

Polohování

Poloha nemocného má značný význam v ošetrovatelské, léčebné a rehabilitační péči. Pokud je nemocný schopen samostatného pohybu, tedy je dostatečně mobilní, většinou zaujímá aktivní polohu, která je mu pohodlná a příjemná. Jinou polohu zaujímá pacient imobilní, který není schopen samostatného transferu. Jde o tzv. **pasivní polohu**, kterou pacient pro slabost či poruchu vědomí není schopen ovládat. V tomto případě se o změny polohy pacienta stará ošetrující tým.

Definice

Umístění těla člověka do zdravých či prospěšných poloh pomocí podkládání a podpory, abychom podpořili zotavení. Ukládání nemocného nebo částí jeho těla tak, abychom předcházeli vzniku komplikací ze špatné polohy.

Cíle

Způsob polohování vždy přizpůsobíme cíli, kterého chceme dosáhnout.

- Eliminace bolesti.
- Prevence zhoršení ventilace plic.
- Prevence deformit.
- Prevence dekubitů.
- Prevence kontraktur.
- Prevence omezení rozsahu pohybu v kloubech.
- Prevence hypotrofie, atrofie svalů.
- Zlepšení oběhových funkcí.
- Správný senzomotorický input.
- Podpora rozpoznání a uvědomění si postižených tělesných segmentů.
- Omezení rizika poškození periferních nervů.



Poloha na lůžku s elevací dolních končetin

Pomůcky

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

Obecné zásady polohování

- Poloha ve všech segmentech musí být pohodlná, nebolestivá.
- Při polohování kontrolujeme oblasti s náchylností k dekubitům (spina scapulae, os sacrum, spina iliaca anterior superior, oblast loktů a pat...).
- Pokud je pacient schopen polohu měnit sám, pak mu při její změně pouze dopomáháme a zajistíme ji pak pomůckami.
- Pokud pacient není schopen měnit polohu, provádíme její změny pasivně.
- Změny provádíme přes den nejdéle po 2 hodinách, v noci po 3 hodinách, v případě potřeby i mnohem dříve – bolest, poruchy cití apod.
- Zvolenou polohu opakovaně kontrolujeme a dle potřeby opravujeme nebo měníme.
- Pokud není pacient v bezvědomí, vyžadujeme jeho aktivní spolupráci.
- Pokud je v bezvědomí, přesto na něj mluvíme a „komentujeme“ daný proces.
- Pokud má pacient mobilní HK, snažíme se polohovat tak, aby se mohl sám obsloužit.

Typy poloh

Poloha supinační

Poloha na zádech, nejlépe tolerovaná pacientem. Vyšší riziko vzniku pneumonie a dekubitů v oblasti pat a sacra.

- Hlava v mírné flexi;
- mírná abdukce v ramenních kloubech a střídání vnitřní a vnější rotace;
- loketní kloub střídavě v mírné flexi a extenzi;
- střídání pronace a supinace;
- ruka střídavě ve fyziologickém a funkčním postavení;
- DK podloženy polštářem do semiflexe v kyčelním i kolenním kloubu;
- paty umístěny na polštáři nebo v antidekubitních botičkách.

Poloha semisupinační

Střední poloha mezi polohou na boku a na zádech. Trup je podepřen polštářem po celé jeho délce.

- Spodní HK: rameno v abdukci a zevní rotaci, loket v semiflexi, předloktí v supinaci.
- Svrchní HK: leží na těle, nebo je podložena za tělem, rameno ve středním postavení, loket v semiflexi, předloktí v pronaci.
- Spodní DK: kyčelní kloub v mírné flexi a zevní rotaci, koleno ve flexi.
- Svrchní DK: kyčel v semiflexi a mírné vnitřní rotaci, koleno ve flexi.
- Mezi kolena a stehna klademe polštář.

Poloha na boku

Trup je kolmo k podložce a hlava podložena v ose. Poloha má příznivý antispastický vliv, chrání oblast sacra před dekubity.

- Spodní HK: rameno ve flexi 90°, loket v semiflexi, předloktí v supinaci.
- Svrchní HK: položena volně na polštáři, rameno v mírné addukci a flexi, loket v semiflexi, pronace.
- Spodní DK: kyčel i koleno v semiflexi.
- Svrchní DK: podložena polštářem, kyčel ve flexi 90°, zevní rotace, koleno ve flexi 90°, nohy v 0 postavení.

Poloha semipronační

Střední poloha mezi polohou na boku a na břiše. Hrudník podložen polštářem, hlava mírně rotována a také podložena polštářem.

- Spodní HK: rameno v abdukci a mírné rotaci, loket v extenzi.
- Svrchní HK: položena na polštáři, který je pod trupem, rameno v abdukci a flexi, loket v semiflexi, pronace.
- Spodní DK: kyčel v extenzi, koleno v semiflexi.
- Svrchní DK: podložena polštářem, kyčel ve flexi 90°, zevní rotace, koleno ve flexi 90°, nohy v 0 postavení.

Polosed

Poloha může být zaujímána na lůžku nebo ve vozíku, který je příslušně nastaven (zakloněná zádová opěrka, podpora hlavy, pozvednuté stupačky, podpora lýtek). Vozík musí být individuálně upraven a nastaven potřebám pacienta.

- Hlava a krk podepřeny polštářem, loket a předloktí také.
- Paže v semiflexi, mírné abdukci, mírné zevní rotaci v ramenních kloubech.
- Loket ve flexi 90°.
- Zápěstí i ruka ve středním postavení.
- Trup zprvu 30–45° flexe, postupně zvyšujeme.

Poloha na břiše

Jinak také nazývána poloha pronační. Do této polohy ukládáme P/K při vědomí i P/K s poruchou vědomí. Tracheostomie či tracheální intubace není kontraindikací. U stavů s nutnou umělou plicní ventilací slouží tato poloha k drenáži plicních sklípků.

- Hlava je otočena na stranu.
- Hrudník může být podepřen polštářem.
- Břicho a pánev leží volně.
- Dálší část bérce a noha je podložena tak, aby prsty nedosahovaly na podložku.
- DK mohou být i v pozici „nakročení“.

Odkazy

Související články

- Decubitus

Použitá literatura

- KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání. Praha : Galén, 2010. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie, et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.