



Kinestetická mobilizace v praxi

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Klára Barešová**
Vedoucí práce: Mgr. Petra Pažoutová, DiS.





Kinaesthetic mobilization in practice

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Klára Barešová**
Supervisor: Mgr. Petra Pažoutová, DiS.



Ústav zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Klára Barešová
Osobní číslo: Z13000004
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Kinestetická mobilizace v praxi
Zadávající katedra: Ústav zdravotnických studií

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

1. Zjistit informovanost Všeobecných sester a Zdravotních asistentů o "Kinestetické mobilizaci".
2. Seznámit Všeobecné sestry a Zdravotní asistenty nemocnice Varnsdorf s koncepcí "Kinestetická mobilizace".
3. Podpořit zavedení koncepce "Kinestetické mobilizace" v ošetrovatelské praxi nemocnice Varnsdorf.
4. Vyhodnotit zavedení koncepce "Kinestetická mobilizace" v nemocnici Varnsdorf.

Teoretická východiska (včetně výstupu z BP):

Jako Všeobecná sestra pracující na oddělení v Léčebně pro dlouhodobě nemocné se potýkám nejčastěji s manipulací nesoběstačných pacientů. Tato práce je náročná i po fyzické stránce. Nevhodná manipulace může poškodit jak nelékaře, tak pacienta. Kinestetická manipulace podporuje fyziologický pohyb, mobilizuje klouby a svaly. S pacientem se tedy pracuje šetrně a za využití co nejmenší síly pracovníka. Výstupem mé bakalářské práce bude zavedení koncepce "Kinestetické manipulace" do ošetrovatelské rehabilitace v nemocnici Varnsdorf a vytvoření výukového materiálu.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládám, že Všeobecné sestry a Zdravotní asistenti neznají "Kinestetickou manipulaci".
2. Uvítají Všeobecné sestry a Zdravotní asistenti seznámení s koncepcí "Kinestetická manipulace"?
3. Bude Kinestetická mobilizace postupným proškolením Všeobecných sester a Zdravotních asistentů využívána při rehabilitačním ošetrování pacientů nemocnice Varnsdorf?
4. Je koncept Kinestetické manipulace v praxi využívám po měsíci od proškolení?

Metoda:

Kvantitativní k cíli č. 1

Kvalitativní k cíli č. 2,3 a 4.

Technika práce, vyhodnocení dat:

Po schválení vedení zdravotnického zařízení, bych osobně rozdala nestandardizovaný strukturovaný dotazník Všeobecným sestram a Zdravotním asistentům pro zjištění informovanosti o "Kinestetické mobilizaci". Po vyhodnocení dotazníků, bude proveden polostrukturovaný rozhovor s 5 Všeobecnými sestrami či Zdravotními asistenty před a po proškolení a zavedení "Kinestetické mobilizace".

Místo a čas realizace výzkumu:

Nemocnice Varnsdorf p. o. říjen 2015 - březen 2016

Příloha zadání bakalářské práce

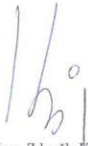
Seznam odborné literatury:

1. DYLEVSKÝ, J. Speciální kineziologie, Praha: Grada, 2009, s. 184. ISBN 978-80-247-1648-0.
2. OPAVSKÝ, J. Bolest v ambulantní praxi. Od diagnózy léčbě častých bolestivých stavů. Praha: Maxdorf, 2011. s. 394. ISBN 978-80-7345-247-6.
3. GALLO, J. a kol. Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult. Olomouc: Papírtisk s.r.o., 2011. s. 211. ISBN 978-80-244-2486-6.
4. FLEMR, L. a kol. Pohybové aktivity ve vědě a praxi. Praha: Karolinum, 2013. s. 519. ISBN 978-80-246-2621-5.
5. VÉVODA, J. a kol. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2013, s. 160. ISBN 978-80-247-4732-3.
6. VYTEJČKOVÁ, R. Manipulace s nemocným a Kinestetická mobilizace. [Online] [Citace: 26. prosinec 2014]. Dostupné z http://www.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/osetrovat/materialy/CNSNB1/studijni-materialy/Manipulace_s_nemocnym_a_Kinesteticka_mobilizace.pdf
7. NEDĚLKOVÁ, H. Kinestetická manipulace. [Online] [Citace: 3.5.2015]. dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kinesteticka-mobilizace-319754>
8. KALÁBOVÁ, H. Etika v pomáhajících profesích. Liberec: Technická univerzita Liberec, 2011, str. 131. ISBN 978-80-7372-749-9.
9. SCHULER, M., P. OSTER. Geriatrie od A do Z pro sestry, 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.
10. SKÁLA, B., J. EFFLER, P. HERLE, P. FILA. Bolesti zad vertebrogenní algický syndrom, 1. vyd. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011, 20 s. [cit. 28. 2. 2015]. ISBN 978-80-86998-42-8.
Dostupné z: www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2008.../bolesti-zad-2011.pdf
11. MILLER, J. and kol. Manual therapy and exercise for neck pain: A systematic review. [Online] Elsevier, December 2010. [Citace: 28. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/1356689X>

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury: viz příloha

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Podrazilová, DiS.
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 29. května 2015
Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2016


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 13. listopadu 2015

Studentka
Klára BAREŠOVÁ
Z13000004
Rumburská 976/23
407 46 KRÁSNÁ LÍPA

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 20. května 2016
č.j.: 16/8515/018196-02

Vyjádření k žádosti o ponechání tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 13. 5. 2016, zaevidované pod č.j.: 16/8515/018196-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu bakalářské práce „Kinestetická mobilizace v praxi“ a prodloužením termínu odevzdání do 30. 6. 2017.

S pozdravem



Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec 1

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 13. 6. 2014

Podpis: Baudyš

Poděkování patří Mgr. Petře Pažoutové, DiS. za odborné vedení mé bakalářské práce. Především za její ochotu, odbornou pomoc a poskytnutí cenných rad a připomínek. Rovněž děkuji rodině, přátelům a zaměstnavateli za podporu během studia.

Anotace c českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Klára Barešová
Instituce: Technická univerzita v Liberci,
Fakulta zdravotnických studií
Název bakalářské práce: Kinestetická mobilizace v praxi
Vedoucí práce: Mgr. Petra Pažoutová, DiS.
Počet stran: 72
Počet příloh: 5
Rok obhajoby: 2017

Souhrn:

Tématem předkládané bakalářské práce je kinestetická mobilizace v praxi. Práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a výzkumnou. Teoretická část obsahuje seznámení s koncepcí kinestetické mobilizace a jejími přínosy pro náročnou práci zdravotníků, zejména při manipulaci s nesoběstačnými pacienty. Výzkumná část je tvořena kvantitativní šetřením, realizovaným nestandardizovaným strukturovaným dotazníkem a následným kvalitativním šetřením, realizovaným rozhovorem se všeobecnými sestrami a zdravotními asistenty v nemocnici Varnsdorf. Po zpracování a vyhodnocení této výzkumné části následuje poslední část, vytvoření výukového materiálu pro použití této koncepce v praxi nemocnice Varnsdorf.

Klíčová slova: Kinestetická mobilizace. Ošetřovatelská rehabilitace. Nelékařský zdravotnický personál.

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Klára Barešová
Institution: Technická univerzita v Liberci,
Fakulta zdravotnických studií
Title: Kinaesthetic mobilization in practice
Supervisor: Mgr. Petra Pažoutová, DiS.
Pages: 72
Appendices: 5
Year: 2017

Summary:

The theme of presented bachelor work is kinaesthetic mobilization in practice. The work is divided into theoretical part and experimental part. The theoretical part contains an introduction to kinaesthetic mobilization conception and its contribution for the exacting work of therapists especially in handling with self-insufficient patients. The experimental part deals with the quantitative inquiry realized by means of non-standardized structured questionnaire followed by qualitative inquiry realized by means of conversation with nurses and health assistants in Varnsdorf hospital. After processing and evaluating of the experimental part there is the last part – making up teaching material for using this conception in practice in Varnsdorf hospital.

Key words: Kinaesthetic mobilization. Nursing rehabilitation. Non-medical health staff.

Obsah

Seznam použitých zkratk	14
1 Úvod	15
2 Teoretická část	16
2.1 Význam pohybu pro člověka	16
2.1.1 Pohyb	16
2.1.2 Chůze	17
2.2 Ošetrovatelská rehabilitace	18
2.3 Kinestetika	20
2.3.1 Kinestetická mobilizace	21
2.3.2 Kinestetické fáze	21
2.3.3 Kinestetické principy	22
2.3.4 Kinestetika v ošetrovatelské péči	24
2.3.4.1 Imobilizační syndrom	25
2.4 Fyzická zátěž nelékařského pracovníka	26
2.4.1 Ochrana zdraví při práci	27
2.4.2 Pracovní poloha	28
2.4.3 Nemoci z povolání	29
2.5 Management změny v souvislosti s implementací kinestetické mobilizace do praxe v nemocnici Varnsdorf	29
3 Výzkumná část	31
3.1 Cíle a výzkumné předpoklady	31
3.2 Kvantitativní výzkumu	32
3.2.1 Metodika výzkumu	32
3.3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	32
3.3.3 Analýza výzkumných dat	33
3.3.4 Analýza výzkumného cíle a předpokladu	45
3.4 Kvalitativní výzkum	47
3.4.1 Metodika výzkumu	47
3.4.2 Charakteristika výzkumného vzorku	48
3.4.3 Analýza výzkumných dat kvalitativního výzkumu	48
3.4.4 Analýza výzkumného cíle a předpokladu	57

3.5 Diskuze	59
3.6 Návrh doporučení pro praxi.....	62
Závěr	63
Seznam použité literatury	65
Seznam tabulek	70
Seznam grafů	71
Seznam příloh	72

Seznam použitých zkratk

BMI	body mass index
BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
BP	bakalářská práce
CNS	centrální nervová soustava
IS	imobilizační syndrom
KM	kinestetická mobilizace
OSN	Organizace Spojených Národů
S	Sestra
TUL	Technická univerzita v Liberci
Tzv.	tak zvaný

1 Úvod

Pracuji jako staniční sestra na oddělení následné péče Léčebna dlouhodobě nemocných nemocnice Varnsdorf, kde se potýkáme nejčastěji s manipulací nesoběstačnými imobilními pacienty. Tato práce je velmi fyzicky náročná. Nevhodná manipulace může poškodit jak pacienta, tak ošetřující personál. Kinestetická manipulace podporuje fyziologický pohyb, mobilizuje klouby a svaly. Kinestetická mobilizace usnadňuje personálu pohyb s pacientem na lůžku při ošetrovatelských úkonech. Pohyb s pacientem se neděje tahem nebo zdviháním, ale tzv. „chůzí“, jde o posouvání naučenými pohyby pacienta po podložce, napodobování chůze. Pacienti jsou plynule podporováni ve svém pohybu. Simulací „chůze“ jsou ve svém pohybu nepřetržitě podporováni. S pacientem se tedy pracuje šetrně a za využití co nejmenší síly pracovníka. Po seznámení s koncepcí kinestetické mobilizace při studiu na TUL, jsem se rozhodla absolvovat certifikovaný kurz a následně se snažit o zavedení určitých prvků kinestetické mobilizace do klinické praxe ošetrování pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko. A následně zkvalitnit péči o pacienty a ulehčit fyzicky náročnou práci zdravotníkům v nemocnici Varnsdorf.

2 Teoretická část

2.1 Význam pohybu pro člověka

Od pradávna byl pro člověka pohyb jeho přirozenou součástí. V dnešní době je bohužel modernější pasivní životní styl. Pro člověka a pro jeho pohybový aparát ale není žádoucí se nehýbat. Celkově pohyb přináší radost ze života, ale my se bohužel zapomínáme hýbat (Novotná, 2006).

Hejda (2013, str. 8) popisuje pohyb takto: „*Pohyb objímá totálně vše, pohyb je médiem našich zájmů, pudů, potřeb, citů, lásky a nenávisti. Pohyb bereme především jako pohyb těla. Proto jej nemůžeme oddělit a vyčlenit z jeho svázanosti s tělem.*” Člověk nemůže existovat bez těla, lidské bytí je vázáno na tělo.

Pohyb, jinak také lokomoce, má i psychologický význam, není to jen pohyb svalů, ale i změna myšlenek, nálad a citů. Pohyb má též společenský význam, motivuje k soudržnosti a k její realizaci (Hejda, 2013)

2.1.1 Pohyb

Pohyb provází člověka po celý čas jeho existence. Je přirozené být zdravý, výkonný a spokojený. Jistě je to mnohem příjemnější, produktivnější, a nakonec i levnější. Jenže není to samozřejmostí. Můžeme toho však docílit dávkou přirozeného způsobu života. A pohyb je jistě jednou z nejdůležitějších součástí života. Aktivní pohyb je cílem každého z nás po celý život až do vysokého věku. Pravidelný pohyb v patřičné kvalitě a množství pozitivně ovlivňuje srdeční funkci, krevní tlak, stav cévního aparátu, hladinu cholesterolu, množství tělesného tuku či vnitřní čistotu těla. Posiluje svaly, kosti, šlachy i vazy. Podporuje schopnost trávení, regenerace a čistí plíce. Posiluje celkovou zdatnost a odolnost (Doležal, 2013).

Celý pohybový aparát podléhá procesu stárnutí a přiměřená pohybová aktivita má velký význam pro udržení svalové síly a fyzické zátěže. Pohyb zmírňuje narušování kostní struktury a následného vzniku osteoporózy (Valešová, 2010).

Vše kolem nás i my sami jsme v pohybu. Pohyb nás posouvá z místa na místo. Naše pohybová schopnost ovlivňuje vzestup či pokles našeho sebevědomí. Pokud si chceme své pohybové schopnosti udržet co nejdéle, je třeba je cíleně ovlivňovat. Pravidelným cvičením udržujeme svalový tonus a rozsah pohybu kloubů (Klevetová, 2008).

V každodenním životě člověk potřebuje a používá přirozené formy pohybu. Je to chůze, zvedání a přenášení břemen, stoj, sed, leh a klek. Přirozené pohyby používají tělo v souladu s jeho stavbou, drží ho ve správném tvaru. Rozkládají zátěž do celého těla a tím nepřetěžují jeho jednotlivé části. Vlastní tělo používáme v souladu s jeho stavbou tak, aby mu pohyb prospíval a neublížoval (Doležal, 2013).

Nedostatek tělesné pohybové aktivity snižuje zdatnost a celkové zdraví člověka. Výchovou a podporou k aktivnímu pohybu se snažíme preventivně snížit negativní dopad inaktivity na organismus a minimalizovat nemocnost populace (Čevela, 2009).

2.1.2 Chůze

Chůze představuje nejpřirozenější formu lokomočního pohybu, která posouvá člověka z místa. Kouzlo chůze je v jeho jednoduchosti, která je však zajištěna složitým pohybovým systémem. Chůze je pro každého člověka tak charakteristická, že dokáže vypovídat i o jeho osobnosti. Dokáže upozornit na zdravotní či psychický stav jedince. (Novotná, 2006).

Chůze je definovaná jako rytmický, vzájemný cyklický pohyb dolních končetin, při kterém vždy jedna noha zůstává v kontaktu s podložkou. Člověk je schopen chůze, pokud má zajištěnou dostatečnou svalovou sílu a kloubní rozsah (Hájková, 2010).

Chůze se jako dynamický pohybový celek skládá z kroků. Krok je soubor pohybů celého těla, kdy se jedna dolní končetina přesune do stejné polohy, v které byla předtím druhá končetina (Gúth, 2006).

Krokový cyklus dělíme na dvě fáze: stojnou a švihovou. Fáze stojná zajišťuje stabilitu chůze a je nezbytná pro správnou fázi švihovou, je to doba, po kterou je noha v kontaktu s podložkou. Tvoří 62 % krokového cyklu. Zbývajících 38 % tvoří fáze švihová. Začíná odlepením nohy od podložky a končetina se dále přesouvá před stojnou, takže dochází k pohybu vpřed (Hájková, 2010).

Vyšetření chůze patří mezi základní analytické vyšetření pacienta. Chůzi vyšetřujeme bez vyzvání pacienta již při jeho vstupu do místnosti a dále při vlastním vyšetření na vyzvání, kdy pacient chodí naboso, po přímce nebo se zavřenými očima. Při sledování chůze hodnotíme rychlost, ladnost, symetričnost a souhyby celého těla. Vyšetření chůze má význam v odhalování ortopedických a neurologických odchylek a obtíží (Gúth, 2006).

2. 2 Ošetrovatelská rehabilitace

Rehabilitační ošetrovatelství patří mezi jednu ze základních složek péče o pacienta, která efektivně podporuje léčbu, předchází komplikacím a přibližuje pacienta k soběstačnosti. V rehabilitačním ošetrování je cílem sestry navrátit či optimálně zařadit člověka do plnohodnotného života a snažit se o zlepšení bio-psycho-socio-spirituálního dyskomfortu pacienta (Piecková, 2012).

Úkony v ošetrovatelské rehabilitaci jsou součástí ošetrovatelského plánu, kdy sestra jako koordinátorka naplňuje, vykonává a dohlíží na pohybovou péči. Ošetrovatelská rehabilitace zahrnuje polohování, dechovou gymnastiku, vertikalizaci. Dále podporu aktivních pohybů v rámci kondičního cvičení a zároveň pohyby pasivní (Marková, 2006).

Správné a pravidelné **polohování** je jednou z nejdůležitějších ošetrovatelských aktivit a jedním z prvních terapeutických kroků v péči o nemocné, kteří nejsou schopni samostatného pohybu nebo mají z nějakého důvodu omezení hybnosti či poruchu citlivosti určitých částí těla.

Při polohování pacienta bychom měli zachovávat následné požadavky:

- neomezit, ale podpořit samostatnost nemocného,
- odlehčit určitou část těla,
- zamezit sekundárním změnám.

Těmito požadavky splníme předpoklady pro objektivní zlepšení stavu pacienta nebo pro předcházení komplikací (Gúth, 2006).

Při polohování pacienta musíme manipulovat s nemocným opatrně nejen pro možné fyzické poškození, ale musíme brát ohled i na psychickou stránku člověka. Každá manipulace s pacientem sebou přináší přiblížení personálu do jeho těsné blízkosti, do jeho intimní zóny. Pacientovy projevy při porušení této zóny mohou být různé. Od celé škály neverbálních projevů až po nonverbální. Proto je velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče správná komunikace. Jen dostatečná informovanost pacienta o jednotlivých postupech a krocích ošetrovatelského výkonu nám zajistí jeho důvěru a lepší spolupráci. A ta je přínosem jak pro pacienta, tak i pro ošetřující personál (Hřebejková, 2015).

Polohování pacienta rozdělujeme na antalgické a preventivní. Antalgickou polohu, zaujímá pacient v akutním stadiu ke snížení bolesti. Poloha většinou není fyziologická, při delším setrvávání v této poloze může dojít ke vzniku sekundárních komplikací. Další typ polohování je preventivní, které rozlišujeme na antidekubitární a speciální. Antidekubitární má rozsáhlé využití, například při prevenci vzniku kontraktur, k omezení vzniku otoků a žilních komplikací a zamezení vzniku spasticity u pacientů s postižením CNS anebo korekční u již vzniklých sekundárních změn. Speciální polohování aplikujeme podle základního onemocnění pacienta (např. pooperační, ortopedické, kardiální apod.) (Kristiníková, 2006).

Dechovou gymnastiku využíváme v péči o dýchací cesty a dělíme ji na aktivní a pasivní. Aktivní dále rozdělujeme na statickou, při níž je cílem obnovení základního dechového vzoru. A na dynamickou, při které pacient provádí dechové cviky za pomoci doprovodného souhybu ostatních částí těla. Při pasivní péči o zlepšení dýchání u pacienta sestra používá například kontaktní dýchání nebo vibrační masáže stěny hrudníku nemocného (Vytejková, 2011).

Při stavu, kdy pacient není schopen aktivního pohybu jednotlivou částí těla za využití síly vlastních svalů, ošetřuje nelékařský pracovník tzv. pasivním cvičením končetin nemocného. Tento pohyb má pro pacienta kladný význam nejen v udržení, či zlepšení trofiky postižených částí těla, kloubů a svalů, zlepšení krevního a lymfatického oběhu a udržení kloubního rozsahu, ale i zvýšení dechové kapacity a zlepšením samoočišťovacích funkcí horních cest dýchacích (Kristiníková, 2006).

Asistovaný pohyb se provádí u pacientů při vědomí. Nemocný začíná cvičit v lůžku pod dozorem a s možnou částečnou pomocí ošetřujícího personálu, nacvičuje běžné denní aktivity (např. příjem stravy, osobní hygiena) a následně provádí sed, vertikalizaci a chůzi.

Aktivní pohyb provádí pacient již plně sám pod dohledem zdravotníka (Kristiníková, 2006).

2.3 Kinestetika

V polovině sedmdesátých let 20. století byl v USA poprvé použit pojem **kinestetika**. Sloužil jako pojmenování kurzu určeného pro studenty jedné kalifornské univerzity. Kurz byl zaměřen na pochopení vlastního pohybu. Zakladatelé kurzu doktor Frank Hatsch a Lenny Maietta vyvinuli podklad pro výuku podpory pohybu klienta v jakémkoli věku na základě výsledků výzkumu kybernetiky chování od K. U. Smitha a z poznatků Feldenkreisovy metody moderního tance a humanistické psychologie. Pojem kinestetika byl zakladateli vytvořen z pojmů „kinesis“ (pohyb) a „aesthetics“ (vnímání) (Bauder Missbach, 2008).

V roce 1998 na podkladě spolupráce s Hatschem a Maiettem sestra Heidi Bauder-Mißbach vytvořila nový výukový pohybový model Viv-Arte® kinestetika (viz. Příloha č. 1). Dle Bauder-Mißbach (2008) je hlavním významem ve Viv-Arte® kinestetice podpora pohybů klienta. K vytvoření konceptu pro pohybovou podporu klientů ji vedla dlouhodobá praxe a zájem o mobilizaci klientů, která je náročná i pro ošetřovatele. Úspěch přikládá trpělivosti, kontinuitě, času a jasné domluvě všech zúčastněných osob na tvorbě výukového materiálu. (Bauder Missbach, 2008)

Věda o pohybu se nazývá kineziologie. Původní chápání při vzniku tohoto oboru byla potřeba analyzovat pohyb lidského těla pro účely léčebné tělesné výchovy a rehabilitace. Kineziologie vzniká jako multidisciplinární obor na podkladě evoluce člověka, kdy pohyb vzniká na opakování osvědčených triků (Dylevský, 2007).

2.3.1 Kinestetická mobilizace

Kinestetická mobilizace je komunikační a pohybový koncept, který usnadňuje pochopení lidského pohybu a cíleně využívá rezerv klienta při jeho denních aktivitách. Cílem kinestetické mobilizace je nejen podporovat soběstačnost klienta a navracet zdraví, ale napomáhat i ošetřujícímu personálu vykonávat pohyb společně s nemocným za využití co nejmenší potřebné síly. Tím chrání zdravotníka před přetížením, které bývá často spojeno s pracovní neschopností. Kinestetická mobilizace splňuje požadavky na bezpečnost práce a ochranu zdraví. Manipulace s nemocným je prováděna s minimalizací bolesti, kdy využitím vlastního pohybu pacienta je předcházeno imobilizačnímu syndromu. (Caritas, 2016).

Kinestetická mobilizace není striktně daná, ale její koncept pomáhá k snazší, efektivnější a bezpečnější mobilizaci jak pacienta, tak ošetřujícího. Pomocí postupného fyziologického pohybu s přenesením váhy a pasivního nebo aktivního vedení pohybu do čtyř směrů pacientem pohybujeme po lůžku (Nedělková, 2010).

„Kinesteticko-komunikační model práce s nemocným využívá převážně kreativitu a tvořivost při podpoře pohybu a využívá možnosti improvizace” (Caritas, 2016). Podpora pohybu je využívána v nesčetných variantách, které se přizpůsobují základní problematice klienta. Klientům napomáhá osvojit si nové pohybové stereotypy, které nepodporují patologické pohybové vzorce. Má využití nejen v nemocnicích, domovech pro seniory ale i v domácí péči (Caritas, 2016).

2.3.2 Kinestetické fáze

Kinestetická mobilizace využívá tří fází aktivit. V první fázi je **zahřátí/ warm-up**, což je příprava pohybu do čtyř směrů. Cílem zahřátí je příprava tělesných oblastí pro šetrnou a bezbolestnou změnu polohy klienta. Provádí se tak, že pacient leží na zádech a svaly končetin se postupně zevní a vnitřní rotací zahřívají. Ohnutím a natažením končetin zajišťujeme přípravu vazů a šlach a zjišťujeme kloubní rozsah (Nedělková, 2010).

Pohyb není nikdy veden přes odpor nebo bolest a měl by být pomalý, jemný, a plynulý. Tato kontaktní fáze vytváří důvěru pacienta k ošetřujícímu a ošetřující získává přehled o pohybových rezervách pacienta (Kramperová, 2010).

Druhou fází je **změna pozice**, která je charakterizovaná spojením pohybových postupů a koordinací změny místa. V základních pohybových schématech učí kinestetická mobilizace například transfer v lůžku směrem k hornímu čelu, posun na kraj lůžka, otáčení do polohy na boku, posazení na kraj lůžka, postup vsedě blíž ke kraji lůžka a přesun na židli. (Nedělková, 2010). Funkční trénink koordinuje změnu pozice a integruje pohyb do běžných denních aktivit (Kramperová, 2010).

Poslední třetí fáze mobilizace je **uvolnění/ cool-down**, kdy dosažením pohodlné pozice, pohodlného rozložení váhy a uvolněním v klidové pozici zajišťujeme prevenci dekubitů a kontraktur (Nedělková, 2010).

2.3.3 Kinestetické principy

Pohyb a pohybový proces lze posuzovat a analyzovat z šesti různých hledisek, kinestetických principů. Dle Bauder Missbacha, 2008 je pohyb „*reakce na vnitřní a vnější poznatky (interakce), která může být pohybovým aparátem (funkční anatomie) realizována (lidský pohyb) rozdílně podle pohybového úmyslu (lidský úkon), výkonnosti (námaha) a vlivů z okolí (prostředí)*”.

Šest oblastí pohybového procesu:

Interakce v kinestetické mobilizaci znamenají výměnu informací mezi tělem, psychikou a sociálním chováním. Jedná se o komunikaci mezi dvěma nebo více osobami, která je uskutečňovaná smysly, vnímáním a dotykem (Bauder- Missbach, 2010). U každého jedince musíme při sestavování pohybového vzorce vždy přihlídnout k individuálnímu stavu a vycházet z předchozích zkušeností. Avšak stejný pohyb nelze nikdy opakovat, proto se pohybové interakce stávají neopakovatelným zážitkem (Kramperová, 2010).

Funkční anatomie znamená, že lidský organismus je závislý na práci všech svalových skupin, které vykonávají pohyb s funkcemi flexibility a stability. V kinestetické mobilizaci lidské tělo rozčleňujeme na 7 tělesných částí (středově uspořádány tři centrální části – hlava, hrudník, pánev a bočně čtyři končetiny) a 6 velkých pohybových rovin (středově krční a bederní páteř, bočně oba kyčelní klouby a ramenní pletence), (Bauder-Missbach, 2010).

Centrální části těla jsou relativně v pohybu omezené. Slouží hlavně k ochraně orgánů a stabilní pozici zajišťují převážně ve stabilních polohách. Horní a dolní končetiny jsou důležité pro postupný pohyb vpřed a jemnou motoriku pro velkou možnost jejich rozsáhlého pohybu (Kramperová, 2010).

Lidské pohyby jsou důležité k udržování postupu vpřed a rovnováhy, ovšem existuje nespočet pohybových vzorců. Základní pohybové vzorce dělíme do paralelního a spirálového pohybu. Maloprostorové pohybové vzorce snižují zatížení orgánu a působí konejšivě, zatím co velkoprostorové pohybové vzorce působí povzbudivě a aktivizují. V průběhu života si každý člověk vytvoří vlastní pohybové návyky, které však někdy mohou působit negativně na organismus přetížením určité části těla. Proto je možné vhodným tréninkem tyto obtíže optimalizovat. Kinestetická mobilizace využívá základní pohybové vzorce do 4 směrů a to lineárně, kruhovitě, diagonálně anebo podle osy (Bauder-Missbach, 2010).

Lidské funkce v kinestetické mobilizaci rozlišujeme na základní a komplexní, při kterých se učíme podporovat klienty v jejich pohybových vzorcích postupně a cíleně. Základní funkce tvoří sedm základních pozic – poloha na zádech, na břiše, sed, poklek na ruku a kolenou, poklek na jednom kolenu, postoj na jedné noze a postoj. Pokud je správně využito sedm základních pozic k udržující a transportní aktivitě, pohne se klient z lehu do stoje. Komplexní funkce můžeme rozdělit do aktivit s pohyby na místě (jedení, pití) a do aktivit s pohybem vpřed (hýbání z jednoho místa na druhé).

Námaha se musí vynaložit pro vykonání jakéhokoli pohybu a je při ní potřeba i určité síly. Prostřednictvím zesílení tlaku a změny tlaku ve vztahu k okolí dosáhneme kontroly a efektivity pohybu. Tlak je námaha dostředivá, při jeho zesílení směrem ke kontaktní ploše získáváme během pohybu oporu a jistotu. Tah je námaha odstředivá, při kterém působíme od kontaktní plochy pryč a lépe se lze dostat do pohybu (Kramperová, 2010).

Okolí, interakce, v kinestetické mobilizaci znamenají výměnu informací mezi tělem, psychikou a sociálním chováním. Jedná se o komunikaci mezi dvěma nebo více osobami, která je uskutečňovaná smysly, vnímáním a dotykem. Hana Nedělková (2010, s. 6) popisuje interakci z okolím takto: „*Existuje volba mezi změnou utváření okolí nebo změnou pohybových zvyklostí tak, aby tělu a jeho funkcím zůstalo co možná nejdéle zachováno zdraví.*”

Možnost pohybu nám určuje i okolní prostředí, které musíme individuálně přizpůsobit potřebám a pohybovým schopnostem klienta. Při chybném uspořádání bytu či okolí lůžka v nemocnici se zvyšuje riziko poranění a ztěžuje se provedení funkce (Bauder Missbach, 2010).

2.3.4 Kinestetika v ošetrovatelské péči

Hlavním cílem kinestetické mobilizace v ošetrovatelství je pochopení vlastního pohybu a pohybu s pacientem. V kinestetice umožňujeme pacientovi využít jeho pohybových rezerv, které jsou založeny na aktivním a vyváženém tělesném pohybu s využitím zlepšení podpory pacienta v sebekontrolě. Tím předcházíme projevům imobilizačního syndromu. Dalším cílem kinestetiky je umožnění ošetřujícím individuálně poskytnout potřebnou péči, kdy nejsou dané žádné pevné techniky. Ošetrovatelská péče často vede u nelékařských zdravotnických pracovníků k bolestem zad z přetížení, způsobené přímou péčí o pacienty. V ošetrovatelské péči kinestetickou mobilizací výrazně snižujeme zvedání a nošení pacientů a tím je dosaženo významného přínosu k podpoře zdraví ošetřujících (Nedělková, 2010).

Kinestetická mobilizace jako alternativní metoda splňuje v ošetrovatelské péči holistický přístup k pacientovi. Napomáhá šetrným a účelným způsobem polohování a přesouvání jak nesoběstačného pasivního pacienta, tak aktivním zapojováním do pohybu částečně soběstačného pacienta (Pechová, 2014).

Koncepce kinestetické mobilizace zahrnuje transfer pacienta k hornímu čelu lůžka, posun na kraj lůžka, otáčení do polohy na boku, posazení na kraj lůžka, posun vsedě blíž ke kraji lůžka, přesun na židli a přesun z křesla na zem a zpět. Implementace konceptu kinestetické mobilizace do ošetrovatelské péče je důležitá pro změnu pracovní ergonomie a pochopení nových pohybových vzorů. Velký význam má koncept jak pro pacienta a jeho efektivnější ošetřování, tak pro snížení přetížení sester a tím i k redukci finančních nákladů spojených s pracovní neschopností (Nedělková, 2010).

2.3.4.1 Imobilizační syndrom

Imobilizačním syndromem (dále IS) rozumíme stav, kdy je pacient ohrožen poškozením různých systémů způsobených vynucenou nebo nevyhnutelnou ztrátou hybnosti. Hypokinetický syndrom dělíme na primární a sekundární. Mezi příčiny primárního IS patří různé úrazy nebo onemocnění, například transverzální míšní léze. Sekundární hypokinetický syndrom se může vyvinout jako následek pooperačního stavu či infarktu myokardu (Pejznochová, 2010).

IS patří i mezi klasické geriatrické syndromy, způsobené akutní dekompenzací zdravotního stavu, terminálním stádiem ale i hypomobilizací v kterémkoli věku způsobené různými příčinami (Kalvach, 2008).

Do IS zahrnujeme především poruchy ortostatické, oblenění krevního oběhu se vznikem flebotrombózy či plicní embolie, svalovou atrofii, šlachové kontraktury, plicní hypoventilaci, dekubity, dekalifikaci kostní tkáně, obstipaci a v neposlední řadě i psychické poruchy jako je deprese a deprivace (Pejznochová, 2010).

V případě málo podnětného prostředí ležícího pacienta s nedostatkem vizuálních, sensorických podnětů a bez pohybové aktivity, kdy je redukován přísun informací, dochází k poruchám orientace na vlastním těle a okolí a změněnému chování v negativním smyslu. Tento stav nastává již po půlhodinovém ležení v jedné klidové poloze. (Friedlová, 2007). Při upoutání na lůžko se během 36 hodin počínají projevovat změny v kardiovaskulárním a pohybovém systému. Dále se pak rozvíjí IS v celé šíři a postihuje ostatní orgánové systémy, například nervový, trávicí a vylučovací (Pejznochová, 2010).

Důležitou složkou ošetrovatelské péče je prevence imobilizačního syndromu. Mezi preventivní opatření patří časná vertikalizace, pravidelná rehabilitace, ochrana pacienta před nozokomiální infekcí, správná výživa, sledování diurézy a psychická stimulace. Snížení vzniku dekubitů spočívá zejména v dostatečné hygieně, péči o pokožku, polohování a používání antidekubitních matrací. Úlohou sestry je zajistit, aby dlouhodobý pobyt na lůžku byl pro pacienta co možná nejmenším rizikem. Pacientův komfort je zajištěn dobře zorganizovaným ošetrovatelským procesem a týmovou prací (Pejznochová, 2010).

Sestra s pacientem naváže důvěryhodný vztah, na kterém pak staví i při aplikaci kineziologických principů, a hlavně motivuje pacienta k jeho vlastní aktivitě. V rámci realizace je důležitou činností sestry polohování pacienta. Karolína Friedlová (2007, s. 91) uvádí „*Polohováním poskytujeme stimulaci somatickou, ale rovněž vestibulární, protože měníme klientovu pozici a stimulujeme vestibulární aparát.*“

2.4 Fyzická zátěž nelékařského pracovníka

Při práci ve zdravotnictví pracujeme s člověkem a pro člověka, a to převážně nemocného. Tím je práce nelékařského zdravotnického pracovníka namáhavá jak z fyzického, tak i z psychického hlediska. Pacienti bývají často obézní, imobilní anebo nespolupracující. Všechny činnosti představují velkou fyzickou zátěž pohybového aparátu ošetřujících (Zdraví, 2020).

Fyzická pracovní zátěž pečujícího zdravotníka je velký energetický vydej, který je ještě ztížen při ošetřování nemocného člověka kontaktem s nepříjemnými podněty (např. otevřené rány, exkrementy, zápach). I přes biopsychosociální přístup k pacientovi při ošetřování se setkáváme s neočekávanými a náhlými pohyby pacienta, které mohou v dané chvíli lékaře poškodit (Kožuchová, 2014).

Náročnost v povolání nelékařské profese ztěžují určité změny v životním stylu, na které se musí zaměstnanec adaptovat. Velmi náročné jsou noční směny, které narušují cirkadiánní rytmus organismu, směnnost včetně sobot, nedělí a svátků, kdy je zaměstnanec odloučen od rodiny.

Mezi další zátěž patří riziko vzniku infekce s možností přenesení na rodinné příslušníky (toto riziko se snižuje se dodržováním hygienicko-epidemiologických předpisů), zvýšené riziko vzniku alergií v důsledku práce s chemikáliemi a léčivy. A v neposlední řadě pracovní přetížení, nepravidelné stravování (Gučková, 2007).

Povolání sester na lůžkovém oddělení bylo vyhodnoceno jako jedno z nejrizikovějších zatížení pro bederní páteř a přetěžování ramen. Nefyziologické pracovní polohy jsou u zdravotníků nejen při manipulaci s pacientem, nýbrž i u dalších úkonů jako např. manipulace s prádlem, zdravotnickým materiálem, tlačení lůžek a vozíků pro různá využití. Dále sklánění se nad lůžkem při ošetřování pacienta a otáčení trupem při přesunu nemocného (AspectioResearch, 2011).

Zásady bezpečného zvedání břemen nelze vždy využít při manipulaci s pacientem. Pacienta nelze přenášet v těsné blízkosti u těla zdravotníka a nelze pacienta držet za úchyty. Dalším rizikovým faktorem je, že nelze předvídat chování pacienta při přesunu (AspectioResearch, 2011).

2.4.1 Ochrana zdraví při práci

Světová zdravotnická organizace, Mezinárodní organizace práce a Organizace spojených národů má ve svých cílech zakotvenu strategii Právo na zdraví a bezpečnost při práci. Z této strategie vychází Vyhláška ministerstva zdravotnictví (č.361/2007) a pracovně právní předpisy, které určují požadavky související s fyzickou zátěží a popisují zdravotní rizika a opatření k ochraně zdraví při ruční manipulaci s břemeny. Na tyto opatření navazuje školení o bezpečnosti práce s následným dodržováním daných doporučení při manipulaci s břemenem na každém pracovišti (Nařízení vlády, 2007).

Fyziologie práce se zabývá zkoumáním podmínek pro pracovní činnost pracovníka. Vychází ze všeobecné fyziologie člověka a sleduje procesy v ergonomickém smyslu probíhající v jednotlivých orgánech a systémech při vynaložení určité práce.

Ochrana zdraví při práci se zaměřuje na současné působení různých faktorů, jako je například světlo, záření, hluk, organizace práce, pracovní tempo a hmotnost manipulovaného břemene. Mezi rizikové faktory při manipulaci s břemeny jsou důležité i vlastnosti zvedaného břemene. Tím je myšlena hmotnost, úchopové možnosti a vzdálenost břemene od těla (Hrnčíř, 2007).

Přístupným hygienickým limitem pro hmotnost ručně manipulovaným břemenem pro občasné zvedání a přenášení je u mužů 50 kg a u žen 20 kg. Pro časté zvedání a přenášení 30 kg u mužů a 15 kg u žen (Nařízení vlády, 2007).

K prevenci poškození zaměstnance fyzickou zátěží patří i technická opatření, jako jsou stavební úpravy, správné osvětlení, bezbariérové prostředí, dostatek prostoru mezi lůžky, protiskluzová podlaha a funkční manipulační pomůcky (Kožuchová, 2014).

Používání bezpečného způsobu práce a dodržování doporučených limitů pro hmotnost a manipulaci s břemenem (pacientem) dle zásad BOZP při ošetrovatelské činnosti velmi často nelze splňovat pro nedostatek času na ošetření pacienta a nedostatek personálu na pracovišti (Pavlasová, 2010).

2.4.2 Pracovní poloha

Správnou pracovní polohou se snažíme docílit minimalizaci negativních dopadů na muskuloskeletární aparát. Za nevhodnou pozici považujeme naklánění se nad lůžko nebo otáčení trupu při manipulaci s pacientem, kdy dochází k nepřiměřené zátěži páteře ošetrujícího personálu. Správná pracovní poloha by měla být samozřejmostí jak při manipulaci pacientem jedním člověkem, tak i při týmové práci. Za správnou pracovní polohu považujeme postoj v rozkročení s pokrčenými končetinami v kolenním a kyčelním kloubu, zpevněnými břišními svaly a rovnými zády. Ošetrující by měl přistoupit k pacientovi co nejbližší i popřípadě nakleknout na lůžko pacienta, aby se zmírnila fyzická zátěž spojená s ohýbáním nebo otáčením zad (EU-OSHA, 2008).

2.4.3 Nemoci z povolání

Ruční manipulace s břemeny může způsobit poškození zdraví jak akutní, tak i chronické. V důsledku chybné a neúměrné manipulace s břemeny je pracovník ohrožen zvýšenou nemocností pohybového aparátu. Nejčastěji nalézáme potíže a změny v bederní páteři, dále ruptury svalů a šlach, poškození kloubů a u žen vede nadměrné přetížení při zvýšeném nitrobřišním tlaku k poškození závěsného aparátu dělohy až i po případně k prolapsu (Hrnčíř, 2007). Mária Gučková (2007, s. 21) uvádí „*Pokud dojde k poškození zdraví v souvislosti s výkonem povolání, jde o pracovní úraz, případně nemoc z povolání (ve zdravotnictví u sester nejčastěji hepatitida typu B)*“. Předcházet poškození či úrazu je tedy velmi důležitou součástí prevence. Preventivní opatření směřující k omezení vzniku a rozvoje profesionálních poruch zdraví lze členit podle dvou samostatných hledisek. Dle fáze onemocnění, na kterou prevence působí a podle způsobu prevence na technologickou, technickou, organizační. Kinestetická mobilizace je tedy velmi důležitou součástí prevence.

2.5 Management změny v souvislosti s implementací kinestetické mobilizace do praxe v nemocnici Varnsdorf

Na základě absolvování kurzu kinestetické mobilizace vedeným jednou z hlavních představitelk KM lektorkou Mgr. Hanou Nedělkovou, která získala certifikát v kinestetické pohybové škole Viv-Arte® při Univerzitní klinice Ulm v Německu je snahou implementovat prvky KM do praxe. Absolvovat kurz KM nelze umožnit všem sestřám v nemocnici Varnsdorf. Proto je naší prioritou implementovat námi získané poznatky do praxe.

Jarošová (2006, str. 2) uvádí že „*klíčovým úkolem moderního managementu je podle Světové zdravotnické organizace (WHO) poskytování nových kvalitativně lepších ošetrovatelských služeb prostřednictvím efektivního řízení ošetrovatelství na profesionální úrovni.*“ Samotný rozvoj ošetrovatelství je ovlivňován nejrůznějšími všeobecnými faktory, například nedostatkem moci v rukou manažerů ošetrovatelství, postavením žen ve společnosti, dominancí medicíny, nedostatkem sester a v neposlední řadě celkovou ekonomickou situací ve státě.

Změna a její zvládnutí je spojené s obavami a někdy i s nechutí ke změně. Jedním z hlavních důvodem odporu ke změně je vlastní zájem sester, mají obavy ze ztráty jistot. Dalším významným důvodem je nepochopení vlastní změny, je odvislé od předávání informací, jejich prezentací a vysvětlením. Nositel změny musí počítat též s nízkou tolerancí ke změnám, někteří zaměstnanci si málo věří, podceňují se, nevěří, že budou schopni zvládnout nové postupy. Zde je na místě tolerance, dodání sebedůvěry a odpovídající motivace ze strany vedení (Vévoda, 2013).

Každá změna sebou přináší nesnáze, nositel změny má před sebou nelehký úkol, vysvětlit důležitost změny, následně ji implementovat do praxe a v neposlední řadě změnu trvale fixovat. Při realizaci změny můžeme postupovat třemi způsoby, příkazem, což je donucovací postup. Dále racionálně empirickým způsobem, což v praxi znamená, že vedoucí sestra vše řádně svým podřízeným vysvětlí. A poslední a pro ošetrovatelskou praxi nejpřístupnější je normativně-reedukační přístup. Samotné sestry jsou zapojené do procesu změn. Mají pocit vlastní zásluhy na změně (Kilíková, 2008).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle a výzkumné předpoklady

Pro tuto bakalářskou práci byly stanoveny 4 cíle, na které navazují výzkumné předpoklady. Šetření probíhalo v nemocnici Varnsdorf p. o.

Cíle:

1. Zjistit informovanost všeobecných sester a zdravotních asistentů o kinestetické mobilizaci.
2. Seznámit všeobecné sestry a zdravotní asistenty nemocnice Varnsdorf s koncepcí kinestetické mobilizace.
3. Podpořit zavedení koncepce kinestetické mobilizace v ošetrovatelské praxi nemocnice Varnsdorf.
4. Vyhodnotit zavedení koncepce kinestetická mobilizace v nemocnici Varnsdorf.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládám, že všeobecné sestry a zdravotní asistenti neznají kinestetickou manipulaci.
2. Uvítají všeobecné sestry a zdravotní asistenti seznámení s koncepcí kinestetická manipulace?
3. Bude kinestetická mobilizace postupným proškolením všeobecných sester a zdravotních asistentů využívána při rehabilitačním ošetřování pacientů nemocnice Varnsdorf?
4. Je koncept kinestetické manipulace v praxi využívám po měsíci od proškolení?

3.2 Kvantitativní výzkumu

3.2.1 Metodika výzkumu

Pro bakalářskou práci byla zvolena kvantitativní a kvalitativní metoda výzkumu. Výzkumné šetření bylo prováděno na oddělení následné péče v nemocnici Varnsdorf p. o. Na počátku výzkumného šetření byl zajištěn souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení a vedoucího pracovníka oddělení (viz Příloha D). Výzkumné šetření proběhlo v období říjen 2016 až březen 2017 a bylo prováděno se souhlasem vedení nemocnice Varnsdorf p. o. nejprve pomocí kvantitativního výzkumu s využitím nestandardizovaného strukturovaného dotazníku (viz Příloha A) a kvalitativní výzkumnou metodou technikou rozhovoru (viz Příloha B).

Dotazník byl anonymní a účast respondentů byla zcela dobrovolná. Dotazník obsahoval 13 uzavřených otázek, z toho dvě otázky byly zaměřené na demografická data identifikační. Otázky v dotazníku zjišťovaly znalost všeobecných sester a zdravotních asistentů o pojmu kinestetická mobilizace a zájmu respondentů o proškolení s používáním této metody při manipulaci s nesoběstačným pacientem. Část otázek bylo zaměřeno na obtíže bolestí zad oslovených respondentů. Celkem bylo rozdáno 35 dotazníků v nemocnici Varnsdorf p. o. zpět se nám vrátilo 30 vyplněných dotazníků. Všech 30 vyplněných dotazníků bylo použito ke zpracování získaných dat. Toto číslo je považováno za 100 %.

3.3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenty tvořili všeobecné sestry a zdravotní asistenti pracující v nemocnici Varnsdorf p. o. Celkem 30 respondentů. Z toho 11 respondentů bylo s praxí do 10 let, dalších 11 s praxí od 11 let do 20 let a 8 respondentů mělo praxi delší 21 let.

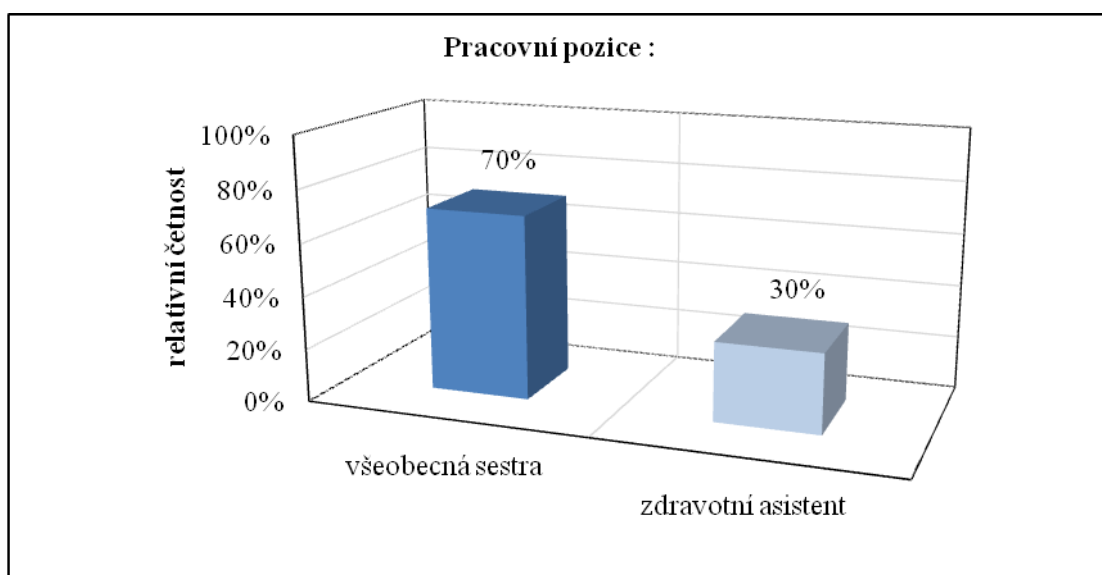
3.3.3 Analýza výzkumných dat

Výsledky výzkumného šetření byly vyhodnocovány v programech Microsoft® Office 2007 Word a Microsoft® Office 2007 Excel. Výsledná data byla naformátována do tabulek a grafů. Data v tabulkách jsou uvedena ve znacích absolutní četnosti n_i [-], relativní četnosti f_i [%] a celkové sumě Σ . Vyhodnocení dat proběhlo pomocí popisné statistiky. V tabulkách je tučně zvýrazněn modus výsledných dat.

Dotazníková položka č. 1 Pracovní pozice:

Tabulka 1 Pracovní pozice

	n_i [-]	f_i [%]
Všeobecná registrovaná sestra	21	70 %
Zdravotnický asistent	9	30 %
Σ	30	100 %



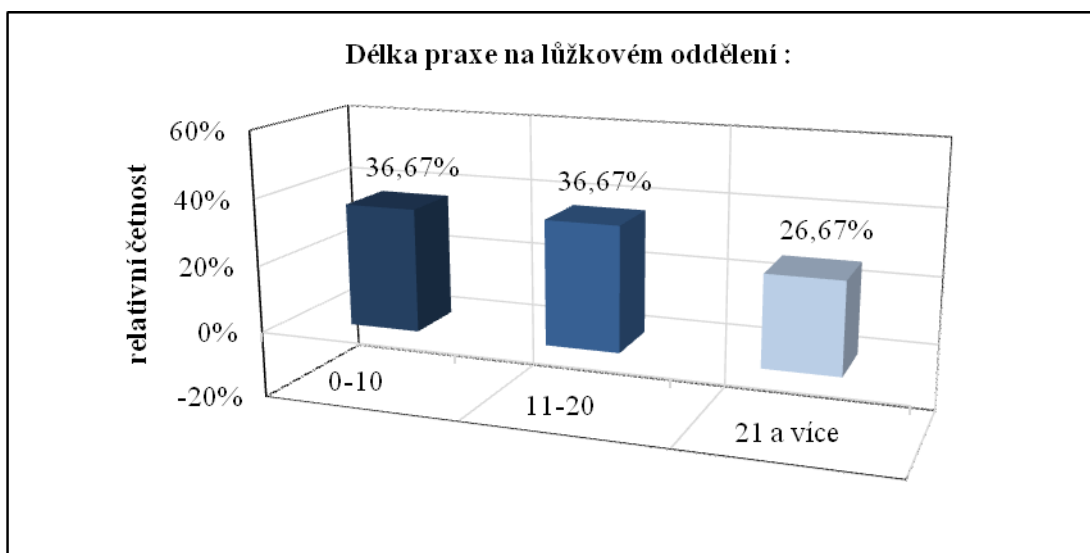
Graf 1 Pracovní pozice

Průzkumného šetření se zúčastnilo 70 % všeobecných sester a 30 % zdravotních asistentů.

Dotazníková položka č. 2 Délka praxe na lůžkovém oddělení:

Tabulka 2 Délka praxe na lůžkovém oddělení

	n_i [-]	f_i [%]
0-10 let	11	36,67 %
11-20 let	11	36,67 %
21 let a více	8	26,67 %
Σ	30	100 %



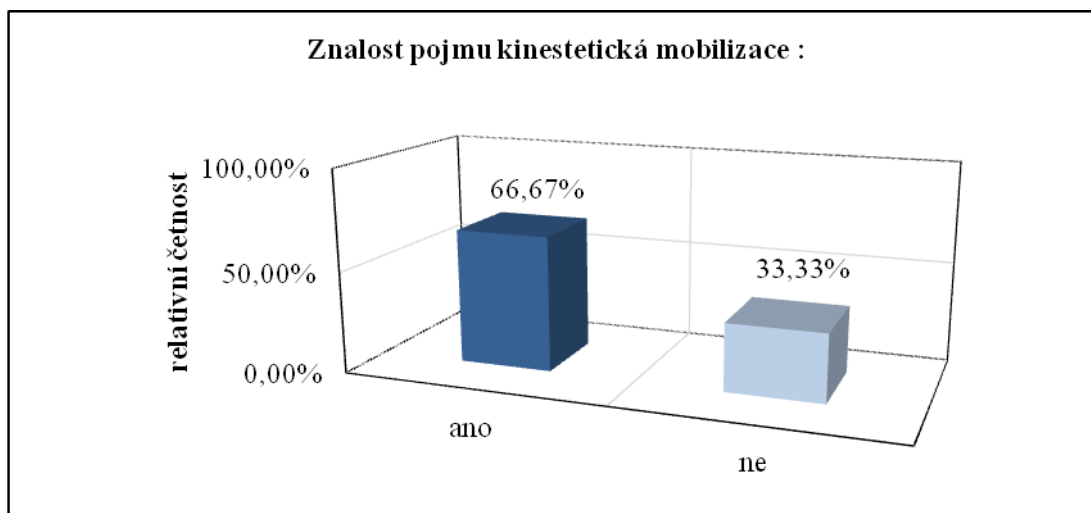
Graf 2 Délka praxe na lůžkovém oddělení

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 36,67 % respondentů má praxi od 0 do 10 let, 36,67 % respondentů 11 až 20 let a 21 a více let praxe má 26,67 % respondentů.

Dotazníková položka č. 3 Pojem kinestetická mobilizace:

Tabulka 3 Znalost pojmu kinestetická mobilizace

	n_i [-]	f_i [%]
ANO	20	66,66 %
NE	10	33,33 %
Σ	30	100 %



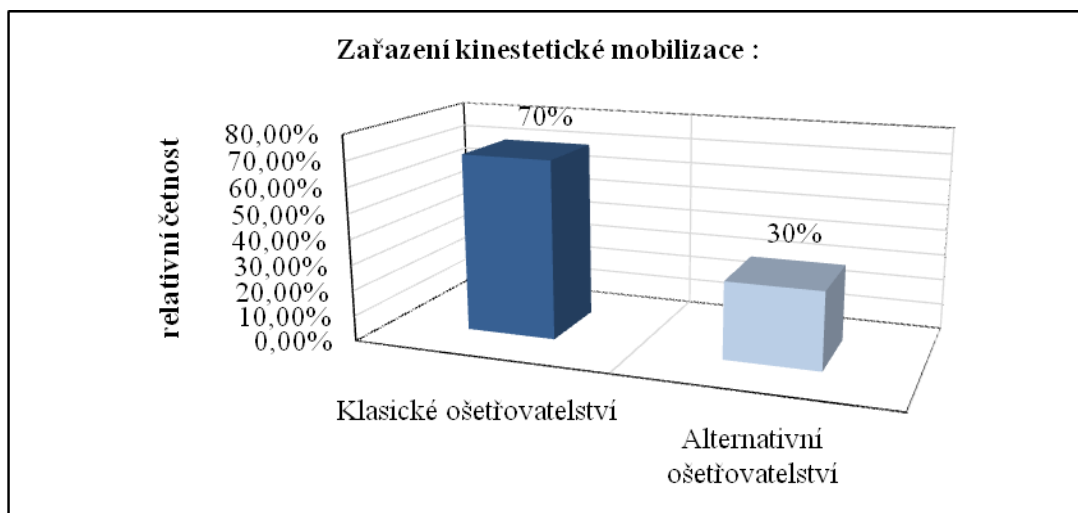
Graf 3 Znalost pojmu kinestetická mobilizace

Z dotazníkového šetření vyplývá, že 66,67 % respondentů zná pojem kinestetická mobilizace, 33,33 % nemá povědomí o KM.

Dotazníková položka č. 4 Zařazení kinestetické mobilizace:

Tabulka 4 Zařazení kinestetické mobilizace

	n_i [-]	f_i [%]
Klasické ošetřovatelství	21	70 %
Alternativní ošetřovatelství	9	30 %
Σ	30	100 %



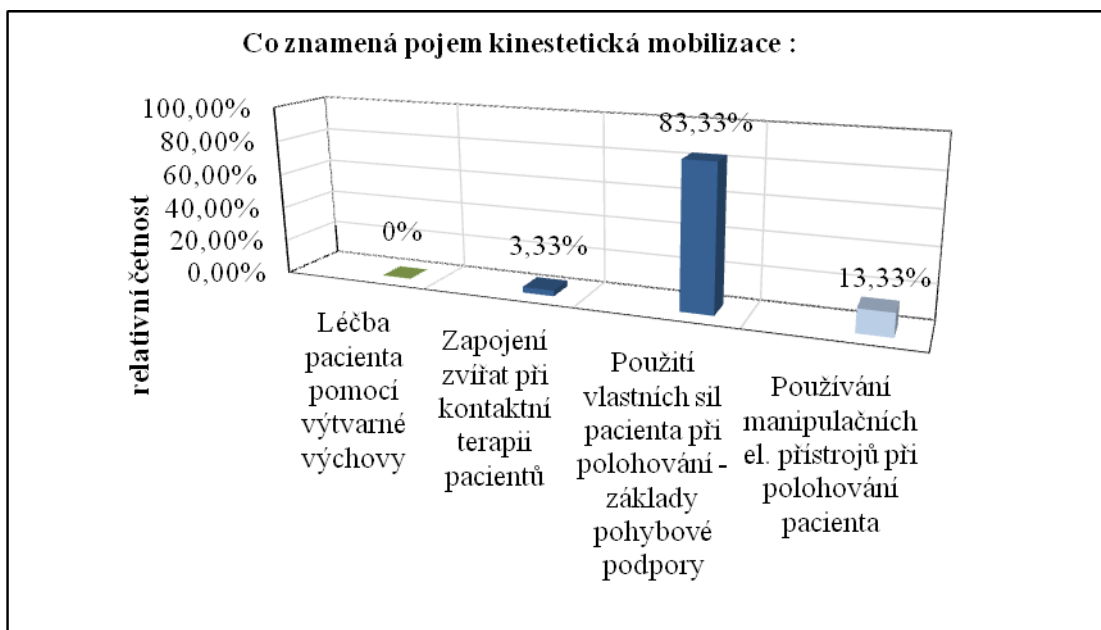
Graf 4 Zařazení kinestetické mobilizace

70 % respondentů zařadilo KM mezi klasické ošetřovatelství, 30 % respondentů do alternativního ošetřovatelství.

Dotazníková položka č. 5 Pojem kinestetická mobilizace:

Tabulka 5 Co znamená pojem kinestetická mobilizace

	n_i [-]	f_i [%]
Léčba pacienta pomocí výtvarné výchovy	0	0 %
Zapojení zvířat při kontaktní terapii pacientů	1	3,33 %
Použití vlastních sil pacienta při polohování, základy pohybové podpory	25	83,33 %
Používání manipulačních el. přístrojů při polohování pacienta	4	13,33 %
Σ	30	100 %



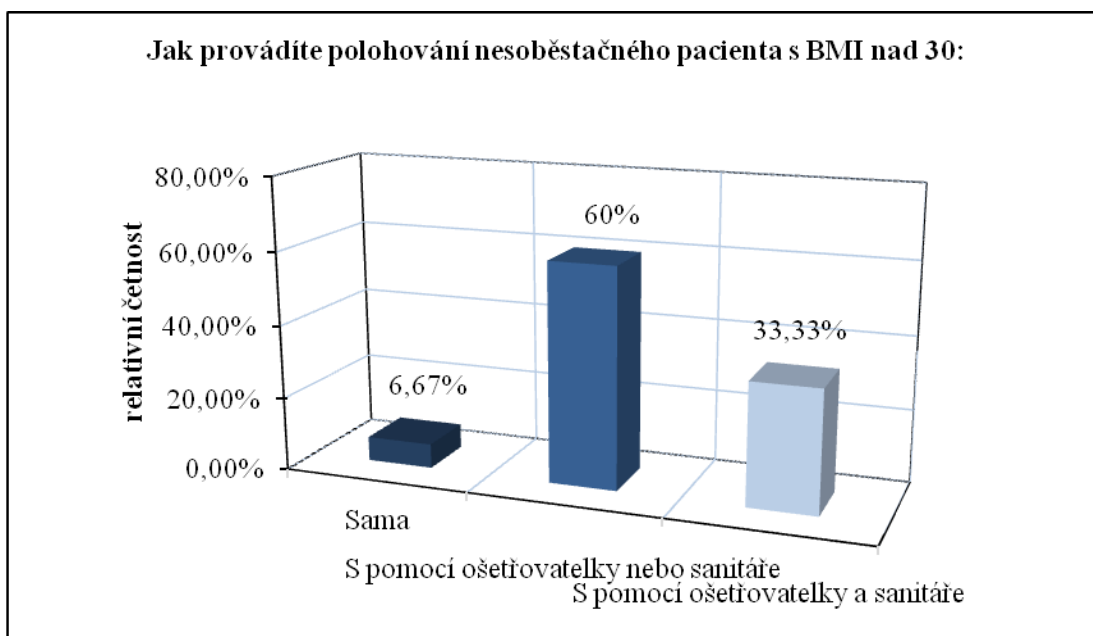
Graf 5 Co znamená pojem kinestetická mobilizace

Na otázku, co znamená pojem KM, odpověděli respondenti v 83,33 % případů správně, že se jedná o použití vlastních sil pacienta při polohování. 13,33 % dotázaných odpovědělo, že se jedná o používání manipulačních elektrických přístrojů při polohování pacienta.

Dotazníková položka č. 6 Polohování nesoběstačného pacienta s BMI nad 30:

Tabulka 6 Polohování nesoběstačného pacienta s BMI nad 30

	n_i [-]	f_i [%]
Sama	2	6,67 %
S pomocí ošetrovatelky nebo sanitáře	18	60 %
S pomocí ošetrovatelky a sanitáře	10	33,33 %
Σ	30	100 %



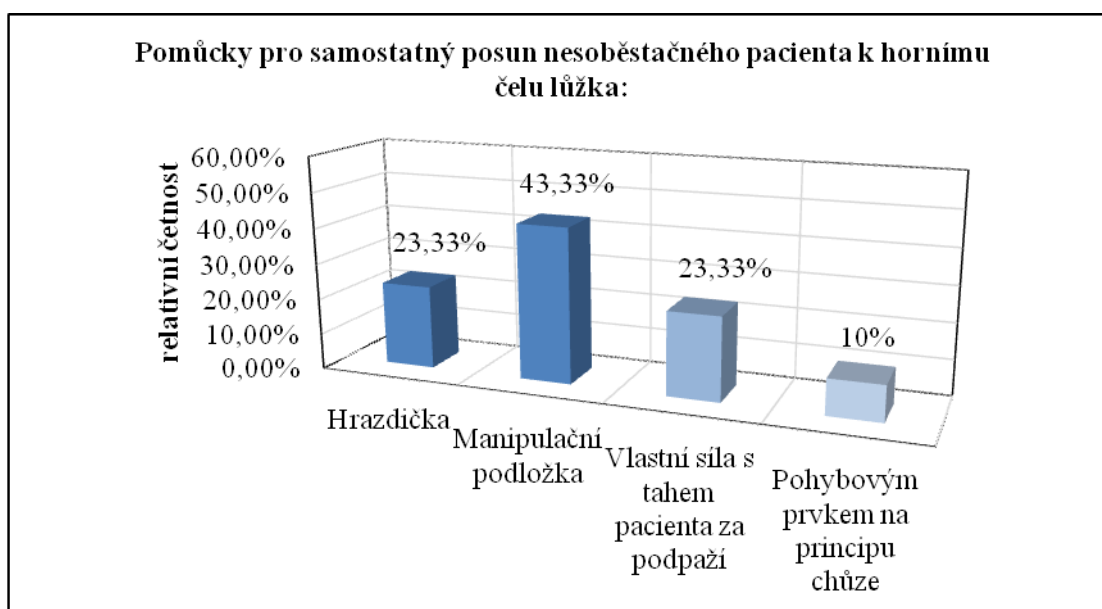
Graf 6 Polohování nesoběstačného pacienta s BMI nad 30

Na dotazníkovou položku č. 6 jak se provádí polohování u nesoběstačného pacienta s BMI nad 30, odpovědělo 60 % dotazovaných s pomocí ošetrovatelky nebo sanitáře a 33,33 % dotazovaných s pomocí ošetrovatelky a sanitáře, 6,7 % dotazovaných samo.

Dotazníková položka č. 7 Posun nesoběstačného pacienta k hornímu čelu lůžka:

Tabulka 7 Pomůcky pro samostatný posun nesoběstačného pacienta k hornímu čelu lůžka

	n_i [-]	f_i [%]
Hrazdička	7	23,33 %
Manipulační podložka	13	43,33 %
Vlastní síla s tahem pacienta za podpaží	7	23,33 %
Pohybovým prvkem na principu chůze	3	10 %
Σ	30	100 %



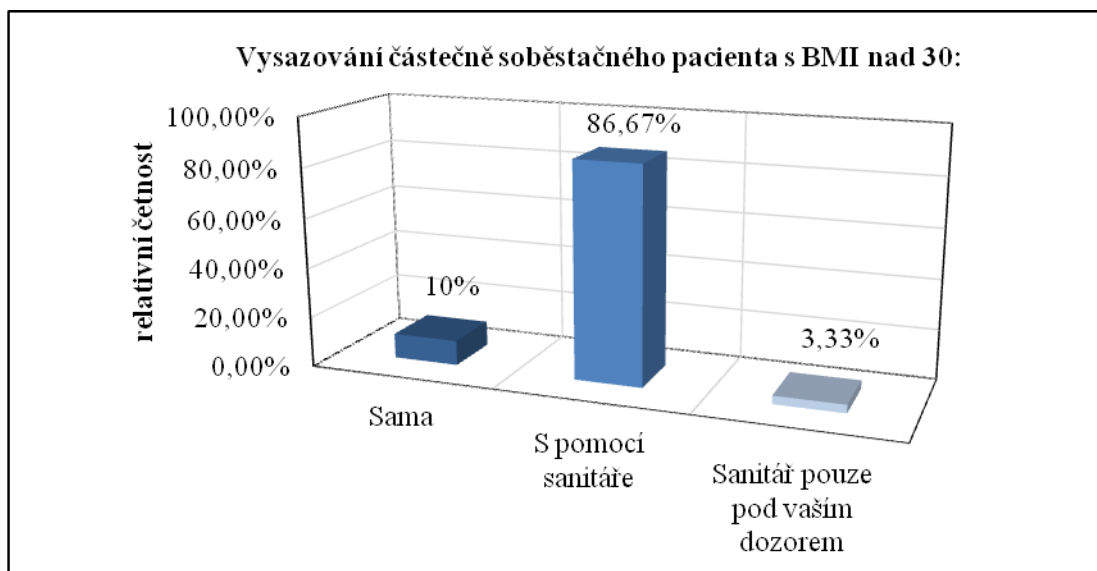
Graf 7 Pomůcky pro samostatný posun nesoběstačného pacienta k hornímu čelu lůžka

K posunu pacienta využívají respondenti ve 43,33 % případech manipulační podložku, ve 23,33 % shodně hrazdičku nebo vlastní sílu a v 10 % pohyb na principu chůze.

Dotazníková položka č. 8 Vysazování částečně soběstačného pacienta s BMI nad 30:

Tabulka 8 Vysazování částečně soběstačného pacienta s BMI nad 30

	n_i [-]	f_i [%]
Sama	3	10 %
S pomocí sanitáře	26	86,67 %
Sanitář pouze pod vaším dozorem	1	3,33 %
Σ	30	100 %



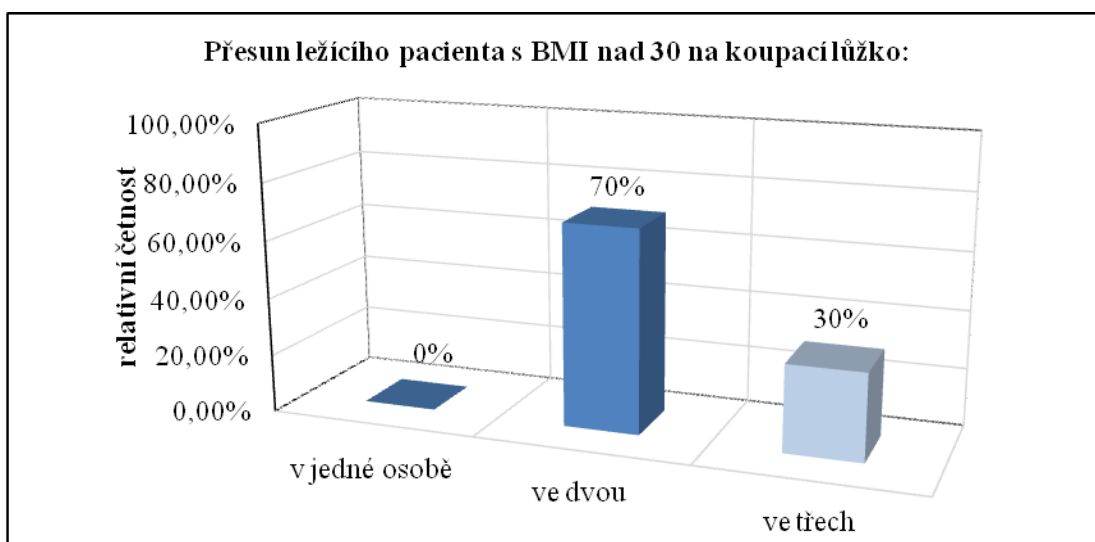
Graf 8 Vysazování částečně soběstačného pacienta s BMI nad 30

Vysazování částečně soběstačného pacienta 86,67 % dotázaných provádí s pomocí sanitáře a 10 % dotázaných sami, 3,33 % dotázaných sám sanitář pouze pod dozorem sestry.

Dotazníková položka č. 9 Přesouvání ležícího pacienta s BMI nad 30 na koupací lůžko:

Tabulka 9 Přesun ležícího pacienta s BMI nad 30 na koupací lůžko

	n_i [-]	f_i [%]
V jedné osobě	0	0 %
Ve dvou	21	70 %
Ve třech	9	30 %
Σ	30	100 %



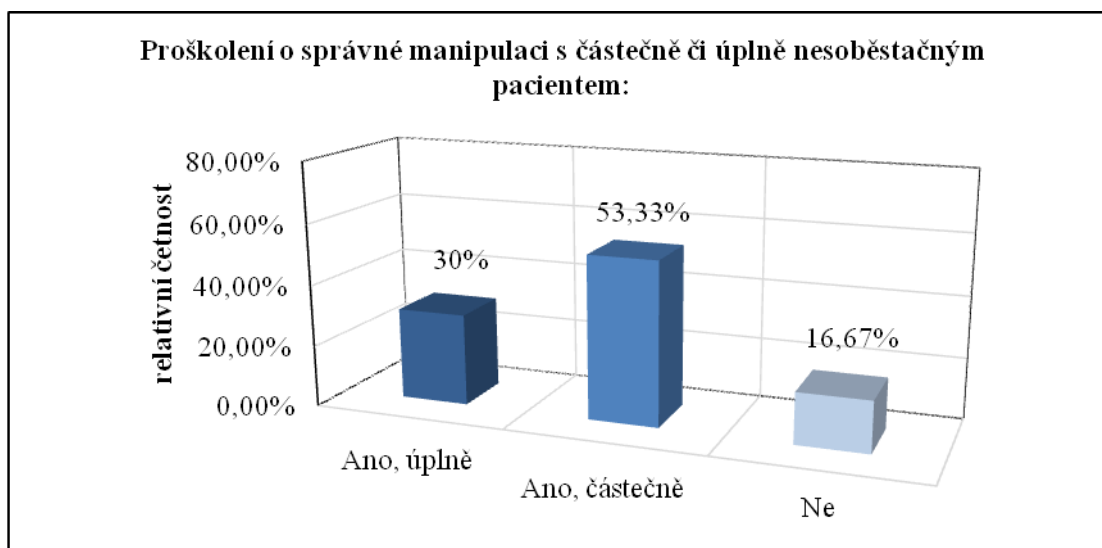
Graf 9 Přesun ležícího pacienta s BMI nad 30 na koupací lůžko

70 % respondentů přesouvá ležícího pacienta s BMI nad 30 na koupací lůžko ve dvou, 30 % respondentů ve třech a v jedné osobě nikdo.

Dotazníková položka č. 10 Proškolení sester o manipulaci s částečně či úplně nesoběstačným pacientem:

Tabulka 10 Proškolení o správné manipulaci s částečně či úplně nesoběstačným pacientem

	n_i [-]	f_i [%]
Ano, úplně	9	30 %
Ano, částečně	16	53,33 %
Ne	5	16,67 %
Σ	30	100 %



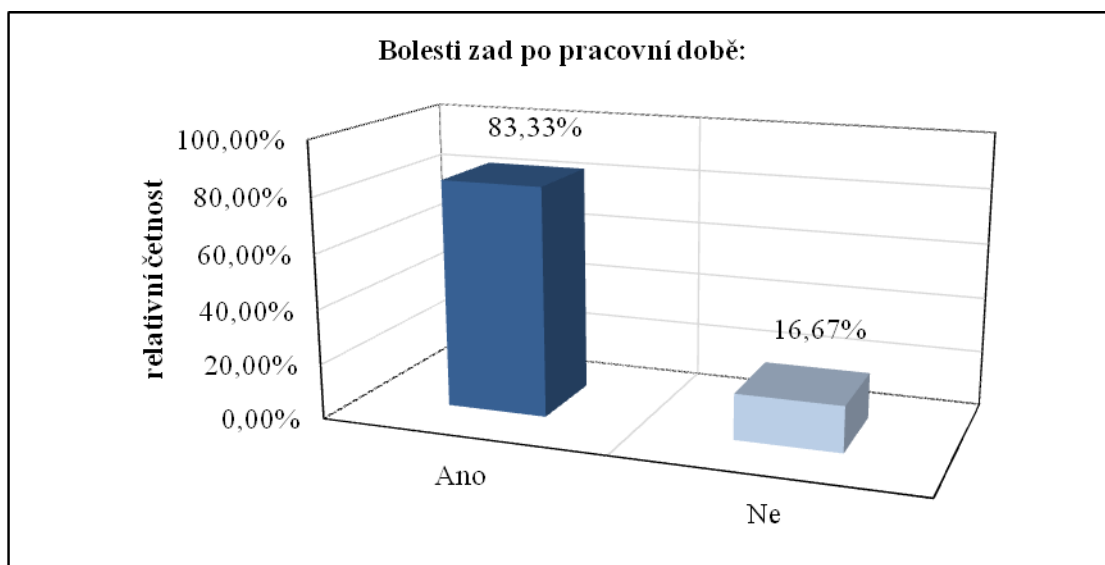
Graf 10 Proškolení o správné manipulaci s částečně či úplně nesoběstačným pacientem

Při odpovědi na dotazníkovou položku č. 10, zda absolvovali proškolení o správné manipulaci s pacientem, jsme zaznamenali, že 53,33 % dotázaných odpovědělo ano-částečně, 30 % dotázaných ano-úplně a 16,67 % dotázaných ne.

Dotazníková položka č. 11 Bolesti zad po pracovní době:

Tabulka 11 Bolesti zad po pracovní době

	n_i [-]	f_i [%]
ANO	25	83,33 %
NE	5	16,67 %
Σ	30	100 %



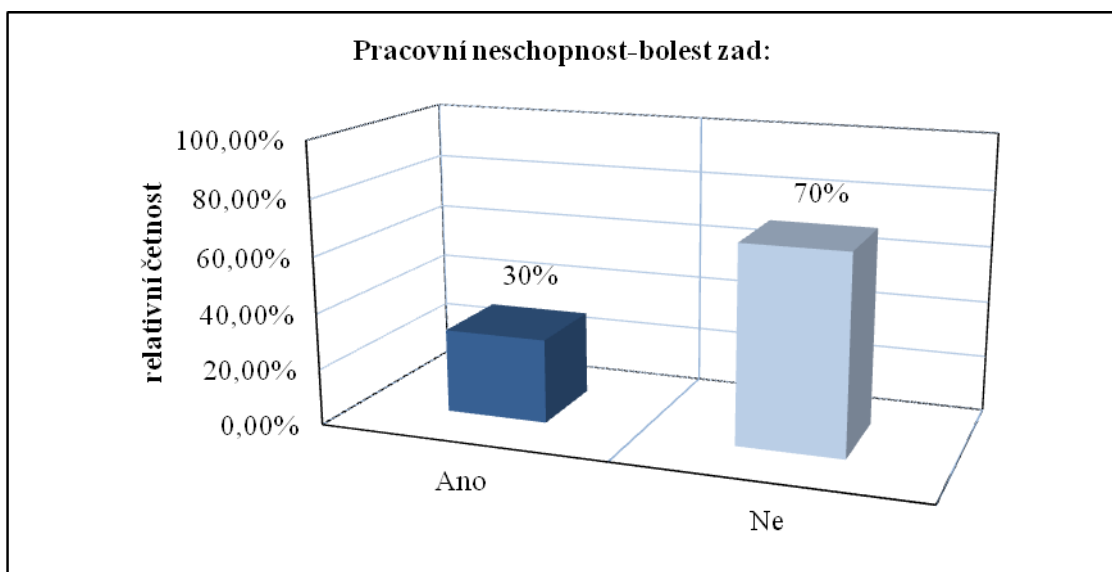
Graf 11 Bolesti zad po pracovní době

Bolestmi zad po pracovní době trpí 83,33 % respondentů a 16,7 % respondentů jimi netrpí.

Dotazníková položka č. 12 Pracovní neschopnost z důvodu bolesti zad:

Tabulka 12 Pracovní neschopnost – bolest zad

	n_i [-]	f_i [%]
ANO	9	30 %
NE	21	70 %
Σ	30	100 %



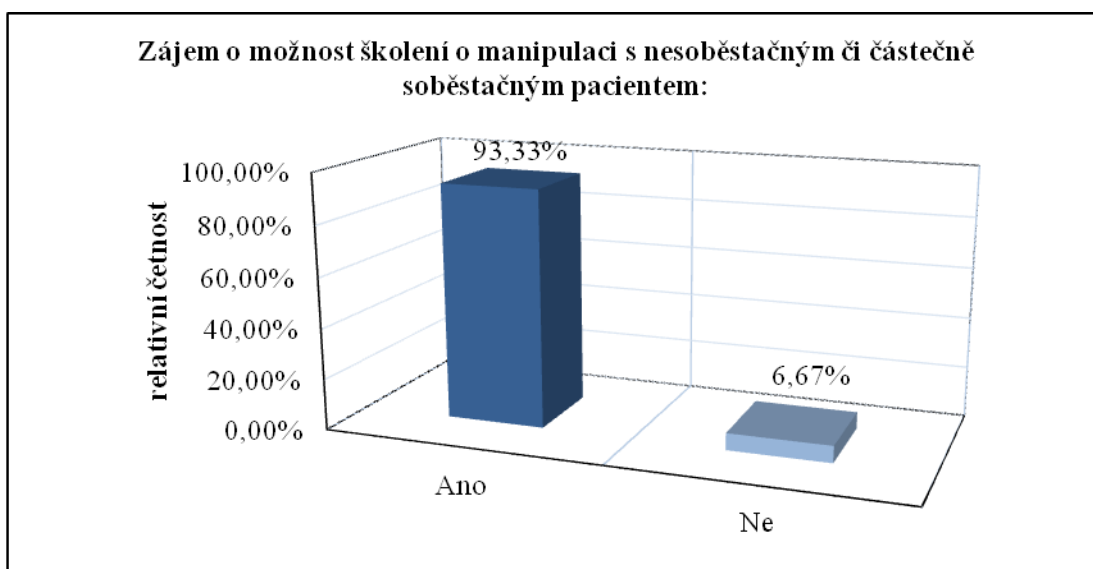
Graf 12 Pracovní neschopnost – bolest zad

Nástup na pracovní neschopnost z důvodů bolesti zad podstoupilo 30 % respondentů, naopak 70 % respondentů pracovní neschopnost nemělo.

Dotazníková položka č. 13 Školení o manipulaci s nesoběstačným nebo s částečně soběstačným pacientem:

Tabulka 13 Možnost školení o manipulaci s nesoběstačným nebo s částečně soběstačným pacientem

	n_i [-]	f_i [%]
ANO	28	93,33 %
NE	2	6,67 %
Σ	30	100 %



Graf 13 Možnost školení o manipulaci s nesoběstačným nebo s částečně soběstačným pacientem

O proškolení v manipulaci s nesoběstačným nebo s částečně soběstačným pacientem má zájem 93,33 % dotázaných.

3.3.4 Analýza výzkumného cíle a předpokladu

Analýza výzkumných cílů a předpokladů byla provedena na základě dat získaných dotazníkovým šetřením. Výzkumné předpoklady byly zpracovány pomocí matematické metody a popisné statistiky v programu Microsoft® Office 2007 Exel. Výzkumné předpoklady byly procentuálně upraveny na základě vyhodnocení předvýzkumu (viz. Příloha B).

Ověřování předpokladu č. 1

Výzkumný cíl č. 1: Zjistit informovanost Všeobecných sester a Zdravotních asistentů o „Kinestetické mobilizaci“.

K cíli č. 1 byl stanoven výzkumný předpoklad č. 1: Předpokládám, že Všeobecné sestry a Zdravotní asistenti neznají Kinestetickou manipulaci. K analýze byly využity dotazníkové otázky č. 3, 5.

Tabulka 14 Analýza výzkumného předpokladu č. 1

Otázka číslo	Znalost pojmu	Neznalost pojmu
3	66,6 %	33,3 %
5	83,3 %	16,6 %
\bar{x}	74,95 %	24,95 %

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že **74,95 % respondentů zná** pojem kinestetická mobilizace. Výzkumný předpoklad, že všeobecné sestry a zdravotní asistenti neznají pojem KM, **není v souladu s výzkumnými daty.**

Cíl č. 1 byl splněn.

Ověřování předpokladu č. 2

Výzkumný cíl č. 2: Seznámit Všeobecné sestry a Zdravotní asistenty nemocnice Varnsdorf s koncepcí „Kinestetická mobilizace“.

K cíli č. 2 byl stanoven výzkumný předpoklad č. 2: Uvítají Všeobecné sestry a Zdravotní asistenti seznámení s koncepcí "Kinestetická manipulace"? K analýze byla využita dotazníkovou otázkou č. 13.

Tabulka 15 Analýza výzkumného předpokladu č. 2

Otázka číslo	chce školení	nechce školení
13	93,33 %	6,67 %

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že **93 % respondentů má zájem** o seznámení s koncepcí KM. Výzkumný předpoklad, že všeobecné sestry a zdravotní asistenti uvítají seznámení s koncepcí kinestetické manipulace **je v soulady s výzkumnými daty**.

Cíl č. 2 byl splněn.

3.4 Kvalitativní výzkum

3.4.1 Metodika výzkumu

V druhé části šetření po ověření zájmu respondentů o proškolení s koncepcí kinestetické mobilizace v říjnu 2016 autorka uskutečnila v nemocnici Varnsdorf p. o. přednášku o KM s názornou ukázkou (viz. Příloha C). Další fází byl praktický nácvik dvou transferů s pacientem s pěti všeobecnými sestrami a následným monitorovaným rozhovorem obsahujícím 9 otázek pro kvalitativní metodu výzkumu, který byl proveden měsíc po proškolení. Otázky byly tvořeny na základě kvantitativního výzkumu a nastudované literatury. Jako výzkumnou techniku jsme zvolili nestandardizovaný rozhovore.

Respondenty bylo pět sester a jejich odpovědi byly zaznamenány na diktafon a přepsány v programu Microsoft® Office 2007 Word (viz. Příloha E). Samotný rozhovor probíhal v klidném prostředí kanceláře staniční sestry s ústním souhlasem respondentek.

3.4.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenty tvořilo pět všeobecných sester. Sestra S1 - 33 let, vysokoškolské vzdělání, praxe u lůžka 5 let. Sestra S2 - 40 let, středoškolské vzdělání, praxe u lůžka 16 let. Sestra S3 - 45 let, středoškolské vzdělání, praxe u lůžka 22 let. Sestra S4 - 34 let, středoškolské vzdělání, 10 let praxe u lůžka. Sestra S5 - 35 let, středoškolské vzdělání, nyní studuje VŠ, praxe u lůžka 11 let.

3.4.3 Analýza výzkumných dat kvalitativního výzkumu

Rozhovor č. 1:

Prvním respondentem byla sestra s praxí 5 let, po noční směně. Přišla nervózní, sama situaci popisuje velmi nejistě, netuší, co má očekávat. Nervozita byla patrná i z jejího postoje, kdy si nervózně mnula ruce a usedla do křesla vedle mě. V úvodu jsem se snažil o uvolněnou atmosféru. Následně jsme probíraly základní náležitosti rozhovoru. Zda s rozhovorem a audionahrávkou souhlasí dobrovolně a zda mohu informace z rozhovoru použít v mé BP. Respondentka souhlasí.

Respondentka S1 na otázku č. 2, co pro Vás znamená pojem kinestetická mobilizace, uvedla: *„pojem kinestetická mobilizace pro mne znamená nový styl práce při ošetřování pacientů, při kterém zmírníme bolesti zad a pomůžeme pacientovi rychleji rehabilitovat a mobilizovat a zabráníme tím sekundárním změnám.“*

Na otázku č. 3, mívala jste v minulosti bolesti zad při nebo po manipulaci s pacientem respondentka S1 uvedla: *„v minulosti jsem bolesti zad mívala, hlavně po noční službě, kdy je nižší počet personálu.“*

Na otázku č. 4, domníváte se, že po proškolení a následném využívání KM se Vaše obtíže zmírní nebo úplně vymizí, respondentka uvedla: *„po proškolení a využívání KM jsou moje bolesti zad mírnější.“*

Na otázku č. 5, jaký má KM přínos do Vaší práce ve vztahu sestra/ pacient, respondentka S1 odpověděla: *„pro moji práci má KM dost velký význam, pokud jdu nyní manipulovat s pacientem, musím ho podrobněji seznámit, co budeme provádět. Zlepším tím komunikaci a získám důvěru pacienta a pacient je tím aktivnější.“*

Na otázku č. 6, v jakých situacích je problém s užitím KM při manipulaci s pacientem na Vašem oddělení, respondentka S1 uvedla: *„na našem oddělení vidím jako největší problém antidekubitory, kdy je potřeba použít tlak a tah. Dále inkontinenční pomůcky a vrstvení, kdy vrstvíme papírové podložky, které jsme zvyklé používat. Často i špatný psychický a tělesný stav pacienta jako je demence a nespolupráce a kontraktury velkých kloubů.“*

Na otázku č. 7, máte nějaké výhrady ke koncepci KM, pokud ano, řekněte mi jaké. Respondentka S1 odpověděla: *„mám výhrady ke koncepci KM, jelikož nejsme v domácím prostředí, bereme pacienta jako potencionálně infekčního, tento styl práce je dosti kontaktní.“*

Na otázku č. 8, splnila koncepce kinestetické mobilizace Vaše očekávání, respondentka S1 uvedla: *„ano, myslím, že koncepce KM mé očekávání splnila.“*

Na otázku č. 9, měla byste zájem o detailní školení v kinestetické mobilizaci a jakou formou proškolení byste preferovala, respondentka S1 odpověděla: *„ano, určitě bych se ráda zúčastnila proškolení v naší organizaci. Jakou formou? ústní a ukázkovou*

Rozhovor č. 2:

Druhým respondentem byla sestra s praxí 16 let, přišla ve svém volnu. Byla odpočatá, usměvavá a v dobré náladě. V úvodu rozhovoru jsme si nezávazně povídaly o rodině a mezi řečí probraly základní náležitosti rozhovoru. Na první otázku, zda s rozhovorem a audionahrávkou souhlasí dobrovolně a zda můžu informace z rozhovoru použít v mé BP, odpověděla respondentka kladně.

Na otázku č. 2 sestra S2 odpověděla: *„pojem kinestetická mobilizace pro mne znamená, lidově řečeno „pákový systém“, je to méně namáhavá fyzická práce s pacientem, kde není potřeba tolik síly, ale spíš více kontaktu s pacientem.“*

Na otázku č. 3, mívala jste v minulosti bolesti zad při nebo po manipulaci s pacientem odpověděla respondentka S2: *„Myslíte při nebo po manipulaci? Zkuste rozlišit, v pracovní době a po pracovní době. S2: jde li o mě, při manipulaci s pacientem tolik bolest nevnímám, ale protože se soustředím na tu práci s člověkem. Spíš ty bolesti se dostaví po té manipulaci s pacientem, kdy bolest zad se zvyšuje, když opustím toho pacienta, kdy se soustředím již sama na sebe než na toho pacienta.“*

Na otázku č. 4 odpověděla respondentka S2: *„myslím si, že po proškolení a využívání KM moje obtíže nevyjmí, ale spíše se jen zmírní.“*

Na otázku č. 5, jaký má KM přínos do Vaší práce ve vztahu sestra a pacient respondentka S2 uvedla: *„podle mě zlepšení komunikace, protože při manipulaci je důležitý pacientovi řádně vysvětlit postup těch úkonů, co s ním zamýšlím. A potom bych tak řekla zlepšení aktivity pacienta, protože při manipulaci je pacient nucen sám se zapojit do rehabilitačního režimu.“*

Na otázku č. 6 respondentka S2 odpověděla: *„tak problém s užitím KM při manipulaci s pacientem na našem oddělení je asi za prvé, když není přístup k lůžku ze tří stran. A za druhé antidekubitory, protože při pohybu s pacientem se antidekubitor hrne a dochází k obtížné manipulaci s tím pacientem. S tím souvisí i inkontinenční podložky, který se hrnou a vlastně znemožňují mi ten pohyb pacienta.“*

Na otázku č. 7, máte nějaké výhrady ke koncepci KM respondentka S2 uvedla: *„řekla bych, že hlavní výhradou je práce s inkontinentními pacienty, když mají inkontinenční pomůcky, protože dochází k maximálnímu kontaktu s pacientem a to je nepříjemné.“*

Na otázku č. 8 respondentka S2 odpověděla: *„koncepte kinestetické mobilizace splnila moje očekávání, hlavně co se týká zmírnění mých bolestí zad.“*

Na otázku č. 9, měla byste zájem o detailní školení v kinestetické mobilizaci a jakou formou proškolení byste preferovala, uvedla respondentka S2: *„ano, o kurz v KM bych měla zájem a pokud by byl ten kurz třídní, preferovala bych, kdyby tento kurz organizovala naše nemocnice. To by bylo fajn.“*

Rozhovor č. 3:

Třetím respondentem byla sestra s praxí 22 let, rozhovor proběhl o polední pauze v práci. Byla unavenější, ale ráda, že si může chvíli odpočinout. Bohužel pro nedostatek času jsme přešly ihned k otázkám. Na první otázku, zda s rozhovorem a audionahrávkou souhlasí dobrovolně a zda mohou informace z rozhovoru použít v mé BP, odpověděla respondentka, že souhlasí.

Na otázku č. 2, co pro Vás znamená pojem kinestetická mobilizace, respondentka S3 odpověděla: *„kinestetická mobilizace pro mě znamená přemísťování pacienta z místa za co nejmenšího využití mé síly a tím nemocného rehabilitovat už při přesouvání. A hlavním cílem má být má ochrana před přetěžováním mého těla fyzickou námahou.“*

Na otázku č. 3, mívala jste v minulosti bolesti zad při nebo po manipulaci s pacientem respondentka S3 odpověděla: *„bolesti zad při nebo po manipulaci s pacientem jsem mívala a mám. Nejvíce při zajišťování hygien pacientů a po noční směně.“*

Na otázku č. 4, domníváte se, že po proškolení a následném využívání KM se Vaše obtíže zmírní nebo úplně vymizí, odpověděla respondentka S3: *„no, že by vymizely, nemyslím, ale určitě to bude mít přínos v prevenci dalšího přetěžování. Takže snad se zmírní.“*

Na otázku č. 5 respondentka S3 odpověděla: „*přínos do mé práce ve vztahu sestra a pacient vidím při používání kinestetiky u lucidního pacienta musím víc pacientovi vysvětlit, co budem dělat, abych ho zapojila a mělo to správný efekt. Takže komunikační efekt a důvěra. No a u zcela nesoběstačného pacienta, který nekomunikuje, je to asi stimulační přínos něco jako bazální stimulace.*“

Na otázku č. 6, v jakých situacích je problém s užitím KM při manipulaci s pacientem na Vašem oddělení respondentka S3 uvedla: „*tak na našem oddělení je dosti ležících samostatně nehybných pacientů, kteří mají v lůžku antidekubitor. A na něm je posun pacienta dost obtížný. Dále inkontinenční pomůcky, ty se pod pacientem taky hrnou a dementní pacienti se často brání.*“

Na otázku č. 7 respondentka S3 odpověděla: „*výhrady ke KM ani nemám, ale musí se to brát jako dost kontaktní styl práce s pacientem. A pokud musím dodržet určitý hygienický postup, tak využiju třeba pomoc kolegyně, abych ten kontakt trochu zmenšila.*“

Na otázku č. 8, splnila koncepce kinestetické mobilizace Vaše očekávání respondentka S3 uvedla: „*myslím, že koncepce kinestetické mobilizace splnila moje očekávání. Jen jde o to si to zažít do praxe.*“

Na otázku č. 9 respondentka S3 odpověděla: „*zájem o proškolení v koncepci KM určitě mám. Podle Vaší přednášky je ještě více možných pohybových vzorců a proškolení na kurzu je určitě nejlepší, jak se to naučit. A pokud by byl tento kurz někde v okolí, ráda se zúčastním.*“

Rozhovor č. 4:

Čtvrtým respondentem byla sestra s praxí 10 let, rozhovor proběhl po pracovní době, kdy sestra ochotně zůstala v práci déle. Sestra rozhovor uvítala, neboť potřebovala probrat určité osobní věci. Po důvěrném rozhovoru o jejich problémech, jsme pokračovaly v našich otázkách. Na první otázku, zda s rozhovorem

a audionahrávkou souhlasí dobrovolně a zda můžu informace z rozhovoru použít v mé BP, respondentka odpověděla ano.

Na otázku č. 2, co pro Vás znamená pojem kinestetická mobilizace odpověděla respondentka S4: *nový styl přesouvání nehybných pacientů, který chrání zdravotníky před přetížením zad a u částečně schopných pacientů napomáhá v lepší rehabilitaci.*“

Na otázku č. 3, mívala jste v minulosti bolesti zad při nebo po manipulaci s pacientem respondentka S4 uvedla: *„určitě jsem měla i mám bolesti zad.“*

Na otázku č. 4 respondentka S4 odpověděla: *„myslím si, že když se naučím správně manipulovat s pacientem, tak že se bolest zmírní. Ale že by vymizela úplně to asi ne.“*

Na otázku č. 5 respondentka S4 uvedla: *„jako přínos KM do vztahu pacient sestra vidím, že teď se pokusím s pacientem manipulovat sama šetrněji a nečekám na každý posun na pomoc sanitáře. A tím dodám odvalu i pacientovi. A další je, že kinestetika podporuje rehabilitační ošetřovatelství.“*

Na otázku č. 6 respondentka S4 odpověděla: *„problém s užitím KM při manipulaci s pacientem na našem oddělení je nejvíce asi při ranních toaletách, kdy jsme v časové tísní. A také v aktivních matracích, které jsou měkké.“*

Na otázku č. 7 respondentka S4 uvedla: *„výhrady ke koncepci KM ani nemám. Zatím. Spíše si musím tyto pohybové vzorce více osvojit, nebo trénovat, abych takto manipulovala s pacientem.“*

Na otázku č. 8, máte nějaké výhrady ke koncepci KM respondentka S4 odpověděla stručně: *„ano, splnila.“*

Na otázku č. 9 respondentka S4 odpověděla: *„určitě má proškolení přínos do praxe zdravotníků. Ráda se zúčastním kurzu, ale musel by být v blízkosti bydliště, protože je časově i finančně náročný. A nejlépe na našem pracovišti, abychom byly sebrané i s ostatním personálem.“*

Rozhovor č. 5:

Pátým respondentem byla sestra s praxí 11 let. Přišla po noční směně značně unavena. Nabídla jsem jí kávu a za chvíli jsme mohli přejít k rozhovoru. Následně jsme probraly základní náležitosti rozhovoru. Zda s rozhovorem a audionahrávkou souhlasí dobrovolně a zda můžu informace z rozhovoru použít v mé BP. Respondentka souhlasila.

Na otázku č. 2, co pro Vás znamená pojem kinestetická mobilizace respondentka S5 odpověděla: *„no kinestetická mobilizace má výhodu ve snadnější manipulaci s nemocným, příjemnější pohyby pro nemocného, asi i odlehčení pro má záda.“*

Na otázku č. 3 respondentka S5 uvedla: *„ano, určitě v minulosti i teď jsem mívala bolesti zad při manipulaci s pacientem.“*

Na otázku č. 4, domníváte se, že po proškolení a následném využívání KM se Vaše obtíže zmírní nebo úplně vymizí respondentka S5 odpověděla stručně: *„já v to doufám.“*

Na otázku č. 5 respondentka S5 odpověděla: *„přínosem do mé práce ve vztahu mezi sestrou a pacientem je bližší kontakt s pacientem, určitě nějakou užší spolupráci mezi sebou. Větší důvěra mezi námi. A to je asi tak všechno.“*

Na otázku č. 6, v jakých situacích je problém s užitím KM při manipulaci s pacientem na Vašem oddělení respondentka S5 uvedla: *„no tak řekla bych, že asi v nedostatku času. Určitě nedostatek personálu, protože tam potom nelze trávit tolik času u toho pacienta kolik by bylo potřeba. Dále potom určitě když se používají třeba antidekubitní*

matrace, tak se tam nelze tak dobře s tím pacientem jakoby manipulovat. Takže to si myslím, že je docela velký problém.“

Na otázku č. 7, máte nějaké výhrady ke koncepci KM respondentka S5: *„tak jako jednu z největších výhrad vidím třeba infekčního pacienta, protože tam je velký kontakt s tím pacientem. Takže to asi vidím jako největší výhradu.“*

Na otázku č. 8 odpověděla respondentka S5 odpověděla: *„koncepte kinestetické mobilizace určitě splnila moje očekávání, ale hlavně by se mi teda líbilo zapojení studentů střední zdravotnické školy, jakoby hnedka při výuce těchto studentů, protože by hnedka v začátcích mohli mít nějaký plán, mohli by hnedka vědět.“*

Na otázku č. 9, měla byste zájem o detailní školení v kinestetické mobilizaci a jakou formou proškolení byste preferovala respondentka S5 uvedla: *tak zájem bych určitě měla, ale školení je pro mě samotnou docela jakoby drahý, takže pokud by zaměstnavatel poskytl nějaké školení a třeba nějaký finanční příspěvek a toto školení by byl ochoten zavést potom třeba do praxe, aby to mělo jakoby smysl, tak určitě bych měla o nějaké proškolení zájem.“*

Analýza rozhovorů:

Otázka z rozhovoru č. 1 Souhlas s rozhovorem.

Všech pět dotázaných respondentek souhlasilo s rozhovorem.

Otázka z rozhovoru č. 2 Co znamená pojem kinestetická mobilizace.

Všech pět respondentek uvádí, že kinestetická mobilizace se využívá k přesunu nehybného pacienta i za účelem lepší rehabilitace a zároveň všech pět respondentek uvedlo koncepci KM jako prevenci vertebrogenních obtíží při manipulaci s pacientem. Dvě respondentky uvádí, že pro ně KM znamená i větší kontakt s pacientem.

Otázka z rozhovoru č. 3 Bolesti zad při nebo po manipulaci s pacientem.

Jedna respondentka udává, že má bolesti zad ihned po manipulaci s pacientem, dvě uvedly bolesti zad po noční směně a dvě respondentky uvádí bolesti zad stále.

Otázka z rozhovoru č. 4 Vymizení nebo zmírnění obtíží po proškolení a využívání KM.

Jak vyplývá z analýzy rozhovorů, tak všech pět respondentek trpí různým stupněm vertebrogenních obtíží, ať již přechodného nebo trvalého charakteru. Od implementace KM do praxe očekávají čtyři respondentky zmírnění obtíží a jedna respondentka věří, že obtíže vymizí.

Otázka z rozhovoru č. 5 Přínos KM do práce sestry a vztahu k pacientovi.

Čtyři respondentky vidí přínos implementace KM do praxe ve větší komunikaci s pacientem a tím získání důvěry pacienta, což označily i další tři respondentky. Čtyři respondentky spatřují přínos KM ve větší aktivizaci pacienta. Jedna respondentka vidí přínos KM v soběstačnosti sestry při manipulaci s pacientem.

Otázka z rozhovoru č. 6 Problém s užitím KM při manipulaci s pacientem.

Základním problémem při manipulaci s pacientem dle zásad KM vidí pět respondentek v aktivní antidekubitní matraci. Podle tří respondentek ve skluzu pacienta brání vrstvení inkontinenčních pomůcek. Psychický stav pacientů a časovou tíseň při práci zdůrazňují shodně dvě respondentky. Jedna respondentka uvádí jako problém nedostatečný přístup k lůžku.

Otázka z rozhovoru č. 7 Výhrady ke koncepci KM ze strany sester.

Čtyři respondentky udávají mezi výhrady ke KM blízký kontakt s pacientem a tím vyšší riziko infekce. Jedna respondentka opět zmiňuje inkontinenční pomůcky.

Otázka z rozhovoru č. 8 Splnila koncepce KM očekávání sester.

Koncepce KM splnila očekávání všech pěti respondentů.

Otázka z rozhovoru č. 9 Zájem o další proškolení v koncepci KM a forma proškolení.

Čtyři respondentky mají zájem o účast na certifikovaném kurzu KM přímo v nemocnici. Jedna respondentka by se účastnila i kurzu mimo nemocnici a další dvě v případě příspěvku od zaměstnavatele.

3.4.4 Analýza výzkumného cíle a předpokladu

Po přednášce a následném proškolení v koncepci KM (viz. Příloha C) se mnou dvě oslovené sestry aktivně zapojily do individuálního nácviku posunu pacienta na lůžku. Následně se k nim připojily další tři sestry. Všech pět sester bylo osloveno k uskutečnění rozhovoru pro účel vyhodnocení druhé části empirického výzkumu mé bakalářské práce.

Ověřování výzkumné otázky č. 3

Výzkumný cíl č. 3: Podpořit zavedení koncepce Kinestetické mobilizace v ošetrovatelské praxi nemocnice Varnsdorf.

K cíli č. 3 byla stanovena výzkumná otázka č. 3: Bude Kinestetická mobilizace postupným proškolením Všeobecných sester a Zdravotních asistentů využívána při rehabilitačním ošetřování pacientů nemocnice Varnsdorf? K analýze byly využity otázky z rozhovoru č. 4, 5, 6, 7.

Při rozhovorech bylo zjištěno, že po proškolení v používání KM 4 sestry z pěti věří ve zmírnění obtíží a dále vidí přínos ve větší komunikaci s pacienty a jejich aktivizaci. Všech pět respondentek shodně uvádí jako překážku v používání KM antidekubitní matrace.

Cíl č. 3 byl splněn.

Ověřování výzkumné otázky č. 4

Výzkumný cíl č. 4: Vyhodnotit zavedení koncepce Kinestetická mobilizace v nemocnici Varnsdorf.

K cíli č. 4 byla stanoven výzkumná otázka č. 4: Je koncept Kinestetické manipulace v praxi využívám po měsíci od proškolení? K analýze byly využity otázky z rozhovoru č. 8, 9.

Z analýzy rozhovoru, který byl veden s respondentkami měsíc po proškolení v koncepci KM a využívání metody kinestetické mobilizace v nemocnici Varnsdorf vyplynulo, že je KM využívána.

Cíl č. 4 byl splněn.

3.5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá informovaností všeobecných sester a zdravotních asistentů o kinestetické mobilizaci. Cílem práce bylo zjistit, zda všeobecné sestry a zdravotní asistenti v nemocnici Varnsdorf v Léčebně dlouhodobě nemocných znají pojem kinestetické mobilizace a její zaměření. Na základě tohoto cíle byl stanoven výzkumný předpoklad, že všeobecné sestry a zdravotní asistenti neznají pojem kinestetická mobilizace. Ze statistického zhodnocení výsledků anonymního dotazníku vyplývá, že nejsou v souladu s výzkumným předpokladem. Celkem 74,95 % respondentů v dotazníku označilo, že znají pojem KM. 83,33 % respondentů označilo odpověď, že KM je využití pacientových vlastních sil avšak pouze 30 % respondentů by zařadilo kinestetiku do alternativního ošetřovatelství, což jsou pozitivní výsledky ve srovnání s daty prezentovanými v práci Hřebejkové (2015) která uvádí, že s pojmem kinestetika se setkalo 40 % jejich respondentů, jednou i opakovaně. Dále jsme se v našem průzkumu zaměřili na způsob, jakým pacienta vysunujeme k hornímu čelu lůžka. V naší práci jsme dospěli k faktu, že nejvíce se používá manipulační podložka, absolutní četnost odpovědí našich respondentů je 43,33 %, Hřebejková (2015) ve své práci získala stejná data od 77 % respondentů, kteří také preferují využití polohovací podložky. Bláhová (2016, s. 71) ve své práci dospěla ke zjištění, že „většina dotazovaných sester se skutečně shoduje v tom, že nejčastěji používanou manipulační pomůckou je polohovací podložka“. Vlastní sílu spolu s držením pacienta v podpaží uvedlo v našem šetření 23,33 % respondentů což je shodná hodnota s výzkumným šetřením Hřebejkové (2015), kdy uvádí, že je tento způsob manipulace s pacienty používán u 20 % respondentů. Kinestetický způsob manipulace s pacientem při vysunutí k hornímu čelu lůžka a používá v našem průzkumu 10 % respondentů, kdy při komparaci s prací Hřebejkové (2015), kdy tento způsob manipulace označila pouhá 2 % respondentů je pozitivní výsledek, nicméně z těchto výsledků vyplývá, že pojem kinestetická mobilizace je mezi zdravotním personálem znám, ale bohužel v praxi není dostatečně využíván. Dále můžeme uvést zjištěná fakta z práce Petrekové (2015), která uvádí, že jeden ze základních předpokladů, které jsou deklarovány v rámci prevence poškození muskuloskeletárního aparátu ošetřovatelského personálu je schopnost zvládat bezpečné techniky manipulace s pacienty. Jak s použitím polohovacích pomůcek, tak manuální. K této problematice se vztahují i vertebrogení obtíže ošetřovatelského

personálu, kdy v našem výzkumném šetření uvedlo celkem 83,33 % respondentů ano, bolesti nepocítuje pouze 16,67 % respondentů.

Gemrotová (2015) uvádí ve své diplomové práci výskyt trvalých bolestí zad u 19 % jejích respondentů, což při počtu 291 respondentů znamená, že bolestmi zad trpí zhruba každý pátý člen ošetrovatelského personálu. Gemrotová svoje šetření prováděla pouze mezi nelékaři a nižším zdravotnickým personálem v nemocnici v Podlesí a, s. Vertebrogení potíže s páteří u pracovníků v sociálních službách v samoobslužné péči má podle **Čapounové** (2015) 83 % dotazovaných. Jeden z nejnovějších mezinárodních výzkumů zveřejnil, že 30-33 % zdravotnických pracovníků v Evropské unii udává bolesti zad při výkonu povolání (EU OSHA, 2015). Z našeho šetření vyplývá, že v ČR bolestmi zad trpí více zdravotnického personálu, než je uvedeno ve výše zmíněném výzkumu. Otázkou zůstává jaké pomůcky a kolik personálu má zdravotní personál v ostatních státech EU k dispozici.

Z našich výsledků vychází, že pro bolesti zad bylo nuceno využít pracovní neschopnost 30 % respondentů. **Gemrotová** (2015) uvádí, že 37 % respondentů museli pro bolest zad využít pracovní neschopnost. **Petreková** (2015, s. 29) uvádí o manipulaci s pacientem, že: „*Klasické techniky přetěžují krční a bederní páteř, zvyšují svalové napětí a zatěžují klouby.*“ Dále uvádí, že bezpečné a bezbolestné manipulace s pacienty lze dosáhnout pomocí kinestetiky, díky jejímuž používání „*lze zabránit bolestem zad a u stávajících bolestí lze bolest ovlivnit a snížit*“. **Bláhová** (2016) ve svém výzkumu při rozhovorech se sestrami potvrzuje bolest zad sester po směně. Noční směna je ještě náročnější vzhledem ke sníženému počtu sester. My jsme zjistili, že 83,33 % respondentů trpí bolestmi zad po každé směně a z rozhovorů vyplynulo, že 2 respondentky z 5 dotazovaných zdůrazňují bolest zad po noční směně. Při výzkumné šetření zmiňujeme nedostatek personálu, který je potřeba k manipulaci obéznějších pacientů, aby nedocházelo k přetěžování zdravotnického personálu. **Čapounová** (2015) v práci zjišťuje, že 79 % pracovníků při ruční manipulaci s pacientem a jeho polohování používá pomoc dalšího pracovníka, bohužel se dál nezmiňuje, zda se jedná o dvě nebo tři osoby. Z naší práce vyplývá, že 60 % respondentů manipuluje s pacientem s BMI nad 30 ve dvou osobách a ve 33,33 % ve třech.

Dle výzkumné práce **Hřebejkové** (2015) je příčina nešetřné manipulace s pacientem v nedostatku personálu což uvádí 37 % jejich respondentů a také v deficitu informací o správné polohovací technice, kterou uvádí 12 % dotázaných.

Z našeho výzkumu vyplývá, že dostatek informací má 30 % a částečně informováno je 53,33 % respondentů, problému nedostatku personálu se v práci nevěnujeme. K podobným závěrům dospěla ve své práci také **Landecká** (2015) kdy, jako důvod nespokojenost ošetřujícího personálu uvádí nedostatek pomocného personálu v 39,9 % dotazovaných respondentů.

Dle **Čapounové** (2015) má dostatek informací o manipulaci s pacientem 78 % respondentů a 81 % jich má zájem o další proškolení. Z našeho výzkumu vyplynulo, že 83,33 % má dostatek informací o manipulaci s pacientem. Také **Bláhová** (2016) se ve své práci zmiňuje o zájmu sester o proškolení ve správné manipulaci s pacientem, která má za úkol mít přínos jak pro sestry, tak pro pacienty. Z devíti oslovených respondentek by pět mělo zájem o proškolení. Z našeho šetření má o proškolení zájem 93,33 % respondentů z dotazníkového šetření a z rozhovorů všech pět respondentek uvedlo, že se chce dále školit v konceptu kinestetické mobilizace.

Cílem práce bylo seznámit všeobecné sestry a zdravotní asistenty nemocnice Varnsdorf s koncepcí kinestetické mobilizace. Tento cíl byl splněn přednáškou s praktickým nácvikem koncepce KM (viz. Příloha B) a ověřen následným rozhovorem s pěti sestrami, které měly zájem o další proškolení. Všechny pět sester shodně odpovědělo, že mají zájem o další proškolení v konceptu KM.

3.6 Návrh doporučení pro praxi

Smyslem této práce bylo seznámit všeobecné sestry a zdravotní asistenty s technikou polohování KM a jejím využitím v praxi. K seznámení byla použita metoda přednášky s praktickým nácvikem. Přednáška měla motivovat všeobecné sestry a zdravotní asistenty k používání principu KM a k dalšímu vzdělávání v oblasti šetrné manipulace s pacienty. Následnou postupnou implementací principů kinestetické mobilizace do praxe bychom chtěli zamezit vzniku vertebrogenních obtíží u ošetrovatelského personálu. Dále také podpořit nácvik soběstačnosti u pacientů s deficitem v sebekéči a mobilitě. Také by bylo vhodné, aby se principy kinestetické mobilizace, respektive nácvikem správných pohybových vzorců zabýval také nižší ošetrovatelský personál. Přestože se přednášky a praktického nácviku v našem šetření účastnily sestry a zdravotničtí asistenti, víme, že nižší zdravotnický personál je v péči o pacienty nezastupitelný. Vzhledem k tomu, že autorka práce absolvovala certifikovaný kurs kinestetické mobilizace, připadá nám vhodné, aby její schopnosti a dovednosti management nemocnice Varnsdorf p. o. využil nejen pro personál oddělení dlouhodobě nemocných, ale i v rámci ostatních oddělení nemocnice. Implementace modelu kinestetické mobilizace by pak mohla být rychlejší a ekonomicky výhodnější.

Závěr

V naší práci jsme se pokusili objasnit, zda je možné najít účinnou metodu, která by působila na prevenci poruch muskuloskeletárního postižení zdravotnických pracovníků, přitom ale současně podporovala rozvoj soběstačnosti jejich pacientů. Zaměřili jsme se tedy na manipulaci s pacientem, kde vidíme značné rezervy. Ne každé oddělení je vybavené mechanickým zvedákem, ne každý zvedák je pro svou velikost plně využíván. Sestry spolu s ostatními raději využijí rychlejší metodu- vlastní sílu. Proč tedy nezapojit i pacienta, pokud tomu jeho fyzický stav a mentální schopnosti nebrání? Provedli jsme tedy kvantitativní a kvalitativní průzkum znalostí a využití kinestetické mobilizace. Zjišťovali jsme, jaké je povědomí ošetřujícího personálu o této metodě, jaké jsou znalosti manipulačních technik a také na to, zda se naplnilo jejich očekávání, které verbalizovali. V rámci průzkumu jsme se věnovali proškolení ošetřovatelského personálu nemocnice Varnsdorf, který by kinestetickou mobilizaci využíval při péči o své pacienty. V teoretické části jsme se snažili uvést do problematiky lidského pohybu, rehabilitačního ošetřovatelství a hlavně podrobněji rozebrat pojmy kinestetika, kinestetická mobilizace a její fáze a principy. Dále pak využití kinestetické mobilizace v ošetřovatelské péči. Popsali jsme imobilizační syndrom, připomenuli fyzickou náročnost povolání u nelékařských zdravotnických pracovníků. Poslední podkapitola teoretické části je věnována managementu změny v souvislosti s implementací kinestetické mobilizace do praxe v nemocnici Varnsdorf. Výzkumné šetření bylo prováděno na oddělení následné péče v nemocnici Varnsdorf p. o., proběhlo v období říjen 2016 až březen 2017 a bylo prováděno se souhlasem vedení nemocnice Varnsdorf p. o. metodou kvantitativního výzkumu s využitím nestandardizovaného strukturovaného dotazníku. Dotazník byl anonymní, účast respondentů dobrovolná, výběr byl záměrný: všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti pracující v nemocnici Varnsdorf p. o. Prvním z cílů naší práce bylo zjistit informovanost všeobecných sester a zdravotnických asistentů o kinestetické mobilizaci, výzkumným předpokladem pak, že všeobecné sestry a zdravotní asistenti neznají kinestetickou manipulaci. Výsledky našeho šetření vyvrátily předpoklad a ukázaly, že pojem kinestetická mobilizace zná 66,67 % respondentů. Náplň kinestetické mobilizace, respektive její princip dokázalo označit 83 % respondentů. První cíl byl splněn. Druhým cílem bylo seznámení sester a zdravotnických asistentů nemocnice Varnsdorf

s koncepcí kinestetické mobilizace, současně jsme si stanovili předpoklad, že tuto aktivitu uvítají. V našem šetření se tento zájem odrazil u 93,3 % respondentů, kteří by uvítali proškolení o manipulaci s nesoběstačným nebo částečně soběstačným pacientem. Vzhledem k odpovědím na otázku o přítomnosti bolesti zad po skončení pracovní směny, kdy bolest uvádělo 83,3 % respondentů, můžeme považovat zavedení koncepce kinestetické mobilizace do ošetrovatelské praxe v nemocnici Varnsdorf za přínos. Dospěli jsme také k závěru, že je potřeba, aby si personál vštípl nové pohybové vzorce. Podařilo se nám respondenty proškolit, byla uskutečněna přednáška o principu KM s názornými ukázkami. V další fázi pak byl proveden praktický nácvik transferu. Sestry, které se praktického nácviku zúčastnily, jsme požádali o zhodnocení pomocí rozhovoru. Respondentky v rozhovoru přiznaly bolesti zad, věří, že zavedením a využíváním principů kinestetické mobilizace se jejich bolesti zmírní, jedna respondentka věří, že bolesti vymizí. Posledním cílem bylo podpořit zavedení koncepce KM v ošetrovatelské praxi v nemocnici Varnsdorf. Výzkumný předpoklad, že model bude po měsíci používán, jsme opět ověřovali otázkami v rozhovoru s respondenty. Z vyhodnocení získaných odpovědí jsme mohli konstatovat, že se kinestetická mobilizace využívá. Výzkumné otázky se nám tedy podařilo potvrdit. Proto využíváme možnost a v doporučení pro praxi v závěru naší práce uvádíme, že by bylo vhodné zorganizovat certifikovaný kurz v prostorách nemocnice Varnsdorf. Domníváme se, že jeho absolvováním a následným dodržováním správných manipulačních technik by došlo nejen ke zlepšení spolupráce s imobilními pacienty, ale i ke zlepšení, respektive ke zmírnění vertebrogenních obtíží u ošetrovatelského personálu. Můžeme konstatovat, že principy kinestetické mobilizace se již začaly využívat. Zaměstnanci o tuto alternativní metodu projevují stále větší zájem, proto se domníváme, že plánované proškolení ošetrovatelského personálu by bylo přínosem nejen pro ně, ale i pro pacienty.

Seznam použité literatury

ASPECTIO RESEARCH, *Studie číslo 31-BOZP, stres na pracovišti a jeho specifika v odvětví zdravotnictví*. Aspectio a.s. 2011 [online]. [citované 2016-09-20]. Dostupné z internetu :

https://www.google.cz/search?q=Vybran%C3%A9+rizikov%C3%A9+faktory+stresu+p%C5%99i+pr%C3%A1ci+ve+zdravotnictv%C3%AD&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=YEMWWPD-MqmE8Qfdva-gAw

BAUDER-MIßBACH, H. *Seminarunterlagen Kinästhetik, Bewegungslehre, Modul 1-4*. Asselfingen: Viv-Arte, 2008.

BLÁHOVÁ, K. 2016. *Manipulace s pacientem jako ošetrovatelský problém* : bakalářská práce. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče. České Budějovice. 2016. 83 s. http://theses.cz/id/8p1e8s/bakalarska_prace_Blahova.pdf

CARITAS, *Podpora pohybu uživatele pomocí kinestetické mobilizace* [online] [citované 2016-03-21]. Dostupné z internetu :

<http://www.caritas-vos.cz/vzdelavani/index.php?page=kurznaklic&kurzid=186>

ČAPOUNOVÁ, J. 2015. *Fyzická zátěž a její dopad na zdraví u pracovníků v přímoobslužné péči v sociálních službách* : diplomová práce. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, pedagogická fakulta. Katedra antropologie a zdravovědy, Olomouc. 2015. 97 s. <file:///C:/Users/Blanka/Desktop/Klára/ČapounovDP2015-na%20diskuzi.pdf>

ČEVELA, R. a kol. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha : Grada, 2009, 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.

DOLEŽAL, M., R. JEBAVÝ. *Přirozený funkční trénink*. Praha : Grada, 2013, 144 s. ISBN 978-80-247-4438-4.

DYLEVSKÝ, J. *Speciální kineziologie*. Praha : Grada, 2009, 184 s. ISBN 978-80-247-1648-0.

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 [citace 2016-09-11]. Dostupné z : <https://osha.europa.eu/cs/publications/e-facts/efact28>

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

GEMROTOVÁ, J. 2010. *Bolesti zad u zdravotnického personálu Nemocnice Podlesí a. s.* : diplomová práce. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, pedagogická fakulta. Katedra antropologie a zdravotní péče, Olomouc. 2010. 64 s.

<http://www.theses.cz/id/lj6kvz?info=1;isslret=bolesti%3Bzad%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dbolesti%20zad%26start%3D2>

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

GÚTH, A. a kol. *Rehabilitácia pre medicínske, pedagogické a ošetrovateľské obory*. Bratislava : Liečreh, 2006, 98 s. ISBN 80-88932-23-8.

HÁJKOVÁ, H. *Zapojení nohy v průběhu krokového cyklu*. Diplomová práce (bakalářská) Olomouc: 2010 [online]. [citované 2016-03-21]. Dostupné z internetu : <http://theses.cz/id/jmn63a/107248-900434251.pdf>

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

HŘEBEJKOVÁ, B. 2015. *Bezpečí při mobilizaci a polohování pacienta* : diplomová práce. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče. České Budějovice. 2015. 77 s. [file:///C:/Users/Jirka/Desktop/k%20diskuzi/HrebejkovDP2015-na_diskuzi\(1\).pdf](file:///C:/Users/Jirka/Desktop/k%20diskuzi/HrebejkovDP2015-na_diskuzi(1).pdf)

JAROŠOVÁ, D. 2006. *Základy managementu v ošetrovatelství*. [online]. 2006 [citace 2017-05-11]. Dostupné z : <http://docplayer.cz/304608-Z-a-k-l-a-d-y-m-a-n-a-g-e-m-e-n-t-u-v-o-s-e-trovatelstvi.html>

KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KILÍKOVÁ, M. – JAKUŠOVÁ, V. 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2008, 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8.

KLEVETOVÁ, D., I. DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada, 2008, 199 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOŽUCHOVÁ, M. a kol. *Domáca ošetrovatel'ská starostlivosť*. Slovenská republika : Vydavateľ'stvo Osveta, 2014, 244 s. ISBN 978-80-8063-414-8.

KRAMPEROVÁ, H. a kol. 2010. *Novinky v ošetrovateľskej péči*. [online]. [citované 2016-10-30] Dostupné z internetu :
file:///C:/Users/Jirka/Downloads/Skripta_kurzNovinky.pdf

KRAMPEROVÁ, H. a kol. *Novinky v ošetrovateľskej péči*: Skriptum pro inovační kurz Novinky v ošetrovateľskej péči. Praha : [online].2010-01-20 [citované 2016-10-30] Dostupné z internetu : http://www.ftn.cz/vzdelavani/files/Skripta_kurzNovinky.pdf

KUHNOVÁ, J. *Podmínky pro sport dětí staršího školního věku v Mladé Boleslavi*: diplomová práce. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu. 2010. 72 s.

LANDECKÁ, I. 2008. *Zátěž sester v souvislosti s imobilním klientem* : bakalářská práce. Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Zlín. 2008. 114 s.
http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/6528/landecka_2008_bp.pdf?sequence=1

MARKOVÁ, E. a kol. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha : Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

Nariadení vlády č. 361/2007 Sb. Kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci se změnami 68/2010 Sb., 93/2012 Sb., 9/2013 Sb. [online]. [citované 2016-03-30]. Dostupné z internetu : <http://www.tzb-info.cz/pravni-predpisy/narizeni-vlady-c-361-2007-sb-kterym-se-stanovi-podminky-ochrany-zdravi-pri-praci>

NEDĚLKOVÁ, H. *Základy kinestetické mobilizace*. INFOLISTY č. 4/2010- Krajská zdravotní a.s. [online] 2010-04-07 [citované 2016-03-23] Dostupné z internetu :
file:///C:/Users/Jirka/AppData/Local/Temp/il0410-1.pdf.

NOVOTNÁ, V., I. ČECHOVSKÁ, V. BUNC. *Fit program pro ženy*. Praha : Grada, 2006, 228 s. ISBN 80-247-1191-5.

OPAVSKÝ, J. *Bolest v ambulanci praxi*. Od diagnózy léčbě časných bolestivých stavů. Praha : Maxdorf, 2011. 394 s. ISBN 978-80-7345-247-6.

PAVLASOVÁ, Z. *Příčiny nedostatku zdravotních sester ve vybraných zdravotnických zařízeních* : bakalářská práce. Hradec Králové : Univerzita Karlova v Praze lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství oddělení ošetřovatelství. 2010. 86 s.

PECHOVÁ, A. *Edukace klientů domácí péče v oblasti využití alternativních metod* : bakalářská práce. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2014. 46 s. https://theses.cz/id/qk52f4/BP-_Pechov_Aneta.txt.

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

PIECKOVÁ, L. 2012. *Rehabilitační ošetřovatelství v práci sestry*. In *Sestra*. 2012, ISSN 1210-0404, 2012, roč. 22, č. 6, s. 34-35.

VALEŠOVÁ, M. 2010. *Využití kinezioterapie v domácí péči*. [online]. [citované 2016-10-30] Dostupné z internetu :
https://mail.volny.cz/download.php?msg_id=000000000b1d00016fd400d87c04&idx=1.2&filename=Solen_med-201004-0012.pdf&r=79.3129348540526

VÉVODA, J. a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha : Grada, 2013, 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VYTEJČKOVÁ, R. a kol. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné*. Praha : Grada, 2011, 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

ZDRAVÍ 2020. *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.*
Ministerstvo zdravotnictví 2015. Akční plán č. 10 : Vzdělávání zdravotnických
pracovníků b) Nelékařští zdravotničtí pracovníci [online]. [citované 2016-03-22]
http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2010b_nelekari_rev%20AV.pdf.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Pracovní pozice.....	33
Tabulka 2 Délka praxe na lůžkovém oddělení.....	34
Tabulka 3 Znalost pojmu kinestetická mobilizace	35
Tabulka 4 Zařazení kinestetické mobilizace.....	36
Tabulka 5 Co znamená pojem kinestetická mobilizace.....	37
Tabulka 6 Polohování nesoběstačného pacienta s BMI nad 30.....	38
Tabulka 7 Pomůcky pro samostatný posun nesoběstačného pacienta k hornímu čelu lůžka.....	39
Tabulka 8 Vysazování částečně soběstačného pacienta s BMI nad 30	40
Tabulka 9 Přesun ležícího pacienta s BMI nad 30 na koupací lůžko	41
Tabulka 10 Proškolení o správné manipulaci s částečně či úplně nesoběstačným pacientem.....	42
Tabulka 11 Bolesti zad po pracovní době.....	43
Tabulka 12 Pracovní neschopnost – bolest zad	44
Tabulka 13 Možnost školení o manipulaci s nesoběstačným nebo s částečně soběstačným pacientem	45
Tabulka 14 Analýza výzkumného předpokladu č. 1.....	46
Tabulka 15 Analýza výzkumného předpokladu č. 2.....	47

Seznam grafů

Graf 1 Pracovní pozice	33
Graf 2 Délka praxe na lůžkovém oddělení	34
Graf 3 Znalost pojmu kinestetická mobilizace	35
Graf 4 Zařazení kinestetické mobilizace	36
Graf 5 Co znamená pojem kinestetická mobilizace.....	37
Graf 6 Polohování nesoběstačného pacienta s BMI nad 30.....	38
Graf 7 Pomůcky pro samostatný posun nesoběstačného pacienta k hornímu čelu lůžka	39
Graf 8 Vysazování částečně soběstačného pacienta s BMI nad 30	40
Graf 9 Přesun ležícího pacienta s BMI nad 30 na koupací lůžko	41
Graf 10 Proškolení o správné manipulaci s částečně či úplně nesoběstačným pacientem	42
Graf 11 Bolesti zad po pracovní době	43
Graf 12 Pracovní neschopnost – bolest zad	44
Graf 13 Možnost školení o manipulaci s nesoběstačným nebo s částečně soběstačným pacientem	45

Seznam příloh

Příloha A Dotazník

Příloha B Otázky k rozhovoru

Příloha C Prezentace kinestetické mobilizace

Příloha D Souhlas s výzkumem nemocnice Varnsdorf p. o.

Příloha E Transkripce rozhovorů

Příloha A Dotazník

Vážené kolegyně,

dovoluji si Vás oslovit se svým dotazníkem, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Kinestetická mobilizace v praxi“. Dotazník je směřován na zjištění znalosti nelékařských zdravotnických pracovníků o koncepci kinestetické mobilizaci. Dotazník je anonymní a vyhodnocená data budou použity pouze k mým výzkumným účelům. Velmi bych prosila o individuální vyplnění dotazníku, bez konzultace s kolegyněmi, pro jeho maximální výpovědní hodnotu. Dotazník je koncipován do uzavřených otázek (prosím zakroužkujte správná tvrzení). Vyplnění Vám zabere maximálně 10 minut.

Díky za Vaši ochotu a strávený čas nad tímto dotazníkem.

Barešová Klára,

studentka 3. ročníku studijního oboru Ošetrovatelství Technické univerzity v Liberci
Ústav zdravotnických studií

1) Pracujete na pozici:

- a) všeobecné registrované sestry
- b) zdravotního asistenta

2) Pracujete na lůžkovém oddělení:

- a) 0-10 let
- b) 11-20 let
- c) 21- více let

3) Znáte pojem kinestetická mobilizace:

- a) ano
- b) ne

4) Zařadila byste kinestetickou mobilizaci mezi:

- a) klasické ošetrovatelství

b) alternativní ošetřovatelství

5) Myslíte si, že kinestetická mobilizace znamená:

- a) léčba pacienta pomocí výtvarné výchovy
- b) zapojení zvířat při kontaktní terapii pacientů
- c) použití vlastních sil pacienta při polohování - základy pohybové podpory
- d) používání manipulačních el. přístrojů při polohování pacienta

6) Polohování nesoběstačného pacienta s BMI nad 30 provádíte:

- a) sama
- b) s pomocí ošetřovatelky nebo sanitáře
- c) s pomocí ošetřovatelky a sanitáře

7) Při posunu nesoběstačného pacienta k hornímu čelu lůžka v situaci, že jste sama, použijete:

- a) hrazdičku
- b) manipulační podložku
- c) vlastní sílu s tahem pacienta za podpaží
- d) pohybovým prvkem na principu chůze

8) Vysazování částečně soběstačného pacienta s BMI nad 30 provádíte:

- a) sama
- b) s pomocí sanitáře
- c) sanitář pouze pod vaším dozorem

9) Ležícího pacienta s BMI nad 30 na koupací lůžko přesouváte:

- a) v jedné osobě
- b) ve dvou osobách
- c) ve třech osobách

10) Byla jste proškolená se správnou manipulací s částečně či úplně nesoběstačným pacientem:

- a) ano, úplně

- b) ano, částečně
- c) ne

11) Máte bolesti zad po pracovní době:

- a) ano
- b) ne**

12) Musela jste pro bolest zad nastoupit někdy na pracovní neschopnost:

- a) ano
- b) ne

13) Uvítala byste školení s manipulací s nesoběstačným nebo s částečně soběstačným pacientem:

- a) ano
- b) ne

Příloha B Otázky k rozhovoru

Otázky k rozhovoru pro sestry a asistenty po přednášce a nácviku transferu pacienta k hornímu čelu lůžka a posun na kraj lůžka:

1. Nejprve bych se chtěla zeptat, zda s rozhovorem souhlasíte dobrovolně a zda můžete informace z rozhovoru použít v mé BP?
2. Co pro Vás znamená pojem kinestetická mobilizace?
3. Mívala jste v minulosti bolesti zad při nebo po manipulaci s pacientem?
4. Domníváte se, že po proškolení a následném využívání KM se Vaše obtíže zmírní nebo úplně vymizí.
5. Jaký má KM přínos do Vaší práce ve vztahu sestra/ pacient?
6. V jakých situacích je problém s užitím KM při manipulaci s pacientem na Vašem oddělení?
7. Máte nějaké výhrady ke koncepci KM? Pokud ano, řekněte mi jaké.
8. Splnila koncepce kinestetické mobilizace Vaše očekávání?
9. Měla byste zájem o detailní školení v kinestetické mobilizaci a jakou formou proškolení byste preferovala?

Příloha C Prezentace kinestetické mobilizace


KINESTETICKÁ MOBILIZACE V NEMOCNICI VARNSDORF



KLÁRA BAREŠOVÁ

CO JE KINESTETIKA?

- ▶ PRVNÍ POUŽITÍ 70 LÉTA 20 STOLETÍ
- ▶ ZAKLADATELÉ Dr. FRANK HATSCH A Dr. LENNY MAIETTA
- ▶ NÁZEV VYHÁZÍ Z „**KINESIS**“ (POHYB) A „**AESTHETICS**“ (VNÍMÁNÍ)
- ▶ JDE O POHYBOVÝ A KOMUNIKAČNÍ KONCEPT



KINESTETICKÁ MOBILIZACE

- ▶ VÝUKOVÝ POHYBOVÝ MODEL Viv-Arte Kinestetika



- ▶ ROK 1998 HEIDI BAUDER-MISSBACH
- ▶ HLAVNÍM VÝZNAMEM KONCEPCE KINESTETIKY JE PODPORA POHYBU KLIENTŮ



CÍLE KINESTETICKÉ MOBILIZACE

- ▶ PODPORA SOBĚSTAČNOSTI P/K
- ▶ NAVRÁCENÍ ZDRAVÍ P/K
- ▶ PREVENCE SEKUNDÁRNÍCH ZMĚN Z IMOBILITY
- ▶ NAPOMÁHÁ OŠETŘUJÍCÍMU PERSONÁLU VYKONÁVAT POHYB SPOLEČNĚ S NEMOCNÝM ZA VYUŽITÍ CO NEJMENŠÍ POTŘEBNÉ SÍLY
- ▶ KREATIVNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ
- ▶ HOLISTICKÝ PŘÍSTUP

FÁZE KINESTETIKY


1. **ZAHŘÁTÍ/ WARM-UP** - příprava pohybu do čtyř směrů
2. **ZMĚNA POZICE** - spojení pohybových postupů a koordinace změny místa
3. **UVOLNĚNÍ/ COOL-DOWN** - uvolnění v klidové pozici



KINESTETICKÉ PRINCIPY


POHYB V KINESTETICKÉ MOBILIZACI JE POPSÁN NA ZÁKLADĚ 6 KINESTETICKÝCH PRINCIPŮ:

- ▶ INTERAKCE
- ▶ FUNKČNÍ ANATOMIE
- ▶ LIDSKÝ POHYB
- ▶ LIDSKÉ FUNKCE
- ▶ NÁMAHA
- ▶ OKOLÍ



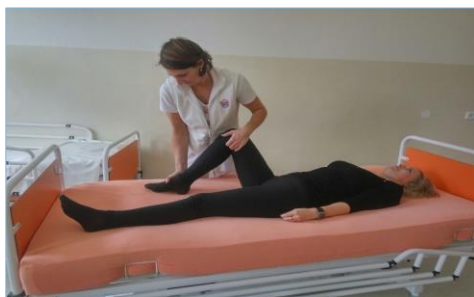
KINESTETICKÁ MOBILIZACE A OŠETŘOVATELSTVÍ

- ▶ ZMĚNA PRACOVNÍ ERGONOMIKY
- ▶ POCHOPENÍ NOVÝCH POHYBOVÝCH VZORCŮ
- ▶ EFEKTIVNĚJŠÍ OŠETŘOVÁNÍ
- ▶ SNÍŽENÍ PŘETÍŽENÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ
- ▶ REDUKCE FINANČNÍCH NÁKLADŮ SPOJENÝCH S PRACOVNÍ NESCHOPNOSTÍ



PRAKTICKÁ UKÁZKA – OTÁČENÍ
PACIENTA V 8 KROCÍCH

1



2



3



4



5



6



7



8



VÝHODY KINESTETICKÉ MOBILIZACE

- ▶ NENÍ STRIKTNĚ DANÁ, VYUŽÍVÁ MOŽNOSTI IMPROVIZACE
- ▶ VYUŽÍVÁ PŘEVÁŽNĚ KREATIVITU A TVOŘIVOST PŘI PODPOŘE POHYBU
- ▶ JE VYUŽÍVANÁ V NESČETNÝCH VARIANTÁCH
- ▶ PŘIZPŮSOBUJE SE ZÁKLADNÍ PROBLEMATICE P/K
- ▶ NAPOMÁHÁ P/K OSVOJIT SI NOVÉ POHYBOVÉ STEREOTYPY
- ▶ NEPODPORUJE PATOLOGICKÉ POHYBOVÉ VZORCE
- ▶ VYUŽITÍ V NEMOCNICÍCH, DOMOVECH PRO SENIORY I V DOMÁCÍ PÉČI

IDEÁL ?



Zdroj: autor

Příloha D Souhlas s výzkumem nemocnice Varnsdorf p. o.



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Barešová Klára	
Studijní obor Ošetřovatelství	Osobní číslo studenta Z13000004	Ročník 3
Téma práce	Kinestetická mobilizace v praxi	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Nemocnice Varnsdorf p. o., Karlova 2280, Varnsdorf, 407 47	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra Podrazilová DiS.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis <i>B. Podrazilová</i>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>B. Podrazilová</i>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>[Signature]</i>	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>[Signature]</i>	
Datum zahájení výzkumu	1. 11. 2015	
Datum ukončení výzkumu	31. 3. 2016	
Počet oslovených respondentů (personálu)	25	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

Ve Varnsdorfu dne 30. 10. 2015.

podpis studenta



E Transkripce rozhovoru

Rozhovor č. 1

Respondentka:

Všeobecná sestra (dále jen S1), 33 let, vysokoškolské vzdělání, praxe u lůžka 5 let.

1. Nejprve bych se chtěla zeptat, zda s rozhovorem a audionahrávkou souhlasíte dobrovolně a zda můžu informace z rozhovoru použít v mé BP?

S1- Ano, souhlasím.

2. Co pro Vás znamená pojem kinestetická mobilizace?

S1- Pojem kinestetická mobilizace pro mne znamená nový styl práce při ošetřování pacientů, při kterém zmírníme bolesti zad a pomůžeme pacientovi rychleji rehabilitovat a mobilizovat a zabráníme tím sekundárním změnám. Myslím jak u pacientů, tak i u ošetřujících. Ale je to přeci jen něco nového, co potřebuje nácvik a grif. A myslím, že je to vhodné pouze na určitý druh oddělení.

3. Mívala jste v minulosti bolesti zad při nebo po manipulaci s pacientem?

S1- V minulosti jsem bolesti zad mívala, hlavně po noční službě, kdy je nižší počet personálu. Když jsem potřebovala pomoc s polohováním a nikdo jiný v tu chvíli na oddělení není a pacient není obézní, tak polohuji sama a přetížení zad bylo potom ráno znát.

4. Domníváte se, že po proškolení a následném využívání KM se Vaše obtíže zmírní nebo úplně vymizí.

S1- Po proškolení a využívání KM jsou moje bolesti zad mírnější. Ale přeci jen polohování ve více lidech je pohodlnější a bezpečnější. Ale prvky z kinestetiky jsou i pro týmovou práci bezpečnější. A po proškolení více personálu by to mělo větší efekt.

5. Jaký má KM přínos do Vaší práce ve vztahu sestra/ pacient?

S1- Pro moji práci má KM dost velký význam, pokud jdu nyní manipulovat s pacientem, musím ho podrobněji seznámit, co budeme provádět. Zlepším tím komunikaci a získám důvěru pacienta a pacient je tím aktivnější

6. *V jakých situacích je problém s užitím KM při manipulaci s pacientem na Vašem oddělení?*

S1- Na našem oddělení vidím jako největší problém antidekubitory, kdy je potřeba použít tlak a tah. Dále inkontinenční pomůcky a vrstvení, kdy vrstvíme papírové podložky, které jsme zvyklé používat. Často i špatný psychický a tělesný stav pacienta jako je demence a nespoupráce a kontraktury velkých kloubů.

7. *Máte nějaké výhrady ke koncepci KM? Pokud ano, řekněte mi jaké.*

S1- Jelikož nejsme v domácím prostředí, bereme pacienta jako potencionálně infekčního, tento styl práce je dosti kontaktní v určitých přesunech. Jak jsem říkala, myslím, že ne na každém oddělení by se dalo toto posouvání pacientů využít. A přeci jen sestry mají právo dodržovat určitý ochranný prostor. Ale to je asi jen při manipulaci z lůžka na křeslo dle Vaší ukázky. Posun na lůžku není až tak kontaktní.

8. *Splnila koncepce kinestetické mobilizace Vaše očekávání?*

S1- Ano, myslím, že koncepce KM mé očekávání splnila A určitě by to byl přínos pro mě osobně v prevenci přetěžování mých zad.

9. *Měla byste zájem o detailní školení v kinestetické mobilizaci a jakou formou proškolení byste preferovala?*

S1- Ano, určitě bych se ráda zúčastnila proškolení v naší organizaci. Školení je podle Vaší přednášky dost časově náročné, tak by bylo příjemné, kdybych se mohla zúčastnit v nějakém blízkém zařízení.

Formou?

S1- Ústní a ukázkovou s lektorem.

Rozhovor č. 2

Respondentka:

Všeobecná sestra (dále jen S2), 40 let, středoškolské vzdělání, praxe u lůžka 16 let.

1. *Nejprve bych se chtěla zeptat, zda s rozhovorem souhlasíte dobrovolně a zda můžu informace z rozhovoru použít v mé BP?*

S2- Ano.

2. *Co pro Vás znamená pojem kinestetická mobilizace?*

S2- Pojem kinestetická mobilizace pro mne znamená, lidově řečeno „pákový systém“, je to méně namáhavá fyzická práce s pacientem, kde není potřeba tolik síly, ale spíš více kontaktu s pacientem.

3. *Mívala jste v minulosti bolesti zad při nebo po manipulaci s pacientem?*

S2- Myslíte při nebo po manipulaci?

Zkuste rozlišit, v pracovní době a po pracovní době.

S2- Jde li o mě, při manipulaci s pacientem tolik bolest nevnímám, ale protože se soustředím na tu práci s člověkem. Spíš ty bolesti se dostaví po té manipulaci s pacientem, kdy bolest zad se zvyšuje, když opustím toho pacienta, kdy se soustředím již sama na sebe než na toho pacienta. Takže většinou po pracovní době.

4. *Domníváte se, že po proškolení a následném využití kinestetické mobilizace se Vaše obtíže zmírní nebo úplně vymizí.*

S2- Myslím si, že po proškolení a využívání KM moje obtíže nevyjmizí, ale spíše se jen zmírní. Určitě, pokud bych ovládala kinestetiku jak se má, tak mi to pomůže. Ale že by mě to mělo úplně zbavit bolesti z přetížení, tomu nevěřím.

5. *A jaký má kinestetická mobilizace přínos do Vaší práce ve vztahu sestra/ pacient?*

S2-Podle mě zlepšení komunikace, protože při manipulaci je důležitý pacientovi řádně vysvětlit postup těch úkonů, co s ním zamýšlím. A potom bych tak řekla zlepšení aktivity pacienta, protože při manipulaci je pacient nucen sám se zapojit do rehabilitačního režimu.

6. *V jakých situacích je problém s užitím kinestetické mobilizace při manipulaci s pacientem na Vašem oddělení?*

S2- Tak problém s užitím KM při manipulaci s pacientem na našem oddělení je asi za prvé, když není přístup k lůžku ze tří stran. A za druhé antidekubitory, protože při pohybu s pacientem se antidekubitor hrne a dochází k obtížné manipulaci s tím pacientem. S tím souvisí i inkontinenční podložky, který se hrou a vlastně znemožňují mi ten pohyb pacienta.

7. *Máte nějaké výhrady ke koncepci kinestetické mobilizace? Pokud ano, řekněte mi jaké.*

S2- Řekla bych, že hlavní výhradou je práce s inkontinentními pacienty, když mají inkontinenční pomůcky, protože dochází k maximálnímu kontaktu s pacientem a to je nepříjemné.

8. *Splnila koncepci kinestetické mobilizace Vaše očekávání?*

S2- Koncepci kinestetické mobilizace splnila moje očekávání, hlavně co se týká zmírnění mých bolestí zad.

9. *Měla byste zájem o detailní školení v kinestetické mobilizaci a jakou formou proškolení byste preferovala?*

S2- Ano, pokud by byl ten kurz třídní, preferovala bych, kdyby tento kurz organizovala naše nemocnice. To by bylo fajn.

Děkuji.

S2- Prosím.

Rozhovor č. 3

Respondentka:

Všeobecná sestra (dále jen S3), 45 let, středoškolské vzdělání, praxe u lůžka 22 let.

1. *Nejprve bych se chtěla zeptat, zda s rozhovorem souhlasíte dobrovolně a zda můžu informace z rozhovoru použít v mé BP?*

S3 – Souhlasím.

2. *Co pro Vás znamená pojem kinestetická mobilizace?*

S3 – Kinestetická mobilizace pro mě znamená přemísťování pacienta z místa na místo za co nejmenšího využití mé síly a tím nemocného rehabilitovat už při přesouvání. A hlavním cílem má být má ochrana před přetěžováním mého těla fyzickou námahou.

3. *Mívala jste v minulosti bolesti zad při nebo po manipulaci s pacientem?*

S3 - Mívala a mám. Nejvíce při zajišťování hygien pacientů a po noční směně. Ranní hygieny se provádí pod časovým tlakem. V pokoji je málo místa a tím pádem špatný přístup k pacientovi. Přesouvání pacientů na klozety nebo do křesel je někdy velmi obtížné. Sester je málo a při noční směně sloužíme na oddělení sami za pravidelného docházení sanitáře.

4. *Domníváte se, že po proškolení a následném využívání KM se Vaše obtíže zmírní nebo úplně vymizí.*

S3 – No, že by vymizely, nemyslím, ale určitě to bude mít přínos v prevenci dalšího přetěžování. Takže snad se zmírní.

5. *Jaký má KM přínos do Vaší práce ve vztahu sestra/ pacient?*

S3 – Jako sestra při používání kinestetiky u lucidního pacienta musím více pacientovi vysvětlit, co budem dělat, abych ho zapojila a mělo to správný efekt. Takže komunikační efekt a důvěra. No a u zcela nesoběstačného pacienta, který nekomunikuje, je to asi stimulační přínos něco jako bazální stimulace.

6. *V jakých situacích je problém s užitím KM při manipulaci s pacientem na Vašem oddělení?*

S3 – Tak na našem oddělení je dosti ležících, samostatně nehybných, pacientů, kteří mají v lůžku antidekubitor. Na této matraci je posun pacienta touto metodou dosti obtížný. Dále vidím problém v inkontinenčních pomůckách, protože se pod pacientem taky hrnou a demenční pacienti se často brání, tudíž jdou do protitahu.

7. *Máte nějaké výhrady ke koncepci KM? Pokud ano, řekněte mi jaké.*

S3 – Výhrady ani ne, ale musí se to brát jako dost kontaktní styl práce s pacientem. A pokud musím dodržet určitý hygienický postup, tak využiju třeba pomoc kolegyně, abych ten kontakt trochu zmenšila.

8. *Splnila koncepce kinestetické mobilizace Vaše očekávání?*

S3 – Myslím, že splnila. Jen jde o to se to pořádně naučit a zažít do praxe. Přeci jen když jsem sama a potřebuji to rychle, mám tendenci pacienta uchopit za podpaží a táhnout ho ve směru za jeho hlavou.

9. *Měla byste zájem o detailní školení v kinestetické mobilizaci a jakou formou proškolení byste preferovala?*

S3- Tak zájem určitě mám. Podle Vaší přednášky je ještě více možných pohybových vzorců a proškolení na kurzu je určitě nejlepší jak se to naučit. A pokud by byl tento kurz někde v okolí, ráda se zúčastním.

Rozhovor č. 4

Respondentka:

Všeobecná sestra (dále jen S4), sestra 4 - 34 let, středoškolské vzdělání, 10 let praxe u lůžka.

1. *Nejprve bych se chtěla zeptat, zda s rozhovorem souhlasíte dobrovolně a zda můžu informace z rozhovoru použít v mé BP?*

S4 – Ano, souhlasím.

2. *Co pro Vás znamená pojem kinestetická mobilizace?*

S4 – Nový styl přesouvání nehybných pacientů, který chrání zdravotníky před přetížením zad a u částečně schopných pacientů napomáhá v lepší rehabilitaci.

3. *Mívala jste v minulosti bolesti zad při nebo po manipulaci s pacientem?*

S4 – Určitě jsem měla i mám bolesti zad. Nejvíce mě bolí bederní část, ta má charakter tupé bolesti. Nejčastěji po pracovní době. A někdy krční část, ta bolí po špatném odpočinku, kdy mezi střídavými směnami spím jen chvíli.

4. *Domníváte se, že po proškolení a následném využívání KM se Vaše obtíže zmírní nebo úplně vymizí.*

S4 – Myslím si, že když se naučím správně manipulovat s pacientem, tak že se bolest zmírní. Ale že by vymizela úplně to asi ne. Už mám určité fyzické přetížení zad za sebou, ale spoléhám na přiměřený preventivní účinek dalších negativních změn.

5. *Jaký má KM přínos do Vaší práce ve vztahu sestra/ pacient?*

S4 – Tak jako přínos vidím, že teď se pokusím s pacientem manipulovat sama šetrněji a nečekám na každý posun na pomoc sanitáře. A tím dodám odvalu i pacientovi. A další je, že kinestetika podporuje rehabilitační ošetřovatelství, což je na našem oddělení asi nejčastější úkol.

6. *V jakých situacích je problém s užitím KM při manipulaci s pacientem na Vašem oddělení?*

S4 - No nejvíc je problém asi při ranních toaletách, kdy jsme v časové tísní. Sice je to špatně, ale v malém počtu personálu se na rehabilitaci v této chvíli moc velký ohled nebere. A aktivní matrace, které jsou měkké, brání klouzavému pohybu pacientem po lůžku.

7. *Máte nějaké výhrady ke koncepci KM? Pokud ano, řekněte mi jaké.*

S4 – Výhrady ani nemám. Zatím. Spíše si musím tyto pohybové vzorce více osvojit, nebo trénovat, abych takto manipulovala s pacientem.

8. *Splnila koncepce kinestetické mobilizace Vaše očekávání?*

S4 – Ano, splnila. Je to něco nového a zajímavého. Sestra nemusí dodržovat striktně všechny vzorce, ale navádí jí to jak s pacientem pohybovat lépe. A hlavně klidně postupně pacienta po vícero krocích posune a nemusí s pacientem škubat na ráz a zablokovat si tak svoje záda.

9. *Měla byste zájem o detailní školení v kinestetické mobilizaci a jakou formou proškolení byste preferovala?*

S4 - Určitě má proškolení přínos do praxe zdravotníků. Ráda se zúčastním kurzu, ale musel by být v blízkosti bydliště, protože je časově i finančně náročný. A nejlépe na našem pracovišti, abychom byly sešrané i s ostatním personálem.

Rozhovor č. 5

Respondentka:

Všeobecná sestra (dále jen S5), sestra 5- 35let, středoškolské vzdělání + nyní studuje VŠ, praxe u lůžka 11 let

1. *Nejprve bych se chtěla zeptat, zda s rozhovorem souhlasíte dobrovolně a zda můžu informace z rozhovoru použít v mé BP?*

S5 – Ano, samozřejmě.

2. *Co pro Vás znamená pojem kinestetická mobilizace?*

S5 – No tak určitě snadnější manipulace s nemocným, příjemnější pohyby pro nemocného a asi odlehčení pro má záda.

3. *Mívala jste v minulosti bolesti zad při nebo po manipulaci s pacientem?*

S5 – Ano, určitě poslední dobou dost často. I když je na oddělení více personálu, tak se snažím spousty práce dělat sama. Samozřejmě ne abych riskovala poškození pacient, ale určité posuny s pacientem se snažím vykonat i sama. No a po noční směně je to asi nejhorší.

4. *Domníváte se, že po proškolení a následném využívání KM se Vaše obtíže zmírní nebo úplně vymizí.*

S5 – Já v to doufám.

5. *Jaký má KM přínos do Vaší práce ve vztahu sestra/pacient?*

S5 – Tak já myslím, že bližší kontakt s pacientem, určitě nějakou užší spolupráci mezi sebou. Větší důvěru mezi námi. A to je asi tak všechno.

6. *V jakých situacích je problém s užitím KM při manipulaci s pacientem na Vašem oddělení?*

S5 – No tak řekla bych, že asi v nedostatku času. Určitě nedostatek personálu, protože tam potom nelze trávit tolik času u toho pacienta kolik by bylo potřeba. Dále potom určitě když se používají třeba antidekubitní matrace, tak se tam nelze tak dobře s tím pacientem jakoby manipulovat. Takže to si myslím, že je docela velký problém.

7. *Máte nějaké výhrady ke koncepci KM? Pokud ano, řekněte mi jaké.*

S5 – Tak jako jednu z největších výhrad vidím třeba infekčního pacienta, protože tam je velký kontakt s tím pacientem. Takže to asi vidím jako největší výhradu.

8. *Splnila koncepce kinestetické mobilizace Vaše očekávání?*

S5 – Tak určitě splnila, ale hlavně by se mi teda líbilo zapojení studentů střední zdravotnické školy, jakoby hned při výuce těchto studentů, protože by už v začátcích mohli mít nějaký plán, jak budou s pacientem pracovat a neučili by se špatné návyky.

9. *Měla byste zájem o detailní školení v kinestetické mobilizaci a jakou formou proškolení byste preferovala?*

S5 – Tak zájem bych určitě měla, ale školení je pro mě samotnou docela jakoby drahý, takže pokud by zaměstnavatel poskytl nějaké školení a třeba nějaký finanční příspěvek a toto školení by byl ochoten zavést potom třeba do praxe, aby to mělo jakoby smysl, tak určitě bych měla o nějaké proškolení zájem.