucené. K tomuto typu poloh patří především Fowlerova poloha, Ortopnoická poloha, poloha na boku či na zádech s mírně pokrčenými dolními končetinami nebo také Trendelenburgova a obrácená Trendelenburgova poloha. *Vyšetřovací polohy* pomáhají zlepšit přístup lékaře k pacientovi a vyšetřované oblasti nebo orgánu a patří mezi ně klasické polohy na boku, na zádech či v sedě, dále také poloha gynekologická, genupektorální (kolenoprsní) a poloha pronační (Vytejková a kol., 2011; Mikšová a kol., 2006).

Při polohování pacientů je velice důležité řídit se několika pravidly, aby nedošlo k poškození zdraví pacienta ani všeobecné sestry a aby polohování bylo co nejvíce šetrné. Před polohováním je důležité znát celkový zdravotní stav pacienta a informovat se, zda pacient nemá nějaká pohybová omezení, aby nedošlo ke zhoršení stavu či způsobení poškození zdraví pacienta. Aby polohování nebylo pro pacienta nepříjemné, je nutné ho s celým procesem změny polohy předem seznámit a slovně komentovat veškeré činnosti, které se pacienta týkají, aby měl o celé situaci dostatečný přehled. Také je důležité pacienta dostatečně motivovat a pobídnout, aby se do polohování zapojil, alespoň jak mu jeho zdravotní stav dovolí. Pokud je to možné, je vhodné pacienta co nejvíce zapojit již do plánování a rozhodování o praktickém postupu, protože každý pacient má právo spolurozhodovat o péči, která mu je poskytována. Tím sestra zajistí dodržování jeho práv, jak jsou zakotvena v etickém kodexu o právech pacientů. Při polohování je také často potřeba využít různé pomůcky, a je tedy nutné,

aby si sestra připravila veškeré dostupné a vhodné pomůcky, které bude k polohování potřebovat, jako například pomůcky k usnadnění polohování nebo k zajištění výsledné polohy pacienta. Také by si měla zajistit potřebné technické vybavení, jako jsou zvedací zařízení pro manipulaci s imobilním pacientem či pojízdná křesla a lehátka. Důležité je také, aby sestra znala správné postupy a zásady bezpečného polohování pacienta, a mohla tak zajistit bezpečí jak při samotném polohování, tak i po skončení celého procesu, tzn. pacienta v nové poloze dostatečně stabilizovat a zajistit, aby nedocházelo k útlakům nervů či cév. Po zajištění pacienta v nové poloze je také správné ho pravidelně kontrolovat, popřípadě polohu upravit dle jeho potřeb. V neposlední řadě je důležité vést o polohování záznam, ve kterém je nutné uvést polohu, které bylo docíleno, a čas, ve který pacient polohu zaujmul (Krišková, 2006; Vytejková a kol., 2011). Význam důsledného dodržování výše popsaných kroků při polohování vidíme v tom, že pokud je polohování prováděno takto profesionálně, je aplikován ošetrovatelský proces, tak jak ho definuje například Tóthová (2014, s. 16): „*systemový komplexní výkon ošetrovatelské činnosti s důrazem co nejvíce přihlížet k individuálním potřebám ošetřovaného, řešit jeho problémy a předcházet jim.*“

1.2.4 Bezpečnost při manipulaci s pacientem

Fyzická zátěž všeobecných sester při poskytování ošetrovatelské péče se týká hlavně personálu na lůžkových odděleních. Podle typu oddělení a zaměření daného oddělení můžeme pozorovat různou úroveň fyzické zátěže ošetřujícího personálu. Fyzická náročnost práce se odvíjí hlavně od skladby pacientů a jejich zdravotního stavu. Největší fyzická náročnost je na odděleních, kde jsou pacienti částečně či zcela imobilní, spadají tedy podle kategorizace pacientů do skupiny 3–5, a je proto nutné je polohovat a přemisťovat v rámci léčebného režimu, zajistit jim základní ošetrovatelskou péči, hlavně dostatečnou hygienu a provádět rehabilitační ošetrovatelství. Největší fyzickou zátěž při poskytování ošetrovatelské péče způsobuje hlavně polohování a manipulace s pacienty, manipulace s prádlem, zdravotnickým materiálem či přístroji. Proto je v prevenci nadměrné fyzické zátěže všeobecných sester při práci potřeba zajistit

dostatečný počet personálu na oddělení, vhodné mechanické pomůcky usnadňující manipulaci s nemocným, optimalizaci prostorů a dispozičního řešení oddělení. Také je zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost vzdělávání v oblasti ošetrovatelských postupů při péči o pacienty, a to včetně praktického nácviku polohování, hlavně nácviku péče o pacienty zcela či částečně imobilní (Vévoda a kol., 2013). Dlouhodobě nadměrná fyzická zátěž může mít za důsledek únavu, bolesti a později i celkové vyčerpání organismu a nevratné poškození pohybového aparátu, především se jedná o poškození kloubů. Celkové vyčerpání organismu se může projevit podrážděností, snížením pozornosti a soustředěnosti, poruchou spánku a emoční labilitou. Tělo je v této době mnohem náchylnější k infekcím (Gučková, 2007). Může tedy docházet ke vzniku pracovních úrazů či nemocí z povolání. *„Nemoc z povolání je nemoc vznikající nepříznivým působením chemických, fyzikálních, biologických faktorů nebo jiných škodlivých faktorů souvisejících s prací, pokud je uvedena v seznamu nemocí z povolání v příslušném právním předpise a pokud vznikla za podmínek, za nichž nemoc z povolání vzniká, a dosáhla klinického stupně závažnosti, který je jako nemoc z povolání uznáván (Wichsová a kol., 2013, s. 166).“* Pokud k takové situaci dojde, znamená to pro zaměstnavatele povinnost poskytnout dotyčnému náhradu za ztrátu na výdělku po dobu pracovní neschopnosti a ztrátu na výdělku po skončení pracovní neschopnosti, a to v případě, že poškozený dosahuje nižšího výdělku než před poškozením. Zaměstnavatel je také povinen poskytnout náhradu za bolest způsobenou škodou na zdraví, jejím léčením nebo odstraňováním jejích následků, za ztížení společenského uplatnění, za účelně vynaložené náklady spojené s léčením a věcnou škodu, tzn. škodu na majetku vzniklou při úrazu. Je tedy zřejmé, že pro zaměstnavatele je finančně výhodnější předcházet přetěžování svých zaměstnanců, a tedy předcházet vzniku pracovních úrazů a nemocí z povolání (EU-OSHA, 2015). Mezi nejčastější zdravotní problémy související s prací všeobecné sestry patří bezesporu muskuloskeletální poruchy (dále jen MSD). *„Bylo prokázáno, že zaměstnání zdravotní sestry je jedním z nejrizikovějších povolání, pokud jde o vznik bolestí v bedrech. Základní příčinou vzniku MSD jsou úkony při manipulaci s pacienty, jako je zvedání, přesouvání a změny poloh pacientů (EU-OSHA, 2008, s. 1).“* MSD zahrnují obvykle postižení zad, krku, ramen a horních

končetin, ale mohou zahrnovat i obtíže s dolními končetinami. Zdravotní potíže se pohybují od menší bolestivosti až k závažným zdravotním potížím, které si vyžadují pracovní neschopnost, a pokud přejdou do chronicity, mohou vést až k invaliditě. V oblasti prevence vzniku MSD by měli zaměstnavatelé používat kombinaci hodnocení rizik a účasti samotných zaměstnanců, kteří by se měli podílet na identifikaci problémových oblastí i návrhu řešení (EU-OSHA, 2014).

1.2.5 Polohovací pomůcky

Při přesouvání či polohování pacienta je dobré využívat mechanické pomůcky, které jsou na oddělení k dispozici. Polohovací pomůcky, které může sestra při polohování využívat, dělíme podle jejich účelu na pomůcky na usnadnění úpravy polohy pacienta, na udržení polohy pacienta, pomůcky usnadňující pohyb v lůžku, ulehčující pohyb mimo lůžko, antidekubitární pomůcky a pomůcky k zajištění bezpečnosti pacienta (Krišková, 2006).

Pomůcky k usnadnění úpravy polohy pacienta a jeho přesunů se využívají hlavně u pacientů, u kterých potřebujeme značnou fyzickou asistenci ošetřujícího. Většinou jsou to pomůcky, které mají za cíl co nejvíce snížit tření pacienta o podložku a tím usnadnit jeho pohyb. Jedná se hlavně o různé typy skluzných desek a podložek, otáčecí kruhy či zvedáky (Křivošíková, 2011). Skluzné podložky mají speciální kluznou vrstvu, která eliminuje tření pokožky a umožňuje bez nutnosti namáhavého zvedání manipulaci posunutím v podélném či příčném směru, otáčení pacienta v sedu a v kombinaci s transportní deskou usnadňuje přesun na vozík. Skluzné (transportní) desky se využívají hlavně na přesun z lůžka. Tyto desky jsou nejčastěji ve variantě, která je určená pro ležící pacienty, a tzv. malé variantě, která slouží k přesunu pacienta v sedě, například z lůžka na sedačku. Dalším typem pomůcky, která sestřám usnadní a zajistí bezpečnější manipulaci s pacientem, je otočná podložka, která umožňuje stojícího pacienta lehce otáčet na místě (APOS Brno, 2015). Jednou z nejužívanějších pomůcek (ne však nejšetrnějších) k přesunu pacienta v lůžku je podložka, která je složená

v široký pruh, tzv. polohovačka, a je umístěna pod pacienta. Aby bylo polohování šetrné, měla by být podložka dostatečně široká, měla by tedy zasahovat od hrudníku až po hýždě. Pro využití podložky jsou zapotřebí dvě osoby, které pracují každá z jedné strany lůžka. Správný postup s polohovací podložkou popisují Kelnarová a kol. (2009, s. 124) takto: *„Postaví se čelem k sobě, mírně se rozkročí, pokrčí dolní končetiny v kolenou, uchopí horní a dolní rohy podložky co nejbližší u nemocného a zpevní svaly břišní, zádové a hýžděvé. Tahem vzhůru v ní nemocného nadzvednou. Vlastní osu těla přenesou k hlavě nemocného a tak ho posunou.“*

Mezi nejpoužívanější pomůcky k udržení žádané polohy pacienta patří polohovací válce, které se mohou vložit pacientovi pod kolena a tím zajistit flexi v kolenních kloubech, nebo pokud je válec dostatečně velký, může se vložit pacientovi za záda a tím ho udržet v poloze na boku. Dále využíváme sáčky s pískem, také mohou sloužit k udržení vhodné polohy pacienta. Také je možné využít různé velké polohovací klíny a kvádry, které bývají nejčastěji molitanové a potažené omyvatelným a udržovatelným materiálem, aby se zajistila možnost dezinfekce těchto pomůcek, a tedy jejich opakovaného použití (Kyasová, 2009). Novějším typem těchto pomůcek jsou perličkové polohovací pomůcky, které jsou vyplněné drobnými kuličkami. Významnou polohovací pomůckou v této skupině jsou nastavitelné panely samotného lůžka. Ty se dají podle potřeby zvýšit či snížit, například zvednutí nožního panelu u pacientů se zánětem hlubokých žil. Tyto panely se dají ovládat mechanicky či elektronicky. Elektronické ovládání je výhodnější pro ošetřující personál i pro pacienta. Další polohovací pomůcka je desková zarážka nebo bednička, která se vloží do spodní části lůžka, když je pacient ve zvýšené poloze, a tím nedochází ke sklouzávání pacienta v lůžku (Vytejčková a kol., 2011).

Další užívanou skupinou polohovacích pomůcek jsou antidekubitární pomůcky. *„Antidekubitární pomůcky, jako např. speciální matrace nebo lůžka, se používají u nemocných s vysokým rizikem vzniku dekubitů (Workman, Bennet, 2006, s. 78).“* Tyto pomůcky jsou nedílnou součástí komplexní prevence dekubitů. K tomuto účelu nám pomohou různé druhy podložek do lůžka, např. Dekuba, speciální polštáře, kruhy,

válce, které mohou být molitanové, perličkové nebo vzduchové. Také se dají využít různé gelové chrániče na lokty a paty (Vytejčková a kol., 2015).

Mezi pomůcky usnadňující pohyb v lůžku patří hrazdička, kterou si pacient může pomoci posadit se či jinak změnit polohu. Pro bezpečnost pacienta je zapotřebí ujistit se, že je pevně zavěšená na kovovém rameni lůžka, aby se při pohybu pacienta nevyvlékla a pacient si nezpůsobil nějaké zranění. Další pomůcka je žebříček či uzdička, která také slouží pro posazení pacienta. Obě tyto pomůcky jsou na rozdíl od hrazdičky upevněné k dolnímu čelu lůžka. Mezi pomůcky, které mají zajistit bezpečnost pacienta, patří především postranice, které zabezpečují pacienta proti pádu z lůžka, popruhy a kurty, které slouží k zajištění neklidného pacienta (Krišková, 2006).

1.3 Kinestetická mobilizace

Pojem kinestetika popisuje lidský pohyb a jeho funkce. Tento pojem vznikl v 70. letech 20. století, stanovili ho zakladatelé tohoto konceptu Dr. Frank Hatch a Dr. Lenny Maietta a skládá se z pojmů „kinesis“ – pohyb a „aesthetics“ – vnímání (Nedělková, Halmo, 2007). *„Oba zakladatelé kinestetiky vyvinuli uspořádáním výsledků výzkumu kybernetiky chování od K. U. Smith a dalších, vycházeli z poznatků Feldenkreisovy metody, moderního tance a humanistické psychologie, nástroj pro analýzu pohybu, jakožto podkladu pro naučení se pohybu a vztahu (Nedělková, 2009).“* Od roku 1990 se kinestetika dle Hatsche a Maietta úspěšně stala součástí léčby. V roce 1998 zdravotní sestra Heidi Bauder Mißbach, po dlouholeté spolupráci s Hatschem a Maiettou, založila pohybovou školu Viv-Arte®, kde kinestetiku rozšířila do programu Viv-Arte®, učebního modelu, který vycházel z poznatků dlouhodobých klinických aplikací, projekční práce a výzkumu (Nedělková, 2009). Kinestetická mobilizace pomáhá sestřám chápat člověka jako souvislost biologických, psychických a společenských aspektů. Tyto tři aspekty (tělo, duše a sociální chování) jsou přímo nebo nepřímo propojené v každém pohybovém ději. Pohyb je nepostradatelný pro udržování stability vnitřních funkcí, protože pokud jsou svaly a klouby v pohybu (tělo), můžeme se vnímat

jako člověk (duše) a zapojovat se aktivně do života (sociální chování; Bauder-Mißbach, 2008).

„Kinestetická mobilizace je účinný komunikační a pohybový koncept, který umožňuje pochopit základy lidského pohybu (Nedělková, 2009).“ Kinestetika nemá za cíl léčit, ale jedná se o proces vývoje manipulačních a pohybových schopností sester. Kinestetika má pro ošetrovatelství přínos v tom, že pomáhá maximálně využít pohybových rezerv pacienta a přispívá tak k zachování či navrácení soběstačnosti při vykonávání běžných denních činností. Pomáhá rozeznat a využít možnosti pacientů a nepřemýšlet pouze o pacientových deficitech a zajišťuje také bezpečnou manipulaci s minimalizací bolesti. Také pomáhá v běžném profesním životě redukovat tělesná poranění pacientů i ošetrojících, efektivně využívat pracovní dobu, zvyšuje motivaci pacientů i ošetrojících. Dále pomáhá vytvářet důvěru mezi pacientem a zdravotnickým personálem, protože interakce je mnohem intenzivnější. Může se tak poskytovat efektivnější podpora pacienta v procesu uzdravování, při životě s tělesným postižením a v důstojném procesu umírání (Kinestetika.cz, 2015). Sestry jsou poté schopné využít vlastní pohyb k cílené organizaci pohybu pacienta a také jsou schopné podporovat a upevňovat pacientovy schopnosti pohybu. Do ošetrovatelské péče kinestetika přináší kreativní koncepci péče, která slouží k podpoře a rozvoji zdraví pacienta i sestry na základě interakce mezi sestrou a pacientem prostřednictvím dotyku a pohybu. Z tohoto důvodu je od sestry při poskytování ošetrovatelské péče s využitím kinestetiky vyžadován kreativní a flexibilní přístup (Krišková, 2006). *„Cílem kinestetiky v ošetrovatelské péči je pracovní ergonomika pro ošetrojící (prevence bolestí zad), bezpečná a bezbolestná mobilizace pacientů, procesně orientovaná mobilizace za účelem zachování a podpory vlastních zdrojů pacienta, stupňování efektivity v ošetrovatelské péči a v neposlední řadě motivace ošetrojícího personálu zavedením nového inovativního konceptu (Nedělková, 2009, str. 95).“*

Každá interakce mezi sestrou a pacientem probíhá v určitém čase, prostoru a za vynaložení určité síly prostřednictvím dotyků. Dotykem sestra pacientovi poskytuje hned několik informací o pohybu. Pacient tak dostane informaci o časovém intervalu, ve kterém bude pohyb probíhat (např. rychle, pomalu), o prostoru (např. místo), směru

a kvalitě pohybu (např. tahat, tlačit) i o množství síly, kterou je nutné vynaložit (Krišková, 2006).

Kinestetická mobilizace umožňuje využít pohybových rezerv pacienta. Základem je aktivní a vyvážený pohyb za účelem zlepšení podpory pacienta v sebekontrolě pohybu, čímž se kinestetická mobilizace stává součástí prevence imobilizačního syndromu. Kinestetická mobilizace nemá pozitivní vliv pouze na pohybový aparát, ale pozitivně ovlivňuje též vědomí, metabolismus, psychiku a také chování ve vztahu k mobilizaci (Nedělková, 2009). Rovněž pomáhá rozvíjet pozorovací schopnosti sestry a nabízí nový přístup ke spolupráci s pacientem, který je nesoběstačný. Aplikací kinestetiky v ošetrovatelské péči docílíme toho, že pacient bude lépe vnímat sám sebe, a dokáže tak lépe využít svých schopností, které má k dispozici. V neposlední řadě kinestetika přináší prevenci nadměrného fyzického zatěžování sestry při manipulaci s pacientem (Krišková, 2006). Při klasických technikách mobilizace a manipulace s pacientem dochází k přetížení krční a bederní páteře, zvýšení svalového napětí a špatnému zatěžování kloubů, což může u ošetřujícího personálu vést k poškození zdraví a následné pracovní neschopnosti. Kinestetika se může využívat bez toho, aby zdravotnické zařízení muselo nakupovat drahé pomůcky k polohování a přesunům pacientů (Nedělková, 2008).

Ke kinestetické mobilizaci patří následující činnosti, které můžeme rozdělit do tří skupin, a to činnosti pro uchování zdraví, činnosti vedoucí k naučení a přizpůsobení se funkcím a činnosti vedoucí k podpoře sociálního chování. Mezi činnosti vedoucí k uchování zdraví patří mobilizace všech kloubů, střídající se zatížení a odlehčení kostních struktur, aktivní práce všech svalových skupin, snaha o vyrovnaný svalový tonus, zachování přirozené pružnosti a dostatečné prokrvení kůže, a tedy zajištění dostatečného zásobení svalů a kůže kyslíkem a živinami. Činnosti, které vedou k naučení a přizpůsobení se funkcím, jsou plynulá změna váhy přes kostní struktury, přes možná pohybová omezení, pomoc při kontrole vlastního pohybu (koordinace a interakce stability a pohyblivosti při plynulém pohybu), interakce zdravých a postižených částí pohybového ústrojí v průběhu pohybu, vypořádání nových pohybových vzorců, které jsou uzpůsobeny aktuálnímu zdravotnímu stavu, rozšíření

vlastních pohybových možností a zlepšení účinnosti jednotlivých funkcí. Poslední skupinou je skupina činností vedoucích k podpoře sociálního chování a mezi ně patří vnímání těla cílenými taktilně-kinestetickými informacemi, vědomá kontrola pohybového procesu, lokalizace a vizualizace svalů, kostí v klidu a pohybu, realistické posouzení vlastních možností, přizpůsobování se pohybu ostatních lidí a následování jejich informací, popis pohybových prožitků a vědomé řízení a regulace chování (Nedělková, Halmo, 2007).

1.3.1 Šest kinestetických principů

Kinestetika jako komunikační a pohybový koncept je rozčleněna do 6 kinestetických principů, které umožňují sledovat pohybové aktivity a analyzovat je. Jedná se o principy: interakce, funkční anatomie, lidský pohyb, lidská funkce, námaha a okolí. Principy interakce, námaha a okolí se vztahují ke komunikaci a principy funkční anatomie, lidský pohyb a lidská funkce se vztahují k samotné činnosti. K těmto šesti principům se vztahují příslušné vzorce pro pohyb a interakci, které když ošetřující personál pochopí, umožní mu vykonávat pohybovou interakci v souladu s pacientem. „Rozdělení pohybu na základě 6 kinestetických principů slouží k tomu, aby se z analýzy pohybu vytvořil srozumitelný, jednoduchý systém, na jehož základě bude možné plánovat péči o pacienta v oblasti pohybové terapie, v oblasti prevencí imobility a nácvik soběstačnosti v běžných aktivitách denního života (Nedělková, Halmo, 2007, s. 5).“

Princip *interakce* představuje kvalitu výměny informací mezi sestrou a pacientem. Interakce je nedílnou součástí poskytování ošetrovatelské péče, protože všechno, co společně s pacientem děláme, je možné vnímat jako interakci. Základní podmínkou pro interakci jsou naše smysly (Kinestetika.cz, 2015). „Interakce znamená komunikaci a na sebe se vztahující jednání mezi dvěma nebo více osobami. Výměna informací probíhá přes různé smyslové systémy (Bauder-Mißbach, 2008, s. 16).“ Kinestetický smyslový systém napomáhá vnímat pozici jednotlivých kloubů či pohyb svalů. V kinestetice je důležitým smyslem hmat, protože dotek má vliv na lidské chování. Kinestetika zdůrazňuje roli taktilního prožitku ve vývoji chování. Taktilně-kinestetická

výměna informací umožňuje podporu mobilizace i u pacientů s omezeným vnímáním. Princip interakce také představuje interakce těla s psychickým a sociálním chováním. Veškeré interakce jsou závislé na pohybové zkušenosti. Každý pohyb má své prvky a kinestetika je popisuje takto: každý pohyb znamená změnu v prostoru, pohyb je prováděn za použití určité síly a pro vykonání pohybu je zapotřebí určitého času. Z toho vychází kinestetické pravidlo, které říká, že pohybové interakce se stávají jedinečným, neopakovatelným zážitkem, protože jsou velmi variabilní (tzn. že nelze opakovat zcela totožný pohyb), ovlivněné časem, provedené v určitém prostoru a za použití určité síly (námahy). Pro mobilizaci mohou být vypracovány pohybové vzorce na základě předešlých zkušeností a se zohledněním individuálních možností, ale při přímé práci s pacientem je nutné pohyb vždy přizpůsobit aktuální situaci, tj. změně v čase, místě a námaze. Pohyb nelze provést podruhé s užitím totožné síly, časové dotace a stejně využitým prostorem. Vždy je jeden z prvků do pohybu více či méně integrován, než tomu bylo v předcházejícím pohybu, a přizpůsobuje se tedy aktuálnímu stavu pacienta. Pro mobilizaci je potřeba si uvědomit, že naše vnímání není zaměřeno pouze na výchozí a cílovou pozici, ale na všechny změny, které v průběhu mobilizace proběhnou (Nedělková, Halmo, 2007). Pro mobilizaci je důležité učení během interakcí, které umožní zdokonalování sestry a změny jejích vjemových návyků. Je potřeba, aby si sestra při interakci zvykla nepozorovat pouze výchozí pozici a cíl, ale také dílčí pohyby celého těla na cestě ze startu do cíle. I slovní zásoba se musí rozvíjet, aby mohla sestra podávat pacientovi různé pohybové instrukce, místo strohých spouštěcích povelů. Také využívání dotyků musí projít změnou, protože sestra pacienta pevně nedrží, ale pomocí dotyku předává směrové impulzy na různých místech v těle. Pokud bude sestra ochotná se zdokonalovat, její kinestetické smyslové vnímání se stane jemnější a vědomější, bude schopna rychleji identifikovat pohybové chyby a rychle na ně reagovat vhodnými úpravami (Bauder-Mißbach, 2008).

Princip *funkční anatomie* zahrnuje anatomické základy pro pohyb a informace o průběhu pohybu, tak aby byl člověk schopen se během pohybu orientovat ve svých anatomických strukturách. V rámci principu funkční anatomie posuzujeme aspekty, jako jsou pohyblivost v kloubech, svalové napětí a změny na kůži, např. dekubity,

operační rána. Pohybový aparát je chápán jako nástroj pro pohyb, který má dvě funkce, a to flexibilitu a stabilitu. „*Vzorec pro stabilitu a flexibilitu se nachází ve 3 funkčních jednotkách pohybového aparátu: kosti a svaly, části těla (hmoty) a velké pohybové roviny (meziprostory)* (Nedělková, Halmo, 2009, s. 10).“ Na těle se nachází sedm hmot, a to hlava, hrudník, pánev, horní a dolní končetiny a šest meziprostorů, které se nacházejí mezi hmotami (Příloha 3). Jedná se tedy o krk, podpaží, pas a třísla. Hmoty můžeme popsat jako pevné části, které nesou hmotnost, naopak meziprostory jsou měkčí struktury, které umožňují pohyb. Aby byl pohyb co nejefektivnější, je potřeba dát impuls k pohybu vždy na pevné hmoty, a ne přes meziprostory. Pokud sestra předává impuls k pohybu přes meziprostory, může pacientovi způsobovat bolest a pohyb se tak stává neefektivní. Také je potřeba si uvědomit, že při fyziologickém pohybu se jednotlivé části těla pohybují jedna za druhou, nikoli současně. Pohyb se tak plynule přenáší z jedné části těla na druhou. „*Pokud budou svaly a kosti přiměřeně svým funkcím využívány, budou se jednotlivé tělesné části při vykonávání pohybu následovat bezprostředně a dynamicky. Přitom budou šetřeny klouby* (Bauder – Mißbach, 2008, s. 14).“ Na to se při mobilizaci mnohdy zapomíná, takže pokud sestra musí pacientovi při pohybu pomoci, většinou se snaží přebrat veškerou aktivitu na sebe a pacienta těžce zvedá či táhne po podložce (Nedělková, Halmo, 2007). Roli v tomto principu hraje i orientace v těle, kdy je nutné, aby člověk věděl, kde je nahoře, dole, vepředu a vzadu v těle, i pokud dojde ke změně polohy těla (Halmo, 2002).

Třetím principem je *princip lidského pohybu*. Tento princip zahrnuje specifické pohybové vzorce, které jsou pro pohybovou aktivitu potřeba. Aby se podpořil fyziologický pohyb, je nutné do pohybových vzorců začlenit nosné a transportní roviny (Kinestetika.cz, 2015). Sledovanými aspekty v tomto principu jsou tedy pohybové zvyklosti a integrace nosných a transportních pohybových vzorů. Součástí je pohyb stabilní/postoj a pohyb transportní, dále také pohyb paralelní, kdy se váha přesouvá hlavně na hlavní ose přes střed těla, a spirální pohyb, ve kterém se váha přesunuje rovnoměrně na obou osách přes strany těla. Kinestetika se snaží nejvíce využívat pohyb spirálního (Příloha 4), protože se jedná o pohyb nejpřirozenější a méně

namáhavý (Halmo, 2002). „*Spirální pohyb zjednodušuje redukci námahy, trénuje flexibilitu a ulehčuje plynulý pohyb* (Nedělková, Halmo, 2007, s. 15).“

Čtvrtý princip je *princip lidské funkce*. V tomto principu patří mezi posuzovaná hlediska vlastní kontrola v různých polohách a kontrola nad vlastním pohybem, míra samostatnosti při zaujímání jednotlivých poloh a tolerování jednotlivých poloh. Pod pojmem lidské funkce si kinestetika představuje pohyb s úmyslem/záměrem (Nedělková, Halmo, 2007). Tento princip dále ukazuje pohybové vzorce jako základ pro provedení běžných denních aktivit a pro plynulý průběh vnitřních funkcí v rozdílných pozicích a popisuje základních pozice (Příloha 5), kterých je v kinestetice sedm (Kinestetika.cz, 2015). Tyto základní pozice vychází z ontogenetického vývoje pohybu, kterým prochází každý jedinec. Pro co nejsnazší přechod z jedné pozice do druhé se využívá určitých pohybových vzorů (napínání a otáčení, napínání a krčení), spolu s přenášením váhy z jedné pevné hmoty na druhou. Tento princip také zahrnuje komplexní funkce – pohyb na místě a pohyb z místa (Halmo, 2002). „*Pro sestru je důležité vědět, kde je v té či oné pozici odevzdávána váha těla na podložku a jaká je její stabilita. Na základě toho je sestra schopna určit vhodnost pozice pro pohyb na místě (pro příjem stravy, hygienickou péči...) i z místa* (Halmo, 2002, s. 98).“

Dalším principem je *princip námahy*. V rámci tohoto principu posuzujeme podpůrné a nosné funkce, tj. kontrolujeme jednotlivé části těla v určité poloze a kondici pacienta. Jedná se o efektivní vytváření tahu nebo tlaku bez vynaložení velké námahy. Zesílením tahu nebo tlaku dochází ke kontrole pohybu a k přenosu informací o směru pohybu. Zesílení či změna tlaku směrem ke stabilnímu prostředí je důležitá pro kontrolu pohybu. Když se jednotlivé části těla vzdálí od pevné podložky, musí se jiná část těla více podporovat. Čím více částí se od pevné podložky vzdálí, tím větší tlak je vyvíjen na zbylé části těla, která zůstala v kontaktu s podložkou. To zvyšuje požadavky na kondici, krevní oběh, metabolismus, nosné a podpůrné funkce a regulaci rovnováhy (Nedělková, Halmo, 2007).

Posledním principem je *princip okolí*. Posuzujeme vlivy zevního prostředí na pohyb. Pohyb je prováděn při vzájemném působení gravitace, interakce s ostatními lidmi a okolními materiály. Kvalita a charakter okolí mají přímý vliv na svalový tonus,

a tedy pohyb. Abychom udrželi tělo a jeho funkce zdravé, můžeme volit mezi změnou okolí nebo změnou pohybových zvyklostí (Kinestetika.cz, 2015). Halmo (2002, s. 98) uvádí trochu jiné znění tohoto principu: „*Jedinec v souvislosti s pohybovou aktivitou disponuje dvěma možnostmi, a to přizpůsobit se okolnímu prostředí, anebo přizpůsobit okolní prostředí svým potřebám, tak aby došlo k usnadnění pohybu a byl zachován požadavek co největší samostatnosti pacienta/klienta a využití stávajících rezerv.*“

Veškerá mobilizace pacienta je velice náročná jak pro pacienta, tak pro personál, který poskytuje pohybovou podporu. Proto je nutné, aby zdravotnický personál měl dostatečné znalosti i dovednosti v oblasti postupu mobilizace. V některých případech, kdy se očekávají problémy při mobilizaci pacienta, je přínosné si problematickou mobilizaci vyzkoušet nejdříve s kolegy. Jinak řečeno, je vhodné provést simulaci situace a snažit se najít vhodný způsob mobilizace, který bude možno u daného pacienta použít. Také pokud mobilizaci provádí tým, který není příliš seštráný, je vhodné určit jednoho zdravotníka, který bude celou situaci řídit a dávat jasné pokyny pro všechny účastníky mobilizace. Mobilizace se tak stane efektivnější a sníží se riziko úrazu pacienta i samotného zdravotnického personálu (Nedělková, Halmo, 2007).

1.3.2 Tři fáze mobilizace

Kinestetickou mobilizaci můžeme chápat jako proces změny polohy, který je uskutečňován pomocí tří fází a souvisí se zvyšováním pohyblivosti pacienta. Někteří pacienti mohou být při běžném způsobu mobilizace vystaveni přetížení, a trpět tak bolestí či oběhovými obtížemi. Pokud pohyb zahajujeme drobnými pohyby, můžeme těmto problémům předejít. Docílíme toho, že se z drobných pohybů, které byly na začátku, stane cílená změna polohy a místa, která se ukončí fází odpočinku. Mobilizace by tedy měla být prováděna v následujících třech fázích. První fáze – zahřátí/warm-up, druhá fáze – změna pozice/funkční trénink a třetí fáze – zklidnění/cool-down (Nedělková, 2009).

V první fázi dochází k rozehrání těla a k povzbuzení tělesného vnímání. Také v této fázi zjišťujeme pohybové možnosti a omezení na straně pacienta. Jedná se o postupné rozhýbávání celého těla, které začíná u okrajových částí a postupuje směrem do středu

těla. Například se může začít krčením a natahováním prstů, pak přejít přes stimulaci svalů jemným třením k rozhýbání kloubů pomocí pomalých krouživých pohybů. Tuto fázi lze velice dobře propojit s ranní hygienou, kdy u pacienta dojde k rozehtání celého těla. Poté během dne, při samotné mobilizaci, se provádí rozehtávání jednotlivých částí těla, které se do daného pohybu zapojí, např. pokrčení nohy se neprovede náhlým a prudkým ohnutím v kolenním a kyčelním kloubu, ale dotekem se předá pacientovi informace, o jakou část těla se jedná, a následným tlakem a tahem se provede kruhový pohyb ve čtyřech směrech. V druhé fázi se jedná o samotnou změnu polohy, integraci pohybových postupů, naučení nových pohybových vzorců a trénink koordinace těla při pohybu. Třetí fáze, tedy zklidnění, je charakterizována dosažením nové pozice, dosažením pohodlné a žádoucí polohy, rovnoměrného rozložení váhy a uvolnění v klidové pozici. Rozložení váhy se může provést jednoduše tak, že pod část těla, která je tlačena k podložce, vsuneme obě ruce dlaněmi vzhůru a mírným kruhovým pohybem po podložce dojde k rozprostření váhy na větší plochu. S touto fází jsou úzce spjaty postupy v prevenci dekubitů a kontraktur. Po každé změně polohy je nutné zajistit predilekční místa a vhodné zapolohování pomocí různých pomůcek, jako jsou polohovací klíny, polštáře apod. (Nedělková, Halmo, 2007).

1.4 Prevence poškození zdraví sestry

V souvislosti se zjištěnými teoretickými poznatky v oblasti bezpečí při mobilizaci a polohování můžeme závěrem shrnout možnosti prevence poškození zdraví sestry. Aby se předcházelo nadměrnému fyzickému přetěžování sester, úrazům a únavě při poskytování ošetrovatelské péče, měla by každá sestra využívat správné mechaniky svého těla, být schopná bezpečně a efektivně využívat příslušné svalové skupiny. Mechanika těla zahrnuje tři základní komponenty, a to *držení těla, rovnováhu a koordinovaný pohyb*.

Rovnováha je stav, při kterém jedna síla vyvažuje působení jiné síly. Základem udržení rovnováhy těla je jeho správné držení. Rovnováhu udržujeme, pokud linie gravitace prochází těžištěm těla a opěrnou bází těla. Při správném postoji se u dospělého

člověka těžiště nachází mírně vepředu na horní části kosti křížové a je relativně stabilní. Při pohybu se však přesouvá ve směru pohybujících se částí těla. Sestra při své práci může pracovat s rovnováhou těla například při manipulaci s imobilním pacientem, a to tak, že si uvědomí, že svojí rovnováhu těla může zlepšit, když rozšíří opěrnou bázi a sníží své těžiště, tzn. rozkročí se a pokrčí v bederních kloubech a v kolenou (Krišková, 2006).

Dále je důležité v oblasti bezpečnosti při mobilizaci a polohování znát a využívat vhodné pomůcky, které mnohdy mohou polohování výrazně zjednodušit. Také v této oblasti považujeme znalost kinestetiky za velice přínosnou. Tento koncept přináší široké možnosti pro šetrnou mobilizaci a zajištění bezpečnosti ošetřujícího personálu i pacientů.

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1. Zjistit, zda sestry při manipulaci s pacientem využívají principy kinestetiky. při manipulaci s pacientem

Cíl 2 Zjistit, zda sestry mají podle svého názoru dostatek pomůcek k zajištění bezpečí při manipulaci a polohování pacienta a manipulaci s ním.

Cíl 3. Zmapovat příčiny využívání nešetrných technik polohování pacienta.

2.2 Výzkumná otázka a hypotézy

Výzkumná otázka: Jaké jsou možnosti pro zlepšení manipulace a polohování pacienta v rámci ošetrovatelského procesu?

Hypotéza 1: Využití kinestetiky je závislé na typu oddělení.

Hypotéza 2: Sestry využívají špatné techniky polohování i přes vědomí, že mohou poškodit zdraví své i pacientova.

Hypotéza 3: Nedostatek času je nejčastější příčinou využívání nešetrného způsobu polohování.

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky

Výzkumná část práce byla zpracována pomocí kvantitativního šetření. Jako metoda sběru dat bylo zvoleno dotazníkové šetření. Dotazník byl určen pro všeobecné sestry pracující na oddělení chirurgie, interny a oddělení následné péče. Dotazník tvořilo 22 otázek, z toho byly 4 otázky otevřené, 4 otázky polo-otevřené a zbývajících 14 otázek bylo uzavřených (Příloha 6). Dotazník byl pro všechny respondenty totožný a byl zcela anonymní a dobrovolný.

Výzkum byl proveden v 7 nemocnicích Jihočeského kraje, a to konkrétně v Nemocnici České Budějovice, a. s., Nemocnici Český Krumlov, a. s., Nemocnici Dačice, a. s., Nemocnici Jindřichův Hradec, a. s., Nemocnici Písek, a. s., Nemocnici Prachatice, a. s., a Nemocnici Tábor, a. s. Před zahájením samotné distribuce dotazníků do nemocnic byly o souhlas požádány hlavní sestry uvedených nemocnic. Dále byly požádány o souhlas s provedením výzkumného šetření vrchní, popřípadě staniční sestry. Od všech dotázaných byl získán souhlas s provedením výzkumného šetření.

Získaná data z dotazníků byla zpracována a vyhodnocena v programu Microsoft Excel 2013 a byla statisticky analyzována pomocí chí kvadrát testu. Pro přehlednost byly výsledky zpracovány do grafů a tabulek. Sběr dat probíhal v období dubna a května 2015.

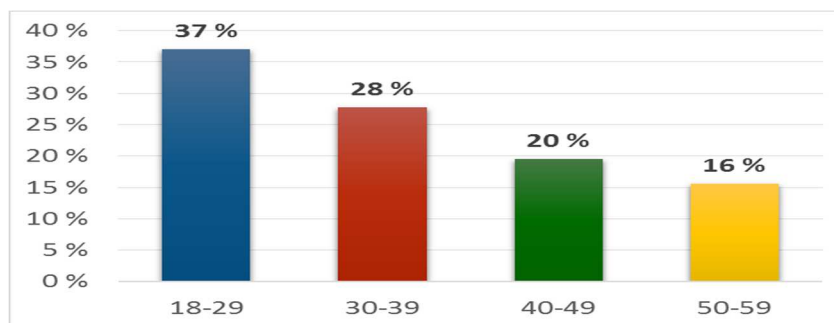
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na oddělení chirurgie, interny a oddělení následné péče. V rámci dotazníkového šetření bylo mezi sestry rozdáno 340 dotazníků. Vráceno bylo 221 dotazníků. Návratnost byla 65 %. Následně bylo 12 dotazníků vyřazeno pro neúplnost. Konečný výzkumný soubor tedy tvořilo 209 (100 %) vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků byla tedy celkem 61%.

4 Výsledky výzkumu

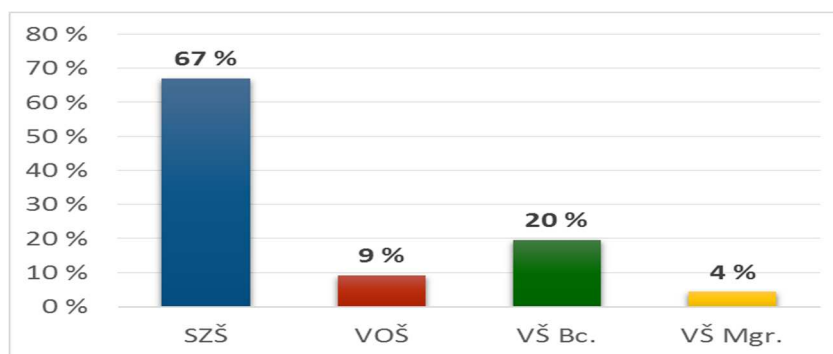
4.1 Grafické znázornění výsledků

Graf 1 Věk respondentů



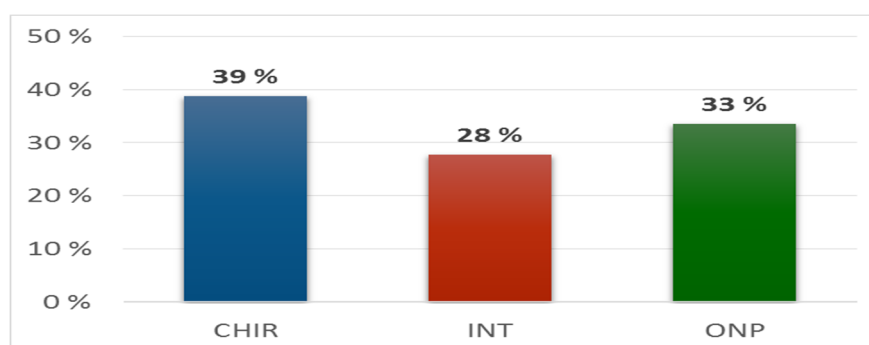
Z celkového počtu 209 respondentů (100 %) bylo 76 respondentů (37 %) ve věku od 18 do 29 let. Dalších 57 respondentů (28 %) bylo ve věku 30 až 39 let. Ve věkové kategorii 40 až 49 let bylo celkem 40 respondentů (20 %) a v kategorii 50 až 59 let bylo celkem 32 respondentů (16 %).

Graf 2 Vzdělání respondentů



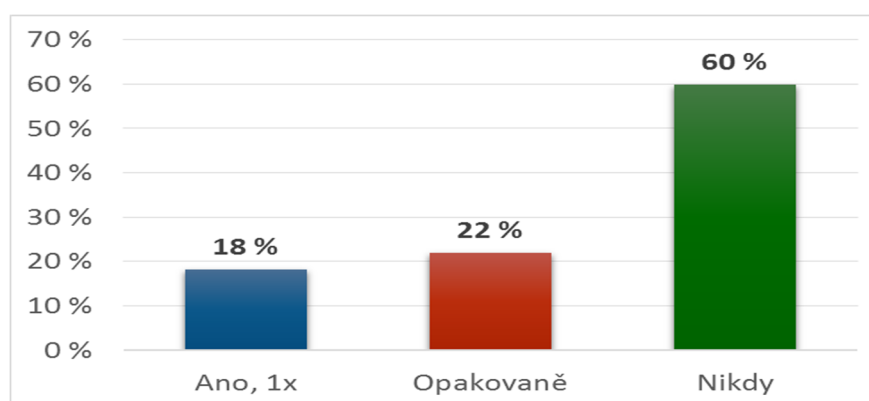
Z celkového počtu 209 respondentů uvedlo 140 respondentů (67%) jako nejvyšší dosažené vzdělání střední zdravotnickou školu, 19 respondentů (9 %) uvedlo, že mají vystudovány vyšší odbornou školu. Celkem 41 respondentů (20 %) odpovědělo, že mají vysokoškolské bakalářské vzdělání, a 9 respondentů (4 %) má vysokoškolské magisterské vzdělání.

Graf 3 Zastoupení oddělení



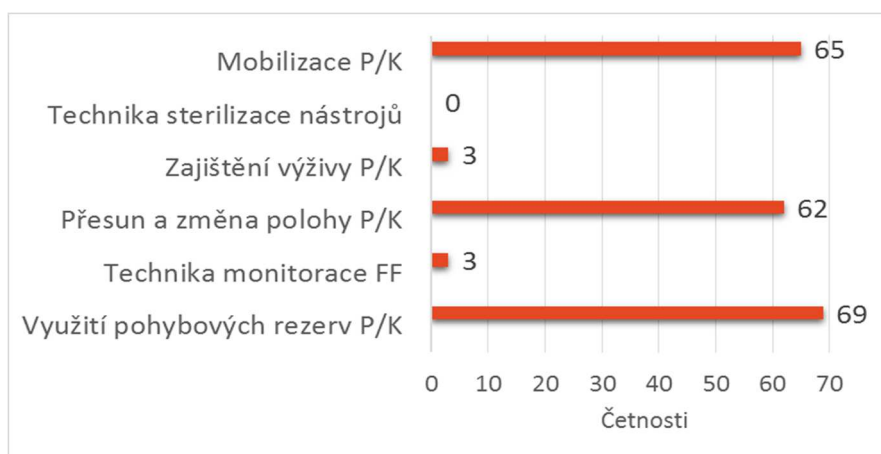
Tento graf znázorňuje zastoupení jednotlivých oddělení ve výzkumném šetření. Z celkového počtu 209 respondentů (100 %) jich pracovalo 81 (39 %) na oddělení chirurgie, 58 (28 %) na interním oddělení a 70 (33 %) na oddělení následné péče.

Graf 4 Setkání s pojmem „kinestetika“



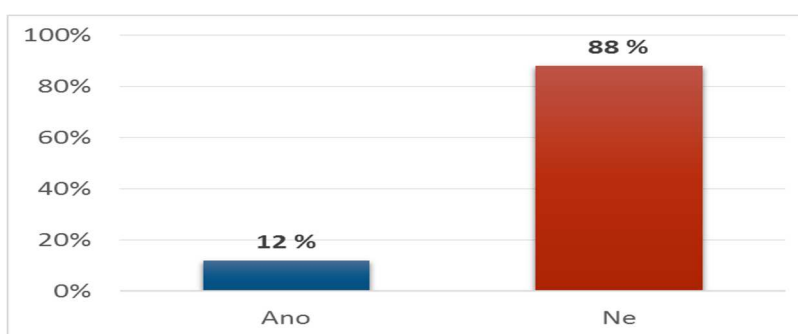
Z celkového počtu 209 respondentů (100 %) se alespoň 1x setkala s pojmem „kinestetika“ 38 respondentů (18 %) a opakovaně 46 respondentů (22 %). Zbýlých 125 respondentů (60 %) se s pojmem „kinestetika“ nikdy neseťkalo.

Graf 5 Charakteristika kinestetiky



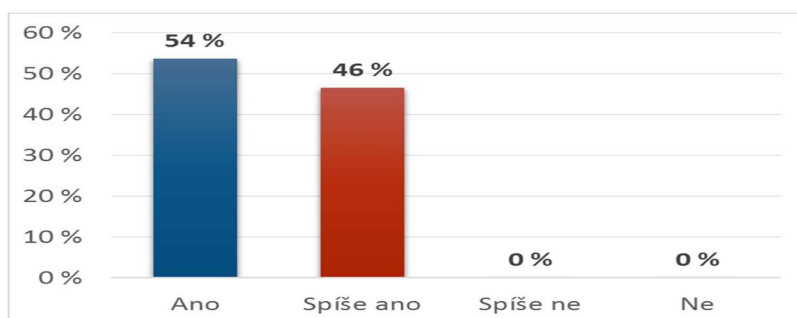
Z celkového počtu odpovědí 202 (100 %) se odpověď „mobilizace pacienta“ objevila 65krát (32 %), „přesun a změna polohy pacienta“ 62krát (31 %) a „využití pohybových rezerv pacienta“ 69krát (34 %). Pouze ve 3 (1 %) případech byla označena odpověď „monitorace fyziologických funkcí“. Stejně tak byla zastoupena odpověď „zajištění výživy pacienta“. Ani jednou nebyla označena odpověď „technika sterilizace nástrojů“.

Graf 6 Účast na kinestetickém semináři



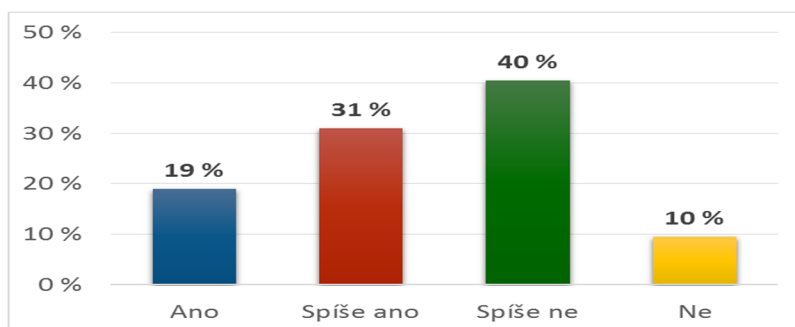
Z celkového počtu 84 respondentů (100 %) se semináře zaměřeného na kinestetiku zúčastnilo 10 respondentů (12 %). Zbýlých 74 respondentů (88 %) se nikdy takového semináře nezúčastnilo.

Graf 7 Přínos kinestetiky pro ošetrovatelství



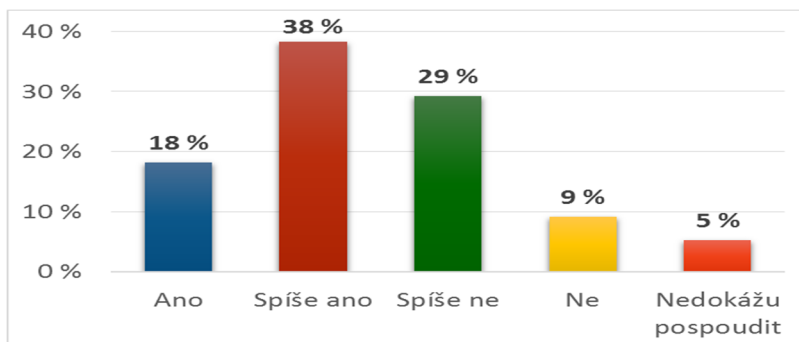
Z celkovéh počtu 84 respondentů (100 %) jich 45 (54 %) vybralo odpověď „ano“ na otázku, zda se domnívají, že je kinestetika přínosná pro ošetrovatelskou péči. Zbylých 39 respondentů (46 %) vybralo odpověď „spíše ano“. Záporně neodpověděl žádný respondent.

Graf 8 Využívání kinestetiky v praxi



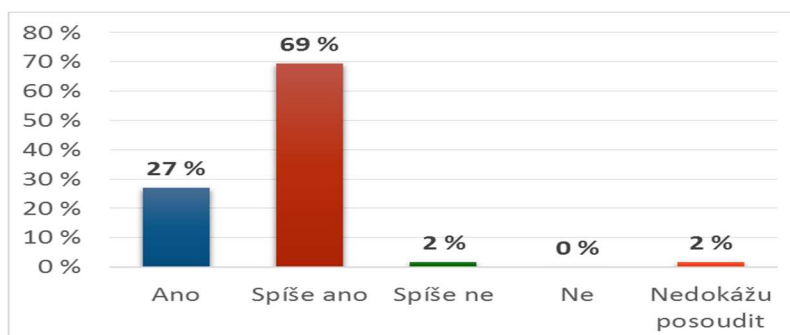
Z celkového počtu 84 respondentů (100 %) využívá kinestetiku 16 respondentů (19 %). Odpověď „spíše ano“ vybralo 26 respondentů (31 %). Celkem 8 respondentů (10 %) vůbec kinestetiku v praxi nevyužívá. Zbylých 34 respondentů (40 %) zvolilo odpověď „spíše ne“.

Graf 9 Množství polohovacích pomůcek



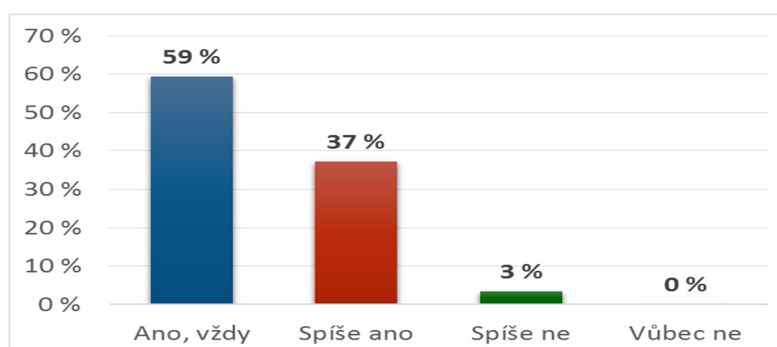
Na otázku, zda mají respondenti k dispozici dostatečné množství polohovacích pomůcek, odpovědělo z celkového počtu 209 respondentů (100 %) 38 respondentů (18 %) „ano“, „spíše ano“ zvolilo 80 respondentů (38 %), „spíše ne“ 61 respondentů (29 %) a odpověď „ne“ 19 respondentů (9 %). Možnost „nedokážu posoudit“ zvolilo 11 respondentů (5 %).

Graf 10 Efektivnost dostupných polohovacích pomůcek



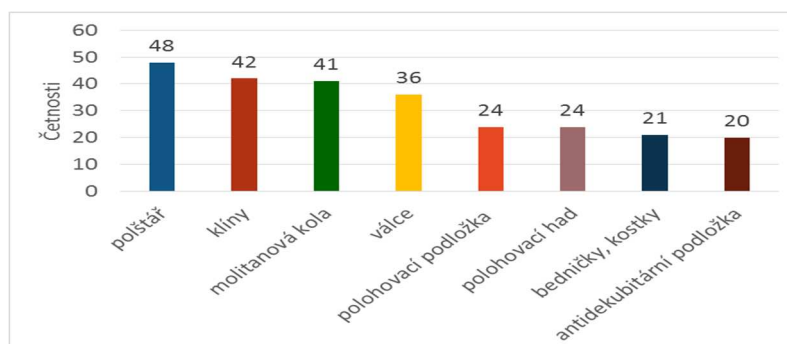
Na otázku, zda považují dostupné polohovací pomůcky za efektivní, odpovědělo z celkového počtu 118 respondentů (100 %) celkem 32 respondentů (27 %) „ano“, odpověď „spíše ano“ zvolilo 82 respondentů (69 %) a odpověď „spíše ne“ 2 respondenti (2 %). Odpověď „nedokážu posoudit“ zvolili také 2 respondenti (2 %). Žádný respondent nezvolil odpověď „ne“.

Graf 11 Využívání dostupných pomůcek k polohování



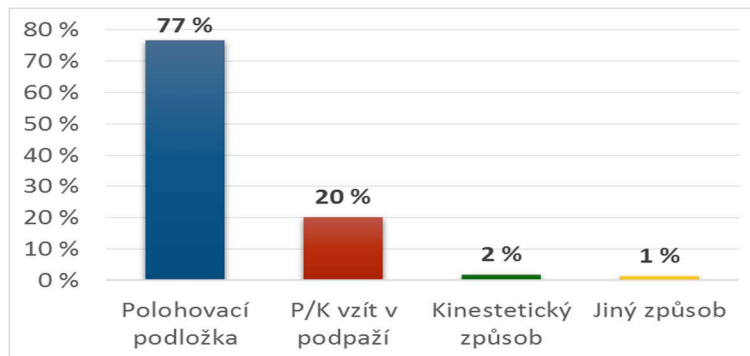
Z celkových 118 respondentů (100 %) vždy využívá dostupné polohovací pomůcky 70 respondentů (59 %). „Spíše ano“ zvolilo 44 respondentů (37 %) a „spíše ne“ zvolili 4 respondenti (3 %). Žádný z respondentů neodpověděl, že by dostupné polohovací pomůcky vůbec nepoužíval.

Graf 12 Nejčastější polohovací pomůcky



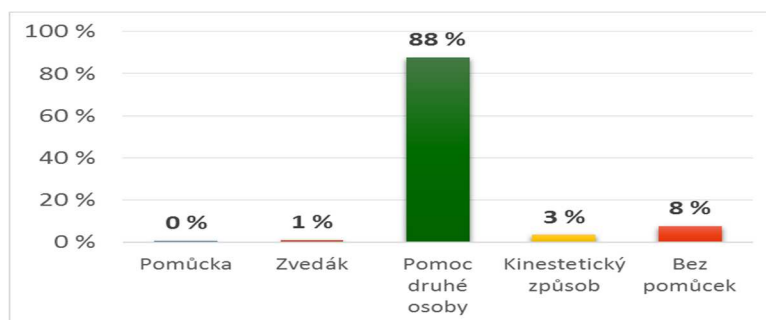
Celkem bylo zaznamenáno 324 odpovědí (100 %). Z tohoto počtu se nejčastěji objevoval, a to 48krát (15 %) polštář, 42krát (13 %) klíny, 41krát (13 %) molitanová kola a 36krát (11 %) válce. Mezi další nejčastější pomůcky při polohování respondenti zahrnuli 24krát (7 %) polohovací podložku a polohovací had (7 %). Také se 21krát (6 %) objevila odpověď „bednička“ a 20krát (6 %) odpověď „antidekubitární podložka“. Zbýlých 68 odpovědí (21 %) bylo rozděleno mezi různé polohovací pomůcky.

Graf 13 Způsob vysunutí pacienta k hornímu čelu lůžka



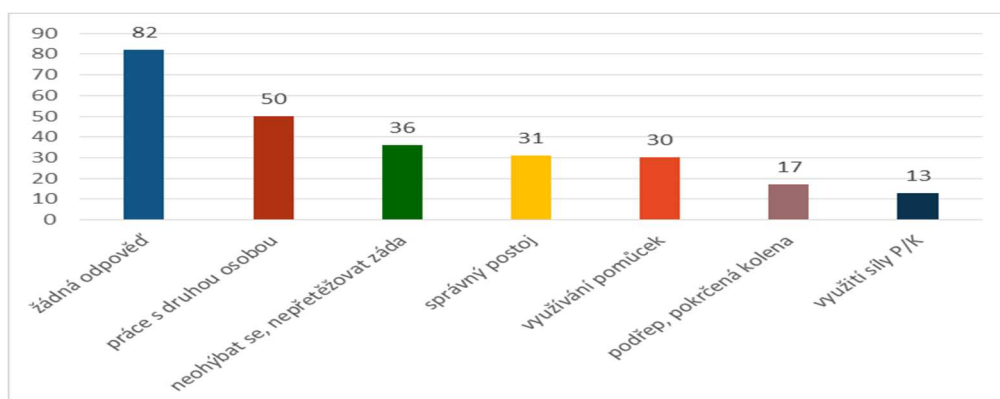
Z celkového počtu 209 respondentů (100 %) jich celkem 160 (77 %) preferuje využití polohovací podložky. Jako druhý nejčastější způsob vysunutí pacienta k hornímu čelu lůžka označili respondenti „vzít pacienta v podpaží“. To uvedlo celkem 42 respondentů (20 %). Kinestetický způsob vysunutí pacienta využívají 4 respondenti (2 %) a jiný způsob využívají 2 respondenti (1 %).

Graf 14 Způsob přesunutí pacienta z/na židli



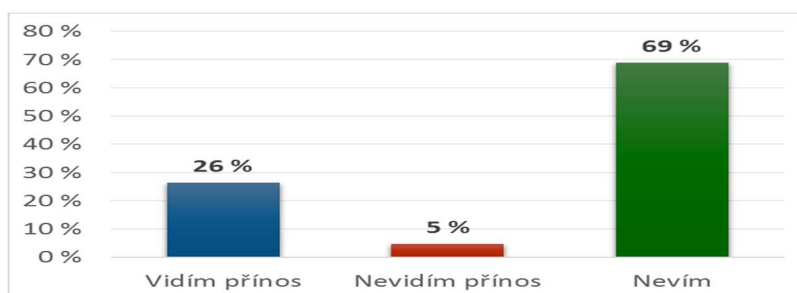
Z celkem 209 odpovědí (100 %) se nejčastěji objevoval způsob přesunu za pomoci druhé osoby. To uvedlo celkem 183 respondentů (88 %). Přesun pacienta bez pomůcek uvedlo celkem 16 respondentů (8 %) Využívání kinestetického způsobu přesunu uvedlo 7 respondentů (3 %). Používání zvedáku uvedli 2 respondenti (1 %).

Graf 15 Zásady při polohování



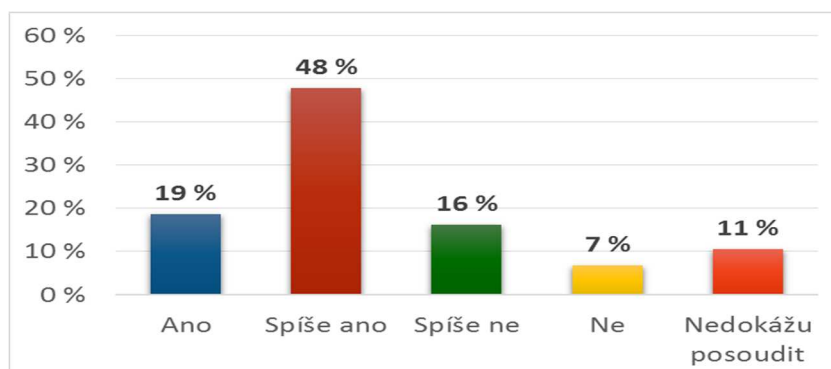
Z celkového počtu 302 odpovědí (100 %) 82 respondentů (27 %) nevedlo žádnou zásadu nebo odpověděli, že neví. Celkem 50 respondentů (17 %) uvedlo jako zásadu polohování práci s druhou osobou, 36 respondentů (12 %) odpovědělo, že by se při polohování neměla sestra zbytečně ohýbat a přetěžovat záda, 31 respondentů (10 %) uvedlo, že je při polohování důležitý správný postoj sestry, a 30 respondentů (10 %) uvedlo, že je nutné při polohování využívat dostupné polohovací pomůcky. Dalších 17 (6 %) respondentů zařadilo mezi zásady polohování postoj v mírném podřepu při manipulaci s pacientem a 13 (4 %) respondentů ještě uvedlo, že je vhodné při polohování využívat vlastní síly pacienta. Zbýlých 43 odpovědí (14 %) patřilo ostatním zásadám.

Graf 16 Přínos kinestetiky při polohování pacienta



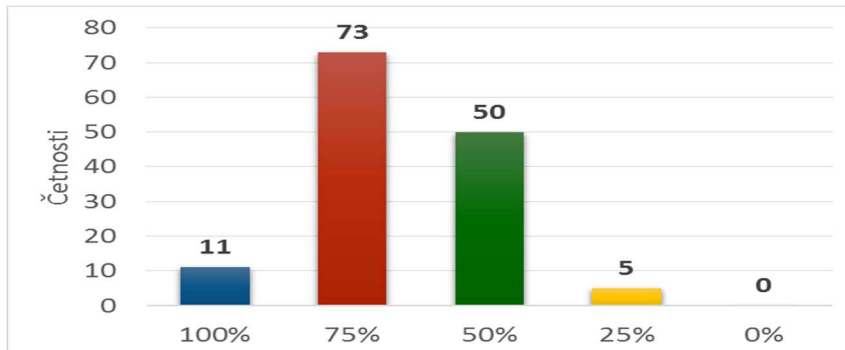
Na otázku, zda respondenti vidí přínos kinestetiky při polohování pacienta, odpovědělo z celkového počtu 209 respondentů (100 %) 144 respondentů (69 %), že neví. Přínos kinestetiky vidí celkem 55 respondentů (26 %). Pouze 10 respondentů (5 %) nevidí žádný přínos kinestetiky při polohování.

Graf 17 Vliv špatné techniky polohování na poškození zdraví sestry



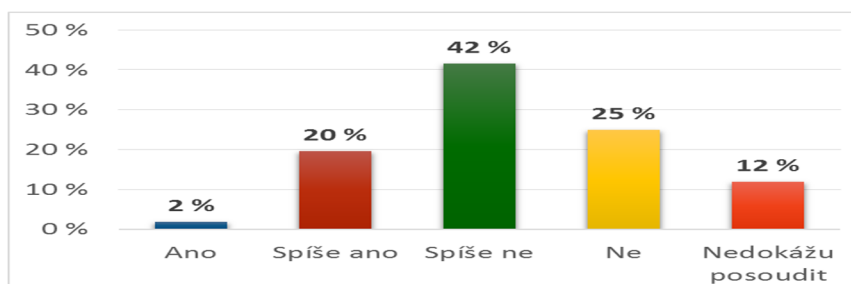
Z celkového počtu 209 respondentů (100 %) jich celkem 39 (19 %) uvedlo, že špatná technika polohování má vliv na zdraví sestry. Dalších 100 respondentů (48 %) zvolilo odpověď „spíše ano“. Celkem 14 respondentů (7 %) se domnívá, že špatná technika polohování nemá vliv na zdraví sestry, a 34 respondentů (16 %) zvolilo odpověď „spíše ne“. Zbýlých 22 respondentů (11 %) vybralo odpověď „nedokážu posoudit“.

Graf 18 Míra podílu špatné techniky polohování na poškození zdraví sester



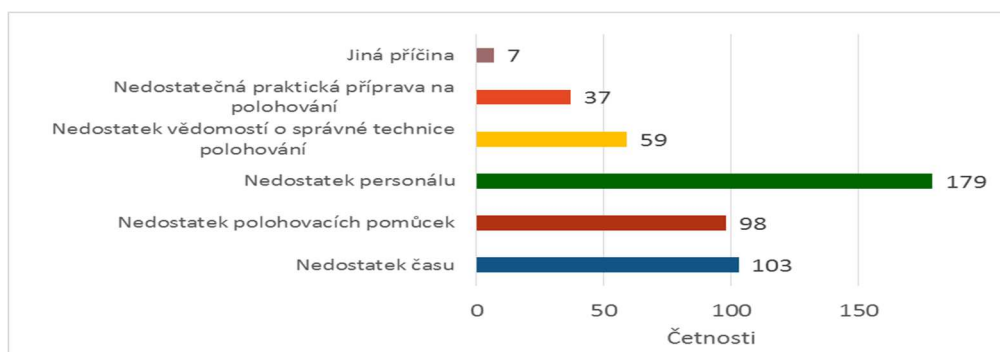
Z celkového počtu 139 respondentů, kteří považují špatné polohovací techniky za rizikové pro zdraví sester (100 %), jich 11 (8 %) uvedlo, že špatná technika se 100% podílí na poškození zdraví sester. Celkem 73 respondentů (53 %) soudí, že špatná technika má vliv na poškození zdraví sester ze 75 %, a 50% podíl na poškození zdraví sester přisuzuje špatné technice polohování celkem 50 respondentů (36 %). Zbýlých 5 respondentů (4 %) uvedlo, že možnost poškození zdraví špatným polohováním je 25%. Žádný respondent si nemyslí, že by špatná technika polohování neměla žádný vliv na poškozování zdraví sester.

Graf 19 Vliv špatné techniky polohování na poškození zdraví pacienta



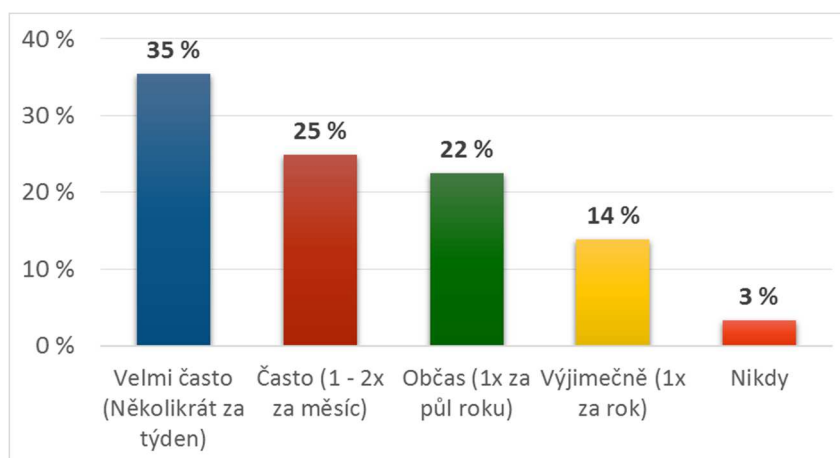
Z celkového počtu 209 respondentů (100 %) celkem 4 (2 %) uvedli, že má špatná technika polohování vliv na poškození zdraví pacienta. Dalších 41 respondentů (20 %) zvolilo odpověď „spíše ano“. Celkem 52 respondentů (25 %) se domnívá, že špatná technika polohování nemá vliv na zdraví pacienta. Nejvíce, 87 respondentů (42 %) zvolilo odpověď „spíše ne“. Zbýlých 25 respondentů (12 %) vybralo odpověď „nedokážu posoudit“.

Graf 20 Nejčastější důvod pro použití nešetrné manipulace s pacientem



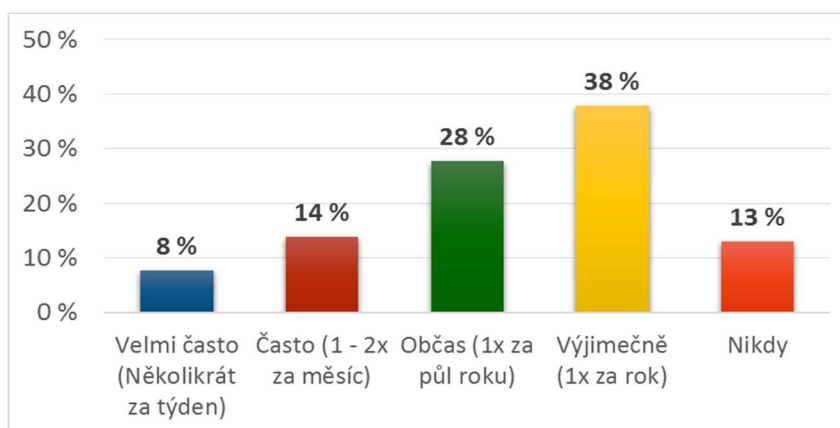
Z celkového počtu 483 odpovědí (100 %) se celkem 103 respondentů (21 %) shodlo, že příčinou nešetrného polohování je nedostatek času. Dalších 98 (20 %) považuje za další příčinu nedostatek polohovacích pomůcek. Nejvíce, celkem 179 (37 %) respondentů, uvedlo jako příčinu nešetrné manipulace nedostatek personálu. Celkem 59 respondentů (12 %) se domnívá, že i nedostatek vědomostí o správné technice polohování má vliv na využívání nešetrných postupů, a 37 respondentů (8 %) si myslí, že je na vině nedostatečná praktická příprava na polohování. Celkem 7 respondentů (1 %) si myslí, že jsou i jiné příčiny pro využívání nešetrné techniky polohování pacienta.

Graf 21 Četnost výskytu situací ohrožujících zdraví sestry při polohování



Z celkového počtu 209 respondentů (100 %) se 74 respondentů (35 %) setkává se situacemi ohrožujícími zdraví sestry při polohování velmi často. Celkem 52 respondentů (25 %) uvedlo, že se s takovou situací setkává často, a 47 respondentů (22 %) občas. Výjimečně se s touto situací setkává 29 respondentů (14 %) a nikdy se s takovou situací nesešlo celkem 7 respondentů (3 %).

Graf 22 Četnost výskytu situací ohrožujících zdraví pacienta při polohování



Z celkového počtu 209 respondentů (100 %) se 16 respondentů (8 %) setkává se situacemi ohrožujícími zdraví pacienta při polohování velmi často. Celkem 29 respondentů (14 %) uvedlo, že se s takovou situací setkává často, a 58 respondentů (28 %) občas. Výjimečně se s touto situací setkává 79 respondentů (38 %) a nikdy se s takovou situací nesešlo celkem 27 respondentů (13 %).

4.2 Statistické vyhodnocení hypotéz

Hypotézy byly testovány pomocí chí kvadrát testu v programu Microsoft Excel 2013. Zvolená hladina významnosti α byla 5 %.

4.2.1 Hypotéza 1

H_1 : Využití kinestetiky je závislé na typu oddělení.

H_0 : Využití kinestetiky není závislé na typu oddělení.

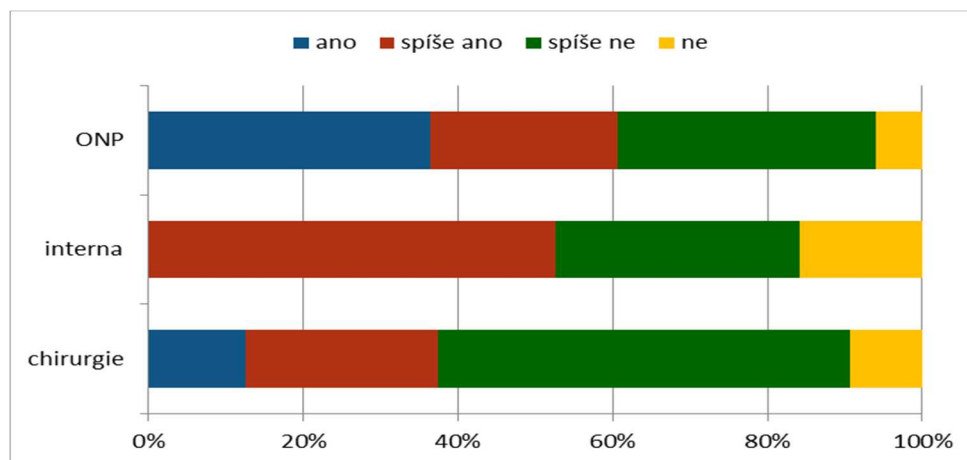
Tabulka 1 Využívání kinestetiky na jednotlivých odděleních

Pozorované četnosti		Využití kinestetiky			
Oddělení	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Celkem
Chirurgie	4	8	17	3	32
Interna	0	10	6	3	19
Odd. násl. péče	12	8	11	2	33
Celkem	16	26	34	8	84
Chirurgie	13 %	25 %	53 %	9 %	100 %
Interna	0 %	53 %	32 %	16 %	100 %
Odd. násl. péče	36 %	24 %	33 %	6 %	100 %

Chí kvadrát test – dosažená hladina významnosti $p = 1,1 \%$

H_0 neplatí. Platí H_A : Využití kinestetiky je závislé na typu oddělení.

Graf 23 Využívání kinestetiky na jednotlivých odděleních



K testování této hypotézy sloužily odpovědi na otázky č. 3 a 8. Při analýze byla dosažena hladina významnosti p 1,1 %, a H_0 tedy neplatí. Platí H_A : Využití kinestetiky je závislé na typu oddělení. Z výsledků je patrné, že kinestetika je nejčastěji využívána na oddělení následné péče, a naopak nejméně často na oddělení chirurgie (Graf 23).

4.2.2 Hypotéza 2

H2: Sestry využívají klasické principy polohování i přes vědomí, že mohou poškodit zdraví své i pacientovo.

Z důvodu dvouhlavňové hypotézy byla testovaná data rozdělena na dva soubory, a byly tedy stanoveny dvě pracovní hypotézy.

H2a: 60 % sester ví, že klasické principy polohování mohou poškodit jejich zdraví.

Tabulka 2 Vliv špatné techniky polohování na poškození zdraví sester

Vědomí rizika	Vliv špatné techniky polohování P/K na poškození zdraví sester			
	Pozorované		Očekávané	
	četnosti	Procenta	četnosti	procenta
Ano	139	74 %	112	60 %
Ne	48	26 %	75	40 %
Celkem	187	100 %	187	100 %

Chí kvadrát test – dosažená hladina významnosti $p = < 0,1 \%$

H2a neplatí. Platí H_A : Znalost sester o riziku poškození svého zdraví není 60%.

Při testování hypotézy bylo vyřazeno 22 odpovědí od respondentů, kteří zvolili možnost „nedokážu posoudit“. Dosažená hladina významnosti $p < 0,1 \%$ vyvrací H2a, která předpokládala, že 60 % sester ví, že klasický způsob polohování může vést k poškození jejich zdraví. Můžeme tedy říct, že platí H_A : Znalost sester o riziku poškození zdraví není 60 %. Téměř tři čtvrtiny (74 %) sester vědí, že polohování může poškodit jejich zdraví. Při porovnání s hodnotami z otázek č. 13 a 14 můžeme říct, že sestry vědí, že klasické, nešetrné postupy polohování mohou poškodit jejich zdraví, a přesto tyto postupy využívají nejčastěji.

Druhá část hypotézy H2 zní:

H2b: 60 % sester ví, že klasické principy polohování mohou poškodit zdraví pacienta.

Tabulka 3 Vliv špatné techniky polohování na poškození zdraví pacienta

Vědomí rizika	Vliv špatné techniky polohování P/K na poškození zdraví pacienta			
	Pozorované		Očekávané	
	četnosti	procenta	četnosti	Procenta
Ano	45	24 %	110	60 %
Ne	139	76 %	74	40 %
Celkem	184	100 %	184	100 %

Chí kvadrát test – dosažená hladina významnosti $p = < 0,1 \%$

H2b neplatí. Platí H_A : Znalost sester o riziku poškození zdraví pacienta není 60 %.

Při testování hypotézy bylo vyřazeno 25 odpovědí od respondentů, kteří zvolili možnost „nedokážu posoudit“. Dosažená hladina významnosti $p < 0,1 \%$ vyvrací H2b, která předpokládala, že 60 % sester ví, že klasický způsob polohování může vést k poškození zdraví pacienta. Můžeme tedy říct, že platí H_A : Znalost sester o riziku

poškození zdraví není 60%. Sestry považují klasický způsob polohování za rizikový pro zdraví pacienta pouze ve 24 % případech.

4.2.3 Hypotéza 3

H3: Nedostatek času je nejčastější příčina využívání nešetrného způsobu polohování.

H₀: Nejčastější příčinou nešetrného polohování je nedostatek času.

Tabulka 4 Nejčastější příčiny nešetrného polohování pacienta

		Ano	Ne	Celkem
Nedostatek času	Četnosti	103	106	209
	Procenta	49 %	51 %	100 %
Nedostatek personálu	Četnosti	179	30	209
	Procenta	86 %	14 %	100 %

Chí kvadrát test – dosažená hladina významnosti $p = < 0,1 \%$

H₀ neplatí. Platí H_A: Nejčastější příčinou nešetrného polohování není nedostatek času.

Při testování hypotézy 3 jsme porovnávali nejčastější odpovědi na otázku č. 20. Mezi nejčastější odpovědi patřily odpovědi „nedostatek času“ a „nedostatek personálu“. Při statistickém porovnání těchto nejvíce zastoupených odpovědí byla dosažena hladina významnosti $p < 0,1 \%$, a můžeme tedy říct, že H₀ neplatí. Platí H_A, že nejčastější příčinou není nedostatek času. Z analýzy výsledků jsme zjistili, že nejčastější příčinou využívání nešetrného postupu při polohování je nedostatek personálu.

5 Diskuze

Tato diplomová práce se zabývá bezpečností při mobilizaci a polohování pacienta. Je zaměřena spíše na oblast bezpečnosti všeobecných sester při polohování pacientů, ale je zde zmíněna i oblast bezpečnosti pacientů, protože tyto dvě oblasti od sebe nelze zcela oddělit. Cílem práce bylo zjistit, zda sestry znají a využívají principy kinestetiky, zda mají dostatek pomůcek k zajištění bezpečí při manipulaci s pacientem a objasnit příčiny využívání klasických a méně šetrných technik polohování pacienta. Rozhodli jsme se výzkum realizovat na odděleních chirurgie, interny a oddělení následné péče (Graf 3), protože se jedná o základní oddělení většinou většího typu a sestry se zde setkávají s velkým množstvím pacientů.

Myslíme si, že každá sestra by se během poskytování ošetrovatelské péče měla zajímat o bezpečí pacienta, ale i své vlastní, protože ve zdravotnickém prostředí je neustále vystavována rizikům jeho poškození. V dokumentu, který vydala Americká asociace sester, je uvedeno, že sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci jsou v čele tabulek, co se týče pracovních úrazů a nemocí, které nejsou smrtelné, ale ohrožují a poškozují jejich zdraví. Jedněmi z nejčastějších potíží, se kterými se zdravotnický personál potýká, jsou MSD. To potvrzuje i tento dokument, který uvádí, že až 62 % sester má obavy z rozvoje MSD při výkonu svého povolání, a 56 % sester uvádí, že mají zkušenosti s bolestí pohybového aparátu, která se během vykonávání jejich zaměstnání zhoršovala. Také je zde uvedeno, že až 80 % sester, které přiznávají, že trpí obtížemi spojenými s MSD, nadále pracuje, navzdory bolestem. Rovněž se dozvíme, že MSD jsou více než jiné pracovní úrazy nebo onemocnění odpovědné za dlouhodobou pracovní neschopnost zdravotnických pracovníků (ANA, 2013). Velice podobné údaje uvádí i EU-OSHA, která ve svém článku také zmiňuje, že práce zdravotnického personálu je nejrizikovější povolání, pokud jde o vznik MSD, které mohou vést až k dlouhodobé pracovní neschopnosti (EU-OSHA, 2008).

Vznik MSD u sester je úzce spojen právě s častým polohováním pacientů, protože polohování pacientů je jednou z běžných denních činností každé sestry. Na tomto tvrzení se shodli i respondenti našeho výzkumu, jak je patrné v Grafu 17 a Grafu 18,

kde je vidět, že většina z nich považuje polohování za rizikové pro své zdraví. Právě z tohoto důvodu by se podle našeho názoru měla každá sestra zajímat o způsoby polohování pacientů, které by byly šetrné nejen pro pacienta, ale i pro ni.

Velice mě zaujala činnost ANA, která na svých internetových stránkách uvádí velké množství různých článků a brožur, jež se touto problematikou zabývají a jsou volně dostupné. I na internetových stránkách EU-OSHA lze najít praktické informace, jak bezpečně polohovat pacienta. To považuji za velice přínosné, ale domnívám se, že mnoho sester tyto informace nevyhledává, a nejsou tedy schopné využít tyto postupy v praxi. A pokud již takové informace naleznou nebo se například zúčastní nějaké přednášky na toto téma, tak podle našeho názoru stejně nově zjištěné poznatky do praxe nezapojí. Myslím si totiž, že sestry, které s pacienty manipulují, se snaží tento úkon provést především co nejrychleji, a neberou tedy ohledy na rizika, která jsou s tím spojená, takže pokud by i o šetrnějším způsobu manipulace s pacientem měly dostatek vědomostí, bude u nich stále převládat snaha o rychlost více než o kvalitu. Je nutné připustit, že pokud chceme pacienta polohovat šetrně, je ve většině případů nutné mu věnovat více času, než když se využije klasický způsob, např. dvě sestry vezmou polohovací podložku pod pacientem a naráz ho vysunou k hornímu čelu lůžka. To je totiž podle našeho výzkumu nejčastější technika polohování, pokud je nutné pacienta vysunout v lůžku. Celých 77 % respondentů (Graf 13) tuto možnost uvedlo a i z vlastní zkušenosti musíme toto tvrzení potvrdit. Je pravda, že tato technika je mnohem šetrnější než například pacienta vysouvat držením v podpaží, ale také má své negativní stránky. Mnohdy se při této technice polohování zcela zapomíná na pacienta, protože v této situaci je polohování provedeno tak rychle, že pacient se mnohdy nemá vůbec možnost připravit, a popřípadě sestrám pomoci svými silami. Také z vlastní zkušenosti soudíme, že tato technika mnohdy přispívá k psychické nepohodě pacienta, protože ho to pouze utvrzuje v pocitu, že je pro ošetřující personál přítěží, může se stydět za svou neschopnost a také může mít pocity viny za svoji váhu, kterou musí ošetřující personál „tahat“. A přitom je mnoho způsobů, jak se tomuto problému zcela vyhnout, a to od efektivnější komunikace a přípravy pacienta, využívání různých druhů pomůcek až po využití specializovanějších technik, jako je třeba právě kinestetika.

Přiblížit využívání kinestetiky bylo jedním z cílů naší práce. K tomuto cíli byla stanovena hypotéza H1. Na jejím základě jsme chtěli zjistit, zda je využívání kinestetiky závislé na typu oddělení. Ze statistického zhodnocení výsledků vyšlo, že využívání kinestetiky je závislé na typu oddělení (Tabulka 1). Nejvíce využívána je na oddělení následné péče, a naopak nejméně na chirurgickém oddělení (Graf 23). Domníváme se, že je to zapříčiněno hlavně skladbou pacientů na těchto odděleních. Na odděleních následné péče je mnohem větší procento pacientů odkázaných na péči sester, hlavně je zde více pacientů částečně či zcela imobilních. Také se domníváme, že je kinestetika více využívána na odděleních následné péče, protože je to koncept úzce spjatý s konceptem bazální stimulace, který je na těchto odděleních mnohem více využíván.

Kinestetiku jako pojem znalo celkem 40 % respondentů (Graf 4). Bauder-Mißbach (2008, s. 11) o kinestetice píše, že *„popisuje všechny pohybové aktivity, které jsou zapotřebí k pomoci klientům, aby byl proces jejich uzdravení navzdory pohybovým omezením ze zdravotních důvodů nebo následkem poranění uskutečněn rychle a účinně.“* Abychom se ujistili, že respondenti opravdu vědí, čím se kinestetika zabývá, uvedli jsme v možnostech u otázky č. 5 i nesprávné možnosti. Z Grafu 5 je patrné, že většina respondentů skutečně ví, čím se kinestetika zabývá. Z těchto 40 % (tj. 84 respondentů) uvedla polovina, že kinestetiku v praxi alespoň někdy využívá, a druhá polovina uvedla, že kinestetiku spíše nebo vůbec nevyužívá (Graf 8). Domnívám se však, že z těch, kteří uvedli, že kinestetiku při polohování využívají, ji většina využívá pouze částečně, hlavně co se týká správného postoje při manipulaci s klientem, protože když se podíváme na výsledky Grafu 6, tak vidíme, že z těchto 84 respondentů se kurzu či semináře na toto téma zúčastnilo pouze 12 %, tj. 10 respondentů. Zbylých 88 % uvedlo, že se semináře nikdy nezúčastnilo, a proto si myslíme, že nemohou být schopni využívat kinestetiku v celém jejím rozsahu. Osobně jsem se takového kurzu zúčastnila. Byl to kurz pořádaný Asociací Palma a vedla jej jediná certifikovaná lektorka v České republice Mgr. Hana Nedělková. Byl to jednodenní kurz, který měl mít spíše informativní charakter, ale došlo i na ukázky kinestetiky v praxi. Dozvěděla jsem se velice přínosné informace z praxe paní magistry a měla jsem také možnost si kinestetiku vyzkoušet v pozici ošetřujícího i ošetřovaného, ale jelikož se jednalo pouze o krátký

kurz, musím přiznat, že nyní nejsem schopná kinestetiku v plném rozsahu využít, protože je k tomu nutné si všechny techniky vyzkoušet prakticky a na to nebyl na tomto kurzu čas. Z toho tedy usuzuji, že respondenti, kteří uvedli, že kinestetiku využívají v praxi, nevyžívají kinestetiku jako celek, ale pouze její části. Přitom využívání kinestetiky může přinést pro ošetřovatelství mnohé výhody: *„Při ošetřování nemocných/postižených pomáhá kinestetika ošetřujícímu personálu vykonávat pohyb společně s nemocným za co nejmenšího užití síly (Kinestetika.cz, 2015).“* I Podrazilová (2015, s. 39) popisuje znalost kinestetiky jako velice přínosnou pro manipulaci s pacienty: *„Velkou výhodou této metody spatřuji v možnosti transportu pacientů s různým stupněm postižení (včetně kvadruplegie) do různých pozic s minimalizací vlastní námahy. Při aplikaci kinestetické mobilizace může sestra sama vysunout z lůžka i stokilového pacienta.“* I z našeho výzkumu vyplývá, že respondenti, kteří znají kinestetiku, se domnívají, že může být pro ošetřovatelství přínosná (Graf 7). Problém je podle mě v implementaci kinestetiky do denní praxe. Nejlepším řešením, aby se kinestetika stala součástí ošetřovatelské péče, je podle našeho názoru to, aby se stala součástí výuky ošetřovatelských postupů v rámci studia všeobecných sester. Toto řešení je však těžko uskutečnitelné. Přesto si myslíme, že by se studenti měli dozvědět o základech kinestetiky, aby věděli, že jsou i jiné způsoby polohování, které jsou šetrné pro ně i pro pacienta.

Dalším cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda mají sestry pocit, že mají dostatek pomůcek k zajištění bezpečí při polohování pacienta a manipulaci s ním. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že více jak polovina dotazovaných sester má pocit, že polohovacích pomůcek mají k dispozici dostatek (Graf 9). Pokud se však zároveň podíváme na graf 12, který ukazuje nejčastěji využívané pomůcky, můžeme vidět, že sestry nejčastěji využívají antidekubitární pomůcky a pomůcky k udržení požadované polohy (např. válce, polštáře). Mezi 8 nejčastěji využívanými polohovacími pomůckami je pouze jediná pomůcka, která slouží k usnadnění polohování, a to polohovací podložka. Mezi dalšími odpověďmi se objevily i jiné pomůcky k usnadnění polohování, jako například skluzné podložky či zvedáky, ale ty měly v konečném součtu malé

zastoupení. Z těchto výsledků usuzuji, že sestry mají sice dostatek polohovacích pomůcek, ale nejsou to pomůcky k usnadnění polohování.

Posledním stanoveným cílem bylo zmapovat příčiny, které vedou k využívání klasických nešetrných technik polohování. Klasickými technikami myslím techniky založené na hrubé fyzické síle. Zcela se ztotožňuji s výrokem Dominika (2013), který ve svém webovém příspěvku uvádí toto: „*Mohu s jistotou říci, že polohování není o hrubé síle. Síla zapotřebí do jisté míry je, ale důležitější je správný ergonomický handling (manipulace) s pacientem.*“ Často jsme se během naší praxe setkávali s tím, že sestry při polohování s pacientem vůbec nekomunikovaly, ale pouze pacienta zahrnovaly příkazy a polohování probíhalo stylem „raz, dva, tři a nahoru“. Němcová (2011) zveřejnila v rámci své bakalářské práce výsledky skrytého pozorování, ze kterého vyplynuly časté problémy právě s nešetrným zacházením s pacienty při polohování.

K tomuto třetímu cíli byly testovány dvě hypotézy. H2: Sestry využívají klasické principy polohování i přes vědomí, že mohou poškodit zdraví své i pacientovo. H3: Nedostatek času je nejčastější příčina pro využívání nešetrného způsobu polohování.

Hypotéza H2 byla pro potřeby testování rozdělena na dvě části. U první části (H2a) jsme předpokládali 60 % kladných odpovědí na otázku č. 17. Testovali jsme, zda sestry vědí, že špatná technika polohování může poškodit jejich zdraví. H2a byla testem chý kvadrát vyvrácena, a platí tedy H_A : Znalost sester o riziku poškození jejich zdraví není 60% (Tabulka 2). Z analýzy výsledků nám vyšlo, že až 74 % sester si uvědomuje riziko, které plyne z využívání špatné techniky polohování. To potvrzují výsledky z grafu 21, kdy sestry uvádějí, že se poměrně často setkávají se situacemi, kdy při polohování dochází k poškození zdraví sester.

I když jsou tato čísla relativně vysoká a sestry vědí, že špatně prováděným polohování škodí svému zdraví, myslíme si, že mnohdy si nepřipouštějí nebo neuvědomují, že při polohování pacienta dělají něco špatně a že dnes už existují možnosti, jak toto riziko výrazně snížit. Jak uvádí ve svém příspěvku Miloševská a Drahošová (2014), je při manipulaci s pacientem nutné vyvarovat se pohybu přes

ohnutá záda. Tedy dbát na správný postoj při polohování a také na správnou techniku dýchání a v neposlední řadě využívat dostupné polohovací pomůcky, které slouží k usnadnění polohování. Ve svém příspěvku také zmiňují, že sestry se často nechtějí přeučovat, co mají zažité. To, jak se domníváme, je často velkou překážkou v zavádění nových technik či pomůcek do praxe, které by polohování učinily šetrnějším. Bohužel tím nastává situace, kdy nové sestry a mimo jiné i studenti, kteří v rámci své praktické přípravy vykonávají praxi v nemocnici, přebírají návyky od zkušenějších sester, které často neodpovídají zásadám šetrného polohování. Nově příchozí nemají dostatek odvahy nebo zkušeností, aby se o prosazování šetrnějších technik postarali, postupem času si zvyknou na takovýto druh polohování a začnou ho využívat běžně. Po nějakém čase se i oni dostanou do role zkušenějších sester, které mají předávat své zkušenosti novým sestřám, a nastává celý problém znovu. Zda jsou naše domněnky správné, by bylo nutné ověřit v rámci jiného výzkumného šetření.

Druhá část hypotézy H2 byla zaměřena na to, zda sestry vědí, že špatná technika polohování může vést k poškození zdraví pacienta. Při testování byla H_0 vyvrácena, a platí tedy H_A : Znalost sester o riziku poškození zdraví pacienta není 60%. V tomto případě vyšel výsledek zcela opačně, než tomu bylo v předchozím případě. Sestry považují špatnou techniku polohování za rizikovou pro pacienta pouze ve 24 % případů (Tabulka 3). Z toho podle mého názoru vyplývá, že sestry při polohování mnohem méně uvažují nad tím, co prožívá pacient. Jak už jsme popisovali výše, u pacienta může mít špatná technika polohování dopad na jeho psychické zdraví. Může ale také dojít k fyzickému poškození pacienta, a to například nešetrným držením pacienta v podpaží, kdy pacient může následně trpět bolestmi v této oblasti. Nebo také nešetrné posouvání po podložce může vést k poškození kůže pacienta a může být jedním z faktorů vzniku nových dekubitů. To uvádí mezi rizikovými faktory pro vznik dekubitů i Pejznochová (2010). O snížení tohoto rizika by se mohl postarat nový prototyp látky, ze kterého by se mohlo vyrábět povlečení pro nemocnice. To uvádí ve svém článku Rotaru a kol. (2013), kde popisují novou látku, která při srovnání s klasickým nemocničním prostěradlem měla o 50 % nižší tření při styku s kůží. Tím by se výrazně snížilo riziko vzniku dekubitů v souvislosti s třením kůže o podložku. Z grafu 22 také vyplývá, že

sestry se se situacemi, kdy dojde k poškození zdraví pacienta, příliš neseškávají. Ale to je podle našeho názoru spíše důsledek toho, že si v mnoha případech neuvědomují souvislosti mezi polohováním a poškozením zdraví pacienta. Zvláště pokud se jedná „pouze“ o drobné oděrky nebo začervenání kůže, ačkoli i to může pro pacienta představovat ohrožení jeho zdraví.

Souhrnem k hypotéze H2 můžeme tedy říct, že sestry si uvědomují riziko, které přináší špatná technika polohování pro jejich zdraví, ale již neberou v úvahu souvislosti techniky polohování a poškození zdraví pacienta. K tomuto problému bychom doporučili, aby se nácvik polohování prováděl simulační technikou, kdy by si mohli jednotliví účastníci vyzkoušet roli pacienta a měli tak možnost si uvědomit, co pacient při polohování zažívá.

K poslednímu cíli byla stanovena ještě hypotéza H3, která říká, že nedostatek času je nejčastější příčina pro využívání nešetrného způsobu polohování. Při testování bylo zjištěno, že nedostatek času není nejčastější příčinou využívání nešetrného způsobu polohování, a tedy H_0 neplatí (Tabulka 4). Z výsledků vyplynulo, že nejčastějším důvodem je podle sester nedostatek personálu (Graf 20). To potvrzuje nynější situaci našeho zdravotnictví, které se aktuálně s nedostatkem sester potýká. My si však na rozdíl od autorů článků, které se nyní často objevují na internetu nebo v tisku, nemyslíme, že by na vině byl nynější systém vzdělávání. Rodriguez (2015) ve svém článku toto dokonce prezentuje jako hlavní problém a tvrdí, že: *„Sestry už totiž nevychovávat jen střední školy. Vzdělání jim nabízí také vyšší odborné školy a univerzity. Jenže to přináší problémy: pokud sestra získá vysokoškolský diplom, převlékat postele už nechce. Poohlíží se spíš po vedoucí funkci.“* S tímto tvrzením zcela nesouhlasíme, protože osobně neznáme žádnou nově nastupující sestru, která by ihned po nástupu vyžadovala vedoucí pozici. Myslíme si, že na nedostatku sester v našich nemocnicích se podílí mnohem více faktorů, ale především je to nedostatečné platové ohodnocení a uznání za velice náročnou práci, kdy musí jedna sestra během své směny zvládnout mnoho úkonů najednou, a to především efektivně spojit péči o pacienta a práci s jeho dokumentací. Právě z tohoto důvodu jsme pro zachování nynějšího systému vzdělávání sester, protože si myslíme, že na takto náročnou práci, kdy sestra

nese velkou míru zodpovědnosti za pacienta, by nebyly sestry, které by absolvovaly pouze středoškolské vzdělání, zcela připraveny. Této problematice se věnuje i Tóthová ve svém článku, ve kterém mimo jiné také uvádí důvody zavedení vysokoškolského vzdělávání všeobecných sester (2014, s. 179): *„I změna ve vzdělávání sester byla následkem „poptávky“ po emocionálně zralé, samostatně rozhodující a aktivní sestře, která ve vypjatých situacích, které s sebou přináší např. náhlá změna zdravotního stavu pacienta, dokáže být plnohodnotným spolupracovníkem – partnerem lékaři při záchráně toho nejcennějšího, co máme, lidského života.“* V tomto se s autorkou článku zcela ztotožňujeme.

Závěrem této diskuze bychom rádi odpověděli na výzkumnou otázku, kterou jsme si v této diplomové práci stanovili. Naše výzkumná otázka zněla: Jaké jsou možnosti pro zlepšení manipulace a polohování pacienta v rámci ošetrovatelského procesu? Na základě analýzy literatury při zpracování teoretické části a provedeního dotazníkového šetření můžeme říci, že mezi tyto možnosti jistě patří využívání kinestetiky v ošetrovatelské péči. Aby se však více využívala v běžné praxi, bylo by podle nás nutné ji začlenit již do výuky sester. Nebo by alespoň byla potřeba se více věnovat správným technikám polohování (správný postoj, využívání váhy vlastního těla apod.) a více provádět praktický nácvik. Myslím si, že nyní se student učí polohovat hlavně až během praktické výuky v nemocnici, kde právě často přebírá různé zlovyky, které sestry v praxi používají. To je výzva a úkol pro management. Také by v tomto případě velice pomohla simulace polohování, aby se student mohl zcela vžít do role pacienta i ošetrovatele a uvědomil si, co všechno polohování obnáší.

Další možností pro zlepšení manipulace s pacienty je zajistit na oddělení vhodné pomůcky k přesunu pacientů (skluzné podložky, desky) a dbát na to, aby se využívaly. Postupem času by se sestry s těmito pomůckami naučily běžně pracovat, a polohování by se tak stalo mnohem šetrnějším.

Pokud by se alespoň některou z těchto uvedených možností řešení podařilo zrealizovat, myslíme si, že by se polohování stalo mnohem bezpečnější nejen pro pacienty, ale i pro samotné sestry, které se s polohováním pacientů setkávají při poskytování ošetrovatelské péče každý den.

6 Závěr

Diplomová práce s názvem „Bezpečí při mobilizaci a polohování pacienta“ byla napsána s cílem zmapovat oblast polohování pacientů, s tím spojená rizika a jejich možnosti řešení. Cílem 1. bylo zjistit, zda sestry využívají principy kinestetiky při manipulaci s pacientem. Cílem 2. bylo zjistit, zda sestry mají podle svého názoru dostatek pomůcek k zajištění bezpečí při mobilizaci a polohování pacienta. A cílem 3. bylo zmapovat příčiny využívání nešetrného způsobu polohování pacienta.

V souvislosti s těmito cíli jsme stanovili jednu výzkumnou otázku a 3 hypotézy:

Hypotéza 1: Využití kinestetiky je závislé na typu oddělení. Tuto hypotézu jsme potvrdili. Nejčastěji se kinestetiky využívá na odděleních následné péče a nejméně na oddělení chirurgie. To je nejspíše zapříčiněno odlišnou skladbou pacientů na těchto odděleních.

Hypotéza 2: Sestry využívají špatné techniky polohování i přes vědomí, že mohou poškodit zdraví své i pacientovo. Tato hypotéza byla pro účely testování rozdělena na dvě pracovní hypotézy. Pokud se jedná o poškození zdraví sester, sestry si uvědomují, že využívání špatné techniky polohování má vliv na jejich zdraví, ale přesto využívají nejčastěji právě klasické nešetrné techniky, jako je polohování pomocí polohovací podložky nebo uchopení pacienta v podpaží. Hypotéza se tedy v tomto případě potvrdila. Ale co se týče poškození zdraví pacienta využíváním špatných polohovacích technik, sestry si toto riziko spíše neuvědomují, a hypotéza se tedy v tomto případě nepotvrdila.

Hypotéza 3: Nedostatek času je nejčastější příčinou využívání nešetrného způsobu polohování. Tato hypotéza se nepotvrdila. Jako nejčastější příčinu pro využívání nešetrného postupu polohování označovaly sestry především nedostatek personálu.

Výzkumná otázka zněla: Jaké jsou možnosti pro zlepšení manipulace a polohování pacienta v rámci ošetrovatelského procesu? Tuto výzkumnou otázku se nám podařilo zodpovědět pomocí analýzy literatury v teoretické části a provedením dotazníkového šetření v rámci praktické části této práce.

Zjistili jsme, že práce sestry je velice fyzicky náročná a právě polohování pacientů je jedním z nejtěžších úkonů, které musí sestry při poskytování ošetrovatelské péče provádět. V souvislosti s tím jsme zjistili, že sestry se příliš nepokouší si polohování usnadnit, protože dostatečně nevyužívají polohovací pomůcky k usnadnění polohování. Stále nejčastěji využívají klasických polohovacích technik, které jsou zaměřeny především na to, aby se polohování provedlo co nejrychleji, ale o to méně jsou pro sestru i pacienta bezpečné. Také jsme zjistili, že sestry většinou neznají kinestetiku, která polohování činí příjemnějším a šetrnějším a která pomáhá i v uzdravování pacienta.

Je potřeba, aby se polohovacím technikám věnovala větší pozornost na každém pracovišti, ale i v rámci studia všeobecných sester, protože by měla být vyvíjena snaha o to, aby se u sester nerozvíjely obtíže, které mohou špatné techniky polohování způsobovat. Ty následně vedou k dlouhodobé pracovní neschopnosti, což je nežádoucí v souvislosti s nedostatkem sester v našich nemocnicích.

Výstupem z této diplomové práce bude odborný článek publikovaný v odborném časopise a prezentace na odborné konferenci.

7 Seznam informačních zdrojů

ANA [American nurses association]. Safe patient handling and mobility. *Nursingworld.org* [online]. 2013 [cit. 2015-06-16]. Dostupné z: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy-Work-Environment/SafePatient/SPHM-Trifold-Brochure.pdf>

ANTAI-OTONG, Deborah. *Nurse-client communication: a life span approach*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, 2007. ISBN 0763735884.

BAUDER MISSBACH, Heidi. *Základy pohybové podpory: Viv-Arte Kinestetika modul 1-4*. 6. vyd. Asselfingen: Viv-Arte, 2008.

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

DOMINIK, Miroslav. Polohování: Podceňovaná součást celodenní péče. In: *Rehabilitace re-habilis* [online]. 2013 [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: <http://rehabilis.cz/sites/default/files/polohovani.pdf>

DVOŘÁKOVÁ, Zuzana. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: C. H. Beck, 2012. ISBN 978-80-7400-347-9.

EU-OSHA. Postupy manipulace s pacienty umožňující předcházet vzniku MSD u pracovníků ve zdravotnictví. *EU-OSHA: Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci* [online]. 11/01/2008 [cit. 2015-06-11]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/publications/e-facts/efact28>

EU-OSHA: *Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci: Sektor Zdravotnictví* [online]. ©2015 [cit. 2015-06-07]. Dostupné z: https://osha.europa.eu/cs/sector/healthcare/index_html

GUČKOVÁ, Mária. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. 2007, č. 6. ISSN 1210-0404.

HALMO, Renata. Kinestetika v ošetrovatelství. In: *Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství*. Mezinárodní konference ošetrovatelství v Olomouci. Praha: Grada, 2002. ISBN: 80-247-0536-2.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník: speciální část*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4728-308.

KIMMEL, Nancy. *Therapeutic Communication in the Nursing Profession*. *Ezine Articles* [online]. 2007 [cit. 2015-06-16]. Dostupné z: <http://ezinearticles.com/?Therapeutic-Communication-in-the-Nursing-Profession>

Kinestetika.cz: „pohyb je život“ [online]. ©2008-2015 [cit. 2015-06-07]. Dostupné z: <http://www.kinestetika.cz>

KRIŠKOVÁ, Anna et al. *Ošetrovatel'ské techniky: metodika sesternských činností*. *Učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. 2., preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-202-2.

KRIŠKOVÁ, Anna. *Profesionálne opatrovatel'stvo: oblasti opatrovania a aktivácia seniorov*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-329-5.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4726-991.

KYASOVÁ, Miroslava. Možnosti polohování nemocných na lůžku. *Interní medicína pro praxi*. 2009,**11**(2), 96 - 97. ISSN 1212-7299.

MIKŠOVÁ, Zdeňka a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.

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

MILOŠEVSKÁ, Radka a Lucie Drahošová. 2014. Bolestem zad vzniklým při péči o nemocné a imobilní osoby lze předcházet. *Náš AGEL: Časopis (nejen) o skupině AGEL* [online]. [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: <http://www.nasagel.cz/z-nemocnic/nemocnice-cesky-tesin/1404-bolesti-zad.html>

Muskuloskeletální poruchy. *EU-OSHA: Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci* [online]. 2014 [cit. 2015-06-11]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/themes/musculoskeletal-disorders>

NEDĚLKOVÁ, Hana a Renata HALMO. *Kinestetická mobilizace: skriptum pro účastníky kurzu Kinestetická mobilizace*. Most: Nemocnice Most, 2007. ISBN 978-80-239-9260-1.

NEDĚLKOVÁ, Hana. Ano, kinestetika umožňuje snazší a efektivnější mobilizaci pacienta. In: *Sestra*. 2008, č. 07-08, s. 23. ISSN 1210-0404.

NEDĚLKOVÁ, Hana. Kinestetická mobilizace. In: OTÁSKOVÁ, Jiřina. *II. jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků: 22.10. - 23. 10. 2009, České Budějovice: sborník přednášek*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2009. ISBN 978-80-2545-416-9.

NĚMCOVÁ, Iva. *Geriatrický pacient a jeho práva*. Zlín, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Silvie Treterová.

NEUGEBAUER, Tomáš. *Bezpečnost a ochrana zdraví při práci v kostce, neboli, O čem je současná BOZP*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-556-4.

PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2682-3

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0

PODRAZILOVÁ, Petra. Význam kinestetiky pro ošetřovatelskou péči. *Florence*. 2015, **XI**(5), 38 - 39. ISSN:1801-464X.

POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.

Program pomůcek pro snadnou a bezpečnou manipulaci s pacienty/klienty s omezenou pohyblivostí. In: *APOS BRNO: Partner pro sociální sféru a zdravotnictví* [online]. ©2008-2015 [cit. 2015-06-07]. Dostupné z: http://aposbrno.cz/download/polohovanr_katalog.pdf

RODRIGUEZ, Veronika. Špitály řeší nedostatek sester. Většina jich chce šéfovat. *Aktuálně.cz* [online]. 2015 [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: <http://zpravy.aktualne.cz/domaci/spitaly-resi-nedostatek-sester-vetsina-jich-chce-sefovat/r~5a49f9f60f8411e5bcb60025900fea04/>

ROSDAHL, Caroline Bunker a Mary T KOWALSKI. *Textbook of basic nursing*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams, c2008, xxxiii, 1741 p. ISBN 07-817-6521-8.

ROTARU, Gelu M. a kol. Friction between human skin and medical textiles for decubitus prevention. *Tribology International*. 2013, **65**, 91-96. ISSN 0301679x.

SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4732-237.

ŠPINAR, Jindřich a Ondřej LUDKA. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4743-561.

ŠVÁBENSKÁ, Drahoslava. Zvyšování bezpečnosti zdravotnických pracovníků. In: *Sestra*. 2013, č. 02, s. 25. ISSN 1210-0404.

TOMAGOVÁ, Martina a Ivana BÓRIKOVÁ. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-808-0632-700.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.

TÓTHOVÁ, Valérie. Potřebuje sestra vysokoškolské vzdělání? *Kontakt*. 2014, **XVI**(3), 197-180. ISSN 1212-4117.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potreby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-701-3324-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2004, 356 s. ISBN 80-246-0841-3.

VÉVODA, Jiří et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vyd. V nakl. Portál 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-x.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada1, 2015. ISBN 978-80-247-3421-7.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.

WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.

WORKMAN, Barbara A, Clare L BENNETT. *Klíčové dovednosti sester: speciální část*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1714-X.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZACHAROVÁ, Eva a kol. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Přehled kategorizace pacientů

Příloha 2 Pohybový režim pacientů

Příloha 3 Kinestetika – hmoty (pevné části) a meziprostory

Příloha 4 Nákres spirálního (trojdimenzionálního) pohybu

Příloha 5 Kinestetika – sedm základních poloh

Příloha 6 Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha 1 Přehled kategorizace pacientů

Kategorie	Body	Název	Legenda
0	0	pacient na propustce	vykáže se každý den, kdy je pacient na propustce
1	0	pacient soběstačný	pacient je nezávislý na základní ošetrovatelské péči dítě nad 10 let
2	75	pacient částečně soběstačný	pacient je částečně soběstačný, sám se obslouží s dopomocí, je schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku dítě od 6 do 10 let
3	150	pacient vyžadující zvýšený dohled	lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžaduje téměř úplnou obsluhu psychicky alterovaný pacient vyžadující zvýšený dohled, případně nutné přechodné omezení pohybu či farmakologické zklidnění dítě od 2 do 6 let
4	225	pacient imobilní	lucidní, zcela imobilní pacient, případně inkontinentní, vyžaduje ošetrovatelskou pomoc při všech úkonech dítě do 2 let věku
5	300	pacient v bezvědomí	pacient je v bezvědomí, případně v deliriózním stavu

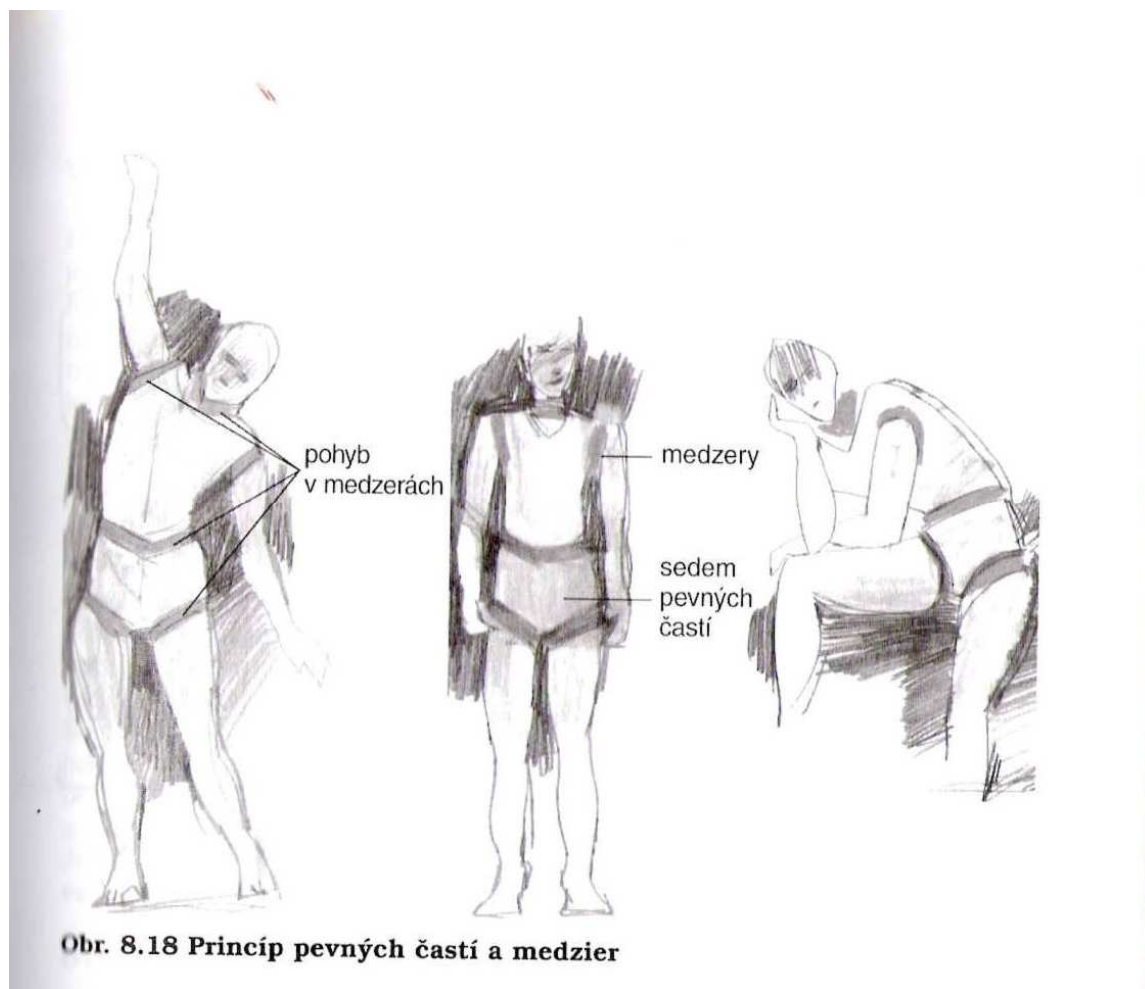
Zdroj: ČESKO. Vyhláška č. 467 ze dne 18. 12. 2012, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 174, s. 6146 – 6201. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vyhlaska-c467/2012-sb_7261_3.html

Příloha 2 Pohybový režim pacientů

Označení	Konkretizace pohybového režimu
A – 1	Pacient zcela soběstačný, chodící, volný pohyb po areálu nemocnice (barevné označení – žlutá)
B – 2	Chodící nemocný, volný pohyb po oddělení (barevné označení – zelená)
C – 3	Částečně soběstačný pacient, soběstačný v rámci lůžka, nutná dopomoc, neopouští pokoj (barevné označení – modrá)
D -4	Nesoběstačný pacient, upoután na lůžko, neopouští lůžko (barevné označení – červená)

Zdroj: POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.

Příloha 3 Kinestetika – hmoty (pevné části) a meziprostory



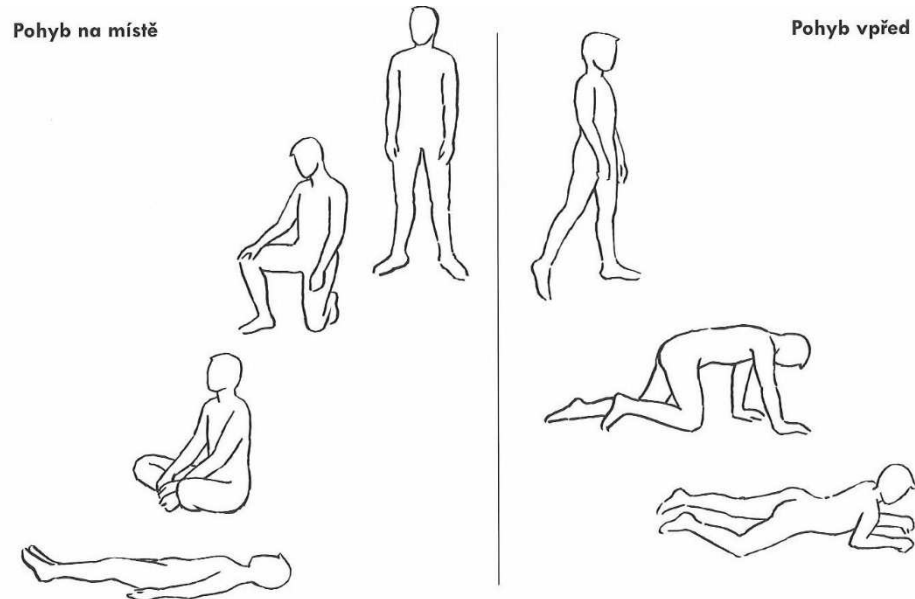
Zdorj: KRIŠKOVÁ, Anna et al. *Ošetrovateľské techniky: metodika sesterských činností. Učebnica pre fakulty ošetrovateľstva. 2., preprac. a dopl. vyd.* Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-202-2.

Příloha 4 Nákres spirálního (trojdimenzionálního) pohybu



Zdroj: KRIŠKOVÁ, Anna et al. *Ošetrovateľské techniky: metodika sesterských činností. Učebnica pre fakulty ošetrovateľstva. 2., preprac. a dopl. vyd.* Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-202-2.

Příloha 5 Kinestetika – sedm základních poloh



Zdroj: BAUDER MISSBACH, Heidi. *Základy pohybové podpory: Viv-Arte Kinestetika modul 1–4*. 6. vyd. Asselfingen: Viv-Arte, 2008, 104 s.

Příloha 6 Dotazník pro všeobecné sestry

Vážená paní, vážený pane,

Prosím Vás o vyplnění dotazníku k mé diplomové práci na téma: **Bezpečnost při mobilizaci a polohování pacienta**. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Zaškrtněte pouze jednu odpověď, pokud u otázky není uvedeno jinak.

Děkuji za Váš čas a spolupráci

Bc. Blanka Hřebejková
2. ročník Ošetrovatelství ve vybr. klinických oborech
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

1. Věk
2. Vzdělání
 - SZŠ
 - VOŠ
 - VŠ Bc.
 - VŠ Mgr.
3. Na jakém oddělení pracujete?
.....
4. Setkal/a jste se někdy s pojmem kinestetika/kinestetická mobilizace?
 - Ano, jedenkrát
 - Opakovaně
 - Nikdy (Pokračujte na **otázku 9**)
5. Pokud ANO, v čem podle Vás kinestetika spočívá (**možnost více odpovědí**):

Využití pohybových rezerv pacienta	Zajištění výživy pacienta
Technika monitorace FF	Technika sterilizace nástrojů
Přesun a změna polohy pacienta	Mobilizace pacienta
6. Zúčastnil/a jste se někdy semináře, který byl zaměřený na kinestetiku?
 - Ano
 - Ne
7. Domníváte se, že je kinestetika přínosná pro ošetrovatelskou péči?
 - Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne
8. Využíváte ve své praxi kinestetiku?
 - Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne

9. Máte k dispozici dostatečné množství pomůcek k usnadnění polohování pacientů?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nedokážu posoudit

V případě záporné odpovědi pokračujte otázkou 13

10. Jsou pomůcky, které máte k dispozici k usnadnění polohování pacienta **efektivní**?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nedokážu posoudit

11. Využíváte dostupné pomůcky k usnadnění polohování pacienta?

- Ano, vždy
- Spíše ano
- Spíše ne
- Vůbec ne

12. Jaké polohovací pomůcky nejčastěji využíváte při polohování pacienta?

.....

13. Jaký způsob vysunutí imobilního pacienta k hornímu čelu lůžka preferujete?

- Pomocí polohovací podložky
- Pacienta vzít v podpaží a vytáhnout ho
- Využívám kinestetický způsob manipulace
- Jiný způsob:

14. K přesunu pacienta ze/na židli (např. mobilní WC křeslo) preferujete:

- Pomůcku, uveďte:
- Zvedák
- Pomoc druhé osoby
- Kinestetický způsob
- Bez pomůcek

15. Znáte nějaké zásady, které je dobré dodržovat k prevenci poškození zdraví (poškození zad ošetřujícího personálu) při polohování pacienta?

.....

16. V čem vidíte největší přínos kinestetiky:

- Přínos vidím v:
- Nevidím přínos
- Nevím

17. Myslíte si, že častou příčinou poškození zdraví sester je špatná technika polohování pacientů?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nedokážu posoudit

V případě záporné odpovědi pokračujte otázkou 19

18. Do jaké míry se podle Vás podílí špatná technika polohování na poškození zdraví sester?

- 100%
- 75%
- 50%
- 25%
- 0%

19. Myslíte si, že častou příčinou poškození zdraví pacienta je špatná technika polohování?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nedokážu posoudit

20. Co myslíte, že je nejčastější důvod pro použití nešetrné manipulace s pacientem?

(možnost více odpovědí)

- Nedostatek času
- Nedostatek polohovacích pomůcek
- Nedostatek personálu
- Nedostačující vědomosti o správné technice polohování
- Nedostatečná praktická příprava na polohování pacienta
- Jiná příčina:

21. Jak často se setkáváte se situací, kdy by mohlo dojít k poškození **zdraví sestry** při polohování pacienta?

- Velmi často (Několikrát za týden)
- Často (1-2x za měsíc)
- Občas (1x za půl roku)
- Výjimečně (1x za rok)
- Nikdy

22. Jak často se setkáváte se situací, kdy by mohlo dojít k poškození **zdraví pacienta** při polohování?

- Velmi často (Několikrát za týden)
- Často (1-2x za měsíc)
- Občas (1x za půl roku)
- Výjimečně (1x za rok)
- Nikdy

Děkuji za spolupráci

Bc. Blanka Hřebejková