

**Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta
České Budějovice**

Bakalářská práce

**Způsoby manipulace s méně soběstačnými a nesoběstačnými klienty v domovech
pro seniory v Jihočeském kraji**

Pavλίna Čápová

PhDr. Marie Trešlová

2008

Abstrakt

Abstract – Methods of handling of rather less self-sufficient and non-self-sufficient clients in residential houses for elderly persons in the Region of South Bohemia

Handling of clients is an integral part of everyday work of most of nurses. It constitutes also the largest physical load for nurses. Correctly conducted handling of a client and usage of handling aids reduces both the physical load for nurses and the risks of nurses' injuries sustained in relation with handling. As far as clients are concerned, the risks connected with handling are reduced and the comfort of the nursing care is increased then. Handling includes positioning, shifting, lifting to chairs and verticalisation. Correct handling of a client allows prevention of the complications resulting from immobility and thus also maintenance and even renewal of a client's self-sufficiency.

The bachelor thesis themed "Methods of handling of rather less self-sufficient and non-self-sufficient clients in residential houses for elderly persons in the Region of South Bohemia" has a research character. It is divided into two parts – a theoretical and a practical one. The theoretical part is focused on old-age, self-sufficiency, immobility and handling of clients.

The practical part consists of a quantitative research conducted by a questionnaire method, in which we attempt to confirm the raised hypotheses. H1: Nursing staff has no practical experience in the area of handling of clients. H2: Residential houses for elderly persons are not sufficiently equipped with handling aids. H3: Nursing staff in residential houses for elderly persons does not require changes in the established manner of handling of clients. Nurses in residential houses for elderly persons in the Region of South Bohemia obtained 150 questionnaires, of which 126 were returned, i.e. 84 %. The final set of regularly filled out questionnaires for the research consisted of 108 questionnaires.

The objective of the thesis is to ascertain the level of knowledge and practical experience of nurses in the area of handling of clients, and to ascertain and compare the

manners of utilization of technical aids and equipment facilitating handling in residential houses for elderly persons in the Region of South Bohemia. The results of the thesis should redound to more regardful, comfortable and considerate handling of rather less and non-self-sufficient clients in residential houses for elderly persons, and facilitate the work of nursing staff in terms of their own health.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Způsoby manipulace s méně soběstačnými a nesoběstačnými klienty v domovech pro seniory v Jihočeském kraji“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 5. 5. 2008

.....

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Marii Trešlové za cenné rady, připomínky a trpělivost během psaní mé bakalářské práce.

ÚVOD

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Potřeby klientů.....	6
1.1.1 Potřeba pohybu a tělesné aktivity.....	8
1.1.2 Období stáří, změny ve stáří	10
1.1.3 Nesoběstačnost seniorů.....	11
1.1.4 Hodnotící škály soběstačnosti.....	12
1.1.5 Imobilita.....	14
1.1.6 Zařízení poskytující péči seniorům.....	16
1.1.7 Role sestry při uspokojování potřeb.....	21
1.2 Manipulace s klienty.....	23
1.2.1 Zásady manipulace s klienty.....	25
1.2.2 Kinestetika v ošetrovatelství.....	27
1.2.3 Správné postupy při manipulaci s klienty.....	29
1.2.4 Manipulace jako fyzická zátěž pro sestry.....	33
1.2.5 Manipulace jako zátěž pro klienta.....	35
1.3 Mechanické pomůcky	36
2. CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMU	
2.1 Cíle výzkumu.....	40
2.2 Hypotézy.....	40
3. METODIKA VÝZKUMU	
3.1 Použité metody.....	41
3.2 Charakteristika souboru.....	41
4. VÝSLEDKY.....	42
5. DISKUZE.....	59
6. ZÁVĚR.....	65
7. SEZNAM ZDROJŮ.....	66
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	70
9. PŘÍLOHY.....	71

Úvod

K výběru tématu bakalářské práce „Způsoby manipulace s méně soběstačnými a nesoběstačnými klienty v domovech pro seniory v Jihočeském kraji“ mě inspirovala moje práce. Pracuji jako zdravotní sestra v Domově pro seniory Máj České Budějovice. Toto téma je mi blízké, protože se týká mé každodenní práce.

Cílem této práce je zmapovat vybavenost těchto zařízení manipulačními pomůckami a jejich používání ošetrovatelským personálem při manipulaci s klienty. V zařízeních pečujících o seniory je převážně poskytována péče seniorům se sníženou pohyblivostí a imobilním seniorům. To znamená velkou fyzickou i psychickou zátěž pro sestry a ostatní ošetrovatelský personál. Manipulace s klienty je fyzicky velmi náročná činnost. V současné době je i na českém trhu široká nabídka pomůcek usnadňujících manipulaci s méně soběstačnými či nesoběstačnými klienty. Mechanické pomůcky mohou při správném používání snížit fyzickou námahu sester a ošetrovatelského personálu při manipulaci s klienty. Nejčastějšími úrazy ošetrovatelského personálu v souvislosti s výkonem povolání jsou úrazy páteře a svalů. Pro ošetrovatelský personál je potřeba minimalizovat riziko úrazu způsobeného námahou a současně mít možnost provádět svou práci co nejlépe. Úkony, které pečovatelé provádí, budou méně namáhavé a fyzická i duševní pohoda personálu bude lepší. Ušetří se tak náklady související s opakovanou pracovní neschopností. Sníží se tak i náklady související s přijímáním a zaškolováním nových pracovníků, ať už stálého či zastupujícího personálu.

Klienti se musí při manipulaci cítit bezpečně. Používání pomůcek pro manipulaci umožňuje zvýšení bezpečnosti klientů a zvýšení komfortu péče. Díky používání pomůcek může personál provádět ošetrovatelské intervence šetrněji, manipulace je pro klienty méně náročná, méně bolestivá. Používání pomůcek může pomoci zachovat klientům pohyblivost, která se v důsledku věku a onemocnění stává čím dál obtížnější. Zachování pohyblivosti je pro klienty stejně důležité, jako zachování důstojnosti a kvality života.

Současný stav

„Každý z nás žije individuální a neopakovatelný život a proto každý z nás prožívá a nebo bude prožívat své stárnutí a stáří individuálním a neopakovatelným způsobem, protože toto období k životu patří.“

MUDr. Ota Gregor

Stáří je nezvratný biologický proces. Je nedílnou součástí života a jeho kvalitu do jisté míry ovlivňuje sám jedinec. Na stáří je třeba se připravovat po celý život. Jaký život člověk žije, takové bývá jeho stáří. Stárnutí a stáří lze jen těžko jednoznačně definovat. Existují sice definice stárnutí a stáří, ale je to individuální multifaktoriální proces. S rozvojem vědy a techniky, medicíny, objevy a používáním nových léků dochází k prodlužování střední délky života. Tento údaj vystihuje zdravotní stav a socioekonomickou úroveň populace.(11) V 18. století se střední délka života pohybovala kolem 35 let, v 19. století 45 let. I nadále se prodlužuje střední délka života, lidé se dožívají vyššího věku. V roce 1998 byla střední délka života obyvatel ČR 71,1 let u mužů a 78,1 let u žen. V roce 1995 byla střední délka života 72,9 roku u mužů a 79,1 roku u žen. V tomtéž roce žilo na území republiky 352 lidí nad 100 let věku. Podle střední varianty projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob. V roce 2005 tvořily osoby starší 65 let 14,2% obyvatel České republiky. Relativně nejrychleji se přitom bude zvyšovat počet osob nejstarších.(29) Se stárnutím populace ovšem také přichází řada socioekonomických problémů. Nepřibývá jen zdravých, aktivních seniorů, ale výrazně narůstá počet nesoběstačných, imobilních, chronicky nemocných a duševně nemocných seniorů. (2)

V minulosti bylo stáří respektováno a ctěno. Starý člověk dožíval v rodině, ve svém známém prostředí. Nebylo-li to v rodině možné, společnost se snažila zajistit péči o seniory.

Ve středověku se začaly ve městech objevovat první starobince a chudobince. V nich starý člověk, který nebyl schopný se sám o sebe postarat, dožíval. Nejčastěji byly financovány městem, obcí, církví. V menších obcích byly k dispozici starým a opuštěným lidem pastoušky. V nich však většinou byly nevhodné životní podmínky. V řadě beletrie se můžeme setkat i s termínem vejminek. Jedna místnost, nejčastěji v zadním traktu stavení, která ještě v 19. století sloužila k dožívání starých lidí na vesnici.

Dříve byly většinou třígenerační rodiny. V nich panovala přirozená mezigenerační výměnná služba a úcta ke stáří byla respektovanou tradiční hodnotou. Pečovatelkami v těchto velkých rodinách bývaly ženy, pro které starost o domácnost a všechny členy rodiny byla jejich jedinou pracovní náplní.

Péče o seniory by měla i nadále pokračovat doma, ve známém prostředí, proto volba institucionální péče bývá většinou až posledním řešením. Záleží ovšem na možnostech, schopnostech a ochotě rodiny pečovat o své blízké. V dnešní době je tato výměnná služba ve formě pomoci stížena nebo chybí. A to hned z několika příčin. Současné bytové poměry rodiny většinou neumožňují bydlení tří generací, aby bylo dostatečně zajištěno soukromí všech členů rodiny. I vysoká zaměstnanost žen má svůj podíl. Z tradičních pečovatelek se staly zaměstnané ženy. Ekonomická situace rodin nedovoluje, aby žena zůstala doma a pečovala o rodinu. (2) „Starý člověk má právo na ochranu a péči rodiny, která je v tomto směru nezastupitelná, ale jakmile se stává trvale nesoběstačným a potřebuje péči nikoliv příležitostnou, ale pravidelnou, vzniká závažná situace, kterou většinou rodina neumí řešit“ (2, str. 29).

Jedním z řešení pak bývá přijetí seniora do zařízení, poskytujícího péči seniorům. Nejčastěji se jedná o domovy pro seniory. Ty zajišťují komplexní péči o seniora. Původně byli do těchto zařízení, dříve označovaných jako domovy důchodců, přijímáni senioři převážně ze sociálních důvodů. V dnešní době převažují důvody zdravotní. Senioři přicházející do domovů pro seniory bývají méně soběstační či nesoběstační, s poruchami mobility, často i imobilní. To představuje velkou psychickou a fyzickou zátěž pro ošetrovatelský personál těchto zařízení.

K usnadnění práce pro ošetrovatelský personál přispívá nejen vhodně přizpůsobené prostředí těchto zařízení, ale i dostatek pomůcek usnadňující manipulaci s imobilními, méně soběstačnými a nesoběstačnými klienty. Pro klienty se pak pobyt v tomto prostředí stává příjemnějším a méně stresujícím. (2, 9)

1.1 Potřeby klientů

V moderním ošetřovatelství se sestry zabývají člověkem jako celkem, ne jen některou jeho součástí nebo souborem částí. Mluvíme tedy o holistickém přístupu. V tomto pojetí je organizmus integrovaná a organizovaná struktura. Porucha jedné části zákonitě narušuje celý systém. Potřeba je projevem nedostatku a je nutné tento nedostatek odstranit. „Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka, pozornost, myšlení, emoce“ (17, str.10). Každý člověk je osobnost, individualita. Z toho vyplývá, že má své individuální názory, vlastnosti, postoje i potřeby. „V termínu potřeba je zdůrazněna jednota vnitřního s vnějším prostředím. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se, kultivují“ (17, str.10). V ošetřovatelském procesu se sestry zaměřují na potřeby člověka, jejich deficity a možnosti uspokojení při plánování ošetřovatelských aktivit i při samotném ošetřování klientů. K určení potřeb využíváme v ošetřovatelském procesu hierarchii potřeb dle Maslowa. „Ten vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchie potřeb. Každý jedinec má individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější“ (17, str. 13).

K nižším (základním) potřebám člověka dle Maslowa patří fyziologické potřeby. Potřeba výživy, dýchání, vyprazdňování, spánku, pohybu, sexuální potřeba. Dále pak potřeba jistoty a bezpečí, to znamená vyvarovat se fyzickému i psychickému nebezpečí, touha po důvěře. K vyšším potřebám dle Maslow řadí potřebu sounáležitosti a lásky, potřebu uznání a sebeúcty, kognitivní potřeby, estetické potřeby a potřebu seberealizace. Hierarchické uspořádání potřeb vede logicky k tomu, že pokud nejsou uspokojeny potřeby nižší, nemohou být zákonitě uspokojeny ani vyšší potřeby. I kdyby byly vyšší potřeby uspokojovány, nikdy nedojde k jejich uspokojení, nebudou-li prvotně uspokojeny potřeby základní. Zdravý člověk uspokojuje své potřeby individuálně, dle svých možností, schopností, znalostí a svého věku.

V životě člověka však přichází mnoho faktorů, které mohou nějakým způsobem uspokojování potřeb narušit. To znamená ovlivnit či znemožnit uspokojování potřeb. Patří sem zejména nemoc, způsob vzniku nemoci, okolnosti, za jakých nemoc přichází, narušení mezilidských vztahů, vývojové stádium a individualita člověka. Dále se pro potřeby této práce budeme zabývat pouze potřebou pohybu a tělesné aktivity a jejím uspokojováním. (17)

1.1.1 Potřeba pohybu a tělesné aktivity

Potřeba pohybu a tělesné aktivity patří mezi fyziologické potřeby člověka. Pohybová aktivita má velký význam pro celý organismus. Přiměřenou aktivitou si člověk zachovává a zlepšuje zdravotní stav, působí preventivně proti civilizačním chorobám, udržuje a zvyšuje výkonnost orgánů a orgánových soustav, navozuje a udržuje psychickou pohodu. Schopnost pohybu je základním atributem lidského života. Pohyblivost je tedy základem nezávislosti a soběstačnosti. I potřeba pohybu má řadu faktorů, které tuto potřebu ovlivňují. Jsou to fyziologicko-biologické faktory, psychicko-duševní faktory, sociálně-kulturní faktory a faktory životního prostředí.

Základním předpokladem pro pohyb a tělesnou aktivitu je funkční schopnost pohybového aparátu. Pohybový aparát – svaly, kosti, pojivo – umožňuje veškeré činnosti patřící k pohybu, umožňuje měnit polohu. Hybnost – pohybový projev člověka je vysoce organizovaná funkce zajišťující vzpřímenou polohu a umožňující změnu polohy. Pohybový systém lze rozdělit na opěrný motorický systém a pohybový motorický systém. Mechanika těla – je efektivní, koordinovaná a bezpečná funkce těla při postoji, pohybu, udržování rovnováhy. Mechanika zahrnuje postoj (stání, sezení), udržování rovnováhy a koordinovaný pohyb (chůze, zvedání předmětů). Vývojové faktory a proces stárnutí mají vliv na pohyblivost člověka. V nemoci se mění pohybová aktivita člověka, ať už dočasně, nebo jako trvalý jev. S přibývajícím věkem dochází k degenerativním změnám na pohybovém aparátu. Pohyb a tělesná aktivita jsou limitovány rozsahem kloubů a bolestí. Kardiovaskulární onemocnění, zejména ischemická choroba dolních končetin a diabetes mellitus vedou k neuropatickým potížím a změnám v prokrvení končetin a tím k omezování pohybu u seniorů. A nemusí se vždy jednat pouze o onemocnění pohybového aparátu. I onemocnění jiných systémů mohou změnit či plně omezit pohybovou aktivitu u člověka. Pohyb a tělesná aktivita jsou ovlivněny zejména onemocněním centrálního nervového systému, stavy po cévních mozkových příhodách, poruchami rovnovážného ústrojí.

Deficity sebepéče mohou být částečné nebo úplné. (3, 6, 16, 28) „Dle D. Oremové úplný deficit sebepéče znamená nedisponovat žádnými schopnostmi uspokojit situativní potřebu sebepéče“ (1, str. 33). „Lze tedy říci, že člověk bez pohybového omezení je soběstačný, schopný sebepéče. Člověk s pohybovým omezením nebo nepohyblivý, imobilní, je závislý, ať již částečně nebo plně nesoběstačný. Není schopen vykonávat běžné denní aktivity sám, bez dopomoci“ (17, str. 33).

1.1.2 *Období stáří, změny ve stáří*

Stárnutí je specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces. Dochází ke zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí, snížení adaptačních schopností, odolnosti k zátěži. Týká se sféry somatické, psychické i sociální. Tyto oblasti se vzájemně ovlivňují, prolínají a tím vytvářejí celistvý obraz přirozeného stárnutí.

Stáří je posledním vývojovým obdobím člověka. Jeho kvalita je dána předcházejícím životem. Podle Světové zdravotnické organizace lze stáří rozdělit na rané stáří, věk 60 – 74 let, vlastní stáří, věk 75 – 89 let a dlouhověkost, věk nad 90 let. V současné době se více užívá dělení stáří podle American Geriatric Society. To dělí seniory na 4 skupiny: mladí senioři (65 - 74 let), staří senioři (75 – 84 let), velmi staří senioři (85 – 94) let a dlouhověcí (nad 95 let). (2, 11)

V důsledku stárnutí dochází u člověka k projevům fyziologického stárnutí. Tělesná výška se snižuje, dochází ke změnám hmotnosti. Na obličeji se objevují hluboké vrásky, klesá napětí lícních svalů. Ubývá svalové hmoty, snižuje se výkon všech svalových skupin. To vede k poruchám hybnosti, chůze není jistá, ztrácí svižnost. Dochází k poruchám mobility. Snižuje se smyslové vnímání, dochází ke zrakovým a sluchovým poruchám. Dochází ke změnám v kardiovaskulárním systému, dýchacím systému, trávicím a vylučovacím systému. Psychické změny mají vesměs sestupný charakter. Klesají kognitivní, poznávací funkce. Zpomaluje se psychomotorické tempo a reakce na podněty. Snižuje se koncentrace, všípivost a výbavnost. Typická pro seniory je porucha adaptability. Starý člověk se hůře přizpůsobuje novým situacím. Odtud zřejmě pramení pořekadlo o přesazování starého stromu. (2, 5, 11, 17)

„Každý stárnoucí a starý člověk je členem společenství. Stáří je přirozenou realitou. Cílem společnosti by měla být integrace, nikoliv segregace seniorů. Je-li toto paradigma porušeno, přináší mnoho klinicky významných problémů“ (11, str. 25).

1.1.3 Nesoběstačnost seniorů

Soběstačností v ošetrovatelství rozumíme schopnosti a možnosti klienta uspokojovat své potřeby, vykonávat běžné denní aktivity bez závislosti a pomoci jiných lidí. Soběstačnost klienta je důležitým kritériem kvality života. Stáří je fyziologickým - normálním stavem. Nesoběstačnost je vždy důsledkem tělesné či psychické choroby. Některým z těchto chorobných stavů je možné předcházet. „Proto je důležité prosazovat veškeré dostupné postupy, které povedou k prevenci nesoběstačnosti. Způsoby, jakými lze těmto stavům předcházet, by měly být předmětem informací určených široké veřejnosti, zejména pak občanům vyššího věku“(19,čl.VIII).

Snížená soběstačnost, nesoběstačnost, bezmocnost je určité závažné, frustrující znesnadnění, které se stává překážkou k plné společenské integraci. Snížená soběstačnost či nesoběstačnost u seniorů přichází nejčastěji s onemocněním, úrazem a prohlubuje se s věkem. Tyto změny mohou být jak dočasné, tak i ireverzibilní. Onemocnění, která ovlivňují soběstačnost mohou být somatická, psychická i psychosomatická. U seniorů přichází v úvahu nejčastěji stavy po cévních mozkových příhodách, degenerativní onemocnění kloubů, stavy po úrazech a ortopedických operacích, onkologická onemocnění a onemocnění psychiatrická. Z těch nejčastěji demence všech etiologií, zejména ve druhém a třetím stádiu. Ztráta soběstačnosti může vznikat i na základě klientových reakcí na změnu stavu. Odchod do důchodu mohou chápat jako jistou nepotřebnost. Ztráta životního partnera je velkým zlomem, senioři pak nemají pro koho žít, uzavírají se. To vede k psychickým problémům a postupné ztrátě soběstačnosti. (2, 5, 6)

1.1.4 Hodnotící škály soběstačnosti

Abychom správně zhodnotili klientův stav, využíváme v ošetrovatelství celou řadu hodnotících škál. Získáme tak ucelené informace o klientově disabilitě, lze určit a plánovat rehabilitaci a terapii, hodnotit efektivitu na základě zlepšení výkonu klienta. Mají i motivační charakter pro klienta i personál. Správným zhodnocením stavu klienta, dobře naplánovanou a vedenou péčí, která je účinná, lze demonstrovat i úspěchy geriatrického ošetrovatelství. Ke zjišťování míry soběstačnosti seniorů se používá hodnotících škál. ADL – aktivity běžného života (z anglického originálu *activities of daily living*), P ADL – personální všední činnosti (z anglického *personal activities of daily living*), I ADL – instrumentální denní činnosti (z anglického *instrumental activities of daily living*). Jedná se hodnocení aktivit všedního života, které provádí klient automaticky, pravidelně, samostatně či s použitím k tomu určených nástrojů. „ADL zahrnují základní sebeobslužné úkony, jako najedení, napití, oblékání, mytí, koupání, chůzi a přesuny, schopnost udržet moč a stolicí, či používat WC. I ADL představují aktivity nutné pro život v samostatné domácnosti a v komunitě. Schopnost připravit jídlo, obstarat nákup, provádět jednodušší domácí práce, telefonovat, cestovat dopravním prostředkem, užívat léky a spravovat své finance“ (11, str.63). Dnes se nejčastěji používá Barthelův test. (příloha 2) Je to test schopností soběstačnosti v běžných denních aktivitách. Hodnotí se každá aktivita běžného života. Zda ji klient zvládne sám, s pomocí, či vůbec nezvládne. Hodnotí se bodově – sám 10 bodů, s pomocí 5 bodů, nezvládne 0 bodů. Hodnotíme tyto aktivity: najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygienu, kontinenci moči, kontinenci stolice, použití WC, chůzi po schodech. V rozmezí do 15 bodů hodnotíme přesun z lůžka na židli a chůzi po rovině. Součtem všech získaných bodů hodnotíme stupeň závislosti v základních všedních činnostech. Vysoká závislost 0 - 40 bodů, závislost středního stupně 45 - 60 bodů, lehká závislost 65 - 95 bodů, nezávislost 100 bodů.

Dále je možno využít Klasifikaci funkčních úrovní sebedpěče podle Marjory Gordonové. Hodnotí se bodově, kdy 0 bodů znamená nezávislost, soběstačnost a 5 bodů úplný deficit sebedpěče. Touto škálou hodnotíme celkovou pohyblivost, schopnost najít se, umýt se, vykoupat se, obléci se, dojít na toaletu, pohybovat se na lůžku, udržovat domácnost, nakoupit si, uvařit si. Informace pro hodnocení soběstačnosti klienta lze získat nejen pozorováním klienta, ale i pomocí standardizovaných dotazníků či škál. Ty nám pak dají ucelený obraz klientovy soběstačnosti. Na základě takto získaných výsledků můžeme kvalitně naplánovat ošetrovatelskou péči a stanovit potřeby klienta. Jejich správné stanovení je součástí ošetrovatelského procesu. Nejenže správně rozpoznáme potřeby klienta, ale můžeme tím předejít hyperprotektivní péči. Můžeme hovořit o nesprávném přístupu klienta, rodiny, nebo pečovatelů k léčebnému režimu. I tato problematika je popisována a rozpracována v ošetrovatelských diagnózách. Přemíra péče může vést k neefektivnímu léčebnému režimu rodiny či komunity, neefektivní podpoře zdraví. To se negativně odráží na spolupráci klienta s personálem a jeho ochotě spolupracovat. Jedná-li se o klienty se sníženou mobilitou nebo imobilní, může u nich docházet k poruchám v souvislosti s nedostatkem pohybu. Zvyšuje se riziko zácpy, riziko imobilizačního syndromu, zhoršuje se pohyblivost klienta a tím se zvyšuje deficit sebedpěče ve všech denních aktivitách. I pro pečovatele, ať už ze strany rodiny či ošetrovatelského personálu, přichází problémy, které pak můžeme definovat ošetrovatelskou diagnózou. Neefektivní zvládnání zátěže rodinou, přerušovaný chod rodiny, přetížení pečovatele. Z počátku si většinou pečovatelé vůbec neuvědomují, že poskytováním nadměrné péče neublíží jen sobě, ale především klientovi samotnému. Ten se pak může dostat do stádia, kdy mu tento stav „plně vyhovuje“, má pocit, že o něj musí být takto pečováno a na této situaci nechce nic měnit. V některých případech může dojít až k psychickému týrání pečovatele. (1, 4, 27)

„Nikomu nepomůžeš, budeš-li za něj dělat to, co si může udělat sám“ A. Lincoln.

1.1.5 Imobilita

„Imobilita znamená sníženou schopnost hýbat se, nehybnost, nepohyblivost. Je to stav nežádoucí, protože v mnoha ohledech je překážkou k uzdravení nebo zlepšení zdravotního stavu klientů. K imobilitě dochází z mnoha příčin. Mezi nejčastější patří vlastní nemoc způsobující omezenou pohyblivost, zranění, stáří, důsledek terapie, pooperační stav. Jak vyplývá z klinických výzkumů, ohrožení je o to závažnější, že na ztrátu pohybové aktivity reagují všechny orgánové systémy“ (28, str.124).

Imobilita přináší v první řadě objektivní fyziologické komplikace. Tyto komplikace závisí nejen na stupni imobility, ale i na dalších rizikových faktorech.

Pohybový systém je ohrožen atrofií svalů, ztrátou svalové síly, vážnými změnami na kloubech. Klouby se mohou deformovat, může docházet k ankyloze, zkrácení příslušných svalů a vzniku kontraktur. Kardiovaskulární systém je imobilitou oslaben a nemůže správně plnit svou funkci. Snižuje se kapacita srdce a krevního oběhu, krev se hromadí v dolních končetinách. Snižuje se krevní tlak. To vede k insuficienci žilních chlopní a riziku vzniku tromboflebitidy. Imobilní klienti jsou při vertikalizaci ohroženi ortostatickým kolapsem. Ten je pak častou příčinou pádů seniorů. Respirační systém je ohrožen snížením vitální kapacity plic, hromaděním hlenu v bronchiolách a následnému vzniku pneumonií. U imobilních klientů dochází ke snížení bazálního metabolismu, snižuje se chuť k jídlu a příjem potravy, zvyšuje se riziko malnutrice. Zpomaluje se střevní motilita a zhoršuje se vyprazdňování stolice.

Kůže imobilních klientů s postupem času ztrácí pevnost, snižuje se kožní turgor a může docházet ke vzniku dekubitů. Rizikové pro vznik dekubitů jsou zejména oblasti lopatek, lopat kostí kyčelních, křížová oblast a paty, tzv. predilekční místa.

Psychosociální reakce na imobilitu souvisí se snížením kvality života, uvědoměním si omezení. Velkým problémem je také zvýšená náchylnost k psychické apatii u lidí, kteří nejsou bez pomoci schopni vykonávat své základní potřeby.

Objevují se pocity beznaděje, úzkosti, bezcennosti, které mohou vyústit do depresivně-anxiózního syndromu.

Z výše uvedených rizik spojených s imobilitou vyplývá i nutnost jejich prevence. Je-li to možné a dovoluje-li to stav klienta, je vhodné zkrátit upoutání na lůžko na dobu nezbytně nutnou. Zejména postupnou včasnou mobilizací a vertikalizací klientů. U klientů dlouhodobě upoutaných na lůžko je potřeba pravidelně, důsledně a co nejdříve od začátku imobilizace vykonávat činnosti, které pomáhají ke snížení rizik z imobility. Při všech činnostech je nutno využít zbývající potenciál klientových sil, možností a schopností. Klienta je nutné povzbuzovat k větší samostatnosti, soběstačnosti a nacvičovat s ním zvládání běžných aktivit. Polohování a aktivita v lůžku, na vozíku, cvičení na rozsah kloubů a svalový tonus, pasivní i aktivní, je prevencí vzniku dekubitů a poškození pohybového aparátu. Dechová cvičení spolu s pohybem v lůžku snižují riziko respiračních a kardiovaskulárních onemocnění.

Zvýšení pohybových aktivit v lůžku i mimo něj je nezbytnou součástí nácviku sebeděže a zvýšení schopnosti soběstačnosti v denních aktivitách. To se pak postupně pozitivně odráží i na psychickém stavu klienta. Klient se necítí plně závislý a je motivován k dalším aktivitám.(2, 5, 6, 18, 26)

1.1.6 Zařízení a způsoby poskytování péči seniorům

Domácí péče je určena klientům, u nichž není nutný pobyt v lůžkovém zařízení a současně nestačí domácí laická péče. Domácí péči využívají dvě skupiny klientů. Jednak ti, kteří jsou propuštěni z nemocnice a je u nich předpoklad, že doléčení a rekonvalescence může probíhat v domácích podmínkách. Druhou skupinu tvoří chronicky nemocní, kteří vyžadují dlouhodobou, nikoliv však nutně celodenní institucionální péči. Poskytování domácí péče má nezastupitelné místo v systému primární péče. Domácí prostředí představuje pro pacienta útočiště, které sdílí se svojí rodinou. Neméně důležitým faktorem je i kladný vliv domácího prostředí na psychiku každého klienta. Domácí péče je poskytována klientům všech věkových, indikačních a diagnostických skupin na základě ordinace ošetřujícího praktického lékaře pro dospělé nebo ošetřujícího odborného lékaře při hospitalizaci. Domácí péči poskytují všeobecné sestry registrované, které mají mnohaleté zkušenosti praktické i teoretické a mohou pracovat bez odborného dohledu. Domácí péče je hrazena zdravotními pojišťovnami. Nadstandardní služby a vyšší časovou náročnost poskytovaných služeb doplácí klient.

Denní centrum, stacionář, domovinka poskytuje seniorům ambulantní pobytové, stravovací, sociální a doplňkové služby. Je zde dostupná ošetrovatelská péče, možnost provedení komplexní hygienické péče, rehabilitačního ošetřování, využití aktivizačních a volnočasových programů. Klienti se zde setkávají se svými vrstevníky. Pozitivně jistě působí i společenství jiných lidí, než je rodina. V případě potřeby je zajištěna kvalifikovaná zdravotní péče. Cílem těchto center je oddálení dlouhodobé či trvalé institucionalizace klientů a prodloužení možnosti setrvání v rodinném prostředí. Pobyt v těchto zařízeních stimuluje a aktivizuje klienty. Poskytnutí této služby po určitou pravidelnou i nepravidelnou dobu snižuje přetížení pečovatele z řad rodinných pečovatelů tím, že přebírá péči o jejich rodinné příslušníky, zatímco oni se mohou věnovat svým povinnostem či odpočinku. Služby denních center pro seniory jsou obvykle poskytovány ve všední dny. Pro klienty bývá zajištěna doprava z jejich vlastního sociálního prostředí do střediska a zpět. Poskytované služby jsou plně hrazeny klientem.

Protože setrvání v domácím prostředí může mít i své meze, je třeba, aby se tito lidé mohli rozhodnout pro alternativní řešení, kterým bývá nejčastěji pobyt v instituci. Častou příčinou, kdy je nutno volit pobyt v instituci, je duševní onemocnění (nejčastěji demence). V tomto případě je třeba, aby klient i jeho rodina volili zajištění potřebné péče, vždy individuálně dle potřeb klienta. Cílem je zajistit duševní i psychickou pohodu a kvalitní život. Proto by zařízení měla být koncipována tak, aby odpovídala potřebám soukromého života. Zařízení by mělo být přístupné, bezpečné a umožňovat dobrou orientaci. (19).

Institucionální zařízení poskytující péči seniorům se změněnou soběstačností můžeme rozdělit na domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Klientům, seniorům s hlavní psychiatrickou diagnózou, zejména demencí ve druhém a třetím stádiu, je potřebná péče poskytována v domovech se zvláštním režimem. Zařízení jsou zřizována buď krajským úřadem, magistrátem města, neziskovými organizacemi (charita), nebo právníckými osobami. V Jihočeském kraji péči seniorům poskytuje řada domovů důchodců, ústavů sociální péče pro dospělé, pečovatelské služby, centra sociální pomoci. (23, 24, 29)

Prostředí, ve kterém žije starší občan se sníženou soběstačností, ať je to již jeho domácnost anebo zařízení, by mělo respektovat jeho volbu a být přizpůsobeno jeho potřebám. Je žádoucí, aby tito lidé mohli co nejdéle setrvat v domácím prostředí. Tomu by mělo také odpovídat uspořádání, zařízení a vybavení jejich domácnosti. (19) Je nutno zajistit takové služby, které budou pro seniora nejvýhodnější. Dle stavu klienta můžeme uvažovat o péči poskytované v domácím prostředí rodinou či agenturami domácí péče. Pokud se schopnost soběstačnosti klienta sníží, natolik, že není sám schopen se o sebe postarat, či dojde k úplné ztrátě soběstačnosti musí být toto zajištěno jinou osobou či institucí. Pak je potřeba seniora umístit do zařízení, kde mu bude poskytována ošetrovatelská péče 24 hodin denně. Jde o závažné rozhodnutí, které musíme posuzovat přísně individuálně a společně se seniorem, jeho rodinou. I v této situaci je však nutné, aby těmto občanům nebyla upírána jejich základní lidská práva a svobody.

Domovy pro seniory jsou zařízení, které byla vybudována pro cílovou skupinu částečně či úplně nesoběstačných seniorů a těžce zdravotně postižených osob se sníženou adaptabilitou a potřebou zvýšené ošetrovatelské péče. Jsou zde poskytovány klientům nepřetržitě ubytovací, stravovací, sociální služby, zdravotní péči, ostatní a doplňkové služby. Základní ideou je nahradit všem klientům jejich předchozí domov, vytvořit jim vhodné prostředí a optimální podmínky ke zvládnutí nové náročné situace a umožnit tak co nejplynulejší přechod na změnu, kterou si jejich zdravotní a sociální stav vyžaduje a zabezpečit jim v potřebném rozsahu trvalé poskytování individualizované komplexní péče. V nabídce a poskytování ubytovacích služeb je zohledněna částečná či úplná nesoběstačnost a imobilita klientů. Prostorů pokojů a celého zařízení by mělo být přizpůsobeno a vybaveno tak, aby zde mohla být co nejkvalitněji poskytována péče i klientům imobilním. Vybavení těchto zařízení být dostatečným počtem pomůcek pro manipulaci s imobilními klienty by mělo jejich neodmyslitelnou součástí. (příloha 3)

Základní oblast poskytovaných služeb a péče v Domově seniorů tvoří zdravotní a ošetrovatelská péče, což odpovídá skladbě klientů se zvýšenými a vysokými nároky v této oblasti. Jedná se o částečně či plně nesoběstačné imobilní osoby, osoby s demencí různého typu, osoby se zavedenou dialyzační léčbou a osoby s jinými specifickými požadavky na ošetrovatelskou a zdravotní péči. Jejich ošetrování klade na všechny pracovníky vysoké nároky, protože i základní ošetrovatelskou péči se mnohdy prolínají odlišnosti, které je nutné zohlednit a přizpůsobit jim její provádění. Vlastní ošetrovatelskou péči provádí sestry a pracovníci v obslužné péči, pečovatelky a pečovatelé. Tato činnost je orientovaná na základní biologické potřeby klientů, což je vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a omezené mobilitě nezbytné. Ošetrovatelský personál pomáhá klientům při všech základních všedních činnostech podle individuální potřeby, nebo jim tyto úkony provádí v celém rozsahu. Pomáhá s oblékáním, svlékáním, přemísťováním z lůžka na pokoji a ve všech prostorách zařízení, provádí hygienickou péči, pomáhá s příjmem potravy, při vyprazdňování, při přípravě na spánek a odpočinek, pečuje o útulné, čisté a optimální prostředí.

Významnou úlohu v poskytovaných službách klientům ve středisku má činnost sociálního pracovníka, a to od okamžiku kontaktu zájemce nebo jeho příbuzných o poskytování služeb ve středisku až po sociální poradenství příbuzným při a po úmrtí klienta. Sociální pracovník spolupracuje podle potřeby se všemi pracovníky ve středisku, pomáhá klientům při adaptaci v novém prostředí, sestavuje s nimi individuální plán péče a dohlíží na jeho plnění. Spolupracuje s příbuznými či s pověřenou osobou klienta při řešení některých klientových problémů. Významnou měrou se podílí na edukaci zájemců, klientů i příbuzných a zajišťuje veškerou administrativní činnost v sociální oblasti. Podle potřeby také zastupuje klienty při různých jednáních na úřadech.

Součástí sociálních služeb je i rehabilitační ošetřování klientů, které má za cíl především podporovat a zachovávat jejich stávající soběstačnost a funkční schopnost, minimalizovat rozvoj větší nesoběstačnosti a působit preventivně proti vzniku imobilizačního syndromu, jako závažného vyústění reakce organismu na částečnou či plnou imobilitu. Nejen při vlastním rehabilitačním ošetřování, ale kdykoliv podle potřeby využívají klienti širokou škálu rehabilitačních, kompenzačních a polohovacích pomůcek.

Nabídka řízených aktivit v rámci aktivizace klientů zahrnuje možnost ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, aromaterapie. Využití těchto metod má celou řadu pozitivních účinků, pomáhají odpoutat klienta od vlastní nepříznivé situace a jejich celkový dopad se pak projevuje udržováním funkční schopnosti klientů, odstraněním řady různých potíží a poklesu nespokojenosti. Spektrum volnočasových aktivit v domovech pro seniory odpovídá schopnostem klientů a tyto jsou orientovány na méně náročné činnosti. (5, 20, 24)

Velkou roli v poskytovaných službách hrají duchovní služby. Pro mnoho klientů je jejich uspokojení stejně důležité jako ostatní poskytované služby; pro některé je jednou z nejdůležitějších oblastí, na kterou kladou důraz. Pokud ale klient o duchovní služby nemá zájem, nejsou mu vnucovány a je respektováno jeho rozhodnutí. A nejedná se pouze o duchovno ve smyslu víry.

Klientům také bývají zajištěny doplňkové služby, např. kadeřnictví, pedikúra. Jejich provedení přispívá ke zvýšení pocitu spokojenosti a důstojnosti. Záměrem a snahou při všech poskytovaných službách je dosáhnout maximální spokojenosti klientů. (19, 20, 27)

1.1.7 Role sestry při uspokojování potřeb klientů

Sestra ve své profesi zastává hned několik rolí. Tyto role nikdy nestojí samostatně, vždy se prolínají a doplňují. Sestra má vždy *rolí ošetrovatelky*. Není možné ale tuto roli omezit jen na znalosti a ošetrovatelské postupy. „Hlavní cíl sestry v této roli je přinášet poznatky o tom, co je důležité, podporovat klienta postoji a činnostmi, kterými projevuje zájem o klienta jako osobu, o jeho dobro, a uznání jeho osobnosti“ (7, str.28).

Další z rolí sester je *role komunikátorky*. „Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské péče. Sestry, které účinně komunikují, si snáze vytváří vztah s klientem, navozují pocit důvěry. Dobrá komunikace je tak základem k vytvoření vztahu sestra – klient“ (7, str. 28). Nutnost získání důvěry klienta je velmi důležitá. Klient musí cítit zájem ošetrovatelského personálu o jeho osobu a plně mu důvěřovat. Jen tehdy bude ochotně, dobře a aktivně spolupracovat. Komunikace formuje vztahy mezi sestrou a klientem, jeho příbuznými i mezi sestrami navzájem. Účinná komunikace s klientem, ale i ostatním ošetrovatelským personálem usnadňuje všechny ošetrovatelské činnosti.

Role sestry – *edukátorky* se týká všech činností, kdy je potřeba klienta vést, učit ho novým poznatkům, dovednostem. Tato role často souvisí s další rolí sestry, *rolí poradkyně*. „Poradenství je proces, napomáhající klientovi poznat problémy, vyrovnat se s nimi. Sestra se zaměřuje na pomoc při rozvoji nových postojů klienta, pocitů a činností“ (7, str. 29).

Do domovů pro seniory a ostatních zařízení přicházejí senioři nejčastěji v době, kdy se jejich soběstačnost snížila nebo jsou nesoběstační. To klade vysoké nároky na ošetrovatelský personál, protože přebírá částečně či plně uspokojování potřeb seniora – klienta. „Klient je ten, kdo užívá za plat služeb“ (12, str.39). I původ slova klient ze Starého Říma svým způsobem vystihuje dnešní vztah seniora a ošetrovatelský personálu v zařízeních pečujících o seniory. „Klient je osoba závislá na svém ochránci“ (12, str.390).

Tuto roli označujeme jako *rolí advokátky*. „Sestra obhajuje práva klienta, vede klienta k tomu, co je pro něj nejlepší, ve prospěch uspokojení jeho potřeb a ochrany jeho práv. Reprezentuje klienta, předkládá jeho názory, tlumočí a vysvětluje mu jeho práva“ (12, str. 29).

Sestra - nositelka změn „Sestra může pomáhat při uplatňování změn na individuální, instituční, profesní i společenské úrovni. Sama nebo ve skupině na základě vědomostí podnítí ke změnám. Pomáhá dělat změny v sobě samé, v jiných lidech či systému“ (12, str. 29). Sestra je *manažerkou* ošetrovatelské péče. Pověřuje ostatní personál úkoly, dohlíží na jejich činnost a hodnotí ji. I v ošetrovatelské praxi se uplatňuje klinický výzkum. Sestra se tak může dostat i do role *sestry výzkumnice*.

1.2 Manipulace s klienty

„Manipulace je odborné, složité zacházení s něčím“ (12, str. 479). Cílem manipulace s klienty je dosažení a udržení pohybových schopností klientů, zachování aktivní i pasivní kloubní pohyblivosti, optimální rozložení svalového tonu vedoucí k plné funkční aktivitě. (13) Je-li snižena soběstačnost či mobilita klienta, sestra manipulací pomáhá, podporuje a zajišťuje jeho mobilitu.

Manipulace s klientem je prováděna v rámci léčebné a preventivní ošetrovatelské péče a zachování či znovunavrácení k soběstačnosti v běžných denních aktivitách. Patří sem polohování a otáčení klientů na lůžku, ukládání do léčebných a vyšetřovacích poloh, zdvihání a posouvání klientů na lůžku, posazování, přenášení klienta z lůžka na křeslo (invalidní vozík), přesun na nosítka, stoj s oporou u lůžka. Polohování klientů v rámci ošetrovatelské péče provádíme především z důvodu zachování rozsahu hybnosti kloubů, prevence kontraktur a zachování svalové síly. Jen tehdy je pak klient připraven k návratu k částečné či plné soběstačnosti.

Vždy, pokud jsou k dispozici, používají se mechanické zvedáky či jiné pomůcky. Jejich použitím chrání sestra nejen své zdraví, ale i zdraví a bezpečnost klienta. Ne vždy je možno těchto pomůcek využít - nejsou k dispozici, není dostatečný manipulační prostor apod. Existuje několik jiných způsobů manipulace, které jsou bezpečné jak pro sestru, tak pro klienta. Ale jen za předpokladu, jsou-li správně provedené. Pro správné postupy při manipulaci klienty je potřeba dodržovat základní principy mechaniky těla. Správná mechanika těla umožňuje bezpečné, efektivní využití svalových skupin. Je základním předpokladem prevence nadměrné fyzické zátěže, poranění a únavy personálu při vykonávání ošetrovatelských činností.

(3, 8,13, 14, 15)

Není-li možnost použití pomůcek pro manipulaci s klienty, je zapotřebí znát a dodržovat zásady správné ruční manipulace s klienty. Jen tehdy bude manipulace přínosem pro klienta a nebude ohrožovat personál. Každou manipulaci s klientem musí personál začínat ve správném postoji, se správným držením těla. Přistoupit co nejbližší ke klientovi, rozšířením báze opory si zvýšit svou stabilitu. Výšku pracovní plochy – lůžka si nastavit co nejbližší k těžišti svého těla. Posunutím nohy dozadu si rozšířit oporu, napnout sedací, břišní a končetinové svaly. Manipulaci začínat s ohnutými zády a pokrčenými koleny, při zdvihání používat více svaly DK než zádové svaly, otáčet se celým trupem kolem osy těla. (8, 9, příloha 4)

1.2.1 Zásady manipulace s klienty

„Cílem manipulace s klientem za jeho aktivní i pasivní účasti je dosažení a zachování pohybových schopností. Předpokladem jejich správného provedení je pohyb vedený v prostoru a čase tak, aby byla udržena pasivní i aktivní kloubní pohyblivost, optimální rozložení svalového napětí při změnách polohy a pohybu vedoucí k plné aktivitě. Provádíme polohování, posazování, vstávání z lůžka, nácvik stoje a chůze“ (13, str.323-324). Všechny tyto aktivity je potřeba nacvičovat a provádět chronologicky za sebou, vždy podle stavu a schopností klienta. Dodržováním zásad a správných postupů chráníme nejen zdraví a bezpečnost klienta, ale i vlastní. Jakýkoliv manipulační úkon, a to i za použití manipulačních pomůcek určených pro manipulaci s klienty, vychází s několika zásad.

V případech, kdy klient není schopen spolupracovat vůbec, nebo jen minimálně, využijeme asistence druhé osoby. Manipulační úkony s nepohyblivými klienty musí provádět minimálně dvě osoby a pokud to situace vyžaduje, za použití podložek rozprostřených pod klientem nebo ještě lépe za použití speciálních pomůcek jako jsou přesouvací, skluzné, podložky. Zaujmeme pozici co nejbližší ke klientovi. Sníží se tak potřeba ohýbání nebo natahování se přes lůžko při zdvihání a přemísťování pacienta a současně se tak vyvarujeme nadměrného fyzického zatížení v momentě, kdy jsou záda ohnuta nebo přetočena. Vysvětlíme klientovi postup a vyzveme ho ke spolupráci. Je to výhodné jak pro klienta, tak i pro ošetřující personál. Je-li klient schopen samostatného pohybu, byť pomalého, bude schopen provést úkon sám, tak v takovém případě ošetřující personál na přesun jen dohlíží, eventuálně dopomáhá. Je důležité zachovávat správné držení těla v průběhu celé manipulace s klientem. Dříve než začneme se zvedáním nebo přemísťováním klienta, mírně se rozkročíme a jednu nohu mírně předsuneme, abychom si zajistili dobrou stabilitu. V průběhu zvedání klienta používáme svaly na nohou a bocích, namísto svalů v horní části těla. Nejprve pokrčíme kolena, která při zvedání klienta pomalu narovnáujeme. Páteř by měla zůstat v pozici přirozeného zakřivení, přičemž dbáme na to, abychom ji při natahování nebo ohýbání nepřetížili.

Snažíme se klienta při manipulačních úkonech dobře uchopit, nikdy nedržíme klienta jen prsty, používáme celé paže a vždy se snažíme nalézt oblasti umožňující bezpečné uchopení. Uchopíme klienta kolem oblasti pánevní, pasu a lopatek, nikdy jej nebereme jen za paže nebo nohy. Používáme vhodnou obuv a oděv. Dostatečně pevnou obuv, oděv by neměl omezovat pohyby pracovníka. (3, 14, 15, 18, 26, příloha 4)

1.2.2 Kinestetika v ošetrovatelství

Pojem kinestetika se poprvé objevil v 70. letech v USA. Zakladatelé tohoto konceptu, dr. F. Hatch a dr. L.Maietta, jeho název vytvořili ze dvou pojmů. Kinesis – pohyb a aesthetic – vnímání. Kinestetika není forma léčby. „Kinestetika je koncepce, která fyzicky ulehčuje práci sestry s klientem. Kinestetika v ošetrovatelství je program vývoje manipulačních a pohybových schopností sester. Jde o využití pohybu vlastního těla na cílené organizování pohybu klienta. „Kinestetika v ošetrovatelské péči pokrývá dva požadavky péče současně. Snižuje riziko poranění z přetížení a zlepšením ošetrovatelských schopností, zvyšuje kompetence ošetřujících. Kinestetika je komunikační a pohybový koncept, který je rozdělen do 6 kinestetických principů, které umožňují náhled na pohybové aktivity z různého úhlu pohledu. Šest kinestetických principů umožňuje analyzovat určitou pohybovou situaci a přiměřeně na tuto situaci reagovat. *Interakce* zahrnuje kvalitu výměny mezi dvěma lidmi. Péče se uskutečňuje vždy ve formě interakce tak, aby úmysl a aktivita klienta byla do pohybové činnosti zahrnuta. Vše, co společně s klientem provádíme je možné vnímat jako interakci. V principu *funkční anatomie* jde o anatomické základy pro pohyb a o průběh pohybu tak, aby se člověk v průběhu pohybu mohl orientovat ve svých anatomických strukturách. Pohybový aparát je nástrojem pro pohyb s funkcemi flexibilita a stabilita. *Pohybová aktivita* vyžaduje použití specifických pohybových vzorců. V podpoře fyziologického pohybu jsou do pohybových vzorců integrovány nosné a transportní roviny. Pohybové vzorce tvoří základ pro provedení běžných *denních funkcí* a pro plynulý průběh vnitřních funkcí v je rozdílných pozicích. V kinestetice je rozlišováno sedm základních pozic. Pohyb vyžaduje svalovou sílu. V principu *námaha* jde o efektivní vytváření tahu nebo tlaku bez vynaložení velké námahy. Kontrola a efektivita pohybu jsou docíleny ve vztahu k okolí prostřednictvím zesílení tlaku a tahu při pohybu. Pohyb je vykonáván při vzájemném působení zemské přitažlivosti, s ostatními lidmi a materiály. Kvalita a povaha *okolí* přímo ovlivňuje svalový tonus i pohyb. Lze volit mezi změnou okolí nebo změnou pohybových zvyklostí tak, aby tělo a jeho funkce zůstaly dlouho zdravé“ (30).

Koncepce kinestetiky napomáhá rozvíjení možností spolupráce s klientem odkázaným na pomoc, předcházení nadměrné fyzické zátěže sester. Klientům pomáhá k dosažení toho, aby vnímali každý pohyb jako edukační proces, který jim pomáhá vnímat lépe sebe sama a využít vlastní schopnosti, které mají k dispozici. Slouží k co nejlepší integraci sil klientů, podporuje sebevnímání. Snižuje se tak závislost, bezmocnost klienta. Osvojení si znalostí a ovládnání vlastního pohybového aparátu v jeho základní funkční úloze napomáhá sestřám k zachování si zdraví i při nadměrné fyzické námaze. Osvojení si správného používání kostí a svalů s ohledem na jejich funkci usnadňuje vykonávání ošetrovatelských činností a snižuje riziko nadměrné fyzické zátěže a úrazů. Pokud sestra využívá nosnou funkci kostí a hybnou funkci svalů ve vlastním těle, mění se nesení zátěže na vedení a řízení zátěže“ (9, str.245,246). Základní principem kinestetiky v ošetrovatelství je vyhýbat se zdvihání břemen. Jejich hmotnost je potřeba usměrnit, posouvat. I při manipulaci s klientem musí neustále sestra hledat takovou polohu těla a končetin klienta, aby se hmotnost co nejvíce přenášela prostřednictvím podložky a ne přenášením prostřednictvím jejího těla. Svaly nepoužíváme na držení těla, ale na pohyb. Těžiště těla umístíme co nejbližší těžišti těla klienta. Pokud dodržíme co nejbližší kontakt vlastního těžiště a těžiště klienta během manipulace, usměrníme tak hmotnost klienta pomocí svého těžiště. (3, 8, 9, 16, 18) *Cílem kinestetiky* je rozeznat a využít možností klientů, nepřemýšlet v deficitech (nemožnostech), pomoc v běžném pracovním životě tak, aby byla redukována tělesná poranění ošetřujících a klientů, efektivní využití pracovní doby, zvýšit motivaci ošetřujících a klientů, podpora zdraví a uzdravování a kreativní ošetrovatelství. (31)

1.2.3 Správné postupy při ruční manipulaci s klienty

Klienta vždy předem poučíme o tom, co s ním budeme dělat. Vždy mu důkladně vysvětlíme celý postup, zeptáme se, zda všemu porozuměl. Požádáme ho o spolupráci. Připravíme si k ruce všechny pomůcky, které budeme při manipulaci potřebovat. Zkontrolujeme jejich funkčnost a bezpečnost.

Po celou dobu manipulace chráníme klientovu intimitu. Nejen před začátkem manipulace, ale i během manipulaci s klientem komunikujeme, zjišťujeme jeho pocity. A to nejen verbalizované ale i případnou změnu mimiky, držení těla, gesta. Před začátkem vlastní manipulace nastavíme výšku lůžka do úrovně těžiště těla sestry. Má-li lůžko postranice, sejmeme je či nastavíme tak, aby klienta neomezovaly. Vždy podle toho, jak budeme s klientem manipulovat. Při manipulaci používáme veškeré pomůcky, které nám ji mohou usnadnit. Mezi tyto pomůcky patří i součásti lůžka, např. hrazdičky, žebříčky, postranice. Během manipulace se jich klient může přidržovat, díky nim se otáčet. Zaujmeme kinesteticky správný postoj. (příloha 4) Při manipulaci s klientem je potřeba dodržovat základní zásady. Nejen kinesteticky správné postavení, ale i přidržení a správný úchop klienta má své opodstatnění. Ruce pokládáme na tělo klienta asymetricky. Jednu a výše, druhou níže, jednu na přední část a druhou na zadní stranu klientova těla. Nohy též udržujeme asymetricky. Symetrické postavení nohou vyžaduje větší námahu při každém pohybu. Klientovi dolní končetiny dáme do takového postavení, aby při manipulaci byly asymetricky. Díky tomu se váha těla přesouvá postupně z jedné strany na druhou

*Posouvání **sedícího** klienta na lůžku **jednou sestrou** směrem k čelu lůžka*

Sedícího klienta zapřeme rukama o podložku. Zvýší se tak nejen jeho stabilita, ale o napnuté paže se může i nadlehčit a posunovat směrem k čelu lůžka. Stoupneme si za záda klienta. Mírně trup klienta nakloníme dopředu, přeneseme se tak jeho hmotnost a nadlehčí sedací kosti. Podsuneme ruce pod nadlehčené sedací kosti a pomalu posouváme vždy střídavě jednu polovinu směrem k čelu lůžka. Opakovaným střídáním těchto pohybů dosáhneme požadované polohy klienta. (8)

*Posouvání **sedícího** klienta na lůžku **jednou** sestrou směrem k nohám lůžka*

Sedícího klienta zapřeme rukama o podložku. Zvýší se tak nejen jeho stabilita, ale o napnuté paže se může i nadlehčit a posunovat směrem k nohám lůžka. Stoupneme si za záda klienta. Mírně trup klienta nakloníme dopředu, přeneseme se tak jeho hmotnost a nadlehčí sedací kosti. Podsuneme ruce pod nadlehčené sedací kosti a pomalu posouváme vždy střídavě jednu polovinu směrem k nohám lůžka. Opakovaným střídáním těchto pohybů dosáhneme požadované polohy klienta. Můžeme si též stoupnout před klienta a ten se nás chytne sepnutými pažemi za krkem.(8)

*Posouvání **sedícího** klienta na lůžku **dvěma** sestrami*

Sestry stojí proti sobě na opačných stranách lůžka. Každá vsune ruku pod hrbol sedací kosti a druhou rukou uchopí klienta zezadu za hrudník. Klienta nakloníme šikmo dopředu. Tak se jeho hmotnost přeneseme dopředu a na ruku jedné sestry. Nadlehčenou stranu posouváme pomalu směrem k lůžku. Pak klienta nakloníme na druhou stranu a postup opakujeme. Střídáním těchto činností posouváme klienta směrem k čelu lůžka. (8)

*Posouvání **ležícího** klienta **jednou** sestrou k čelu lůžka*

Své ruce položíme asymetricky na hrudník klienta. Hrudník klienta stáčíme úhlopříčně dopředu, proti sobě nahoru. Jednou rukou udržujeme vzniklé napnutí hrudníku a druhou přitom tlačíme pánev úhlopříčně nahoru. Jakmile se pánev začne pohybovat, pokládáme hrudník pomalu zpět. Stočíme hrudník na opačnou stranu a přitom stále tlačíme na pánev směrem vzhůru. Opakováním pomalu klienta vysouváme k čelu lůžka (8)

Posazování klienta z lehu do sedu na lůžku jednou sestrou

Klienta uložíme v lůžku na záda. Dolní končetiny pokrčíme v kolenou, asymetricky na lůžku. Jednu svou ruku položíme pod hlavu klienta, druhou zasuneme z druhé strany pod záda. Skloníme hlavu klienta až na hrudník. Paralelně tlačíme hrudník, až se dostane nad pánev. Narovnáme hlavu. Oběma rukama udržujeme hlavu a hrudník v rovnováze nad pánví. (8)

Pokládání klienta ze sedu do lehu jednou sestrou

Klient se nás uchopí oběma rukama zezadu za hrudník. Hlavu klienta skloníme až na hrudník a pomalu pokládáme hrudník klienta na lůžko. Na závěr pokládáme hlavu. Při celé činnosti využíváme hmotnost svého těla jako protiváhu klienta. (8)

Posazování klienta spirálovým pohybem z lehu do sedu jednou sestrou

Obě dolní končetiny klienta pokrčíme a uložíme do strany. Bližší horní končetinu pokrčíme v lokti a položíme vedle hlavy. Vzdálenější horní končetinu položíme přes tělo ke kraji lůžka. Tu pak klient může použít při závěru manipulace na vzepření se a přesunutí do sedu. Pod hrudník klienta zasuneme jednu ruku. Druhou otočíme hrudník směrem k sobě na ruku pod ním. Volnou rukou přesuneme končetiny přes okraj lůžka. Tím se pánev klienta otočila dopředu. Zatlačíme pánev dolů se současným otáčením hrudníku dopředu. Při závěrečné manipulaci vykonáme svým trupem spirálový pohyb, přeneseme hmotnost na druhou nohu. Spirálovým pohybem s využitím tahu a tlaku proti sobě přeneseme klienta do sedu s dolními končetinami spuštěnými z lůžka. (8, příloha 4)

Přenášení klienta ze sedu na lůžku do sedu na židli, křesle, sedačce apod. jednou sestrou

Klienta posadíme na lůžku s končetinami spuštěnými z lůžka. Výšku lůžka snížíme tak, aby se klientova chodidla dotýkala podlahy. Přistavíme si sedačku, židli, křeslo tak, aby bylo pro klienta co nejdostupnější. Vždy ji zajistíme tak, aby se neposunula při přesezení klienta. Klient se nás uchopí spojenýma rukama za hrudníkem. Podsuneme své ruce pod hýždě klienta. Svou dolní končetinou fixujeme dolní končetiny klienta. Je-li to možné, postaví se klient na nohy a svým tělem ho jistíme. Otáčením svého těla a přenesením váhy na druhou nohu přeneseme klienta na sedačku.

(3, 8, 9, 18 27, příloha 4)

„Sestry si musí uvědomit následky nepoužívání správných postupů. Eliminace nadměrné fyzické zátěže může sestry motivovat ke snaze získávat další vědomosti a dovednosti v této oblasti. Pochopení základů správné mechaniky těla a koncepce kinestetiky vede sestry k tomu, aby ji využívaly nejen v ošetrovatelské péči, ale i v každodenních činnostech“ (9, str. 265).

1.2.4 Manipulace s klienty jako fyzická zátěž pro sestry

Fyzická zátěž pro sestry je různorodá. Závisí na typu oddělení, ošetrovací jednotky, skladbě klientů. Nejčastější a největší fyzickou zátěží pro ošetrovatelský personál je manipulace s klienty. Převážnou část ošetrovatelského personálu tvoří ženy různých věkových skupin a tělesných konstitucí. Největší fyzickou zátěží je ohrožen personál v zařízeních a ošetrovatelských jednotkách, kde je vysoká kumulace částečně či plně imobilních klientů.

Manipulace s klientem je prováděna v rámci léčebné a ošetrovatelské péče. Snížení celkové fyzické zátěže pro ošetrovatelský personál by mělo být jednou z priorit pro management zařízení. Udržení dobrého zdravotního stavu ošetrovatelského personálu by mělo být jedním z jeho cílů. Výsledkem je snížení fluktuace personálu, menší počet dní pracovní neschopnosti. To vede ke snižování nákladů zařízení z krátkodobého i dlouhodobého hlediska. (21)

Ergonomicky upravené pracoviště, optimalizace pracovního prostředí, stavební úpravy, počet ošetrovatelský personálu, pořízení a používání vhodných mechanických pomůcek pro manipulaci jsou toho předpokladem. Tato základní opatření se pozitivně projeví sníženou zátěží pro ošetrovatelský personál, snížením bolestivosti zad a poranění páteře vznikajících na podkladě nesprávné či nepřiměřené manipulace s klienty. Nevhodná fyzická manipulace s klientem je jednou z hlavních příčin bolestí zad a poranění páteře u ošetrovatelského personálu. Ruční zvedání klientů je často příčinou pracovních úrazů a nadměrné fyzické zátěže v ošetrovatelských zařízeních. Pro ochranu personálu i klientů je klíčové používat při zvedání a přesunech klientů vhodné mechanické pomůcky a dodržovat správné pracovní postupy.

„Doporučovaná metoda pro přemísťování pacientů vychází z ergonomických zásad založených na snižování fyzické zátěže sester při splnění potřeb pacienta ohledně kvality péče. Školící programy mohou posloužit jako primární prevence před muskuloskeletárními poruchami ošetrovatelského personálu, avšak na upřednostňovanou metodu zatím neexistuje jednotný názor. Pravidelná manipulace s klienty a absence zdvihacích pomůcek jsou již dlouho pokládány za příčiny poranění zad zdravotních sester. Směrnice EU týkající se ruční manipulace podporuje zavádění politiky bez ručního zvedání jako prostředek prevence před muskuloskeletárními poruchami u pracovníků ve zdravotnictví. Náročné zvedání, ruční manipulace a namáhavé pracovní pozice se běžně vyskytují při asistenci pacientům. Lze se s nimi však setkat i při jiných úkolech jako při manipulaci s prádlem, přesouvání lůžek a úklidu“ (26).

Hmotnostní limity, ohledně ruční manipulace s břemeny jsou obsaženy v Nařízení vlády č.178/2001 Sb. a jeho změně: Nařízení vlády č.523/2002 Sb. Ty obsahují vedle limitů ruční manipulace s břemeny pro muže i limity pro ženy, a to v ustanoveních § 8 a 9 v jeho příloze č.5 část C. (příloha 5). I nadále nejsou určeny limity, s jak těžkým tělem může žena manipulovat. Zůstává v platnosti to, že pacient/klient není břemeno. Tudíž nijak neupravuje manipulaci s méně soběstačnými či nesoběstačnými klienty. (25)

1.2.5 Manipulace jako zátěž pro klienta

Pro klienta je důležité, aby s ním bylo zacházeno bezpečně a pohodlně, důstojně a při dodržení intimity. Vždy je nutné klienta seznámit s postupem, dát mu čas pro dotazy, vysvětlit nutnost spolupráce a využít zbývajcího potenciálu sil a soběstačnosti klienta. Pomalá a jistá manipulace u klienta vzbuzuje pocit jistoty a bezpečí. Špatně prováděná manipulace může vést k poranění klienta, zhoršení jeho zdravotního stavu. Zvyšuje se riziko pádu či poranění klienta. Poranění mohou vznikat na základě neadekvátních pohybů s klientem, špatnou oporou při stoji a chůzi nebo jako následek pádu při přemísťování. Nevhodné či špatné polohování může vést ke vzniku kontraktur, ubývání svalového tonu a síly, vzniku dekubitů, zhoršení zdravotního stavu, vzniku infekce. Nesprávně prováděná manipulace může devalvovat klienta a tím dojde ke ztrátě jeho důvěry v ošetrovatelský personál. I psychické následky nesprávně prováděné manipulace s klienty lze popsat ošetrovatelskými diagnózami. Klient, s kterým bylo nesprávně manipulováno může trpět situačně sníženou sebeúctou, posttraumatickým syndromem, strachem, úzkostí. Nastat může i jeho rozpor v rozhodování, kdy si sám neví rady, jak se rozhodnout. (10)

To vše se pak negativně podepisuje na jeho snaze a chuti spolupracovat. Manipulace s klientem však nese určitá rizika, zejména pády pacientů, proto je nutné mít k dispozici kvalitní a funkční vybavení včetně nemocničního nebo pečovatelského lůžka. To ostatně výrazně pomáhá také ošetřujícímu personálu, pro který představuje manipulace s bezvládným a těžkým pacientem jednu z nejtěžších činností. (3, 7, 8, 9, 21, 22)

1.3. Mechanické pomůcky pro manipulaci s klienty

V současné době je i na českém trhu celá řada manipulačních pomůcek. Jejich kvalita a variabilnost plně odpovídá potřebám různých ošetrovatelských zařízení. Pořizovací cena těchto pomůcek není nejnižší, ale díky nim se může výrazně zvýšit komfort péče o klienty, jejich bezpečnost a zároveň i ochrana ošetrovatelského personálu před riziky nadměrné fyzické zátěže. Každý faktor, který povyšuje kvalitu ošetrovatelské péče je neocenitelný a měl by být použit v praxi. Jedná se především o různé druhy mobilních zvedáků, zvedacích hygienických židlí, přepravních pomůcek a speciálních hygienických pomůcek (mobilní koupací vozíky). (21)

Zvedáky a jiné manipulační pomůcky používáme vždy, kdykoliv je to možné. Ochrana zdraví ošetrovatelského personálu před riziky manuálního zvedání by měla být prioritou pro jejich používání. Zvyšuje se bezpečnost při manipulaci pro klienty. Zároveň dochází k zlepšení kvality péče tam, kde je pasivní zvedání potřebné. Zvyšují bezpečnost a účinnost provádění každodenních přesunů, které jsou součástí života klientů v zařízeních pečujících o seniory. Zvládnutí běžných přesunů mezi lůžkem, křeslem, invalidním vozíkem a nouzové zvedání z podlahy jednou osobou. Přesuny lze provádět v ergonomických pracovních podmínkách bez námahy a manuálního zvedání. Je i řešením řady problémů spojených s hygienickou péčí o klienta. Odstraní většinu nejtěžší a nejnamáhavější práce v mnoha denních činnostech, které sestra vykonává a zároveň zajistí provádění řady úkonů kontrolovaným, bezpečným a ergonomicky správným způsobem. (21)

Polohovatelná lůžka zvyšují efektivitu práce, jsou bezpečná pro klienty a sestry, snižují čas pro manipulaci s klientem, zvyšují jeho pohodlí klienta. Elektrická lůžka postupně nahrazují hydraulická a mechanická. Třídílná ložná plocha má nastavitelné části pro hlavu, trup a dolní končetiny. Na trh se nyní dostávají lůžka s čtyřdílnou polohovací ložnou plochou. Ta zvyšují komfort klientů zejména při sedu v lůžku. Umožňují tzv. zpětný pohyb zádové části. Ten je výhodný zejména u vyšších a silnějších klientů, kteří se polohují do sedu. Při jejich používání ubývá fyzická námaha pro sestry, zvyšuje se bezpečnost pro sestry i klienty. (22, příloha 6)

Součásti a příslušenství lůžek jsou většinou standardem. Lůžka bývají vybavena integrovanými *postranicemi*, které se spouští různými jednoduchými mechanismy. Používání postranic na lůžku je v současné době velmi diskutovanou otázkou. Mohou klienta omezovat v pohybu a tím i v aktivitách běžného života. Ovšem při manipulaci s klienty lze postranice výhodně využít. Klient se jich může přidržet, pomoci si při otáčení v lůžku. Svou roli hrají i v bezpečnosti při manipulaci s klienty.

Hrazdy bývají součástí ošetrovatelských lůžek. Klient se s jejich pomocí může v lůžku snáze posadit, přitáhnout či nazdvihnout se. To mu usnadní pohyb v lůžku směrem k čelu lůžka. Sníží se tak zatížení ošetrovatelského personálu.

Hydraulické zvedáky do vany se stávají běžnou součástí ošetrovatelských jednotek s vyšší kumulací imobilních klientů. Snadná manipulace s klientem, možnost vysazení a vykoupání klientů s vyšší hmotností. Jsou vhodné pro klienty, kteří vydrží sedět. Umožňují posazení klienta přímo na lůžku bez mezičlánku ruční manipulace pro posazení klienta. Madlo v přední části dodává klientovi pocit bezpečí. Zadní sklopné madlo s odnímatelným opěradlem zajišťuje pohodlí a jistotu klienta. Otvor v sedací části umožňuje snadnou hygienickou péči. (21, příloha 7)

Koupací hydraulická lůžka, koupací vozíky se používají při koupání a sprchování klientů, kteří nevydrží či nesmí sedět. Lze s nimi zajet k lůžku klienta, i v leže se na ně klient snadno přesune. Otočná kolečka umožňují snadnou manipulaci s celým vozíkem. Jednoduchým hydraulickým mechanismem je možno nastavit si výšku pracovní plochy. (21, příloha 8)

Ergonomická hygienická křesla se používají v kompletní hygienické péči. Klienta je na nich možno svléknout, vysprchovat, obléknout. Nastavitelná výška většiny součástí křesla umožňuje ošetrovatelskému personálu ergonomicky pracovat. (21, příloha 9)

Mobilní elektrické vakové zvedáky jsou vhodná pro ošetrovatelská zařízení. Snadnou výměnou vakových součástí umožňuje variabilitu jejich použití. Vaky slouží k přenosu či koupání klientů, lehátko s pevnou plochou k zvedání klientů s problémy s páteří. Páskové lehátko umožňuje přesuny slabým a závislým klientům. V rehabilitaci lze využít závěsnou vestu pro nácvik chůze. (21, příloha 10)

Mobilní elektrické stavěcí zvedáky jsou určeny zejména pro klienty, kteří nejsou schopni se sami postavit a přesunout. Usnadňují přesun imobilních klientů na sedačky, hygienická křesla apod. Jsou vhodné i pro klienty po amputacích. Upevňovací pás kolem hrudníku klienta a madla pro držení se jsou bezpečná i pro klienty, kteří nemají v pažích sílu a držení se mají vyšší pocit bezpečnosti. Podlážka a holenní opěradla spolu s pásky pro fixaci zvyšují stabilitu dolních končetin klienta. (21, příloha 11)

Mechanické vozíky pro přesun klientů usnadňují snadný a rychlý přesun klientů, kteří jsou schopni se sami postavit. Jejich výhodou je nízká náročnost na prostor, stabilita, široká možnost využití a snadná manipulace. Klient si postaví nohy na podlážku, postaví se. Po sklopení sedací části se na ni posadí. (21, příloha 12)

Skluzné podložky se využívají zejména při polohování, přesunech na lůžku a přesunu z lůžka na vozíky či na koupací vozíky. Usnadňují manipulaci s klientem a snižují fyzickou zátěž pro ošetrovatelský personál. (22, příloha 13)

2 Cíle a hypotézy výzkumu

2.1 Cíle výzkumu

Cílem práce je zjistit úroveň znalostí a praktických zkušeností sester v oblasti manipulace s klienty. Zjistit a porovnat způsoby využití technických pomůcek a zařízení k usnadnění manipulace v Domovech pro seniory v Jihočeském kraji.

2.2 Hypotézy výzkumu

Pro práci byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Ošetřující personál nemá praktické zkušenosti v oblasti manipulace s klienty.

H2: Domovy pro seniory nejsou dostatečně vybaveny manipulačními pomůckami .

H3: Ošetřující personál v Domovech pro seniory nepožaduje změny v zavedeném způsobu manipulace s klienty.

3. Metodika výzkumu

3.1. Použité metody

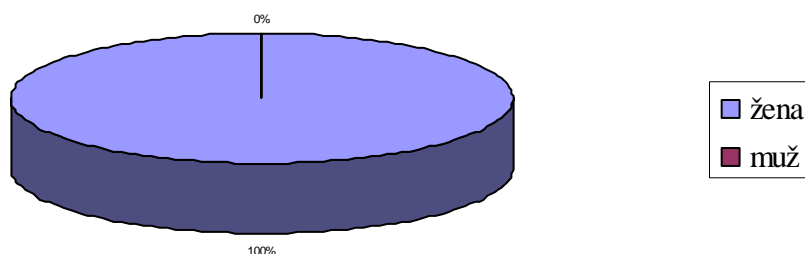
Kvantitativní výzkum byl prováděn dotazníkovou metodou, technikou dotazníku pro ošetrovatelský personál v domovech pro seniory v Jihočeském kraji.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvoří 108 respondentů z řad ošetrovatelského personálu v 9 domovech pro seniory v Jihočeském kraji. Z původního počtu 150 rozdaných dotazníků se jich vrátilo 126, z tohoto počtu nebylo zcela vyplněno 18 dotazníků. Ty byly vyřazeny a pro potřeby této práce bylo tedy použito 108 správně vyplněných dotazníků.

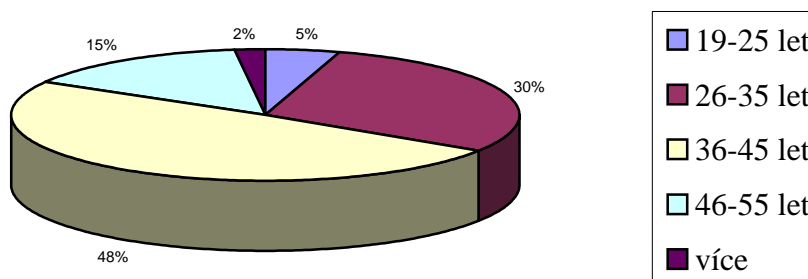
4. Výsledky

Graf 1 Pohlaví respondentů



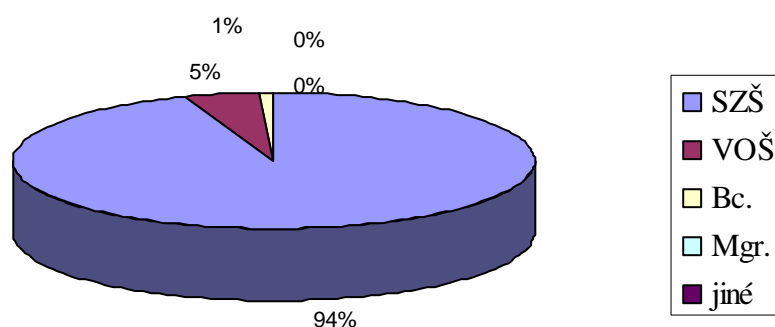
Výzkumný vzorek tvoří 108 respondentů. Všichni respondenti jsou ženy 108 (100%). Žádný z respondentů není muž 0 (0%).

Graf 2 Věk respondentů



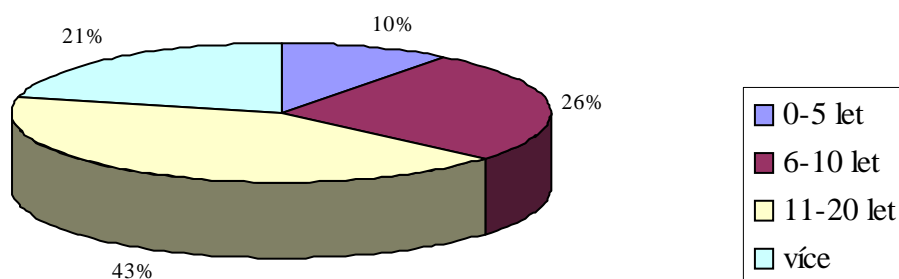
Skupinu respondentů tvořily sestry ve věku nad 55 let 2 (2%), věková kategorie 46-55 let 16 respondentů(15%), věková kategorie 36-45 let je zastoupena 53 respondenty (48%). Věkovou kategorii 26-35 let tvoří 32 respondentů(30%) Ve věku 19-25 let je zastoupení 5 respondentů (5%).

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



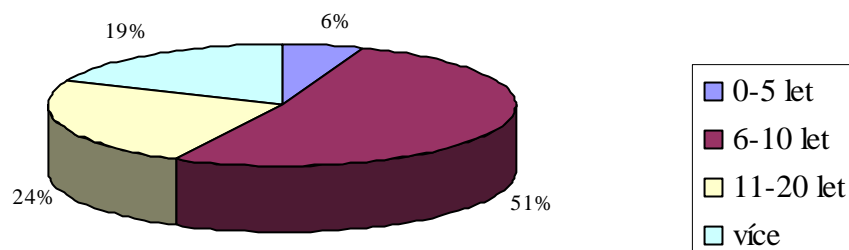
Středoškolsky vzdělaných sester je 102 (94%), VOŠ absolvovalo 5 (5%) respondentů, bakalářské vzdělání má 1 (1%) sestra. Magisterské vzdělání a jiné vyšší vzdělání má 0 (0%) respondentů.

Graf 4 Délka praxe u lůžka



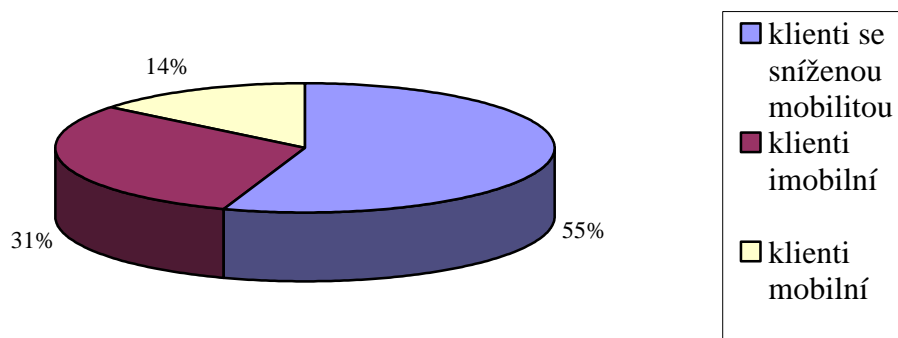
Respondentů s délkou praxe 11-20 let bylo 45 (43%), respondentů s délkou praxe 6-10 let 28 (26%), s délkou praxe více než 20 let 23 (21%) respondentů. Délku praxe do 5 let má 11 (10%) respondentů.

Graf 5 Praxe v zařízení pro seniory



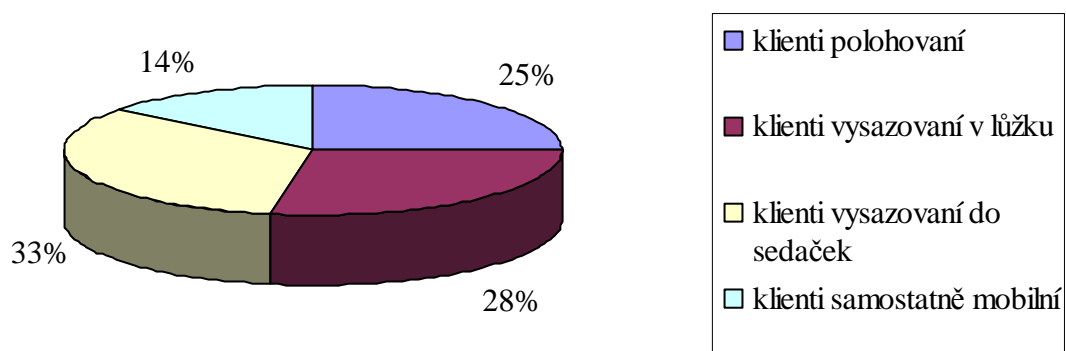
Praxi v zařízení pro seniory v rozmezí 6-10 let má 56 (51%) respondentů, 11-20 let praxe 26 (24%) respondentů, více než 20 let praxe má 20 (19%) respondentů. Do pěti let praxe v zařízení pro seniory má 6 (6%) respondentů.”

Graf 6 Úroveň mobility klientů



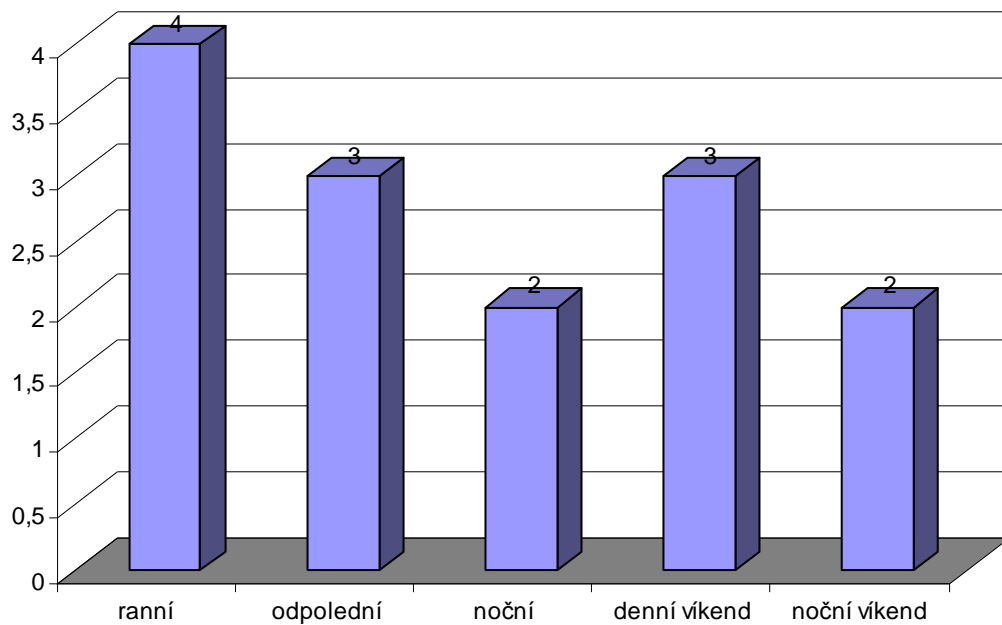
V zařízeních pro seniory bylo celkem 648 klientů, z toho 358 (55%) klientů se sníženou mobilitou, 198 (31%) klientů imobilních, 92 (14%) mobilních klientů .

Graf 7 Způsoby polohování klientů



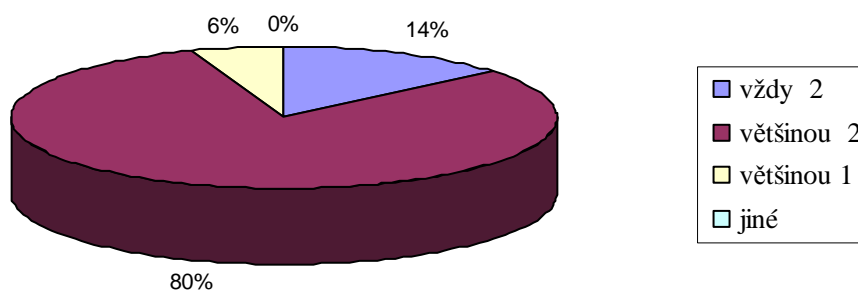
V 9 sledovaných zařízeních tvoří klienti vysazovaní do křesel, sedaček apod. 214 (33%). Klientů posazovaných pouze v lůžku je 180 (28%), klienti polohováni pouze v lůžku tvoří skupinu 162 (25%). Klientů mobilních, nevyžadujících manipulaci je 92 (14%).

Graf 8 Počty personálu ve směně



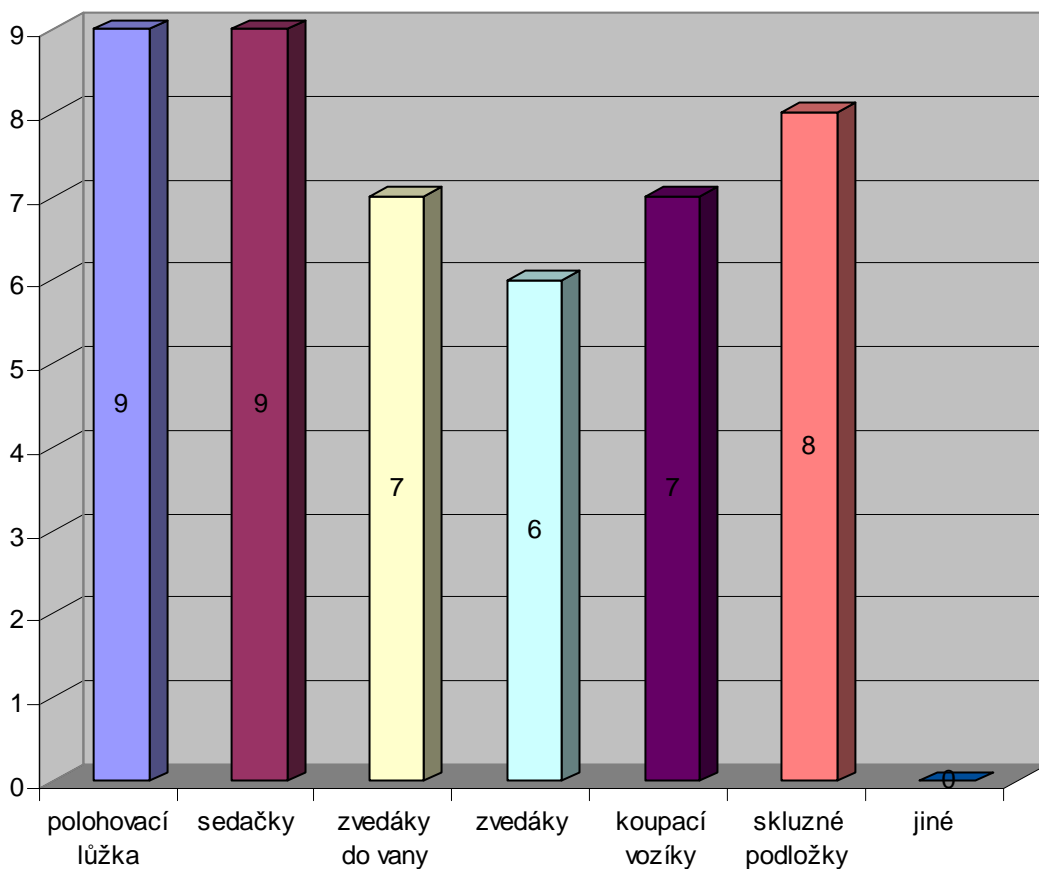
O klienty v zařízeních obvykle (průměrně) pečují v pracovní dny při ranní službě 4 osoby, při odpolední službě 3 osoby, v noci 2 osoby. Víkendové služby jsou obsazeny přes den 3 osobami, v noci 2 osobami.

Graf 9 Počet personálu při manipulaci



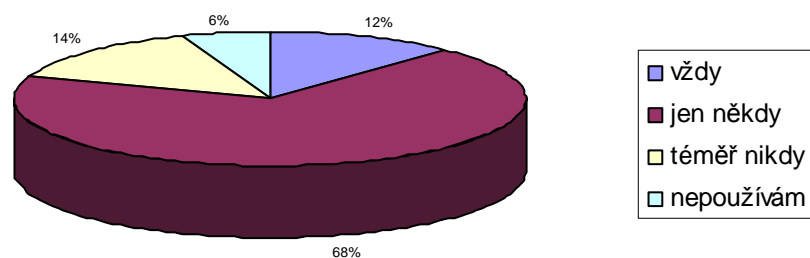
Ve dvojicích provádí nejčastěji manipulaci s klienty 87 (80%) respondentů. Vždy ve dvojicích provádí manipulaci s klienty 15 (31%) respondentů. Manipulaci s klienty většinou samostatně provádí 6 (6%) respondentů. Jiný počet personálu při manipulaci s klienty uvedlo 0 (0%) respondentů.

Graf 10 Vybavení manipulačními pomůckami



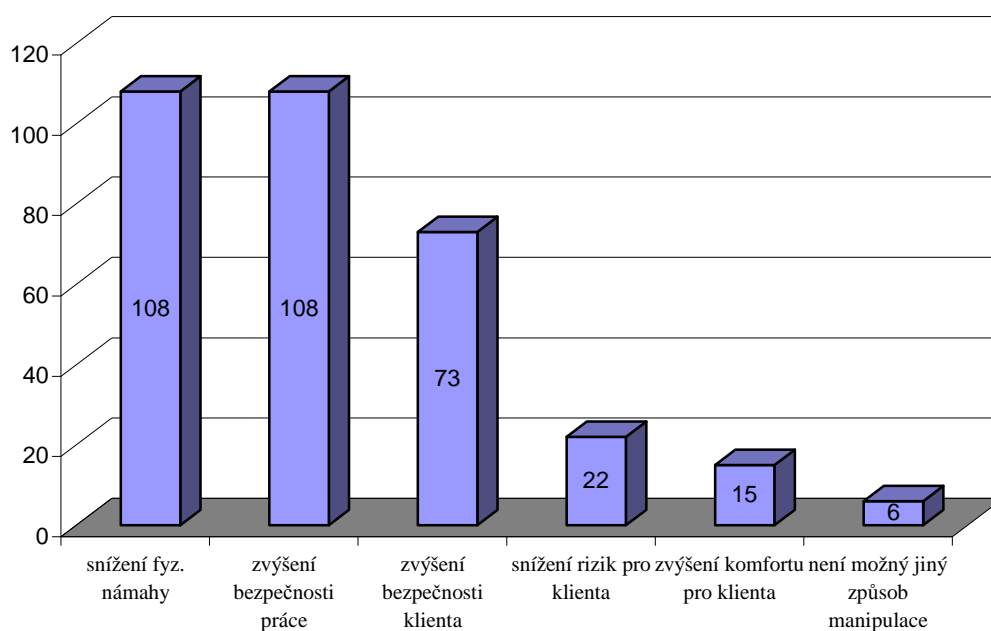
Všechna zařízení 9 (100%) jsou vybavena polohovacími lůžky a sedačkami, jen 8 zařízení je vybaveno skluznými podložkami. Pouze v 7 zařízeních mají zvedáky do vany a koupací vozíky, v 6 zařízeních jsou vybaveny zvedáky. Jiné pomůcky pro manipulaci s klienty nebyly respondenty udány. Respondenti měli možnost výběru více odpovědí.

Graf 11 Používání manipulačních pomůcek



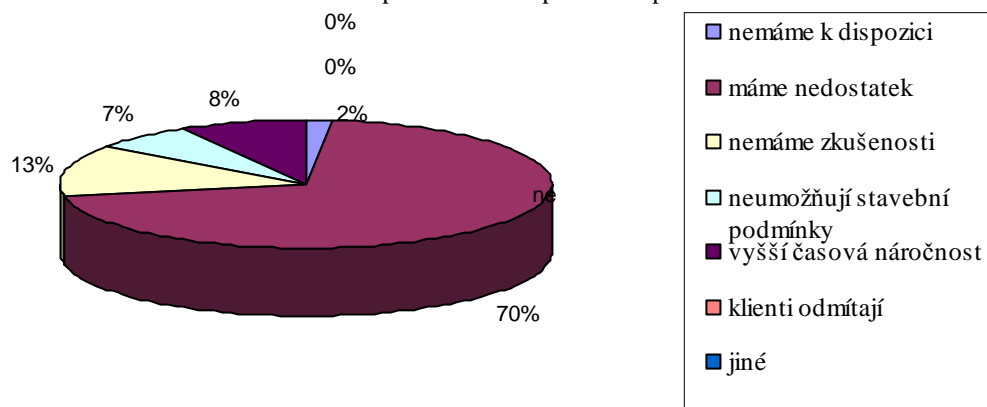
Nejvíce respondentů 74 (68%) používá pomůcky jen někdy, 15 (14%) respondentů nepoužívá pomůcky téměř nikdy, 13 (12%) respondentů používá pomůcky vždy. 6 (6%) respondentů pomůcky nikdy nepoužívá.

Graf 12 Důvody používání manipulačních pomůcek



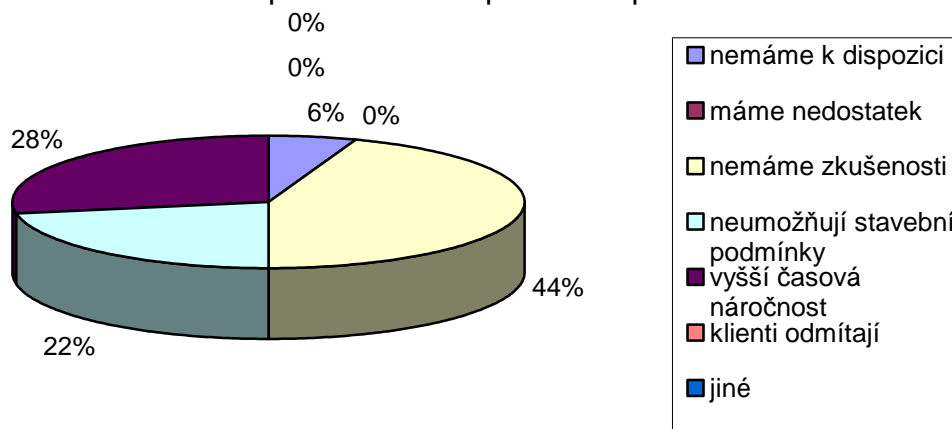
108 používá pomůcky z důvodu snížení fyzické námahy a zvýšení bezpečnosti práce, 73 respondentů používá pomůcky z důvodu zvýšení bezpečnosti klienta, 22 respondentů používá pomůcky pro snížení rizik pro klienta, 15 respondentů používá pomůcky z důvodu zvýšení komfortu péče pro klienta. 6 respondentů používá pomůcky, protože není možný jiný způsob manipulace s klientem. Respondenti vybírali z více možností.

Graf 13 Omezené používání manipulačních pomůcek



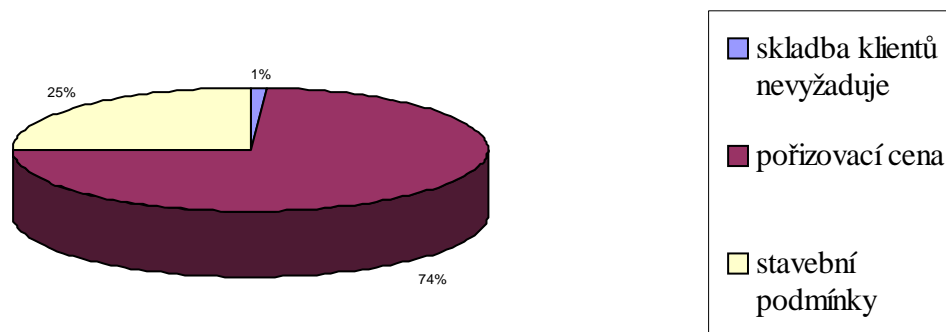
84 (70%) respondentů používá pomůcky omezeně z důvodu jejich nedostatku, 16 (13%) respondentů s nimi nemá zkušenosti, 10 (8%) respondentů z důvodu vyšší časové náročnosti pro manipulaci. 8 (7%) respondentů uvedlo jako důvod nevyhovující stavební úpravy. 2 (2%) respondentů je nemá k dispozici. Žádný z respondentů nevedl jako důvod odmítavý přístup klientů nebo jiný.

Graf 14 Nepoužívání manipulačních pomůcek



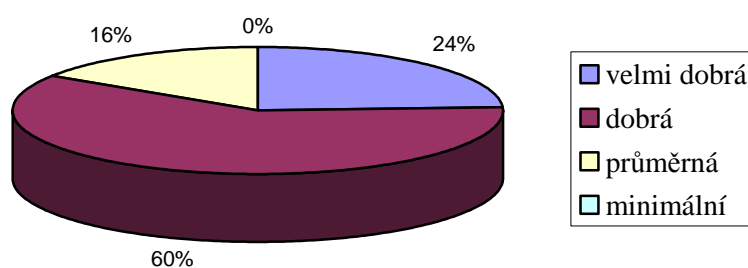
16 (44%) respondentů nepoužívá pomůcky z důvodu, že s nimi nemá zkušenosti, 10 (28%) respondentů z důvodu vyšší časové náročnosti při manipulaci. 8 (22%) respondentů uvedlo jako důvod nevyhovující stavební úpravy. 2 (6%) respondentů je nemá k dispozici. Žádný z respondentů nevedl jako důvod odmítavý přístup klientů nebo jiný důvod.

Graf 15 Důvody nedostatečného vybavení zařízeních pomůckami



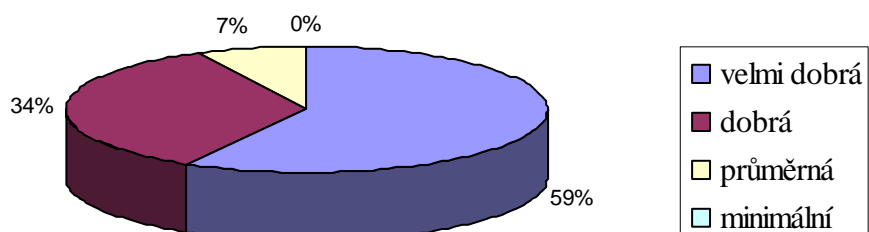
Jako důvod nedostatečné vybavenosti zařízení manipulačními pomůckami uvedlo 65 (74%) respondentů vysokou pořizovací cenu, 22 (25%) vidí problém ve stavebních podmínkách zařízení. 1(1%) respondent udává, že skladba klientů v jejich zařízení to nevyžaduje.

Graf 16 Úroveň teoretických znalostí



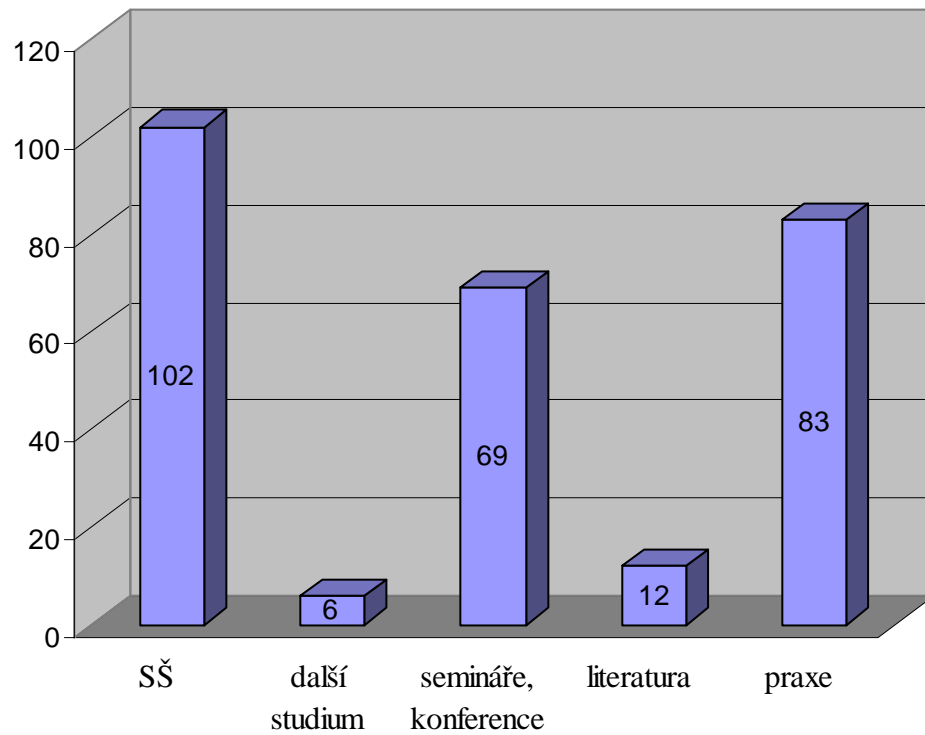
65 (60%) respondentů udává, že mají dobré znalosti, 26 (24%) znalosti velmi dobré, 17 (16%) průměrné znalosti. Znalosti minimální neuvedl žádný z respondentů.

Graf 17 Úroveň praktických dovedností



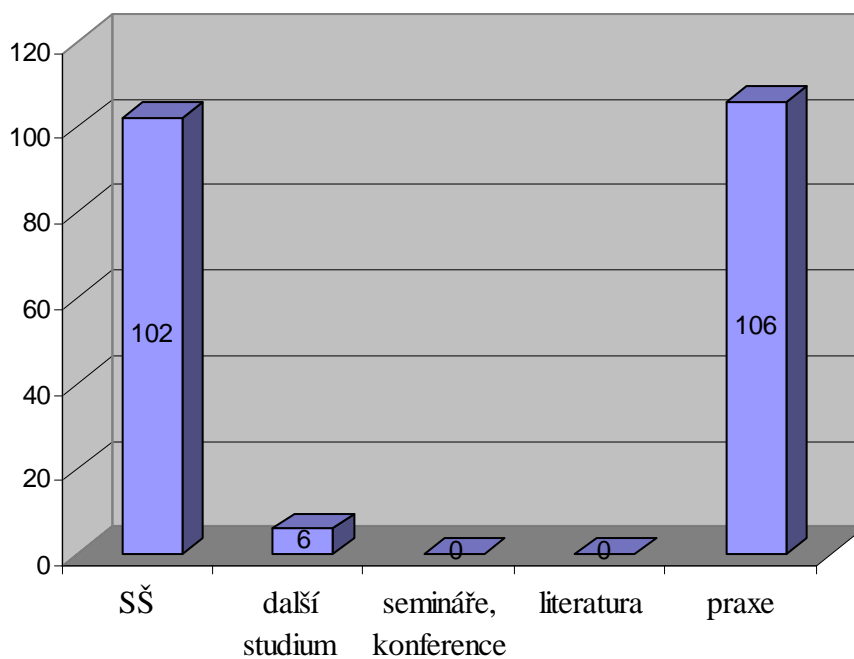
63 (59%)respondentů udává velmi dobré dovednosti, 37 (34%) dovednosti dobré, 8 (7%)průměrné dovednosti. Dovednosti minimální nevedl žádný z respondentů.

Graf 18 Způsoby získání znalosti



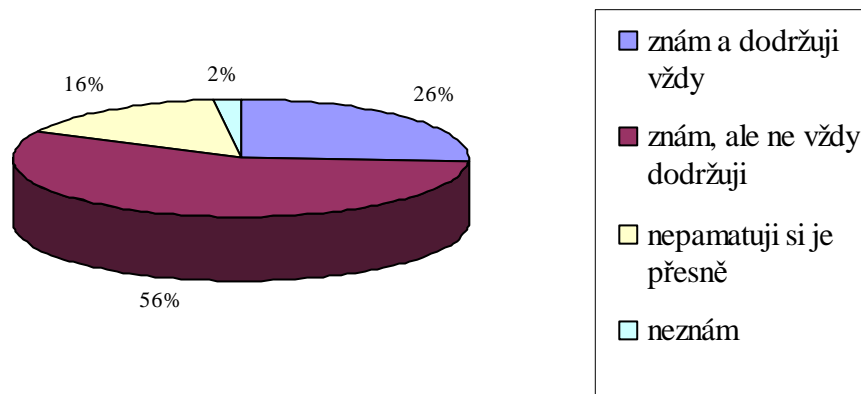
102 respondentů má získané znalosti ze SZŠ, 6 respondentů z dalšího studia. 69 respondentů znalosti získalo na odborných seminářích, konferencích apod. Znalosti z literatury udává 12 respondentů. Znalosti získalo v praxi 83 respondentů. Respondenti vybírali odpovědi z více možností.

Graf 19 Způsoby získání praktických dovedností



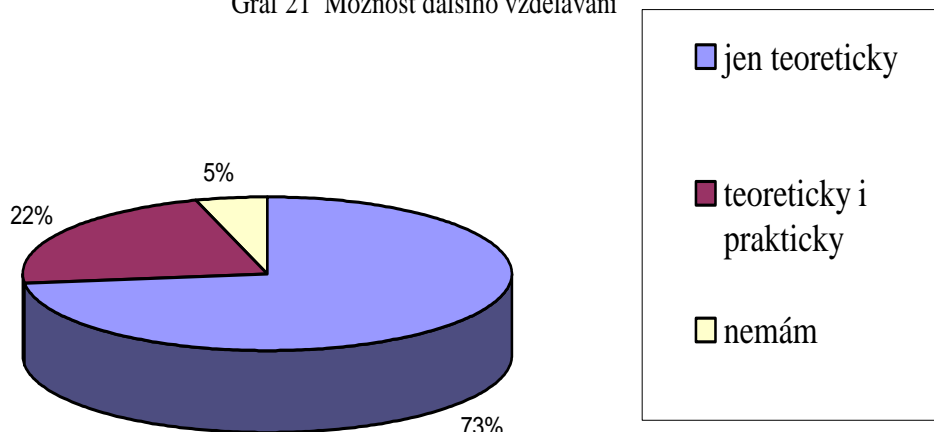
102 respondentů má dovednosti ze SZŠ, 6 respondentů z dalšího studia. Praktické dovednosti získalo v praxi 106 respondentů. Respondenti vybírali odpovědi z více možností.

Graf 20 Znalost zásad manipulace s klienty



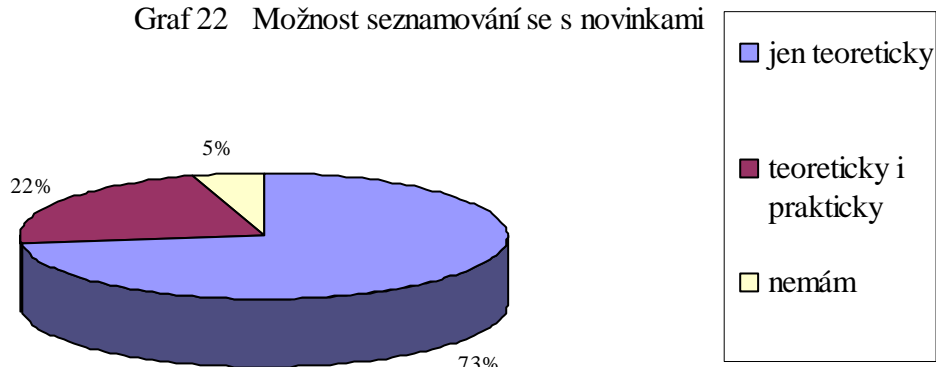
61 (56%) respondentů zásady zná, ale ne vždy je dodržuje, 28 (26%) respondentů zásady zná a dodržuje vždy. 17 (16%) si zásady nepamatuje přesně. 2 (2%) respondenti zásady manipulace s klienty neznají.

Graf 21 Možnost dalšího vzdělávání



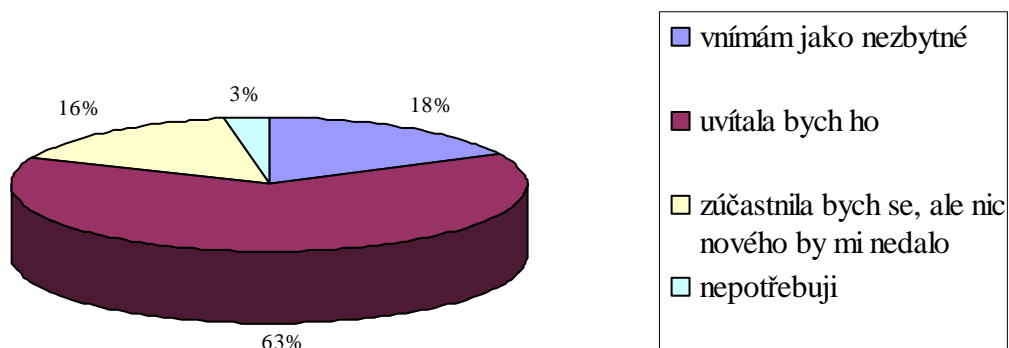
79 (73%) respondentů má možnost se teoreticky vzdělávat, 24 (22%) respondentů má možnost teoretického i praktického vzdělávání. 5 (5%) respondentů nemá možnost dalšího vzdělávání.

Graf 22 Možnost seznávení se s novinkami



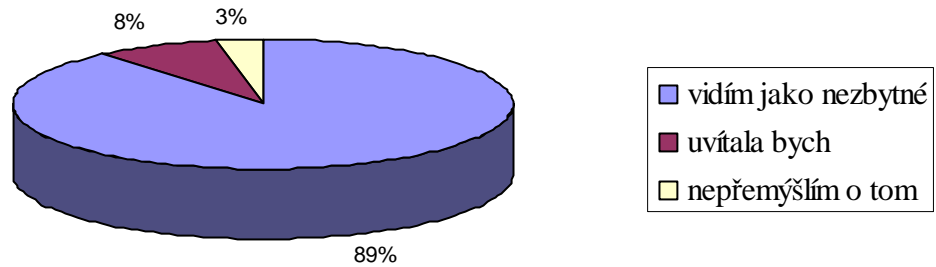
79 (73%) respondentů má možnost teoretického seznávení se s novinkami, 24 (22%) respondentů má možnost teoretického i praktického seznávení se s novinkami. 5 (5%) respondentů se s novinkami nemá možnost seznámit.

Graf 23 Zájem o seminář s praktickým nácvikem



69 (63%) respondentů by seminář uvítalo, 19 (18%) respondentů jej vnímá jako nezbytný. 17 (16%) respondentů by se zúčastnilo, ale nemyslí si, že by jim přinesl něco nového. 3 (3%) respondentů nemá zájem.

Graf č. 24 Dovybavení zařízení manipulačními pomůckami



87 (89%) respondentů vnímá potřebu dovybavení zařízení jako nezbytnou, 8 (8%) respondentů by ji uvítalo. 3 (3%) respondentů o této otázce nepřemýšlelo.

5. Diskuze

Výzkumný vzorek 108 respondentů tvořily ze 100% ženy, nejčastěji ve věku 36 – 45 let, viz graf 2. Mladší ženy tedy asi pravděpodobně pracují v nemocnicích, ať už na ambulancích či odděleních s akutními lůžky. Vybírají si atraktivnější pracovní místa? Je možné, že většina mladších kolegyně si vybírají místa s možností většího uplatnění svých kompetencí. Muži v těchto zařízeních pracují, ale jen v minimálním počtu na pozicích ošetrovatelského personálu. Našeho výzkumu se žádný muž nezúčastnil. Myslíme si, že si pracovní místa mimo domovy pro seniory ze stejných důvodů jako mladší a vysokoškolsky vzdělané ženy vybírají i muži. Ti se nejvíce uplatňují na záchranné službě, a na odděleních s urgentními lůžky, jako jsou anesteziologicko resuscitační oddělení, jednotky intenzivní péče a operační sály. Jak ukazují grafy 3 a 4, respondentky mají praxi u lůžka nejčastěji 11-20 let, praxi v zařízeních pro seniory 6-10 let. Většina sester, 94%, má středoškolské vzdělání. To dokazuje graf 3. Vysokoškolsky vzdělané sestry pracují v těchto zařízeních též v omezeném počtu, nejčastěji na vedoucích funkcích. S novým způsobem získávání odbornosti k výkonu profese sestry se v budoucnu budeme pravděpodobně setkávat s vysokoškolsky vzdělanými sestrami častěji. Sestry dříve neměli tolik možností se dále vzdělávat, stačila jim střední škola a více možností neměly. Dnes je situace, kdy mají sestry více možností ke studiu. Sestry, které pracují ve zdravotnictví delší dobu a jsou věkově starší, nemají chuť začínat se studiem. Naopak mladší sestry mají potřebu něčeho dosáhnout a mají mnoho možností studovat.

V zařízeních, kde se prováděl výzkum, bylo v tu dobu ubytováno celkem 648 klientů. Jak ukázaly grafy 6, 7 a 8, převážná většina, 55% klientů, mělo sníženou mobilitu, 31% klientů bylo imobilních. Dá se tedy říci, že 556 klientů potřebuje pomoc při každodenních aktivitách, vysazování, polohování. V každém zařízení je tedy průměrně 72 klientů, z toho 62 klientů závislých na péči. Klienti vysazování do křesel, sedaček apod. tvoří zhruba 1/3 klientely. 28 % klientů je vysazováno v lůžku, 25 % klientů polohováno v lůžku. Jen 14 % klientů v zařízeních je mobilních, nevyžadujících žádnou fyzickou manipulaci.

Průměrné personální obsazení směn je ve všech zařízeních velmi podobné. Nejčastěji byly ve službě při ranní směně 4 ženy, při odpolední službě 3. Víkendové služby byly nejčastěji zabezpečeny 3 ženami, noční služby 2 ženami. Pro zdravotnická zařízení jsou stanovené doporučené počty ošetrovatelského personálu. Tyto počty se však netýkají zařízení sociálních služeb. Obsazení služeb obvyklým počtem 4 osob na denní službě je dle mého názoru a zkušeností tedy naprosto nedostačující. O víkendových službách je počet personálu ještě nižší, počet klientů zůstává i o víkendech stejný. Ošetrovatelský personál je tak trvale vystaven nadměrné fyzické zátěži při manipulaci s klienty. I z toho pak pramení fyzická i psychická únava personálu, časté bolesti zad, delší a opakované pracovní neschopnosti při léčbě poranění v souvislosti s přetížením či nesprávnou manipulací s klienty

Manipulace s klienty je náplní práce všech členů ošetrovatelského týmu. Respondentky na otázku číslo 9 v dotazníku, týkající se počtu osob manipulujících s klientem, odpověděly takto. Při manipulaci nejčastěji respondentky pracují ve dvojicích. Zásadně ve dvojicích pracuje 31 % respondentek. Vždy záleží na zdravotním stavu klienta, na potenciálu jeho sil, na schopnosti a ochotě spolupracovat. Vzhledem k tomu, že jde o zařízení pečující o seniory, se ve většině případů jedná o klienty, kteří nejsou schopni úplně personálu pomáhat a spolupracovat. Je to dáno věkem klientů, jejich častou polymorbiditou a diagnózami, s kterými do zařízení nastupují. O to je pak manipulace s klienty náročnější. Porovnáme-li graf mobility klientů a odpovědi respondentek ohledně počtu personálu při manipulaci, výsledky vyvolají další otázky. Pracují sestry dle zásad manipulace? Nepřetěžuje personál sám sebe, když nemanipuluje ve více případech vždy ve dvojicích?

Zařízení pečující o seniory byla v době výzkumu vybavena různými typy manipulačních pomůcek. Většina respondentů však uvedla, že je sice mají, ale nemají jich dostatečný počet a tudíž je nemohou ve své praxi vždy používat, viz grafy 9 -11. Polohovacími lůžky jsou zařízení vybavena. Bylo by zajímavé vědět, zda všechna zařízení mají všechna lůžka elektricky nebo hydraulicky polohovatelná. Ve všech zařízeních mají sedačky. Zvedáky do vany mají jen v 7 zařízeních.

Koupacími vozíky (lůžky) je vybaveno pouze 7 zařízení. Skluzné podložky využívají v 8 zařízeních. Jak z výzkumu vyplývá, zařízení jsou těmito pomůckami vybavena, ale ne v dostatečném počtu. I to se pak negativně odráží na práci sester, jejich únavě a nemocnosti. Zajímavé byly i odpovědi na otázku 12, důvody pro používání manipulačních pomůcek. Dle výsledků dotazníků nejčastěji respondentky využívají pomůcek pro manipulaci s klienty jen někdy, 20% pak téměř nikdy nebo nikdy. Respondentky, které pomůcky používají, udávají jako důvod snížení fyzické námahy a zvýšení bezpečnosti práce. 73 respondentek uvedlo jako důvod zvýšení bezpečnosti klientů, snížení rizik pro klienty při manipulaci udalo jen 22 respondentek. Tato otázka, respektive výsledky odpovědí na ni, nutí k zamyšlení. Vidí sestry manipulaci s klienty jako zátěž pouze pro sebe? Uvědomují si rizika, která přináší manipulace klientům? Uvažují sestry o tom, jak se klient při manipulaci cítí? Ptají se na jeho pocity? Jsou empatické? Nebo prostě jen provedou manipulaci s klientem, bez ohledu na něho?

A proč sestry pomůcky používají omezeně nebo je vůbec nepoužívají? Většina respondentek uvádí, že jich mají v zařízení nedostatek. To pak neumožňuje jejich používání vždy, kdy by bylo vhodné je použít. Jako největší problém v nevybavenosti zařízení vidí respondenti vysokou pořizovací cenu většiny těchto pomůcek. 16 % respondentek uvádí, že s nimi nemá zkušenost. 6% uvádí, že pomůcky nemají k dispozici vůbec.

Zkušenosti se získávají praxí, ale nejsou-li zařízení manipulačními pomůckami vybavena, nebo sestry nemají možnost s nimi pracovat, nemohou získat potřebnou praxi. Každodenní manipulace s klienty je fyzicky náročnou činností. Neprovádí-li se dle zásad a nepoužívají-li se manipulační pomůcky, je ošetrovatelský personál neustále ohrožen bolestmi zad, úrazy páteře. Mělo by být v zájmu managementu jednotlivých zařízení, aby pro své zaměstnance vytvořili vhodné pracovní prostředí. Je zajímavé, že 1/10 sester uvádí jako negativum využívání pomůcek větší časovou náročnost při manipulaci. Je pravdou, že řádné připoutání klienta do hydraulických či vakových zvedáků zabere o něco více času. Většina sester si pravděpodobně vůbec neuvědomuje to, že sice aktuálně ušetří pár minutek, ale časem se nadměrná zátěž nahromadí a může personálu způsobit zdravotní potíže.

V některých zařízeních omezují nebo znemožňují používání manipulačních pomůcek stavební podmínky. A jaké jsou nejčastější příčiny? Nedostatek prostoru kolem lůžka, v koupelnách, úzké chodby, dveře. Také více lůžek na relativně malých pokojích neumožňuje dostatečný manipulační prostor pro většinu těchto pomůcek. I výrobci manipulačních pomůcek ve svých materiálech poukazují na nutnost dostatečného prostoru. „Klíčem k dobré a účinné ošetrovatelské péči jsou dostatek prostoru, správné mechanické postupy a vhodné mechanické pomůcky“ (21, str.11)

Respondentky odpovídaly, že získaly teoretické znalosti nejčastěji na střední škole. Seminářů apod. získávalo zkušenosti 69 respondentek. Vzhledem k vývoji ošetrovatelství v posledních letech a době, kdy respondentky ukončily studium, byly následující výsledky poněkud překvapující. Bylo zjištěno, že 60 % respondentek hodnotí své teoretické znalosti jako velmi dobré, 24 % dobré. Praktické dovednosti jako velmi dobré hodnotí 59 % respondentů, dobré 34 %. Pravděpodobně ví, proč a jak s klienty manipulují. Bylo by zajímavé, kdyby respondentky absolvovaly seminář či školení o správné manipulaci s klienty. Změnil by se pak jejich názor na jejich úroveň teoretických znalostí? A jak by asi sestry uspěly, kdyby měly konfrontovat své praktické zkušenosti s praktickými ukázkami odborníků?

Praktické dovednosti všechny respondentky získaly studiem střední školy a většina udala, že dovednosti získala a získává praxí. Jak je známo, naučí-li se člověk něco dělat chybně, jen těžko se to pak odnaučuje. Pokud sestry neměly ve své praxi možnost si vyzkoušet své praktické dovednosti pod vedením zkušeného lektora, nelze vyloučit, že dělají chyby, aniž by se to samy uvědomovaly.

Znalost a dodržování zásad manipulace s klienty je podstatná součást správné ošetrovatelské péče. Bez nich nelze s klienty manipulovat tak, aby nebyli vystaveni riziku poškození. Správné postupy při manipulaci chrání nejen klienta, ale i sestry. Přesto z výzkumu vyplývá, že jen 26 % respondentek uvedlo, že zásady zná a vždy dodržuje. 56 % respondentek znalosti zásad má, ale ne vždy je dodržují. Možná by bylo zajímavé dozvědět se, proč je nedodržují vždy. Z odpovědí na otázky v dotazníku vyplynulo, že příčinou by mohl být nedostatečný počet personálu, nedostatečný prostor pro manipulaci.

Ve své praxi se často setkávám s názorem kolegyň, že nemají vytvořené vhodné podmínky pro další vzdělávání. Většina zaměstnavatelů jim neumožňuje další studium, studovat musí ve svém volném čase. Proto jsem byla překvapena odpovědí, že 95 % dotazovaných sester má možnost dalšího vzdělávání. Ovšem možnost vzdělávat se pouze teoreticky udává 73 % respondentek. Stejně respondenty odpovídaly i na možnost seznamovat se s novinkami v oblasti manipulace s klienty. To v problematice manipulace s klienty není uspokojivý výsledek. Nejedná se přeci jenom o znalost problematiky, ale i dovednosti, které se musí sestra naučit. A teorie bez praxe v téhle problematice prostě nemůže existovat. Obzvláště v dnešní době, době technického pokroku, kdy i na český trh vstupuje celá řada výrobců pomůcek usnadňujících manipulaci. Nejen čeští výrobci pořádají prezentace svých výrobků s praktickými ukázkami a možností nácviku práce s jednotlivými pomůckami. Bylo by zajímavé zjistit, zda neúčast na těchto akcích je dána nezájmem sester, nebo je problém na straně managementu jednotlivých zařízení. Často se o zajímavých seminářích a prezentacích od svých nadřízených sestry ani nedozví. Ze své minulé praxe mohu říct, že jako sestra jsem se o těchto akcích většinou od vedení zařízení nedozvěděla. To ostatně odpovídá i výsledkům při zjišťování zájmu o seminář s praktickým nácvikem. 81% sester odpovědělo, že by jej uvítalo. Znamená to tedy, že nezájem sester nebude pravděpodobně ta největší překážka v dalším vzdělávání. Pravděpodobně zde dochází ke kumulaci více faktorů. Mezi tyto faktory bych ze své praxe zařadila dostupnost místa konání prezentace a časovou náročnost seminářů. Vícedenních seminářů se sestry nerady zúčastňují. Důvodem bývá často únava ze zaměstnání, směnný provoz, role ženy – matky. Mezi zaměstnavateli taktéž nepanuje příliš velký zájem o vzdělávání svých zaměstnanců. Sestry se vzdělávacích akcí musí zúčastňovat většinou výhradně ve svém volnu. Jedním z faktorů je i finanční náročnost těchto seminářů a často nebývají ani akreditovány Českou asociací sester. Poslední výzkumnou otázkou bylo zjištění zájmu sester o lepší vybavenost zařízení pomůckami pro usnadnění manipulace s klienty. Je potěšující, že sestry v naprosté většině požadují změnu ve vybavenosti zařízení. „Ošetrovatelský personál, který má k dispozici dostatečný prostor, má možnost a umí používat mechanické pomůcky, tím zvyšuje aktivitu klientů.“

Aktivnější klient vyžaduje méně péče, značně se sníží riziko poškození personálu. Všechny ošetrovatelské úkony budou méně namáhavé a duševní pohoda personálu se zvýší“ (21, str. 11). Je vidět, že sestry o své práci přemýšlí. Určitě by svou práci rády zlepšily. Toto by mohl být jeden z kroků ke zlepšení pracovních podmínek pro sestry a zvýšení spokojenosti a komfortu klientů.

6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit úroveň znalostí a praktických zkušeností sester v oblasti manipulace s klienty. Zjistit vybavenost domovů pro seniory a způsoby využití technických pomůcek a zařízení k usnadnění manipulace v domovech pro seniory v Jihočeském kraji. Pro práci byly stanoveny tyto hypotézy.

H1: Ošetřující personál nemá standardní praktické zkušenosti v oblasti manipulace s klienty. Hypotéza nebyla potvrzena. Sestry mají standardní znalosti a dobré praktické zkušenosti v oblasti manipulace s klienty. Přesto by však uvítaly seminář s praktickým nácvikem manipulace s klienty. Taktéž by uvítaly praktické ukázky novinek v oblasti manipulačních pomůcek.

H2: Domovy pro seniory nejsou dostatečně vybaveny manipulačními pomůckami. Hypotéza byla potvrzena. Domovy pro seniory nejsou dostatečně vybaveny manipulačními pomůckami. Lepší situace je v nově zřizovaných zařízeních. Ve starších, pouze rekonstruovaných zařízeních, nejsou ve většině případů dostatečné prostorové podmínky pro používání manipulačních pomůcek.

H3: Ošetřující personál v Domovech pro seniory nepožaduje změny v zavedeném způsobu manipulace s klienty. Hypotéza nebyla potvrzena. Sestry požadují změny v zavedeném způsobu manipulace s klienty v jejich zařízení. Uvítaly by větší vybavenost zařízení manipulačními pomůckami. A to v takovém množství, aby je mohly používat při každé manipulaci s klienty.

Cíle práce byly splněny. Pokud by došlo k dovybavení zařízení pečující o seniory, vedlo by to k šetrnější, komfortnější a důstojnější manipulaci s méně soběstačnými a nesoběstačnými klienty v domovech pro seniory. Zároveň by toto mohlo pomoci ošetřovatelskému personálu k usnadnění práce z pohledu jejich vlastního zdraví. Záleží na sestřích a managementu jednotlivých zařízení, jak se k této problematice postaví.

7. Seznam zdrojů

1. BEKEL G. – HALMO,R.. *Teorie deficitu sebeděče*. Univerzita Palackého v Olomouci 2004. ISBN 80-244-0794-9
2. GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. Jihočeská univerzita Č.Budějovice 1998. ISBN 80-7040-286-5
3. HALMO, R. *Kinestetická mobilizace*. Diagnóza v ošetrovatelství.Praha:2005, roč.1,č.3,s.133-135. ISSN 1801-1349
4. CHLUMECKÁ, J. *Hodnocení soběstačnosti v ergoterapii*. Diagnóza v ošetrovatelství.Praha:2005, roč.1,č.3,s.122-123. ISSN 1801-1349
5. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostravská univerzita v Ostravě 2006. ISBN 80-7368-110-2
6. JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 1991. ISBN 80-7013-109-8
7. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatel'stvo I, II*. Vydavatel'stvo Osveta Martin, 1995. ISBN 80-217-0528-0
8. KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatel'ské techniky – metodika sesterských činností, II. vyd.*, Vydavatel'stvo Osveta Martin, 2006. ISBN 80-8063-202-2
9. KRIŠKOVÁ, A. a kol *Ošetrovatel'ské techniky*. Vydavatel'stvo Osveta Martin, 2001. ISBN 80-8063-087-9

10. MAREČKOVÁ, J. – JAROŠOVÁ, D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. Ostravská univerzita Ostrava 2005. ISBN 80-7368058-0

11. PACOVSKÝ

12. PETRÁČKOVÁ, V. – KRAUS J. a kol., *Akademický slovník cizích slov*. Akademia Praha, ISBN 80-200-0982-5

13. RICHARDS, A. – EDWARDS S., *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Grada Publishing Praha 2004. ISBN 80-247-0932-5

14. ROZSYPALOVÁ M.- ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. Informatorium 2002. ISBN 80-86073-96-3

15. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. Karolinum 2005. ISBN 80-246-1091-4

16. ŠIMEK, J. *Pohyb, aktivita*. Diagnóza v ošetrovatelství. Praha:2005, roč.1,č.3,s.114
ISSN 1801-1349

17. TRACHTOVÁ, E. a kol.. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vydavatelství DVPZ Brno 1999. ISBN 80-7013-285-X

18. ZVONÍČKOVÁ, M. – SVOBODOVÁ, H. *Pomoc nemocnému při udržování žádoucí polohy vleže, vsedě, při chůzi, pomoc nemocnému při změnách polohy podle Virginie Hendersonové*. Diagnóza v ošetrovatelství. Praha:2005, roč.1,č.3,s.124-125.
ISSN 1801-1349

19. *Charta práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby*, Národní nadace pro gerontologii, Francie, MPSV Francie 1996

20. Průvodce sociálními službami města České Budějovice, Magistrát města Č.Budějovice 2007

21. ARJO – reklamní materiály firmy

22. LINET - reklamní materiály firmy

23. Sbírka zákonů č. 505 / 2006 , Vyhláška ze dne 15.11.2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

24. Zákon o sociálních službách 108/2006

Dostupné z:

25. *Zákoník práce* [online], [cit.2008-10-04]

[http:// www.zakonik_prace.cz](http://www.zakonik_prace.cz)

26. *Muskuloskeletární poruchy u zdravotnického personálu* [online], [cit.2008-10-04]

http://www.bozpinfo.cz/win/citarna/tematicke_prilohy/muskuloskeletalni_poruchy/

27. *Činnosti podporující nácvik sebeobsluhy pacientů* [online], [cit.2008-27-03]

<http://www.dcmotol.cz/soubory/MethodManualPodporaSebeobsluhy>

28. *Mobilizace vrací do života* [online], [cit.2008-07-04]

<http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/komfort-2005/27500/mobilizace-vraci-do-zivota>

29. *Sociální služby* [online], [cit.2008-25-04]

<http://www.mpsv.cz>

30. *Kinestetika* [online], [cit.2008-05-04]

[http:// www.viv-arte.com](http://www.viv-arte.com)

31. Kinästhetik in der Pflegeausbildung - S.Lieser, J. Wietzel [online], [cit.2008-05-04]

<http://journal.kinaesthetik.net/>

32. <http://ografologii.blogspot.com/2008/04/abraham-maslow-pyramida-potreb.html>

[online], [cit.2008-05-04]

8. Klíčová slova

Imobilita

Kinestetika

Manipulace

Nesoběstačnost

Pomůcky

Potřeba

Senior

Zátěž

Keywords

Immobility

Kinaesthetic

Manipulation

Non-self-sufficiency

Aids

Need

Senior

Load

9. Seznam příloh

- Příloha 1 Maslowova Pyramida potřeb
- Příloha 2 Barthelův test
- Příloha 3 Zařízení sociální péče v Jihočeském kraji
- Příloha 4 Kinestetická manipulace
- Příloha 5 Hmotnostní limity pro ruční manipulaci
- Příloha 6 Polohovatelná lůžka
- Příloha 7 Zvedáky do vany
- Příloha 8 Koupací lůžka – vozíky
- Příloha 9 Hygienická křesla
- Příloha 10 Vakové zvedáky
- Příloha 11 Stavěcí zvedáky
- Příloha 12 Mechanický vozík pro přesun
- Příloha 13 Kluzná podložka
- Příloha 14 Charta práv a svobod seniorů
- Příloha 15 Dotazník

Příloha 1 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: <http://ografologii.blogspot.com/2008/04/abraham-maslow-pyramida-potreb.html>

Příloha 2 Barthelův test

Jméno a příjmení				
Rodné číslo				
činnost	provedení činnosti	bodové skóre	I.datum hodnocení	II.datum hodnocení
1.najedení, napití	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
2.oblékání	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
3.koupání	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
4.osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5		
	neprovede	0		
5.kontinence moče	plně kontinentní	10		
	občas inkontinentní	5		
	inkontinentní	0		
6.kontinence stolice	plně kontinentní	10		
	občas inkontinentní	5		
	inkontinentní	0		
7.použití WC	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
8.přesun na lůžko-židli	samostatně bez pomoci	15		
	s malou pomocí	10		
	vydrží sedět	5		
	neprovede	0		

9.chůze po rovině	samostatně na 50 m	15		
	s pomocí 50 m	10		
	na vozíku	5		
	neprovede	0		
10.chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
Celkové hodnocení:				
Vyšetření provedla:				

0 - 40 bodů: vysoký stupeň závislosti
45 - 60 bodů: střední stupeň závislosti
65 - 95 bodů: lehký stupeň závislosti
96 - 100 bodů: nezávislý/á

Příloha 3 Zařízení sociální péče v Jihočeském kraji

	poskytovatel	
České Budějovice		
Domov sv. Anežky	OBČS	Týn nad Vltavou
Domov důchodců	KÚ	Horní Stropnice 54
Domov důchodců	KÚ	Trhové Sviny
ÚSP pro dospělé	KÚ	Rudolfov
ÚSP EMPATIE	KÚ	České Budějovice
Domov důchodců	MěÚ	České Budějovice
Domov-pens. pro důchodce	MěÚ	České Budějovice
Centrum sociálních služeb	MěÚ	České Budějovice
Domov důchodců "U zlatého kohouta"	MěÚ	Hluboká nad Vltavou
Ch. domov - řeh. sestry	ČKCH	České Budějovice
Domov důchodců	KÚ	Dobrá voda
Krizové centrum pro matku a dítě	OBČS	Hluboká nad Vltavou
Centrum denních služeb Domino	OstC	České Budějovice
Domov důchodců	MěÚ	České Budějovice
Kněžský domov	ČKCH	České Budějovice
Český Krumlov		
Domov důchodců	KÚ	Horní Planá
Domov důchodců	KÚ	Kaplice
Jindřichův Hradec		
Domov důchodců	KÚ	Budíškovice 1
Domov důchodců	KÚ	České Velenice
Domov důchodců	KÚ	Třeboň
Domov důchodců	KÚ	Jindřichův Hradec
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	KÚ	Jindřichův Hradec
Pelhřimov		
Domov důchodců	KÚ	Humpolec
Domov důchodců	KÚ	p. Košetice
Domov důchodců	KÚ	Nová Cerekev
Domov důchodců	KÚ	Proseč u Pošné
Domov blahoslavené Bronislavy	OstC	Humpolec
Dům seniorů - domov důchodců	MěÚ	Pacov
Domov-penzion pro důchodce	MěÚ	Žirovnice

Písek

Domov důchodců	KÚ	Čížová
Stacionář pro seniory BLANKA	ČBCE	Písek
Domov důchodců	MěÚ	Milevsko

Prachatice

Domov důchodců	KÚ	Prachatice
Domov důchodců	KÚ	Stachy
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	MěÚ	Vimperk
Domov důchodců sv. Zdislavy	CHAR	Vimperk
Ch. domov sv. Dom. Savia	CHAR	Prachatice
Domov pro seniory	MěÚ	Netolice

Strakonice

Domov důchodců	MěÚ	Strakonice 1
Domov důchodců	MěÚ	Blatná
Domov důchodců	MěÚ	Strakonice
Domov důchodců	MěÚ	Vodňany
Domov-pens. pro důchodce	MěÚ	Vodňany
Domov-pens. pro důchodce	MěÚ	Strakonice
ÚSP pro MP mládež	MěÚ	Strakonice
Azylový dům	MěÚ	Strakonice
Dům klidného stáří	OstC	Sousedovice č. p. 40
Gerontologický stacionář POHODA	OstC	Sousedovice č. p. 40

Tábor

Domov důchodců	KÚ	Bechyně
Domov důchodců	KÚ	Tučapy
Domov důchodců	KÚ	Chýnov
Domov seniorů	MěÚ	Tábor
Domov důchodců	MěÚ	Soběslav
G-centrum	MěÚ	Tábor
Domov důchodců	MěÚ	Veselí nad Lužnicí

Zdroj: <http://www.mpsv.cz>

Příloha 4 Kinestetická manipulace





Zdroj: <http://journal.kinaestetik.net/>

Příloha 5 Hmotnostní limity pro ruční manipulaci

Hmotnostní limity, ohledně ruční manipulace s břemeny jsou obsaženy v těchto předpisech: Nařízení vlády č. 178/2001 Sb., a jeho změna: Nařízení vlády č.523/2002 Sb. Ty obsahují vedle limitů ruční manipulace s břemeny pro muže i limity pro ženy, a to v ustanoveních § 8 a 9 v jeho příloze č. 5. Nařízení vlády 178/2001 Sb. (523/2002 Sb.) v příloze č. 5 části C uvádí:

Muži:

- hmotnost břemen ručně přenášených muži **nesmí překročit** při dobrých úchopových možnostech vyhodnocených podle § 9 tohoto nařízení, při občasném zvedání a přenášení **50 kg**,
- **při častém zvedání a přenášení 30 kg**, přičemž energetický výdej nesmí překročit hodnoty uvedené v tabulce č. 1 části A této přílohy - **8 MJ**,
- **kumulativní hmotnost** ručně manipulovaných břemen nesmí překročit **10 000 kg** za pracovní dobu.

Ženy:

- hmotnost břemen ručně přenášených ženami nesmí překročit při občasném zvedání a přenášení **20 kg**,
- **při častém zvedání a přenášení 15 kg**, přičemž energetický výdej nesmí překročit hodnoty uvedené v tabulce č. 1 části A této přílohy - **5,4 MJ**.

Hmotnost a podmínky pro zvedání a přenášení břemen těhotnými ženami, kojícími ženami, matkami do konce devátého měsíce po porodu a mladistvými jsou stanoveny samostatnou Vyhláškou č. 288/2003 Sb.

Těhotné ženy:

Hmotnost ručně přenášených břemen	Největší vzdálenost
5 kg	7,5 m
15 kg	5 m
20 kg	2,5 m

Dívky:

Věk	Hmotnost ručně přenášených břemen	Největší vzdálenost
17 - 18 let	15 kg	10 m
16 - 18 let	10 kg	15 m
pro všechny věkové skupiny	20 kg	5 m

Chlapci:

Věk	Hmotnost ručně přenášených břemen	Největší vzdálenost
17 - 18 let	20 kg	10 m
16 - 18 let	15 kg	15 m
pro všechny věkové skupiny	20 kg	10 m

Maximální hodnoty břemen pro přenášení je nepřekročitelná mez, těžší břemena nemohou ani muži ani ženy přenášet, byť by je přenášeli ve dvojicích. Těžší břemena se mohou přenášet pouze pomocí jednoduchých bezmotorových prostředků (vozíků, zvedacích a vázacích popruhů apod.) za podmínky, že bude dodržena nepřekročitelná hranice tlačné síly.

Zdroj: Zákoník práce

Příloha 6 Polohovatelná lůžka
elektrické



mechanické



Zdroj: LINET – reklamní materiály firmy

Příloha 7 Zvedáky do vany



Zdroj: ARJO – reklamní materiály firmy

Příloha 8 Koupací vozíky (lůžka)



Zdroj: ARJO – reklamní materiály firmy

Příloha 9 / 1 Hygienická křesla



Zdroj: ARJO – reklamní materiály firmy

Příloha 9 / 2 Hygienická křesla



Zdroj: ARJO – reklamní materiály firmy

Příloha 10 / 1 Vakové zvedáky



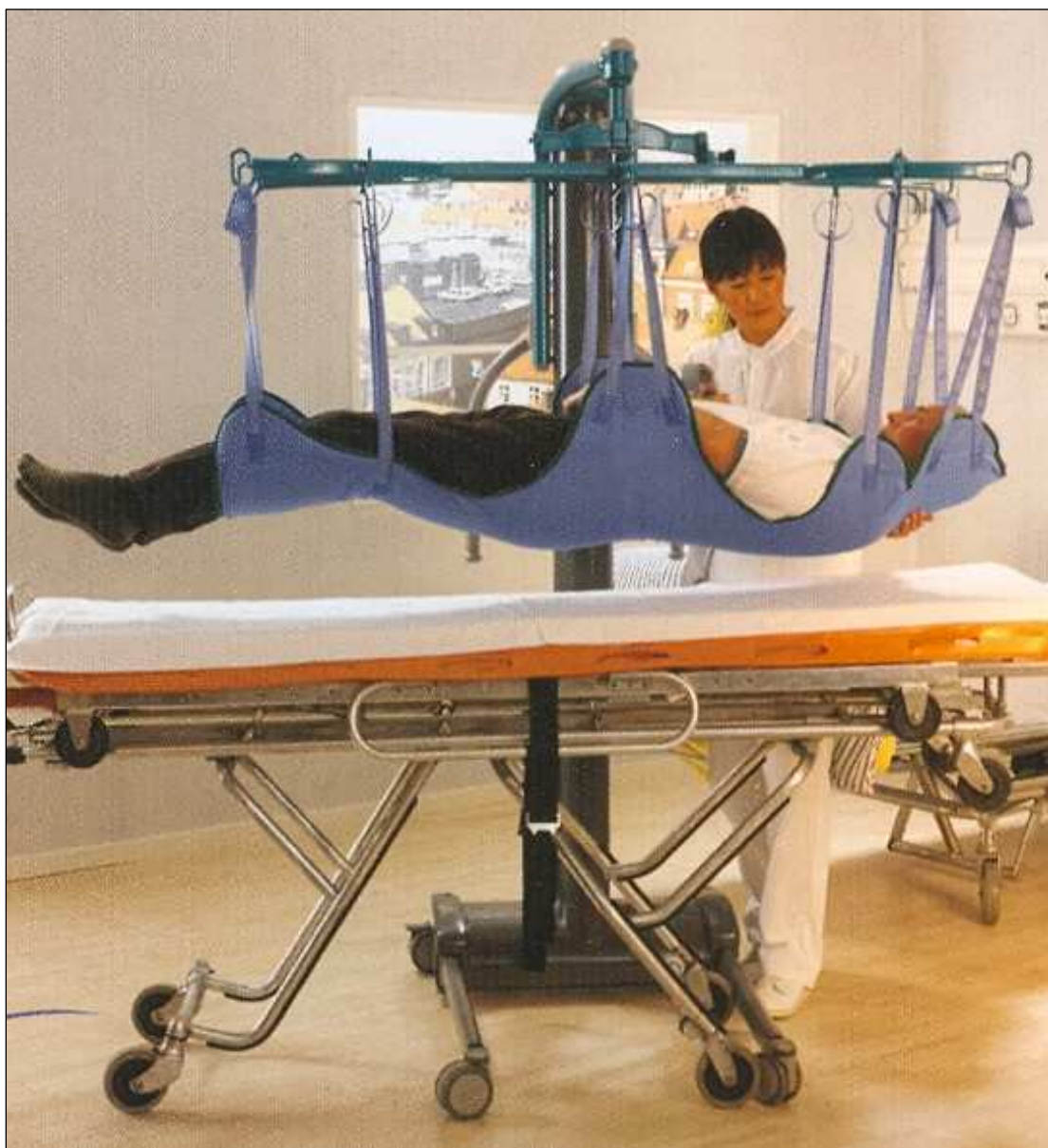
Zdroj: ARJO – reklamní materiály firmy

Příloha 10/2 Vakové zvedáky



Zdroj: ARJO – reklamní materiály firmy

Příloha 10 / 3 Vakové zvedáky



Zdroj: ARJO – reklamní materiály firmy

Příloha 11 Stavěcí zvedáky



Zdroj: ARJO – reklamní materiály firmy

Příloha 12 Mechanické vozíky pro přesun



Zdroj: ARJO – reklamní materiály firmy

Příloha 13 Skluzné podložky



Zdroj: ARJO – reklamní materiály firmy

Příloha 14 **Charta práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby**

Národní nadace pro gerontologii, Francie Ministerstvo práce a sociálních věcí Francie 1996

Stáří je obdobím života, ve kterém by měl pokračovat rozvoj lidské osobnosti. Většinou jsou lidé vyššího věku samostatní a zachovávají si dobrou psychickou kondici až do posledních dnů svého života. Závislost na péči druhé osoby přichází z důvodů onemocnění, které může být jak psychické tak somatické (tělesné).

Ale i v situaci závislosti na péči jiné osoby je zapotřebí, aby starším občanům nejen náležela - ale aby měli možnost je aktivně využívat - všechna práva i svobody tak jako občanům jiným. Měli by zůstat v původním prostředí, v kontaktu s ostatními generacemi.

Účelem této výsadní listiny je připomenutí a uznání důstojnosti, kterou mají požívat starší občané se sníženou soběstačností, připomenutí a uznání jejich práv.

Článek I - Svoboda volby

Každý občan se sníženou soběstačností má právo vybrat si sám způsob svého života. Musí požívat autonomie dle svých fyzických a psychických možností, a to i za cenu určitého rizika. Je však třeba, aby byl o tomto riziku informován přizpůsobil mu prostředí, ve kterém žije.

Rodina a ošetřující by měli co nejvíce respektovat jeho volbu.

Článek II - Domácnost a prostředí

Prostředí, ve kterém žije starší občan se sníženou soběstačností (ať je to již jeho domácnost či jiné zařízení), by mělo respektovat jeho volbu a být přizpůsobeno jeho potřebám.

Je třeba, aby tito lidé mohli co nejdéle setrvat v domácím prostředí. Tomu by mělo také odpovídat uspořádání, zařízení a vybavení jejich domácnosti. Možnost setrvání doma může mít své meze, a proto je třeba, aby se tito lidé mohli rozhodnout pro alternativní řešení, kterým bývá nejčastěji pobyt v instituci.

Častou příčinou, proč je třeba volit pobyt v instituci, je duševní onemocnění (nejčastěji demence). V tomto případě je třeba, aby pacient i jeho rodina volili vždy individuálně dle potřeb pacienta.

Cílem je zajistit duševní i psychickou pohodu a kvalitní život. Proto by zařízení měla být koncipována tak, aby odpovídala potřebám soukromého života.

Zařízení by mělo být přístupné, bezpečné a umožňovat dobrou orientaci.

Článek III - sociální život s handicapem

Všichni lidé, kteří jsou v důsledku svého onemocnění závislí na pomoci a péči druhých osob, by měli mít garantovanou svobodu volně komunikovat, neomezeně se pohybovat a podílet se na společenském životě.

Urbanisté by při plánování měst měli vzít v úvahu stárnutí populace. Veřejná prostranství a veřejná doprava by měly být přizpůsobeny změněným potřebám zdravotně postižených tak, aby se tyto občané mohli snáze podílet na kulturním a společenském životě.

Všichni starší občané by měli být jasným, srozumitelným a přesným způsobem informováni o svých sociálních právech a o legislativních změnách, které jsou pro ně důležité.

Článek IV - Přítomnost a role blízkých a příbuzných.

Pro bčany se sníženou soběstačností je zásadně potřebné, aby si mohli zachovat a udržovat dosavadní přátelské a příbuzenské vztahy.

Je třeba společensky respektovat roli pečujících rodin, které by měly být zejména psychologicky podporovány.

Také instituce by měly dbát na spolupráci s rodinami pacientů, která je důležitá pro zlepšení kvality jejich života. V případě, že tyto lidé rodinu nemají, je třeba, aby její roli nahradili profesionálové či dobrovolníci.

Je třeba, aby si tyto lidé také mohli zvolit a prožívat své intimní vztahy.

Citový život je člověku vlastní v každém věku. Také sexuální aktivita bývá zachována do vysokého věku. To je nezbytně třeba respektovat.

Článek V - Majetek

Všechny starší osoby s omezenou soběstačností mají nezpochybnitelné právo si zachovat movitý i nemovitý majetek.

S tímto majetkem mohou sami disponovat, a to pouze kromě případů, kdy je soudem rozhodnuto jinak.

V případě, že tito lidé nejsou sami schopni nést náklady svého handicapu, je třeba jim pomoci.

Článek VI Aktivní život

Je třeba umožnit všem starším občanům, kteří jsou závislí na pomoci a péči druhé osoby, aby si co nejdéle zachovali své dosavadní aktivity.

Potřeba vyjádřit se a kreativně uplatnit trvá i v situaci těžkého zdravotního i duševního postižení.

Je třeba vytvořit centra, která se této problematice budou věnovat a zapojit do jejich činnosti také dobrovolníky a odborné pracovníky.

Tyto aktivity by neměly být nikdy pouhým stereotypem, ale měly by respektovat přání a tvořivost starších občanů. Také ti, kteří jsou postiženi duševní nemocí, zejména demencí, by se na nich měli podílet.

Při koncipování těchto aktivit je třeba se pečlivě vyvarovat dětinských či jinak degradujících prvků.

Článek VII

Každý starší člověk se sníženou soběstačností musí mít možnost podílet se na náboženských či filosofických aktivitách dle své vlastní vůle a volby.

Každé zařízení by mělo tuto potřebu respektovat a umožnit ji prostorově i přístupem zástupců různých církví a vyznání.

Vykonávání náboženského obřadu je možné za oboustranného souhlasu.

Článek VIII

Stáří je fyziologickým - normálním stavem. Nesoběstačnost je vždy důsledkem tělesné či psychické choroby. Některým z těchto chorobných stavů je možné předcházet. Proto je důležité prosazovat takové medicínské postupy, které povedou k prevenci nesoběstačnosti.

Způsoby, jakými lze těmto stavům předcházet, by měly být předmětem informací určených široké veřejnosti, zejména pak občanům vyššího věku.

Článek IX Právo na péči

Každý člověk se zhoršenou soběstačností by měl mít přístup k takovým službám, které potřebuje a jsou mu užitečné.

V žádném případě by se však neměl stát pouhým pasivním příjemcem služeb, a to ani v instituci, doma nebo v nemocnici.

Přístup ke službám by se měl řídit individuálními potřebami každého nemocného a nesmí docházet k věkové diskriminaci.

Služby zahrnují všechny lékařské a jiné odborné zdravotnické činnosti, které dovolí vyléčení v každém z těch případů, které mají na vyléčení šanci. To má význam zejména pro prevenci zhoršení soběstačností.

Cílem je zlepšení kvality života a zmírnění obtěžujících příznaků (např. bolesti), zlepšení či udržení dobrého duševního stavu a pohodlí nemocného, vrácení naděje, perspektivy a radosti. Nemocnice by si proto měly zachovat charakter a všechny náležitosti veřejných institucí, které budou sloužit také starším nemocným. Instituce obecně by měly být personálně i věcně a architektonicky vybaveny pro možnost přijetí nemocných starších občanů, a to i těch, kteří jsou nemocni duševně.

Musejí být zrušena veškerá administrativní opatření, která vedou ke zbytečnému čekání na příslušnou službu - a jsou vlastně jednou z forem špatného zacházení se starými lidmi.

Služby by se měly vždy přizpůsobovat potřebám starších lidí s omezenou soběstačností - nikoli naopak.

Článek X - Kvalifikace pracovníků

Všichni kteří pracují se staršími pacienty by měli získat vzdělání v gerontologii odpovídající jejich profesi. Toto vzdělání musí být úvodní a kontinuální, mělo by se zabývat zvláště ale nikoli výhradně zvláštnostmi onemocnění a potřebami pacientů ve vyšším věku.

Všichni profesionálové by měli mít možnost analyzovat své postoje a praktické přístupy ve spolupráci s psychologem.

Článek XI - Úcta ke konci života

Nemocnému v terminálním stadiu onemocnění i jeho rodině by měla být poskytnuta péče, pomoc a podpora.

Je samozřejmé, že nelze směřovat stavy závažné a stavy neodvratitelně vedoucí ke smrti. Odmítnutí terapie u osoby, která má naději na vyléčení je stejným omylem jako nadbytečné a obtěžující léčení toho, kdo se nachází v terminálním stadiu nevléčitelného onemocnění. Jakmile se smrt neodvratitelně přiblíží, je třeba nemocného obklopit péčí a pozorností přiměřenou jeho stavu.

Neznamená to však marné pokusy o intenzivní terapii, ale citlivé doprovázení tímto stavem a zmírňování všech nepříjemných psychických i fyzických příznaků, které stav provázejí.

Staří lidé v terminálních stadiích nevléčitelných onemocnění by měli svůj život končit co nejpřirozenějším a nejpohodlnějším způsobem, obklopeni blízkými, s respektem na jejich víru, přání a mínění.

Ať již smrt nastane v domácnosti, nemocnici či instituci, ošetřující profesionálové by vždy měli umět co nejcitlivěji a nejprofesionálněji doprovázet pacienta a jeho rodinu obdobím před i po smrti.

Článek XII - Výzkum: Priorita a povinnost

Prioritou by měl být multidisciplinární výzkum o stárnutí a všech aspektech a souvislostech nesoběstačnosti. Jenom výzkum umožní lepší znalost poruch a chorob, které se váží ke stárnutí a tím také jejich lepší prevenci. Takový výzkum musí zahrnovat kromě disciplin biomedicínských a veřejného zdravotnictví také humanitní a ekonomické aspekty. Rozvoj takového výzkumu by měl vést ke zlepšení kvality života osob se zhoršenou soběstačností, ke zmírnění jejich utrpení a také by měl přinést ekonomický efekt.

Článek XIII - Uplatnění práva a právní ochrana osob s omezenou soběstačností

Každý člověk s omezenou soběstačností musí požívat ochrany svých práv a své osobnosti.

Článek XIV - Informace, nejlepší prostředek boje proti exkluzi

Veřejnost by měla být efektivně informována o obtížích, se kterými se setkávají lidé s

omezenou soběstačností.

Tyto informace by se měly šířit v co největším měřítku. Neznalost a nevědomost vedou příliš často k sociálnímu vyloučení lidí, kteří by se díky svým zachovaným schopnostem mohli a přáli podílet na společenském životě. K exkluzi může vést jednak nerespektování oprávněných potřeb pacientů, ale i nadbytečná infantilizující a invalidizující péče.

Informace by měly být šířeny také o bezprostředních možnostech pomoci. Často nejsou tyto možnosti stejně jako jednotlivé typy potřebných služeb známy, a to dokonce ani profesionálům. Pojmenovat reálnou situaci, poukázat na tento problém v celé složitosti a seznámit s ním veřejnost je významný krok k prevenci sociálního vyloučení starších lidí s omezenou soběstačností.

Pokud naše společnost a všichni její členové budou respektovat, že starší lidé s omezenou soběstačností mají absolutně stejná práva a stejnou důstojnost lidského života jako ostatní dospělí členové společnosti, naplní se poslání této charty.

Zdroj: 19

Příloha 15 Dotazník

Dobrý den, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci bakalářské práce zpracovávám téma: **Způsoby manipulace s méně soběstačnými a nesoběstačnými klienty v Domovech pro seniory v Jihočeském kraji.**

Prosím Vás o vyplnění dotazníku. Dotazníky jsou anonymní a získané informace budou použity výhradně pro bakalářskou práci. Zaškrtněte, prosím, Vámi vybranou odpověď, případně dopište . Otázky s možností více odpovědí jsou označeny

Děkuji za Váš čas a ochotu vyplnit tento dotazník.

1. Jsem

- žena
- muž

2. Věk

- 19 - 25 let
- 26 –35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55 let
- nad 55 let

3. Moje nejvyšší dosažené odborné vzdělání

- střední zdravotnická škola
- vyšší odborná zdravotnická škola
- bakalářské studium
- magisterské studium
- jiné, prosím dopište

4. Praxi u lůžka mám

- 0 – 5 let
- 6 – 10 let

- 11 – 20 let
- více

5. V zařízení pečujícím o seniory pracuji

- 0 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- více

6. V našem zařízení máme v péči - prosím, dopište počet

- klientů celkem
- klientů se sníženou mobilitou
- klientů imobilních.....

7. V uvedených aktivitách potřebuje plné převzetí péče - prosím, dopište počet

- polohování klientů
- vysazování v lůžku klientů
- přesazování z lůžka do křesla (inv.vozíku) klientů

8. O tento počet klientů obvykle pečuje – prosím, dopište počet personálu

- na ranní službě
- na odpolední službě
- na noční službě
- o víkendu ve dne
- o víkendu v noci

9. Při polohování a manipulaci s klienty pracujeme

- zásadně ve dvou
- většinou ve dvou
- většinou v jedné
- jiné, prosím dopište

.....

**10. V našem zařízení máme tyto pomůcky usnadňující manipulaci s klienty - –
možno i více odpovědí**

- elektrická (hydraulická) polohovací lůžka
- invalidní vozíky
- zvedáky do vany
- elektrické zvedáky
- hydraulické zvedáky
- koupací pojízdné vozíky
- skluzné podložky
- jiné – prosím, dopište

.....
.....

11. Pomůcky usnadňující manipulaci

- používám při každé manipulaci
- používám jen někdy
- nepoužívám téměř nikdy
- nepoužívám vůbec

Je-li vaše odpověď téměř nikdy, nebo nikdy, přejděte na otázku číslo 13

12. Pomůcky používáme, protože – možno i více odpovědí

- usnadňují práci
- snižují fyzickou námahu
- zvyšují moji bezpečnost práce
- zvyšují bezpečnost klienta při manipulaci
- snižují riziko poškození klienta
- zvyšují důstojnost péče o klienta
- jiný způsob manipulace s klientem není možný (zdrav. stav klienta apod.)

13. Pomůcky používáme omezeně, protože

- je nemáme k dispozici
- máme jich nedostatek na počet klientů
- nemáme s nimi dostatek zkušeností
- neumožňují to stavební podmínky (nedostatek místa na pokojích, v koupelnách...)
- jejich použití je časově náročnější než ruční manipulace
- klienti se jejich používání brání - mají strach
 - je jim to nepříjemné
 - nedůvěřují pomůckám
- jiné – prosím, dopište

.....

14. Pomůcky nepoužíváme, protože

- je nemáme k dispozici
- máme jich nedostatek na počet klientů
- nemáme s nimi dostatek zkušeností
- neumožňují to stavební podmínky (nedostatek místa na pokojích, v koupelnách...)
- jejich použití je časově náročnější než ruční manipulace
- klienti se jejich používání brání - mají strach
 - je jim to nepříjemné
 - nedůvěřují pomůckám
- jiné – prosím, dopište

.....
.....
.....
.....

15. V našem zařízení pomůcky pro manipulaci nemáme (máme jen nejnnutnější), protože

- skladba klientů to nevyžaduje
- jejich pořízení je finančně náročné
- jejich používání brání stavební podmínky (nedostatek prostoru)

16. Znalosti s manipulací s klienty mám

- velmi dobré
- dobré
- průměrné
- minimální

17. Praktické dovednosti s manipulací s klienty mám

- velmi dobré
- dobré
- průměrné
- minimální

18. Znalosti jsem získala – získávám

- střední škola
- z dalšího studia
- ze seminářů a konferencí
- z literatury – odborné publikace, odborné časopisy
- z praxe u lůžka

19. Praktické dovednosti jsem získala – získávám

- střední škola
- z dalšího studia
- ze seminářů a konferencí
- z literatury – odborné publikace, odborné časopisy
- z praxe u lůžka

20. Zásady správné ruční manipulace s klienty

- znám a dodržuji vždy
- znám, ale ne vždy je možné je přesně dodržovat
- nepamatuji si je přesně
- neznám

21. Možnost dále se vzdělávat ve způsobech manipulace

- mám, ale jen teoreticky
- mám, teoreticky i prakticky
- nemám

22. Možnost seznamovat se s novinkami v oblasti manipulačních pomůcek

- mám, ale jen teoreticky
- mám, teoreticky i prakticky
- nemám

23. Školení s praktickým nácvikem správné manipulace s klienty

- vnímám jako nezbytné
- uvítala bych ho
- zúčastnila bych se, ale nic nového by mi pravděpodobně nedalo
- nepotřebuji

24. Dovybavení našeho zařízení manipulačními pomůckami v dostatečném počtu

- vnímám jako nezbytné
- uvítala bych to
- nepřemýšlím o tom