

POLOHOVÁNÍ – podceňovaná součást celodenní péče

V dnešním příspěvku se zabýváme problematikou polohování. V rámci své fyzioterapeutické praxe se s polohováním setkáváme u našich pacientů v nemocnicích a léčebnách dlouhodobě nemocných, kde pacienty polohuje zdravotnický personál, i v domácím prostředí, kde jsou naši klienti polohováni rodinnými příslušníky. Bohužel se v této oblasti setkáváme s velkými nedostatky. Cílem tohoto příspěvku není detailní návod, jak správně polohovat, ale chceme Vám, čtenářům, přiblížit význam a důležitost správného polohování a podělit se o naše zkušenosti z praxe. Pro názornost přikládáme i několik autentických fotografií zapolohovaných pacientů (bez naší korekce), u kterých poukážeme na určité parametry, které jsou klíčové a mnohdy nejsou dodrženy.

Závěrem najdete zamyšlení nad důvody nedostatečné kvality polohování ve zdravotnických zařízeních i v domácím prostředí a naše postřehy, jak by se tato situace mohla zlepšit.

Pro všechny pacienty, kteří nejsou schopni samostatného pohybu nebo mají z nějakého důvodu omezení hybnosti či poruchu citlivosti určitých částí těla, je správné a pravidelné polohování jedním z prvních terapeutických kroků (Lippetrová-Grünerová, 2005; Kolář, 2009). Správným polohováním se snažíme zabránit především vzniku sekundárního poškození. Chybí-li cílená intervence na prevenci sekundárních změn (pneumonie, dekubity, kontraktury, heterotopické osifikace), jsou výsledky rehabilitace podstatně horší a důsledky sekundárních změn zatěžují pacienta často více než základní onemocnění (Kolář, 2009). Polohování je nutné měnit v pravidelných intervalech. Lippetrová-Grünerová (2005) udává, že při včasné rehabilitaci po těžkém poškození mozku je interval 3-4 hodiny, u pacientů s transverzální míšní lézí každé 2-3 hodiny. Dle světové zdravotnické organizace (WHO, 1999) by se u pacientů v akutním stadiu po cévní mozkové příhodě (CMP) měla poloha na lůžku měnit každých 40 minut. Ani nejmodernější antidekubitní matrace nedokáže zabránit rozvoji dekubitů, pokud se pacient pravidelně nepolohuje (Lippetrová-Grünerová, 2005; Kolář, 2009).

Polohování pomáhá odlehčení kůže a zlepšuje prokrvení jednotlivých částí těla, což působí v prevenci či léčbě dekubitů. Dále brání vzniku svalových atrofií, kontraktur a deformací kloubů. Eliminuje bolest a zlepšuje psychický stav. Polohování není záležitostí fyzioterapeutů, ale na správném polohování se musí podílet veškerý personál, který je pověřen péčí o pacienta (Kolář, 2009). Již pouhá změna dává vzniknout různým stimulům, které mohou pomoci návratu sensorických funkcí, a tím i funkcí motorických. Správné polohování má zásadní vliv na pozdější funkční restituci pacienta (Kolář, 2009). Špatné polohování vede ke ztuhlosti, omezenému rozsahu pohybu a svalovým kontrakturám. Tyto okolnosti zhoršují invaliditu způsobenou například CMP.

Podle léčebné problematiky (chirurgicko-ortopedické, kardiopulmonální situace, zvýšení intrakraniálního tlaku, svalového tonu) se odlišují různé formy polohování. Nelze proto doporučit všeobecně platné typy polohování, ale je nutné základní formy vždy upravit podle individuálního stavu a potřeb pacienta. Jsme přesvědčení, že je možné určit základní pravidla polohování, platná pro

polohování jako takové. A na základě individuálního přístupu ke každému pacientovi a jeho aktuálnímu stavu, polohování buď upravit, či najít kompromis. Ale všeobecné principy polohování by měly být zdravotníkům známe (např. poloha nalehnutého ramene při polohování na boku, poloha hlavy, umístění horních končetin zejména ke vztahu k rotačnímu postavení v ramenních kloubech, poloha aker atd.). Znalost či povědomí o základních pravidlech polohování je nepostradatelná zejména pro zdravotnický personál, který s polohováním přichází nejvíce do styku – zdravotní sestra. Přesto by veškerý pečovatelský personál, který je pověřen péčí o pacienta, měl vědět, jak důležité je správné polohování pro pozdější funkční restituci pacienta. I tak se jedná o terapeutickou formu, která nebývá středem zájmu, a proto také bývá často zanedbávána.

Rozlišujeme základní druhy polohování a hlavní cíle polohování:

Základní druhy polohování:

- na zádech (v supinaci)
- na straně (boku)
- na břicho (v pronaci)
- semisupinační poloha (střední poloha mezi polohou na boku a na zádech)
- semipronační poloha (střední poloha mezi polohou na boku a na břicho)

Speciální formy polohování (polohování pacientů s hemiparézou)

- na zádech
- na paralytické straně
- na zdravé straně

Hlavní cíle správného polohování:

- regulace svalového tonu
- prevence kontraktur
- redukce spasticity
- zlepšení pulmonální situace a prevence pneumonie
- zlepšení vigility a pozornosti
- prevence dekubitů
- zlepšení oběhové cirkulace
- podpora pohyblivosti páteře
- omezení nebezpečí poškození periferních nervů
- snížení intrakraniálního tlaku
- prevence luxace kyčlí
- podporování rozpoznání a uvědomění si postižené strany (u pacientů po CMP)

Při terapiích v domácím prostředí pacienta se já i mí kolegové často setkáváme s nesprávným polohováním. Jsou to často chyby v nastavení jednotlivých segmentů nebo nevhodném vypořádání. Pravidelná frekvence polohování bývá v domácím prostředí až na výjimky příkladná, tedy alespoň z mé zkušenosti. U nočního polohování to bývá s pravidelností nejtěžší. Níže se, na základě našich

zkušeností, pokusíme v bodech vysvětlit důvody nesprávného polohování pacientů v domácím prostředí.

Možné příčiny nesprávného polohování v domácím prostředí:

- **Nedostatek informací o důležitosti polohování pro rodinné příslušníky či pečovatele již v akutní fázi (v nemocnici).**

(Nedostatek informací a nedostatečná edukace, vše probíhá rychle a rodina nemůže být schopna pochopit a zapamatovat si principy správného polohování základních poloh. V úvahu přichází také nedůslednost a nekvalitní polohování v zařízeních během akutní fáze a rodina nebo pečovatel tento „standard“ vidí a bere si příklad domů.)

- **Rodinný příslušník či pečovatel si málokdy polohování zkusí sám v akutní fázi.**

(Je jim vše vysvětleno teoreticky nebo se jen dívají, jak polohuje fyzioterapeut, sestra atd. Doma při praktickém provádění zjišťují, že polohování není pro laika úplně jednoduché.)

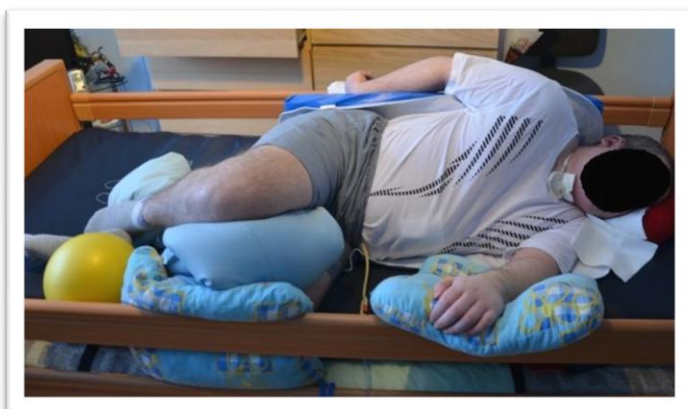
- **Nedostatek vhodných pomůcek k polohování a používání nevhodných pomůcek.**

(Pro polohování není vhodné používání běžné peřiny nebo polštářů – neudrží tvar při opření, těžší segmenty se propadají. Bývají příliš měkké a neumožňují požadované nastavení často horních či dolních končetin včetně aker (zápěstí a prsty, kotníky a prstce).)

- **Nepravidelnost v polohování pacientů**

(U rodin, kde nedostatečně chápou nebo jim není známá důležitost polohování. Polohování během nočního spánku může být zcela opomíjeno.)

Nyní předkládáme několik fotografií našich klientů v domácí péči, kteří byli tak ochotni a umožnili nám nafotit je během polohování na boku, které běžně používají. Na všech snímcích jsou klienti zapolohováni bez zásahu fyzioterapeuta.



Obrázek 1

Na obrázku 1 je z uvedených fotografií zapolohování nejlepší. Je dodrženo správné nastavení trupu, jsou použity vhodné polohovací pomůcky (množství i velikost pomůcek). Nastavení dolních končetin (DKK) do větší flexe (pokrčení) v kyčelních kloubech je úmyslné, protože i nepatrné natažení nohou - extenze (EXT) vyvolává extenční spasmus DKK. Malou výtku bychom mohli mít k umístění levé horní končetiny (LHK) ve smyslu rotace v ramenním kloubu.



Obrázek 2

Na obrázku 2 je vidět použití většího počtu polohovacích pomůcek, které však nevyhovují velikostí (pro zajištění optimálního postavení v kyčelních kloubech jsou válečky vloženy mezi DKK příliš malé). Navíc přes válečky působí hmotnost pravé dolní končetiny (PDK) tlakem na levou dolní končetinu (LDK). To i proto, že DKK nejsou rozfázovány (obě DKK jsou ve stejné poloze a leží na sobě, čímž se tato poloha stává méně stabilní). Větší podložení hlavy a zvýšená

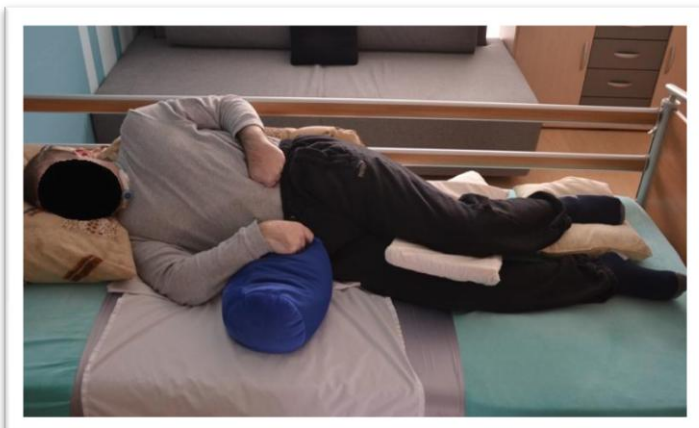
poloha trupu je zvolena pro subjektivní komfort a rozhled pacienta. Dále vidíme nedostatek v poloze LHK, která by měla být nastavená v zevní rotaci nebo alespoň v supinaci (dlaní vzhůru), což ovlivní i nastavení v ramenním kloubu.



Obrázek 3

Na obrázku 3 je na první pohled zřejmý nedostatek polohovacích pomůcek a použití nevhodných pomůcek – polštářů. Největší chybou je zapolohování LDK, která se dostala do addukce (ADD) a vnitřní rotace (VR) – koleno je nižší než kyčelní kloub a kotník je výše než koleno (opak požadovaného, fyziologického nastavení v klíčovém kloubu). Nedostatečnou manipulací s oblastí

pánve se horní a dolní část trupu dostala do kontrarotace (horní trup pacientky „padá“ na záda a pánev je téměř ve vertikální poloze vůči lůžku. Není využito postranic postele jako mantinelu, který by (s dostatečným vypodložením celé plochy zad pomocí polštáře), zajistil zastabilizování pacientky v nastavené poloze.



Obrázek 4

Na obrázku 4 je polohování, kdy poloha LDK nevhodně přepadává do addukce. Použití vhodnějších pomůcek a rozfázování DKK by zapolohování zlepšilo. Umístění PHK by mohlo být lepší, ale kvůli těžké spasticitě končetiny je nastavení obtížné (pasivně nastavená končetina se vlivem spasticity stáčí).



Obrázek 5

Na fotografii 5 opět není ideální uložení svrchní dolní končetiny – addukční postavení. Polohovací pomůcka by se mohla vložit mezi DKK, takto je mimo koleno a část bérce. Docílit optimálního nastavení horních končetin je v důsledku svalových kontraktur a velké spasticity horních končetin velmi obtížné. Avšak je potřeba na celkovou kvalitu polohy nerezignovat a neustálým opakováním se snažit alespoň přiblížit k fyziologickému nastavení osového orgánu i klíčových kloubů.

Postřehy z praxe...

V rámci své práce jsem externě najímán ať už rodinami pozdějších klientů nebo přímo vedením některých brněnských zdravotnických zařízení (nemocnice, kliniky, LDN). Měl jsem klienty také v zařízení v Kroměříži, v rámci praxe během studia jsem navštívil vybraná pracoviště v Ostravě a v Olomouci. A musím konstatovat, že polohování nepatří mezi terapeutickou formu, která by byla středem zájmu, a proto bývá často zanedbávána.

Za zmínku stojí má zkušenost, kterou jsem nabyl na nejmenované klinice v Brně, která díky závažnosti operací, které se zde provádějí, patří k nejrenomovanějším v republice. O to smutnější je následná ošetrovatelská péče hospitalizovaných pacientů zotavujících se po nákladných operacích. Setkávám se s nedostatkem polohovacích pomůcek nebo s jejich úplnou absencí. Personál často polohuje nepravidelně a ne všichni znají základy správného polohování. Od zdravotních sester slyším, jak nemají sílu jako já a že nezvládnou takto polohovat sami. Mohu s jistotou říci, že polohování není o hrubé síle. Síla zapotřebí do jisté míry je, ale důležitější je správný ergonomický handling (manipulace) s pacientem. Manželka je také fyzioterapeutka a nějakou dobu jsme se oba věnovali práci s pacienty po poranění míchy (paraplegici, kvadruplegici). Během terapie jedinců s takovou diagnózou je zapotřebí mnohokrát měnit polohu (ze zad na bok, na břicho, do specifických atitud – šikmý sed, opora na čtyřech atd.) a pomáhat při přesunech a tohle vše má žena zvládala sama i s muži vážícími 100 kg. Je to jak o zručnosti a zkušenosti terapeuta, tak zejména o použití vhodné manipulace. Osvojí-li si terapeut či personál určité principy manipulace s pacientem, zvládne pak bez velké námahy jak přesun, tak i zapolohování pacienta. Jsou samozřejmě situace, kdy je při nastavování polohy zapotřebí dvou a více osob (závažnost stavu, pooperační komplikace, eliminace pohybu páteře například při otáčení, hmotnost pacienta atd.).

Z mé zkušenosti však pociťuji nevědomost personálu, který polohování ani manipulaci nepřikládá takovou váhu, jakou při léčbě pacienta neodmyslitelně má (špatné zapolohování může vést k celkovému diskomfortu pacienta – bolest, křeče, ztuhlost v některých segmentech, nepohodlí a s tím související nedostatek spánku, což má dopad i na celkovou psychiku a motivaci pacienta). Nemluvě o faktu, že by personál měl být natolik erudovaný, aby své znalosti předával rodinným příslušníkům, kteří (jak již bylo výše zmíněno) budou tyto nabyté zkušenosti aplikovat na své nemocné rodinné příslušníky doma. Když si tedy osvojí nevhodné a nedostatečné návyky, kruh se uzavírá a terapeutická snaha je pak každým takovým nešetrným handlingem a nevhodným polohováním vrácena do patologie a terapeutický efekt tak může být výrazně zpomalován. Následky takového jednání pak často fyzioterapeuté vidí ve svých ambulancích (především kontraktury, bolestivé stavy v klíčovách kloubech či na páteři).

Toto mé tvrzení potvrzuje i další zkušenost z mé praxe, kdy se o dívku ve vigilním komatu již několik let starají sedmdesátiletí rodiče. Zvládají kolem dcery veškerou péči, jakou člověk upoutaný na lůžko vyžaduje (pravidelné podávání potravy i podávání léku, hygiena, péče o dýchací cesty-odsávání, inhalace, přesuny na vozík, na vertikalizační stůl a pravidelné polohování). Nedávno byla jejich dcera kvůli zdravotním komplikacím hospitalizována na 14 dní na specializovaném oddělení v nemocnici. Po hospitalizaci se vrátila z nemocnice s dekubitem na kosti křížové.

Nabízí se domněnka, že se snižující se perspektivou uzdravení se snižuje i snaha personálu o precizní péči. Mnoho lidí se nás ptá, jak je možné, že si rodinní příslušníci berou tak vážně nemocné jedince domů a tito lidé by Vám odpověděli právě to, že doma, ač se to nezdá, je jim poskytnuta (když pomínu možný pozitivní vliv domácího prostředí) mnohem preciznější péče – za předpokladu, že se najde někdo, kdo je naučí s jedincem manipulovat a provádět s ním základní prvky terapie. To však v praxi také není samozřejmostí, neboť mnoho jedinců je do domácího prostředí propuštěno a rodinní příslušníci jsou „hozeni do vody“ a teprve doma se za pochodu vše učí a hledají správný algoritmus péče. A v tom bychom jim my terapeuté měli být nápomocni nejen tím, že to naučíme přímo je, ale zejména, že budeme šířit osvětu mezi personál, který to pak bude šířit dále mezi rodiny pacientů. Nevznikne tak negativní mezičlánek v potřebné celodenní péči o vážně nemocné klienty.

Za tým Rehabilitace Re-habils Mgr. Miroslav Dominik. V případě jakýkoliv otázek, rad nebo připomínek nás kontaktujte.

Použitá Literatura

LIPPERTOVÁ-GRUNEROVÁ, M.: Neurorehabilitace. Galén, 2005, ISBN 80-7262-317-6

KOLÁŘ et al.: Rehabilitace v klinické praxi, Galén, 2009, ISBN 978-80-7262-657-1

WORLD HEALTH ORGANIZATION: Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Přeloženo z originálu:
Promoting independence following a stroke. WHO, 1999