

# Rehabilitační ošetřovatelství



**doc. PaedDr. Libuše Smolíková, Ph.D.**

**Klinika rehabilitace a TVL**

**Univerzita Karlova Praha, 2.LF a FN Motol**

**Únor 2011**

**[libuse.smolikova@lfmotol.cuni.cz](mailto:libuse.smolikova@lfmotol.cuni.cz)**

# Rehabilitační ošetřovatelství je uplatnění rehabilitačních principů do ošetřovatelských úkonů s cílem zkvalitnit základní péči o pacienta.

Praktické využití základních pravidel fyzioterapie, které provádějí zdravotníci.

Pozitivní vliv této péče je založen na tzv. *sumaci podnětů*, opakováním, dlouhodobém a především nepřetržitém využívání jednoduchých, ale účinných rehabilitačních úkonů.

Všichni, kteří se podílejí na péči o nemocné, včetně rodinných příslušníků, musí umět praktickou manipulaci s nemocným.

Rehabilitační ošetrovatelství cíleno k prevenci primárních a sekundárních změn. Jako názorný příklad lze uvést prevenci svalových kontraktur nebo dekubitů u imobilních pacientů.

Je třeba zdůraznit, že pravidla rehabilitačního ošetrovatelství je nutné provádět po celých 24 hodin, vždy s ohledem na aktuální stav pacienta.

Rehabilitační ošetrovatelství – týmová práce:

Fyzioterapeut

Lékař

Sestra

PZP

Rodinný příslušník

Edukace, opakování, konzultace, pomůcky a technické vybavení

Mezi základní úkony rehabilitačního ošetrovatelství patří:

1. polohování
2. manipulace s pacientem
3. péče o průchodnost dýchacích cest
4. péče o celkovou pacientovu kondici
5. prevence tromboembolické choroby
6. psychologický aspekt

# 1. Polohování

Polohováním rozumíme ukládání nemocného nebo částí jeho těla tak, abychom předcházeli vzniku komplikací ze špatné polohy

Uplatňuje se především polohování **preventivní**, zabraňující vzniku bolesti, zhoršení ventilace plic, vzniku deformit, kontraktur, omezení rozsahu pohybu v kloubech, vznik dekubitů, omezení zkrácení svalů, hypotrofii až atrofii svalů

Polohování je „statickou“ složkou terapeutických postupů, při jeho provádění vyžadujeme (není-li pacient v bezvědomí) jeho aktivní spolupráci

Polohováním zařazeným do průběhu celého dne zamezujeme výše jmenovaným poruchám a podporujeme zachování stávající normální pohybové funkční aktivity

# Polohování - pomůcky

Polohovací lůžka, speciální matrace a podložky

- Pomůcky všech tvarů a velikostí z molitanu a jiných speciálních hmot
- Polohovací dlahy, desky, bedničky, sáčky s pískem, klíny, válce
- Speciální pomůcky (nafukovací dlahy, dlahy s termoplastu, derotační boty)

Polohovací židle a sedačky

Polohovací vozíky

# Polohování - obecné zásady

- Pokud je pacient schopen polohu měnit sám, pak mu při její změně pouze dopomáháme a zajistíme ji pak pomůckami
- Pokud pacient není schopen měnit polohu, provádíme její změny pasivně
- Změny provádíme přes den nejdéle po 2 hodinách, v noci po 3 hodinách

V případě potřeby i mnohem dříve - bolest, poruchy cití a pod.

Zvolenou polohu opakovaně kontrolujeme a dle potřeby opravujeme nebo měníme

# Polohování - základní polohy

Poloha na zádech – supinační

Poloha semisupinační

Poloha na boku

Poloha semipronační

Poloha na bříše - pronační

Polosed

Vertikalizace



# Cíle polohování

Regulace svalového tonu

Prevence kontraktur

Prevence pneumonie

Prevence dekubitů

Zlepšení oběhových funkcí

Omezení nebezpečí poškození periferních nervů

Zlepšení vigility a pozornosti

Prevence vzniku kloubních deformit

Snížení intrakraniálního tlaku

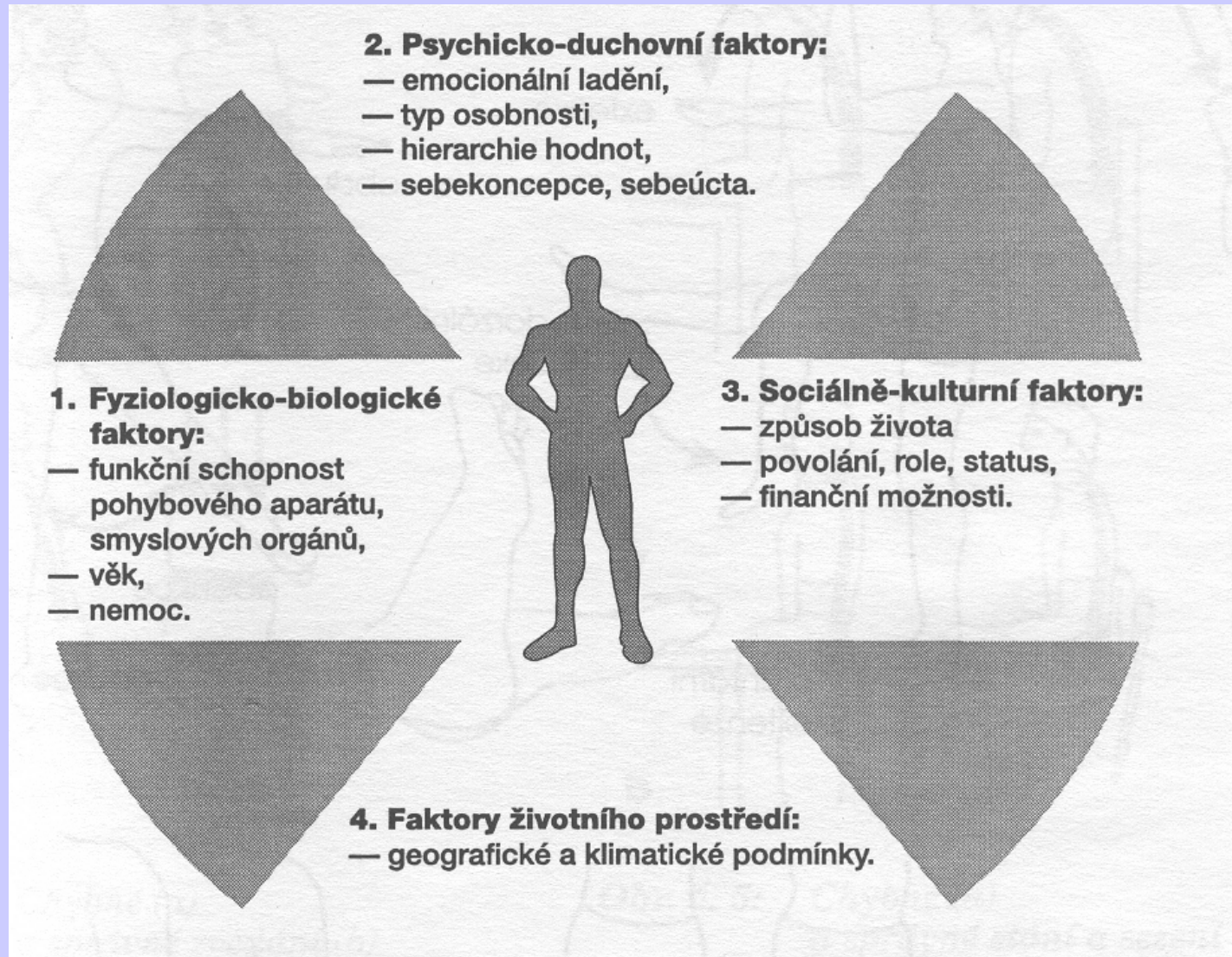
## 2. Manipulace s pacientem

### Pohybová aktivita na lůžku

Cílem manipulace se současnou aktivní účastí nemocného je dosažení lokomočních schopností opakovaným prováděním normálních pohybových projevů.

Předpokladem jejich správného provedení je převážně manuálně terapeutem vedený pohyb v prostoru a čase tak, aby byla udržena pasivní a aktivní kloubní pohyblivost, optimální rozložení svalového napětí při změnách poloh a pohybu vedoucí k plné funkční aktivitě.

# Faktory ovlivňující pohyb člověka



# Manipulace s pacientem

## Učíme a provádíme:

Posouvání, přesuny

Přetáčení (otáčení) ze zad na bok

Posazování, sed

Vstávání

Stoj

Chůze

# Manipulace s pacientem

**Průběh těchto pohybových aktivit je charakterizován :**

Přesným časovým zařazením pohybů hlavy, horních, dolních končetin a trupu do celkového pohybového projevu např. sedu

Přesným manuálním kontaktem na určitých místech těla nemocného (trup a jemu nejbližší klouby - ramena, pánev, kyčel), kterým podporujeme fyziologický pohyb

Přesným manuálním kontaktem (tlakem, tahem, vibrací... ), kterým inhibujeme nežádoucí pohybový projev

Přesným směrem, kterým vedeme pohyb

Opakováním těchto činností

# Manipulace s pacientem

Pohybovou aktivitu za spolupráce nemocného zaměřujeme určitým směrem, zařazujeme ji do funkčních aktivit běžného života.

Pohyb provádíme pomalu, v ose dané končetiny nebo celého lokomočního komplexu, dáváme čas nemocnému na prožití pohybu a jeho uvědomění, vyvarujeme se pohybu rychle provedenému a vyvolávajícímu bolest .

Kontrolu nad pohybovým provedením jmenovaných základních pohybových projevů získává nemocný soustavným opakováním těchto činností několikrát za den pod vedením ošetrovatelského týmu.

## **Vertikalizace a lokomoce – podporujeme:**

Kloubní pohyblivost jednotlivých segmentů a částí těla navzájem

Normální rozložení posturálního svalového napětí

Normální plynulý ekonomický pohyb, který nemocného nezatěžuje

Normální senzomotorické vjemy : symetrie, vzpřímení, rovnováha, zatížení, odlehčení, relaxace

Vlastní orientaci o tělesném schématu a zacházení s ním gnostické (rozeznávací) funkce

Svalovou sílu

Vytrvalost a celkovou tělesnou kondici (orientačně)

Normalizaci krevního oběhu

Prevence osteoporózy

Prevence vzniku degenerativních změn chrupavek, vaziva a kloubních pouzder

Zamezení vzniku heterotopických osifikací:

neurogenní heterotopická osifikace (NHO) - forma nové extraoseální ektopické kosti v měkkých tkáních v okolí kořenových i periferních kloubů u pacientů s neurologickým deficitem: nejčastěji u poúrazových stavů – nejčastěji u kyčelního kloubu, omezení rozsahu pohybu, otok měkkých tkání, periartikulární erytém, subfebrilie, bolest (u pacientů se zachovalým citím).



# 3. Péče o průchodnost dýchacích cest

Péče patří k základním pravidlům rehabilitačního ošetřovatelství - individuální spolupráce odborné sestry a fyzioterapeuta.

Péče o průchodnost dýchacích cest se zajišťují:

Inhalace a zvlhčování

Uvolňování hlenů a stimulace prohloubeného dýchání

Odsávání uvolněných hlenů

Manipulace a polohování pacienta s cílem volné a snadné ventilace

# Péče o průchodnost dýchacích cest

Volně průchodné dýchací cesty jsou podmínkou optimální ventilace pacienta.

Autočistící mechanismy dýchacích cest lze ovlivnit vnitřními a zevními faktory a je-li autoclearance hygieny dýchacích cest omezena či porušena, je nutné co nejdříve obnovit volnou průchodnost.

## **NE BUBLÁNÍ A NAFUKOVÁNÍ GUMOVÝCH RUKAVIC**

Respirační fyzioterapie:

Techniky hygieny dýchacích cest

Dechové trenažéry (individuální) – v pooperační a JIP péči:

inspirační – ovlivňují distribuci nadechovaného vzduchu - ventilaci

expirační – podporují expektoraci – prevence plicních komplikací

# *So many physio, so little time*



## 4. Péče o celkovou pacientovu kondici

Cíl: udržet pacienta v nejvyšší možné kondici – aktivní a pasivní pohyby

Prostředek: kondiční cvičení, aktivní cvičení

Pacient je provádí s fyzioterapeutem nebo po instruktáži cvičí aktivně:  
sám pacient, opakovaně v průběhu dne  
za dohledu ošetřujícího personálu několikrát za den

Pokud není pacient schopen aktivních pohybů, provádí fyzioterapeut pasivní pohyby či pohyby s dopomocí (asistované pohyby)

## Aktivní pohyby dělíme podle

7.1.1 svalové kontrakce  
svalové práce

izometrické

izotonické (izokinetické)

koncentrické

excentrické

7.1.2 energetické náročnosti

kyvadlové

švihové

tahové - vedené

a proti odporu





Obr. č. 5 - Pasivní pohyb do flexe v kyčelním a kolenním kloubu.



Obr. č. 12 - Pasivní pohyb v ramenním kloubu do flexe.  
Pohyb nad 90° je prováděn se souhybem lopatky.



Obr. č. 6 - Pasivní pohyb do flexe v kyčelním, kolenním a hlezenném kloubu.



# 5. Prevence tromboembolické choroby

Ke vzniku tromboembolických komplikací přispívá stáza v krevním řečišti, změny homeostázy a trombofilní změny stěny cév.

Prevence: polohování pacienta, jeho mobilizace a zlepšování návratu žilního proudu - bandážování CELÝCH DK.

Aktivní pohyby v kloubech:

hlezenní: cirkumdukce, flexe a extenze nohy,

kolenní: flexe a extenze, vždy spojeno s izometrickou kontrakcí svalů

kyčelní: rotační pohyby

Časová orientace: cvičení 1 min / hodinu

Cvičební přístroje: motomed, hrazdička, pružné tahy, činky, therabandy (různé tahové, pružné odpory)

## **6. Psychologický aspekt rehabilitačního ošetřovatelství**

V péči o pacienta platí: **trpělivost, vlídnost, laskavost.**

**velmi obtížné v běžném provozu a provozním shonu**

**Chválit. Chválit. Chválit.**

Povzbuzovat pacienta k další aktivitě/rehabilitaci.

Stagnuje-li zdravotní (fyzický) stav - pozitivní ladění, motivovat,  
podpora pacienta v samostatnosti, soběstačnosti a aktivitě

Etické chování – důvěra, upřímnost .....