

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

Zdravotně sociální fakulta

**Rehabilitační ošetřování teorie a praxe v ošetrovatelské péči**

Diplomová práce

**Vedoucí práce:**

**2011**

**Autor:**

Mgr. Marie Schusterová

Bc. Jindra Mrzenová

## **Rehabilitative Nursing - Theory and Practice in the Nursing Care**

Rehabilitative nursing is a method of active nursing when a nurse tries to prevent occurrence of complications by all the available means. It belongs to the components of the complete nursing care. In practice, rehabilitative nursing includes, for example, positioning, passive and active movements, fitness exercises, verticalization, breathing exercise, etc.

The diploma thesis on the topic “Rehabilitative Nursing - Theory and Practice in the Nursing Care” deals with the problems of rehabilitative nursing, specifically with the attitudes of nurses towards this topic, their knowledge and practical experience in its application.

In the theoretical part there is explained a definition of nursing, a conception of holism, competences of nurses, and multidisciplinary cooperation within the framework of rehabilitative nursing. The chapter dealing with rehabilitative nursing explains in more detail the problems of the constituent elements. In the practical part three objectives were set. The first objective was to find out awareness of rehabilitative nursing among the nurses at the standard wards; the second objective was to find out whether nurses at the standard wards apply the elements of rehabilitative nursing; and the third objective was to find out how a nurse participates in cooperation in a multidisciplinary team within rehabilitative nursing. Hypotheses were established on the basis of these objectives. The objectives were fulfilled; the hypotheses were proved except for the hypothesis No. 4 which was disconfirmed.

The research was carried out on the basis of a quantitative inquiry by means of questionnaires distributed in the standard wards in the following hospitals: Nemocnice České Budějovice a.s., Fakultní nemocnice Plzeň, and Privamed a.s. The respondents were 286 nurses.

The thesis could be used in the training of the students of nursing and the nurses as a part of the continuing education. The thesis will be provided to the managements of the hospitals where the inquiry was carried out. Thus it can become groundwork for increasing quality of the provided nursing care.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma „Rehabilitační ošetřování teorie a praxe v ošetrovatelské péči“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem pro odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2011

.....  
Bc. Jindra Mrzenová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Marii Schusterové za její věnovaný čas, ochotu, cenné rady a odborné vedení při konzultacích.

Zvláštní poděkování patří také všem, kteří se zúčastnili výzkumu, za jejich ochotu a spolupráci, jmenovitě pak Nemocnici České Budějovice, a.s., Nemocnici Privamed a.s v Plzni a Fakultní nemocnici Plzeň.

## Obsah

Úvod.....	3
<b>1. Současný stav .....</b>	<b>4</b>
1.1 Ošetřovatelství jako vědní disciplína .....	4
1.1.1 Koncepce holismu .....	5
1.1.2 Potřeby člověka v ošetřovatelství .....	6
1.1.3 Kompetence sestry .....	7
1.1.4 Role sestry v rehabilitačním ošetřování .....	9
1.1.5 Multidisciplinární spolupráce v rámci rehabilitačního ošetřování .....	10
1.2 Léčebná rehabilitace .....	12
1.2.1 Léčebné prostředky rehabilitace .....	12
1.2.2 Sociální prostředky rehabilitace .....	14
1.2.3 Pedagogické prostředky rehabilitace .....	14
1.2.4 Pracovní prostředky rehabilitace .....	14
1.3 Rehabilitační ošetřování .....	15
1.3.1 Imobilizační syndrom .....	15
1.3.2 Polohování .....	19
1.3.3 Aktivní pohyby .....	21
1.3.4 Pasivní pohyby .....	22
1.3.5 Kondiční cvičení .....	23
1.3.6 Dechová gymnastika .....	24
1.3.7 Vertikalizace .....	26
1.3.8 Nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy .....	28
1.3.9 Nácvik komunikace .....	30
1.4 Specifické přístupy k rehabilitačnímu ošetřování u vybraných ošetřovatelských diagnóz .....	31

<b>2. Cíle práce a hypotézy</b> .....	34
2. 1 Cíle práce .....	34
2. 2 Hypotézy .....	34
<b>3. Metodika výzkumu</b> .....	35
3.1 Popis použité metodiky .....	35
3.2 Charakter sledovaného souboru .....	35
<b>4. Výsledky</b> .....	36
4.1 Výsledky kvantitativního šetření .....	36
<b>5. Diskuze</b> .....	67
<b>6. Závěr</b> .....	75
<b>7. Seznam použité literatury</b> .....	77
<b>8. Klíčová slova</b> .....	82
<b>9. Přílohy</b> .....	83
9.1 Seznam příloh .....	83

## Úvod

Rehabilitační ošetřování je způsob aktivního ošetřování, při němž se sestra snaží všemi dostupnými prostředky zamezit vzniku komplikací. V praxi se nejčastěji setkává s klienty/pacienty, kteří mají problémy s mobilitou, soběstačností a vyžadují specifický přístup a pomoc sestry při uspokojování svých základních potřeb. Rehabilitační ošetřování patří mezi složky komplexní ošetrovatelské péče, mezi které je řazeno polohování, pasivní a aktivní pohyby, kondiční cvičení, vertikalizace, dechová gymnastika a další. Jako důležitý prvek lze uvést podporu v soběstačnosti. Sestra s klientem/pacientem nacvičuje běžné denní činnosti, kterými jsou například příjem potravy nebo základní hygienická péče, nejen na nich spolupracuje se členy multidisciplinárního týmu, především s fyzioterapeutem, ergoterapeutem a dalšími.

Toto téma nepatří mezi nezajímavé, nýbrž naopak. Jeho znalost je podle mého názoru velice přínosná pro praxi sester. Proto bylo konkrétním cílem této práce zjistit, jaké mají sestry pracující na standardním oddělení znalosti o rehabilitačním ošetřování a jaké prvky v rámci tohoto ošetřování vykonávají v každodenní ošetrovatelské činnosti. Nelze opomenout ani cíl zaměřený na spolupráci v multidisciplinárním týmu v rámci rehabilitačního ošetřování.

V teoretické části je uveden stručný přehled rehabilitačního ošetřování jako celku. Pozornost byla věnována definování základních pojmů, které se týkaly ošetrovatelské péče, práce sestry, rehabilitace a rehabilitačního ošetřování. Dále byl definován imobilizační syndrom a prvky rehabilitačního ošetřování, které jsou využitelné v praxi. Praktická část práce uvádí výsledky šetření, které se týkalo výše zmiňovaných cílů. Tyto údaje byly získány za pomoci zpracování dotazníků z kvantitativního výzkumu. Výzkumné šetření probíhalo na standardních odděleních v Nemocnici České Budějovice a.s., Nemocnici Privamed a.s v Plzni a Fakultní nemocnici Plzeň. Výsledky byly zpracovány do grafů a zhodnoceny v diskuzi.

## 1. Současný stav

### 1.1 Ošetřovatelství jako vědní disciplína

Ošetřovatelství je samostatnou vědní disciplínou s vlastní teoretickou i filozofickou základnou, jejíž počátky sahají až do dob Florence Nightingaleové, která je považována za jeho zakladatelku. Od svých historických počátků prošlo mnohými změnami a jejich výsledkem je současné zaměření na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb ve zdraví i v nemoci. V přímých intervencích tedy směřuje k udržení, podpoře a navrácení zdraví, k rozvoji soběstačnosti jedinců, a tím i ke zlepšení kvality jejich života. (11,18,35)

Z uvedeného je patrná nutnost komplexního přístupu k uspokojování potřeb klientů, které se mohou projevit v oblasti prevence, diagnostiky, terapie onemocnění, rehabilitace a následné péče. Úlohou sestry zde není pouze podpora a motivace jedince za účelem dosažení maximální možné úrovně soběstačnosti a uspokojení potřeb, ale také poskytování aktivní kulturně ohleduplné a specifické péče s přihlédnutím k nejnovějším vědecky doložitelným poznatkům, v souladu s etickým kodexem a holistickým přístupem. (35)

Aby bylo možno takovou péči zajistit, jsou v současnosti kladeny stále větší nároky na kvalitní spolupráci uvnitř multidisciplinárních týmů. To samozřejmě souvisí mimo jiné také s legislativou, v níž jsou jasně zakotveny kompetence lékařů, sester a ostatních nelékařských zdravotnických oborů, které se na péči o klienty/pacienty podílejí. Výraznou změnu v této oblasti legislativa prodělala při vstupu České republiky do Evropské unie, kdy bylo nutno transformovat systém vzdělávání nelékařských zdravotnických oborů. Odborná i laická veřejnost si tak musely postupně zvyknout na fakt, že kvalifikačním vzděláním pro sestry již nebude střední zdravotnická škola, ale bude vyžadováno vzdělání univerzitního typu. Obdobná situace nastala např. i u fyzioterapeutů, ergoterapeutů, nutričních terapeutů apod. Dalším výrazným požadavkem bylo celoživotní vzdělávání, které má zajistit kontinuální zkvalitňování znalostí, vědomostí a schopností cílových skupin dle zákona Ministerstva zdravotnictví ČR 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu



nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. (9,11,18,50)

### ***1.1.1 Koncepce holismu***

Z vlastního pojmu „holismus“ lze odtušit jeho podstatu, a to celostní pojetí. Historie holismu se datuje do roku 1926, jihoafrický politik a generál J. Ch. Smuts ho poprvé použil ve své knize „Holismus a evoluce“. Podle něj „*celek není jen pouhý souhrn jednotlivých částí, nýbrž nehmotný a nepoznatelný, někdy až mystický činitel celistvosti*„. Celek lze rozdělit na části, ale tímto rozložením celkovost zanikne. (29, s. 8)

Teorie holismu vidí živé organizmy jako jednotlivé celky, které jsou ve vzájemné interakci se svým okolím. Celek člověka zahrnuje pět součástí: biologickou, společenskou, kognitivní, emocionální a duchovní. Pokud dojde k poruše v jedné z těchto částí, dochází k poruše celého systému. Pod pojem „holistické zdraví“ zahrnujeme celého člověka, celistvou bytost včetně všech stránek jeho životního stylu, tj. nejen tělesnou zdatnost, negativních tělesných a emocionálních stavů, primární prevenci, zvládnutí stresu, ale i citlivost k prostředí, sebepojetí a spirituálno. K poruše zdraví u člověka dochází, jestliže dojde k tělesné nerovnováze, která pak vytváří nerovnováhu psychickou a naopak. Musíme si uvědomit, že nemoc zasahuje nejen postižený orgán, ale celý organismus a výrazně se promítá do psychiky klienta/pacienta a odráží se v jeho prožívání a následném chování. (29) Všechny typy onemocnění jsou provázeny negativními emocemi, to znamená, že v případě onemocnění či nutnosti podrobit se operačnímu zákroku prožíváme strach a úzkost. Psychické stavy, jako je strach, úzkost či napětí, vedou ke ztrátě kontaktu s prostředím, někdy až k sociální izolaci, a ta se stává příčinou negativních emocí. Abychom mohli těmto stavům u klientů/pacientů předcházet, je nutné je rozpoznat, eliminovat je a zaměřit se na jejich odstranění. K tomu nám v ošetřovatelství přispívá využití holismu v koncepčních modelech a teoriích. (25,36,45)

Do ošetřovatelství tato koncepce vnesla do této doby neznámé prvky. Člověk přestal být vnímán jako pasivní účastník ošetřovatelského procesu, který je

ovlivněn pouze jednostranně vnějším prostředím a činnostmi sestry. Postupně se začal proměňovat v aktivní prvek, v bytost složenou z bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb, která je v neustálé interakci s prostředím. To je pro ni zdrojem informací, podnětů, motivace, ale i limitujícím prvkem, který může bránit v uspokojování jednotlivých potřeb. (29)

### **1.1.2 Potřeby člověka v ošetrovatelství**

Každý jedinec bez ohledu na svůj věk, společenské postavení či etnickou příslušnost pociťuje přítomnost potřeb, které se snaží uspokojit. V počátcích vývoje existence člověka byla jejich primární úlohou ochrana života a zajištění pokračování druhu. S rozvojem abstraktního myšlení a společnosti však význam a funkce potřeb začaly nabývat nových rozměrů, které se staly předmětem vědeckého zkoumání mnohých psychologů. K. Lewin popisuje potřebu jako určitý motiv, sílu, která se uvádí do chodu a udržuje chování. M. Nakonečný je názoru, že potřeby jsou základní motivy, které vyjadřují nedostatky na úrovni fyzického i sociálního bytí a cílem chování, které je s nimi spojeno jako instrumentální aktivita, je reakcí potřeb. H. H. Kendler uvádí potřebu jako odchylku od biologické homeostázy, tj. chápání potřeby jako vrozeného motivu. (11) Z nichž nejvýznamnější byl americký psycholog A. H. Maslow. Podle jeho teorie má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těchto silných jsou ještě silnější. Tato skutečnost je v literatuře znázorňována jako Maslowova pyramida potřeb. Základnu této pyramidy tvoří nižší potřeby, v první řadě to jsou potřeby fyziologické (potřeba výživy, vyprazdňování, kyslíku, čistoty, spánku, pohybu, sexuální). Tyto potřeby vznikají, dojde-li k porušení homeostázy, a vyjadřují tak potřeby organismu, které jsou nezbytné k přežití. Člověk uspokojuje své fyziologické potřeby průběžně během denního rytmu, aniž by si to zvláště uvědomoval. V okamžiku, kdy se fyziologické potřeby stávají aktuálními, jsou dominantními a ovlivňují celkové chování a jednání jedince. (45) Mezi nižší potřeby, ale již stojícími nad fyziologickými, patří potřeba jistoty a bezpečí, vyjadřující touhu po důvěře, spolehlivosti, osvobození od strachu a úzkosti, potřeba

ochránce, ekonomického zajištění. Vyšší potřeby jsou na Maslowově pyramidě umístěny od třetí příčky základny až na vrchol pyramidy. (40) Právě na třetí příčce se nachází potřeba sounáležitosti a lásky, jde o potřebu milovat a být milován, která vystupuje do popředí v okamžiku, kdy je jedinec sám, opuštěn. Nad touto potřebou nalézáme potřebu uznání a sebeúcty. Dále pak je potřeba kognitivní - jde o potřebu, kdy chceme poznávat, vědět, rozumět. Před samým vrcholem je potřeba estetiky, potřeba symetrie a krásy. Na vrcholu pyramidy je potřeba seberealizace, každý člověk chce realizovat své schopnosti a záměry. Vyšší potřeby jsou podle Maslowa pozdějším stupněm fylogenetického i ontogenetického vývoje. Maslow rovněž tvrdí, že čím vyšší potřeba, tím je méně podstatná pro přežití, a tak může být její uspokojování posunuto. Vyšší potřeby jsou tak subjektivně méně naléhavé. (41) Uspokojování vyšších potřeb vede k hlubšímu pocitu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života. K uspokojování vyšších potřeb musí být vytvořeny příznivé vnější podmínky, především musí být uspokojeny potřeby nižší. Závěrem můžeme říci, že jedinci, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější než jedinci, u kterých tyto potřeby nebyly uspokojeny. (11,33,45)

### ***1.1.3 Kompetence sestry***

Pokroková ošetrovatelská péče je poskytována sestrou, která má jednoznačně vymezené kompetence dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Sestra se stává postupně nenahraditelnou silou. Z tohoto důvodu je nutné, aby směla v dynamicky se rozvíjejících zdravotnických službách dělat maximum pro podporu zdraví a péči o nemocné. Struktura kompetencí pro sestru vypracována Mezinárodní radou sester - International Council of Nurses (dále jen ICN) byla odvozena na základě analýzy stávajících veřejných struktur kompetencí a zdokonalena na základě odpovědí získaných v průběhu širokých mezinárodních konzultací. Struktura ICN odráží nejenom názory mnoha sester pocházející ze zemí celého světa a z mnoha různých kultur, ale také zkušenosti těch, kdo je v současné době používají. Kompetence ICN pro sestru

byly seskupeny do tří skupin: profesionální, etická a zákonná praxe; poskytování a management péče; profesionální rozvoj. (2,8,24,41)

Rozšířená základna činností sestry je postavena na několika etických zásadách. Patří mezi ně např. zvýšená samostatnost spojená s převzetím větší osobní odpovědnosti sestry, ochota aktivně hájit zájmy klientů/pacientů a pečovat o ně s maximálním akceptováním jejich důstojnosti a potřeby intimity. Pro realizaci ošetrovatelského procesu založené na aktivním kontaktu sestry s klientem/pacientem je nezbytné, aby měl on a jeho rodina k sestře maximální důvěru. Nové úkoly kladou nároky na osobní vlastnosti sestry, které je třeba systematicky rozvíjet. Ošetřovaní vnímají klienti/pacienti velmi citlivě, zvláště i jak sestra uplatňuje své interpersonální dovednosti. Pokud je uplatňuje dobře, může klient/pacient lépe vyjádřit své problémy a pociťovat opravdovou pohodu a podporu. Vzájemný vztah, který se v takové situaci vytvoří, umožňuje úzkou spolupráci mezi nimi a urychluje edukační i terapeutický efekt ošetrovatelského procesu. Nevhodné jednání sestry může naopak sesterskou profesi velmi devalvovat a komplikovat ošetrovatelskou i léčebnou péči. Důvěryhodnost sester má silný vliv na názor společnosti na ošetrovatelské povolání a spoluvytváří jeho společenskou prestiž. Vliv má také vzhled sestry, jak vypadá a jedná, vyjadřuje mnoho o tom jaká je. (2,24,28,41)

V souvislosti s legislativními změnami ve zdravotnickém školství České republiky a na základě doporučení Evropské unie se mění požadavky na úroveň vzdělávání sester. Samotné vzdělání všeobecných sester se rozděluje na základní, pregraduální a postgraduální studium. Získání odborné způsobilosti k výkonu povolání zpravidla probíhá na vysokých školách a na univerzitách nebo na vyšších typech škol. Pregraduální vzdělávání je nezbytné k udržení odborné znalosti sestry a případně k jejímu růstu během profesionálního života. Do postgraduálního vzdělání patří také specializační studium, které je zaměřeno na specifiku ošetrovatelské péče v různých klinických oborech nebo na různé formy terénní a nemocniční péče. Mezi další uvádíme univerzitní postgraduální studium magisterského a doktorského stupně se zaměřením na všeobecné ošetrovatelství, management, pedagogiku nebo studium, které vede k získání specializované funkční způsobilosti.

Absolvent získává kompetence k vysoce kvalifikované práci. Činnosti vysokoškolsky vzdělané sestry ve vědním oboru ošetrovatelství odpovídají současným vědeckým poznatkům. V doktorském programu jsou studenti připravováni na výzkumnou práci, kde jim jsou umožněny potřebné vědecké informace pro vyhledávání a řešení metodologických problémů v ošetrovatelství. V České republice je toto studium realizováno na lékařských nebo zdravotně sociálních fakultách. (3,20,42)

Pod pojmem vysokoškolské vzdělání rozumíme především bakalářské studium k získání způsobilosti, bakalářské studium pro již kvalifikované sestry a navazující studium magisterské a doktorandské. Vysokoškolská erudice sester je tedy odstupňována, má určitou hierarchii. Rozdílnost je i v poměru obecnosti a specializace. Čím vyšší stupeň univerzitního vzdělání, tím výraznější specializovaná orientace. Při celoživotním vzdělávání udržuje sestra své odborné znalosti na úrovni současných vědeckých poznatků, prostřednictvím organizovaných forem vzdělávání, odborných akcí profesních organizací a samostudiem. (3,9,21)

Absolventi vysokoškolského typu studia kvalifikovaně plní stále složitější roli rovnocenného člena multidisciplinárního týmu v systému zdravotní péče. Změny ve vzdělávání souvisejí s přijatým zákonem Ministerstva zdravotnictví ČR č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. (9,21)

#### ***1.1.4 Role sestry v rehabilitačním ošetrování***

Jak již bylo zmíněno, role a postavení sestry v rámci multidisciplinárního týmu v průběhu historie doznaly mnohých změn. Není již jen asistentkou lékaře, ale stala se také obhájkyňou práv nemocných, koordinátorkou péče, edukátorkou, manažerkou, lídrem a samozřejmě také pečovatelkou schopnou pracovat stejně efektivně v nemocničním prostředí jako v terénní péči. (30) Role sestry je zaměřena především na stránku zdravotní péče, která spočívá například v podávání léků, ošetrovatelské péče, stanovení ošetrovatelských diagnóz a zároveň vytyčení cíle v komplexu ošetrovatelské péče, zabezpečení hygienických potřeb, stravy, oblékání a jiné úkony spojené

s potřebami každého pacienta. V rámci rehabilitačního ošetřování spočívá role sestry v saturaci potřeb, sloužící k zajištění soběstačnosti a sebeobsluhy klientů/pacientů. U imobilních klientů/pacientů sestra vykonává pasivní rehabilitaci cvičením pro zlepšení hybnosti kloubů a svalového tonu a polohováním v rámci antidekubitární péče. Pro zlepšení vitální kapacity plic z důvodu dlouhodobého upoutání na lůžku provádí dechovou rehabilitaci a kondiční cvičení pro zvýšení svalového tonu u klientů/pacientů. Významnou rolí v provádění rehabilitačního ošetřování je týmová spolupráce s fyzioterapeuty, ergoterapeuty a dalšími pro zkvalitnění rehabilitační péče. (40)

### ***1.1.5 Multidisciplinární spolupráce v rámci rehabilitačního ošetřování***

Multidisciplinární spolupráce je nezbytným předpokladem vysoce odborné a účinné péče. Multidisciplinární tým zdravotníků je systém vzájemně integrující jednotlivé členy a technologie v souladu s hlavním cílem, kterou je péče o pacienta. Jedná se o skupinu osob dynamicky seskupenou na základě vnitřních interpersonálních vztahů se společným pracovním cílem. Všichni členové týmu se musejí vzájemně respektovat a společně pracovat na vyřešení problémů (viz Příloha 2.). Jak uvádí vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 39/2005 Sb. která stanovuje minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání pro členy multidisciplinárního týmu, který tvoří zdravotničtí pracovníci různých disciplín s cílem pomoci klientovi/pacientovi. Týmový přístup ke klientovi/pacientovi umožní holistický pohled na jeho aktuální stav a umožní tak včas odhalit potencionální problémy a zahájit vhodnou intervenci. Multidisciplinární týmy se liší podle diagnózy i specifických potřeb nemocného. (7,26)

Tým obvykle zahrnuje lékaře různých oborů a jednotlivce, kteří se na péči o pacienta spolu s lékaři podílí. Jsou jimi sestry, které koordinují péči o klienta/pacienta a jsou tedy důležitou složkou, která sjednocuje a organizuje celý proces péče. Dále jsou to fyzioterapeuti, kteří se zabývají pohybovým ústrojím. Jejich hlavním léčebným prostředkem je cílený pohyb, souhrnně nazýván jako léčebná tělesná výchova. Fyzioterapeuti používají speciální metody pro vyšetřování a léčbu, posuzují a ovlivňují

poruchy pohybu, školí zdravotnické pracovníky způsobilé poskytovat samostatně ošetrovatelskou péči v oblasti rehabilitačního ošetřování, především v prevenci imobilizačního syndromu. Správně dávkovaná a vedená rehabilitace, která je součástí poskytované péče může klientovi/pacientovi pomoci. (22,26,54)

Ergoterapeuti jsou další ze členů multidisciplinárního týmu, jejichž úlohou je pomoci klientovi/pacientovi překonat potíže při provádění běžných denních činností. Pomáhají využít jeho potenciálu, aby mohl vykonávat činnosti, které jsou nezbytné pro naplnění sociálních rolí a zapojení do plnohodnotného života. Primárním zájmem ergoterapie je umožnit jedinci provádět činnosti nebo zaměstnávání, které považuje za užitečné nebo smysluplné, které přispívají ke zlepšení jeho celkového zdravotního stavu a kvality života a které jsou nezbytné pro jeho zapojení do společnosti. Zvolené terapeutické činnosti by proto měly vždy zohledňovat osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby jedince a také podmínky prostředí, v němž žije. Ergoterapeuti pracují s lidmi všech věkových skupin, kteří mají omezení v provádění aktivit z důvodu fyzických, psychických, smyslových nebo sociálních bariér. Příklady dělby práce fyzioterapeuta – ergoterapeuta a sestry (viz Příloha 3). (22)

Sociální pracovníci radí klientům/pacientům, jejich rodině a blízkým v otázkách sociálních potíží, jako jsou finanční, bytové, ale také manželské problémy. (43) U klientů/pacientů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, je někdy zapotřebí spolupráce s logopedem popřípadě s psychologem. V chirurgickém odvětví se setkáváme se spoluprací protetiky. Nedílnou složkou multidisciplinárního týmu je i rodina a příbuzní klienta/pacienta, kteří se mohou aktivně zapojovat do rehabilitačního ošetřování.

Jednotlivé kompetence multidisciplinárního týmu jsou dány vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (8)

## **1.2 Léčebná rehabilitace**

Léčebná rehabilitace je komplex medicínských preventivních, diagnostických a terapeutických opatření směřujících k obnovení maximální funkční zdatnosti jedince postiženého na zdraví, cestou odstranění či substituce, případně snížením či zpomalením progresu. Využití metod léčebné rehabilitace zkvalitní pohybový aparát, ovlivní bolest, sníží svalovou únavnost a zlepší i paměťové schopnosti. Dále je léčebná rehabilitace nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Jejím cílem je předcházet změnám, které mohou doprovázet základní onemocnění, např. trofické změny z inaktivity, vycvičit u nemocného kompenzační mechanismy v rámci postiženého orgánu (cílem je snaha, aby funkční úbytek u postiženého orgánu byl co nejmenší), vycvik substitučních mechanismů nepostižených částí těla, vycvik a udržení tělesné zdatnosti, tedy cílené zvyšování a udržování trénovanosti organismu a nácvik všedních denních činností. (10,17,46,49)

Léčebná rehabilitace je týmovou činností. Základními kritérii pro sestavení rehabilitačního plánu je druh a stádium onemocnění, kineziologický rozbor (vyhodnocení pohybových schopností) a individualita pacienta. Vždy se dbá na to, aby rehabilitace byla systematická a stupňovala se, cvičení bylo pravidelné a všestranné, aby klient/pacient požadovanou činnost pochopil a dokázal ji zvládnout. (17,46)

### **1.2.1 Léčebné prostředky rehabilitace**

Léčebné prostředky rehabilitace se zaměřují na odstranění postižení a funkční poruchy a dále na eliminaci následků zdravotního postižení. Řadíme mezi ně fyzikální terapii, jejímž cílem je nejčastěji odstranění bolesti, zlepšení atrofie tkání, vyvolání různých myorelaxačních účinků, navození svalových kontrakcí při porušené inervaci. Fyzikální terapie zahrnuje elektroléčbu, léčbu zvukem (ultrazvuk), fototerapii, magnetoterapii, termoterapii, mechanoterapii a akupunkturu.

Hlavní metodou je léčebná tělesná výchova (LTV), která se zabývá pohybovým ústrojím, může být zaměřena na zvětšení svalové síly (u svalů ochrnutých či oslabených), na zlepšení koordinace pohybu (u centrálních poruch), na zvětšení rozsahu pohybu v kloubu (při ztuhnutí kloubů, zkrácení svalů), na celkové zlepšení



kondice (často u interních chorob), na prevenci vzniku druhotných změn, na zvýšení výdeje energie, na nácvik nových dovedností a na schopnost relaxace na zvětšení rozsahu pohybu v kloubu (při ztuhnutí kloubů, zkrácení svalů), na rychlost pohybu a pohybové reakce, na zlepšení koordinace pohybu (u centrálních poruch). Doba cvičení se pohybuje od 5 do 45 minut. Mezi další prostředek léčebné rehabilitace patří ergoterapie, kterou jsme již zmínili. (4,10,16)

Aplikace tepla a chladu je součástí komplexní péče a léčebných opatření. Pozitivní termoterapie (aplikace tepla) působí proti bolesti, urychluje zánětlivé procesy a uvolňuje svalové napětí. Forma aplikace může být lokální nebo celková. Mezi lokální řadíme teplé a horké obklady. Obkladová látka se namočí do tekutiny, nejčastěji se používá voda, léčebný roztok nebo bylinný odvar, poté se vyždímá, uloží na tělo klienta/pacienta a překryje se suchou vrstvou. Působit se nechává 20 minut. Můžeme užívat také termofoř, což je gumový vak, který se naplní horkou vodou o teplotě 50 - 60 °C, před použitím se vloží do suchého povlaku a přiloží na určené místo. Dále používáme například fěn, termogelové polštářky nebo elektrické podušky, které ale nejsou vhodné pro nemocniční péči z důvodu rizika popálenin při případném požáru. Celkové působení tepla je možné aplikovat pomocí teplých zábalů, sprch či koupelí. Tyto techniky se užívají za účelem prohřátí celého organismu. Kontraindikací u pozitivní termoterapie je aplikace u klientů/pacientů s cévní poruchou. (41,44)

Negativní termoterapie (aplikace chladu) zpomaluje metabolické děje a celkově ochlazuje organismus. Forma aplikace může být lokální nebo celková. K lokálnímu působení se používají vaky s ledem nebo termogelové polštářky, které se skladují v chladničce a bezprostředně po vyjmutí se vloží do plátěného obalu, jsou použitelné jako studené obklady. Mezi celkově působící metody patří například studené zábaly, studené sprchy a koupele, které díky svým účinku ochlazují celý organismus. Můžeme je rozdělit na krátkodobé 5 – 10 minut a dlouhodobé 20 – 30 minut. Kontraindikací negativní termoterapie je aplikace u dětí, starých nemocných a klientů/pacientů s poruchou citlivosti (popáleniny, omrzliny). (31,44)

### ***1.2.2 Sociální prostředky rehabilitace***

Sociální prostředky rehabilitace jsou vedle léčebné rehabilitace nejčastěji využívané složky. Řeší problémy, které mají obecně všechny skupiny lidí se zdravotním postižením, ale také problémy, které se specificky týkají určitého druhu a stupně daného postižení. Jejich cílem je především usnadnit klientům/pacientům návrat k jejich tělesné, duševní i pracovní výkonnosti, a tak jim umožnit, aby se stali platnými členy společnosti. Sociální rehabilitace působí na rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností, uplatňuje metody kompenzace, tedy náhrady postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí a snaží se o přijetí života klienta/pacienta s postižením. Klient/Pacient by měl být schopen nejen akceptovat své postižení, nemoc či znevýhodnění, ale také se v maximální možné míře integrovat zpět do společnosti. Sociální rehabilitace je celoživotním procesem a prolíná se všemi ostatními druhy rehabilitace. Odborníci, kteří se touto rehabilitací zabývají, jsou sociální pracovníci a posudkoví lékaři, podílejí se na ní také neziskové organizace pro osoby se zdravotním postižením i poradenská centra. (16)

### ***1.2.3 Pedagogické prostředky rehabilitace***

Pedagogická rehabilitace je cílená výchovná a vzdělávací péče zaměřená na získání vhodné kvalifikace. Cílem je uplatnit postižené jedince v pracovním procesu i společnosti. Působení pedagogické rehabilitace lze rozdělit na osoby se získaným postižením a na osoby, jejichž zdravotní postižení je vrozené. V obou případech je však pedagogická rehabilitace vnímána jako proces usilující o obnovu normálního vývoje osobnosti a k tomu využívá pedagogicko-psychologických prostředků. Hlavním cílem je dosažení maximálního možného vzdělání u těchto klientů/pacientů. Pedagogické prostředky rehabilitace mají široký záběr, a proto je zde velmi důležitá týmová spolupráce neboli kruhová péče, jejímž hlavním smyslem je, že komunikace mezi jednotlivými účastníky probíhá všemi směry. Odborníci v této oblasti jsou speciální pedagogové. (16)

#### **1.2.4 Pracovní prostředky rehabilitace**

Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání jedinců se zdravotním postižením. Směřující k tomu, aby se lidé s postižením a následně změněnou pracovní schopností mohli uplatnit v pracovním procesu. Dále zahrnuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, samotnou volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Frustraci a stresovým stavům, které mohou vzniknout z důvodu neuspokojení základní potřeby aktivity a práce, lze předcházet pracovní integrací osob s postižením, a to je také smyslem praktické aplikace prostředků pracovní rehabilitace. (16)

#### **1.3 Rehabilitační ošetřování**

Dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 55/20011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků patří rehabilitační ošetřování mezi komplexní ošetrovatelskou péči. Uplatňuje se na všech pracovištích, kde se nacházejí klienti/pacienti s těžkými zdravotním postižením a následnými poruchami hybnosti, nemocní s chronickými a nevléčitelnými chorobami, u nichž došlo k omezení hybnosti v důsledku snížení energetických zdrojů organismu. (8)

Rehabilitačního ošetřování tvoří část pasivní, respektive polohování, pasivní pohyby a část aktivní, kam patří dechová gymnastika, aktivní pohyby a kondiční cvičení, vertikalizace, cévní gymnastika nácvik sebeobsluhy. Vždy by mělo být každodenní a produktivní spolupráci mezi sestrou a dalšími členy multidisciplinárního týmu (fyzioterapeut, ergoterapeut, lékař atd.) (22)

##### **1.3.1 Imobilizační syndrom**

Imobilizační problém není velkým rizikem pouze pro staré, ale pro všechny imobilní a dlouhodobě nemocné osoby. Dle M. Hermanové (14, s. 36) je imobilizační syndrom: „ *fyziologickou odpovědí na imobilitu při dlouhodobém nebo trvalém upoutání na lůžko, popř. v křesle.*“ Již během 36 hodin upoutání na lůžko se začínají projevovat změny v pohybovém a kardiovaskulárním systému. V pozdějším období

postihne další orgánové systémy. Výrazné patologické změny je možno sledovat během prvních 7 – 10 dnů imobilizace. Na ztrátu pohybové aktivity reagují všechny orgánové systémy. (14)

Během pohybové imobility se projevují změny jak na kosterním tak svalovém systému. (45). Jsou tedy postiženy kosti, klouby a svaly. V důsledku těchto změn vzniká: *Osteoporóza z inaktivity*, pokud nejsou kosti dostatečně zatěžovány. Projevuje se postupným snížením normální mineralizované kostní hmoty a poškozením mikroarchitektoniky kostí a v důsledku těchto změn vzniká zvýšená lomivost kostí. (14) Demineralizace kostí začíná již 2 - 3 den upoutání klienta/pacienta na lůžku. (26) *Fibróza a ankylóza kloubů* se objevuje, pokud se klouby nedostatečně pohybují. Fibrózní tkáň svalu obalující kloub se postupně nahrazuje pojivovou tkání a kloub se stává tuhým a bolestivým. Následkem vznikají flekční kontraktury. (26) *Kontraktura* vzniká, když je kloub ireverzibilně deformovaným, ztuhlým a příslušné svaly a šlachy se zkracují. (14) Typické jsou flekční kontraktury na dolních končetinách v kyčlích a kolenou, což znemožňuje stoj a samotnou chůzi, jelikož poloha, kterou klient/pacient zaujímal na posteli či na vozíku, se často zafixuje. Výsledkem je fixovaný postoj, kdy klient/pacient nemůže paty položit o podložku. (26) *Svalová atrofie* neboli pokles svalové hmoty vzniká, pokud svalová vlákna se nekontrahují jako při běžné fyzické aktivitě. (45) Během jednoho týdne ubývá téměř 1/3 svalové síly. Samotný návrat do původního stavu trvá většinou 2x déle, a to jen za přítomnosti pečlivé rehabilitace. Mezi preventivní opatření poruch pohybového systému zařazujeme polohování, aktivní pohyby, cviky na udržení rozsahu pohybu v kloubu, pasivní pohyby, kondiční cvičení a stravu s dostatkem bílkovin. (14)

Při dlouhodobé imobilitě se oslabuje kardiovaskulární systém. Tato snížená pohyblivost vytváří nerovnováhu vegetativního nervového systému s převahou sympatické aktivity nad parasympatickou, která zvyšuje činnost srdce. (45) Z těchto změn na kardiovaskulární systém se rozvíjí: *Ortostatická (posturální) hypotenze*, která je provázena pocitem slabosti, závratěmi, mžitkami před očima a synkopami s tachykardiemi. (14) Vzniká při změně polohy (posazování, vstávání). Ve stáří se objevují příznaky již po několika hodinách na lůžku, např. při ranním

vstávání. (26) *Trombembolická choroba* vzniká při nedostatku pohybu, kdy kosterní svaly neplní svoji funkci a dochází k městnání krve v žilním řečišti dolních končetin a k tvorbě otoků. Je zde následně riziko vzniku plicní embolie. Do preventivních metod poruch kardiovaskulárního systému patří bandáže dolních končetin, včasné vstávání, cvičení dolními končetinami, antitrombotická léčba a elevace dolních končetin. (14,52)

Při normální pohybové aktivitě vykonává člověk hluboké, periodické vdechy a výdechy. Sekret z bronchů se běžně uvolňuje pomocí řasinkového epitelu a kašlem. U ležícího klienta/pacienta jsou tyto funkce omezeny. Celková ventilace a odstraňování sekretu z dýchacích cest je ztížena. (45) V důsledku těchto potíží vzniká: *Hypostatická pneumonie*. V této oblasti hrozí, že stagnující hlen je živnou půdou pro růst bakterií a již z banální infekce horních cest dýchacích může vzniknout tento druh pneumonie. *Plicní atelektáza* vzniká při snížené ventilaci, kdy se sekrety hromadí v dependentních oblastech bronchiolů a blokují je. Zároveň se snižuje průtok krve plicemi a následkem těchto změn může vzniknout tato atelektáza, jež může způsobit kolaps plicního laloku či celé plíce. Nejrizikovější jsou starší imobilizovaní klienti/pacienti po operaci. (26) U poruch dýchacího systému z imobility jsou následující preventivní opatření Fowlerova poloha, zvlhčování vdechovaného vzduchu, dechová rehabilitace, pokleповé a vibrační masáže, dostatečná hydratace a inhalace. (14,52)

U imobilních klientů/pacientů se snižuje bazální metabolismus se současným snížením energetických nároků na organismus. Ovlivňuje a snižuje motilitu gastrointestinálního traktu a i sekreci žláz trávicího traktu. (45) Mezi příznaky syndromu z imobility řadíme metabolický a trávicí systém: *anorexii, malnutrici, hypoproteinémie, obstipaci a dehydrataci*. K rozvoji dehydratace jsou zvláště náchylní starší nemocní, jelikož mají snížený pocit žízně. Proto sestra musí aktivně pobízet klienta/pacienta k příjmu tekutin. Do preventivních kroků poruch metabolického systému a trávicího systému patří: dostatečná hydratace (minimálně 1500 ml/24 hod.), strava, včasná vertikalizace, podávání přírodních laxativ, glycerinových čípků a klyzmat. (26)

V počátečních fázích imobilizace se vylučuje zvýšené množství moče, později množství vylučované moče klesá a mění se i její koncentrace. Mohou vznikat následující problémy: *Urolitiáza* - u imobilizovaného klienta/pacienta dochází k narušení rovnováhy ve složení moče, kdy moč se stává alkalickou a vzniklé kalciové soli mohou být příčinou tvorby močových kamenů. (45) *U retence moči je* příčinou malý svalový tonus spolu s nefyziologickou polohou při vyprazdňování. Následkem retence moči je vznik infekce močových cest. U klienta/pacienta tento problém může být i psychického rázu, např. při nedostatečném soukromí při vyprazdňování. Mezi další problémy řadíme *inkontinenci a uroinfekci*, kde stagnující moč vytváří vhodné prostředí pro vznik infekce (cystitis). Příčinou může být i zavedený močový katétr nebo i nedostatečná hygiena genitálu, zvláště u žen. (26) Do preventivních opatření poruch na močový systém zařazujeme dostatečný příjem tekutin, důslednou hygienu genitálu, polohování a cvičení.

Změny na kožním systému jsou nejčastější následky z imobility. V důsledku změn dochází ke vzniku: *atrofie kůže*, která vzniká při déletrvajícím imobilitě, kdy se mění její pevnost, struktura pokožky i podkoží a dochází ke snížení kožního turgoru. *Dekubity* vznikají při dlouhodobém a trvalém tlaku na podložku. Jedná se o místní ischemické poškození až nekrózu kůže, podkoží i svalstva. Mezi metody prevence poškození kůže z nedostatečné imobility patří následující kroky: dostatečný příjem tekutin, polohování, hygiena klienta/pacienta i prostředí, antidekubitární pomůcky, výživa, aktivizace a cvičení. (26,45)

Omezená hybnost ovlivňuje také psychické rozpoložení člověka a jeho sociální vztahy. Nejohroženější skupinou jsou senioři, jelikož jsou závislí na druhých, mají omezenou soběstačnost a menší schopnost spolupráce. Každý jedinec reaguje na omezenou hybnost jinak. Zhoršuje se sluchové i zrakové vnímání. Následně vznikají: *Psychické změny* mohou to být deprese, sensorická deprivace, strach, úzkost, porucha orientace časem, místem, situací a často také osobou, sluchové a zrakové halucinace, bezmocnost, beznaděj, pocity prázdnoty, zhoršená kvalita spánku, zhoršení intelektuálních schopností, zhoršená schopnost koncentrace. *Sociální změny* může se vyskytovat pocity osobní bezcennosti, nepřátelství, verbální agresivita, apatie,

nezájem o okolí. (14,45) Tyto psychické změny jdou zamezit následujícími preventivními kroky: *komunikace a sociální kontakty*. Nezapomínáme se klienta/pacienta ptát na jeho pocity a přání či odpovídat na jeho případné dotazy. *Udržení orientace*. Využíváme hodiny, kalendář, vhodná výzdoba pokoje, poslouchání radia, sledování televize, předčítání knih či novin, zajištění návštěv atd. (26)

### **1.3.2 Polohování**

Polohováním rozumíme správné uložení klienta/pacienta do polohy, které považujeme za preventivní vzhledem k možným komplikacím (vznik deformací a kontraktur), které minimalizují omezení pohybu v kloubech, zabrání vzniku dekubitů a umožňují pacientovi změnu plicní ventilace. (22) Polohování má vliv také na posturální funkce, které jsou základem pro pohyb. Ústřední roli v posturálních dějích hraje osový orgán těla (páteř, postavení hlavy a pánevního kruhu s příslušnými měkkými tkáněmi). Poloha může být aktivní přirozená, kterou zaujímá sám klient/pacient, je mu pohodlná a může ji sám kdykoli změnit. Pasivní poloha není ovlivňována vůlí a působí na ni zákony tíže. (23)

Fyzická náročnost profese sestry je přes neustálý pokrok ve zdravotnictví velmi vysoká. Významným faktorem, který může sestřím a ošetřovatelkám ulehčit práci, je dobrá technická vybavenost nemocničních lůžek s antidekubitární matrací. Lůžka polohovací, výškově stavitelná a elektricky polohovatelné lůžko vybavené funkcí laterálního náklonu (viz Příloha 4). Laterální náklon snižuje fyzickou zátěž sester při manipulaci s klientem/pacientem, eliminuje riziko pracovního úrazu a zdravotního postižení. Šetří čas potřebný na vykonávání rutinních ošetřovatelských aktivit. Zefektivňuje prevenci dekubitů, pomáhá předcházet komplikacím u klientů/pacientů s lymfedémy a usnadňuje provádění pooperační drenáže. Preventivně působí proti některým negativním projevům imobilizačního syndromu. Pomáhá zvyšovat kvalitu života dlouhodobě nebo trvale imobilních nemocných. Při polohování lze použít různé pomůcky k fyziologickému postavení končetin a zajištění polohy. Například dlahy, závěsy, šátky, molitanové pomůcky různých tvarů (čtverce, obdélníky,

klíny), nafukovací pomůcky (válečky, kola), bedničky, sáčky s pískem, perličkové pomůcky. (6,22,27)

U imobilních klientů/pacientů je sestaven přesný polohovací plán, podle kterého sestra polohování provádí a zároveň pravidelně zaznamenává jeho polohu a dobu, po kterou v ní setrval (optimální jsou dvě až tři hodiny). Ke zmírnění bolesti, může klient/pacient dle svých pohybových možností sám využít tzv. antalgické (protibolestivé, úlevové) polohování, sestra může zpříjemnit polohu podložním určitěho segmentu. Nevýhodou je, že tato poloha často není fyziologická. Dlouhodobé zachovávání takovéto polohy může vést ke vzniku sekundárních změn na pohybovém aparátu. Při korekčním polohování dochází k uložení kloubu do takové polohy, aby se co nejvíce přibližoval normálnímu stavu. (10,13,27)

Správné polohování vychází ze správného držení těla ve stoje nebo vsedě. Ve stoje je trup vzpřímen, hlava je vytažena z krční páteře. Horní končetiny visí volně podél těla a ramena jsou tažena do široka. Dolní končetiny jsou natažené, nohy s bérce svírají pravý úhel. V sedu je trup vzpřímen a horní končetiny se opírají o podpěrky křesla. Kolena a hlezenní klouby jsou v pravém úhlu a plosky nohou leží celou plochou na podložce. Nesprávná poloha klienta/pacienta podporuje vznik a vývoj spasticity. Poloha musí být pohodlná a nebolestivá. (39)

Pečlivé dodržování základních polohovacích pozic, je předpokladem pro efektivitu pasivní rehabilitace. Při poloze vleže na zádech má klient/pacient pod hlavou malý polštář, hlava nesmí být zvrácena a brada přitisknuta k hrudníku. Při špatném uložení hlavy dochází k hyperextenzi krční páteře, a bolestem hlavy. Ramenní kloub horní končetiny je v mírné abdukci. Při podložení ramen se polštář musí vkládat pod lopatky klienta/pacienta. U polohování předloktí střídáme pronaci a supinaci. V zápěstí je mírná extenze. Střídáme polohu ruky ve fyziologickém a funkčním postavení (úchop tenisového míčku). Kyčelní kloub dolní končetiny je v základním postavení, bez rotace, špičky se nesmí vytáčet ven ani dovnitř, kolenní kloub je lehce poohnutý a česka směřuje ke stropu. Pod koleny se umísťuje válec. Plosky nohou se mohou opírat o desku nebo bedýnku a jejich postavení je v pravém úhlu k bérce. (13,22,39,53)



Při poloze na boku má klient/pacient pod hlavou malý polštář, trup je zezadu podepřen příkrývkou nebo klínem. Spodní ruka horní končetiny je pohodlně na polštáři vedle hlavy nebo podél těla lehce pokrčená v lokti. Vrchní paže je položena na polštáři před trupem, nebo je natažená podél trupu. Spodní dolní končetina je natažena v prodloužení trupu a vrchní končetina je mírně pokrčena v kyčli a v koleni před trupem pacienta, je podepřena polštáři. Plosky nohou svírají s bércelem pravý úhel. Polohování na straně postižené je pro klienta/pacienta výhodné, jelikož má volné zdravé končetiny a je soběstačnější. (22,39,53)

Poloha na břicho umožňuje u kritického klienta/pacienta homogennější distribuci ventilace, zlepšuje oxygenační parametry a drenáž z dýchacích cest. Využívá se hlavně u klientů/pacientů s ARDS (syndrom dechové tísně). Hlava nesmí být podložena polštářem, je otočena ke straně a v kratších intervalech se střídá. Pod břicho je možné uložit malý polštářek, aby bylo zabráněno velkému a bolestivému prohnutí v bedrech. Pod každé rameno horní končetiny vložíme malou podušku, čímž zamezíme vtáčení ramen dovnitř. Dolní končetiny jsou opřené ploskou o bedýnku nebo desku. Mezi nártem nohy a bércelem je umístěn malý polštářek a špičky visí přes podložení. (22,39,44,53)

Poloha v polosedě (na lůžku) se doporučuje pro optimalizaci plicní ventilace. Snižuje riziko dušnosti, tlak břišních orgánů na bránici a minimalizuje riziko aspirace. Klient/Pacient se opírá o zvednutou zádovou část lůžka a chodidly se opírá o podložku. Hlava a krk musí být podepřeny, paže jsou v mírné abdukci, lokty můžeme umístit do pravého úhlu. Sakrální oblast a hýždě můžeme podložit molitanovou podložkou. Pozor u zesláblých klientů/pacientů, kteří se mohou v lůžku snadno sesunout, nutná kontrola a úprava. (22,39,44,53)

### ***1.3.3 Aktivní pohyby***

Aktivní pohyb vykonává klient/pacient vlastní silou a vůlí, využívá se pro nácvik sebeobsluhy a základních pohybových vlastností. Aktivní pohyby lze členit na kyvadlové (uvolnění pohybu v kloubu), švihové (protážení svalů), tahové (zlepšení svalové síly a koordinace), asistované (dopomoc fyzioterapeuta či sestry)

a proti odporu pohybu. Každý klientův/pacientův nepatrný pohyb, provedený při těžkém postižení, je nesmírně cenný, proto musí být vždy zaznamenán. Důležitá je i aktivizace psychických funkcí. Tímto problémem, včetně výcviku soběstačnosti se zabývá ergoterapeut, který zhodnotí aktivity, které může klient/pacient vykonávat a pomůže vytvořit podmínky k jejich realizaci. (37,39,53)

#### ***1.3.4 Pasivní pohyby***

Hlavním cílem pasivního pohybu je zabránit atrofiím svalstva, degenerativním změnám na hyalinních chrupavkách, vazivu a kloubních pouzdrech a osteoporóze. Mobilizace musí být zahájena co nejdříve s ohledem na riziko vyššího kardiopulmonálního zatížení. Pasivní pohyby jsou prováděné druhou osobou (fyzioterapeutem, ergoterapeutem, sestrou, ošetřovatelem) nebo přístrojem. Udrží fyziologickou délku svalů a vazů, které vedou při inaktivitě ke zkracování. Podporují propriorecepci (schopnost koordinovat tělo v prostoru). Pohyby mají být prováděny v plném rozsahu fyziologického pohybu a do mírné bolesti nebo pocitu tahu. Pohyb kloubních ploch po sobě zlepšuje výživu kloubní chrupavky, udržuje fyziologický rozsah v kloubech, zlepšuje krevní a lymfatický oběh. Pasivní pohyby lze provádět v oblasti hlavy, trupu, horních a dolních končetin. V oblasti hlavy je velmi důležité, aby byla hlava správně polohována. Pasivní pohyby trupem jsou součástí každého rehabilitačního plánu a jsou praktikovány mobilizací jednotlivých žeber při polohování klienta/pacienta na boku a tlakem a pohybem kostosternálních kloubů při poloze na zádech. Pohyby horních a dolních končetin jsou správným polohováním nejúčinnější prevencí kontraktur a usilují o zachování pohyblivosti kloubů. Důležitá je správná fixace a správné držení končetiny, kdy končetinu podepřeme a pevně uchopíme. Prsty netlačíme proti svalovým bříškům, nevytahujeme kloubní pouzdro a vazy. Sestry provádějí pasivní pohyby při každé manipulaci s klientem/pacientem, například při polohování a osobní hygieně. (10,23, 27,49)

### **1.3.5 Kondiční cvičení**

Kondiční cvičení je zaměřené na celkovou aktivitu klienta/pacienta, na zvýšení tělesné zdatnosti a výkonnosti. Jde o preventivní opatření proti vzniku tromboembolických a kardiovaskulárních komplikací, sekundárních změn především atrofii svalstva. Smyslem kondičního cvičení je:

- zvýšení látkové výměny a zvýšení fyzické zdatnosti organismu
- urychlení regeneračních pochodů v tkáních
- odstranění nebo zamezení zmenšeného pohybu v kloubech
- prevence svalové atrofie
- snížení psychického traumatu vyvolaného nemocničním prostředím

Možnosti kondičního cvičení se odvíjejí od stavu klienta/pacienta, zda je upoutaný na lůžko nebo se může posadit či může chodit. Cvičení může provádět i dobře instruovaná sestra, kdy tempo a rytmus cvičení určuje podle věku a celkového stavu klienta/pacienta. Vstupem do celodenního programu je ranní rozcvičení, které má velký význam na fyziologické funkce, ale i na psychický stav. Cviky jsou převážně zaměřené na udržení funkce nepostižených částí těla a dechovou gymnastiku. Obvykle se cvičení provádí jedenkrát až dvakrát denně a jeho délka nepřesahuje deset až patnáct minut. Velmi doporučované je využití pomůcek například ručnicku, tyče, pružné gumy nebo činek. Vhodné je také cvičení při hudbě a ve spojení s nádechem a výdechem. Kontraindikací kondičního cvičení je těžší stav klienta/pacienta, velká ztráta krve, šokový stav, nebezpečí embolie, bolesti zvyšující se pohybem nebo zvýšená teplota. (22,23,38)

Mezi další možnosti kondičního cvičení řadíme cévní gymnastiku, která slouží jako prevence městnání krve v akrálních částech těla. Je-li dlouhodobě omezen pohybový aparát, má to určité důsledky i pro krevní oběh. Pozornost se věnuje hlavně zlepšení funkce pohybového aparátu – ztuhlým kloubům, zkráceným vazů, oslabeným svalům. Poruchy v žilní cirkulaci bývají nenápadné, ale stále se pomalu a jistě zhoršují. Směr krevního proudu v žilním systému zpomaluje všude tam, kde krev musí překonávat při svém toku zemskou přitažlivost. Zpomalováním odtoku žilní krve z některých částí těla se přirozeně brzdí i přítoky tepenné krve. Klient/Pacient by měl

proto několikrát denně v poloze na zádech předpažit a přednožit současně, v této poloze by měl vydržet minutu až dvě, potom se položit asi na dvě minuty na břicho. Po zdvižení končetin se totiž tyto páteřní žíly ještě více naplnily. Pro klienta/pacienta, který má problémy udržet nohy nepokrčené a kolmo v přednožení, je doporučováno nohy opřít o stěnu (v tomto případě musíme mít při lehu na zádech hýždě těsně u stěny). Ráno i večer je vhodné si protáhnout páteř v ose i do strany a protažení ukončit krátkými studenými otěry páteře. Otřít chladnou žínkou páteř i lýtka se doporučuje i po teplé (nikdy ne horké) koupeli. Tyto jednoduché úkony se provádějí alespoň třikrát denně, hlavně večer před ulehnutím ke spánku, dlouhodobě a dosti pravidelně. (25,34)

### ***1.3.6 Dechová gymnastika***

Správné dýchání ovlivňuje všechny funkce organismu, od mozkové činnosti a krevního oběhu, až po trávení a svalovou činnost. Dechová gymnastika podporuje a usnadňuje vykašlávání, zlepšuje plicní ventilaci, pomáhá předejít dechovým komplikacím, obstipaci, snižuje riziko pneumonií, pozitivně podporuje metabolismus a celkově přispívá k urychlení regenerace a zlepšení fyzické kondice. (22,47)

Dechová gymnastika se dělí na statické dýchání, aktivní dynamické a lokalizované dýchání. Statické dýchání se nejlépe uplatňuje v sesterské praxi, kdy je časově nenáročné. Nejlépe se provádí ve vyvětraném pokoji, kdy sestra vyzve klienta/pacienta k prohloubenému dýchání, efektivní je také dýchání proti odporu, vydechování se syčením. Aktivní dynamické dýchání je zkoordinované ve správném rytmu, kdy s nádechem se končetiny vzdalují od trupu a s výdechem se končetiny vracejí zpět k tělu. Lokalizované dýchání se snaží zvýšit pohyblivost jednotlivých částí hrudníku, dále rozvinout určitou část plic, rozrušovat v nich srůsty a podporovat dýchací pohyby. Sestra používá manuálního kontaktu rukou na určité části hrudníku, kde se snaží zlepšit dýchací pohyby. Dle instrukcí klient/pacient dýchá a sestra mu pomáhá stlačením hrudníku při výdechu. Klient/Pacient může dýchat proti odporu, který je vytvořen pomocí přiložením dlaní na hrudník a mírným tlakem v začátku nádechu proti rozpětí. S nácvikem začínáme v horizontální poloze a přecházíme k poloze vertikální. Podle místa, kde chceme cíleně působit, rozeznáváme dýchání

horní hrudní, střední a dolní postraní, zadní hrudní a brániční (abdominální, břišní). K uvolnění místa, které má být prodýcháno se může využít masáž nebo vibrace na konci každého výdechu. (27,39,53)

Mezi techniky dechové gymnastiky patří hygiena bronchů, autogenní drenáž nebo instrumentální metody (např. tzv. Flutter nebo PEP maska). Hygienu bronchů je potřeba provádět u klientů/pacientů s respiračními a jinými chorobami, jsou-li zahleněni. Nejdříve je nutné uvolnit hleny inhalací, pro snadnější vykašlávání klient/pacient po hlubokém nádechu prudce vydechne otevřenými ústy. K uvolnění sekretů z bronchů používáme relaxační nebo vibrační masáže, míčkování, polohové drenáže, ale nepoužíváme poklep, který má negativní důsledek, může totiž docházet ke kolapsu bronchiolů, zatékání sputa do spodních partií plic. Je také možné použít složený ručník či podložku, kterou vložíme pod hrudník klienta/pacienta a nad hrudníkem překřížíme a tahem za oba konce docílíme stlačení hrudníku. Důležité je dle potřeby odsávat hlen nahromaděný v dýchacích cestách. Při míčkování hrudníku pracuje pomocí speciálních molitanových míčků, které uvolňují napětí měkkých tkání. Míčkování facilituje nádech a inhibuje výdech, uvolňuje křečovitě stažené hladké svaly průdušek a podněcuje tak nepřímo uvolnění hlenu. Dále převede hrudní dýchání na břišní, prohloubí dech, sníží dechovou frekvenci, uvolní a protáhne břišní, hrudní, krční svaly a svaly pánve, páteře a pletence ramenního. Má i psycho relaxační účinky. (15,27)

Autogenní drenáž, je typ dýchání, které je vědomě řízené. Klient/Pacient se pomalu, plynule nadechne většinou nosem, poté následuje inspirační pauza a dlouhé pomalé především svalově podpořené aktivní vydechnutí pootevřenými ústy. Cílem tohoto dýchání je uvolnění hlenu. Mezi další možnost řadíme huffing = prudký výdech, pacient se pomalu nadechuje nosem a poté prudce a krátce vydechne s plně otevřenými ústy, tím dochází k uvolnění sekrece z periferních dýchacích cest. (27)

Mezi instrumentální techniky respirační fyzioterapie patří využívání například Flutter, který je založen na principu výdechového odporu a vibrace, které při výdechu způsobuje. Cílem je zlepšit plicní ventilaci a usnadnit expektoraci (vykašlávání). Tvarem připomíná malou fajfku. Klient/Pacient se volně nadechne, zadrží dech

na dvě až tři sekundy a pak v klidu vydechne do přístroje, kdy vydechovaný vzduch zvedá kuličku. Mezi další možnost patří PEP maska (positive respiratory pressure), principem je využití mírného přetlaku během výdechu, kdy začínáme s malým přetlakem. Cílem je pomocí mírného přetlaku v dýchacích cestách mobilizovat a odstraňovat bronchiální sekreci. Flutrem ani PEP maska nejsou vhodné používat bez předchozí dechové přípravy. V dýchání proti odporu můžeme využít i jiných levnějších alternativ jako je dýchání do balónku. (10,15,27)

### ***1.3.7 Vertikalizace***

Dojde-li ke zlepšení stavu klienta/pacienta upoutaného na lůžko, je veden z klidového režimu k větší pohyblivosti a tím k postupné vertikalizaci. Cílem vertikalizace je dosažení maximální možné soběstačnosti v běžných pohybových aktivitách. Dlouhodobou polohou vleže nastávají změny v hemodynamice, které se při změně polohy projevují např. bolestmi hlavy, mžitkami před očima, nauzeou, dušností, bušením srdce, popř. může dojít až k ortostatickému kolapsu (synkopě). Včasnou vertikalizací lze, tyto komplikace minimalizovat. Významným pomocníkem při vertikalizaci je výškově stavitelné lůžko vybavené i funkcí laterálního náklonu (viz příloha č. 4), které šetří práci sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů a především zátěž klienta/pacienta. (22)

Posazování na lůžku s nataženými dolními končetinami se provádí tím způsobem, že se klient/pacient posazuje pomocí pomůcek do lůžka (žebříček, uzdička, hrazdička) nebo mu sestra dopomůže tahem za obě ramena dopředu, zdvihne zádovou část lůžka do úrovně 30 – 45 %, klient/pacient si pokrčí dolní končetiny v kolenou, které je možné vypodložit molitanovým válcem. Aby nedocházelo k sesunu dolů, může se vložit do nohou bedýnka (22).

Před posazením na lůžku se spuštěnými bérce je vždy provedena bandáž dolních končetin jako prevence embolie, křečových žil, edémů nebo ortostatického kolapsu. Klienta/Pacienta v poloze vleže je nutné obrátit na bok a jeho pokrčené dolní končetiny vysunout přes okraj lůžka. Sestra klientovi/pacientovi vsune spodní ruku pod trup a druhou rukou mu pomůže přitlačením svých dlaní na rameno, na pánev nebo stehno,

aby se mohl lépe vzepřít do sedu. Bérce nesmí viset volně k zemi, aby nedocházelo ke zvýšenému tlaku v podkolení. Pro udržení rovnováhy se klientovi/pacientovi umístí pod nohy malá bedýnka. Opora chodidel na schůdku zajišťuje vjemy, které stimulují k lepší funkci dolních končetin a stabilizaci sedu. Pro udržení rovnováhy můžeme klienta/pacienta posadit tak, aby se jednou rukou mohl přidržovat dolního čela postele. (22,39,53)

Přemístění klienta/pacienta z lůžka na židli, vozík nebo křeslo, lze docílit tím, že se sestra postaví na postiženou nebo slabší stranu klienta/pacienta, jednou svou rukou jej uchopí kolem pasu, jednu horní končetinu klienta/pacienta si položí přes své rameno a tu druhou svou rukou přidržuje za zápěstí. Posléze se klient/pacient postaví, pokud by mohlo dojít k poklesnutí v kolenou, fixuje je sestra zapřením své končetiny v postavení před kolena klienta/pacienta. Tato stabilizace je nutná jak u zvedání, tak u samotného přesunu na vozík, křeslo nebo židli. Při sezení musí být dodrženy zásady správného sedu: záda se opírají, délka sedadla má odpovídat délce stehen, v kyčli, kolena a hleznu je pravý úhel a plosky nohou se opírají o podložku. Vstávání z křesla, vozíku či židle docílíme tím, že si klient/pacient položí ruce na ramena sestry stojící před ním, ona položí své ruce na lopatky klienta/pacienta a opře se svými kolena o jeho kolena. Tím dojde ke vzpřímení, společně se otočí a dokončí přesun zpět na lůžko. (22)

Do stoje přecházíme v případě, je-li klient/pacient schopen stabilně sedět. Při postavování se klient/pacient přidržuje čela lůžka, hole nebo druhé osoby. Sestra stojí před ním a položí své ruce na jeho lopatky, klient/pacient položí své ruce na paže nebo ramena sestry. Sestra opře svá kolena o jeho kolena a následně mu pomůže vstát. Pro zajištění větší stability jej drží kolem pasu, jakmile získá stabilitu, je možné začít nácvik chůze. (22)

Chůze je základní lokomoční projev, charakteristický pro každého jedince, střídavý cyklický pohyb dolních končetin doprovázený pohyby horních končetin a trupu. Pro chůzi musí mít klient/pacient dostatečnou svalovou sílu a zachované opěrné funkce dolních končetin. Mezi pomůcky využívající se pro nácvik chůze řadíme: bradla pro chůzi, pojízdné berle, ohrátky, chodítka, kozičky (madla se čtyřbodovou

oporou), berle podpažní, předloketní francouzské, kanadské (kruhová opěrka pod loktem) hole. Při chůzi s odlehčením (s fingovaným krokem) je vždy patrná snaha s klientem/pacientem nacvičit stereotyp chůze co nejvíce podobný fyziologickému pohybovému stereotypu, a to tak, aby se naučil chůzi s přísunem nemocné dolní končetiny. K chůzi s plnou zátěží lze z důvodu nedostatečné stability využít berle nebo vycházkové hole. Návčik chůze s berlemi provádí fyzioterapeut, ostatní personál doprovází klienta/pacienta na berlích např. do koupelny, na toaletu, k umyvadlu, do jídelny, po schodech apod. Při chůzi do schodů vykračuje zdravá dolní končetina, následuje postižená a nakonec berle, sestra se pro zajištění bezpečnosti postaví na postiženou stranu. Chůze ze schodů má opačný postup. Začíná se tedy předsunutím berlí, poté postižené a nakonec zdravé dolní končetiny, sestra stojí před klientem/pacientem. Důležitost se klade na použití správné obuvi, která na noze skutečně drží, ale nesmí tláčit. Velmi vhodná je pevná pata, zcela nevhodné jsou pantofle, především při chůzi o berlích. (22,39,53)

### ***1.3.8 Návčik soběstačnosti a sebeobsluhy***

Každé závažné onemocnění, úraz či postižení, výrazně ovlivní funkční stav člověka a může tak docházet k omezení jeho soběstačnosti. Je však nutné stále mít na paměti budoucnost člověka a jeho začlenění do společnosti. Cílem rehabilitačního ošetřování je, aby klient/pacient byl schopen vykonávat denní činnosti sám, bez pomoci další osoby. Úkolem fyzioterapeuta a ergoterapeuta je pomoci klientovi/pacientovi s návčikem běžných denních činností, jedná hlavně o úkony osobní hygieny, oblékání a svlékání, přijímání potravy a jiné. V rámci komplexní ošetrovatelské péče se na návčiku podílí samozřejmě i sestra. Za každý zdařilý pokus, i za projevené úsilí je nutné klienta/pacienta pochválit a povzbudit ho. Úroveň soběstačnosti je možné rozdělit podle klasifikační kategorie (viz Příloha 5), dále hodnotíme aktivitu v denních činnostech pomocí Barthelova testu (viz Příloha 6), ale existuje řada dalších testů, která mohou pracoviště využívat dle své specifikace. Daný test bude více vypovídat o možnostech klienta/pacienta, např. hodnocení funkční nezávislosti (FIM) na neurologii (viz Příloha 7). (22,32)



Před zahájením nácviku osobní hygieny je nutné si vše potřebné připravit, také je důležité informovat klienta/pacienta ohledně postupu při mytí, holení, čištění zubů nebo česání vlasů. Umývání může probíhat na lůžku, kdy sestra vede klienta/pacienta k samostatnosti za pomoci žínky a následnému otírání ručníkem. Nacvičuje také manipulaci se zubní pastou, kartáčkem na zuby a dopomáhá při čištění zubů. U umyvadla klient/pacient sedí nebo stojí, ovládá vodovodní kohoutky a kontroluje teplotu vody. Celkové koupeli dáváme přednost ve sprše, je-li to možné, dle potřeby dopomáháme, u klientů/pacientů s cévní mozkovou příhodou aktivizujeme při činnosti postiženou část. Mezi kompenzační pomůcky pro hygienu používáme kartáče a houby na tyči, dávkovače pasty a mýdla, sedačky do vany a sprchy, protiskluzové podložky a madla apod. (1,5,12,52)

Při nácviku oblékání a svlékání by měl klient/pacient sedět na lůžku nebo židli. Při oblékání horní části těla, trička apod. si obléká nejprve končetinu méně pohyblivou, při svlékání je tomu naopak. Vhodné je nošení volného oblečení, které může klient/pacient vepředu snadno rozepnout, například na patentky nebo cvočky. Při oblékání kalhot je vhodné překřížit dolní končetiny a začínat s navlékáním nohavice nepostiženou rukou na postiženou nebo oslabenou končetinu, poté ji položit na zem a navléká si druhou nohavici na zdravou končetinu. Jako kompenzační pomůcky potřebné při oblékání a svlékání jsou nejčastěji používány zapínače knoflíků, švédský a nůžkový podavač, navlékače ponožek či punčoch a dlouhé lžice na obouvání bot. (12,22,52)

Při přijímání potravy je velmi důležité zaujmout správnou polohu vhodnou k jídlu – polosed, popřípadě sed s dolními končetinami na lůžku nebo spuštěnými z lůžka. Jídlo připravíme na servírovací stolek. Sestra může dopomoci nakrájet maso a donést jídlo k ústům. Při poruše polykání je třeba třicet minut před jídlem provést orální stimulaci (technika, která podporuje a napomáhá ke zlepšení tonusu svalstva v obličejí a funkčnosti celé orofaciální oblasti, nesmí se používat u klientů/pacientů s opary a afty). Mezi kompenzační pomůcky patří speciálně upravené příbory, speciálně tvarované kelímky na pití z odlehčeného skla, protiskluzové podložky, talíř se zvýšeným okrajem a prkénko s hroty pro krájení jednou rukou.

Klient/Pacient si může sestavit pomůcky individuálně dle situace ve svém domácím prostředí. (1,22,39)

### ***1.3.9 Nácvik komunikace***

Komunikace se považuje za důležitý aspekt zdravotnické péče, zahrnuje verbální (slovní) i neverbální (mimika, gesta, úsměv) sdělení, která vyjadřují pocity a přenášejí informace mezi sestrou a klientem/pacientem. Efektivní komunikace přispívá k uzdravení tím, že tlumí strach a zmatek, pomáhá při úzkosti a stresu, může pomoci zmírnit bolest, snížit počet komplikací a v neposlední řadě zlepšuje spolupráci klienta/pacienta. Úkolem sestry je vždy důležité stanovit příčinu poruchy komunikace a najít vhodný způsob dorozumění mezi ní a klientem/pacientem. Příčinou poruch komunikace mohou být potíže s centrální nervovou soustavou (nutná spolupráce s logopedem), motorická dysfunkce mluvidel (důležitá orofaciální stimulace) nebo psychický blok. Při komunikaci s těmito klienty/pacienty je vhodné se dorozumívat v dobře osvětlené místnosti, stát před ním a mluvit pomalu. Zřetelně artikulovat, pečlivě otevírat ústa, vyslovovat známá a jednoduchá slova, používat krátké věty, popřípadě řeč doplňovat gestikulací a mimikou, či jinými způsoby mimoslovního sdělení. (28,48)

Mezi pomůcky pro dorozumění patří tabulky se slovy, obrázky (piktogramy vyjadřují nejen pojmenování předmětů, ale znázorněna jsou zde také dějová slovesa a slova citově zbarvená). Sestra by měla vést klienta/pacienta k nácviku čtení jednoduchých textů, správné artikulaci (článkování) a dodržování zásad správné komunikace. (24,28,44,48)

#### ***1.4 Specifické přístupy k rehabilitačnímu ošetřování u vybraných ošetřovatelských diagnóz***

V případě níže uvedených vybraných diagnóz (parkinsonský syndrom, hemiparéza, hemiplegie, amputace dolní končetiny, endoprotéza kyčelního kloubu) je zřejmý specifický přístup v rehabilitačním ošetřování.

U klientů/pacientů s parkinsonským syndromem dochází k celkové rigiditě (ztuhlosti), zvýšenému napětí ve svalech, nedostatku pohybu a flekčnímu držení končetin. Chůze se stává šouravá s drobnými krůčky, klient/pacient má problém se rozejít a následně chůzi zastavit. Chybí gestikulace, dochází k narušení jemné motoriky, přítomný je i třes, nejčastěji v oblasti rukou a hlavy. Obličej je bez mimiky, obtížná je pro klienta/pacienta i řeč. Pro rehabilitační ošetřování je rozhodující rozsah postižení a schopnost spolupráce. Prvořadým terapeutickým prostředkem je aktivní cvičení, které podporuje vzpřímené držení těla s využitím švihových rytmických pohybů končetin, cvičení je vhodné doprovázet sluchovými vjemy (tleskáním, hudbou zvukem bubínku). Dále dechová gymnastika, která napomáhá udržovat pružnost hrudníku a schopnost abdominálního dýchání. Nejdůležitějším ošetřovatelským cílem je udržení soběstačnosti. Nejde jenom o trénování činností, ale i o úpravu pomůcek a prostředí včetně přiměřeného vybavení kompenzačními pomůckami. (22)

Rehabilitační ošetřování u klientů/pacientů s hemiparézou a hemiplegií, představuje pro klienta/pacienta neúplné či úplné ochrnutí poloviny těla. Jde o závažné postižení centrální nervové soustavy, které změní klientovi/pacientovi kvalitu života. Nejlepší preventivní prostředky jsou v ranné fázi správné postupy ošetřování a aktivizace. Dbá se na to, aby nedocházelo k případné spasticitě, bolesti ramen, otokům dolních končetin a psychickým změnám. Sestra i ostatní personál přistupuje vždy ke klientovi/pacientovi ze strany postižení, noční stolek je uložen na straně postižení, aby byla snadná dostupnost pro zdravou končetinu. Klient/Pacient se polohuje každé 2 – 3 hodiny, spolupracuje s rodinou, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, logopedem a psychologem, je-li to zapotřebí. Je-li klient/pacient schopen spolupráce, pokračujeme s aktivním cvičením. Základním cílem je dosáhnout nezávislosti při jídle, hygienických úkonech a snížit co nejvíce jeho závislost na další

osobě. Chronický klient/pacient v pozdní fázi má už zafixované pohybové návyky a dovednosti a není většinou schopen tyto stereotypy měnit. Sestra proto vytváří podmínky, na které je zvyklý a poskytuje přiměřenou pomoc. Inhibice (tlumení) spasticity se provádí před cvičením a polohováním, kdy klient/pacient zaujme bezpečnou a stabilní polohu. Tlumení provádí sestra pomocí kartáčku, akupresurního míčku nebo drsnější žínkou nad svaly antagonistů spastických svalů. Uvolnění vyvolává i masáž kosmetickými vibračními strojky. (1,5,22)

Velmi specifické je rehabilitační ošetřování u klientů/pacientů s amputací dolní končetiny. Samotná amputace je vždy těžké trauma z hlediska somatického i psychického. Funkční schopnosti jsou ovlivněny rozsahem amputace, věkem, pohlavím, kondicí a konstitucí klienta/pacienta. Rehabilitační ošetřování je obtížnější u starších lidí, trpí-li kardiovaskulárním onemocněním a u diabetiků. Sestra se snaží zlepšit kondici dechovým cvičením, posilováním zdravých částí, vertikalizací, kondičním cvičením, přesunům na lůžku, udržení rovnováhy, nácvik lokomočních funkcí a výcviku soběstačnosti. Sestra by měla správně ošetřovat pahýl pomocí bandáže, sledovat otoky a prokrvení. V rehabilitačním ošetřování je důležitá prevence kontraktur polohováním. V časně fázi sestra nesmí pahýl podkládat polštářkem, klient/pacient nesmí dlouho sedět, opírat se pahýlem o berle. Po zhojení pahýlu a odstranění stehů je nutné začít pahýl postupně otužovat (sprcha, poklep prsty, poklep pěstí, tření). Kůži ošetřujeme krémem, pudrem, kafrovou pleťovou vodou. Významná role sestry je i v oblasti aktivizace klienta/pacienta, zvláště v případě starší osoby. Nepříjemnou komplikací jsou fantomové bolesti. (22,49)

Rehabilitační ošetřování je nezbytné i u klientů/pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Náhrada kyčelního kloubu byla provedena u mnoha starších lidí pro těžkou koxartrózu nebo po úrazu. Sestra by měla znát základní pravidla pro zacházení s těmito klienty/pacienty, kdy dolní končetina nesmí být přetěžována, aby životnost totální endoprotézy byla co nejdélejší. Zátěž operované končetiny určuje lékař, kdy pod dohledem fyzioterapeuta chodí klient/pacient nejdříve s plným odlehčením operované končetiny a teprve postupně u ní dochází ke zvyšování zátěže. Plná zátěž bývá většinou povolena podle typu endoprotézy a celkové kondice

klienta/pacienta zhruba po třech až šesti měsících. Je zakázáno křížení operované končetiny přes střední čáru (addukce), nesmí dávat nohu přes nohu, nepřetáčet operovanou dolní končetinu špičkou dovnitř (vnitřní rotace). Poloha kyčelního kloubu by neměla přesahovat devadesát stupňů, neměla by se nosit ani břemena vážící více jak pět kilo. Nedoporučuje se ani aplikace tepla na endoprotézu. Ležet by měl klient/pacient na rovném a pevném lůžku, sedět na dostatečně vysoké židli, nejlépe s područkami a polstrováním. Chodit by měl dle pocitu únavy, neprovádět dřepy, nepřepínat síly a vždy by měl dbát na rady lékaře. Klient/Pacient s umělým kloubem by měl cvičit denně (asi patnáct minut) základní pohyby kyčelního kloubu, procvičovat břišní a zádové svalstvo. Doporučují se fyzické aktivity, jako jsou jízda na kole, plavání a kratší procházky. Domácí prostředí je důležité upravit, např. neklouzavou podlahou, servírovacím stolem s kolečky pro převážení břemen, dlouhými násadami na pomůcky pro úklid, zvýšením nízké postele. V případě potřeby lze použít nástavec na záchodovou mísu. Obouvání usnadní dlouhá lžice nebo háček na zip, návlekáče použijeme u ponožek či silonek. (22)

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

**Cíl 1** Zjistit informovanost sester na standardním oddělení o rehabilitačním ošetřování.

**Cíl 2** Zjistit, zda sestry na standardním oddělení používají prvky z rehabilitačního ošetřování.

**Cíl 3** Zjistit, jakým způsobem se sestra podílí na spolupráci v multidisciplinárním týmu v rámci rehabilitačního ošetřování.

### **2.2 Hypotézy**

**H1:** Sestry jsou informovány o rehabilitačním ošetřování.

**H2:** Sestry na standardním oddělení používají prvky z rehabilitačního ošetřování.

**H3:** Sestry spolupracují s fyzioterapeuty při poskytování rehabilitačního ošetřování.

**H4:** Sestry spolupracují s ergoterapeuty při poskytování rehabilitačního ošetřování.

### **3. Metodika výzkumu**

#### **3.1 *Popis použité metodiky***

Pro uskutečnění šetření v rámci diplomové práce na téma „Rehabilitační ošetřování teorie a praxe v ošetrovatelské péči“ byl využit kvantitativní výzkum. Pro kvantitativní šetření byla zvolena metoda dotazování, technikou sběru dat byl dotazník (viz příloha č. 1) určený pro sestry pracující na standardních odděleních. Obsahoval celkem 27 otázek vztahující se ke stanoveným hypotézám. Z tohoto počtu bylo 20 otázek uzavřených, kde sestry vybíraly z uvedených možností, 6 otázek bylo polouzavřených, ve kterých byly sestrám nabídnuty možné odpovědi nebo zde mohly napsat svoji vlastní odpověď a zbylá 1 otázka byla otevřená, kde sestry napsaly vlastní odpověď. Výsledná data byla zpracována v programu SPSS 17.0 a Microsoft Office Excel 2010.

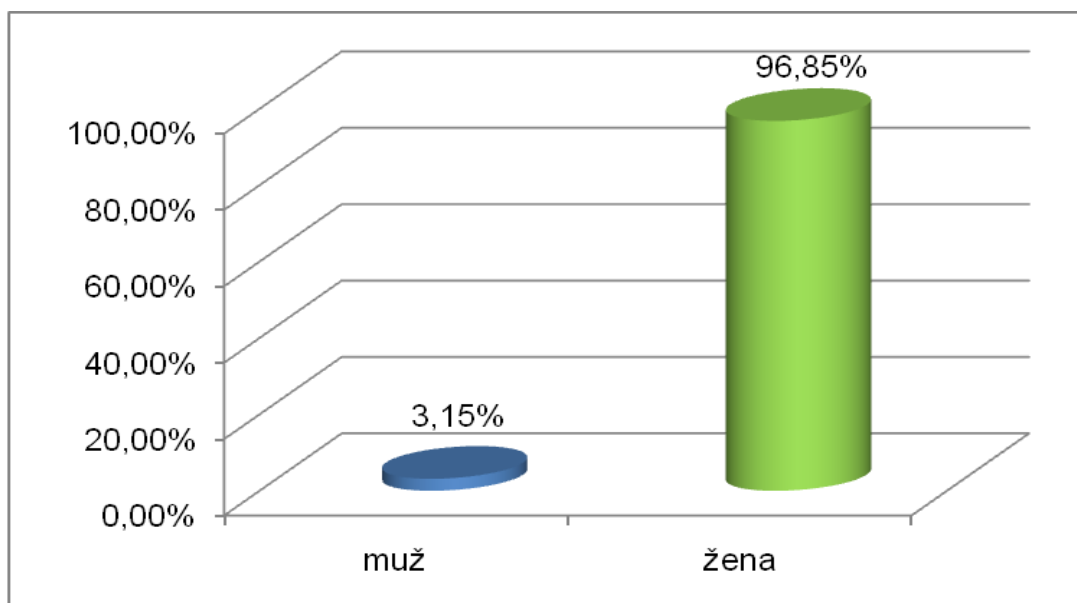
#### **3.2 *Charakteristika sledovaného souboru***

Výzkumný soubor kvantitativní části výzkumu tvořily sestry, které pracují v Nemocnici České Budějovice a.s., Nemocnici Privamed a.s. v Plzni a Fakultní nemocnici Plzeň. Dotazníky byly rozdány za pomoci vrchních a staničních sester interních oddělení, neurologických oddělení, chirurgických a ortopedických oddělení. Dohromady bylo do třech nemocnic rozdáno 340 dotazníků. Z celkového počtu byla návratnost 340 (100 %), 16 (5 %) z nich však nebyly vyplněny vůbec a 38 (11 %) dotazníků bylo vyřazeno pro nesprávné vyplnění. Výzkumný soubor tedy tvořilo 286 (84 %) respondentů, kteří vyplnili dotazník, což bylo v rámci výzkumu považováno za 100 %.

## 4. Výsledky

### 4.1 Výsledky kvantitativního šetření

Graf 1 Pohlaví respondentů



Z celkového počtu 100 % (286) respondentů bylo 96,85 % (277) ženského pohlaví a 3,15 % (9) mužského pohlaví.



Tabulka 1 Věk respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19 - 25 let	64	22,4	22,4	22,4
	26 - 30 let	45	15,7	15,7	38,1
	31 - 40 let	77	26,9	26,9	65,0
	41 - 50 let	81	28,3	28,3	93,4
	50 a více let	19	6,6	6,6	100,0
	Total	286	100,0	100,0	

Z celkového počtu 100 % (286) respondentů bylo nejčetnější zastoupení ve věkové kategorii 41 - 50 let a to 28,3 % (81). Ve věkovém rozmezí 31 - 40 let 26,9 % (77) respondentů. V rozmezí 19 - 25 let bylo 22,4 % (64) respondentů. Ve věku 26 - 30 let bylo 15,7 % (45) respondentů. Nejméně respondentů bylo ve věku více než 50 let, konkrétně 6,6 % (19).

Tabulka 2 Pracoviště respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Interní odd.	105	36,7	36,7	36,7
	Neurologické odd.	44	15,4	15,4	52,1
	Chirurgické odd.	94	32,9	32,9	85,0
	Ortopedické odd.	43	15,0	15,0	100,0
	Total	286	100,0	100,0	

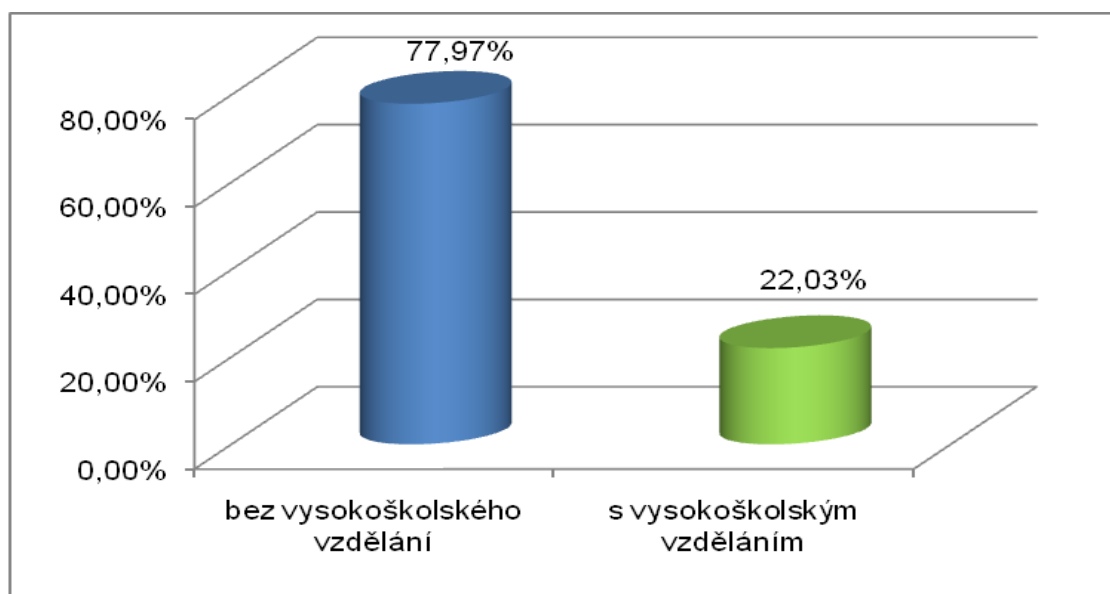
Z celkového počtu 100 % (286) respondentů, bylo nejvíce z interního oddělení 36,7 % (105). Z chirurgického oddělení 32,9 % (94) respondentů. Neurologické oddělení uvedlo 15,4 % (44) respondentů. Nejméně zastoupené bylo ortopedické oddělení s 15,0 % (43) respondentů.

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Středoškolské	149	52,1	52,1	52,1
	Vyšší odborné	58	20,3	20,3	72,4
	Vysokoškolské - Bc.	52	18,2	18,2	90,6
	Vysokoškolské - Mgr.	11	3,8	3,8	94,4
	Specializační vzdělávání	16	5,6	5,6	100,0
	Total	286	100,0	100,0	

Ze 100 % (286) respondentů, byli v největší míře zastoupeni respondenti se středoškolským vzděláním, jejichž počet činil 52,1 % (149). Vyšší odborné vzdělání uvedlo 20,3 % (58) respondentů. Vysokoškolské studium - Bc. uvedlo 18,2 % (52) respondentů, specializační vzdělávání mělo zastoupení 5,6 % (16) respondentů. Nejméně zastoupené bylo vysokoškolské studium - Mgr. 3,8 % (11) respondentů.

Graf 2 Vysokoškolské vzdělání respondentů



Graf 2 navazuje na tabulku 3 a znázorňuje procentuální rozdělení respondentů s vysokoškolským vzděláním a bez vysokoškolského vzdělání. Ve zkoumaném souboru 100 % (286) respondentů bylo 77,97 % (223) bez vysokoškolského vzdělání 22,03 % (63) respondentů s vysokoškolským vzděláním.

Tabulka 4 Délka praxe respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 - 1 rok	19	6,6	6,6	6,6
	2 - 10 let	113	39,5	39,5	46,2
	11 - 15 let	50	17,5	17,5	63,6
	16 - 25 let	64	22,4	22,4	86,0
	25 a více let	40	14,0	14,0	100,0
	Total	286	100,0	100,0	

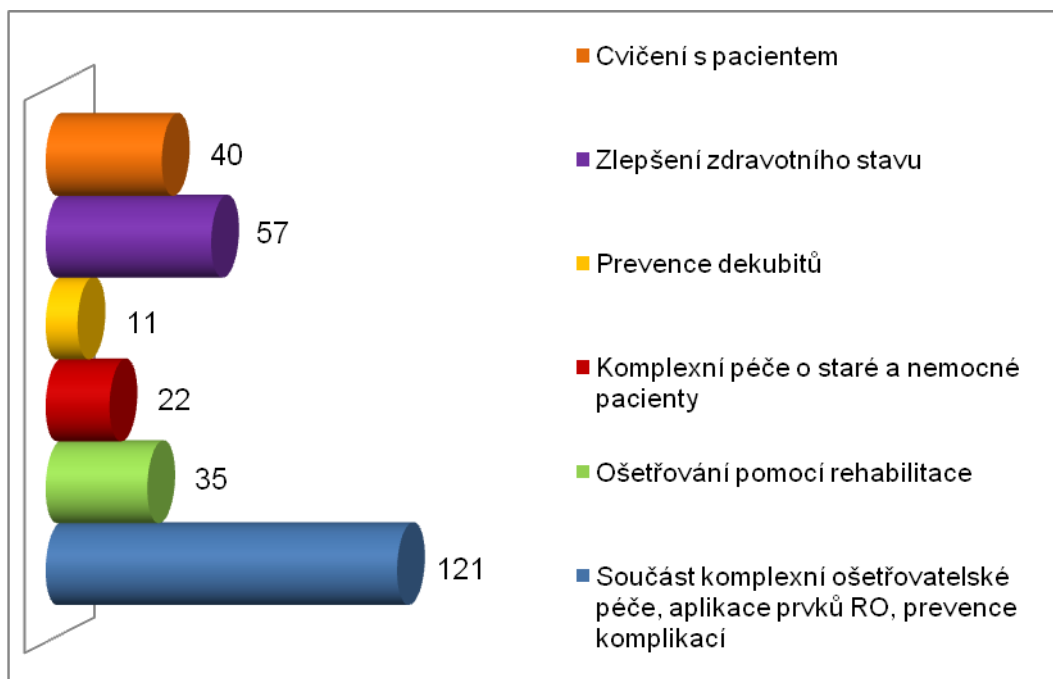
Z celkového počtu 100 % (286) respondentů mělo 39,5 % (113) 2 - 10 let praxe. Rozmezí praxe 16 - 26 let je zastoupeno 22,4 % (64) respondentů. Rozmezí 11 - 15 let uvedlo 17,5 % (50) a více jak 25 let zvolilo 14 % (40) respondentů. Praxi v délce 0 - 1 rok uvádí 6,6 % (19) respondentů.

Tabulka 5 Rehabilitační ošetřování

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	286	100,0	100,0	100,0
	Ne	0	0,0	0,0	100,0
	Total	286	100,0	100,0	

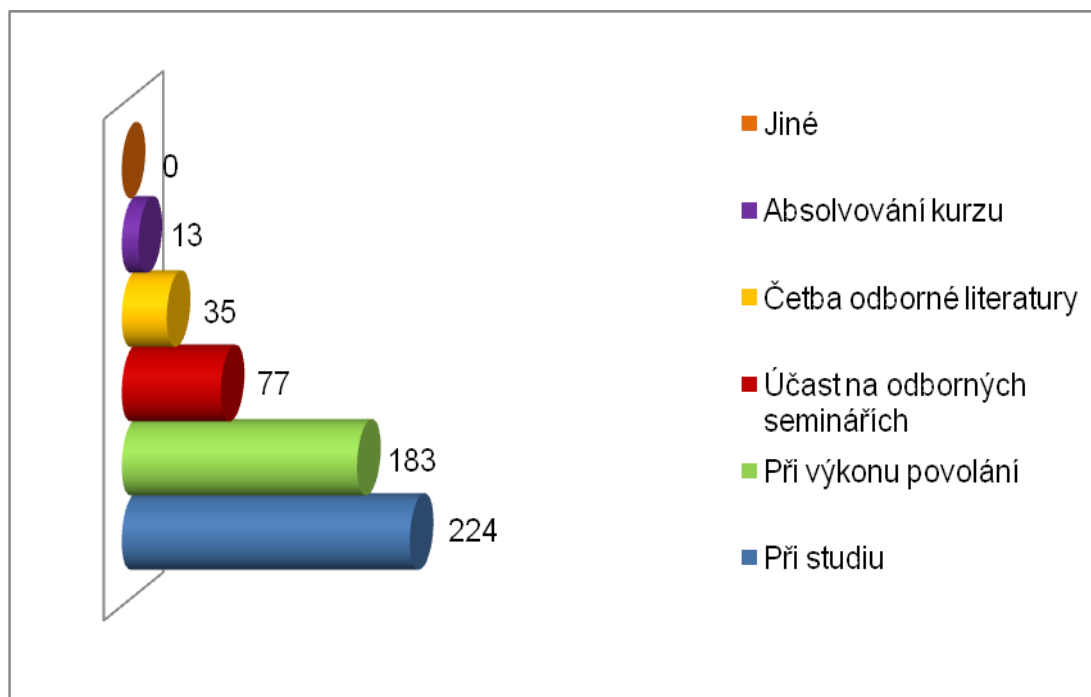
Z celkového počtu 100 % (286) respondentů, kteří odpověděli ano, znají pojem rehabilitační ošetřování.

Graf 3 Znalost pojmu rehabilitační ošetřování dle respondentů



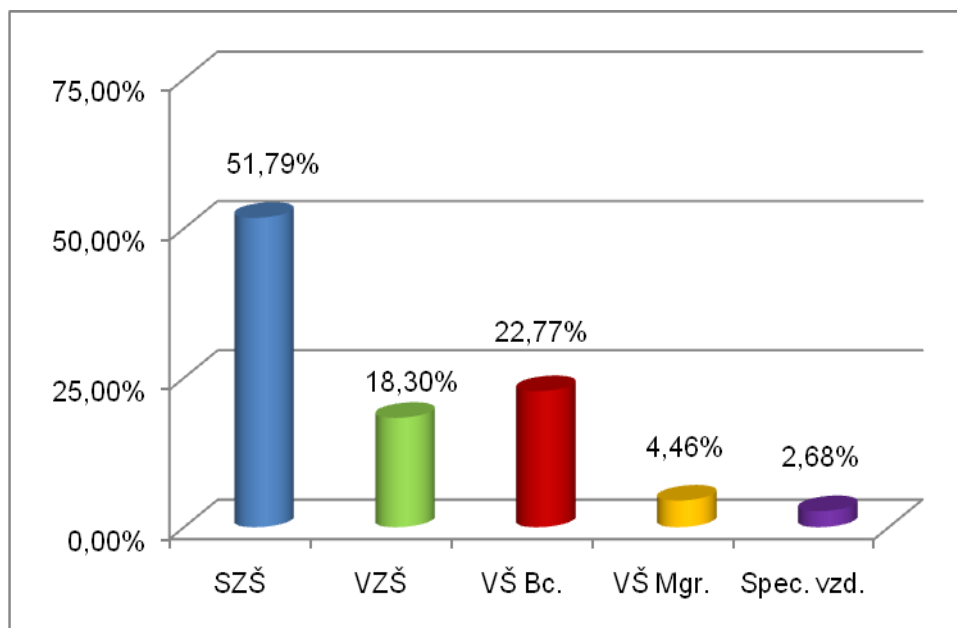
Celkem 286 (100 %) respondentů uvádělo vlastními slovy své znalosti k pojmu rehabilitační ošetřování. 121 (42 %) respondentů napsalo, že rehabilitační ošetřování je součástí komplexní ošetrovatelské péče, při které se aplikují prvky z rehabilitačního ošetřování a je prevencí komplikací. Zlepšení zdravotního stavu si pod tímto pojmem představilo 57 (20 %) respondentů, cvičení s pacientem uvedlo 40 (14 %) respondentů, ošetřování pomocí rehabilitace si myslí 35 (12 %) respondentů. To, že pojem rehabilitační ošetřování znamená komplexní péče o staré a nemocné pacienty, si myslí 22 (8 %) respondentů. Zbýlých 11 (4 %) respondentů si pod tímto pojmem představilo prevenci dekubitů.

Graf 4 Získávání informací o rehabilitačním ošetřování dle respondentů



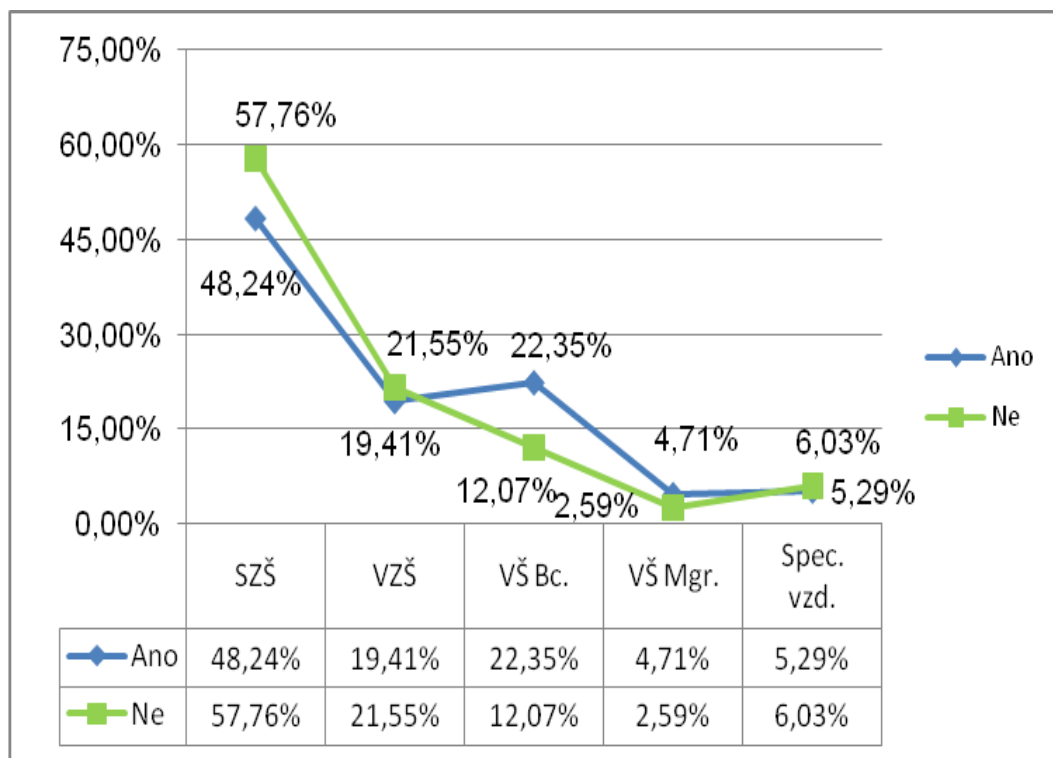
Z celkového počtu 532 odpovědí (100%) od 286 respondentů, kteří mohli označit více odpovědí, nejvíce informací o rehabilitačním ošetřování získalo 224 (42 %) respondentů při studiu. Při výkonu povolání 183 (34 %), účastí na odborných seminářích uvedlo 77 (15 %) respondentů, četbu odborné literatury označilo 35 (7 %) respondentů. Absolvováním kurzu uvedlo 13 (2 %) respondentů, možnosti jiné odpovědi zde nebyly využity.

Graf 5 Získávání informací o rehabilitačním ošetřování při studiu



Graf 5 navazuje na graf 4, znázorňuje odpovědi vztahující se k možnosti získání největšího množství informací o rehabilitačním ošetřování při studiu. Ze 100% (224) respondentů uvádělo 51,79 % (116), že nejvíce informací získali při studiu na střední zdravotnické škole. Studium na vysoké škole zaměřené na bakalářské studium uvedlo 22,77 % (51) respondentů. Vyšší zdravotnickou školu zvolilo 18,3 % (41) respondentů. Na vysoké škole zaměřené na magisterské studium nejvíce informací o rehabilitačním ošetřování získalo 4,46 % (10) respondentů. Nejméně respondentů 2,68 % (6) zvolilo specializační vzdělávání.

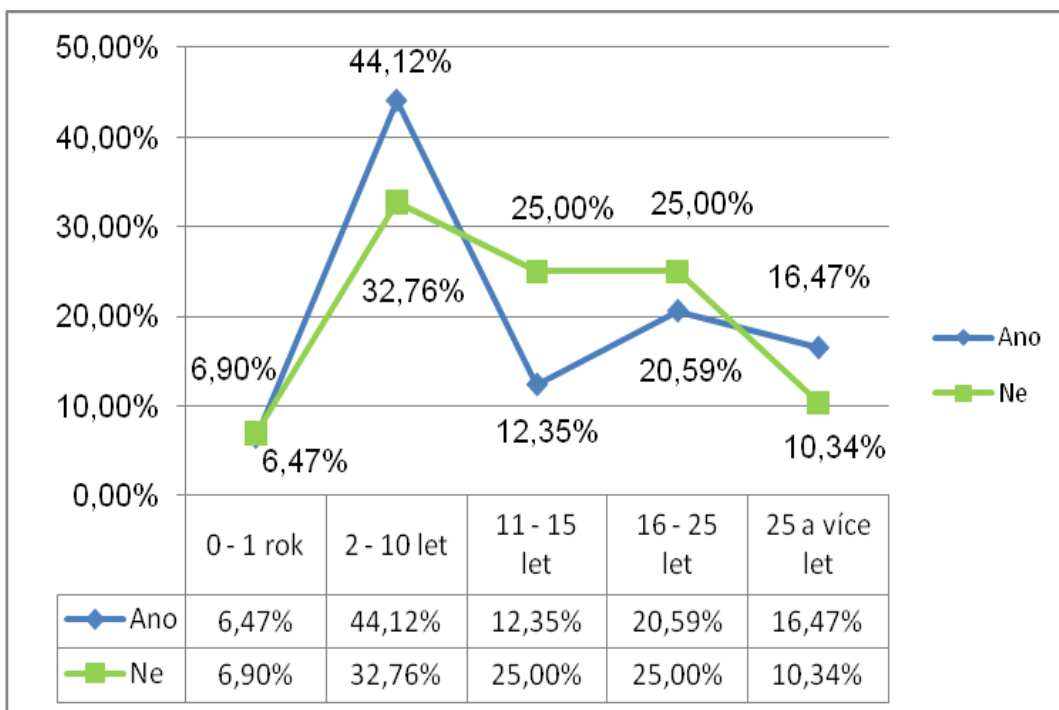
Graf 6 Vztah mezi vzděláním a vědomostmi o rehabilitačním ošetřování



Z celkového počtu 100 % (286) respondentů, odpovědělo 170 (51 %) respondentů ano na otázku, jestli považují svoje teoretické znalosti za dostačující. S porovnáním vztahu mezi vzděláním s vědomostmi označilo 48,24 % (82) respondentů střední zdravotnickou školu, vysokou školu bakalářského zaměření 22,35 % (38) respondentů, dále 19,41 % (33) vyšší zdravotnickou školu. Specializační vzdělávání uvedlo 5,29 % (9) respondentů. Magisterského zaměření na vysoké škole vystudovalo 4,71 % (8) respondentů. Nedostatečné znalosti o rehabilitačním ošetřování zvolilo 116 (49 %) respondentů, z toho mělo 57,76 % (67) vystudovanou střední zdravotnickou školu, vyšší zdravotnickou školu 21,55 % (25) respondentů, vysokou školu zaměřenou na bakalářské studium 12,07 % (14) respondentů, vystudované specializační studium uvedli 6,03 % (7) respondenti a vysokou školu zaměřenou na magisterské studium označili 2,59 % (3) respondenti.



Graf 7 Vztah mezi délkou praxe a vědomostmi o rehabilitačním ošetřování



Z celkového počtu 100 % (286) respondentů, odpovědělo 170 (59 %) ano na otázku, jestli považují svoje teoretické znalosti za dostačující. S porovnáním s délkou praxe a vědomostmi odpovědělo nejvíce respondentů s praxí 2 – 10 let 44,12 % (75). Rozmezí praxe 16 – 25 let mělo 20,59 % (35) respondentů. Dále označilo 25 a více let praxe 16,47 % (28) respondentů. Rozmezí praxe 11 – 15 let mělo 12,35 % (21) respondentů a nejméně byla označena praxe 0 – 1 rok 6,47 % (11) respondentů. Nedostatečné znalosti o rehabilitačním ošetřování zvolilo 116 (49 %) respondentů, nejvíce označili respondenti s rozmezí praxe 2 – 10 let 32,76 % (38), dále 16 – 25 let praxe 25,00 % (29) respondentů. Rozmezí praxe 11 – 25 let mělo 25,00 % (29) respondentů. 25 a více let praxe označilo 10,34 % (12) respondentů. Nejméně byla označena praxe 0 – 1 rok 6,90 % (8) respondentů.

Tabulka 6 Rehabilitační ošetřování jako součást pracovní náplně respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	257	89,9	89,9	89,9
	Ne	29	10,1	10,1	100,0
	Total	286	100,0	100,0	

Z celkového počtu 100 % (286) respondentů vidí rehabilitační ošetřování jako součást pracovní náplně 89,9 % (257), 10,1 % (29) respondentů si myslí, že rehabilitační ošetřování nezasahuje do jejich pracovní náplně.

Tabulka 7 Rehabilitační ošetřování při poskytování ošetřovatelské péči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	286	100,0	100,0	100,0
	Ne	0	0,0	0,0	100,0
	Total	286	100,0	100,0	

Z celkového počtu 100 % (286) respondentů používá 100 % (286) rehabilitační ošetřování při poskytování ošetřovatelské péče.

Tabulka 8 Potřebný čas pro poskytování rehabilitačního ošetřování

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	107	37,4	37,4	37,4
	Ne	179	62,6	62,6	100,0
	Total	286	100,0	100,0	

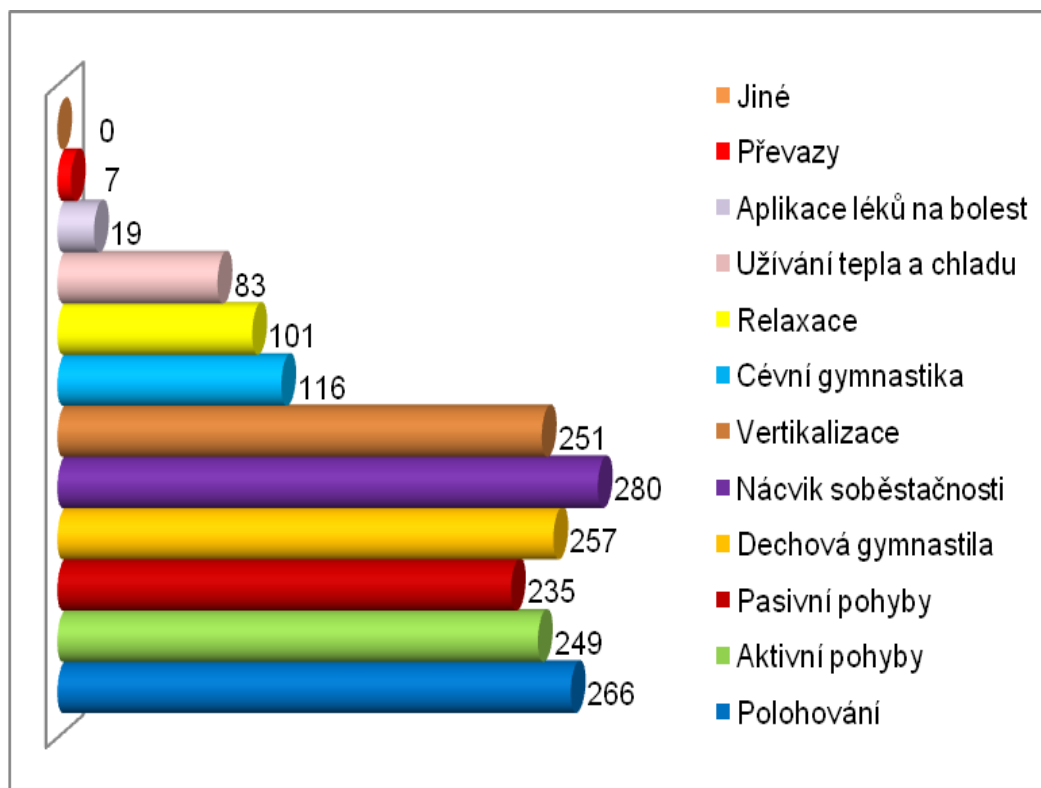
Ze 100 % (286) nemá potřebný čas pro vykonávání rehabilitačního ošetřování 62,6 % (179) respondentů, dostatek času uvádí 37,4 % respondentů.

Tabulka 9 Záznam rehabilitačního ošetřování do ošetřovatelské dokumentace

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	213	74,5	74,5	74,5
	Ne	64	22,4	22,4	96,9
	Nevím	9	3,1	3,1	100,0
	Total	286	100,0	100,0	

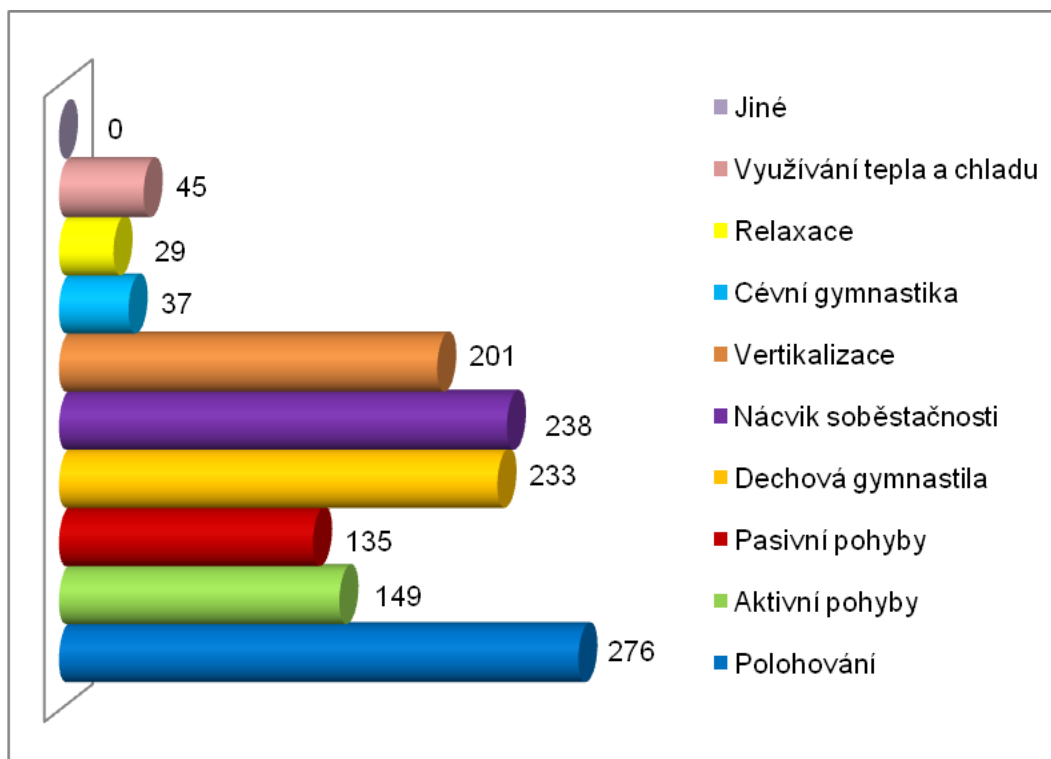
Ze 100 % (286) vykazuje záznam rehabilitačního ošetřování do ošetřovatelské dokumentace 74,5 % (213) respondentů, nevykazuje 22,4 % (64) a odpověď neví označilo 3,1 % (9) respondentů.

Graf 8 Prvky rehabilitačního ošetřování dle respondentů



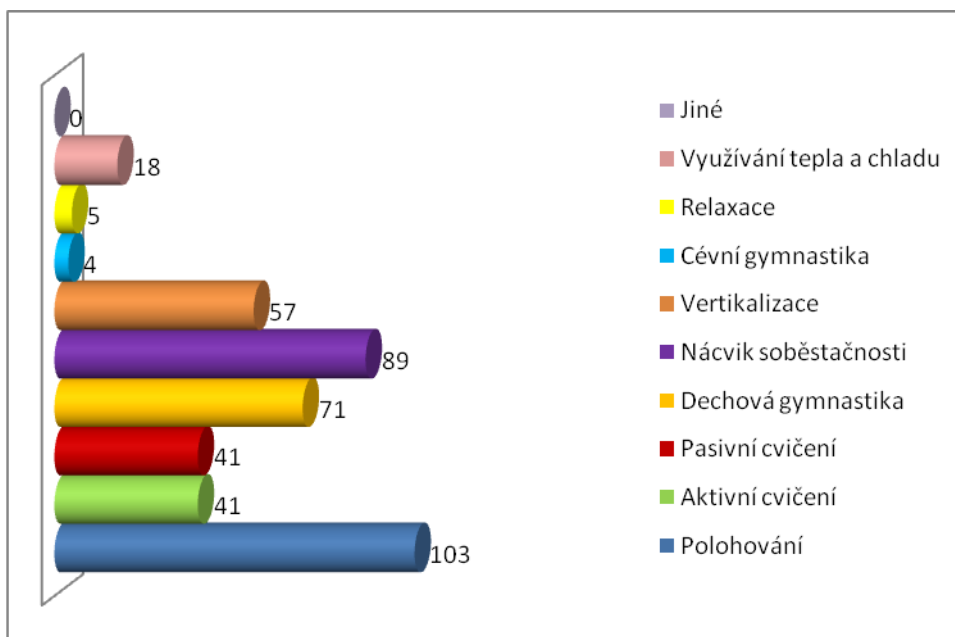
Z celkového počtu 1864 odpovědí (100%) od 286 respondentů, kteří mohli zvolit možnost více odpovědí, označilo nejvíce 280 (15 %) respondentů nácvik soběstačnosti, polohování označilo 266 (14 %) respondentů, dechovou gymnastiku uvedlo 257 (14 %) respondentů, 251 (13 %) vertikalizaci, 249 (13 %) aktivní pohyby, dále 235 (13 %) pasivní pohyby, 116 (6 %) cévní gymnastiku a 101 (5 %) relaxaci. Užívání tepla a chladu zvolilo 83 (5 %) respondentů, 19 (1 %) aplikaci léků na bolest a 7 (1 %) respondentů uvedlo převezky. Možnost jiné odpovědi ne zvolil žádný z respondentů.

Graf 9 Využívané prvky rehabilitačního ošetřování dle respondentů



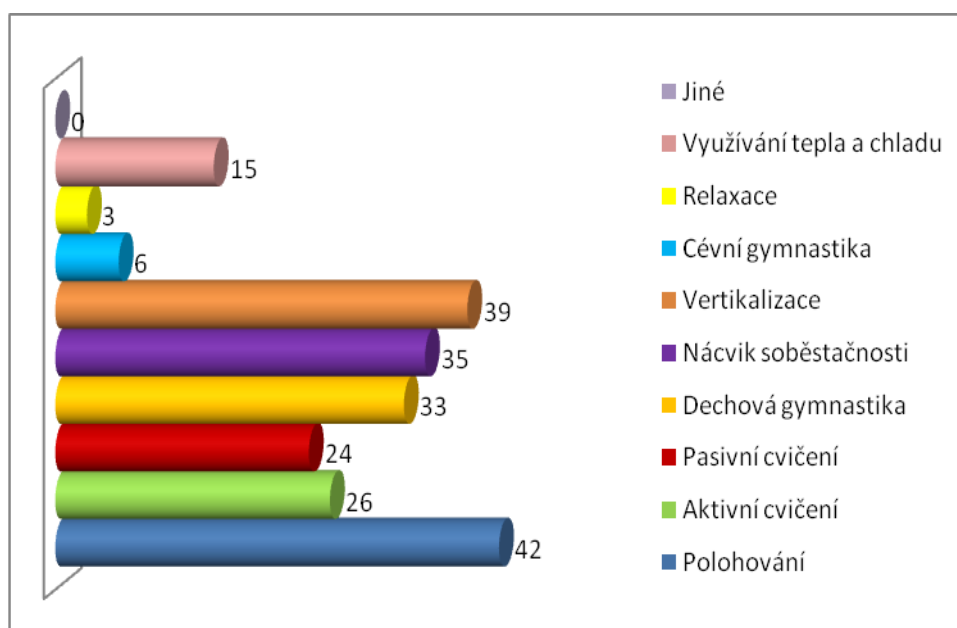
Z celkového počtu 1343 odpovědí (100 %) od 286 respondentů, kteří měli možnost označit více odpovědí, uvedlo nejčastěji prvek polohování 276 (21 %), nácvik soběstačnosti 238 (18 %), dechovou gymnastiku používá 233 (17 %) respondentů. Vertikalizaci využívá 201 (15 %) respondentů, dále aktivní pohyby 149 (11 %) respondentů, pasivní pohyby provádí 135 (10 %) respondentů. Užívání tepla a chladu aplikuje 45 (3 %) respondentů, cévní gymnastiku 37 (3 %) a relaxaci využívá 29 (2 %) respondentů. Možnost jiné odpovědi nezvolil žádný z respondentů.

Graf 10 Využívané prvky RO dle respondentů na interních odděleních



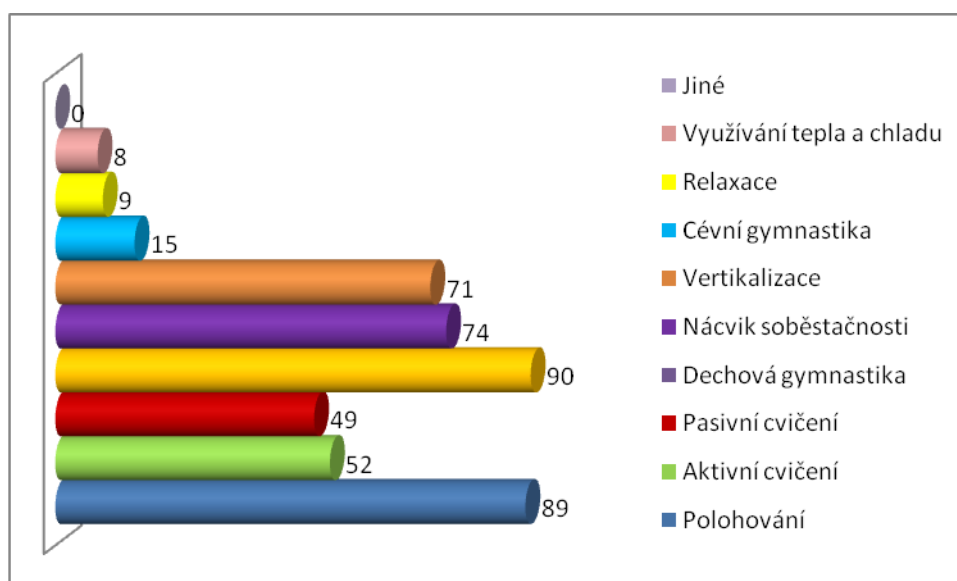
Ze 105 respondentů z interních oddělení, kteří měli možnost více odpovědí, uvedlo nejčastěji prvek polohování 103 (24 %) respondentů, nácvik soběstačnosti 89 (21 %), dechovou gymnastiku 71 (16 %). Vertikalizaci využívá 57 (13 %) respondentů, dále aktivní pohyby 41 (10 %) respondentů, pasivní pohyby provádí 41 (10 %) respondentů. Užívání tepla a chladu aplikuje 18 (4 %) respondentů, relaxaci 5 (1 %) a cévní gymnastiku využívají 4 (1 %) respondenti. Možnost jiné odpovědi ne zvolil žádný z respondentů.

Graf 11 Využívané prvky RO dle respondentů na neurologických odděleních



Ze 44 respondentů z neurologických oddělení, kteří měli možnost více odpovědí, uvedlo nejčastěji prvek polohování 42 (19 %) respondentů, vertikalizaci 39 (17 %), nácvik soběstačnosti využívá 35 (16 %) a dechovou gymnastiku používá 33 (15 %). Dále provádí aktivní pohyby 26 (12 %) respondentů, pasivní pohyby 24 (11 %). Užívání tepla a chladu aplikuje 15 (7 %) dotazovaných, cévní gymnastiku využívá 6 (2 %) respondentů a relaxaci 3 (1 %) odpovídající. Možnost jiné odpovědi nezvolil žádný z respondentů.

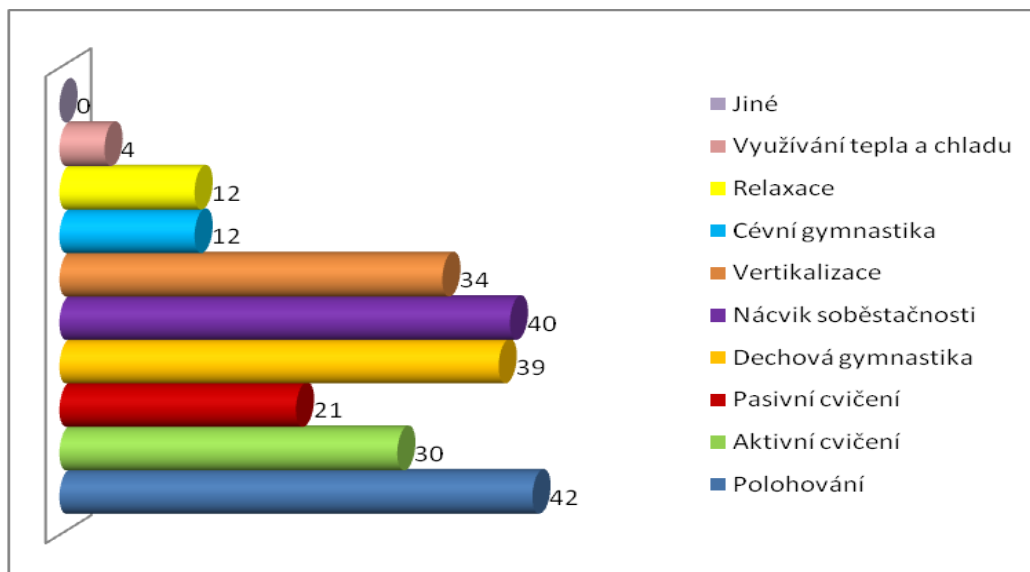
Graf 12 Využívané prvky RO dle respondentů na chirurgických odděleních



Z 94 respondentů z chirurgických oddělení, kteří měli možnost více odpovědí, uvedlo nejčastěji prvek dechovou gymnastiku 90 (20 %), polohování 89 (19 %), nácvik soběstačnosti 74 (16 %) respondentů. Vertikalizaci využívá 71 (16 %), dále aktivní pohyby 52 (11 %) respondentů a pasivní pohyby provádí 49 (11 %). Cévní gymnastiku využívá 15 (3 %) respondentů, relaxaci 9 (2 %) a používání tepla a chladu aplikuje 8 (2 %) respondentů.

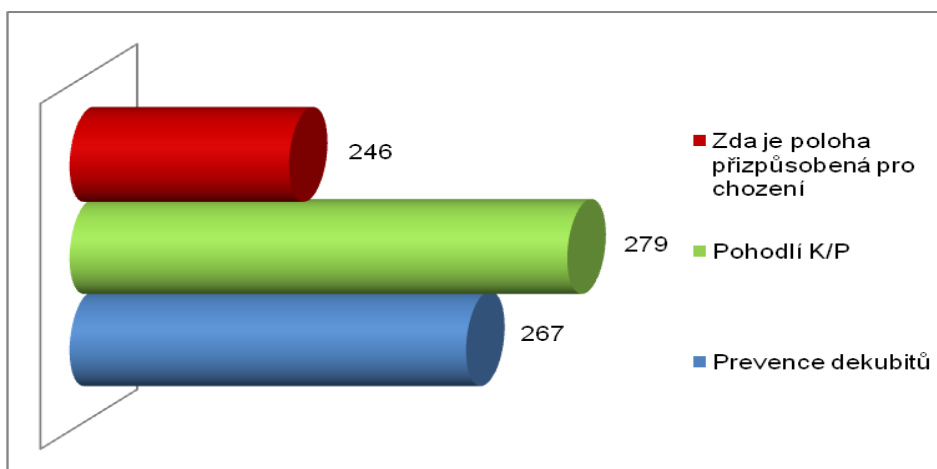


Graf 13 Využívané prvky RO dle respondentů na ortopedických odděleních



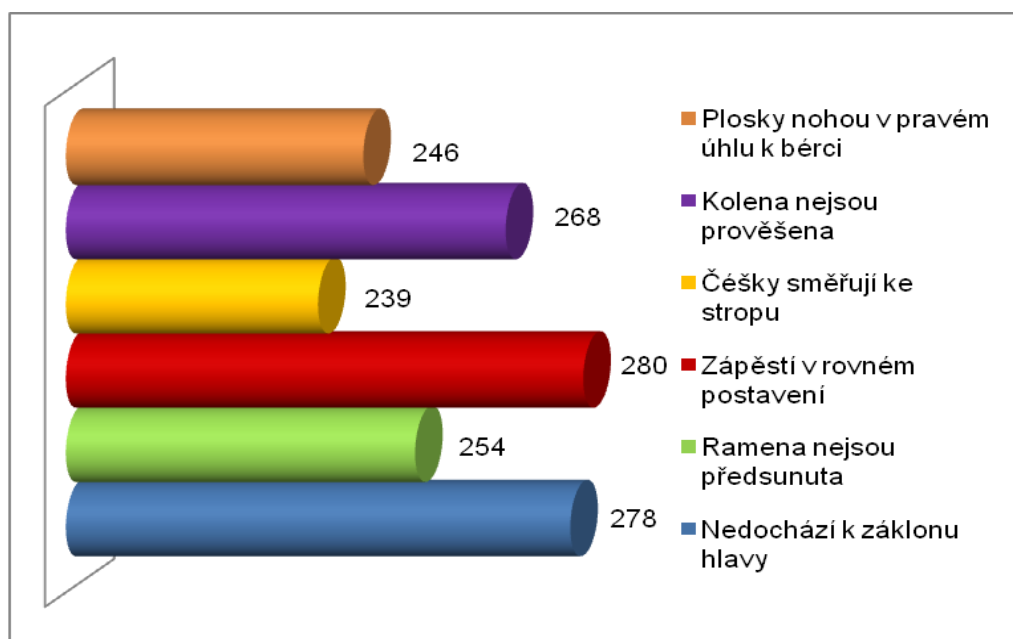
Ze 43 respondentů z ortopedických oddělení, kteří měli možnost více odpovědí, uvedlo nejčastěji prvek polohování 42 (18 %), návčik soběstačnosti 40 (17 %), dechovou gymnastiku 39 (16 %) respondentů. Vertikalizaci využívá 34 (15 %) respondentů, dále aktivní pohyby 30 (13 %) a pasivní pohyby provádí 21 (9 %) respondentů. Cévní gymnastiku využívá 12 (5 %) respondentů, taktéž i relaxaci 12 (5 %) a využívání tepla a chladu aplikují 4 (2 %) respondenti. Možnost jiné odpovědi ne zvolil žádný z dotazovaných.

Graf 14 Rozvaha respondenta při polohování K/P



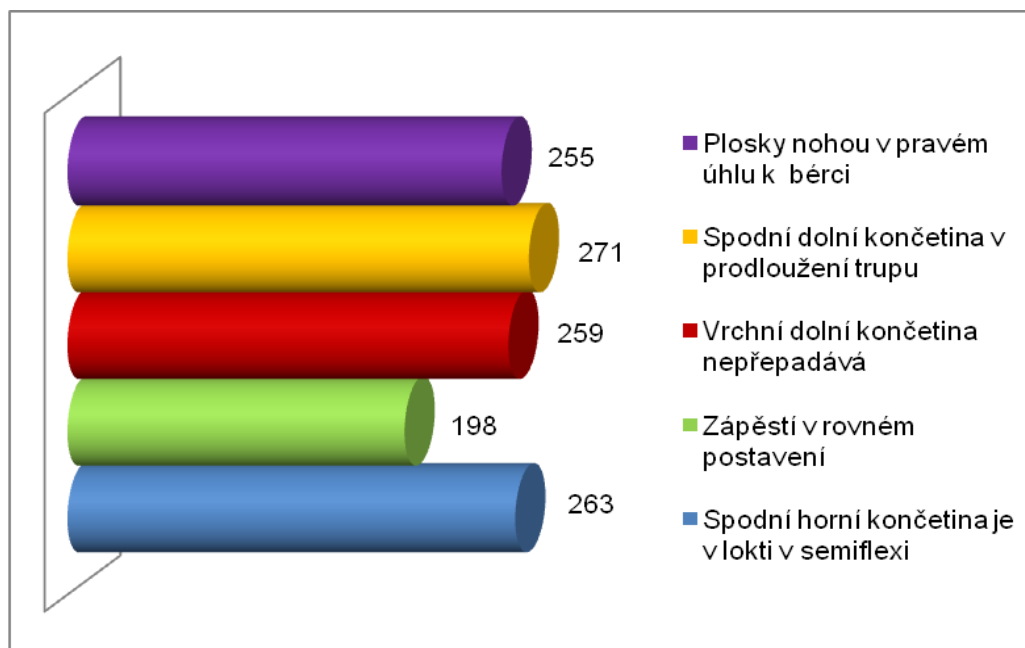
Z celkového počtu 792 odpovědí (100%) od 286 dotazovaných, kteří měli možnost označit více odpovědí, 279 (35 %) respondentů myslí při polohování na pohodlí klienta/pacienta. Na prevenci dekubitů 267 (34 %) respondentů a na polohu přizpůsobenou k tomu, aby pak klient/pacient mohl sedět, stát a chodit myslí 246 (31 %) dotazovaných.

Graf 15 Poloha imobilního klienta/pacienta na zádech



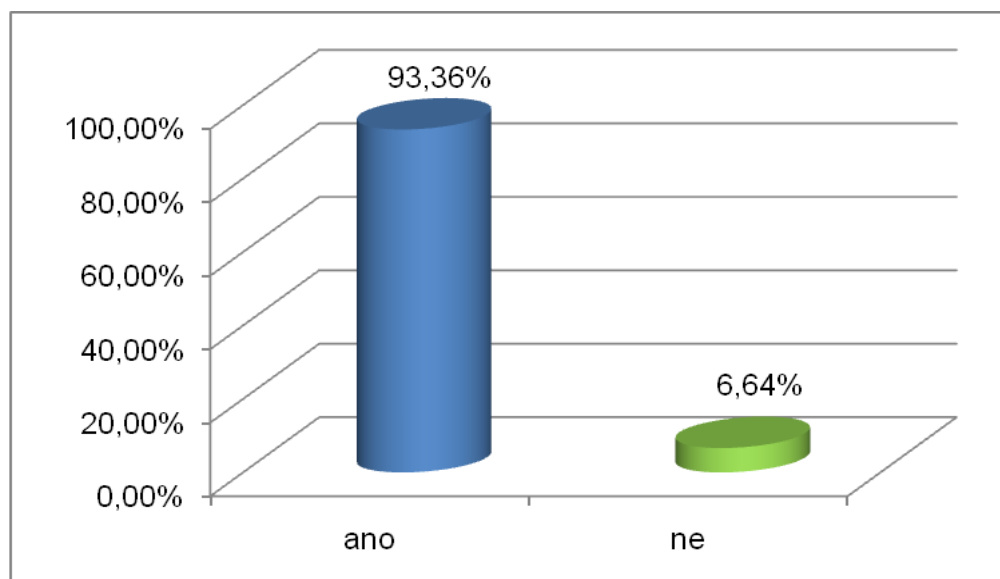
Z celkového počtu 1565 odpovědí (100 %) od 286 respondentů, kteří měli možnost označit více odpovědí, jich 280 (18 %) myslí na to, aby bylo zápěstí v rovném postavení. K tomu, aby nedocházelo k záklonu hlavy, myslí 278 (18 %) respondentů. Zda jsou kolena prověšena, bere v úvahu 268 (17 %) respondentů. Na to, zda jsou ramena předsunutá, se soustředí 254 (16 %) dotazovaných. To, zda jsou plosky nohou v pravém úhlu k bérce, kontroluje 246 (16 %) respondentů. Směřování češky ke stropu uvedlo 239 (15 %) respondentů.

Graf 16 Poloha imobilního klienta/pacienta na boku



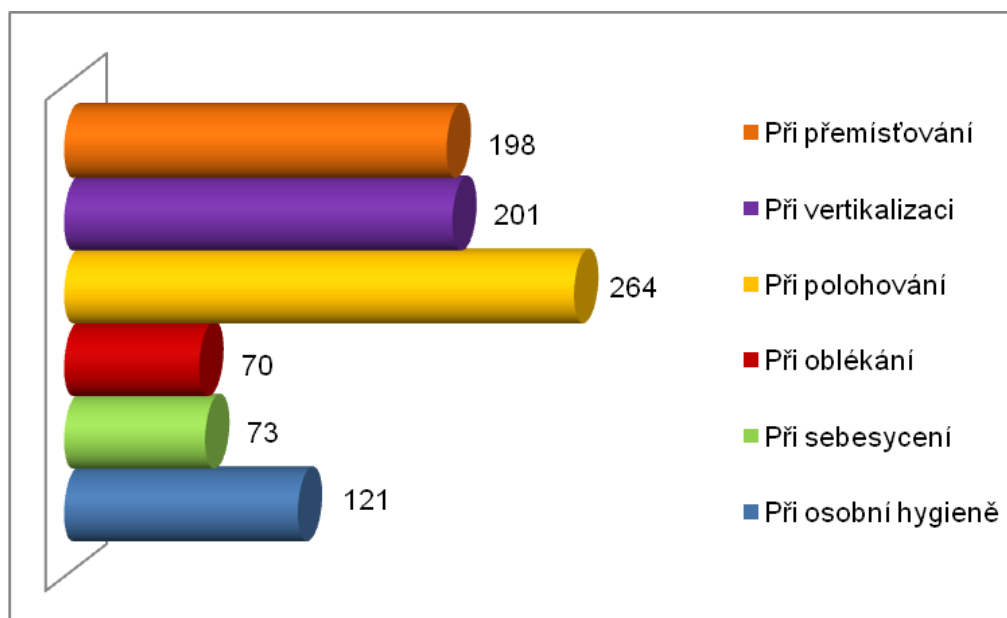
Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 1246 odpovědí, od 286 respondentů, kteří měli možnost označit více odpovědí, jich 271 (22 %) myslí při polohování K/P na to, aby spodní dolní končetina byla v prodloužení trupu. Spodní horní končetinu, která by měla být v lokti v semiflexi si vybralo 263 (21 %) respondentů. Zaměření na to, aby vrchní dolní končetina nepřepadávala, označilo 259 (21 %) respondentů. Možnost, že mají být plosky nohou v pravém úhlu k bérce, vybralo 255 (20 %) respondentů. Na to, aby bylo zápěstí relativně v rovném postavení s předloktím myslí 198 (16 %) respondentů.

Graf 17 Používání pomůcek



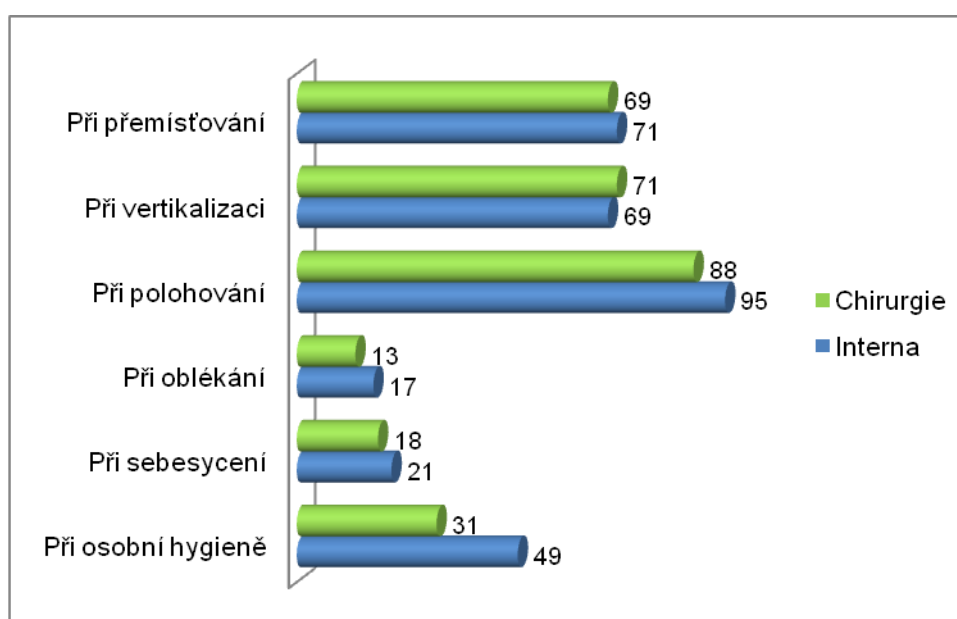
Ze 100 % (286) respondentů používá pomůcky pro rehabilitační ošetřování 93,36 % (267), nepoužití pomůcek uvádí 6,64 % (19) respondentů.

Graf 18 Využívání pomůcek při poskytování rehabilitačního ošetřování



Graf 15, který navazuje na graf 14, znázorňuje využívání pomůcek při poskytování rehabilitačního ošetřování, u 100 % (267) respondentů, kteří měli možnost více odpovědí, uvedlo 264 (28 %) respondentů využívání pomůcek při polohování, při vertikalizaci klienta/pacienta 201 (22 %) respondentů, dále při přemístování 198 (21 %) respondentů, při osobní hygieně u pacientů 121 (13 %) respondentů. Využívání pomůcek při sebesycení u klienta/pacienta označilo 73 (8 %) respondentů a 70 (8 %) dotazovaných uvedlo možnost využití pomůcek při oblékání.

Graf 19 Využívání pomůcek při poskytování rehabilitačního ošetřování dle oddělení

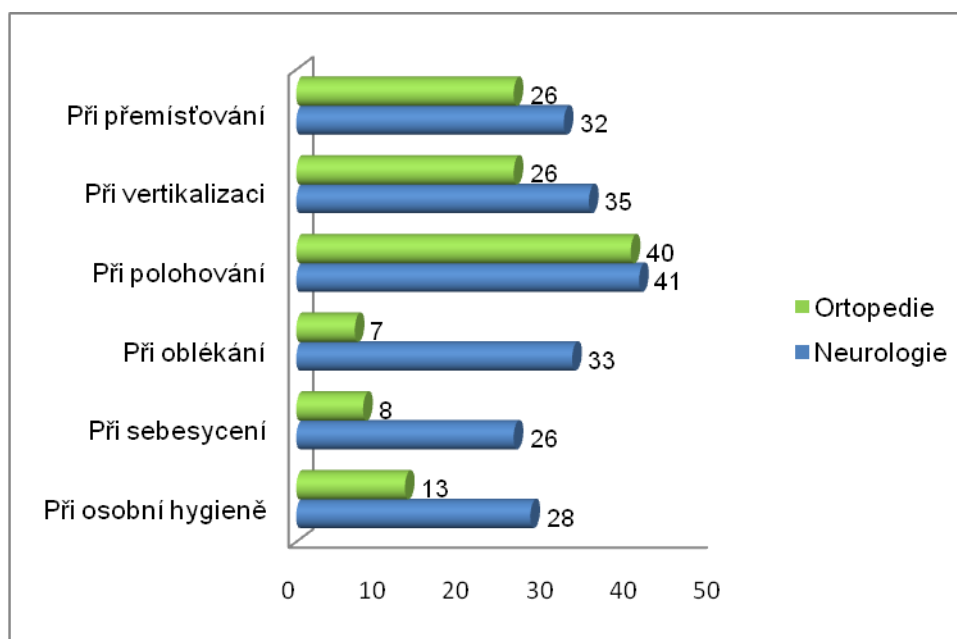


Z celkového počtu 95 (100 %) respondentů pracujících na interním oddělení, uvedlo 95 (30 %) respondentů využívání pomůcek při polohování, při přemístování klienta/pacienta 71 (22 %) dotazovaných, dále při vertikalizaci 69 (21 %) respondentů a při osobní hygieně klientů/pacientů 49 (15 %) respondentů. Využívání pomůcek při sebesycení u klienta/pacienta označilo 21 (7 %) respondentů a 17 (5 %) dotazovaných uvedlo možnost využití pomůcek při oblékání.

Z celkového počtu 88 (100 %) respondentů pracujících na chirurgickém oddělení, uvedlo 88 (30 %) respondentů využívání pomůcek při polohování, při vertikalizaci klienta/pacienta 71 (25 %) respondentů, dále při přemístování 69 (23 %) respondentů,

při osobní hygieně u klienta/pacienta 31 (11 %) respondentů. Využívání pomůcek při sebesycení u pacienta označilo 18 (6 %) respondentů a 13 (5 %) dotazovaných uvedlo možnost využití pomůcek při oblékání.

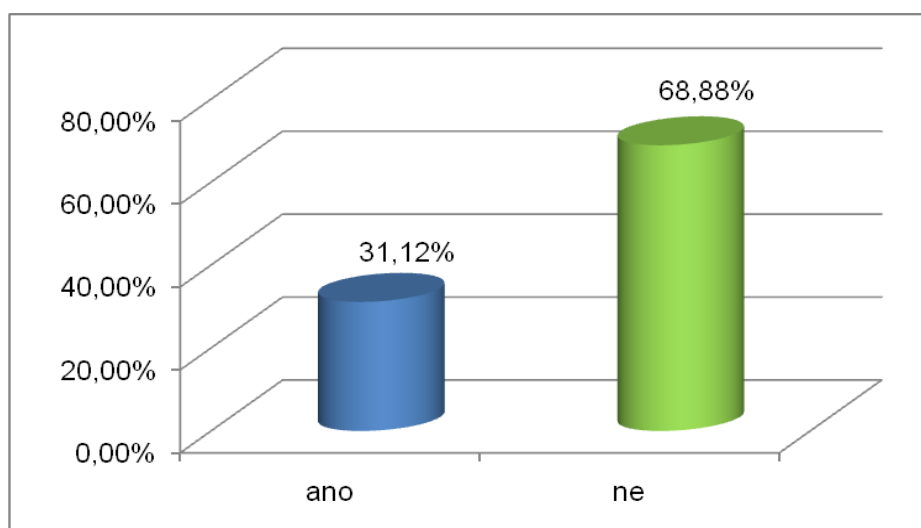
Graf 20 Využívání pomůcek při poskytování rehabilitačního ošetřování dle oddělení



Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů pracujících na neurologickém oddělení, uvedlo 41 (21 %) respondentů využívání pomůcek při polohování, při vertikalizaci klienta/pacienta 35 (19 %) respondentů, dále při oblékání 33 (17 %) respondentů, při přemísťování 32 (16 %) respondentů. Využívání pomůcek při osobní hygieně u klienta/pacienta označilo 28 (14 %) respondentů a 26 (13 %) dotazovaných uvedlo možnost využití pomůcek při sebesycení.

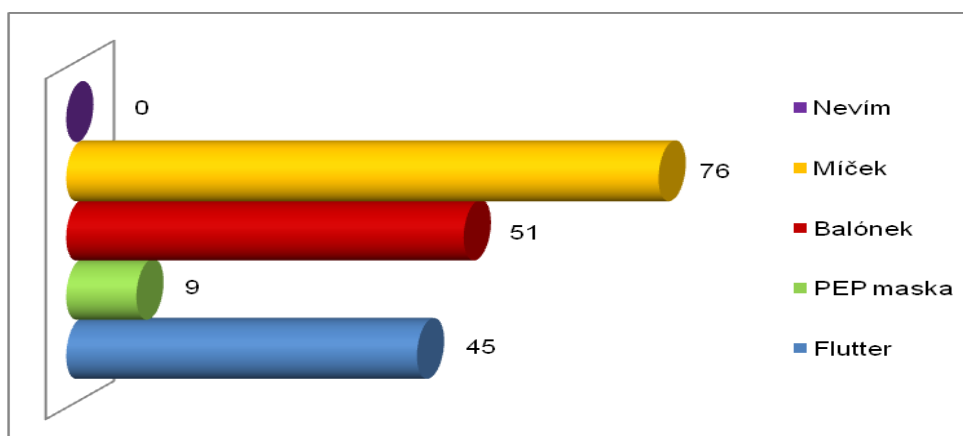
Z celkového počtu 41 (100 %) respondentů pracujících na ortopedickém oddělení, uvedlo 40 (33 %) respondentů využívání pomůcek při polohování, při vertikalizaci klienta/pacienta 26 (22 %) respondentů, dále při přemísťování 26 (22 %) respondentů, při osobní hygieně u klienta/pacienta 13 (10 %) respondentů. Využívání pomůcek při sebesycení u pacienta označilo 8 (7 %) respondentů a 7 (6 %) dotazovaných uvedlo možnost využití pomůcek při oblékání.

Graf 21 Znalosti pomůcek pro dechovou rehabilitaci



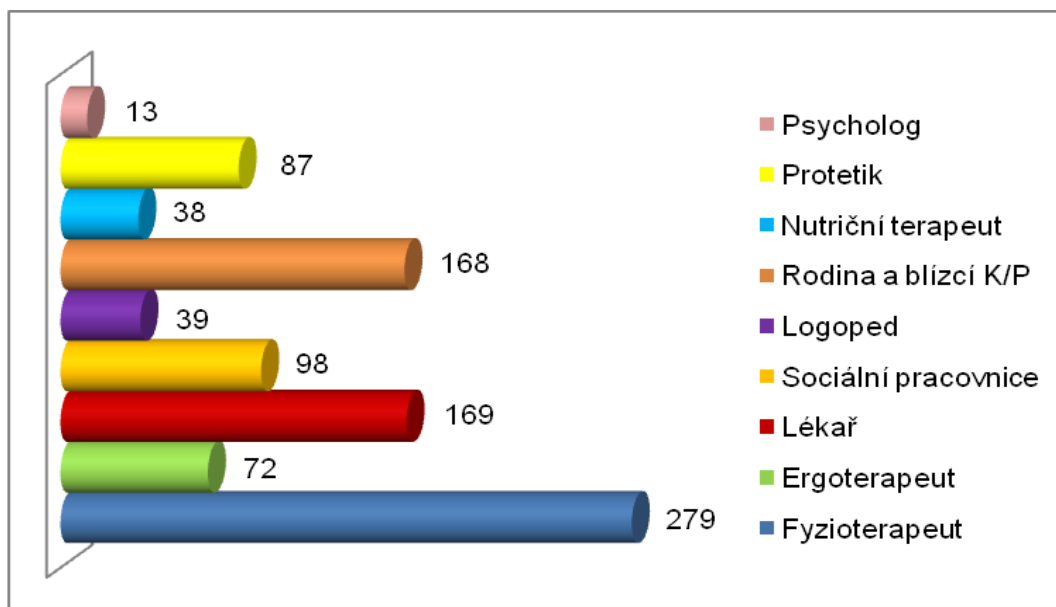
Ze 100 % (286) respondentů nezná žádné pomůcky pro dechovou rehabilitaci 68,88 % (197), informace o pomůčkách uvádí 31,12 % (89) respondentů.

Graf 22 Pomůcky pro dechovou rehabilitaci



U 100 % (89) respondentů, kteří měli možnost více odpovědí, uvedlo 76 (42 %) respondentů pomůcku pomocí míčku, využití balónku označilo 51 (28 %) respondentů. Dále možnost použití Flutteru označilo 45 (25 %) respondentů. Nejméně využívaná pomůcka PEP maska byla uvedena 9 (5 %) respondenty. Odpověď „nevím“, zde nebyla využita.

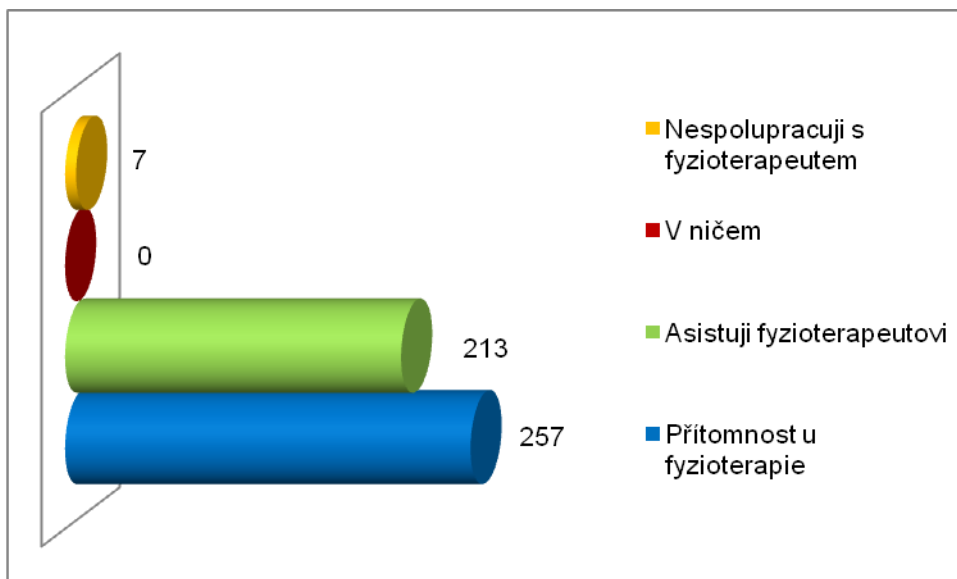
Graf 23 Složení multidisciplinárního týmu



Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 963 odpovědí (100%) od 286 respondentů, kteří měli možnost více odpovědí, nejvíce spolupracuje s fyzioterapeutem v rámci multidisciplinárního týmu 279 (29 %) respondentů, s lékařem 169 (18 %), s rodinou a blízkými klienta/pacienta 168 (17 %) a se sociální pracovníci 98 (10 %) respondentů. S protetikem spolupracuje 87 (9 %) dotazovaných, 72 (8 %) respondentů spolupracuje s ergoterapeutem v rámci multidisciplinárního týmu, s logopedem 39 (4 %), s nutričním terapeutem 38 (4 %) a 13 (1 %) respondentů využívá spolupráci s psychologem.

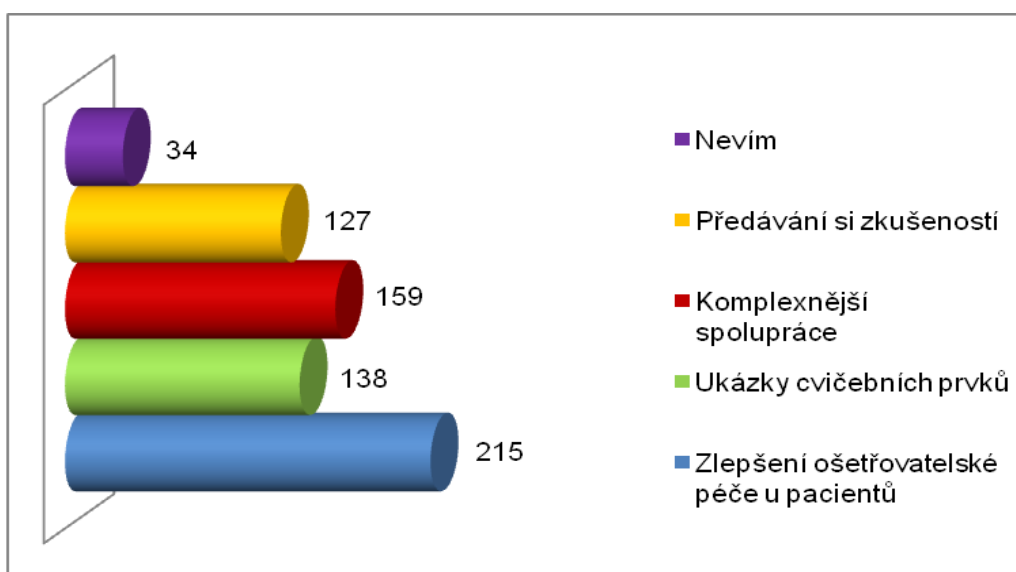


Graf 24 Způsob spolupráce s fyzioterapeutem dle respondentů



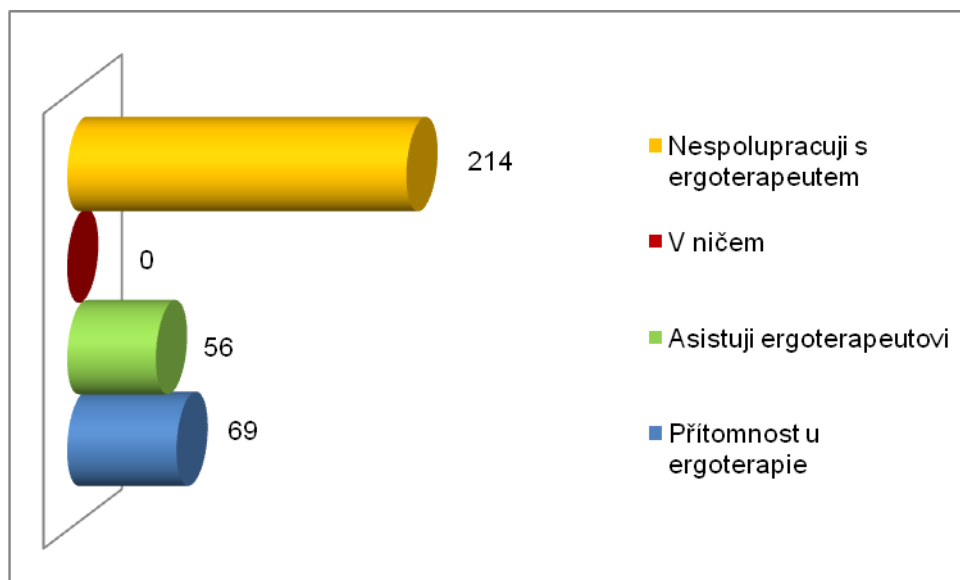
Z 286 respondentů, kteří měli možnost více odpovědí, označilo 257 (54 %) respondentů nejčastější spolupráci svou přítomností u fyzioterapie, asistenci fyzioterapeutovi uvedlo 213 (45 %) respondentů, celkovou nespoupráci s fyzioterapeutem uvedlo pouze 7 (1 %) respondentů. Možnost v „ničem“ ne zvolil žádný z respondentů.

Graf 25 Přínos spolupráce s fyzioterapeutem dle respondentů



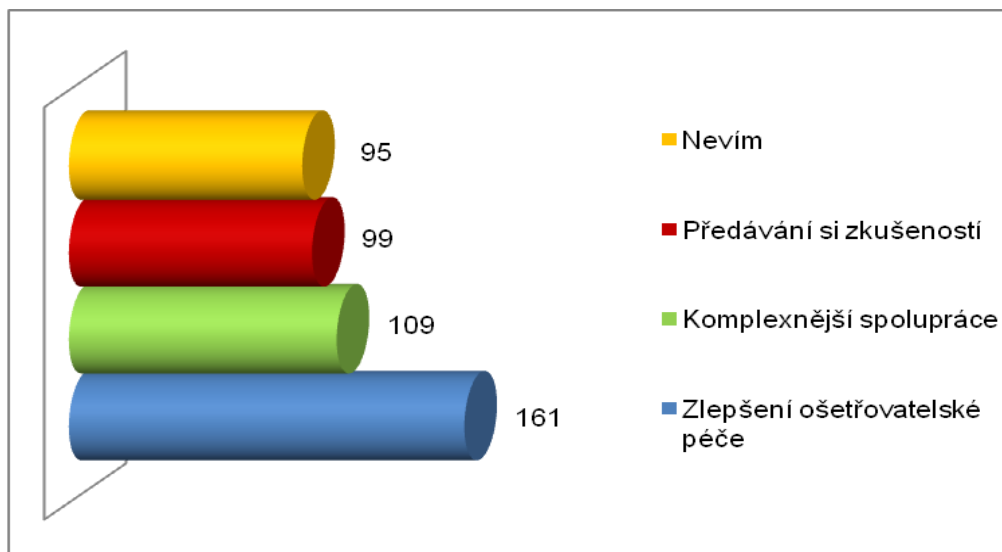
Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 673 odpovědí (100 %) od 286 respondentů, kteří měli možnost více odpovědí, označilo nejvíce spolupráci ve zlepšení ošetrovatelské péče u pacientů 215 (32 %) respondentů, komplexnější spolupráce uvádělo 159 (24 %) dotazovaných, ukázky cvičebních prvků 138 (21 %) a 127 (19 %) respondentů vidělo spolupráci v předávání si zkušeností s fyzioterapeutem. Odpověď „nevím“ využilo 34 (4 %) respondentů.

Graf 26 Způsobem spolupráce s ergoterapeutem dle respondentů



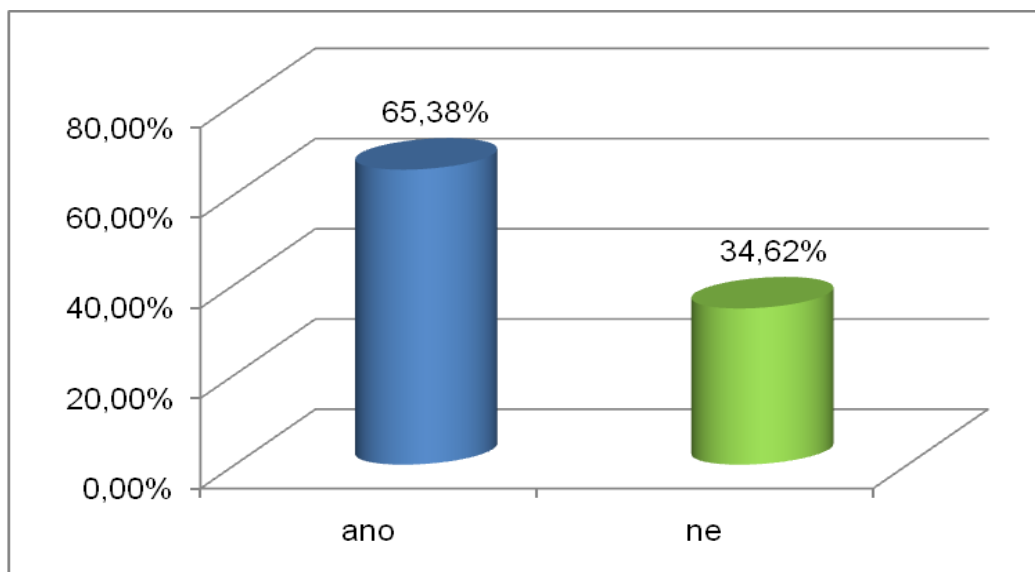
Z 286 (100 %) respondentů, kteří měli možnost více odpovědí, označilo 214 (63 %) respondentů nespolicupráci s ergoterapeutem, přítomnost respondenta u ergoterapie uvedlo 69 (20 %) respondentů. Asistenci ergoterapeutovi zvolilo 56 (17 %) dotazovaných. Možnost „v ničem“ nezvolil žádný z respondentů.

Graf 27 Přínos spolupráce s ergoterapeutem dle respondentů



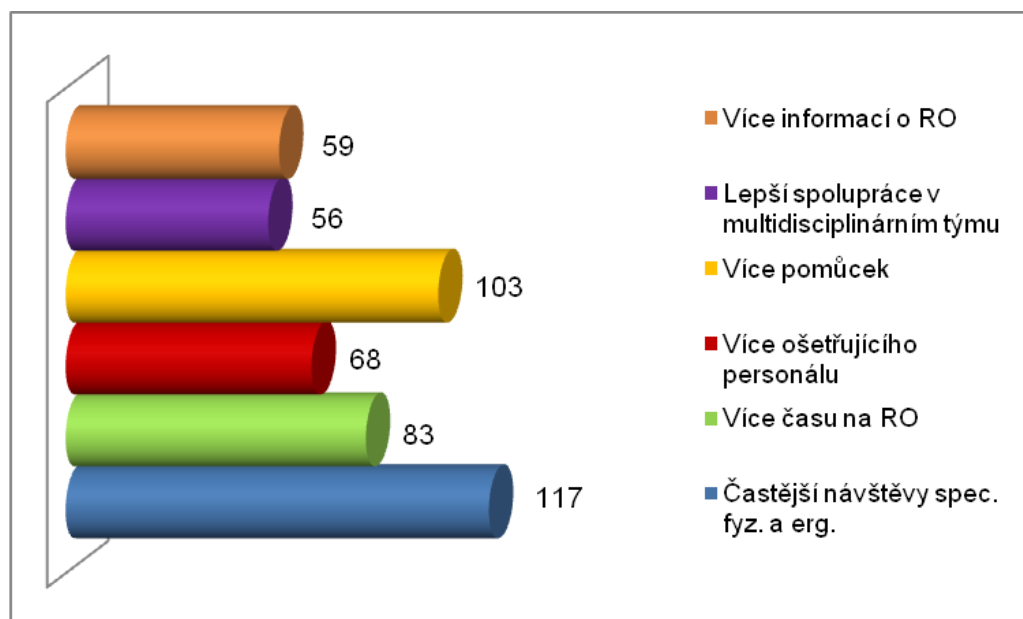
Z 286 (100 %) respondentů, kteří měli možnost více odpovědí, vidí jako přínos ve zlepšení ošetrovatelské péče 161 (35 %) respondentů, v komplexnější spolupráci 109 (24 %) dotazovaných. Dále 99 (21 %) v předávání si zkušeností a odpověď „nevím“ zvolilo 95 (20 %) respondentů.

Graf 28 Názor respondentů na zkvalitnění péče rehabilitačního ošetrování



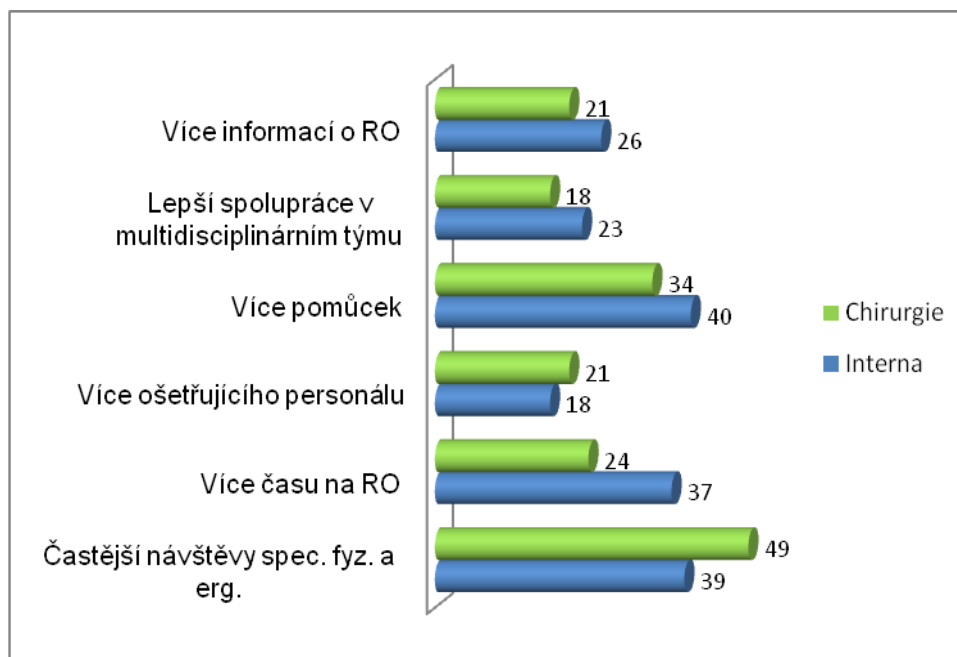
Ze 100 % (286) dotazovaných vidí možnosti ve zkvalitnění rehabilitačního ošetřování 65,38 % (187) dotazovaných. Možnost zkvalitnění rehabilitačního ošetřování považuje 34,62 % (99) respondentů za dostačující, tudíž zvolili odpověď „ne“.

Graf 29 Možnosti zkvalitnění rehabilitačního ošetřování dle respondentů



Z tabulky vyplývá, že z celkového počtu 486 odpovědí (100 %) od 286 respondentů, kteří měli možnost napsat vlastní názor, vidí 117 (24 %) respondentů zlepšení rehabilitačního ošetřování v častějších návštěvách specialistů pro fyzioterapii a ergoterapii, více pomůcek pro zkvalitnění rehabilitačního ošetřování uvedlo 103 (21 %) dotazovaných. Více času na rehabilitační ošetřování uvedlo 83 (17 %) respondentů, 68 (14 %) dotazovaných odpovědělo více ošetřujícího personálu, 59 (12 %) dotazovaných by zvolilo více informací o dané problematice a 56 (12 %) respondentů uvedlo lepší spolupráci v multidisciplinárním týmu.

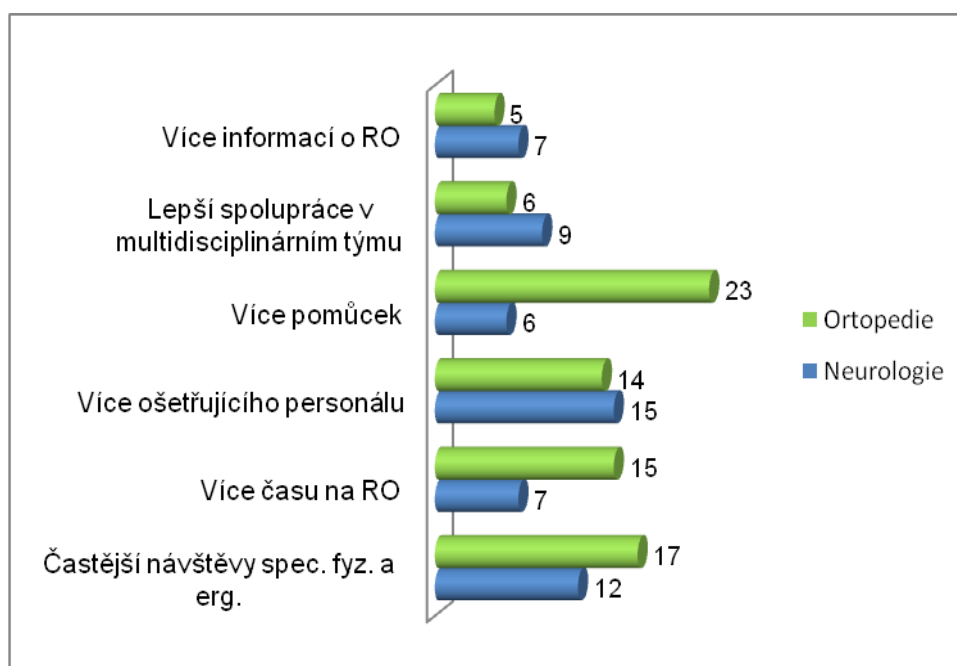
Graf 30 Možnosti zkvalitnění rehabilitačního ošetřování dle oddělení



Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů pracujících na interním oddělení, uvedlo 40 (22 %) respondentů více pomůcek pro zkvalitnění rehabilitačního ošetřování, 39 (21 %) respondentů vidí zlepšení rehabilitačního ošetřování v častějších návštěvách specialistů pro fyzioterapii a ergoterapii. Více času na rehabilitační ošetřování uvedlo 37 (20 %) respondentů, 26 (14 %) dotazovaných by zvolilo více informací o dané problematice a 23 (13 %) respondentů uvedlo lepší spolupráci v multidisciplinárním týmu. Více ošetřujícího personálu uvedlo 18 (10 %) dotazovaných.

Z celkového počtu 65 (100 %) respondentů pracujících na chirurgickém oddělení, vidí 49 (29 %) respondentů zlepšení rehabilitačního ošetřování v častějších návštěvách specialistů pro fyzioterapii a ergoterapii, více pomůcek pro zkvalitnění rehabilitačního ošetřování uvedlo 34 (20 %) respondentů. Více času na rehabilitační ošetřování uvedlo 24 (14 %) respondentů, 21 (13 %) dotazovaných odpovědělo více ošetřujícího personálu, 21 (13 %) respondentů by zvolilo více informací o dané problematice a 18 (11 %) respondentů uvedlo lepší spolupráci v multidisciplinárním týmu.

Graf 31 Možnosti zkvalitnění rehabilitačního ošetřování dle oddělení



Z celkového počtu 25 (100 %) respondentů pracujících na neurologickém oddělení, odpovědělo 15 (27 %) respondentů více ošetřujícího personálu. Zlepšení rehabilitačního ošetřování v častějších návštěvách specialistů pro fyzioterapii a ergoterapii uvedlo 12 (21 %) dotazovaných, 9 (16 %) respondentů napsalo lepší spolupráci v multidisciplinárním týmu. Více času na rehabilitační ošetřování uvedlo 7 (13 %) respondentů, též 7 (13 %) dotazovaných by zvolilo více informací o dané problematice a více pomůcek pro zkvalitnění rehabilitačního ošetřování uvedlo 6 (10 %) respondentů. Z celkového počtu 37 (100 %) respondentů pracujících na chirurgickém oddělení, uvedlo 23 (29 %) respondentů více pomůcek pro zkvalitnění rehabilitačního ošetřování, 17 (21 %) respondentů vidí zlepšení rehabilitačního ošetřování v častějších návštěvách specialistů pro fyzioterapii a ergoterapii. Více času na rehabilitační ošetřování uvedlo 15 (19 %) respondentů, více ošetřujícího personálu uvedlo 14 (18 %) dotazovaných. Lepší spolupráci v multidisciplinárním týmu uvedlo 6 (7 %) respondentů a 5 (6 %) dotazovaných by zvolilo více informací o dané problematice.

## 5. Diskuze

Teorie a praxe rehabilitačního ošetřování v ošetrovatelské péči je téma velice obsáhlé a s ohledem na to byla tato práce úžeji zaměřena na postoj sester k rehabilitačnímu ošetřování na standardních odděleních, na jejich teoretické znalosti a na to, jakým způsobem provádějí rehabilitační ošetřování v rámci ošetrovatelské péči.

V diplomové práci bylo využito kvantitativní šetření pomocí dotazníku, který byl určen sestřám pracujícím na interním, neurologickém, chirurgickém a ortopedickém oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s., Nemocnici Privamed a.s. v Plzni a Fakultní nemocnici Plzeň. Výzkumný soubor tvořilo 286 sester. Dotazník byl sestaven z 27 otázek a obsahoval jak otázky vztahující se ke stanoveným hypotézám, tak otázky obecného charakteru, které s hypotézami nesouvisí, ale jsou podstatné pro identifikaci výzkumného vzorku.

V úvodní části dotazníkového šetření odpovídají sestry na otázku týkající se pohlaví respondentů (graf 1). Předpokládala jsem, že zastoupení mužské populace bude větší, můžu pouze polemizovat z jakého důvodu (malé finanční ohodnocení či společenská prestiž). I když ve světě počet mužů pracujících ve zdravotnictví roste, stále je zde zaměstnána drtivá většina žen. O tom, že se zdravotní bratři dostávají na úroveň svých kolegyně sester, svědčí např. skutečnost, že ocenění Sestra roku 2006 získal Radek Hudousek z Fakultní nemocnice v Plzni. Byl prvním mužem, který se do této ankety přihlásil a zvítězil.

Největší zastoupení dotazovaných je ve věkové kategorii 41-50 let (tabulka 1). Nejméně je zde sester ve věku 50 a více let, což jistě souvisí s tím, že po delší praxi přechází do ambulantní složky na jednu směnu, či na méně exponovaná pracoviště. Otázka č. 3 (tabulka 2) vypovídá o rovnoměrném zastoupení sester na interním a chirurgickém oddělení. Otázka č. 4 směřovala k zjištění nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů. Nejvyšší počet dotazovaných je dle očekávání se středoškolským vzděláním 52,1 % (tabulka 3). Ostatní kategorie vzdělání jsou, s výjimkou vysokoškolského magisterského programu (3,8 %) a specializačního vzdělávání (5,6 %), zastoupeny vyrovnaně. Odpovědi k otázce č. 5 týkající se délky odborné praxe

znázorňuje tabulka 4: nejvíce sester má délku praxe v rozmezí 2-10 let, 14 % sester má praxi 25 a více let, což je obdivuhodné. Domnívám se, že různý věk sester na oddělení a různá délka odborné praxe je výhodná, protože starší sestry mohou těm mladším poskytovat cenné rady a zkušenosti a naopak mladší sestry mohou předávat své vědomosti, v tomto případě z rehabilitačního ošetřování, těm starším. Zkušenosti a vědomosti pak mohou společně uplatnit v ošetrovatelské praxi.

První oblast výzkumu byla zaměřena na ověření hypotézy č. 1 (sestry jsou informovány o rehabilitačním ošetřování). Mile mě překvapila 100 % odpověď „ano“ na otázku, zda respondenti znají tento pojem, je to velice přínosné pro aplikaci samotného rehabilitačního ošetřování v praxi a tím i kvalitnější péči pro klienty/pacienty. Zarážející ovšem pro mne bylo, že 42 % sester pracujících na standardních odděleních si představilo pod tímto pojmem součást komplexní ošetrovatelské péče, kdy dochází k aplikaci prvků rehabilitačního ošetřování a tím k prevenci komplikací (graf 3), protože více jak 58 % dotazovaných to nevidí.

Sestry odpovídající na otázku č. 8, kde se dozvěděly informace o rehabilitačním ošetřování, uvedly 224 krát možnost při studiu (graf 4). Na základě těchto odpovědí jsem vypracovala graf 5, který poukazuje na největší informovanost o rehabilitačním ošetřování již na střední zdravotnické škole, a to 51,79 % sester. Ovšem nestačí pouze znát pojem, ale důležité je především získat širší přehled o jeho prvcích a metodách. Otázka č. 9 se vztahovala na dostačující teoretické vědomosti o rehabilitačním ošetřování. Zaznamenala jsem odpovědi podle vzdělání (graf 6), kdy jsem zjistila, že 57,76 % sester se středoškolským vzděláním nemá dostatečné znalosti o rehabilitačním ošetřování. Pouze sestry, které měly vystudované vysokoškolské studium – bakalářské a magisterské odpověděly ano o dostatečnosti vědomostí o tématu a tím potvrdily skutečnost, že vysokoškolské vzdělání je nedílnou složkou informací nejen o rehabilitačním ošetřování, ale také o mnoha dalších oblastech ošetrovatelské péče. Vztah mezi délkou praxe a vědomostmi o rehabilitačním ošetřování (graf 7) přináší zkušenosti, že k rozsáhlejší informacím se dostaly sestry především s délkou praxe 2 - 10 let.



Na otázku, zda patří rehabilitační ošetřování do náplně činností sester, jsem se dotazovala z důvodu domněnky, že jde o záležitost, která není stále mezi sestrami příliš rozšířena, ačkoliv jim tato povinnost vyplývá z vyhlášky MZ č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (8). Z výsledku je však více než patrné (tabulka 6), že má domněnka byla mylná. Velice mě zde překvapilo, že většina sester se přiklání k možnosti ano (89,9 %), tedy že rehabilitační ošetřování do jejich náplně činností patří, jak také zmiňuje I. Zahradníková a D. Šturmová ve Standardu ošetřovatelského postupu (53). Můžeme se domnívat, že 10,1 % respondentů používá rehabilitační ošetřování a neví o tom, že patří do jejich náplně činností. To potvrdily i odpovědi na následující otázku v dotazníku, neboť 100 % sester uvedlo, že poskytuje rehabilitační ošetřování v ošetřovatelské péči (tabulka 7). Nepříliš potěšující byla odpověď respondentů na nedostatek potřebného času pro rehabilitační ošetřování u 62,6 % dotazovaných (tabulka 8). Nabízí se tím možnost dalšího výzkumu, který by zjistil, jaký je důvod nedostatku času, zda je to např. nedostatek personálu nebo špatná organizace práce. Nemůžeme se spokojit ani s tím, jak uvádí tabulka 9, že 3,1 % sester nevykazuje rehabilitační ošetřování, i když máme ošetřující dokumentaci zahrnující komplexní péči o klienta/pacienta.

V rámci hypotézy č. 2 (sestry na standardním oddělení používají prvky z rehabilitačního ošetřování), jsem se zaměřila na konkrétní prvky rehabilitačního ošetřování. Otázky týkající se všeobecných znalostí o rehabilitačním ošetřování byly z velké většiny zodpovězeny správně. Mezi prvky rehabilitačního ošetřování správně přiřazovaly sestry nácvik samostatnosti, polohování, dechovou gymnastiku, vertikalizaci, aktivní a pasivní pohyby. Méně časté bylo označení cévní gymnastiky, relaxace, užívání tepla a chladu (graf 8). Ve výčtu nabízených možných odpovědí byly záměrně uvedeny i špatné odpovědi. Některé sestry se mylně domnívají, že aplikace léků na bolest se dávají např. při počátcích vertikalizace. Stěžejní otázkou v rámci potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 2 je otázka č. 15. Mile nás překvapila odpověď polohování u 21 % sester, které ji označily za nejčastěji používaný prvek rehabilitačního ošetřování. V rámci praktické aplikace rehabilitačního ošetřování se o něm zmiňují i

E. Klusoňová a J. Pitnerová ve své publikaci (22). Zvolené možnosti odpovědí jsem dále rozdělila podle oddělení, na kterých respondenti pracují. Zde byla prokázána důležitost polohování u 23 % sester na interním oddělení, které výstižně odpovídá pracovišti (graf 10). Sestry pracující na neurologickém oddělení nejčastěji provádí u klientů/pacientů polohování a vertikalizaci, které odpovídají pracovišti (graf 11). Překvapující bylo zjištění u sester na chirurgickém oddělení, které se spíše zaměřují na dechovou gymnastiku a následně taktéž na polohování, jak uvádí graf 12. Nejčastějším prvkem na ortopedickém oddělení je polohování a nácvik soběstačnosti, kdy je jistě pro klienta/pacienta nejdůležitější včasné zapojení do normálního života.

Další část výzkumu se týkala šetření, zda sestry z hlediska rehabilitačního ošetřování správně polohují. Tuto oblast jsem vybrala, protože polohování je podle mě jedna z nejdůležitějších činností, kterou sestra v rámci rehabilitačního ošetřování provádí. Sestra polohuje klienta/pacienta několikrát za den, a proto je nezbytné, aby bylo polohování prováděno správně. Jak uvádí kniha Rehabilitace v klinické praxi: „Správné polohování má zásadní vliv na pozdější funkční restituci pacienta. Ponecháme-li pacienta ve stejné poloze po dobu několika hodin, dojde k bolestivému omezení pohybu kloubu a pozdějšímu vzniku kontraktury.“ (Kolář, 2009, str. 15, 16) (23). Musíme tedy vycházet z toho, že se klient/pacient po překonání akutní fáze nemoci bude chtít posadit, postavit, chodit a špatně uložená končetina, která může způsobit různé kontraktury, by mu v tom mohla způsobit značné obtíže. Výsledky z této oblasti jsem získala pomocí otázek, ve kterých měly sestry prokázat znalosti při polohování imobilního klienta/pacienta na záda a na bok, přičemž zde mohly označit více odpovědí. Otázka č. 17 se ptala, na co by sestry měly myslet při polohování imobilního klienta/pacienta na záda. Nabízené odpovědi byly ve znění: aby byla hlava v rovném postavení s páteří (špatné podložení hlavy může způsobovat bolesti hlavy a páteře), aby nedocházelo k předsunutí ramene (vznik kontraktur), aby bylo zápěstí v rovném postavení s předloktím (opět riziko vzniku kontraktury a trvalého nefyziologického postavení), aby česky směřovaly ke stropu (špičky se nevytáčejí dovnitř ani ven, což zajišťuje fyziologické postavení nohy při chůzi), aby nedocházelo k prověšení kolen (z důvodu možného přetažení podkoleních svalů),

aby byly plosky nohou v pravém úhlu k bérce (opět zajištění fyziologického postavení, které následně umožňuje pacientovi možnost se postavit) (graf 15). Odpovědi byly vybrány na základě nastudování odborné literatury zejména E. Klusoňová a J. Pitnerová (22), P. Kolář (23), Rozsypalové M. (37) a dle odborné konzultace s fyzioterapeutem.

Otázka č. 18 zjišťovala, na co sestry myslí při uložení imobilního klienta/pacienta na bok. Nabízela jsem tyto odpovědi: aby spodní horní končetina měla v lokti alespoň minimální flexi (prevence přetažení svalů), aby bylo zápěstí v rovném postavení s předloktím (riziko vzniku kontraktury a trvalého nefyziologického postavení), aby spodní dolní končetina byla natažená a v prodloužení trupu (zajištění fyziologického postavení), aby nedocházelo k vytočení kyčle vrchní dolní končetiny (riziko přepadávání končetiny a přetížení svalů kyčelního kloubu), aby byly plosky nohou v pravém úhlu k bérce (fyziologické postavení, které následně umožňuje klientovi/pacientovi možnost postavit se). I zde byly odpovědi vybrány na základě studia odborné literatury a odborné konzultace s fyzioterapeutem. Při polohování klienta/pacienta na bok na tom byly sestry se svými vědomostmi dobře (graf 16). Z 22 % sester myslí na to, aby spodní dolní končetina byla uložena v prodloužení trupu, 21 % dotazovaných poukazuje na to, aby spodní loket horní končetiny byl umístěn v semiflexi a nedocházelo k přepadávání vrchní dolní končetiny. Plosky nohou umístěny v pravém úhlu k bérce byly označeny u 20 % dotazovaných. Na to, aby bylo zápěstí relativně v rovném postavení s předloktím, myslí 16 % sester. Je povzbuzující, že většina sester již uvede klienta/pacienta do správné polohy.

Otázka č. 19 se dotazovala na využívání pomůcek v rámci praktické aplikace rehabilitačního ošetřování. Ve velké míře se o nich zmiňují také ve své publikaci E. Klusoňová a J. Pitnerová (14). Otázka byla uzavřená s možností výběru aplikace, kde se mohou pomůcky využívat. Z 93,36 % sester používajících pomůcky jich nejvíce označilo „při polohování“ 28 %, nejméně bylo uvedeno využívání pomůcek „při oblékání“ a „při sebesycení“ pouze 8 % dotazovaných (graf 18). Zarážející ovšem pro mne bylo, že 6,64 % sester se zmínilo o nedostupnosti pomůcek k rehabilitačnímu ošetřování na oddělení, což by se stávat rozhodně nemělo. Pro zajímavost jsem odpovědi rozdělila do grafů podle rovnocenného počtu sester zastoupených

na oddělení interním a chirurgickém, kde nás nepřekvapil žádný velký rozdíl v používání pomůcek, na rozdíl od oddělení neurologickém a ortopedickém (graf 20). Z uvedených odpovědí sester je patrné, že na neurologickém oddělení jsou více používané pomůcky při oblékání, při sebesycení klientů/pacientů a při osobní hygieně. Musím podotknout, že každé oddělení je rozlišné svou skladbou onemocnění, jejich samotnou léčbou a péčí o klienty/pacienty.

Dále jsem zjišťovala znalosti sester při využívání pomůcek při dechové rehabilitaci (graf 21). Zde mě překvapily odpovědi o nepoužívání pomůcek u 68,88 % sester. Z 89 sester, které je používají, jich 42 % uvedlo používání míčku v rámci dechové gymnastiky, nejméně sester používá PEP masky (5 %). Myslím si, že záleží na typu onemocnění v rámci využití těchto pomůcek, jak uvádí ve své publikaci J. Kristiníková (27).

Poslední oblast výzkumu byla zaměřena na potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 3 a č. 4 (sestry spolupracují při poskytování rehabilitačního ošetřování s fyzioterapeutem a ergoterapeutem).

Otázka č. 22 se zaměřovala na celkovou spolupráci sestry a multidisciplinárního týmu v rámci poskytování rehabilitačního ošetřování. Nejpočetnější spolupráci s fyzioterapeutem uvedlo 29 % sester. Naproti tomu je zarážející, že pouze 18 % respondentů uvádí spolupráci s lékařem, protože ten přeci tvoří základ, ze kterého se vybíhá k dalším pracovníkům dle potřeby klienta/pacienta. Spolupráce s rodinou a blízkými klienta/pacienta (17 %) je důležitou složkou poskytování ošetřovatelské péče obzvláště u klienta/pacienta, který není schopen se sám o sebe postarat a také není schopen o sobě poskytnout potřebné informace. Mezi nejméně častou uvádí sestry spolupráci s logopedem, nutričním terapeutem a psychologem (graf 23). Sestry i ostatní ošetřovatelský personál je povinen usilovat o co nejlepší ošetřovatelskou péči o klienta/pacienta a té dosáhnou pouze vzájemnou spoluprací. Tento názor sdílí mnoho odborníků v ošetřovatelství, jednou z nich je i E. Klusoňová a J. Pitnerová (22).

V otázce zjišťování způsobu spolupráce s fyzioterapeutem na oddělení nebyla očekávána podstatná zjištění, většina sester je přítomna u fyzioterapie (54 %), kde si předávají informace o prvcích rehabilitačního ošetřování

u daného klienta/pacienta nebo fyzioterapeutovi asistuje (45 %), pokud na jejich oddělení fyzioterapeut svou odbornou činnost vykonává. Nespolupráci uvedlo pouze 1 % dotazovaných sester. Domnívám se, že sestra by v rámci kvalitní péče o klienta/pacienta měla s fyzioterapeutem kooperovat, jelikož i tato spolupráce umožňuje sestřím vykonávat prvky rehabilitačního ošetřování ve správný čas a tím správným způsobem, jak uvádí graf 25, kdy 32 % sester uvedlo přínos spolupráce s fyzioterapeutem ve zlepšení ošetrovatelské péče.

Způsob spolupráce s ergoterapeutem vyplynul negativněji, 63 % sester s ním nespolupracuje, myslím si, že nemají ani možnost setkání s ním na standardním oddělení, tato situace není příliš vyhovující, jelikož stejně jako odborná činnost fyzioterapeuta, je důležitá odborná činnost ergoterapeuta a jejich přítomnost na ošetrovacích jednotkách. Přínos spolupráce s ergoterapeutem ve zlepšení ošetrovatelské péče uvádí 35 % sester, dále pak komplexnější spolupráci vidí 24 % sester (graf 27).

Poslední otázka č. 27 v dotazníku se týkala zkvalitnění rehabilitačního ošetřování. Potěšila mě otevřenost u 65,38 % sester, které v této otázce vypsaly své připomínky, 24 % sester vidí zkvalitnění péče v častějších návštěvách specialistů pro fyzioterapii a ergoterapii na oddělení, dle mého názoru je zřejmé, že intervaly cvičení s klientem/pacientem jednou nebo dvakrát denně nejsou dostačující, nehledě na otázky cvičení s klientem/pacientem o víkendech, což je smutné. Na nedostatek pomůcek upozorňuje 21 % sester. Domnívají se, že na standardních odděleních často chybí pomůcky určené pro polohování, a pokud k dispozici jsou, pak ne v dostatečném množství pro všechny klienty/pacienty, ale i využitím například deky, polštáře, klínů nebo vypodložením obvazů např. vatou nebo pěnovým krytím, nám pomůže klienta/pacienta správně napolohovat a naopak ani polohovací matrace nám nepomůže, pokud nebudeme postupovat v péči o klienta/pacienta komplexně v rámci multidisciplinárního týmu (např. výživa, hydratace, polohování, hygiena atd.). Na nedostatek času pro poskytování rehabilitačního ošetřování poukazuje 17 % sester, což nám potvrzují odpovědi sester v tabulce 8. Více ošetřujícího personálu navrhuje 14 % dotazovaných, myslím si, že to může být spojeno i se špatnou organizací práce

a vyhláškou MZ č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (8), kde jsou přesně dané kompetence všech pracovníků v ošetrovatelské péči. Více informací o rehabilitačním ošetřování si žádá 12 % sester. Smutným faktem je, že mnoho nemocnic nemůže poskytnout dostatek seminářů a kurzů na téma rehabilitační ošetřování a musím konstatovat, že i odborné literatury na toto téma není mnoho. Nyní však existují nemocnice, které mají vypracované standardy na téma rehabilitační ošetřování a kladou důraz na jeho aplikaci. Pokud standard sestry používají a pracují podle něj, je otázkou, jak efektivní je kontrolní činnost staničních sester, vrchních sester a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a proč nedostatky přesto přetrvávají?

Pro zlepšení spolupráce v multidisciplinárním týmu se vyjádřilo 12 % dotazovaných. Dle mého názoru je efektivní komunikace mezi členy týmu důležitá a v rámci kvalitní spolupráce se stává efektivní pro ošetrovatelskou péči. Pro zajímavost jsem rozdělila odpovědi sester podle oddělení, ve kterých pracují. Na interním oddělení vidí sestry zkvalitnění rehabilitačního ošetřování v možnosti využití více pomůcek, než jsou jim k dispozici, oproti sestřám pracujícím na chirurgickém oddělení, které preferují zkvalitnění v častějších návštěvách fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Na oddělení neurologie vidí sestry budoucnost v početnějším personálu, oproti sestřám pracujícím na ortopedickém oddělení, které preferují více pomůcek pro aplikaci rehabilitačního ošetřování.

## 6. Závěr

Na závěr bych ráda shrnula zjištěné poznatky, které se týkají rehabilitačního ošetřování, konkrétně postoje sester k tomuto tématu, jejich znalosti a praktické zkušenosti v jeho aplikaci. Je nezbytné říci, že s rehabilitačním ošetřováním se setkáváme na každém oddělení a je důležité, aby se sestry v tomto tématu orientovaly. Samozřejmostí by mělo být i zvládnutí základních technik rehabilitačního ošetřování v praxi.

Práce byla rozdělena na dvě části, část teoretickou a praktickou. V teoretické části je vysvětlena definice ošetřovatelství, koncepce holismu, kompetence sestry a multidisciplinární spolupráce v rámci rehabilitačního ošetřování. Kapitola věnovaná rehabilitačnímu ošetřování podrobněji přibližuje problematiku jednotlivých prvků.

V praktické části byly stanoveny tři cíle. Prvním z cílů bylo zjistit informovanost sester na standardním oddělení o rehabilitačním ošetřování. Zmíněného cíle bylo dosaženo. Šetřením byla ověřována hypotéza č. 1: „Sestry jsou informovány o rehabilitačním ošetřování“. Ze zpracovaných výsledků vyplývá, že ve stěžejních otázkách č. 7, č. 8 a č. 9. byla hypotéza č. 1 potvrzena. Druhým cílem bylo zjistit, zda sestry na standardním oddělení používají prvky rehabilitačního ošetřování. K tomuto cíli byla stanovena hypotéza č. 2 ve znění „Sestry na standardním oddělení používají prvky z rehabilitačního ošetřování.“ K této hypotéze se blíže vztahují otázky č. 14 a č. 15, na jejichž základě byla hypotéza č. 2 potvrzena. Tato oblast byla zaměřena na všeobecné pojmy, které sestry definovaly bez obtíží. Pozitivních výsledků sestry dosáhly v polohování imobilního pacienta, kde zejména při polohování pacienta na bok byly z mé strany očekávány nedostačující znalosti. Třetím cílem bylo zjistit, jakým způsobem se sestra podílí na spolupráci v multidisciplinárním týmu v rámci rehabilitačního ošetřování. Hypotéza č. 3 byla stanovena takto: „Sestry spolupracují s fyzioterapeuty při poskytování rehabilitačního ošetřování.“ Odpovědi vyplývající z otázky č. 22 třetí hypotézu potvrdily. Domnívám se, že sestra v rámci kvalitní péče o klienta/pacienta s fyzioterapeutem kooperuje, jelikož i tato spolupráce umožňuje sestřím vykonávat prvky rehabilitačního ošetřování ve správný čas a tím i správným

způsobem. „Sestry spolupracují s ergoterapeutem při poskytování rehabilitačního ošetřování.“ je znění hypotézy č. 4, která vyla vyvrácena odpověďmi vyplývající z otázky č. 25, kdy 63 % dotazovaných uvedlo, že s ergoterapeutem nespolečně spolupracují. Dle mého názoru se sestry s dotyčnými na standardním oddělení nemají možnost ani setkat.

Všechny tři stanovené cíle byly splněny a je možno se domnívat, že informovanost a vědomosti sester o rehabilitačním ošetřování jsou dostačující. Sestry si uvědomují, že kvalitní péči, mezi kterou lze řadit lidský přístup, soustavné uspokojování všech svých potřeb, oboustrannou komunikaci, od nich klienti/pacienti očekávají. Nelze opomenout profesionální přístup sester k praktickým činnostem v rámci ošetrovatelské péče o klienta/pacienta, ke kterému rehabilitační ošetřování bezpochyby patří. V praxi jsou oproti teorii samozřejmě rezervy, které jednak mohou být zapříčiněny přímo jednotlivými sestrami, nedostatkem personálu nebo nedostatkem finančních prostředků.

Práce by mohla být využita při vzdělávání studentů ošetrovatelství a sester v rámci celoživotního vzdělávání. Práce bude poskytnuta managementu nemocnic, ve kterých šetření probíhalo. Může se tak stát podkladem pro zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče, jako přínos informací pro vedoucí pracovníky nelékařských oborů a možnost vytvoření podmínek a změn pro využití rehabilitačního ošetřování v praxi.

Ze získaných informací jsem vytvořila informační leták pro sestry o správném polohování klienta/pacienta. Tento leták je uveden v příloze 8.



## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ANGEROVÁ, Y., ŠVESTKOVÁ, O. Rehabilitace pacientů po cévní mozkové příhodě. In *Florence*. 2006, č. 6. s. 29 – 31. ISSN 1801-464-X.
2. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 16, č. 3, s. 14–17. ISSN 1210-0404.
3. BÁRTLOVÁ, S. Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace. In *Florence*. 2006, roč. 2, č. 4, s. 48-49. ISSN 1801-464-X.
4. CAPKO, J. *Základy fyziatrické léčby*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 394 s. ISBN 80-7169-341-3.
5. CARRARO, L; FAKTOROVÁ, M, et al. *Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě*. Praha: Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK, REHALB o.p.s., 2002. 125 s. Publikace Světové zdravotnické organizace.
6. ČAPEK, M. Antidekubitární matrace a systémy. *Sestra*. 2003, číslo 4, s. 19-20. ISSN 1210-0404.
7. Česko. Vyhláška č. 39 ze dne 11. ledna 2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005. částka 8. s. 189 - 211. Dostupné také z www: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4606>>. ISSN 1211-1244.
8. Česko. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482 - 543. Dostupné také z www: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5886>>. ISSN 1211-1244.
9. Česko. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1452 - 1479.

Dostupné také z www: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb030-04.pdf>>. ISSN 1211-1244.

10. DVOŘÁK, R. *Základy kinezioterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 104 s. ISBN 80-244-0609-8.
11. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství- teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
12. GRÜNEROVÁ-LIPPERTOVÁ, M. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
13. HALADOVÁ, E. a kol. *Léčebná tělesná výchova*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2003. 135 s. ISBN 80-7013-384-8.
14. HERMANOVÁ, M., PROKOP, J., ONDRÁČKOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z péče o seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-478-8.
15. HROMÁDKOVÁ, J. a kol. *Fyzioterapie*. 1.vyd. Jihlava: H+H nakladatelství, 2002. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
16. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace u dětí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
17. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. Č. Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
18. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
19. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum: 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
20. JIRKOVSKÝ, D, ARCHALOUSOVÁ, A. Kvalifikační a postkvalifikační vzdělávání všeobecných sester v evropské unii, In: *Vojenské zdravotní Listy, roč. 73, č. 1*. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha 10, 2004. ISSN 0372.
21. JURÁSKOVÁ, D. Vysokoškolsky vzdělané sestry. In *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 6, s. 39. ISSN 1210-0404.

22. KLUSOŇOVÁ, E; PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 117 s. ISBN 80-7013-423-2.
23. KOLÁŘ, P, et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
24. KOLEKTIV AUTORŮ. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
25. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G. OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. 1. vyd. Martin: Osveta 1995. 756 s. ISBN 80-217-0528-0.
26. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 1*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 718 s. ISBN 80-217-0528-6.
27. KRISTINÍKOVÁ, J. *Rehabilitace v ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 60. ISBN 80-7368-224-9.
28. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
29. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: IDVPZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
30. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství. 1. díl: Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
31. MERHAUTOVÁ, Iva. *Znají sestry rozsah činností, které mohou vykonávat? Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 11, s. 12. ISSN 1210-0404.
32. NOVÁČKOVÁ, A. *Soběstačnost. Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, číslo 1, 26 s. ISSN 1801-1349.
33. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
34. PODĚBRADSKÝ J., PODĚBRADSKÁ R. *Fyzikální terapie. Manuál a algoritmy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. 200 str. ISBN 978-80-247-2899-5.

35. POCHYLÁ, K. *České ošetřovatelství 1: Základní terminologie*. 2.vyd. Brno: NCONZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
36. RICHARDS, A; EDWARDS, S; ŠECLOVÁ, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
37. ROZSYPALOVÁ, M., HALADOVÁ, E., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Informatorium, spol. s.r.o., 2002. 239 s. ISBN 80-86073-97-1.
38. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. a kol. *Ošetřovatelství I*. 2. vyd. Praha: Informatorium, spol. s.r.o., 1999. 234 s. ISBN 80-86073-39-4.
39. SCHUSTEROVÁ M. *Standard ošetřovatelské péče č. 33. Rehabilitační ošetřování*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice a.s. 2003. 20 s.
40. STAŇKOVÁ, M. et al. *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005. 145 s. ISBN 80-246-0845-6.
41. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
42. ŠIMEK, J. Vzdělávání sester. In *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2006, roč. 2, č. 1, s. 2. ISSN 1801-1349.
43. ŠVESTKOVÁ, O. Rehabilitační ošetřovatelství. *Sociální péče*. 2005, ročník 6, číslo 4, s. 7-11.
44. TOTHOVÁ, V. *OŠETŘOVATELSTVÍ pro posluchače studijního programu Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 218 str. ISBN 80-7040-454-X.
45. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
46. TROJAN, S. DRUGA, R. PFEIFFER, J. VOTAVA, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2001. 228 s. ISBN 80-2470-031-X.

47. URBANCOVÁ, S. Rehabilitační ošetřovatelství. *Ošetřovatelství*. 2001, číslo 3-4, s. 98 - 99.
48. VENGLÁŘOVÁ, M; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
49. VOTAVA, J. a kol. *Základy rehabilitace*. Praha: Karolinum, 1997. 139 s. ISBN 80-7184-385-7.
50. WHO. *LEMON I. díl - Učební text pro sestry a porodní asistentky. Learning Material On nursing*. Přel. Heřmanová, J. a Staňková, M. 1. vyd. Brno. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 178 s. ISBN. 80-7013-234-5.
51. WIEREROVÁ, J.; STECHEROVÁ, I.; SCHUSTEROVÁ, M.: Rehabilitační ošetřovatelství. *Sestra*. 2002, číslo 3, s. 54. ISSN 1210-0404.
52. WORKMAN, B; BENNETT, C; ZVONÍČKOVÁ, M. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 259 s. ISBN 80-247-1714-X.
53. ZAHRADNÍKOVA, I., ŠTURMOVÁ, D. *Standardní ošetřovatelský postup č. 36 – Rehabilitační ošetřování*. Plzeň: Fakultní nemocnice Plzeň, 2004. 27 s.
54. ZÍTKOVÁ, L; SMÍLKOVÁ, M; DRAHORÁDOVÁ, N. Význam rehabilitace v komplexní péči o pacienta. *Sestra*. 2007, číslo 12. ISSN 1210-0404. Dostupný také z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/vyznam-rehabilitace-a-fyzioterapie-v-komplexni-peci-o-pacienta-334462>>.

## **8. Klíčová slova**

Ošetřovatelství

Rehabilitace

Rehabilitační ošetřování

Vzdělávání sester

Klient/Pacient

## **9. Přílohy**

### **9.1 Seznam příloh**

Příloha 1: Dotazník pro sestry

Příloha 2: Multidisciplinární tým

Příloha 3: Příklady dělby práce fyzioterapeuta – ergoterapeuta a sestry

Příloha 4: Polohovatelné zdravotnické lůžko s laterálním náklonem

Příloha 5: Úroveň soběstačnosti klienta/pacienta

Příloha 6: Barthellův testu všedních činností

Příloha 7: Test funkční soběstačnosti (FIM)

Příloha 8: Informační leták pro sestry

## **Příloha 1 – Dotazník pro sestry**

### **Dotazník**

Vážená sestro,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci při šetření, které se zaměřuje na teorii a praxi rehabilitačního ošetřování v ošetřovatelské péči. Výsledky použiji pro zpracování výzkumné části své diplomové práce v rámci studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích – oboru Ošetřovatelství. Dotazník je anonymní. Prosím zaškrtněte jednu z nabízených možností, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za Vaši spolupráci Bc. Jindra Blechová

1. Pohlaví:    muž             žena
2. Kolik je Vám let?  
 19 – 25 let     26 - 30 let     31-40 let             41-50 let     51 a více
3. Na jakém oddělení pracujete?  
 Interní odd.     Neurologické odd.     Chirurgické odd.     Ortopedické odd.
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?  
 SZŠ             VOŠ             VŠ Bc.     VŠ Mgr.     PSS
5. Jak dlouho pracujete jako sestra ve zdravotnictví?  
 0- 1 rok     2-10 let             11-15 let     16-25     více jak 25 let
6. Znáte pojem „rehabilitační ošetřování“?  
 ano             ne
7. Co podle Vás znamená pojem „rehabilitační ošetřování“?  
.....  
.....  
.....  
.....



8. Informace o rehabilitačním ošetřování jste se dozvěděl/a?

*(Je možné označit více odpovědí.)*

- Při studiu:       SZŠ       VOŠ       VŠ Bc.       VŠ Mgr.       Spec. vzd.
- Četbou odborné literatury
- Absolvování kurzu
- Účastí na odborných seminářích
- Při výkonu povolání
- Jiné.....

9. Jsou Vaše teoretické vědomosti o rehabilitačním ošetřování dostačující při Vámi poskytované péči?

- ano               ne

10. Je podle Vás rehabilitační ošetřování součástí pracovní náplně sester?

- ano               ne

11. Používáte rehabilitační ošetřování při Vámi poskytované ošetrovatelské péči?

- ano               ne

***Pokud jste odpověděla „ne“, pokračujte prosím dále otázkou č. 14.***

12. Máte v průběhu své směny potřebný čas pro poskytování rehabilitačního ošetřování u svých klientů/pacientů?

- ano               ne

13. Je rehabilitační ošetrovatelství Vaší každodenní činností vykazovanou v ošetrovatelské dokumentaci?

- ano               ne                       nevím

14. Víte, jaké prvky tvoří rehabilitační ošetřování? ***(Je možné označit více odpovědí.)***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> polohování             | <input type="checkbox"/> aktivní pohyby          |
| <input type="checkbox"/> pasivní pohyby         | <input type="checkbox"/> dechová gymnastika      |
| <input type="checkbox"/> nácvik soběstačnosti   | <input type="checkbox"/> vertikalizace           |
| <input type="checkbox"/> cévní gymnastika       | <input type="checkbox"/> relaxace                |
| <input type="checkbox"/> užívání tepla a chladu | <input type="checkbox"/> aplikace léků na bolest |
| <input type="checkbox"/> převazy                |  |
| <input type="checkbox"/> jiné.....              |  |

15. Které prvky z rehabilitačního ošetřování používáte nejčastěji na Vašem oddělení?

**(Je možné označit více odpovědí.)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> polohování             | <input type="checkbox"/> aktivní pohyby     |
| <input type="checkbox"/> pasivní pohyby         | <input type="checkbox"/> dechová gymnastika |
| <input type="checkbox"/> nácvik soběstačnosti   | <input type="checkbox"/> vertikalizace      |
| <input type="checkbox"/> cévní gymnastika       | <input type="checkbox"/> relaxace           |
| <input type="checkbox"/> užívání tepla a chladu |   |
| <input type="checkbox"/> jiné.....              |   |

16. Při polohování klienta/pacienta, myslíte na **(je možné označit více odpovědí):**

- prevenci dekubitů
- to, zda je to pro klienta/pacienta pohodlné
- to, zda je poloha přizpůsobená tak, aby klient/pacient později mohl sedět, stát, chodit

17. Při uložení imobilního klienta/pacienta na záda myslíte na to,

**(je možné označit více odpovědí):**

- aby nebyla hlava zakloněna
- aby nedocházelo k předsunutí ramene
- aby bylo zápěstí v rovném postavení s předloktím
- aby česky směřovaly ke stropu
- aby nedocházelo k prověšení kolen
- aby byly plošky nohou v pravém úhlu k bérce

18. Při uložení imobilního klienta/pacienta na bok myslíte na to,

**(je možné označit více odpovědí):**

- aby spodní horní končetina měla v lokti alespoň minimální flexi
- aby bylo zápěstí v rovném postavení s předloktím
- aby spodní dolní končetina byla natažená a v prodloužení trupu
- aby nedocházelo k vytočení kyčle vrchní dolní končetiny
- aby byly plošky nohou v pravém úhlu k bérce

19. Využíváte v rámci rehabilitačního ošetřování pomůcky?

**(Je možné označit více odpovědí.)**

- ano:  při osobní hygieně  při sebesycení  
 při oblékání  při polohování  
 při vertikalizaci  při přemísťování  
 ne

20. Znáte v rámci rehabilitačního ošetřování pomůcky pro dechovou rehabilitaci?

- ano  ne

***Pokud jste odpověděla „ne“, pokračujte prosím dále otázkou č. 22.***

21. Které z uvedených možností patří mezi pomůcky pro dechovou rehabilitaci?

**(Je možné označit více odpovědí.)**

- Flutter  
 PEP maska  
 balónek  
 míček  
 nevím

22. S kým spolupracujete při poskytování rehabilitačního ošetřování v rámci multidisciplinárního týmu? **(Je možné označit více odpovědí.)**

- fyzioterapeut  ergoterapeut  
 lékař  sociální pracovnice  
 logoped  rodina a blízcí klienta/pacienta  
 nutriční terapeut  protetik  
 psycholog

23. Jakým způsobem spolupracujete v rámci rehabilitačního ošetřování s fyzioterapeutem? **(Je možné označit více odpovědí.)**

- jsem přítomna u rehabilitace  
 asistuji fyzioterapeutovi  
 jiné.....  
 nespolupracuji s fyzioterapeutem

24. V čem je podle Vás přínosná spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem v rámci rehabilitačního ošetřování? **(Je možné označit více odpovědí.)**

- zlepšení ošetrovatelské péče u pacientů
- ukázky cvičebních prvků
- komplexnější spolupráce
- předávání si zkušeností
- v ničem

25. Jakým způsobem spolupracujete v rámci rehabilitačního ošetřování s ergoterapeutem? **(Je možné označit více odpovědí.)**

- jsem přítomna u ergoterapie
- asistuji ergoterapeutovi
- jiné.....
- nespolupracuji s ergoterapeutem

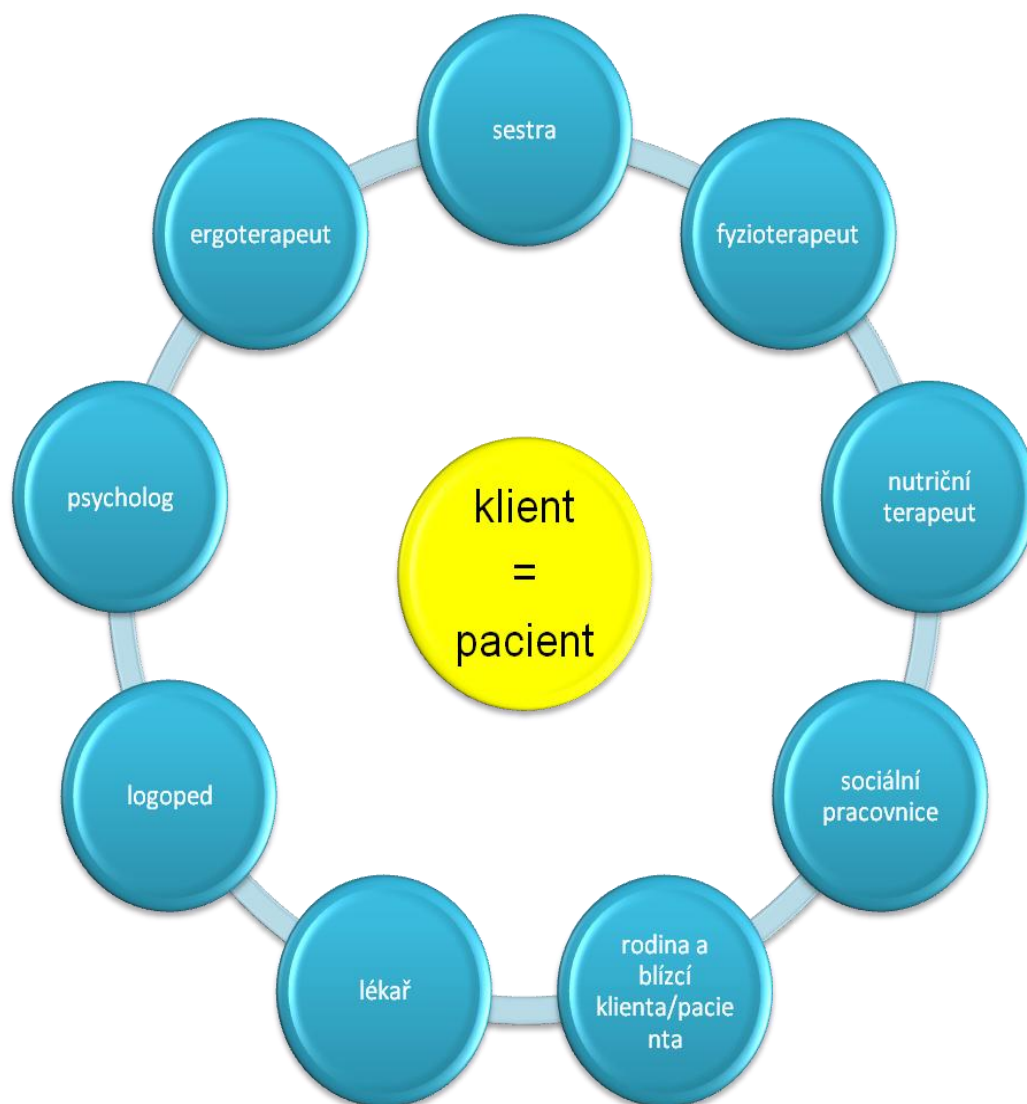
26. V čem je podle vás přínosná spolupráce mezi sestrou a ergoterapeutem v rámci rehabilitačního ošetřování? **(Je možné označit více odpovědí.)**

- zlepšení ošetrovatelské péče u pacientů
- komplexnější spolupráce
- předávání si zkušeností
- v ničem

27. Vidíte možnosti ve zkvalitnění rehabilitačního ošetřování?

- ano - uveďte návrh  
.....  
.....
- ne

## Příloha 2 – Schéma multidisciplinárního týmu



Zdroj: Vlastní

#### Příloha 4 – Příklady dělby práce fyzioterapeuta – ergoterapeuta a sestry

Zdravotní sestra	Výkon	Fyzioterapeut - ergoterapeut
změny poloh po 2 hodinách, preventivní polohování při počínajících sekundárních změnách dle pokynů fyzioterapeuta	POLOHOVÁNÍ	korekční polohování, instruktáže sester, určit přesnou polohu, čas a frekvenci během dne, poskytnout speciální pomůcky,
pasivní pohyby plegických částí při manipulaci s pacientem (hygienické úkony, oblékání, polohování)	PASIVNÍ POHYBY	maximální exkurze ve všech kloubech plegických částí, protahování zkrácených struktur
kontrola zadaných úkolů, motivovat k opakování dle instrukce fyzioterapeuta	KONDIČNÍ CVIČENÍ	aktivní cvičení zdravých a pohyblivých částí, zadání úkolů, nácvik mobility a stability dle stanovené zátěže
kontrola zadaných úkolů dle instrukcí fyzioterapeuta, dezinfekce pomůcek, hygiena dýchacích cest, manuální pomoc při vykašlávání, větrání, inhalace, statické dýchání v různých polohách	DECHOVÁ GYMNASTIKA	nácvik dechové gymnastiky, dynamická dechová cvičení, statické dýchání, lokalizované dýchání, speciální metodiky u respiračních chorob, instruktáže sester
vertikalizace na lůžku dle instruktáže fyzioterapeuta a technických možností, zajištění bezpečnosti při nejisté chůzi, dopomoc při přesezení (židle, křeslo, vozík)	LOKOMOCE VERTIKALIZACE	přechod do stoje, nácvik přesunů, lokomoce na vozíku, nácvik chůze, zadat úkoly, vybavit technickými pomůckami
využívání zachovalých a obnovených funkcí při běžných denních činnostech	OBNOVENÍ POŠKOZENÝCH FUNKCÍ	posilování oslabených svalů, obnovení ztracených funkcí speciálními metodikami, informovat ZS o obnovených funkcích a schopnostech pacienta
vyžadování aktivity a spolupráce při všech výkonech, vést k samostatnosti - vytvořit podmínky, využívat kompenzační pomůcky	VÝCHOVA K SOBĚSTAČNOSTI	nácvik soběstačnosti, informovat ZS o nacvičených dovednostech, doporučit kompenzační pomůcky, naučit ZS využívat techniku a triky
spolu s lékařem užívání léků, ošetřování chronických defektů, otázky stravy, vyprazdňování, životosprávy	INFORMACE (ÚSTNÍ) PRO PACIENTY A RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY	denní pohybový režim, domácí rehabilitace, úprava pomůcek, prostředí, produktivní a přiměřená pomoc u trvale postižených, specifické informace a nácviky v poskytování produktivní pomoci

Zdroj: (22)

#### **Příloha 4 – Polohovatelné zdravotnické lůžko s laterálním náklonem**



Zdroj: [http://www.linnet.cz/data2/dep\\_33/070305\\_01\\_big.jpg](http://www.linnet.cz/data2/dep_33/070305_01_big.jpg)

## Příloha 5 – Úroveň soběstačnosti klienta/pacienta

### Klasifikace soběstačnosti - kategorizace :

<b>Kategorie</b>	<b>Legenda</b>	<b>Hodnocení BI</b>
<b>K1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- nemocný nezávislý na základní ošetrovatelskou péčí</li><li>- sebeobsluhu zvládne samostatně nebo s použitím kompenzační pomůcky</li><li>- dítě nad 10 let</li></ul>	100 b <b>nezávislý</b>
<b>K2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- nemocný částečně soběstačný</li><li>- obslouží se s dopomocí, je schopen pohybu mimo lůžko</li><li>- dítě od 6 – 10 let</li></ul>	65 - 95 b <b>lehký stupeň závislosti</b>
<b>K3</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- nemocný částečně soběstačný</li><li>- neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí nebo psychicky alterovaný nemocný</li><li>- dítě od 2 –6 let</li></ul>	45 –60 b <b>střední stupeň závislosti</b>
<b>K4</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- nemocný imobilní, převážně inkontinentní, zcela závislý na pomoci druhých</li><li>- dítě do 2 let věku</li></ul>	0 - 40 b <b>vysoký stupeň závislosti</b>
<b>K 5</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- nemocný v bezvědomí, potřebuje komplexní ošetrovatelskou péči</li></ul>	0 b <b>závislý</b>



## Příloha 6 – Barthellův testu všedních činností

Příloha

### Barthelův test základních všedních činností

činnost	provedení činnosti	bodové skóre	datum hodnocení	
			při přijetí	při propuštění
1. najedení napití	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
3. koupání	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5		
	neprovede	0		
5. kontinence moči	plně kontinentní	10		
	občas inkontinentní	5		
	inkontinentní	0		
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10		
	občas inkontinentní	5		
	inkontinentní	0		
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
8. přesun na lůžko - židle	samostatně bez pomoci	10		
	s malou pomocí	5		
	vydrží sedět	0		
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15		
	s pomocí 50 m	10		
	na vozíku 50 m	5		
	neprovede	0		
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10		
	s pomocí	5		
	neprovede	0		
celkové hodnocení				

### Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech.

<u>0 - 40 bodů</u>	vysoký stupeň závislosti
<u>45 - 60 bodů</u>	střední stupeň závislosti
<u>65 - 95 bodů</u>	lehký stupeň závislosti
<u>100 bodů</u>	nezávislý

Vyšetření provedl(a):

Zdroj: (39)

## Příloha 7 - Test funkční soběstačnosti (FIM)

**Hodnocení funkční nezávislosti (Functional independence measure) FIM**  
Doléčovací a rehabilitační oddělení FNUSA Brno

<b>S T U P Ě Ň</b>	7 Plná samostatnost (opakovaně, bezpečně) 6 Modifikovaná samostatnost (pomůcka)	Příjmení: Jméno: Rodné číslo:
	<i>Modifikovaná závislost</i> 5 Pod dohledem (Pacient = 100%+) 4 Minimální pomoc (Pacient = 75%+) 3 Střední pomoc (Pacient = 50%+) <i>Úplná závislost</i> 2 Výrazná pomoc (Pacient = 25%+) 1 Úplná pomoc (Pacient = méně než 25%)	Diagnóza č.: Slovy:

	Vstup dne:	Výstup:	Kontrola:
<i>Sebeobsluha</i>			
A. Jídlo - sebesycení	□	□	□
B. Úprava zevnějšku, česání	□	□	□
C. Koupání	□	□	□
D. Oblékání - horní část těla	□	□	□
E. Oblékání - dolní část těla	□	□	□
F. Intimní hygiena	□	□	□
<i>Kontrola svěračů</i>			
G. Kontrola močového měchýře	□	□	□
H. Kontrola činnosti konečníku	□	□	□
<i>Přesuny</i>			
I. Postel, židle, vozík	□	□	□
J. WC	□	□	□
K. Vana, sprcha	□	□	□
<i>Pohyblivost</i>			
L. Chůze / vozík	□ □ <small>W C</small>	□ □ <small>W C</small>	□ □ <small>W C</small>
M. Schody	□	□	□
<i>Motorické skóre</i>	□	□	□
<i>Dorozumívání</i>			
N. Chápání	□ □ □ <small>A B V</small>	□ □ □ <small>A B V</small>	□ □ □ <small>A B V</small>
O. Vyjadřování	□ □ □ <small>V N B</small>	□ □ □ <small>V N B</small>	□ □ □ <small>V N B</small>
<i>Sociální schopnosti</i>			
P. Sociální interakce	□	□	□
Q. Řešení problémů	□	□	□
R. Paměť	□	□	□
<i>Kognitivní skóre</i>	□	□	□
<b>Celkové FIM skóre</b>	□	□	□

**Pozn.:** Vyplnit všechna pole. Zapsat 1 pokud nelze pacienta testovat kvůli riziku.

1\*  $\begin{matrix} W \\ C \\ B \end{matrix}$  W – chůze; C – vozík; B – obojí

2\*  $\begin{matrix} A \\ V \\ B \end{matrix}$  A – rozumí mluvenému; V – rozumí viděnému; B – obojí

3\*  $\begin{matrix} V \\ N \\ B \end{matrix}$  V – verbální (mluví); N – neverbální; B – obojí

Zdroj: (12)

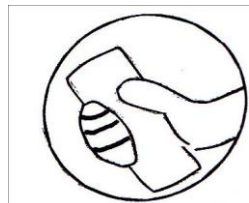
## Poloha imobilního klienta/pacienta na zádech

HLAVA V ROVNÉM POSTAVENÍ  
S PÁTEŘÍ

RAMENA NEJSOU PŘEDSUNUTÁ

LOKTY V SEMIFLEXI

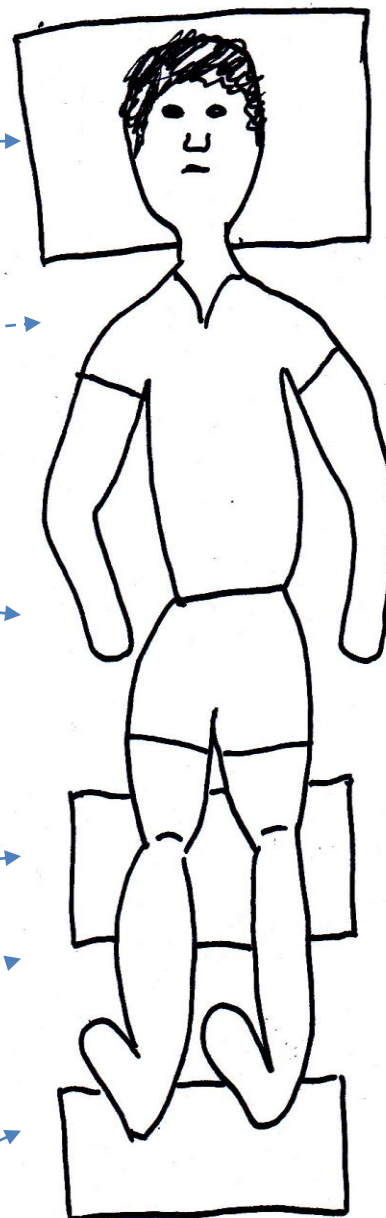
RUCE – FYZIOLOGICKÉ NEBO  
FUNKČNÍ POSTAVENÍ



ČEŠKY SMĚŘUJÍ KE STROPU

KOLENA NEJSOU PROVĚŠENÁ

PLOSKY NOHOU V PRAVÉM ÚHLU K BĚRCI

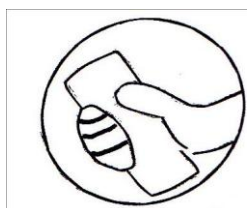


## Poloha imobilního klienta/pacienta na boku

PŘIROZENÁ OSA PÁTEŘE

SPODNÍ LOKET V SEMIFLEXI

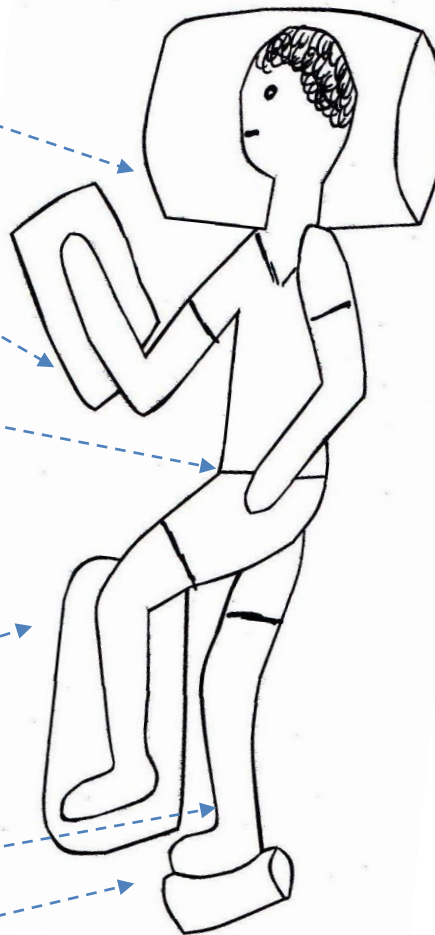
ZÁPĚSTÍ - FUNKČNÍ NEBO  
FYZIOLOGICKÉ POSTAVENÍ



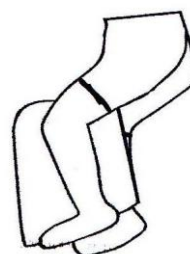
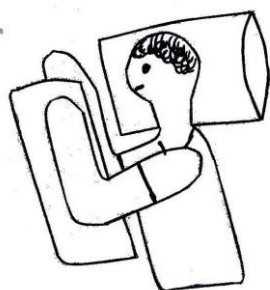
VRCHNÍ KONČETINA  
DOSTATEČNĚ PODOLŽENÁ

SPODNÍ KONČETINA V PŘIROZENÉ  
OSE PÁTEŘE

PLOSKY NOHOU V PRAVÉM  
ÚHLU K BÉRCI



### VARIANTY POLOHOVÁNÍ KONČETIN



Zdroj: Vlastní