

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Rehabilitační ošetřovatelství u pacientů na oddělení následné péče

Bakalářská práce

Autor práce: Lucie Kučerová
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová
Datum odevzdání práce: 2. 5. 2012

ABSTRACT ČJ

Bakalářská práce na téma „Rehabilitační ošetřovatelství u pacientů na oddělení následné péče“ je rozdělena na dvě části. V teoretické části práce jsou stručně objasněny základní pojmy jako rehabilitace, ošetřovatelství a oddělení následné péče. Největší pozornost je věnována prvkům rehabilitačního ošetřování prováděných v rámci rehabilitačního ošetřovatelství. Jednotlivé prvky jsou podrobně popsány v samostatných kapitolách. Závěr teoretické části je zaměřen na oblast imobilizace a imobilizačního syndromu, což je oblast také neméně důležitá. Praktická část popisuje výzkumné šetření vedoucí k ověření stanovených hypotéz. K výzkumnému šetření byla použita kvantitativní metoda pomocí techniky dotazníků. Tento výzkum byl proveden se sestrami na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s., v Nemocnici Prachatice a. s. a Nemocnici Český Krumlov a. s., kde bylo rozdáno celkem 120 dotazníků, s celkovou návratností 83,3 %. K výslednému šetření bylo použito 100 dotazníků, které tvořily 100 %.

Cílem této práce bylo zjistit, jaké prvky rehabilitačního ošetřování jsou v rámci rehabilitačního ošetřovatelství uplatňovány u pacientů na oddělení následné péče. Druhým cílem bylo zjistit znalosti sester v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství. Ke stanoveným cílům byly vytvořeny hypotézy H1, H2 a H3. H1: Sestry na oddělení následné péče uplatňují u pacientů převážně prvky polohování byla potvrzena. Hypotéza H2: Sestry na oddělení následné péče u pacientů provádějí častěji nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti než nácvik základních pohybových dovedností nebyla potvrzena. Hypotéza H3: Sestry mají znalosti v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství byla potvrzena.

Poznatky z práce budou předány managementu Nemocnice České Budějovice a.s., který je může využít jako podklad k přednášce pro sestry z oddělení následné péče. Součástí přednášky by byla vhodná i praktická ukázka jednotlivých prvků rehabilitačního ošetřování. Management Nemocnice České Budějovice a.s. tak podpoří zvýšení kvality poskytované péče pacientům na oddělení následné péče a také jistotu sester při poskytování péče v této oblasti.

ABSTRACT AJ

Following bachelor's thesis focuses on rehabilitative nursing of patients in department after-care and it is divided into two parts. In a theory part of the thesis elementary terms such as rehabilitation, nursing, and department after-care are briefly described. Close attention is paid to rehab treatment elements carried out within the frame of rehabilitative nursing. Individual elements are described in detail in individual chapters. The end of the theory part focuses on the issue of immobilization and on immobilizing syndrome. The practical part describes experimental research leading to verification of defined hypothesis. A quantitative method aided by questionnaire technique was used for the research. This research was carried out with nurses in department after-care in following hospitals: Nemocnice České Budějovice, a.s.; Nemocnice Prachatice a.s.; Nemocnice Český Krumlov, a.s. where 120 questionnaires were held out with 83,3% questionnaires returned. 100 questionnaires, made 100% were used for the final research.

The aim of this thesis was to find out what rehab treatment elements are applied with patients in department after-care. The other aim was to verify knowledge of nurses in rehab care. To set targets hypothesis H1, H2 and H3 were made. H1: Nurses in department after-care apply especially elements of positioning. H1 was proved. H2: Nurses in department after-care more frequently practice self service and self sufficiency with patients rather than practicing motoric skills. H2 was not proved. H3: Nurses have got the knowledge of rehab care. H3 was proved.

Findings of this thesis will be provided to management of Nemocnice České Budějovice, a.s. who may use it as a base for lecture for nurses from department after-care. As a part of this lecture a practical illustration of individual rehab care elements would be appropriate to demonstrate. Hospital management will hereby support improval of quality of provided care in department after-care and also will support the nurses in this field.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „ Rehabilitační ošetřovatelství u pacientů na oddělení následné péče“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 uvedeným 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 na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Podpis studentky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Ivaně Chloubové za odborné vedení mé práce, její cenné rady, podněty a připomínky, stejně jako za čas, který mi věnovala. Dále děkuji za spolupráci všem náměstkyním pro ošetrovatelskou péči a sestřím Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Český Krumlov a.s. a Nemocnice Prachatice a.s., které se účastnily mého dotazníkového šetření, které je součástí této bakalářské práce.

OBSAH

Úvod.....	3
1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Rehabilitace.....	4
1.2 Ošetrovatelství.....	5
1.3 Oddělení následné péče.....	6
1.4 Rehabilitační ošetrovatelství	7
1.4.1 <i>Polohování</i>	8
1.4.1.1 Základní polohy	9
1.4.2 <i>Pasivní pohyby</i>	11
1.4.3 <i>Kondiční cvičení</i>	12
1.4.4 <i>Dechová gymnastika</i>	13
1.4.5 <i>Nácvik základních pohybových dovedností</i>	14
1.4.5.1 Základní pohybové dovednosti.....	15
1.4.6 <i>Nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy</i>	16
1.4.7 <i>Nácvik komunikace</i>	18
1.4.7.1 Komunikace se starším člověkem	19
1.5 Imobilizační syndrom	20
1.5.1 <i>Poruchy respiračního systému</i>	21
1.5.2 <i>Poruchy kardiovaskulárního systému</i>	21
1.5.3 <i>Poruchy gastrointestinálního traktu</i>	22
1.5.4 <i>Poruchy močového systému</i>	23
1.5.5 <i>Poruchy kožního systému</i>	24
1.5.6 <i>Poruchy pohybového systému</i>	25
1.5.7 <i>Změny na úrovni psychiky</i>	25

2. CÍLE A HYPOTÉZY	27
2.1 Cíle práce	27
2.2 Hypotézy práce.....	27
3. METODIKA	28
3.1 Metodika výzkumu a technika sběru dat.....	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	28
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU	29
5. DISKUZE	54
6. ZÁVĚR	60
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
8. KLÍČOVÁ SLOVA	65
9. PŘÍLOHY	66

Úvod

Výběr tématu mé bakalářské práce „Rehabilitační ošetřovatelství u pacientů na oddělení následné péče“ byl jednoduchý. Prakticky od střední školy dávám přednost a vyhledávám spíše práci se staršími a starými lidmi. Na oddělení následné péče sice nejsou specificky přijímáni pouze geriatrickí pacienti, přesto si dovoluji tvrdit, že je jich tam převaha. Práce na oddělení následné péče a především práce s geriatrickým pacientem není prací jednoduchou. Je to velkou zátěží na fyzickou i psychickou oblast sestry.

Během praxe a práce na oddělení následné péče jsem si uvědomila, že rehabilitační ošetřovatelství musí a mělo by být součástí každodenní péče, kterou sestry v rámci svých kompetencí provádějí u pacientů. Sestry na oddělení následné péče provádějí prvky rehabilitačního ošetřování v rámci rehabilitačního ošetřovatelství prakticky denně. Některé prvky provádějí častěji, jiné méně. Polohování pacienta, pasivní pohyby, kondiční cvičení, dechová cvičení, nácvik základních pohybových dovedností, nácvik základní soběstačnosti a sebeobsluhy či nácvik komunikace. Některé z těchto prvků patří do náplně práce sestry více než prvky jiné a všechny tyto prvky hrají velmi důležitou roli při komplexní ošetřovatelské péči o pacienty. Myslím si, že na oddělení následné péče by měla být důležitost a důslednost těchto prvků ještě o trochu větší než na odděleních jiných.

Sestry provádějí denně prvky rehabilitačního ošetřování v rámci rehabilitačního ošetřovatelství. Přesto si myslím, že mnohdy některé z nich ani neví, že to co provádějí, jsou prvky rehabilitačního ošetřování a jaká je důležitost těchto prvků. To byl jeden z dalších důvodů výběru tématu. Chtěla jsem se zabývat něčím, co by v závěru mohlo být přínosem pro zvýšení informovanosti sester, a tím zlepšení péče o pacienty.

Cílem této práce bylo zmapovat, jaké prvky rehabilitačního ošetřování jsou v rámci rehabilitačního ošetřovatelství uplatňovány u pacientů na oddělení následné péče nejčastěji. Druhým cílem bylo zjistit znalosti sester v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství. Výstupem z práce bude přednáška pro sestry, která prohloubí jejich znalosti v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství, čímž se zvýší kvalita poskytované péče.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Rehabilitace

První výskyt pojmu rehabilitace byl v USA po 1. sv. válce. Hlavní snahou bylo pomoci především vojákům, aby se mohli vrátit do života. Speciálním zákonem rehabilitaci zaštitili již v roce 1918. Poté vzniklo ještě dalších 6 zákonů týkajících se rehabilitace. V naší zemi se touto činností zabýval profesor R. Jedlička, v Praze v ústavu, který byl po něm pojmenován. V USA tuto jeho činnost nazvali rehabilitací. Po 2. sv. válce se tento pojem začal objevovat i v dalších zemích Evropy. Velkou zásluhu na tom můžeme připsat, v té době vznikajícím institucím, Světové zdravotnické organizaci a Rehabilitaci mezinárodní. Součástí těchto organizací byli nejen odborníci, ale i laici a řada válečných invalidů. Výskyt poliomyelitidy vedl po 2. sv. válce k rozvoji moderní rehabilitace. (1, 2)

Pojem rehabilitace vznikl jako složenina ze dvou latinských slov. Ze slova *habilitatis* neboli ohebnost či zdatnost a předložky *re-* což znamená zpět nebo opětovné dosažení nějakého stavu. Jedná se o aktivní dynamickou koncepci, tedy o proces, kdy navracíme tělesné, duševní, společenské, pracovní a ekonomické funkce. Cílem je vrátit člověku jeho původní úroveň zdraví nebo alespoň docílit co nejvyšší možné úrovně jeho zdraví. (2, 3, 4) „V roce 1969 definovala WHO rehabilitaci jako »kombinované a koordinované využití medicínských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovuzískání co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti«. V roce 1981 WHO tuto definici rozšířila: »Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí dysabilita a následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého.« (5, s. 2)

Toho se dá docílit pouze za dokonalé spolupráce celého zdravotnického týmu. V praxi to znamená, že není nikdo nikomu podřízen nebo nadřizen. Sestra a fyzioterapeut jsou si rovni. Jejich chování je profesionální, se společným cílem navrátit pacientovi co nejvyšší možnou míru soběstačnosti. (6, 7)

1.2 Ošetřovatelství

Jako jednu z nejrozsáhlejších činností v lidské společnosti označujeme ošetřovatelství. Jedná se o nauku zaměřenou na uspokojování potřeb jedinců a skupin s ohledem na jejich stav zdraví a na podmínky prostředí. Ošetřovatelství zahrnuje odbornou i komplexní ošetřovatelskou péči o pacienty. (8)

Historický vývoj ošetřovatelské péče byl ovlivněn společenskými a sociálně - ekonomickými podmínkami. Kulturní tradice, náboženství, války, rozvoj medicíny a celkově stav zdraví lidí měl také velký vliv na vývoj ošetřovatelství. Rozlišujeme tři historická období ošetřovatelství. Prvním obdobím je neprofesionální ošetřovatelství nebo také laická péče. V tomto období byla ošetřovatelská péče zajišťována rodinnými příslušníky, léčiteli a porodními bábami. Období charitativní péče je druhým historickým obdobím ošetřovatelství. Specifikovalo na určitou skupinu lidí. Jednalo se o lidi, kteří díky své chudobě, nemoci nebo postižení nemohli uspokojovat svoje potřeby. Ošetření probíhalo v jejich domovech či chudě vybavených zařízeních. Charitativní péče funguje i v současnosti. Třetím historickým obdobím se stalo profesionální ošetřovatelství. Orientace ošetřovatelské péče v tomto období byla především na činnosti v nemocnicích a na oblast primární zdravotní péči. (8, 9)

Vývoj ošetřovatelství ovlivnilo několik osobností. Nejvýznamnější osobností se stala Florence Nightingalová. Její usilovná práce během krymské války vedla k založení samostatného profesionálního ošetřovatelství. Další osobností je Anežka Přemyslovna (Sv. Anežka Česká), která je považována za zakladatelku českého ošetřovatelství. (8, 9)

V péči o zdraví vystupuje ošetřovatelství jako samostatná vědecká disciplína se statusem nezastupitelnosti. Ošetřovatelství patří mezi relativně mladý obor, který si vlastní samostatnou koncepci musí postupně zformulovat. Každý obor a tím tedy i ošetřovatelství, musí být vědecky podložený. Na podkladě vědeckých základů formulujeme ošetřovatelské povolání. Jako ostatní obory má i ošetřovatelství určité části. Má svou filozofii což je holismus – celostní přístup. Svůj předmět zkoumání – metaparadigma. Teorii oboru – paradigma, kam patří koncepční modely a teorie ošetřovatelství. Velkou částí je metodologie, kam zahrnujeme ošetřovatelský proces.

Ošetřovatelství má i svůj výzkum, systém vzdělávání (pre - a postgraduální) a svou národní i mezinárodní profesní organizaci. (8, 10)

Systematické a všestranné uspokojování potřeb člověka pomocí vhodných metod patří mezi hlavní cíl ošetřovatelství. Uspokojování potřeb člověka probíhá v souvislosti k udržení jeho zdraví nebo na podkladě vzniklých potřeb či potřeb změněných onemocněním. Při uspokojování potřeb u pacientů musí sestra úzce spolupracovat s ostatními odbornými pracovníky. (11)

1.3 Oddělení následné péče

Na oddělení následné péče nejsou specificky přijímáni geriatřiční pacienti. Toto oddělení slouží k péči o dlouhodobě nemocné pacienty. Jedná se o pacienty ze všech lékařských oblastí (vnitřní lékařství, chirurgie, onkologie, neurologie, psychiatrie a další) a především pacienty všech věkových skupin. Pojem dlouhodobě nemocný pacient navádí k představě, že se jedná o pacienta vyššího věku, často nad 75 let nebo staršího. Pravdou ale je, že na oddělení následné péče jsou přijímáni pacienti i mladšího a středního věku, zpravidla po těžkých úrazech či po dlouhodobé resuscitaci. Tito pacienti překonali aktuální stav svého onemocnění a potřebují následnou lůžkovou zdravotní péči. (12, 13)

Následnou lůžkovou péči můžeme rozdělit dle podílu léčebné rehabilitace na 4 skupiny. V první skupině, následné péči specializované v rámci oborů, převažují léčebně ošetřovatelské postupy nad metodami léčebné rehabilitace (např. psychiatrie, onkologie). Druhou skupinou je samotná léčebná rehabilitace, kde dominantní částí programu jsou léčebně rehabilitační postupy. Třetí skupinu tvoří ošetřovatelská péče. Základem péče je ošetřovatelský proces nebo respektive samotné rehabilitační ošetřování. Hospicová péče tvoří poslední skupinu, jejíž péče se zaměřuje na ošetřovatelství a symptomatickou léčbu. (14)

Oddělení následné péče spadá do třetí skupiny. Zdravotníci zde poskytují obecně ošetřovatelskou nesespecializovanou následnou péči. Ošetřovatelská péče celého zdravotnického týmu se stává nedílnou součástí jejich léčebného a rehabilitačního úsilí.

U každého pacienta musí zdravotnický personál zvolit individuální přístup dle jeho aktuálního stavu a dle aktuálních potřeb. Pro zdravotnický personál je péče o dlouhodobě nemocné pacienty prací vyčerpávající, jak po stránce fyzické, tak psychické. (12, 13)

1.4 Rehabilitační ošetřovatelství

Jednou z forem ošetřovatelství je rehabilitační ošetřovatelství. Jedná se o určitou formu ošetřovatelské péče, která navazuje na běžné ošetřovatelské činnosti. Rehabilitační ošetřovatelství jsou tedy rehabilitační principy uplatňované v ošetřovatelských úkonech. Nebo také způsob aktivního ošetřování, kdy zdravotníci v rámci svých kompetencí využívají, během péče o pacienta, základních pravidel fyzioterapie a ergoterapie. Dlouhodobým, opakovaným a nepřetržitým používáním jednotlivých rehabilitačních úkonů zajistíme pozitivní vliv této péče pro pacienta. Tento pozitivní vliv se týká především prevence následků v souvislosti s nepohyblivostí pacienta a zvládnutím sebeobsluhy v běžných denních činnostech. (13, 15, 16, 17)

Mezi cíle rehabilitačního ošetřovatelství patří prevence dekubitů a polohování, pacientova časná mobilizace a vstávání. Jeho samostatná denní činnost, aktivní a pasivní cviky kloubů sloužící k prevenci svalových kontraktur. Aktivní a pasivní cviky DK k prevenci žilních trombóz. Dechová gymnastika a kondiční cvičení. Nácvik pacientovy soběstačnosti a samostatnosti. Zajištění pravidelného vyprazdňování močového měchýře. Mezi cíle rehabilitačního ošetřovatelství řadíme i aktivizaci pacientovy psychiky. (18)

Rehabilitační ošetřování rozdělujeme na dvě oblasti. První oblastí je rehabilitační ošetřování pasivní. Do pasivního rehabilitačního ošetřování patří polohování a pasivní pohyby. Druhou oblastí je aktivní rehabilitační ošetřování. Do této oblasti zahrnujeme dechová cvičení, kondiční cvičení, nácvik sebeobsluhy, kam patří příjem potravy, oblékání, osobní hygiena. Nácvik komunikace a nácvik základních pohybových dovedností také patří do oblasti aktivního rehabilitačního ošetřování. (16)

Rehabilitační ošetřování provádí sestra v rámci svých kompetencí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem. Mezi nejčastější prvky, které sestra v rámci svých kompetencí provádí, patří polohování, posazování a dechová cvičení. Tyto činnosti sestra provádí u ležícího pacienta bez ohledu na charakter lůžka i bez ohledu na pacientovu spolupráci. (15, 19)

1.4.1 Polohování

Polohování znamená proces činností, při kterém uložíme pacienta nebo části jeho těla tak, abychom zabránili komplikacím vznikajícím při jejich špatném uložení. Soustava poloh neboli polohování do velké míry ovlivňuje další stav hybnosti pacienta. Při polohování se využívá stálá složka terapeutických postupů, ale i přesto je nutné, aby při jejich provádění s námi pacient spolupracoval, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí. (9, 13)

Pacient se hned od začátku učí, jak sám měnit polohu na lůžku. V případě pacientovy neschopnosti měnit svoji polohu sám, zastupuje toto místo ošetřující personál. Polohování musí probíhat v pravidelných intervalech, které můžeme rozdělit na noční a denní interval. Denní interval polohování probíhá po 1-2 hodinách. Noční interval polohování po 2-4 hodinách. Úprava polohy pacienta bez rozdílu denního a nočního intervalu je vždy po 2-3 hodinách. (5, 20)

Rozlišujeme tři typy polohování. Typ polohování, který pacient zaujímá sám ke snížení bolesti, často v akutním stadiu nemoci. Tento typ se nazývá protibolestivým (antalgickým) polohováním. Pokud pacient v této poloze setrvá delší dobu, vede to k sekundárním změnám na pohybovém aparátu, protože tato poloha není fyziologická. Preventivní polohování označujeme jako nejčastější typ polohování využívaný v rámci rehabilitačního ošetřovatelství. Při tomto polohování zabraňujeme špatnému postavení v kloubech a tím svalovému zkrácení. Nejméně škod na měkkých tkáních vznikne, pokud docílíme toho, aby byl kloub ve středním postavení a kloubní pouzdro bylo stejnoměrně napjato. Poslední typ polohování zvolíme u pacientů s omezeným pohybem, zkrácením svalů či s deformitami. Jedná se o korekční až hyperkorekční polohování. (13, 21)

1.4.1.1 Základní polohy

Při poloze na zádech nesmí být hlava zakloněna a zároveň nesmí být brada přitisknuta na hrudníku. Hlavu podložíme malým polštářkem, aby zůstala páteř pacienta napřímená. V této poloze jsou pacientovy paže mírně odtaženy od těla. V oblasti loktů střídáme polohu natažení (extenze), polohou ohnutí (flexe) nebo částečné ohnutí (semiflexe). Předloktí je uloženo dlaní vzhůru (supinace) nebo dlaní dolů (pronace). Prsty jsou pokrčené při zvednutí ruky hřbetem nahoru. Tomuto postavení se říká mírná dorzální flexe zápěstí. Nebo zápěstí zaujímá střední polohu s nataženými prsty. Palec směřuje proti ostatním prstům. Toho docílíme lépe, když pacientovi do dlaně vložíme molitanový míček nebo srolovaný ručník. Dolní končetiny pacienta jsou mírně odtaženy od sebe se současným natažením nebo pokrčením v kolenou. Kolena podkládáme válečkem (viz příloha 2a). Chodidla jsou opřena o bedničku či o čelo postele a to v pravém úhlu, kdy špička nohy směřuje kolmo ke stropu. (2, 13, 16, 22)

Poloha na boku (laterální poloha) znamená uložení pacienta na pravý či levý bok, s malým polštářkem pod hlavou, aby zůstala hlava v prodloužení páteře. Aby nedošlo ke zpětnému přetočení na záda, založíme pacienta po celé délce pomůckou k polohování (např. válcem, klínem či stočenou dekou - viz příloha 2a). Rameno spodní končetiny předsuneme, aby na něm nespočívala pacientova váha. Rameno horní končetiny je lehce předpaženo před trupem nebo můžeme svrchní horní končetinu nechat nataženou podél těla a uloženu na polštářku. Spodní dolní končetinu natáhneme nebo uložíme do mírného pokrčení v kyčli a koleni. Svrchní dolní končetinu uložíme před pacientovo tělo ve flexi a to maximálně do 90 stupňů. Končetinu podložíme po celé délce, aby špička nepřepadávala. (2, 13, 16, 22)

Poloha na břiše (pronační poloha) se využívá zřídka a vždy krátkodobě. Pro pacienty se srdečními nebo dechovými potížemi je tato poloha omezující. Způsobuje jim pocit dušení a při dýchání omezení expanze hrudníku. Na druhou stranu je tato poloha jedinou polohou na lůžku, která zajistí plné natažení bederních a kolenních kloubů. Tato poloha usnadňuje expektoraci sputa a zlepšuje hygienu dýchacích cest. Užívá se u pacientů zotavujících se po chirurgických výkonech, nejčastěji v oblasti úst a hrdla. Hlava pacienta je v této poloze otočena vpravo nebo vlevo. Pokud pacient

nemůže hlavu otočit, opřeme jeho hlavu o čelo s mírným podložením, aby se mu lépe dýchalo. Bolestivému prohnutí v oblasti bederní páteře zabráníme podložením břicha malým polštářkem. Paže pacienta jsou mírně od těla s lokty pokrčenými (svícen) nebo nataženými. Většinou je jedna ruka v pozici svícnu a druhá natažena podél těla pacienta. Dolní končetiny jsou mírně roztaženy v kolenou a zároveň v natažení v kyčelních i kolenních kloubech. Nárty podložíme polštářky, aby špičky visely volně přes podložení. (2, 13, 22, 23)

Poloha mezi laterální a pronační pozicí je tzv. Simsova poloha (semipronační poloha). Semipronační polohu využíváme nejčastěji u pacientů s poruchami vědomí. Pacient neleží úplně na břiše. Jedna strana je mírně nadzvednuta a vypodložena polštářem pod hrudníkem a svrchní dolní končetinou. Spodní horní končetinu má pacient nataženou za zády. Vrchní horní končetinu má předpaženou a ohnutou či nataženou v lokti. Obě dolní končetiny jsou předsunuty a pokrčeny, kdy vrchní dolní končetina je pokrčená v bederním a kolenním kloubu více než spodní dolní končetina. Pod rameno vrchní horní končetiny a pod kyčelní kloub vrchní dolní končetiny vkládáme polštářek. K udržení této polohy se pacientova chodidla zapřou o bedničku. (2, 22, 23)

Fowlerova poloha znamená uložení pacienta do sedu nebo polosedu na lůžku. Pacienta ukládáme do této polohy nejčastěji po břišních operacích nebo má-li onemocnění srdce či plic. Pacient je opřen o zvednutou zádovou část lůžka, která může být zvednutá do různých úhlů. Fowlerovu polohu dle velikosti úhlů rozdělujeme na mírnou, střední nebo vysokou. Hlavu pacienta podložíme polštářem, aby nepadala vzad. Horní končetiny pacienta jsou volně podél těla. Dolní končetiny pacienta jsou mírně odtaženy od sebe a v kolenou lehce pokrčeny. Aby nedošlo k sesunutí pacienta, opřeme jeho chodidla o bedničku, desku či čelo lůžka. Vypodložením bederní oblasti, kyčle a kostrče pomocí molitanového polštářku snížíme tlak těla. (2, 13, 23)

1.4.2 Pasivní pohyby

Pohyby, které pacienti sami nemohou provádět, nazýváme pohyby pasivními. Tyto pohyby jsou s pacientem prováděny pomocí zevní síly. Jako zevní sílu můžeme chápat gravitaci, druhou osobu nebo přístroj (viz příloha 2 b), který za pacienta pohyb provede. Pasivní pohyby slouží k udržení fyziologické délky svalů a hybnosti kloubů. Mají zvětšit rozsah kloubní pohyblivosti a stimulovat proprioceptory. (2, 16)

Pasivní cvičení s pacientem zpravidla provádí fyzioterapeut nebo sestra. Pohyby provádíme 2-3 krát denně v poloze na zádech proti mírnému odporu končetiny. Provádíme je vždy v jednom směru a to 5-7 krát po sobě. Přítomnost fyzioterapeuta nebo sestry je během cvičení nezbytná. Jejich přítomnost a asistence u cvičení (přidržení pacientovy končetiny nad a pod kloubem) zajistí potřebnou fixaci končetiny. Každý pohyb provádíme pomalu a vždy s respektováním pacientovy bolesti. V případě použití motorové dlahy se řídíme dle pokynů ošetřujícího lékaře. (2, 16)

Dle individuálních potřeb pacienta se sestaví pevný program. Pasivní cvičení je zaměřeno především na oblast hlavy, trupu a horních a dolních končetin. Správné polohování hlavy je nezbytné již od prvního dne onemocnění. Pasivní pohyby hlavou se provádějí opatrným pohybováním hlavy ve všech fyziologických směrech pohybu. (24)

Pasivní pohyby trupu slouží jako prevence nežádoucí fixace bederní páteře a žeber. Při poloze na zádech se u pacienta provádí tlak a pohyb kostosternálních kloubů. Při polohování pacienta na straně se pomocí pasivních pohybů provádí mobilizace jednotlivých žeber. Při pohybování trupu nesmíme zapomenout na rotaci a flexi, které zabrání fixaci bederní páteře. Pasivními pohyby horních a dolních končetin usilujeme o zachování pohyblivosti kloubů a redukci spastického tonu. V oblasti horní končetiny má klíčovou pozici rameno. V oblasti dolní končetiny je to především pánev a dolní část trupu. (24)

1.4.3 Kondiční cvičení

Nástrojem rehabilitace, který zajistí nejvyšší možnou pacientovu kondici, nazýváme kondiční cvičení. Toto cvičení patří mezi nejjednodušší typ tělesného pohybu, jak u ležícího, tak i u chodícího pacienta a mělo by být součástí denního režimu pacienta. Zaměření kondičního cvičení je celkově na aktivitu nemocného a na zlepšení a zvýšení jeho tělesného výkonu. Výsledkem kondičního cvičení je tedy správné napětí svalů, pohyblivost kloubů, správná funkce vnitřních orgánů, správná nervosvalová koordinace a celkově má uklidňující vliv na celý pacientův organismus. (9, 13, 25, 26)

Smysl kondičního cvičení spočívá v pravidelném cvičení 1 - 2 krát denně, zpravidla ráno po probuzení a s opakováním během dne. Ranní cvičení neboli ranní rozcvička blahodárně působí nejen na fyziologické funkce pacienta, ale především na jeho psychiku. Doba cvičení se pohybuje kolem 10-15 minut. (16, 25, 26)

Dle celkového pacientova stavu a věku se určí tempo a rytmus celého cvičení. Celková možnost kondičního cvičení je závislá na tom, zda je pacient upoutaný na lůžku, zda se může posadit nebo zda může chodit. Cvičení s pacientem provádí fyzioterapeut, který provádí aktivní cvičení částí těla, pohyblivých i zdravých. Zadává pacientovi úkoly, jak správně cvičit a pacient dle svého aktuálního stavu provádí toto cvičení aktivně sám. Pokud pacient není schopen provádět cvičení sám, provádí ho pasivně pouze fyzioterapeut. (13, 26)

Kondiční cvičení může probíhat skupinově nebo individuálně, přesto je u každého pacienta stanoven individuální cvičební plán. Tento plán sestavuje fyzioterapeut. Při cvičení se postupuje vždy od cviků jednoduchých ke cvikům složitějším. Každý cvik se musí několikrát opakovat. Všechna tato cvičení jsou systematická, šetrná, pomalá a rytmická. V případě známek únavy, nevolnosti či bolesti je nutné cvičení okamžitě přerušit. Cvičení lze zpestřit hudbou nebo používáním pomůcek. Jedná se o pomůcky jako třeba složené ručníky, tyče, činky nebo různé zátěže, které se upevní na kotníky nebo zápěstí. (2, 16)

1.4.4 Dechová cvičení

Dechová cvičení (gymnastika) jsou nedílnou součástí kondičního cvičení. Provádíme je buď spolu s kondičním cvičením, nebo samostatně. Skupiny cviků, kdy pacienti řídí vědomě své dechové pohyby, označujeme jako dechová cvičení. Dechová cvičení slouží jako prevence pro vznik komplikací v oblasti dechového systému, především u starších nebo pohybově omezených pacientů. Při dechové gymnastice se zlepšuje plicní ventilace, prohlubuje se dýchání a zvýší se prokrvení plic. Slouží také jako prevence obstipace. Správná technika dýchání je podstatou celého dechového cvičení. (16, 18, 25)

Dechová gymnastika se provádí 2 krát denně a to v délce 5 - 10 minut, za pomalého tempa a kontroly pacienta sestrou. Před zahájením dechového cvičení je nutná příprava pacienta. Tato příprava zahrnuje poučení pacienta o důvodu provádění dechové gymnastiky a způsobu provádění dechových cviků. Druhou částí přípravy je zajištění volných dýchacích cest. Toho docílíme vysmrkáním, odkašláním či odsátím. Dechová cvičení pacienty učí, jak správně vdechovat nosem a vydechovat ústy. (16, 25)

Rozlišujeme dva typy dechových cvičení. Jedná se o dechová cvičení dynamická, při kterých pacient zapojuje končetiny, a cvičení statická, bez zapojení končetin. Při dynamické dechové gymnastice jsou dechové pohyby hrudníku a břišní stěny doprovázeny pohyby končetin. Pohyby končetin kombinujeme s vdechem a výdechem. Při pohybu, kdy se končetiny od trupu vzdalují, dochází k vdechu. Při pohybu, kdy se končetiny k trupu přibližují, dochází k výdechu. Při záklonu trupu nebo napřímení trupu provádí pacient vdech. V opačném případě, tedy při předklonu či úklonu, provádí pacient výdech. (16, 26)

Pro sesterskou praxi se však nejefektivnějším stalo statické dýchání. Statické dýchání je pro sestry i pacienty časově nenáročné. Spočívá ve vyvětrání pokoje, při kterém pacienti provádějí prohloubené dýchání. Čím větší pacientův výdech, o to pak intenzivnější je pacientův nádech. Při cvičení zapojujeme i bránici, hlavní výdechový sval, zajišťující většinu objemu vitální kapacity plic. (3, 9, 26)

Pro imobilního jedince představuje statická dechová gymnastika spolu s polohováním často jedinou formu fyzioterapie. Při statické dechové gymnastice

se dech ovlivňuje aktivací dechových svalů v různých polohách. Nejfyziologičtějšího dýchání docílíme ve vertikálních polohách. Speciální dechová cvičení, jako je lokalizované dýchání nebo dýchání proti odporu, provádí vždy fyzioterapeut. Dýchání proti odporu se provádí pomocí nafukování balónek, bubláním do vody pomocí brčka nebo hadičky. Speciální pomůckou je vdechový trenažér Triflo (3 komůrky s míčky – viz příloha 2c). (3, 18, 26)

1.4.5 Nácvik základních pohybových dovedností

Naše snaha při manipulaci s pacientem směřuje především k navrácení plné funkční aktivity a co největší možné pacientovy soběstačnosti při běžných pohybových aktivitách. Toho docílíme pravidelným prováděním pohybů v prostoru a čase takovým způsobem, aby byla zachována pasivní a aktivní kloubní pohyblivost. (13, 16)

Mezi základní pohybové projevy, které u pacienta provádíme a zároveň ho k nim vedeme, patří posouvání na lůžku, přetáčení ze zad na bok - obracení na lůžku, posazování na lůžku, vstávání, stoj a chůze. Tyto pohyby musí probíhat za určitých podmínek. Pohyby provádíme pomalu a zároveň v ose dané končetiny nebo celého těla. Pacient si během této činnosti musí pohyb uvědomovat a mít prostor na jeho prožití, proto mu poskytneme dostatek času. Nikdy nesmí pohyby probíhat rychle a vyvolat bolest. Při soustavném opakování těchto činností pacient získá kontrolu nad provedením pohybových projevů. (13)

Pokud to pacientův stav dovolí, je možné jako přípravu mobilizace provést nácvik tzv. bridgingu (mostění). Pacient vleže na zádech se skrčenýma nohama a chodidly pevně opřenými o podložku má za úkol nadzvednout pánev. Učí se tzv. „odlepovat“ pánev od podložky. Tímto cvikem trénujeme extenzory kyčlí a trupu potřebné pro správnou rovnováhu. Díky bridgingu může pacient sestře usnadnit práci při převlékání postele, při posunech na lůžku nebo při hygienických a vyprazdňovacích aktivitách. (3, 24)

1.4.5.1 Základní pohybové dovednosti

Posouvání pacienta se dá provádět různými způsoby. Schopnější pacienty se snažíme získat ke spolupráci tím, že se chytanou hrazdičky, pokrčí dolní končetiny v kolenou a zapřou se o chodidla. Ošetřující personál pacientovi podsune jednu ruku pod záda a druhou pod hýždě a na jeden pokyn se provede vysunutí. U bezvládných, těžce nemocných nebo nespolupracujících pacientů probíhá jejich posouvání ve dvou nebo více osobách. Nejjednodušším způsobem, jak pacienta posunout, je za pomoci tzv. polohovací podložky (viz příloha 2d), která by měla být součástí lůžka každého ležícího pacienta. Tato podložka sahá od střední části stehen až do poloviny hrudníku. Podložka se uchopí za dolní rohy a za pomoci využití vlastní váhy těla posouváme pacienta směrem vzhůru. Provádíme to pomocí krátkých pohybů, což je nezbytné především u pacientů v bezvědomí nebo s poruchou vědomí. (9, 22, 25)

Přetáčení ze zad na bok nebo také obracení pacienta na lůžku se provádí dvěma způsoby. Směrem k sobě obracíme vždy pacienty v těžkém stavu, v bezvědomí nebo neklidné nemocné. Důvod je prostý, vlastním tělem tak zabráníme pádu nemocného z lůžka. Druhým způsobem otáčení pacienta je směrem od sebe. Pacienta přitáhneme k sobě a následně ho otočíme na bok, tak aby nemocný ležel opět uprostřed lůžka. I v případě obracení pacienta na lůžku se dá využít polohovací podložky, kdy za pomoci nadzvednutí a tahu na jednu či druhou stranu, nemocného otočíme na pravý nebo levý bok. (9, 22)

Posazování pacienta provádíme postupně a pomalu. Pacienta můžeme posadit na lůžku nebo na lůžku se spuštěnými bérce z lůžka postele. V prvním případě se pacient posadí za pomoci pomůcek usnadňující pohyb na lůžku, jako je hrazdička, žebříček nebo uzdička. Je-li potřeba dopomoc, provedeme jí tahem za obě ramena dopředu. V případě, že si pacient sedá na lůžku se spuštěnými bérce, musí se nejprve posadit v lůžku. Následující činnost je již na nás. Pacienta uchopíme kolem ramen a pod stehny. S napřímenými zády a přenosem váhy z jedné nohy na druhou provedeme pomalé a opatrné otočení nemocného. Aby měl pacient větší stabilitu opřeme mu chodidla o stoličku. (9, 22, 25)

Při nácvičku vstávání pacienta nejprve na lůžku posadíme. Necháme ho 5-10 minut sedět se spuštěnými bérce. V případě, že se pacientovi netočí hlava, pomůžeme pacientovi se postavit. Sestra se postaví čelem k pacientovi, drží ho v podpaží a kolena fixuje jeho kolena. Když se pacient zvedá, tlačí svými kolena na jeho a tím dojde k propnutí pacientových kolenou a pacient se snáze postaví. (9, 22)

Mezi poslední dva základní pohybové projevy patří stoj a chůze pacienta. Nácvičk stoju u lůžka se nacvičuje až po zvládnutí stabilního sedu. Při nácvičku stoju i při chůzi stojíme či doprovázíme pacienta vždy na postižené straně. Tyto dvě činnosti s pacientem zpravidla nacvičuje fyzioterapeut. (13)

1.4.6 Nácvičk základní soběstačnosti a sebeobsluhy

Schopnost samostatně uspokojovat základní potřeby nazýváme jako soběstačnost. Soběstačnost člověka je dána dvěma faktory. Prvním faktorem je funkční zdatnost pacientova organismu a zároveň potřebné dovednosti a znalosti, které mohou být omezeny v souvislosti s různými onemocněními jako je například demence. Druhý faktor, který ovlivňuje pacientovu soběstačnost, je náročnost prostředí, které ovlivní následný rozsah rehabilitace. (18)

Pro rychlou klasifikaci stupně pacientovy soběstačnosti a závislosti slouží odhad a pozorování pacienta při vykonávání běžných denních aktivit. K přesnějšímu posouzení používáme různé měřicí techniky. Díky těmto technikám lze přesně stanovit plán individualizované ošetrovatelské péče. Mezi testy hodnotící každodenní činnost řadíme Test funkční soběstačnosti (viz příloha 3a), Test Barthelové (viz příloha 3b), Modifikovaný test Barthelové (viz příloha 3c) nebo také Katzův test každodenních činností (viz příloha 3d). Nejčastěji používaným testem je BADL - basal Activity of Daily living. (16, 24, 25)

Barthelův test (viz příloha 3b) se užívá k hodnocení úrovně pacientovy soběstačnosti v běžných denních činnostech. Provádíme ho prostřednictvím Barthelova indexu při příjmu a propuštění pacienta. Po stanovení stupně soběstačnosti a vypracování individuálního ošetrovatelského plánu začíná samotný nácvičk sebeobsluhy. Nácvičkem sebeobsluhy vedeme pacienta k co největší soběstačnosti

a samostatnosti v běžných denních aktivitách. Jedná se o nácvik sebeobsluhy při příjmu potravy, při osobní hygieně, oblékání, koupání, použití WC, komunikaci a lokomoci. (16, 25, 27)

Nácvik sebeobsluhy při příjmu potravy začíná posazením pacienta do správné polohy a přípravou jídla. Pacient může zaujímat polohu v polosedu, kdy má zvednutou zádovou část lůžka do 35-40 stupňů. Další možná pozice je sed s dolními končetinami na lůžku nebo spuštěnými dolů z lůžka a opřenými o schůdky či stoličku. Není-li pacient schopen sám přijímat potravu, sestra mu zajistí dopomoc. K lepší sebeobsluze při příjmu potravy existují speciální kompenzační pomůcky. Jedná se o speciální přístroje, talíře se zvýšenými okraji, upravené skleničky, upravená držadla nebo protiskluzná podložka na stolek. (16)

Před nácvikem sebeobsluhy v oblasti osobní hygieny a koupání je nutná příprava všeho potřebného k mytí pacienta na lůžku nebo mytí pacienta u umyvadla. Pacientovi podáváme instrukce ohledně prováděných činností. Mezi tyto činnosti patří mytí, česání, holení a čištění zubů. Pacienta se snažíme do prováděné činnosti co nejvíce zapojit. K lepšímu nácviku sebepečce v této oblasti využíváme kompenzačních pomůcek. Mezi kompenzační pomůcky patří protiskluzná podložka do vany nebo sprchy, sedačka do sprchy či sedačka do vany nebo na vanu. Dále madla a speciálně upravené pomůcky na mytí zad (kartáče). Nástavce na houby na mytí, na česání, na zubní kartáček. (16, 24, 26)

Nácvik sebeobsluhy při oblékání a svlékání se liší podle toho, která polovina těla je oblékána či svlékána. Na horní končetině se obléká méně pohyblivá končetina jako první. Při jejím svlékání provádíme postup opačný. Zdravá končetina se svléká jako první. Při oblékání a svlékání dolní poloviny těla rozlišujeme dva způsoby. (16)

Při prvním způsobu provede pacient tuto činnost se spuštěnými dolními končetinami z lůžka. Předkloní se a na obě dolní končetiny navleče kalhoty a vytáhne je nad kolena. Následně se kolmo k lůžku postaví a kalhoty dotáhne do pasu. Druhý způsob, při kterém má pacient dolní končetiny nataženy na lůžku, vyžaduje úpravu polohy lůžka do polosedu. V této poloze se pacient předkloní a natáhne kalhoty nad kolena. Následně se lůžko uvede zpět do horizontální polohy. V této poloze se dokončí

oblékání přetáčením na boky. Do kompenzačních pomůcek usnadňujících pacientovu sebeobsluhu při oblékání a svlékání patří například dlouhá obouvátka, navlékače punčoch nebo zapínače knoflíků. (16, 26)

Při nácviku soběstačnosti a základní sebeobsluhy hraje velkou roli motivace. Motivace, jako hybná páka chování lidí, má hlavní vliv na uspokojování individuálních potřeb. Mnohdy v důsledku onemocnění způsobujícího omezení funkcí, dochází k potlačení rozvoje již dosažených schopností a hodnot. Proto vyhledáváme činnosti, které vedou k uspokojení vlastních potřeb a soběstačnosti. Těmito činnostmi docílíme rovnováhy mezi organismem a prostředím, a právě to se stává podkladem pro motivaci. (28)

1.4.7 Nácvik komunikace

Základ veškeré ošetrovatelské péče tvoří komunikace. Rozumí se tím výměna informací, poznatků, pocitů a zkušeností mezi lidmi. Komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem tvoří psychoterapeutický přístup a chování. Obojí by mělo být součástí práce sestry s pacientem. (29, 30)

Sestra komunikuje s pacientem vždy s respektem a vždy používá srozumitelný jazyk. Dle aktuálního stavu pacienta se komunikace musí vždy přizpůsobit. Porucha komunikace u pacienta může vznikat z několika příčin. Řadíme mezi ně postižení centrální nervové soustavy, motorickou dysfunkci mluvidel nebo psychický blok. U každé z těchto příčin je nutná spolupráce s příslušným pracovníkem (logoped, ergoterapeut, psycholog). (16, 31)

Při komunikaci je třeba rozlišovat i specifika komunikace u jednotlivých skupin nemocných. Jinak bude zdravotník komunikovat například s nemocným dítětem a jinak s pacienty starými, nevléčitelně nemocnými nebo umírajícími. Při komunikaci bereme v úvahu i pacientovy osobní zvláštnosti. Mezi ně patří například věk pacienta, jeho citlivost, schopnost přizpůsobit se a emoční stránka. Každý dobrý zdravotník, který umí efektivně komunikovat s pacientem, má o to větší úspěch k získání pacientovy důvěry. (29, 30)

Samotný nácvik komunikace se liší dle příčiny postižení a provádí ji příslušný pracovník. Ošetřující personál může v této oblasti pomoci dodržováním jistých postupů. Zajištěním nepřetržitého slovního kontaktu s pacientem. Dodržováním určitých řečových stereotypů, mezi něž patří pozdravy, orientace místem, osobou a časem. Nebo také podporou pacienta při komunikaci s využitím hudby nebo zpěvu. Mezi nejčastěji používanou kompenzační pomůcku při nácviku komunikace patří komunikační tabulka (viz příloha 2e). Setkáváme se s písmenkovými tabulkami, obrázkovými knížkami až k různým moderním elektronickým pomůckám. (16, 24)

1.4.7.1 Komunikace se starším člověkem

Staří lidé nejsou zvláštním typem osobnosti. Stejně jako ostatní lidé jsou jen povahově rozmanití. Při každém jednání, komunikaci nebo kontaktu se seniorem vnímáme individuální rozdíly. Ne na každého seniora je nutné mluvit nahlas a pomalu. (32, 33)

Z psychologického hlediska existují pravidla přístupu ke starším nemocným. K osobnosti starého – nemocného člověka přistupujeme profesionálně a především individuálně dle psychosociální anamnézy. Bereme v potaz změny v psychických funkcích vznikající v průběhu stárnutí a nemoci. Volíme patřičnou formu komunikace, abychom získali pacientovu důvěru a vytvořili tak příhodné emoční prostředí. Vyhneme se během komunikace direktivnímu přístupu. Při komunikaci se starým člověkem je nutné ho vždy oslovovat přímo a vyhnout se stylu komunikace jako budeme se teď koupat, půjdeme se najíst apod. Pro starého člověka jsou důležité i maličkosti, jako pozdrav, správné oslovení a slova jako prosím nebo děkuji. (30, 32)

Pouhou komunikací zdravotník projevuje starému nemocnému člověku úctu a respekt. V podstatě pouze to, že si zdravotník najde čas, aby starému člověku naslouchal, se stává jednou z nejdůležitějších věcí, kterou může vůbec zdravotník pro starého člověka udělat. (32)

1.5 Imobilita a imobilizační syndrom

Přechodnou nebo trvalou ztrátu pohybových schopností či omezení pohybových schopností označujeme jako imobilitu. K takové ztrátě pohybových schopností dochází nejčastěji následkem úrazu, degenerativního nebo akutního onemocnění, pooperačním stavem, ale v některých případech i na podkladě genetiky či vrozeným handicapem. Imobilita ohrožuje život pacienta vznikem komplikací nebo vznikem sekundárních změn. Sekundární změny mohou mít, na rozdíl od komplikací, pro život pacienta trvalé následky. (3, 34)

Podle doby trvání imobilitu dělíme na imobilitu přechodnou, dlouhodobou a trvalou. Při přechodné imobilitě má pacient nařízený krátkodobý a vynucený klid na lůžku. Díky správné ošetrovatelské a fyzioterapeutické péči se po tomto stavu pacient plně zotaví. V důsledku těžkého onemocnění u pacienta nebo polytraumat vzniká dlouhodobá imobilita. Tato imobilita vede často k sekundárním změnám a dalším komplikacím. Stav po těžké a náročné nemoci či úrazu charakterizujeme jako trvalou imobilitu. Následkem tohoto stavu je výpadek motorických funkcí, který bývá různého rozsahu. Do jaké míry bude pacient závislý na druhé osobě je dáno pacientovou konstitucí, věkem, psychikou, rozsahem a závažností postižení a samozřejmě i kvalitou poskytované péče, ať už ošetrovatelské nebo rehabilitační. (3, 34)

Souborem nepříznivých důsledků a projevů dlouhodobého omezení pohybu označujeme imobilizační syndrom. Při imobilizačním syndromu je jedinec ohrožen poškozením jedné nebo několika orgánových soustav v důsledku vynucené nebo nevyhnutelné imobilizace. Příčinami vzniku imobilizačního syndromu mohou být silné bolesti, různé nervové obrny, léčba, při které byla předepsána imobilizace. Mezi další příčiny patří změna stavu vědomí či chronické duševní a somatické nemoci. Imobilizační syndrom je důvodem ke komplexní rehabilitačně ošetrovatelské prevenci a intervencím. Komplikace z imobility se týkají všech systémů lidského těla. (2, 3, 18, 35)

1.5.1 Poruchy respiračního systému

Příčinou poruchy respiračního systému je nedostatečná plicní ventilace, která vzniká často v důsledku horizontální polohy. V horizontální poloze se pacientovi hůře dýchá a obtížně odkašlává. Dochází k narušení samočisticí schopnosti dýchacích cest a kašlacího mechanismu. V bronchu se hromadí sekret a vzniká půda, kde se snadno mohou pomnožit řady virů a bakterií. Následkem toho vznikají bronchitidy, pneumonie nebo plicní atelektázy. (26, 28, 36)

Prevence v této oblasti je zaměřena na dechová cvičení, polohování především v polosedu, nácvik správného odkašlávání a zvlhčování vzduchu. V oblasti plicní rehabilitace a respirační fyzioterapie najdeme různé techniky hygieny dýchacích cest. Mezi prvky zlepšující bronchiální průchodnost patří například inhalace, uvolnění hlenů a stimulace prohloubeného dýchání nebo odsávání uvolněných hlenů. (2, 13)

Účelné vdechování léčebných látek nazýváme jako inhalaci. Inhalace pomáhá uvolňovat stahy svalstva průdušek a rozšířit jejich průsvit. Uvolňuje hlen ze sliznice dýchacích cest, snižuje nebo zvyšuje sekreci sliznice nebo může léčit nemocnou sliznici. Inhalaci provádíme pomocí inhalátorů, kterých je velké množství (kapesní, parní či ultrazvukové inhalátory). Úkolem inhalátoru je přeměna tekutého léku do drobných kapiček nebo na mlhovinu. Ty se pak vdechováním dostanou na příslušné místo, aby zde účinkovaly. Vdechování této látky přes nos i ústa se provádí za pomoci inhalační masky. Vždy musíme myslet na to, aby kontakt mezi maskou obsahující mlhovinu a pokožkou obličeje byl co nejtěsnější. Pouze tak docílíme největší účinnosti inhalace. (9, 13)

1.5.2 Poruchy kardiovaskulárního systému

Komplikace v oblasti kardiovaskulárního systému jsou nejčastěji způsobeny nehybností dolních končetin, což vede k nedostatečnému žilnímu návratu krve z dolních končetin. Srdeční činnost se přizpůsobí klidovému režimu a svalstvo dolních končetin nemůže pracovat tak, jak má. Při náhlé změně polohy z lehu do sedu vzniká tzv. ortostatická hypotenze. Důvodem je neschopnost srdce zvládnout náhlý zvýšený nárok na činnost. Dochází k nedostatečnému prokrvení jednotlivých orgánů a chybění

kyslíku ve všech důležitých orgánech organismu. U pacienta se to projeví mžítka před očima, závratěmi, pocením, tachykardií a nízkým až neměřitelným tlakem. Do rizik poruchy kardiovaskulárního systému dále patří mdloby, závratě, tromboflebitidy a následně i vznik plicní embolie. (26, 28, 36)

Rizikem tromboembolické nemoci jsou ohroženi všichni pacienti upoutaní na lůžko. Při tromboembolické nemoci se tvoří v lumenu žil bérce krevní sraženina neboli trombus. Trombus se utrhne a putuje v tomto případě do plicnice a jejích větví přes pravé srdce. Mezi rizikové faktory ovlivňující vznik tromboembolické nemoci patří ateroskleróza, hypertenze, imobilizace, kouření, poruchy proudění krve a koagulačního systému a mnoho dalších. (37, 38, 39)

Proti vzniku tromboembolické nemoci používáme metody fyzikální a farmakologické. Do metod fyzikální prevence řadíme bandáže na dolních končetinách, používání kompresních punčoch, časnou mobilizaci pacienta a fyzioterapii. Zhruba o 40 % se zrychlí průtok krve hlubokým žilním systémem jen díky elevaci dolních končetin. Velký vliv má i plantární a dorzální flexe, při které se průtok žilním systémem také zvyšuje. Pacient provádí plantární a dorzální flexi po dokonalé instruktáži fyzioterapeutem. Nejčastěji se provádí aktivní flexe v hlezenním kloubu a to minimálně 1 minutu v 60 minutovém intervalu. Dále pak krouživé pohyby dolními končetinami. Vleže na zádech se provádí šlapání na kole. Mezi metody farmakologické prevence řadíme antikoagulancia a aplikaci heparinu. (13, 38)

1.5.3 Poruchy gastrointestinálního traktu

Minimální pohyb a nepřírozená poloha při vyprazdňování jsou příčinou zpomalené střevní peristaltiky. Do poruch zažívacího traktu patří nechutenství, zácpa a dehydratace. Zdrojem nechutenství může být mnoho faktorů. Ať už se jedná o samotný pobyt v nemocnici, změnu polohy během jídla, přes samotné nemocniční jídlo až k různým poruchám příjmu potravy. (2, 28)

Zácpa bývá nejčastější komplikací v oblasti zažívacího traktu. Prevence spojená se zácpou patří mezi prevenci velmi rozšířenou. Patří sem co největší fyzická aktivita,

dle stavu pacienta. Dostatečný příjem tekutin a dostatek vlákniny ve stravě pacienta. Vlákninu doplňujeme ve formě sušených švestek, dostatek ovoce a zeleniny a tmavé pečivo. Střevní peristaltiku podporují i masáže a dechová cvičení. Velkou roli při vyprazdňování má i soukromí. Naší snahou je odstranit rušivé faktory a zajistit co největší možné soukromí. Následkem zácpy může být až ileus. (2, 18, 26, 28)

Mezi nejzávažnější ohrožení imobilních pacientů patří dehydratace. Dehydratace neboli ztráta pocitu žízně, je velmi častá u geriatrických pacientů. U těchto pacientů se stává dodržování a sledování pitného režimu nezbytností. Aktivně pacienta pobízíme k pití tekutin, vedeme pravidelné záznamy o vypitém množství tekutin. Sledujeme nastupující příznaky dehydratace jako je suchost ústní sliznice, oligurie, tachykardie, pokles hmotnosti během krátké doby nebo horšící se stav psychiky pacienta. Pacient by měl denně přijmout zhruba 1 500 ml tekutin. Množství tekutin se zvyšuje v případě zvýšeného pocení, při horečce, v teplých letních dnech nebo při zvýšených ztrátách tekutin. Ke zvýšeným ztrátám tekutin dochází při průjmech, polyurii nebo zvracení. K lepšímu příjmu tekutin u ležících pacientů využíváme saviček či speciálních uzavřených nádob určených pro pití vleže. (2, 18)

1.5.4 Poruchy močového systému

V horizontální poloze se díky gravitaci zhoršuje vyprazdňování moči i celého močového systému. Ležící pacient při močení tlačí proti gravitační síle a nedojde k úplnému vyprázdnění ledvinných pánviček. Vzniká retence, kdy se v močovém měchýři zadržuje a hromadí moč, která způsobí roztažení močového měchýře. Tento stav se stává vhodným prostředím pro vznik močových infekcí či zánětů močových cest. Zásaditá moč, vznikající díky porušené rovnováze kalcia v moči rozpuštěného a kyseliny močové, také napomáhá množení bakterií. (36)

Mezi další poruchy močového systému patří inkontinence neboli stav, kdy moč spontánně odchází. Urolitiáza neboli onemocnění, při kterém se tvoří močové kameny v ledvinách nebo ve vývodných cestách močových. Následkem těchto poruch může být až septický stav. (26, 36, 40)

Ke snížení rizika vzniku poruch močového měchýře provádíme následující činnosti. Zajistíme pacientovi dostatečné množství tekutin. Mezi tyto tekutiny řadíme vodu, čaj a ředěný džus. Pro větší konzumaci jsou velmi nevhodné minerální vody. Zajistíme pravidelné polohování, cvičení na podporu vyprazdňování moči a včasnou vertikalizaci. Umožníme pacientovi dostatek soukromí a času na vyprázdnění. Preventivním opatřením je i podpora vyprazdňovacího reflexu, kdy se podává sklenice vody ráno na lačno. Pouze v nejnnutnějších případech se doporučuje zavádění permanentního močového katétru. Mezi tyto případy patří retence moči nebo to, že je pacient ohrožen infekcí a vznikem dekubitů. (2)

1.5.5 Poruchy kožního systému

Atrofie kůže a podkožní tkáň vzniká u ležícího člověka poměrně brzy. Dojde k poklesu obranných funkcí kůže, kdy se naruší pevnost a struktura pokožky a podkožních vrstev. Současně s dlouhodobým tlakem na riziková místa a nedostatečnou péčí o imobilního pacienta vzniká ischemie. (3, 28, 36)

Mezi poruchy kožního systému řadíme podráždění kůže, opruzeniny, otlaky a dekubity až proleženiny různého stupně. Otlaky nejčastěji najdeme na dolní polovině těla. Nejčastěji nad křížovou kostí, kostrčí nebo na patách. V poloze na boku jsou to pak velké trochantery, stehenní kost či oblast nad kotníky. Na horní polovině těla se nejčastěji setkáme s otlaky nad lopatkou nebo na rameni. Dekubitus neboli proleženina znamená místní poškození měkké tkáně. Dekubity se snadno infikují a následkem je opět závažný septický stav. (2, 18, 26)

Poruchám kožního systému lze zabránit pravidelným polohováním, používáním speciálních lůžek či preventivních pomůcek. Mezi tyto pomůcky patří antidekubitární matrace, podložky, antidekubitární botičky nebo gelové nalepovací podložky pod paty a lokty. Tyto pomůcky spadají do oblasti pomůcek doplňující lůžko a chránící pacienta. Dalším preventivním opatřením je masáž predilekčních míst. Jedná se o oblast sakra, trochanterů, pat, kolen, kotníků, zátylí, loktů a lýtek. Velký důraz klademe na hygienu pacienta a to především na udržení čisté a suché kůže. S tím souvisí výměna

lůžkovin a zajištění suchého prostředí. Mezi preventivní opatření patří i podpora stavu organismu pomocí dostatečného množství pestré stravy a dostatečné hydratace. (2)

1.5.6 Poruchy pohybového systému

Omezení či ztráta pohybových schopností způsobuje atrofii svalů, degenerativní změny na hyalinních chrupavkách, vazivu a kloubních pouzdrech. Následkem těchto změn vznikají deformity, nepříznivé postavení kloubu, omezená hybnost kloubu až nehybnost v kloubu. Při dlouhodobém přetažení svalů vzniká tlak na svalová bříška a vznikne hypertrofie až atrofie. Další změnou na pohybovém systému může být osteoporóza nebo lomivost kostí. Příčinou jsou metabolické změny vedoucí k uvolňování většího množství vápníku. (26, 28)

Změnám na pohybovém systému lze částečně zabránit dostatečnou prevencí, která má pomoci pacientovi udržet co největší svalovou hmotu a sílu. Do prevence patří polohování a cvičení, jak aktivní tak pasivní. Dále kondiční cvičení nebo izotonické a izometrické cvičení určitých kloubů. Přemísťování pacienta do sedu, stoje nebo vysazování do křesla během dne hraje důležitou roli při vzniku změn na pohybovém systému. Poslední oblast prevence se týká podpory pacientovy soběstačnosti na lůžku i mimo lůžko. (2, 23, 26, 28)

1.5.7 Změny na úrovni psychiky

Změny na úrovni psychiky vznikají z několika důvodů. Díky malému nebo žádnému množství podnětů a sociálních kontaktů nebo z důvodu strachu a úzkosti z budoucnosti či léčebného výkonu. Dalším důvodem může být i závislost na druhé osobě. U pacienta dojde ke změně chování. Může být negativistický až agresivní nebo rezignuje. Následkem těchto změn bývá rozvoj či urychlení procesu aterosklerózy a demence. (3, 26)

Do změn na úrovni psychiky patří například deprese či deprivace. Na deprivaci se často zapomíná, přestože je to nejčastější změna, se kterou se u dlouhodobě

imobilních pacientů setkáváme. Deprivace vzniká na základě ztráty kontaktu pacienta s okolním světem. V důsledku toho pacient psychicky velmi strádá. (18, 25)

Prevence v této oblasti je zaměřena především na podporu komunikace a zajištění aktivit, které pomáhají udržet fyzickou a psychickou aktivitu. Podporu komunikace zajistíme pravidelnými rozhovory s pacientem. Tyto rozhovory jsou prospěšné nejen pro pacienta, kterého stimulují, ale zároveň i pro sestru. Sestra má možnost pacienta lépe poznat a na základě toho plánovat ošetrovatelskou péči. K udržení fyzické a psychické aktivity pomáhá naplánování denního režimu pacienta. V tomto režimu má pacient přesně stanovené aktivity během dne a čas průběhu těchto aktivit. Pro pacienta je takový plán velmi důležitý. (18, 25)

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit jaké prvky rehabilitačního ošetřování jsou v rámci rehabilitačního ošetřovatelství uplatňovány u pacientů na oddělení následné péče.
2. Zjistit znalosti sester v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství.

2.2 Hypotézy práce

H₁: Sestry na oddělení následné péče uplatňují u pacientů převážně prvky polohování.

H₂: Sestry na oddělení následné péče u pacientů provádějí častěji nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti než nácvik základních pohybových dovedností.

H₃: Sestry mají znalosti v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství.

3. METODIKA

3.1 Metodika výzkumu a technika sběru dat

K ověření stanovených hypotéz byla použita kvantitativní forma výzkumu za pomoci dotazníků (viz příloha 1). Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Skládá se z 19 otázek. První 3 otázky slouží k získání identifikačních údajů o respondentech. Dalších 16 otázek slouží k ověření stanovených hypotéz. Dotazník obsahuje 4 otevřené otázky a 11 uzavřených otázek. Zbylé 4 otázky jsou polozavřené s možností vlastního doplnění nebo upřesnění.

Kvantitativní dotazníkové šetření se konalo během měsíce února a března roku 2012. Dotazníků bylo rozdáno 120, s celkovou návratností 83,3 %, tedy 100 dotazníků, které sloužily ke zpracování výsledků. Jednotlivé otázky dotazníku byly analyzovány a následně zpracovány do grafické podoby. Jednotlivé výsledky jsou uváděny v procentech.

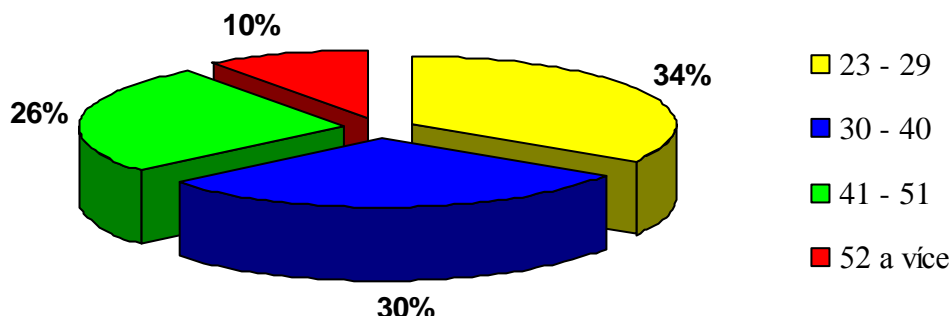
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření proběhlo za spolupráce náměstkyň pro ošetrovatelskou péči, vrchními, staničními a všeobecnými sestrami z Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Český Krumlov a.s. a Nemocnice Prachatice a.s. Výzkumné šetření v těchto nemocnicích probíhalo pouze na oddělení následné péče.

Výzkumný soubor v závěru tvořilo 60 sester z Nemocnice České Budějovice a.s., 20 sester z Nemocnice Český Krumlov a.s. a 20 sester z Nemocnice Prachatice a.s.

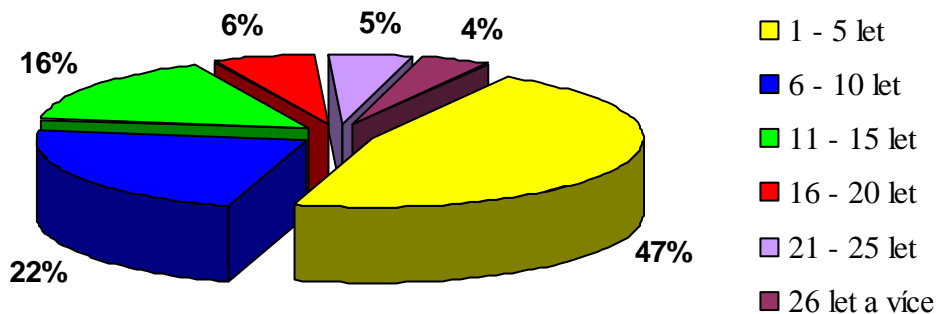
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Graf 1: Věk respondentů



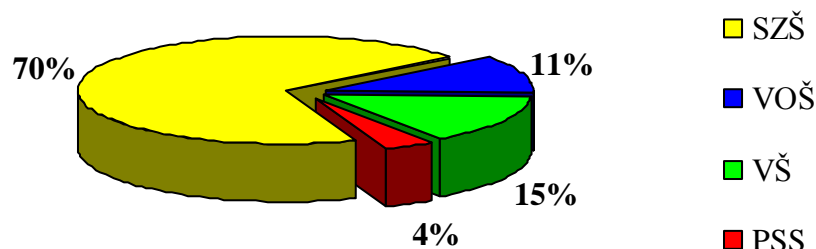
Z celkového počtu 100 sester (100 %) je 34 sester (34 %) ve věku od 23 – 29 let. Ve věku od 30 – 40 let odpovídalo 30 sester (30 %). 26 sester (26 %) je ve věku od 41 – 51 let. 52 a více let připadá na 10 odpovídajících sester (10 %).

Graf 2: Délka praxe respondentů



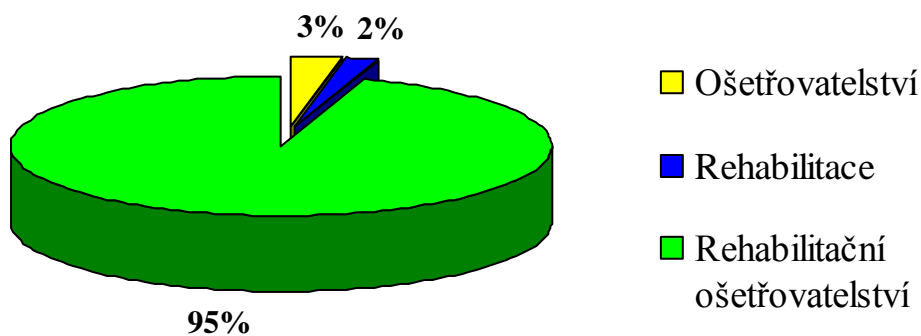
Z celkového počtu 100 sester (100 %) pracuje 47 sester (47 %) na oddělení následné péče po dobu 1 – 5 let. 22 sester (22 %) pracuje na oddělení následné péče v rozmezí 6 – 10 let. 11 – 15 let pracuje na oddělení 16 sester (16 %). Dalších 6 sester (6 %) zde pracuje v rozmezí 16 – 20 let. 5 sester (5 %) zde pracuje v rozmezí 21 – 25 let. Zbývá 4 sestry (4 %) pracují na oddělení následné péče 26 a více let.

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



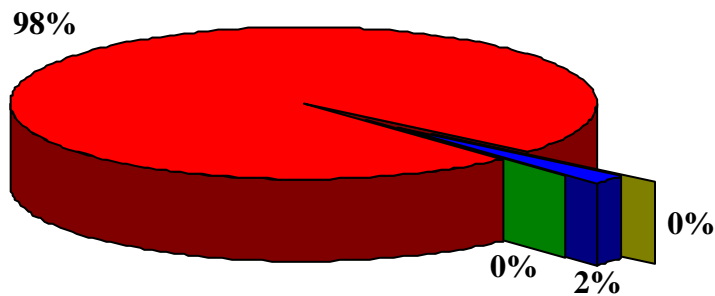
Z celkového počtu 100 sester (100 %), uvedlo 70 sester (70 %) jako nejvyšší dosažené vzdělání *střední zdravotnickou školu*. 15 sester (15 %) má *vysokou školu*, z toho pouze 1 sestra uvedla magisterské vysokoškolské vzdělání, zbylých 14 sester uvádí bakalářské vysokoškolské vzdělání. *Vyšší odbornou školu* má 11 sester (11 %). *Specializační studium* absolvovaly 4 sestry (4 %).

Graf 4: Jedna z forem ošetřovatelství



Jako jednu z forem ošetřovatelství, kdy se během ošetřovatelských výkonů uplatňují rehabilitační principy, označilo z celkového počtu 100 sester (100 %) 95 sester (95 %) možnost *rehabilitačního ošetřovatelství*. 3 sestry (3 %) se domnívají, že se jedná o *ošetřovatelství*. 2 sestry (2 %) označily možnost *rehabilitace*.

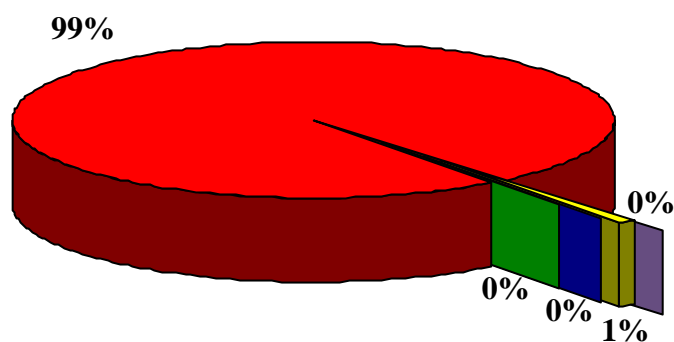
Graf 5: Cíle rehabilitačního ošetřovatelství



- Nácvik sebeobsluhy v běžných denních činnostech
- Prevence svalových kontraktur u imobilních pacientů
- Prevence dekubitů u imobilních pacientů
- Prevence dehydratace u imobilních pacientů

Z celkového počtu 100 sester (100 %) odpovědělo 98 sester (98 %), co **nepatří** mezi cíle rehabilitačního ošetřovatelství, správně možností *prevence dehydratace u imobilních pacientů*. 2 sestry (2 %) uvádějí *prevence svalových kontraktur u imobilních pacientů*. Zbylé dvě možnosti, *nácvik sebeobsluhy v běžných denních činnostech a prevence dekubitů u imobilních pacientů*, neoznačila ani jedna sestra (0 %).

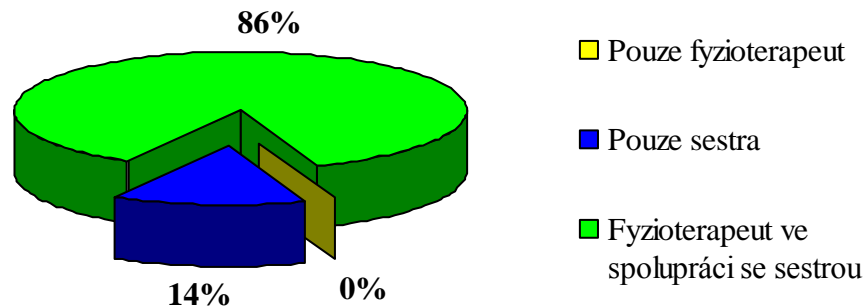
Graf 6: Prvky rehabilitačního ošetřování



- Dechová a kondiční cvičení
- Nácvik základních pohybových dovedností
- Nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy
- Péče o hydrataci nemocného
- Polohování pacienta

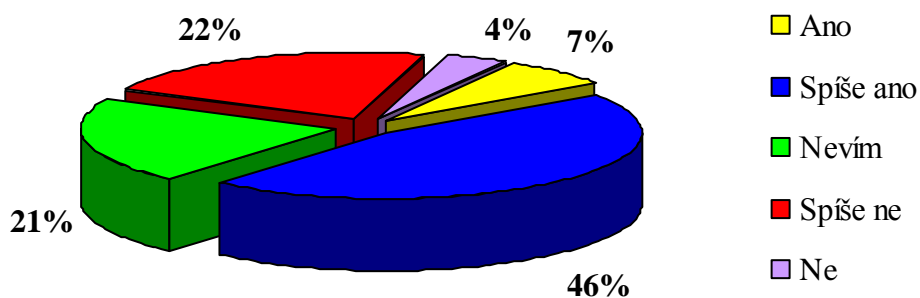
Z celkového počtu 100 sester (100 %) uvedlo 99 sester (99 %), co **nepatří** mezi základní prvky rehabilitačního ošetřování uplatňované v rámci rehabilitačního ošetřovatelství, správnou odpověď *péče o hydrataci nemocného*. 1 sestra (1 %) se domnívá, že se jedná o *dechová a kondiční cvičení*, které nejsou prvkem rehabilitačního ošetřování. Zbylé možnosti nebyly označeny ani jednou sestrou (0 %).

Graf 7: Pracovník pro rehabilitační ošetřování



Z celkového počtu 100 sester (100 %) si 86 sester (86 %) správně myslí, že pracovník provádějící prvky rehabilitačního ošetřování v rámci rehabilitačního ošetřovatelství, je *fyzioterapeut ve spolupráci se sestrou*. Podle 14 sester (14 %) tuto činnost provádí *pouze sestra*. Možnost *pouze fyzioterapeut* neoznačila ani jedna sestra (0 %).

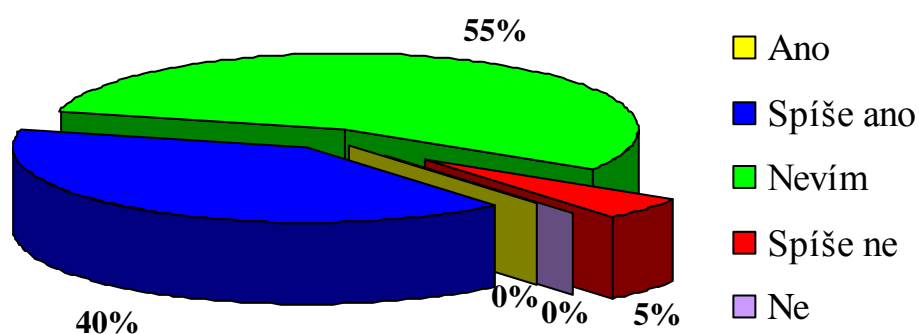
Graf 8: Teoretické znalosti respondentů



Graf popisuje názory sester na vlastní teoretické znalosti v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství. Zda jsou tyto teoretické znalosti dostačující pro zajištění kvalitní péče o pacienta v této oblasti. Z celkového počtu 100 sester (100 %) uvedlo 46 sester (46 %)

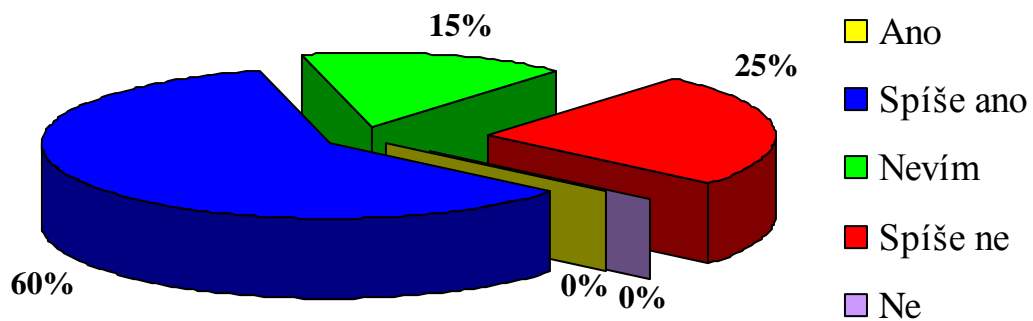
odpověď *spíše ano*. 22 sester (22 %) si myslí, že *spíše ne*. 21 sester (21 %) *neví*, zda jsou jejich teoretické znalosti dostačující pro péči o pacienta v této oblasti. O svých teoretických znalostech nepochybuje pouhých 7 sester (7 %), které označily možnost *ano*. Zbylé 4 sestry (4 %) odpověděly na otázku *ne*.

Graf 9: Teoretické znalosti respondentů - Nemocnice Český Krumlov a.s.



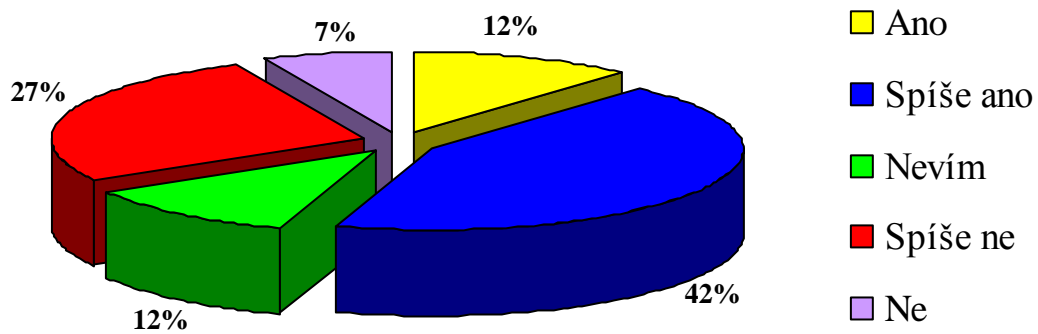
Graf popisuje názory sester na vlastní teoretické znalosti v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství. Zda jsou tyto teoretické znalosti dostačující pro zajištění kvalitní péče o pacienta v této oblasti. Z celkového počtu 20 sester (100 %) uvádí 11 sester (55 %) odpověď *nevím*. Odpověď *spíše ano* uvádí 8 sester (40 %). 1 sestra (5 %) odpověděla *spíše ne*. Odpověď *ano* a *ne*, neoznačila ani jedna sestra.

Graf 10: Teoretické znalosti respondentů Nemocnice Prachatice a.s.



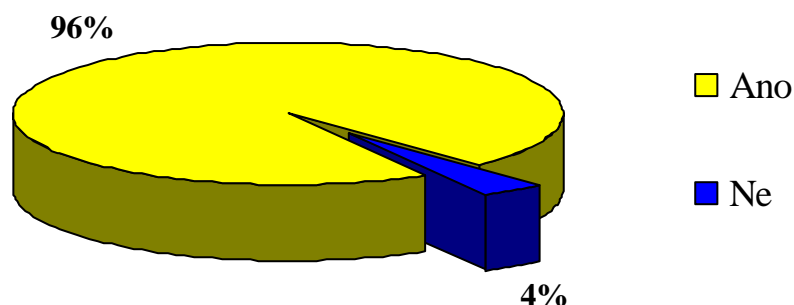
Sestry uváděly názor na vlastní teoretické znalosti v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství, zda jsou tyto teoretické znalosti dostačující pro zajištění kvalitní péče o pacienta v této oblasti. Z celkového počtu 20 sester (100 %) z Nemocnice Prachatice a.s., uvedlo 12 sester (60 %) odpověď *spíše ano*. 5 sester (25 %) si myslí, že *spíše ne*. 3 sestry (15 %) *neví*, zda jsou jejich teoretické znalosti dostačující pro péči o pacienta v této oblasti. Možnost *ano* nebo *ne*, neoznačila ani jedna sestra.

**Graf 11: Teoretické znalosti respondentů Nemocnice
Č. Budějovice**



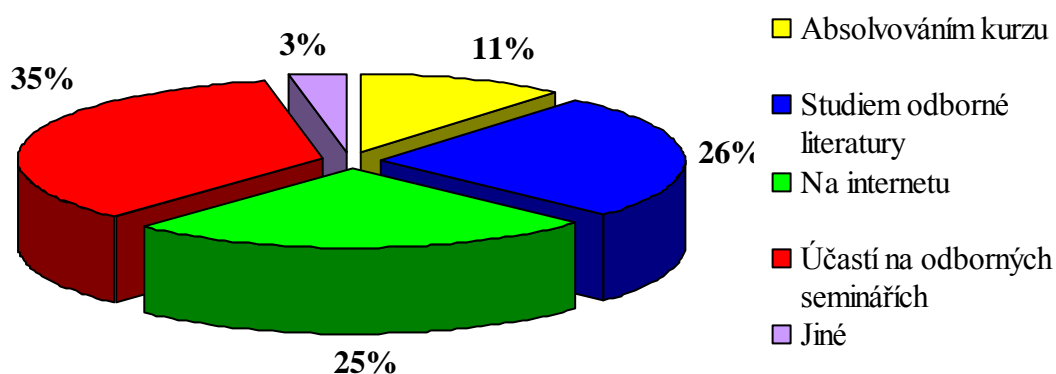
Sestry uváděly názor na vlastní teoretické znalosti v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství, zda jsou tyto teoretické znalosti dostačující pro zajištění kvalitní péče pacientovi v této oblasti. Z celkového počtu 60 sester (100 %), z Nemocnice České Budějovice a.s., uvedlo 26 sester (42 %) odpověď *spíše ano*. 16 sester (27 %) si myslí, že *spíše ne*. 7 sester (12 %) *neví*, zda jsou jejich teoretické znalosti dostačující pro péči o pacienta v této oblasti. Oproti tomu dalších 7 sester (12 %) o svých teoretických znalostech nepochybuje a uvádí odpověď *ano*. Zbylé 4 sestry (7 %) označily odpověď *ne*.

Graf 12: Možnost zvyšovat své znalosti



Z celkového počtu 100 sester (100 %) uvádí 96 sester (96 %), že *má* možnost získat více informací o rehabilitačním ošetřovatelství. 4 sestry (4 %) si to nemyslí, označily odpověď *ne*.

Graf 13 : Nejčastější zdroje pro získání informací



Respondenti mohli uvést více odpovědí. Z celkového počtu 226 odpovědí (100 %) bylo označeno 79 odpovědí (35 %) *účastí na odborných seminářích*, 60 odpovědí (26 %) *studium odborné literatury*. 56 odpovědí (25 %) *na internetu*, 24 odpovědí (11 %) *absolvováním kurzu* a 7 odpovědí (3 %) možnost jiné. Respondenti uvedli jako zdroj jiné – *praxe a dotaz u fyzioterapeutky*.

Tabulka 1: Prvky rehabilitačního ošetřování

Prvky rehabilitačního ošetřování	Nejčastější výsledný index používání
Polohování	1
Nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy	2
Nácvik základních pohybových dovedností	2
Nácvik komunikace	4
Kondiční cvičení	5
Dechová cvičení	6

V otázce č. 10 měly sestry na oddělení následné péče seřadit prvky rehabilitačního ošetřování na jejich oddělení od nejčastěji prováděných po nejméně prováděné. Prvky řadily od 1 – 6, kdy prvek s č. 1 byl nečastěji prováděný prvek na jejich oddělení. Čísla jednotlivých prvků sloužila při vyhodnocování jako výsledné indexy. Prvek s výsledným indexem 1 je tedy *nejčastěji* prováděným prvkem a prvek s výsledným indexem 6 se stal nejméně prováděným prvkem.

Prvky rehabilitačního ošetřování jsou v tabulce seřazeny od nejčastěji prováděných prvků po nejméně prováděné prvky na oddělení následné péče. *Polohování* se stalo nejčastěji prováděným prvkem na oddělení následné péče, kdy nejčastějším výsledným indexem byla 1. Druhým nejčastěji prováděným prvkem je nácvik základních pohybových dovedností a stejně tak i nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy. Oba prvky

měly výsledný index 2, s tím, že *nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy* měl výsledný index 2 celkem 46 krát a *nácvik základních pohybových dovedností* měl výsledný index 2 celkem 44 krát. Výsledný index 3 neměl ani jeden prvek. *Nácvik komunikace* získal výsledný index 4. Výsledný index 5 připadá na *kondiční cvičení*. Nejméně prováděným prvkem rehabilitačního ošetřování jsou *dechová cvičení*, která mají výsledný index 6.

Tabulka 2: Prvky rehabilitačního ošetřování - Nemocnice Český Krumlov a.s.

Prvky rehabilitačního ošetřování	Nejčastější výsledný index používání
Polohování	1
Nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy	2
Nácvik základních pohybových dovedností	3
Nácvik komunikace	4
Kondiční cvičení	5
Dechová cvičení	6

V otázce č. 10 měly sestry na oddělení následné péče seřadit prvky rehabilitačního ošetřování na jejich oddělení od nejčastěji prováděných po nejméně prováděné. Prvky řadily od 1 – 6, kdy prvek s č. 1 byl nečastěji prováděný prvek na jejich oddělení. Čísla jednotlivých prvků sloužila při vyhodnocování jako výsledné indexy. Prvek

s výsledným indexem 1 je tedy *nejčastěji* prováděným prvkem a prvek s výsledným indexem 6 se stal *nejméně* prováděným prvkem.

Prvky rehabilitačního ošetřování v Nemocnici Č. Krumlov jsou v tabulce seřazeny od nejčastěji prováděných prvků po nejméně prováděné prvky na oddělení následné péče. *Polohování* se stalo nejčastěji prováděným prvkem na oddělení následné péče, kdy nejčastějším výsledným indexem byla 1. Druhým nejčastěji prováděným prvkem, s výsledným indexem 2, je *nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy*. Výsledný index 3 se nejčastěji objevil v nácviku základních pohybových dovedností. *Nácvik komunikace* získal výsledný index 4. Výsledný index 5 připadá na *kondiční cvičení*. Nejméně prováděným prvkem rehabilitačního ošetřování jsou *dechová cvičení*, která mají výsledný index.

Tabulka 3: Prvky rehabilitačního ošetřování - Nemocnice Prachatice a.s.

Prvky rehabilitačního ošetřování	Nejčastější výsledný index používání
Polohování	1
Nácvik základních pohybových dovedností	2
Nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy	3
Nácvik komunikace	4
Kondiční cvičení	5
Dechová cvičení	6

V otázce č. 10 měly sestry na oddělení následné péče seřadit prvky rehabilitačního ošetřování na jejich oddělení od nejčastěji prováděných po nejméně prováděné. Prvky řadily od 1 – 6, kdy prvek s č. 1 byl nečastěji prováděný prvek na jejich oddělení. Čísla jednotlivých prvků sloužila při vyhodnocování jako výsledné indexy. Prvek s výsledným indexem 1 je tedy *nejčastěji* prováděným prvkem a prvek s výsledným indexem 6 se stal nejméně prováděným prvkem.

Prvky rehabilitačního ošetřování na oddělení následné péče, v Nemocnici Prachatice a.s., jsou v tabulce seřazeny od nejčastěji prováděných prvků po nejméně prováděné prvky. *Polohování* se stalo nejčastěji prováděným prvkem na oddělení následné péče, kdy nejčastějším výsledným indexem byla 1. Druhým nejčastěji prováděným prvkem je *nácvik základních pohybových dovedností*, s výsledným

indexem 2. Nejčastější zastoupení výsledného indexu 3 bylo u *nácviku soběstačnosti a sebeobsluhy*. *Nácvik komunikace* získal výsledný index 4. Výsledný index 5 připadá na *kondiční cvičení*. Nejméně prováděným prvkem rehabilitačního ošetřování jsou *dechová cvičení*, která mají výsledný index 6.

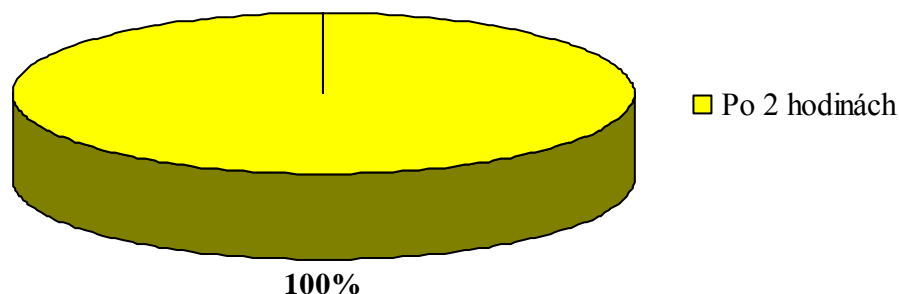
Tabulka 4: Prvky rehabilitačního ošetřování - Nemocnice České Budějovice a.s.

Prvky rehabilitačního ošetřování	Nejčastější výsledný index používání
Polohování	1
Nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy	2
Nácvik základních pohybových dovedností	3
Nácvik komunikace	4
Kondiční cvičení	5
Dechová cvičení	6

V otázce č. 10 měly sestry na oddělení následné péče seřadit prvky rehabilitačního ošetřování na jejich oddělení od nejčastěji prováděných po nejméně prováděné. Prvky řadily od 1 – 6, kdy prvek s č. 1 byl nečastěji prováděným prvkem na jejich oddělení. Čísla jednotlivých prvků sloužila při vyhodnocování jako výsledné indexy. Prvek s výsledným indexem 1 je tedy *nejčastěji* prováděným prvkem a prvek s výsledným indexem 6 se stal nejméně prováděným prvkem.

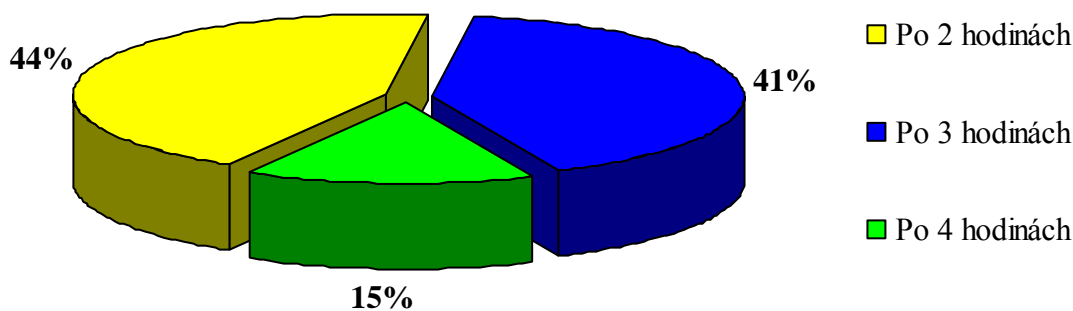
Prvky rehabilitačního ošetřování na oddělení následné péče, v Nemocnici Prachatice a.s., jsou v tabulce seřazeny od nejčastěji prováděných prvků po nejméně prováděné prvky. *Polohování* se stalo nejčastěji prováděným prvkem na oddělení následné péče, kdy nejčastějším výsledným indexem byla 1. Druhým nejčastěji prováděným prvkem je *nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy*, s výsledným indexem 2. Nejčastější zastoupení výsledného indexu 3 bylo u *nácviku základních pohybových dovedností*. *Nácvik komunikace* získal výsledný index 4. Výsledný index 5 připadá na *kondiční cvičení*. Nejméně prováděným prvkem rehabilitačního ošetřování jsou *dechová cvičení*, která mají výsledný index 6.

Graf 14: Denní polohování



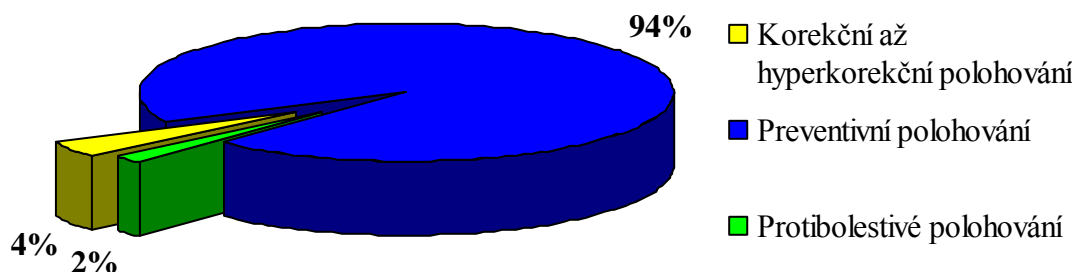
Otázka č. 11 je otevřená a respondenti na ni odpovídaly vlastními slovy. Měla za úkol zmapovat, v jakých časových intervalech sestry polohují pacienty na oddělení následné péče během dne. Z celkového počtu 100 sester (100 %) všechny sestry (100 %) uvedly odpověď *po 2 hodinách*.

Graf 15: Noční polohování



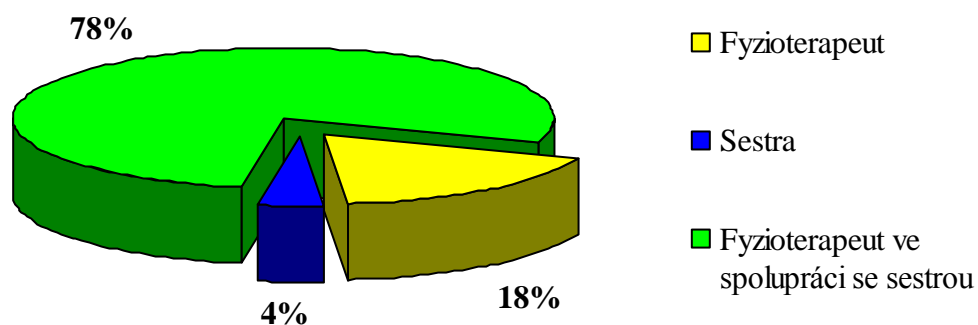
Otázka č. 12 je otevřená a respondenti na ni odpovídaly vlastními slovy. Měla za úkol zmapovat, v jakých časových intervalech sestry polohují pacienty na oddělení následné péče během noci. Z celkového počtu 100 sester (100 %) uvádí 44 sester (44 %) odpověď *po 2 hodinách*. *Po 3 hodinách* odpovědělo 41 sester (41 %). 15 sester (15 %) odpovědělo, že pacienta během noci polohují *po 4 hodinách*.

Graf 16: Nejčastější typ polohování



Z celkového počtu 100 sester (100 %) označilo, jako nejčastěji prováděný typ polohování, 94 sester (94 %) správně odpověď *preventivní polohování*. *Korekční až hyperkorekční polohování* označily 4 sestry (4 %). 2 sestry (2 %) si myslí, že se jedná o *protibolestivé polohování*.

Graf 17: Pracovník pro nácvik základních pohybových dovedností



Z celkového počtu 100 sester (100 %) si 78 sester (78 %) myslí, že pracovník provádějící nácvik základních pohybových dovedností, je *fyzioterapeut ve spolupráci se sestrou*. 18 sester (18 %) odpovědělo *fyzioterapeut*. Zbýlé 4 sestry (4 %) označily možnost *sestra*.

Tabulka 5: Základní pohybové dovednost

Základní pohybové dovednosti	Nejčastější výsledný index
Obracení pacienta na lůžku	1
Posouvání pacienta na lůžku	2
Posazování pacienta na lůžku	3
Nácvik vstávání	4

V otázce č. 15 měly sestry na oddělení následné péče seřadit základní pohybové dovednosti od nejčastěji prováděných po nejméně prováděné pohybové dovednosti. Pohybové dovednosti řadily od 1 – 4, kdy pohybová dovednost s č. 1 byla označena jako nejčastější pohybová dovednost prováděná při nácviku základních pohybových dovedností. Čísla jednotlivých dovedností sloužila při vyhodnocování jako výsledné indexy. Pohybová dovednost s výsledným indexem 1 je tedy *nejčastěji* prováděnou dovedností a dovednost s výsledným indexem 4 se stal nejméně prováděnou dovedností.

Pohybové dovednosti, prováděné v rámci nácviku základních pohybových dovedností na oddělení následné péče, jsou v tabulce seřazeny od nejčastěji prováděných dovedností po nejméně prováděné dovednosti. *Obracení pacienta na lůžku* se stalo nejčastěji prováděnou pohybovou dovedností, s výsledným indexem 1. Na druhém místě je posouvání pacienta na lůžku, kdy výsledný index je 2. Výsledný index 3 má posazování pacienta na lůžku. Na posledním místě je nácvik vstávání, který měl výsledný index 4.

Tabulka 6: Základní pohybové dovednosti - Nemocnice Český Krumlov a.s.

Základní pohybové dovednosti	Nejčastější výsledný index
Obracení pacienta na lůžku	1
Posouvání pacienta na lůžku	2
Posazování pacienta na lůžku	3
Nácvik vstávání	4

V otázce č. 15 měly sestry na oddělení následné péče seřadit základní pohybové dovednosti od nejčastěji prováděných po nejméně prováděné pohybové dovednosti. Pohybové dovednosti řadily od 1 – 4, kdy pohybová dovednost s č. 1 byla označena jako nejčastější pohybová dovednost prováděná při nácviku základních pohybových dovedností. Čísla jednotlivých dovedností sloužila při vyhodnocování jako výsledné indexy. Pohybová dovednost s výsledným indexem 1 je tedy *nejčastěji* prováděnou dovedností a dovednost s výsledným indexem 4 se stal nejméně prováděnou dovedností.

Pohybové dovednosti, prováděné v rámci nácviku základních pohybových dovedností na oddělení následné péče v Nemocnici Český Krumlov a.s., jsou v tabulce seřazeny od nejčastěji prováděných dovedností po nejméně prováděné dovednosti. *Obracení pacienta na lůžku* se stalo nejčastěji prováděnou pohybovou dovedností, s výsledným indexem 1. Na druhém místě je *posouvání pacienta na lůžku*, kdy výsledný index je 2. Výsledný index 3 má *posazování pacienta na lůžku*. Na posledním místě je *nácvik vstávání*, který měl výsledný index 4.

Tabulka 7: Základní pohybové dovednosti - Nemocnice Prachatice a.s.

Základní pohybové dovednosti	Nejčastější výsledný index
Obracení pacienta na lůžku	1
Posouvání pacienta na lůžku	2
Posazování pacienta na lůžku	3
Nácvik vstávání	4

V otázce č. 15 měly sestry na oddělení následné péče seřadit základní pohybové dovednosti od nejčastěji prováděných po nejméně prováděné pohybové dovednosti. Pohybové dovednosti řadily od 1 – 4, kdy pohybová dovednost s č. 1 byla označena jako nejčastější pohybová dovednost prováděná při nácviku základních pohybových dovedností. Čísla jednotlivých dovedností sloužila při vyhodnocování jako výsledné indexy. Pohybová dovednost s výsledným indexem 1 je tedy *nejčastěji* prováděnou dovedností a dovednost s výsledným indexem 4 se stal nejméně prováděnou dovedností.

Pohybové dovednosti, prováděné v rámci nácviku základních pohybových dovedností na oddělení následné péče v Nemocnici Prachatice, jsou v tabulce seřazeny od nejčastěji prováděných dovedností po nejméně prováděné dovednosti. *Obracení pacienta na lůžku* se stalo nejčastěji prováděnou pohybovou dovedností, s výsledným indexem 1. Na druhém místě je *posouvání pacienta na lůžku*, kdy výsledný index je 2. Výsledný index 3 má *posazování pacienta na lůžku*. Na posledním místě je *nácvik vstávání*, který měl výsledný index 4.

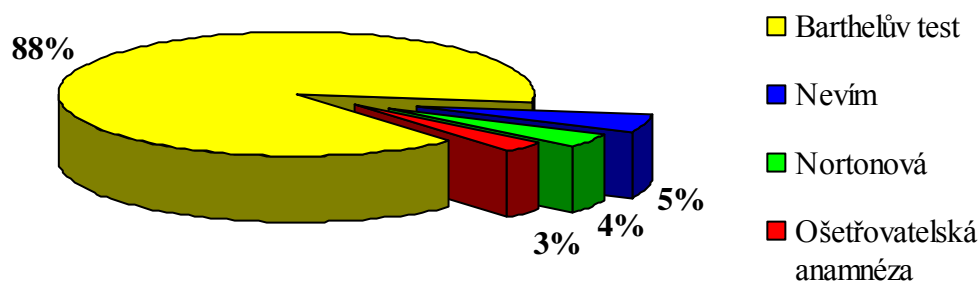
Tabulka 8: Základní pohybové dovednosti - Nemocnice České Budějovice a.s.

Základní pohybové dovednosti	Nejčastější výsledný index
Obracení pacienta na lůžku	1
Posouvání pacienta na lůžku	2
Posazování pacienta na lůžku	3
Nácvik vstávání	4

V otázce č. 15 měly sestry na oddělení následné péče seřadit základní pohybové dovednosti od nejčastěji prováděných po nejméně prováděné pohybové dovednosti. Pohybové dovednosti řadily od 1 – 4, kdy pohybová dovednost s č. 1 byla označena jako nejčastější pohybová dovednost prováděná při nácviku základních pohybových dovedností. Čísla jednotlivých dovedností sloužila při vyhodnocování jako výsledné indexy. Pohybová dovednost s výsledným indexem 1 je tedy *nejčastěji* prováděnou dovedností a dovednost s výsledným indexem 4 se stal nejméně prováděnou dovedností.

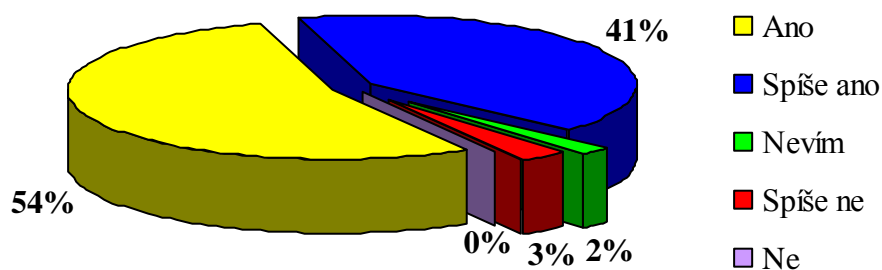
Pohybové dovednosti, prováděné v rámci nácviku základních pohybových dovedností na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s., jsou v tabulce seřazeny od nejčastěji prováděných dovedností po nejméně prováděné dovednosti. *Obracení pacienta na lůžku* se stalo nejčastěji prováděnou pohybovou dovedností, s výsledným indexem 1. Na druhém místě je *posouvání pacienta na lůžku*, kdy výsledný index je 2. Výsledný index 3 má *posazování pacienta na lůžku*. Na posledním místě je *nácvik vstávání*, který měl výsledný index 4.

Graf 18: Test základní soběstačnosti nemocného



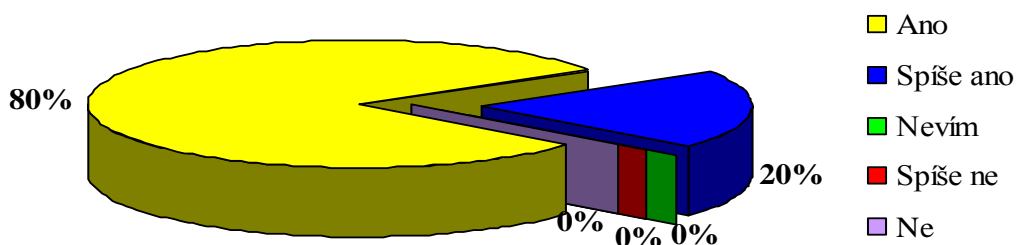
Respondenti zde mohli odpovídat vlastními slovy. Graf znázorňuje nejčastěji používaný test pro klasifikaci základní soběstačnosti nemocného v běžných denních aktivitách na oddělení následné péče. Z celkového počtu 100 sester (100 %) odpovědělo 88 sester (88 %), že používají *Barthelův test*. 5 sester (5 %) na otázku odpovědělo slovem *nevím*. 4 sestry (4 %) odpověděly, že používají ke klasifikaci *Nortonův test*. Zbýlé 3 sestry (3 %) používají *ošetřovatelskou anamnézu*.

Graf 19: Nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti



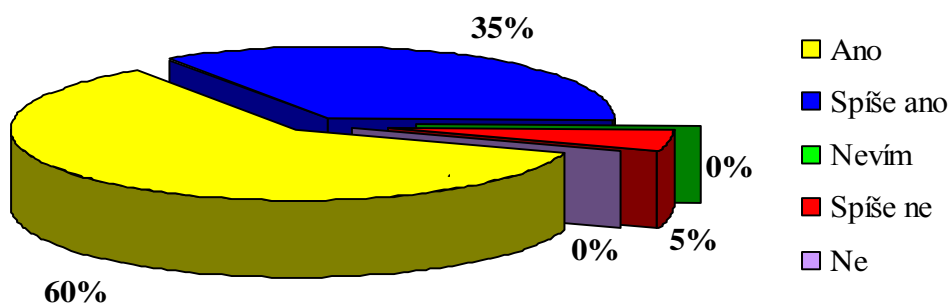
Graf znázorňuje, zda sestry na oddělení následné péče provádějí s pacientem nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti. Z celkového počtu 100 sester (100 %) 54 sester (54 %) odpovědělo *ano*. *Spíše ano* označilo 41 sester (41 %). 3 sestry (3 %) označily *spíše ne*. *Nevím* označily 2 sestry (2 %). Možnost *ne* neoznačila ani jedna sestra (0 %).

**Graf 20: Návik sebeobsluhy a soběstačnosti -
Nemocnice Č. Krumlov**



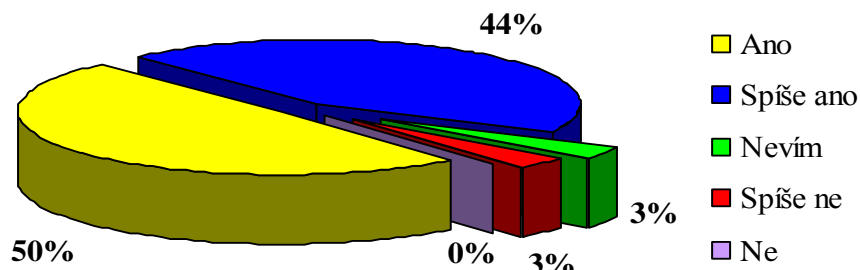
Graf znázorňuje, zda sestry na oddělení následné péče, v Nemocnici Č. Krumlov a.s., provádějí s pacientem návik sebeobsluhy a soběstačnosti. Z celkového počtu 20 sester (100 %) v nemocnici Český Krumlov a.s., 12 sester (80 %), odpovědělo *ano*. *Spíše ano* označilo 8 sester (20 %). Možnosti *nevím*, *spíše ne* a *ne* neoznačila ani jedna sestra (0 %).

**Graf 21: Návik sebeobsluhy a soběstačnosti -
Nemocnice Prachatice a.s.**



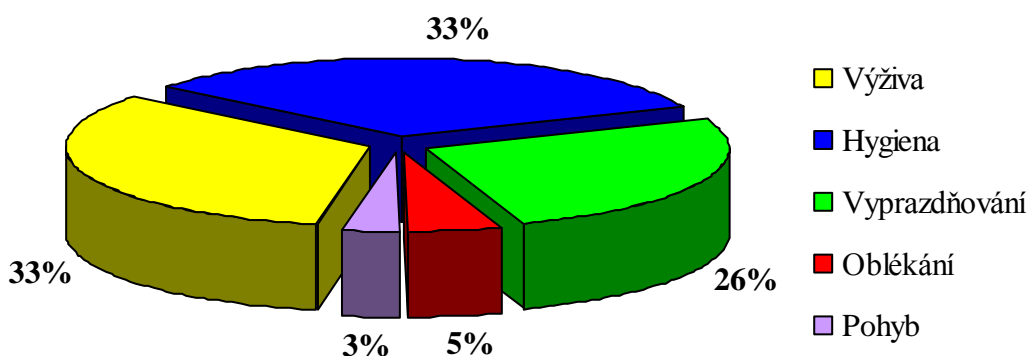
Graf znázorňuje, zda sestry na oddělení následné péče, v Nemocnici Prachatice a.s., provádějí s pacientem návik sebeobsluhy a soběstačnosti. Z celkového počtu 20 sester (100 %) v Nemocnici Prachatice a.s., 12 sester (60 %), odpovědělo *ano*. *Spíše ano* označilo 7 sester (35 %). 1 sestra (5 %) odpověděla *spíše ne*. Možnosti *nevím* a *ne* neoznačila ani jedna sestra (0 %).

**Graf 22: Návik sebeobsluhy a soběstačnosti -
Nemocnice Č. Budějovice a.s.**



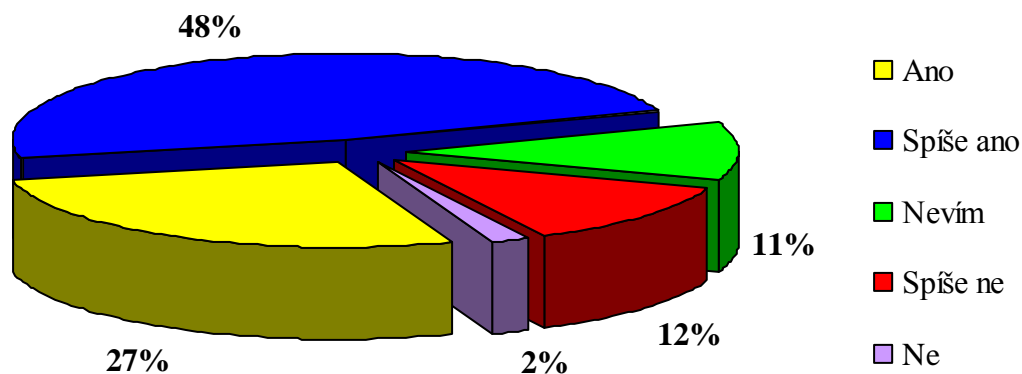
Graf znázorňuje, zda sestry na oddělení následné péče v Nemocnici Č. Budějovice a.s., provádějí s pacientem návik sebeobsluhy a soběstačnosti. Z celkového počtu 60 sester (100 %) 29 sester (50 %) odpovědělo *ano*. *Spíše ano* označilo 26 sester (44 %). 2 sestry (3 %) odpověděly *nevím*. *Spíše ne* označily také 2 sestry (3 %). Možnost *ne* neoznačila ani jedna sestra (0 %).

Graf 23: Soběstačnost nemocného



Graf znázorňuje činnosti, při kterých podporujeme soběstačnost pacienta, když u něho provádíme návik základní sebeobsluhy. Z celkového počtu 300 odpovědí (100 %) získala *výživa a hygiena* stejný počet, 100 odpovědí (33 %). 77 odpovědí (26 %) bylo *vyprazdňování*. *Oblékání* bylo napsáno ve 14 odpovědích (5 %). Poslední odpovědí byl *pohyb*, 9 odpovědí (3 %).

Graf 24: Názor respondentů: soběstačnost x pohyb



Graf znázorňuje, zda se na oddělení následné péče s pacienty provádí častěji nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy než nácvik základních pohybových dovedností. Z celkového počtu 100 sester (100 %) uvádí 48 sester (48 %) odpověď *spíše ano*. 27 sester (27 %) označilo možnost *ano*. Odpověď *spíše ne* označilo 12 sester (12 %). 11 sester (11 %) *neví*, zda se provádí častěji nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy než nácvik pohybových dovedností. 2 sestry (2 %) označily odpověď *ne*.

5. DISKUZE

Téma bakalářské práce „Rehabilitační ošetrovatelství u pacientů na oddělení následné péče“ jsem si zvolila sama z důvodů, o kterých jsem se již zmiňovala v úvodu. Při výběru tématu jsem ale netušila, jaké obtíže mi v následujících měsících přinese jedno jediné slovní spojení a to rehabilitační ošetrovatelství. Pojem rehabilitační ošetrovatelství, jak uvádí Klusoňová a Pitnerová (26), není správné užívat. Ošetrovatelství je samostatným oborem. Z toho důvodu by se mělo používat spíše spojení rehabilitační ošetrování, jak také zmiňuje Klusoňová a Pitnerová (26). Dle Koncepce následné lůžkové zdravotní péče (15) ale pak pojem rehabilitační ošetrovatelství existuje a chápeme ho jako jednu z forem ošetrovatelství. Tento dokument (15) je sice starý přes 14 let, ale novější verzi definující rehabilitační ošetrovatelství jsem nenašla. V teoretické části proto vycházím především z tohoto dokumentu a uvádím pojem rehabilitační ošetrovatelství, při kterém ale sestry v rámci svých kompetencí provádějí prvky rehabilitačního ošetrování.

Výzkumné šetření proběhlo na oddělení následné péče, kdy cílem bylo zjistit znalosti sester v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství a zjistit, jaké prvky rehabilitačního ošetrování v rámci rehabilitačního ošetrovatelství sestry u svých pacientů uplatňují. Celkový počet rozdaných dotazníků na oddělení následné péče byl 120 s celkovou návratností 83,3 %, tedy 100 řádně vyplněných dotazníků. Výzkumné šetření proběhlo na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s., kde bylo rozdáno 65 dotazníků, s návratností 92,3 %. Na oddělení následné péče v Nemocnici Český Krumlov a.s., kde bylo rozdáno 30 dotazníků, s návratností 66,7 %. Posledním výzkumným souborem bylo oddělení následné péče v Nemocnici Prachatice a.s., kde bylo rozdáno 25 dotazníků, s návratností 80 %.

První tři otázky dotazníku sloužily k identifikaci respondentů. Podle grafu 1 se výzkumného šetření zúčastnily převážně sestry ve věku od 23 – 29 let (34 %). Z grafu 2 vyplývá, že délka praxe sester je nejčastěji 1 – 5 let (47 %). Nejvyšší dosažené vzdělání sester vidíme v grafu 3. Tato otázka pro nás sloužila především jako kontrolní, abychom měli jistotu, že dotazník vyplnily skutečně sestry a ne například zdravotnický asistent. Přestože vzdělání má jistě vliv na poskytovanou péči a na znalosti sester,

tak z výzkumného šetření nám vychází, že nejvyšším dosaženým vzděláním sester na oddělení následné péče, je pouze střední zdravotnická škola (70 %), a i přesto jsou jejich znalosti o oblasti rehabilitačního ošetřovatelství dostačující, jak vyplývá z následujícího okruhu otázek.

Pomocí otázek č. 4 až po otázku 9 můžeme vyhodnotit hypotézu H3: Sestry mají znalosti v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství. Tato hypotéza *byla potvrzena* díky převaze správných odpovědí na všechny tyto otázky. Rehabilitační ošetřovatelství, jak je popisováno v článku Rehabilitační ošetřovatelství (17), je správnou odpovědí na otázku č. 4. Jak vidíme v grafu 4, většina sester odpověděla správně. Kalvach (18) popisuje jednotlivé cíle rehabilitačního ošetřovatelství, kterými jsou polohování, časná mobilizace, vstávání, aktivní a pasivní cviky kloubů, dechová gymnastika, kondiční cvičení a nácvik pacientovy soběstačnosti. V grafu 5 tedy označilo 98 % sester správně možnost prevence dehydratace u imobilních pacientů na otázku, co nepatří mezi cíle rehabilitačního ošetřovatelství. Otázka č. 6 pro sestry také nebyla nijak zvlášť obtížnou, jak můžeme vidět v grafu 6. Z vyhlášky 55/2011 (19) vyplývá správná odpověď na otázku č. 7: Kdo provádí prvky rehabilitačního ošetřování v rámci rehabilitačního ošetřovatelství. 3/4 sester (86 %) uvádí fyzioterapeut ve spolupráci se sestrou, což je správně. Překvapením však bylo, že zbylá 1/4 sester (14 %) se domnívá, že se jedná pouze o sestru, která sama u pacienta provádí prvky rehabilitačního ošetřování v rámci rehabilitačního ošetřovatelství.

Hypotézu H3 můžeme také porovnat s výsledky, které vyplývají z grafu 8. Otázka č. 8 byla uvedena do dotazníku záměrně, protože nás zajímalo, zda bude shoda mezi potvrzením hypotézy H3 a názorem sester na vlastní teoretické znalosti. Dle otázek č. 4, 5, 6 a 7 byla hypotéza H3 potvrzena. Také z grafu 8 vyplývá, že necelá polovina sester (46 %) si myslí, že spíše má dostatečné teoretické znalosti v této oblasti. V grafu 8 dále můžeme vidět pochybnosti zbylé 1/4 sester o svých teoretických znalostech. Toto nízké mínění sester o své vlastní osobě nás mohlo překvapit. Navíc, když z předchozích otázek vyplývá, že znalosti o oblasti rehabilitačního ošetřovatelství, sestry mají. V grafech 9, 10 a 11 můžeme vidět názory sester na své znalosti v jednotlivě zkoumaných nemocnicích. Je zajímavé, že pouze v Nemocnici Č. Budějovice a.s.

(graf 11) byly zastoupeny všechny odpovědi. V obou dalších nemocnicích je zastoupení pouze tři z možných pěti odpovědí. Výsledky z grafu 11 (Nemocnice Č. Budějovice a.s.) a grafu 10 (Nemocnice Prachatice a.s.) byly obdobné jako v grafu 8. Pouze v Nemocnici Č. Krumlov a.s. byla převaha odpovědí jiná než v předchozích nemocnicích. Z grafu 12 vyplývá, že sestry mají možnost získat více informací o rehabilitačním ošetřovatelství. Mezi zdroje pro získání více informací v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství (graf 13) připadá zhruba 1/4 na každou z uváděných možností.

Tabulky 1, 2, 3, 4 a otázky č. 11, 12 a 13 sloužily k vyhodnocení hypotézy H1: Sestry na oddělení následné péče uplatňují u pacientů převážně prvky polohování. Především prostřednictvím tabulek 1, 2, 3, 4, ve kterých sestry řadily prvky rehabilitačního ošetřování, *byla* hypotéza H1 *potvrzena*. V tabulce 1 vidíme seřazení jednotlivých prvků rehabilitačního ošetřování. Sestry uvedly jako nejčastěji prováděný prvek u pacienta polohování (tabulka 1). I z následujících tabulek 2, 3, 4, kdy jsme posuzovali rozdílnost provádění jednotlivých prvků dle nemocnic, i přesto vyplývá, že nejčastěji prováděným prvkem, u pacientů na oddělení následné péče, je polohování. Z grafu 14 jednoznačně vyšlo, že sestry provádějí denní polohování pacienta po 2 hodinách. Maďar, Podstatová a Řehořová (20) uvádějí, že denní polohování pacienta se má provádět po 1-2 hodinách, z čehož tedy můžeme odpověď sester považovat za správnou. Odpovědi vyplývající z otázky č. 12 už tak jednoznačné nebyly, jak vidíme v grafu 15. Tito autoři (20) dále uvádějí, že noční polohování pacienta má probíhat po 2-4 hodinách. V podstatě tedy můžeme považovat odpovědi vyplývající z grafu 15 za správné. Názor Koláře (5) na intervaly polohování je odlišný od názoru předchozího. Polohování se dle něho nemusí rozdělovat na noční a denní interval a pacient se má polohovat po celých 24 hodin v rozmezí 2-3 hodin. Dovolím si s tímto názorem trochu nesouhlasit. Intervaly polohování jsem hledala ve více zdrojích a každá literatura tyto intervaly uvádí jinak. Můj názor na tuto problematiku je takový, že by se interval polohování měl dělit na noční a denní. Avšak polohování pacienta během noci, po 2 hodinách, už mi nepřijde příliš vhodné. Pacient se při manipulaci vzbudí, čímž se naruší spánek, který je také důležitým prvkem pro léčbu celkového pacientova

onemocnění. Za vhodné považují polohování pacienta během dne po 2 hodinách a během noci po delším intervalu nebo dle individuality (např. pacienti ohrožení rizikem vzniku dekubitů by se měli polohovat i v noci po 2 hodinách).

Otázky č. 14 a č. 15 se vztahují k nácviku základních pohybových dovedností s pacienty. Tento nácvik podle 3/4 sester (78 %) provádí fyzioterapeut ve spolupráci se sestrou, jak vidíme v grafu 17. Důvody odpovědí zbylé 1/4 sester mohly být různé. Buď jejich neznalost o základních pohybových dovednostech, co všechno spadá do tohoto nácviku nebo skutečnost, že sestry tento nácvik s pacientem opravdu neprovádějí. Otázka pak může být taková, co tedy sestry zaměstná natolik, že nemají čas nebo možnost tento nácvik s pacientem provádět? V otázce č. 15 sestry řadily pohybové dovednosti prováděné s pacientem od nejčastěji prováděných na jejich oddělení po nejméně prováděné. V tabulce 5 můžeme vidět, že nejčastěji prováděnou pohybovou dovedností na oddělení následné péče, je obrácení pacienta na lůžku. I při následujícím rozdělení odpovědí podle jednotlivých nemocnic (tabulka 5, 6, 7, 8) se tato pohybová dovednost stala nejčastěji prováděnou pohybovou dovedností na oddělení následné péče. Ve všech nemocnicích bez rozdílu se na oddělení následné péče nejméně provádí nácvik vstávání (tabulka 5, 6, 7, 8), což mě v podstatě ani moc nepřekvapilo. Ani celkové seřazení odpovědí v této otázce nebylo zarážející. Předpokladem bylo seřazení možnosti v pořadí, jak uvádí tabulka 5. Nácvik vstávání se umístil na posledním místě, díky skutečnosti, že sestra tento nácvik s pacientem moc často neprovádí nebo si spíše troufám tvrdit, že na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s., sestry nácvik vstávání s pacientem opravdu neprovádějí. Možnosti posazování a posouvání pacienta na lůžku spolu souvisejí, proto jejich umístění na druhém a třetím místě můžeme považovat za vhodné. Obrácení pacienta na lůžku nemohlo vyjít na jiném, než na prvním místě, jelikož je to v podstatě polohování, které, jak potvrzujeme v hypotéze H1, je nejčastěji prováděným prvkem rehabilitačního ošetřování u pacientů na oddělení následné péče.

Otázky č. 16, 17, 18 se zaměřují na oblast nácviku soběstačnosti a sebeobsluhy pacienta v běžných denních činnostech. Otázka č. 16 zjišťuje, jaký test sestry používají při hodnocení soběstačnosti a sebeobsluhy pacienta v běžných denních činnostech.

Lippertová - Grunerová (24) uvádějí jako testy hodnotící každodenní činnost pacienta například Test funkční soběstačnosti (viz příloha 3a), Test Bartelové (viz příloha 3b), Modifikovaný test Bartelové (viz příloha 3c) nebo také Katzův test každodenních činností (viz příloha 3d). Odpovědi sester na oddělení následné péče ale byly vcelku jednoznačné (graf 18). Popravdě, ani já jsem se v praxi s jiným než Barthelovým testem, pro hodnocení soběstačnosti a sebeobsluhy pacienta v běžných denních činnostech, nesetkala. Otázkou č. 17 jsme zjišťovali, zda sestry provádějí s pacientem nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti. Odpovědi na tuto otázku byly mírně zarážející. Naším předpokladem bylo, že většina nebo dokonce všechny sestry odpoví ano. Přesto necelá polovina sester (41 %) uvedla odpověď spíše ano, jak vidíme v grafu 19. Z tohoto grafu vyplývá rozdílnost mezi odpovědí ano a spíše ano o pouhých 13 %, což není takový rozdíl. Plyne z toho zamyšlení, kdo tedy nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy s pacientem na oddělení následné péče provádí, když necelá polovina sester (41 %) není schopná podat přímou odpověď na, dle mého názoru, jednoznačnou otázku. Při jednotlivém hodnocení nemocnic v této otázce můžeme vidět pozitivní věc. V Nemocnici Č. Krumlov a.s. (graf 20) byl procentuální rozdíl mezi odpovědí ano a spíše ano podstatně větší (o 60 %) než při celkovém hodnocení (o 13 %), jak ukazuje graf 19.

Otázka č. 19 byla stěžní pro vyhodnocení hypotézy H2: Sestry na oddělení následné péče u pacientů provádějí častěji nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy než nácvik základních pohybových dovedností. Sester jsme se pomocí otázky č. 19 přímo zeptali. V grafu 24 vidíme, že necelá polovina sester (48 %) uvedla, že spíše provádějí nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy než nácvik základních pohybových dovedností. Odpověď ano uvádí přímo 27 % sester. Podle grafu 24, kdy dohromady 75 % sester uvádí, že provádějí častěji nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy než nácvik základních pohybových dovedností, by byla hypotéza H2 potvrzena. Také výsledky otázek č. 14 a č. 17 (graf 17 a graf 19) mohou podpořit potvrzení hypotézy H2. Z otázky č. 14 nám vychází, že nácvik pohybových dovedností s pacientem provádí sice sestra, ale ve spolupráci s fyzioterapeutem (graf 17). Oproti tomu z otázky č. 17 je zřejmé provádění nácviku soběstačnosti a sebeobsluhy s pacientem pouze za přítomnosti sestry

(graf 19). Z toho můžeme soudit, že sestra na oddělení následné péče provádí častěji nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti, než nácvik základních pohybových dovedností. Hypotéza H2 nebyla potvrzena dle otázky č. 10, kdy sestry řadily prvky rehabilitačního ošetřování prováděné na oddělení následné péče. V tabulce 1 vidíme umístění nácviku základních pohybových dovedností a nácviku soběstačnosti a sebeobsluhy na stejném místě (výsledný index 2), tudíž nemůžeme přesně říci, který nácvik sestry provádějí u pacientů častěji. Hypotéza H2 tedy nebyla s určitostí potvrzena. Navíc hypotéza H3 byla velmi nevhodně zvolenou hypotézou. Uvědomila jsem si, bohužel až v této části bakalářské práce, že nácvik pohybových dovedností a nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti pacienta spolu neodmyslitelně souvisejí. Nelze tedy zjišťovat, který z těchto dvou nácviků provádíme u pacienta častěji. V podstatě by sestry s pacientem měly nejprve provádět nácvik základních pohybových dovedností a posléze až nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy. Důvod je prostý, pacient upoutaný na lůžku neschopen se sám v posteli otočit, posunout nebo snad posadit v lůžku, bude obtížně provádět nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy. Takový pacient musí být nejprve schopný s námi spolupracovat při nácviku základních pohybových dovedností a pak u něho můžeme zahájit nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy.

Již v úvodu je poukazováno na důležitost rehabilitačního ošetřovatelství. Myslím si, že rehabilitační ošetřovatelství musí a mělo by být součástí každodenní péče, kterou sestry v rámci svých kompetencí u pacientů provádějí. Znalost této oblasti je důležitou součástí při poskytování kvalitní péče pacientovi. V úvodu podceňují sestry, že možná ani nevědí, že to co provádějí, jsou prvky rehabilitačního ošetřování. V závěru bych toto tvrzení trochu pozměnila. Ve výzkumné části bakalářské práce nám vyšlo, že sestry mají znalosti v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství, a že s pacienty provádějí prvky rehabilitačního ošetřování. Dále můžeme říci, že provádějí nejčastěji prvky polohování, nácvik základních pohybových dovedností a nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy. Sestry mají znát a umět i nácvik ostatních prvků rehabilitačního ošetřování, prováděných v rámci rehabilitačního ošetřovatelství, jako je například kondiční cvičení, dechová cvičení nebo nácvik komunikace. Ale položme si na závěr otázku. Mají vůbec sestry možnost se s nácvikem těchto prvků dostatečně seznámit?

6. ZÁVĚR

Rehabilitační ošetrovatelství je důležitou součástí každodenní péče, kterou sestry v rámci svých kompetencí u pacientů provádějí. Aby každodenní péče v této oblasti byla kvalitní, musí i teoretické znalosti sester v této oblasti být dostačující. Základní teoretické znalosti má mít každá sestra již ze studia, které absolvovala. Svoje znalosti dále pak prohlubuje v průběhu praxe a práce s pacienty. Sestry by měly mít přehled o jednotlivých prvcích rehabilitačního ošetřování, prováděných v rámci rehabilitačního ošetrovatelství, a především mít přehled o jejich správné technice provádění. Přestože teoretické znalosti sester jsou dle výzkumného šetření dostačující a sestry provádějí u pacientů prvky rehabilitačního ošetřování, tak zlepšení znalostí sester o této oblasti a praktický nácvik všech prvků rehabilitačního ošetřování, by s velkou pravděpodobností zvýšil kvalitu poskytované péče pacientům na oddělení následné péče a také podpořil jistotu sester při poskytování péče v této oblasti.

Pro tuto bakalářskou práci byly zvoleny tři cíle. Cílem 1 bylo zjistit, jaké prvky rehabilitačního ošetřování jsou v rámci rehabilitačního ošetrovatelství uplatňovány u pacientů na oddělení následné péče. Cíl 2 zjišťuje znalosti sester v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství. Ke splnění stanovených cílů byly vytvořeny hypotézy. Hypotéza H1: Sestry na oddělení následné péče uplatňují u pacientů převážně prvky polohování byla potvrzena. Hypotéza H2: Sestry na oddělení následné péče u pacientů provádějí častěji nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti než nácvik základních pohybových dovedností nebyla potvrzena. Hypotéza H3: Sestry mají znalosti v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství byla potvrzena.

Poznatky z práce budou předány managementu Nemocnice České Budějovice a.s., který je může využít jako podklad k přednášce pro sestry z oddělení následné péče. Součástí přednášky by byla vhodná i praktická ukázka jednotlivých prvků rehabilitačního ošetřování. Management Nemocnice České Budějovice a.s. tak podpoří zvýšení kvality poskytované péče pacientům na oddělení následné péče a také jistotu sester při poskytování péče v této oblasti.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci*. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
2. VYTEJČKOVÁ, R. A KOL. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I. Obecná část*. Praha: Grada, 2011. 232 s. + 24 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3419-4.
3. KRISTINÍKOVÁ, J. *Rehabilitace v ošetrovatelství*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2006. 60 s. ISBN 80-7368-224-9.
4. KOZIEROVÁ, B. ERBOVÁ, G. OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I*. Osveta: Martin, 1995. 839 s. ISBN 80-217-0528-0.
5. KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
6. BENEŠOVÁ, E. BENEŠOVÁ, H. Všeobecná sestra a fyzioterapeut – spolupráce v oboru ošetrovatelství. In: *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 5, s. 47-48. ISSN 1210-0404.
7. DRAHORÁDOVÁ, N. SMÍLKOVÁ, M. ZÍTKOVÁ, L. Význam rehabilitace a fyzioterapie v komplexní péči o pacienta. In: *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 12, s. 50 – 51. ISSN 1210-0404.
8. FARKAŠOVÁ, D. A KOLEKTIV. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vydání. Osveta: Martin, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
9. TÓTHOVÁ, 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. 293 str. ISBN 80-7040-454-X.
10. KAHOUN, V. KOZLOVÁ, L. TÓTHOVÁ, V. *Sociální práce*. Praha: Triton, 2003. 344 s. ISBN 80-7254-138-2.
11. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství I – praktická příručka pro sestry. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
12. TOPINKOVÁ, E. Co je a co není geriatric. In: *Zdravotnické noviny*. 2007, roč. 56, s. 3 – 5. ISSN 0044-1996.

13. ŠAMÁNKOVÁ, M. A KOL. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
14. LÁBÁKOVÁ, M. MLČOCHOVÁ, E. Role fyzioterapeuta v následné zdravotní péči. In: *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 2, s. 51 – 53. ISSN: 1210-0404.
15. Koncepte následné lůžkové zdravotní péče. [online]. [cit. 2012-04-21]. Dostupné z WWW: <http://www.ferovanemocnice.cz/data/met.%20opatreni%20nasledna%20luz.pece.pdf>.
16. SCHUSTEROVÁ, M. *Standard ošetrovatelské péče č. 33. Rehabilitační ošetřování*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice a.s., 2003. 20 s.
17. WIEREROVÁ, J. STECHEROVÁ, I. SCHUSTEROVÁ, M. Rehabilitační ošetrovatelství. In: *Sestra*. 2002, roč. 12, č. 3. ISSN 1210-0404.
18. KALVACH, Z. A KOLEKTIV. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
19. Česká republika. Vyhláška 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů*. 2011, částka 20. § 4. Dostupné z WWW: [http://www.fnkv.cz/soubory/vyhlaska_55-r-2011\)sb\(cinnost\).pdf](http://www.fnkv.cz/soubory/vyhlaska_55-r-2011)sb(cinnost).pdf).
20. MAĎAR, R. PODSTATOVÁ, R. ŘEHOŘOVÁ, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada, 2006. 180 s. + 4 s. barevné přílohy. ISBN 80-247-1673-9.
21. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
22. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí. Praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6.
23. KOZIEROVÁ, B. ERBOVÁ, G. OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. Osveta: Martin, 1995. 635 s. ISBN 80-217-0528-0.
24. LIPPERTOVÁ – GRUNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
25. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetřování nemocných*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2005. 146 s. ISBN 80-246-0845-6.

26. KLUSOŇOVÁ, E. PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: NCO NZO, 2005. 117 s. ISBN 80-7013-423-2.
27. SCHUSTEROVÁ, M. *Standard ošetřovatelské péče č. 34. Hodnocení soběstačnosti a kategorizace nemocného*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice a.s., 2003. 3 s.
28. DLABALOVÁ, I. KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
29. HAVLÍK, J. VURM, V. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče (učební texty)*. České Budějovice: JCU ZSF, 2004. 89 s. ISBN 80-7040-725-5.
30. ZACHAROVÁ, E. HERMANOVÁ, M. ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
31. MAHROVÁ, G. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
32. BUŽGOVÁ, R. Etické aspekty dlouhodobé ošetřovatelské péče o seniory. In: *Nové trendy v ošetřovatelství V. – Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí V. jihočeské ošetřovatelské dny*. České Budějovice: JCU ZSF, 2006. s. 47 – 51. ISBN 80-7040884-7.
33. BLÁHA, K. LUDVÍK, M. STAŇKOVÁ, M. VONDRÁČEK, L. *České ošetřovatelství 13 – praktická příručka pro sestry. Sestra a pacient. Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi II*. Brno: NCO NZO, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
34. BENNETT, C. L. WORKMAN, B. A. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
35. ČERVÍKOVÁ, E. A KOLEKTIV. *Ošetřovatelské diagnózy*. Brno: NCO NZO, 2001. 165 s. ISBN 80-7013-332-5.
36. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství 1. díl. Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 2010. 272 s + 4 s barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3184-1.
37. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.

38. WENDSCHE, P. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko – rehabilitační péče*. Brno: NCO NZO, 2009. 226 s. ISBN 978-80-7013-504-4.
39. NEJEDLÁ, M. ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2006. 280 s. + 4 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-1148-5.
40. STEJSKAL, D. *Urolitiáza*. Praha: Grada, 2007. 184 + 2 s barevné přílohy. ISBN 978-80-247-2015-9.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Imobilizační syndrom

Pacient

Polohování

Rehabilitační ošetřovatelství

Sebeobsluha

Soběstačnosti

Základní pohybové dovednosti

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Pomůcky

Příloha 2a: Polohovací pomůcky

Příloha 2b: Motodlaha

Příloha 2c: Triflo

Příloha 2d: Polohovací podložka

Příloha 2e: Komunikační tabulka

Příloha 3: Testy základní sebeobsluhy a soběstačnosti pacienta

Příloha 3a: Test funkční soběstačnosti

Příloha 3b: Barthelův test

Příloha 3c: Modifikovaný test Barthelové

Příloha 3d: Katzův test

Příloha 1

Vážená sestro,

jmenuji se Lucie Kučerová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích – obor všeobecná sestra. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který využiji v rámci své bakalářské práce na téma „Rehabilitační ošetřovatelství u pacientů na oddělení následné péče.“ Tento dotazník je zcela anonymní a získané odpovědi použiji pro zpracování výzkumné části mé bakalářské práce. Prosím o přečtení všech následujících otázek, označení odpovědí, popřípadě doplnění odpovědí. U uzavřených otázek prosím označte vždy jen jednu správnou odpověď, pokud není uvedeno jinak. U otevřených otázek prosím o doplnění všech požadovaných odpovědí.

Předem děkuji za spolupráci a za Váš čas potřebný k vyplnění mého dotazníku.

1. Uveďte Váš věk:

- | | |
|------------|--------------|
| A. 23 – 29 | C. 41 - 51 |
| B. 30 – 40 | D. 52 a více |

2. Jak dlouho pracujete na oddělení následné péče:

- | | |
|----------------|------------------|
| A. 1 – 5 let | D. 16 – 20 let |
| B. 6 – 10 let | E. 21 – 25 let |
| C. 11 – 15 let | F. 26 let a více |

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- A. SZŠ: rok ukončení
- B. VOŠ
- C. VŠ:
- D. Jiné:

4. Jako jednu z forem ošetřovatelství, kdy během ošetřovatelských výkonů uplatňujeme rehabilitační principy označujeme:

- A. Ošetřovatelství

- B. Rehabilitaci
- C. Rehabilitační ošetřovatelství

5. Mezi cíle rehabilitačního ošetřovatelství **nepatří**:
- A. Nácvik sebeobsluhy v běžných denních činnostech
 - B. Prevence svalových kontraktur u imobilních pacientů
 - C. Prevence dekubitů u imobilních pacientů
 - D. Prevence dehydratace u imobilních pacientů
6. Mezi základní prvky rehabilitačního ošetřování uplatňované v rámci rehabilitačního ošetřovatelství **nepatří**:
- A. Dechová a kondiční cvičení
 - B. Nácvik základních pohybových dovedností
 - C. Nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy
 - D. Péče o hydrataci nemocného
 - E. Polohování pacienta
7. Prvky rehabilitačního ošetřování v rámci rehabilitačního ošetřovatelství u pacienta provádí:
- A. Pouze fyzioterapeut
 - B. Pouze sestra
 - C. Fyzioterapeut ve spolupráci se sestrou
8. Jsou Vaše teoretické znalosti v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství dostačující pro to, abyste mohla zajistit pacientovi kvalitní péči v této oblasti?
- A. Ano
 - B. Spíše ano
 - C. Nevím
 - D. Spíše ne
 - E. Ne
9. Máte možnost získat více informací o rehabilitačním ošetřování?
- A. Ano: odkud (možno označit více odpovědí):
 - a. Absolvováním kurzu

- b. Studium odborné literatury
- c. Na internetu
- d. Účastí na odborných seminářích
- e. Jiné

B. Ne

10. Seřad'te prvky rehabilitačního ošetřování od nejčastěji prováděných, na Vašem oddělení, po nejméně prováděné (od 1 – 6, kdy 1 je nejčastěji prováděný prvek):

- Dechová cvičení
- Kondiční cvičení
- Návčik základních pohybových dovedností (manipulace s pacientem)
- Návčik soběstačnosti a sebeobsluhy v běžných denních aktivitách
- Návčik komunikace
- Polohování pacienta

11. V jakých časových intervalech polohujete pacienta během dne:

.....

12. V jakých časových intervalech polohujete pacienta během noci:

.....

13. V rámci rehabilitačního ošetřování se nejčastěji provádí:

- A. Korekční až hyperkorekční polohování
- B. Preventivní polohování
- C. Protibolestivé polohování

14. Kdo na Vašem oddělení provádí návčik základních pohybových dovedností s pacienty:

- A. Fyzioterapeut
- B. Sestra
- C. Fyzioterapeut ve spolupráci se sestrou

15. Vy jako sestra, v rámci nácviku základních pohybových dovedností s pacientem, nejčastěji provádíte (seřadte od 1 do 4, kdy 1 je nejčastěji prováděná pohybová dovednost):

- Obrácení pacienta na lůžku
- Posazování pacienta na lůžku
- Posouvání pacienta na lůžku
- Nácvik vstávání

16. Ke zjištění základní soběstačnosti pacienta v běžných denních aktivitách se na Vašem oddělení nejčastěji používá:

.....

17. Provádíte na Vašem oddělení s pacientem nácvik základní sebeobsluhy a soběstačnosti?

- A. Ano
- B. Spíše ano
- C. Nevím
- D. Spíše ne
- E. Ne

18. Při nácviku sebeobsluhy u nemocného chceme docílit soběstačnosti při:

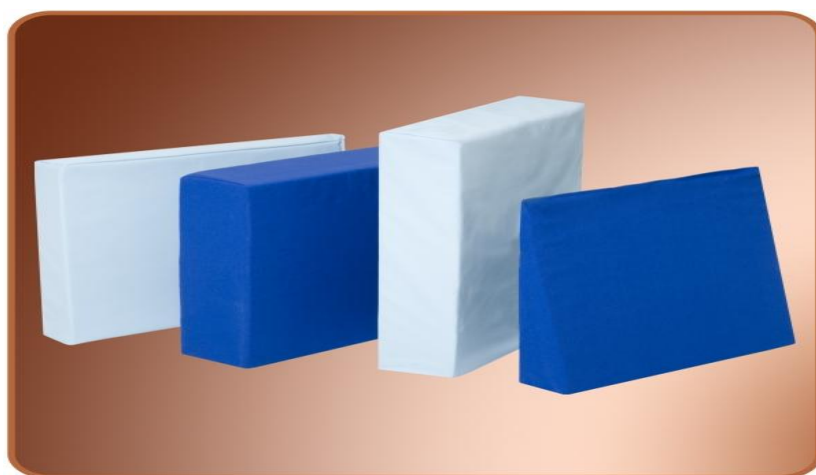
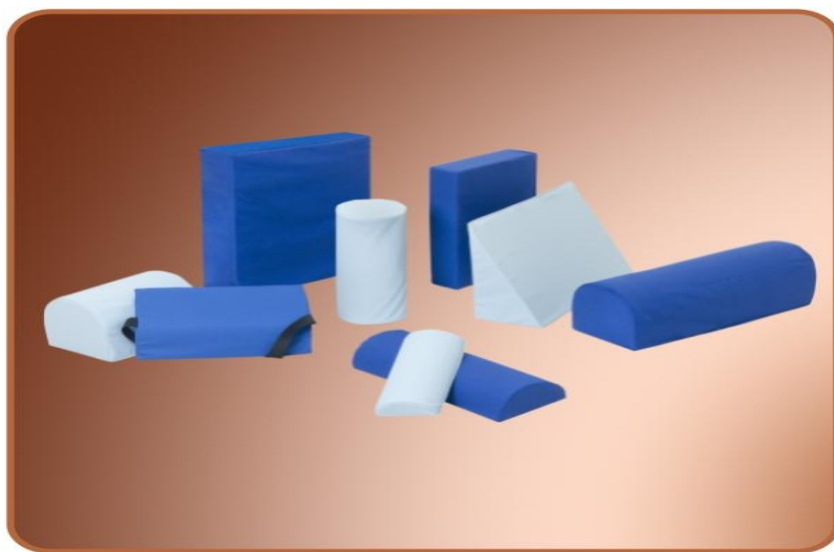
- 1.....
- 2.....
- 3.....

19. Provádíte s pacientem častěji nácvik soběstačnosti a sebeobsluhy než nácvik základních pohybových dovedností?

- A. Ano
- B. Spíše ano
- C. Nevím
- D. Spíše ne
- E. Ne

Příloha 2

2a: Polohovací pomůcky



Zdroj: Ergon a.s.: Zdravotnický textil. [online]. [cit. 2012-04-21]. Dostupné z WWW:
<http://www.ergon.cz/cz/products.asp?cat=3&subcat=15>.

2b: Motodlaha



Zdroj: Asker s.r.o. [online]. [cit. 2012-04-21]. Dostupné z WWW:

<http://www.asker.cz/sortiment/rehabilitace/pohybove-lecebne-pristroje/motodlaha-artromot-k1.html>.

2c: Triflo



Zdroj: Synapsestore.com. [online]. [cit. 2012-04-21]. Dostupné z WWW:
<http://www.synapsestore.com/shop/products/TRIFLO-II-BREATHING-EXERCISER.htm>.

2d: Polohovací podložka



Zdroj: APOS BRNO. [online]. [cit. 2012-04-21]. Dostupné z WWW: <http://www.aposbrno.cz/karta.php>.

2e: Komunikační tabulka



Zdroj: PETIT. [online]. [cit. 2012-04-21]. Dostupné z WWW: <http://www.petit-os.cz/knihy.php>.

Příloha 3:

3a:

TEST FUNKČNÍ SOBĚSTAČNOSTI - FIM

	Příjem	Propuštění	Následná péče
Osobní hygiena: datum:			
A. Příjem jídla			
B. Osobní hygiena			
C. Koupání			
D. Oblékání – horní polovina těla			
E. Oblékání – dolní polovina těla			
F. Použití WC			
Kontrola sfingterů:			
G. Kontrola močení, část I			
část II			
H. Kontrola vyprazd., část I			
část II			
Přesuny:			
I. Lůžko, židle, vozík			
J. Toaleta			
K. Vana, sprcha			
Lokomoce:			
L. Chůze (ch), Vozík (v)			
M. Schody			
Komunikace:			
N. Rozumění sluch.(s), zrak.(z)			
O. Vyjadřování verb.(v), neverb.(n)			
Sociální schopnosti:			
P. Sociální interakce			
Q. Řešení problémů			
R. Paměť			
Celkově FIM			

ÚROVNĚ	7 Úplná závislost 6 Modifikovaná nezávislost (kompenzační pomůcky)	NEVYŽADUJE ASISTENCI
	Modifikovaná závislost 5 Supervize (dohled) 4 Minimální asistence (klient = 75 % +) 3 Mírná asistence (klient = 50 % +) Úplná závislost 2 Maximální závislost (klient = 25 % +) 1 Celková závislost (klient = 0 % +)	VYŽADUJE ASISTENCI

Zdroj: KALVACH, Z. A KOLEKTIV. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

Příloha 3b:

BARTHELŮV TEST

Činnost	Provedená činnost	Bodové skóre	Datum hodnocení	
			Při příjmu	Při propuštění
1. Najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
2. Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
3. Koupaní	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
4. Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0		
5. Kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0		
6. Kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0		
7. Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
8. Přesun na lůžko - židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	10 5 0		
9. Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0		
10. Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
Celkové hodnocení				

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0-40 bodů

45-60 bodů

Zdroj – vlastní

vysoký stupeň závislosti

střední stupeň závislosti

65-95 bodů

100 bodů

lehký stupeň závislosti

nezávislý

Příloha 3c:**Modifikovaný test Barthelové**

Jméno a příjmení	Datum / Počet bodů				
	1 Neschopen vykonat úkol	2 Pokusí se o úkol, ale nesvede jej	3 Potřebuje omezenou pomoc	4 Potřebuje minimální pomoc	5 Úplně nezávislý
Osobní hygiena					
Sám se vykoupe					
Jídlo					
Toaleta					
Chůze po schodech					
Oblékání					
Kontrola stolice					
Kontrola měchýře					
Chůze					
Vozík					
Přesun vozík/lůžko					
Součet	0				100

Zdroj: LIPPERTOVÁ – GRUNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.

Příloha 3d:

KATZŮV TEST KAŽDODENNÍCH ČINNOSTÍ

FUNKCE	NEZÁVISLOST	ZÁVISLOST
Koupání	Pomoc pouze při koupání jedné části těla (např. zad nebo ochrnuté končetiny). Nebo se celý vykoupe sám.	Pomoc při koupání více než jedné části těla. Pomoc při vstupu do vany a výstupu z ní. Nebo se nemůže koupat sám.
Oblékání	Vezme si oblečení ze skříní nebo zásuvek. Oblékne si šaty i svrchní oděv. Zvládne si zapnout pásek a různé upínání, zapínání, šle. Nevyžaduje se šněrování bot.	Neoblékne se sám nebo zůstane částečně neoblečen.
Toaleta	Jde na toaletu. Použije toaletu. Svlékne se, oblékne se a upraví si oděv. Očištění exkrementů orgánů (zvládne dát si do lůžka exkrementní mísu, používanou v noci, a může nebo nemusí používat mechanické opěry)	Používá exkrementní mísu nebo exkrementní židli nebo potřebuje pomoc. Když se chce dostat na toaletu a použít ji.
Přesun	Dostává se na kůžko i z něj zcela nezávisle, dostane se na vozík i z něj zcela nezávisle (může nebo nemusí při tom používat mechanické opěry).	Pomoc při pohybu z lůžka nebo na něj anebo na vozík. Nezvládne jeden ani více přesunů.
Kontinence	Močení i defekaci zvládne zcela sám / kontroluje je.	Částečná nebo úplná inkontinence močení nebo defekace. Částečná nebo plná kontrola pomocí klyzmat, katétrů. Nebo řízené používání urinálů anebo exkrementních mís na lůžku.
Přijímání potravy	Jí z talíře nebo jeho ekvivalentu (krájení masa a příprava jídla, jako je namazání chleba máslem, se z hodnocení vylučují)	Při jídle potřebuje pomoc (viz výše), vůbec se nenají nebo přijímá parenterální výživu.

Hodnocení:

A:	Nezávislý při jídle, kontingenci, schopný přesunu, jít na toaletu, obléknout se a vykoupát se
B:	Nezávislý ve všech uvedených funkcích kromě jedné
C:	Nezávislý kromě koupání a ještě jedné funkce
D:	Nezávislý kromě koupání, oblékání a ještě jedné funkce
E:	Nezávislý kromě koupání, oblékání, schopnosti jít na toaletu a ještě jedné funkce
F:	Nezávislý kromě koupání, oblékání, schopnosti jít na toaletu, přesunu z místa na místo a ještě jedné funkce
G:	Závislý ve všech šesti funkcích
Jiné:	Závislý přinejmenším ve dvou funkcích, které však nejsou klasifikovatelné v C, D, E nebo F

Zdroj: LIPPERTOVÁ – GRUNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.