



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Rehabilitační ošetřovatelství

Číslo projektu: CZ.1.07/1.1.26/02.0077

Název projektu: Elearning na střední zdravotnické škole 2

PŘEDMĚT : Ošetřovatelství
ROČNÍK : Druhý
JMÉNO AUTORA : Mgr. Petra Kaduchová, Mgr. Irena Přivřelová
ŠKOLA : SZŠ a VOZŠ E. Pöttinga Olomouc

ANOTACE: Kapitola Rehabilitační ošetřovatelství je zařazena podle ŠVP do druhého ročníku v předmětu ošetřovatelství.

KLÍČOVÁ SLOVA: rehabilitace, aktivizace, mobilizace, hybnost, soběstačnost, prevence, polohování, aktivní cvičení, pasivní cvičení, dechová gymnastika

Obsah

1.	Rehabilitační ošetřovatelství	- 3 -
1.1	Polohování	- 4 -
1.1.1	Cíle polohování	- 4 -
1.1.2	Dělení polohování	- 4 -
1.1.3	Zásady polohování	- 5 -
1.1.4	Způsoby polohování	- 5 -
1.2	Pasivní a aktivní cvičení	- 5 -
1.2.1	Pasivní cvičení	- 5 -
1.2.2	Aktivní cvičení	- 6 -
1.3	Dechová gymnastika	- 7 -
1.3.1	Dělení dechové gymnastiky	- 7 -
1.3.2	Typy dýchání	- 8 -
1.3.3	Cíl dechových cvičení	- 8 -
1.3.4	Odkašlávání	- 8 -
1.4	Včasná mobilizace	- 10 -
1.4.1	Chůze s berlemi podle rytmu	- 10 -
1.4.2	Chůze s berlemi podle povolené zátěže postižené končetiny	- 10 -
1.5	Soběstačnost	- 10 -
1.6	Literatura	- 12 -

1. Rehabilitační ošetřovatelství

Rehabilitační ošetřovatelství je součástí základního ošetřování nemocných v rámci ošetřovatelského procesu u pacienta.

Pohybová léčba a celková aktivizace pacientů je významnou součástí léčebného přístupu v souladu s ošetřovatelskou péčí u řady onemocnění.

Cílem rehabilitačního ošetřovatelství

- je zachovat co nejvyšší míru soběstačnosti pacienta
- zabránit vzniku dekubitů a kontraktur
- preventivně působit proti tromboembolické nemoci
- preventivně působit proti hypostatické bronchopneumonii
- minimalizovat úbytek svalové síly
- udržet fyziologický rozsah pohybu v kloubech
- optimalizovat dechové funkce

Úkolem rehabilitačního ošetřovatelství je předcházet a zamezit možným komplikacím, mezi které patří zejména:

- **imobilizační syndrom**

Imobilizační syndrom vzniká dlouhodobým pobytem na lůžku, kdy vznikají změny na všech tělních systémech - na pohybovém aparátu, mění se činnost srdce a oběhového systému, zažívacího systému, močového systému, kůže i nervového systému.

- **deformity pohybového systému**

Po překonání akutní fáze nemoci má sestra nemocného co nejdříve aktivizovat, tedy systematicky ho vést k aktivnímu pohybu, prohloubenému dýchání, posazování, stojí a chůzi (vertikalizaci) a také k soběstačnosti. Setrvání dlouhodobě v jedné poloze by mohlo vést k deformitám pohybového systému.

- **kontraktury svalů a šlach**

Kontraktury znamenají trvalé zkrácení svalu způsobující omezení rozsahu pohybu v kloubu. U osob neschopných samostatného pohybu mohou velmi rychle vzniknout kontraktury. Jejich svaly se bez pohybu zkracují, klouby se fixují v určitém postavení a nejsou pak schopny své normální funkce. Prevencí vzniku kontraktur je pravidelné procvičování kloubů k udržení fyziologického rozsahu pohybu a polohování.

Pohyb je třeba provádět plynule, pomalu, bez trhavých pohybů. Nikdy nepřekračujeme práh bolesti.

Speciální péči o hybnost, soběstačnost a samostatnost zahrnuje léčebná rehabilitace, kterou zajišťují odborně připravení fyzioterapeuti a ergoterapeuti.

Fyzioterapie navazuje na úkony základní ošetrovatelské péče zahrnující rehabilitační ošetrovatelství, které provádějí všeobecné sestry a ostatní personál.

Rehabilitační ošetrovatelství zahrnuje tyto úkony rehabilitačního ošetřování

- polohování
- pasivní a aktivní cvičení
- dechovou gymnastiku
- včasnou mobilizaci
- nácvik soběstačnosti

1.1 Polohování

Polohování je umístění pacientova těla a jeho částí do určité polohy tak, aby se pacient cítil pohodlně a jeho poloha nemohla způsobit poškození zdraví. Čím nižší je stupeň mobility a schopnosti sebezpěče, tím potřebnější a důležitější je správné držení a polohování těla pacienta.

1.1.1 Cíle polohování

- prevence bolesti (polohováním v úlevové poloze)
- prevence vzniku kontraktur svalů a šlach
- prevence vzniku dekubitů
- usnadnit odtok hlenu z určité části plic polohovou drenáží
- prevence vzniku pneumonie
- zlepšení oběhových funkcí

1.1.2 Dělení polohování

Místní

Předcházíme zkracování svalů, šlach, vazů, kloubních pouzder, které vede až k vytváření kontraktu, bráníme tak vzniku degenerativních změn, napomáháme zvětšení rozsahu pohybu v kloubu a lepší trofiky svalů.

Celkové

Jedná se o správné uložení pacienta a měnění polohy v určitých intervalech, změny poloh celého těla, tedy obracení nemocného a odlehčování míst vystavených většímu tlaku.

Dle účelu

antalgické (protibolestivé)

- používá se u pacientů s bolestí, kdy najdeme takovou polohu, ve které je bolest mírnější
- antalgickou polohu nemocný v akutním stadiu většinou zaujímá sám
- tato poloha často není fyziologická a přetrváváním v této poloze delší dobu může dojít k vývoji sekundárních změn na pohybovém aparátu

preventivní

- brání svalovému zkrácení (vzniku kontraktur) a vzniku špatného postavení v kloubech, prevencí vzniku kontraktur je polohování do střední polohy, prostředky k polohování: polštáře, pytlíky s pískem, závěsy, dlahy, bedničky, desky

korekční

- má za úkol upravit nefyziologické postavení, kdy nežádoucí změny již vznikly (omezený pohyb, zkrácení svalů, deformita)

1.1.3 Zásady polohování

- zabezpečit správné uložení končetiny (její části), aby působení zevní síly bylo přesně zacílené
- polohovat celých 24 hodin, polohy na lůžku měnit po 2-3 hodinách (individuálně dle typu onemocnění, jeho vývoje, dle potřeb nemocného)
- každá poloha musí být pro nemocného bezpečná (zajistit polohu na lůžku pomocí postranic, dlah apod.)
- při každé změně polohy kontrolovat kůži, zčervenání může značit nebezpečí vzniku dekubitu, kontrolujeme především tzv. predilekční místa
- vycházíme ze zásady, že postavení a pohyby DKK slouží k lokomoci a HKK k sebeobsluze
- pacient musí ležet v suchu

1.1.4 Způsoby polohování

Poloha supinační – poloha na zádech. Tato poloha je všeobecně nejlépe tolerována. Polohování na zádech je však nevhodné z důvodu vyššího rizika pneumonie a vzniku dekubitů v oblasti pat a sakrální oblasti. Hlava se nachází v mírné flexi, u ramenních kloubů je důležité střídání vnitřní a vnější rotace. Loketní kloub je polohován do mírné flexe střídavě s extenzí. Paty jsou odlehčeny v antidekubitních botičkách.

Poloha semisupinační – je to střední poloha mezi polohou na boku a na zádech. Trup musí být rotován dozadu a podepřen polštářem v celé jeho délce.

Poloha na boku – trup je kolmo k podložce a hlava podložena v ose. Poloha na boku má antispastický vliv a zabraňuje vzniku dekubitů v oblasti sakra. Tato poloha má také vliv na drenáž bronchopulmonálních sekretů, proto by mělo být před každou změnou polohy a hned po ní provedeno odsávání.

1.2 Pasivní a aktivní cvičení

1.2.1 Pasivní cvičení

- jedná se o cvičení bez zapojení aktivity pacienta, kdy pohyb za něho provádí zdravotnický pracovník nebo přístroj
- využívá se tam, kde chybí dostatečná svalová síla či je pohyb z důvodu onemocnění či bolesti vyloučen/nemožný
- provádění pasivních pohybů umožňuje zachovat plnou pohyblivost v kloubech, zamezit vzniku kontraktur a redukovat vývoj spasticity

- cílem včasného pasivního cvičení je také „uchování pohybu v paměti“, stimulace propriorecepce („polohocitu“)
- moderní doplňující technikou je bazální stimulace, která vyžaduje týmovou spolupráci všech zdravotníků
- edukace a spolupráce rodinných příslušníků je výhodou

Zásady

- správný úchop končetiny – úchop má být měkký ale pevný
- pasivní pohyb provádět pomalu – obzvlášť na jeho konci, i zpětný pohyb je pomalý, ne trhavé pohyby, nepružít (při násilném provádění existuje nebezpečí vzniku mikrotraumat)
- respektovat pocit bolesti a nepřekračovat tuto hranici

Příklady využití pasivního pohybu

- pasivní cvičení u imobilních pacientů
- v neurologii – stavy po CMP, periferní parézy
- stavy, kdy pacient nesmí cvičit aktivně
- nacvičování nové pohybové činnosti, úprava vadných pohybových stereotypů



1.2.2 Aktivní cvičení

- aktivní pohyb je vyvolán silou vlastních svalů, tzv. efektivní pohyb

- při aktivním cvičení vykonává pacient cvičení sám pod kontrolou fyzioterapeuta, který dávkuje množství terapie podle možné zátěže
- aktivní cvičení zlepšuje prokrvení svalů, metabolismus, dechovou kapacitu, udržuje kloubní pohyblivost, svalový tonus, nespecificky zvětšuje svalovou sílu a také příznivě ovlivňuje psychiku
- nejdostupnější formou aktivního cvičení je **kondiční cvičení**, které se používá v nemocnicích, rehabilitačních ústavech, lázních
- kondiční cvičení je možno provádět formou ranních rozcviček, případně cvičení během dne
- cvičení má být zábavné, užívají se i pomůcky, tyče, míče apod.
- kondiční cvičení má několik léčebných cílů
 - zvýšit látkovou výměnu a celkový výdej energie
 - udržovat a zvětšovat svalovou sílu
 - udržovat kloubní pohyblivost
 - celkově zlepšovat prokrvení a dechovou kapacitu
 - aktivizovat psychiku pacienta, zmenšit negativní působení nemoci a nemocničního prostředí



1.3 Dechová gymnastika

Dechová cvičení se používají ve všech klinických oborech, podporují vykašlávání, snižují riziko pneumonií, u pooperačních stavů snižují vznik pleurálních adhezí, podporují vstřebávání výpotku a vedou k lepšímu rozepnutí plicní tkáně.

1.3.1 Dělení dechové gymnastiky

- základní - jedná se o přirozený způsob dýchání, dechové cviky jsou zaměřené na přirozený rytmus dýchání v koordinaci s pohyby
- speciální dechová gymnastika - ovlivňuje hloubku, sílu, rychlost a typ dechu

- dechová gymnastika statická - jedná se o nácvik správného dýchání v různých polohách
- dechová gymnastika dynamická - je-li to možné, lze dechové pohyby doprovázet pohybem horních končetin, dolních končetin nebo trupu. Pacientovi neurčujeme rychlost ani hloubku dechu, respektujeme jeho přirozený rytmus dýchání.
- dechová gymnastika lokalizovaná (cílené dýchání do oslabené části plic)

1.3.2 Typy dýchání

- hrudní
- břišní
- smíšené

1.3.3 Cíl dechových cvičení

- dosáhnout zpomalení dechové frekvence a zvětšit dechové objemy
- zlepšit funkci bránice
- uvolnit pomocné dýchací svaly
- zlepšit elasticitu hrudníku a předcházet tak vzniku komplikací

1.3.4 Odkašlávání

- k vykašlávání je nutná aktivní účast pacienta
- vyzýváme ho ke kašlání v určitých intervalech, neboť nahromadění sekretu může způsobit komplikace, jako je obstrukce, atelektáza, respirační insuficience nebo pneumonie
- u pacienta po operaci se snažíme najít nejvhodnější způsob fixace rány, aby odkašlávání pro něj bylo co nejméně bolestivé
- odkašlávání je často komplikované a můžeme ho usnadnit prohloubeným dýcháním, vibrací hrudníku při výdechu, dechovými cvičeními nebo pomocí flutteru
- flutter umožňuje pacientovi cvičební nezávislost, samostatnost – uvolňuje sekret v DC, usnadňuje transport hlenů, pomáhá účinné expektoraci





1.4 Včasná mobilizace

Mobilizace pacienta musí být zahájena co nejdříve s ohledem na riziko kardiopulmonárního zatížení. Prolongovaná imobilizace může výrazně ohrozit další vývoj onemocnění. Hlavním cílem pohybové aktivace je zabránit atrofiím svalstva, degenerativním změnám na hyalinních chrupavkách, vazivu a kloubních pouzdrech, osteoporóze. Sed, stoj i chůze provádíme co nejdříve, ale vždy dle indikace lékaře. K vertikalizaci, při nácviku sedu, stoje, chůze, pokud je to nutné, dopomáháme a využíváme různé pomůcky (chodítka, vozík, hůl, berle, korzety, ortézy, závěsy na horní končetinu). Vertikalizace začíná již vleže na zádech zvyšováním podpěry postupně do nejvyšší možné polohy.

- Vysoký podepřený sed (pasivní sed), pacient musí být v lůžku zabezpečen bedýnkou, aby nedocházelo k jeho posunu směrem dolů.
- Do sedu se spuštěnými bérce se pacient z polohy vleže dostane přetočením se na bok, pokrčené dolní končetiny vysune přes okraj lůžka, rukou se vzepře na lůžku před tělem a vzpřímí hlavu. Pacientovi podkládáme chodidla např. schůdky, což zlepšuje stabilitu nemocného a stimuluje plosku nohy.
- K nácviku stoje přistupujeme ze sedu s bérce spuštěnými co nejvíce k okraji lůžka. Pacient položí své ruce na ramena sestry, která ho jistí svými rukama nejčastěji na jeho lopatkách. Potom se zapře svými koleny do kolen pacienta, čímž napomůže extenzi v jeho kolenních kloubech a provede stoj u lůžka.
- S nácvikem chůze začínáme, jakmile jsme docílili stabilního stoje. Dbáme na zvolení vhodné obuvi a během chůze zajišťujeme bezpečnost pacienta jeho přidržováním za pas. Chůzi s pomůckou rozdělujeme podle rytmu a povolené zátěže.

1.4.1 Chůze s berlemi podle rytmu

- čtyřdobá (jedna berle - druhá berle - postižená DK - zdravá DK)
- třídobá (obě berle současně - postižená DK - zdravá DK)
- dvoudobá (levá berle současně s pravou DK - pravá berle současně s levou DK)
- vycházková (hůl v opačné ruce než je postižená končetina - zdravá DK)

1.4.2 Chůze s berlemi podle povolené zátěže postižené končetiny

- chůze s plnou zátěží
- chůze s částečným odlehčením
- chůze s plným odlehčením
- chůze švihem či přísunem
- chůze po schodech
 - chůze do schodů (zdravá – operovaná – obě berle)
 - chůze ze schodů (obě berle – operovaná – zdravá)

1.5 Soběstačnost

Soběstačnost v běžných denních činnostech patří k vysoce ceněným hodnotám a je přirozenou potřebou každého člověka. Zásadním úkolem a rolí zdravotnického personálu je proto pomoci pacientovi udržet si nebo znovu získat nezávislost/samostatnost v provádění běžných denních

činností.

Soběstačnost tedy patří k základním činnostem nutným k udržení maximálně možné kvality života pacienta. Využíváme proto všech plně i částečně zachovaných funkcí, které umožňují sebeobslužné úkony v denních činnostech, a to především v oblasti výživy, hygieny, oblékání, mobility a lokomoce.

Cílem aktivit je obnova/zlepšení základních denních stereotypů, zlepšení kvality života (resocializace), prevence sociální závislosti i dosažení pocitu pohody.

Hodnocení úrovně soběstačnosti je základní součástí vyšetření každého pacienta, chceme-li dobře definovat problémy při uspokojování lidských potřeb a plánovat potřebné intervence.

Znalost různých škál, strukturovaných dotazníků nebo pozorovacích formulářů může pomoci zdravotnickým pracovníkům zorientovat se v problematice běžných denních aktivit (ADL – Activities of Daily Living) a instrumentálních aktivit denního života (IADL – Instrumental Activities of Daily Living) a přinejmenším zpočátku poskytné vodítko k hodnocení pacienta.

Zkušená a vnímavá sestra však dokáže zhodnotit soběstačnost pacienta i bez těchto nástrojů.

- při vstupu do pokoje si všímá rozmístění nábytku (někdy si lidé staví židle a jiné kusy nábytku tak, aby se jich mohli při chůzi přidržet)
- přítomnosti kompenzačních pomůcek (podpažní berle, francouzské hole, chodítka, kolečkové křeslo)
- polohy pacienta apod.

K soběstačnosti vedeme pacienta ve všech úkonech sebeobsluhy i za cenu, že mu budou činnosti trvat mnohem déle, než při pomoci druhé osoby. Je vhodné, aby počáteční nácvik úkonů s pacientem provedl rehabilitační pracovník, který nejdříve schopnosti pacienta zhodnotí.

Jde hlavně o tyto úkony

- osobní hygiena (mytí, čištění zubů, česání, péče o nehty a vlasy, holení)
- oblékání a svlékání (prádla, ponožek, kalhot, bot a pod.)
- přijímání potravy (jezení lžící, vidličkou, krájení masa apod.)
- jiné práce (psaní, telefonování, zacházení s penězi atd.)

Zásady pro nácvik sebeobsluhy

- Každý pohyb rozdělíme a nacvičujeme jej postupně, v jednoduchých úkonech.
- Nacvičené pohyby se musí často opakovat.
- Při nácviku musíme být trpěliví a důslední.
- Za každý zdařilý pokus i za projevené úsilí povzbudíme pacienta pochvalou.
- Zajistíme nebo pomůžeme zajistit, aby po propuštění do domácího léčení mohl pacient nacvičené úkony provádět.

Tento výcvik klade na personál velké nároky, zejména na jejich čas a trpělivost. Je úkolem veškerého ošetrovatelského personálu pomoci každému pacientovi, aby si zachoval svoji

samostatnost. Pro zachování soběstačnosti je vhodné pochválit i každý malý úspěch, proto je třeba nemít příliš vysoké požadavky, ale ani zbytečně malé nároky na prováděné činnosti. Je důležité podnítit jakoukoliv aktivitu, která podpoří pacientovu nezávislost, a ukázat opravdový zájem o pacienta, věřit v jeho schopnosti a zapojit i jeho rodinu. Působit příznivě na psychiku pacienta zvláště tam, kde je pobyt dlouhodobý.

1.6 Literatura

1. Vytečková, R., Sedlářová, P., Wirthová, V., Holubová, J., *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
2. SZŠ Hradec Králové. [online]. [cit. 2014-03-31]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx>
3. *Propedeutika*. [online]. [cit. 2014-04-14]. Dostupné z: http://is.muni.cz/el/1451/podzim2012/bp1137/Proped_VII_-_polohovani.pdf?lang=cs
4. *Propedeutika*. [online]. [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1451/podzim2013/bp1137/Proped_IV-_pasivni_pohyb.pdf
5. *Propedeutika* [online]. [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1451/podzim2012/bp1137/Proped._II_-_aktivni_pohyb.pdf?lang=cs
6. Foto: Mgr. Petra Kaduchová, Mgr. Irena Přivřelová