

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v péči o pacienta na
jednotkách intenzivní péče**

Bakalářská práce

Autor práce: **Lucie Cellerová**

Vedoucí práce: **Svatava Urbancová**

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**Cooperation between nurses and physiotherapists in care
of patients at intensive care units**

Bachelor's thesis

Author: **Lucie Cellerová**

Supervisor: **Svatava Urbancová**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Chlumci nad Cidlinou

Poděkování:

Děkuji paní Svatavě Urbancové za odborné vedení bakalářské práce a za cenné rady při jejím zpracování.

Úvod	6
1. Teoretická část	7
1.1. Vysvětlení pojmů	7
1.1.1. Pojem ošetřovatelství	7
1.1.2. Pojem fyzioterapie a rehabilitace	7
1.1.3. Pojem rehabilitační ošetřovatelství.....	7
1.2. Vliv imobility na lidský organismus	8
1.2.1. Formy imobility.....	8
1.2.2. Komplikace z imobility	8
1.3. Preventivní možnosti komplikací a sekundárních změn	11
1.3.1. Polohování.....	12
1.3.1.1. Názvy použitých pohybových prvků.....	12
1.3.1.2. Typy polohování	13
1.3.1.3. Základní polohy dle Šamánkové, Huškové (2002).....	14
1.3.1.4. Způsoby polohování u vybraných diagnóz.....	17
1.3.2. Pasivní cvičení.....	23
1.3.3. Aktivní cvičení, včasná mobilizace	24
1.3.4. Dechová gymnastika.	26
1.3.5. Návčik soběstačnosti	30
2. Empirická část	31
2.1. Cíl práce	31
2.2. Vzorek zkoumaných osob	31
2.3. Užitá metoda šetření	31
2.4. Realizace šetření	32
2.5. Zpracování získaných dat	32
2.5.1. Interpretace dat.....	32
Diskuse	43
Závěr	46
Anotace	47
Literatura a prameny	48
Přílohy	50

Úvod

Ošetřovatelství a fyzioterapie existují po mnohá desetiletí vedle sebe jako dva samostatné obory. Začátkem 90. let vlivem politických a ekonomických změn se zdravotnictví stalo dynamicky rozvíjejícím se oborem. Došlo k velkým změnám v péči o nemocné. Prodlužuje se průměrná délka života občanů, rostou nároky na kvalitní péči a s ní i vynaložené náklady. Jsou i způsoby, jak neustále rostoucí náklady za zdravotní péči snížit, navíc ku prospěchu pacienta. Například kvalitním prováděním úkonů rehabilitačního ošetřování, což vede k zabránění vzniku sekundárních komplikací.

Cílem mé práce je podat informace o působení imobility na lidský organismus. Na jednotkách intenzivní péče (JIP) jsou všichni pacienti ohroženi vznikem imobilizačního syndromu a následných komplikací. Chci se proto pokusit podat informace o jednotlivých částech rehabilitačního ošetřovatelství, jejichž správné využívání může přispět k zlepšení fyzického a psychického stavu pacientů, předcházení sekundárním změnám a ke zkrácení doby hospitalizace. V empirické části se pokusím zhodnotit, jak jsou jednotlivé úkony rehabilitačního ošetřování prováděny a plněny zdravotními sestrami na JIP. Dále se pokusím zjistit, zda sestry a fyzioterapeuté spolupracují v péči o pacienty, neboť jejich obory na sebe úzce navazují. Dosáhnout stanoveného cíle co nejlépe, nejrychleji a nejefektivněji je možné pouze za předpokladu dobře fungujícího týmu spolupracovníků. Snažila jsem se zjistit, jaký pohled mají na danou skutečnost obě strany, tedy sestry i fyzioterapeuté.

1. Teoretická část

1.1. Vysvětlení pojmů

1.1.1. Pojem ošetřovatelství

Ošetřovatelství je aplikovaná vědní disciplína, která má vlastní teoretickou základnu poznatků a jejich praktickou aplikaci. Znamená to tedy, že věda v ošetřovatelství vystupuje jako jednota dvou stránek. Jako systém specifických teoretických poznatků (předmět zkoumání) a jako metoda praxe (ošetřovatelský proces) (Mastiliaková, 2002).

Mastiliaková (2003) uvádí: „Slovo ošetřovat znamená: chovat, opatrovat, živit, kojit, hýčkat, laskat, zkrátka pečovat o individuální potřeby jak zdravého, tak i nemocného člověka“.

1.1.2. Pojem fyzioterapie a rehabilitace

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje rehabilitaci jako kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro nácvik, nebo znovuzískání co možná nejvyššího stupně funkční zdatnosti.

Fyzioterapie je pohybová léčba, jejímž obsahem je samotná léčebná výchova, léčebné sporty, speciální metodiky na podkladě senzomotorické stimulace, reflexních a facilitačních mechanismů a léčba fyzikálními prostředky, která využívá vlivů mechanických, tepelných, vodních, světelných a elektrických.

Fyzioterapeut je členem terapeutického týmu tvořeného lékařem, všeobecnou sestrou, ošetřovatelkou, psychologem, sociálním pracovníkem, popřípadě i logopedem nebo ergoterapeutem a ortotikem-protetikem.

1.1.3. Pojem rehabilitační ošetřovatelství

V rámci komplexnosti zdravotnických služeb, jež jsou nemocným poskytovány, hraje důležitou úlohu týmová spolupráce. Ošetřovatelství zahrnuje odbornou péči jak v době nemoci, tak v době rekonvalescence. Velmi úzce se prolíná s péčí fyzioterapeutickou. Sestra může využít některých pacientových naučených a zvládnutých pohybových aktivit ve své každodenní péči o nemocného a naopak fyzioterapeut potřebuje, aby tyto pohybové návyky byly neustále s pacientem opakovány a tak podporována jejich fixace (Kristiníková, 2006).

Pojem rehabilitačního ošetřovatelství se dostal do podvědomí všeobecných sester na mnoha pracovištích, jeho význam však nebývá plně pochopen. Teoretická definice říká, že jde o

takový způsob aktivního ošetřování nemocného, kdy sestra všemi dostupnými prostředky brání vzniku sekundárních změn a komplikací. Základním rysem tohoto způsobu ošetřování je úzká spolupráce sestry s fyzioterapeutem (popř. ergoterapeutem) a účelná dělba práce (Kristiníková, 2006). Jeho úkolem je předcházet a zamezit možným komplikacím, jako jsou imobilizační syndrom a deformity pohybového aparátu.

1.2. Vliv imobility na lidský organismus

Hippokrates před dvěma tisíci lety řekl, že všechny části lidského těla, pokud jsou k funkci určeny, potřebují tuto funkci k růstu a vývoji i k provádění této funkce. Pokud funkce chybí, dochází k onemocnění. Komenský přirovnával život k ohni a pohyb ke vzduchu. "Bez vzduchu jen oheň slabě plápolá a nehoří, bez pohybu člověk nežije, ale živoří". Imobilita je charakterizována jako stav, kdy dochází k přechodné nebo trvalé ztrátě pohybových schopností nebo jejich omezení.

1.2.1. Formy imobility

Trvalá imobilita - stav, kdy po závažné nemoci nebo úrazu dojde k výpadku motorických funkcí. Tento výpadek může být různého rozsahu a stupeň závislosti na druhé osobě je ovlivněn závažností a rozsahem postižení, věkem, konstitucí, kvalitou ošetrovatelské a rehabilitační péče, sociálními aspekty a psychikou nemocného.

Dlouhodobá imobilita - příčinou bývá dlouhé, vleklé těžké onemocnění nebo polytrauma. Tento stav může být také příčinou sekundárních změn a následných komplikací.

Přechodná imobilita - je charakterizována krátkodobým, vynuceným klidem na lůžku, po němž při kvalitní ošetrovatelské a fyzioterapeutické péči dochází k úplnému funkčnímu zotavení, bez vzniku závažných změn.

Imobilita nepříznivě ovlivňuje organismus jako celek a může být příčinou komplikací, které ohrožují život pacienta, nebo sekundárních změn, které způsobují trvalé následky, zhoršující jeho funkční stav, stupeň závislosti nemocného a tím i celkovou kvalitu jeho života (Kristiníková, 2006).

1.2.2. Komplikace z imobility

Imobilizační syndrom je fyziologickou odpovědí na imobilitu. Všechny orgánové systémy reagují na ztrátu pohybové aktivity.

1.2.2.1. Pohybový systém

Nejvýraznější změny se během pohybové imobility projevují na kosterním a svalovém systému.

Svalová atrofie neboli úbytek svalové hmoty vzniká, pokud svalová vlákna se nekontrahují jako během normální tělesné aktivity. V důsledku svalové atrofie dochází ke snížení svalové síly a vytrvalosti.

Fibróza (bolestivost a tuhost v kloubu) a ankylóza (nehybnost v kloubu) kloubních struktur se vyskytuje, pokud se klouby nedostatečně pohybují. Silné flexorové svaly zůstávají u imobilizované osoby často dlouhý čas kontrahované, slabší extenzory jsou bez aktivity. Kloub se stává ireverzibilně deformovaným, ztuhlým, příslušné svaly se zkracují a vzniká kontraktura. Nejčastěji se vyskytují flekční kontraktury na dolních končetinách.

Osteoporóza z inaktivity je výsledkem ztráty antigravitačního působení, snížení svalové hmoty a komplexních endokrinních a metabolických změn, které provázejí imobilizaci (Trachtová a kol., 2003).

1.2.2.2. Respirační systém

U ležícího pacienta dochází ke změně plicní ventilace. Dochází k omezení pohybů hrudníku vlivem pevné podložky tlačící na tělo, vytlačení bránice břišními orgány, svalovou atrofií. Pacient nevykonává hluboké vdechy, hrudník se fixuje ve výdechovém postavení, dochází k významnému snížení vitální kapacity plic. Vlivem horizontální polohy a gravitace dochází ke změnám průtoku krve plicemi a ke změnám sekrece hlenu a jeho odstraňování. Sekrety mají tendenci shromažďovat se v tzv. dependentních oblastech plic, na které nejvíce působí gravitace. U imobilních nemocných stoupá viskozita a přilnavost sekretu na stěny dýchací cest. Oslabením dýchacích svalů, neschopností se maximálně nadechnout a snížením ciliárního transportu je narušena samočistící schopnost a kašlací mechanismus, nemocný nemůže dostatečně odstraňovat hlen z bronchů. Změny regionálního průtoku krve, stagnace hlenu a nedostatečná ventilace mohou vyústit v hypostatickou pneumonii nebo v plicní atelektázu (Trachtová a kol., 2003).

1.2.2.3. Kardiovaskulární systém

Běžným důsledkem imobilizace je ortostatická hypotenze. Vlivem dlouhodobé nepohyblivosti dochází k utlumení reflexního vyrovnávání optimálního prokrvení jednotlivých orgánových systémů. Při změně polohy (posazování, vstávání) dlouhodobě imobilního člověka se objevují

závratě, mdloby (Trachtová a kol., 2003). Stav je provázen náhlým a výrazným zvýšením srdeční frekvence, neboť vlivem imobility dochází ke změnám ve vegetativním nervovém systému s výslednou převahou sympatické aktivity nad parasympatickou.

Nedostatečný žilní návrat způsobený nehybností dolních končetin a insuficiencí svalstva dolních končetin pracovat jako svalová pumpa, způsobuje žilní městnání (Kristíníková, 2006). Krev se hromadí v dolních končetinách, pokud stáza v žilách přetrvává, zvětšuje se jejich objem, venózní tlak stoupá a vznikají otoky. Zpomalení krevního průtoku a poškození endotelu žil je spolupůsobícím faktorem pro vznik tromboflebitidy, která může vyústit v embolii plicnice (Vyhnánek a kol., 2003).

1.2.2.4. Trávicí systém

Imobilita je příčinou nerovnováhy mezi syntézou bílkovin a jejich odbouráváním. Dochází k převaze katabolických procesů nad anabolickými. Výdej dusíku z organismu je vyšší než jeho příjem, vzniká negativní dusíková bilance, zdrojem vylučovaného dusíku je v tomto případě katabolizovaná svalová hmota (Trachtová a kol., 2003).

U imobilních pacientů se dále běžně vyskytuje anorexie, která může vyústit až k malnutricí. Malnutrice je následek nedostatečného nebo nekompletního příjmu energie, bílkovin nebo jiných složek výživy. Je spojena s vyšším rizikem komplikací, zhoršeným hojením ran, delší dobou hospitalizace a vyšší mortalitou. Podle literárních údajů je 10-14% hospitalizovaných pacientů těžce malnutričních, 40-55% je rozvojem malnutrice ohroženo (Maňák, Páral, 2002). Hypoproteinemie snižuje onkotický tlak, což způsobuje přesun tekutiny z vaskulárního do intersticiálního prostoru. Výsledkem jsou edémy (Trachtová a kol., 2003).

Obstipace vzniká v důsledku snížení peristaltiky, slabosti abdominálních a perineálních svalů, změn konzistence stolice, nepřírozené a nepohodlné poloze při defekaci, rozpaky, ztráta soukromí, závislostí na jiných lidech, přerušování normálních stravovacích návyků, potlačováním defekačního reflexu.

1.2.2.5. Močový systém

V počátečních stádiích imobilizace se vylučuje zvýšené množství moče, později množství vylučované moči klesá a mění se její koncentrace. Gravitace má u pohyblivého člověka význam při vylučování moče z ledvin a močového měchýře. V horizontální poloze se zhoršuje vyprazdňování moče, u nemocného na zádech dochází k nekompletnímu vyprázdnění pánvičky, močového měchýře, dochází ke stáze moče. Imobilizace dále narušuje rovnováhu ve složení moče. U zdravého, pohyblivého člověka je kalcium v moči rozpuštěné,

je s kyselinou močovou v rovnovážném stavu. U ležícího pacienta se moč stává alkalickou, kalciové soli mohou vytvářet močové kameny (Trachtová a kol., 2003).

U ležících nemocných vznikají různé změny ve vyprazdňování moče - retence moče, inkontinence.

Častou komplikací jsou zánětlivá onemocnění močových cest v důsledku stázy moče.

1.2.2.6. Kožní systém

Vlivem imobility dochází ke změnám struktury pokožky i subkutánních vrstev, mění se její pevnost, atrofuje, snižuje se kožní turgor. Častým důsledkem je vznik dekubitů.

1.2.2.7. Psychosociální reakce na imobilitu

Zde dominuje nedostatek nebo úplná absence podnětů, nedostatečný sociální kontakt s rodinou, ale i ošetřujícím personálem, strach a úzkost z nemocničního prostředí, léčebného výkonu, budoucnosti, možné závislosti na cizí osobě apod. U pacientů pozorujeme různé změny chování od negativismu až agresivity, rezignace nebo naopak bagatelizace (Kristiníková, 2006).

Imobilizační syndrom se u geriatrických pacientů může rozvinout velmi rychle, během desítek hodin. Jeho součástmi jsou především ortostatická hypotenze s rizikem pádů, hypoventilace s rizikem zahlenění a pneumonie, porucha pohybové koordinace, dekubity, flekční kontraktury, tromboembolická nemoc s rizikem plicní embolie, dehydratace, poruchy vyměšování (Klener a kol., 2000).

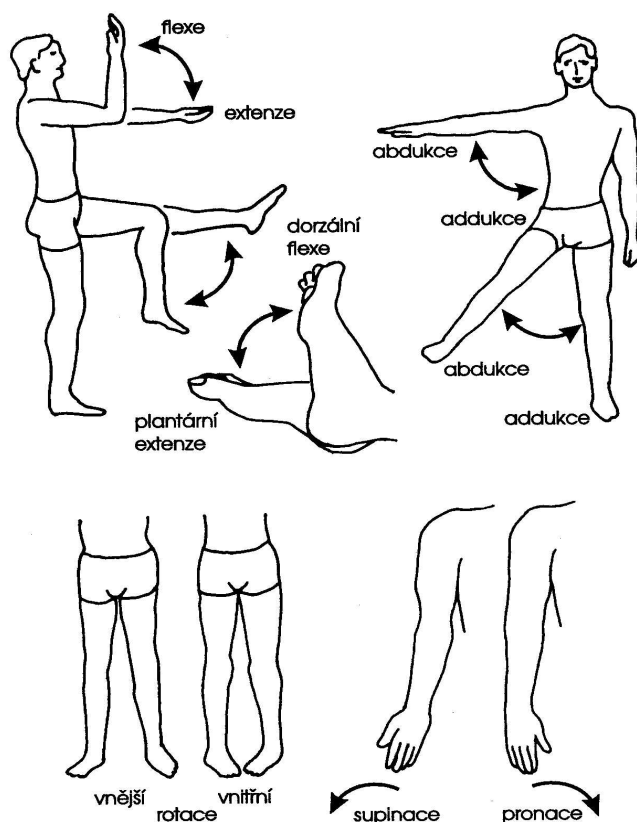
1.3. Preventivní možnosti komplikací a sekundárních změn

- polohování
- pasivní cvičení
- aktivní cvičení
- včasná mobilizace
- dechová gymnastika
- nácvik soběstačnosti
- péče o kůži a osobní hygienu
- péče o vyprazdňování
- dietoterapie a pitný režim
- psychická a fyzická aktivace

1.3.1. Polohování

Polohováním se rozumí správné uložení pacienta nebo částí jeho těla a změny jeho poloh v určitých časových intervalech tak, aby nedocházelo ke vzniku nežádoucích změn jakými jsou dekubity, otoky, bolesti svalů, kloubů nebo kontraktury.

Obr. č. 1



Převzato z: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně 2003

1.3.1.1. Názvy použitých pohybových prvků

Flexe - předklon, předpažení, ohnutí, skrčení

Extenze - záklon, zapažení, natažení, napnutí

Abdukce - upažení, unožení, pohyb do strany

Addukce - připažení, přinožení, pohyb k tělu

Vnitřní rotace - vtočení dovnitř

Zevní rotace - vytočení ven

Supinace - vytočení dlaní vzhůru

Pronace - vytočení dlaní dolů

Plantární flexe - napnutí špiček nohou
Dorzální flexe - přitažení špiček nohou k bérce
Palmární flexe - pohyb ruky směrem k dlani
Ulnární dukce - pohyb ruky za malíkem
Radiální dukce - pohyb ruky za palcem

1.3.1.2. Typy polohování

celkové - jedná se o polohování celého těla.

místní - používá se na konkrétní místa, většinou končetiny, kde chceme zabránit zkracování svalů, šlach, vazů a kloubních pouzder.

antalgické - jedná se o úlevové polohy, které pacient zaujímá ke zmírnění bolesti. Tato poloha je většinou nefyziologická a při jejím delším přetrvávání může dojít ke vzniku sekundárních změn na pohybovém aparátu.

preventivní - proti vzniku komplikací a sekundárních změn

- antidekubitární - proti vzniku dekubitů na predilekčních místech
- proti vzniku kontraktur - pro polohování je třeba znát fyziologický rozsah pohybu v kloubu

Výhodnou polohou pro dlouhodobější imobilizaci v kloubu je střední poloha, kdy napětí měkkých tkání kolem kloubu je nejmenší.

Střední polohy kloubů dle Kristinikové (2006)

- hlezenní kloub - noha a bérce svírají úhel 90°

- kolenní kloub - lehká semiflexe 25-30°

- kyčelní kloub - semiflexe 25-30°, bráníme přílišným rotacím a addukcí, polohujeme asi 15-20° abdukci

- ramenní kloub - abdukce 25-35°, lehká vnitřní rotace 5-15° vhodně střídaná se zevní rotací, mírná flexe 20-25°

- loketní kloub - semiflexe 45°, postavení předloktí mezi supinací a pronací

- zápěstí - dorzální flexe 10-15°, ulnární dukce 5-10°

- prsty ruky - flexe ve všech kloubech asi 15°

- proti vzniku otoků a žilních komplikací

- elevace končetin, která podporuje lepší odtok intra - i extravazální tekutiny z dané oblasti

- bandáž končetin - omezuje dilataci žil, zrychluje cirkulaci

- cévní gymnastika - využívá kontrakcí lýtkového svalstva jako žilní pumpy. Nejjednodušší cvičení je střídavá dorzální a plantární flexe nohy.

- proti spasticitě – u pacientů s postižením CNS, kdy vlivem narůstajícího svalového napětí dochází k typickému postavení končetin (Kristiníková, 2006).

korekční a redresní – používá se již při vzniku sekundárních změn, spadá do kompetence fyzioterapeuta (Lánik a kol., 1986).

1.3.1.3. Základní polohy dle Šamánkové, Huškové (2002)

Poloha na zádech

- Hlava

Hlavu podkládáme tak, aby páteř zůstala napřímená. Hlava nesmí padat vzad, brada nesmí být přitisknuta k hrudníku. Brada s krkem svírají úhel 90°.

- Horní končetiny

▫ Rameno

Paže v různém úhlu abdukce, střídáme zevní a vnitřní rotaci se středním postavením. Pokud jsou rotace omezené (např. starší pacienti), nikdy nepoužíváme plný rozsah pohybu.

▫ Loket

Střídáme polohu ve flexi s polohou v extenzi.

▫ Předloktí

Střídáme polohu v supinaci s polohou v pronaci.

▫ Zápěstí a ruka

Střídáme mírnou dorzální flexi zápěstí, kdy prsty jsou ve flexi, se střední polohou zápěstí s prsty nataženými. Do dlaně můžeme vložit měkký molitanový míček. Palec většinou stavíme proti ostatním prstům.

- Dolní končetiny

▫ Kyčelní kloub

Při extenzi končetiny bráníme nežádoucímu přepadávání do zevní rotace zakládáním končetiny z vnější strany polohovací pomůckou. Střídáme s polohou v různě velkém úhlu flexe. Je-li tendence ke kontraktuře kyčelního kloubu, podkládáme končetinu ještě pod hýždí.

▫ Koleno

Je-li dolní končetina polohována v extenzi, koleno vždy podkládáme do mírné flexe, stačí 10-20°. Střídáme s větší flexí.

▫ Kotník

Střední postavení zajistíme opřením chodidel o desku, bedničku, čelo postele. Není vhodné zahrnovat přikrývku pod matraci (tlakem na nárt vzniká nebezpečí periferní parézy nervu peroneu tahem v jeho podélné ose). V případě použití podložního věnečku pod patu je nutno přiměřeně podložit také koleno.

Poloha na boku

➤ Hlava

Přiměřeně snížíme horní část lůžka a podkládáme tak, aby byla v prodloužení osy páteře.

➤ Trup

Ze zadu zakládáme po celé délce polohovací pomůckou (válec, klín, deka).

Spodní horní končetina

▫ Rameno

Předsunuto tak, aby na něm nespočívala váha trupu. Paže v různém úhlu abdukce, maximálně ale 90°.

▫ Loket

Extenzi střídat s různým úhlem flexe. Předloktí spočívá na lůžku.

▫ Ruka

Otočena dlaní nahoru. Může spočívat na polštáři u hlavy nemocného, je-li mu to pohodlné, může si ji uložit pod hlavu.

➤ Svrchní horní končetina

Paže volně spočívá před tělem nemocného opřena o dlaň. Možno střídat s uložením přes srolovaný polštář. Na něm vždy musí spočívat i zápěstí a prsty. Paže může být nastavena v různém úhlu vůči trupu.

➤ Spodní dolní končetina

Mírně pokrčena v kyčelním i kolenním kloubu.

➤ Svrchní dolní končetina

V kyčelním i kolenním kloubu flexe, maximálně 90°. Uložena před tělem nemocného, podložena po celé délce včetně špičky (špička nesmí viset přes podložení, opět nebezpečí tahu na nervus peroneus). Možné podložit jen koleno a oblast kotníku včetně chodidla, bérce zůstává volný.

Poloha na břiše

Kontraindikací této polohy jsou například kardiovaskulární potíže, také musí být tato poloha pacientem akceptována.

➤ Hlava

Nesmí být podložena polštářem

- a) pokud nemocný toleruje asymetrickou polohu hlavy, střídáme otočení hlavy vpravo a vlevo.
- b) pokud netoleruje asymetrickou polohu hlavy, hlava je opřena o čelo, vhodné je její mírné podložení např. složeným ručníkem, aby nemocný mohl dýchat.

➤ Trup

Pod břicho je možné podložit malý polštářek, který brání bolestivému prohnutí v bederní páteři.

➤ Horní končetiny

- a) je-li hlava v symetrické poloze, obě paže jsou položeny u hlavy, lokty ohnuté do pravého úhlu nebo obě paže podél těla vzad, lokty natažené, dlaně nahoru. Podložením pod rameny zabráníme nadměrné vnitřní rotaci.
- b) je-li hlava v asymetrické poloze, na obličejové straně je paže vysunuta vzhůru k hlavě, loket ve flexi. Možno také podsunout hřbet ruky pod čelo. Na straně záhlaví je paže podél zad, loket natažený, dlaně nahoru. Podložením pod ramenem zabráníme nadměrné vnitřní rotaci.

➤ Dolní končetiny

V extenzi v kyčelních i kolenních kloubech. Špičky volně visí přes okraj matrace, je-li tam místo. Jinak je nutné podložit nártu tak, aby špičky volně visely přes podložení (jinak opět nebezpečí vzniku parézy n. peroneu). Podkládáním bérců střídáme různé stupně flexe v kolenních kloubech.

Poloha v sedu nebo polosedu

Nemocný se opírá o zvednutou zářadovou část lůžka. Pokud neudrží hlavu v ose, musíme podložit záhlaví. Hlava nesmí padat vzad. Sesouvání nemocného bráníme opřením chodidel (bednička, deska, čelo lůžka). Kolena vždy podkládáme do mírné flexe v kolenních kloubech. Při celkovém polohování je nutné uvědomit si nebezpečí nevhodných poloh u dechové a oběhové nedostatečnosti, kdy mechanický útlak a omezení práce bránice vede ke snížení vitální kapacity plic. Pro názornost jsou uvedeny některé polohy a procentové vyjádření snížené vitální kapacity plic v této poloze proti normě ve stoji dle Kristiníkové (2006):

- Sed minus 2%
- Leh na zádech minus 7-10%
- Leh na levém boku minus 7%
- Leh na pravém boku minus 12%
- Leh na břiše minus 10%
- Trendelenburgova poloha minus 20%

1.3.1.4. Způsoby polohování u vybraných diagnóz

Polohování u pacientů po amputacích horních a dolních končetin

Amputace horních či dolních končetin nastává nejčastěji následkem cévního, zánětlivého, nebo nádorového onemocnění končetiny či traumatem. Často se jedná o pacienty s diabetem. Obnovení funkční zdatnosti je limitováno mnoha faktory. Především je to výchozí kondice, věk, celková konstituce, zatížení dalším jiným onemocněním, výška amputace a délka pahýlu, možnosti následného oprotézování. Spolupráce sestry a fyzioterapeuta je v tomto případě nezbytnou nutností a spočívá:

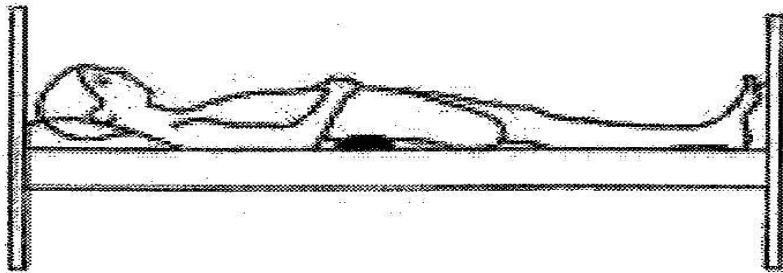
- precizní hygieně pahýlu
- bandážování pahýlu - nejméně 6 týdnů elastickým obinadlem. Bandážování je nezbytné pro vytvoření kónického tvaru pahýlu pro budoucí protézu a zamezuje tvorbě otoků.
- postupné otužování pahýlu – po zhojení operační rány pahýl otužujeme sprchováním a postupně zatěžujeme tlakem (poklepy prsty, tření žínkou, kartáčkem, opírání pahýlu ve stoji do polštáře nebo matrace postele). Masáží a tepelnými procedurami zlepšujeme jeho prokrvení.
- polohování proti kontrakturám, kde je nutné dodržet následující principy podle typu amputace:
 - a) stehenní amputace - polohujeme proti flexi a abdukci v kyčli. V leže na zádech podkládáme sedací hrbol malým polštářkem (viz obrázek č. 2). Častou chybou bývá podložení celé pánve. Konec pahýlu můžeme zatížit např. pytlíkem s pískem. Abdukci zamezíme střední polohou v kyčli zafixovanou opět polštářem nebo sáčkem s pískem. Další možnou polohou pro prevenci kontraktur je leh na břiše, kde podkládáme pahýl polštářem do extenze v kyčli a opět zapolohujeme proti abdukci stejným způsobem jako vleže na zádech (Kristiníková, 2006).

b) amputace v bérce - polohujeme vleže na zádech pahýl proti flexi v kolenním kloubu jeho podložení polštářkem (viz obrázek č. 3). Je možné zatížit i kolenní kloub opět nejlépe pytlíkem s pískem. U obou typů amputace by pacient také neměl příliš využívat sed pro možnost vzniku flekční kontraktury v kyčli nebo koleni (Kristíníková, 2006).

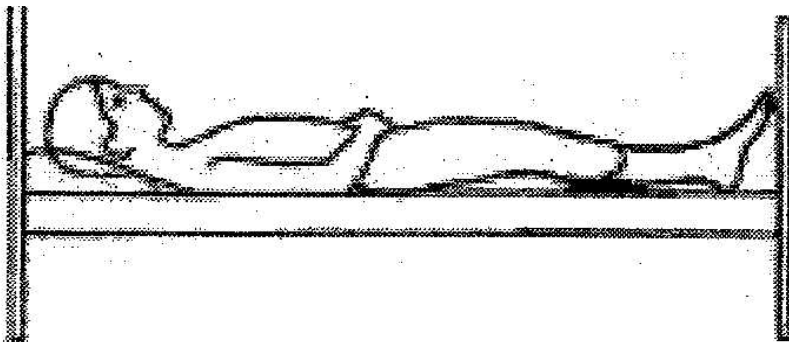
• boj proti komplikacím, především bolestem fantomového typu. Velmi intenzivní fantomové bolesti lze ovlivnit psychogenním cvičením, při němž pacient provádí zdánlivé izometrické stahy svalstva ztracené končetiny (Votava a kol., 1997).

c) amputace na horní končetině - amputace článků prstů až amputace v kterémkoliv místě horní končetiny. Jde o vážný zásah do soběstačnosti nemocného, dále dochází k poruše osové vyváženosti těla, pacient je ohrožen přetížením svalstva v oblasti krční páteře a pletenců ramenních. Polohování zahrnuje principy antiedematózního polohování a polohování ve středním postavení v kloubech horní končetiny.

Obr. č. 2



Obr. č. 3



Převzato z: Rehabilitace v ošetrovatelství, Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta 2006

Polohování u pacientů po totálních náhradách kyčelního a kolenního kloubu

- a) Principy u polohování u kyčelního kloubu - po operaci je operovaná dolní končetina uložena několik dnů v U dlaze, kde je zapolohována v lehké semiflexi, středním postavení nebo mírné abdukci a lehké vnitřní rotaci v kyčli. Při lehu na zdravém boku vkládáme polštář nebo klín nejen mezi kolena, ale musí být i v oblasti kotníků, aby dolní končetina neklesla přes střední rovinu těla. *Kontraindikované pohyby* - addukce přes střední čáru (nesmí křížit nohu přes nohu), příliš velká zevní rotace (vytočení špičkou ven), flexe v kyčli nad 90°, kterou pacient může dosáhnout posazením do hlubokého křesla. V sedě nedoporučujeme předklony, kdy opět dochází ke zvyšování ohnutí v kyčli (Kristiníková, 2006). Krátce po operaci ještě kolem endoprotézy není vytvořeno pevné vazivo a hrozila by její luxace. *Vertikalizace* se děje vždy s polštářkem mezi kolena (prevence addukce a vnitřní rotace v kyčli). Při změně polohy z lehu na zádech do lehu na boku nebo na břicho a při sedu se pacient přetáčí přes neoperovaný bok a opět s použitím polštářku mezi kolena. Pacient chodí nejdříve s plným odlehčením operované končetiny (Kristiníková, 2006). Plné doléčení a stabilizace stavu trvá zhruba jeden rok.
- b) Principy polohování u kolenního kloubu - po operaci polohujeme koleno v mírné semiflexi v kolenním kloubu, velmi brzo je možno polohovat až do 90° flexe v koleni, flexi střídát s extenzí, což může být velmi bolestivé. *Vertikalizace* - při sedu nepoužívat hluboká křesla nebo nízké židličky, kde dochází k větší flexi v koleni, ale také k větší zátěži operované končetiny při vstávání. Pacient chodí nejdříve s plným odlehčením operované končetiny, postupně zatěžuje podle ordinace (Kristiníková, 2006).

Polohování u pacientů po cévní mozkové příhodě

Příznaky CMP závisí na lokalizaci ischemie nebo krvácení, rozsahu postižení a existenci kolaterálního krevního zásobení. Významnou roli hraje pochopitelně celkový stav pacienta a včas zahájená léčba. Nejčastěji bývá ischemií i krvácením postižena a. cerebri media, při čemž je důsledkem hemiparéza na kontralaterální straně těla, s větším postižením na horní než na dolní končetině. I při postižení ostatních mozkových tepen je nejčastějším příznakem náhle či postupně vznikající hemiparéza (Trojan a kol., 2005). CMP má postupný vývoj. Nejprve dominuje svalová hypotonie, postupně se rozvíjí až převažuje spasticita. Od prvního dne musí být pacient zapolohován do tzv. antispastické polohy. Péče o pacienta po CMP zahrnuje péči

lékařskou, ošetřovatelskou, fyzioterapeutickou, ergoterapeutickou, logopedickou, psychologickou a sociální.

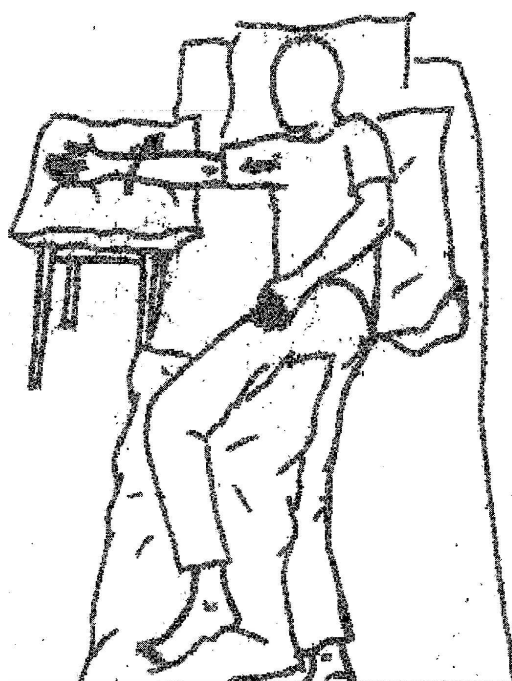
Základní požadavky na polohování:

- Poloha na lůžku by měla být měněna po dvou až třech hodinách (záleží na konceptu rehabilitační péče, např. u často používaného Bobath konceptu se mění poloha po 40 minutách)
- Přistupujeme k nemocnému vždy s postižené strany
- Noční stolek je vždy na postižené straně

Polohování na hemiparetické straně

K udržení pozice používáme měkkých polštářů a polohovacích pomůcek. Hlava je podepřena tak, aby nebyla v úklonu. Trup je v lehké rotaci dozadu, rovněž podložen polštářem. Paretická paže je v rameni flektovaná do 90°, předloktí je v supinaci a zápěstí v mírné dorzální flexi. Lopatka je předsunuta co nejvíce dopředu. Celá postižená dolní končetina je ve středním osovém postavení, koleno může být lehce pokrčeno. Nepostižená horní končetina spočívá na trupu, nepostižená dolní končetina spočívá před tělem podložena polštářem (viz obrázek č. 4).

Obr. č. 4



Převzato z: Rehabilitace v ošetřovatelství, Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta 2006

Polohování na zdravé straně

Je to velmi vhodná poloha. Končetiny lze snáze uvést do pozice, které brání vzniku spasticity. Poloha je příznivá k zabránění vzniku proleženin na postižené straně, usnadňuje dýchání na hemiplegické straně. Pozice je podobná jako v poloze první. Postižené rameno je vysunuto vpřed na polštáři rovněž v protrakci. Loket, zápěstí a prsty jsou v extenzi. Postižená dolní končetina je flektovaná na polštáři a vzhledem k rotaci v neutrální poloze. Hlava je podložena polštářem, ale ne tolik, aby byla stočena k postižené straně (viz obrázek č.5). Pokud se již postižený na polohování aktivně podílí, je pro něho namáhavější zaujmout polohu na boku na zdravé straně než na postižené. Proto potřebuje zpočátku více pomoci (Pfeiffer, 2007).

Obr. č. 5

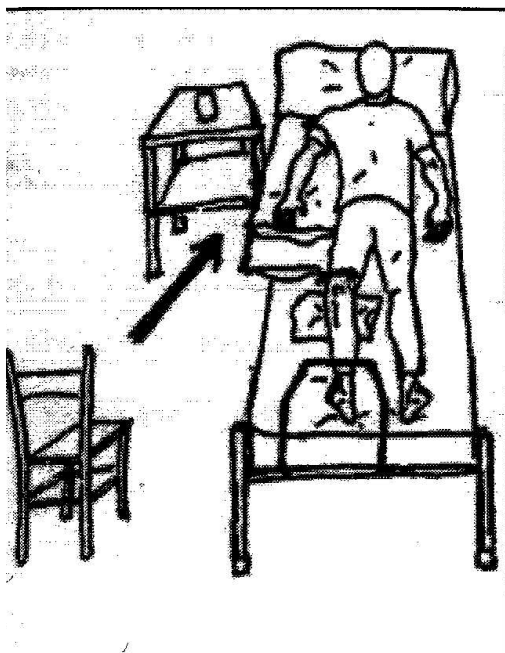


Převzato z: Rehabilitace v ošetrovatelství, Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta 2006

Polohování na zádech

Hlava je mírně otočena k paretické straně, na které je vhodné podložit i lopatku. Postižená horní končetina je položena na polštáři v zevní rotaci a s extenzí v loketním kloubu. Zápěstí je v extenzi a supinaci s rukou otevřenou k polštáři a palcem v abdukci. Do dlaně nic nevkládáme. Na postižené dolní končetině je pánev podložena polštářem, pod koleno vložíme malý polštář, aby bylo v mírné flexi. Proti chodidlu vkládáme raději stočenou deku (Kristiníková, 2006)(viz obrázek č. 6).

Obr. č. 6



Převzato z: Rehabilitace v ošetrovatelství, Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta 2006

Poloha na břiše

Jedná se o nejméně nebezpečnou z hlediska ohrožení dekubity, nejméně vyvolává zvýšené svalové napětí, ale poměrně těžko jí snášejí starší osoby. Mohou být při ní problémy s vyprazdňováním moče. Hlavu rotujeme směrem ke zdravé straně. Plegickou paži extendujeme ve všech kloubech. Podobně je extendovaná i plegická dolní končetina, podkládáme ji polštářem. Zdravá dolní končetina je udržovaná v mírné flexi v kolenním kloubu (Pfeiffer, 2007).

1.3.2. Pasivní cvičení

Pasivní pohyb je pohyb bez zapojení aktivity nemocného. Provádí jej jiná osoba (fyzioterapeut, sestra) nebo přístroj, anebo může nemocný procvičovat postiženou končetinu končetinou zdravou. Pasivní pohyby jsou velmi důležité pro dlouho ležící nebo imobilizované pacienty, dále v těch případech, kdy pacient sám neprojevuje dostatečnou tendenci k aktivitě, ať pro bolest nebo pro sníženou svalovou sílu (Lánik a kol., 1986).

Význam pasivního pohybu:

- Zlepšení trofiky kloubu v němž se pasivní pohyb koná - pohyb kloubních ploch po sobě zlepšuje výživu kloubní chrupavky
- Udržení fyziologického rozsahu v kloubech
- Zlepšení krevního a lymfatického oběhu
- Pozitivní vliv na trofiku postižených částí těla
- Zajištění fyziologické délky vláken měkkých částí tkání - svalů, vazů, které mají při inaktivitě tendenci ke zkracování
- Aktivace receptorů ve svalech, šlachách a kloubech (Kristiníková, 2006)

S pasivním cvičením začínáme co nejdříve. Pacient je pokud možno co nejvíce relaxován a zaujímá stabilní polohu. Pohyb provádíme pomalu, plynule, šetrně v ose pohybu a v plném možném rozsahu. Úchop cvičené končetiny je prováděn vždy oběma rukama. Pohyb nesmí být bolestivý. Cvičení by mělo být systematické, každý pohyb by měl být opakován 5 - 7 krát, minimálně dvakrát denně. Sestry provádějí pasivní pohyby v rámci polohování a osobní hygieny.

1.3.3. Aktivní cvičení, včasná mobilizace

Aktivní pohyb je pohyb vyvolaný silou, kterou vykonává jedinec svými svaly (Lánik a kol., 1986). Pohybovou aktivitu za spolupráce pacienta zaměřujeme vždy určitým směrem, zařazujeme ji do funkčních aktivit běžného života. Kontrolu nad provedením základních pohybových projevů získává nemocný soustavným opakováním těchto činností několikrát za den pod vedením ošetřovatelského týmu (Šamánková, Hušková, 2002).

Mobilita pacienta na lůžku

U pacienta upoutaného na lůžko se odvíjí ošetřovatelská péče od mobility pacienta v rámci lůžka. Ovládání pánve pacientem je důležitým předstupněm při následném výcviku práce s trupem ve smyslu otáčení na boky a při nácviku vertikalizace. Pro všeobecnou sestru má tato dovednost význam při výměně lůžkovin, manipulaci na míse, hygienických aktivitách, posunech pacienta po lůžku apod. Jestliže je pacient schopen tento úkon zvládat, i když ještě s pomocí, je důležité tuto dovednost podporovat v každodenní péči neustálým opakováním, kterým se tato dovednost upevňuje a pro pacienta se pak stává snáze proveditelnou (Kristiníková, 2006).

Cévní gymnastika na lůžku je zaměřena na zvýšení rychlosti proudu krve v dolních končetinách a v pánvi, což působí jako prevence tromboembolické choroby. K zvýšení venózního průtoku napomáhají následující opatření:

- Poloha nemocného - při poloze na zádech musí venózní tlak od kolen po třísla překonat gravitaci, k vyrovnání se doporučuje zvednout dolní končetiny o 20°.
- Podpora svalové pumpy masáží lýtka, jízdou na kole (v leže na lůžku), cvičení na lůžku - podkolenní jamky pevně přitlačit k podložce (vhodné cvičení u starších pacientů, u kterých mohou být problémy s koordinací pohybů), kroužení chodidla, plantární flexe a extenze, střídavě dolní končetiny natahovat a pokrčovat, střídavě natahovat a pokrčovat prsty u nohou. Denně provádět alespoň třikrát po dobu 5 minut.
- Vnější elastická komprese dolních končetin nahrazuje činnost lýtkového svalu. Při vynucené imobilizaci se uvolňují lýtkové svaly, proud krve se zpomaluje, dochází ke stáze. Krev se shromažďuje v okolí žilních chlopní, snadno může dojít ke koagulaci. Používají se elastické punčochy nebo elastická obinadla. Zásadně je nutné přiložit elastickou kompresi na končetiny ve vodorovné poloze před vstáváním z lůžka.
- Včasná mobilizace (Trachtová a kol., 2003).

Mobilizace znamená pohyb, být pohyblivý. Patří do ní pohyb v rámci lůžka - zvedání, otáčení, posazování, vstávání z lůžka, posazování do křesla, nácvik chůze. Po delší imobilizaci nacvičujeme vstávání postupně - posazení na lůžku, stoj vedle lůžka, sezení v křesle, pomalá chůze kolem lůžka. Před vlastním vstáváním je nutné se postarat o infuzi, drény, močovou cévku apod. Pacientovy přiložíme bandáže dolních končetin, oblékneme ho, obujeme apod. Sestra musí být neustále na blízku. Po déletrvajícím pobytu na lůžku může dojít k ortostatickému kolapsu (Trachtová, 2003).

Sed je zaujetí vertikální polohy horní poloviny těla - hlavy, trupu a pánve. Přejížděnou polohou je polosed, který je zaujímán pacienty i pasivně. Pacient musí být dostatečně podepřen v oblasti hrudníku, aby nebyla snížena funkce bránice z důvodu sklouznutí do spodní části lůžka. Nejběžnější polohou sedu ve zdravotnickém zařízení je sed s dolními končetinami přes okraj lůžka, kdy je nutné zajistit nemocnému podporu dolních končetin pomocí schůdků nebo malé židličky. Dolní končetiny visící z postele mají podíl na značné nestabilitě pacienta, jsou utlačovány nervově - cévní svazky vedoucí podkolenní jamkou. Vertikalizaci pacienta do sedu provádíme pokud možno přes polohu na boku, spuštěním dolních končetin pacienta přes okraj lůžka a vzepřením o horní končetinu za jeho maximálně možné spolupráce.

Při nácviku stoje je někdy důležitá pomoc dvou osob. Začínáme krátkým stojem u postele, kdy se pacient ještě může opírat o pelest postele (Kristiníková, 2006). Komplikací vertikalizace může být ortostatický kolaps, způsobený většinou nedostatečnou odpovědí sympatiku na změnu polohy z horizontální do vertikální. Jako prevenci ortostatického kolapsu provádíme cévní gymnastiku a metodu postupné vertikalizace. Je možno také sevřít pěsti na několik desítek sekund a s tímto sevřením vstávat - zvýší se krevní tlak.

Chůze je základní lokomoční projev, charakteristický pro každého jedince. Pro chůzi musí být dostatek svalové síly a zachování opěrné funkce dolních končetin. Při nácviku chůze můžeme použít opěrné pomůcky, samozřejmě ve spolupráci s fyzioterapeutem. Ulehčují chůzi odlehčením zatížení dolních končetin a zlepšením stability, podmínkou je zachovalá alespoň minimální opěrná funkce jedné dolní končetiny a dostatečná nosná funkce horních končetin (Kristiníková, 2006).

1.3.4. Dechová gymnastika.

Na ARO a JIP je dechová gymnastika prováděna v rámci celkové komplexní péče o životní funkce pacienta. Dýchání jako vitální funkce je vždy v popředí zájmů všech zdravotníků. Volně průchodné dýchací cesty jsou podmínkou optimální ventilace pacienta. Autočistící mechanismy dýchacích cest lze ovlivnit mnoha vnitřními a zevními faktory. Z rehabilitačních metod lze vyčlenit některé prvky pro zlepšení bronchiální průchodnosti v rámci rehabilitačního ošetřovatelství, základem však zůstává individuální spolupráce všeobecné sestry a fyzioterapeuta (Šamánková, Hušková, 2002).

U většiny nemocných na ARO a JIP je průchodnost dýchacích cest zajištěna endotracheální intubací. Tam, kde se předpokládá dlouhodobé zpřístupnění dýchacích cest, je provedena tracheotomie. V obou případech je z pravidla zavedena umělá plicní ventilace (Lišková, 1989). Dechová rehabilitace je neméně důležitá u pacientů dlouhodobě imobilních, u pacientů v předoperačním a pooperačním období.

Obsahem dechové gymnastiky je zlepšení ventilace a distribuce vzduchu v plicích, zmírnění dušnosti, zvýšení dechového objemu, zlepšení funkce bránice, usnadnění vykašlávání, zvýšení fyzické kondice a předcházení vzniku sekundárních komplikací. Cílem je tedy dosáhnout optimálních hodnot respiračních funkcí vhodně zvoleným a prováděným dechovým cvičením dle stavu vědomí a spolupráce pacienta.

Dechovou gymnastiku můžeme rozdělit na dechovou gymnastiku statickou, dynamickou a mobilizační.

Dechová gymnastika statická - cílem je obnovit základní dechový vzor a udržet volné horní cesty dýchací. Je to samotné dýchání bez pohybů ostatních částí těla (Ondřejík, 2006).

Dechová gymnastika dynamická - dechové pohyby jsou doprovázeny pohybem horních a dolních končetin, nebo trupu (Kristiníková, 2006).

Dechová gymnastika mobilizační - dýchání lokalizované - cílem je mobilizace určité části hrudníku, což slouží k facilitaci reflektoricky snížené ventilace plic v tomto okrsku. Používáme manuální kontakt rukou na té části hrudníku, kde chceme zlepšit dýchací pohyby, facilitujeme kladením lehkého odporu proti hrudní stěně při nádechu (Kristiníková, 2006).

Vnímání vlastního dechu a nácvik správného dýchání jsou důležité pro navození stavu duševní rovnováhy a zachování zdraví. Pacient zaujme pohodlnou polohu, ležícímu vyndáme polštář, odstraníme tísnící oděv. Cvičení opakujeme sedmkrát, podle stavu nemocného, aby nedošlo k únavě.

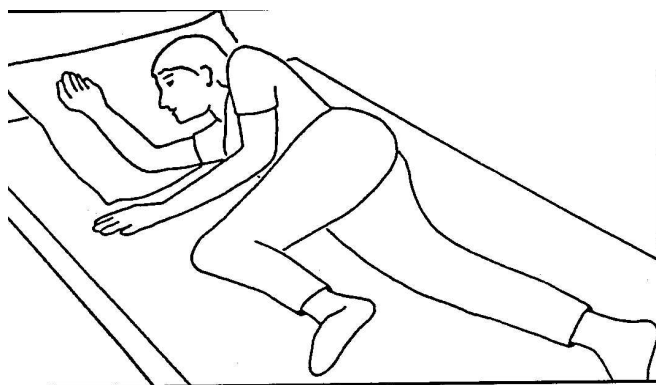
Pacienta informujeme o nácviku dýchání:

- Pomalu klidně dýchat, uvolnit se
- Nadechnout se nosem, což napomáhá vědomému nádechu, zapojení bránice
- Vydechovaný vzduch nezadržujeme, necháme jej volně vypouštět přes téměř uzavřené rty, pouze malá štěrbinu zůstává otevřená, tváře jsou lehce nafouknuty
- Položíme ruce na břicho, pokrčíme dolní končetiny a dýcháme do břicha, koncentrujeme se na dýchací pohyby, cítíme dýchání
- Po určité době položíme ruce na kost křížovou, potom nahoru na hrudník - dýcháme do hrudníku, soustředíme pozornost na dýchací pohyby, cítíme dýchání
- Při nácviku správného dýchání se zaměřujeme na plynulost dýchání, na dýchání hrudní, břišní, dostatečné prodýchávání, prohloubený výdech a dostatečný nádech, cvičení zaměřená na uvolnění, natažení a posilování. Nácvik dýchání provádí fyzioterapeut, sestra s pacientem opakuje již nacvičené dovednosti

K lepšímu provzdušnění a odlehčení určitých oddílů plic můžeme využít různé polohy pacienta.

Poloha v natažení - poloha na boku, dolní končetina na podložce je natažena, vrchní pokrčena, horní končetiny ve zvýšené poloze - důsledkem je zvětšení plochy pro dýchání (viz obrázek č. 7).

Obr. č. 7



Převzato z: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně 2003

Poloha pŕlměsice – poloha na zádech, horní končetina je pokrčená a směřuje za hlavu, dolní končetiny jsou natažené šikmo k ose těla (viz obrázek č. 8). Tímto je dosaženo rozpětí zejména horního oddílu plic a umožněno lepší provzdušnění plic. Tuto polohu lze doplnit vibrační masáží.

Obr. č. 8

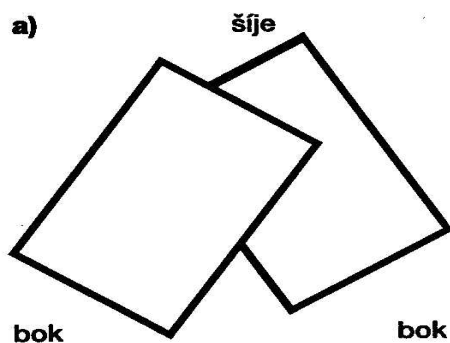


Převzato z: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně 2003

V poloha - člunková poloha - poloha na zádech, slouží k uvolnění ve zvýšené poloze. Použijeme dva polštáře velikosti 20 až 30 x 80 cm, méně naplněné. Polštáře jsou položeny tak, že se kříží a vytvářejí tvar písmene V.

- a) Vrchol V je umístěný v oblasti šije, pod hlavu lze dát malí polštář. Poloha podporuje dostatečné prodýchání plicních hrotů, horních oddílů plicních. Páteř je nepodložená, stejně jako kost křížová (viz obrázek č. 9).

Obr. č. 9

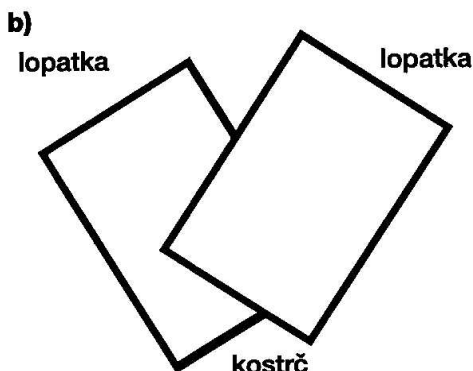


Převzato z: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně 2003

b) Vrchol V je v oblasti sakrální, usnadňuje rozepjetí v oblasti plicní báze (viz obrázek č. 10).

Dvakrát až třikrát denně na třicet minut k dočasnému uvolnění (Trachtová a kol., 2003).

Obr. č. 10



Převzato z: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně 2003

Před odstraňováním sekretu s dýchacích cest musíme provést opatření k jeho uvolnění.

Vibrační masáž - při výdechu provádíme chvění dlaní, což způsobuje svalové uvolnění pacienta a posunuje hlen v dýchacích cestách (Tintěra, Kvapilík, 1985). Postupujeme s vibracemi od plicní báze k plicnímu hilu.

Flutter - přístroj, který přerušuje s vysokou frekvencí výdech a tím vyvolává vibrace. Usnadňuje expektoraci, slouží jako prevence kolapsu stěn bronchů. Pacient volně vdechne, zadrží dech na dvě až tři sekundy a vydechne do přístroje, kde vydechovaný vzduch zvedá kuličku v trubici (Smolíková a kol., 1996). S touto pomůckou pacienta seznamuje fyzioterapeut, sestra dohlíží na pravidelné používání.

Autogenní drenáž - technika dýchání, při které se nemocný naučí odstraňovat hlen samostatně a bez nápadného a namáhavého vykašlávání. Výdech se děje pootvřenými ústy za dostatečné aktivace především břišního svalstva. Pak pomocí huffingu (prudký výdech při uvolněné glottis) je sekret posunut do jugulární části dýchací soustavy. Konečné odstranění hlenu je zajištěno jedním krátkým zakašláním (Smolíková a kol., 1996)

Apnoické pauzy - relaxační a odpočinkový účinek, výrazně zvyšuje účinek inhalační terapie. Inspirační apnoe se nejčastěji používá na konci vdechu asi na dvě až tři sekundy. Expirační apnoe pomáhá při nácvičku kašle a pomáhá k evakuaci sekretu (Smolíková a kol., 1996).

1.3.5. Nácvik soběstačnosti

Soběstačnost je míra samostatnosti popř. podíl člověka při vykonávání denních aktivit. Správné a přesné ohodnocení úrovně sebepečce a soběstačnosti nemocného je výchozím momentem nejen pro jednotlivé ošetrovatelské intervence a ošetrovatelský plán, ale i pro veškeré diagnostické a terapeutické zákroky. Zásadně je nutné klasifikovat funkční úroveň nemocného tak, aby se podporovala jeho nezávislost. O aktuálním stavu soběstačnosti se dozvíme pomocí testů funkční soběstačnosti. Hodnocení funkční soběstačnosti se soustřeďuje na stravování, oblékání, hygienickou péči, ovládání sfinkterů, mobilitu a lokomoci. Instruktaž pacienta o produktivní pomoci, míře asistence nebo používání kompenzačních pomůcek je úkolem ergoterapeuta nebo fyzioterapeuta za úzké spolupráce se sestrou. Sestra musí být informována, za jakých podmínek a s jakými pomůckami je pacient schopen jednotlivé činnosti zvládnout. Naším úkolem je zapojit pacienta do procesu soběstačnosti, správně ho edukovat, jednotlivé činnosti mu ukázat a společně s ním je vyzkoušet (Trachtová a kol., 2003).

V péči o pacienta musejí být všichni, kdož jsou ji účastni, nesmírně trpěliví, vlídní a laskaví. Pacienta je nutno za každý sebemenší pokrok chválit a povzbuzovat ho k další rehabilitaci. I v době, kdy stav pacienta stagnuje, je třeba se stále snažit o laskavý přístup a pozitivní ladění, které se přenáší na pacienta a nesmírně mu pomáhá na cestě k uzdravení (Šamánková, Hušková, 2002).

2. Empirická část

2.1. Cíl práce

Cílem empirické části bylo zjistit úroveň spolupráce mezi všeobecnou sestrou a fyzioterapeutem na lůžkách akutní péče. Zjišťovala jsem způsob a formu provádění jednotlivých úkonů rehabilitačního ošetřování u imobilních pacientů všeobecnými sestrami a jejich vzájemnou komunikaci s fyzioterapeuty při péči o pacienty. Na jaké úrovni spolupráce probíhá, jsou-li pro ni vytvořeny podmínky a zda je o ni zájem. Dalším cílem bylo zjistit, jak by se spolupráce měla zlepšit v případě, že s ní oslovené skupiny nejsou zcela spokojeny.

2.2. Vzorek zkoumaných osob

Zkoumaný soubor všeobecných sester byl vybrán dle následujících požadavků:

- 1) všeobecné sestry pracující ve Fakultní nemocnici Hradec Králové
- 2) pracující na JIP

Zkoumaný soubor fyzioterapeutů byl vybrán dle následujících požadavků:

- 1) fyzioterapeuti pracující ve Fakultní nemocnici Hradec Králové
- 2) provádějící rehabilitaci i na JIP

2.3. Užitá metoda šetření

Jako metodu výzkumu byl zvolen anonymní dotazník vlastní konstrukce. Byly vytvořeny dva dotazníky, jeden pro všeobecné sestry a jeden pro fyzioterapeuty. V obou dotaznících bylo použito 18 otázek následujícího typu:

- 1) Uzavřené - respondentům se předkládá vždy pouze určitý počet předem připravených odpovědí. Respondent vybírá jednu či více možností.
- 2) Polouzavřené - respondentovi se předkládá několik možností, z nichž jednu vybírá. Pokud mu nevyhovuje žádná z navrhovaných odpovědí, dopíše svou vlastní odpověď do nabídky „jiné“.
- 3) Otevřené – nenavrhují se respondentovi žádné možné odpovědi. Musí je zpracovat sám.

Oba dotazníky obsahují čtyři části (Příloha č. 1). První část obsahuje úvodní dopis, druhá se skládá z obecných otázek. Třetí část obsahuje otázky stejné pro obě skupiny, ve čtvrté části se nalézají otázky stejného typu, na které sestra a fyzioterapeut odpoví. Sestra z pohledu své práce a fyzioterapeut hodnotí všechny sestry pracující na JIP. Otázky ve třetí a čtvrté části

jsou zaměřené na způsob provádění a využívání jednotlivých úkonů rehabilitačního ošetřování na JIP, jak jsou uvedeny v teoretické části.

2.4. Realizace šetření

Výzkum byl prováděn ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Nejprve byla navštívena hlavní sestra se žádostí o výzkumné šetření (Příloha č. 2) ve Fakultní nemocnici na JIP spolu s příloženými dotazníky. Po jejím schválení bylo osloveno 10 vrchních sester jednotlivých klinik se žádostmi o výzkumné šetření (Příloha č. 3) na jejich JIP. Po souhlasu byly rozdány dotazníky na 10 klinikách na JIP 210 sestřám. Jednalo se o JIP na I. interní klinice, II. interní klinice, chirurgické klinice, kardiochirurgické klinice, gerontologické a metabolické klinice, neurochirurgické klinice, neurologické klinice, plicní klinice, urologické klinice a ortopedické klinice. Dále byla oslovena vedoucí fyzioterapeutka rehabilitační kliniky se žádostí o provedení výzkumného šetření. Také byla požádána o pomoc při rozdávání dotazníků fyzioterapeutům. Výzkum probíhal od poloviny prosince 2007 do konce ledna 2008. Z celkového množství 210 rozdaných dotazníků sestřám se vrátilo 156. K výzkumu bylo možno použít 145(69%). U fyzioterapeutů bylo z 40(63%) rozdaných dotazníků vráceno 25.

2.5. Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována ručně za pomoci čárkovací metody. Výsledky byly zpracovány do tabulek a u vybraných otázek i do grafů. Všechny údaje v procentech jsou zaokrouhleny. Počet respondentů v tabulce je označen písmenem n.

2.5.1. Interpretace dat

Tab.1. Věk

otázka č. 1	zdravotní sestry		fyzioterapeuti	
	n	v %	n	v %
do 25 let	42	29	0	0
26-30 let	45	31	7	28
31-40 let	42	29	6	24
41-50 let	16	11	4	16
nad 50 let	0	0	8	32

Graf č.1

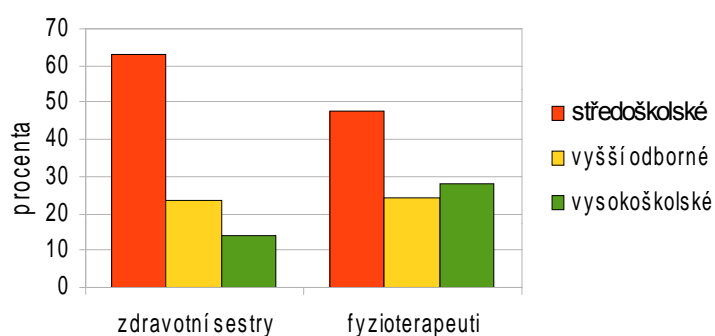


Věk byl v dotazníku rozdělen do pěti kategorií. Ve věkové kategorii do 25 let bylo 42(29%) sester a 0 fyzioterapeutů. Ve věkové kategorii 26 - 30 let bylo 45(31%) sester a 7(28%) fyzioterapeutů. Ve věku 31 - 40 let bylo 42(29%) sester a 6(24%) fyzioterapeutů. V kategorii 41 - 50 let bylo 16(11%) sester a 4(16%) fyzioterapeutů. Ve věku nad 50 let bylo 0 sester a 8(32%) fyzioterapeutů.

Tab.2. Vzdělání

otázka č. 2	zdravotní sestry		fyzioterapeuti	
	n	v %	n	v %
středoškolské	91	63	12	48
vyšší odborné	34	23	6	24
vysokoškolské	20	14	7	28

Graf č.2

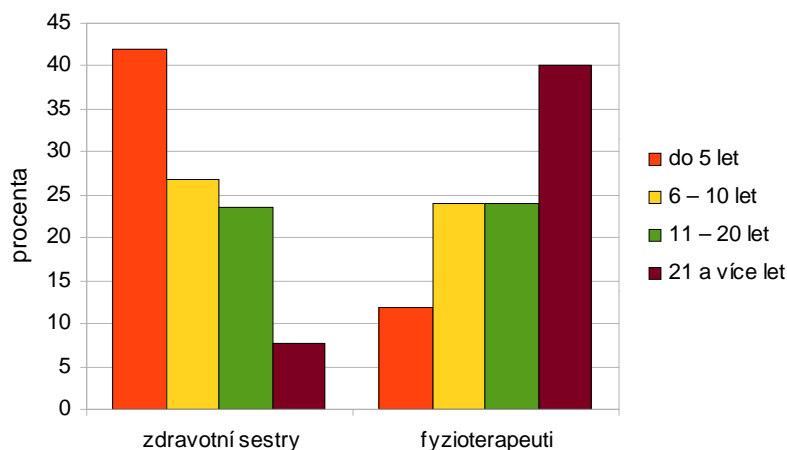


Vzdělání středoškolské uvedlo 91(63%) sester a 12(48%) fyzioterapeutů. Vyšší odborné má 34(23%) sester a 6(24%) fyzioterapeutů. Vysokoškolské vzdělání uvedlo 20(14%) sester a 7(28%) fyzioterapeutů.

Tab.3. Délka praxe

otázka č. 3	zdravotní sestry		fyzioterapeuti	
	n	v %	n	v %
do 5 let	61	42	3	12
6 – 10 let	39	27	6	24
11 – 20 let	34	23	6	24
21 a více let	11	8	10	40

Graf č.3

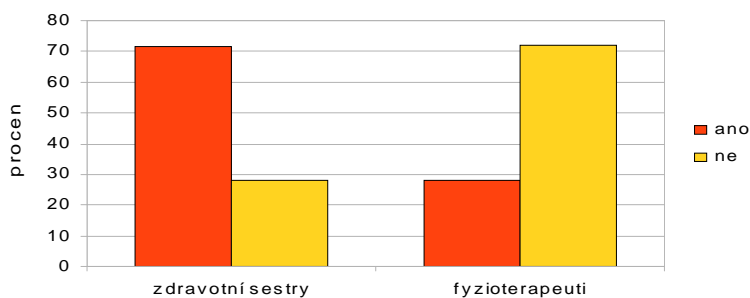


Délka praxe byla uváděna u obou skupin respondentů bez mateřské dovolené. Praxi do 5 let označilo 61(42%) sester a 3(12%) fyzioterapeutů. V kategorii od 6 - 10 let bylo zastoupeno 39(27%) sester a 6(24%) fyzioterapeutů. Od 11 - 20 let bylo 34(23%) sester a 6(24%) fyzioterapeutů. A praxi nad 21 let mělo 11(8%) sester a 10(40%) fyzioterapeutů.

Tab. 4. Myslíte si, že by byla vhodná celodenní přítomnost fyzioterapeuta na JIP?

otázka č. 4	zdravotní sestry		fyzioterapeuti	
	n	v %	n	v %
ano	104	72	7	28
ne	41	28	18	72

Graf č.4

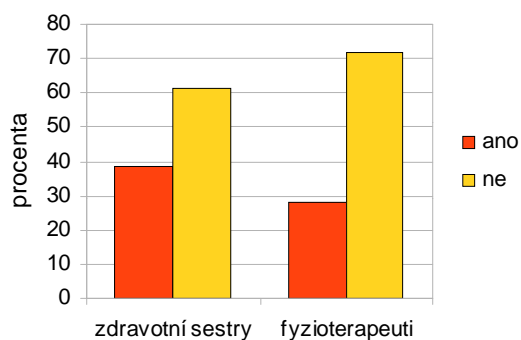


Pro celodenní přítomnost fyzioterapeuta na JIP bylo 104(72%) sester a 7(28%) fyzioterapeutů. Proti bylo 41(28%) sester a 18(72%) fyzioterapeutů.

Tab.5. Je u Vás na JIP dostatek pomůcek k rehabilitaci?

otázka č. 5	zdravotní sestry		fyzioterapeuti	
	n	v %	n	v %
ano	56	39	7	28
ne	89	61	18	72

Graf č.5

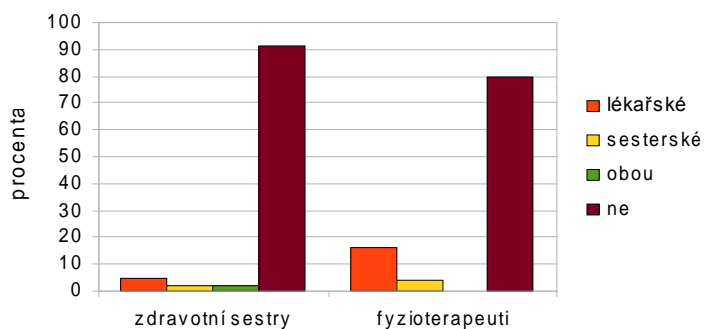


Za dostatečné vybavení JIP rehabilitačními pomůckami považuje 56(39%) sester a 7(28%) fyzioterapeutů. Nespokojeno je 89(61%) sester a 18(72%) fyzioterapeutů.

Tab.6. Účastní se fyzioterapeuté vizit?

otázka č. 6	zdravotní sestry		fyzioterapeuti	
	n	v %	n	v %
lékařské	7	5	4	16
sesterské	3	2	1	4
obou	3	2	0	0
ne	132	91	20	80

Graf č.6

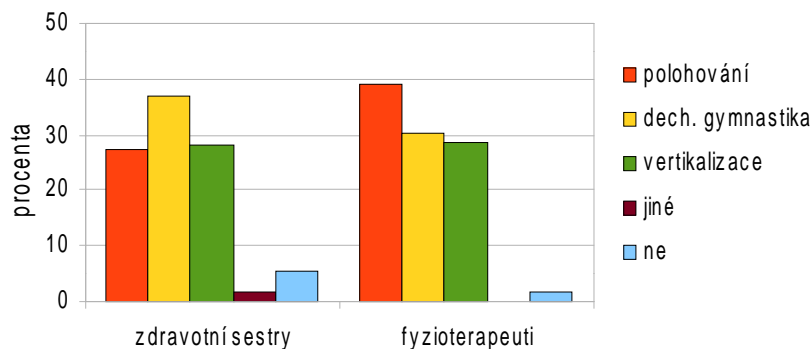


Na otázku zda se fyzioterapeuti účastní vizit odpovědělo kladně u lékařské vizity 7(5%) sester a 4(16%) fyzioterapeutů, u sesterské vizity odpovědělo kladně 3(2%) sester a 1(4%) fyzioterapeutů a v případě účasti na obou vizitách kladně odpovědělo 3(2%) sester a 0 fyzioterapeutů. Na tuto otázku odpovědělo záporně 132(91%) sester a 20(80%) fyzioterapeutů.

Tab. 7. Konzultujete s fyzioterapeutem na JIP některé s následujících činností?

otázka č. 7	zdravotní sestry		fyzioterapeuti	
	n	v %	n	v %
polohování	78	27	22	39
dech. gymnastika	105	37	17	30
vertikalizace	80	28	16	29
jiné	5	2	0	0
ne	16	6	1	2

Graf č. 7

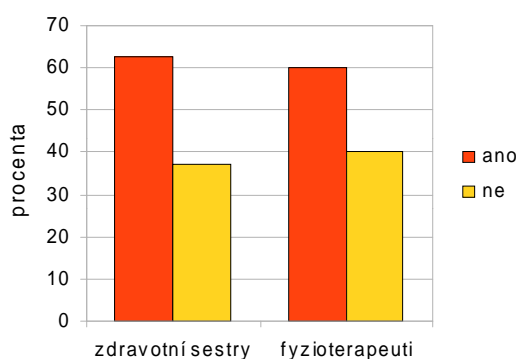


Cílem této otázky bylo zmapovat, které činnosti sestry nejčastěji konzultují s fyzioterapeuty. Polohování uvedlo 78(27%) sester a 22(39%) fyzioterapeutů. Dechovou gymnastiku uvedlo 105(37%) sester a 17(30%) fyzioterapeutů. Vertikalizaci označilo 80(28%) sester a 16(29%) fyzioterapeutů. Do kolonky jiné, uvedlo 5(2%) sester manipulaci s pacientem po náhradě kyčelního kloubu, fyzioterapeuti tuto možnost neoznačili. Odpověď *nekonzultuji, protože...* označilo 16(6%) sester, z toho sedm sester využilo možnost dopsání. Dvě se radí s lékařem nebo kolegyněmi, dvě mají pocit, že dotazy fyzioterapeuta obtěžují, že nemá zájem o spolupráci, dvě sestry nekonzultují z důvodu krátké doby strávené fyzioterapeutem na oddělení, jedna sestra uvádí dostatek svých znalostí v rehabilitačním ošetřování. Fyzioterapeuti tuto možnost označili pouze 1(2%), nevyužili možnost dopsání.

Tab.8. Považujete spolupráci mezi fyzioterapeutem a sestrou na JIP za dostatečnou?

Otázka č. 8	zdravotní sestry		fyzioterapeuti	
	n	v %	n	v %
ano	91	63	15	60
ne	54	37	10	40

Graf č. 8



Za dostatečnou považuje spolupráci 91(63%) sester a 15(60%) fyzioterapeutů. Záporně odpovědělo 54(37%) sester a 10(40%) fyzioterapeutů. Možnost dopsání využilo 45 sester a 10 fyzioterapeutů. Jako důvody nedostatečné spolupráce sestry sedmadvacetkrát uvedli krátkou přítomnost fyzioterapeuta na oddělení, jedenáctkrát nulovou komunikaci mezi nimi, tři si myslí, že fyzioterapeut nemá o spolupráci zájem, udělá si svoje a odejde, jedna uvádí, že záleží na konkrétním fyzioterapeutovi, jedné sestře vadí konzultace fyzioterapeuta s lékařem a ne s ní, jedné, že po rehabilitaci není pacient napolohován, jedné neúčast fyzioterapeuta na vizitách. Pět fyzioterapeutů vidí jako důvody nedostatečné spolupráce nulovou komunikaci se sestrami, dva nechotu spolupracovat ze strany sester, dva dopsali, že záleží na konkrétní sestře a jeden fyzioterapeut si myslí, že sestry berou rehabilitaci jako rozhrabání upraveného lůžka.

Tab. 9.

otázka č. 9	pro zdravotní sestry			
	<i>Myslíte si, že umíte správně polohovat pacienta?</i>			
	ano	ne	nevím	
n	105	7	33	
%	72	5	23	
	pro fyzioterapeuty			
	<i>Umí sestry na JIP správně polohovat?</i>			
	ano	většina ano	většina ne	ne
n	9	17	3	1
%	36	68	12	4

Na otázku zda si myslí, že umí napolohovat pacienta odpovědělo 105(72%) sester ano, 7(5%) sester ne a 33(23%) sester neví. Fyzioterapeuti na otázku, zda si myslí, že sestry na JIP umí napolohovat pacienta odpovědělo 9(36%) ano, 17(68%) většina ano, 3(12%) většina ne, 1(4%) ne. Jeden fyzioterapeut dopsal, že si myslí, že sestry umí polohovat z hlediska prevence dekubitů, ale neumí polohovat z hlediska fyzioterapie.

Tab. 10.

		pro zdravotní sestry			
otázka č. 10	<i>Byla jste někdy fyzioterapeutem upozorněna, že Váš pacient nemá vhodnou polohu?</i>				
		ano	ne		
n		25	120		
%		17	83		
		pro fyzioterapeuty			
	<i>Pokud je pacient špatně napolohován, snažíte se sestře ukázat, kde dělá chybu?</i>				
		ano, vždy	většinou ano	většinou ne	ne
n		10	13	1	1
%		40	52	4	4

Na tuto otázku odpovědělo 25(17%) sester, že byly fyzioterapeutem upozorněni, že pacient nemá vhodnou polohu, 120(83%) sester uvádí, že nikdy. Na otázku, zda fyzioterapeuti v případě špatné polohy u pacienta sestru na tuto skutečnost upozorní uvedlo 10(40%) ano, vždy, 13(52%) většinou ano, 1(4%) většinou ne, 1(4%) ne.

Tab. 11.

		pro zdravotní sestry		
otázka č. 11	<i>Využíváte možnosti aktivního cvičení u pacientů?</i>			
		ano	ne	
n		120	25	
%		83	17	
		pro fyzioterapeuty		
	<i>Využívají, dle Vašeho názoru sestry možnosti aktivního cvičení u pacientů?</i>			
		ano	ne	nevím
n		8	11	6
%		32	44	24

Aktivní cvičení u pacientů využívá 120(83%) sester, záporně odpovědělo 25(17%) sester. Na otázku, zda podle jejich názoru sestry využívají aktivního cvičení u pacientů uvedlo 8(32%) fyzioterapeutů ano, 11(44%) ne a 6(24%) neví.

Tab. 12.

otázka č. 12	pro zdravotní sestry			
	<i>Využíváte možnosti pasivního cvičení u pacientů?</i>			
	ano		ne	
n	98		47	
%	68		32	
	pro fyzioterapeuty			
	<i>Využívají, dle Vašeho názoru sestry možnosti pasivního cvičení u pacientů?</i>			
	ano	ne	nevím	
n	2	18	5	
%	8	72	20	

Pasivní cvičení využívá 98(68%) sester, 47(32%) sester odpovědělo záporně. Na otázku, zda podle jejich názoru sestry využívají pasivního cvičení u pacientů uvedli 2(8%) fyzioterapeuti ano, 18(72%) ne a 5(20%) neví.

Tab. 13.

otázka č. 13	pro zdravotní sestry			
	<i>Posazujete pacienty do křesla?</i>			
	ano	pouze s fyzioterapeutem	ne	
n	135	7	3	
%	93	5	2	
	pro fyzioterapeuty			
	<i>Posazují sestry pacienty do křesla?</i>			
	ano	většina ano	většina ne	ne
n	9	10	5	1
%	36	40	20	4

Na otázku, zda posazují pacienty do křesla odpovědělo kladně 135(93%) sester, 7(5%) posazuje do křesla pouze s fyzioterapeutem, 3(2%) sestry pacienty do křesla neposazují. Fyzioterapeuti na otázku, zda sestry posazují pacienty do křesla uvedli 9(36%) ano, 10(40%) většina ano, 5(20%) většina ne, 1(4%) ne.

Tab. 14.

otázka č. 14	pro zdravotní sestry			
	Provádíte s pacienty dechovou rehabilitaci?			
	ano		ne	
n	73		72	
%	50		50	
	pro fyzioterapeuty			
	Provádějí sestry na JIP s pacienty dechovou rehabilitaci?			
	ano	ne	nevím	
n	4	17	4	
%	16	68	16	

Na otázku, zda provádí s pacienty dechovou rehabilitaci odpovědělo 73(50%) sester ano, 72(50%) sester ne. Na otázku, zda si fyzioterapeuti myslí, že sestry na JIP provádějí dechovou rehabilitaci odpovědělo 4(16%) ano, 17(68%) ne, 4(16%) neví.

Tab. 15.

otázka č. 15	pro zdravotní sestry			
	Kterou z těchto činností provádíte v rámci nácviku soběstačnosti?			
	sebeobsluha při stravování	sebeobsluha při hygieně	lokomoce, vertikalizace	nácvik oblékání
n	142	143	94	56
%	98	99	65	39
	pro fyzioterapeuty			
	Víte, kterou z těchto činností sestry na JIP provádí v rámci nácviku soběstačnosti?			
	sebeobsluha při stravování	sebeobsluha při hygieně	lokomoce, vertikalizace	nácvik oblékání
n	23	22	9	7
%	92	88	36	28

Mezi nejčastěji sestrami poskytované činnosti pacientům v rámci nácviku soběstačnosti z pohledu sester a fyzioterapeutů patří:

- nácvik sebeobsluhy při stravování uvedlo 142(98%) sester a 23(92%) fyzioterapeutů
- nácvik sebeobsluhy při hygieně uvedlo 143(99%) sester a 22(88%) fyzioterapeutů
- nácvik lokomoce a vertikalizace uvedlo 94(65%) sester a 9(36%) fyzioterapeutů
- nácvik oblékání uvedlo 56(39%) sester a 7(28%) fyzioterapeutů
- možnosti jiné činnosti nevyužila žádná ze sester ani z fyzioterapeutů

Tab. 16.

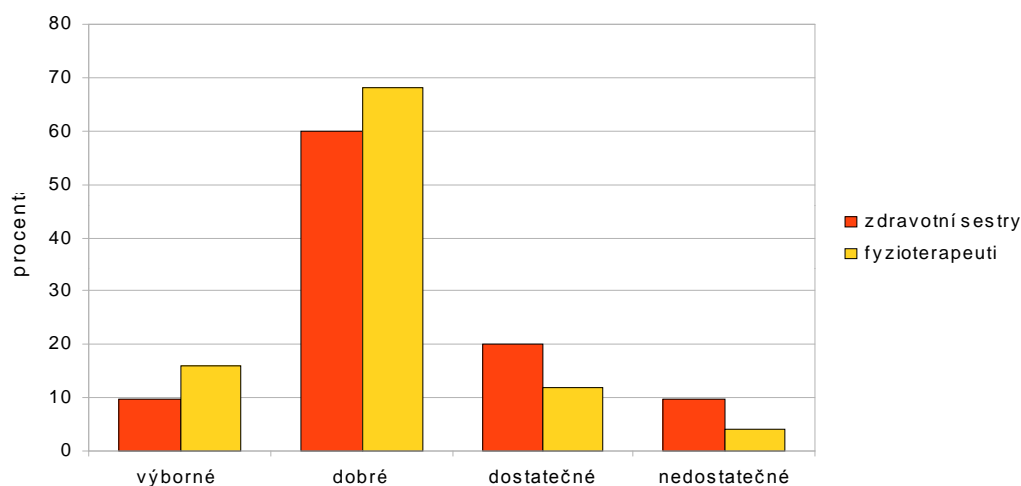
otázka č. 16	pro zdravotní sestry			
	<i>Myslíte si, že vedete pacienta dostatečně a efektivně k soběstačnosti?</i>			
	ano		ne	
n	110		35	
%	76		24	
	pro fyzioterapeuty			
	<i>Je vedení pacientů sestrami k soběstačnosti z Vašeho pohledu dostatečné a efektivní?</i>			
	ano		ne	
n	15		10	
%	60		40	

Zdravotní sestry 110(76%) považují své vedení pacientů k soběstačnosti za dostatečné a efektivní. Odpověď zápornou uvedlo 35(24%) sester, z toho jednadvacet sester uvádí jako důvod nedostatek času, tři nespolupráci pacienta, jedna málo trpělivosti s pacienty. 15(60%) fyzioterapeutů uvedlo kladnou odpověď a 10(40%) zápornou, z čehož osm vidí příčinu v nedostatku času ze strany sester, tři v nedostatku zájmu ze strany sester.

Tab. 17. Celkové hodnocení spolupráce mezi sestrami a fyzioterapeuty

	zdravotní sestry		fyzioterapeuty	
	n	v %	n	v %
výborné	14	10	4	16
dobré	88	60	17	68
dostatečné	29	20	3	12
nedostatečné	14	10	1	4

Graf č. 9



Spolupráci jako výbornou označilo 14(10%) sester a 4(16%) fyzioterapeutů, dobrou označilo 88(60%) sester a 17(68%) fyzioterapeutů, dostatečnou 29(20%) sester a 3(12%) fyzioterapeutů a jako nedostatečnou hodnotilo spolupráci 14(10%) sester a 1(4%) fyzioterapeut.

Otázka č. 18

Uveďte návrhy jak vylepšit spolupráci mezi sestrami a fyzioterapeuty

Na tuto otázku odpovědělo 59(41%) sester a 12(48%) fyzioterapeutů. Bez odpovědi zůstala u 86(59%) sester a 13(52%) fyzioterapeutů.

Sestry pro zlepšení spolupráce navrhovaly:

- 32 sester delší dobu strávenou fyzioterapeutem na JIP
- 14 sester celodenní přítomnost fyzioterapeuta na JIP
- 13 sester by chtělo zlepšit komunikaci
- 7 lepší spolupráci všech členů ošetrovatelského týmu
- 6 účast fyzioterapeuta na vizitách
- 6 dostatek kvalitních pomůcek k rehabilitaci
- 6 společné semináře o rehabilitačním ošetrovatelství
- 6 větší počet fyzioterapeutů
- 5 aktivní přístup fyzioterapeutů
- 1 zvětšit pozornost na důležitost rehabilitačního ošetrovatelství ze strany sester a lékařů
- 1 vyměnit fyzioterapeuta

Fyzioterapeuti pro zlepšení spolupráce navrhovali:

- 6 školení v rehabilitačním ošetrovatelství pro sestry
- 5 lepší komunikaci mezi sestrou a fyzioterapeutem
- 5 by chtělo více spolupracovat
- 1 sestry by měly více naslouchat fyzioterapeutům

Diskuse

Cílem empirické části bylo zjistit úroveň spolupráce mezi zdravotní sestrou a fyzioterapeutem na lůžkách akutní péče. První tři otázky měli zjistit obecné údaje o respondentech. První otázka byla zaměřena na věk, který byl rozdělen do pěti kategorií. U sester bylo rovnoměrné zastoupení v prvních třech kategoriích od nejmladších do věku 40 let, u fyzioterapeutů bylo největší zastoupení 32% ve věkové kategorii nad 50 let (Tabulka č. 1). U otázky vzdělání převažovalo u obou skupin dotázaných středoškolské. U sester bylo zastoupeno 63%, u fyzioterapeutů 48% (Tabulka č. 2). Délka praxe u sester byla nejpočetnější 42% v kategorii do pěti let, u fyzioterapeutů převažuje praxe nad 21 let 40% (Tabulka č. 3).

Sestry a fyzioterapeuti se rozcházejí v názoru na celodenní přítomnost fyzioterapeuta na JIP. U sester výrazně převažuje 72% názor pro celodenní přítomnost, u fyzioterapeutů 72% převažuje názor proti (Tabulka č. 4). Otázkou je, kolik procent činností na JIP spadá do kompetencí sester v rámci rehabilitačního ošetřování a kolik toho zbývá na fyzioterapeuta.

Sestry a fyzioterapeuti se shodují v otázce nedostatku rehabilitačních pomůcek na JIP. Sestry 61% a fyzioterapeuti 72% (Tabulka č. 5). Ale i přes převahu záporných odpovědí je 39% sester a 28% fyzioterapeutů spokojeno.

Shoda panovala mezi oběma skupinami dotázaných ohledně přítomnosti fyzioterapeutů na vizitách. Záporná odpověď byla u 91% sester a 80% fyzioterapeutů. Tato situace je dána časovou vytížeností fyzioterapeutů a skutečností, že mají na starost několik oddělení. Takže přítomnost na vizitě je pro ně za stávající situace prakticky neproveditelná. Je pozitivní, že alespoň 16% fyzioterapeutů uvádí účast na lékařské vizitě (Tabulka č. 6). 6 sester uvádělo, že přítomnost fyzioterapeuta na vizitě by mohla zlepšit spolupráci mezi oběma skupinami, ale to by se týkalo sesterské vizity, kterou dle fyzioterapeutů navštěvují pouze 4% dotázaných a dle sester pouze 2%.

U otázky týkající se konzultace činností a týkající se rehabilitačního ošetřování převažuje u sester 37% dechová gymnastika následovaná polohováním s 27%. U fyzioterapeutů oproti tomu nejvíce konzultací se týká polohování 39%, dechová gymnastika získala 30%. Vertikalizace je konzultována dle sester 28%, dle fyzioterapeutů 28%. Jako velký nedostatek považují 6% sester, které nekonzultují žádnou činnost z rehabilitačního ošetřování ať už jsou důvody jakékoliv (Tabulka č. 7).

Spolupráci mezi sestrami a fyzioterapeuty považuje za dostatečnou 63% sester a 60% fyzioterapeutů. Sice převažuje kladné hodnocení, ale dost procent získalo i negativní

hodnocení spolupráce 37% ze strany sester a 40% ze strany fyzioterapeutů (Tabulka č. 8). Jako největší problém považují obě skupiny nulovou komunikaci mezi nimi a neochotu spolupráce. Také sestry vidí problém v malé přítomnosti fyzioterapeuta na oddělení.

Další okruh otázek byl zaměřen na úkony rehabilitačního ošetřovatelství, zda jsou sestrami využívány a jak tuto činnost sester hodnotí fyzioterapeutové ze svého pohledu.

Otázka týkající se správného polohování pacienta byla pro mě překvapením. Očekávala jsem, že sestry na JIP mají dostatečné množství informací, aby uměly správně napolohovat pacienta. Zachováním správného postupu při polohování si je jistých 72% sester, fyzioterapeuti je hodnotí 36%. U fyzioterapeutů byla nejvíce označována možnost „většina ano“ a to 68%. 23% sester na JIP neví, jestli umí správně polohovat a 5% (Tabulka č. 9) označilo možnost, že správně polohovat neumí. Další otázkou jsem chtěla zjistit, jestli fyzioterapeut vůbec zareaguje, pokud zjistí, že je pacient od sestry špatně napolohován. 83% sester uvedlo, že nikdy upozorněny nebyly. Je možné, že nemusel být důvod. Jako dobré považují spíše 17% sester, které upozorněny byly. 52% fyzioterapeutů označilo, že většinou sestry upozorní. Překvapujícím zjištěním jsou 4% fyzioterapeutů, kteří sestru neupozorní nikdy a 4% (Tabulka č. 10), kteří většinou také mlčí. Tato nulová komunikace může vést pouze k poškození pacienta vznikem sekundárních komplikací. Je pravda, že na počet fyzioterapeutů se to týká pouze dvou, ale oba jistě mají velký okruh pacientů. Sestry by měli být v polohování také dostatečně vzdělány.

Cílem další otázky bylo využití sestrami aktivního cvičení u pacientů. Zde se odpovědi od obou skupin rozcházel. 83% sester označilo, že využívá aktivního cvičení. U fyzioterapeutů převládá názor 44%, že sestry aktivního cvičení nevyužívají a 24% (Tabulka č. 11) fyzioterapeutů vůbec neví, zda sestry toto cvičení využívají v rámci péče o pacienty. Další otázka se týkala využití pasivního cvičení sestrami. Zde se názory obou skupin rozcházel. Z pohledu sester tuto možnost využívá 67%, z pohledu fyzioterapeuta pouze 8% (Tabulka č.12). Z mého pohledu tuto možnost opravdu sestry dostatečně nevyužívají. Důvodem může být zaneprázdněnost, jiné pracovní povinnosti, nedostatečná informovanost, ale i přenechávání této činnosti fyzioterapeutům z mylného úsudku, že tato činnost nespadá do jejich kompetencí a náplně práce.

Další otázka se týkala posazování pacientů do křesla, zda je tato možnost sestrami využívána. Zde převažoval kladný názor u obou skupin dotázaných. Sestry odpověděli kladně z 93%, fyzioterapeuti označili odpověď „většina ano“ 40% a odpověď „ano“ 36% (Tabulka č. 13).

Otázku týkající se využívání dechové gymnastiky považují za velice důležitou. Pouze 50% sester využívá na JIP dechovou rehabilitaci. 68% (Tabulka č. 14) fyzioterapeutů si myslí, že

není sestrami dechová rehabilitace využívána. Tento výsledek považuji za velmi alarmující. Sestry, jak se zdá, si stále neuvědomují její důležitost a to, že spadá do jejich náplně práce. Tento výsledek je o to horší, že se týká sester na JIP, pro které by dechová rehabilitace měla být samozřejmostí, včetně úzké spolupráce s fyzioterapeutem.

V otázce poskytované činnosti pacientům sestrami v rámci nácviku soběstačnosti z pohledu sester a fyzioterapeutů panovala mezi oběma skupinami shoda (Tabulka č.15). Pomoc sester při nácviku soběstačnosti považuji za velice důležitou a myslím si, že uvedené činnosti jsou poskytovány. U nácviku soběstačnosti sestrami mě zajímala ještě její efektivnost z pohledu sester a fyzioterapeutů. Převažovalo od obou skupin dotázaných kladné hodnocení. 24% sester a 40% (Tabulka č. 16) fyzioterapeutů si myslí, že vedení sester k soběstačnosti není dostatečné. Jako nejčastější důvod uvádějí obě skupiny nedostatek času. Zde je vidět potřebnost rozšířit tým o ergoterapeuta.

V hodnocení vzájemné spolupráce byla nejčastěji označena možnost „dobrá“, sestrami ze 60% a fyzioterapeuty ze 68%. Ovšem za nepřijatelné a varující považují nedostatečnou spolupráci z pohledu sester v 10% a v 4% (Tabulka č. 17) z pohledu fyzioterapeutů.

Poslední otázka byla otevřená. Týkala se návrhů sester a fyzioterapeutů na zlepšení vzájemné spolupráce. Dle výsledků je co vylepšovat. Ale bohužel na tuto otázku odpovědělo jen 41% sester a 48% fyzioterapeutů. Sestry vidí jako největší problém v nedostatku času stráveném fyzioterapeutem na JIP. Obě skupiny se shodují, že by měli zlepšit komunikaci mezi sebou. Minimum návrhů od obou skupin se týkalo společných seminářů o rehabilitačním ošetřovatelství, ke kterým se přikláním. Myslím si, že by si sestry měly uvědomit, co vše spadá do jejich náplně práce. Větší informovanost by mohla vést k lepší komunikaci mezi oběma skupinami. Dále se mi zdá, že střední management v této otázce spolupráce nemá moc aktivní přístup, včetně uvědomění si důležitosti rehabilitačního ošetřovatelství.

Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit úroveň spolupráce mezi všeobecnou sestrou a fyzioterapeutem na lůžkách akutní péče. Chtěla jsem zjistit způsob a formu provádění jednotlivých úkonů rehabilitačního ošetřovatelství u imobilních pacientů všeobecnými sestrami a jejich vzájemnou komunikaci s fyzioterapeuty při péči o pacienty. Na jaké úrovni spolupráce probíhá, jsou-li pro ni vytvořeny podmínky a zda je o ni zájem. Dalším cílem bylo zjistit, jak by se spolupráce měla zlepšit v případě, že s ní oslovené skupiny nejsou zcela spokojeny.

Ve své práci jsem se zabývala teoretickou stránkou, kde jsem se snažila popsat vliv dlouhodobé imobility na organismus člověka a na možnosti rehabilitačního ošetřovatelství k odstranění vzniku sekundárních komplikací. Druhou částí bylo provedení výzkumu na JIP, kde jsou pacienti nejvíce ohroženi vznikem imobilizačního syndromu. Zajímalo mě, zda všeobecné sestry jednotlivé úkony rehabilitačního ošetřování provádějí a zda jsou zajišťovány dostatečně. Ukazateli se kromě jejich odpovědí staly i odpovědi fyzioterapeutů.

Výsledek výzkumu byl pro mě překvapivý. Z výsledků je patrná nedůvěra jedné skupiny k druhé, nedostatečná je též komunikace mezi oběma dotazovanými skupinami. V některých oblastech se názory obou skupin shodují, např. v otázce nácviku soběstačnosti, v nedostatku rehabilitačních pomůcek, v otázce konzultace činností rehabilitačního ošetřovatelství, v celkové spolupráci. Velmi odlišné byly výsledky týkající se využívání aktivního a pasivního cvičení sestrami. Za naprosto nedostatečné považují malé využívání dechové gymnastiky a také velkou nejistotu mezi sestrami intenzivní péče ve správném polohování pacienta. Myslím si, že u většiny úkonů rehabilitačního ošetřování stále převládá názor, že tyto činnosti spadají do náplně práce fyzioterapeutů a sestrami jsou využívány pouze sporadicky. Ačkoliv celkové hodnocení spolupráce mezi sestrami a fyzioterapeuty bylo v nadpoloviční většině dobré, vidím velké rezervy právě v komunikační sféře, v možnosti zvýšení důvěry a vzájemné provázanosti oborů.

Závěrem bych chtěla zdůraznit, že kvalitně prováděné úkony rehabilitačního ošetřování zabraňují vzniku sekundárních komplikací, čímž výrazně snižují dobu hospitalizace a vynaložené finanční náklady na hospitalizaci. Přispívají ke zlepšení fyzického a psychického stavu pacienta a k jeho rychlejšímu návratu do plnohodnotného života.

Anotace

Autor:	Lucie Cellerová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v péči o pacienta na jednotkách intenzivní péče
Vedoucí práce:	Svatava Urbancová
Počet stran:	41
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2008
Klíčová slova:	spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem, negativní dopady imobility, prevence sekundárních komplikací, rehabilitační ošetrovatelství

Bakalářská práce je zaměřena na spolupráci sestry a fyzioterapeuta v péči o pacienta na jednotkách intenzivní péče. Podává informace o negativních dopadech imobility na organismus člověka a o možnostech předcházení sekundárních komplikací.

Těžiště práce tvoří kvantitativní výzkumné šetření zaměřené na způsob, formu a efektivnost provádění jednotlivých úkonů rehabilitačního ošetrování všeobecnými sestrami za úzké spolupráce s fyzioterapeuty. Zkoumaný vzorek tvoří zdravotničtí pracovníci oboru všeobecná sestra a fyzioterapie při výkonu svého povolání v jednom královéhradeckém zdravotnickém zařízení.

This bachelor's thesis focuses on the cooperation between a nurse and a physiotherapist in care of a patient at intensive care units. It supplies information on negative effects of immobility on human organism and the possible precautions of secondary complications.

The central point of the thesis is a quantitative research aimed at the manner, form and efficiency of conducting individual tasks of the rehabilitation treatment by nurses during close cooperation with physiotherapists. The studied sample is constituted by health care personnel of the general nurse branch and physiotherapy during the execution of their professions in a health care institution in Hradec Králové.

Literatura a prameny

a) monografie

ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2003. 104s. ISBN-80-86225-33-X

DOENGES, M.D., MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 568s. ISBN-80-247-0242-8

FERKO, A., VOBOŘIL, Z., ŠMEJKAL, K., BEDRNA, J. *Chirurgie v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 596s. ISBN-80-247-0230-4

KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství I*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2000. 103s. ISBN-80-86073-53-X

KRISTINÍKOVÁ, J. *Rehabilitace v ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 60s. ISBN-80-7368-224-9

KŘÍŽ, V. *Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 332s.

LÁNIK, V. a kol. *Léčebná tělesná výchova I*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 240s.

LIŠKOVÁ, I. *Léčebná rehabilitace. Léčebná tělesná výchova-I díl*. 1. vyd. Brno: IDV SZP Brno, 1989. 177s. ISBN-80-7013-022-9

MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství. Systémový přístup-I díl*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 187s. ISBN-80-246-0429-9

PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352s. ISBN-978-80-247-1135-5

SMOLÍKOVÁ, L. a kol. *Péče o nemocné chronickou obstrukční plicní nemocí v České republice*. 1. vyd. Praha: Libertas, 1996. 176s. ISBN-80-901743-3-7

ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIC, K. *Základy ošetrovatelství pro studující Lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274s. ISBN-80-246-0477-9

TINTĚRA, J., KVAPILÍK, J. *Zdravotní propedeutika*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1985.

TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 186s. ISBN-80-7013-324-4

TROJAN, S., DRUGA, R., PFEIFFER, J., VOTAVA, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada, 2005. 240s. ISBN-80-247-1296-2

VOTAVA, J. a kol. *Základy rehabilitace*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 139s. ISBN-80-7184-385-7

VYHNÁNEK, F. a kol. *Chirurgie III*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 135s. ISBN-80-7333-009-1

b) články v periodických publikacích

ONDŘEJÍK, V. Fyzioterapie při CHOPN. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2006. roč. 16, č. 12, s. 44 - 45.

Přílohy

- 1) kompletní dotazníky pro sestry a fyzioterapeuty
- 2) povolení výzkumného šetření hlavní sestrou FN Hradec Králové
- 3) povolení výzkumného šetření oslovených vrchních sester

Příloha č. 1 - dotazník

Dobrý den,

dostává se Vám do rukou anonymní dotazník, který bude sloužit jako podklad pro vypracování bakalářské práce na téma „Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v péči o pacienta na JIP“.

Chtěla bych Vás poprosit o trochu Vašeho času, který strávíte vyplněním tohoto dotazníku.

Děkuji

Pokyny pro vyplnění

- možnost, která se Vám bude zdát nejvhodnější, zakroužkujte
- pokud chcete změnit již zakroužkovanou možnost, přeškrtněte ji a zakroužkujte novou
- vytečkovaná místa u odpovědí prosím doplňte
- u dotazníku pro fyzioterapeuty prosím u otázek zaměřených na spolupráci se sestrami brát v úvahu, že se odpovědi týkají pouze sester z JIP

*Lucie Cellerová
IV. ročník
Bakalářské studium – Ošetřovatelství
UK v Hradci Králové*

Dotazník pro zdravotní sestry

1/ Věk

a/ do 25 let b/ 26 - 30 let c/ 31 – 40 let d/ 41 – 50 let e/ 51 a více

2/ Vzdělání

a/ středoškolské b/ vyšší odborné c/ vysokoškolské

3/ Délka praxe (bez mateřské dovolené)

a/ do 5 let b/ 6 – 10 let c/ 11 – 20 let d/ 21 a více

4/ Myslíte si, že by byla vhodná celodenní přítomnost fyzioterapeuta na JIP?

a/ ano b/ ne

5/ Je u vás na JIP dostatek pomůcek k rehabilitaci?

a/ ano b/ ne

6/ Účastní se fyzioterapeuté vizit?

a/ lékařské b/ sesterské c/ obou d/ ne

7/ Konzultujete s fyzioterapeutem na JIP některé z následujících činností ?

a/ polohování

b/ dechová gymnastika

c/ vertikalizace

d/ jiné.....

e/ ne, protože.....

8/ Považujete spolupráci mezi fyzioterapeutem a sestrou za dostatečnou?

a/ ano

b/ ne (uveďte nedostatky).....

.....

9/ Myslíte si, že umíte správně polohovat pacienta ?

a/ ano

b/ ne

c/ nevím

10/ Byla jste někdy fyzioterapeutem upozorněna, že váš pacient nemá vhodnou polohu?

a/ ano

b/ ne

11/ Využíváte možnosti aktivního cvičení u pacientů?

a/ ano

b/ ne

12/ Využíváte možnosti pasivního cvičení u pacientů ?

a/ ano

b/ ne

13/ Posazujete pacienty do křesla ?

a/ ano

b/ pouze s fyzioterapeutem

c/ ne

14/ Provádíte s pacienty dechovou rehabilitaci ?

a/ ano

b/ ne

15/ Kterou z těchto činností provádíte v rámci nácviku soběstačnosti?

a/ sebeobsluha při stravování

b/ sebeobsluha při hygieně

c/ lokomoce, vertikalizace

d/ nácvik oblékání

e/ Jiné (uveďte).....

16/ Myslíte si, že vedete pacienta dostatečně a efektivně k soběstačnosti?

a/ ano

b/ ne, protože.....

17/ Celkové hodnocení spolupráce s fyzioterapeuty ?

a/ výborné b/ dobré c/ dostatečné d/ nedostatečné

18/ Uveďte návrhy, jak vylepšit spolupráci s fyzioterapeuty

.....
.....

Dotazník pro fyzioterapeuty

1/ Věk

a/ do 25 let b/ 26 - 30 let c/ 31 - 40 d/ 41- 50 let e/ 51 a více let

2/ Vzdělání

a/ středoškolské b/ vyšší odborné c/ vysokoškolské

3/ Délka praxe (bez mateřské dovolené)

a/ do 5 let b/ 6 - 10 let c/ 11 - 20 let d/ 21 a více let

4/ Myslíte si, že by byla vhodná celodenní přítomnost fyzioterapeuta na JIP ?

a/ ano b/ ne

5/ Je u vás na JIP dostatek pomůcek k rehabilitaci ?

a/ ano b/ ne

6/ Účastníte se vizit na JIP ?

a/ lékařské b/ sesterské c/obou d/ ne

7/ Konzultují s Vámi sestry na JIP některé z následujících činností ?

a/ polohování

b/ dechová gymnastika

c/ vertikalizace

d/ jiné.....

e/ ne, protože

8/ Považujete spolupráci mezi fyzioterapeutem a sestrou na JIP za dostatečnou?

a/ ano

b/ ne (uveďte nedostatky).....

.....

9/ Umí sestry na JIP správně polohovat pacienta ?

a/ ano

b/ většina ano

c/ většina ne

d/ ne

10/ Pokud je pacient špatně napolohován, snažíte se sestře ukázat, kde dělá chybu ?

a/ ano, vždy

b/ většinou ano

c/ většinou ne

d/ ne

11/ Využívají, dle vašeho názoru sestry možnosti aktivního cvičení u pacientů ?

a/ ano

b/ ne

c/ nevím

12/ Využívají, dle vašeho názoru sestry možnosti pasivního cvičení u pacientů ?

a/ ano

b/ ne

c/ nevím

13/ Posazují sestry pacienty do křesla ?

a/ ano

b/ většina ano

c/ většina ne

d/ ne

14/ Provádějí sestry na JIP s pacienty dechovou rehabilitaci?

a/ ano

b/ ne

c/ nevím

15/ Víte kterou z těchto činností sestry na JIP provádí v rámci nácviku soběstačnosti?

a/ sebeobsluha při jídle

b/ sebeobsluha při hygieně

c/ lokomoce, vertikalizace

d/ nácvik oblékání

e/ jiné (uveďte).....

16/ Je vedení pacientů sestrami k soběstačnosti z vašeho pohledu dostatečné a efektivní ?

a/ ano

b/ ne, protože.....

17/ Celkové hodnocení spolupráce se sestrami

a/ výborné

b/ dobré

c/ dostatečné

d/ nedostatečné

18/ Uveďte návrhy, jak vylepšit spolupráci se sestrami v rámci rehabilitačního ošetřovatelství

.....

.....

Příloha č. 2 - žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní
Bc. Ulrychová Hana
Hlavní sestra
Sokolská 58
500 05, Hradec Králové

V Hradci Králové 19. 11. 2007

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve FN Hradec Králové

Vážená hlavní sestro,
dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve FN v Hradci Králové v rámci mé bakalářské práce na téma Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v péči o pacienta na JIP. Cílem práce je zjistit výši úrovně kooperace mezi zdravotní sestrou a fyzioterapeutem. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením vrchní fyzioterapeutky Rehabilitační kliniky paní Svatavy Urbančové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Cellerová Lucie
IV. ročník bakalářského studia Ošetrovatelství
UK v Hradci Králové
Email:
Tel. 774 527 301

Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění :

Datum:

Smlouva
13. 12. 07

FAKULTNÍ NEMOCN
hlavní sestra
500 05 416
Podpis, razítko

Podpis vedoucí práce

Svatava Urbančová
vedoucí fyzioterapeutka

Příloha č. 3 - žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní
Kubínová Jitka
Vrchní sestra Neurologické kliniky
Sokolská 58
500 05, Hradec Králové

V Hradci Králové 19. 11. 2007

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Neurochirurgické klinice ve FN Hradec Králové

Vážená vrchní sestro,
dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Neurologické klinice ve FN v Hradci Králové v rámci mé bakalářské práce na téma Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v péči o pacienta na JIP.

Cílem práce je zjistit výši úrovně kooperace mezi zdravotní sestrou a fyzioterapeutem. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením vrchní fyzioterapeutky Rehabilitační kliniky paní Svatavy Urbancové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Cellerová Lucie
IV. ročník bakalářského studia Ošetrovatelství
UK v Hradci Králové
Email: dratovec@email.cz
Tel. 774 527 301

Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění :

Datum: 19/11/2007

Podpis, razítko

FAKULTNÍ NEMOCNICE
500 05 Hradec Králové
KLINIKA NEUROLOGIE
KUBINOVÁ JITKA

Podpis vedoucí práce

Svatava Urbancová
vedoucí fyzioterapeutka

Vážená paní
Filková Zuzana
Vrchní sestra Ortopedické kliniky
Sokolská 58
500 05, Hradec Králové

V Hradci Králové 19. 11. 2007

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Ortopedické klinice ve FN Hradec Králové

Vážená vrchní sestro,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Ortopedické klinice ve FN v Hradci Králové v rámci mé bakalářské práce na téma Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v péči o pacienta na JIP.

Cílem práce je zjistit výši úrovně kooperace mezi zdravotní sestrou a fyzioterapeutem. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením vrchní fyzioterapeutky Rehabilitační kliniky paní Svatavy Urbancové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Cellerová Lucie
IV. ročník bakalářského studia Ošetrovatelství
UK v Hradci Králové
Email: dratovec@email.cz
Tel. 774 527 301

Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
 nesouhlasím

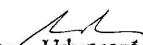
Odůvodnění :

Datum: 19. 11. 2007

FAKULTNÍ NEMOCNICE
ORTOPEDICKÁ KLINIKA
500 05 Hradec Králové

Podpis, razítko

Podpis vedoucí práce


Svatava Urbancová
vedoucí fyzioterapeutka

Vážená paní
Lednová Hana
Vrchní sestra I. Interny
Sokolská 58
500 05, Hradec Králové

V Hradci Králové 19. 11. 2007

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na I. Interní klinice ve FN Hradec Králové

Vážená vrchní sestro,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na I. Interní klinice ve FN v Hradci Králové v rámci mé bakalářské práce na téma Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v péči o pacienta na JIP.

Cílem práce je zjistit výši úrovně kooperace mezi zdravotní sestrou a fyzioterapeutem. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením vrchní fyzioterapeutky Rehabilitační kliniky paní Svatavy Urbancové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Cellerová Lucie
IV. ročník bakalářského studia Ošetrovatelství
UK v Hradci Králové
Email: dratovec@email.cz
Tel. 774 527 301

Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění :

Datum: 16. 11. 2007

Podpis, razítko



Podpis vedoucí práce

Svataava Urbancová
vedoucí fyzioterapeutka

Vážená paní
Pavlicová Vladislava
Vrchní sestra II. Interní kliniky – Oddělení klinické hematologie
Sokolská 58
500 05, Hradec Králové

V Hradci Králové 19. 11. 2007

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na II. Interní klinice ve FN Hradec Králové

Vážená vrchní sestro,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na II. Interní klinice ve FN v Hradci Králové v rámci mé bakalářské práce na téma Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v péči o pacienta na JIP.

Cílem práce je zjistit výši úrovně kooperace mezi zdravotní sestrou a fyzioterapeutem. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením vrchní fyzioterapeutky Rehabilitační kliniky paní Svatavy Urbancové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Cellerová Lucie
IV. ročník bakalářského studia Ošetrovatelství
UK v Hradci Králové
Email: dratovec@email.cz
Tel. 774 527 301

Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění :

Datum: 14. 12. 2007

Podpis, razítko

Podpis vedoucí práce


Svatava Urbancová
vedoucí fyzioterapeutka

Vážená paní
Bc. Vaňková Dana
Vrchní sestra Gerontologické a metabolické kliniky
Sokolská 58
500 05, Hradec Králové

V Hradci Králové 19. 11. 2007

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Gerontologické a metabolické klinice ve FN Hradec Králové

Vážená vrchní sestro,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Gerontologické a metabolické klinice ve FN v Hradci Králové v rámci mé bakalářské práce na téma Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v péči o pacienta na JIP.

Cílem práce je zjistit výši úrovně kooperace mezi zdravotní sestrou a fyzioterapeutem. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením vrchní fyzioterapeutky Rehabilitační kliniky paní Svatavy Urbancové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Cellerová Lucie
IV. ročník bakalářského studia Ošetrovatelství
UK v Hradci Králové
Email: dratovec@email.cz
Tel. 774 527 301

Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění :

Datum: 14. 12. 2007

Bc. Dana Vaňková

Podpis, razítko

Podpis vedoucí práce

Svatava Urbancová
vedoucí fyzioterapeutka

Vážená paní
Horáčková Alexandra
Vrchní sestra Chirurgické kliniky
Sokolská 58
500 05, Hradec Králové

V Hradci Králové 19. 11. 2007

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Chirurgické klinice ve FN Hradec Králové

Vážená vrchní sestro,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Chirurgické klinice ve FN v Hradci Králové v rámci mé bakalářské práce na téma Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v péči o pacienta na JIP.

Cílem práce je zjistit výši úrovně kooperace mezi zdravotní sestrou a fyzioterapeutem. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením vrchní fyzioterapeutky Rehabilitační kliniky paní Svatavy Urbancové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Cellerová Lucie
IV. ročník bakalářského studia Ošetrovatelství
UK v Hradci Králové
Email: dratovec@email.cz
Tel. 774 527 301

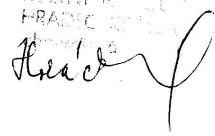
Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
 nesouhlasím


Odůvodnění :

Datum: 14. 12. 07

Podpis, razítko

FAKULTNÍ NEMOCNICE
HRADEC KRÁLOVÉ
19. 11. 2007


Podpis vedoucí práce


Svatava Urbancová
vedoucí fyzioterapeutka

Vážená paní
Bc. Langrová Eva
Vrchní sestra Urologické kliniky
Sokolská 58
500 05, Hradec Králové

V Hradci Králové 19. 11. 2007

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Urologické klinice ve FN Hradec Králové

Vážená vrchní sestro,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Urologické klinice ve FN v Hradci Králové v rámci mé bakalářské práce na téma Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v péči o pacienta na JIP.

Cílem práce je zjistit výši úrovně kooperace mezi zdravotní sestrou a fyzioterapeutem. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením vrchní fyzioterapeutky Rehabilitační kliniky paní Svatavy Urbančové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Cellerová Lucie
IV. ročník bakalářského studia Ošetrovatelství
UK v Hradci Králové
Email: dratovec@email.cz
Tel. 774 527 301

Vyjádření vedení instituce:

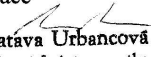
- souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění :

Datum: 14. 12. 07

Podpis, razítko  Bc. Langrová Eva

Podpis vedoucí práce


Svatava Urbančová
vedoucí fyzioterapeutka

Vážená paní
Bc. Oborníková Martina
Vrchní sestra Neurochirurgické kliniky
Sokolská 58
500 05, Hradec Králové

V Hradci Králové 19. 11. 2007

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Neurochirurgické klinice ve FN Hradec Králové

Vážená vrchní sestro,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Neurochirurgické klinice ve FN v Hradci Králové v rámci mé bakalářské práce na téma Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v péči o pacienta na JIP.

Cílem práce je zjistit výši úrovně kooperace mezi zdravotní sestrou a fyzioterapeutem. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením vrchní fyzioterapeutky Rehabilitační kliniky paní Svatavy Urbancové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Cellerová Lucie
IV. ročník bakalářského studia Ošetrovatelství
UK v Hradci Králové
Email: dratovec@email.cz
Tel. 774 527 301

Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění :

Datum: 14/11/07

Podpis, razítko

Podpis vedoucí práce

Svatava Urbancová
vedoucí fyzioterapeutka

Vážená paní
Bc. Prchalová Eva
Vrchní sestra Plicní kliniky
Sokolská 58
500 05, Hradec Králové

V Hradci Králové 19. 11. 2007

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Plicní klinice ve FN Hradec Králové

Vážená vrchní sestro,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Plicní klinice ve FN v Hradci Králové v rámci mé bakalářské práce na téma Spolupráce sestry a fyzioterapeuta v péči o pacienta na JIP.

Cílem práce je zjistit výši úrovně kooperace mezi zdravotní sestrou a fyzioterapeutem. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Bakalářská práce je zpracovávána pod odborným vedením vrchní fyzioterapeutky Rehabilitační kliniky paní Svatavy Urbancové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Cellerová Lucie
IV. ročník bakalářského studia Ošetrovatelství
UK v Hradci Králové
Email: dratovec@email.cz
Tel. 774 527 301

Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění :

Datum: 7.12.07

FAKULTNÍ NEMOCNICE
500 05 HRADEC KRÁLOVÉ
PLICNÍ KLINIKA
Bc. Eva PRCHALOVÁ
vrchní sestra

Podpis, razítko

Podpis vedoucí práce

Svatava Urbancová
vedoucí fyzioterapeutka