

UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Bakalářská práce

2014

Helena Lorencová

**Univerzita Pardubice**  
**Fakulta zdravotnických studií**

**Rehabilitační ošetřovatelství**  
**Helena Lorencová**

**Bakalářská práce**  
**2014**

# **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Helena Lorencová**  
Osobní číslo: **Z10023**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Rehabilitační ošetrovatelství**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

## **Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :**

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**  
Seznam odborné literatury:


1. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L. Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství. vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN:978-80-247-4772-9.
2. KLUSOŇOVÁ, E. Ergoterapie v praxi, vyd.1 Brno: nakladatelství Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN: 978-80-7013-535-8.
3. KOLÉBOVÁ, J., KRATOCHVÍLOVÁ, J. Rehabilitujeme doma, vyd. 1 Brno: Moravskoslezský kruh, o. s., 2010. ISBN 978-80-254-7334-4.
4. KRISTINÍKOVÁ, J. Rehabilitace v ošetřovatelství, vyd.1 Ostrava: nakladatelství Repronis v Ostravě 2006. ISBN 80-7368-224-9.
5. PLEVOVÁ, I. A KOLEKTIV, Ošetřovatelství I., vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Martina Rabová**  
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. července 2014**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgf. Martina Jedlinská  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

**Prohlašuji:**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne.....

.....

Helena Lorencová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat Mgr. Rabové, která byla vedoucí mé bakalářské práce. Děkuji za cenné rady a volný čas, který mi věnovala. Dále děkuji nejmenované nemocnici, ve které mi umožnili provést výzkum. Další komu chci poděkovat, je vrchní sestra, staniční sestra, všechny sestry a další zdravotnický personál každého oddělení, které bylo nápomocno při sběru dat. A nakonec velmi děkuji rodině, která mi byla oporou.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá rehabilitačním ošetřovatelstvím. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou.

Teoretická část začíná úvodem do problematiky rehabilitačního ošetřovatelství, přičemž dále pokračuje kapitolou o rehabilitačním ošetřovatelství, kde jsou zmíněny prvky spadající do tohoto tématu. A nakonec teorie obsahuje kapitolu týkající se imobilizačního syndromu.

V praktické části se snažím zmapovat problematiku rehabilitačního ošetřovatelství pomocí dotazníkového šetření, čímž zjišťuji, zda nelékařský zdravotnický personál má povědomí o daném tématu. Dále mě zajímalo, zda se rehabilitační ošetřovatelství využívá v praxi a nakonec, zda nelékařský zdravotnický personál má zájem o další vzdělání v této problematice. Získané údaje byly statisticky vyhodnoceny.

Na základě zjištěných dat jsem uvedla doporučení pro praxi v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství.

## **Klíčová slova:**

Rehabilitační ošetřovatelství, mobilizace, vertikalizace, polohování, imobilizační syndrom

## **Title: Rehabilitation nursing**

### **Annotation:**

The bachelor thesis deals with rehabilitation nursing. The work is divided into two parts - theoretical and practical.

The theoretical part begins with an introduction to the issue of rehabilitation nursing, continues with a chapter on rehabilitation nursing, where the elements falling into this topic are mentioned. Finally, the theory contains a chapter on the immobilization syndrome.

In the practical part I try to map the problem of rehabilitation nursing through a questionnaire survey, which determines whether paramedical personnel are aware of the topic. Furthermore, I wonder whether the rehabilitation nursing is used in practice and ultimately whether paramedical personnel is interested in further education in this field. The obtained data were statistically evaluated.

Based on the data I mentioned the recommendations for practice in rehabilitation nursing.

### **Keywords:**

Rehabilitation nursing, mobilization, verticalization, positioning, immobilization syndrome



## Obsah

Úvod.....	13
Cíle.....	14
I Teoretická část.....	15
1 Úvod do problematiky .....	15
1.1 Rehabilitace .....	15
1.2 Ošetřovatelství.....	15
1.3 Holistický význam v moderním ošetřovatelství .....	15
1.4 Zdravotnické povolání.....	15
2 Rehabilitační ošetřovatelství.....	17
2.1 Vertikalizace.....	17
2.2 Mobilizace .....	20
2.3 Polohování.....	20
2.4 Kondiční cvičení.....	24
2.5 Soběstačnost .....	25
2.6 Vyprazdňování .....	26
2.7 Dechová gymnastika .....	26
2.8 Komunikace.....	27
3 Imobilizační syndrom .....	29
3.1 Kardiovaskulární systém .....	29
3.2 Dechový systém.....	29
3.3 Kosterní soustava.....	29
3.4 Pohybová soustava .....	29
3.5 Zaživací trakt.....	30
3.6 Močový systém.....	30
3.7 Kůže.....	30
3.8 Psychika.....	30
3.9 Nervová soustava.....	31
II Praktická část.....	32
Výzkumné otázky.....	32
Metodika .....	33
Analýza výsledků .....	34
Diskuze .....	58
Závěr .....	62

Soupis bibliografických citací .....	64
Seznam příloh .....	66

## Seznam příloh

### Obrázky

Obrázek 1 Graf využívaných prvků .....	36
Obrázek 2 Graf pracovní náplně sester .....	37
Obrázek 3 Graf uplatňování prvků rehabilitačního ošetřovatelství.....	38
Obrázek 4 Graf používaných prvků .....	39
Obrázek 5 Graf začlenění prvků rehabilitačního ošetřovatelství v péči o pacienty .....	41
Obrázek 6 Graf zlepšení celkového stavu pacientů .....	42
Obrázek 7 Graf dostatku pomůcek.....	43
Obrázek 8 Postrádané pomůcky na oddělení .....	44
Obrázek 9 Graf spolupráce v rehabilitačním ošetřovatelství .....	45
Obrázek 10 Graf spolupráce rodiny .....	46
Obrázek 11 Graf úrovně rehabilitačního ošetřovatelství.....	47
Obrázek 12 Graf zkvalitnění péče.....	48
Obrázek 13 Graf záznamu v ošetřovatelské dokumentaci .....	49
Obrázek 14 Graf dostatečných znalostí.....	50
Obrázek 15 Graf získaných znalostí z rehabilitačního ošetřovatelství.....	51
Obrázek 16 Graf zájmu o získání nových znalostí.....	52
Obrázek 17 Graf pohlaví.....	53
Obrázek 18 Graf délky praxe .....	54
Obrázek 19 Graf věku respondentů.....	55
Obrázek 20 Graf dosaženého vzdělání.....	56
Obrázek 21 Graf používání bazální stimulace .....	57
Obrázek 22 Poloha vleže A.....	70
Obrázek 23 Poloha vleže B.....	70
Obrázek 24 Poloha na zdravém boku.....	71
Obrázek 25 Poloha na postiženém boku .....	71
Obrázek 26 Poloha na břiše.....	72
Obrázek 27 Posazení pacienta.....	73
Obrázek 28 Příprava na stoj .....	73
Obrázek 29 Přemístění na židli .....	74

### Tabulky

Tabulka 1 Tabulka definice rehabilitačního ošetřovatelství .....	34
--	----

## **Seznam zkratk**

TK – krevní tlak

DK – dolní končetina

ADL – Activities of daily living

IADL – Instrumental activities of daily living

WC – toaleta

TV – televizor

TEP – totální endoprotéza kloubu

## Úvod

Rehabilitační ošetřování je aktivní ošetřování, přičemž sestra všemi dostupnými prostředky zamezuje vzniku komplikací a sekundárních změn. Sestra denně spolupracuje s rehabilitačními pracovníky. Cílem rehabilitace je udržení a zvýšení životní aktivity, schopnosti sebeobsluhy, soběstačnosti a nezávislosti na pomoci druhé osoby, proto má vhodně zvolená a prováděná rehabilitace velký význam. (Piecková Palata, 2012)

Teoretická část se zaměřuje na rehabilitační ošetřovatelství, z jakých slov se skládá. Dále je zmíněno polohování, vertikalizace, mobilizace, což jsou nejdůležitější složky rehabilitačního ošetřovatelství. Dále do této problematiky spadá dechová gymnastika, kondiční cvičení, komunikace a jiné. Další samostatnou kapitolu tvoří imobilizační syndrom, který je velmi důležitý z důvodu absence dekubity.

Praktická část obsahuje otázky z oblasti této problematiky. Zajímala mě otázka, zda nelékařský zdravotnický personál má o rehabilitačním ošetřovatelství povědomí. Poté jsem se dotazovala na používání rehabilitačního ošetřovatelství v praxi. A nakonec jsem zjišťovala, zda nelékařský zdravotnický personál má zájem dalšího vzdělávání v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství. Vše bylo zjištěno dotazníkovým šetřením, kde nelékařský zdravotnický personál odpovídal na 23 otázek z různých oblastí.

Na základě zjištěných dat bylo uvedeno doporučení pro praxi v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství.

## **Cíle**

1. Zmapovat problematiku rehabilitačního ošetřovatelství pomocí dotazníkového šetření.
2. Zjistit, zda nelékařský zdravotnický personál má povědomí o rehabilitačním ošetřovatelství.
3. Zjistit, zda nelékařský zdravotnický personál používá rehabilitační ošetřovatelství v praxi.
4. Zjistit, zda nelékařský zdravotnický personál má zájem o vzdělávání v rehabilitačním ošetřovatelství.
5. Uvést doporučení pro praxi v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství.

# I Teoretická část

## 1 Úvod do problematiky

### 1.1 Rehabilitace

Slovo rehabilitace pochází z latinského slova **habilitas**, které znázorňuje obratnost, ohebnost, zdatnost a schopnost. Předpona **re** znamená navrácení předešlého zdravotního stavu. (Kristiníková, 2006)

Rehabilitace je chápána jako celospolečenský proces, který představuje koordinační činnost všech složek společnosti. Cílem je zařadit nemocného do aktivního společenského života, přičemž je řešena úroveň zdravotní, sociální, kulturní, ekonomická, pracovní atd. (Klusoňová, 2011)

### 1.2 Ošetřovatelství

Tento termín definuje ošetřovatelskou péči jako: „*Soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi*“. (Plevová, 2011 str. 60)

### 1.3 Holistický význam v moderním ošetřovatelství

V ošetřovatelství je péče zaměřena na bio-psycho-sociální stránku, tedy přístup z celkového hlediska a ne jen z hlediska nemoci nebo porušení části těla nebo funkčnosti.

Sestra uspokojuje všechny potřeby člověka, a to fyzické, duchovní, emociální, kognitivní a sociální potřeby zdravých nebo nemocných lidí, jelikož péče je zaměřena na celek a ne jen na nemoc nebo nemocnou část pacienta. (Plevová, 2011)

### 1.4 Zdravotnické povolání

Práce ve zdravotnictví je velmi náročná, a proto odpovídá přísným kritériím, které jsou vymezené zákonnými a podzákonnými normami. Tato práce je uváděna jako regulované povolání. Mezi regulovaná povolání patří profese, které mohou být v přímém ohrožení zdraví nebo na životě jiných osob, například lékař, zubní lékař, farmaceut, porodní asistentka a všeobecná sestra. (Plevová, 2011)

Všeobecná sestra nebo porodní asistentka se řídí určitými normami: „*Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu*

*nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů“ (Plevová, 2011 str. 63)*

Dále se řídí podle Věstníku MZ ČR č. 9/2004, který určuje koncepci ošetrovatelství. Vyhláškou č. 4/2010 Sb., je určen kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu jiného zdravotnického personálu, Vyhláškou č. 55/2011 Sb., jenž stanovuje činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborníků, Vyhláškou č. 413/2006 Sb., která vylučuje zdravotnickou způsobilost k vykonávání povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta a dalších pracovníků ve zdravotnictví. Určuje druhy, četnost a obsah lékařských prohlídek a náležitosti lékařských posudků. Tyto zákony a vyhlášky jsou všeobecné pro obory, které rehabilitační ošetrovatelství vykonávají. (Plevová, 2011)



## **2 Rehabilitační ošetřovatelství**

Rehabilitační ošetřovatelství je součástí ošetřování nemocných, přičemž zamezuje vzniku imobilizačního syndromu, deformitám a kontrakturám svalů a šlach. Do rehabilitačního ošetřovatelství spadá vertikalizace, mobilizace a polohování. Při provádění rehabilitačního ošetřovatelství je kladen důraz na imobilizační syndrom a soběstačnost. Rehabilitační ošetřovatelství je děleno na pasivní a aktivní, přičemž mezi pasivní patří polohování a pasivní pohyby. Naopak mezi aktivní formy rehabilitačního ošetřovatelství se řadí dechová gymnastika, vertikalizace, nácvik chůze, nácvik soběstačnosti a sebeděče, kondiční cvičení a obnova komunikačního procesu. (Rozsypalová, 2002)

### **2.1 Vertikalizace**

Dojde-li ke zlepšení stavu pacienta, nemocný je veden postupně k větší pohyblivosti a samostatnosti. To znamená, že je organismus pacienta zatěžován při nacvičování sedu, stoje a chůze. V tomto období je nemocný sledován, aby nenastaly komplikace způsobené náhlou změnou polohy. Pacienti dlouhodobě upoutáni na lůžku mívají naordinované měření krevního tlaku (dále jen TK) a pulsu, před nácvikem sedu, stoje, chůze, bývají předepsané i bandáže dolních končetin. (Rozsypalová, 2002)

Posazování na lůžku je prováděno mnoha způsoby, například posazovat lze s nataženými dolními končetinami nebo naopak bérce jsou spuštěné z postele dolů, anebo může být posazován paretický pacient. Posazování na lůžku s nataženými dolními končetinami se provádí tak, že se pacient posadí sám pomocí polohovacích pomůcek, přičemž sestra pouze dopomůže, čímž nemocný zaujímá polohu fowlerovu, což je poloha se zvýšenou horní polovinou těla. Při této poloze jsou dolní končetiny a kolena vypořádány molitanovými válci nebo podložkami. Pokud pacient sedí se spuštěnými dolními končetinami z postele, je nutné provést bandáž dolních končetin, přičemž při provádění této polohy sestra pouze nemocnému dopomáhá. Pod lůžko pacienta jsou připraveny schůdky. U pacientů s parézou se polohuje přes postiženou nebo zdravou stranu, kdy pacient spolupracuje. (Rozsypalová, 2002)

Po zvládnutí sedu na lůžku, přemístíme pacienta z lůžka na židli tak, že sestra uchopí pacienta kolem pasu na zdravé straně, přičemž sama stojí na straně postižené. Uchopí rameno

pacienta, dá ho kolem svých ramen a přidržuje horní končetinu za zápěstí. Dále je nezbytné dávat pozor, aby pacientovi nepokleslo koleno. Tomu zabráníme udržením kolena v extenzi (natažení). Nemocný bude poučen, aby se podpíral o opěradlo židle. Po přesunu na židli je nezbytné, aby sezení bylo správné, tzn. mít záda opřena o opěradlo a dolní končetiny v pravém úhlu, přičemž jsou horní končetiny podloženy. Často bývá dopomoc sestry při vstávání nemocného z lůžka nepostradatelná. (Rozsypalová, 2002)

Příprava na stoj je zaměřena na výcvik funkčnosti horních končetin, které bývají potřeba při odlehčování váhy pacienta při chůzi o berlích. Proto jsou důležité vzporové cviky, kdy se pacient snaží vzepřít o horní končetiny na posteli, nebo naopak se přitahuje k hrazdičce, posouvá se po lůžku nebo může nadlehčovat pánev. Stimulují se i plosky nohou, které jsou také potřebné při chůzi, přičemž nezapomínáme ani na prevenci vzniku dekubitů, kožních defektů a otlaků, spasmu končetin, které bývají velmi důležité u cévních mozkových poruch. (Kristiníková, 2006)

Po zvládnutí sedu přestoupíme na stoj. Pacienta nejdříve posadíme na lůžku a zjistíme, zda se mu nemotá hlava nebo zda pacient necítí nevolnost. Po 15 minutách začneme vstávat tak, že sestra stojí na postižené straně a uchopí nemocného kolem pasu, čímž vznikne větší stabilita. Pokud je pacient nejistý, uchopí sestru kolem ramen a ona ho přidrží kolem pasu. Chceme-li dosáhnout snazšího udržení rovnováhy, provedeme stoj o širší bázi, kdy se pacient přidrží postele, židle, hole nebo berle. Abychom udrželi pacientovu rovnováhu, nacvičujeme s nemocným přenášení váhy z jedné strany na druhou, do stran, dopředu a dozadu. (Rozsypalová, 2002)

Při nácvičku stoje může nastat jedna z nejčastějších komplikací - ortostatická hypertenze. Vzniká při náhlé změně polohy, kdy dojde k rychlému odtoku krve z hlavy a tím dočasně k nedostatečnému prokrvení mozku. Dalšími příčinami kolapsu jsou dehydratace, hypoglykémie, srdeční arytmie, onemocnění centrální nervové soustavy. (Kristiníková, 2006)

Další velmi důležitou fází vertikalizace je chůze. Pokud nemocný ztratí schopnost chůze, mohou se objevit změny v jeho chování. Jsou to především depresní stavy, proto podporujeme snahu k navrácení chůze, která je pro pacienta nezbytná. U chůze se jedná o střídavý cyklický pohyb dolních končetin, který je doprovázen souhrou horních končetin. Střídají se zde intervaly fáze stojné a kročné, kdy je důležité, aby byla zachována dostatečná svalová síla a opěrné funkce dolních končetin. Chůzi dělíme na chůzi s plnou zátěží a částečným odlehčením. Chůze je dále

rozdělována s pomocí pomůcek na chůzi dvoudobou, třídobou a čtyřdobou. Kdy dvoudobá chůze je taková, že jdou obě berle a poté postižená končetina současně se zdravou. U třídobé chůze jsou kladeny berle, pak jde postižená končetina, a potom přesun zdravé končetiny. Čtyřdobá chůze přesouvá nejdříve jednu berli, poté druhou berli a za berlemi je kladena postižená končetina a nakonec končetina zdravá. K chůzi používáme francouzské berle, podpažní hole, pultová chodítka, čtyřkolové chodítka, chodítka bez koleček, protiskluzové gumové nástavce na hole, pětilhroté protiskluzové nástavce na hole nebo berle, vycházkovou hůl, madla a opěrky. Při chůzi stojí sestra vždy na oslabené straně pacienta, čímž je pro nemocného zajišťována větší bezpečnost. Pacient se učí s fyzioterapeutem podle rozsahu předepsané zátěže dolní končetiny. (Kolébová 2010; Kristiníková, 2006; Rozsypalová, 2002; Řezaninová, 2012; Schuler, 2010)

U chůze se vyskytují i chyby, kterým je nutné předcházet. Především se jedná o vytáčení anebo špatné kladení chodidla. Dále nedostatečné nebo naopak nadměrné zatěžování nemocné končetiny, nestejná délka kroků, kdy pacient dělá dlouhý krok nemocnou končetinou a naopak zdravou krok krátký. Další častou chybou bývá, že pacient chodí shrbený. Dále není vhodné se zavěšovat do podpažních berlí v podpaží, jelikož hrozí poškození axilárního plexu, a naopak není správné mít ramena až do výše uší. Tyto chyby jsou způsobeny špatně nastavitelnou výškou berlí. (Řezaninová, 2012)

Odlíšná chůze je u pacientů s amputovanou dolní končetinou, kde záleží na věku a stavu pacienta, ale také na oprotézování pacienta. Tato léčba je nejvýhodnější a nejrychlejší. Podmínkou oprotézování je nutné zhojení a správné vytvarování amputačního pahýlu. Je nutné zvážit energetickou náročnost chůze. Pacient se naučí mechanismu chůze, manipulaci a údržbu protézy, zvládnání chůze po nerovném terénu. Následně se pacient učí chůzi po schodech, kdy nejdříve nacvičujeme chůzi do schodů, po zvládnutí chůze do schodů přejdeme na chůzi ze schodů, která bývá těžší. (Kristiníková, 2006)

Technika chůze do schodů probíhá kladením zdravé končetiny, která je následována nemocnou končetinou a nakonec jdou obě berle, přičemž je zajištěna lepší stabilita při případném pádu. Chůze ze schodů se provádí odlišným způsobem, kdy nejdříve klademe obě berle, poté nemocná dolní končetina (dále DK) a nakonec zdravá DK, přičemž berle plní stejnou funkci stability a zábrany při možném pádu. (Řezaninová, 2012)

## **2.2 Mobilizace**

Nejčastěji mobilizaci využíváme u pacientů s nervovým poškozením, kdy chceme dosáhnout nejrychlejší a nejekonomičtější cestou optimálního výsledku, přičemž se snažíme zabránit vzniku dalších komplikací, například trombóza, kontraktury a jiné. (Kristiníková, 2006)

Nejdůležitější jsou pro fyzioterapeuta kontraktury, jelikož je nezbytné s končetinami ve fyziologickém rozsahu několikrát denně pohybovat. Pohyby lze provádět pasivně, aktivně nebo pouze s dopomocí sestry. (Kristiníková, 2006)

Je zde snaha docílit nejrychlejší cestou stability pacienta v sedu, potom přejdeme na stoj a nakonec je další fáze mobilizace chůze, kterou provádíme nejdříve s dopomocí sestry nebo případně na vozíku, což je ovlivněno individuálním stavem pacienta. (Kristiníková, 2006)

Důležitý pojem je imobilita. Jedná se o stav přechodné či trvalé ztráty pohybových schopností. Imobilitu rozlišujeme na trvalou, přechodnou nebo dlouhodobou. Trvalá imobilita je stav, ke kterému dochází po závažné nemoci nebo po úrazu, kdy nastane výpadek motorických funkcí, které mohou být různého rozsahu a stupně závislosti, což je zpravidla ovlivněno věkem, konstitucí, rozsahem postižení a jeho závažností. Dlouhodobá imobilita je příčinou závažného a dlouhodobého onemocnění. Naopak krátkým a vynuceným klidem na lůžku bývá způsobena přechodná imobilita, nezapomínáme ani na imobilizační syndrom, který je více rozepsán níže. (Kristiníková, 2006)

## **2.3 Polohování**

Polohování je uložení pacienta do správné polohy, při které zabraňujeme vzniku komplikací. Zaměřujeme se na antalgické polohy, které si pacient vybere sám, a u nichž pociťuje nejmenší bolest. Nevýhoda těchto poloh je, že málokdy jsou tyto polohy fyziologické, a proto nám mohou vzniknout sekundární změny, které postihují nejčastěji pohybový systém. (Kristiníková, 2006)

Dalším typem polohování je polohování preventivní, kdy chceme zabránit vzniku komplikací. Mezi preventivní polohy patří antidekubitní, kterými chceme zabránit vzniku dekubitů na predilekčních místech, což jsou místa nejvíce ohrožena vznikem dekubitů. Sem řadíme polohy zabraňující vzniku kontraktur, kdy je kloub s omezením pohyblivosti nebo polohy proti vzniku otoků a žilních komplikací. Tomu zabráníme zvýšeným postavením končetiny,

kterým podpoříme zlepšený odtok tekutin z dané oblasti, a tím se snižuje riziko vzniku edémů, často doplněno bandážováním končetin a cévní gymnastikou. Výjimka je polohování u kompartment syndromu, kdy zvýšená poloha je nejvýše do úrovně srdce. Dále mezi preventivní polohy řadíme polohy proti spasticitě, na které dáváme pozor u pacientů s postižením nervové soustavy, kde dochází vlivem narůstání svalového napětí k typickému postavení končetin. Tímto polohováním se snažíme snížit nefyziologické postavení končetiny. Další typy poloh jsou polohy korekční a regresní. (Kristiníková, 2006)

Polohovací pomůcky jsou důležité pro správnou polohu těla pacienta. V dnešní době máme různé druhy a typy pomůcek. Například polštáře, podložky, molitanové proužky a moderní či speciální polohovací pomůcky, které mohou kopírovat polohu a tvar pacienta. K dosažení polohy používáme i ortézy. Pro polohování pacienta je důležitý dostatek pomůcek, abychom uložili pacienta do správné a smysluplné polohy. Měníme polohy pacienta během dne po 2 - 3 hodinách, v noci po 3 - 4 hodinách. Střídáme polohy na zádech, bocích a břichu, což je velmi důležité k zabránění vzniku dekubitů. U paretického pacienta bývá noční stolek na postižené straně těla. Polohu uvedeme vždy dle stavu pacienta. (Kristiníková, 2006)

K polohování je důležité používat i další možné pomůcky, například postranice, antidekubitní matrace, žebříčky, pojízdné zvedáky a jiné. (Kolébalová, 2010)

Při polohování dbáme na správné postavení kotníků, DK, kyčelních kloubů, dbáme i na polohu horní končetiny. (Kolébalová, 2010)

Nejčastější poloha je fowlerova, kterou aplikujeme po operaci srdce nebo hrudníku, také po operacích břicha, mozku, štítné žlázy, při chorobách srdce nebo při čtení a podávání stravy. Jedná se o polohu v polosedě nebo sedu na lůžku, kdy je zvednutá horní část těla a nohy opřené o bedničku. Může být nízká, kdy je úhel zvednutí na 45° nebo vysoká s úhlem 90°, čímž se zlepšuje plicní ventilace, a proto ji aplikujeme převážně po výše zmíněných operacích. (Kristiníková, 2006; Zouharová, 2010)

Další polohou je ortopnoická, kterou používáme při srdečním selhání, dušnosti nebo jiném respiračním onemocnění. Tuto polohu nejčastěji pacient vyhledává sám. Sedí na lůžku či židli, opírá se o podložku, je v předklonu a horní končetiny se podepírají o židli, pelest postele nebo stolek, což zlepšuje dýchání. (Kristiníková, 2006; Zouharová, 2010)

Poslední je trendelenburgova poloha, kdy se hlava pacienta dostane níže než DK, která je provedena náklonem lůžka na 15 – 30°. Tato poloha vede ke zlepšení prokrvení mozku, odlehčení DK, proto se používá při operaci prostaty, močového měchýře, v gynekologii u rizika předčasného porodu. Naopak zhoršuje plicní ventilaci a zvyšuje nitrolební tlak. (Kristiníková, 2006; Zouharová, 2010)

Vhodné polohy jsou vleže, vsedě nebo ve vzpřímeném stoji a vzpřimování z lehu nebo ze sedu. Polohovat vleže lze na boku, na zádech nebo na břiše. (Véle, 2006)

Polohy máme pasivní a aktivní. Mezi pasivní polohy řadíme takové, které pacient nedokáže zaujmout sám. Cílem pasivních poloh je udržení fyziologického rozsahu v kloubu, čímž selepší krevní a lymfatický oběh, přičemž vzniká pozitivní vliv na trofiku zejména u dlouhodobě ležících pacientů, zajištěním fyziologické délky vazů, svalů a šlach. Pohyb nemocného nesmí nikdy bolet. Polohy aktivní jsou takové, které si pacient zaujme během dne sám. (Kristiníková, 2006)

Můžeme zařadit i kondiční cvičení, které podpoří u pacienta látkovou výměnu, urychlí regeneraci pochodů ve tkáních, odstraní nebo zamezí zmenšeného pohybu v kloubech. (Rozsypalová, 2002)

Důležité je správné polohování. Poloha vleže na zádech je velmi často asymetrická, a proto se snažíme srovnat asymetrii k normě, kdy horní končetinu vypoďložíme velmi často polštářem, který vložíme až pod rameno. Dolní končetinu podďložíme pod sedacím hrbolem nebo pod celou pánví a pod koleno vložíme menší polštářek, čímž zajišťujeme menší flexi střídavě s extenzí, přičemž vypoďložíme i nohy, aby paty byly ve vzduchu, viz příloha B. (Kristiníková, 2006)

Při poloze na zdravém boku je postižená končetina před tělem na polštáři ve flexi a mírné abdukci od těla. Postiženou dolní končetinu položíme před tělo na polštář, kde je kyčelní a kolenní kloub v lehké flexi, koleno a kyčel dáme do jedné roviny s pánví. Hlava je ve stejné ose jako celé tělo, přičemž celé tělo podďložíme více dopředu, viz příloha C. (Kristiníková, 2006)

Poloha na postiženém boku je taková, kdy pacienta natočíme mírně vzad, tak aby nikdy neležel na postižené končetině, aby nevznikl syndrom bolestivého ramena. Rameno lehce vytočíme v mírné flexi a rotaci, naopak loket by měl být natažen s dlaněmi vzhůru. Koleno je

lehce pokrčeno. Dáváme pozor, aby nepostižená horní končetina byla položena na trupu, viz příloha C. (Kristiníková, 2006)

Poloha na břicho se provádí tak, že má pacient hlavu otočenou na zdravé straně a leží na břicho, přičemž dolní končetiny zaujímají polohu v mírné extenzi a flexi. Horní končetiny jsou odtažené od těla a mohou být také v extenzi či flexi. Tato poloha se neprovádí u starších lidí či onemocnění srdce, vidíme v příloze D. (Kristiníková, 2006)

Manipulace do sedu je prováděna přes bok tak, že spustíme dolní končetiny přes okraj lůžka a se vzepřením pacienta o horní končetinu, zobrazeno v příloze E. (Kristiníková, 2006)

Manipulace při přemístění z lůžka na židli pomocí přechodné fáze stoje. Židli umístíme těsně k lůžku pacienta. Přemístíme pomocí rotace, čímž provádíme fixaci v úrovni pánve, taktéž zobrazeno v příloze E. (Kristiníková, 2006)

V polohování pacienta je také důležité myslet na dekubity, které vznikají dlouhodobým působením tlaku, tření a střížné síly. Na hodnocení stupně rizika vzniku dekubitů používáme různé stupnice. Nejpoužívanější stupnicí je stupnice dle Nortonové, která se zabývá těmito oblastmi: schopností spolupráce, věkem, stavem pokožky, fyzickým stavem, dalším onemocněním, stavem vědomí, aktivitou, pohyblivostí a inkontinencí. Riziko je při dosažení 25 bodů a méně. Další používaná stupnice je Waterlowa, která se začala používat roku 1985. Stupnice se zabývá těmito oblastmi: pohlavím, věkem, stavbou těla, pohyblivostí, výživou, stavem kůže a nakonec kontinencí. Proto musíme vědět, zda nebyly nějaké velké operační výkony a zda nejsou další speciální rizika, jako je například kouření, astma a jiné. Nakonec nás zajímá medikace pacienta a neurologické nemoci. Čím vyšší je hodnocení, tím vyšší riziko dekubitů vzniká. Poslední používanou stupnicí je Bradenova škála, která vznikla roku 1992, jenž se zabývá oblastmi senzitivního vnímání, vlhkosti pokožky, aktivity, mobility, výživy, tření a střížné síly, přičemž riziko bývá u dosažení méně než 16 bodů. (Minaříková, 2008; Grofová, 2010; Šafránková, 2006; Mikšová, 2006)

Nezbytná je dostatečná hygiena, masáže, polohování, správná a dostatečná výživa, a také ochrana před poškozením kůže, což je prevence vzniku dekubitů. (Hojení ran, 2013)

Rozeznáváme 4 stupně vzniku dekubitů. První stupeň se projeví zarudnutím pokožky, pokud tlakem působíme na zarudlé místo, pokožka zůstane stále zarudlá. Druhý stupeň nastává při vzniku menšího výrůstku, spíše puchýřku, postižené místo bolí. Třetí stupeň není bolestivý,

a proto je velmi nebezpečný, pronikne až ke svalu. A u posledního čtvrtého stupně se objevuje zánět kosti, kloubů a dochází k odumření části kůže. (Hojení ran, 2013)

Ohrožená místa dekubity nazýváme predilekční, což jsou oblasti, kde působí tlak proti kosti. Proto nejvíce postihují sedací kosti, paty, sakrální oblast, vnější kotníky a oblast nad kyčelními výčnělky. Proleženiny léčíme odstraněním nekrózy, odstraněním infekce a podporou hojení, která se v dnešní době provádí moderním obvazovým materiálem. (Hojení ran, 2013; Grofová, 2010)

První co nás zajímá je stav rány, kterou hodnotíme a převazujeme. Poté stanovíme plán polohování, který bývá velmi důležitý, přičemž dbáme u pacienta na dostatečnou hygienu. Provedeme edukaci pacienta i jeho rodiny na použití pomůcek proti dekubitům, aby byla prevence vzniku proleženin dostatečná, hodnotíme nutriční stav pacienta. (Grofová, 2010)

Nejčastější chyby při vzniku dekubitů spočívají v nesprávném hodnocení rizika vzniku, použití nesprávné matrace anebo absence jakéhokoliv opatření při objevení se 1. stupně dekubitu, což je zarudnutí kůže. (Grofová, 2010)

## **2.4 Kondiční cvičení**

Kondiční cvičení rozvíjí a udržuje pohybové schopnosti. Zabývá se rozvojem rychlosti, vytrvalosti, síly a koordinačních schopností. Cvičíme 1-2krát denně po dobu 10 – 15 minut, kdy cvičíme v lehu, sedu a stojí. Cvičení probíhá ve vyvětraném pokoji, nejlépe ráno. Ke kondičnímu cvičení používáme následující pomůcky: složené ručníky, tyč, molitanové míčky, overbally, gymnastické míče, posilovací gummy a jiné. Náročnost záleží na stavu pacienta. (Rozsypalová, 2002; Kolébalová, 2010; Sport pro zdraví, 2013)

Během kondičního cvičení nesmíme zapomínat na cévní gymnastiku, což je náplň žilního systému, kterou preventivně procvičujeme, přičemž dochází k zapojení svalové pumpy, čímž podpoříme návrat žilního obsahu z dolních končetin. Jedná se o soubor aktivních pohybů dolních končetin. (Vinš, 2013)

Cviky bývají jednoduché a pacient je procvičuje samostatně. Pohyb se podílí na udržení a zlepšení stavu poškozené periferní cirkulace, proto je důležité cvičit podle schopností pacienta a rozsahu jeho onemocnění. Cílem cvičení je zabránit oslabení svalstva, posílit již oslabené svalstvo a zvýšení enzymatické změny v ischemickém svalstvu. (Vinš, 2013)



Počet cviků stanovíme podle specifického zátěžového testu, což ovlivňuje stav onemocnění, přičemž se provádějí různé cviky, například dřepy a podřepy, výstupy na špičky, ohýbání nohy v kotníku, kroužení nohy v kotníku, přitahování kolena k břichu a výstupy na schůdek. Pacient provádí cviky až do bodu bolesti, poté následuje pauza. Cvičení probíhá 2-3krát za den, cvičíme vleže, ve stoji a vsedě. (Vinš, 2013)

## **2.5 Soběstačnost**

Soběstačnost je schopnost co nejdříve zvládat denní činnosti, které pacient potřebuje ke svému životu. Aby sestra pacientovi pomohla v soběstačnosti, musí mít tyto vlastnosti: trpělivost a dostatek času. Vhodné je pacienta motivovat a aktivizovat k vykonání činnosti. Fyzioterapeut nebo ergoterapeut zhodnotí schopnosti nemocného a poté určí činnosti, které může pacient vykonávat sám a zmíní, kdy je vhodná dopomoc sestry nebo pouze její dohlížení. (Rozsypalová, 2002)

Soběstačnost hodnotíme pomocí různých testů. Nejznámější je test denních činností podle Barthelové (dále jen ADL) a test instrumentálních denních činností (dále jen IADL). U testu ADL posuzujeme toaletu, jídlo, oblékání, vzhled zevnějšku, pohyblivost a koupel, proto se doporučuje hodnocení indexu podle Barthelové vyplňovat až po dvoudenní hospitalizaci. Tento index se zakládá na pozorování pacienta. Maximální počet bodů, kterých může nemocný dosáhnout je 100. Podle hamburského manuálu obsahuje test Barthelové 10 oblastí, ve kterých pacient dosahuje 10, 5 a 0 bodů, kdy některé oblasti jsou hodnocené i 15 body, podle obtížnosti. IADL je test podle Lawsona. Tato stupnice se používá k průběžnému sledování, přičemž posuzujeme 8 oblastí, které by měl pacient ve své soběstačnosti zvládnout. Každá oblast je hodnocena číslem 1, a tak nemocný dosáhne maximálně 8 bodů. (Hudáková, 2013; Schuler, 2010)

Důležité je vést pacienta k osobní hygieně. Dohlížíme na denní režim a podporujeme potřebu ranní a večerní hygieny. (Rozsypalová, 2002)

Mezi pomůcky k osobní hygieně řadíme sedačky, stoličky, toaletní křesla, podložní mísy, nástavce a madla na WC. Dále používáme protiskluzové podložky a různě prodloužené mycí houby. (Kolébalová, 2010)

Oblékání a svlékání s pacientem nacvičíme, pokud používá jednu končetinu. Nemocného naučíme, že se nejdříve obléká končetina s menším rozsahem pohybu a poté více pohyblivá

končetina. Doporučíme i vhodné pomůcky na usnadnění oblékání, například dlouhá obouvátka, navlékače punčoch, zapínače knoflíků a jiné. (Rozsypalová, 2002)

Nemocného vhodně posadíme a vše potřebné připravíme k ruce. Pacient vše vykonává sám, přičemž sestra dohlíží a případně dopomůže. I k soběstačnosti u jídla používáme pomůcky, což mohou být různé úpravy talířků, hrnků, příborů, ale i k dispozici máme drtiče, půličky léků, otvíráky sklenic, držák horkých talířů, navlékač ponožek, nastavitelné stoličky nebo podavače předmětů. (Kolébalová, 2010; Rozsypalová, 2002)

Domácí práce se s pacientem nacvičují na rehabilitačním oddělení, které je pro tyto činnosti vybaveno. Pacient se učí stlát postel, otevírat konzervy, krájet chleba, manipulovat s nádobím a další činnosti. Tak jako k oblékání, tak i k těmto činnostem existují pomůcky, které seženeme v některých zdravotnických zařízeních. Další činnosti, které pacient ve své sebeobsluze bude potřebovat je například telefonování, psaní a jiné. (Rozsypalová, 2002)

## **2.6 Vyprazdňování**

V oblasti vyprazdňování stolice a moči hodnotíme soběstačnost pacienta a podle toho mu poskytujeme pomoc. Každý den sledujeme četnost, charakter stolice a močení. Po vyprázdnění zajistíme dostatečnou hygienu genitálií. (Slezáková, 2012)

Pro rehabilitační ošetřovatelství je důležitým faktorem i vznik zácpy, která je způsobena vlivem imobilizace. Následkem zácpy bývá retence moči, inkontinence stolice nebo moči, a proto vyprazdňování sledujeme. Naučíme pacienta vhodnou defekaci, což je prevence před vznikem zácpy, tím že nemocný doplní během dne do těla dostatek vlákniny a tekutiny. Pacienta dostatečně motivujeme k pohybu, jestliže mu to zdravotní stav umožní. Pokud i nadále zácpa setrvává, léčíme ji laxativy. Když ani poté se pacient nevyprázdní, řešíme tento problém dále. (Marková, 2010)

## **2.7 Dechová gymnastika**

Dýchání je velmi důležité i pro rehabilitační činnost. Dechová gymnastika vyjadřuje soubor fyzioterapeutických technik, které se nejčastěji používají pro chronické nemoci plic, nemoci srdce nebo po operacích hrudníku a dutiny břišní, problém může mít i zcela zdravý jedinec. Dechovou rehabilitaci dělíme na statickou, dynamickou a mobilizační, přičemž se využívá dechových svalů, pohybů dolních a horních končetin a trupu. Záleží na poloze pacienta,

vertikální a horizontální. Dechovou gymnastiku lze provádět vleže, sedu i ve stoji, kdy je důležitý kontakt s hrudníkem. Vhodná je i hygiena dýchacích cest, proto někdy potřebujeme odsát dýchací cesty nebo odstranit jiné překážky v dýchání. (Kristiníková, 2006; Medlicker, 2013)

Cílem dechové gymnastiky je podpořit rozpuštění a odchod sekretu, usnadnit odkašlávání nebo posilování dechového svalstva. (Schuler, 2010)

Správným dýcháním nazýváme typ bráničního dýchání, když se zapojí bránice, což je nejdůležitější sval dýchacího systému. Zapojíme i svaly pánevního dna a hluboké břišní svalstvo. Těmito svaly vytvoříme nenahraditelnou podporu pro správné a bezbolestné držení těla, což nejlépe naučíme pacienta vleže. Položíme jednu ruku na hrudní kost a druhou ruku položíme na spodní okraj žeber tak, že prsty nám spočinou na břiše a ramena s hrudníkem spustíme dolů. Začneme nádechem nosem, kdy se hrudní kost zvedne minimálně a žebra se roztáhnou dopředu, dozadu i do stran, přičemž vydechneme ústy. Pokud to ze začátku nepůjde, dáme obě ruce na spodní část žeber a pozorujeme oddálení prstů při nádechu. (Medlicker, 2013)

Pacienta s touto technikou seznámíme v nemocnici nebo ambulantně při fyzioterapii. (Medlicker, 2013)

Používáme i míčkování hrudníku. Tato metoda byla používána nejdříve u dětí a poté u dospělých. Tuto metodu vyvinula Zdena Jebavá, česká fyzioterapeutka. Provádí se pomocí molitanového míčku, kdy pomocí jeho pohybu uvolňujeme kůži, podkoží a svaly. Míčkování lze použít u astmatu, cystické fibrózy, ale také u artrózy, vadného držení těla, vad chodidla a jiných dalších. Tato metoda je nevhodná u kožních nemocí, nebo pokud je dítěti či dospělému nepříjemná. (Kristiníková, 2006; Fyzioklinika, 2012)

## **2.8 Komunikace**

Bývá důležitá v pochopení pacienta, projevujeme tím respekt k člověku. K mezilidské komunikaci patří naslouchání a empatie, proto musíme mít menší znalosti z multikulturní komunikace, pochopení a vnímavost. Rozdělujeme ji na verbální a neverbální. Při verbální komunikaci převažuje řeč mluvená, proto bychom měli znát hodnoty a normy dané kultury, protože každá kultura má své zvyky, tradice a zásady. Při neverbální komunikaci je důležitý výraz tváře, kdy pacient vyjadřuje pocit překvapení, strachu, hněvu, smutku a jiné. Záleží i na pozdravu a podání ruky, tím navodíme kontakt a projev sympatie, kdy se v mnoha kulturách podáním ruky znázorňuje úcta. Důležitost je kladena i na dotek, který nám může způsobit

pohoršení nebo naopak empatii. Dále v neverbální komunikaci dbáme i na gestikulaci, která je odlišná u různých kultur, například úklon. (Kutnohorská, 2013)

Zajímavé je, že smrkání se v neverbální komunikaci také rozlišuje. Některé kultury smrkají do kapesníků a některé naopak plivají. Odlišné bývá i dávání darů, ne všechny kultury toto gesto berou jako projev náklonnosti. (Kutnohorská, 2013)

Velmi často nám ve správné komunikaci brání zrakové, sluchové, mentální, duševní a tělesné postižení, na které pacient nemusí mít kompenzující pomůcky, a tak mu je nabídneme. Pokud se objeví pacient s jiným postižením než je sluchové nebo zrakové, domluvíme konzultaci se specialistou na danou problematiku. (Nováková, 2011)

Pro pacienta vytvoříme klidnou a příjemnou atmosféru ke komunikaci, přičemž se zaměříme na kladení krátkých otázek, na které pacient odpoví ano – ne. Mluvíme pomalu a zřetelně, aby nám nemocný rozuměl. V okamžiku, kdy pacient začne hovořit negativně, hovor převedeme jiným směrem. Pokud se objeví obviňování ze strany pacienta, pokusíme si ho nevšímat. (Schuler, 2010)

### **3 Imobilizační syndrom**

Imobilitou myslíme souhrn poškození, která vznikají dlouhodobým upoutáním na lůžku. Změny bývají na pohybovém aparátu, v činnosti srdce, oběhovém systému, ztíženém dýchání, úzkosti či napětí. (Rozsypalová, 2002)

Imobilita působí na celý organismus pacienta jako na celek, přičemž mohou vzniknout i komplikace, které pacienta ohrozí na životě nebo jiné sekundární komplikace. (Kristiníková, 2006)

Komplikace z imobility vznikají na dechovém systému, kardiovaskulárním systému, kosterním svalstvu, pohybové soustavě, zažívacím traktu, močovém systému, nervovém systému, psychickém stavu a kůži. (Kristiníková, 2006)

#### **3.1 Kardiovaskulární systém**

Při změně polohy nastane pokles TK, a proto musíme sledovat TK před každou změnou polohy. Tím zajistíme odpověď na aktivitu či toleranci aktivity. (Minaříková, 2008)

#### **3.2 Dechový systém**

U starších lidí se může rozvinout hypostatická pneumonie vlivem stagnujícího sekretu a závažné atelektázy. Pro tyto pacienty je důležitá dechová gymnastika. Péči zajišťujeme podle potřeby pacientů nebo provedením odsávání dýchacích cest nebo míčkováním. (Minaříková, 2008)

#### **3.3 Kosterní soustava**

Dlouhodobý klid na lůžku hrubě zasáhne do metabolické přestavby kostí, čímž dojde ke zvýšenému odplavování organické a anorganické složky kostí. Důsledkem vzniká imobilizační osteoporóza, kdy se zvýšeně odplavuje vápník. U starých lidí se objevuje osteomalacie, která vzniká nedostatkem vitamínu D. (Minaříková, 2008)

#### **3.4 Pohybová soustava**

Za jeden týden ztrácí pacient v klidovém režimu až 1/3 aktivní svalové hmoty, což vede ke svalové atrofii, deformitám končetin a páteře nebo ke vzniku svalových kontraktur. Další příčinou je bolest, která vede k úlevové poloze. Podle stavu nemocného provádíme pasivní nebo

aktivní rehabilitaci, což spočívá v provádění cviků na udržení dosavadního nebo dle možností zvýšit rozsah. Tím povzbudíme pacienta k co největší soběstačnosti, ale stále dbáme na sledování bolesti, proto podle stavu pacienta a jeho potřeby provádíme fixaci určité části těla. (Minaříková, 2008)

### **3.5 Zaživací trakt**

Při vzniku nerovnováhy, kdy převažují katabolické procesy nad anabolickými, se objevuje pokles bílkovin v séru, který vede ke změně onkotického tlaku, a vzniku edémů. Projevuje se i nechutenství, způsobené psychickými faktory. Velmi nutná je konzultace dietní sestry, kdy se stanoví vhodná a pestrá strava. Utlumením pohybu vzniká velmi často zácpa, která vzniká změnou psychiky. Velmi často se objevuje dehydratace a ztráta pocitu žízně, která se projeví suchou sliznicí a sníženým kožním turgorem, což vede ke snazšímu poranění kůže. (Minaříková, 2008)

### **3.6 Močový systém**

V prvních dnech hospitalizace se objevuje zvýšená diuréza. Dochází ke zvýšenému vyplavování sodíku, čímž vzniká natriuréza. Vlivem stagnace moči v ledvinných pánvičkách dochází ke změně pH moči, které je kyselější, a tím mohou vznikat krystalky nebo ledvinové kameny. Pokud máme pacienta inkontinentního, udržujeme lůžko suché nebo dáme pacientovi permanentní katetr, a dáváme pozor, aby po vytažení nevznikla retence moči. Jestli se objeví, musíme provést jednorázové vycévkování nebo opětovné zavedení permanentního katetru. Dbáme na nácvik mikce a vhodný psychologický přístup. Retencí moči může dojít k reflexu, což se udává jako zpětný tok moči do pánvičky a vzniká riziko infekce, proto sledujeme diurézu, charakter a barvu moči, známky infekce. (Minaříková, 2008)

### **3.7 Kůže**

Snížený kožní turgor je podpurným faktorem pro vznik otlaků a dekubitů. Proto je důležité ošetření kůže, omytá místa dobře osušit, jemně namasírovat nebo vetřít přípravky pro zvýšení prokrvení. (Minaříková, 2008)

### **3.8 Psychika**

Upoutání na lůžko zasahuje silně do psychiky, přičemž se objevují deprese, změny nálad nebo apatie, což bývá nejčastější u starých lidí, kde se projeví zmatenost, ztráta orientace v čase a

prostoru. Projevuje se snížená motivace, zhoršený spánek nebo snížená schopnost rozhodovat. Snažíme se udržet u pacienta orientaci v prostoru i čase, tím že do místnosti dáme hodiny a kalendář. Další přiměřenou stimulaci provádíme pouštěním hudby, rádia nebo ukazováním fotografií, proto i pro správnou stimulaci umožníme dostatek rodinných návštěv. (Minaříková, 2008)

Spánek podpoříme určitými rituály před spánkem, například čtení, sledování TV, pití horkého mléka. Dobrého spánku docílíme i tím, že dodáme pacientovi dostatek informací o léčbě a péči, poté vyzveme nemocného ke kladení otázek, zda podaným informacím rozumí. Pro vhodnou komunikaci používáme tabulky, obrázky či jiné pomůcky, které nám usnadní komunikaci. Každý pacient má u lůžka signalizační zařízení, které v případě potřeby použije. (Minaříková, 2008)

### **3.9 Nervová soustava**

Nervová soustava je koordinátor pohybu a primární regulátor, ve kterém dochází vlivem imobility ke snížení motorické aktivity a hyperaktivity sympatiku, jenž má za následek například tachykardii. Další z komplikací je výskyt akutní smyslové deprivace, neklid, dráždivost a zmatenost. (Minaříková, 2008)

Sekundární změny vzniklé vlivem imobility se objeví na pohybovém systému a psychice. V psychice se vlivem nedostatečné návštěvy příbuzných projevuje úzkost a strach z nemocničního prostředí, agrese a negativismus. (Kristiníková, 2006)

## **II Praktická část**

### **Výzkumné otázky**

1. Má nelékařský zdravotnický personál povědomí o rehabilitačním ošetřovatelství?
2. Má nelékařský zdravotnický personál zájem o vzdělávání v daném tématu?
3. Využívá nelékařský zdravotnický personál rehabilitační ošetřovatelství v péči o své pacienty?
4. Využívá nelékařský zdravotnický personál v rámci rehabilitačního ošetřovatelství prvky bazální stimulace?



## Metodika

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu, který byl zrealizován pomocí dotazníkového šetření. Byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní výroby (viz příloha A).

Sběr dat probíhal v nemocnici krajského typu v březnu roku 2014, dotazníky byly na oddělení dány na dobu 14 dnů. Vedení nemocnice s provedením výzkumu souhlasilo. V nemocnici krajského typu byl osloven nelékařský zdravotnický personál. Dotazníky byly rozdány na 6 oddělení různého typu: ortopedie, chirurgie, traumatologie, geriatric, interna a nakonec neurologie. Tato oddělení jsem zvolila z důvodu většího sběru dat.

V nemocnici bylo rozdáno 90 dotazníků, přičemž na každé oddělení bylo dáno 15 dotazníků. Z každého oddělení se vrátilo 15 dotazníků, což činí celkový počet 90 dotazníků, tudíž celková návratnost byla 100 %. Dotazníky byly vyplněny úplně, žádný nebyl vyřazen. Vyplnění všech dotazníků prisuzuji k tomu, že tato problematika dostatečně oslovila nelékařský zdravotnický personál, a proto byli ochotni během své pracovní náplně najít dostatek času k jeho zodpovězení. K celkovému vyhodnocení bylo použito 90 (100 %) dotazníků.

Dotazník obsahoval 23 otázek zaměřených na povědomí nelékařského zdravotnického personálu v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství, jeho používání v praxi a možnost získání nových informací z tohoto tématu. V dotazníku jsou většinou použity uzavřené otázky: 2, 3, 4, 6, 7, 11, 15, 19, 20, 21. Otázky č. 8, 14 a 17 jsou dichotomické. 5 otázek bylo polozavřených, což jsou otázky č. 10, 13, 16, 22 a 23. Otázky č. 1, 5, 9 a 18 byly otevřené. Dotazník zahrnoval i jednu škálovou otázku, otázka č. 12, a nakonec obsahoval identifikační otázky.

K **výhodám** dotazníkového šetření patří relativní časová a finanční dostupnost, možnost oslovit velké množství respondentů, relativně jednoduché vyhodnocení získaných dat. Naopak **nevýhodou** dotazníkového šetření je, že nejsem v osobním kontaktu s respondenty.

Dotazníky byly zcela anonymní, přičemž jejich anonymita byla zajištěna vložením vyplněného dotazníku do předem přiložené obálky.

Vyhodnocení získaných dat bylo v absolutní a relativní hodnotě. Odpovědi byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel 2007 a prezentovány v grafech a tabulkách.

## Analýza výsledků

### Otázka č. 1

**Pokuste se definovat pojem „rehabilitační ošetřovatelství“.**

**Tabulka 1 Tabulka definice rehabilitačního ošetřovatelství**

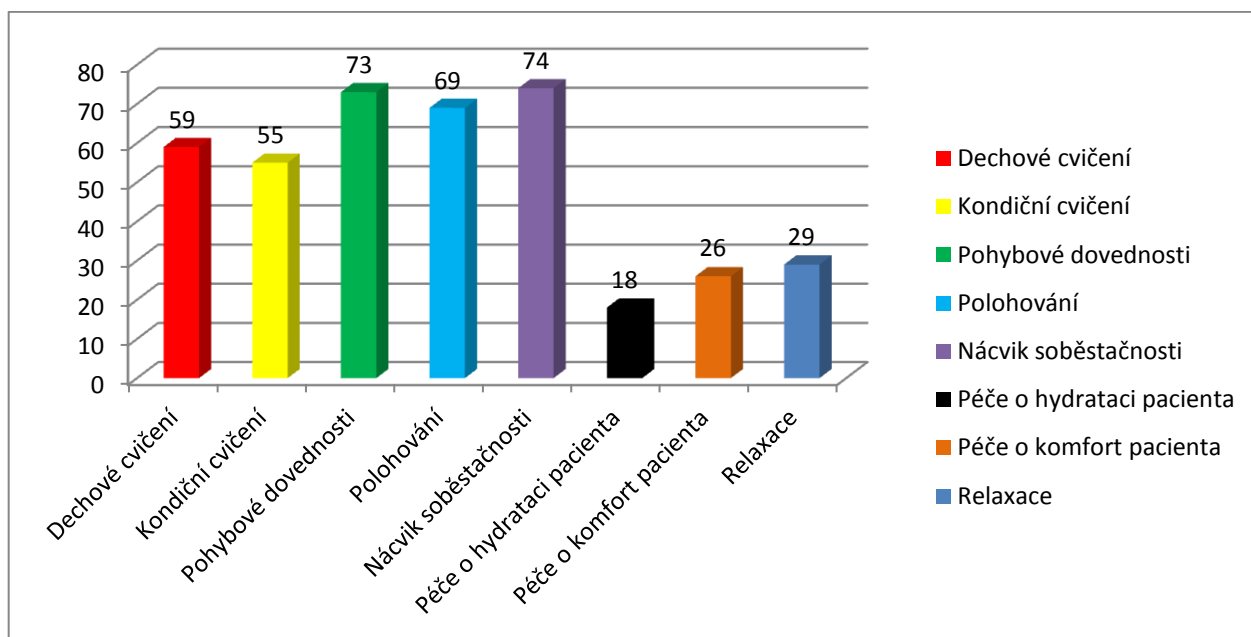
<b>Získané odpovědi</b>	<b>abs.hod.</b>	<b>rel.hod v %</b>
cvičení pro pacienty, cvičení s rehabilitační sestrou	14	16 %
navrácení nebo zlepšení funkce pohybových orgánů	10	11 %
ošetřovatelská péče při nácviku soběstačnosti, nácvik činností	24	27 %
základní činnosti v ošetřování pacienta prováděné běžně během dne a v prevenci imobilizačního syndromu	15	17 %
péče o pacienta se zhoršenou hybností, po překlada, po poranění	4	4 %
péče o pacienta v oblasti fyzioterapie a ergoterapie, cvičení pacienta na lůžku	11	12 %
polohování, posilování svalstva, dechové cvičení	4	4 %
Nevím	1	1 %
zlepšení celkového stavu pacienta, edukace	5	6 %
uspokojení potřeb člověka spojené s ošetřovatelstvím	2	2 %

Z celkového počtu 90 (100 %) respondentů, odpověděli všichni. Nejčastější odpovědí bylo, že rehabilitační ošetřovatelství je ošetřovatelská péče při nácviku soběstačnosti a nácviku činností, takto odpovědělo 27 % (24) nelékařských zdravotnických pracovníků. Základní činnosti v ošetřování pacienta prováděné běžně během dne a v prevenci imobilizačního syndromu, zvolilo 15 nelékařských zdravotnických pracovníků, což odpovídá 17 %. 16 % (14) nelékařských zdravotnických pracovníků napsalo, že rehabilitační ošetřovatelství je cvičení pro pacienty a cvičení s rehabilitační sestrou. Další zmíněnou odpovědí bylo, že rehabilitační ošetřovatelství je péče o pacienta v oblasti fyzioterapie a ergoterapie a cvičení pacienta na lůžku, takto odpovědělo 12 % (11) nelékařských zdravotnických pracovníků. Dále byla definice rehabilitačního ošetřovatelství napsaná jako navrácení nebo zlepšení funkce pohybových orgánů, což zvolilo 10 (11 %) nelékařských zdravotnických pracovníků. 6 % (5) nelékařských zdravotnických pracovníků napsalo, že je rehabilitační ošetřovatelství zlepšení celkového stavu pacienta, edukace. Polohování, posilování svalstva a dechové cvičení zmínili 4 (4 %) nelékařských

zdravotnických pracovníků. Stejný počet respondentů 4 (4 %) odpověděl, že rehabilitační ošetřovatelství je péče o pacienta se zhoršenou hybností, po překladu či poranění. Uspokojování potřeb nemocného spojené s ošetřovatelstvím napsali pouze 2 (2 %) případů. A nakonec 1 % (1) nelékařský zdravotnický pracovník na tuto otázku odpověděl „Nevím“. Konkrétní definici rehabilitačního ošetřovatelství nenapsal ani jeden z respondentů, což jsem nepředpokládala. V odpovědích na tuto otázku bylo zmíněno, čím se rehabilitační ošetřovatelství zabývá, a zvolené odpovědi byly správné. Tato otázka byla otevřená, tudíž se nelékařský zdravotnický pracovník mohl rozepsat více, znázorněno v tabulce č. 1.

## Otázka č. 2

### Které prvky rehabilitačního ošetřovatelství využívá?

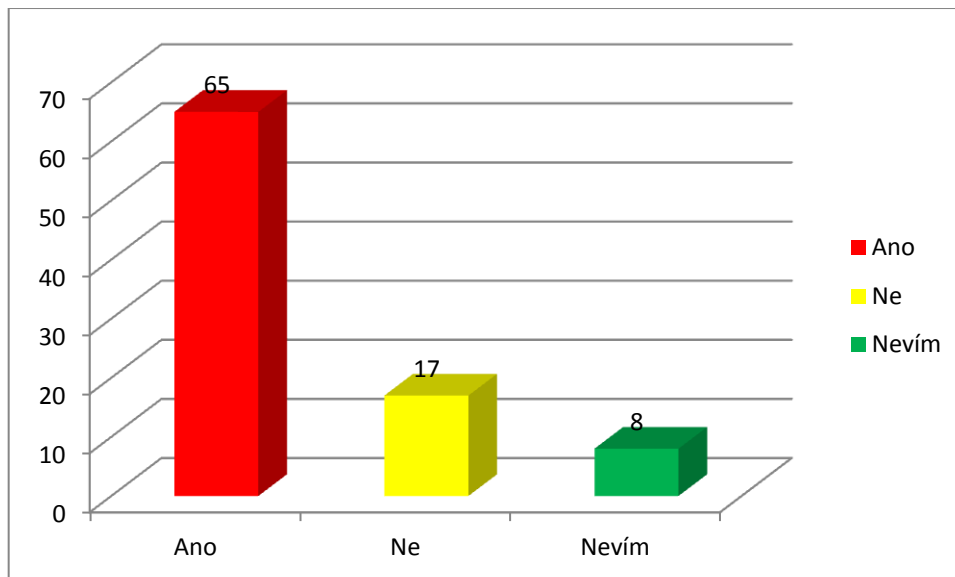


**Obrázek 1 Graf využívaných prvků**

Na grafu č. 1, z celkového počtu 90 (100 %) respondentů, odpovědělo 74 (18 %) nelékařských zdravotnických pracovníků, že nejvíce využívanými prvky rehabilitačního ošetřovatelství je návčik soběstačnosti. Další častou odpovědí byly pohybové dovednosti 73 (18 %) nelékařských zdravotnických pracovníků. Mezi prvními třemi odpověďmi bylo i polohování, které si vybralo 69 (17 %) nelékařských zdravotnických pracovníků. 59 (15 %) nelékařských zdravotnických pracovníků odpovědělo z vybraných možností dechové cvičení a kondiční cvičení si zvolilo 55 (14 %) nelékařských zdravotnických pracovníků. Tyto nejčastější odpovědi patří do rehabilitačního ošetřovatelství. Zbývající 3 možnosti, péče o hydrataci pacienta si vybralo 18 (4 %) nelékařských zdravotnických pracovníků, péči o komfort pacienta napsalo 26 (6 %) nelékařských zdravotnických pracovníků a relaxaci si zvolilo 29 (7 %) nelékařských zdravotnických pracovníků, ty do této problematiky nespádají, ale i takové možnosti odpovědí se objevily. V otázce byla možnost zakroužkovat více možností, proto je celkový počet odpovědí 403 (100 %).

### Otázka č. 3

Je rehabilitační ošetřovatelství součástí Vaší pracovní náplně?

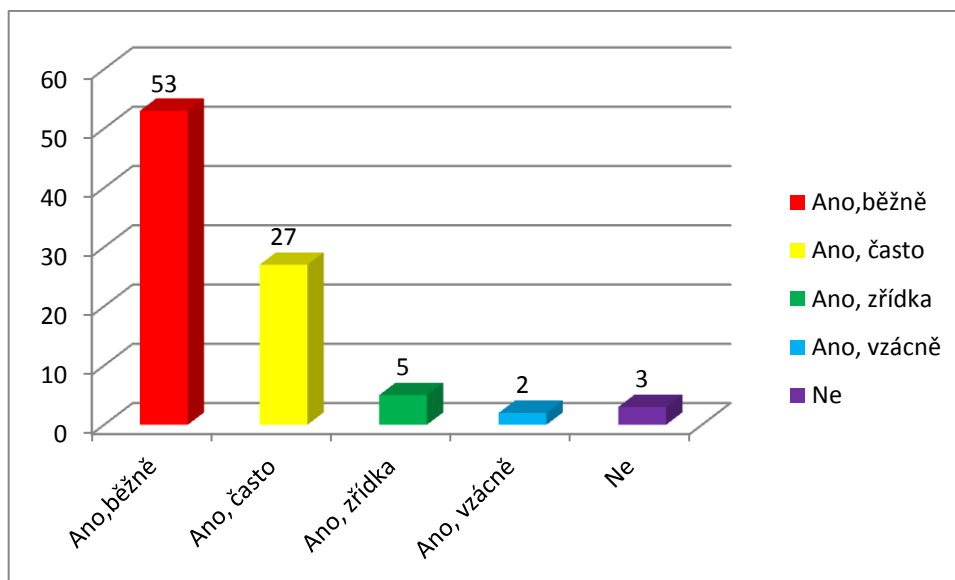


**Obrázek 2 Graf pracovní náplně sester**

Z celkového počtu 90 respondentů, což je 100 % odpovědělo, že u 65 (72 %) nelékařských zdravotnických pracovníků je rehabilitační ošetřovatelství pracovní náplní. Naopak 17 (19 %) nelékařských zdravotnických pracovníků odpovědělo, že jejich náplní práce rehabilitační ošetřovatelství není. A zbývajících 8 (9 %) odpovědělo, že neví, zobrazeno v grafu č. 2.

#### Otázka č. 4

**Uplatňujete prvky rehabilitačního ošetřovatelství v péči o Vaše pacienty?**

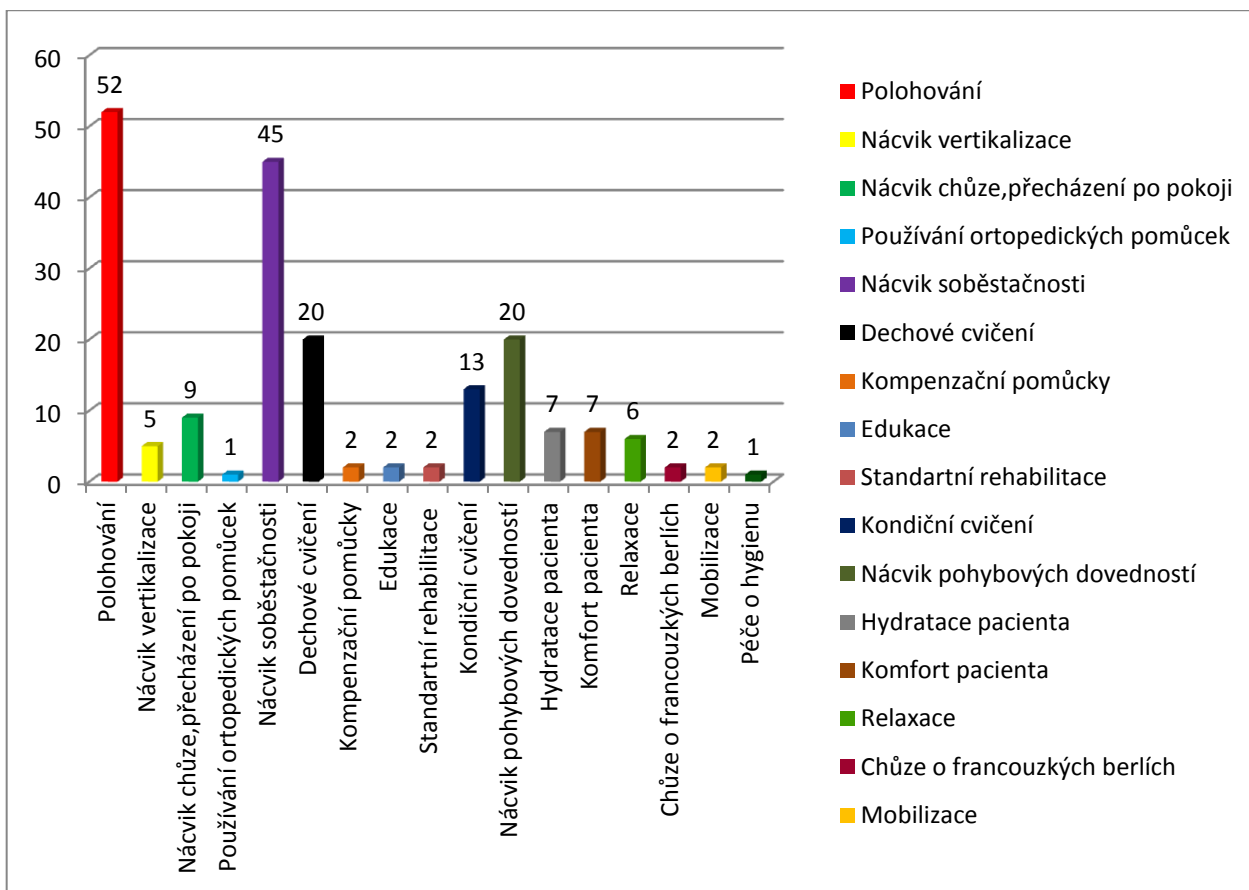


**Obrázek 3 Graf uplatňování prvků rehabilitačního ošetřovatelství**

Z celkového počtu 90 nelékařských zdravotnických pracovníků odpovědělo 90, což je 100 %. Vidíme na grafu č. 3, že 53 nelékařských zdravotnických pracovníků, v procentech vyjádřeno 59 %, uplatňuje rehabilitační ošetřovatelství běžně, což je několikrát během dne. Jednou za den zvolilo 27 (30 %) nelékařských zdravotnických pracovníků. A 6 % (5) nelékařských zdravotnických pracovníků na tuto otázku odpovědělo, že prvky rehabilitačního ošetřovatelství uplatňují jednou za týden. Odpověď jednou za měsíc zvolily pouze 2 (3%) nelékařských zdravotnických pracovníků. A poslední 3, což odpovídá 3% nelékařských zdravotnických pracovníků, neuplatňují rehabilitační prvky vůbec.

## Otázka č. 5

### Jaké prvky uplatňujete v péči o Vaše pacienty nejčastěji?



Obrázek 4 Graf používaných prvků

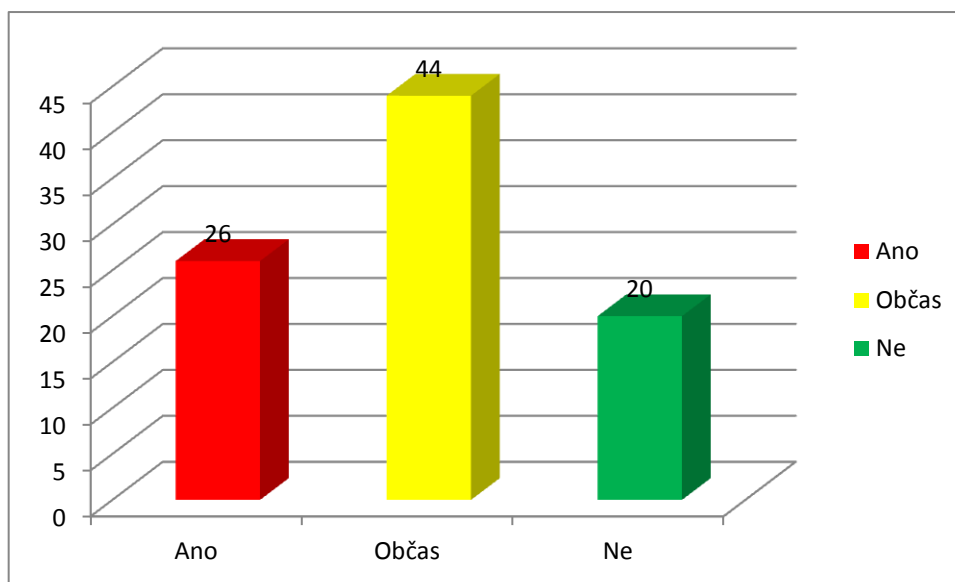
Z celkového počtu 90 (100 %) respondentů napsalo v této otázce 52 (27 %) nelékařských zdravotnických pracovníků, že používají polohování. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že používají nácvik soběstačnosti, což zvolilo 45 (23 %) nelékařských zdravotnických pracovníků. 20 (10 %) nelékařských zdravotnických pracovníků odpovědělo, že z prvků rehabilitačního ošetřovatelství využívají dechové cvičení. Stejný počet 20 (10 %) nelékařských zdravotnických pracovníků zmínilo, že používají nácvik pohybových dovedností. Kondiční cvičení napsalo 13 (7 %) nelékařských zdravotnických pracovníků. 9 (5 %) nelékařských zdravotnických pracovníků napsalo, že provádí nácvik chůze a přecházení pacienta po pokoji. 5 (3 %) z dotazovaných zvolilo nácvik vertikalizace. Dále se objevily odpovědi v používání mobilizace pacienta, tak odpověděli

2 (1 %) nelékařských zdravotnických pracovníků a chůze o francouzských berlích, což odpověděli také pouze 2 (1 %) respondenti. Další z odpovědí se objevilo používání ortopedických pomůcek, zvolil 1 (1 %) nelékařského zdravotnického pracovníka a používání kompenzačních pomůcek, zmínili 2 (1 %) nelékařského zdravotnického pracovníka, standardní rehabilitaci napsali také jen 2 (1 %) respondentů. Z posledních zmíněných odpovědí byly takové, že používají edukaci pacienta 2 (1 %), hydrataci pacienta 7 (4 %), komfort pacienta 7 (4 %) a relaxaci 6 (3 %), což jsou odpovědi, které do problematiky rehabilitačního ošetřovatelství nepatří. Tato otázka byla otevřená, a proto se objevuje více možných odpovědí.



## Otázka č. 6

**Nacházíte během své směny dostatek času a prostoru pro začlenění prvků rehabilitačního ošetřovatelství do péče o Vaše pacienty?**

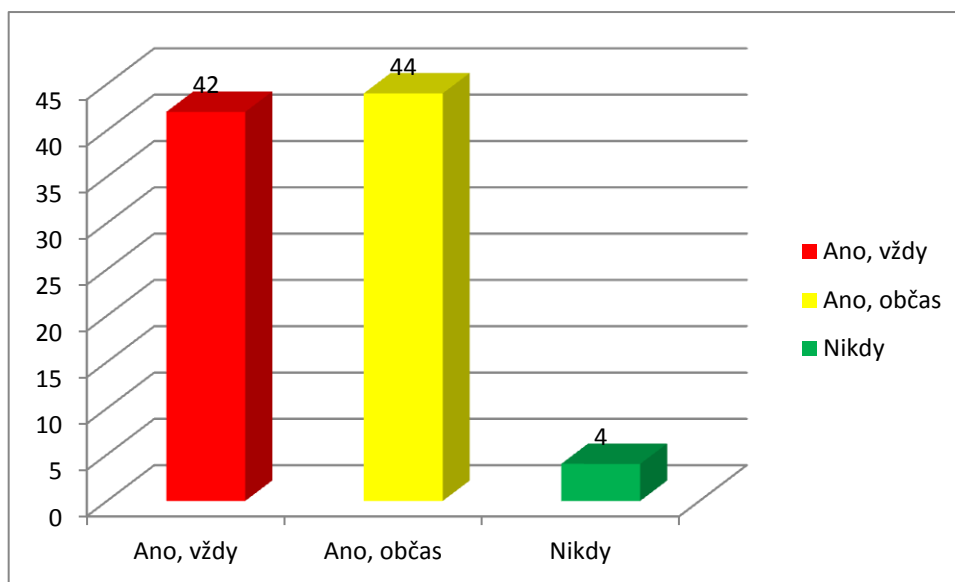


**Obrázek 5 Graf začlenění prvků rehabilitačního ošetřovatelství v péči o pacienty**

Z celkového počtu 90 (100 %) nelékařských zdravotnických pracovníků odpovědělo, že 49 %, což odpovídá 44 nelékařským zdravotnickým pracovníkům, během své pracovní doby má občas dostatek času na začlenění rehabilitačního ošetřovatelství do péče o své pacienty. Dále 26 (29 %) zvolilo možnost, že má na své pacienty čas vzhledem k rehabilitačnímu ošetřovatelství. A 22 % (20) vybralo poslední možnost, že prvky rehabilitačního ošetřovatelství do péče o nemocné nezačleňují.

## Otázka č. 7

**Pozorujete zlepšení celkového stavu pacientů, u kterých jsou prováděny prvky rehabilitačního ošetřovatelství?**

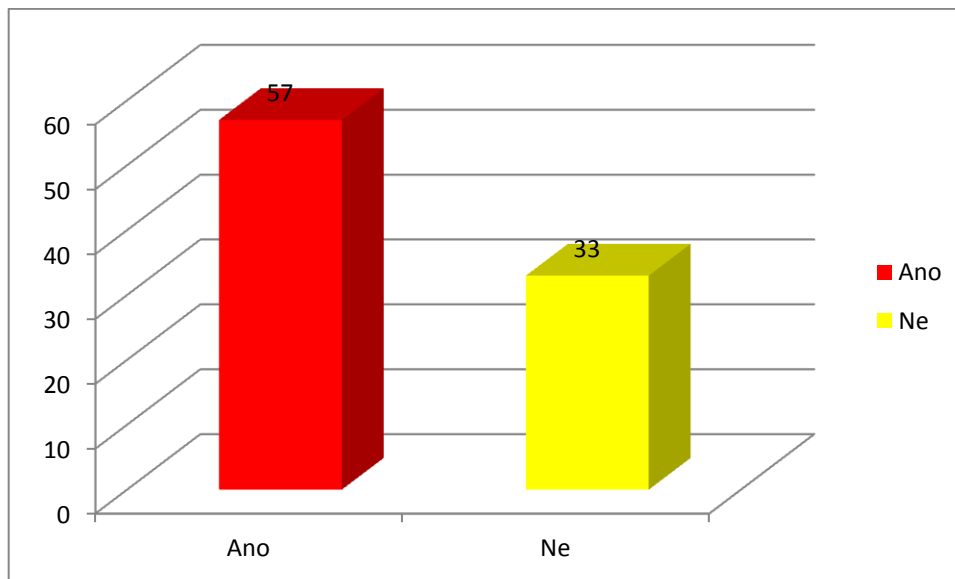


**Obrázek 6 Graf zlepšení celkového stavu pacientů**

V grafu č. 6 je vidět, že 44 nelékařských zdravotnických pracovníků, což je 49 %, pozoruje zlepšení u svých pacientů občas. 42 nelékařských zdravotnických pracovníků, to odpovídá 47 %, vybralo odpověď, že zlepšení u svých pacientů vidí vždy. A zbývajících 4 (4 %) nelékařských zdravotnických pracovníků odpověděli, že zlepšení u svých pacientů nezpozorovali. V této otázce odpovídalo 90 nelékařských zdravotnických pracovníků, což je 100 %.

## Otázka č. 8

**Disponuje Vaše oddělení dostatkem pomůcek, které jsou potřebné k provádění prvků rehabilitačního ošetřovatelství?**

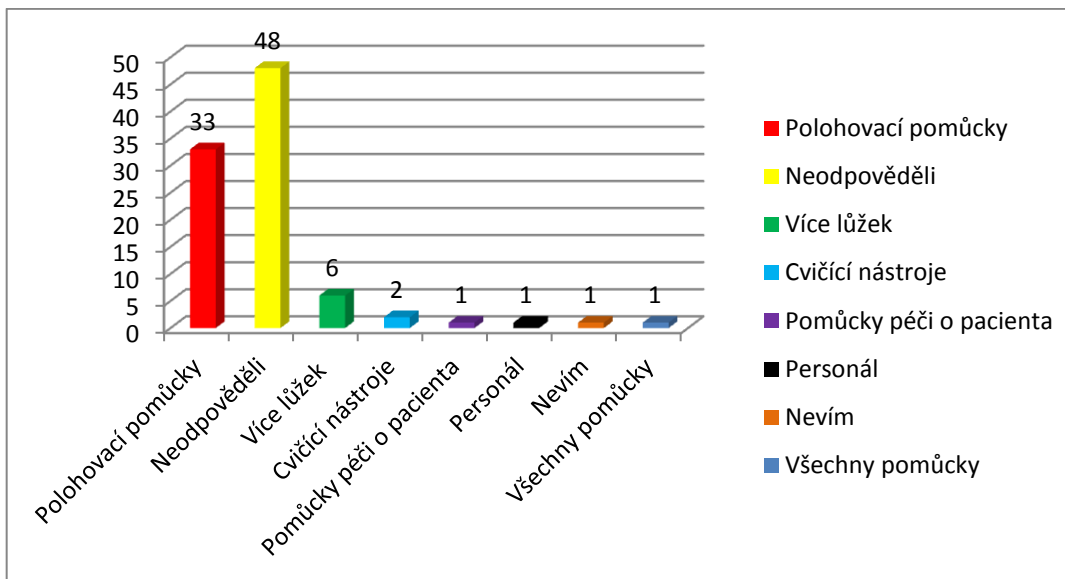


**Obrázek 7 Graf dostatku pomůcek**

Na grafu č. 7 je vidět, že většina nelékařských zdravotnických pracovníků 57 (63 %), odpověděla, že na jejich oddělení mají dostatek pomůcek na uplatnění rehabilitačního ošetřovatelství. A 33 nelékařských zdravotnických pracovníků, v procentech vyjádřeno 37 %, odpovědělo, že na svém oddělení nemají dostatek pomůcek na rehabilitační ošetřovatelství. Získané údaje byly zpracovány celkového počtu 90 (100 %) respondentů.

## Otázka č. 9

Prosím uveďte, jaké pomůcky na Vašem oddělení postrádáte:

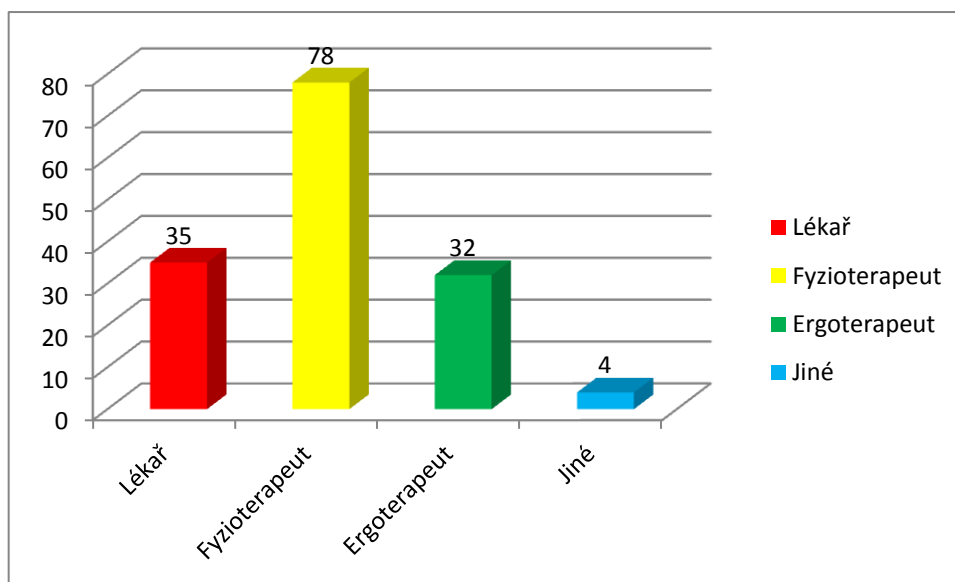


Obrázek 8 Postrádané pomůcky na oddělení

Z grafu č. 8 vyplývá, že nejvíce postrádanými pomůckami jsou pomůcky na polohování, které zmínilo 33 (35 %) nelékařských zdravotnických pracovníků. Z polohovacích pomůcek byly nejvíce napsány antidekubitní matrace, molitany, podkládací podložky, chodítka a jiné. Naprostá většina, což je 52 %, to odpovídá 48 nelékařským zdravotnickým pracovníkům, na otázku neodpověděli, protože v předchozí otázce odpověděli „Ano“, což bylo 63 % (57) nelékařských zdravotnických pracovníků. Někteří u předchozí otázky odpověděli „Ano“, což znamená, že na jejich oddělení je dostatek pomůcek k uplatnění prvků rehabilitačního ošetřovatelství a přesto na tuto otázku odpověděli. 6 % (6) nelékařských zdravotnických pracovníků, napsalo zvýšení lůžek. 2 (2 %) nelékařských zdravotnických pracovníků vyplnili tuto otázku, tak že chybí cvičící nástroje. Dále byly odpovědi chybějící pomůcky v péči o pacienta 1 (1 %), nedostatek personálu také 1 (1 %). A jako poslední co se v této otázce objevilo za odpovědi je, že neví, jaké pomůcky chybí, takto odpověděl 1 (1 %) nelékařského zdravotnického personálu, anebo naopak, že chybí všechny, což napsal také 1 (1 %). Tato otázka byla otevřená a tak se zde objevovala jedna nebo více odpovědí.

## Otázka č. 10

Se kterými zdravotnickými pracovníky spolupracujete na Vašem oddělení v rámci rehabilitačního ošetřovatelství?

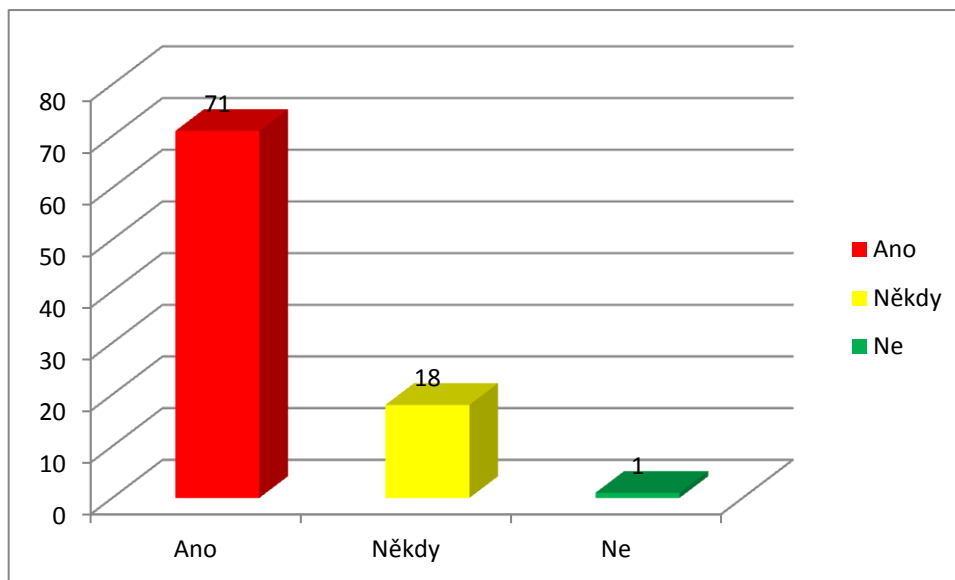


**Obrázek 9 Graf spolupráce v rehabilitačním ošetřovatelství**

V grafu č. 9 je znázorněno, že nejvíce nelékařských zdravotnických pracovníků spolupracuje s fyzioterapeutem, je jich 78, což odpovídá 52 %. Dále odpovídali, že častá spolupráce je s lékařem, to zmínilo 35 (23 %). A 32 (21 %) nelékařských zdravotnických pracovníků odpovídalo, že spolupracují s ergoterapeutem. Zbývající 4 (3 %) odpověděli, že se účastní i jiný zdravotnický personál, se kterým je možná spolupráce, například dietní sestra, logoped a nakonec kolegyně. Tato otázka byla položená a bylo možno zvolit více možností.

### Otázka č. 11

**Je na Vašem oddělení umožněna spolupráce rodiny, pokud projeví zájem a vyjdete jim vstříc?**

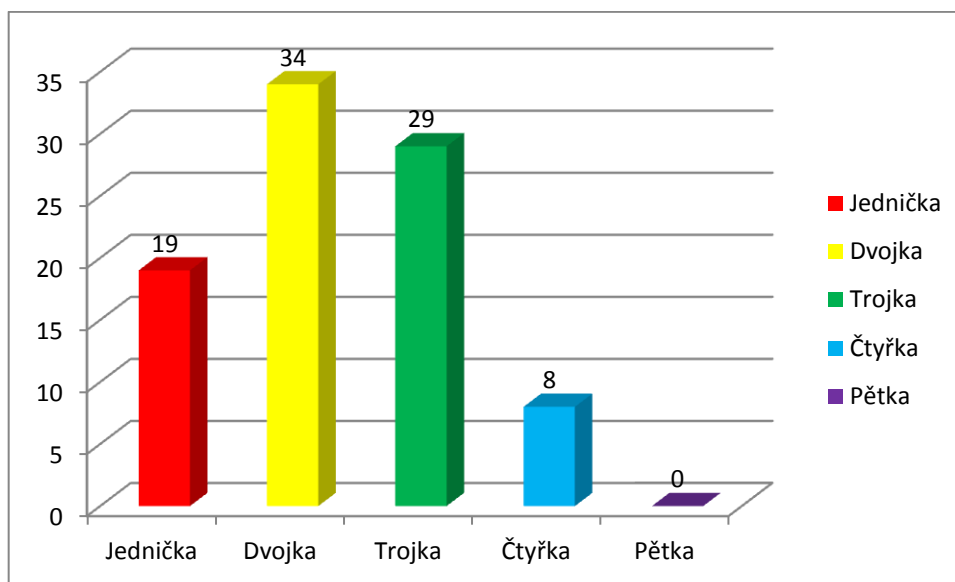


**Obrázek 10 Graf spolupráce rodiny**

V této otázce odpovědělo 71 (79 %) nelékařských zdravotnických pracovníků, že pokud má rodina zájem, tak jim na svém oddělení vyjdou vstříc. Dále zde napsalo 18 (20 %) nelékařských zdravotnických pracovníků, že rodině vychází vstříc pouze někdy. A nakonec 1 (1 %) nelékařských zdravotnických pracovníků odpověděl, že rodině nevyhází na svém oddělení vstříc. Znáznorněno v grafu č. 10, kde se dotazníkového šetření zúčastnilo 90 (100 %) nelékařských zdravotnických pracovníků.

## Otázka č. 12

**Jak byste ohodnotil/a úroveň rehabilitačního ošetřovatelství na Vašem oddělení?**

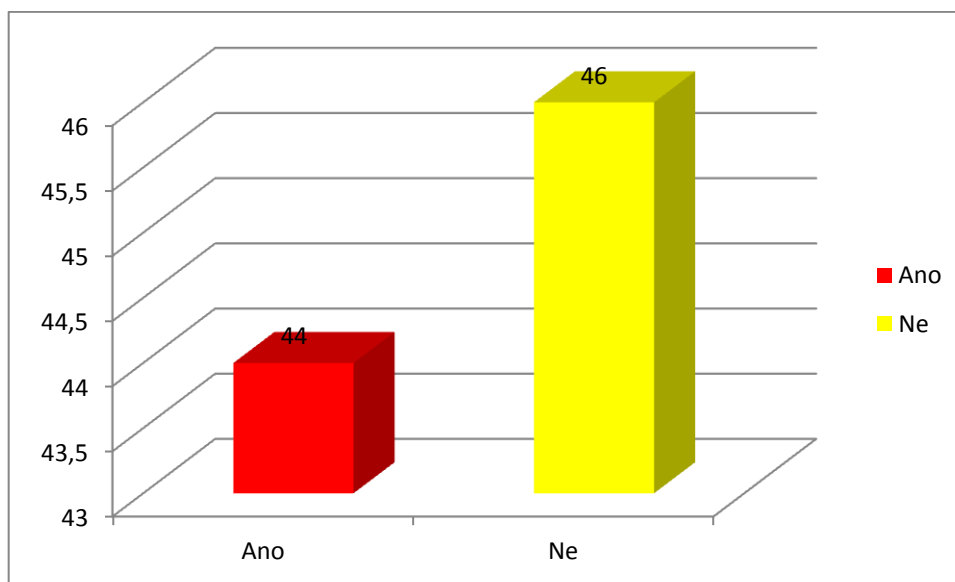


**Obrázek 11 Graf úrovně rehabilitačního ošetřovatelství**

V této otázce jsem se pomocí škály ptala na hodnocení kvality na odděleních. Nejvyšší hodnotu měla jednička, nejnižší hodnotu pětka. Nejhorší hodnocení nezvolil žádný nelékařský zdravotnický pracovník. 8 (9 %) nelékařských zdravotnických pracovníků vybralo možnost hodnocenou za 4. A mezi nejvíce vybranými odpověďmi byla trojka, což odpovídělo 29 nelékařských zdravotnických pracovníků, v procentech vyjádřeno 32 %. Hodnocení dvojkou vybralo 34 (38 %) nelékařských zdravotnických pracovníků. Našla se i možnost první, kdy hodnocení bylo jedna, tedy velmi dobré a tak odpovídělo 21 %, což je zastoupeno 19 nelékařskými zdravotnickými pracovníky, viz graf č. 11.

### Otázka č. 13

**Vidíte možnost, jak zkvalitnit rehabilitační ošetřovatelství na Vašem oddělení?**



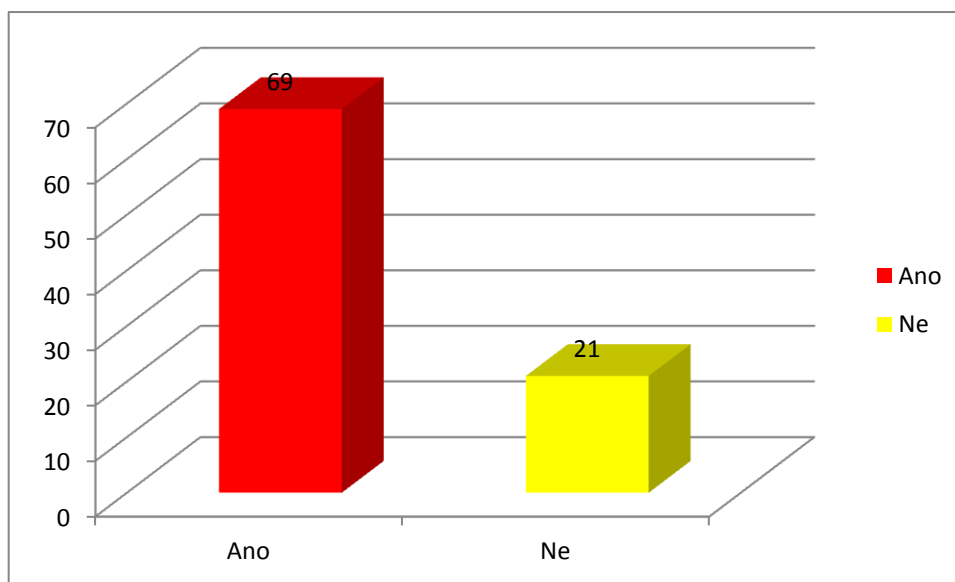
**Obrázek 12 Graf zkvalitnění péče**

Na grafu č. 12 je znázorněno, že 46 (51 %) nelékařských zdravotnických pracovníků nevidí možnost zlepšení kvality na svém oddělení. Naopak 44 (49 %) nelékařských zdravotnických pracovníků, možnost zlepšení kvality péče na svém oddělení vidí. Napsali možnosti, jak by se péče dala zlepšit. Nejčastější odpovědí bylo navýšení personálu, rehabilitačních sester nebo fyzioterapeutů, popř. příjem speciálních pracovníků na tuto péči. Dalšími odpověďmi byla větší časová dotace na pacienty a naopak mít méně papírování. Našly se i odpovědi, kde si přejí více pomůcek, antidekubitních matrací nebo polohovací postele. Nejvíce mě překvapila odpověď, kde byla zmíněna bazální stimulace a kurz na tuto problematiku. Menší četnost měly odpovědi, že by rehabilitace měla být 2krát za den nebo zmenšení lůžek v pokojích na daném oddělení a nakonec důslednost personálu.



#### Otázka č. 14

**Vedete ve Vaší dokumentaci záznamy o provedených prvcích rehabilitačního ošetřovatelství?**

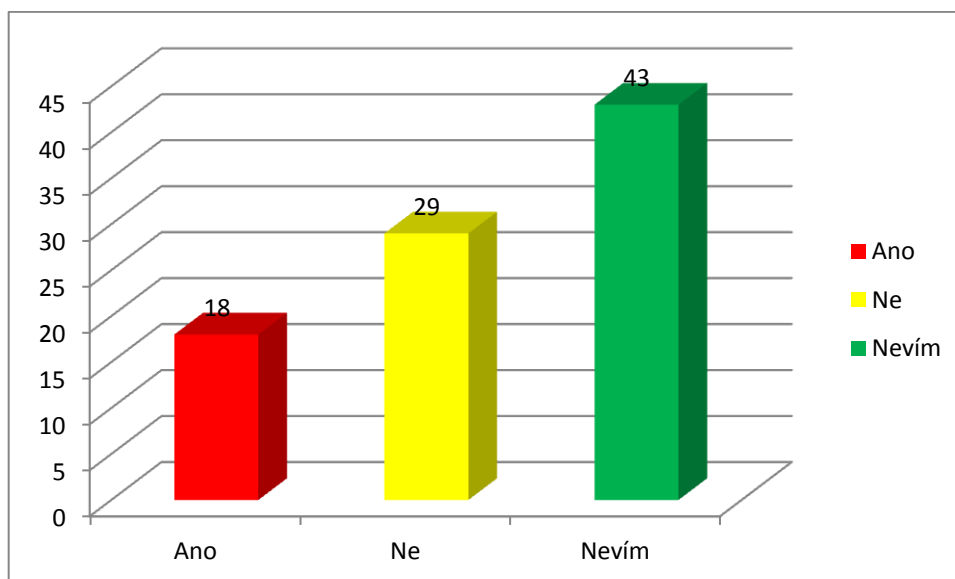


**Obrázek 13 Graf záznamu v ošetrovatelské dokumentaci**

77 % nelékařských zdravotnických pracovníků, což odpovídá 69, v ošetrovatelské dokumentaci provádí zápis prvků rehabilitačního ošetrovatelství. Naopak 23 %, což je 21 nelékařských zdravotnických pracovníků napsalo, že prvky rehabilitačního ošetrovatelství v dokumentaci neprovádí, viz graf č. 13.

## Otázka č. 15

**Jsou Vaše znalosti v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství dostatečné?**

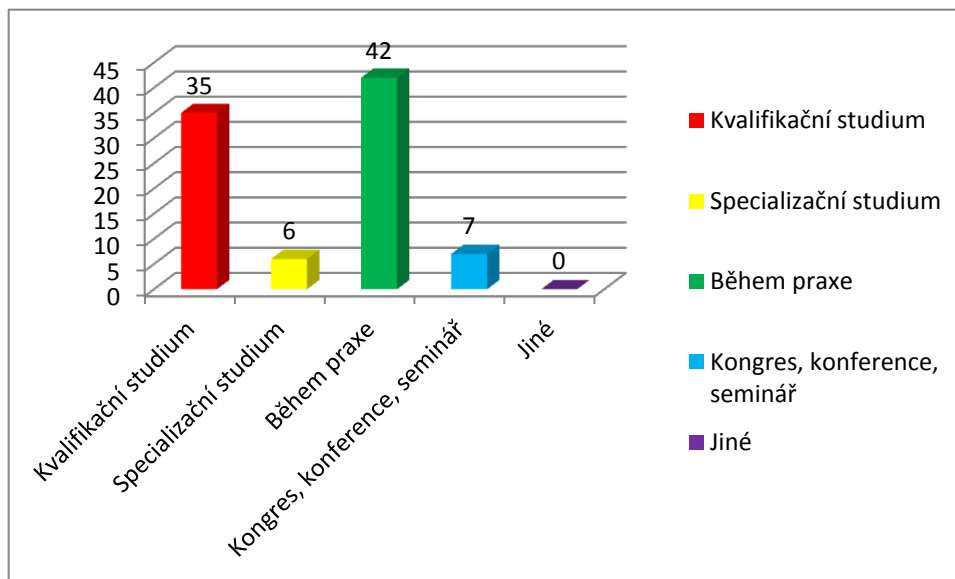


**Obrázek 14 Graf dostatečných znalostí**

Z celkového počtu 90 respondentů, což odpovídá 100 %, volilo možnost „Nevím“, což napsalo 48 % (43) nelékařských zdravotnických pracovníků ohledně svých znalostí z rehabilitačního ošetřovatelství. Druhou častou odpovědí bylo „Ne“, což napsalo 32 % (29) nelékařských zdravotnických pracovníků, že nemá dostatek znalostí. A nakonec pouze 20 % (18) zaškrtnulo možnost „Ano“, že mají dostatečné znalosti ohledně rehabilitačního ošetřovatelství.

## Otázka č. 16

**Jakým způsobem jste získala znalosti z oblasti rehabilitačního ošetřovatelství?**

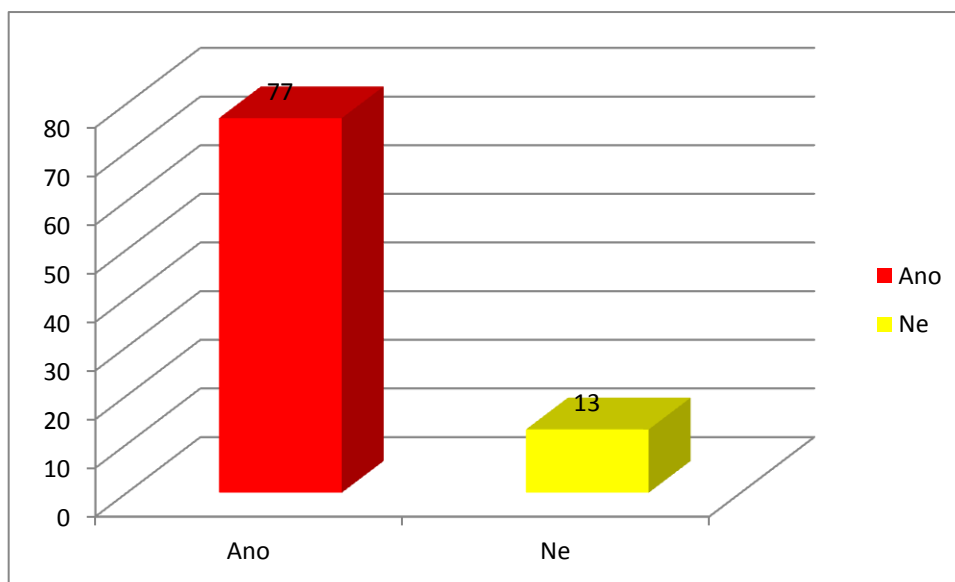


**Obrázek 15 Graf získaných znalostí z rehabilitačního ošetřovatelství**

Z grafu č. 15 je vidět, že nejvíce znalostí získali pracovníci během praxe. Tuto odpověď zvolilo 42 (47 %) nelékařských zdravotnických pracovníků. Další z odpovědí bylo získání znalostí kvalifikačním studiem na střední či vysoké škole, což napsalo 35 (39 %) nelékařských zdravotnických pracovníků. 6 (7 %) nelékařských zdravotnických pracovníků získalo znalosti z rehabilitačního ošetřovatelství specializačním studiem a 7 (8 %) nelékařských zdravotnických pracovníků má znalosti z konference, kongresu nebo semináře. Možnost jiné si nevybral nikdo z dotazovaných.

### Otázka č. 17

**Měl/a byste zájem o získání nových znalostí v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství?**

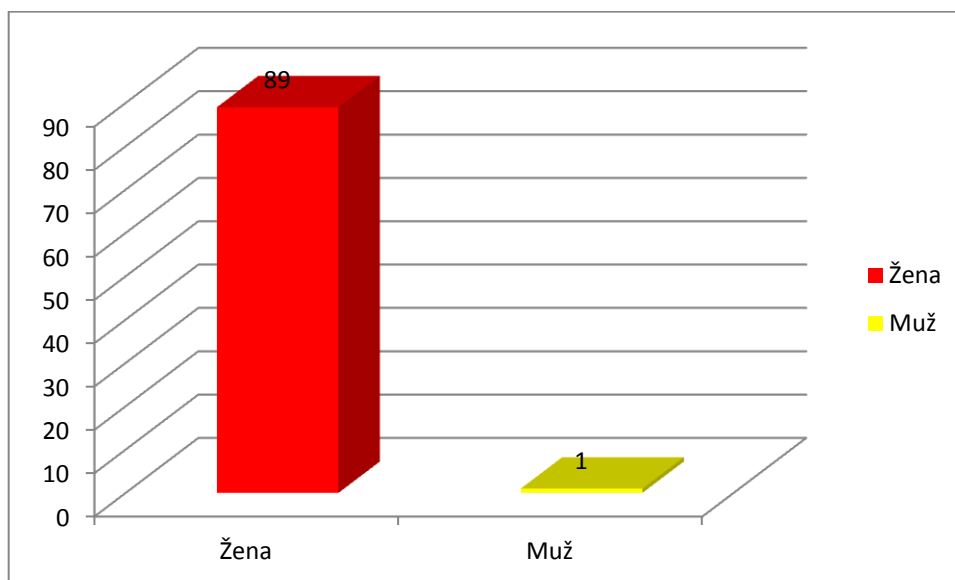


**Obrázek 16 Graf zájmu o získání nových znalostí**

V grafu č. 16 je zobrazeno, že naprostá většina, což znázorňuje 77 (86 %) nelékařských zdravotnických pracovníků, má zájem získávat nové znalosti z této problematiky. Pouze 13 (14 %) nelékařských zdravotnických pracovníků nemá zájem získávat nové znalosti z tohoto oboru.

## Otázka č. 19

### Jakého jste pohlaví?

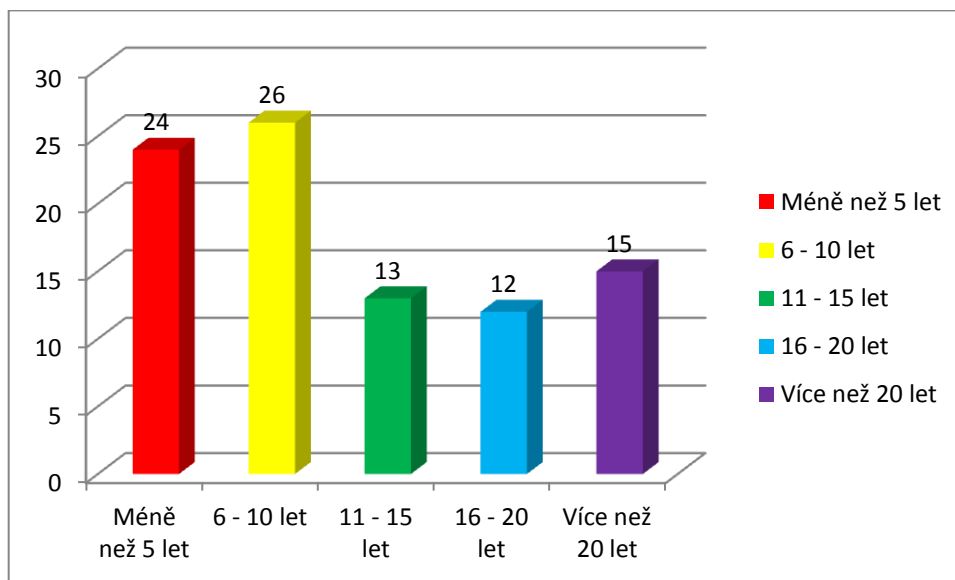


**Obrázek 17 Graf pohlaví**

89 (99 %) nelékařských zdravotnických pracovníků byly ženy. Pouze 1 (1 %) nelékařský zdravotnický pracovník byl muž, viz graf č. 17.

## Otázka č. 20

### Jaká je délka Vaší praxe?

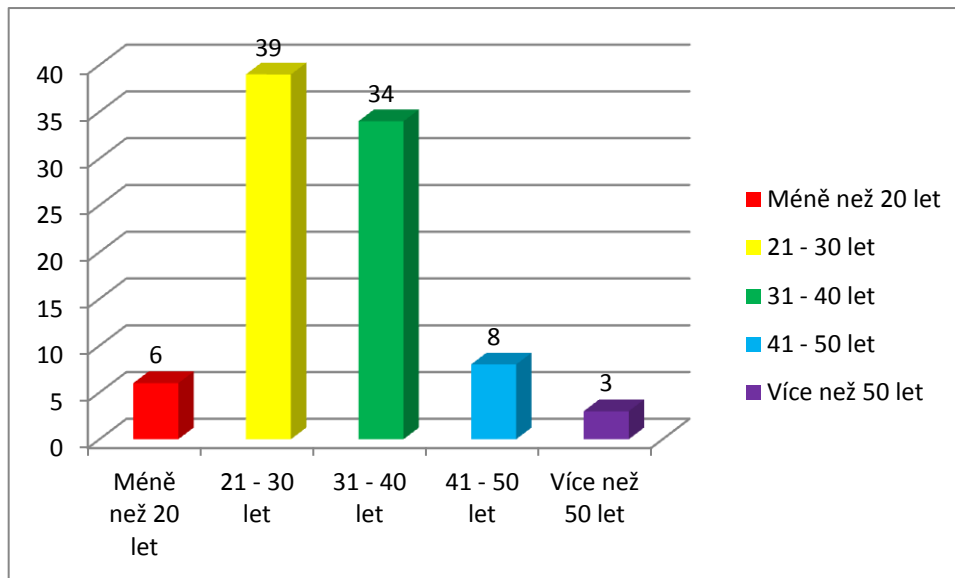


**Obrázek 18 Graf délky praxe**

Z grafu č. 18 je patrné, že 24 (27 %) nelékařských zdravotnických pracovníků má délku praxe menší než 5 let, 26 (29 %) nelékařských zdravotnických pracovníků má praxi 6 – 10 let. 13 (14 %) nelékařských zdravotnických pracovníků má délku praxe 11 - 15 let, 12 (13 %) nelékařských zdravotnických pracovníků má 16 – 20 let praxe. A nakonec 15 (17 %) nelékařských zdravotnických pracovníků, má ve zdravotnictví délku praxe více než 20 let.

## Otázka č. 21

### Kolik je Vám let?

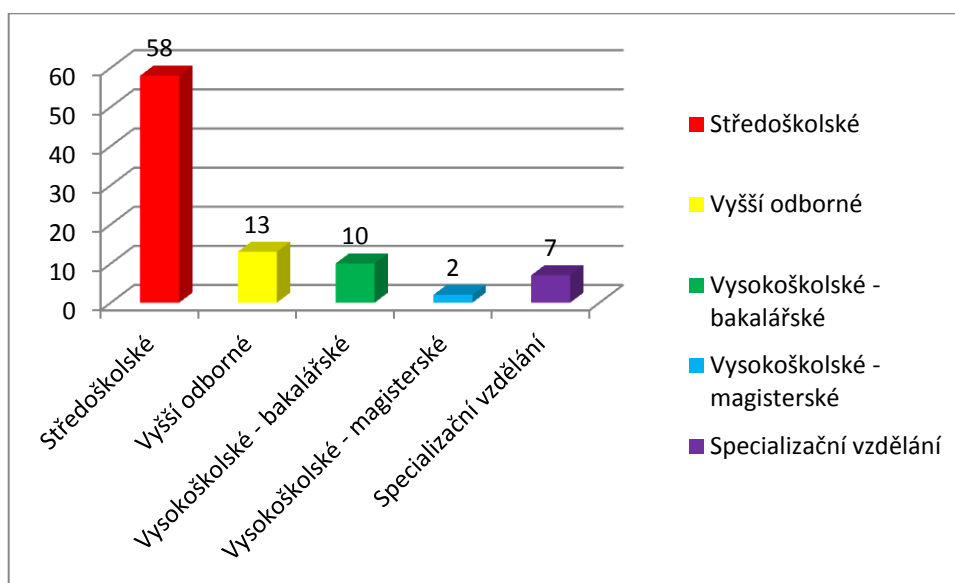


**Obrázek 19 Graf věku respondentů**

Z celkového počtu 90 (100 %) respondentů je 6 (7 %) nelékařských zdravotnických pracovníků mladších 20 let. Následovali pracovníci ve věku 21 – 30 let, kterých bylo 39 (43 %), dále 34 (38 %) nelékařských zdravotnických pracovníků ve věku 31 - 40 let a 8 (9 %) nelékařských zdravotnických pracovníků ve věku 41 – 50 let. Nejméně je pracovníků ve věku více než 50 let, pouze 3 (3 %). Znáznorněno v grafu č. 19.

## Otázka č. 22

### Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



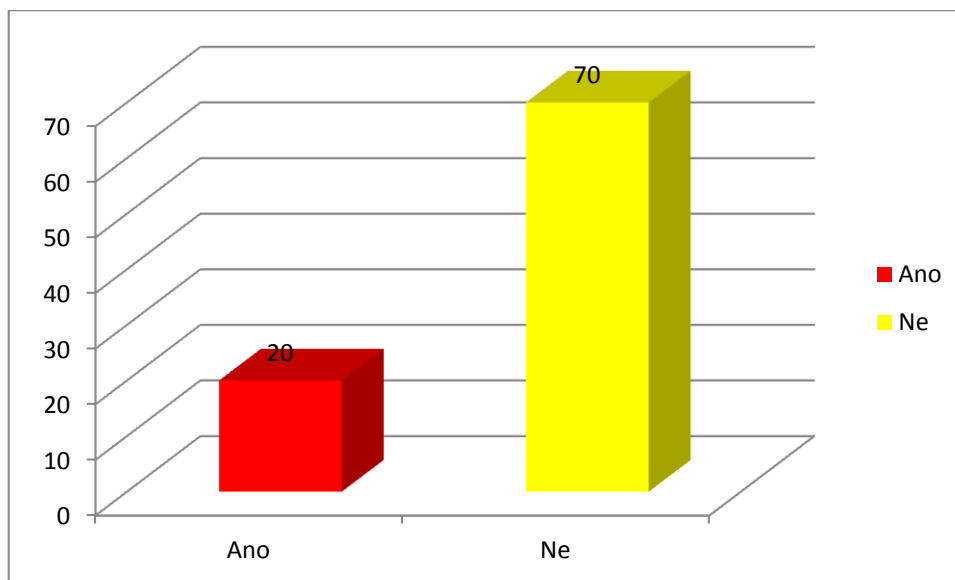
Obrázek 20 Graf dosaženého vzdělání

Předposlední otázkou bylo nejvyšší dosažené vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků. 64 %, což odpovídá 58 nelékařským zdravotnickým pracovníkům, má vzdělání středoškolské. Další z možností bylo vyšší odborné, tuto možnost zvolilo 14 % (13) pracovníků. Následovali bakaláři, kterých bylo 11 %, což odpovídá 10 nelékařským zdravotnickým pracovníkům. V malém procentu se šetření zúčastnili pracovníci s magisterským vzděláním, těch byly pouze 2 % (2). Poslední možností bylo specializační vzdělání, které zvolilo 7 nelékařských zdravotnických pracovníků, což je 8 %. Vše je zobrazeno v grafu č. 20.



### Otázka č. 23

**Zapojujete na Vašem pracovišti do rehabilitačního ošetřovatelství prvky bazální stimulace?**



**Obrázek 21 Graf používání bazální stimulace**

Na grafu č. 21 je znázorněno, že 20 (22 %) nelékařských zdravotnických pracovníků na svém oddělení používá bazální stimulaci. Pokud si nelékařský zdravotnický personál zvolil možnost „Ano“, zajímala jsem se i jak často. Nejčastější odpovědí bylo, že podle stavu pacienta občas, někdy, minimálně a nakonec 3 - 4krát za rok. Pouze jedna odpověď byla, že bazální stimulaci používají několikrát za den. Bylo zde i vypsáno jakou formou, například použití fotografií, oblíbené hudby a věci. Většina nelékařských zdravotnických pracovníků ale odpověděla, že bazální stimulaci na svém oddělení neprovádí, bylo jich 70, což odpovídá 78 %.

## Diskuze

Výzkumu se zúčastnilo 90 nelékařských zdravotnických pracovníků, což je 100 % respondentů. Na každé ze zvolených 6 oddělení, bylo dáno 15 dotazníků. Nejvíce odpovídaly, ženy, ale našel se i jeden muž, to nám vypovídá otázka č. 19, kdy jsem se ptala na pohlaví nelékařských zdravotnických pracovníků. Zkušenosti z této oblasti nejvíce získali studiem na střední, vyšší odborné či vysoké škole a především praxí. Nejvíce nelékařských zdravotnických pracovníků má středoškolské vzdělání. Na otázku „Kolik je Vám let?“ odpovědělo nejvíce nelékařských zdravotnických pracovníků ve věku 21 – 30 let. Zajímavá otázka byla na délku dosažené praxe ve zdravotnictví, kdy nejčastější odpověď byla v rozmezí 6 - 10 let. Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že nelékařský zdravotnický personál nejvíce spolupracuje s fyzioterapeutem v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství.

### **Výzkumná otázka číslo 1: Má nelékařský personál povědomí o rehabilitačním ošetřovatelství?**

V této otázce jsem nechala nelékařskému zdravotnickému personálu otevřenou otázku, abych zjistila, zda mají povědomí o této problematice. Ptala jsem se na definici rehabilitačního ošetřovatelství a zjistila jsem, že přesnou definici rehabilitačního ošetřovatelství zná málokterý nelékařský zdravotnický personál, spíše vědí, co do rehabilitačního ošetřovatelství spadá. Předpokládala jsem, že přesnou definici neuvede žádný nelékařský personál, ale budou znát prvky, které do rehabilitačního ošetřovatelství patří, což vyplývá z otázky číslo 1.

Dále sem patří otázka č. 2, kde měli zakroužkovat prvky, které do tohoto tématu spadají. V této otázce většina nelékařských zdravotnických pracovníků věděla, co do rehabilitačního ošetřovatelství patří. Našly se ale i takové odpovědi, které s touto problematikou **nesouvisí**, což je péče o hydrataci pacienta, péče o komfort pacienta a relaxace, nelékařský zdravotnický

personál tuto oblast sleduje a musí pacienta v těchto oblastech uspokojit, ale do rehabilitačního ošetřovatelství **nepatří**. Vše znázorněno v grafu č. 1, kde jsem se ptala na prvky rehabilitačního ošetřovatelství.

Do této výzkumné otázky spadá i 3. otázka dotazníkového šetření, kde jsem se zajímala, zda nelékařský zdravotnický personál ví, jestli je rehabilitační ošetřovatelství jejich denní náplní. Většina odpověděla správně, že ano.

Tuto výzkumnou otázku mohu porovnat s bakalářskou prací z roku 2012 od autorky Lucie Kučerové na téma „Rehabilitační ošetřovatelství u pacientů na oddělení následné péče“, která se zajímala o znalosti sester v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství, kdy se tato domněnka potvrdila a většina sester ji odpověděla správně.

**Tato výzkumná otázka se potvrdila pouze z části, nelékařský zdravotnický personál má povědomí o této problematice, ale jsou zde nedostatky, což nám znázorňuje otázka číslo 2, kde se objevily i odpovědi, které do této problematiky nespádají.**

## **Výzkumná otázka číslo 2: Má nelékařský personál zájem o vzdělávání v daném tématu?**

Na tuto výzkumnou otázku se váží v dotazníkovém šetření otázky č. 15 a 17. Z otázky č. 15, v dotazníkovém šetření, vyplývá, že 32 % (29) odpovědělo, že dostatek informací z tohoto tématu nemají a naprostá většina, což odpovídá 48 % (43), že neví, zda jejich získané informace jsou dostatečné.

Díky otázce č. 17 je zřejmé, že 86 % (77) nelékařského zdravotnického personálu chce získat další informace z rehabilitačního ošetřovatelství a naopak 14 % (13) odpovědělo, že další zdroje a vzdělání z tohoto téma nechtějí.

**Z těchto dvou otázek vyplývá, že tato výzkumná otázka se mi potvrdila. A naprostá většina má zájem dále se v této oblasti vzdělávat pomocí konferencí, kurzů či jinou formou.**

### **Výzkumná otázka číslo 3: Využívá nelékařský zdravotnický personál rehabilitační ošetrovatelství?**

K této otázce se vztahují otázky číslo 4, 5, 6 a 14 dotazníkového šetření. Z otázky č. 4 „Uplatňujete prvky rehabilitačního ošetrovatelství v péči o Vaše pacienty?“ vyplývá, že 59 % (53) nelékařského zdravotnického personálu uplatňuje rehabilitační ošetrovatelství několikrát během dne.

Zajímali mě prvky, které nelékařský zdravotnický personál aplikuje v praxi nejvíce, což bylo polohování 52 (27 %), nácvik pohybových dovedností 20 (10 %), nácvik soběstačnosti pacienta 45 (23 %) a dechové cvičení 20 (10 %), více vyhodnoceno v otázce č. 5, kde jsem se ptala, jaké prvky rehabilitačního ošetrovatelství uplatňují nejčastěji v péči o pacienty.

Z otázky číslo 6, kdy mě zajímalo, zda nelékařský zdravotnický personál má dostatek času a prostoru pro začlenění rehabilitačního ošetrovatelství do péče o své pacienty, mi odpovědělo 49 % (44), že má možnost věnovat se pacientovi pouze občas. 29 % (26) nelékařských zdravotnických pracovníků uvedlo, že dostatek času a prostoru pro začlenění prvků rehabilitačního ošetrovatelství mají.

A z otázky číslo 14 je patrné, že 77 % (69) nelékařského zdravotnického personálu vede záznamy v ošetrovatelské dokumentaci pacienta o této oblasti šetření.

**Tato výzkumná otázka se potvrdila. Prvky rehabilitačního ošetrovatelství jsou nelékařským zdravotnickým personálem v praxi používány.**

### **Výzkumná otázka číslo 4: Využívá nelékařský personál bazální stimulaci?**

Tato výzkumná otázka se váže k poslední otázce v dotazníkovém šetření, kdy jsem se ptala na zapojování bazální stimulace na daném oddělení. Z této otázky vyplývá, že se bazální stimulace využívá v praxi pouze nepatrně. Naprostá většina odpověděla, že bazální stimulaci na svém oddělení neprovádí. Z celkového počtu 90 (100 %) nelékařských zdravotnických

pracovníků tuto možnost zvolilo 70, což odpovídá 78 %. Pouze 20 (22 %) nelékařského zdravotnického personálu bazální stimulaci na svém oddělení provádí.

**Vzhledem k tomu, že bazální stimulaci provádí pouze 22 % je tato výzkumná otázka mylná a nelékařský zdravotnický personál bazální stimulaci nevyužívá.**

## **Závěr**

Bakalářská práce se zabývá rehabilitačním ošetřovatelstvím, zjišťuje, kdy je rehabilitační ošetřovatelství každodenní prací nelékařského zdravotnického personálu, a proto je důležité, aby nelékařský zdravotnický personál měl základy teorie z této oblasti.

V práci jsem si zvolila 5 cílů, první byl zmapovat problematiku rehabilitačního ošetřovatelství, uvedeno v teoretické části práce. Dalším cílem bylo zjistit, zda nelékařský zdravotnický personál má povědomí o rehabilitačním ošetřovatelství, což se z výzkumné otázky č. 1 částečně potvrdilo, protože nelékařský zdravotnický personál povědomí o rehabilitačním ošetřovatelství má, ale jsou zde menší nedostatky, které lze eliminovat dalším vzděláním v této oblasti. Základy z této oblasti získali nejčastěji během svého studia a praxí.

Třetím zvoleným cílem bylo, zda je rehabilitační ošetřovatelství využíváno v praxi, což mi potvrdila výzkumná otázka č. 3.

Předposledním cílem jsem si chtěla ověřit, zda nelékařský zdravotnický personál má zájem o další vzdělání v rehabilitačním ošetřovatelství. Z výzkumné otázky č. 2 vyplývá, že nelékařský zdravotnický personál má zájem se v této problematice dále vzdělávat, například pomocí kurzů, konferencí.

Jako výstup bakalářské práce bych chtěla uvést doporučení pro praxi v této problematice. V rehabilitačním ošetřovatelství je důležité správně edukovat pacienta o daném úkonu nebo o vhodných kompenzačních pomůckách, nemocný tak nebude mít strach o tom, co se s ním bude provádět a může se psychicky připravit na další postup rehabilitačního ošetřovatelství. S pacientem se nejdříve začne procvičovat sed, poté se přejde na stoj a nakonec po zvládnutí předchozích úkonů chůze. Proto tyto úkony často zajišťuje fyzioterapeut, který vše vysvětlí a názorně předvede. Po názorné ukázce od fyzioterapeuta je vhodné s pacientem několikrát během dne (minimálně dvakrát denně) dané cviky či úkony procvičovat, nejlépe ráno a večer, kdy je pokoj dostatečně vyvětraný. V oblasti polohování je důležité dbát na polohování během dne po 2 - 3 hodinách, v noci po 3 – 4 hodinách, kdy jsou polohy měněny ze zad na pravý bok, poté na bok

levý a nakonec polohovat na břicho. Při polohování používat dostatečné množství pomůcek, které nám zabrání vzniku komplikací. Pokud není dostatek pomůcek, použít složené prostěradlo či deku nebo polštáře. Z oblasti soběstačnosti pacienta kontrolovat a případně dopomoci, doporučit vhodné kompenzační pomůcky, které soběstačnost usnadní. Sledovat, jak pacient zvládá hygienu, oblékání, příjem potravy, sebeobsluhu a jak se pohybuje po svém pokoji. Předvést a naučit pacienta správné dýchání. V komunikaci dbát na dostatečný čas a vhodný prostor pro rozhovor s pacientem, přičemž personál nemocnému naslouchá, čímž se nelékařský zdravotnický personál vcítí do situace nemocného. Pokud se v oblasti komunikace objeví komunikační bariéra, sehnat speciálního pomocníka k usnadnění komunikace. Nemocnému pořádně upravit lůžko, dát do pokoje pomůcky k orientaci času a prostoru, například kalendář a hodiny. Pacienta ve všech oblastech rehabilitačního ošetřovatelství sledovat, například měřit TK, hodnotit bolest, P + V pacienta, otoky a stav kůže, známky infekce, spánek a vyprazdňování pacienta. Zhodnotit nutriční stav pacienta, aby se zabránilo vzniku dekubitů, k nízkému nutričnímu stavu zavolat dietní sestru. A nakonec je důležité nemocného dostatečně aktivizovat a motivovat, vše zapsat do dokumentace nemocného.

## Soupis bibliografických citací

### Monografie

1. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.
2. KLUSOŇOVÁ, E. *Ergoterapie v praxi*. 1. vyd. Brno: nakladatelství Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.
3. KOLÉBOVÁ, J., KRATOCHVÍLOVÁ, J. *Rehabilitujeme doma*. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, o. s. 2010. ISBN 978-80-254-7334-4.
4. KRISTINÍKOVÁ, J. *Rehabilitace v ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava: nakladatelství Repronis v Ostravě. 2006. ISBN 80-7368-224-9.
5. KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.
6. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
7. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2006. ISBN 80-247-1442-6.
8. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2011. ISBN 978-80-247-3709-6.
9. PLEVOVÁ, I. A KOLEKTIV. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
10. ROZSYPALOVÁ, M., HALAMOVÁ, E., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Informatorium. 2002. ISBN 80-86073-97-1.
11. SCHULER, M., OSTEN, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.
12. SLEZÁKOVÁ, L. A KOLEKTIV. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 2012. ISBN 978-80-247-3601-3.
13. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2006. ISBN 80-247-1148-6.
14. VÉLE, F. *Kineziologie*. 2. vyd. Praha: Triton. 2006. ISBN 80-7254-837-9.



## Periodické publikace

15. GROFOVÁ, Z. *Medical tribune* [online]. Pardubice: Nutriční a dietologické oddělení. 2010. Dostupné z: <<http://www.tribune.cz/clanek/19869-dekubity-a-soudni-pre>>
16. MEDLICKER. *Dechová rehabilitace* [online]. 2013. Dostupné z: <<http://cs.medlicker.com/56-dechova-rehabilitace/>>
17. MINAŘÍKOVÁ, P. *Sestra* [online]. Zlín: Gerontologické centrum KNTB a. s. 2008. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/imobilizacni-syn-drom-383386>>
18. PIECKOVÁ PALATA, L. *Sestra* [online]. Praha: ([ca047242@tiscali.cz](mailto:ca047242@tiscali.cz)). 2012. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/rehabilitacni-osetrovatelstvi-v-praci-sestry-465161>

## Internetové zdroje

19. CSO OSTRAVA. *Perličkové pomůcky pro bazální stimulaci* [online]. 2000 – 2014. Dostupné z: <[www.csoostrava.cz/katalog/perlickove.php?id=bazalst](http://www.csoostrava.cz/katalog/perlickove.php?id=bazalst)>
20. EAMOS. *Léčebné a vyšetřovací polohy*. [online]. Dostupné z: <[http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz\\_text.php?id\\_kap=6&kod\\_kurzu=kos\\_39\\_2](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=6&kod_kurzu=kos_39_2)>
21. FYZIOKLINIKA. *Míčkování* [online]. 2012. Dostupné z: <<http://www.fyzioklinika.cz/metody/metoda-mickovani-dle-zdeny-jebave>>
22. HOJENÍ RAN. *Proleženiny* [online]. 2013. Dostupné z: <<http://www.hojeni-ran.cz/prolezeniny>>
23. ŘEZANINOVÁ, J. *Úvod do fyzioterapie* [online]. Brno: Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity. 2012. Dostupné z: <<http://www.fsps.muni.cz/impact/uvod-do-fyzioterapie-1/nacvik-posturalnich-a-lokomocnich-funkci/>>
24. SPORT PRO ZDRAVÍ [online]. 2013. Dostupné z: <<http://www.sportprozdravi.cz/sluzby/cviceni-pro-zlepseni-kondice/>>
25. VINŠ, J. *Cévní gymnastika* [online]. 2013. Dostupné z: <<http://www.ceskaordinace.cz/cevni-gymnastika-ckr-955-6942.html>>
26. ZOUHAROVÁ, K. *Léčebné a vyšetřovací polohy* [online]. 2010. Dostupné z: <[http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce\\_materialy/Lecebne\\_a\\_vysetrovaci\\_polohy.pdf](http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Lecebne_a_vysetrovaci_polohy.pdf)>

## **Seznam příloh**

Příloha A - Dotazník pro nelékařský zdravotnický personál

Příloha B - Poloha vleže

Příloha C - Poloha na zdravém boku

Příloha D - Poloha na břiše

Příloha E - Manipulace do sedu a z lůžka na židli

## Příloha A - Dotazník pro nelékařský zdravotnický personál

Dobrý den,

jmenuji se Helena Lorencová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, studijního oboru Všeobecná sestra. Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „**Rehabilitační ošetřovatelství**“.

Vyplněný dotazník, prosím, vložte do připravené obálky, tímto bude zachována anonymita Vašich odpovědí.

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu vyplnit tento dotazník.

Helena Lorencová

**1. Pokuste se definovat pojem „rehabilitační ošetřovatelství“.**

.....  
.....  
.....

**2. Které prvky rehabilitačního ošetřovatelství VYUŽÍVÁ? (Pozn. Je možné označit více odpovědí)**

- a. Dechové cvičení
- b. Kondiční cvičení
- c. Návik pohybových dovedností
- d. Polohování
- e. Návik soběstačnosti
- f. Péče o hydrataci pacienta
- g. Péče o komfort pacienta
- h. Relaxace

**3. Je rehabilitační ošetřovatelství součástí Vaší pracovní náplně?**

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

**4. Uplatňujete prvky rehabilitačního ošetřovatelství v péči o Vaše pacienty?**

- a. Ano, běžně (několikrát za den)
- b. Ano, často (1x za den)
- c. Ano, zřídka (1x za týden)
- d. Ano, vzácně (1x za měsíc)
- e. Ne

**Pozn. Pokud jste uvedl/a odpověď „NE“, nepokračujte prosím dále ve vyplňování dotazníku**

**5. Prosím uveďte, jaké prvky rehabilitačního ošetřovatelství uplatňujete v péči o Vaše pacienty nejčastěji:**

.....  
.....

**6. Nacházíte během své směny dostatek času a prostoru pro začlenění prvků rehabilitačního ošetřovatelství do péče o Vaše pacienty?**

- a. Ano
- b. Občas
- c. Ne

7. Pozorujete zlepšení celkového stavu pacientů, u kterých jsou prováděny prvky rehabilitačního ošetrovatelství?
- Ano, vždy
  - Ano, občas
  - Nikdy
8. Disponuje Vaše oddělení dostatkem pomůcek, které jsou potřebné k provádění prvků rehabilitačního ošetrovatelství?
- Ano
  - Ne

*Pozn. Pokud jste uvedl/a odpověď „ANO“, přejděte k otázce č. 10*

9. Prosím uveďte, jaké pomůcky na Vašem oddělení postrádáte:

.....  
 .....

10. Se kterými zdravotnickými pracovníky spolupracujete na Vašem oddělení v rámci rehabilitačního ošetrovatelství? (*Pozn. Je možné označit více odpovědí*)
- Lékař
  - Fyzioterapeut
  - Ergoterapeut
  - Jiné .....
11. Je na Vašem oddělení umožněna spolupráce rodiny, pokud projeví zájem a vyjdete jim vstříc?
- Ano
  - Někdy
  - Ne

12. Jak byste ohodnotil/a úroveň rehabilitačního ošetrovatelství na Vašem oddělení?

velmi dobrý 1      –      2      –      3      –      4      –      5      velmi špatný

13. Vidíte možnost, jak zkvalitnit rehabilitační ošetrovatelství na Vašem oddělení?

- a. Ano (uveďte prosím Vaše návrhy)

.....  
 .....

- b. Ne

14. Vedete ve Vaší dokumentaci záznamy o provedených prvcích rehabilitačního ošetrovatelství?

- a) Ano  
 b) Ne

15. Jsou Vaše znalosti v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství dostatečné?

- a. Ano  
 b. Ne  
 c. Nevím

16. Jakým způsobem jste získala znalosti z oblasti rehabilitačního ošetrovatelství?

- a. Kvalifikační studium (SZŠ, VZŠ, VŠ)  
 b. Specializační studium (např. ARIP)  
 c. Během praxe

- d. Kongres, konference, seminář
- e. Jiné.....

**17. Měl/a byste zájem o získání nových znalostí v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství? (Například kurz, seminář...)**

- a. Ano
- b. Ne

**18. Uveďte prosím název oddělení, na kterém pracujete?**

.....

**19. Jakého jste pohlaví?**

- a. Žena
- b. Muž

**20. Jaká je délka Vaší praxe?**

- a. Méně než 5 let
- b. 6 – 10 let
- c. 11 – 15 let
- d. 16 – 20 let
- e. Více než 20 let

**21. Kolik je Vám let?**

- a. Méně než 20 let
- b. 21 – 30 let
- c. 31 – 40 let
- d. 41 – 50 let
- e. Více než 50 let

**22. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a. Středoškolské
- b. Vyšší odborné
- c. Vysokoškolské - bakalářské
- d. Vysokoškolské – magisterské
- e. Specializační vzdělání, prosím, uveďte jaké.....

**23. Zapojujete na Vašem pracovišti do rehabilitačního ošetřovatelství prvky bazální stimulace?**

- a. Ano, uveďte prosím, jak často.....
- b. Ne

## Příloha B - Poloha vleže



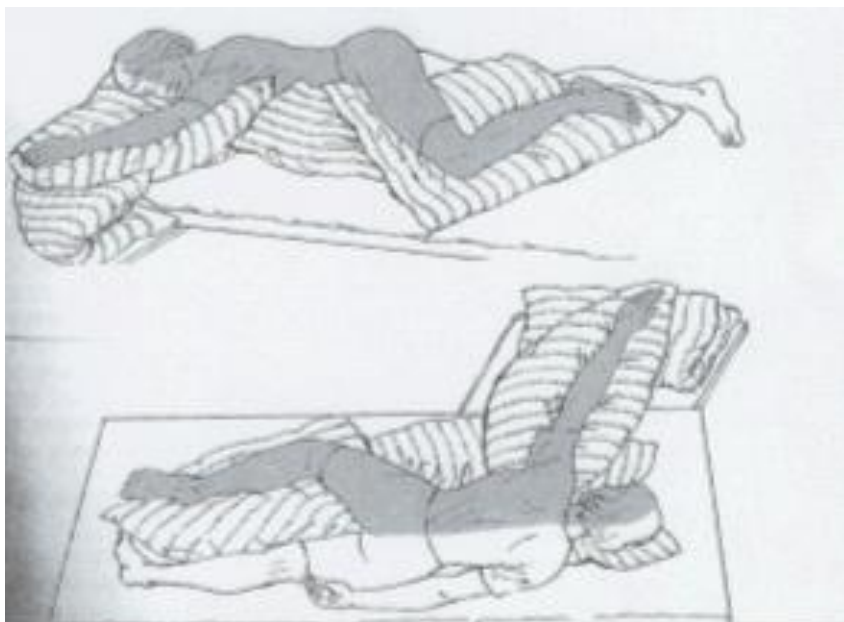
Obrázek 22 Poloha vleže A



Obrázek 23 Poloha vleže B

Dostupné z: <http://www.csoostrava.cz/katalog/perlickove.php?id=bazalst>

## Příloha C - Poloha na boku



**Obrázek 24 Poloha na zdravém boku**

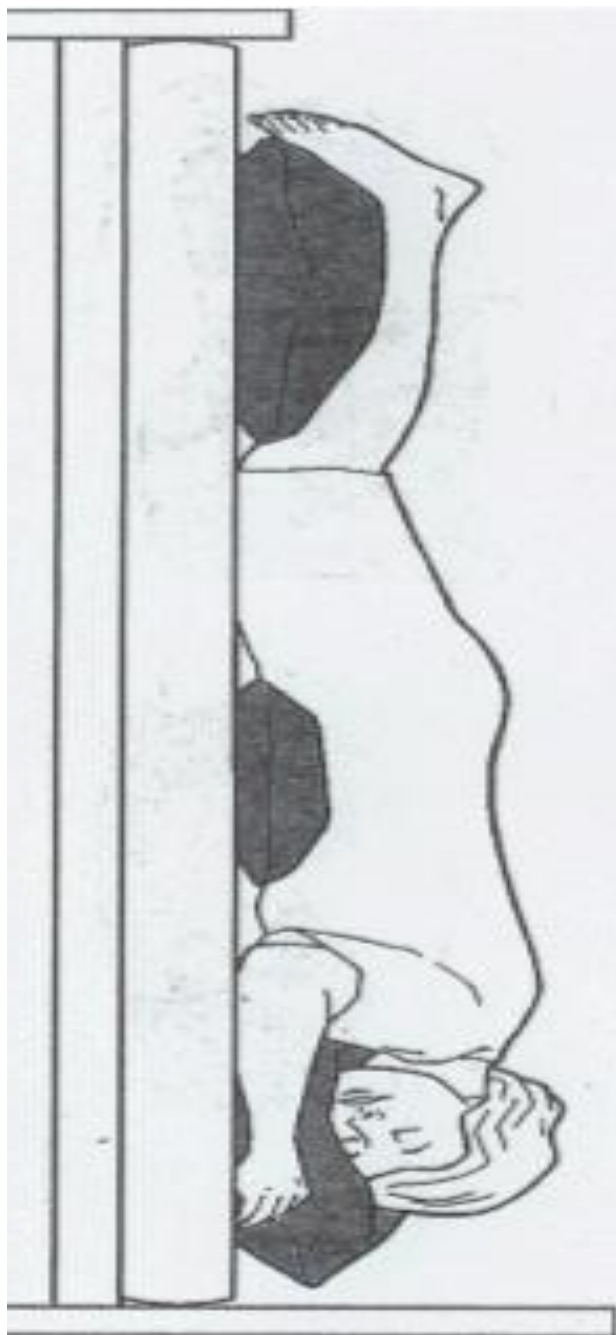


**Obrázek 25 Poloha na postiženém boku**

Dostupné z:

[http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz\\_text.php?id\\_kap=6&kod\\_kurzu=kos\\_392](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=6&kod_kurzu=kos_392)

## Příloha D - Poloha na břiše



Obrázek 26 Poloha na břiše

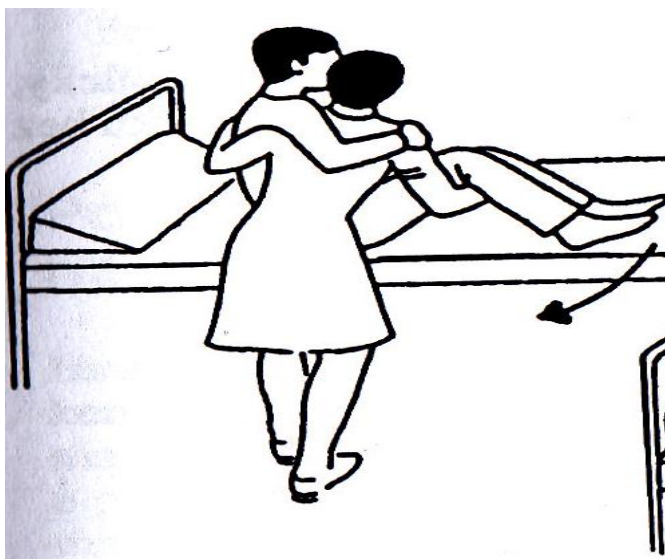
Dostupné z:

[http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz\\_text.php?id\\_kap=6&kod\\_kurzu=kos\\_39](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=6&kod_kurzu=kos_39)

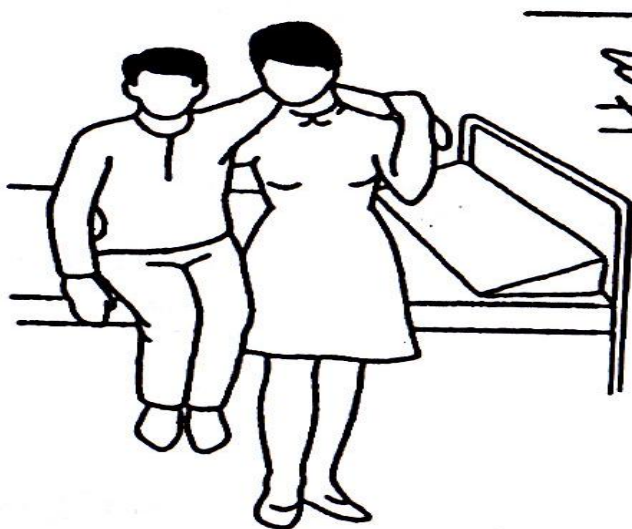
2



**Příloha E – Manipulace do sedu a z lůžka na židli**



**Obrázek 27 Posazení pacienta**



**Obrázek 28 Příprava na stoj**



**Obrázek 29 Přemístění na židli**

(Rozsypalová, 2002)