

Možnosti polohování nemocných na lůžku

doc. PhDr. Miroslava Kyasová, Ph.D.

Katedra ošetrovatelství, LF MU, Brno

Cílem polohování nemocných, které zajišťuje všeobecná sestra, je zabránit vzniku dekubitů, kontraktur, deformit, zmírnit bolest, zajistit relaxaci svalstva a pohodlí nemocného. Článek informuje o některých možnostech polohování nemocných v rámci léčebného procesu s využitím vhodných pomůcek. Autorka se nezabývá polohováním zraněných jedinců v rámci první pomoci.

Klíčová slova: polohování, základní polohy, pomůcky k polohování.

Options in positioning of the patients

The aim of the positioning of the patients, providing by the general nurse, is to prevent the emergence of some risk of decline of the status of patients – e.g. pressure sores, contractures, deformities etc. Also alleviate pain, relax muscles and ensure the patient comfort. Article inform how to apply positioning of the patients during the treatment process when using appropriate tools. The author does not address the positioning of individuals injured in the first aid.

Key words: positioning, basic position, the positioning aids.

Interní Med. 2009; 11(2): 96–97

Pohyb je biologickou potřebou všech živých bytostí. Schopnost pohybovat se v prostředí bez omezení je základním atributem života. Možnost pohybovat se volně a bez omezení je ze strany nemocných chápána jako výraz nezávislosti a soběstačnosti. Klid na lůžku se tradičně používá k léčení řady chronických onemocnění, zejména u nemocných vyššího věku. Správným uložením nemocného na lůžko zabráníme celé řadě komplikací, především vzniku deformit, kontraktur a vzniku dekubitů, popř. dalších. Poloha nemocného se mění podle vývoje nemoci a podle potřeb nemocného. Polohy nemocného můžeme dělit na polohy léčebné a vyšetřovací. *Léčebné polohy* jsou významnou součástí celého léčebného procesu. *Vyšetřovací polohy* přispívají ke kvalitnímu průběhu některých vyšetření, např. vyšetření per rektum, gastroskopie apod.

Zdravý člověk zaujímá na lůžku polohu, která mu nejlépe vyhovuje, a podle potřeby ji aktivně sám kdykoliv mění. Může se bez omezení otočit, posadit a vstát. Hovoříme o tzv. *poloze aktivní*. Má-li jedinec nějaká zdravotní omezení, vyhledává polohu, která bude jeho potíže zmírňovat, zaujímá tzv. *polohu úlevovou*.

V rámci ošetrovatelské péče se uplatňuje především polohování preventivní, které snižuje bolest, zvyšuje plicní ventilaci, snižuje vznik deformit a kontraktur a snižuje vznik dekubitů (1). Pokud je nemocný schopen měnit polohu sám, pak mu při její změně sestra pouze dopomáhá a podle potřeby ji zajišťuje vhodnými pomůckami. Pokud není nemocný schopen polohu měnit sám, provádí sestra aktivně její změny, což nazýváme *polohování pasivní*. V léčebném polohování rozeznáváme tři základní polohy:

poloha na zádech, poloha na boku a poloha na břiše.

Poloha na zádech

V této poloze leží nemocný vodorovně na zádech s mírně pokrčenými nebo nataženými dolními končetinami. Hlava je podložena malým polštářkem nebo je bez polštáře. Horní končetiny leží zpravidla volně podél těla. V této poloze dochází k uvolnění břišního svalstva.

Poloha na boku

Leží-li nemocný na pravém boku, má pokrčenou levou dolní končetinu, která se opírá o lůžko a fixuje nemocného v této poloze. Poloha na boku se používá jako *plná*, kdy trup nemocného svírá se základem lůžka úhel 90° (obrázek 1), *mírná* – úhel trupu se základem lůžka tvoří 30° (obrázek 2) a *střední*, kdy je tento úhel 45°. Leží-li nemocný na levém boku, upravíme pokrčenou pravou dolní končetinu opačně. Využijeme-li polohovacích pomůcek, je vhodné pro lepší stabilitu nemocného flektovat obě dolní končetiny (obrázky 1 a 2). Při této poloze dbáme na to, aby nemocný neležel na horní končetině. Jako prevence dekubitů se mezi klouby kolenní a hlezenní vkládá molitanová podložka. Poloha na boku se využívá po operacích a zejména při střídání poloh jako prevence proleženin.

Poloha na břiše

V této poloze je nemocný bez polštáře, pokud toleruje asymetrickou polohu hlavy, střídáme otočení hlavy vlevo nebo vpravo. Pokud nemocný netoleruje asymetrickou polohu hlavy, je hlava opřena o čelo, podložená ručníkem, aby

mohl nemocný dýchat. Pod břicho můžeme podložit malý polštářek, který brání nepříjemnému, někdy až bolestivému prohnutí bederní páteře (hyperlordóze).

Je-li hlava v asymetrické poloze, je paže na obličejové straně vysunuta vzhůru k hlavě, loket je ve flexi, hřbet ruky je možné podsunout pod čelo. Na straně záhlaví je paže podél těla vzad, loket je natažený a dlaň směřuje ke stropu.

Je-li hlava v symetrické poloze, jsou paže položené u hlavy, lokty jsou ohnuté do pravého úhlu (tzv. svícen) nebo leží obě paže podél těla, lokty jsou natažené, dlaně směřují ke stropu. Dolní končetiny jsou v kyčelních a kolenních kloubech v extenzi, špičky volně visí přes okraj matrace. Není-li v dolní části lůžka dostatek

Obrázek 1. Poloha nemocného na pravém boku – plná



Obrázek 2. Poloha nemocného na pravém boku – mírná



prostoru, podkládáme nártý tak, aby špičky volně visely. Je možné podkládat bérce, aby bylo dosaženo flexe v kolenních kloubech. Tato poloha je nemocnými vnímána jako nejméně pohodlná.

Modifikací těch tří poloh jsou polohy, které jsou využívány v léčebném procesu. Nejčastější léčebnou polohou je poloha vpolosedě nebo vsedě označována také jako poloha Fowlerova.

Fowlerova poloha

V této poloze (obrázek 3) má nemocný zvýšenou horní polovinu těla (trup) prostřednictvím podpěry, resp. podhlavního panelu. Svírá-li trup se základem lůžka úhel 45°, jedná se o Fowlerovu polohu *mírnou* (*semiFowlerovu*), je-li úhel mezi trupem a základem lůžka 90°, hovoříme o Fowlerově poloze *plné*. Aby nemocný nesjížděl do dolní části lůžka, byla dříve vkládána do nohou bednička, což zvyšuje riziko kontraktur Achillovy šlachy. Z tohoto důvodu je v současné době doporučována mírná flexe v kolenních kloubech pomocí molitanového válce a nebo rozsáhlejší flexe prostřednictvím zvýšeného nožního panelu. Pro snížení tlaku na kostrč a sedací kosti podkládáme nemocnému pod hýždě podložní kolo, pod paty je vhodné vložit věnečky nebo vytvořit patěnky, které snižují riziko vzniku dekubitů na patách. V této poloze je nutné sledovat hlavu nemocného, aby nedocházelo k jejímu extrémnímu záklonu nebo naopak k jejímu extrémnímu předklonu. Fowlerova poloha se využívá pro nemocné s chorobami srdce a plic, u některých nemocných po operaci dutiny hrudní a dutiny břišní. Tato poloha zajišťuje optimální plicní ventilaci a je vhodná u nemocných s rizikem vzniku bronchopneumonie a seniorů. Pokud je nemocný zesláblý, snadno se v této poloze v lůžku sesouvá a poloha ztrácí svůj význam. Navíc při uplatňování střížné síly v oblasti hýždí hrozí poškození kůže a vznik dekubitů.

Ortopnoická poloha

Při selhávání srdeční činnosti nebo při záchvatech dušnosti je vhodná tzv. poloha ortopnoická. Při ortopnoické poloze (obrázek 4) usedá nemocný na lůžko, má spuštěné dolní končetiny z lůžka a horní končetiny se opírají o pelest nebo jídelní stůl nebo okraj židle. Často nemocný usedá i mimo lůžko (obrázek 5). Vsedě při fixaci pažního pletence se uplatňují pomocné dýchací svaly. Ve spuštěných dolních končetinách se hromadí krev a snižuje se nároky na plicní oběh.

Obrázek 4. Ortopnoická poloha – na lůžku



Obrázek 5. Ortopnoická poloha – mimo lůžko



noická. Při ortopnoické poloze (obrázek 4) usedá nemocný na lůžko, má spuštěné dolní končetiny z lůžka a horní končetiny se opírají o pelest nebo jídelní stůl nebo okraj židle. Často nemocný usedá i mimo lůžko (obrázek 5). Vsedě při fixaci pažního pletence se uplatňují pomocné dýchací svaly. Ve spuštěných dolních končetinách se hromadí krev a snižuje se nároky na plicní oběh.

Trendelenburgova poloha

Tato poloha znamená, že hrudník a hlava jsou níž než dolní končetiny. Polohu upravujeme prostřednictvím polohovatelného základu lůžka. Nemocný leží bez polštáře, horní končetiny má volně podél trupu, dolní končetiny mohou být v mírné flexi v kyčelních i kolenních kloubech. Chodidlo by mělo být udržováno v pravém úhlu k bérce. Poloha zajišťuje lepší prokrvení mozku, využívá se také při abortus iminens.

Pomůcky k polohování

K zajištění určité polohy je využíván především polohovatelný základ lůžka nebo pomocná zařízení lůžka a polohovací pomůcky. K nejpoužívanějším pomůckám patří:

- Podpěra – byla využívána spíše v minulosti, udržuje pacienta ve zvýšené poloze, vkládala

se mezi ložní plochu a horní matraci. Téměř všechna lůžka jsou nyní vybavena polohovatelnou ložní plochou, což umožňuje upravit horní i dolní část lůžka v různém úhlu od 0–90°.

- Válec – vkládá se obvykle pod kolena pro zajištění flexe v kolenních kloubech.
- Podložní kolo – využívá se k podložení hýždí, zabraňuje posunu a sjíždění nemocného. Je využíváno jako prevence vzniku dekubitů, u nemocných s onemocněním rekta, s frakturami kostrče, po porodu.
- Věnečky – jsou nejčastěji vyrobeny z molitanu, mohou být různé velikosti a využívají se v různých polohách k odlehčení tlaku kloubů nebo kostěných výčnělků na podložku jako prevence vzniku dekubitů v predilekčních místech např. k podložení temene, loktů, pat, kolen, kyčlí, ramene.
- Sáčky s pískem – umožňují udržení žádoucí polohy končetiny.

Při polohování lze využít řadu dalších pomůcek, jako jsou klíny a kvádry různé velikosti, které jsou na trhu k dispozici. Jsou zpravidla zhotoveny z molitanu s dobře omyvatelnými a udržovatelnými obaly. Další pomůcky usnadňují nemocnému pohyb na lůžku (např. hrazdička, žebříček, schůdky), zvyšují komfort nemocného (např. jídelní stůl, stojan na čtení) nebo zajišťují jeho bezpečnost (např. postranice).

Všechny pomůcky, které jsou používány při polohování nemocných, musí mít vhodný obal a musí být zajištěna jejich dekontaminace.

Na polohování nemocného se v rámci rehabilitačního ošetřovatelství podílí sestra ve spolupráci s fyzioterapeutkou event. ergoterapeutkou. Sestra v průběhu směny sleduje, zda nemocný polohu zachovává, a podle potřeby ji upraví nebo obnoví. Aby se předešlo všem možným komplikacím, doporučuje se polohu měnit v průběhu dne co 2 hodiny, v průběhu noci co 3 hodiny. Nesprávné uložení nemocného na lůžko a nesprávné použití polohovacích pomůcek může způsobit zkrácení svalových úponů a vznik kontraktur. Nesprávné polohování nemocný může mít následně problémy s vertikalizací a lokomocí.

Literatura

1. Kubešová H, Kyasová M, Weber P, Holík J. Dekubity jako zrcadlo kvality zdravotnické péče. Lékařské listy, 2002; 31: 30–33.

doc. PhDr. Miroslava Kyasová, Ph.D.

Lékařská fakulta MU

Kamenice 3, 625 00 Brno

mkyasova@med.muni.cz

Obrázek 3. Fowlerova poloha

