

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

**Bc. Hana Nedělková**

**Úloha ošetřujících při mobilizaci nepohyblivých pacientů  
a možnosti rehabilitačního ošetřovatelství**

*Diplomová práce*

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Monika Marková

Praha 2011

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 20. června 2011	Bc. Hana Nedělková
-----------------------------	--------------------

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí magisterské práce paní Mgr. Monice Markové za odborné vedení, poskytnuté cenné rady a připomínky.

ABSTRAKT .....	6
ABSTRACT .....	7
ÚVOD .....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1. Pohyb.....	10
1.1 Význam pohybu pro zdraví .....	12
1.2 Lidské potřeby související s pohybem .....	13
1.3 Kvalita života a pohyb.....	18
2. Rehabilitace .....	20
2.1 Rehabilitační ošetřovatelství.....	21
2.2 Léčebná rehabilitace.....	21
3. Rehabilitační ošetřovatelství.....	22
3.1 Dělení rehabilitačního ošetřovatelství.....	23
3.2 Možnosti rehabilitačního ošetřovatelství.....	26
3.2.1. Polohování .....	26
3.2.2 Vertikalizace .....	28
3.2.3 Mobilizace.....	28
3.3 Imobilita.....	29
3.3.1 Imobilizační syndrom .....	30
3.3.2 Stupně imobility .....	30
3.4 Soběstačnost.....	32
3.4.1 Hodnocení soběstačnosti sestrou.....	33
3.4.2 Návik soběstačnosti .....	33
4. Kinestetická mobilizace .....	36
4.1 Kinestetické principy.....	38
4.2 Tři fáze mobilizace.....	48
5. Managament změny .....	53
5.1 Strategie zavádění změny .....	53
5.2 Metody zavádění změny.....	54
5.3 Chyby při zavádění změny .....	55
II. PRAKTICKÁ ČÁST .....	57
6. Zavedení změny na pracovišti .....	57
6.1 Metoda kvalitativní výzkumu .....	60
6.2 Rozhovor .....	61

6.3 Zpracování dat a průběh kvalitativního výzkumu.....	62
7. Výsledná analýza rozhovorů .....	64
7.1 Interpretace dat.....	64
7.2 Doporučení.....	76
III. Závěr.....	80
Seznam použité literatury a zdrojů .....	81
Seznam použitých zkratk.....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
Seznam příloh.....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>

## **ABSTRAKT**

Magisterská práce s názvem „Úloha ošetřujících při mobilizaci nepohyblivých pacientů a možnosti rehabilitačního ošetřovatelství“ se zabývá kvalitou poskytování podpory pohybu na I. interním oddělení v Nemocnici Most, o.z. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretickou a empirickou.

V teoretické části se zabývám rehabilitačním ošetřovatelstvím v kontextu poskytování kvalitní komplexní ošetřovatelské péče. V této části diplomové práce prezentuji na základě studia literatury potřeby pacientů, problematiku podpory pohybu, legislativní kompetence ošetřujících vztahující se k rehabilitačnímu ošetřovatelství a nácviku soběstačnosti. Pozornost věnuji důsledkům z imobility a kvalitě života, která s pohybem úzce souvisí. Závěrečná část teoretické části je věnována konceptu kinestetiky a jejímu uplatnění při podpoře pohybu.

Praktická část je věnována vlastnímu empirickému šetření. V ní popisuji metodu kvalitativního výzkumu, vlastní kvalitativní šetření mezi všeobecnými sestrami na I. interním oddělení zaměřené na znalosti týkající se rehabilitačního ošetřovatelství.

Cílem magisterské práce je poukázat na nutnost poskytování zvýšené péče o pohybovou aktivitu pacientů, při které je vhodné implementovat koncept kinestetiky.

**Klíčová slova:** pohyb, potřeby pacientů, kvalita života, soběstačnost, rehabilitační ošetřovatelství, kinestetická mobilizace.

## ABSTRACT

The present master thesis titled „The role of nursing staff in mobilisation of immobile patients and possibilities of physiotherapy“ is focused on the quality of providing movement support on the 1st clinical department of internal medicine in the local hospital of the town of Most.

The thesis is divided into two parts-theoretical and empirical one.

In the theoretical part I focus on the role of physiotherapy from the point of view of providing the high-quality integrated nursing care. In this part of thesis I introduce the issues of patients' needs, movement support as an improvement of patient's quality of life and legislative competences of nursing staff related to physiotherapeutical care and self-reliance training based on the respective bibliographical sources.

Further I also focus on the consequences of immobility and the aspects of life quality, which is very intensively linked to patient's movement competences. Final chapter of the theoretical part describes the principles of kinsthetics and its implementation in movement support.

The empirical part is formed of a research and its results interpretation. There I introduce the methodology of qualitative research and further I describe the proper research itself, which was carried out among registered nurses on the 1st clinical department of internal medicine in the local hospital in Most and was focused on the knowledge of physiotherapy nursing and procedures.

The purpose of this master thesis is to show the necessity of providing hightened care of the locomotive activity of patients, where the implementation of the principles of kinesthetic is one of the suitable and effective ways to reach higher quality of patients' life.

Key words: movement, patients, needs, quality of life, self-reliance, physiotherapy nursing, kinesthetic mobilisation

## ÚVOD

Činnosti zaměřené na pohybovou aktivitu u imobilních pacientů jsou velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče. Tělesná aktivita podporuje léčebný proces a současně zlepšuje kvalitu života. Podpoře pohybu a tělesné aktivizaci imobilních pacientů v nemocničních zařízeních je v několika posledních letech věnována zvýšená pozornost. Mobilizace pacientů nebo lidí s postižením pohybového aparátu je zajišťována v lůžkových zařízeních většinou fyzioterapeuty a ergoterapeuty, jejich činnost je zaměřena především na léčebnou rehabilitaci. Ošetrovatelský personál těchto zařízení by měl provádět ošetrovatelskou rehabilitaci, která navazuje na činnost fyzioterapeutů, popřípadě ergoterapeutů.

Jako téma diplomové práce jsem si zvolila úlohu ošetřujících při mobilizaci nepohyblivých pacientů a možnosti rehabilitačního ošetrovatelství. Podporou pohybu se zabývám řadu let. Z vlastní zkušenosti z různých zdravotnických a sociálních zařízení v cizině a v České republice vím, že ošetřující personál této oblasti ošetrovatelské péče nevěnuje tolik pozornosti a času, jakou by si zasloužila. V současné době pracuji na interním oddělení v Nemocnici Most, o. z. ve funkci vrchní sestry. Cílem mé diplomové práce je popsat úroveň péče o imobilní pacienty na I. interním oddělení Nemocnice Most, o. z. Nedostatečná podpora pohybu může mít pro pacienty, nebo osoby s tělesným handicapem závažné důsledky nejen v oblasti jejich tělesné kondice a koordinace pohybu, ale i v oblasti senzorního vnímání. Nedostatečný pohyb negativně ovlivňuje celkový stav pacienta, a to jak proces uzdravování, tak jeho úroveň komunikace s okolím a schopnosti sebeobsluhy. Ke ztrátě mobility zpravidla dochází u pacientů vyšších věkových skupin v důsledku dlouhodobější hospitalizace. Zejména u těchto pacientů je nutné zvolit takové preventivní strategie ošetrovatelských činností, aby se jejich mobilita a míra soběstačnosti nezhoršovala.

K tomu může zásadním způsobem přispět koncept kinestetiky, který je definován jako komunikační a pohybový koncept. Kinestetická mobilizace, prováděná na základě kinestetických principů, je uznávaným ošetrovatelským konceptem a plně reflektuje požadavky rehabilitačního ošetrovatelství. Koncept popisuje všechny pohybové aktivity, které jsou zapotřebí k pomoci pacientům, aby proces jejich uzdravování, navzdory pohybovým omezením ze zdravotních důvodů nebo následkem poranění, byl uskutečněn relativně rychle a účinně.



V teoretické části prezentuji na základě dostupné literatury problematiku týkající se pohybu, vlivu pohybu na kvalitu života a rehabilitační ošetřovatelství. Závěrečná část je věnována konceptu kinestetické mobilizace a možnosti jeho implementace do rehabilitačního ošetřovatelství.

V praktické části popisuji vlastní kvalitativní výzkumné šetření, které jsem uskutečnila na I. interním oddělení Nemocnice Most, o. z. Šetření bylo zaměřené na znalosti všeobecných sester týkající se rehabilitačního ošetřovatelství a na implementaci kinestetické podpory pohybu. Dále je výzkumné šetření zaměřeno na srovnání znalostí podpory pohybu všeobecných sester bez znalostí kinestetické podpory pohybu a se znalostmi kinestetické podpory pohybu. V závěrečné části vyhodnocuji vliv znalostí kinestetické podpory pohybu u všeobecných sester na I. interním oddělení Nemocnice Most, o. z.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

Základní podstatnou vlastností člověka je pohybová aktivita, která je jistou formou jeho existence. Na rozličných vývojových stupních ontogeneze je pohybová aktivita různě podněcována, motivována nebo zaměřena. Pohybová aktivita umožňuje člověku orientovat se v prostředí, reagovat vhodně na aktuální situace v prostředí, získávat pohybové schopnosti, vypracovat si pohybové návyky a v neposlední řadě vykonávat činnosti potřebné pro život. (29)

### 1. Pohyb

*Fyzická mobilita je základem nezávislosti* (Kozierová a kol., 1995, s. 840). Schopnost fyzického pohybu významně ovlivňuje součást osobnosti jako je sebeúcta i celkový vzhled těla, neboť sebeúcta je u většiny lidí závislá na pocitu nezávislosti a užitečnosti či potřebnosti vlastní existence. Lidé s poruchami pohyblivosti mohou mít pocit bezmoci, často sami sebe vnímají jako zátěž pro vlastní okolí. I reakce okolí na poruchy hybnosti mohou negativně ovlivnit psychiku člověka. (20)

#### Vymezení pojmu pohyb

Pohyb je ve fyzice vymezen jako přemísťování tělesa z místa na místo. *„Člověk se pohybuje sám od sebe, tato spontaneita není ovšem bez omezení, dostává ji při narození do vlnku. Jeho pohyb je současně reakcí na změny prostředí a jeho materiální tělo podléhá všem zákonům neživé přírody“* (Šimek, 2005, s. 114). Již Aristoteles si všiml rozdílu mezi pohybem hmotných předmětů a živých tvorů. Kámen zůstává na svém místě bez jakékoliv změny, dokud jej někdo nepřemístí. Živý tvor je sice také v mnohém závislý na svém okolí, ale pohybuje se především sám od sebe, na základě svých vlastních vnitřních motivů. (59)

Pro člověka je pohyb typický, od malička se učí lézt a potom chodit, pohybovat se v přírodovědném slova smyslu. Současně ale jeho tělo roste a zraje. Již od nejútlejšího věku je člověk v pohybu ve smyslu aktivní změny, což odpovídá aristotelskému pojetí pohybu. Když člověk prodělá nějaký úraz nebo onemocní, charakter jeho pohybu se mění. Někdy se nemůže snadno pohybovat z místa na místo, někdy mu dokonce činí obtíže již jen změnit polohu svého těla. (59, 3)

Analyzovat, charakterizovat a hodnotit pohybovou aktivitu je nutné nejen v dětském věku, kdy lze včas odhalit a zachytit nepravidelnosti ve vývoji nebo patologické odchylky, ale i u dospělého pacienta, kde je potom léčba a rehabilitace zaměřena na změny zralého organismu. Pro pochopení pravidelného vývoje, jeho odchylek a charakteru patologických změn je nutná znalost zákonitostí vývoje, ontogeneze organismu. Při analýze pohybu se sledují individuálně všechny pohybující se části těla. Hodnotí se nejen druh pohybu, ale i jeho rozsah a způsob provedení. (29, 22)

Pod tělesnou aktivitou se rozumí každá aktivita, jejímž následkem je zvyšování přeměny energie. Tělesná aktivita se stává cvičením, tréninkem nebo sportem, pokud je plánovaná, strukturovaná, opakovaná a účelová. (4)

Lánik uvádí rozdělení pohybového fondu člověka takto:

### **Společenský pohybový fond**

Společenský pohybový fond zahrnuje všeobecné a v praxi ověřené pohybové zkušenosti, poznatky o pohybu, pohybové zručnosti, činnosti a ustálené formy projevu pohybových chování a konání. Existuje jednak ve vědomí lidí, na jedince se přenáší víceméně laickým způsobem, a dále jsou to oblasti zpracované a uvedené v literatuře, upravené tak, aby se mohly generačně předávat v procesu výuky a výchovy. (29) Svůj individuální pohybový fond buduje jedinec jen z malé části na základě vlastních zkušeností a poznatků. Získává jej vlivem sociálního prostředí, jeho záměrným výchovným působením, ke kterému patří i speciálně zaměřené léčebně tělesné působení. A také tím, že jedinec sleduje, napodobuje, reprodukuje, rekonstruuje pohybové činnosti a jejich modely, se kterými se v sociálním prostředí aktivně setkává. (29)

### **Individuální pohybový fond**

Individuální pohybový fond je soubor získaných pohybových schopností, zručností a pohybových návyků. Dále sem patří osvojené a ustálené pohybové projevy, způsoby chování, záměrné konání, základní druhy činností, např. pracovní, obranné, rekreační, sportovní a tělovýchovné, sociální komunikační činnosti (jako je řeč, písmo, gestikulace) až po umělecké pohybové vyjádření (tanec). (20, 29)

Individuální pohybový fond tvoří základnu, o kterou se člověk opírá, když se učí novému pohybu, novou pohybovou činnost či zcela nové způsoby cvičení při nácvičku a výcviku. Zahnuje celé dosavadní pohybové činnosti jedince, vytváří jeho pohybovou historii. Autor uvádí, že čím je pohybový fond člověka bohatší a čím jsou mentální funkce na vyšší úrovni, tím se bude pohybová činnost, a to je i cvičení, snáze učít. (20) Pohybová výbava člověka je dána jednak vrozenými faktory (genetickou výbavou) a získanými složkami, kam patří pohybové možnosti, které jsou dané tvarem a funkcí pohybového ústrojí a pohybovými schopnostmi člověka (20, 28). První rehabilitační intervence zahrnují právě činnosti vedoucí k obnově nebo úpravě pohybových možností pacienta.

Fyzická pohyblivost je ve velké míře závislá na zvyklosti vypracované v průběhu života, na individuálním přístupu k životu, označovanému jako životní styl. Životní styl se ve většině případů formuje již v rodině. Někteří rodiče vedou děti k pohybové aktivitě, čím dále tím více se snaží lidé udržet či upevnit svoje zdraví pěstováním nějakého sportu. (28, 25)

### **1.1 Význam pohybu pro zdraví**

Haškovcová uvádí: „*zdraví jako trvalou uznávanou hodnotu. Vzhledem k tomu že zdraví nelze koupit, ani prodat, je hodnotou výsostnou, již je potřeba chránit, a to jak na úrovni individuální, tak i společenské*“ (Haškovcová a kol., 2010, s. 14).

Nejen v posledních letech se klade velký význam na pohybovou aktivitu člověka v souvislosti se zdravím. Technické vymoženosti usnadňují lidem práci a zpřijemňují život, nejsou však jen nositeli výhod, přináší i nežádoucí zdravotní důsledky. Lidské tělo potřebuje tělesný pohyb. Nedostatek pohybu se může podílet na vzniku některých civilizačních nemocí, nejzávažnější je kardiovaskulární onemocnění, vlivem nedostatku tělesného pohybu mohou lidé trpět zácpou, zažívacími poruchami, vyčerpáním a jinými potížemi, které jim mohou život ztrpčovat. Již v 19. století pokrok v dopravě vyvolal obavy lékařů a myslitelů. Pražský lékař Chlistovský upozornil v roce 1840 na zdravotní škodlivost tehdejších městských dopravních prostředků, považoval je za jeden z činitelů způsobujících civilizační poškozování zdraví městských lidí. V době před druhou světovou válkou se nepodařilo nikomu z lékařů odborně prokázat neblahé důsledky úbytku chůze. Střední délka se prodlužovala, nebezpečných (infekčních) onemocnění ubývalo.

Teprve ve druhé polovině dvacátého století nastal na celém světě prudký nárůst některých nemocí, jejichž vznik byl v příčinné souvislosti s nedostatkem pohybu. (20, 59)

Pro člověka je přirozenou metodou pohyb vpřed, tj. chůze. Lidská chůze je popisována jako komplexní a cyklický průběh pohybu vpřed, opírá se o biochemické poklady. Jedná se přitom o řetězec jednotlivých splývajících mechanických pohybových procesů. Ty slouží k tomu, aby se těžiště lidského těla rytmicky pohybovalo vpřed za předpokladu udržení rovnováhy s co možná nejmenší spotřebou energie. (3, 4) Chůze je účinným prostředkem pro ochranu před kardiovaskulárním onemocněním, některými chorobami pohybového aparátu, látkové výměny, dýchacího ústrojí, i před některými duševními poruchami vznikajícími z přetížení psychiky. Chůze umožňuje přemísťování se z místa na místo, ale také způsob ochrany zdraví a léčení některých nemocí, patří k vynálezům zcela nejmodernějším. (46)

Lékaři různých klinických oborů jsou zajedno v názoru, že rozpohybovat tělo pomůže člověku i tehdy, když už je dlouho nemocný. V mnoha případech je cvičení účinným doplňkem a podpurným prostředkem terapií. Někdy působí dokonce lépe než drahé léky. (26, 9) Oproti medikamentózní terapii znamená pravidelná tělesná aktivita aktivní přínos pacienta k rozvíjení zdraví.

## **1.2 Lidské potřeby související s pohybem**

Ošetřující si čím dále tím více uvědomují význam hodnot. Kozierová definuje hodnotu jako: *„něco cenného, jako víru nebo přesvědčení, které člověk pokládá za vzácné. Každý člověk, ošetřující, pacient či lékař mají osobní soubor hodnot. Hodnotový soubor je soubor hodnot jednotlivce. Jednotlivci začleňují osobní hodnoty do svého života na základě pozorování a chování svého okolí, na jeho interakci s kulturním, duchovním a sociálním prostředím. Osobní hodnoty odráží i zkušenosti a inteligenci jedince. Mezi osobní hodnoty člověka patří mimo jiné nezávislost, fyzická a duševní aktivita* (Kozierová a kol. 1, s. 125).

Potřeby lze charakterizovat jako projev nedostatku, který se snaží jedinec nějakým způsobem odstranit. Potřeba jedince cíleně pobízí k vyhledávání jistých podmínek nezbytných k životu, nebo ho vede k vyhýbání se určité podmínce, která by mohla jeho život nepříznivě ovlivnit. Potřeba je něčím, co lidská bytost potřebuje nutně pro svůj život a vývoj. (46)

Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje svým způsobem své potřeby. Potřeby je možné uspokojovat žádoucím a nežádoucím způsobem.

### **Žádoucí způsob**

Jsou to ty způsoby, které nepoškozují člověka samotného, ani druhé, jsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami jedince a jsou současně uspokojovány v legislativních mezích zákona.

### **Nežádoucí způsob**

Rysem nežádoucího uspokojování potřeb je, že jsou uspokojovány opakem žádoucího způsobu uspokojování.

Potřeby mají pro člověka několik významů:

- 1. Biologický význam:** tato potřeba se projevuje, když je narušená fyziologická rovnováha (homeostáza). (46, 19)
- 2. Ekonomický význam:** uspokojení touhy, která vyjadřuje nutnost nebo žádost vlastnit nějakou věc nebo objekt poukazuje na to, že potřebou je vnímán prostředek dosažení psychologického cíle. (19)
- 3. Psycho-sociální, duchovní význam:** je vyjádřením psychického, emočního stavu, který reflektuje nějaký nedostatek v sociálním, emočním, duchovním životě jedince.

Haškovcová uvádí: „Každý člověk má potřeby různého druhu a je třeba je hierarchizovat podle naléhavosti, protože nelze vždy uspokojit všechny a už vůbec ne najednou“ (Haškovcová, 2010, s. 252).

Existuje řada motivačních teorií, které se snaží identifikovat lidské potřeby, jejich vztahy a preference, určit, které faktory vnějšího prostředí a s jakou naléhavostí vedou k dosažení naplnění lidských potřeb.

Americký psycholog Abraham H. Maslow představitel humanistické psychologie vytvořil obecně platný model potřeb, tzv. Dům životních potřeb. (11) Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. Dle Maslowa: „je člověk bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá... Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje“ (Trachtová, 1999, s. 14).

Obdobou Maslowovy teorie je teorie potřeb, jejímž autorem je Clayton Aldorfer, který rovněž rozlišuje několik úrovní potřeb:

1. Potřeby existenční – sem patří obvyklé fyziologické potřeby a potřeba bezpečí.
2. Potřeby vztahů – v popředí je interakce s druhými lidmi.
3. Potřeby růstu – obsahují potřeby osobního růstu, vzestupu a rozvoje, které mohou být uspokojeny plným využitím schopností. Podle Aldorfera nejsou potřeby rigidně hierarchicky uspořádány. Člověk může být ovlivňován více potřebami různé úrovně v určité konkrétní situaci, např. potřebou interakce s druhými a současně potřebou vlastního růstu. Současně autor uvádí, že uspokojení jedné potřeby nemusí znamenat automatické působení výše postavené potřeby. (40)

Psycholog Nakonečný sebepojetí vysvětluje následovně: „Člověk si v průběhu celého života vytváří určitou představu o sobě samém, své činy sebereflektuje, ví, co by mohl a co nikoli a ví také, jak je vnímán druhými lidmi, jak je jimi posuzován (někdy zkresleně)“ (Nakonečný, 2003, s. 54). Při sebehodnocení si člověk připisuje vlastnosti, které, jak se domnívá, jsou mu připisovány druhými lidmi a jeví se jako přednosti a nedostatky a jehož výsledkem je určité ego-hodnota. Sebepojetí a sebehodnocení jsou subjektivní a vyjadřují touhu po udržení pozitivní hodnoty sebe sama. (34) Motivaci a hodnoty pracovníků popisuje Herzbergerova dvoufaktorová teorie motivace, která vychází z existence dvou druhů motivačně závažných podnětů (viz kapitola 5. 1). (40)

## **Pacient a jeho potřeby**

Holistický přístup k pacientovi je rysem současného ošetrovatelství. Člověk je brán jako bytost bio-psycho-sociální. *Holismus* (z řec. *Holos* = celek) – termín filozofie vědy označující takové teorie, které vychází z celostní koncepce a preferují význam celku před jeho částmi (*Filosof. slovník*, 2002, s. 172). Ošetrování pacientů je zaměřeno na všestranné systematické vyhledávání somatických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta.

Trachtová uvádí: „Společným zájmem pacienta a ošetrujících je návrat ke zdraví. Vedle biologických potřeb by měl mít pacient uspokojeny i potřeby jistoty a bezpečí, sociálního kontaktu, úcty... potřeby estetické, uznávací atd.“ (Trachtová, 1999, s. 16).

Bártlová uvádí: „*potřeby pacientů jsou stále složitější a komplexnější ve všech složkách, pramení z biologických, psychických a společenských determinant.* (Bártlová, 2005, s. 91). Autorka doporučuje členit potřeby v době nemoci do skupin:

- potřeby neměnicí se nemocí;
- potřeby modifikované nemocí;
- potřeby vzniklé v nemoci.

Potřeby neměnicí se nemocí nemají souvislost s nemocí, např. potřeba výživy, vzduchu, spánku apod. V průběhu nemoci si je pacient někdy uvědomuje intenzivněji, než když je zdravý.

Potřeby modifikované nemocí jsou ovlivněny nemocí, fází onemocnění atd. Značná část pozornosti je zde věnována změněným sociálním potřebám – potřeba vykonávat nějakou aktivitu. Tato aktivita je spojená s potřebou aktivně se podílet na uzdravování. Autorka dále uvádí: „*nejvýrazněji se tyto snahy projevují v rehabilitaci*“. Pozitivní výsledky motivují pacienty, pomáhají jim překonávat strach z pohybu. Pohyb odvádí pozornost pacienta od potíží a podněcuje jeho snahu o dosažení soběstačnosti. (1)

Potřeby vzniklé nemocí jsou uspokojovány v léčebném procesu, uspokojování je dáno úrovní léčebné ošetrovatelské praxe. Jde o potřebu navrácení zdraví, zbavení nebo zmenšení bolesti apod.

Jaké má pacient potřeby? Marková v knize *Sestra a pacient v paliativní péči* pokládá otázky: *Rozumějí sestry potřebám svých pacientů? Umějí je správně identifikovat?* (Marková, 2010, s. 11). Tyto otázky se dají zobecnit i na jiné situace v ošetrovatelské péči. V popředí ošetřujících je často uspokojování biologických potřeb. V souvislosti s podporou pohybu imobilního pacienta jsou v popředí i potřeby psychosociální. Chtěla bych na tomto místě zdůraznit dvě důležité potřeby pacientů v souvislosti s mobilizací:

Potřeba jistoty, bezpečí – jistota, pocit bezpečí je při provádění pohybu pro nesoběstačného pacienta velmi důležitá. Pacient si klade otázky: *Zvládne to sestra se mnou? Neopustí mě? Neupadnu? Ví, co chce se mnou dělat a jak to bude provádět?* Ošetřující, kteří znají techniky správných přesunů a vykonávají je správnou technikou, vyznačují vlastní pocit jistoty při vykonávání pohybových aktivit s pacientem (např. transferů) a svojí jistotu přenáší na pacienta. Ze zahraniční studie, která se zaměřila na vztah mezi pocitem bezpečí a pohodlím u pacientů a způsobem práce sester během přesunu nemocného, vyplývá, že pocity pacientů (bezpečí a



pohodlí) významně korelují se způsobem provedení přesunu. (57) Toto zjištění podporuje hypotézu o vztahu mezi zkušeností a kvalitou péče. Je to současně výzva pro ošetřující, aby výkony spojené s pohybovou podporou pacientů prováděli správně a stále pracovali na jejich zlepšení.

Potřeba rozhodovat o sobě, potřeba autonomie – s touto potřebou souvisí schopnost chtít a lidská vůle. V dnešním pojetí ošetřovatelství narůstá požadavek na svébytnost – respektování autonomie pacienta. Člověk – pacient je v existenciálním pohledu někdo, kdo není programován – řízen, ale má svoji svobodnou vůli. To znamená, že může projevit svoji volbu, rozhodnout se pro jednu z nabídnutých možností, zaměřuje se na svobodně zvolený cíl a jedná autenticky. (9,24) *Vůle se projevuje jednáním. I myšlenkové volní úsilí je doprovázeno tělesnou aktivitou* (Baštecká, 2001, s. 159-160). Může se projevit tak, že se pacientovi umožní zapojit se do pohybových aktivit a svébytně si vybrat pohybovou aktivitu. Ošetřující v rámci rehabilitace pacienta posadí do křesla, které nemusí být po hodině sezení pohodlné, pacient se tam cítí uvězněn, neboť sám nemůže změnit polohu. Vhodnější by bylo ve shodě s pacientovým „chtěním“, aby seděl častěji v kratších časových intervalech „jen“ na kraji lůžka.

Potřeba motivace – pohybový zážitek je silným motivačním faktorem pro pacienta. Pohybové zážitky, zkušenosti a poznatky o pohybové aktivitě jsou důležité pro vytváření pohybového fondu člověka. Lánik popisuje pohybový zážitek spíše jako neurčitý obraz o předmětu, činnosti nebo situaci, který je pro člověka emocionálně působivý. Silné citové podbarvení zážitku posiluje u člověka ochotu tuto aktivitu znovu vykonávat, opakovat. Zážitek je tedy velmi silným motivačním faktorem (29, 26). Motivační složka se současně vztahuje k hodnotám, které má člověk ve svém daném obrazu světa. Hodnoty se stávají vůdčími motivy, jež řídí skutečný život člověka. Předepisují člověku, jakým snahám by měl dát přednost, které cíle by si měl zvolit, jak by je měl dosáhnout. *Hodnoty jsou tedy určovány, determinovány potřebami každého člověka, společností, kulturou, ve které se žije. Takto vytvářená smysluplnost žití nabízí člověku hodnotné cíle, dává mu sílu jít za svými individuálně postavenými cíli, a to platí i v mimořádně nepříznivých životních situacích (např. v nemoci, v upoutání na lůžku)*“ (Křivohlavý, 2006, s. 105). Z hlediska podpory pohybu je proto velmi důležité vyzdvihnout uvedené citové zabarvení pozitivního

zážitku. Nejsilnějším zážitkem je pro pacienta dosažení vytčeného cíle. „*Cíle jsou žádoucí stavy, kterých se lidé snaží dosáhnout, získat je a podržet*“ (Emmons a kol., 1998, s. 177). Se zážitky souvisí zkušenosti, které jsou vázány na činnost člověka samotného, jsou již konkrétnější. Důležité je, že je možné je přesně popsat a nějakým způsobem objektivizovat. Pro podporu pohybu pacienta jsou nejvýznamnější pohybové zkušenosti „*prosté, získané při všedních denních činnostech nebo speciální zkušenosti, získané při záměrné pohybové aktivitě*“ (Lánik, 1987, s. 20).

### **Potřeby ošetřujících**

Sestra vstupuje do profese ošetřovatelství s hodnotami, které reflektují představu, že musí nacházet uspokojení z práce a přesvědčení, že činnost provádí dobře. (46) To souvisí s tím, že by se sestra měla chovat k pacientovi eticky bez ohledu na to, zda se jeho hodnoty ztotožňují s hodnotami jejími. Sestra by tedy měla být při vykonávání povolání „hodnotově neutrální“, což znamená, že by neměla být přesvědčena o správnosti svých hodnot a o tom, že hodnoty pacienta jsou dobré nebo špatné. Takový postoj umožní sestře vytvořit si efektivní přístup k pacientovi s odlišnými hodnotami. (19)

Zde bych chtěla uvést jednu důležitou potřebu ošetřujících:

Potřeba zpětné vazby – ošetřující potřebují vědět, jak pracují, neboť zpětná vazba pomáhá pochopit, čeho již dosáhli a co je potřeba ještě zlepšit. (42) Zpětnou vazbu potřebují obdržet od svého pracovního okolí a i od pacientů. Neformální hodnocení získávají od kolegů, od manažerek bezprostředně po vykonání nějaké pracovní činnosti. Cenná je zpětná vazba od pacientů, rodinných příslušníků, která je spíše uznáním nebo oceněním v pozitivním případě jejich vykonané práce. Formální předávání zpětné vazby probíhá za přesně daných pravidel minimálně jednou za rok. Zpětná vazba pracovní činnosti ošetřujících je velmi cenným motivačním faktorem.

### **1.3 Kvalita života a pohyb**

Nad pojmem kvalita života se zamýšlíme velmi často zejména v době nemoci, kdy onemocnění může přinášet v budoucnu následky různého stupně, délky

a trvání v rovině fyzické, psychické, sociální, emoční. Kvalita života souvisí s uspokojováním potřeb.

*Charakter pojmu kvalita života se jeví jako multidimenzionální, dlouhodobě a složitě se utvářející, značně relativistický, idealizovaný a nedosažitelný* (Payne a kol., 2005, s. 217).

Pohled na kvalitu života se jistě mění i s věkem. Při definování kvality života se často hovoří o spokojenosti se životem. V souvislosti s tímto se nabízí otázka, co činí člověka spokojeným, co k tomu přispívá a co dále ovlivňuje spokojenost člověka? „*Dalo by se říci, že kvalitně žije ten, kdo je se svým životem spokojen*“ (Křivohlavý 2002, s. 162).

V souvislosti se zvýšeným zájmem o měření kvality života je zaměření na pozitivní charakteristiky života nemocných, které souvisí s vnímáním zdraví. WHO definuje zdraví jako „*stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody*“, *tím se narušila vazba mezi zdravím a nemocí a umožňuje tak uvažovat o zvyšování zdraví i v nemoci.* (52,27)

Mezi obecně důležité životní domény kvality patří:

#### **Bytí** (being – who is one)

Jde o souhrn podstatných charakteristik daného člověka, který má tři subdomény: fyzické bytí (např. fyzické zdraví, tělesný pohyb, výživa, osobní hygiena atd.), psychologické bytí (psychologické zdraví, kognice, self-concept, sebeúcta, sebekontrola) a spirituální bytí (osobní hodnoty, přesvědčení atd.). (37)

#### **Přilnutí** (belonging – napojení na vlastní prostředí)

Má také tři subdomény: fyzické přilnutí (k domovu, komunitě atd.), užší sociální přilnutí (k rodině, přátelům atd.), přilnutí k širšímu prostředí – komunitě (prostřednictvím pracovních příležitostí, zdravotní péče, sociální práce atd.). (37, 26)

#### **Realizace** (becoming – dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací)

Skládá se: z praktického uskutečňování (domácí aktivity, péče o zdraví a sociální začlenění atd.), relaxační aktivity (redukce stresu, relaxace) a uskutečňování růstu (aktivity pomáhající zachování a zlepšování znalostí a dovedností, adaptace na změnu). (37)

Ke zjištění kvality života se používají různé dotazníkové postupy, které využívají hodnotící škály vycházející např. z popisu úrovně sebeobslužnosti (např. Barthel index). Tyto postupy pak odrážejí posouzení zvládnutí schopnosti běžných každodenních situací. (14) Dimenze osobní pohody je podle autora: „*autonomie,*

*nezávislost a sebeurčení, odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor a jednání, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých. Smysl života (purpose in life) se vyznačuje cílevědomostí, pocitem, že minulý i přítomný život má smysl, směřuje k dosažení cílů (Kebza, 2005, s. 69).*

*„Jakou životní kvalitu má člověk, který 24 hodin pouze leží, aniž by mohl svou vlastní aktivitou změnit svojí pozici těla nebo části těla na lůžku, který již vlastně nemůže ani pořádně ležet, protože jeho tělo následkem vadného držení těla a z důvodu vzniklých kontraktur nepřiléhá k lůžku?“ (Bauder-Mißbach, 2008, s. 8).*

Zásah do kvality života a změna pohledu na kvalitu života je spojena se ztrátou vlastního pohybu. Závislost na asistenci ošetřujících, rodinných příslušníků anebo přátelích při provádění každodenních aktivit je pro dotčené osoby těžko akceptovatelná. Pomáhající osoby stejně jako postižení lidé, se dostávají na hranice svých psychických a fyzických možností. Každodenní pohyby se mohou proměnit v utrpení. U nemocného nebo postiženého člověka odpadají např. denní procházky. V průběhu 24 hodin zaujímá významně méně rozličných poloh než zdravý člověk. Nejen počet provedených změn pozice je nižší, také počet dílčích pohybů, které jsou zapotřebí pro změnu pozice, jsou redukovány. (4)

## **2. Rehabilitace**

*Je pojem, kterým se rozumí opětovné uvedení do původního stavu, navrácení do původního stavu toho, co bylo různým negativním zásahem z tohoto původního stavu vyšínuto (Křivohlavý, 1985, s. 61).*

Rehabilitace představuje soubor diagnostických, terapeutických, pedagogicko-výchovných, sociálních a technických opatření, která směřují k obnovení poškozených a ztracených funkcí organismu. (56) Léčebná rehabilitace se orientuje na symptomatologii onemocnění. Podkladem pro léčebné postupy nejsou diagnózy, ale funkční projevy onemocnění – změna hybnosti, svalového tonu, poruchy rovnováhy, svalová oslabení, poruchy koordinace, mimovolní pohyby atd. Cílem je podpora maximálního možného uzdravení pacienta, předcházení

raným a pozdním komplikacím. Pro dosažení tohoto cíle je nezbytná spolupráce celého terapeutického týmu, který je tvořen lékařem, fyzioterapeutem, všeobecnou sestrou a ostatními nelékařskými pracovníky, dále do týmu patří sociální pracovník, popřípadě logoped nebo ergoterapeut. Ošetřující jsou v nejužším kontaktu s pacientem při poskytování podpory pohybu, tuto činnost potřebují a využívají i fyzioterapeuti, neboť je nutné, aby pohybové návyky byly neustále s pacientem opakovány a tak byla zaručena jejich fixace. Postupy léčebné rehabilitace musí být zahájeny co nejdříve, tzn. již v akutní fázi onemocnění. (15) Pro zvolení správné strategie rehabilitace je nutné respektovat skutečnost, že fyziologickým pohybem jsou ovlivňovány nejen jednotlivé orgány, ale že působí i na vnitřní prostředí. Pohyb koordinuje i vzájemné vztahy mezi jednotlivými orgány a organismem.

Kolář rozděluje z hlediska účelu zaměření terapeutické koncepty do dvou základních oblastí:

## **2.1 Rehabilitační ošetřovatelství**

Rehabilitační ošetřovatelství je základní součástí komplexního ošetřování pacientů. Zaměřené je na profylaxi imobilizačního syndromu (pneumonie, dekubitů, kontraktur atd.), který ohrožuje pacienta při jeho základním onemocnění. (15, 38) Rehabilitační ošetřovatelství je v co největší míře zaměřeno na prevenci vzniku sekundárního poškození. Při absenci cílených fyzioterapeutických intervencí cíleně směřujících k prevenci sekundárních změn, jsou výsledky rehabilitace podstatně horší a důsledky těchto změn zatěžují pacienta často více než základní onemocnění. Snaha zabránit vzniku těchto komplikací má často přednost před zahájením individuálního funkčně orientovaného rehabilitačního programu.

Pro potřeby této diplomové práce použiji dělení podle Koláře, který za hlavní terapeutické prostředky rehabilitačního ošetřovatelství považuje *polohování, vertikalizaci a mobilizaci pacienta* (Kolář, 2009, s. 15).

## **2.2 Léčebná rehabilitace**

Je zaměřená na ovlivnění funkčního (především motorického) deficitu – využívá různé fyzioterapeutické postupy, které vycházejí ze základů

neurofyziologických principů. Léčebná rehabilitace je v kompetenci fyzioterapeutů, ergoterapie, logopedie, neuropsychologie a rehabilitačního inženýrství. (15)  
Společným cílem rehabilitace je pomoci pacientovi k postupnému získání jisté míry soběstačnosti, samostatnosti a nezávislosti na druhé osobě.

### **3. Rehabilitační ošetřovatelství**

Rehabilitační ošetřovatelství je způsob aktivního ošetřování pacientů, kdy ošetřující všemi dostupnými prostředky brání vzniku sekundárních změn a komplikací. Ošetřující mohou využívat pacientových naučených pohybových aktivit v poskytování komplexní ošetřovatelské péče. (15, 38)

#### **Kompetence ošetřujících v rehabilitačním ošetřovatelství**

Rozsypalová definuje rehabilitační ošetřovatelství: *jako základní součást ošetřování nemocných. Úkolem je zamezit v akutním stadiu nemoci imobilizačnímu syndromu, deformitám a kontrakturám svalů a šlach. Úkolem sestry je, co nejdříve pacienta aktivizovat, tj. vést ho systematicky k tomu, aby pohyboval končetinami, prohloubil dýchání, aby se posazoval, postavil se a chodil (tj. tzv. vertikalizace) a aby prováděl základní úkony sebeobsluhy (sebenasycení, otočení na lůžku, zvednutí se na lůžku, podání si věcí z nočního stolku atd.)“ (Rozsypalová, 1997, s. 147).*

#### **Legislativní kompetence zaměřené na rehabilitační ošetřovatelství**

*Úkolem poskytování profesionální ošetřovatelské péče je zajištění a uspokojení bezprostředních potřeb pacienta. Z profesionálního úkolu vyplývá funkční rámec a odpovídající zákonná norma, která stanovuje kompetence kvalifikovaných sester. Jasná koncepce profesionálního úkolu sester a definice funkčních výsledků ošetřovatelské činnosti v rámci celkové (multiprofesionální) péče slouží k vymezení profesionální činnosti třemi vzájemně se prolínajícími způsoby (Mastiliaková, 2003, s. 117).*

Novelizovaná vyhláška ze dne 14. 3. 2011 č. **55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků**, ve které se stejně

jako v předchozí vyhlášce č. 424/2004 Sb., přímo uvádí, že všeobecná sestra, která vykonává svojí činnost bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, poskytuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči. Do těchto činností je zahrnuto i vyhodnocování potřeb a úroveň soběstačnosti pacientů. K vyhodnocení aktuální situace pacienta používá měřicí techniky, stupnice, např. test soběstačnosti, rizika proleženin, stupnice zjišťování intenzity bolesti atd. Dále je v kompetencích všeobecné sestry, aby ve spolupráci s fyzioterapeutem či ergoterapeutem prováděla rehabilitační ošetrovatelství, a to zejména polohování, posazování, ale i metody bazální stimulace, kterou by měla zejména využívat k prevenci a nápravě hybných a tonusových odchylek. Další důležitou kompetencí je provádět u pacientů nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšovat jejich soběstačnost.

Vzhledem k dalším nelékařům jako je např. zdravotnický asistent, kterému je v pracovním postavení všeobecná sestra přímo nadřízená, se v citované vyhlášce uvádí: „*pod dohledem všeobecné sestry provádí rehabilitační ošetrovatelství, včetně prevence poruch imobility, a dále také nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšovat soběstačnost pacienta*“.

Vymezení rehabilitačního ošetrovatelství v mezích uvedené vyhlášky je nedostačující, neboť z něj přímo nevyplývá, které činnosti rehabilitačního ošetrovatelství vlastně zahrnuje. V kompetencích všeobecné sestry, je uvedeno, že ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem provádí výše definované činnosti. V případě činností zdravotnického asistenta je již všeobecná sestra kompetentní k dozorování provádění rehabilitačního ošetrovatelství. Domnívám se, že jde o rozpor v definování kompetencí.

### **3.1 Dělení rehabilitačního ošetrovatelství**

Rehabilitační ošetrovatelství je cíleně zaměřené na prevenci sekundárních poškození. Rozsypalová uvádí následující dělení:

---

Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb., ze dne 14. 3. 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [Citace online 19. 3. 2011]  
[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasce-c-sb\\_4763\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasce-c-sb_4763_3.html)

Pasivní:

- polohování;
- pasivní pohyby.

Aktivní:

- dechová cvičení;
- kondiční cvičení a aktivní pohyby;
- změny poloh (vertikalizace);
- nácvik chůze;
- nácvik základní soběstačnosti a sebeobsluhy;
- nácvik obnovy komunikačního procesu (Rozsypalová, 1997 s. 148-157).

Rehabilitační ošetřovatelství můžeme dále rozdělit podle vedení pohybu na:

- pasivní pohyb;
- asistovaný pohyb;
- aktivní cvičení.

### **Pasivní pohyb**

Provádění pasivních pohybů umožňuje redukovat vývoj spasticity, udržení plného rozsahu pohybu v kloubech a pružnost svalů a šlach, zamezit vzniku kontraktur. Pasivní pohyby mají preventivní význam, provádí se několikrát denně, pohyb v kloubu se provede do maximálního nebolestivého rozsahu všemi směry, které jsou možné. Pohyb by měl být plynulý, pomalý a šetrný. Důležitým momentem pasivního cvičení je „uchování pohybových vzorců v paměti“. (15, 38) Pasivní pohyb se nejčastěji provádí u imobilního pacienta.

### **Asistovaný pohyb**

Asistovaný pohyb zahrnuje pohyb za pomoci druhé osoby. Jde o částečně aktivní pohyb u pacientů, kteří nejsou schopni se pohybovat zcela samostatně nebo u pacientů se spasticitou. Asistovaný pohyb je v rámci rehabilitačního ošetřovatelství nejčastěji využíván při manipulaci s pacientem, kdy jsou maximálně využívány jeho pohybové schopnosti, rezervy. (15) Množství dopomoci ze strany ošetřujícího se volí v závislosti na kvalitě, se kterou je pacient schopen asistovaný pohyb provést.



Při vedení pohybu je důležité sledování svalového napětí, rozsahu pohybu v jednotlivých kloubech, plynulost jednotlivých pohybů, bolesti atd. (15, 38)

### **Aktivní pohyb**

Při aktivním cvičení vykonává pacient pohyb sám pod kontrolou a vedením ošetřujících, kteří dávku množství cvičení, aby nedošlo k přetížení pacienta. (38)

### **Kondiční cvičení**

Kondiční cvičení je nejjednodušší formou tělesného pohybu, provádí se u ležících i chodících pacientů. (38) Provádí se nejen u pacientů, kteří mají omezení v pohybovém aparátu, význam má i u pacientů ve fázi rekonvalescence, v pooperačním období a i u mnoha jiných zdravotních potíží. (46)

Kondiční cvičení je důležité pro:

- zvýšení látkové výměny a zvýšení fyzické zdatnosti organismu;
- odstranění nebo zamezení zmenšeného rozsahu pohybu v kloubech, svalové atrofii, atonické zácpě;
- zlepšení plicní ventilace;
- podporu periferního prokrvení;
- zlepšení celkové fyzické kondice;
- snížení stupně psychického traumatu vyvolaného nemocničním prostředím a navození pozitivních emocí. (46, 38)

Kondiční cvičení se dělí na izotonické a izometrické (statické) cvičení.

### **Izotonické cvičení**

Izotonické cvičení je cvičení, při kterém je svalové napětí konstantní, sval se zkracuje, vzniká svalová kontrakce a pohyb. Po cvičení je nutné stahování svalů a současně počítá s pohyblivostí kloubů. Každodenní běžné aktivity jsou izotonické. (27, 46)

### **Izometrické (statické) cvičení**

Při izometrickém (statickém) cvičení se mění svalové napětí beze změny svalové délky. Sval ani kloub se nepohybují. Cvičení jsou zaměřena na posílení břišních, gluteálních svalů, svalů pánevního dna. Provádí se u pacientů se sádrovými nebo jinými fixacemi na končetinách, pomáhá udržet svalovou sílu v nemocné končetině. Typické pro cvičení je vyvinutí tlaku proti pevné překážce. Je vhodné pro nabytí svalové síly. Pohyblivost tímto typem cvičení není ovlivněna. (27, 46)

### **3.2 Možnosti rehabilitačního ošetřovatelství**

Hlavními prostředky rehabilitačního ošetřovatelství jsou **polohování, vertikalizace a mobilizace pacienta** (Kolář, 2009, s. 15).

#### **3.2.1. Polohování**

Polohování znamená uložení pacienta do polohy, která má preventivní charakter vzhledem k možným komplikacím.

#### **Indikace k polohování**

Polohování je prováděno u pacientů, kteří mají z nějakého důvodu omezení či ztrátu hybnosti spojenou s poruchou citlivosti určitých částí těla. Senzorický deficit často doprovází motorickou ztrátu, která může být ještě zhoršena tím, že pacient leží na lůžku bez změny polohy několik hodin. Důležité jsou i jen drobné změny polohy, kterými vznikají různé stimuly, které mohou následně dopomoci k návratu sensorických funkcí, a tím současně i funkcí motorických. (15, 38) Polohují se části těla s úplnou ztrátou aktivního pohybu nebo části těla, kde je hybnost omezena částečně a tato část těla setrvává v jedné poloze, nebo je v patologickém postavení.

Kolář uvádí: „*polohování není záležitostí fyzioterapeutů, ale na správném polohování se musí podílet veškerý personál, který je pověřen péčí o pacienta*“ (Kolář, 2009, s. 15).

#### **Zásady polohování**

Poloha pacienta se mění podle charakteru onemocnění, podle vývoje nemoci a podle potřeb pacienta. Poloha těla musí být pro pacienta pohodlná, nesmí mu

způsobit bolest a důležité je, že nesmí omezit zbytkový pohybový potenciál pacienta. Je důležité dodržovat stanovené postupy, které jsou většinou definovány v standardních postupech ošetrovatelské péče příslušného zařízení. (15) Pacient je polohován po celých 24 hodin, změna polohy se provádí obvykle po dvou až třech hodinách, a to i v noci. Při každé změně polohy je nezbytné hodnotit predilekční místa, tj. oblasti s malou vrstvou svalů a podkoží, kde hrozí zvýšené riziko vzniku dekubitů (týlní část hlavy, oblast lopatky, sakrální oblast, velké trochantery, lokty, kotníky, paty). Každá změna barvy kůže signalizuje vznik dekubitu, proto se musí zkrátit intervaly změny polohy dle aktuálního zdravotního stavu pacienta. Pacient musí ležet v suchu, je nutné provádět kontrolu správné polohy močového katétru nebo epicystostomie a ostatních katétrů. (15, 38)

Důležitá je vhodná matrace, na které pacient leží. Ani nejmodernější antidekubitní matrace však nezabrání vzniku dekubitů, pokud není pacient správně polohován. (15)

## **Typy polohování**

### **Preventivní**

Jak už z názvu vyplývá, jde především o předcházení vzniku a vývoji sekundárních změn v důsledku imobility. K těmto změnám patří refrakce měkkých tkání a svalů s následným rozvojem kontraktur. Dlouhodobé znehybnění vede ke ztrátě elasticity měkkých tkání a ke ztrátě schopnosti protažení do plné délky. Důsledkem je vznik deformit, ukládání vápníku a osifikace měkkých tkání v oblasti kloubů, vznik ankylóz, dekubitů. (58)

### **Korekční**

Při korekčním polohování je pacient ukládán do polohy, ve které můžeme působit na některou část jeho těla dlouhodobě, a to relativně malou silou, kdy se sval pomalu adaptuje a nereaguje obranným hypertonelem. (58)

### **Antalgické**

Antalgickou polohu zaujímá pacient většinou sám, neboť v ní pociťuje úlevu, pociťuje v ní nejmenší bolest. Nevýhodou polohy je, že tato poloha je často

nefyziologická a dlouhodobé uložení v této poloze může vést ke vzniku sekundárních změn právě na pohybovém aparátu. (38, 58)

### **Antispastické**

Antispastické polohování se provádí u pacientů s centrální parézou či plegií. Velký prospektivní význam má polohování již v akutním stádiu, tj. na JIP a ARO odděleních. Nesprávná poloha pacienta na lůžku a nesprávné uložení končetin podporuje vznik a vývoj spasticity a dalších sekundárních změn, které by mohly znesnadnit nebo znemožnit jeho návrat do plnohodnotného života. (58)

### **Cíle polohování**

*„Volba polohování se provádí s přihlédnutím k cíli, který má být dosažen“* (Kolář, 2009, s. 19). Je to zejména: regulace svalového tonu, prevence vzniku deformit a kontraktur, prevence dekubitů, pneumonie, zlepšení vigility a pozornosti a rozvoj jednotlivých symptomů imobilizačního syndromu. (15)

### **3.2.2 Vertikalizace**

Je-li pacient upoutaný na lůžku schopen z hlediska zdravotního stavu tolerovat vyšší polohu, je postupně veden k větší pohyblivosti, zatěžuje organismus tím, že se stupeň vertikalizace zvyšuje až do dosažení stoje. (15, 38) Náhlá změna polohy po delším pobytu na lůžku může u pacienta vyvolat nepříjemné potíže, které mohou vést až ortostatickému kolapsu. Proto je vhodné použít prvky bazální stimulace, např. vestibulární stimulaci, jako prevenci negativních projevů. Postupně se nacvičuje sed, stoj, chůze.

### **3.2.3 Mobilizace**

*Pojem mobilizace znamená pohyb, být pohyblivý* (Trachtová, 1999, s. 46). Protrahovaná imobilizace pacienta může výrazně ohrozit další vývoj onemocnění. Mobilizace pacienta musí být zahájena co nejdříve s ohledem na zdravotní stav pacienta a na možnost zatížení kardiopulmonálního systému. Pod pojmem mobilizace se především vybavují činnosti: vstávání z lůžka, posazování do křesla,

nácvik chůze. Mobilizace ale zahrnuje i ostatní aktivizační činnosti jako pohyb na lůžku, např. zvedání, otáčení posazování atd. (15, 46)

### 3.3 Imobilita

Člověk je vnímán jako bytost bio-psycho-sociální a proto když vznikne porucha hybnosti, nejde jen o fyziologii pohybu, ale také o zásah do psychiky člověka i jeho sociálních vztahů.

Neschopnost (disabilita) je definována jako „*přetrvávající duševní nebo fyzická porucha činnosti, případně slabost, která brání člověku normálně vykonávat životní a pracovní aktivity*“ (Kozierová a kol. 1, 1995, s. 841).

Kozierová uvádí rozdělení neschopnosti do dvou typů:

- 1. Primární neschopnost**, která je vyvolaná přímým vlivem nemoci nebo traumatu, např. plegie.
- 2. Sekundární neschopnost** nevzniká na začátku primární neschopnosti, ale vyvíjí se později jako následek poruchy způsobené primární neschopností. (20)

Imobilita je vnímána jako přechodná nebo trvalá ztráta hybnosti části nebo celého těla, ke které dochází vlivem nemoci nebo úrazu. Podle délky trvání je imobilita rozdělena na krátkodobou, dlouhodobou a trvalou. (21, 43)

Mobilita může být dále posuzována jako:

- Trvalá imobilita – kdy dojde v důsledku nemoci nebo úrazu k výpadku motorických funkcí. Výpadek může být různého rozsahu, stupně závislosti na druhých osobách, ten je ovlivněn věkem, konstitucí, závažností a rozsahem postižení, kvalitou ošetrovatelské a rehabilitační péče, psychikou nemocného a dalšími aspekty.
- Dlouhodobá imobilita – příčinou jsou dlouhé, vleklé těžké nemoci nebo důsledek polytraumatu. Sekundární změny a následné komplikace mohou být také příčinou imobility.
- Přechodná imobilita – vzniká v důsledku krátkodobého, vynuceného klidu na lůžku. Zde zaujímá klíčovou roli kvalitní ošetrovatelská a fyzioterapeutická

péče, jejímž úspěchem je úplné funkční zotavení, bez vzniku závažných změn.

(21)

Nemocní lidé mají z různých příčin problémy s pohyblivostí. Omezení pohybu může být způsobeno geneticky, získaným handicapem, úrazem, degenerativním onemocněním, pooperačním stavem nebo akutním onemocněním. V důsledku dlouhodobé imobilizace v lůžku jsou pacienti ohroženi rizikem vážných komplikací.

### **3.3.1 Imobilizační syndrom**

Imobilizační syndrom nebo syndrom z inaktivity je fyziologickou odpovědí na sekundární poruchu z imobility. (20, 50) V důsledku naordinované nebo nevyhnutelné muskuloskeletární inaktivity dochází v organismu ke změnám, které postihují všechny orgánové systémy (pohybový, oběhový, dechový, zažívací, nervový, močový, kůže i psychiku. (43)

### **Psychosociální reakce na imobilitu**

Sociální, emocionální a intelektové změny přichází s imobilitou postupně, často skrytě a nepozorovaně. (19) Snížená kvalita, kvantita sensorického vnímání a s tím, jak si pacient postupně více uvědomuje svoji nepohyblivost a závislost, dochází často k rozvoji depresivně-anxiózního syndromu. Objevují se změny ve vnímání sama sebe – v sebekoncepci. Objevují se pocity beznaděje, bezmoci, nepřátelství, izolace apatie atd. (46)

### **3.3.2 Stupně imobility**

Existují různé stupně imobility. Jsou pacienti, kteří jsou zcela imobilní např. pacient ve vigilním stavu, bezvědomí, nebo jen parciálně nepohyblivý. Další formou je omezená mobilita ze zdravotních důvodů, která vyplývá z doporučení lékařů související s onemocněním.

V ošetrovatelství se pro nepohyblivého pacienta používá někdy označení pacient ležící na lůžku, tento pojem má mnohoznačný význam. Někdy „ležící pacient“ znamená, že je zcela upoután na lůžko nebo může sedět (je vysazován do

křesla), popř. si s dopomocí zajistí denní hygienické potřeby na lůžku. (20) Upoutání pacienta na lůžko se někdy vyvíjí plíživě tím, že je pacient odkázán setrvávat na jednom místě (na lůžku). Pozvolnou fixací pacienta na jednom místě se zmenšuje i jeho akční rádius. Pacient někdy nabývá dojmu, že je „jako k lůžku přibitý“ nebo „je připoutaný k lůžku“. Zegellin uvádí (obrázek č. 7.1): „faktory, které mohou působit na upoutání pacienta na lůžko. Faktory přispívající k upoutání pacienta na lůžku se navzájem ovlivňují a násobí. Někdy dochází k tomu, že pobyt na lůžku je nejpohodlnější možností pro obě strany: je nejméně náročný pro ošetřující a pohodlný pro pacienta“ (Zegellin, 2010, s. 147-148).

Obrázek č. 3.1 Faktory ovlivňující imobilitu pacientů

Ohleduplnost Dlouhé nepohodlné sezení (absence pomoci) Ztráta časové orientace



Na tomto místě je vhodné vzpomenout na zakladatelku moderního ošetřovatelství Florence Nightingalovou, která po relativně krátké „pracovní“ fázi strávila posledních třicet let svého života až do své smrti v roce 1910 upoutaná na lůžku.

Stejně jako imobilita, tak i pojem dlouhodobě nemocný je velmi nejednoznačný.

### **Dlouhodobě nemocný**

*Pojem dlouhodobě nemocný je mnohoznačný. Stav dlouhodobě nemocného se může pomalu zlepšovat nebo dlouho setrvávat na stejné úrovni nebo může progredovat plynule či s remisemi (Lánik, 1987 s. 43). Záleží vždy na subjektivním posouzení vlastního zdravotního stavu pacientem. Například pacient s progresivní polyartritidou, u kterého dochází ke zhoršování kloubních obtíží, má období remisí, kdy se cítí lépe až opět do období následující recidivy nebo progresse. (29)*

### **Rozdělení dlouhodobě nemocných:**

1. Dlouhodobě nemocní bez progresse, ale i bez úpravy stavu – u těchto pacientů je snahou udržení stávající kondice pacienta, jisté úrovně spokojenosti, opatrnost se nabízí ve stanovování prognóz.
2. Dlouhodobě nemocní s progresí změn zdravotního stavu – u pacientů v remisi je žádoucí vyzdvihnout zlepšení stavu, které pacient sám v tomto období vnímá. Poukázat na stanovená pravidla životosprávy a cvičení, která mohou přispět k tomu, že se stav v období progresse zaselepší.
3. Dlouhodobě nemocní s výraznou progresí a s infaustní prognózou jsou pro práci ošetřujících nejnáročnější. Není vhodné vzbuzovat nesplnitelný optimismus ani prohlubovat u pacienta pocity úzkosti, deprese a strachu. (29)

### **3.4 Soběstačnost**

*„Soběstačnost je schopnost člověka naplňovat své potřeby sám podle vlastních potřeb, tedy schopnost aktivního pohybu na základě svých vlastních vnitřních motivů“ (Šimek, 2005, s. 114).*

Hlavním úkolem sestry je identifikace nenaplněných potřeb pacienta, pomoci mu, aby si své potřeby dokázal uspokojovat sám. (60) Jak uvádí autor *„cílem lékaře je člověk zdravý, cílem sestry je člověk soběstačný“* (Šimek, 2006, s. 294). V ošetřovatelské vědě je „samostatnost“ člověka diskutována zhruba od poloviny 19. století. Za zásadní roli ošetřovatelství se přitom považuje dočasné převzetí funkcí člověka nebo jejich trvalé kompenzování v případě, že nemocný není schopen starat se sám o sebe tak, jak byl zvyklý nebo činil v okamžiku omezení určité funkce. Soběstačnost v běžných denních činnostech je vysoce ceněnou hodnotou a je důležitým kritériem kvality života. Pro pacienta odkázaného na pomoc



druhého může být závislost velmi stresující situací, kdy se může jednat i o ztrátu nebo omezení důstojnosti.

### **3.4.1 Hodnocení soběstačnosti sestrou**

Aktivní ošetrovatelská péče se vyznačuje rozpoznáním potenciálního rizika a aktivizace pacienta, respektive pomocí udržet pacientovu dosavadní míru soběstačnosti a podle možností pracovat na jejím zlepšení. (54) Jednou z možností, jak péči o soběstačnost objektivizovat, je používání ověřovacích testů, které jsou všem členům týmu srozumitelné (např. pomocí testu ke zjištění schopnosti uspokojování základních lidských potřeb a vykonávání běžných denních aktivit – *Activitis of Daily Living*). Pro stanovení kritérií stupnice soběstačnosti je často v klinické praxi využíváno hodnocení funkční soběstačnosti, kde je v popředí hodnocení pohybových schopností. Jde o jednoduchý index osobní nezávislosti, který se využívá ke stanovení rozsahu stávající pomoci, kterou pacient potřebuje, když není schopen některou aktivitu vykonat. Autorem je Dorothea W. Barthel a Florence I. Mahoney. Test je nutné zpracovat vždy na základě objektivních šetření (viz příloha č. 1). Hodnotící test vznikl v roce 1955, používán byl pro pacienty s neuromuskulárním i s muskuloskeletárním postižením. Pacient, který získá při vyšetřování hodnocených položek maximálně 100 bodů, je považován za soběstačného. Současně to ale neznamená, že je pacient schopen soběstačného života, neboť test nehodnotí ještě celou řadu oblastí denního života. (19, 54)

### **3.4.2 Návik soběstačnosti**

Rehabilitace významně přispívá k náviku soběstačnosti a ke zvládnutí běžných denních činností. Za soběstačného je možné považovat člověka, který samostatně bez pomoci druhé osoby nebo jejího dohledu zvládá všechny aktivity běžného denního života a je schopen zvládat sociální role v prostředí, ve kterém žije. (21, 54) Návik soběstačnosti klade na ošetřující velké nároky, zejména na trpělivost, kreativitu a vyžaduje zvýšenou časovou dotaci na pacienta. Ošetřující by jistě zvládli činnosti rychleji a s menším úsilím, než když se o to pacient pokouší sám nebo mu sestra při některých činnostech jen asistuje. Je však důležité, aby ošetřující mysleli na budoucnost pacienta a jeho začlenění do běžného života

v domácím prostředí. Jak jsem již výše popsala, v kompetencích sestry je nácvik soběstačnosti. Rozsypalová uvádí, že jde hlavně o základní úkony:

- osobní hygieny (čištění zubů, česání, mytí, péče o nehty, vlasy, sprchování atd.);
- oblékání a svlékání (prádla, spodního prádla, šatů, bot atd.);
- přijímání potravy (používání příboru, krájení potravy);
- domácí práce (běžný úklid, vytírání, vysávání);
- jiné běžné denní činnosti (telefonování, psaní). (38)

### **Prostředky pro zlepšení lokomoce a soběstačnosti**

Pro zachování soběstačnosti v denních činnostech je nutné zlepšit funkce manipulační a lokomoční, tedy pohybové aktivity na horních končetinách spojených s uchopováním předmětů, na dolních končetinách jde o chůzi, mobilitu. K nácviku těchto činností je možné využít následujících lokomočních pomůcek:

- ortopedicko-protetické – sériově vyráběné korzety, ořezy, závěsy, pásky k zavěšení a odlehčení horních končetin, protézy horních a dolních končetin;
- hole, berle – vycházkové, výškově nastavitelné, tří, čtyřbodové, podpažní, francouzské předloketní;
- chodítka – tří nebo čtyřbodová, pevná, nastavitelná, kloubová, skládací tříkolky;
- vozíky pro zdravotně postižené – mechanické, elektrické zvedáky (různé typy podle postižení). (55)

### **Podpora pohybu zaměřená na nácvik soběstačnosti u nepohyblivého pacienta**

Zejména starší pacienti jsou velmi ohroženi ztrátou soběstačnosti a nezávislosti. Starý člověk se stává zpravidla pomalejším, pohodlnějším, nepohyblivějším a touží po klidu. Někteří staří lidé se pohrouží do sebe, uchylují se k rozjímání, k tělesnému i duševnímu klidu. (48) Trčka už v roce 1971 vyzdvihuje rehabilitační cvičení u lidí již poměrně velmi starých. Uvádí: *„je až neuvěřitelné, jak pohybová rehabilitace dovede zlepšit celkovou kondici starého neduživého člověka. Nabádá k nezanedbávání pohybu v každém věku (Trčka, 1987, s. 47).*

Pro zachování a naučení soběstačnosti v denních aktivitách jsou důležité funkce manipulační a lokomoční. U horních končetin jde především o pohybové činnosti zaměřené na uchopování předmětů a na dolních končetinách o nácvik a

stabilizaci chůze, zlepšení a uchování mobility. (55) Současně je neméně podstatné věnování pozornosti komunikačním schopnostem, které bývají u ležících pacientů a zejména u starších lidí narušeny postupně se rozvíjející smyslovou nedostatečností. K ní dochází v důsledku snížené funkce receptorů a současně vlivem nemocničního prostředí, které je mnohdy velmi chudé na senzorické podněty. (21, 55)

Motivace k přirozeným denním pohybovým aktivitám je u dlouhodobě nemocných velmi podstatným předpokladem pro nácvik soběstačnosti a je nezbytné ji nejrůznějšími prostředky podporovat.

### **Zásady pro pohybovou podporu ležících, dlouhodobě nemocných pacientů**

Při provádění podpory pohybu u nepohyblivých pacientů je nutné zohlednit:

- úroveň pohybových zkušeností;
- úroveň pohybových rezerv pacienta;
- fyziologické změny v organismu;
- smyslová oslabení;
- sníženou tělesnou zdatnost a výkonnost;
- psychické změny. (29, 55)

Výběr pohybových aktivit pro nepohyblivé pacienty:

- Pro upevnění svalové síly je nutné volit cviky pomalé, tahové, případně proti vnějšímu odporu. Nedoporučují se cviky, které nadměrně zatěžují kardiovaskulární systém jako je intenzivní izometrické posilování. (20, 55)
- Pro zachování rozsahu pohyblivosti je vhodné volit cviky protahovací a uvolňovací, pomalu prováděné s výdrží v krajní poloze. (3, 55)
- Cviky vytrvalostní zlepšují funkční schopnost organismu a mají pozitivní vliv na souhru jednotlivých systémů – kardiovaskulární, dýchací, pohybový, nervový a endokrinní. Tyto vytrvalostní cviky je vhodné provádět cyklicky. (55)

Hlavní zásady při cvičení s nepohybnými pacienty:

- Pomalé střídání poloh.
- Zohlednění a respektování individuálních potíží pacienta a zohlednění dalších onemocnění.

- Nezapomínat na vkládání relaxačních prodlev mezi jednotlivými cviky.
- Podporu pohybu začínat jednoduchými cviky s postupným nácvikem složitějších po částech.
- Nedoporučují se cvičení statická a silová izometrická.
- Intenzitu cvičení přizpůsobit možnostem a schopnostem pacienta. (55)

Ležící pacient je nabádán ošetřujícími k tomu, aby se během dne několikrát snažil hýbat končetinami a svoji polohu na lůžku s ohledem na základní onemocnění měnil. Při všech těchto činnostech je v popředí samostatnost pacienta a případná dopomoc druhou osobou. Pasivní mobilizace prováděná u imobilního pacienta, slouží nejen k udržení pohyblivosti pacienta, ale také k podpoře funkcí krevního oběhu, snížení tlaku v jednotlivých tělesných regionech a ovlivňuje pozitivně pocit „cítit se dobře“. Pasivní mobilizace, kdy ošetřující zaujímají aktivní roli, vyžaduje znalost různých mobilizačních technik, které vedou k šetrné mobilizaci a umožní využití vlastních rezerv pacienta a jeho zapojení do mobilizace.

#### **4. Kinestetická mobilizace**

Je pohybový a komunikační koncept, který zcela reflektuje požadavky rehabilitačního ošetřovatelství. Koncept kinestetické mobilizace vychází z toho, že pohyb a interakce tvoří základ učení a vývoje. Namísto pasivního nevyváženého vedení pohybu při současném provádění mobilizace pacienta nabízí koncept vyváženou podporu pohybu za maximálního využití pohybových rezerv pacienta. Při realizaci změny pozice při používání oblíbených „tahaček“, „polohovaček“ je pacient odsouzen do role pasivního aktéra oproti provedení změny pozice dle kinestetických principů. Při takto provedené změně pozice je pacient do činnosti aktivně zapojen dle svého pohybového potenciálu. Neexistuje technika, která by ošetřujícím umožnila provedení změny pozice (transfer) s pacientem plně odkázaným na pomoc druhé osoby na první pokus bez problémů. Podpora pohybu je vždy vzájemná vyvážená interakce mezi pacientem a ošetřujícím, jde zároveň o oboustranné učební procesy.

Pojem kinestetika byl vytvořen pro popis lidského pohybu a funkce a byl vytvořen v 70. letech doktorem Frankem Hartschem a Lenny Maietta z USA. Oba zakladatelé kinestetiky vyvinuli uspořádáním výsledků výzkumu kybernetiky chování od K. U. Smith a dalších. V kybernetice chování je na člověka pohlíženo

jako na sebekontrolující a sám sebe vytvářející systém se zpětnou vazbou. Tato hypotéza v sobě zahrnuje to, že každý člověk prostřednictvím svého vlastního chování generuje zkušenosti, které následně provádí. Sensorické důsledky chování člověka jsou registrovány jeho smyslovými systémy. Tyto informace regulují nepřetržitě zpětné vazby (odezvy na aktivitu). (3, 4) Zakladatelé konceptu dále vycházeli i z poznatků Feldenkreisovy metody. Metoda pohybové terapie, nazvaná podle svého autora Moshé Feldenkraise, umožňuje prostřednictvím cílených cvičení dotyčné osobě pohybu více si uvědomovat, a tím pak může i lépe provádět korekci svého pohybu. (53) Jde o „převýchovu“ nervového systému na základě zdokonalování zpětné vazby mezi pohybovým systémem jako vykonavatelem pohybu a mozkovými centry řídícími pohyb. Dochází k novému nastavení efektivní komunikace mezi centrálním nervovým systémem a ostatními částmi těla, které se částečně nebo úplně vymkly volní kontrole. (55) Dále byli zakladatelé kinestetiky při vytváření konceptu ovlivnění poznatky moderního tance, klinické a humanistické psychologie, kineziologie. Kinestetika je nástroj pro analýzu pohybu, jakožto podkladu pro naučení se pohybu a vztahu. (3)

Důležitá jsou v souvislosti s kinestetickou dvě tvrzení: pohyb je báze pro učení a vývoj; člověk se učí díky přímému kontaktu při společném pohybu s druhým člověkem. Při společně provedeném pohybu získává člověk ve výměně pohybových zkušeností přímo své vlastní pohybové kompetence.

Kinestetika dle Hatsche a Maietta je od roku 1990 úspěšně užívána v klinické i ambulantní praxi, koncept kinestetiky se již 25 let nachází ve vývojovém procesu. Po dlouholeté spolupráci s Hatschem a Maiettou založila zdravotní sestra paní Heidi Bauder-Mißbach roku 1998 pohybovou školu Viv-Arte® v Ulmu v SRN. Kinestetiku dle Hatsche a Maietta rozšířila a vytvořila učební model Viv-Arte®, který byl vypracován na základě dlouholetých zkušeností z dlouhodobých klinických aplikací, projekční práce a výzkumu. (3, 4)

Kinestetická mobilizace podle Bauder-Mißbach zahrnuje *všechny pohybové aktivity, které jsou zapotřebí k pomoci pacientovi k tomu, aby proces jeho uzdravování navzdory pohybovým omezením ze zdravotních důvodů nebo následkem poranění byl uskutečněn rychle a účinně* (Bauder-Mißbach, 2008, s. 11).

Zahrnuje činnosti zaměřené:

- k zachování zdraví těla;

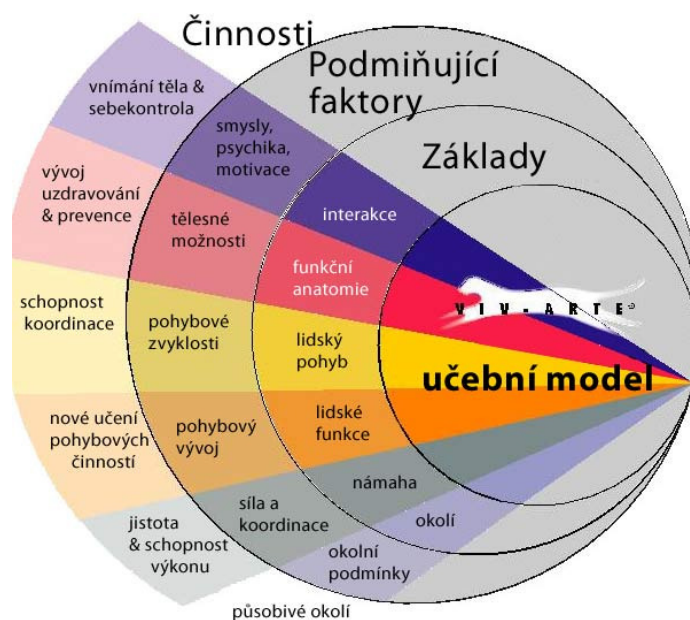
- pro naučení se, zdokonalování a přizpůsobení funkcí;
- k podpoře tělesných vjemů a sociálního chování. (4)

Kinestetika umožňuje využít pohybových rezerv pacienta, je založená na aktivním a vyváženém tělesném pohybu za účelem zlepšení podpory pacienta v sebekontrolě pohybu, a tím předcházení projevům imobilizačního syndromu. Kromě podpory pohybového aparátu je pozitivně ovlivněno vědomí, metabolismus, psychika a také chování ve vztahu k mobilizaci.

#### 4.1 Kinestetické principy

Dění v pohybovém procesu může být posuzováno a analyzováno ze šesti rozdílných úhlů pohledu – kinestetických principů. Pohybová činnost je reakce na vnitřní a vnější poznatky (interakce), která může být pohybovým aparátem (funkční anatomie) realizována (lidský pohyb) rozdílně podle pohybového úmyslu (lidský úkon), výkonnosti (námaha) a vlivů z okolí. (4)

Obrázek č. 4.1 Učební model Viv-Arte®



Učební model Viv-Arte® (obr. 4.1) (Bauder- Mißbach, 2008, s. 5) je účinný nástroj k analýze pohybu. Individuální problémy a prostředky podpory pohybu

mohou být zachyceny pod různými zornými úhly jednotlivých principů. Opatření k podpoře pohybu jsou výsledkem odlišnosti podmiňujících faktorů vůči zdravým předpokladům pro uskutečnění pohybu. Podpora pohybu je prováděna během denní péče zaměřené na základní problematiku pacienta. (4)

## **Interakce**

Interakce znamená komunikaci a na sebe se vztahující jednání mezi dvěma nebo více osobami. Výměna informací probíhá přes různé smyslové systémy tak, že lidé získávají informace sami o sobě, o svém okolí a o účinku svého jednání. Prostřednictvím sluchu, zraku, chuti a vnímání propojujeme vnitřní svět s vnějším. V těle probíhají neustále vzájemné interakce mezi tělem, psychickým a sociálním chováním. Všechny jsou závislé na pohybové zkušenosti. V interakci mezi dvěma lidmi je výměna přes pohyb a dotek tou nejpříjemnější a nejrychlejší formou předávání informací. (4) Posuzovanými aspekty u pacienta jsou stav vědomí, vnímání bolesti, komunikační problémy, tj. senzorické nebo motorické poruchy řeči. V souvislosti s pohybem je ovlivněno sociální chování člověka, které je odrazem jeho psychických a fyziologických procesů. Stejně tak může tento proces ovlivňování probíhat opačným směrem a promítat se do vnitřního fungování organismu. Pohybovými elementy jsou: čas, prostor a síla.

- Každý pohyb znamená změnu v prostoru.
- Pohyb je prováděn za použití určité síly.
- Pro vykonání pohybu je zapotřebí určitého času.

Pohybové interakce se stávají jedinečným, neopakovatelným zážitkem, protože jsou velmi variabilní (není možné opakovat stejný pohyb), ovlivněny časem, provedeny v určitém prostoru a za použití určité síly (námahy). (3, 33)

Pro mobilizaci může být předem vypracován pohybový vzorec při přihlédnutí k individuálním možnostem a na základě zkušeností. Při přímé práci s pacientem musí být pohyb vždy přizpůsoben aktuální situaci, tj. změně v čase, místě a námaze. Vždy je jeden prvek integrován do pohybu více či méně než byl v pohybu předešlém a přizpůsobuje se aktuálnímu stavu pacienta. Je také nutné pamatovat na to, že pokud je jeden z uvedených prvků změněn, promítne se tato změna do užití zbylých dvou.

Příklad z praxe:

*Školitelka kinestetiky byla přizvána k pacientovi, který byl po operaci na bérce a z pohledu lékařů mohl být mobilizován. Ošetřující sestra ji informovala o situaci, která se odehrála při ranní toaletě, kdy tento pacient při mobilizaci křičel bolestí a kladl ji odpor. Školitelka prostudovala dokumentaci pacienta a provedla analýzu situace pomocí kinestetických principů. Po příchodu na pokoj se ujistila, že má s pacientem stejný cíl, a to je uskutečnění stoje, případně několik kroků u lůžka. Upravila okolí lůžka tak, aby pacient mohl vstát na stranu, na níž byl zvyklý vstávat i doma. Mírnou dopomocí a instruktáží mu pomohla do sedu na okraj lůžka. Potom se ujistila, že chodidla spočívají celou plochou na podlaze a nabídla mu rámě. To znamená, že všechny tři elementy pohybu (čas, prostor a námahu) nechala na něm. Záleželo na pacientovi, jakou rychlostí a silou pohyb vykoná, stejně tak v jakém rozsahu jej provede“ (Halmo, 2005, s. 135).*

#### Důležité zásady pro mobilizaci

*Ošetřující se mnohdy, ve snaze pomoci pacientovi co nejrychleji a nejvíce, snaží určovat rozsah, rychlost a sílu pohybu, který má pacient vykonat. Tato aktivita je často doprovázena strachem pacienta, projevy bolesti a kladením odporu. Všechny tyto projevy pramení z jednoho prostého důvodu a to, že pacientovi odebíráme možnost kontroly nad vlastním pohybem, nevyužíváme pohybových možností a pohybových rezerv pacienta a zejména jeho navyklých pohybových vzorců (Halmo, 2005, s. 134).*

#### **Kinestetický smysl**

Ke kinestetickému smyslu patří nervová zakončení ve svalech, kloubech, šlachách a kostech, která umožňují vnímání pohybu. Člověk vnímá postavení svého těla v prostoru a pohyb přes nervová zakončení ve vnitřním uchu. Společně s kinestetickým smyslem tvoří tento smyslový orgán propioceptivní nervový systém (polohocit, vlastní vnímání pochodů v těle). Bez tělesného vnímání není možné provádět koordinované a kontrolované pohybové postupy. Následkem je potom klopýtání, narážení do předmětů, pády. (3, 6)

Kinestetický smyslový systém pomáhá vnímat protažení svalů, polohu kloubů atd. Spolu s informací o rotačním a lineárním (přímočarým) zrychlením



z vestibulárního aparátu ve vnitřním uchu, je kinestetickým vnímáním pro rovnováhu a koordinaci v pohybu. (3)

### **Taktilně-kinestetická výměna informací**

Taktilně-kinestetická výměna informací je u pacientů s pozměněným stavem vědomí často jedinou možností jak účinně podpořit mobilitu. Ošetřující zprostředkují pacientovi prováděním jasných, cílených, pohybových prožitků orientaci ve svém těle a vnímání pohybu, což může u pacienta povzbudit jeho vlastní aktivitu. (33)

Příklad z praxe:

*„Školitelka kinestetiky prováděla pomoc do sedu pacientovi, který byl ten den odpojen od dýchacího přístroje. Následující den byl pacient přeložen do rehabilitačního zařízení. Po nějaké době, kdy již oba zapomněli podobu i jméno toho druhého, se opět setkali v obdobné situaci, kdy školitelka dopomáhala pacientovi do sedu a provést transfer do vozíku. Pacient ji podle toho, jak s ním pracovala, poznal a ptal se jí, zda to byla ona, která mu poprvé po odpojení dýchacího přístroje dopomohla do sedu. Je pozoruhodné, jak jsme schopni pomocí taktilně-haptického vnímání identifikovat jednotlivé osoby i odhalit cosi z jejich charakterových vlastností.“ (53)*

### **Funkční anatomie**

Posuzovanými aspekty u pacienta při analýze pohybu z pohledu principu funkční anatomie jsou pohyblivost v kloubech, svalové napětí, změny na kůži, rány (např. operační). Pohybový aparát je nástrojem pro pohyb s funkcemi flexibilita a stabilita. Vzorec pro stabilitu a flexibilitu se nachází ve 3 funkčních jednotkách pohybového aparátu:

- Kostí a svaly
- Části těla (hmoty) a velké a malé pohybové roviny (meziprostory)

Kostí a svaly

Pohyb kostry se uskutečňuje přes kontrakce kosterních svalů, které vazy spojují s kostmi. Provádí změny polohy přes klouby a chrání klouby před

přetížením. Svalová kontrakce je řízena nervovým systémem. Volní pohyby hlavy, trupu, končetin zajišťují buď nervové impulsy, které vznikají v motorické části mozku a hlavovými nervy jsou dále převáděny, nebo signály, které mají svůj původ v míše, odkud jsou dál vedeny ke kosterním svalům. Při tomto ději dráždí nervové buňky na jedné straně příslušné svaly a na druhé straně současně probíhá útlum buněk s opačným účinkem, které zodpovídají za podráždění. (3, 4)

Z pohledy kinestetiky je lidské tělo rozděleno na části těla (masy) a velké pohybové roviny (meziprostory).

Tělesné části popisují skladbu lidského pohybového aparátu velmi zjednodušeně, ale se zřetelem na funkce tělesných částí – mas a meziprostorů.

Lidské tělo může být rozčleněno do sedmi tělesných částí (hlava, hrudník, pánev, čtyři končetiny) a šesti velkých pohybových úrovní (krk, ramenní klouby, pas, kyčelní klouby).

#### Končetiny a centrální části těla

Tělesné části – masy tvoří stabilní část pohybového aparátu. Části těla jsou rozdílné ve tvaru a pohyblivosti a jsou vzhledem ke svým rozdílným funkčním anatomickým vlastnostem rozděleny na centrální tělesné části (hlava, hrudník a pánev) a končetiny (paže a nohy). Končetiny jsou štíhlé, protáhlé a mají velkou možnost pohybu. Jsou důležité pro posloupný (krok za krokem) pohyb vpřed a pro jemně motorické pohyby. Flexibilita je v popředí. Centrální části těla jsou spíše kulaté a mají relativně omezený pohyb. Jejich funkcí je klidová poloha ve stabilních pozicích a ochrana orgánů. Stabilita je v popředí. (3, 4)

Pohybována může být každá tělesná část jednotlivě a ve vztahu k ostatním v různých směrech. V průběhu pohybu mají masy tendenci pohybovat se postupně, tj. jedna po druhé a ne současně. Každá změna polohy masy znamená současně změnu ve vztahu k jiné části těla. Každá se sedmi částí těla může být pohybována různými směry. Pro optimální postupný pohyb (krok za krokem) tělesných částí pohybový aparát potřebuje: vitální svalové napětí, dobře pohyblivé klouby, kosti schopné zátěže.

#### Velké pohybové roviny (meziprostory)

Šest velkých pohybových rovin jsou flexibilní součástí těla. Některé mohou být maximálně flexibilní (ramenní a kyčelní klouby) a jiné částečně flexibilní (krk a

pas). Tyto pohybové roviny umožňují změnu pozic tělesných částí na obou osách – vertikální a horizontální.

#### Důležité pro mobilizaci je:

Člověk, který se během svého vývoje naučil a integroval pohyb, si většinou není vědom, jak tělo při pohybu funguje, protože vykonává pohyb zcela automaticky. Pokud musí pomáhat někomu při vykonávání pohybu, většinou přebírá veškerou aktivitu při vykonávání tohoto pohybu a nemohoucího zvedá nebo táhne po podložce. Při pozorném sledování fyziologického pohybu je naopak zřejmé, že jednotlivé části těla vykonávají pohyb jedna po druhé (nikoliv současně), takže se pohyb plynule přenáší (přelévá) z jedné části těla na druhou. (3)

*Pro nás ošetřující je důležité, abychom respektovali fyziologické přenášení pohybu z jedné části těla na druhou. Pokud uchopíme pacienta v meziprostoru, který se účastní hlavně přenášení pohybu z jedné části těla na druhou, dojde k narušení celého průběhu pohybu, jeho vnímání pacientem a značně zvýšíme námahu, kterou musíme vynaložit pro provedení pohybu. Platí zásada, že podněty o směru a síle pohybu mají být předávány pouze na hmotách, aby jim bylo správně porozuměno (Halmo, 2005, s. 134).*

### **Lidský pohyb**

Posuzovanými aspekty u principu lidský pohyb jsou pohybové zvyklosti, integrace nosných a transportních vzorců. Pohybové vzorce popisují prostorový aspekt každé pohybové činnosti (cesta, popř. vzdálenost, odstup a pořadí/sled, ve kterých je váha přemístěna/přesunuta do čtyř směrů). V zásadě je pohyb proveden v paralelním nebo spirálním pohybovém vzorci.

Při paralelním pohybu se váha přemísťuje převážně na hlavní ose přes střední část těla. K provedení paralelního pohybu s vynaložením co nejmenší námahy musí být tělesná váha v malém rozsahu přenesena doprava – doleva. Paralelní pohyb zahrnuje jen zorné pole, které je před člověkem, usnadňuje orientaci v prostoru. (3, 4)

Při spirálním pohybu se tělesná váha přemísťuje plynule z jedné strany na druhou nebo nahoru a dolů. Takto prováděný pohyb vede k vyváženému rozložení váhy. Započatá cesta při spirálním pohybu vyžaduje méně síly a více času na provedení

pohybu než paralelní pohyb. Spirální pohyb otevírá další zorné pole do prostoru/okolí. (4)

#### Důležité pro mobilizaci je:

Každý člověk si vyvíjí a integruje do zvládnání svých každodenních činností vlastní individuální způsob pohybu. Někdy provádí pohyb v paralelním vzorci, někdy spíše ve spirálním vzorci. Při paralelním pohybu provádí levá a pravá strana těla stejné pohyby, při spirálním pohybu provádí pohyby rozdílné. Děti se pohybují často přesně ve spirálním pohybovém vzorci. Dospělí se pohybují spíše paralelně. Starší lidé mohou vzorce opět modifikovat dle potřeby. Proto jsou původní spíše spirální pohybové vzorce prospěšné pro vedení pohybu, neboť pro pacienta může být jednodušší se do sedu na židli „vytáčet“ než se vzpřímeně postavit a posadit.

*Úlohou ošetřujících je volba pohybového vzorce dle zdravotního stavu, možností a pohybových rezerv pacienta. Důležité je neztratit kontrolu nad vlastním pohybem a pacientem. K tomu může dojít, když je spirální pohyb proveden příliš do prostoru. Další zásadou je nenutit pacienta do pohybového vzorce, který neodpovídá jeho možnostem. Dodávat pacientovi jen tolik podpory, která je nutná k tomu, aby i sebemenší pohybovou aktivitu pacient vykonal s vynaložením co nejmenší námahy. Odpovídající podpora při spirálním pohybu umožní získat pacientovi vyšší pohybovou kompetenci.*

#### **Lidské funkce**

Posuzovanými aspekty při analýze pohybu z pohledu principu lidské funkce jsou vlastní kontrola v různých polohách a nad vlastním pohybem, míra samostatnosti při zaujímání jednotlivých poloh, tolerování jednotlivých poloh. Pod pojmem lidské funkce rozumíme pohyb s úmyslem, záměrem. (33)

Sedm základních poloh podle Hache/Maietta odpovídá ontologickému vývoji pohybu člověka z polohy lehu na zádech až ke vzpřímenému stoju. Jsou-li uvnitř a mezi tělesnými částmi postupně využity všechny možnosti k nosné a transportní aktivitě, pohne se člověk pomocí sedmi základních pozic z lehu do stání. V těchto jednotlivých pozicích je tělesná hmotnost nesena kostními strukturami, svaly mohou vyvolat pohyb na té tělesné části těla, kde není přímá zátěž. V každé pozici je váha

přes ostatní tělesné pozice vedena k nosným a transportním rovinám tak, aby byly různé části těla volně pohyblivé. Nosných ploch těla ubývá, čím výše se člověk v prostoru pohybuje, tím vznikají větší nároky na pohybové ústrojí, aby danou polohu člověk udržel, a současně dochází k tomu, že je čím dál tím více volných částí těla, které mohou vykonávat jinou aktivitu. Komplexní pohybové funkce se rozdělují do aktivit s pohybem na místě (např. příjem jídla, pití) a aktivit s pohybem vpřed (např. chůze). Aktivity s pohybem na místě jsou všechny pohyby, při kterých se člověk nepohybuje z místa, např. sycení, pití, oblékání, svlékání, odpočívání, spánek. I tyto aktivity mohou být provedeny tak, aby člověk byl ve svých pohybových kompetencích podporován. Vybalancovaná pozice je základem pro vývoj pohybových kompetencí člověka. Všechny aktivity provádíme se zapojením celého těla. Ten, kdo jí nebo píše, potřebuje dobrou, pohodlnou pozici vsedě. Aktivity s pohybem vpřed vyžadují větší rozmístění váhy mezi trupem a končetinami. (3, 4)

#### Důležité pro mobilizaci je:

Při mobilizaci pacienta přes sedm základních poloh je nutné zohlednit základní pravidla: při každé změně pozice je nutná změna v otáčení těla; tělesná váha se přesouvá z jedné části těla na druhou, buď od trupu ke končetinám, nebo obráceně; než se začne se změnou polohy, je nezbytné sledovat dráhu přenesení váhy z hlavní nosné plochy výchozí pozice k vyšší nosné ploše.

*Úlohou ošetřujících je mít na mysli při pohybu na místě to, aby pacient, který sedí s nohama z postele, měl plošky nohou podepřené. Klimbající se nohy nedodávají pacientovi stabilitu vsedě, kdo nemá plošky nohou na zemi (stolička, podlaha), může hůře pít, jíst, vyprazdňovat se atd. Vsedě na lůžku je důležitá vycentrovaná pozice. Zborcený pacient nepohodlně, nestabilně sedí, z toho vyplývá, že přijímání jídla a pití je pro něj obtížné. Při provádění změn pozic s pacientem vpřed je nutné, abychom dodrželi následující kroky: přenesení váhy z jedné části těla na druhou, provedení kroku s odlehčenou částí těla, přenesení tělesné váhy na nové místo. Chůzi můžeme provádět v různých pozicích: chůze vleže na lůžku, chůze na kraj lůžka, chůze z křesla na lůžko a naopak.*

#### **Námaha**

Pohyb vyžaduje svalovou sílu. Vlastní tělo je důležitý prostředek pro zesílení tahu a tlaku bez vynaložení velké námahy. Kontrola a efektivita pohybu jsou docíleny ve vztahu k okolí prostřednictvím zesílení tlaku a tahu při pohybu. Vnímání tlaku a tahu je komunikačním prostředkem, který je v rámci interakce mezi jednotlivými účastníky vyměňován. Zesílení tlaku a změna tlaku ke stabilnímu prostředí jsou výchozí pro kontrolu pohybu. Když se jednotlivé části těla vzdálí od podpůrné plochy, musí se jiné části těla více podporovat. Čím více částí těla podpůrnou plochu opustí, tím více tlaku dopadá na zbylé části těla, které jsou v kontaktu s bezprostředním okolním prostředím. Tato činnost zvyšuje požadavky na kondici, krevní oběh, na metabolismus, nosné a podpůrné funkce a regulaci rovnováhy. (4)

#### Důležité pro mobilizaci je:

Pohyb pro pacienta je jednodušší, když může sám pacient tah a tlak pomalu vystupňovat s vynaložením malé námahy. Někdy stačí, když ošetřující nabídne pacientovi např. ruku tak, aby se mohl sám přitáhnout nebo zatlačit. Takto prováděný pohyb může ošetřujícím pomoci poznat, kde potřebuje pacient omezený v pohybu tah nebo tlak zesílit nebo naopak, kde aktivně tah a tlak provádí pacient sám. Pasivně vedený tah nebo tlak může být pro pacienta škodlivý. Když např. taháme za paži a současně tak chceme pohnout jinou částí těla, bez toho, abychom umožnili zapojení vlastní pacientovi aktivity, může dojít k poškození v ramenním kloubu. Dlouhodobě působící pasivní tlak může způsobit vznik dekubitů. Nejúčinnější prevencí vzniku dekubitů je vedení pacienta k aktivnímu provádění zesílení a uvolnění tlaku na podložku.

*My ošetřující často nemůžeme chvíli počkat, jsme netrpěliví, smýkáme s pacientem, místo toho, abychom počkali, než se pacient např. zapře nohama, vytvoří dostatečný tlak na podložku, saháme pacientovi do podpaží, takže nemůže zapojit ruce, a táhneme ho k hornímu čelu lůžka. Takto poskytnutá pomoc pacientovi nás stojí hodně námahy. Možná stačí někdy tak málo, nabídnout pacientovi ruku a počkat na to, kde pomoc potřebuje, kde a kdy si o ní řekne.*

#### **Okolí**

Posuzovanými aspekty jsou vlivy zevního prostředí na pohyb, kompenzační pomůcky, polohovací pomůcky, monitorovací systémy – kabely, invazivní vstupy atd. Okolí mladých a starých lidí není často přizpůsobeno jejich potřebám a jejich možnostem se pohybovat. Ve zdravotnických zařízeních nejsou často a také někdy nemohou být zohledněny individuální potřeby pacientů. Pro pacienta a zejména pro starší pacienty je těžké se v takovémto prostředí chovat. Nevhodné okolí zvyšuje riziko úrazu, ztěžuje vykonávání funkcí a má negativní dopad na pohodu a chování člověka. Prostředí nemocnice podporuje pohybové schopnosti pacientů často velmi minimálně někdy i negativně. Přístroje, kabely, katétry a cévky na těle, změněný denní rytmus, nedostatek intimní sféry vedou u pacienta k nejistotě. Žádoucí je zohlednit individuální zvyklosti u pacienta (tlumené světlo, klid, vhodná příkrývka atd.) k podpoře aktivity (běžné denní činnosti, podpora mobility, účast na dění v okolí). V kybernetice chování jsou živé organismy, tj. lidé, zvířata, definovány jako okolí. Ošetřující personál je pro pacienta nejdůležitějším okolím, které má možnost pacientovi zprostředkovat vnímání vlastního těla, pohybu a tím podpořit proces navrácení zdraví a soběstačnosti. (3, 4)

#### Pro mobilizaci je důležité:

Při ošetřování pacienta je dobré zvážit výběr a použití vhodných pomůcek. Polohovací pomůcky jsou často velmi drahé, ne vždy jsou ty drahé potřebné. Ošetřující někdy touží po speciálních polohovacích pomůčkách, lůžkách. Kinestetickou mobilizací se zabývám více než deset let, po celou dobu až v českých zdravotnických zařízeních, při praktické výuce v Univerzitní klinice v Ulmu v SRN nebo v zdravotnickém zařízení ve SRN v St. Marienkrankenhaus v Ratingenu, kde jsem pracovala osm let jako zdravotní sestra na jednotce intenzivní péče, jsem používala a používám k polohování pacientů výhradně běžnou příkrývku, polštář, malý polštář, popř. ručník – jde o zcela běžně dostupné pomůcky. Důležitá je matrace, na které pacient tráví v nemocnici nejvíce času. Matrace pacienta je z pohledu popisovaného kinestetického principu důležitým okolím. Hladký materiál matrace podporuje transport pacienta, drsný materiál podporuje držení. Měkké, přizpůsobivé, poddajné, pružné okolí brzdí pohyb a zkresluje vnímání vlastního těla ležícího pacienta. Na měkké matraci se tělo pacienta zaboří do matrace. Zejména hlava, hrudník a pánev mohou těžko v této matraci změnit svojí polohu. Na běžné matraci, která dává pacientovi dostatečnou zpětnou vazbu, se tělo pacienta více

zdvíhá nad úroveň matrace. Tělesné části mohou snáze změnit polohu. Ošetřující jsou pro pacienta okolím, a proto spolupráce s druhou pomocnou osobou musí mít jasná pravidla.

Výpověď pacienta, který se probudil z vigilního stavu:

*„Bylo to jako sen. Jen někdy něco ke mně doléhalo, jako přes hustou mlhu. ... Nic jsem neviděl, ale slyšel... Pamatuji se na písničky, které jste zpívali a na hrací hodiny, ty byly hloupé, příliš dětské... Pamatuji se na spoustu společných pohybů. A také na tvoji vůni.“ (Nydahl, 2007, s. 95).*

*Je nutné, abychom my ošetřující měli znalosti o postupu mobilizace. Někdy je žádoucí si obtížnou prvomobilizaci vyzkoušet bez pacienta, tzn. simulovat ji spolu s kolegyněmi a najít vhodný způsob mobilizace pro daného pacienta. Když nejsme sehrané, je nutné, aby jeden ošetřující mobilizaci řídil a dával jasné verbální instrukce ostatním účastníkům mobilizace.*

Během mobilizace je pacientovi umožněno, aby se dozvěděl o svých pohybových možnostech, pohyb dle možností kontroloval, vnímal změny během pohybu a pohyb realizoval ve vztahu k okolí. (4) Změna polohy sama o sobě neručí za zdraví podporující účinek mobilizace, rozhodující je počet a kvalita jednotlivých pohybů během střídání poloh. Pro zajištění zdraví podporujícího účinku mobilizace, musí být kontrolována četnost a způsoby aktivizace svalů, mobilita kloubů a zatížení kostí. Pokud budou následující kritéria dodržována, lze přepokládat, že byly během mobilizace stimulovány vnitřní funkce a podporováno tělesné povědomí. (3)

#### **4.2 Tři fáze mobilizace**

Pacienti během změny polohy pociťují často bolest, nemožnost pohybu a oběhové problémy. Bude-li každá mobilizace začínat malými pohyby (zahřátí), může být těmito symptomům předcházeno. Není důležité, aby těžce nemocní lidé během mobilizace stůj co stůj opustili lůžko. Čím důsledněji bude mobilizace prováděna malými pohybovými aktivitami během doby ležení v lůžku, tím lehčeji bude později realizována mobilizace z lůžka. Podpořením pohybu ve třetí fázi



(zklidnění) se podporuje dobrý zdravotní stav klientů a účinně předchází dekubitům a kontrakturám. (4)

Kinestetická mobilizace se skládá ze tří fází a souvisí se zvyšováním pohybové aktivity pacienta. Pacienti s různým stupněm závažnosti zdravotního stavu mohou být často běžným způsobem mobilizace přetížení. Při pohybu trpí bolestí, vyskytují se oběhové potíže a mají jistá pohybová omezení. Když je mobilizace zahájena drobnými pohyby, můžeme těmto symptomům předejít. Zpočátku z malých pohybů vznikne později cílená změna polohy a místa, která jsou ukončena odpočinkovou fází. Při pohybové podpoře ve třetí fázi nedocílíme jen toho, že se pacient cítí dobře, ale také provádíme účinnou prevenci dekubitů a pneumonií. (4)

Mobilizace by měla být prováděna v následujících třech fázích:

### **První fáze – Zahřátí/Warm-Up**

Fáze zahřívání je přípravou na šetrnou a bezbolestnou změnu polohy. Cílem je zlepšení hybnosti kloubů, vyrovnaní svalového napětí, podpora tělesného vnímání, zjištění pohybových možností a rezerv pacienta, rozehrátí svalů a kloubů. (3) Fázi zahřívání je možné integrovat do celkové koupele či ranní hygieny.

Cíle aktivity jsou:

1. probuzení tělesného vnímání;
2. rozeznání vlastních zdrojů pacienta;
3. zahřátí a příprava na funkční trénink.

*U nepohyblivého pacienta se pohyb ve fázi zahřívání dle kinestetického principu interakce provádí tak, že každý pohyb v jednotlivých tělesných částech je veden do čtyř směrů za účelem bezbolestné a šetrné změny polohy. Ošetřující by měli zajistit vyrovnanou, pohodlnou polohu pacienta na zádech tak, aby bylo vyrovnané vzájemné postavení tělesných částí a nosných ploch na pravé a levé straně těla, tj. bez polohovacích pomůcek, bez postranic. Se zahříváním se začíná na dolních končetinách, dále se pokračuje na pánvi, hrudníku a horních končetinách. Každý pohyb se opakuje dvakrát.*

## **Druhá fáze – Funkční trénink**

Změna pozice – funkční trénink je druhou fází, která je charakterizována integrováním pohybových postupů a koordinací změny místa.

Cíle aktivity jsou:

1. učení nových pohybových vzorců;
2. cvičení pohybových postupů;
3. trénink koordinace.(4)

V příloze č. 4 je popsán metodický popis transferu nepohyblivého pacienta na kraj lůžka v jedné nebo ve dvou osobách.

## **Třetí fáze – Zklidnění/Cool-Down**

Fáze zklidnění/Cool-down – je zaměřená na rovnoměrné rozložení váhy a na snahu o neutrální postavení kloubů, za účelem prevence dekubitů a kontraktur. Na krátkodobé manuální nebo materiální podložení, doprovázené minimálními pohyby do čtyř směrů, reaguje svalstvo změnou stavu napětí a váha je rozložena rovnoměrněji na podložku. (4)

Cíle aktivity jsou:

1. uvědomění na novém místě;
2. pohodlné upravení pozice;
3. rozložení váhy, uvolnění.

*Zdánlivé maličkosti s velkým účinkem na pohodlí pacienta a na prevenci dekubitů, to jsou malé, drobné, krouživé pohyby v místech největšího zatížení na podložku (predilekční místa), které umožní pacientovi pohodně setrvat v nové pozici do dalšího polohování.*

Před první fází mobilizace je pacient uložen na záda bez polohovacích pomůcek. Je důležité zjistit, jak jednotlivé části těla naléhají na podložku a srovnat pravou a levou polovinu těla. Potom je zahájena první fáze mobilizace – zahřátí, začíná se na dolních končetinách pomalými pohyby s důsledným dodržováním přenášení váhy ve čtyřech směrech. (4)

V kinestetické mobilizaci jsou nepohybliví pacienti při změnách polohy podporováni v postupném pohybu vpřed. To znamená „zdvihání versus chůze“.

Přítom je nutné přihlédnout k následujícím pohybovým kritériím:

- zatížení a odlehčení mezi tělem a končetinami;
- přesunutí váhy přes kostní struktury;
- prostřednictvím dílčích pohybů na obou hlavních osách (horizontální a vertikální). (3, 4)

U nepohyblivých pacientů je fokus kinestetické mobilizace zlepšení vnímání vlastního těla a pohybová percepce. Před zahájením ošetrovatelských činností je zejména u nepohyblivých pacientů žádoucí provést pohybovou analýzu dle kinestetických principů a tuto analýzu opakovat i s odstupem času tak, aby bylo možné hodnotit účinek mobilizace.

Všechny pohybové intervence se musí přizpůsobit individuální situaci pacienta a jeho obvyklým nebo plánovaným denním aktivitám. Mohou být využity při všech ošetrovatelských intervencích, např. při vykonávání tělesné hygieny, polohování, mobilizaci, při příjmu jídla a pití, vyprazdňování atd.

### **Přínos kinestetické mobilizace**

V kinestetické mobilizaci je kladen důraz nejen na počet změn pozice, ale i na to, kolik je během provedení změny (transferu) zaujato různých změn pozic, počet postupných pohybů pro jednotlivou změnu pozice a počet mobilizací v malých kloubech v jemně motorických aktivitách.

Pro nácvik provedení mobilizace je důležité motorické učení, které vyžaduje od ošetřujících vlastní zdokonalování provedení pohybu a změnu vjemových návyků. Oči ošetřujících si musí zvyknout nepozorovat při mobilizaci pouze výchozí postavení a cíl, nýbrž také dílčí pohyby celého těla při provádění pohybu od počátku až do konce. Slovní zásoba ošetřujících se musí dále rozvíjet, aby namísto spouštěcích povelů podávali přesné verbální instrukce. Dotekový kontakt probíhá rozdílněji, neboť pacient při změně pozice není staticky pevně držen na jednom místě, nýbrž ošetřující předávají směrové impulsy na rozličných místech těla. Kinestetické smyslové vnímání ošetřujících se musí proto stát jemnějším a vědomějším, aby bylo možné bezprostředně reagovat na provedené chyby během společně prováděného pohybu.

Pohyb je život – je často používané motto, Bauder-Mißbach motto dále rozvádí: „**když je pohyb život, potom je podpora pohybu současně podporou života**“ (Bauder-Mißbach, 2008, s. 8).

Ošetřující, kteří implementují koncept při vykonávání běžných aktivit denní praxe, jsou schopni efektivně analyzovat pohybové rezervy pacienta a na základě analýzy jeho zbytkového pohybového potenciálu sestavit takové pohybové vzorce, které ošetřujícím spolu s pacientem umožní vykonat pohyb společně bez vynaložení velkého úsilí. Pacient je do všech pohybových činností aktivně zapojován. Při změnách pozice ošetřující pacienta nezvedají, tím se chrání před přetížením, neboť změnu pozice provádí efektivním přenášením váhy z jedné tělesné části na druhou. Provádění kinestetické mobilizace nevyžaduje od ošetřujících zvýšenou časovou dotaci na pacienta, předpokladem je změna postoje k podpoře pacienta. Všechny činnosti spojené s podporou pohybu jsou plně integrovatelné do všech běžných denních činností, které ošetřující při poskytování komplexní ošetřovatelské péče provádí. Kinestetická mobilizace, to nejsou jen změny pozice pacienta. Je to prostředek, kterým mohou ošetřující pohybový aspekt ošetřovatelských intervencí provádět tak, aby z něj pacient profitoval v oblastech zdraví, funkce a sociálního chování. Jedním z cílů kinestetiky v ošetřovatelské péči je pracovní ergonomika pro ošetřující (prevence bolestí zad), bezpečná a bezbolestná mobilizace pacientů, procesně orientovaná mobilizace za účelem zachování a podpory vlastních zdrojů pacienta, stupňování efektivity v ošetřovatelské péči a v neposlední řadě motivace ošetřujícího personálu zavedením nového inovativního konceptu. Cílem vzdělávání ošetřujících v kinestetické mobilizaci je naučení takových pohybových strategií, které vedou k podpoře a udržení mobility pacienta. Znalosti kinestetické mobilizace je možné využít napříč všemi klinickými obory.

### **Ekonomický přínos**

V zemích, kde je koncept kinestetické mobilizace uplatňován v běžné ošetřovatelské praxi, dochází k úsporám finančních prostředků spojených s nákupem drahých polohovacích lůžek, systémů a polohovacích pomůcek. Stejně tak dochází ke snížení nákladů vynaložených v souvislosti s pracovní neschopností ošetřujících z důvodu přetížení, které se projevují bolestmi zad. Dále jsou vyčísleny úspory

výdajů spojené s dlouhodobou hospitalizací pacienta a léčbou následků z imobility. (4)

## 5. Management změny

Implementace nového ošetrovatelského konceptu do zaběhlé klinické praxe se řídí obecnými zákonitostmi managementu změn, které definují autoři jako: „*schopnost úspěšně pracovat v dynamice měnících se podmínek manažerské práce a rozlišují vytváření změny „záměrné“, kterou manažeři sami iniciují a změny „nezáměrné“, které dopadají na organizaci bez jejího vlastního zájmu* (Vodáček, Vodáčková, 2006, s. 29). Dle Kottera je klíčové pro zavedení změny zejména změna chování lidí. (17)

### 5.1 Strategie zavádění změny

Při zavádění změny, kterou iniciuje střední management, „*je nutné si najít spojence, kteří myšlenku změny podpoří* (Toman, 2005, s. 37). *Důležité při vytváření strategie, která znamená také prodloužení současného stavu do budoucnosti, neboť jde o „efektivitu“, „moderní přístup“ nebo „orientaci na zákazníka“* (Toman, 2005, s. 66). Přístup ke strategii zavedení změny by měl být ze strany středního managementu kreativní. „*Sebevětší odhodlání a sebelepší plán nebudou nic platné, nepodaří-li se získat srdce všech pracovníků, nebo alespoň výrazné většiny z nich*“ (Toman, 2005, s. 82).

Motivace pracovníků je nejen při zavádění změny velmi podstatná. Teorie A. H. Maslowa vychází z hierarchicky uspořádaného systému s určitým právem přednosti. V hierarchii pracovní motivace vyjadřují jednotlivé úrovně následující potřeby pracovníka.

**Společenské potřeby** – roli zde hraje zejména pocit sounáležitosti, ten je možné naplnit i na pracovišti. Většina zaměstnanců nechápe svoji práci jen jako zdroj výdělku. V pracovišti vidí určitou komunitu, která uspokojuje jejich potřeby neformální výměny informací, přátelství, vždyť na pracovišti tráví převážnou část svého života. (45)

**Potřeba uznání** – je velmi silnou motivační složkou, neboť potřeba pochvaly je vůbec nejdůležitějším důvodem, proč většinu věcí ve svém životě děláme. (45)

**Seberealizace** – je na samém vrcholu pyramidy. Jde o tvůrčí, kreativní přístup k potřebě uznání a naplnění ambicí. (18, 45)

„*Tkaničkový efekt*“ – tkaničku jen s velkými obtížemi potlačte kousek dopředu, ale když ji potáhnete, jde to docela snadno. Budete-li zaměstnance tlačit příkazy a zákazy, daleko se nedostanete. (45)

Komplexněji objasňuje pracovní motivaci dvojdimenzionální teorie, kterou definovali Herzberg se svými spolupracovníky, kteří rozlišují dvě skupiny motivačních faktorů na pracovišti.

První skupinu tvoří faktory, které se dotýkají obsahu práce a jsou označeny jako motivační neboli satisfakční (z angl. satisfaction = spokojenost) vnitřní faktory, jejich existence nebo naplnění ovlivňuje spokojenost. (40)

Druhou skupinu tvoří faktory vztahující se k vnějším podmínkám práce – jde o faktory hygienické či disatisfakční (z angl. dissatisfaction = nespokojenost).

Hygienické faktory ovlivňující spíše pracovní pohodu a spokojenost pracovníka, jejich motivační vliv se rychle „opotřebuje“. Vnitřní faktory motivační odrážejí vztah pracovníka k pracovní činnosti, odrážejí zajímavost práce a uspokojení z práce; jejich projev je ve výkonnosti. Jejich motivační síla je popisována jako nevyčerpatelná. (40) *Herzbergova dvoufaktorová teorie motivace zaměstnanců vychází z existence dvou motivačně závažných podnětů* (Rymeš, 1996, s. 103.)

Tabulka 5.1 Herzbergova dvoufaktorová motivační teorie

motivační faktory	hygienické faktory
úspěch	dozor
uznání	pracovní podmínky
samostatná práce	mezilidské vztahy
zodpovědnost	plat a bezpečí
růst a povýšení	firemní kultura

## 5.2 Metody zavádění změny

Toman uvádí, že se lze ke změnám postavit dvěma způsoby:

1. Můžeme je chápat jako nutné zlo a přistupovat k nim až v případě, že je to nezbytně nutné.
2. Můžeme ji chápat jako příležitost a věnovat se změnám neustále. (45)

Toman popisuje postup pro úspěšnou změnu v následujících krocích:

Získejte důvěru zaměstnanců.

Dejte smysl tomu, co lidé dělají. Nedopusťte, aby se soustředili na dílčí úkony a pro stromy neviděli les.

Vzbuďte a podporujte v zaměstnancích přesvědčení, že se podílejí na velké věci a jsou s ní pevně spojeni. Důležité je dát zaměstnancům prostor k vyslovení vlastních názorů a k posílení pocitu vlastní důležitosti. Nebuďte netrpěliví a nesnažte se všechno vyřešit sami. Tím byste se vrátili k tuhému funkčnímu řízení. Když posílíte sebedůvěru vašich zaměstnanců, posílíte i vaši pozici manažera. (45)

Autor dále uvádí: *Dejte zaměstnancům pocit, že jejich zaměstnání a postavení na pracovišti je privilegované. Důležité je vzbudit u zaměstnanců pocit sounáležitosti a hrdosti k zaměstnavateli* (Toman, 2005, s. 85).

Pro seberealizaci zaměstnanců je nutné vytvořit co nejlepší podmínky. Možná až takové, že se budou cítit šťastní.

Klíčem ke změnám na pracovišti je změna podmínek a změna myšlení lidí. V praxi to znamená změnu personální práce, vztahů mezi úrovněmi řízení a mezi zaměstnanci navzájem. Autor doporučuje při uskutečňování změny změnit řízení objektivní na subjektivní, které vrací řízení lidem lidmi. Založeno je na každodenním osobním kontaktu vedoucích s jejich podřízenými. Takovýto přístup klade větší nároky na management, což činí celý systém změny. (45)

Implementace vnitřních záměrných změn je často spojena s přirozeným odporem zaměstnanců. Lewin doporučuje pro prosazování změny postupovat ve třech fázích:

- Fáze rozmrazení – cílem je přesvědčit zaměstnance o nutnosti a oprávněnosti zavedení změny. V této fázi se aktivizují podporující síly, a naopak se potlačují síly možného odporu.
- Fáze provedení změny – zapotřebí je dobrá příprava, změna musí být rychle zavedena. Předpokladem je i příprava na možné problémy a potíže.
- Fáze stabilizace – na základě zpětné vazby a vyhodnocení se aktivizují lidé, kteří pracují v souladu se změněnými podmínkami. Podporují se lidé proaktivní. (49)

### **5.3 Chyby při zavádění změny**

Dle Kottera je každá změna zákonitě provázena určitými následky. (18)  
Přizpůsobování lidí měnícím se podmínkám je vždy dost bolestný proces. Autor definuje nejčastější chyby:

1. Přílišné sebeuspokojení a arogance – je spojena s tím, že se do změny vrhnou bez toho, že by dostatečně o naléhavosti změny přesvědčili spolupracovníky.
2. Neschopnost vytvořit dostatečně silnou koalici, která by změny prosazovala – úsilí, kterému chybí dostatečně silná koalice, která by tvořila páteř změn, může na přechodnou dobu přinášet výsledky, ale jen zdánlivé.
3. Podcenění síly vize – vize je klíčovou rolí v procesu efektivních změn. Pomáhá řídit, regulovat a inspirovat jednání většiny lidí.
4. Nedostatečná komunikační vize. Desetinásobné podcenění důležitosti komunikace – bez ochoty většiny zaměstnanců je většinou nereálné prosazení zásadní změny. Pro získání zaměstnanců je podstatná důvěryhodná komunikace, které není nikdy dost.
5. Nedovolit překážkám, aby zablokovaly novou vizi – pro zavedení změny je zapotřebí aktivity velkého počtu lidí. Nové iniciativy často končí nezdarem, když se zaměstnanci cítí ohroženi velkými překážkami na cestě k úspěchu. Někdy ovšem jsou překážky jen v myslích lidí.
6. Neschopnost vytvářet krátkodobá vítězství – skutečné prosazení změny trvá dlouho, proto je dobré stanovit si krátkodobé cíle, jejichž splnění je dílčím úspěchem.
7. Příliš časně vyhlášení vítězství – dokud změny neproniknou hluboko dovnitř podnikové kultury, jsou nové přístupy náchylné k návratu ke starým praktikám, které s sebou přináší návrat k tradicím a zastaví vše, co se dosud podařilo změnit.
8. Zanedbávat pevné zakotvení změn ve firemní kultuře – změna je trvalá, když se stane způsobem, který se definuje jak „se u nás věci dělají.“ (17, 18)

Každá z osmi uvedených chyb může mít při transformaci závažné následky.



## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 6. Zavedení změny na pracovišti

Nemocnice Most, o. z. je součástí společnosti Krajská zdravotní, a. s., která je největším zaměstnavatelem v Ústeckém kraji. Krajská zdravotní, a. s. vznikla 1. září 2007 transformací pěti nemocnic do jednoho celku. Konkrétně se jedná o Nemocnici Teplice, Nemocnici Děčín, Masarykovu nemocnici v Ústí nad Labem, Nemocnici Most a Nemocnici Chomutov.

V Nemocnici Most je zaveden program kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Osoby pověřené řízením kvality a bezpečí jsou na různém stupni managementu. Na pozici vrcholového managementu těmito pověřenými osobami jsou: náměstek pro zdravotní péči, hlavní sestra, manažer kvality. Na pozici středního managementu primáři jednotlivých oddělení, vrchní a staniční sestry. Nemocnice usiluje o získání akreditace podle Spojené akreditační komise ČR. Inspekční tým provedl v roce 2006 konzultační návštěvu v rámci přípravy k národní akreditaci dle standardů SAK ČR.

Nemocnice Most má v současné době 764 lůžek, disponuje 629 akutními lůžky, 65 intenzivními lůžky, v současné době nemá nemocnice lůžka následné péče či lůžka sociální péče. Nemocnice má 25 primariátů.

V této organizaci pracuji od roku 2005 na pozici vrchní sestry I. interního oddělení. I. interní oddělení poskytuje základní diagnostickou a terapeutickou činnost v oboru pro spádovou oblast Most a Louny. Oddělení se skládá ze dvou standardních stanic a jednotky intenzivní péče interních oborů.

Standardní stanice mají celkem 77 lůžek. Je zde poskytována péče pro pacienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci na standardním lůžku. Na jednotce intenzivní péče, která má celkem 13 lůžek, jsou hospitalizováni pacienti ze všech interních oborů, jejichž stav vyžaduje intenzivní péči. Zejména jsou zde pacienti s kardiologickým, metabolickým a neurologickým onemocněním. Na oddělení pracuje celkem 43 všeobecných sester, 4 zdravotničtí asistenti, 2 ošetrovatelky a 14 sanitářek a sanitářů. Každá stanice má sanitáře – muže. Jednotlivé stanice řídí staniční sestra. Stanice jsou rozděleny podle pohlaví pacientů na výhradně ženskou a mužskou stanici, kde (vzhledem k většímu počtu hospitalizovaných žen) jsou také v případě potřeby hospitalizovány ženy. Toto

oddělení je jediným oddělením v nemocnici, které má ve svém týmu zdravotnické asistenty zařazené do přímé péče.

Problematice poskytování kvalitní komplexní péče, ke které neoddělitelně rehabilitační ošetřovatelství patří, se věnuji s velkým úsilím, neboť právě tato část ošetřovatelské péče je značně ošetřujícími podceňována. Zlepšení kvality poskytování rehabilitačního ošetřovatelství je jednou z priorit, které jsem si ve své pozici na pracovišti stanovila. Řadu let se snažím, aby terapeutický tým pracovníků I. interního oddělení zainteresovaných na různých profesních úrovních na poskytování rehabilitačního ošetřovatelství doplnil ergoterapeut. Fyzioterapeut dochází na oddělení na základě ordinace lékaře k provádění cíleně vedené rehabilitace. Časová dotace fyzioterapeutů na jednotlivého pacienta je omezená a provádí se výhradně jednou denně, a to pouze v pracovních dnech. Výhodou ošetřujících pracujících na I. interním oddělení je trvalý kontakt s pacientem, při poskytování komplexní péče, přesto provádění rehabilitačního ošetřovatelství dle mého pohledu vykazuje nedostatky. Důvodem může být, že ošetřujícím chybí znalosti o obsahu a významu rehabilitačního ošetřovatelství. Někdy jde o bezradnost, obavy z možného vlastního přetížení ošetřujících a z poškození pacienta. Moje vlastní klinické zkušenosti s možnostmi uplatnění a přednostmi kinestetické mobilizace ze zdravotnických a sociálních zařízení v České republice a ve Spolkové republice Německo mě vedly k tomu, pokusit se implementovat kinestetickou mobilizaci na I. interním oddělení. Kompetence vrchní sestry mi umožňují implementovat nové ošetřovatelské koncepty. Při dosažení cílů zaměřených na implementaci změny jsem postupovala v následujících krocích:

- zhodnotila jsem znalosti ošetřujících na téma rehabilitačního ošetřovatelství bez znalostí kinestetické mobilizace;
- vyškolila jsem část ošetřujícího personálu v konceptu kinestetické mobilizace dle Viv-Arte®;
- zhodnotila jsem přínos kinestetické mobilizace u ošetřujících, kteří absolvovali kurz kinestetické mobilizace.

V první fázi zavedení změny na pracovišti jsem pomocí polostrukturovaných rozhovorů zjistila teoretické a praktické znalosti všeobecných sester v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství.

V další fázi jsem vyškolila ošetřující v kinestetické mobilizaci. Kurz byl třídní s celkovým počtem 24 hodin. Náplní kurzu byla teoretická výuka a praktický nácvik s kolegyněmi, včetně vlastní práce s pacienty. Po poradě s lektory pohybové školy Viv-Arte® a hlavní sestrou Nemocnice Most, o. z. jsme se rozhodli převzít pracovní sešit Základy pohybové podpory. Jde o učební materiál pohybové školy Viv-Arte®, který jsme použili jako metodiku k implementaci kinestetické mobilizace a jako učební materiál pro kurz. K tomu nás vedlo zjištění, že metodický popis (viz příloha č. 4) bez použití fotodokumentace je pro ošetřující málo názorný. Zavedení konceptu do praxe znamená pro ošetřující zásadní změnu při vedení pohyb, je proto nezbytné, aby ošetřující měli k dispozici názornou pomůcku, kterou si mohou vzít k lůžku pacienta a postupovat podle ní. Naše vlastní fotodokumentace přesunů nebyla dostatečně názorná tak, jako detailní, profesionálně provedená fotodokumentace znázorňující krok po kroku jednotlivé postupy při transferech v pracovním materiálu Základy podpory pohybu. Uvedený učební materiál je velmi dobře propracovanou didaktickou pomůckou, která názorně popisuje jednotlivé kinestetické principy. První dva dny kurzu byly věnovány preventivní mobilizaci, která zahrnuje především nácvik pohybových aktivit s imobilním pasivním pacientem. Vedení pohybu všech pohybových aktivit v základním pohybovém vzorci (rozložení váhy do čtyř směrů) u nepohyblivých pacientů v jedné nebo ve dvou osobách. Třetí den byl věnován problematice stanovení individuálního plánu mobilizace pro konkrétního pacienta. Ošetřující se učili provádět mobilizaci pacientů v různých variacích, přizpůsobených základní problematice pacientů. Učili se rozvíjet své vlastní tělesné vnímání a přizpůsobení se pohybu druhých lidí. V současné době je v konceptu kinestetické mobilizace vyškolen celkem 35 z 65 ošetřujících I. interního oddělení. Kurzu se vedle všeobecných sester zúčastnili i ostatní nelékaři: zdravotničtí asistenti, ošetřovatelky a sanitářky. Absolventi kurzu obdrželi certifikát s mezinárodní platností pohybové školy Viv-Arte®.

Na závěr jsem v rámci kvalitativního výzkumného šetření vedla rozhovor se všeobecnými sestrami na téma rehabilitační ošetřovatelství, které kurz kinestetické mobilizace absolvovaly v říjnu 2010. Účast sester na kurzu byla dobrovolná. Kurz byl realizován na jejich přání, podnět. Chtěla jsem zjistit, jestli znalosti kinestetické podpory pohybu jsou pro všeobecné sestry přínosné i z dlouhodobé perspektivy, zda se jejich pohled na mobilizaci pacientů změnil.

## 6.1 Metoda kvalitativního výzkumu

Ke zjištění znalostí všeobecných sester v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství jsem použila metodu kvalitativního výzkumu. Kvalitativní metodologie mi umožní popsat výzkumný problém procesuálně. Zároveň umožní porozumět potřebám ošetřujících při naplňování rehabilitačního ošetrovatelství a stanovit, jakou váhu této problematice přiřkládají. Pro výzkumné kvalitativní šetření, zabývající se problematikou rehabilitačního ošetrovatelství, jsem čerpala zejména z literatury autorů Hendl a Strauss/Corbinové. (13, 41)

Švaříček popisuje kvalitativní výzkum jako: „*proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu*“ (Švaříček, 2007, s. 17). K metodě kvalitativního výzkumu jsem použila polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Miovský uvádí: „*použití polostrukturovaného rozhovoru vytváří pro výzkumníka určité závazné schéma, na které se bude tazatel účastníků výzkumného šetření ptát. Výhodou je možné zaměňování pořadí otázek a přeformulování otázek. V případě, že dotazovaný otázce zcela neporozuměl, je možné použít parafrázování, zda tazatel odpovědi porozuměl, upřesnění a vysvětlení, jak otázky, tak odpovědi. Je možné klást doplňující otázky* (Miovský, 2006, s. 159-160). J. Hendl konstatuje, že „*strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami sestává z řady pečlivě formulovaných otázek, na něž mají jednotliví respondenti odpovědět*“ (Hendl, 2005, s. 174). Vzhledem k tomu, že data získaná z tohoto typu kladení otázek, se nebudou výrazně strukturně lišit, budou se snadněji analyzovat, neboť jednotlivá témata se v přepisu rozhovoru snáze lokalizují. (13) Otázky pro rozhovor jsem formulovala na základě obecné otázky výzkumného šetření: Jaké znalosti mají všeobecné sestry v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství?

Výběr byl záměrný, zaměřený na všeobecné sestry, které dle platné legislativy (vyhláška MZ č. 55/2011 Sb.) pracují bez odborného dohledu a bez indikace lékaře mohou provádět činnosti, které vedou k podpoře soběstačnosti pacienta. V prosinci 2010 jsem na provozní poradě seznámila ošetřující se zaměřením své magisterské práce, požádala jsem všeobecné sestry o jejich spolupráci na výzkumném šetření. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná.

Šetření se účastnily dvě skupiny sester. První skupina všeobecných sester neabsolvovala kurz kinestetická mobilizace, druhá skupina sester se kurzu účastnila v říjnu 2010. Některé z dotazovaných sester absolvovaly v rámci celoživotního vzdělávání pomaturitní specializační studium v oboru Péče o interní pacienty. Respondentky byly voleny tak, aby jejich sdělení bylo maximálně variabilní, neboť mají různou délku praxe. Některé vykonávají povolání všeobecné sestry více než třicet let, jiné pracují na oddělení dva, tři roky.

Pro výzkumné šetření zaměřené na rehabilitační ošetřovatelství jsem formulovala následující výzkumnou otázku: Jaké znalosti mají všeobecné sestry v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství?

Tuto otázku jsem následně rozložila do specifických otázek na téma:

1. rehabilitační ošetřovatelství – pojem, obsah, možnosti;
2. úloha ošetřujících v rehabilitačním ošetřovatelství;
3. vzdělání v rehabilitačním ošetřovatelství.

Doplňujícími otázkami byly:

1. Kvalita života
2. Nepohyblivý pacient
3. Problematický pacient
4. Polohovací pomůcky

Celé znění otázek je uvedeno v příloze č. 6.

## **6.2 Rozhovor**

Rozhovory jsem vedla v průběhu února 2011. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 12 všeobecných sester. Rozhovory byly nahrávány na osobní počítač. Informantky byly poučeny o využití získaných dat pro účely mé diplomové práce. Se záznamem a zpracováním dat pro potřeby diplomové práce souhlasily. Anonymita respondentek byla zachována a sestry s ní byly předem seznámeny. Oceňuji účast všeobecných sester na tomto výzkumném šetření a jejich sdělení si velmi vážím, neboť jsou v pracovním postavení k mé osobě v podřízeném vztahu. Průměrná doba vedení rozhovoru byla 14 minut. Rozhovory jsem vedla sama, chronologicky přepisovala a analyzovala. Výhodou audionahrávky byla možnost

soustředit se na projev respondentek, tím jsem nebyla vázána zapisováním případných poznámek při rozhovoru a následná analýza poskytnutých dat byla snazší. K přepisu dat jsem použila počítačový program Express Scribe, který mi umožnil nahrávku zpomalit a tak ji spolehlivě přepsat. Analýzu rozhovorů jsem provedla na základě komentované transkripce, tedy úplného, doslovného přepisu záznamu rozhovorů. (13) Domnívám se, že rozhovory probíhaly v příjemné atmosféře a celé výzkumné šetření proběhlo bez obtíží.

### 6.3 Zpracování dat a průběh kvalitativního výzkumu

Představu o možnostech a využití kvalitativního výzkumu jsem získala během studia na Katedře řízení a supervize během účasti na povinném předmětu Kvalitativní výzkum I. a II. Pro analýzu kvalitativních dat jsem použila postup dle zakotvené teorie. Jak uvádí Hendl: „*jde o systematické organizování, zpracování dat, jehož cílem je odhalení témat, pravidelností, kvality a vztahů*“ (Hendl, 2005, s. 50).

Po každém rozhovoru následovala jeho analýza podle zakotvené teorie. Analýza dat podle zakotvené teorie se skládá ze tří typů kódování:

- otevřené kódování,
- axiální kódování,
- selektivní kódování.

Otevřené kódování je proces zaměřen na rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, konceptualizace a kategorizace údajů. (41) V přepisovaných rozhovorech jsou data kódována, často jsou používány doslovné interpretace sdělení. Z podobných pojmů, které spolu obsahově souvisí, jsou vytvořeny kategorie. Jde o proces vyššího abstrahování pojmů. Kódování a kategorizování je spojeno s přemýšlením o souvislostech a s interpretační činností, jednotlivé faktory musí být uchopeny v souvislostech.

Axiální kódování je soubor postupů, při kterém jsou jednotlivé kategorie systematicky zkoumány z různých úhlů pohledů. Zpočátku je zkoumán význam každé kategorie, následně vytvořeny dimenze pro každou kategorii. (51)

Selektivní kódování je proces dalšího abstrahování, který směřuje k vytvoření klíčové kategorie. Klíčová kategorie je centrálním fenoménem, který je

systematicky uváděn do vztahů s ostatními kategoriemi, ostatní kategorie integruje tak, aby zahrnovala co nejvíce zjištěných dat. (51)

A. Strauss a J. Corbinová popisují kódování jako operace, při kterých jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby. (41)

Prvním krokem analýzy získaných dat bylo provedení otevřeného kódování. Hendl uvádí: „v této fázi výzkumník lokalizuje témata v textu a přiřazuje jim označení. Kódováním odhaluje v získaných datech určitá témata“ (Hendl, 2005, s. 247). Text jednotlivých rozhovorů jsem pečlivě a několikrát procházela. Pro kódování jsem použila systém kódování po větách. Snažila jsem se tak, jak uvádí autor neztratit ze zřetele cíl kódování – tematické rozkrytí textu. Opakovaně jsme si kladla otázku: Jaká je hlavní myšlenka vyjádřená v této větě? K textu jsem se musela neustále vracet a provádět analýzu tohoto pojmu. Dle Strausse a Corbinové jsou v této fázi analýzy: „údaje rozebrány na samostatné části, porovnáváním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly, jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných. Během tohoto procesu jsou zvažovány a zkoumány naše vlastní i cizí domněnky o jevu, to vede k novým objevům (Strauss, Corbinová, 1990, s. 43). Při kódování jsem použila tužku a papír a celou řadu barevných zvýrazňovačů. V textu jsem si označovala jednotlivé důležité pasáže, ke kterým jsem přiřazovala kódy. Vzhledem k tomu, že moje teoretická citlivost byla zpočátku poměrně nízká, musela jsem se opakovaně vracet k teoretickým pramenům v literatuře. A. Strauss a J. Corbinová v knize *Základy kvalitativního výzkumu* popisují teoretickou citlivost jako „schopnost vhledu, schopnost dát údajům význam, porozumět a oddělit související od nesouvisejícího“ (Strauss, Corbinová, 1990, s. 27-28). V další fázi analýzy jsem ke spoustě získaných pojmů vymýšlela kategorie, které jsou ještě abstraktnější než pojmy. Kategorie podle výše uvedenými autorů mají určitý pojmový rozsah, který určuje, které skupiny pojmů spadají pod danou kategorii. (41). Brala jsem jednotlivé pojmy jeden po druhém a opakovaně se ptala, ke kterému jevu patří. Opakovaně jsme si kladla otázku: O čem se zdá, že to je? K získaným jednotlivým kategoriím jsem hledala a přiřazovala vlastnosti a k vlastnostem dimenze Po otevřeném kódování jsem postupovala dále axiálním kódováním. Hendl o axiálním kódování píše: „v průběhu axiálního kódování výzkumník zvažuje příčiny a důsledky, podmínky a interakce a tvoří tak „osy“ propojující jednotlivé kategorie“ (Hendl, 2005, s. 248). Jak uvádí autor, snažila jsem se hledat další kategorie a koncepty. Kladla jsem si otázky: Mohu sloučit určité kategorie do jedné obecnější? Abych

mohla sloučit některé kategorie do obecnější, musela jsem přemýšlet v abstraktnější rovině a hledat vztahy mezi různými kategoriemi. K tomu je zapotřebí teoretický rámec zkoumaného jevu, aby bylo možné některé druhy fenoménů mezi sebou smysluplně propojit. Při axiálním kódování je zacílení na objevení a rozvinutí kategorie ve smysl příčinných podmínek, které ji způsobují. (41) Kromě toho jsem pokračovala v hledání dalších vlastností a zaznamenávání dimenzionálního umístění každé situace. Cílem kódování bylo porozumět textu, pochopit souvislosti a pojmenovat společné pojmy, které byly mezi sebou porovnávány a tříděny.

## **7. Výsledná analýza rozhovorů**

### **7.1 Interpretace dat**

Při analyzování rozhovorů jsem získala celou řadu pojmů. Na základě vztahů mezi pojmy jsem stanovila kategorie.

#### **Pojem rehabilitační ošetřovatelství**

Rehabilitační ošetřovatelství byl pro informantky pojem široký a velmi obsáhlý, často značně abstraktní. Což dokumentuje výpověď sestry bez znalostí KM, která na otázku týkající se pojmu rehabilitační ošetřovatelství uvádí: „*Napadá mě strašně moc věcí.*“ Většina informantek popisovala: „*je to od prostýho dotyku pro mě, až po nějaký cvičení, a propínání svalů, pasivního cvičení.*“, „*nácviky nějakých dovedností*“ další zmiňovaly bazální stimulaci, dechovou rehabilitaci, masáže. V této fázi výzkumu jsem nezaznamenala to, že by se nijak zásadně lišily odpovědi sester bez znalostí KM od odpovědí těch, které byly s touto metodou seznámeny.

„*No...hm, kde začít, u ležícího pacienta nácviky nějakých dovedností, v rámci posazování, postavování vedle postele, udělat prostě pár kroků, vedení hm... vedená chůze, pár kroků do křesla, na nějakou dokonalejší péči, jako třeba procvičování svalů u nohou a takhle to by to asi mělo být...*“ uvádí sestra bez znalostí KM. Sestra se znalostí KM uvádí: „*Je to trochu mobilizace...*“

U několika sester se znalostí KM jsem zaznamenala posun od pasivního k aktivnímu pohledu na rehabilitační ošetřovatelství: „*pomoc je posadit, ...naučit je*



*jak se posadit“.* Komplexnější pohled na pojem rehabilitační ošetrovatelství dokládá odpověď sestry se znalostí KM: *„Procvičuji u pacientů, kteří jsou neschopní vlastního pohybu nebo něco vážně, cokoliv, když se pacient nemůže pohybovat, prostě cvičím s nima na lůžku, by to tělo netuhlo, aby lidi neulehli.“* Fokusem sester se znalostí KM zejména u nepohyblivých pacientů je udržení mobility, neboť se více zaměřují na drobné pohybové aktivity na lůžku. Dalším aspektem znalostí KM je postupný pohyb až k vertikalizaci, což znamená, že sestřám nejde jen o změnu pozice (vysazení a postavení) pacienta, ale zejména o stabilitu v každé pozici, kterou pacient zaujme: *„cvičit na lůžku, cvičit s nohama, jak nohy pokrčovat, aby se prokrvily, jak se natáčet v lůžku, jak se přitahovat pomocí postranic nebo pomocí pelestí, u toho lůžka asi takhle, jak se posadit s pomocí hrazdičky nebo bez pomoci hrazdičky...“.*

## **Vzdělání**

S úlohou ošetrujících při provádění podpory pohybu souvisí získání znalostí v rehabilitačním ošetrovatelství. Informantky získaly všeobecné vzdělání na střední zdravotnické škole, při studiu v oboru diplomovaná sestra a nadstavbové v pomaturitním specializačním vzdělávání.

Úroveň zdravotnické školy v předávání informací o rehabilitačním ošetrovatelství, jak teoretických, tak i praktických, hodnotí sestry jako nedostačující. Pro názornost nedostačujícího vzdělávání v rehabilitačním ošetrovatelství následující citace sdělení dvou sester: *„Na tom dálkovém studiu jsme to vůbec nebrali. Na praxi jsme chodili jen na pár hodin. Teoreticky jsme taky nic nebrali, nepamatují se.“*

*„...ve škole to si nepamatují, ve škole jsme toho k tomu moc neprobírali, spíše jen základní. Myslím, že jsou ze školy sestry k těmto činnostem špatně připravené.“*

Vzhledem k tomu, že se sestry poprvé seznámily s KM až v průběhu výkonu povolání sestry na oddělení, není žádný rozdíl v odpovědích obou skupin sester týkajících se získání informací o rehabilitačním ošetrovatelství v přípravě na povolání všeobecné sestry.

Většina získaných znalostí v průběhu studia byla zaměřena na specifické činnosti, např. podávání léků, aplikace infuzí, asistenci při výkonech, hygienickou

péči či na implementaci ošetrovatelského procesu do praxe. Sestry během studia na zdravotnických školách získaly znalosti „spíše zaměřené na diagnózy“, „jen rehabilitace po AIM“, „nějaká rehabilitace po infarktu jen teoretická...“, „ani v té teorii, maximálně jen u CMP teoreticky“. Šlo vždy výhradně o informace teoretické, dost „mlhavé“.

Žádná z dotazovaných sester si nevybavila konkrétní informace k rehabilitačnímu ošetrovatelství, které by získala již při studiu. „...ve škole, myslím, jen hodně obecně v rámci ošetrovatelské péče“ je nejkonkrétnější sdělení, které jsem k získání vzdělání zaznamenala. Kde tedy získaly potřebné informace k podpoře pohybu? Sestra, která absolvovala kurz KM, to shrnula za všechny: „No vlastně jsem to okoukala od jiných sester. Výhradně praxí a na kurzu.“ Sestry bez znalostí KM deklarují, že vzdělání v praktickém nácviku pohybových aktivit s pacientem získaly „jen praxí“, „ve škole tam praxe skoro nebyla, prostě jen praxí“.

Absence vzdělání v rehabilitačním ošetrovatelství v průběhu přípravy na povolání je jedním z důležitých faktorů, který ovlivňuje provádění činností ošetrojících při podpoře pohybu pacientů. Ve výpovědích sester se odráží jaká váha a časová dotace se vzdělávání v rehabilitačním ošetrovatelství přikládá. Zde uvádím část odpovědí sester bez znalostí KM, jejichž sdělení je velmi výmluvné: „...to byla jen teorie a nějaké praxe tam moc nebyla, na to nebyl čas...“.

„Já bych řekla, akorát, jak pacienta posadit při polykání, při jídle, chůze nebo tak, tohle ne. Jen říkat, jak se posadit k jídlu, ale bez názorné ukázky, teoreticky. Asi tak, že pacient při jídle musí sedět.“

### **Vzdělávací potřeby sester**

Další významný faktor je přístup ke vzdělání. První skupinou ve výzkumném šetření byly sestry, které kurz neabsolvovaly. Ošetrovatelská péče není rigidní obor, vyvíjí se velmi dynamicky, proto je nutná znalost nových ošetrovatelských konceptů a jejich postupné zavedení do ošetrovatelské péče. Sestrám chybí pro efektivní provádění podpory pohybu: „Znalosti, nějaký somatický, jak vést třeba nějaký pohyb to určitě člověk nikdy neví, jak by mohl třeba ublížit, třeba nějaký nácviky těch základních rehabilitačních, aby byly vedeny správně, takovýhle věci jsme se přesně neučily, vést nějaký cílený pohyb.“

*„Teoretický znalosti, potom moct si to vyzkoušet v praxi, to je vždycky nejlepší. Důležitý, abych to uměla udělat.“*

Jak provádí pohybové činnosti sestry, které se dosud neúčastnily kurzu kinestetické mobilizace: *„Intuitivně“* nebo *„Mám naučený pohyby, co jsem si vyzkoušela praxí. S tím, jak člověk k němu přistupuje, tak mu pomáhá.“*

Sestry si uvědomují, že pro vykonání podpory pohybu potřebují teoretické i praktické znalosti, které mohou uplatnit v praxi. Znalosti provádění podpory pohybu zahrnují dva důležité aspekty pro sestry. První aspekt je neublížit pacientovi. Obava z ublížení pacientovi nekompetentním vedením pohybu je patrná z odpovědí sester, které nemají znalosti KM:

*„Chtěla bych vědět, kde se těch lidí šikovně dotknout, aby je to nebolelo, neublížilo, když je zvedáme třeba do sedu, aby je to nebolelo, abysme je netahali jako kočka kořata.“*

Druhý aspekt je neublížit sobě.

*„...aby člověk nemusel vyvinout takovou velkou sílu, kde je chytit, abych se moc nenamáhala.“*

*„...abych se tak nedřela, aby to bylo pro pacienta příjemný a pro mě míň zatěžující.“*

Odpovědi sester dokumentují to, že sestry mají zájem se vzdělávat a doplňovat si chybějící znalosti v rehabilitačním ošetřovatelství. Deficit ve znalostech podpory pohybu je komplexní problém, neboť sestry by chtěly něco změnit ale neví, jak na to, což v dlouhodobém horizontu může být pro sestry demotivující. Zde se otevírá velký prostor pro sestry manažerky, aby cíleně reagovaly na potřeby sester. Sestra, která neumí na pacienta cíleně „sáhnout“ tak, aby mu při podpoře pohybu nezpůsobila bolest a sobě neublížila, může být frustrovaná z vlastní bezmoci a tím pádem ohrožená syndromem vyhoření.

## **Kompetence**

Pojem kompetence je mnohoznačný. Jednak vyjadřuje rozsah působností či činností, které jsou definovány určitou právní normou, v případě všeobecných sester jde o vyhlášku MZ č. 55/2011 Sb. Legislativní kompetence jsem popsala v kapitole č. 6. Kdo by měl provádět rehabilitační ošetřovatelství? Sestry bez znalostí KM uvádí shodně: *„asi rehabilitační pracovníci...“*. *„Určitě rehabilitační sestra. Klidně i sestry zpočátku pod dohledem rehabilitačních pracovníků“*. Sestry tak přenáší své

kompetence na jinou profesi nebo se za tuto profesi „schovávají“. Sestry, které mají znalosti KM, jsou si vědomy své odpovědnosti při poskytování podpory pohybu v rámci rehabilitačního ošetřovatelství, neboť na uvedený dotaz odpovídají: „*No zdravotní sestry, především. Fyzioterapeuti, ošetřovatelky, sanitárky. Sanitárky mají s nimi hodně kontaktu.*“ Je zde patrný posun v pohledu na kompetence, neboť sestry uvádí postupně všechny profese, které se s diferencovanými kompetencemi na rehabilitačním ošetřovatelství podílí.

Dalším významem pojmu kompetence jsou pracovní činnosti, které by v tomto případě všeobecné sestry v rámci podpory pohybu u nepohyblivých pacientů měly provádět. Kompetence jsou definovány vyhláškou MZ č. 55/2011 Sb. odráží se v pracovní náplni (viz příloha č. 2). Jaké pohybové činnosti jsou pro sestry obsahem rehabilitačního ošetřovatelství? Sestra, která má znalosti KM to shrnuje ve své odpovědi následovně: „*Že s ním manipuluju. Jakákoliv činnost pohybová, která vede k podpoře pohybu.*“ Odpověď zahrnuje komplexní pohled na podporu pohybu. Svě činnosti popisují sestry konkrétněji a svojí úlohu chápou především ve smyslu aktivní podpory: „*...naučit je, jak je posadit s pomocí hrazdičky nebo bez pomoci. Pomocť jim do křesla, udělat pár krůčků, když vstanou, jak pokládat nohy, jak se narovnat, aby se nehrbily, dávat do křesla, cvičit na lůžku, cvičit s nohama, jak nohy pokrčovat, aby se prokrvily, pomohli jim, jak se natáčet v lůžku, jak se přitahovat pomocí postranic nebo pomocí pelestí, u toho lůžka asi takhle.*“

Sestry bez znalostí KM odpověděly více obecněji: „*...různý činnosti, který přes den pacient potřebuje ke svojí soběstačnosti.*“

## **Mobilizace**

Důležitou kategorií je mobilizace pacientů. Být mobilní znamená být flexibilní, pohyblivý, přizpůsobivý, mít schopnost změnit polohu. Mobilita může být popisována na různých úrovních: kognitivní, emocionální, psychická a sociální. (8) Mobilizace v pohybové podpoře za účelem udržení a upevnění mobility pacienta zahrnuje široké spektrum činností. Takto jsou i vnímány činnosti spojené s mobilizací v pohybové podpoře pro sestry se znalostmi KM: „*To, co vrací člověka do běžného života, aby se mohl pohybovat. Všechny činnosti, nácvik k sebeobsluze.*“ „*Vlastně veškerý pohyb pacienta, jak na lůžku, tak vertikalizace, posazovat, aby*

*pacient potom stál vedle lůžka. ...provádět zase všechny tyhle úkony, posílení, svalstva, vertikalizace, i ve smyslu třeba točení hlavy...“.* Komplexnost v pohledu na mobilizaci je v popředí uvedených odpovědí.

Sestry bez znalostí KM se spíše soustředí na jednotlivé pohybové aktivity: *„třeba chůze, když pacient má nějaký problém, nácvik chůze“* nebo jsou odpovědi nekonkrétní: *„nácvik různých činností“* či *„...že se ho snažím zpohyblivět.“*

Dalším významným faktorem pro provádění podpory pohybu je mobilita pacienta. Pojem nepohyblivý pacient není zcela jednoduché definovat. Převážně pod pojmem nepohyblivý pacient je obecně uváděn ten pacient, který neopouští lůžko, tedy pacient ležící. Nepohyblivý pacient je těžko uchopitelný pojem. To je patrné z odpovědi informantky, která vyjadřuje diferencovaný pohled na tuto problematiku: *„Právě to, že někteří jak, kdo ho bere jako ležícího pacienta, někdo bere ležícího pacienta i když hýbe horními končetinami, někdo ho nebere jako ležícího pacienta“.* Současně ležící pacient je pojem, který je v nemocnici velmi často používán v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče. Jak definují informantky nepohyblivého pacienta? Zde se sestry shodují, neboť obě skupiny uvádí, že jde o pacienta ležícího s výrazným deficitem sebek péče, jehož zdravotní stav je ovlivněn různými příčinami. *„...který leží na lůžku, nedokáže se sám otočit, posadit, má problémy zvedat ruce, vzít si pít, pokrčit nožky, pomoci při tom otáčení, polohování.“*

*„Po mozkových příhodách, třebas schvácený s nějakýma teplotama, když je zpočátku přijat, než se stav zvládne. Odkázaný na komplexní ošetrovatelskou péči.“*

Nutnost poskytování komplexní ošetrovatelské péče u nepohyblivých pacientů je definována u obou výzkumných skupin sester. V popředí činností sester se znalostí KM je aktivní zapojení pacienta s ohledem na jeho pohybové možnosti. Důraz je kladen na mobilizaci vlastního pohybového potenciálu pacienta: *„aktivně pobízíme“* či *„Záleží na situaci, co všechno umí, polohování, když je na polohování, při ranní hygieně posazování na lůžku, dopomoc s mytím.“* Důležitý aspekt, na který informantky nezapomínají při poskytování ošetrovatelské péče, je verbální doprovod jakékoliv činnosti u pacienta, nejen pohybové: *„...většinou se slovním doprovodem, snažím se s nima mluvit, proč je pohyb pro ně důležitý.“* nebo *„...aby se otáčeli, jako prevence dekubitů a tady to všechno, spíše je to v tom slovním slova smyslu.“*

Jedna informantka shrnuje tuto problematiku následovně: „*Stimulace je podle mě i mluvení, já na pacienty ráda mluvím.*“

Materiální vybavení, se kterým sestry podporu pohybu u pacientů provádí, je další důležitý faktor pro provádění pohybových intervencí. Sestry, které mají znalosti KM a umí tyto znalosti realizovat v praxi, jsou se sortimentem polohovacích pomůcek, který je na oddělení k dispozici (deka, polštář, ručník atd.), spokojené a vnímají je jako dostačující: „*Pomůcek k polohování máme dost, když je používáme, opravdu jsou vidět výsledky. Polštář, deka, to stačí.*“ Účelné používání polohovacích pomůcek a využití vlastních znalostí (pacient, sestra) je v popředí odpovědí sester se znalostmi KM: „*Ta deka, stačí. Pacienti, kteří mají postranice, se můžou vytáhnout, sami se snaží přidršet.*“ Sestry, které znalosti KM nemají, „*touží*“ po pomůčkách, které by jim polohování usnadnily: „*botičky, zvedací zařízení, bedničky, antidekubitní matrace.* Preventivní aspekt různých polohovacích pomůcek je zde kladen před vlastní aktivitu sester a pacientů.

V jednom přání se obě skupiny sester shodují: „*Lůžka s nastavitelnou výškou, to by bylo perfektní, integrované zábrany bych brala taky, pacient, který má zábranu se může přitáhnout na druhou stranu, těch je pořád nedostatek.*“

Časová dotace na pacienta, spolupráce v terapeutickém týmu je také faktor, který je citován v odpovědích sester, které se neúčastnily kurzu kinestetické mobilizace. „*Mít dostatek času. Aby nám někdo z rehabilitačních přišel ukázat, jak třeba procvičovat ramení klouby, dolní končetiny nebo jiné klouby, který jsou postižený. Větší spolupráce s rehabilitací by mohla být.*“ U sester se znalostmi KM není deficit časové dotace na pacienta patrný, neboť si většinu pohybových činností u pacienta umí provést samy. „*Pomocť potřebuji jen, když je pacient hodně objemný, jinak si většinu udělám sama. Radši to dělám sama.*“ Důležitý aspekt je, že sestry se znalostmi KM umí pohybové aktivity integrovat do běžných denních činností. „*Zahřívání dělám při ranní hygieně, když pacienta meju na lůžku, nebo při polohování.*“

Člověk – pacient jako osobnost je abstraktní, mnohoznačný konstrukt, spojení biologických, psychologických a sociálních aspektů každého jedince. Člověk se projevuje chováním a jednáním. Člověk má svá přání. Pacient – člověk, kterého determinuje nemoc ať po stránce somatické či psychické se v nemocnici chová někdy zcela jinak než v jeho běžném okolí. (28) Jeho chování souvisí s jeho

motivací, cíli a projevuje se i v pohybových aktivitách. Kdo je pro provádění podpory pohybu problematický? Zde ve výpovědích panuje shoda u obou skupin sester. Je to ten: „...co odmítá. Ten, který nechce, nespolupracuje.“ či „negativistický, všemu se brání“. Sestry bez znalostí KM deklarují pacienta objemného, těžkého jako problematického. „Ty, co jsou těžký za pomoci sanitáře ho napolohujeme a oni jsou za chvíli zase na zádech.“ „Když je objemnější je víc problémů ho napolohovat, když nechce nebo když se zpěčuje zaujmout tu polohu, nepomůže trošičku, u toho silnějšího pacienta.... Určitě.“ „Hodně obézní, sám má potíže, přijde vlastně po svejch a potom se to onemocnění zhorší nebo dostane teplotu, tak sám vidí, že s tou váhou je pohyb horší.“ Pro sestry se znalostí KM není tělesná hmotnost významnou překážkou pro provádění podpory pohybu. Jedna odpověď sestry, která toto tvrzení dokládá: „Dokážeme zvednout i obézního nebo silnějšího pacienta, zvednout ze země nebo přesunout ho, jde to.“

U obou skupin dotazovaných sester je uváděno několik faktorů, které vnímají sestry jako významnou překážku pro provádění pohybové podpory pacienta. Patří sem: neklid a agresivita pacientů.

Dalším společným faktorem problémového pacienta z pohledu spolupráce při mobilizaci, je neochota pacienta spolupracovat: „Co nespolupracuje, určitě, když nechce, když... se brání.“ „Ten co nespolupracuje. Nemůžu nikoho nutit, když nechce. Když někdo nechce, nezmůžeme nic.“

### **Potřeby nepohyblivých pacientů a potřeby sester při uspokojování potřeb nepohyblivých pacientů**

Další velmi obsáhlou kategorií je kategorie potřeb pacientů a sester. Potřeba vyjadřuje stav nějakého nedostatku, požadavku, přání, které se snaží jedinec uspokojit. Jak hodnotí potřeby nepohyblivých pacientů dotazované sestry, a které potřeby jsou pro ně prioritní? U dvanácti dotazovaných sester je v osmi případech v popředí uspokojení základních biologických potřeb. „Potřebuje základní hygienickou péči, pomoc s jídlem, polohovat, pomoci se vším.“ „Prostě zajistit takhle všechno, základní potřebu, potom potřebuje samozřejmě nějakou rehabilitaci vleže.“

Vedle uspokojování biologických potřeb zdůrazňují tři informantky uspokojování potřeb psycho-sociálních, emočních. „*Taky nějaký dobrý slovo, takový to, třeba čas na rozhovor a na to, jak se cítí on sám, kam by chtěl on sám směřovat.*“ „*Že o něj má někdo zájem, že tam leží.*“

Při spokojování komplexních potřeb nepohyblivých pacientů sestry nezapomínají na potřebu intimity a potřebu respektování důstojnosti druhého. Uvádím jedno sdělení, které tyto potřeby dokládá: „*Někdo potřebuje tu velkou bublinu, někdy, když musíme hodně blízko, tak si narušuji i tu svojí, ale nedá se nic dělat...a někdy mi to přijde, že ten člověk nemá dobrej pocit, že mu narušujeme tu jeho, nejde o to tělesno, ale o psychiku*“.

Potřeba být spokojený souvisí s kvalitou života. Jak jsem v kapitole č. 4 uvedla: „*kvalitně žije ten, kdo je se svým životem spokojený*“ (Křivohlavý, 2002, s. 162). Se spokojeností pacientů souvisí i spokojenost sester. Pocit dosaženého úspěchu je bezesporu důležitým motivačním činitelem pro obě strany, je pro obě strany energetizující a výrazně ovlivňuje další chování obou skupin. Společný úspěch vytváří dobrou bázi pro spolupráci. Spokojenost sester se svojí prací je významným preventivním činitelem syndromu vyhoření. Co je tedy pro sestry důležité při podpoře pohybu pacienta? To shrnula do své odpovědi jedna z dotazovaných sester: „*Spokojenost pacienta, když to tak vezmu. Aby byl spokojený s tím, co se vlastně děje. To je pro mě důležitý.*“

Potřeba být soběstačný. Sestry v této souvislosti vnímají nezávislost, soběstačnost pacienta jako hodnotu velmi důležitou, která také souvisí s kvalitou života, a ke které jejich aktivizační činnosti směřují. Cílem všech dotazovaných sester v podpoře pohybu u nepohyblivého pacienta byla snaha o dosažení jisté úrovně soběstačnosti pacienta. Je důležité stavět si cíle, neboť dávají lidem obecně možnost chápat vlastní činnost jako účelnou a smysluplnou. (24, 26) Jaké si sestry stanovují cíle, dokládají dvě sdělení: „*Je nácvik samostatnosti, soběstačnosti.*“

„*Nácvik sedu, nácvik třeba provádění hygienických úkonů, nácvik těch hygienických návyků, nácviky při stravování, aby se mohl sám najíst třeba nejdříve lžící potom příbor, ...běžný činnosti, aby byl samostatný, prostě, aby to dělal pacient sám...*“.

Vlastní samostatnost sestry, nezávislost na druhé ošetřující osobě při provádění jednotlivých pohybových aktivit je důležitým deklarovaným momentem



sestry se znalostí KM. Tato zjištění zaujmají důležitou motivační roli v implementaci kinestetické mobilizace do běžné ošetrovatelské péče. Sestry, které mají znalosti kinestetické mobilizace uvádí: „...dá se opravdu hýbat s lidmi, s kterými bych třeba řekla, že bych s nima nemohla hnout na lůžku, i sebemenší vlastně hmat s tím tělem něco udělá, že ho posune, i když o pár centimetru, že to jde.“

„Vlastně jeden pracovník zvládne i velice obézního pacienta, posadit, posunout na lůžku, napolohovat.“

„Je to úžasný, sama můžu pomoci tomu pacientovi, klientovi. Posunout ho na lůžku aniž by mě bolela záda. A že i ten člověk je aktivně zapojený, a sám se může pohybovat. Jako sílu nějak nemusím velkou vynakládat. Já to neumím vyjádřit.“

Ze sdělení sester je patrné „jisté“ nadšení a zaujetí novým ošetrovatelským konceptem, který přináší sestřím spokojenost.

„Zaujalo mě to, že dá se říci i s tím hodně silným pacientem se dá pohybovat. A ani se tolik člověk nenamůže, co se týče vlastní síly, není takové zatížení. Člověk má pohyby naučené, zvedáme pacienty, chyba je taky, když stojím strnule, tak se potom namáháme, když okolo lůžka tančíme, tak se tak nenamáháme, dá se to dobře zvládnout.“ To je sdělení sestry, která ví, že soulad vlastního pohybu s pohybem pacienta je předpoklad pro efektivní provedení pohybové aktivity bez vynaložení zvýšeného fyzického úsilí.

Soběstačnost je důležitý faktor ovlivňující kvalitu života. Souvislost pohybu s kvalitou života je citována informatkami z obou dotazovaných skupin velmi naléhavě. „Pohyb je velice důležitý, protože pacient, který se hůře pohybuje, je negativní, nebaví ho žít.“ „Hrozný je pocit závislosti.“ Uvedená sdělení jsou expresivním vyjádřením názoru sester.

„Když lidi ulehnou není to dobrý pro psychiku lidí, který byli zvyklí se o sebe postarat, nemají to rádi, jsou potom agresivní, nelíbí se jim to, pokud byli vitální a ulehli, po té psychický strážce to špatně nesou.“

### **Kinestetická mobilizace**

Principy konceptu kinestetické mobilizace a její praktické uplatnění jsem detailně popsala v kapitole č. 9. Jak sestry své získané znalosti v kurzu KM

implementují do ošetrovatelské péče, v čem je pro sestry a pacienty znalost nových postupů přínosná vypovídají následující sdělení. „*Určitě, mi to pomáhá, říkám jednak, pomůže to pacientům, že se naučí se sami pohybovat, když spolupracuje tak prostě naučí se pohybovat na lůžku, potom ty návyky při posazování, když jim to člověk vysvětlí, sám, se chce pohybovat.*“

Předpokladem pro trvalou implementaci KM do běžné praxe a její akceptování v ošetrovatelském týmu je vyškolení většího počtu ošetřujících tak, jak to deklaruje ve svém sdělení jedna informantka: „*No určitě je přínosná, jsem ráda, že ostatní pracovníci ten kurz taky navštěvují, když to budeme znát všechny nebo alespoň velká většina, tak se určitě bude lépe spolupracovat, nebudeme muset na sebe pokřikovat, aby jsme si pomohli, samozřejmě to někdy bez pomoci nejde.*“ Přínos pohybové podpory dle kinestetických principů je pro pacienta méně bolestivý, méně namáhavý a šetrný: „*Pacient se dá zvládnout, lépe se dá přesouvat, lépe se dá vysouvat, i pro toho pacienta to není tak náročné.*“

V rozhovorech sestry deklarují výhody implementace kinestetické mobilizace pro oddělení i zaměstnavatele „*Finanční, personální, míň pomůcek k polohování. Usnadní to práci.*“ Přínos KM pro sestry je patrný i z následujícího sdělení: „*Mě to hodně pomohlo, mě hodně bolely záda, už mě tak nebolí záda. Že se tak nedřeme. Ulehčilo nám to práci, ...třeba člověk nemusí na neschopenku, nemusí si brát marodní.*“ Sledování finančního rozpočtu oddělení a bdění nad jeho dodržováním v rámci svých kompetencí je úlohou sester manažerek. Toto sdělení je jistou výzvou a současně nabádá k zamyšlení. Kde se dá uspořít? Kam účelně investovat finanční prostředky?

Zavedení konceptu do praxe je spojeno ze strany sester s nutností neustálého opakování, zdokonalování a ukládání nových zkušeností, neboť jde o velké množství informací teoretických i praktických, které musí být zpracovány. „*Jen neustálým opakováním se z člověka stane odborník*“ (Bauder-Mißbach, 2008, s. 36). Jde o změnu v přístupu k podpoře pohybu pacientů, která vyžaduje jistou změnu v činnostech ošetřujících a „bourá“ zažitě postupy, vyžaduje neustálé opakování a zkoušení. To je patrné z odpovědí informantek: „*Ty techniky se dají využít, já si ale některý nepamatuju, někdy vidím, že člověk se posune. Někdy jsem začala na druhou stranu nebo opačně v jiném pořadí. Není to tolik zažitý. Musím mít ve skřínce skriptu.*“ České přísloví „Opakování je matka moudrosti“, tak by se dalo obrazně

vyjádřit snažení jedné sestry, s jejímž sdělením se ztotožňuje většina sester, která absolvovala kurz KM: „*Musím víc trénovat, i doma si to prohlížím. Člověku to vypadne z hlavy, má to hodně do sebe.*“

Podstatný faktor pro implementaci pohybových činností dle kinestetických principů je vnímání změny pacientem samotným. „*Myslím, že když se jim to vysvětlí, tak ví lépe, co po nich chceme, pochopí to, co po nich chceme. Snaží se potom více pomáhat.*“ „*Jim to vůbec nepříjde. Určitě negativně, ne. Spíše, když jim řekneme určité manévry při posazování, tak jako jsou rádi. Spíše pozitivní.*“ Přínos KM pro pacienta je tedy zejména aktivizace, přechod od pasivity k aktivitě. Takto prováděná podpora pohybu je i pro pacienty novou aktivitou, ta vyžaduje jistou trpělivost obou zainteresovaných stran. Významným předpokladem pro implementaci je nemít k sobě a pacientům přehnaná očekávání.

Nejvíce sestry využívají znalosti KM při polohování pacientů v jedné osobě, při posazování, otáčení na bok, při běžných transferech. Jedna citace odpovědi za všechny ostatní: „*To posouvání, otáčení, i to zvedání, někdy jim stačí říci, dívala jsem se jí do těch očí, když jsem ji posazovala a ona se posadila sama.*“

Koncept kinestetické mobilizace je možné integrovat při všech ošetrovatelských činnostech. Znalosti, které sestry na kurzu získaly, jsou velmi obsáhlé. Podstatné pro trvalou implementaci konceptu na oddělení je trvalé uplatnění těchto znalostí v praxi. Opět zde hraje důležitou motivační roli sestra manažerka, neboť sestry potřebují trvalou motivaci. Sestry manažerky, které jsou vyškoleny v konceptu KM, a mají vlastní autentické zkušenosti s implementací KM, mohou zcela jinak motivovat ošetřující personál. Vlastní příklad sester manažerek je v přístupu k podpoře pohybu bezesporu cestou k úspěchu implementace KM do ošetrovatelské péče na daném oddělení.

Dalším faktorem uplatnění mobilizace dle kinestetických principů na oddělení je samotné zjištění, jak mobilizace ovlivnila sestry v nahlížení na podporu pohybu a zda je vůbec ovlivnila. „*Ovlivnilo*“ to je sdělení všech sester z této výzkumné skupiny.

„*Když se něco stane, tak tam můžu jít sama, nějak to teď zvládnou. U objemných pacientů se změnil určitě, vím, že to jde, tak tam není takový strach.*“

„*Ulehčilo mi práci, taky mě osamostatnila, určitě. Na polohování jsme šly dříve ve dvou, s kolegyněmi, teď napoložuji člověka sama.*“

## 7.2 Doporučení

Data, která jsem získala šetřením, jsou odpověďmi na klíčové výzkumné otázky „*Jaké znalosti mají sestry o rehabilitačním ošetřovatelství?*“ a „*Jakou úlohu mají sestry při podpoře pohybu?*“ K tomu, aby sestry věděly, jaké mají pohybové aktivity v rámci rehabilitačního ošetřovatelství provádět, je důležitá znalost toho, co vlastně rehabilitační ošetřovatelství znamená, v čí kompetenci je a jaké mají možnosti jeho provádění. Nejdříve se v diskuzi budu zabývat vzděláváním a znalostmi sester v rehabilitačním ošetřovatelství.

Vzdělávání všeobecných sester se prolíná celým pracovním životem, je zakotveno v legislativě zákonem MZ č. 96/2004 Sb. Díl 2 paragraf 53 odst. 1. „*celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky.*“ Zákon tedy sestřím ukládá celoživotně se vzdělávat. Základní všeobecné vzdělání získává sestra většinou na středních zdravotnických školách. Sestry, které se účastnily šetření, absolvovaly všechny střední zdravotnickou školu před různě dlouhou dobou a na různých místech České republiky, některé v postgraduálním vzdělávání pokračovaly. V osnovách ošetřovatelství by měla být teoretická i praktická výuka rehabilitačního ošetřovatelství, neboť je základní součástí poskytování komplexní ošetřovatelské péče.

Kdo je za mobilizaci pacienta zodpovědný a kdo by ji měl provádět? Kompetence jsou dány vyhláškou MZ č. 55/2011 Sb. a jsou zakotveny v pracovní náplni všeobecných sester Nemocnice Most, o. z. (viz příloha č. 2). Jestliže mají sestry kompetence, což znamená dovednost, znalost, odpovědnost, měly by tedy činnosti související s rehabilitačním ošetřovatelstvím provádět a nést za ně odpovědnost. Výzkumné šetření potvrdilo můj názor, že je pro sestry obtížně definovat své kompetence v poskytování rehabilitačního ošetřovatelství a v popsání činnosti, které rehabilitační ošetřovatelství zahrnuje. Jde o obecný fenomén, že hodně činností sestry provádí, ale neumí je popsat. (8, 36) S kompetencemi souvisí i odpovědnost za provedené činnosti v rámci daných kompetencí. Jak tyto činnosti provádět, když nemají teoretické a praktické znalosti? Vykonávají tedy činnosti, ke kterým jim chybí znalosti, a přesto za ně nesou odpovědnost. Pojem rehabilitační ošetřovatelství je sice v povědomí sester, bohužel jeho význam není plně pochopen a

pro neznalost naplněn. Škrlovi potvrzují, že „je potřebné, aby sestry získaly faktické znalosti, které mohou převést do praxe, v praxi je aplikovat a věděly „k čemu jsou dobré“ (Škrlovi, 2003, s. 228). Je smutným zjištěním, že střední zdravotnické školy v předávání informací v rehabilitačním ošetřovatelství selhaly. Je tedy na jednotlivých ošetřujících, aby si vzdělání doplnili, na zdravotnických zařízeních, potažmo na vedení jednotlivých oddělení co udělají proto, aby měly vzdělaný personál, což souvisí s tím, jakou váhu rehabilitačnímu ošetřovatelství přiřkládají. Ne pro potřeby výzkumného šetření byla ošetřujícím dána možnost získat znalosti v kinestetické mobilizaci. Šetření mělo ozřejmit, zda jsou znalosti kinestetické mobilizace pro sestry přínosné a zda jim doplnily teoretické a praktické znalosti v oblasti podpory pohybu. Dovoluji si tvrdit, v České republice ještě neexistuje platforma, která by podporovala profesní rozvoj ošetřovatelského personálu v kinestetické mobilizaci. Koncept kinesteticky není systematicky zařazen do výukového programu na středních a vyšších zdravotnických školách. Ošetřovatelství je dynamický vědní obor, který se neustále vyvíjí. Do ošetřovatelské péče jsou postupně implementovány nové ošetřovatelské koncepty jako bazální stimulace, Bobathův koncept atd. Je žádoucí, aby vzdělávací instituce pružně reagovaly na potřeby klinické praxe, aby byly do klinické praxe implementovány inovativní kreativní koncepty, které mohou významně přispět k tomu, že sestry budou svoje činnosti také vnímat jako motivující a energetizující. (42)

Další posuzovanou kategorií je mobilizace:

Je potřebné se zamyslet nad tím, co je tedy mobilizace? Je to polohování na lůžku, posazení na kraj lůžka, vysazení pacienta do křesla. Je to činnost zaměřená spíše na činnost nebo je to činnost, která podporuje pacienta ke zvládnání běžných denních činností?

V prostudované literatuře jsem nenašla bližší vysvětlení týkající je pojmů nepohyblivý pacient, upoutání na lůžko (ve smyslu ležícího pacienta), imobilita, klid na lůžku, a přesný popis toho, kdo je v rámci poskytování ošetřovatelské péče za ležícího pacienta považován (viz kapitola č. 7). To je patrné z výpovědí dotazovaných sester. Každý profesionální ošetřující se s tímto pojmem setkal a používá jej. Ležící (upoutaný) pacient má všeobecně negativní konotaci. Upoutání

na lůžko v souvislosti s ležícím pacientem je stav, který je všeobecně považován za stav, který vede postupně ke smrti (sociální). To jistě souvisí s názorem naší západní společnosti, která je výkonově orientovaná. Nic nedělání, neproduktivita je ve společnosti vnímána jako prázdnota, marnotratnost. Pacient, který je nepohyblivý, fixován na jednom místě možná vnímá svoji situaci jako bezvýchodnou, a to může být příčinou jeho nechuti, neochoty, demotivace a odmítání aktivit spojených s pohybovou aktivizací. Odmítavý postoj může být projevem obranného mechanismu pacienta. Je to způsob vyrovnání se s nějakým nedostatkem, pacient rezignuje, uniká do sociální izolace, reaguje nezáúčastně, demotivovaně, možná proto, aby si zachoval pocit vlastní hodnoty a sebepojetí. Pacientovo Já se brání stavům, které mu způsobují úzkost a nepříjemné zážitky. Uvedená nespolupráce pacienta ve výpovědích sester nemusí znamenat nechuť nebo odpor, může jít o obavu z neznámých činností, strach z bolesti při změně polohy.

K základním požadavkům na progresivní ošetrovatelskou péči bezesporu patří soustavná, cílená aktivizace pacienta. S rozmanitě definovaným pojmem nepohyblivý pacient jsou spojeny ošetrovatelské činnosti poskytované v rámci komplexní péče. V literatuře jsou popsány důvody vzniku imobility a její důsledky. (4, 15, 20, 21, 38) Označení nepohyblivý pacient se jeví jako zavádějící a nepřesný z pohledu podpory pohybu. Jako smysluplné se nabízí rozdělení vedení pohybu na pasivní, částečně aktivní a aktivní pohyb. V tomto označení se odráží vlastní činnost pacienta a možnost využití jeho pohybových rezerv. Na závěr diskuze k této kategorii bych chtěla vyjádřit přesvědčení, že nejdůležitějším aspektem při aktivizačních činnostech je to, zda tato činnost vyvolala u pacienta pozitivní změnu.

Dostala jsem se k další kategorii, kterou je motivace:

Povolání sester je spojeno s očekáváním, že pomohou pacientovi a to zejména nesoběstačnému, závislému na pomoci druhých najít smysluplnost v jeho počínání, když nemohou pacienti realizovat hodnoty tvůrčí, mohou pacientovi zprostředkovat prožitkovou hodnotu, např. dosažení společného cíle v mobilizaci. Cíl musí oslovit jak sestru, tak pacienta, oběma musí záležet na splnění toho cíle, musí pro zúčastněné mít jistou kladnou hodnotu. (23, 26) „*Cíl sám o sobě nestrká, ale táhne*“ (Křivohlavý, 2006, s. 23).

Z výpovědí informantek lze vyčíst, že je pro ně někdy obtížné pacienty motivovat. Pro podpoření snažení sester by supervize našla v týmu ošetřujících své opodstatnění. Jak potvrzuje Havrdová supervize je doporučena tam, kde „*je potřeba reflektovat komplexní činnosti, kde jde o člověka, jeho mezilidské vztahy a naplnění smyslu*“ (Havrdová, 2008, s. 20). Supervize může být účinným nástrojem pro udržení motivace personálu.

“*Bez motivace je obtížné dostat se do pohybu nebo pohyb udržet*“ (Škrlovi, 2008 s. 282). Tento výrok má svojí platnost pro obě strany, tj. pacient – sestra a pro různé situace.

Při ošetřování jde o interpersonální vztah mezi ošetřujícím a ošetřovaným, tím, kdo péči přijímá – potřebuje. Každý má v tomto vztahu ošetřující – pacient svoji určitou roli. Pacient, který je v nemocnici a má své určité potřeby, a sestry, které mu mají při uspokojování potřeb být nápomocny. K tomu, aby mohly pacientovy potřeby rozpoznat a být mu nápomocny v jejich uspokojování je zapotřebí vzdělání. (5)

Ošetřovatelství je umění, které je realizováno ošetřujícími, těmi, kteří poskytují péči osobám – pacientům.

Informantky deklarují významnou souvislost mezi pohybem a kvalitou života. Kvalita života je určována tím, jak významný zásah do jeho individuálního pohybového fondu byl např. nemocí způsoben, jaký deficit v soběstačnosti vykazuje. Čeho je schopen sám, jaký pohyb může provést s omezením a co je pro něj v souvislosti s pohybem zatím nemožné provést. Ošetřující patří mezi vnější činitele ovlivňující kvalitu života a to souvisí s tím, jak odborně je jim ošetřovatelská, potažmo rehabilitační péče poskytována. Křivohlavý zdůrazňuje odbornost „*je kriticky důležitá*“ pro zlepšení zdravotního stavu i pro kvalitu života pacienta. (Křivohlavý, 1989, s. 76).

Pozitivní hodnotou práce sester je dosažení cíle. Každodenní práce s pacientem staví sestry vždy před výzvu k řešení nových situací nejen při podpoře pohybu. „*Jsou to z určitého hlediska příležitosti k rozhodování a tím i k projevu naší vlastní osobnosti*“ (Křivohlavý, 1994, s. 58). Je důležité, aby sestry měly pocit smysluplné činnosti. Obě zainteresované strany mají svůj společný cíl – jistá míra soběstačnosti pacienta.

### III. Závěr

Záměrem mé diplomové práce bylo popsat úlohu ošetřujících při mobilizaci nepohyblivých pacientů a poukázat na možnosti využití konceptu kinestetické mobilizace v rámci rehabilitačního ošetrovatelství. Jako hlavní výzkumnou otázku jsem si stanovila: Jaké znalosti mají všeobecné sestry v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství?

Z provedeného šetření, které jsem provedla na I. interním oddělení mezi všeobecnými sestrami vyplývá, že klíčovou roli při provádění podpory pohybu hraje motivace. A to motivace jak personálu, tak samotných pacientů. S motivací souvisí znalosti. Je zcela nezbytné, aby sestry disponovaly odpovídajícími znalostmi. Znalosti v oblasti podpory pohybu umožní sestram kvalitně vykonávat činnosti spojené s rehabilitačním ošetrovatelstvím. Sestry se znalostmi kinestetické mobilizace vnímají mobilizaci v širším kontextu, při podpoře pohybu využívají pohybových rezerv pacientů, pracují samostatněji, jsou sebevědomější v přístupu k pacientům, reflektují radost z toho, že s nimi pacienti lépe spolupracují, nevyžadují finančně nákladné polohovací pomůcky, jsou při pohybové podpoře s pacientem kreativnější a vyzařují uspokojení ze společně dosažených cílů. Při změnách pozice pacienta se nepřetěžují jeho zvedáním.

Sestram, které nemají znalosti kinestetické mobilizace chybí účinný nástroj k provádění podpory pohybu pacienta. K profesnímu rozvoji ošetřujících by jistě přispělo zařazení kinestetické mobilizace do kurikula výukového programu již na středních a vyšších zdravotnických školách. Aby se koncept kinestetiky trvale etabloval do ošetrovatelské péče, je nutné, aby sestry nabyly přesvědčení, že je jejich práce smysluplná a přináší jim jisté uspokojení z práce. V souvislosti se smysluplností činností by nám mělo jít také o dosahování určitých cílů a to opět ve vztahu sestra – pacient. Sestry si staví cíle při podpoře pohybu s pacientem, zejména s pacientem nepohyblivým, nesoběstačným. Tyto cíle by měly být stanoveny na základě dvoustranné dohody mezi sestrou a pacientem, měly by reflektovat reálné možnosti obou zainteresovaných stran.



Koncept kinestetické mobilizace podle pohybové školy Viv-Arte® reflektuje požadavky rehabilitačního ošetřovatelství. Mobilizace podle kinestetických principů nabízí ošetřujícím jiný pohled na podporu pohybu u pacientů, zejména pacientů imobilních s výrazně sníženým stupněm soběstačnosti. Jde o změnu v přístupu k podpoře pohybu pacientů, místo pasivního nevyváženého vedení pohybu umožňuje kinestetická mobilizace vyváženou podporu pohybu při maximálním využití pohybových rezerv pacienta. Důraz je kladen na aktivní zapojení pacienta dle jeho možností. Při ošetřování imobilních pacientů pomáhá kinestetická mobilizace ošetřujícím správně a šetrně manipulovat s pacientem, neboť pacient není „tahán“, pohyb vpřed je uskutečňován „chůzí“ v různých pozicích.

Všichni ošetřující I. interního oddělení dostanou možnost vyškolit se v konceptu kinestetické mobilizace. Kinestetická mobilizace je systematicky uplatňována na uvedeném oddělení od roku 2010. Jsem si vědoma, že jde o krátkou dobu implementace kinestetické podpory pohybu na oddělení, přesto šetření potvrdilo smysluplnost začlenění tohoto konceptu do ošetřovatelské péče. Je před námi ošetřujícími na I. interním oddělení Nemocnice Most, o. z. dlouhá a náročná cesta, která zahrnuje trvalou implementace kinestetické mobilizace do ošetřovatelské péče. Zlepšení podpory pohybu u zejména nesoběstačných pacientů je mým trvalým cílem

Poznatky z implementace konceptu kinestetické mobilizace budou využity i na jiných odděleních Nemocnice Most, o. z. Současně bude výsledek šetření k dispozici vyučujícím Střední zdravotnické školy v Mostě.

Na závěr bych chtěla konstatovat, jedním výzkumným šetřením se otevřela celá řada otázek, které by bylo vhodné dalším výzkumným šetřením ozřejmit. Jak jsou mobilizováni problémový (objemní) pacienti? Jak mobilizaci dle kinestetických principů vnímají pacienti? Jak vnímají ošetřující fyzickou zátěž při mobilizaci pacientů? Přínosné by bylo provedení výzkum s odstupem času zopakovat a do výzkumu zahrnout ošetřující personál s různými kompetencemi na více pracovištích, porovnat celá zdravotnická zařízení, která školí personál v kinestetické mobilizaci.