

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program. Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Alena Olešáková

Využití práce instruktora soběstačnosti na spinální jednotce z pohledu
ošetřujícího personálu a z pohledu pacientů

The utilization of self-care instructor's activity in the spinal unit from the staff
and the patient's view

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Marsová

Praha 2013/2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedla, a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 27. 11. 2013

Alena Olekšáková

Podpis:

Identifikační záznam:

OLEKŠÁKOVÁ, Alena. *Využití práce instruktora soběstačnosti na spinální jednotce z pohledu ošetřujícího personálu a z pohledu pacientů. [The utilization of self-care instructor's activity in the spinal unit from the staff and the patient's view.]*.

Praha, 2013. 79 s., 16 příl.. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí závěrečné Marsová, Jana.

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Marsové za odborné vedení, cenné rady a podněty a trpělivost při psaní této bakalářské práce. Můj dík patří Janě Zachové Dis. za ochotu a obětavost. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za pomoc a podporu při studiu.

Abstrakt:

Tématem bakalářské práce je „Využití práce instruktora soběstačnosti na spinální jednotce Krajské nemocnice Liberec, a.s.“. Objektem výzkumného šetření je práce tělesně hendikepovaného instruktora soběstačnosti na spinální jednotce. Cílem práce je shrnutí informací o pracovních činnostech instruktora soběstačnosti a zjištění, jak vnímá jeho práci ošetrovatelský personál a pacienti. Pro řešení problematiky kvalitativním výzkumem jsou zvoleny metody, brainstorming, brainwriting, SWOT realizovaný pomocí polostandardizovaného rozhovoru. Dílčí cíle vyplývají ze zvolené metody SWOT a zabývají se zjištěním silných a slabých stránek, dále zhodnocením možných příležitostí a rizik, které ovlivňují práci instruktora soběstačnosti. Celkový počet zúčastněných respondentů je 26 osob. Výzkumu se zúčastnilo 11 osob ze skupiny ošetrovatelského úseku, 8 pacientů a 7 respondentů ze skupiny fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Snahou bakalářské práce je upozornit na téma instruktora soběstačnosti v praxi, toho co přináší pacientům a jaké je jeho místo, jako člena ošetrovatelského týmu. Práce je v této oblasti v mnoha směrech pilotní a představuje určitý vhled do této problematiky.

Klíčová slova: instruktor soběstačnosti, spinální jednotka, SWOT

Abstract:

The theme of the Bachelor thesis is: " Utilization of the work of an self-sufficiency instructor at the spinal unit of the Regional Hospital Liberec ". The object of the research is the work of a physically disabled self-sufficiency instructor at the spinal unit. The aim of this thesis is a summary of information about work activities of a self-sufficiency instructor and a survey how the nursing staff and patients perceive his or her work . To address the issue by qualitative research, these methods are chosen: brainstorming, brainwriting , SWOT realized using a semi-standardized interview. Sub-objectives result from the chosen method of SWOT and they deal with determining the strengths and the weaknesses, as well as evaluating the potential opportunities and threats that affect the self-sufficiency instructor's work. The total number of participating respondents is 26 people. The research was attended by 11 persons from the nursing section group, 8 patients and 7 respondents from the group of physiotherapists and ergotherapists . The aim of this bachelor thesis is to highlight the theme of self-sufficiency instructors in practice, what they give to the patients and what is their place as members of the nursing team . Work in this area is in many ways pilot and presents a particular insight into this issue.

Keywords : self-sufficiency instructor, spinal unit, SWOT

OBSAH:

ÚVOD	9
1 INSTRUKTOR SOBĚSTAČNOSTI	10
1.1 DEFINICE NÁZVU INSTRUKTOR SOBĚSTAČNOSTI.....	10
1.2 VYMEZENÍ PRACOVNÍCH ČINNOSTÍ A PRACOVNÍ ZAŘAZENÍ INSTRUKTORA SOBĚSTAČNOSTI NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE KRAJSKÉ NEMOCNICE LIBEREC A.S.	11
1.3 SPINÁLNÍ PROGRAM	11
1.3.1 ETIOLOGIE A STATISTIKA PACIENTŮ S MÍŠNÍ LÉZÍ.....	12
1.3.2 NEUROLOGICKÝ OBRAZ	12
1.3.4 FÁZE MÍŠNÍHO POŠKOZENÍ.....	14
1.3.5 SPINÁLNÍ JEDNOTKA.....	14
2 ZAMĚŘENÍ ČINNOSTI INSTRUKTORA SOBĚSTAČNOSTI VE SPOLUPRÁCI S ERGOTERAPEUTEM.....	15
2.1 SPOLUPRÁCE INSTRUKTORA SOBĚSTAČNOSTI S ERGOTERAPEUTEM.....	16
2.2 ERGOTERAPIE.....	16
2.3 ERGOTERAPEUTICKÝ PROCES	18
2.4 PRVKY ERGOTERAPIE V PRÁCI INSTRUKTORA SOBĚSTAČNOSTI	18
2.4.1 OBLAST NÁCVIKU DENNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (ADL).	18
2.4.2 OBLAST NÁCVIKU INSTRUMENTÁLNÍCH DENNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (IADL).....	20
2.4.3 PRVKY ERGOTERAPIE V NÁCVIKU MOBILITY	21
2.5 PORADENSTVÍ V PRÁCI INSTRUKTORA SOBĚSTAČNOSTI	24
2.6 SPOLUPRÁCE INSTRUKTORA SOBĚSTAČNOSTI S DOBROVOLNICKÝM CENTREM.....	26
2.7 INSTRUKTOR SOBĚSTAČNOSTI V ČESKÉ REPUBLICE	26
2.7.1 PRVNÍ INSTRUKTOR SOBĚSTAČNOSTI V ČESKÉ REPUBLICE	26
2.7.2 VÝVOJ PRACOVNÍ POZICE A PROFIL INSTRUKTORA SOBĚSTAČNOSTI NA SJ KNL LIBEREC	27
2.7.3 INSTRUKTOR SOBĚSTAČNOSTI V ČESKÉ REPUBLICE A V ZAHRANIČÍ.....	28
3 CÍLE PRÁCE, METODOLOGIE PRÁCE, VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ.....	29
3.1 CÍL PRÁCE	29

3.2 CHARAKTERISTIKA POUŽITÉ METODY	29
3.2.1 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	31
3.2.2 PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	32
3.2.3 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	33
3.3 VYHODNOCENÍ.....	34
3.3.1 VYHODNOCENÍ I. SKUPINY OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU.....	34
3.3.2 VYHODNOCENÍ II. SKUPINY PACIENTI I HOSPITALIZOVANÝCH NA SJ KNL	42
3.3.3 VYHODNOCENÍ III. SKUPINY FYZIO/ERGOTERAPEUTI SJ KNL	50
4. DISKUZE	58
5 NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	68
6 ZÁVĚR	69
7. BIBLIOGRAFIE.....	71
8. SEZNAM ZKRATEK	75
9. SEZNAM GRAFŮ.....	76
10. SEZNAM TABULEK	77
11. SEZNAM PŘÍLOH.....	79
PŘÍLOHY	

Úvod

Téma své bakalářské práce „Využití práce instruktora soběstačnosti na spinální jednotce z pohledu ošetřující personálu a z pohledu pacientů“ jsem si zvolila nejen proto, že pracuji na spinální jednotce, ale i proto že práce mého kolegy, instruktora soběstačnosti s tělesným postižením, není veřejnosti úplně známá a ráda bych poukázala jak je důležitá, jaká přináší pozitiva. I přesto, že on sám díky nepřízní osudu zůstal na vozíku, má sílu jít dál, bojovat, užívat si života a předávat své zkušenosti

Zdravotní postižení znamená závažnou životní situaci. Mezi nejzávažnější zdravotní postižení patří poranění míchy s následným ochrnutím. K poranění často dochází následkem úrazu či v důsledku onemocnění s následnou paraplegií a tetraplegií. Paraplegie nebo tetraplegie představuje nejen fyzické, ale i psychické trauma. Člověku, který byl dosud v plné životní síle, změní zcela dosavadní život.

Léčba a rehabilitace lidí po poškození míchy je velmi náročná. Stejně důležité, jako léčení a rehabilitace včetně cvičení a nácviků soběstačnosti v běžných denních činnostech je, aby pacient zvládl svou novou situaci co nejlépe, jak psychicky tak fyzicky a mohl postupně využít všech svých předpokladů k opětovnému získání samostatnosti a nezávislosti ve svém životě.

V současné době je v České republice velmi dobře fungující systém péče o pacienty s míšním poraněním v prvním roce po zranění. Období od úrazu po rehabilitaci a to od fyzické, psychické až po sociální, vyžaduje péči multidisciplinárního týmu. Tento tým zahrnuje profesi lékařskou, ošetřovatelskou dále profesi fyzioterapeutů, ergoterapeutů, instruktora soběstačnosti a psychologa. Se všemi zaměstnanci se pacient při svém léčení na spinální jednotce setkává.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak vnímá práci instruktora soběstačnosti na spinální jednotce Krajské nemocnice Liberec a.s. ošetřující personál a pacienti.

1 Instruktor soběstačnosti

Obsahem kapitoly je definice slovního obratu instruktor soběstačnosti, vymezení pracovních činností a pracovní zařazení instruktora soběstačnosti na spinální jednotce v Krajské nemocnici Liberec a.s. Dále se věnuje spinálnímu programu v České republice, statistice, neurologickému obrazu míšního poranění a spinální jednotce.

1.1 Definice názvu instruktor soběstačnosti

Definice slovního spojení instruktor soběstačnosti se nevyskytuje v českých, ale ani v zahraničních zdrojích. Při vyhledání významu slov instructor self-sufficiency, instructor self-assessment, assistant self service, triningssistant self service, trining nic nevystihovalo tuto profesi přesně. Z tohoto důvodu jsem přistoupila k rozboru jednotlivých slov a uvádím:

Slovo **instruktor** je definováno v odborném slovníku Lingea (2012, s. 124) jako „*ten kdo předvádí instruktáž; cvičitel, učitel.*“ Základní odpovědností instruktora je učení a vzdělávání, řízení a organizační rozvoj funkce. Instruktor dodává instruktážní obsah a usnadňuje vzdělávací potřeby pro konkrétní skupinu lidí.

Výklad slova **soběstačnost**, podle Vytejškové (2011, s. 7) „*je schopnost člověka uspokojovat své základní životní potřeby. Především vykonávat všední denní potřeby (toaleta, oblékání, stravování).*“

Instruktor soběstačnosti tedy lze podle předchozích vymezení charakterizovat jako učitele obnovy základních denních stereotypů, zlepšení kvality života. Od instruktora soběstačnosti se tedy očekává demonstrace pracovních zkušenosti v oblasti jemu známé, včetně prokázání znalostí, pojmů, postupů a schopnosti aplikace těchto konceptů na pracovišti.

1.2 Vymezení pracovních činností a pracovní zařazení instruktora soběstačnosti na spinální jednotce Krajské nemocnice Liberec a.s.

Instruktor soběstačnosti spinální jednotky Krajské nemocnice Liberec a.s. (dále jen KNL) je pracovně zařazen vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků na pozici zdravotnický pomocný pracovník sanitář.

Náplň práce a rozsah kompetencí sanitář / instruktor soběstačnosti je upřesněn vnitřním dokumentem KNL z roku 2003 následovně:

- skupinové cvičení za asistence terapeuta
- cvičení vsedě na vozíku
- skupinové cvičení na žíněnkách mobilita, stabilita (za asistence) fyzioterapeuta, ergoterapeuta
- jízda zručnosti a nácvik jízdy na vozíku
- hry s cílem zlepšení úchopové funkce ruky tetraplegika
- poradenství v oblasti úprav bydlení, kontakt na firmy dodávající výtahové plošiny
- získávání informací o pacientech, indikace ke spolupráci
- supervize vykonané činnosti zkušeným pracovníkem

Instruktor soběstačnosti je zaměstnán na částečný pracovní úvazek ve výši 0,75. Minimální požadované vzdělání k výkonu práce sanitář / instruktor soběstačnosti je absolvování akreditovaného kursu pro sanitáře a kurs správného sedu, správného výběru vozíku Instruktor soběstačnosti se podílí na poskytování specializované péče pod přímým vedením zdravotnického pracovníka - ergoterapeuta, způsobilého k poskytování péče bez odborného dohledu.

1.3 Spinální program

Poškození míchy Kolář (2009, s. 353) popisuje následovně: *„Poškození míchy je jedním z nejhůře devastujících zdravotních postižení. Jedinci s míšními lézím netrpí jen ztrátou hybnosti či citlivosti na trupu a končetinách, ale rovněž poruchami autonomního nervového*

systemu, tedy poruchou močení, defekace, poruchou sexuálních funkcí a dalšími riziky a možnými komplikacemi.“

Spinální program má v České republice poměrně krátkou historii. Výrazný rozvoj péče o pacienty s míšním poraněním sice nastal ve 20. století, ale až v 90. letech došlo k její úspěšné centralizaci. První spinální jednotka pod vedením prof. MUDr. P. Wendscheho CSc. byla otevřena v roce 1992 při Klinice úrazové chirurgie Brno. Další vznikly v letech 2003 až 2004 ve Fakultní nemocnici s poliklinikou Ostrava, další při Traumatologicko-ortopedickém centru Krajské nemocnice Liberec a.s. a poslední při Klinice rehabilitace a tělovýchovného lékařství UK 2. LF ve Fakultní nemocnici Praha Motol.(Kolář a kol., 2009)

1.3.1 Etiologie a statistika pacientů s míšními lézemi

Statistika pacientů spinálních jednotek Brno, Ostrava, Praha a Liberec je dostupná z roku 2011. Podle této statistiky bylo hospitalizováno celkem 318 pacientů s míšními lézemi. Z toho 227 mužů, 93 žen. V průměrném věku 48,38 let. Výška léze C (krční) byla shledána u 137 (44 %) pacientů, Th (hrudní) u 120 (39 %) pacientů a L (bederní) u 51 (17 %) pacientů. V etiologii poškození míchy převládaly úrazové mechanismy. Příčinou úrazu bylo: pád u 103 případů, auto/moto 51, sport 27, voda 12 a jiné trauma 17 případů. Další skupinu míšních poškození tvoří neúrazové míšní léze, a to cévní myelopatie 22 případů, záněty 15 a nádory 49 případů. AIS (ASIA – American Spinal Injury Association) je speciální vyšetření, které se používá k hodnocení neurologického obrazu pacienta. Ve statistice je uvedeno vyhodnocení následovně: A 75, B 32, C 95, D 43 případů. Statistickou tabulku uvádím v příloze 1.

(http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/statistiky/pocet_pacientu_sj11.pdf)

1.3.2 Neurologický obraz

Klinický obraz míšní léze, je určen transversálním rozsahem a výškou lokalizace patologického procesu. Z pohledu funkce jednotlivých anatomických struktur vznikají motorické, senzitivní a autonomní dysfunkce. Míšní léze může být lokalizovaná do určité oblasti, kde postihuje buď část, nebo celý míšní průřez. Částečné poškození se označuje jako inkompletní transversální míšní léze se zachováním částečného pohybu. Celé postižení

míšního průřezu označujeme jako kompletní transversální míšní lézi s odpovídajícím neurologickým obrazem. V neurologickém průběhu nastává bezprostředně po vzniku míšní léze období míšního šoku, který trvá nejčastěji okolo 6 týdnů. V tomto období pozorujeme u pacienta úplnou atonii, anestezii a areflexii. Po odeznění se může obnovit jak citlivost, tak hybnost. (Wendsche , 2006)

„K hodnocení neurologického obrazu se používají vyšetření podle ASIA (American Spinal Injury Association) protokolu. Vyšetření umožňuje stanovit úroveň míšní léze a její rozsah“ jak popisuje Kolář (2009, s. 352).

Ze základních pojmů poškození míchy, uvádí Wendsche (2006, s. 9) *následující: „Paréza je částečná ztráta hybnosti. Plegie je úplná ztráta hybnosti. Paraparéza, paraplegie vzniká distálně od segmentu Th2. Tetraparéza, tetraplegie při lézi nad segmentem Th1. Pentaplegie je postižení segmentu nad C4, včetně ochrnutí končetin a bránice. Spasticita je definovaná jako forma hypertonie.“*

Faltýnková rozděljuje tetraplegii do 4 stupňů podle výšky poškozeného segmentu, poruch funkce trupových svalů a aktivního pohybu. *Stupeň 1 (C1-C3, C4, C4/5)*, pacient je závislý na asistenci druhé osoby. Při dechových potížích je nutnost plicní podpory, pacient nezvládne sed bez opory. *Stupeň 2 (C5/6)*. Závislost pacienta na asistenci je i zde poměrně značná. Pacient je již schopen sedu o natažené loketní klouby, ale je nutný dohled asistenta. Funkční úchop ruky, s pomocí kompenzačních pomůcek, může pacient vycvičit. *Stupeň 3 (C6,C6/7)*, pacient je schopen sedět opřený o natažené paže. Dohled další osoby při cvičení je nutný z důvodu zajištění bezpečnosti. Vycvičení aktivního funkčního úchopu ruky je možné. *Stupeň 4 (C7, C7/8)*, tento pacient je schopný sedět i bez opory paží, umí se předklonit, má plnou hybnost loketního kloubu, zápěstí a může mít zachovanou různou kvalitu úchopové funkce ruky. (Faltýnková, 2012)

Faltýnková (2011, s. 31) prezentuje tabulku cílů funkční nezávislosti pacientů. V tabulce uvádí podrobný popis aktivit u pacienta s míšním poraněním podle výšky poraněného segmentu. S následným uvedením nácviku v oblasti ergoterapie, vhodnosti a účelnosti asistence, zvládnutí mobility, mobility na lůžku, zvládnutí přesunů, chůze a možnosti komunikace s /bez použití kompenzačních pomůcek

Tabulku jsem zařadila do přílohy 2

1.3.4 Fáze míšního poškození

Při poškození míchy rozlišujeme několik fází z hlediska léčení. Podle Metodického opatření MZ ČR z 18. 6. 2002 jsou období rozdělena následovně:

- Stádium 1a. Období akutní je těsně po úraze (1. až 2. týden od vzniku míšní léze). Zahrnuje operační řešení, především dekompresi míchy a léčení dalších poranění.
- Stádium 1b je subakutní období, **fáze hospitalizace na spinální jednotce**. Období trvá od 2. do 12. týdne od vzniku míšní léze.
- Stádium 2 je stádium chronické fáze. Pacient by měl být hospitalizován na spinální rehabilitační jednotce v Rehabilitačním ústavu (dále RÚ) Luže – Košumberk, RÚ Kladruby nebo RÚ Hrabyně.
- Stádium 3 je označovaná pozdní dobou, kdy pacienti potřebují péči na spinální jednotce pro vzniklé komplikace či akutní stavy.

Cílem spinálního programu je zamezení poruch funkce míchy po úrazech a onemocnění páteře, dále prevence komplikací po poranění míchy optimální ošetrovatelskou péčí, zajištění resociace postiženého optimální ambulantní péčí a organizovanou pomocí v rodinném a společenském životě. Současně je nutná spolupráce s nemedicínskými institucemi a organizacemi zabývajícími se problémy para a tetraplegiků. Cílem spinálního programu je také sledovat epidemiologii, incidenci a prevalenci výskytu onemocnění a úrazů míchy a stanovit prognózu přežití, komplikací, sociální reintegrace, zaměstnání.

<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=6127&typ=application/msword&nazev=7+-+Dokument+235317.doc>

1.3.5 Spinální jednotka

„Spinální jednotka je specializované pracoviště, které zajišťuje léčebnou, rehabilitační a ošetrovatelskou péči a o pacienty s míšní lézí“ jak uvádí Kolář et al. (2009, s. 353). Spinální jednotka v Liberci vznikla jako druhá lůžková stanice při Traumatologicko ortopedickém centru. Její spádová oblast pokrývá území Ústeckého, Libereckého, Královohradeckého a Pardubického kraje. O pacienty se stará tým složený ze 3 lékařů, 12 zdravotních sester, 6 ošetrovatelek, 2 sanitářů, 5 fyzioterapeutů, 2 ergoterapeutů, instruktora

soběstačnosti, respiračního terapeuta, psychologa. Jednotka disponuje 15 lůžky na osmi pokojích. Sedm pokojů je dvoulůžkových, jeden jednolůžkový. Jednotka je vybavena moderními přístroji a technickým zázemím.

Lékařská péče je zaměřena na vhodnou medikaci, prevenci a léčbu časných komplikací, nastavení režimu vyprazdňování moče a stolice

Ošetrovatelství se zaměřuje na uspokojování základních životních potřeb. Důležitou součástí péče je prevence vzniku dekubitů, plicních komplikací, urologických infekcí

V rehabilitaci, jak uvádí Kolář (2009, s. 355) „převažuje *fyzioterapie a ergoterapie*.“ Určení způsobu rehabilitace na spinální jednotce KNL provádí rehabilitační lékař, který vykonává vizitu u pacientů spinální jednotky 2x týdně. Podle zdravotního stavu a úrovně míšní léze je vymezena pacientovi zátěž. Na základě předepsaných ordinací, tým fyzioterapeutů a ergoterapeutů spinální jednotky organizuje rehabilitační péči o pacienta. Rehabilitace probíhá na SJ KNL 6 dní v týdnu, od pondělí do soboty. Individuální fyzioterapie, cvičení na přístrojích (motomed, vertikalizační stůl) a ergoterapie 2x denně. Léčebná rehabilitace probíhá u pacientů podle předem rozepsaného harmonogramu. Pacient cvičí na lůžku a na tělocvičně spinální jednotky. Tělocvičny jsou dvě a jsou vybaveny potřebnými pomůckami. Výškově nastavitelná lehátka pro trénink například přesunů. Pomůcky k tréninku jemné motoriky, hrubé motoriky. K procvičování dolních končetin a horních končetin se používá také přístroj s názvem motomed. Jeden stabilní motomed je umístěn na chodbě SJ KNL, druhý je mobilní a je převážen k lůžku pacienta díky transportním kolečkům. Trénink jízdy na vozíku, včetně překonávání překážek probíhá na chodbě oddělení spinální jednotky. Kuchyňka tréninková, která je využívána při rehabilitaci k nácviku IADL je umístěna na oddělení ambulantní rehabilitace. A pacienti jsou za účelem nácviku vaření přemísťovány do těchto prostor

2 Zaměření činnosti instruktora soběstačnosti ve spolupráci s ergoterapeutem

Obsahem této kapitoly je spolupráce instruktora soběstačnosti s ergoterapeutem. Dále kapitola obsahuje definici ergoterapie a podrobný popis vybraných prvků ergoterapie, které používá instruktor soběstačnosti při práci s pacienty. Následuje poradenství a spolupráce s dobrovolnickým centrem Dobromysl.

2.1 Spolupráce instruktora soběstačnosti s ergoterapeutem

Na spinální jednotce se instruktor soběstačnosti setkává s pacienty s různou výškou poškozeného míšního segmentu. Cílem práce instruktora soběstačnosti ve spolupráci s ergoterapeutkou, je podle individuálních možností pacienta určit způsob, jak dosáhne vytyčených cílů a naučit postup daných činností. Spolupráce obou členů týmu je pro všechny zúčastněné velice přínosná. Jak pro samotného instruktora, tak i pro ergoterapeuty a v neposlední řadě pro pacienta. Instruktora tato spolupráce obohacuje o nové „odborné“ znalosti a vědomosti. Ergoterapeut získává stále nové a nové vědomosti a zkušenosti z praktického života a fungování člověka na vozíku, které uplatní ve svém profesním životě, osvojuje si další možnosti („figle a vychytávky“), které jsou těmto lidem naprosto vlastní, a které my „zdraví“ lidé nejsme schopni nikdy zcela pochopit.

Po onemocnění či úraze se často pacient dostává do situací, jak popisuje Krivošíková (2011, s. 23) *„kdy mu nemoc omezí schopnost být nezávislý ve svém běžném životě. Pacient má problém provádět některé každodenní činnosti. Jedná se o denní všední činnosti například provedení osobní hygieny, najedení se, oblékání, přesunutí se. Všechny tyto činnosti se najednou stávají pro pacienta velmi obtížně proveditelné. Člověk se znovu musí naučit nové způsoby, jak provést tyto aktivity.“*

2.2 Ergoterapie

Ergoterapie, pomáhá lidem ve vykonávání každodenních činností tím, že je do těchto činností zapojí, a to i přes jejich postižení. Tyto činnosti by měly být pro tyto lidi smysluplné nebo by jejich provádění měli považovat za důležité. Česká asociace ergoterapeutů (2008) uvádí následující definici: *„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí.“*

Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.“

Činnost v ergoterapii, jak popisuje Krivošíková (2011, s. 23) „*může mít různý cíl a různé odůvodnění.*“ Podle typu používaných činností se dá ergoterapie rozdělit do pěti oblastí. Na oblast se zaměřením na nácvik denních všedních činností (ADL), na nácvik pracovních činností. Dalšími oblastmi je terapie zaměstnáváním, terapie funkční a poslední oblast je zaměřená na poradenství.

Na spinální jednotce KNL se instruktor soběstačnosti ve spolupráci s ergoterapeutem zaměřuje především na oblast nácviku denních všedních činností a na poradenství. Ostatních oblastí, se kterými jsou nácvik pracovních činností, zaměstnávání a funkční ergoterapie se okrajově dotýká.

Oblast působení ergoterapeutů je široká, setkáme se s ní jak ve zdravotnictví, tak v sociálních službách. Ergoterapie jednotlivých oborů například v pediatrii, geriatrii, u psychiatrických a neurologických pacientů má svá specifika a vyžaduje specializaci ergoterapeuta. (Kolář, 2009)

Zahraniční studie, autorů Foy et al. (2011), byla zaměřená na zjišťování doby strávené ergoterapií u pacienta s poraněním míchy. Studie se zúčastnilo 600 pacientů v prvním roce po míšním poranění. Cílem práce bylo popsat oblasti ergoterapie, které se používají v šesti léčebných centech a kvalifikovat čas stráveného u pacienta s míšním poraněním. Čas a počet sezení ergoterapie bylo zaznamenáváno. Z výsledků vyplynulo, že pacient se spinálním poraněním strávil s ergoterapeutem 52 hodin v průběhu svého léčení (ve studii je uváděná doba léčení 5týdnů). Významné rozdíly byly zaznamenány v čase, a v oblastech ergoterapie. Nejvíce času, věnovaného pacientovi, bylo shledáno v oblasti tréninku aktivit denních činností (ADL) dále v tréninku posilování, protahování a tréninku vytrvalosti. Z výzkumu vyplývá, že je ergoterapie důležitou a časově složkou procesu rehabilitace pacientů po míšním poranění.

2.3 Ergoterapeutický proces

Jak již bylo uvedeno, instruktor soběstačnosti úzce spolupracuje s ergoterapeutem. Společně se podílejí na ergoterapeutickém procesu. Jednotlivé kroky ergoterapeutického procesu, začínají *hodnocím*. Ergoterapeut provede odběr anamnézy a kineziologické celkové vyšetření (držení těla, držení ruky, trofika, vyšetření cití, vyšetření svalového tonu, vyšetření hybnosti a svalové síly horních a případně dolních končetin, vyšetření páteře, funkční zhodnocení ruky, vyšetření úchopů, dominance ruky). Na základě zjištěných okolností společně ergoterapeut a instruktor soběstačnosti vytvoří *plánování*. Plán krátkodobých a dlouhodobých cílů u konkrétního pacienta. Plán je individuální. Výsledky těchto hodnocení tvoří základ jejich *terapeutického programu*, kdy se realizuje stanovený plán. Plán vyžaduje holistický přístup k pacientovi a spolupráci ostatních členů týmu, včetně zapojení rodiny. Posledním krokem je *vedení dokumentace*. (Kolář, 2009)

Na základě ergoterapeutického procesu vykonává instruktor soběstačnosti na spinální jednotce KNL pouze vybrané prvky ergoterapie.

Krivošíková popisuje (2009, s. 24) „*rozdělení oblasti každodenních činností na nácvik denních všedních činností (ADL) a instrumentální neboli rozšířené denní všední činnosti (IADL)*“. V následujících kapitolách je uveden popis jednotlivých činností, které vykonává instruktor soběstačnosti pod dohledem ergoterapeuta. Jedná se pouze o vybrané prvky ergoterapie.

2.4 Prvky ergoterapie v práci instruktora soběstačnosti

Obsahem následující kapitoly je popis **prvků** ergoterapie prováděných instruktorem soběstačnosti na spinální jednotce KNL.

2.4.1 Oblast nácviku denních všedních činností (ADL).

Dle Jelínkové (2009, s. 148) „*se jedná se o činnosti týkající se nácviku denních všedních činností (ADL z angličtiny Activities of Daily Living). Běžné denní činnosti lze vysvětlit tím, že jedná o aktivity se zaměřením na péči o vlastní osobu. Jsou to aktivity prováděné samostatně,*

pravidelně, automaticky. A jsou součástí individuálních návyků jedince a vztahují se k věku, pohlaví a období dne. Tyto aktivity jsou nezbytné pro udržení zdraví. Činnosti ADL je nutné začít nacvičovat co nejdříve, protože rozvíjí soběstačnost a tím přispívají ke zvýšení sebevědomí pacienta. Aktivity denních všedních činností se dají rozdělit na jednotlivé položky“:

- *stravování*: sebesycení, pití z hrnku, sklenice, používat příbor, zvládnout jedení jednou rukou
- *osobní hygiena*: vyčistit si zuby, učesat se, upravit vlasy, oholit se, nalíčit, upravit si nehty, použití deodorantu.
- *koupání* horní část těla: obličej, ruce, paže, trup; dolní část těla: hýždě, horní a dolní část nohou, chodidla
- *oblékání, svlékání*: horní části těla: zvládnutí zapínání, oblékání jednotlivých částí oblečení, oblékání spodního prádla, kompenzačních pomůcek (často bederní pás), nasazení brýlí, naslouchátek; dolní části těla: spodní prádlo, kalhoty, sukně, boty, ortézy, kompresivní punčochy
- *použití WC*: zvládnutí přesunu na WC, svléknutí, ovládnutí techniky močení (ČIAK), vyměšování, očištění po hygieně,
- *péče o osobní pomůcky*: příprava pomůcek osobní péče, inkontinentních pomůcek.

Ve výše uvedeném přehledu jsou popsány pouze aktivity, které se týkají náplně práce instruktora soběstačnosti na spinální jednotce. Instruktor se podílí především na praktické demonstraci činností nutných k vlastní soběstačnosti pacienta. Tyto demonstrace instruktor provádí pod dohledem ergoterapeuta. Fotodokumentace nácviku oblékání pacienta pod dohledem instruktora soběstačnosti je k nahlédnutí v příloze 3.

Významu sebepéče u osob s poškozením krční míchy se zabývala studie v Japonsku (2013). Odborníci IDE-OKOCHI, A., E. TADAKA a K. FUJIMURA se domnívali, že příčinou pasivní účasti v sebepéči je u pacientů tetraplegiků, právě poranění krční míchy. Vycházeli z poznatku, že význam péče o vlastní osobu zahrnuje další rysy, které se odvíjí od sociokulturních faktorů. Cílem studie bylo odhalit vlastní postoj pacientů s lézí krční míchy v péči o vlastní osobu a zároveň zjistit vliv sociokulturního omezení. Metodou výzkumu byl

polostrukturovaný rozhovor s 29 pacienty z různých oblastí Japonska, tím respondenti přispěli odlišnými pohledy na rehabilitaci a rodinné vztahy. Zjišťovaná data se týkaly oblasti rehabilitace, především nezávislosti pacientů v každodenních činnostech (ADL). Z pohledu účastníků bylo zjištěno, že rehabilitační programy v Japonsku jsou zaměřeny na zlepšení tělesných funkcí pomocí ergoterapie, ale poskytují jen málo výchovy ke zdraví. Tyto zjištěné faktory, podle závěrů autorů, mohou bránit tetraplegikům v posilování sebevědomí vzhledem k jejich postižení. Ze šetření vyplynulo, že respondenti zahrnovali do péče o svou osobu hlavně rodinu, na kterou přesunuly odpovědnost, a velmi se tyto osoby spoléhaly. Díky účasti ve studii, tetraplegici zjistili, že sebepéče je nejen prostředkem nezávislosti v každodenních činnostech, ale i prostředkem k vlastní odpovědnosti na zlepšení zdraví a pohody. Ze studie vyplynulo, že nejen osobní faktory, ale také sociálně-kulturní faktory mají vliv na vykonávání sebe péče a tréninku ADL. V závěru studie autoři poukazují na nutnost dalšího výzkumu, aby bylo možné lépe porozumět, sociokulturní vlivů na nemoc a chování u výše zmíněných osob.

2.4.2 Oblast nácviku instrumentálních denních všedních činností (IADL)

K denním všedním činnostem, jak již bylo uvedeno, se řadí činnosti instrumentální (IADL). Jak uvádí Jelínková (2009, s. 151) „*instrumentální denní činnosti jsou komplexnější úkony a aktivity, které jedinec vykonává za účelem zajištění vlastní domácnosti a života ve společnosti. Výkon těchto aktivit velmi ovlivňuje motivace, osobní žebříček hodnot, životní styl konkrétní osoby. Při nácviku činností je proto nutné vycházet z toho, zda je v zájmu pacienta určité aktivity vykonávat a v jakém rozsahu. Úspěšné provedení těchto aktivit vyžaduje nejen fyzické, ale i psychické dovednosti.*“

Instruktor soběstačnosti při nácviku praktických dovedností, vychází ze svých praktických zkušeností. Zkušenosti a poznatky předává pacientům během praktické demonstrace úkonů. V následujícím odstavci popisují pouze aktivity spojené s náplní práce instruktora soběstačnosti na spinální jednotce KNL.

- *příprava stravy*: příprava studeného jídla, příprava teplého jídla včetně použití nádobí, kuchyňských nástrojů, použití trouby, sporáku nakupování potravin, oblečení, potřeb každodenního života, manipulace s penězi

- *telefonování*: použití telefonního přístroje, vytočení čísla, vyřízení a přijetí sdělení
- *práce s počítačem*: zapnutí, vyhledání potřebných dat, ovládání techniky
- *transport*: přesun do auta, zhodnocení cesty, použití městské hromadné dopravy, dopravních prostředků.

K dosažení maximální soběstačnosti v osobní a instrumentální ADL je možnost použití různých kompenzačních pomůcek. Při nácviku ADL a IADL jak popisuje Krivošíková (2011, s. 25) „využívá ergoterapeut metodu stupňování náročnosti činností.“

Tuto metodu používá i instruktor soběstačnosti na spinální jednotky. Fotodokumentace z nácviku přesunu do auta v příloze 4.

2.4.3 Prvky ergoterapie v nácviku mobility

Další důležitou oblastí ergoterapie je nácvik funkční mobility. Instruktor soběstačnosti je schopen naučit pacienta prvky mobility, což znamená, že se pacient učí ovládat své tělo s využitím všech zachovalých funkcí. To je základem veškerého fungování na vozíku a předpokladem pro co největší samostatnost a soběstačnost pacienta. Funkční mobilitou se rozumí pohyblivost na lůžku, to znamená změny poloh v lůžku, otáčení se na boky, posazení na lůžku a přesuny. Přesuny přesun z lůžka na vozík a zpět, přesun země/vozík, přesun do/z auta, přesun na WC, koupací vozík, na sprchovou sedačku. Dalším prvkem ergoterapie je nácvik jízdy na vozíku v interiéru a v exteriéru. Důležitý je trénink odlehčovacích technik na vozíku. Jedná se o metodu odlehčení tlaku při sezení na vozíku. Odlehčovací techniky se provádějí různým způsobem. A slouží k prevenci vzniku dekubitů v rizikových oblastech, vystavených dlouhodobému tlaku.

- **Trénink otáčení**

Při tréninku mobility na lůžku se trénuje s využitím pevných podpor (postranice postele, poutko na boku lůžka, kolo vozíku) nebo samostatně. Trénink „otočení na lůžku ze zad na bok“ je popisován následně: asistent překříží pacientovi levou dolní končetinu přes pravou dolní končetinu, pacient natáhne obě horní končetiny na levou stranu. Přetočí se švihem. Právě sílu švihu, a různé další pomocné techniky k zjednodušení tréninku jsou v plné kompetenci instruktora soběstačnosti. Po zvládnutí švihu oběma HK asistent dopomůže

s přetočením pánve. V tutéž dobu pacient zvedne a otočí hlavu doprava. Tento postup se trénuje i na pravou stranu. Dalším tréninkem otáčení je trénink otočení na lůžku ze zad na bok za pomoci pevného bodu. Pacient otáčení trénuje otáčení postupně i bez překřížených dolních končetin. Účast instruktora soběstačnosti u pacienta spočívá ve vysvětlení postup otočení na lůžku, názorné ukázce a postupném tréninku.

- **Trénink posazování**

Ke zvládnutí samostatného posazení, podle Faltýnkové (2004, s. 42) „*vyžaduje hodně trpělivosti a důsledný trénink.*“ Návčik sedu z lehu může probíhat dvěma způsoby. Prvním je způsob překulení se na bok a postup je následující: pacient se otočí na levou stranu přehozením pravé ruky přes tělo, otáčí se za paži na levý bok tak, aby byly oba lokty na lůžku. Na loktech se pomalu posouvá směrem k dolním končetinám, dokud nebude tělo svírat pravý úhel s končetinami. Poté pacient vsune pravé předloktí pod pravé stehno a dostane se do sedu přitahováním se pravou paží a překulí se přes hýždě do sedu. (Faltýnková, 2004). Fotodokumentace tréninku posazování typu „překulení“ v příloze 5.

Druhý způsob posazení, je posazení skrz pokrčené lokty a je následující. Pacient zasune obě zápěstí pod hýždě, hlavu a ramena tlačí dopředu, povytahuje zápěstí, dokud neohne lokty. Poté přenáší váhu ze strany na stranu, až vysune lokty dozadu pod ramena. Drží váhu na levém lokti a přenese pravou paži přes tělo na levou stranu. Pak švihem zapaží pravou paži za tělo a vyrovná stabilitu oporou o dlaň. Pacient přenese váhu na pravou paži, vyrovná balanc a přenese levou paži před tělo. Následně levou paži zapaží a natáhne ji dlaní dolů. Pak už naklání hlavu a ramena dopředu a pomalu ručkuje vpřed, dokud nebude sedět vzpřímeně. (Faltýnková, 2004).

Fotodokumentace z tréninku tohoto typu posazení v příloze 6.

Instruktor soběstačnosti trénuje s pacienty, kteří potřebují buď malou pomoc, nebo s pacienty ve spolupráci s asistentem. Pacientovi vysvětlí postup provedení cviků, včetně demonstrace. Dohlíží na důsledně provedený postup a opravuje chyby.

- **Přesuny**

Jak popisuje Faltýnková (2012, s. 43) „*správné zvládnutí přesunu je náročné jak pro pacienta, tak i asistenta. Získat schopnosti a osvojit si dovednosti nezbytné k přesunu,*

znamená otevřít odrazový můstek pro návrat k aktivnímu a plnohodnotnému životu každého vozíčkáře.“ Metod přesunů, především z lůžka do vozíku a zpět je mnoho. Jakou metodu si zvolí instruktor soběstačnosti s ergoterapeutem, závisí na různých faktorech. Mezi faktory, které je nutné zvážit, patří zdravotní stav pacienta, fyzická kondice, schopnost opory o horní končetiny, tělesná výška, psychický stav. Dále také fyzické možnosti asistentů a zvolení vhodných kompenzačních pomůcek (například skluzná deska). Před nácvikem přesunů je nutné zohlednit výběr vozíku a jeho příslušenství včetně výběru sedací ho polštáře.

Pacienti se dají rozdělit do skupin podle závislosti na asistenci. Na skupinu pacientů plně závislých na asistenci, částečně závislých na asistenci a poslední skupinou jsou pacienti schopni samostatného přesunu. Přesuny se rozdělují na přesuny horizontální, vertikální a aktivní, pasivní. Dále na přesuny bez asistence, přesuny s asistencí a na přesuny s/bez kompenzační pomůcky. Vlastní přesun probíhá v jednotlivých krocích. Začíná posunem pacienta k okraji lůžka, manipulace s dolními končetinami, dalším krokem je posazení s nohama na lůžku či rovnou přes okraj lůžka, důležitá je stabilizace sedu, a následuje vlastní přesun. Po přesunutí pánve do vozíku následuje urovnání dolních končetin na stupače vozíku. (Faltýnková, 2011)

Instruktor soběstačnosti se věnuje tréninku pouze následujícímu typu přesunů. **U skupiny pacientů částečně závislých na asistenci** se jedná o horizontální přesuny asistované. Zejména přesun boční z lůžka na vozík a zpět; boční přesun z vozíku na WC sprchovou sedačku. Dále se instruktor soběstačnosti věnuje vertikálním přesunům. Jedná se o přesun na zem s jedním asistentem. **U skupiny pacientů schopných samostatného přesunu** se jedná o horizontální přesun. A to boční přesun z lůžka na vozík a zpět; a boční přesun z vozíku na WC, sprchovou sedačku, do auta. U vertikálního typu přesunu může instruktor edukovat pacienta ohledně samostatného přesunu ze země na vozík a přesun s jedním asistentem na zem. Znalost techniky může pomoci v nouzové situaci například při pádu z vozíku. Instruktor soběstačnosti vysvětluje, učí, radí a hlavně názorně ukazuje správné techniky a stereotypy při uvedených přesunech.

Trénink mobility je popsán v teoretické části bakalářské práce Pešková s názvem Ergoterapie u klientů s míšni lézí (tetraplegie) – Stabilita sedu a přesuny. Pešková (2008, s. 51) v závěru své práce uvádí: „*Touto prací jsem chtěla poukázat na často opomíjenou důležitost tréninku balance a zajištění stabilního sedu v ergoterapii u tetraplegiků. Je to*

schopnost, která významně ovlivňuje nácvik ADL. Jako prvek ADL jsme vyzdvihla přesuny, jejichž zvládnutí je v životě vozíčkáře významným krokem k soběstačnosti.“

- **Trénink jízdy na vozíku**

Lidé po poranění míchy, jak uvádí Faltýnková (2011, s. 25) „tráví většinu svého času na vozíku. Důležitá je správná pozice sedu na vozíku. Vzpřímený a symetrický sed zajišťuje prevenci deformit, prevenci dekubitů, zvyšování tolerance sedu, posílení respiračních funkcí. Správné nastavení sedu na vozíku by mělo poskytovat oporu, stabilitu a nenarušovat funkčnost a mobilitu uživatele vozíku.“

Instruktor soběstačnosti umí posoudit správný výběr vozíku a polohování sedu. Včetně správného nastavení vozíku pro konkrétního uživatele. Instruktor soběstačnosti učí pacienty správný stereotyp jízdy na vozíku jak v interiéru tak exteriéru. Po zvládnutí základní ovladatelnosti vozíku pacientem začíná trénink jízdy v interiéru. Trénuje se jízda vpřed a zatáčení a couvání. Důležité je poučení pacienta, instruktorem soběstačnosti, ohledně prevence převrácení se z vozíku vzad. V interiéru se trénuje také jízda na zadních hnacích kolech, výdrž na zadních kolech s cílem překonání strachu z pádu. V exteriéru, instruktor soběstačnosti učí pacienty jízdu na různém typu povrchu (na trávě, asfaltu, kamínkách). Instruktor soběstačnosti uděluje cenné rady při překonávání překážek, jako je nerovnost terénu, přejíždění obrubníků, jízda ze svahu a do svahu. Fotodokumentace jízdy na vozíku uvádím v příloze 7.

2.5 Poradenství v práci instruktora soběstačnosti

Krivošíková (2011, s. 29) uvádí definici, která zní: „*Poradenství se dá chápat jako poskytování informací o různých službách a možnostech, na které má jedinec právo*“.

Instruktor soběstačnosti spinální jednotky KNL poskytuje poradenství v níže uvedených oblastech:

- **Výběr kompenzačních pomůcek**

Instruktor soběstačnosti absolvoval kurs správného výběru vozíku a správného sedu na mechanickém vozíku. Umí z teoretických vědomostí, ale také z vlastních zkušeností

posoudit vhodný výběr vozíku. Vozík je velmi důležitou kompenzační pomůckou a podstatný je jeho správný výběr.

Výběr vozíku a jeho doplňků se odvíjí od rozsahu poškození pohybových funkcí pacienta a období vývoje po míšním poranění. Základními parametry pro výběr vozíku jsou: šíře a hloubka sedáku, zádová opěrka, vidlice předních koleček, velikost velkých kol, šířka obručí, sklon osy hnacích kol, celková délka a šířka vozíku. Nezbytným doplňkem vozíku je sedací polštář - podsedák. Sedací polštáře poskytují oporu pánvi a stehnům, mají antidekubitní účinky. Podsedáky jsou anatomicky tvarovány a existují různé druhy (pěnové, gelové, vzduchové, kombinované). (Faltýnková, 2012)

- **Bezbariérová úprava bydlení**

Přípravit domácí prostředí pro člověka na vozíku, patří bezesporu k důležitým úkolům rodiny. Je výhodné, když se instruktor soběstačnosti, během pobytu pacienta na SJ setká s rodinou pacienta nebo příbuznými. Instruktor soběstačnosti dokáže poradit s bezbariérovým uspořádáním bydlení. Pokud má rodina zájem, zhodnotí stávající bydlení a navrhne možnosti úprav a výběr vhodných kompenzačních pomůcek pro manipulaci s pacientem v domácnosti. Celkově osvětlí péči o osobu na vozíku.

Architektonickým bariérám v životě handicapovaných klientů se věnuje v absolventské práci Petrová (2006). Autorka popisuje problematiku architektonických bariér, se kterými se mohou handicapovaní lidé ve svém okolí potkat. Jedná se především o bariéry ve vztahu k bydlení, bariéry veřejných budov, v městském prostředí. Poukazuje na důležitost bezbariérovosti v oblasti bydlení pro vlastní samostatnost klienta.

- **Kontakt na nadace, organizace**

Instruktor soběstačnosti radí pacientům v i sociální oblasti. Dotazy pacientů se často týkají oblasti finanční pomoci, především je zájem o informace o kartách mimořádných výhod (ZTP/P), dále i v oblasti nároků na různé příspěvky. Instruktor poskytuje kontakt na různé distributory kompenzačních pomůcek. Předává informace o nadacích přispívajících například na nákup invalidních vozíků. Seznamuje pacienty s organizacemi, které svoji činnost směřují na klienty s míšním poraněním.

2.6 Spolupráce instruktora soběstačnosti s dobrovolnickým centrem

Instruktor soběstačnosti úzce spolupracuje s dobrovolnickým centrem Dobromysl. Intranet KNL uvádí: „*Dobrovolnické centrum Dobromysl Krajské nemocnice Liberec a.s. sdružuje obyčejné lidi, kteří věnují svou energii, čas, dovednosti a vědomosti ve prospěch pacientů*“. (<http://www.nemlib.cz/web/index.php?m=296>)

Instruktor soběstačnosti působí jako koordinátor dobrovolníků na spinální jednotce Krajské nemocnice Liberec a.s. a podílí se na školení dobrovolníků v oblasti praktického výcviku přepravy autem a jízdy vozíku v mimo nemocničním prostředí. Ve spolupráci s dobrovolníky organizují společně různé aktivity na spinální jednotce. Mezi nejoblíbenější činnosti mezi pacienty patří stolní hry, házení šipek. Dobrovolníci s pacienty se často vydávají na výlety do okolí města Liberce (do Zoo, botanické zahrady, k přehradě). Instruktor soběstačnosti organizuje zájezdy. Zámecký park Sychrov, Babiččino údolí v Ratibořicích, zatopený lom v Görlitz patří mezi oblíbené lokality. Pacienti získávají vlastní zkušenost, že úrazem život nekončí, ale pokračuje, byť odlišný od toho dosavadního. Pacienti se účastní výletů, či zájezdů podle zdravotního stavu a důležitý je souhlas a svolení vedoucího lékaře spinální jednotky. Za pacienty upoutaným na lůžku, chodí dobrovolníci vyplňovat jejich volný čas přímo k lůžku četbou, hraním deskových her, luštěním křížovek, kvízů. Fotodokumentaci z výletů lze nalézt v příloze 8, leták Dobromysl v příloze 9.

2.7 Instruktor soběstačnosti v České republice

Následující kapitola se věnuje vzniku pracovního místa pro instruktora soběstačnosti v České republice v Centru Paraple. Dále se věnuje vývoji pracovního místa a profilu instruktora soběstačnosti na spinální jednotce KNL.

2.7.1 První instruktor soběstačnosti v České republice

Pracovní místo pro prvního instruktora soběstačnosti vzniklo již v roce 1994 v Centru Paraple. Jednalo se o pracovní zařazení člověka tělesně postiženého následkem úrazu. On sám se podílel na organizaci ambulantní rehabilitace, organizoval sociálně-rehabilitačních

a sportovních kurzů, přispěl ke vzniku a rozvoji Centra Paraple. V Centru Paraple spoluvytvářel metodiku nácviků sebeobsluhy. Pět let byl členem předsednictva Svazu paraplegiků, které Centrum Paraple založilo a řídilo. Centrum Paraple je obecně prospěšná společnost, která pomáhá lidem ochrnutým po poškození míchy následkem úrazu nebo onemocnění v průběhu života a jejich rodinám překonat těžkou životní situaci a najít cestu dál. I v dnešní době se člověk na vozíku stále potýká s množstvím nejrůznějších bariér. Některé překoná sám, často je ale odkázán na pomoc lidí kolem sebe. Centrum Paraple usiluje o to, abychom vnímali vozíčkáře jako rovnoprávné členy společnosti a pomáhali jim toto právo uplatnit. (<http://www.paraple.cz/o-nas.html>)

2.7.2 Vývoj pracovní pozice a profil instruktora soběstačnosti na SJ KNL Liberec

Inspiraci z centra Paraple si vzala spinální jednotka liberecké nemocnice. Na základě podkladů, informací a zkušeností Centra Paraple, vzniklo pracovní místa instruktora soběstačnosti k datu 1. 9. 2003 na spinální jednotce Krajské nemocnice Liberec a.s. Jaká byla posloupnost událostí, vedoucí ke vzniku pracovní pozice instruktor soběstačnosti, jsem zjišťovala při rozhovoru s instruktorem soběstačnosti SJ KNL.

Osudové datum 19. 9. 1999. Je dnem těžké autonehody sedmnáctiletého mladého muže. Šlo o těžký úraz zlomeninu krční páteře, který muže ohrožoval na životě. Několikaměsíční hospitalizace na odděleních ARO, následně na traumatologii byla teprve začátkem jeho dlouhé cesty. V rehabilitaci pokračoval v Rehabilitačním ústavu Luže Košumberk u Chrudimi. Časem zjistil, že nikdy nebude již pořádně chodit, rezignoval, začal si užívat života po svém. Pomalu si ale uvědomoval, že tímto způsobem nelze žít a začal na sobě pracovat. Aktivitu směřoval jiným směrem a to směrem sportovním. Začal hrát stolní tenis, hlavně proto, aby z nudy nezačal dělat zase hlouposti, jak sám o sobě říká. V té době se již začal zabývat otázkou, co dál, kam směřovat, jak se vypořádat s novou životní etapou. Měl i obavy jak se na něj budou dívat lidé z blízkého okolí. Poohlížel se po vhodném zaměstnání. V této době se, ale objevily zdravotní potíže, které bylo nutné řešit na odborném pracovišti. A se stal pacientem právě na spinální jednotce v Liberci. Seznamoval se s ostatními pacienty, kteří byli bezprostředně po úraze. Sám viděl, že jsou bezradní, nechtějí

cvičit, až na výjimky, se vůbec o nic nezajímali. Při společné rehabilitaci se jim snažil ukázat, že není všem dnům konec, že na vozíku život nekončí, ale začíná zcela jiný, také zajímavý. V tu dobu se mu vracely vzpomínky na dobu, kdy on sám byl po úraze a prožíval velmi podobné stavy. Už v době své hospitalizace se snažil věnovat pacientům, ukázat jim různé možnosti. Jeho vlastní aktivity s ostatními pacienty si všiml personál, kterému se zmínil, že práce instruktora byla vhodná i na této jednotce. Práci instruktora soběstačnosti sám znal z Centra Paraple. Mladému muži se tím naskytla pracovní příležitost, po splnění potřebných náležitostí, byl přijat jako instruktor soběstačnosti do ošetrovatelského týmu spinální jednotky KNL.

2.7.3 Instruktor soběstačnosti v České republice a v zahraničí

V České republice pracují na v pracovní pozici *s názvem instruktor soběstačnosti* pouze dvě osoby. První působí v Centru Paraple, druhý působí na lůžkové stanici spinální jednotky Krajské nemocnice Liberec a.s. V Praze ve Fyziologickém ústavu při 1. LF UK působí také tělesně postižený pracovník, který se převážně věnuje grantovému programu, podle zjištěných informací od rehabilitačních pracovníků SJ KNL. V Rehabilitačním ústavu Kladruby a v Rehabilitačním ústavu Hrabyně jsou také zaměstnáni lidé s tělesným postižením. Pracují na pozicích vedoucích pracovníků chráněných dílen. Například dílny knihařské, tiskařské.

Zajímala mě pracovní pozice instruktora soběstačnosti v zahraničí. Obrátila jsem se dánskou organizaci The Danish Spinal Cord Injuries Association s písemným dotazem, týkající se této problematiky. Z emailové korespondence uvádím, že instruktora soběstačnosti v dotázaném centru nemají, ale jak popisují, rádi by měli. V rehabilitačních centrech se o veškerý trénink starají fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Dobrovolníci vytvářejí volnočasové aktivity pro pacienty. V nedávné době jedno ze dvou rehabilitačních center Dánských RYK založilo poradenskou skupinu. Jde o skupinu lidí po poranění míchy, kteří předávají své zkušenosti pacientům. V současnosti budují podobný projekt v dalším rehabilitačním centru. Dle korespondence RYK doufá, že bude moci zaměstnávat lidi vykonávající tuto důležitou práci. Ale jak uvádějí, potřebují přesvědčit vedení nemocnice silnými fakty o prospěšnosti této pracovní pozice. Korespondenci uvádím v příloze 14.

3 Cíle práce, metodologie práce, vyhodnocení výsledků

3.1 Cíl práce

- zpracování dostupných informací o pracovních činnostech instruktora soběstačnosti na spinální jednotce KNL
- zjistit, jak vnímá práci instruktora soběstačnosti ošetrovatelský personál a pacienti na spinální jednotce KNL

Výzkumné otázky

Jak vnímá práci instruktora soběstačnosti ošetrovatelský personál a pacienti na spinální jednotce KNL?

Dílčí otázky

1. Zjistit, jaké jsou silné stránky, přednosti instruktora soběstačnosti?
2. Zjistit, jaké jsou slabé stránky instruktora soběstačnosti?
3. Zjistit, jaké jsou možné příležitosti a možnosti k posílení pozice instruktora soběstačnosti?
4. Zjistit, jaká jsou rizika, která by mohla ovlivnit práci instruktora soběstačnosti?

3.2 Charakteristika použité metody

Pro zjištění potřebných informací jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Jak uvádí Kozel (2006, s. 126) „kvalitativní výzkum analyzuje vztahy, příčiny a závislosti u zkoumané jednotky. Využití je zejména pro hloubkový rozbor některých jevů. V porovnání s kvantitativním výzkumem se realizuje na menších vzorcích respondentů a je zaměřen na určitou cílovou skupinu.“

Metody, které jsem ve svém výzkumu použila, byly kreativní metody braistorming, braiwriting, SWOT realizované pomocí polostandardizovaného rozhovoru.

Polostandardizovaný rozhovor, jak charakterizuje Kutnohorská (2009, s. 38) „je náročnější na technickou přípravu. Vytvořené schéma je pro tazatele závazné a obsahuje otázky, na které se budeme ptát. Je vymezená podstata rozhovoru, tzn. minimum témat

a otázek, které se mají probrat. Tím získáme určitý stupeň jistoty, že všechna určená témata budou probrána.“

SWOT analýza je metoda, která spočívá v ohodnocení čtyř faktorů. Faktoru „S“ silné stránky, faktoru „W“ slabé stránky, faktoru „O“ příležitosti a faktoru „T“ hrozby. Silné a slabé stránky patří k vnitřním faktorům zkoumaného objektu, který je může sám ovlivnit. Příležitosti a hrozby jsou vnější faktory a nejsou zkoumaným objektem ovlivnitelné. Díky této metodě, je možné vyhodnotit fungování objektu, nalézt problémy nebo nové možnosti rozvoje. (Čížinská, Marinič, 2010).

Jak uvádí Doležal (2012, s. 102) *„při SWOT analýze si musíme stanovit, co je objektem našeho zkoumání“. Cílem analýzy SWOT je sestavit seznam charakteristik pro silné, slabé stránky, příležitosti a hrozby. Číslování lze vylepšit tím, že seznam utřídíme podle důležitosti a významu jednotlivých položek. Seznam silných stránek bude začínat nejvýznamnější silnou stránkou a seznam slabých stránek tou kriticky nejslabší slabou stránkou.“*

Brainstorming je metoda, jak popisuje Lojda (2011, s. 115) *„jejímž hlavním cílem je vyprodukovat v co nejkratším čase co nejvíce myšlenek. Jde o skupinové sezení. Oslovení účastníci vyslovují nápady, náměty, charakteristiky, myšlenky, cokoliv, co je napadne v souvislosti s řešeným tématem. Moderátor zapisuje myšlenky. Myšlenky se vyhodnocují po té, co se uvedou do srozumitelné podoby.“*

Brainwriting je modifikovaná metoda brainstormingu, dle Lojdy (2011, s. 116) *„kdy účastníci své myšlenky zapisují. Díky zapisování se do vymýšlení zapojí i ostýchaví jedinci, a nemůže docházet k ovlivňování mezi jednotlivými účastníky. V ostatním se postup od brainstormingu neliší.“*

Tyto zmíněné metody mi umožnily při výzkumném šetření získat potřebná data od tří skupin respondentů.

3.2.1 Charakteristika vzorku respondentů

Respondenty pro výzkumné šetření jsem vybrala z pracovníků spinální jednotky KNL. Z důvodu spolupráce ošetrovatelského personálu, pacientů a rehabilitačních pracovníků s instruktorem soběstačnosti na tomto oddělení.

Primární data nezbytná pro realizaci šetření byla získána od tří skupin respondentů.

I. skupinu tvořil ošetrovatelský personál spinální jednotky KNL. Celkový počet ošetrovatelského personálu na spinální jednotce je 20 osob, z toho 12 všeobecných zdravotních sester, 6 ošetrovatelek a 2 sanitáři. Výzkumné šetření bylo provedeno s týmem složených z 11 osob, tj. z 8 všeobecných zdravotních sester, 3 ošetrovatelek. Zbýlý počet ošetrovatelského personálu nebyl přítomen z důvodu účasti na vzdělávacím semináři (2), pracovní neschopnosti (2), čerpání dovolené (3). Výzkumu se zúčastnilo 55 % z celkového počtu ošetrovatelského personálu spinální jednotky KNL.

II. skupinu tvořili pacienti hospitalizovaní na spinální jednotce KNL. Lůžkový fond je 15 lůžek. Šetření se zúčastnilo 8 pacientů, nezúčastnilo se 7 pacientů. Z důvodu zhoršení zdravotního stavu 2 pacienti, 2 pacienti odmítli svoji účast na výzkumu, 2 pacienti s instruktorem soběstačnosti nespolupracují z důvodu základní diagnózy a v době šetření bylo 1 volné lůžko. Výzkumu se zúčastnilo 53,3 % pacientů z celkového počtu pacientů hospitalizovaných v říjnu 2013 na spinální jednotce KNL.

K důvodu objektivity zkoumané problematiky, jsem se rozhodla zařadit ještě pracovníky rehabilitace jako III. skupinu. A to v počtu 7 osob tj. 5 fyzioterapeutů, 2 ergoterapeuty. Jednalo se o plný počet 7 (100 %) rehabilitačních pracovníků spinální jednotky KNL.

Vlastní šetření probíhalo na spinální jednotce KNL v říjnu roku 2013. Celkový počet zúčastněných respondentů byl 26 osob všech tří skupin. Výzkumu se zúčastnilo celkem 11 osob ze skupiny ošetrovatelského úseku, 8 pacientů a 7 respondentů ze skupiny fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Datum a hodinu provedení šetření jsem předem domluvila. Zjišťování SWOT analýzy s I. skupinou proběhlo 10. 10. 2013 13:30 hodin. S II. skupinou pacientů spinální jednotky KNL 11. 10. 2013 ve 13 hodin. A III. skupina respondentů se zúčastnila výzkumného šetření 12. 10. 2013 v 12:30 hodin. Souhlas s žádostí o umožnění výzkumného šetření na SJ KNL je přiložen v příloze 10.

3.2.2 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření jsem provedla odděleně s I., II., III. skupinou. V úvodu setkání jsem vždy konkrétní skupinu seznámila s obsahem setkání. Tedy s názvem své bakalářské práce, s technikou provedení výzkumu a jeho vyhodnocením. Dále jsem oslovila respondenty k anonymnímu vyplnění tiskopisu s faktografickými údaji. S

I. skupinou ošetrovatelského personálu (dále oš.pers.) jsem provedla výzkumné šetření kreativní technikou brainwritingu v modifikované formě seskupení tří až pěti osob s následným vyhodnocením metodou SWOT. Tato kombinace metod byla zvolena z důvodu účasti 11 osob a možností rozdělení osob do čtyř skupin. Brainwriting, byl u této skupiny zvolen z důvodu, aby se zúčastnily i ostýchavější osoby, a nebály se konfrontace silnějších jedinců.

S II. skupinou pacientů (dále P/K) a s III. skupinou fyzioterapeutů/ergoterapeutů (dále fyzio/ergo) jsem realizovala metodu SWOT analýzy formou brainstormingu.

Respondenti byli seznámeni s faktem, že objektem SWOT analýzy je instruktor soběstačnosti. Pro rozhovor jsem vytvořila osnovu, kterou jsem u všech tří skupin dodržovala. Otázky byly směřovány ke zjištění čtyř faktorů SWOT a zněly:

„S“ Jaké jsou silné stránky instruktora soběstačnosti? Jaké jsou výhody instruktora soběstačnosti?

„W“ Jaké jsou slabé stránky instruktora soběstačnosti? Co by měl instruktor soběstačnosti sám změnit?

„O“ Jaké jsou příležitosti k rozvoji práce instruktora soběstačnosti., co lze podpořit?

„T“ Jaká jsou rizika? Co ohrožuje vývoj pozice instruktora soběstačnosti?

Veškeré charakteristiky, myšlenky, nápady jsem zapisovala na flip chart. Na jednotlivý faktor SWOT měli respondenti časový limit 10 minut. Po vyplnění všech políček tabulky SWOT (viz příloha 15), bylo úlohou každé skupiny setřídít seznam charakteristik u každého faktoru podle významu a důležitosti jednotlivých položek a oznámkovat známkou od 1 do 5 jako ve škole. Fotografie z průběhu výzkumného šetření přikládám v příloze 16.

3.2.3 Zpracování získaných dat

Ze zjištěných dat jsem nejprve zpracovala faktografické údaje I., II., III. skupiny. Faktografické údaje I. a III. skupiny byly zjišťovány tyto: pohlaví, věk, vzdělání a délka praxe na spinální jednotce (dále SJ) KNL. U II. skupiny bylo zjišťováno pohlaví, věk, typ tělesného postižení a délka hospitalizace na SJ KNL. Údaje byly respondenty zapsány během výzkumného šetření do pracovních tabulek (příloha 11, 12, 13). Z těchto tabulek byly rozpracovány po jednotlivých skupinách do tabulek pohlaví, věk, vzdělání a délka praxe na SJ KNL u I. a III. skupiny. U II. skupiny do tabulek: věk, vzdělání, typ tělesného postižení a délka hospitalizace na SJ KNL. Údaje jsou uváděny v tabulkách za použití absolutní četnosti a relativní četnosti vyjádřené v procentech. Absolutní četnost v tabulce udává počet dotazovaných. Relativní četnost informuje o procentuálním vyjádření celkového počtu hodnot. Výsledky jsem vyjádřila zaokrouhlením na jedno desetinné číslo. Zjištěné faktografické výsledky jsou znázorněny i pomocí grafů. Výsledky jsou u každé otázky slovně popsány.

Při zpracování výsledků analýzy jednotlivých faktorů SWOT (silné, slabé, stránky, příležitosti, hrozby) I., II., III. skupiny jsem postupovala následovně. Údaje získané a zapsané při výzkumném šetření na flip chart, jsem přepsala a rozpracovala do tabulek. Každá tabulka je označená konkrétní skupinou a zjišťovaným faktorem a číselným označením zjištěných charakteristik. Očíslování jednotlivých charakteristik od čísla 1. jsem použila pro přehlednou identifikaci jednotlivých zjištěných položek. Číselné označení charakteristik v tabulce vyjadřuje význam a důležitost jednotlivých položek a je tučně zvýrazněno. Tím jsem získala tabulky se seznamem silných stránek začínající nejsilnější a nejméně významnější silnou stránkou, tabulky se seznamem slabých stránek od nejslabší slabé stránky. Seznamy příležitostí od nejvíce důležité a seznamy hrozeb od nejvíce rizikovou vzhledem k činnosti instruktora soběstačnosti na SJ KNL. Součástí každé tabulky je její slovní hodnocení. V diskuzi se věnuji hodnocení prvních pěti charakteristik. Postupuji od shodných aspektů všech skupin, po aspekty, které nejsou ve shodě.

Získaná data jsem zpracovávala pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel 2010. Zobrazené fotografie v přílohách jsou pořízeny se souhlasem zúčastněných osob.

3.3 Vyhodnocení

V následující části vyhodnocuji faktografické údaje respondentů a výsledky SWOT získané od jednotlivých skupin respondentů.

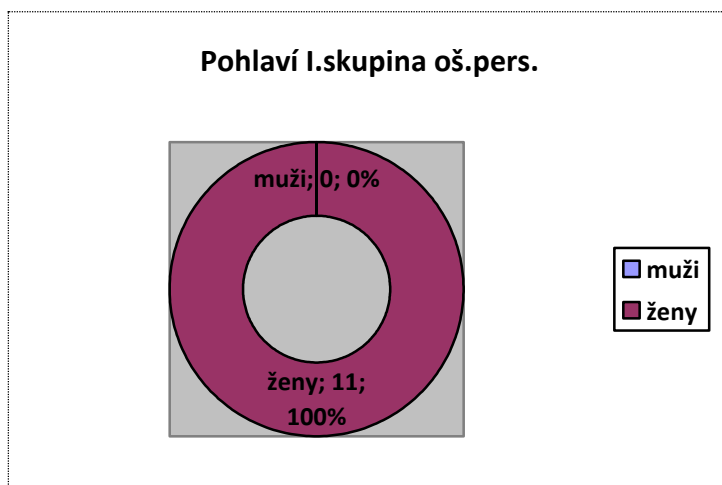
3.3.1 Vyhodnocení I. skupiny ošetrovatelského personálu

Vyhodnocení faktografických údajů

- Pohlaví

Tabulka 1 Pohlaví I. skupina oš.pers.

Pohlaví I. skupina oš.pers.		
Pohlaví	ni	fi (%)
Ženy	11	100 %
Muži	0	0 %
Celkem	11	100 %



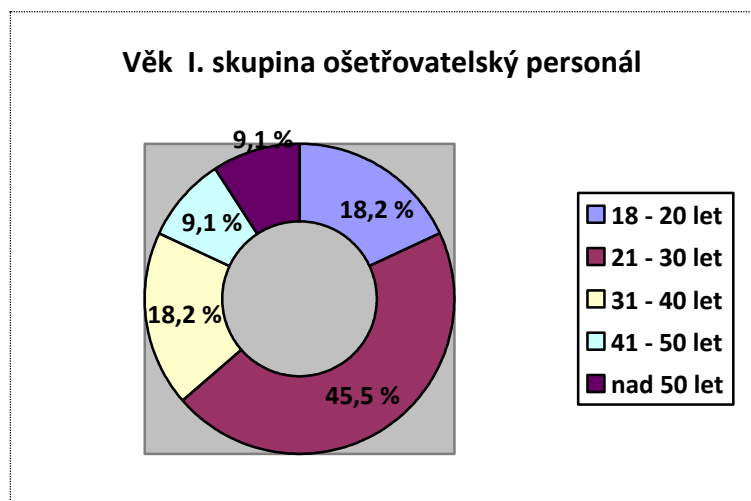
Graf 1 Pohlaví I. skupina ošetrovatelský personál

Tabulka 1 vyjadřuje pohlaví respondentů I.skupiny . Z celkového počtu 11 (100 %) osob je ženského pohlaví všech 11 (100%) respondentek. Mužské pohlaví zde není zastoupeno (viz graf 1).

- **Věková kategorie**

Tabulka 2 Věková kategorie I. skupina ošetřovatelský personál

Věková kategorie I. skupina ošetřovatelský personál		
Věk	ni	fi (%)
18- 20 let	2	18,2 %
21- 30 let	5	45,5 %
31 –40 let	2	18,2 %
41 -50 let	1	9,1 %
Nad 50 let	1	9,1 %
Celkem	11	100%



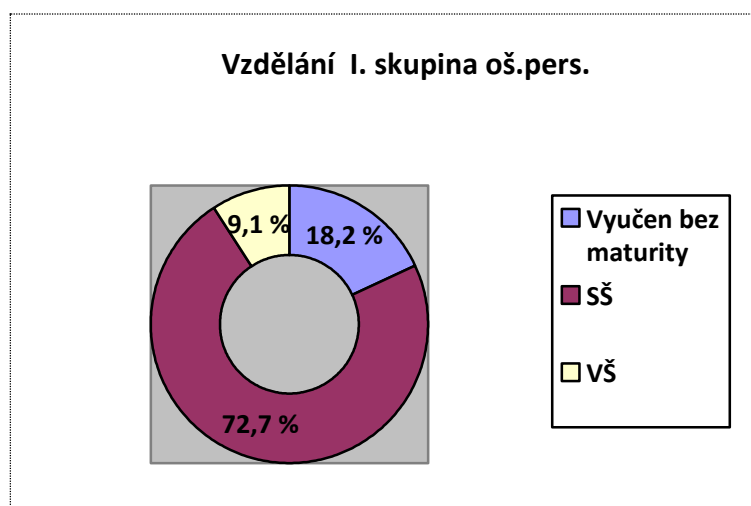
Graf 2 Věková kategorie I. skupina ošetřovatelský personál

Tabulka 2 uvádí věkovou kategorii I. skupiny, ze které vyplývá, že z 11 (100 %) respondentek je 5 (45,4 %) respondentek ve věkovém rozmezí 21 - 30 let, 2 (18,2 %) respondentek ve věkovém rozmezí 18-20 let, 2 (18,2 %) respondentek v rozmezí 31 - 40 let, 1 (9,1 %) respondentka ve věkové rozmezí 41 - 50 let a 1 (9,1 %) ve věkovém rozmezí nad 50 let (viz graf 2).

- **Vzdělání**

Tabulka 3 Vzdelání I. skupina ošetrovatelský personál

Vzdělání I.skupina ošetrovatelský personál		
Vzdělání	ni	fi (%)
Vyučen bez maturity	2	18,2 %
Stredoškolské	8	72,7 %
Vysokoškolské	1	9,1 %
Celkem	11	100 %



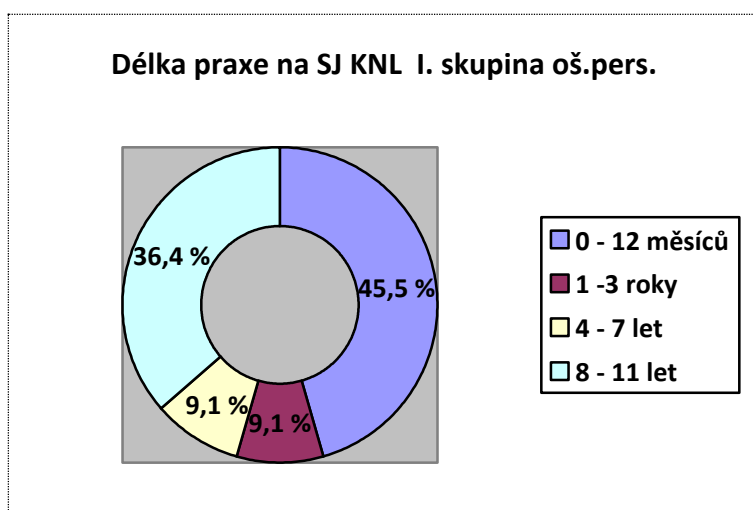
Graf 3 Vzdelání I. skupina ošetrovatelský personál

Tabulka 3 prezentuje vzdelání respondentek. Stredoškolské vzdelání uvedlo 8 (72,7%) respondentek, 2 (18,1%) respondentky jsou vyučené bez maturity. Vysokoškolské vzdelání uvedla 1 (9.1 %) respondentka (viz graf 3).

- **Délka praxe na SJ KNL**

Tabulka 4 Délka praxe na SJ KNL I. skupina ošetrovatelský personál

Délka praxe na SJ KNL I. skupina ošetrovatelský personál		
Délka praxe	ni	fi (%)
0 – 12 měsíců	5	45,5 %
1 -3 roky	1	9,1 %
4 – 7 let	1	9,1 %
8 – 11 let	4	36,4 %
Celkem	11	100 %



Graf 4 Délka praxe na SJ KNL I. skupina ošetrovatelský personálu

Čtvrtá tabulka zjišťuje délku praxe respondentek na SJ KNL. Nejpočetnější byla délka praxe od 0-12 měsíců 5 (45,5%) respondentek. Následovala skupina 4 (36,4 %) respondentek s délkou praxe 8- 11 let. 1(9,1 %) respondentka uvedla délku praxe od 1-3 let a také 1 (9,1 %) respondentka období 4 -7 let (viz graf 4)

- **Vyhodnocení SWOT/ I. skupina ošetrovatelská personál**

Tabulka 5 Faktor „S“ silné stránky SWOT / I. skupina ošetrovatelská personál

„S“ silné stránky / I. skupina ošetrovatelský personál	
1.	osobní zkušenosti
2.	z hendikepu udělal přednost, výhoda stejného postižení
3.	názornost praktických ukázek
4.	komunikace s pacientem
5.	blízkost k pacientovi a jeho postižení
6.	podpora dovedností u pacienta
7.	jedinečnost pozice instruktora soběstačnosti
8.	trpělivost
9.	aktivní osobní život - sport
10.	ochota pracovat přesčas
11.	kreativita
12.	motivovaný k práci
13.	spolupráce s rodinou pacienta
14.	spolupráce s personálem
15.	dokazuje, že příklady táhnou
16.	chuť učit se novým věcem

Z tabulky 5 vyplývá, že nejdůležitější silnou stránku spatřují respondenty na 1. Místě osobní zkušenosti instruktora soběstačnosti, následuje 2. tvrzení z hendikepu udělal přednost. Na 3. pozici oceňují názornost praktických ukázek pacientovi, poté uvádějí na 4. místě komunikaci s pacientem. Na 5. místě respondenty uvádějí blízkost k pacientovi. Od 6. do 16. místa jsou uvedena další důležitá pozitiva a to podpora dovedností u pacienta, jedinečnost pozice instruktora soběstačnosti trpělivost, aktivní osobní život, ochota pracovat přesčas, kreativita, motivovaný k práci, spolupráce s rodinou pacienta, spolupráce s personálem, příklady táhnou, chuť učit se novým věcem.

Tabulka 6 Faktor „W“ slabé stránky SWOT/ I. skupina ošetřovatelský personál

„W “ slabé stránky / I. skupina ošetřovatelský personál	
1.	pacienti nejsou informováni o náplni práce instruktora soběstačnosti
2.	častá nepřítomnost na oddělení (sport)
3.	nedostatečné vzdělání
4.	nekvalitní plánování
5.	občas nedostatky v komunikaci
6.	zlepšit přístup k mladšímu personálu
7.	vlastní bariérové omezení
8.	nedostatečná motivace
9.	nízká míra spolupráce s personálem
10.	nedostatečné technické zázemí, vybavení vlastního pracovního místa
11.	omezené výukové zdroje
12.	charakter - velká kritičnost
13.	hodně pacientů
14.	legislativa

Tabulka 6 poukazuje na zjištěné slabé stránky zkoumaného objektu. Respondenti vidí slabost na 1. místě v nedostatečné informovanosti pacientů o náplni práce instruktora soběstačnosti, na 2. místě udávají častou nepřítomnost na oddělení, poukazují 3. na nedostatečné vzdělání. Nekvalitním plánování uvádějí na 4. místě a 5. místě se objevuje tvrzení občasné potíže v komunikaci. Charakteristiky uvedené od místa 6. do místa 15. Označují další slabiny zkoumaného zdroje a jsou to zlepšit přístup k mladšímu personálu, vlastní bariérové omezení, nedostatečná motivace, nízká míra spolupráce s personálem, nedostatečné technické zázemí, vybavení vlastního pracovního místa, mezené výukové zdroje. U 12. pozice se jedná o charakterovou vlastnost, uvedené rysy u čísla 14. a 15. spíše patří do faktorů příležitostí a hrozeb. I přesto že, byly mylně zapsány respondentkami, uvádím je pro věrohodnost.

Tabulka 7 Faktor „ O " příležitosti SWOT / I. skupina ošetrovatelský personál

„ O " příležitosti / I. skupina ošetrovatelský personál	
1.	možnost působit na jiných odděleních
2.	prezentace práce instruktora soběstačnosti
3.	kontakt s rodinou pacienta
4.	kreativita - výlety, hry
5.	týmová práce
6.	návštěva v domácím prostředí - úpravy bytu
7.	nové trendy
8.	nové pomůcky
9.	využití techniky k jeho práci

Tabulku 7 vztahující se k faktoru příležitosti pozice instruktora soběstačnosti, vidí respondenti hlavně za 1. v možnosti působení na jiných odděleních a pracovištích, na 2. místě se umístila prezentace práce, 3. místo kontakt s rodinou pacienta, a následně 4. kreativitu instruktora soběstačnosti a 5. týmová práce. Zajímavý názor respondentky uvádí od 6. do 9. místa: návštěva v domácím prostředí - úpravy bytu, nové trendy, nové pomůcky, využití techniky k jeho práci.

Tabulka 8 Faktor „T“ hrozby SWOT / I. skupina ošetrovatelský personál

„T“ hrozby / I. skupina ošetrovatelský personál	
1.	nedostatečné vzdelání
2.	neinformovanost pacientů o instruktorovi soběstačnosti
3.	neinformovanost okolí, malá propagace
4.	konkurence
5.	syndrom vyhoření, stres
6.	poškození pacienta z důvodu nedostatečných znalostí
7.	nedostatek pacientů
8.	nedostatečné finanční ohodnocení
9.	problémová komunikace
10.	nezájem o jeho práci ze strany pacientů a personálu
11.	vysoké nároky ze strany zaměstnavatele
12.	bariérové omezení pro výkon jeho práce
13.	nechut' pracovat
14.	osobní situace - přestěhování , změna zdravotního stavu
15.	snižování počtu personálu

Tabulka 8 se vztahuje k faktoru hrozby. Respondentky uvádějí, že největší riziko spatřují 1. v nedostatečném vzdělání. Dále poukazují na 2. neinformovanost pacienta o instruktorovi soběstačnosti, na 3. neinformovanost okolí a na 4. místě ohrožení konkurencí. A riziko spatřují 5. i v riziku syndromu vyhoření a stresu. Od 6. pozice jsou uvedena další rizika z pohledu respondentů, která by mohla ohrozit pozici instruktora soběstačnosti. Jsou jimi: poškození pacienta z důvodu nedostatečných znalostí, nedostatek pacientů, nedostatečné finanční ohodnocení, problémová komunikace, nezájem o jeho práci ze strany pacientů a personálu, vysoké nároky ze strany zaměstnavatele, bariérové omezení pro výkon jeho práce, nechut' pracovat, osobní situace - přestěhování , změna zdravotního stavu, snižování počtu personálu.

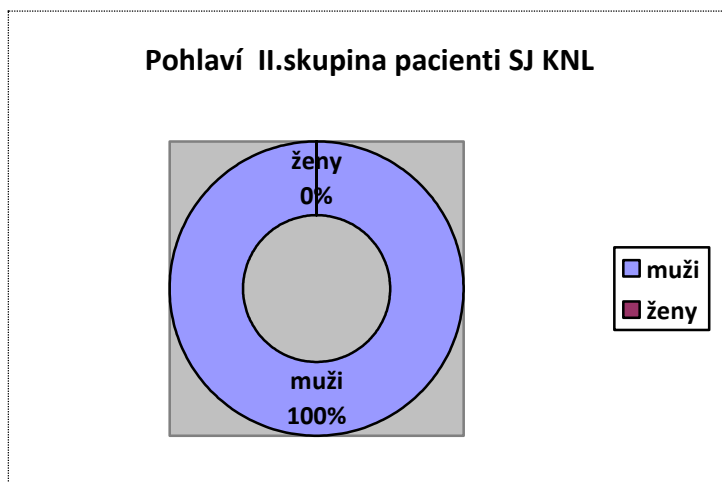
3.3.2 Vyhodnocení II. skupiny pacienti i hospitalizovaných na SJ KNL

Vyhodnocení faktografických údajů

- Pohlaví

Tabulka 9 Pohlaví II. skupina pacienti SJ KNL

Pohlaví II. skupina pacienti SJ KNL		
Pohlaví	ni	fi (%)
Ženy	0	0
Muži	8	100 %
Celkem	8	100 %



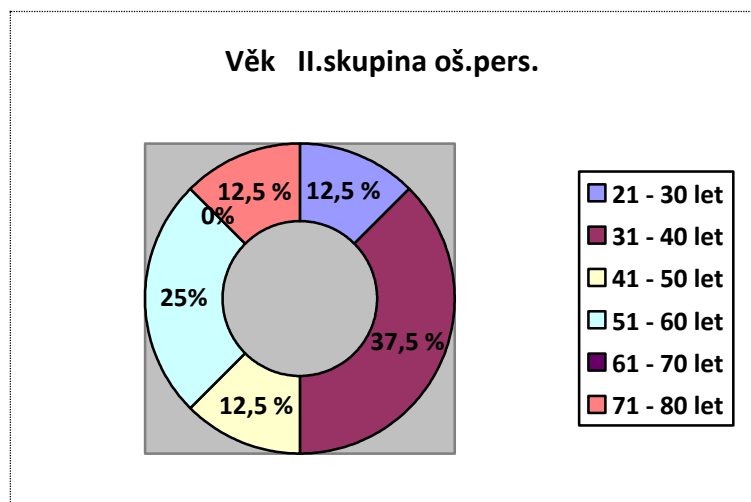
Graf 5 Pohlaví II. skupina pacienti SJ KNL

Tabulka 9 vyjadřuje zastoupené pohlaví ve vzorku respondentů. Z celkového počtu 8 (100 %) osob je mužského pohlaví všech 8 (100 %) respondentů. Ženské pohlaví zde není zastoupeno (viz graf 5).

- Věk

Tabulka 10 Věková kategorie II. skupina pacienti SJ KNL

Věková kategorie II. skupina pacienti SJ KNL		
Věk	ni	fi (%)
21 -30 let	1	12,5 %
31 -40 let	3	37,5 %
41 -50 let	1	12,5 %
51 – 60 let	2	25 %
61 – 70 let	0	0%
71 -80 let	1	12,5 %
Celkem	8	100%



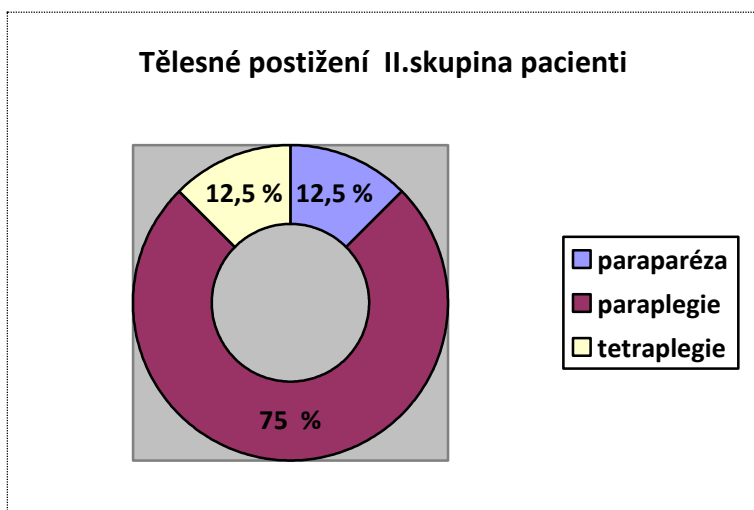
Graf 6 Věková kategorie II. skupina pacienti SJ KNL

Tabulka 10 uvádí věkové rozprostření II. skupiny pacientů. Z 8 (100 %) respondentů, jsou 3 (37,5 %) respondenti ve věkovém rozmezí 31 – 40 let, 2 (25 %) respondenti ve věkovém rozmezí 51 – 60 let, 1 (12,5 %) respondent v rozmezí 21 – 30 let, 1 (12,5 %) respondent ve věkové rozmezí 41-50 let a 1 (12,5 %) ve věkovém rozmezí 71 -80 let (viz graf 6).

- Typ tělesného postižení

Tabulka 11 Typ tělesného postižení II. skupina pacienti SJ KNL

Typ tělesného postižení / II. skupina pacienti SJ KNL		
Typ tělesného postižení	ni	fi (%)
Paraparéza	1	12,5 %
Paraplegie	6	75 %
Tetraplegie	1	12,5 %
Celkem	8	100 %



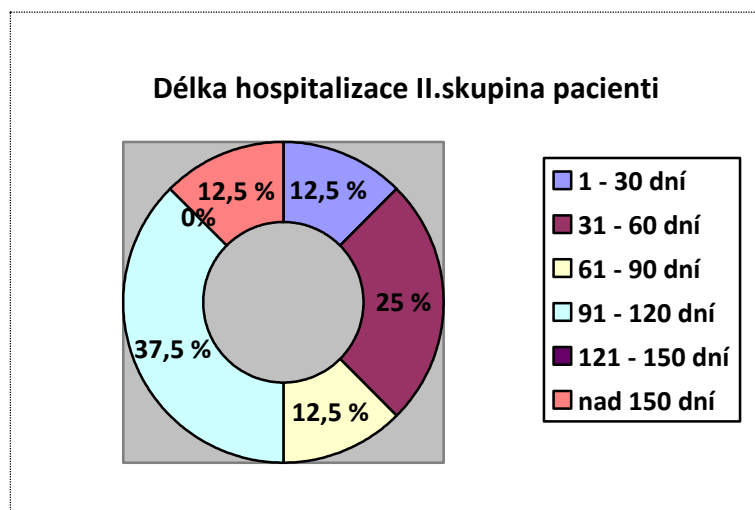
Graf 7 Typ tělesného postižení II. skupina pacienti

Z 11 tabulky lze zjistit, že tělesné postižení paraplegie se vyskytovalo u 8 (75 %) respondentů, u 1 (12,5 %) respondenta paraparéza a u 1 (12,5 %) respondenta tetraplegie (viz graf 7).

- Délka hospitalizace

Tabulka 12 Délka hospitalizace / II. skupina pacienti SJ KNL

Délka hospitalizace / II. skupina pacienti SJ KNL		
Rozmezí	ni	f_i (%)
1 – 30 dní	1	12,5 %
31 – 60 dní	2	25 %
61 -90 dní	1	12,5 %
91 – 120 dní	3	37,5 %
121 -150 dní	0	0
Nad 150 dní	1	12,5 %
Celkem	8	100 %



Graf 8 Délka hospitalizace / II. skupina pacienti

Délka hospitalizace je obsahem tabulky 12. Délka pobytu zkoumaného vzorku respondentů II. skupiny se pohybovala od 28 dní do 223 dní. Nejvíce zastoupené je období hospitalizace 91-120 dní a 3 (37,5 %) respondenty, následuje období 31-60 dní 2 (25 %) respondenti. Zbylá období 1 - 30 dní 1 (12,5%) respondent, 61 - 90 dní také 1 (12,5 %) respondent a 1 (12,5 %) respondent v období nad 150 dní (viz graf 8).

- **Vyhodnocení SWOT/ II. skupina pacienti SJ KNL**

Tabulka 13 Faktor „S“ – silné stránky SWOT / II. skupina pacienti

„S“ – silné stránky / II. skupina pacienti	
1.	dostatek zkušenosti
2.	komunikace
3.	přísnost
4.	umí odhadnout schopnosti a možnosti pacienta
5.	schopen praktické ukázky
6.	perfektní provedení cviků, velmi dobře popisuje postup provedení cviku
7.	motivuje ke cvičení, ke sportu
8.	dodržuje rozpis cvičení
9.	neústupnost (kladná stránka)
10.	radost z úspěchu a pokroku pacienta
11.	má přehled o dosažených pokrocích pacienta
12.	vlastní soběstačnost
13.	smysl pro humor
14.	obětavost
15.	rozumí své práci
16.	chuť k práci
17.	podle zdatnosti pacienta uděluje přiměřené úkoly

Tato tabulka 13 vypovídá o silných stránkách instruktora soběstačnosti z pohledu pacientů. První v pořadí se umístila charakteristika dostatek zkušenosti, na 2. místě výborná komunikace. Objevil se rys na 3. místě přísnost, na čtvrtém místě umění odhadnout možnosti a schopnosti pacienta. Na 5. místě pacienti poukazovali na schopnosti praktické ukázky. Od 6. místa se vyskytují následující charakteristiky: perfektní provedení cviků, velmi dobře popisuje postup provedení cviku, motivuje ke cvičení, ke sportu, dodržuje rozpis cvičení, neústupnost (kladná stránka), radost z úspěchu a pokroku pacienta, má přehled o dosažených pokrocích pacienta, vlastní soběstačnost, smysl pro humor, obětavost, rozumí své práci, chuť k práci, podle zdatnosti pacienta uděluje přiměřené úkoly.

Tabulka 14 Faktor „W“ - slabé stránky SWOT / II. skupina pacienti

„W “ – slabé stránky / II. skupina pacienti	
1.	první kontakt s pacientem
2.	krátký čas na pacienta
3.	absence z různých důvodů
4.	neúčastní se vizit
5.	najít si osobní vztah
6.	averze k zahraničním studentům (neznalost cizího jazyka)

Z tabulky 14 lze vyhodnotit, že pacienti uváděli v pořadí tabulky tyto slabosti. Na prvním místě 1. kontakt s instruktorem soběstačnosti. Následovalo tvrzení na 2 místě krátký čas na pacienta, 3. místo obsadila absence z různých důvodů, ale i jako slabinu hodnotí na 4. neúčast na vizitách, na 5. místě najít si osobní vztah k instruktorovi soběstačnosti a jeden respondent uvedl, averzi vůči zahraničním studentům.

Tabulka 15 Faktor „O“ příležitosti / II. skupina pacienti

„ O " – příležitosti / II. skupina pacienti	
1.	kontakt s rodinou (bariéry v bytě)
2.	zpětná vazba k personálu ohledně motorických dovedností pacienta
3.	informační materiál o instruktorovi soběstačnosti
4.	zvýšit počet instruktorů soběstačnosti
5.	zviditelnění práce IS
6.	kontakty
7.	výlety
8.	kontakt s rodinou (bariéry v bytě)
9.	pedagogické minimum

Tabulka 15 uvádí možné příležitosti, které by mohly posílit pozici instruktora soběstačnosti. Na 1. místě respondenti uvedli kontakt s rodinou, dále na 2. místě poukazovali na zpětnou vazbu ohledně svých motorických dovedností k dalšímu personálu spinální jednotky. Podle pacientů by byl 3. vhodný informační materiál o instruktorovi soběstačnosti, jako další 4. příležitost vidí v navýšení počtu instruktorů soběstačnosti. V dalších bodech uvádějí respondenti zviditelnění práce. Od šestého místa uváděli aspekty: kontakty, výlety, kontakt s rodinou (bariéry v bytě), pedagogické minimum.

Tabulka 16 Faktor „T“ hrozby / II. skupina pacienti

„ T ” – hrozby / II. skupina pacienti	
1.	nezájem o pacienty - pokles kvality
2.	nedostatečná podpora od zaměstnavatele
3.	konkurence
4.	nedostatečná propagace jeho práce
5.	dlouhodobá nemoc
6.	vzdělání
7.	financování místa

V tabulce 16 poukázali pacienti na možnou největší hrozbu a to na 1. místě riziko nezájmu o pacienty, další druhé vidí respondenti v riziku nedostatečné podpory ze strany zaměstnavatele, třetí i v možné konkurenci. 4. riziko spatřují v nedostatečné propagaci práce instruktora soběstačnosti. Páté riziko spatřují v dlouhodobé pracovní neschopnosti instruktora soběstačnosti. Jeden respondent poukazoval i na vzdělání a financování pracovního místa instruktora soběstačnosti.

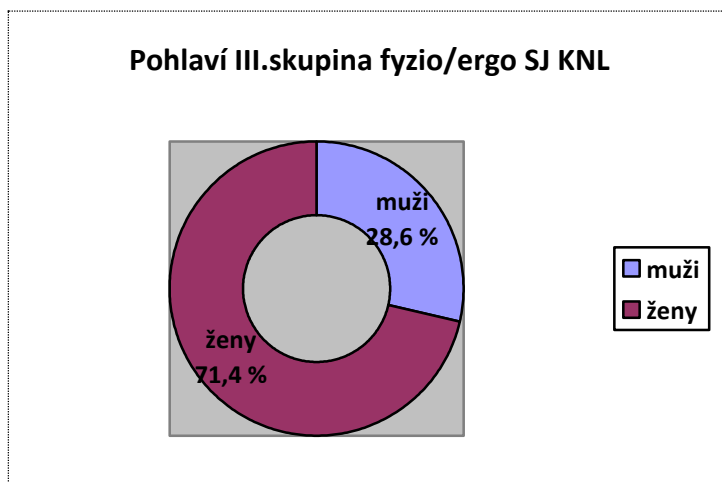
3.3.3 Vyhodnocení III. skupiny fyzio/ergoterapeuti SJ KNL

Vyhodnocení faktografických údajů

- Pohlaví

Tabulka 17 Pohlaví III. skupina fyzio/ergoterapeuti SJ KNL

Pohlaví III. skupina fyzio/ergoterapeuti SJ KNL		
Pohlaví	ni	fi (%)
Ženy	5	71,4 %
Muži	2	28,6 %
Celkem	7	100 %



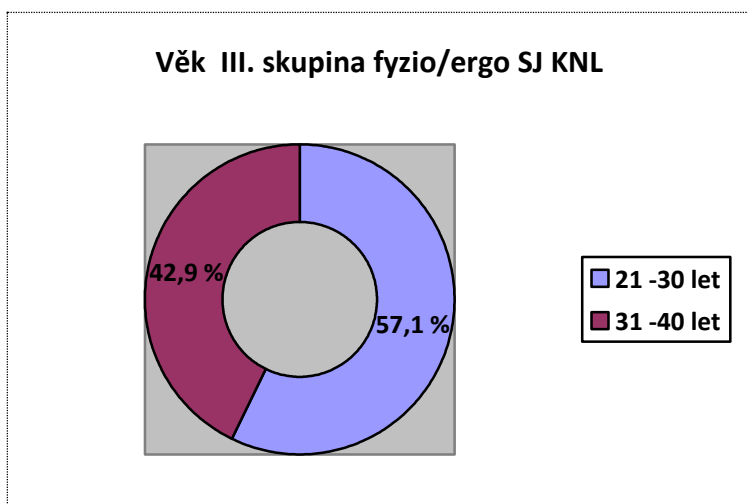
Graf 9 Pohlaví III. skupina fyzio/ergoterapeuti SJ KNL

Tabulka 17 vyjadřuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 7 (100 %) osob je ženského pohlaví 5 (71,4 %) respondentek. Mužské pohlaví je zastoupeno počtem 2 (28,6 %) respondentů (viz graf 9).

- Věk

Tabulka 18 Věková kategorie III. skupina fyzioterapeuti SJ KNL

Věková kategorie III. skupina fyzioterapeuti SJ KNL		
Věk	ni	fi (%)
21- 30 let	4	57,1 %
31 –40 let	3	42,9 %
Celkem	7	100%



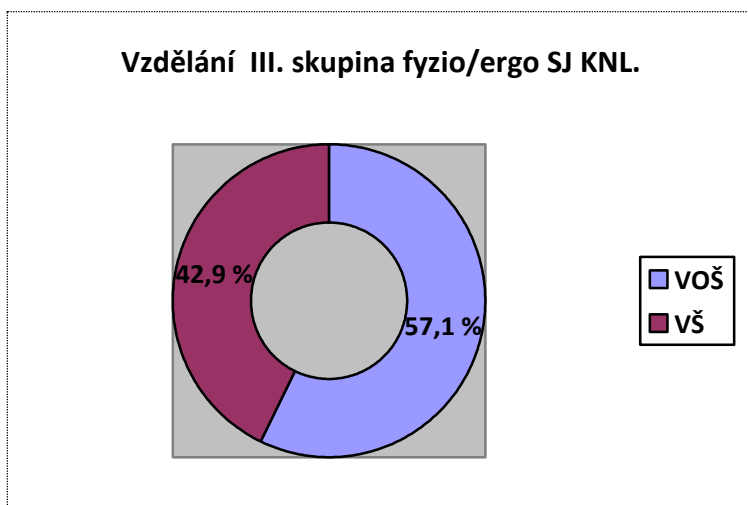
Graf 10 Věk III. skupina fyzioterapeuti

Tabulka 18 uvádí, že ze 7 (100 %) oslovených respondentů byli 4 respondenti ve věkovém rozmezí 21 -30 let a 3 (42,9 %) respondentů ve věkovém rozmezí 31 – 40 let(viz graf 10).

- **Vzdělání**

Tabulka 19 Vzdelání III. skupina fyzioterapeuti SJ KNL

Vzdělání III. skupina fyzioterapeuti SJ KNL		
Vzdělání	ni	fi (%)
Vyučen bez maturity	0	0 %
Středoškolské	0	0 %
Vyšší odborné	4	57,1 %
Vysokoškolské	3	42,9 %
Celkem	7	100 %



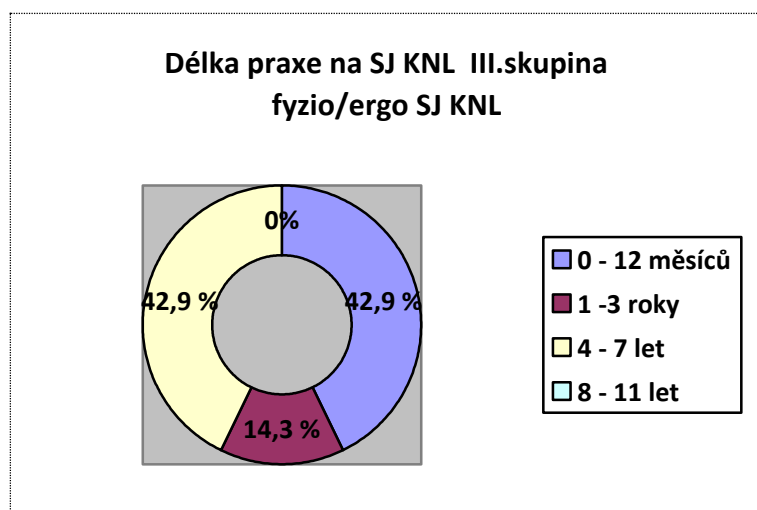
Graf 11 Vzdelání III. skupina fyzioterapeuti

Tabulka 19 se vztahuje ke vzdělání 7 (100 %) respondentů. Respondenti uvedli vzdělání vyšší odborné ve 4 (57,1 %) případech, vysokoškolské vzdělání u 3 (42,9 %) respondentů. V této skupině se nevyskytuje vzdělání vyučen/a ani středoškolské vzdělání (viz graf 11).

- **Délka praxe**

Tabulka 20 Délka praxe na SJ KNL III. skupina fyziio/ ergoterapeuti SJ KNL

Délka praxe na SJ KNL III. skupina fyziio/ergoterapeuti SJ KNL		
Délka praxe	ni	fi (%)
0 – 12 měsíců	3	42,9 %
1 -3 roky	1	14,3 %
4 – 7 let	3	42,9 %
8 – 11 let	0	0 %
Celkem	7	100 %



Graf 12 Délka praxe III. skupina fyziio/ergoterapeuti

Délka praxe u III. skupiny respondentů vyplývá z tabulky 20 a pohybovala se od 2 týdnů po 6,5 roku. Největší počet respondentů této zkoumané skupiny byl s délkou praxe od 0 – 12 měsíců ta čítala 3 (42,9 %) respondenty, další početná byly také o 3 (42,9 %) respondentech a to s délkou praxe od 4 -7 let. Délka praxe 1 – 3 roky let byla zastoupena 1 (14,3 %) respondentem. Délka praxe 8 – 11 let nebyla zastoupena žádným respondentem (viz graf 12).

- **Vyhodnocení SWOT/ III. skupina fyzioterapeuti, ergoterapeuti SJ KNL**

Tabulka 21 Faktor „S“ – silné stránky SWOT / III. skupina fyzio/ergoterapeuti SJ KNL

„S“ – silné stránky / III. skupina fyzio/ergoterapeuti SJ KNL	
1.	životní zkušenosti s problematikou míšního poškození
2.	komunikace
3.	praktický nácvik
4.	samostatnost
5.	výhoda hendikepu
6.	příkladnost
7.	jedinečnost
8.	zodpovědnost
9.	komplexnost
10.	rozmanitost možností
11.	důslednost
12.	rozhodnost v plánování
13.	motivace sebe sama, pacientů
14.	organizace výletů, akcí

Z tabulky 21 vyplývá, že respondenti rozhodli o důležitosti prvních pěti míst následovně. Jako nejdůležitější 1. silnou stránku uvádějí životní zkušenost s problematikou míšního poranění, 2. komunikaci, 3. praktický nácvik, 4. samostatnost, 5. výhoda hendikepu. Uvedené charakteristiky od 6. místa jsou příkladnost, jedinečnost, zodpovědnost, komplexnost, rozmanitost možností, důslednost, rozhodnost v plánování, motivace, organizace výletů, akcí.

Tabulka 22 Faktor „W“slabé stránky SWOT / III. skupina fyziio/ergoterapeuti SJ KNL

„ W " – slabé stránky / III. skupina fyziio/ergoterapeuti SJ KNL	
1.	vzdělání
2.	častá absence (osobní sportovní aktivita, zkrácený úvazek)
3.	pasivita k hledání si práce
4.	neúčast na vizitách
5.	jedinečnost - egoismus
6.	kontrola své práce u pacientů
7.	vlastní hendikep

Tabulka 22 poukazuje na slabé stránky. Na 1. místě respondenti uvedli vzdělání. Další slabou stránkou uvedenou na 2. místě je častá absence, 3. je pasivita při hledání si práce.

4. slabou stránkou spatřují v neúčasti na vizitách. Na pátém místě se umístil egoismu instruktora soběstačnosti. Na 6. kontrola své práce u pacientů, a vlastní hendikep na místě sedmém.

Tabulka 23 Faktor „O“ příležitosti SWOT / III. skupina fyzioterapeuti, ergoterapeuti SJ KNL

„ O " – příležitosti / III. skupina fyzioterapeuti, ergoterapeuti SJ KNL	
1.	kurzy, edukace, hostování v jiných zařízeních, odděleních
2.	medializace práce
3.	zvýšit počet instruktorů (konkurence)
4.	zpětná kontrola vykonané práce nadřízeným pracovníkem
5.	kontakt s rodinou
6.	spolupráce se širokou veřejností
7.	uzpůsobení pracovního místa
8.	zajišťovat kontakt na firmy (pomůcky)
9.	organizace akcí, výletů

Tabulkou 23 respondenti poukazují na příležitosti práce instruktora soběstačnosti. Na 1. místě uvádějí iniciativu, 2. medializaci práce, 3. zvýšení počtu instruktorů soběstačnosti. 4. příležitost spatřují ve zpětné kontrole nadřízeným pracovníkem a na 5. místě kontakt s rodinou. Jako další příležitosti uvádějí ve spolupráci se širokou veřejností, v uzpůsobení pracovního místa, v zajišťování kontaktů na různé firmy, organizování výletů.

Tabulka 24 Faktor „T“ hrozby SWOT / III. skupina fyzioterapeuti SJ KNL

„ T " – hrozby / III. skupina fyzioterapeuti Sj	
1.	současné vzdelání
2.	nedostatek kompetencí (tabulkové místo)
3.	konkurence
4.	změna vlastního zdravotního stavu
5.	syndrom vyhoření, stres
6.	demotivace
7.	stereotyp
8.	negativní osobnostní rysy

V tabulce 24 jsou uvedeny charakteristiky faktorů hrozby. Největší riziko spatřují respondenti v 1. současném vzdělání, na 2. nedostatek kompetencí. Další 3. Hrozbou by mohla být konkurence. Ale i 5. změna vlastního zdravotního stavu. Od 6. místa demotivace, stereotyp, a opět se objevují negativní osobnostní rysy.

4. Diskuze

Na začátku psaní bakalářské práce jsem se potýkala s nedostatkem odborné literatury, protože o instruktorovi soběstačnosti zatím nebyla napsaná žádná literatura ani vědecká práce. Našla jsem pouze zmínku o instruktorovi v bakalářské práci s názvem Ergoterapie u transversální léze míšni autorky Knoblochové (2013, s. 38). Články o práci instruktora soběstačnosti se vyskytují v nevědeckých časopisech. Například v Braunovinách (3/13, s. 22) či denním tisku Mladá fronta Dnes (9. 8. 2012 s. 28) si lze přečíst článek, který pouze okrajově pojednává o práci instruktora soběstačnosti SJ KNL ale více zde věnuje autor sportovní činnosti instruktora. Lepší byla již dostupnost odborné literatury o poranění míchy, Nejprínosnější informace jsem čerpala z materiálů autorky Faltýnkové.

Při psaní práce jsem se rovněž zajímala i o informace ze zahraničí. Oslovila jsem konkrétní organizaci v Dánsku, která mi odpověděla velmi záhy na můj dotaz týkající se práce instruktora soběstačnosti. Zaujaly mě poslední věty v odpovědi. *„V delším časovém horizontu doufáme, že budeme zaměstnávat lidi dělající tuto důležitou práci. Aby se toto mohlo uskutečnit, potřebujeme přesvědčit vedení nemocnice silnými fakty. Víte o nějakém vědeckém důkazu, toho, co pro lidi míšním poraněním, znamená mít možnost učit se od lidí s podobným poraněním (SCI)?“* Z odpovědi lze usoudit, že dané pracoviště se zabývá problematikou zařazení tělesně postižených do pracovních pozice pomáhajících profesí.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímá práci instruktora soběstačnosti ošetrovatelský personál a pacienti na spinální jednotce KNL. Ke zjištění informací byly stanoveny čtyři dílčí cíle. K jejich zjištění mi pomohla SWOT analýza. Zkoumaným objektem byl instruktor soběstačnosti spinální jednotky KNL. Z respondentů byly vytvořeny tři skupiny. I. skupina ošetrovatelský personál (dále oš.pers.), II. skupina pacienti SJ KNL (dále P/K), III. skupina fyzioterapeuti a ergoterapeuti SJ KNL (dále fyzio/ergo).

1. dílčím cílem bylo zjistit, jaké jsou silné stránky instruktora soběstačnosti?

Z tabulek 5, 13, 21 lze vyčíst silné stránky tedy pozitivní stránky, které má instruktor soběstačnosti pod svoji kontrolou. V hodnocení prvních pěti charakteristik postupují od shodných aspektů všech skupin, po aspekty, které nejsou ve shodě. U I. (oš.pers.), II. (P/K) a III. skupiny (fyzio/ergo) byla zjištěna shoda v charakteristice umístěné na prvním místě.

I. (oš.pers.) skupina ji označuje jako *osobní zkušenosti*, II. (P/K) skupina *dostatek zkušeností* a III. (fyzio/ergo)skupina jako *životní zkušenosti s problematikou míšního postižení*. Jako nejdůležitější, nejsilnější aspekt shledávají všechny tři skupiny, v osobních zkušenostech instruktora soběstačnosti, které vyplývají z jeho vlastního hendikepu. Ve schopnosti pochopit potřeby pacientů vzhledem k podobnému typu poranění, které on sám prodělal. Umístění této charakteristiky na předním místě si vysvětlují tím, že si skupiny preferují osobní zkušenosti tělesně postiženého člověka v pomáhající profesi.

Stejný názor, všech tří skupin, byl označen I. skupinou (oš.pers.) *názornost praktických ukázek*, II. skupinou (P/K) jako *schopen praktické ukázky*, III. skupinou (fyzio/ergo) *praktický nácvik*. Zjištěné hledisko vystihuje právě onu osobní zkušenost instruktora soběstačnosti, a dá se shrnout jako názornost praktických ukázek pacientovi. On sám vychází se svých, získaných zkušeností. Během šetření od II. skupiny (P/K) jsem došla ke zjištění, že pacienti oceňují demonstraci cviku, včetně výborného slovního postupu od instruktora. Tím se potvrzuje důležitost osobního a profesionálního přístupu instruktora soběstačnosti k pacientům.

Shoda byla všech tří skupin také u charakteristiky *komunikace*. Komunikace je prostředek dorozumívání se. Ale právě v pomáhajících profesích, by měla být komunikace na takové úrovni, aby se předcházelo případným konfliktům. Používání komunikačních technik, jak uvádí Pokorná (2010, s. 25) „*získává komunikátor informace pro svou budoucí práci s pacientem. Nejen že naváže kontakt s pacientem, ale získá i důvěru pro další spolupráci*“. Na základě výsledků mého šetření, mohu tedy potvrdit, že instruktor soběstačnosti má s používáním komunikačních technik zkušenosti, a využívá je ve své práci s pacienty.

Další zjištění shody I. (oš.pers.) a III. (fyzio/ergo) skupiny bylo nalezeno u charakteristiky *z hendikepu udělal přednost*. Toto zjištění lze vyhodnotit tím, že je přínosem pro stejně postižené pacienty, člověk, který je sám tělesně postižený. Vždyť instruktor soběstačnosti je sám vzorem, že se i přes těžkosti nevzdává a může v některých oblastech vítězit. Jak popisuje ve své práci Knoblochová (2013, s. 38) : „*instruktoři jsou lidé, kteří jsou sami upoutáni na vozík*.“ Komu jinému, by se měl pacient svěřovat se svým trápením, než člověku s podobným postižením. Člověku, který si prošel stejnými úskalími. Jak popisuje Zacharová (2007, s. 100) „*člověk si v závažném zdravotním stavu prochází pěti etapami. Popisovanými Kübler - Rossovou , od fáze šoku po fázi smíření. Fáze se mohou prolínat,*

trvají různě dlouhou dobu, některé fáze vůbec nemusí nastat. Důležitá je určitá naděje“. Lze tedy zhodnotit, a vycházet z teoretického podkladu, že i pacienti po míšním poškození, potřebují vidět naději, že život nekončí a co mohou ještě dokázat.

U I. skupiny (oš.pers.) z prvních pěti faktorů, zůstal k vyjádření ve faktoru silné stránky pouze aspekt *blízkost k pacientovi*. Tento aspekt navazuje na předchozí. Blízkost k pacientovi, vyjadřuje podobnost postižení. Umění pochopit potřeby pacientů.

U II. skupiny (P/K) bez shody, zůstalo tvrzení aspekt *přísnost*. Zjištění, lze vysvětlit tím, že instruktor vyžaduje perfektní provedení cviku. S touto skutečností souvisí umění odhadnout schopnosti pacienta, kterým přizpůsobuje nároky. Lze tedy potvrdit, z tvrzení Krivošíkové (2011, s. 25) že při nácviu ADL a IADL využívá ergoterapeut metodu stupňování náročnosti činností. Tuto metodu používá i instruktor soběstačnosti na spinální jednotce.

Ve III. skupině (fyzio/ergo) již zbývá ve faktoru „S“ zhodnotit poslední aspekt *samostatnost*. Toto tvrzení bylo nalezeno pouze v této skupině. Instruktor soběstačnosti je soběstačný v péči o sebe samotného. A samostatnost uváděla skupina jako fakt, že práci u pacienta zvládá bez či s malou dopomocí asistenta. K plnění svých povinností přistupuje zodpovědně a je vnímám tak, že zvládl svoji reintegraci po úraze do společnosti A jak vyplývá ze slov Kysučana (1996, s. 50): *„od počáteční potřeby pomoci zvenčí narůstá motivace a snaha o rehabilitaci a seberealizaci, nárůst samostatnosti je pozvolný. V post akutní fázi se rozvíjí vlastnosti a schopnosti postiženého a úsilí o soběstačnost. Až po reintergraci do společnosti“.*

Domnívám se, že byly nalezeny důležité faktory silných stránek, které instruktor používá ve své práci. Aspekty vypovídají o dovednostech a zkušenostech instruktora soběstačnosti s problematikou míšního postižení. A tím poukazují na důležitost této pracovní pozice.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaké jsou slabé stránky instruktora soběstačnosti?

Zjištěné aspekty uvádím v tabulkách 6, 14, 22. Pro zajímavost uvádím, že nejvíce slabých stránek vyhodnotila I. skupina (oš.pers.) 14 a nejméně a to pouhých šest aspektů skupina II.(P/K). Domnívám se, že I. skupina uvedla větší množství charakteristik o

instruktorovi, protože svého kolegu dobře znají. Oproti tomu II. skupina (P/K), se při šetření spíše ostýchala slabé stránky uvést.

Jediná shoda všech tří skupin u faktoru slabé stránky byla zjištěna u charakteristiky *absence*. Instruktor soběstačnosti je zaměstnán na částečný pracovní úvazek, to je první důvod absence. Druhým důvodem je výrazná sportovní aktivita spojená s častou účastí na sportovním utkání ve stolním tenise. II. skupina pacientů popisovala, že v době jeho nepřítomnosti IS jakoby „ustrnou“ v dosažených pokrocích a až po návratu IS pokračují ve cvičení tam, kde přestali. Mé konstatování, že po dobu nepřítomnosti IS cvičí s ergoterapeutkou, nechtěli připustit. Potvrzuje se tedy, že přítomnost IS je pro pacienty velmi důležitá. A lze vyzorovat, že absence instruktora soběstačnosti je velmi závažná okolnost hodná dalšího řešení a nalezení možnosti nápravy.

Pro mě nejvíce zarážející, byla charakteristika, kterou I. (oš.pers.) a II. skupina (P/K) I. skupina popisuje, *pacienti nejsou informováni o práci instruktora soběstačnosti*, II. skupina ji líčí jako *chybějící první kontakt s pacientem*. Skupina pacientů vysvětlila své tvrzení následovně. Šest pacientů z osmi popisovalo, že se o instruktorovi dozvěděli až v době, kdy začali cvičit na tělocvičně. Pro osvětlení uvádím, že tato doba je odlišná. Velmi záleží na zdravotním stavu pacienta a jeho momentálních možnostech nutných k tomu, aby mohla rehabilitace probíhat právě na tělocvičně. Pouze jeden respondent se o instruktorovi dozvěděl v den své hospitalizace a další pacient se o instruktorovi dozvěděl hned druhý den své hospitalizace. Zde se dá tedy potvrdit tvrzení I. skupiny, že nejsou pacienti informováni a instruktorovi soběstačnosti ani o jeho práci. Domnívám se, že o instruktorovi by měl poskytovat informace rehabilitační pracovník. Už z důvodu, že spolu úzce spolupracují.

Následující aspekt, který byl zjištěn ve shodě II. (P/K) a III. skupiny (fyzio/ergo) a zní *neúčast na vizitě*. II. skupina (P/K) se domnívá, že právě ona účast instruktora na vizitách by byla velmi vhodná. Dle mého zjištění, by pacienti rádi slyšeli hodnocení svých pokroků či stagnace v rehabilitačním tréninku z úst instruktora soběstačnosti směrem k ošetřujícímu lékaři. I přesto, že se vizit účastní fyzioterapeuti i ergoterapeuti a předávají tyto informace lékaři. III. skupina (fyzio/ergo) považuje neúčast na vizitách jako stranění se práce. Sama musím uznat, že se instruktor lékařských vizit neúčastní.

Dalším shodným bodem I. (oš.pers.) a III. skupiny (fyzio/ergo) je *aspekt nedostatečné vzdělání*. K výkonu své práce má instruktor soběstačnosti vzdělání sice minimální, ale

dostačující podle vnitřních předpisů KNL. Rozsah kompetencí instruktora soběstačnosti, je také definován vnitřními předpisy KNL. Během psaní této práce, jsem došla ke zjištění, že se povinnosti a činnosti instruktora soběstačnosti prolínají s činnostmi ergoterapeuta. Protože nemá instruktor soběstačnosti příslušné vzdělání, je nutné, aby vykonával svoji práci pod přímým vedením ergoterapeuta. Při podrobném prozkoumání obsahu náplně práce ergoterapeuta KNL, by se daly přiřadit instruktorovi soběstačnosti prvky ergoterapie: analýza běžných denních činností (ADL), hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit v kontextu fyzického a sociálního prostředí, sestavování krátkodobého a dlouhodobého plánu ergoterapie v oblasti ADL, učit a vést pacienta k soběstačnosti a samostatnosti, s cílem všechny použité činnosti využívat k podpoře a obnově funkce pro pacientovo zařazení do pracovního, sociálního a domácího prostředí. Provádět základní LTV u konkrétních pacientů. Doporučit kompenzační pomůcky, včetně praktického nácviku, poskytovat poradenskou činnost pacientům a rodinným příslušníkům, včetně návrhu úprav pracovního a domácího prostředí. Domnívám se, že pokud vykonává prvky ergoterapie, pod přímým vedením ergoterapeuta, dosavadní vzdělání je postačující.

U I. skupiny (oš.pers.) již zůstal bez shody aspekt *nekvalitní plánování* a občas *nedostatky v komunikaci*. U tvrzení, nekvalitní plánování, došlo k rozporu s aspekty, které tato skupina uvedla u faktoru silné stránky od 6. místa níže (viz tabulka 5). Předpokládám, že se jedná spíše o neznalost či nevšímání si práce ze strany ošetrovatelského personálu práce instruktora soběstačnosti. Protože on sám má s ergoterapeutkou vypracovaný časový harmonogram, který dodržuje. Nově jsou zavedeny na pokojích informační tabulky s přesným rozpisem ergo a fyzioterapie rozplánované po celý den. Tedy každý jak ošetřující personál, tak i pacient, rodina má možnost si zjistit v jaký konkrétní čas pacient cvičí. Při změně skutečností je ošetrovatelský personál informován vedoucím pracovníkem rehabilitačních pracovníků. Aspekt občas nedostatky v komunikaci. Objektivně lze posoudit, podle výsledků šetření, že došlo opět k rozporu. Protože tato skupina uváděla komunikaci jako silnou stránku na předním 4. místě. Domnívám se, nedostatky v komunikaci vyplývají ze skutečnosti, že se výzkumu v I. skupině zúčastnilo 5 (45.5 %) pracovníků s délkou praxe do 12 měsíců, jak vyplývá z tabulky 4. Lze tedy říci, že ony samotné ještě hledají své zařazení na novém pracovišti a s tím lze spojit či připustit možné drobné neshody v komunikaci.

U II. skupiny (P/K) zůstaly bez shody dva aspekty a to aspekt *krátký čas na pacienta a najít si osobní vztah*. Krátký čas na pacienta, mě překvapil. Pacienti cvičí dvakrát denně podle přesně vymezeného harmonogramu rehabilitačních pracovníků SJ KNL se zohledněním schopností a možností jednotlivých pacientů. Je pravdou, jak vyplynulo ze šetření, že pacient na spinální jednotce by rád cvičil nejlépe po celý den. Jak sami pacienti uváděli, cvičení by chtěli více, aby došlo co nejdříve ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Domnívám se tedy, že proto se pacientům zdál čas vymezený krátký.

Ve II. skupině (P/K) bylo zjištěno ojedinělé hledisko *najít si osobní vztah* k instruktovi. Uváděl jej pouze jeden pacient. Zdá se tedy, že i přesto že komunikační techniky fungují. Může se objevit potíže. Nemoc, umí změnit psychiku člověka. Přece jenom jsme každý jiný, odlišný. A cesty k sobě si lze najít. Tento pacient, byl člověk, který pracoval v managementu firmy, a dosud byl spíše v nadřízené pozici. Díky nemoci, se dostal do pozice opačné, a jak sám uváděl, měl problém spíše sám se sebou přizpůsobit se. Posléze uznal, že po překonání překážek, a nalezení společné cesty s instruktorem, s ním velmi rád spolupracoval.

A u poslední III. skupiny (fyzio/ergo) zůstal v neshodě pouze jeden aspekt, a to *egoismus*. Toto tvrzení mě překvapilo. Vycházelo ze skupiny, která s instruktorem spolupracuje nejvíce. Po mém dotazování, proč je tomu tak, se mi dostalo zjištění, které vyplývá spíše s jedinečností pozice, která nemá konkurenci. Jak popisuje Wikipedie: „*Pojmy „čistého“ egoismu i altruismu jsou tedy pouhé konstrukce, které nemají smysl. Ve skutečnosti člověk téměř nikdy nemůže přesně oddělit vlastní prospěch a prospěch druhých a sobectví pak znamená buď to, že se příliš soustřeďuje na svůj vlastní úspěch, anebo že jej druhým nepřeje.*“ (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Egoismus>)

Tvrzení egoismu této skupiny je v rozporu se zjištěnými silnými stránkami instruktora a jeho poslání pomáhat lidem stejně postiženým. Domnívám se, že toto označení vyplývá spíše z pozice jedinečnosti instruktora a bezkonkurenčnosti prostředí.

Souhrnně z dosavadních zjištění, ve faktoru slabé stránky lze konstatovat, že instruktor soběstačnosti má určité slabiny, vycházející ze současného stavu a jsou v mnohých bodech ovlivnitelné jím samým. Domnívám se, že je nutné najít cesty k nápravě a uvedené slabé stránky co nejvíce eliminovat.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jaké jsou možné příležitosti a možnosti k posílení pozice instruktora soběstačnosti?

Záměrem bylo nahlédnutí do faktoru „O“ příležitostí. Do pozitivních vnějších podmínek a okolností, které nejsou pod kontrolou instruktora soběstačnosti, ale je možné z nich čerpat aspekty do budoucnosti. Charakteristiky jednotlivých skupin jsou uvedené v tabulce 7, 15, 23.

Shoda v charakteristice *medializace* či *zviditelnění práce* instruktora soběstačnosti vyšla ze šetření I. (oš.pers.), II. (P/K) i III. skupiny (fyzio/ergo). Myslím si, že o práci instruktora je informován pouze úzký okruh lidí. A to lidé, kteří se s instruktorem setkali, buď ve spolupráci s ním samým či při hostování v rehabilitačních ústavech, zdravotnické škole, při besedách. Další část lidí, zná instruktora díky jeho sportovní aktivitě. Domnívám se, že by bylo vhodné více zviditelnit práci, které se věnuje na SJ KNL. Sama jsme se obávala výsledků šetření, hlavně od kolegyně a kolegů, kteří pracovali na SJ KNL poměrně krátkou dobu. Byla jsem ale sama potěšena s výsledky šetření, kde se ukázalo, že o práci svého kolegy instruktora jsou informováni a znají náplň jeho práce. Domnívám se, že je zapotřebí i v dnešní vyspělé době poukazovat na skutečnost, že hendikepovaný člověk může být užitečný společnosti.

Další shoda I. (oš.pers.) a II. skupiny (P/K) byla zjištěna v hledisku *kontakt s rodinou*. Zabývám se sama otázkou jeho důležitosti. Toto tvrzení není až tak překvapující, protože je důležitá souhra s rodinou pacienta. Rodina má v těžké situaci pacienta velmi důležitou úlohu, nejen jako psychická podpora, ale i jako následná péče. Asi málo kdo z nás „zdravých“, si umí představit, co prožívá člověk po těžkém poškození míchy, Jeho život se otočí o 360° stupňů. Je v situaci, kterou dosud neznal, ani si neuměl připustit. A proč ne právě instruktor soběstačnosti by nemohl pomoci. On sám nejlépe ví, jak se takový člověk cítí. Jaké jsou jeho potřeby, ale i jakým směrem se dá směřovat po propuštění z rehabilitačního ústavu. Hospitalizace určitě přináší možnost kontaktu s rodinou, s eventualitou nasměřovat rodinu k potřebám pacienta.

Ve shodě I. (oš.pers.) a III. (fyzio/ergo) skupina, byl zjištěn zajímavý aspekt „*možnost působit na jiných odděleních*“. Domnívám se, že se odráží od důležitosti pozice instruktora soběstačnosti a v možnosti ukázat pracovní techniky jeho práce. A to nejen na jiných odděleních v rámci nemocnice, ale i hostování v jiných nemocnicích, ústavech,

rehabilitačních centrech, tím by došlo k posilování jeho pracovní pozice a významu jedinečnosti pracovního zařazení.

Zjištěno bylo také shodně u II. (P/K) a III. (fyzio/ergo) skupiny v aspektu *zvýšit počet instruktorů*. Považuji sama, zvýšení počtu instruktorů za určité otevření okénka budoucnosti. Jednak z důvodu konkurence a z možnosti střídání instruktorů u pacientů. Pak by případná absence tedy nebyla vnímaná pacienty tak negativně. Domnívám se, že navýšením počtu instruktorů osobami vhodnými pro tuto pracovní pozici, by se dala zlepšit situace na trhu práce, ve vztahu k osobám zdravotně postiženým. Jak Liga lidských práv uvádí: „*Česká legislativa upravující zaměstnávání osob se zdravotním postižením má stále určité rezervy. K zaměstnání osob s handicapem firmám chybí dostatečná motivace a přetrvávající překážkou je i smýšlení veřejnosti. Podle Českého statistického úřadu (ČSÚ) je každý desátý občan České republiky osobou se zdravotním postižením. Většina těchto lidí žije ve velkokapacitních ústavech a nemá klasické zaměstnání, a to mnohdy i přesto, že řada z nich pracovat může a navíc také chce. Potvrzují to i čísla ČSÚ a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, z nichž lze vyčíst, že v roce 2007 se mezi zdravotně postiženými občany nacházelo až 62 % úplně soběstačných lidí (v produktivním věku). Podíl zaměstnanců a osob samostatně výdělečně činných činil 14 %.* (www.euractiv.cz/socialni-politika/clanek/k-zamestnani-zdravotne-postizenych-chybi-firmam-motivace-shoduji-se-odbornici-010272)

Myslím, si že výše zmíněné fakty, vypovídají mnohé o naší společnosti. Je pravdou, že v dnešní době je mnohdy náročné najít práci pro člověka bez hendikepu. Samotný fakt, že je 62 % zdravotně postižených lidí úplně soběstačných a zároveň nezaměstnaných mi přišlo zarážející. Vznikem nových příležitostí k zaměstnáváním tělesně postižených v pomáhajících profesích by mohla svitnout jiskřička naděje.

II. skupině (P/K) zůstal jen jeden aspekt bez shody a to „*zpětná vazba k personálu ohledně motorických dovedností pacienta*“. Jak si tuto skutečnost vysvětlit? Domnívám se, že pacienti jsou velmi pyšní na svůj i sebemenší pokrok, své úspěchy. A proto chtěli, aby personál věděl o těchto skutečnostech a respektoval je. Toto zjištění, si vysvětluji tím, že pacienti zaznamenali drobné problémy v předávání informací mezi personálem jak ošetrovatelským tak rehabilitačním. Myslím si, že tato skutečnost se zakládá na pravdě a náprava v této oblasti je relativně snadná.

Ve III. skupině (fyzio/ergo) jsem došla ke zjištění aspektu *zpětná kontrola vykonané práce nadřízeným pracovníkem*. Ze šetření vyplynulo, že III. skupina postrádá kontrolu práce instruktora. V náplni práce je kontrola jeho činnosti vymezena, mohla bych se pouze domnívat proč tomu tak není.

Dalším aspektem III. skupiny byl zjištěn aspekt *uzpůsobení pracovního místa pro instruktora*. Dle této skupiny fyzioterapeutů a ergoterapeutů by bylo vhodné uzpůsobit jeho místo, podle požadavku uvedených v práci Architektonické bariéry od Petrové (2006), která zde popisuje podrobně, jakým způsobem lze vyřešit bezbariérové pracovní místo.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, jaká jsou rizika, která by mohla ovlivnit práci instruktora soběstačnosti?

Při šetření jsem se snažila odhalit nepříznivé vnější podmínky, které nejsou pod kontrolou instruktora soběstačnosti, nelze je tedy jím samým ovlivnit. Ale je možno z nich čerpat inspiraci ke zlepšení jeho pracovní pozice. Tabulky 8, 16, 24 obsahují výčet charakteristik vztahujících se k faktoru hrozby.

I. (oš.pers.) a III. skupina (fyzio/ergo) opět poukazuje na možnou hrozbu ve výkonu práce instruktora a to aspektem *současné vzdělání*. Toto tvrzení se dá spojit s tvrzením, *poškození pacienta z důvodu nedostatečných znalostí*, které má původ také ve vzdělání. Domnívám se, jsou to dva velmi důležité aspekty. Instruktor čerpá z teoretických znalostí, praktické znalosti předává na základě svých zkušeností. Opět musím podotknout, že současné vzdělání je dostačující na základě vnitřních předpisů KNL. Ovšem, myslím si, že pro další instruktory by bylo vhodné najít řešení. Jednak v nové náplni práce a zakotvení kompetencí.

Další shoda byla zjištěna u I. skupiny (oš.pers.) *neinformovanost pacientů o instruktorech a neinformovanosti okolí v souvislosti s malou propagací* s II. skupinou (P/K), která uvádí *nedostačenou propagaci jeho práce*. Tyto aspekty vyšly ze šetření v tomto faktoru jako vhodné pro další řešení.

Další totožný názor byl zjištěn u II. skupiny (P/K) *dlouhodobá nemoc instruktora* s III. skupina (fyzio/ergo) *změna zdravotního stavu*. Myslím si, že uvedený aspekt vidí skupiny jako riziko v nemožnosti zastupitelnosti práce instruktora soběstačnosti. I když, určitá zastupitelnost je a to rehabilitačním pracovníkem ergoterapeutem. Při šetření bylo

zjištěno, že skupiny se domnívají, že případnou dlouhodobou nemocí instruktora „přijde“ pacient o možnost spolupráce s ním.

Shoda opět dvou skupin v následujícím tvrzení: I. (oš.pers.) *syndrom vyhoření, stres* a II. skupiny (P/K) *nezájem o pacienty*. Jak vyšlo ze šetření, tvrzení *nezájem o pacienty* ze strany instruktora, bylo označeno jako riziko. A u pomáhajících profesí se může jako i jiných povolání objevit pomalu plížící se syndrom vyhoření. Další shoda nastala v I.(oš.pers.) a II. skupině (P/K) riziko *konkurence*. U II. skupiny (P/K) zůstala charakteristika *nedostatečná podpora od zaměstnavatele*. A u III. skupina (fyzio/ergo) aspekt *nedostatečná kontrola práce instruktora*.

Závěrem k faktoru rizik, lze říci, že tento faktor nelze ovlivnit samotným instruktorem soběstačností. Ale ze zjištěných aspektů je možné čerpat inspiraci ke zlepšení.

Odpověď na výzkumnou otázku, jak vnímá ošetrovatelský personál a pacienti práci instruktora soběstačností, bylo zjištěno z charakteristik uvedenými respondenty při výzkumném šetření. Po shrnutí výsledků SWOT , lze konstatovat, že práci vnímají uvedené skupiny jako velmi užitečnou, významnou a potřebnou v této pomáhající profesi. Všechny stanovené cíle byly splněny.

5 Návrh doporučení pro praxi

Poznatky, které byly zjištěny v této bakalářské práci, budou předány vrchní sestře spinální jednotky Krajské nemocnice Liberec a.s.

Jak vyplynulo ze výzkumného šetření, práce instruktora soběstačnosti, je všemi skupinami respondentů vnímána pozitivně. Byly zjištěny silné stránky, ale i slabé stránky. Byly zjištěny příležitosti, které by posílily jeho pracovní pozici.

Prvním nedostatkem, který jsem zaznamenala z tvrzení všech tří skupiny, bylo nedostatečné zviditelnění práce instruktora soběstačnosti. Medializace práce instruktora soběstačnosti SJ KNL by se dala dosáhnout několika způsoby, jak formou písemnou, ústní a elektronickou

- Vytvořením informační nástěnky přímo na oddělení SJ KNL. Informace by získali nejen pacienti, rodiny a blízké okolí pacienta, ale i odborná veřejnost.
- Dalším návrhem je předávání informací o působnosti instruktora soběstačnosti pacientovi, po příjmu na oddělení, rehabilitačními pracovníky.
- Na zviditelnění práce instruktora by mohlo přispět i vytvoření informačního letáku pro pacienty a širokou veřejnost.
- Ale i možnost založení webové stránky instruktora soběstačnosti. (pozn. leták a webové stránky <http://www.jirisuchanek.cz>, vznikly na základě obeznámení instruktora soběstačnosti s výsledky šetření).
- Možností jak zviditelnit práci instruktora soběstačnosti by přispěl i příspěvek do odborného časopisu.

6 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala otázkou, jak vnímá práci instruktora soběstačnosti ošetrovatelský personál a pacienti a skupinu respondentů z řad fyzioterapeutů a ergoterapeutů spinální jednotky Krajské nemocnice Liberec a.s.

Práce je strukturovaná do více kapitol. Obsahem první kapitoly je definice názvu instruktor soběstačnosti, vymezení jeho pracovní činnosti a bližší zaměření na oddělení spinální jednotky. Druhá kapitola se zabývá spoluprací instruktora soběstačnosti s ergoterapeutem, definicí ergoterapie a prvky ergoterapie v práci instruktora soběstačnosti. Následující kapitola se věnuje vzniku pracovního místa instruktora soběstačnosti v České republice, profilem instruktora soběstačnosti spinální jednotky v Liberci a existencí dalších instruktorů soběstačnosti v České republice a v zahraničí. Cílem prvních tří kapitol bylo shrnutí dostupných informací o pracovních činnostech instruktora soběstačnosti na SJ KNL.

Čtvrtá kapitola se zabývá cíli výzkumu, výzkumnou otázkou, metodologií práce. S tím související charakteristika zkoumaného vzorku a popisem zpracování získaných dat. Následně v pátém oddílu je prezentováno vlastní výzkumné šetření a práce s jednotlivými skupinami respondentů. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 26 osob, které byly rozděleny do tří skupin. I. skupina ošetrovatelského personálu představovala 11 žen, v průměrném věku 31,5 let. S délkou praxe na SJ KNL od 3 měsíců po 11 let. Další, II. skupina pacientů byla tvořena 8 muži, v průměrném věku 46 let, s průměrnou délkou hospitalizace 89 dní, převažující postižení paraplegie. III. skupina fyzioterapeutů a ergoterapeutů byla skupina smíšená 2 muži, 5 žen v průměrném věku 29 let a délkou praxe na SJ KNL v průměru 2,5 roku.

Kvalitativní výzkumné šetření, formou polo strukturovaného rozhovoru a kreativních metod, u všech tří skupin směřovalo k zjištění stanovených dílčí cílů. K nalezení silných a slabých stránek a dále ke zjištění příležitostí a rizika, která by mohly ovlivnit práci i pozici instruktora soběstačnosti. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejdůležitější, nejsilnější aspekt, který shledali respondenti v osobních zkušenostech instruktora soběstačnosti. Tyto osobní zkušenosti vyplývají z jeho vlastního hendikepu. S možností pochopit potřeby pacientů z důvodu podobnému typu poranění, které on sám prodělal. Velmi důležité se ukázalo tvrzení, že sám tělesně postižený člověk pomáhá jiným stejně či podobně postiženým

pacientům. Lze tedy konstatovat, že osobní a profesionální přístup instruktora soběstačnosti je pro všechny skupiny respondentů významný. Slabou stránku vidí v nedostatečné informovanosti, příležitost respondenti spatřují v propagaci práce a rizikem bylo odhaleno vzdělání, které by mohlo ohrozit práci instruktora soběstačnosti.

Odpověď na otázku, jak vnímá ošetrovatelský personál a pacienti práci instruktora soběstačnosti, lze zjistit z výsledků šetření. Po shrnutí výsledků SWOT, lze konstatovat, že skupiny respondentů vidí práci instruktora soběstačnosti jako velmi užitečnou a významnou a potřebnou. Především z pohledu pacientů lze jednoznačně konstatovat, že instruktor soběstačnosti je více, než jen "pouhý" terapeut, který pacientům pomáhá překonat nové obtíže a překážky. Instruktor soběstačnosti, jako stejně postižený člověk, je také velmi silným psychologickým stigmatem, který dodává pacientům morální sílu překonat nový, ve většině případů, trvalý zdravotní hendikep. Osobní příběh, spolu s vykonávanou pracovní činností, každého jednotlivého instruktora soběstačnosti, pak může dodat pacientům potřebný prvek sebejistoty a rozhodnosti

Tato práce je v mnoha směrech pilotním projektem, který vyžadoval specifický přístup k tomu, abych vyjádřila komplexnější náhled na práci instruktora soběstačnosti, jeho zavedení do praxe a potřebnost.

7. Bibliografie

1. FALTÝNKOVÁ, Z. *Vše okolo tetraplegie*. Praha: Česká asociace paraplegiků - CZEPA, 2012. 59 s. ISBN 978-80-260-5098-8.
2. FALTÝNKOVÁ, Z. *Jak na to doma*. Praha: Česká asociace paraplegiků - CZEPA, 2011. 34 s. ISBN 978-80-260-5102-2
3. FALTÝNKOVÁ, Z. KŘÍŽ, J. KÁBRTOVÁ, A., *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků - Centrum Paraple, 2004. 83 s. ISBN 80-239-5555-1
4. JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha : Portál, 2009. 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
5. KOZEL, R. *Moderní marketingový výzkum : nové trendy, kvantitativní a kvalitativní metody a techniky, průběh a organizace, aplikace v praxi, přínosy a možnosti*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 277 s. ISBN 80-247-0966-X.
6. ČIŽINSKÁ, R., MARINIČ, P. *Finanční řízení podniku : moderní metody a trendy*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 204 s. ISBN 978-80-247-3158-2.
7. KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*, 1.vyd. Praha : Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
8. LOJDA, J. *Manažerské dovednosti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 182 s. ISBN 978-80-247-3902-1.
9. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

10. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
11. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
12. WENDSCHE, P. *Doporučené postupy péče v akutní fázi po poškození míchy*. 1.vyd.Praha : Svaz paraplegiků s podporou MZ ČR, 2006. 36 s.
13. Slovník českých synonym a antonym. 2. vyd. Brno : Lingea, 2012. 592 s. ISBN 978-80-87471-40-1.
14. VYTEJČKOVÁ, R. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I : obecná část*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
15. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie : teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1.vyd. Praha : Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Skripta

16. KYSUČAN, J., KUJA, J. *Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky Olomouc* . Univerzita Palackého v Olomouci, Vydavatelství Univerzity Palackého 1996 . 99 s. ISBN 8070676779

Absolventské práce

17. PEŠKOVÁ, M. *Ergoterapie u klientů s lézí míšni (tetraplegie) – Stabilita sedu a přesuny* : bakalářská práce. Ústí nad Labem : Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Ústav zdravotnických studií, 2008. 74 1. Vedoucí bakalářské práce Eva Křemenáková

18. PETROVÁ, J. Architektonické bariéry v životě handicapovaných klientů : absolventská práce. Teplice : Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická, 2008.54 1. Vedoucí práce Hana Volfová
19. KNOBLOCHOVÁ, M. Ergoterapie u transversální léze míšni (Tetraplegie) : bakalářská práce. Ústí nad Labem : Universita Jana Evangelisty Purkyně, Ústav zdravotnických studií, 2013. 59 1. Vedoucí práce Eva Křemenáková

II. Elektronické zdroje

20. Statistika počtu pacientů na Spinálních jednotkách za rok 2011 [online].c2013 [cit. 2013-11-26] Dostupné z
http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/statistiky/pocet_pacientu_sj11.pdf
21. Vlastní spinální jednotka : informace o spinální jednotce [online].c2013, [cit. 2013-11-15] Dostupné z :
<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=6127&typ=application/msword&nazev=7+-+Dokument+235317.doc>
22. Česká asociace paraplegiků [online].c2013 [cit. 2013-11-15]. Dostupné z :
<http://czepa.webnode.cz/poraneni-michy>
23. Metodické opatření MZ ČR z 18.6.2002, Dostupné z
http://is.muni.cz/th/124427/pedf_d/priloha3.txt
24. Centrum Paraple [online].c2013 [cit. 2013-11-15] Dostupné z :
<http://www.paraple.cz/o-nas.html>
25. Krajská nemocnice Liberec : Dobromysl [online].c2013 [cit. 2013-11-26] Dostupné z
www: <http://www.nemlib.cz/web/index.php?m=296>

26. Wikipedie : Egoismus [online].c2013 [cit. 2013-11-26] Dostupné z:
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Egoismus>

27. Euraktiv : Sociální politika [online].c2013 [cit. 2013-11-26] dostupné z
<http://www.euractiv.cz/socialni-politika/clanek/k-zamestnani-zdravotne-postizenych-chybi-firmam-motivace-shoduji-se-odbornici-010272>

Zahraniční zdroje

28. FOY, T. et al. The SCIRehab project: treatment time spent in SCI rehabilitation. Occupational therapy treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. The Journal of Spinal Cord Medicine. 2011, 34 (2), 162-75. [cit. 2013-11-25]. ISSN 1079-0268.

29. IDE-OKOCHI, A., E. TADAKA a K. FUJIMURA. The meaning of self-care in persons with cervical spinal cord injury in Japan: a qualitative study. BMC Neurology [online].
2013 Sep 4, vol. 13 (1), pp. 115 [cit. 2013-11-25]. ISSN 1471-2377. DOI 10.1186/1471-2377-13-115. Dostupné z <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/13/115>

8. Seznam zkratek

- ADL - Activites of Daily Living
- ASIA - Amerikan Spinal Injury Association
- ev. - eventuálně
- fyzio/ergo - fyzioterapeuti a ergoterapeuti
- HK - horní končetiny
- IADL - instrumetal Activites of Daily Living
- IS - instruktor soběstačnosti
- KNL - Krajská nemocnice Liberec a.s.
- např. - například
- oš,pers. - ošetřovatelský personál
- PC - počítač
- P/K - pacienti
- SJ - spinální jednotka
- SJ KNL - spinální jednotka Krajské nemocnice Liberec a.s.
- SCI (Spinal Cor Injury) - poranění míchy
- SŠ - střední škola
- tzn. - to znamená
- VŠ - vysoká škola
- VOŠ - vyšší odborná škola
- ZTP/P - zvlášť těžké postižení s potřebou průvodce

9. Seznam grafů

GRAF 1 POHLAVÍ I. SKUPINA OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL	34
GRAF 2 VĚKOVÁ KATEGORIE I. SKUPINA OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL	35
GRAF 3 VZDĚLÁNÍ I. SKUPINA OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL.....	36
GRAF 4 DÉLKA PRAXE NA SJ KNL I. SKUPINA OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁLU.....	37
GRAF 5 POHLAVÍ II. SKUPINA PACIENTI SJ KNL.....	42
GRAF 6 VĚKOVÁ KATEGORIE II. SKUPINA PACIENTI SJ KNL	43
GRAF 7 TYP TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ II. SKUPINA PACIENTI	44
GRAF 8 DÉLKA HOSPITALIZACE / II. SKUPINA PACIENTI	45
GRAF 9 POHLAVÍ III. SKUPINA FYZIO/ERGOTERAPEUTI SJ KNL.....	50
GRAF 10 VĚK III. SKUPINA FYZIO/ERGOTERAPEUTI	51
GRAF 11 VZDĚLÁNÍ III. SKUPINA FYZIO/ERGOTERAPEUTI.....	52
GRAF 12 DÉLKA PRAXE III. SKUPINA FYZIO/ERGOTERAPEUTI	53

10. Seznam tabulek

TABULKA 1 POHLAVÍ I. SKUPINA OŠ.PERS.	34
TABULKA 2 VĚKOVÁ KATEGORIE I. SKUPINA OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL	35
TABULKA 3 VZDĚLÁNÍ I. SKUPINA OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL	36
TABULKA 4 DÉLKA PRAXE NA SJ KNL I. SKUPINA OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL	37
TABULKA 5 FAKTOR „S“ SILNÉ STRÁNKY SWOT / I. SKUPINA OŠETŘOVATELSKÁ PERSONÁL	38
TABULKA 6 FAKTOR „W“ SLABÉ STRÁNKY SWOT/ I. SKUPINA OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL	39
TABULKA 7 FAKTOR " O " PŘÍLEŽITOSTI SWOT / I. SKUPINA OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL ..	40
TABULKA 8 FAKTOR " T " HROZBY SWOT / I. SKUPINA OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL	41
TABULKA 9 POHLAVÍ II. SKUPINA PACIENTI SJ KNL	42
TABULKA 10 VĚKOVÁ KATEGORIE II. SKUPINA PACIENTI SJ KNL.....	43
TABULKA 11 TYP TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ II. SKUPINA PACIENTI SJ KNL	44
TABULKA 12 DÉLKA HOSPITALIZACE / II. SKUPINA PACIENTI SJ KNL.....	45
TABULKA 13 FAKTOR „S“ SILNÉ STRÁNKY SWOT / II. SKUPINA PACIENTI.....	46
TABULKA 14 FAKTOR „W“- SLABÉ STRÁNKY SWOT / II. SKUPINA PACIENTI.....	47
TABULKA 15 FAKTOR " O" PŘÍLEŽITOSTI / II. SKUPINA PACIENTI	48
TABULKA 16 FAKTOR „T“ HROZBY / II. SKUPINA PACIENTI	49
TABULKA 17 POHLAVÍ III. SKUPINA FYZIO/ERGOTERAPEUTI SJ KNL.....	50
TABULKA 18 VĚKOVÁ KATEGORIE III. SKUPINA FYZIO/ERGOTERAPEUTI SJ KNL	51
TABULKA 19 VZDĚLÁNÍ III. SKUPINA FYZIO/ERGOTERAPEUTI SJ KNL.....	52
TABULKA 20 DÉLKA PRAXE NA SJ KNL III. SKUPINA FYZIO/ ERGOTERAPEUTI SJ KNL	53

TABULKA 21 FAKTOR „S“ SILNÉ STRÁNKY SWOT / III. SKUPINA FYZIO/ERGOTERAPEUTI SJ	
KNL	54
TABULKA 22 FAKTOR „W“ SLABÉ STRÁNKY SWOT / III. SKUPINA FYZIO/ERGOTERAPEUTI SJ	
KNL	55
TABULKA 23 FAKTOR „O“ PŘÍLEŽITOSTI SWOT / III. SKUPINA FYZIO/ERGOTERAPEUTI SJ	
KNL	56
TABULKA 24 FAKTOR „T“ HROZBY SWOT / III. SKUPINA FYZIO/ERGOTERAPEUTI SJ KNL .	57

11. Seznam příloh

PŘÍLOHA 1 STATISTIKA POČTU PACIENTŮ NA SPINÁLNÍCH JEDNOTKÁCH ZA ROK 2011

PŘÍLOHA 2 TABULKA CÍLŮ FUNKČNÍ NEZÁVISLOSTI

PŘÍLOHA 3 NÁCVIK ADL OBLÉKÁNÍ - FOTODOKUMENTACE

PŘÍLOHA 4 NÁCVIK PŘESUNU DO AUTA - FOTODOKUMENTACE

PŘÍLOHA 5 TRÉNINK POSAZOVÁNÍ SE NA BOK - FOTODOKUMENTACE

PŘÍLOHA 6 TRÉNINK POSAZENÍ SKRZ POKRČENÉ LOKTY- FOTODOKUMENTACE

PŘÍLOHA 7 JÍZDA NA VOZÍKU-FOTODOKUMENTACE

PŘÍLOHA 8 SPOLUPRÁCE S DOBROVOLNÍKY- FOTODOKUMENTACE

PŘÍLOHA 9 LETÁK DOBROVOLNICKÉHO CENTRA DOBROMYSL

PŘÍLOHA 10 ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŘÍZENÍ

PŘÍLOHA 11 FAKTOGRAFICKÉ ÚDAJE I. SKUPINA (POHLAVÍ, VĚK, VZDĚLÁNÍ, DÉLKA PRAXE NA SJ KNL) - PRACOVNÍ TABULKA

PŘÍLOHA 12 FAKTOGRAFICKÉ ÚDAJE II. SKUPINA (POHLAVÍ, VĚK, TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ, DÉLKA HOSPITALIZACE NA SJ KNL) – PRACOVNÍ TABULKA

PŘÍLOHA 13 FAKTOGRAFICKÉ ÚDAJE III. SKUPINA (POHLAVÍ, VĚK, VZDĚLÁNÍ, DÉLKA PRAXE NA SJ KNL) - PRACOVNÍ TABULKA

PŘÍLOHA 14 EMAILOVÁ KORESPONDENCE DÁNSKO / ČR

PŘÍLOHA 15 TABULKA SWOT

PŘÍLOHA 16 FOTOGRAFIE Z PRŮBĚHU VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

