



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Multidisciplinární péče u pacientů s poraněním mozku

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:
SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Šárka Pikolonová

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Multidisciplinární péče u pacientů s poraněním mozku*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9.5.2023

.....

Bc. Šárka Pikolonová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla moc poděkovat Mgr. Ivaně Chloubové, Ph.D., za její odborné vedení, cenné rady a trpělivost, kterou se mnou měla při psaní diplomové práce.

Multidisciplinární péče u pacientů s poraněním mozku

Abstrakt

Úvod: Péče o pacienta s poraněním mozku vyžaduje komplexní multidisciplinární přístup. Na péči se podílí lékaři, všeobecné sestry, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, logopedi a zdravotně sociální pracovníci. Nesmí být opomenuta ani rodina klienta, která tvoří nedílnou součást péče o pacienta.

Cíl práce: Cílem empirické studie bylo popsat spolupráci vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků a zjistit spolupráci mezi všeobecnými sestrami a rodinou pacienta s poraněním mozku. Dále zmapovat nejnáročnější činnosti vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků v péči u pacientů s poraněním mozku a zjistit názor všeobecných sester na jejich připravenost zvládat specifickou ošetrovatelskou péči u pacientů s poraněním mozku.

Metodika práce: Ke sběru výzkumných dat byla využita kvalitativní metoda za pomoci techniky polostrukturovaných rozhovorů. Do výzkumného šetření bylo zapojeno 10 všeobecných sester, 3 ergoterapeuti, 3 fyzioterapeuti, 2 logopedi a 2 zdravotně sociální pracovníci v Jihočeském kraji a v kraji Vysočina.

Výsledky práce: Výzkumné empirické šetření prokázalo, že pro nelékařský zdravotnický personál je multidisciplinární přístup o pacienta nevyhnutelný, neboť u pacienta dochází k poškození v mnoha oblastech. Nejčastěji si předávají informace ústní formou, na poradách a po 12 hodinových směnách. Jako náročné se jeví agresivní chování pacientů, hygienická péče, komunikace, návrat pacienta do domácího prostředí, únavnost nebo demotivace pacienta. Velmi úzká je spolupráce s rodinou pacienta. V rámci výzkumného šetření byl zjištěn nedostatek v přípravě všeobecných sester do zaměstnání. Sdělily nedostatek v komunikaci, intubaci nebo tracheostomii. Dále práci s monitory, dávkovači nebo měření intrakraniálního tlaku.

Závěr práce: Aby péče o pacienty s poraněním mozku byla co nejlepší, je zapotřebí efektivní multidisciplinární péče. Na péči se podílí lékaři, všeobecné sestry, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, logopedi a zdravotně sociální pracovníci. Pro to, aby multidisciplinární tým mohl co nejlépe fungovat, je důležité kvalitní vzdělání všech nelékařských zdravotnických pracovníků.

Klíčová slova: Komunikace; multidisciplinární tým; ošetrovatelská péče; poranění mozku; všeobecná sestra

Multidisciplinary care for patients with brain injury

Abstract

Introduction: Care for patient with brain injury requires a complex multidisciplinary approach. Doctors, general nurses, occupational therapists, physiotherapists, speech therapists and health social workers all take part in the care. The family of a client, which is an integral part of care, must not be left out.

Goal: The objective of the empiric study was to describe the cooperation of the chosen non-medical staff and find out about the cooperation between general nurses and family of patient with brain injury. Furthermore, it was to map the most difficult tasks of the chosen non-medical staff in care for patient with brain injury and determine the opinion of general nurses on their readiness to handle specific nursing care for patients with brain injury.

Methodics: To collect research data, qualitative method using semi-structured interviews was utilized. 10 general nurses, 3 occupational therapists, 3 physiotherapists, 2 speech therapists and 2 health social workers in South Bohemian and Vysočina region were involved in the research.

Results: The empiric research proven that multidisciplinary approach in care for patient is unavoidable for non-medical staff, since a patient has damage in many areas. They mostly share information verbally, at meetings and after 12-hour shifts. Aggressive behavior of patients, hygienic care, communication, return of a patient to home environment, weariness or demotivation of a patient appear difficult. Cooperation with the family of a patient is very close. A deficiency in the preparation of general nurses for employment was found within the research. They reported a lack in communication, intubation or tracheostomy. Furthermore, work with monitors, dispensers or measuring intracranial pressure.

Conclusion: To provide the best care possible for patients with brain injury, effective multidisciplinary care is necessary. Doctors, general nurses, occupational therapists, physiotherapists, speech therapists and health social workers all take part in the care. For the multidisciplinary team to be as effective as possible, a high-quality education of all non-medical staff is necessary.

Keywords: Communication; multidisciplinary team; nursing care; brain injury; general nurse

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Anatomie mozku	9
1.2 Etiologie a patofyziologie poranění mozku	9
1.3 Diagnostické postupy u pacienta s poraněním mozku	12
1.4 Monitorace pacienta s poraněním mozku	13
1.5 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poraněním mozku	17
1.5.1 Péče o dýchací cesty u pacienta s poraněním mozku	17
1.5.2 Prevence dekubitů u pacienta s poraněním mozku	19
1.5.3 Polohování pacientů s poraněním mozku	20
1.5.4 Výživa pacientů s poraněním mozku	21
1.5.5 Hygienická péče u pacienta s poraněním mozku	21
1.5.6 Změny psychického stavu u pacienta s poraněním mozku	22
1.6 Kvalita života pacienta po poranění mozku	23
1.7 Komunikace s pacientem po poranění mozku	24
1.7.1 Komunikace s agresivním pacientem.....	24
1.7.2 Komunikace s rodinou pacienta s poraněním mozku	25
1.8 Multidisciplinární tým u pacienta s poraněním mozku	26
1.9 Příprava všeobecných sester na specifickou péči o pacienty s poraněním mozku 31	
2 Cíle práce a výzkumné otázky	33
2.1 Cíle práce:	33
2.2 Výzkumné otázky:	33
2.3 Operacionalizace základních pojmů	34
3 Metodika	35
3.1 Metodika práce	35
3.2 Charakteristika výzkumných souborů	36
4 Výsledky výzkumného šetření	37
4.1 Identifikační údaje komunikačních partnerů - všeobecné sestry	37
4.2 Seznam kategorií a podkategorií kvalitativních dat – všeobecné sestry	38
4.3 Kategorie: Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu všeobecných sester	39
4.4 Kategorie: Ošetrovatelská péče o pacienty s poraněním mozku	46
4.5 Kategorie: Komunikace s pacientem z pohledu všeobecných sester	51
4.6 Kategorie: Připravenost všeobecných sester pro poskytování specifické péče pacientům s poraněním mozku.....	52
4.7 Identifikační údaje komunikačních partnerů - ergoterapeuti	55

4.8	<i>Seznam kategorií a podkategorií kvalitativních dat - ergoterapeuti</i>	55
4.9	<i>Kategorie: Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu ergoterapeutů</i>	56
4.10	<i>Kategorie: Komunikace s pacienty s poraněním mozku z pohledu ergoterapeutů</i>	58
4.11	<i>Kategorie: Podpora kognitivních funkcí u pacienta s poraněním mozku</i>	58
4.12	<i>Identifikační údaje komunikačních partnerů - fyzioterapeuti</i>	60
4.13	<i>Seznam kategorií a podkategorií kvalitativních dat - fyzioterapeuti</i>	60
4.14	<i>Kategorie: Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu fyzioterapeutů</i>	61
4.15	<i>Kategorie: Fyzioterapeutické cvičení</i>	62
4.16	<i>Identifikační údaje komunikačních partnerů - logopedi</i>	64
4.17	<i>Seznam kategorií a podkategorií kvalitativních dat - logopedi</i>	64
4.18	<i>Kategorie: Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu logopedů</i>	65
4.19	<i>Kategorie: Úloha logopeda v péči o pacienta s poraněním mozku</i>	67
4.20	<i>Identifikační údaje komunikačních partnerů – zdravotně sociální pracovníci</i>	70
4.21	<i>Seznam kategorií kvalitativních dat – zdravotně sociální pracovníci</i>	70
4.22	<i>Kategorie: Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu zdravotně sociálních pracovníků</i>	71
4.23	<i>Kategorie: Úloha zdravotně sociálního pracovníka v péči o pacienta s poraněním mozku</i>	72
5	Diskuse	74
6	Závěr	85
7	Seznam literatury	87
8	Seznam tabulek	96
9	Seznam příloh	97

Úvod

Poranění mozku představuje celosvětový zdravotní, ekonomický a společensko-sociální problém. Úrazy mozku jsou zodpovědné za 30 % náhlých úmrtí a ve věkové skupině do 45 let jsou nejčastější příčinou úmrtí obyvatel. Mnohdy vedou k těžké invaliditě a znamenají velkou finanční a psychickou zátěž jak pro klienta tak i jeho rodinu. Mezi příčiny poranění mozku patří dopravní nehody, pády, úrazy nebo kriminální činy.

Se závažným poraněním mozku je pacient v akutním stádiu hospitalizován na jednotce intenzivní péče, kde se mu věnuje vyškolený personál, mezi které se řadí i všeobecné sestry, které by měly znát vysoce specializovanou péči o pacienta s poraněním mozku. Jedná se o poranění v mnoha oblastech, které si vyžaduje péči odborníků z různých oborů, kteří se společně podílí na péči o pacienta. Tato péče nespočívá pouze o pacienta, ale i o rodinu klienta, kteří jsou často traumatizováni pro rozsah a závažnost onemocnění svého blízkého, ale také pro svoji neviditelnost. Nedílnou součástí je komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodinou pacienta, která vytváří zcela individuální komunikační situace. Velmi náročné je pro rodinu přijetí faktu, že se musí ze dne na den přizpůsobit veškerým změnám, které onemocnění přináší.

Klient po poranění mozku se chce v první řadě vrátit do stavu a života, který žil před poraněním. Řada z klientů musí změnit svůj styl života, mají omezené činnosti vykonávat své aktivity, které dřív s radostí vykonávali. Pokud není návrat do běžného stavu možný, je nucen se smířit s tím, že jeho život už nebude jako dřív a obrací se k tomu, aby si našel nový systém činností, který bude vykonávat. Důležité je pomoci pacientovi adaptovat se na vzniklé nároky a zároveň zprostředkovat pacientovi kontakt s potřebnými službami a napomáhat mu, aby podpora byla pro pacienta efektivní.

Předložené téma diplomové práce jsem si vybrala z důvodu vlastní zkušenosti s klienty, kteří se nachází se závažným poraněním mozku na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v rámci odborné praxe. Během praxe na tomto oddělení jsem měla možnost získat vlastní prožitky o tom, jaké to je pečovat o pacienty s poraněním mozku. Proto bych ráda poukázala na důležitost multidisciplinární péče o tyto pacienty a jeho rodinu, která je nepostradatelnou součástí týmu.

1 Současný stav

1.1 Anatomie mozku

Mozek (encephalon) je řídicí a integrační orgán centrální nervové soustavy. Řídí a kontroluje vědomé i nevědomé tělesné funkce, jako je činnost srdce, trávení, pohyb, řeč, chování, myšlení, paměť a emoce (Křivánková, 2019). Váží přibližně 1300–1400 g a tvoří asi 2 % hmotnosti lidského těla. Je uložen v dutině lebeční a chráněn osmi lebečními kostmi. Kromě kostěného krytu je chráněn třemi vrstvami mozkových plen (durou, pia mater a arachnoideou uprostřed). Prostor mezi arachnoideou a pia mater je vyplněn mozkomíšním mokem. Dvě postranní komory se nacházejí v mozku koncovém, třetí komora v mezimozku, komora čtvrtá v pontu a v prodloužené míše. Mozkové komory a subarachnoideální prostory jsou propojené navzájem. Mezi nejnižší položené struktury mozku patří části mozkového kmene. Mezi části mozkového kmene patří prodloužená mícha, Varolův most a střední mozek. Na tyto části zezadu naléhá bohatě zvrásnělý mozeček, na kterém se rozlišují dvě hemisféry s červem (vermis) uprostřed. Na řezu mozečkem je viditelné uspořádání šedé a bílé hmoty mozkové. Pokračováním mozkového kmene směrem vzhůru se nachází mezimozek. Součástí mezimozku jsou především thalamus a hypothalamus. Mezimozek shora překrývají dvě mozkové hemisféry koncového mozku. Tyto hemisféry tvoří 7/8 celkové hmotnosti mozku. Každá hemisféra obsahuje čtyři laloky, z nichž jsou některé odděleny rýhami. Centrální rýha odděluje lalok frontální a parietální, laterální rýha laloky frontální a temporální. Posledním ze čtyř laloků je lalok okcipitální, který je umístěn v týlní oblasti. Uvnitř hemisfér se nachází důležitý systém pro hybnost zvaný bazální ganglia. Povrch hemisfér tvoří šestivrstevná mozková kůra, která je nejnadřazenější strukturou nejen mozku, ale i celého těla (Bartůněk et al., 2016).

1.2 Etiologie a patofyziologie poranění mozku

Mezi nejčastější příčiny poranění mozku patří bezkonkurenčně autonehody. Uvádí se, že 60-80 % všech poranění mozku je způsobeno autonehodou. Druhou příčku zaujímají sportovní úrazy, následují úrazy pracovní. U seniorů nad 75 let a u dětí nejčastěji vedou k úrazům mozku pády. Dále je poměrně častou příčinou násilí (úder do hlavy tupým předmětem nebo střelné poranění). Více jsou úrazem mozku ohroženi muži než ženy.

Z hlediska věku bývají nejohroženější skupinou muži mezi 15. a 29. rokem života (Kulišťák et al., 2017).

Z patofyziologického pohledu je klíčové rozdělení poranění na otevřená a zavřená (Příbáň, Mraček, 2022). Při otevřeném poranění mozku jsou narušeny měkké pokrývky lební, kost, tvrdá plena a poraněný mozek bývá přímo v ráně viditelný. Tato poranění často vyžadují chirurgickou léčbu, pokud stav zraněného a závažnost poranění nevyklučují možnost zlepšení. Mezi otevřená poranění také patří fraktury báze lební s narušením tvrdé pleny a únikem likvoru. Bývají nazývána jako skrytě otevřená poranění (Bartůněk et al., 2016).

Zavřená poranění mozku tvoří převážnou část všech poranění mozku. I bez zjevného zevního poranění může dojít ke kritickému stavu zraněného. Rozlišují se na poranění primární a sekundární. Poranění primární vzniklo v době úrazu, kdy je mozková tkáň bezprostředně poškozena. Jedná se o nevratné poškození tkáně, která nemá regenerační schopnost (Bartůněk et al., 2016). Příbáň a Mraček (2022) informují, že jediná možnost, jak zasáhnout proti primárnímu poškození mozku, je předcházet mu prevencí. Například používat bezpečnostní pásy nebo ochranné přilby (Příbáň, Mraček, 2022). Poranění sekundární vzniká následnými ději, které dodatečně poškozují mozek. Tyto poranění zahrnují všechny druhy komprese mozku různými typy traumatických hematomů (Bartůněk et al., 2016).

Bartůněk et al. (2016) poukazují na další rozdělení poranění mozku. Sdělují, že primární poranění mozku se rozděluje na difúzní a ložiskové. Mezi difúzní poranění patří komoce a difúzní axonální poranění (Bartůněk et al., 2016). Komoce mozková je funkční porucha mozku bez anatomického poškození, která trvá nejdéle 15 minut. Vzniká typicky úderem do hlavy nebo nárazem hlavy do něčeho. Komocí nevznikají zobrazitelné změny mozku na CT nebo na magnetické rezonanci. Nejčastějším příznakem je krátkodobé bezvědomí, někdy může být po probnutí částečná zmatenost a bolesti hlavy. Dalším příznakem je amnézie a vegetativní symptomatologie. Mnohem závažnější je difúzní axonální poranění. Jedná se o mechanické poškození axonů bílé hmoty, většinou mechanismem střížným a prognóza u těchto stavů je vážná. Prvním příznakem je bezvědomí, které přetrvává v řádu týdnů. Zanikají gliové buňky v okolí axonů a makroskopicky je zřetelná atrofie mozku. Dále je zřejmá kvadruparéza (Šeblová et al., 2018). Vznikne například při prudké změně pohybu při autonehodě,

sportu či pádu. Základním vyšetřením je vyšetření CT, které ukáže drobná prokrvácená ložiska. Vzniká edém mozku, který postihne obě hemisféry. Aby se předešlo dramatičtějším následkům, je zde důležité provést u pacienta dekompresní kraniotomii (Kulišťák et al., 2017).

Mezi ložiskové poranění patří kontuze a lacerace mozku (Bartůněk et al., 2016). Kontuze mozku je ložiskové traumatické poškození mozkové tkáně. Nejčastěji bývá postižena tkáň kůry mozkové a přilehlé části bílé hmoty. Vzácněji bývají poškozeny hluboké struktury mozku, například bazální ganglia. Často bývají lokalizovány do přední, zevní a dolní části frontálního laloku mozku, temporobazálně a okcipitálně (Krahulík et al., 2021). Klinicky se kontuze projeví parézou, výpadkem zorného pole, afázií apod. Lacerace je definována jako kontuzní ložisko s roztržením přilehlého kortexu. Kontuzní ložisko se vytváří v místě nárazu, další může vzniknout na protilehlé straně. Ložiska bývají často mnohočetná (Bartůněk et al., 2016).

Do sekundárního poranění mozku se zařazuje epidurální, akutní subdurální, chronický subdurální a intracerebrální hematom (Bartůněk et al., 2016). Epidurální hematom je uložen mezi kostí a tvrdou plenou. Nejčastěji se vyskytuje v temporální krajině. Zdrojem krvácení bývají nejčastěji meningeální tepny, zřídka žilní splavy (Miženková et al., 2022). Projevuje se krátkodobou poruchou vědomí. Poté je zraněný po určité době při vědomí a opakovaně upadá do bezvědomí (tzv. lucidní interval) v důsledku rozvoje temporální herniace mozku. Lucidní interval však nemusí být u pacientů přítomen vždy. S poruchou vědomí dojde na postižené straně k rozšíření zornice a na opačné straně se rozvine hemiparéza. Pokud nedojde k odstranění hematomu včas, dojde k rozšíření druhé zornice. Léčba epidurálního hematomu bývá obvykle chirurgická. Spočívá v kraniotomii nebo kraniektomii (Bartůněk et al., 2016).

Při akutním subdurálním hematomu se krvácení vyskytuje mezi tvrdou plenou a arachnoideou. Zdrojem subdurálního hematomu bývá poraněná kortikální tepénka, která doprovází kontuzi mozku. Na CT vyšetření má tvar srpku měsíce. Zdrojem krvácení bývají splavy, přemosťující žíly, povrchové žíly i tepny mozku. Stav zraněného bývá od počátku vážný. Kromě hlubší poruchy vědomí je přítomna mydriáza na straně hematomu a kontralaterální hemiparéza. Důležitá je evakuace hematomu, která vyžaduje velkou kraniotomii, aby bylo možno ošetřit zdroje krvácení (Příbáň, Mraček, 2022). Chronický subdurální hematom se vyznačuje krvácením do stejného

prostoru jako akutní subdurální hematom. Nejčastěji postihuje osoby s atrofií mozku. Zdrojem krvácení jsou přemostňující žíly, které se i po malém nárazu napínají. Výron krve nezpůsobuje příznaky ihned, protože při atrofií mozku hematom vytěsni likvor a k vzestupu intrakraniálního tlaku nedojde. Poté se hematom opouzdří a z novotvořených cév v pouzdru dochází k sekreci a opakovanému krvácení do nitra hematomu (Bartůněk et al., 2016). Příznaky se proto objevují s odstupem tři a více týdnů. Typická je hemiparéza, poruchy symbolických funkcí, kvalitativní a později také kvantitativní porucha vědomí. Správnou diagnózu odhalí vyšetření CT. Léčí se trepanačním návrtem, výplachem obsahu a drenáží. Jedná se o jediný traumatický hematom, který lze návrtem vyřešit (Schneiderová, 2014). Posledním typem sekundárního poranění mozku je traumatický intracerebrální hematom, který může vzniknout natržením větších tepen v hloubce mozku při působení intenzivních rotačních sil. Indikací k operaci je objem hematomu a riziko herniace. Malé hematomy se pouze sledují (Bartůněk et al., 2016).

1.3 Diagnostické postupy u pacienta s poraněním mozku

K diagnostice charakteru a stupně závažnosti poranění mozku se využívá anamnéza, která se odebírá přímo od pacienta nebo od svědků. Dále fyzikální vyšetření, zhodnocení stupně závažnosti škály Glasgow Coma Scale (dále jen GCS) a zobrazovací vyšetření. Nezastupitelné místo mají právě zobrazovací metody, které v akutní fázi umožní rychlé a přesné rozlišení charakteru, stupně závažnosti a následný způsob léčby těchto zranění (Miženková et al., 2022).

Mezi základní vyšetření patří nativní RTG vyšetření. Toto vyšetření se provádí při podezření na patologické procesy hlavy a mozku a v dnešní době bývá méně vyžadováno. Bývá nahrazeno vyšetřením, které se nazývá výpočetní tomografie (Seidl, 2015).

Výpočetní tomografie neboli CT je vyšetření, které je charakterizováno jako radiologická vyšetřovací metoda, které pomocí rentgenového záření umožňuje zobrazení vnitřních orgánů člověka. Přístroj, díky kterému k vyšetření dochází, se nazývá výpočetní tomograf. Výhodou této metody je zobrazení kostních struktur a rychlost vyšetření. Nevýhodou je značná dávka ionizujícího záření. V dnešní době je CT bez podání kontrastní látky první volbou při diagnostice zranění mozku. Vyšetření

se preferuje u traumatických stavů postihující hlavu a mozek. Umožňuje nám posoudit zranění měkkých částí hlavy, kostí a struktur uvnitř lebky. CT nám většinou přinese dostatek informací v diagnostice mozkových nádorů včetně metastáz, mozkové abscesy nebo vrozené poškození mozku (Seidl, 2015). Muzikářová et al. (2021) doplňují, že se jedná o zásadní monitorovací metodu situace v nitrolebí a přináší důležité informace o typu a rozsahu mozkové tkáně a dynamice patologických procesů (Muzikářová et al., 2021).

Senzitivnější a specifitější než CT vyšetření je magnetická rezonance. Je to vyšetřovací metoda, která využívá silného magnetického pole (Jelínková, 2020). Rosina et al. (2021) poukazují na to, že magnetická rezonance má zásadní postavení v diagnostice degenerativních onemocnění centrální nervové soustavy, především u nádorů mozku a míchy. K akutní indikaci k magnetické rezonanci z hlediska neurologa je podezření na lézi míšni nebo nejasný patologický proces v zadní jámě lební (Rosina et al., 2021). Vyšetření se provádí vždy alespoň ve dvou rovinách řezů (Seidl 2015). Sucharda a Zlatohlávek (2015) zdůrazňují zásadní kontraindikace, mezi které se řadí přítomnost kovového materiálu nebo kloubních náhrad (Sucharda, Zlatohlávek, 2015).

Ševčík et al. (2014) deklarují, že v časových odstupech jsou nezbytná opakovaná neurologická vyšetření, která upřesní hodnocení, posoudí dynamiku lézí a podávají informace o progresi nebo regresi vědomí a ložiskové symptomatologie (Ševčík et al., 2014).

1.4 Monitorace pacienta s poraněním mozku

Monitorováním se rozumí opakované nebo trvalé sledování vitálních funkcí pacienta a činnosti přístrojů. Slouží k podpoře vitálních funkcí s cílem včasného zjištění jejich abnormalit. Význam monitorování stoupá spolu s čím dál rozšířenějším využíváním vysoce invazivních postupů. Mezi nežádoucí aspekty při monitorování patří nepřesné měření, komplikace a bolesti spojené s použitím monitorovací techniky (Kapounová, 2020).

Úrazy mozku způsobené následkem traumatu jsou výsledkem primárního biomechanického poškození v okamžiku úrazu a následného sekundárního poškození, které je vyvoláno nejrůznějšími patofyziologickými ději. Prioritou v léčbě u těchto

zraněných je proto předcházet sekundárním změnám a včas rozpoznat události, které tyto změny spouštějí (Streitová et al., 2015).

Jako základní parametr, který se u pacientů v první fázi sleduje, je vědomí. Vědomí je obecně stav, ve kterém organismus plně vnímá podněty, přicházející ze zevního prostředí a přiměřeně na ně reaguje (Streitová et al., 2015). Lidské vědomí je dále popisováno jako stav vnímání a uvědomování si sebe sama i okolí. Může být narušeno jak akutní tak chronickou změnou zdravotního stavu, věkem nebo hospitalizací. Pacient při plném vědomí odpovídá na otázky plynule, pacient v bezvědomí nikoliv. Na určení hloubky vědomí se běžně používá škála GCS (Slezáková, 2014). Tomová a Křivková (2016) popisují tuto škálu jako nejběžnější a nejvyužívanější standardizovaný skórovací systém, který objektivně hodnotí kvantitativní poruchy vědomí bez ohledu na vyvolávající příčinu. Slezáková (2014) sděluje, že se v této škále hodnotí tři oblasti. Odpověď očí, motorická a slovní odpověď na různé podněty. Může to být reakce na oslovení, dotyk, zatřesení nebo bolestivý podnět. Seidl (2015) informuje, že se celkově může získat 3-15 bodů. Poškození mírné se nachází v rozmezí 13-15 bodů, střední poškození 9-12 bodů a těžké poškození méně jak 8 bodů. Vytejková et al. (2013) upozorňují na to, že pokud pacient dosáhne pouze 3 bodů, nachází se v hlubokém bezvědomí. Hodnocení stavu vědomí patří mezi zodpovědný úkol všeobecných sester. U ohrožených pacientů se hodnocení vědomí provádí opakovaně v intervalech dle standardu oddělení či ordinace lékaře. Tomová a Křivková (2016) sdělují, že nevýhodou je absence posouzení slovní odpovědi u pacientů na umělé plicní ventilaci z důvodu zajištění dýchacích cest pomocí tracheální rourky nebo tracheostomické kanyly (Tomová, Křivková, 2016).

Dalším důležitým vyšetřením je sledování zornic (Vytejková et al., 2013). Hájek et al. (2015) konstatují, že sledování velikosti, symetrie a reaktivity zornic na přímý a nepřímý osvit je základní a nezastupitelné klinické vyšetření (Hájek et al., 2015). Zraněná reakce zornic na osvit a zejména jejich velikosti informuje o poškození třetím hlavovém nervu. Například komprese nervu nebo syndrom nitrolební hypertenze. Sestra kontroluje tvar, velikost a reakce zornic. Rozšíření zornic je důležité pozorovat u rozrušení nebo při poruše mozkového kmene. Zúžené zornice bývají v bezvědomí. Vyšetřuje se, jak reagují zornice na světlo a na pohled do blízka a do dálky (Slezáková, 2014).

Pulzní oxymetrie se řadí mezi neinvazivní metody, která měří saturaci hemoglobinu kyslíkem v krvi. Fyziologická hodnota se pohybuje v rozmezí 95-100 % (Kapounová, 2020). Kelnarová a Matějková (2014) doplňují, že při měření pulzní oxymetrie přiložíme pacientovi na prst prstový senzor, který snímá požadované hodnoty. Využívá se u pacientů dospělých, u dětí nebo u novorozenců (Kelnarová, Matějková, 2014).

Přibáň a Mraček (2022) sdělují, že mezi základní monitorované veličiny patří měření intrakraniálního tlaku (dále jen ICP). Tato monitorace se využívá u pacientů po intrakraniálních operacích, u kterých hrozí rozvoj nitrolebeční hypertenze a zároveň se předpokládá několikadenní sedace a řízená ventilace (Přibáň, Mraček, 2022). ICP je tlak uvnitř lebeční dutiny, který se měří pomocí speciálního čidla. Speciální čidlo je nejčastěji zavedeno přímo do mozkové tkáně nebo mozkové komory (Bartůněk et al., 2016). Kapounová (2020) deklaruje, že se čidlo ICP pravidelně zavádí na postižené straně poškození. V případě difuzního poškození se čidlo zavádí na straně nedominantní hemisféry. V současné době se preferuje intraparenchymatozní přístup, kdy neurochirurg za asistence všeobecné sestry navrtá za aseptických podmínek lebeční kost. Proveďte punkci tvrdé mozkové pleny a zavede čidlo. Správně zaveden snímač je potvrzen křivkou nitrolebního tlaku, která má pulzový arteriální tvar. Normální hodnota ICP je považována do 10 mmHg, která se fyziologicky zvyšuje při kašli, Trendelenburgově poloze nebo fyzické námaze (Kapounová, 2020). Pro normální funkci mozku je důležité, aby hodnota nitrolebečního tlaku byla ve fyziologickém rozmezí. U dospělých je považována fyziologická hodnota do 10 mmHg. Při kýchní nebo kašli dochází k elevaci fyziologických hodnot ICP až k 60 mmHg. Za nitrolebeční hypertenzi je považována hodnota nad 20 mmHg. Příčinou mohou být nádory, kraniocerebrální poranění, intrakraniální krvácení, záněty nebo otok mozku (Přibáň, Mraček, 2022). Bartůněk et al. (2016) deklarují, že zvýšení nitrolebního tlaku je v neurochirurgii základním problémem jak u akutních tak chronických stavů. Často vyžaduje neurochirurgický výkon (Bartůněk et al., 2016). K hlavním příznakům nitrolebeční hypertenze patří bolest hlavy, zvracení nebo závratě (Přibáň, Mraček, 2022).

Metoda, která slouží k detekci mozkové ischemie a hodnocení mozkové perfuze se nazývá jugulární oxymetrie. Využívá se u pacientů se závažnou poruchou vědomí, u kraniocerebrálních poranění nebo při subarachnoideálním krvácení (Kapounová, 2020). K monitorování je důležité, aby byla zavedena retrogradní kanylace vnitřní

jugulární žíly (Příbáň, Mraček, 2022). Za normální hodnoty saturace kyslíku v jugulárním bulbu jsou považovány 55-75 %. Pokud se dostane hodnota více jak 80 %, je to signál pro hyperemii, nadměrnou perfúzi mozku způsobenou zvýšeným průtokem krve mozem nebo nižší extrakci kyslíku v mozkové tkáni. V případě, že dojde k poklesu hodnoty pod 50 %, tak se jedná o snížený průtok krve mozem a zvýšenou extrakci kyslíku. Dále je důležitá monitorace mozkového perfúzního tlaku, který vypovídá o tlaku krve, který protéká mozem (Kapounová, 2020).

Regionální mozková oxymetrie hodnotí saturaci hemoglobinu kyslíkem a poskytuje nepřímé informace o kvalitě kapilárního prokrvení mozkové tkáně. Využívá se u pacientů v bezvědomí, s těžkou kontuzí mozku, intracerebrálním krvácením či kraniocerebrálním poraněním. Podstatou využívaných přístrojů je infračervená spektroskopie. Součástí těchto přístrojů jsou samolepící sondy, které se lepí pacientovi na čelo. Nalepené sondy ukazují intenzitu odraženého světla. Fyziologické hodnoty se pohybují u většiny populace okolo 55-80 % (Kapounová, 2020). Bartůněk et al. (2016) sdělují důležitost kontroly hybnosti končetin. Sleduje se svalový tonus, symetrie spontánních pohybů a reakce na bolestivý podnět (Bartůněk et al., 2016).

Základem monitorování srdečního systému je snímání křivky EKG. Tato monitorace slouží ke sledování srdeční frekvence, k detekci ischemických změn, diferenciální diagnostice při zástavě oběhu nebo k účinku léků. Standardem je využití tří nebo pětisvodového EKG (Kapounová, 2020).

Součástí hemodynamického monitorování u nemocných v kritickém stavu po rozsáhlých operačních výkonech, hemodynamické nestabilitě, nebo nutnosti aplikace vazoaktivních látek se využívá invazivní monitorování arteriálního tlaku. Arteriální tlak je definován jako tlak v arteriálním řečišti mezi aortální chlopní a odporovými periferními arteriolami v průběhu srdečního a dechového cyklu. Podmínkou pro přímé měření arteriálního tlaku je zavedení katétru do arteriálního řečiště (Kapounová, 2020).

Centrální žilní tlak je tlak, který je vyvíjen na stěnu horní duté žíly při jejím ústí do pravé síně. Nejčastějším důvodem monitorování u pacientů v kritickém stavu je podávání vazoaktivních látek, měření centrálního žilního tlaku nebo podání hyperosmolárních roztoků. Základním předpokladem monitorace je zavedení centrálního žilního katétru (Kapounová, 2020). Vytejková et al. (2015) doplňují, že zavedení centrálního žilního katétru patří mezi nejčastěji zavedené výkony. Juráň

a Smrčka (2013) zdůrazňují monitorování laboratorních hodnot. Nejedná se o kontinuální monitoring, ale monitorace by měla být hlavně u pacientů s těžkým poraněním mozku. Jedná se o sledování krevních plynů, vyšetření iontů, urey, kreatininu a osmolarity v moči (Juráň, Smrčka, 2013).

U pacientů s poraněním mozku dochází také k monitoraci bolesti. Bolest je nepříjemný, senzorický, emoční a mentální pocit spojený s psychickými nebo vegetativními reakcemi, které bývají doprovázeny změnami chování (Dingová et al., 2018). Existuje několik metod, jak intenzitu bolesti zjišťovat. Například analogovou stupnicí intenzity bolesti (VAS), která slouží pro zjištění aktuálního stavu pacienta, dále mapa bolesti, nebo verbální metody k diagnostikování intenzity bolesti (Kelnarová et al., 2016).

1.5 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poraněním mozku

Klíčovou roli v péči o nemocné s poraněním mozku je dle Hájka et al. (2015) kvalitní a soustavná ošetrovatelská péče (Hájek et al., 2015). Rozsah poskytované péče je závislý na diagnóze a zdravotním stavu nemocného. Pacient je často na sestře závislý a bývá v podřízené pozici. Proto je důležité, aby sestra znala veškeré pacientovy potřeby. Sestra by měla maximálně podporovat pacientovu soběstačnost a plně saturovat jeho potřeby (Kapounová, 2020). Bartůněk et al. (2016) doplňují, že tato specifická péče je orientovaná zejména na udržení životních funkcí a saturaci základních životních potřeb (Bartůněk et al., 2016).

1.5.1 Péče o dýchací cesty u pacienta s poraněním mozku

Trachtová (2018) konstatuje, že se dýchání řadí mezi základní fyziologické funkce a společně s činností srdečně cévního aparátu a látkovou výměnou slouží k udržení rovnováhy vnitřního prostředí. Informuje, že pacient s poruchou dýchání potřebuje ošetrovatelskou péči, pomoc a pochopení. Vytejšková et al. (2013) informuje, že péče o dýchací cesty a o dýchání je jednou z činností, která patří mezi základní činnosti všeobecné sestry. Spočívá v zajištění a také udržování průchodnosti dýchacích cest, podávání léků, kyslíku a v podpoře dýchání (Vytejšková et al. 2013).

Samozřejmostí všeobecné sestry v péči o pacienta s poraněním mozku je aplikace kyslíku. Kyslíková terapie je léčebná metoda, která má zvýšit nabídku kyslíku tkáním a orgánům nemocného, který má zachovanou spontánní dechovou aktivitu. K aplikaci

kyslíku se nejčastěji využívají kyslíkové brýle, které se většinou využívají pro dlouhodobější aplikaci nižších dávek kyslíku. Jako další se k aplikaci využívají kyslíkové masky, které se používají krátkodobě u akutních stavů. K dispozici jsou již masky jednoduché nebo se zásobníkem kyslíku, které jsou vyrobeny z průhledného plastu. Kyslík, který je přiváděn do dýchacích cest by měl být vždy zvlhčován (Kapounová, 2020). V případě závažnějšího poranění mozku, kdy u pacienta dochází ke změně vědomí, je zapotřebí dýchací cesty zajistit s pomůckami. Mohou být zajištěny ústním či nosním vzduchovodem dále tracheální či tracheostomickou kanylou (Vytejková et al., 2013).

Jako nejbezpečnější způsob zajištění dýchacích cest využíváme endotracheální rourku. Poskytuje ochranu před aspirací žaludečního obsahu, slin a krve. Povinností všeobecné sestry je nachystat veškeré pomůcky lékaři, které k endotracheální intubaci náleží a asistence lékaři při zavádění. Hlavní činností všeobecné sestry u pacienta s endotracheální rourkou je věnování pozornosti prevenci zalomení nebo skousnutí endotracheální rourky. Je důležité měřit tlak v obturaci manžetě pomocí manometru, který by se měl měřit minimálně dvakrát denně. Samozřejmostí je zaznamenávat hloubku zavedení do ošetrovatelské dokumentace, pravidelně měnit fixaci, které je nutné provádět minimálně dvakrát denně. Velkou pozornost je nutno věnovat udržení správné polohy rourky při polohování pacienta, nebo při rehabilitaci. Pokud nastane situace, kdy pacient netoleruje endotracheální rourku, vyžaduje dlouhodobou ventilační podporu, nebo trpí vlivem poranění mozku dlouhodobou poruchou vědomí, zavádí se tracheostomická kanyla. Výhodou tracheostomické kanyly je trvalý přístup do dýchacích cest pacienta, usnadnění toalety dýchacích cest a umožnění důkladnější hygieny dutiny ústní či snazší manipulace s pacientem (Kapounová, 2020).

Dýcháním přes tracheostomickou kanylu je vyřazena funkce horních dýchacích cest a čich. Díky tomu dochází ke stagnaci hlenu v dýchacích cestách, ke zvýšenému riziku vzniku infekce dolních cest dýchacích nebo tvorbě krust na stěnách průdušek. Hlavní činností všeobecné sestry v péči o pacienta s tracheostomií je zajištění její průchodnosti, zabránění dekanylace a ochrana pacienta před infekcí dolních dýchacích cest. Je důležité vdechovanou směs zvlhčovat a ohřívat. K tomu lze využít nebulizátor nebo tracheostomický filtr. Dále by měla okolí kanyly pravidelně kontrolovat pohledem a udržovat ji v čistotě a suchu. Ošetřuje se ochranným krémem a pastami. Dále se podkládá speciálními, k tomu určenými mulovými čtverci. Péče o pacienta s poraněním

mozku, který má zavedenou tracheostomii nespočívá pouze v péči o tracheostomickou kanylu, ale také o péči psychosociální. Součástí péče o dýchací cesty je také odsávání z dýchacích cest. Odsávání je výkon, kterým je odstraňován sekret. Využívá se u pacientů, kteří mají sníženou nebo vyřazenou samočisticí schopnost dýchacích cest. Sekret je možný odsávat z horních nebo dolních cest dýchacích. Na jednotce intenzivní péče se často odsává hlen z dolních cest dýchacích. Pacient se vždy asepticky odsává dle potřeby (Vytejková et al., 2013). Autorka Kapounová (2020) poukazuje na to, že pacienta je potřeba odsát vždy před jakoukoliv větší manipulací s klientem. Například před hygienickou péčí, polohováním nebo rehabilitací (Kapounová, 2020).

1.5.2 Prevence dekubitů u pacienta s poraněním mozku

Dekubitus neboli proleženina je defekt vzniklý na predilekčních místech vystavených působení tlaku podložky. Je způsobený nekrózou kůže a podkožních vrstev. Rozvíjí se postupně od začervenání kůže, přes puchýře, trhliny v kůži až po krvavé rány. Krvavé rány se snadno infikují, hnisají a podléhají nekróze (Vytejková et al., 2015). Veverková et al. (2019) tvrdí, že se dekubity řadí mezi jedny z nejsledovanějších ukazatelů kvality poskytované péče (Veverková et al., 2019).

Dekubity mohou mít pro pacienty vážné následky, proto je důležitá včasná a kvalitní ošetrovatelská péče. Faktory, které vyvolávají vznik proleženin, nepůsobí jednotlivě, ale mají multifaktoriální charakter. Na vzniku se vždy podílejí nejméně dvě příčiny. Příčiny lze rozdělit na místní, celkové, vnitřní, vnější, primární a sekundární (Vytejková et al. 2015).

Autorky Hlinková et al. (2019) poukazují na to, že dekubity nejčastěji vznikají v oblasti sakrální, hýžd'ové oblasti, paty, kotníky, lopatky, lokty, trochanterická oblast, hýžd'ová oblast, lýtka a temena hlavy. Informují, že dekubity jsou důsledkem sumace množství rizikových faktorů. Například protrahovaný tlak na tkáň, tření, imobilita, ztráta ochranných reflexů, sensorický deficit, nedostatečně kožní perfúze nebo malnutrice (Hlinková et al., 2019). Aby se předcházelo dekubitům, tak je důležité pacienta polohovat (Veverková et al., 2019).

1.5.3 Polohování pacientů s poraněním mozku

Polohování je první ošetrovatelsko-rehabilitační výkon u klientů v akutním stádiu onemocnění. Hlavní úlohou polohování je uložení pacienta nebo jeho končetiny do polohy s cílem zmírnit bolest, umožnit relaxaci svalstva a zmírnit spasticitu (Slezáková, 2014).

Kapounová (2020) sděluje, že správným napolohováním pacienta je možné zabránit vzniku svalových kontraktur, deformit nebo vzniku dekubitů. Dále informuje, že každá poloha by měla být pro pacienta pohodlná a bezpečná. Pokud pacientův stav polohování umožní, je možné klienta polohovat celých 24 hodin. Změny poloh se musí pravidelně měnit po 2-3 hodinách. Klient je uložen do polohy se zvýšenou polohou hlavy a trupu o 30° (Kapounová, 2020).

Dosbaba et al. (2021) konstatují, že u pacientů s poraněním mozku se v první fázi využívá mikropolohování. Mikropolohování popisuje jako malé změny poloh, které posunou váhu těla nebo končetiny na jiné místo, při které se zásadně nezmění poloha klienta. Využívá se u klientů, kteří nevydrží dlouho v jedné poloze, mají větší sklon ke vzniku dekubitů, nebo když potřebujeme odlehčit přímá místa kontaktu s podložkou. Manipulace s pacientem se provádí šetrně, pomalu a komfortně ji zvládne vykonat i jedna osoba. (Dosbaba et al., 2021).

Kapounová (2020) informuje, že po mikropolohování následuje polohování končetin. Zdůrazňuje, že je zapotřebí pacienta polohovat opatrně a šetrně. Sděluje, že každá změna polohy je pro pacienta riziková z důvodu možného ovlivnění hodnot intrakraniálního tlaku (Kapounová, 2020). Důraz opatrnosti polohování je kladen u pacientů, kteří podstoupili dekompresivní kraniektomii (Hájek et al., 2015). Dle Přibáně a Mračka (2022) je dekompresivní kraniektomie neurochirurgická operace, která se provádí z důvodu nitrolebeční hypertenze při různých patologických stavech. Výkon umožní dostatečnou perfúzi krve mozkem a zabrání jeho ischemizaci (Přibáň, Mraček, 2022). Kapounová (2020) poukazuje na to, že se s těmito pacienty musí velmi opatrně manipulovat. Zvláštní pozornost vyžaduje podklad hlavy a manipulace s hlavou (Kapounová, 2020).

1.5.4 Výživa pacientů s poraněním mozku

Další nezastupitelnou potřebou pacientů s poraněním mozku je výživa. Trachtová (2018) definuje výživu jako biologickou a primární potřebu člověka, která je nezbytná k udržování biologické homeostázy organismu (Trachtová, 2018).

Výživa pacientů s poraněním mozku je zpočátku saturována parenterální a umělou enterální výživou (Kapounová, 2020). Enterální výživa je výživa, která zahrnuje všechny formy nutriční podpory potravinami pro zvláštní lékařské účely. Je aplikována do gastrointestinálního traktu a zahrnuje perorální nutriční doplňky, sondovou výživu a výživu přiváděnou perkutánním katétreem do žaludku nebo střeva. Pacientům s poraněním mozku se nejčastěji aplikuje výživa sondou gastrickou, která je nejčastěji vedena přes nosní průduchy, proto ji nazýváme sondou nasogastrickou. Bývá aplikována pro krátkodobé využití, maximálně do 6 týdnů. Sestra by měla sledovat množství, výdej a charakter tekutiny při odčerpání žaludečního obsahu, kontrolovat možnost dislokace sondy, řádně sondu fixovat ke kůži nosu, dbát o průchodnost sondy řádným proplachováním, pravidelně měnit části systému, používat pouze přípravky, které jsou do sondy určené a dodržovat předepsané intervaly k aplikaci výživy (Vytejková et al., 2013). U pacientů v kritickém stavu, kteří již nabyli vědomí, je možné zkoušet příjem ústy, podle jejich zdravotního stavu. V momentě, kdy je klient schopen polykat tekutinu, začíná se zkoušet příjem kašovitě stravy. Obvykle se jedná o přesnídávky, jogurty nebo pudinky (Kapounová, 2020).

1.5.5 Hygienická péče u pacienta s poraněním mozku

Hygienická péče je základem ošetrovatelské péče o pacienta. Slouží k odstranění nečistot a mobilizaci pacienta. Dále slouží k získání důležitých informací, mezi které řadíme úroveň spolupráce, soběstačnosti, komunikace, orientace nebo vědomí (Kapounová, 2020).

Hygienická péče zahrnuje péči o dutinu ústní, péči o celé tělo, péči o genitál, česání, holení, péči podle potřeby, péči o kůži a výměnu ložního a osobního prádla klienta. Hygiena dutiny ústní se řadí mezi důležitou součást ošetrovatelské péče. Měla by se provádět minimálně dvakrát denně jako součást ranní a večerní hygieny (Veverková, 2019). Měla by se provádět i u pacientů bez zajištění dýchacích cest minimálně dvakrát denně pomocí zubního kartáčku, pasty a ústní vody. Důsledná péče o dutinu ústní je

také u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami, která je prevencí ventilátorové pneumonie (Kapounová, 2020). Bartůněk et al. (2016) informují, že k toaletě dutiny ústní se doporučují roztoky s obsahem chlorhexidinu (Bartůněk et al., 2016).

Na jednotce intenzivní péče u pacientů s poraněním mozku probíhá hygienická péče většinou u nesoběstačného pacienta. U pacienta, který má zajištěné invazivní vstupy, by všeobecná sestra měla provádět hygienickou péči za asistence sanitáře dvakrát denně. Během hygienické péče je nutné monitorovat vitální funkce pacienta a reagovat na jejich případné změny (Kapounová, 2020).

S hygienickou péčí souvisí vyprazdňování moči pacienta. Na jednotkách intenzivní péče mají pacienti s poraněním mozku zavedený permanentní močový katétr. Jedná se o výkon, při kterém je močový katétr ponechán v močovém měchýři delší dobu. Hlavní indikací je přesné sledování vyloučené moče, která slouží ke sledování bilance tekutin (Vytejšková et al., 2013).

1.5.6 Změny psychického stavu u pacienta s poraněním mozku

Onemocnění vždy působí na psychickou složku nemocného. Je důležité mít na paměti, že onemocnění může být formy akutní, chronické nebo může u klienta zanechat trvalé následky. Pro chování a jednání klienta by měl zdravotnický personál znát od příbuzných, jak klient vnímá bolest, jaké je jeho zdravotní uvědomění nebo hierarchie hodnot (Kelnarová, Matějková, 2014).

U pacientů s poraněním mozku se často vyskytují psychické problémy, které souvisejí s konkrétním onemocněním. U pacientů se setkáváme s citovou labilitou nebo se střídáním nálad od euforie po depresi v závislosti na onemocnění. Poranění mozku dále u pacienta vyvolává výraznou změnu v sociálním prostředí pacienta. Změny se týkají životního stylu, pracovního zařazení nebo ekonomického postavení. Pacienti se obvykle pesimisticky adaptují, pokroky v léčbě mívají pomalý charakter a rehabilitační proces bývá zdlouhavý (Slezáková, 2014). Alnaji et al. (2022) informují, že emocionální poruchy, zejména úzkost, deprese nebo posttraumatická stresová porucha jsou běžně spojeny se zotavováním pacienta po poranění mozku (Alnaji et al., 2022).

Vacková et al. (2020) uvádí, že pro to, aby se pacient mohl navrátit k původnímu životu a ke svým aktivitám, je důležité, aby byl psychicky vyrovnaný. Tito pacienti potřebují sociální kontakt, potřeby individuálního přístupu, bezpečí a jistoty. Je důležité také

zmínit, že stěžejním faktorem pro zotavení pacienta je vztah nemocného s okolím a také jeho podpora. Důležitá je tolerance pacienta a výkyvy jeho nálad. Autorka dále publikuje, že všichni klienti potřebují střípek naděje, ze kterého poté čerpají sílu v situacích, ve kterých se právě nacházejí. Zásadními problémy bývá nedostatečná podpora a beznaděj ze strany rodiny nebo personálu (Vacková et al., 2020).

1.6 Kvalita života pacienta po poranění mozku

Pojem kvalita života není možné jednoznačně objasnit. Jedná se o čistě kvalitativní a do jisté míry subjektivní pojem. Kvalita lidského života do velké míry závisí na zdraví klienta, pocitu spokojenosti a na mezilidských vztazích. Má vliv na zdraví a pohodu jedince v každodenních činnostech (Hudáková, Majerníková, 2013).

Dle Stocchetii a Zaniera (2016) poranění mozku může u pacienta způsobit celoživotní následky. Může trpět dlouhodobými fyzickými, psychickými a kognitivními poruchami. Tyto poruchy ovlivňují každodenní život nejen pacienta, ale i jeho rodiny (Stocchetii, Zanier, 2016).

Smrčka et al. (2013) sdělují, že mentální handicap je nejčastější složkou vnímané kvality života u klientů po poranění mozku. Pro nemocného bývá velmi obtížné přizpůsobit svůj životní styl náhlé změně, která vznikla po poranění mozku. U jedinců se objevují neuropsychologické poruchy, které u pacientů přetrvávají měsíce až roky. Často bývají neuropsychologické poruchy zjištěny po zátěži klienta, nejčastěji po jeho nástupu do zaměstnání. Mezi další složku, která zhoršuje kvalitu života pacienta, jsou poruchy paměti. Jedná se o častý a závažný problém, který u pacientů přetrvává minimálně 3 měsíce od doby poranění. Nepamatují si, co vykonávali před několika dny popřípadě hodinami. Typické bývá obtížné zvládnutí emočních momentů, impulzivita, stres nebo deprese (Smrčka et al., 2013).

Vacková et al. (2020) sdělují, že pro to, aby se jedinci mohli navrátit k životu před poraněním mozku, je zapotřebí pomoc svých blízkých. Důležitá je podpora rodiny při každodenních činnostech klienta, jako je pomoc při sebeobsluze, vaření, uklízení, nebo příprava stravy (Vacková et al., 2020).

1.7 Komunikace s pacientem po poranění mozku

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*, jehož význam je charakterizován jako společně něco sdílet, něco spojovat, jednat nebo si popovídat (Zacharová, 2016). Komunikace je nedílnou součástí práce všeobecné sestry (Plevová et al., 2019).

Komunikace s pacientem po úrazu mozku je zcela odlišná od komunikace na jiných odděleních a to nejen technikou ale i celkovým přístupem. Mnoho pacientů se může nacházet v těžkém stavu. Můžeme předpokládat, že se zde jedná o pacienty s poruchou vědomí nebo kteří jsou v umělém spánku. Rovněž se jedná o pacienty, kteří jsou dezorientovaní, neklidní, agresivní, úzkostní až depresivní. Role sestry-komunikátorky je proto zcela zásadní. Speciální forma komunikace je nezbytná. Na začátku je důležité zjistit, jak obě strany (pacient a sestra) budou chtít komunikovat a zjistit stav pacienta. Nejdůležitější je oční kontakt s pacientem, jelikož v péči o pacienta po úrazu mozku to může být jediná možná forma komunikace (Tomová, Křivková, 2016).

Pacienti s různým stupněm poruchy vědomí, v bezvědomí nebo s endotracheální či tracheostomickou kanylou tvoří v oblasti komunikace specifickou skupinu. Proto je našim cílem nalézt vhodný způsob komunikace a zajistit následné osvojení vhodné komunikace. Využívají se alternativní metody, které usnadňují komunikaci mezi pacientem, ošetrovatelským týmem a rodinou pacienta. Vždy záleží na zdravotním stavu klienta, psychickém rozpoložení a momentální schopnosti. Je zapotřebí, abychom pacientovi vyšli vstříc a najít pro něj takovou metodu, která pro něj bude nejvíce přívětivá. Mezi nejvyužívanější techniky patří odezírání ze rtů, metoda tužka a papír, abecední tabulka, piktogramy a magnetická tabulka s písmeny a čísly (Tomová, Křivková, 2016).

1.7.1 Komunikace s agresivním pacientem

Agresivní chování je u člověka považováno za chování, které patří mezi pudy sebezáchovy. Je projevem nízké tolerance k psychické zátěži nebo bolesti. Projevuje se afektivním chováním a může dojít k násilí, při kterém může být ohrožen i život (Kelnarová, Matějková, 2014).

Komunikace s agresivním pacientem je často složitější než samotná péče o tohoto pacienta. Agresivní chování se může projevit vulgárním slovníkem klienta vůči

zdravotnickému personálu, odmítáním léků, odborných výkonů nebo může dojít k fyzickému napadení personálu. Nejčastějšími spouštěči agresivního chování bývá samotné poranění mozku, bezmoc, bolest nebo strach (Kelnarová, Matějková, 2014).

Agresivní pacient je dle Dingové et al. (2018) pro zdravotnický personál velkou zkouškou komunikačních dovedností. Je třeba k pacientovi postupovat velmi obezřetně, pomalu a podle osvědčených schémat, které pomohou situaci zvládnout. Postup, který bude nejefektivnější, závisí na konkrétní situaci a na projevech agresivního klienta (Dingová et al., 2018).

Kelnarová a Matějková (2014) doplňují, že komunikace s agresivním pacientem vyžaduje vstřícné a profesionální jednání. Hlas zdravotníka by měl být klidný, vlídný a tišší. Pokud se nepodaří klienta zklidnit, je důležité zavolat na pomoc lékaře, který naordinuje zklidňující léky. S agresivním klientem by neměl být zdravotník nikdy sám. Je důležité při jednání dodržovat bezpečnou vzdálenost od klienta, také se snažíme dbát na svoji a pacientovu bezpečnost (Kelnarová, Matějková, 2014). S pacientovou bezpečností souvisí i problematika invazivních vstupů, které mají pacienti s poraněním mozku zavedené. Nejčastěji se zavádí periferní žilní kanyla, krátkodobý centrální žilní katétr, arteriální katétr nebo hemodialyzační katétr. Za péči o tyto invazivní vstupy zodpovídá všeobecná sestra, která dbá na to, aby si je pacient vlivem své změny chování neodstranil (Kapounová, 2020).

1.7.2 Komunikace s rodinou pacienta s poraněním mozku

Tomová a Křivková (2016) informují, že onemocnění zpravidla nezasahuje pouze pacienta, ale i jeho rodinu. Na psychiku pacienta působí nepříznivě jakákoliv změna jeho zdravotního stavu. Vlivem hospitalizace bývá pacient často limitovaný nebo je zcela vyloučený z běžných aktivit. Jak již bylo řečeno, rodina hraje nezastupitelnou roli v životě člověka a podílí se významně na péči o svého blízkého. Hospitalizace blízkého je pro rodinu vždy zatěžující. Většinou to bývá tím, že je pacient napojen na přístrojové vybavení, které působí na rodinu stresujícím dojmem. Podpora ze strany rodiny se odráží na zlepšení psychického stavu pacienta. Snahou nelékařského zdravotnického personálu je co nejdříve zapojit rodinu do ošetrovatelského procesu. Personál rodině nabízí, v jaké míře se mohou na péči podílet. Nejvíce se jedná o plnění základních

životních potřeb, psychická podpora nebo vyloučení sociální izolace (Tomová, Křivková, 2016).

Rasmussen et al. (2021) doplňují, že závažnější poranění mozku může mít dlouhodobé následky, které mají nepříznivý vliv jak na pacienta, tak i rodinu a přátelé. Mohou se u pacienta objevovat změny chování, které narušují rodinnou dynamiku a mohou vést ke špatnému fungování rodiny. Kelnarová a Matějková (2014) doplňují, že komunikace s rodinnými příslušníky probíhá ve stejné zdvořilé rovině a se všemi zásadami, jako s dospělými pacienty. Musí se dodržovat jasná pravidla a nezapomínat na podávání informací dle svých kompetencí (Kelnarová, Matějková, 2014).

Vévoda et al. (2013) deklarují, že všeobecné sestry by měly při komunikaci s příbuznými pacienta zachovat vstřícnost a taktní jednání. Jak pro nemocného, tak pro jeho rodinu jsou opakované a pravidelné informace o pacientovi důležité. Sestra však musí znát své kompetence, do jaké míry může rodině informace sdělovat. Nejčastěji sestra rodině sděluje informace týkající se organizačního zajištění péče o příbuzného, chodu oddělení a kontaktu na sestry či lékaře (Vévoda et al., 2013).

1.8 Multidisciplinární tým u pacienta s poraněním mozku

Vévoda et al. (2013) informují, že základem organizace zdravotní péče jsou organizační útvary různých podob, ve kterých pracují pracovníci různých specializací a druhů vzdělání. Jejich kompetence, vztahy nadřízenosti a podřízenosti jsou přesně stanoveny. Mění se vztahy mezi pracovníky různých specializací a rozšiřuje se vzájemná spolupráce. To vše vyžaduje způsob spolupráce a určitý řád (Vévoda et al., 2013).

Vévoda et al. (2013) dále publikují, že zajištění kvality zdravotní péče není možné bez týmové spolupráce. Tým popisuje jako výskyt tří a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci, vnímají společnou identitu, přijímají kolektivní normy, cíle a uvědomují si jeden druhého. V týmu existují specifické vztahy, v zásadě zde není určena dělba práce. Členové týmu se účastní práce na základě svých specializací a vzájemných dohod. Postavení všech členů v týmu je rovnoprávné, spolupráce mezi nimi je spontánní a vedoucí plní úlohu integračního specialisty. Autor také zdůrazňuje, že ve fungujícím týmu si všichni členové uvědomují důležitost vzájemné součinnosti, společných cílů a nemají snahu o prosazení individuálních zájmů. Každý člen týmu má odlišné

schopnosti a dovednosti. Na jeden problém je tak nahlíženo z různého úhlu pohledu (Vévoda et al., 2013).

Ve zdravotnictví je týmová práce nevyhnutelná nejen k naplnění holistického přístupu, uspokojení všech pacientových potřeb ale také k vyléčení pacienta či zamezení komplikací. Zdravotnický tým je tedy tvořen mnoha profesionály v oboru, kterému se věnují. Jedná se o tým profesionálů, který je nazýván týmem multidisciplinárním. Základem fungování multidisciplinárního týmu je spolupráce různých odborníků. Každý z nich je nenahraditelný, má své místo a roli. Obecně se do něj řadí lékaři, sestry, zdravotničtí asistenti, ošetřovatelé, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, ergoterapeuti, psychologové, sanitáři, zdravotně sociální – pracovníci, duchovní, dobrovolníci, technické profese ale také studenti zdravotnických oborů. Do multidisciplinárního týmu se řadí také rodina pacienta, která se stává nepostradatelnou součástí při plánování a realizaci intervencí, které jsou potřebné pro uzdravení pacienta (Plevová et al., 2012). Vévoda et al. (2013) sdělují, že multidisciplinární přístup o pacienta je výhodný a nutný, ať se to týká ošetřovatelské či lékařské péče. Dále poukazují na to, že tam, kde jsou multidisciplinární týmy, tak zdravotnické zařízení vykazují lepší výsledky poskytované péče. Každý člen týmu k práci přistupuje ze své izolované a hájené pozice, která je dána jeho oborem (Vévoda et al., 2013).

Vévoda et al. (2013) zdůrazňují postavení všeobecné sestry v multidisciplinárním týmu. Existence zdravotnické organizace s velkým počtem sester, optimálním personálním složením zdravotnických pracovníků, dobrá pracovní atmosféra a také spolupráce mezi ostatními členy celého týmu má vliv na kvalitu zdravotní péče a její výsledky (Vévoda et al., 2013). Zacharová (2017) informuje, že sestra musí u pacienta budít důvěru ve své odborné znalosti, projevit trpělivost a často bývá zasvěcována do osobních problémů klienta. Její role si žádá více porozumění, pochopení a laskavosti (Zacharová, 2017). Zacharová (2016) publikuje, že sestra by měla být pro pacienta vždy člověkem, který má pochopení pro jeho problémy a snaží se mu pomáhat s velkou laskavostí a tolerancí. Má možnost klienta lépe poznat po psychické stránce, mnohdy snadněji, než lékař. Kromě profesionálních schopností sester je schopna poskytnout pacientovi porozumění, oporu a snaží se pečovat o jeho psychosociální stav (Zacharová, 2016).

Vacková et al. (2020) informují, že člověk, který prodělal poškození mozku, se musí vypořádat s mnoha změnami, které nastanou v jeho životě. Toto poškození vyžaduje

komplexní posouzení a spolupráci řady odborníků, které jsou předpokladem pro docílení plné sociální integrace jedince. Sděluje, že poškození mozku přináší velkou funkční a psychosociální zátěž, která vyžaduje rehabilitační služby, které zahrnují koordinované úsilí různých profesí, pacientů a jejich rodin (Vacková et al., 2020).

Dle Švestkové et al. (2017) je rehabilitace obnova nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci nebo zmírnění trvalých následků nemoci. Nezbytné je také zajistit důstojný život i člověka s těžkou a velmi těžkou disabilitou. Válková (2015) popisuje rehabilitaci jako návratnou péči, navrácení porušené funkce, nápravné cvičení či lékařství. Vivienne et al. (2017) doplňují, že pacienty s poraněním mozku často zasahují tělesná postižení, poruchy kognitivních funkcí, horší výkonnost, psychosociální problémy a v neposlední řadě vysoké míry deprese. Dále autoři uvádí, že v důsledku těchto poruch pacienti přechází přes hospitalizaci na intenzivní rehabilitaci. Mohammad et al. (2021) interpretují, že poranění mozku může způsobit jak fyzické, psychosociální tak kognitivní poruchy, které vyžadují včasné a řádné rehabilitační intervence. Dosbaba et al. (2021) sdělují, že ve zdravotnických zařízeních v rámci multidisciplinárního týmu jsou do rehabilitace zapojeni sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, lékař, psycholog, sociální pracovník a samozřejmě rodina. Aby byly dosaženy optimální výsledky, musí být péče o pacienta nepřetržitá (Dosbaba et al., 2021).

Kelnarová et al. (2016) tvrdí, že rehabilitační ošetřovatelství je součástí ošetřovatelských postupů a rozšiřuje teoretické poznatky a praktické dovednosti z fyzioterapie, která je nedílnou součástí podpory zdraví a předchází komplikacím při onemocnění. Slezáková (2014) podotýká, že spolupráce sestry a fyzioterapeuta u pacienta s poraněním mozku je velmi významná. Poruchy hybnosti pacientů vyžadují správnou pohybovou léčbu a při chronickém průběhu onemocnění či trvalém postižení je důležitá reintegrace jedince do společnosti. Dosbaba et al. (2021) publikují, že fyzioterapeut cíleně pracuje na zlepšení mobility, sebeobsluhy a také funkčních schopností pacienta. Důležitou složkou je komunikace, kdy fyzioterapeut informuje sestru o dosažených schopnostech pacienta a edukuje ji o terapii v rámci rehabilitace. Na druhou stranu sestra musí informovat fyzioterapeuta o aktuálním psychickém a fyzickém stavu pacienta a o provedených výkonech rehabilitačního ošetřování. Na fyzioterapii navazuje ergoterapie, při které učí ergoterapeut pacienta nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti. Švestková et al. (2017) deklarují, že cílem ergoterapie je

obnova funkčních schopností, dosažení maximální soběstačnosti a nezávislost klienta v domácím, pracovním a sociálním prostředí. Kulišťák et al. (2017) doplňují, že se jedná o zachování a využívání schopností pacienta, které jsou potřebné pro zvládnání běžných denních, pracovních a zájmových činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení mozku. Vacková et al. (2020) informují, že soběstačnost můžeme hodnotit pomocí škál nebo jednoduchých testů. Mezi často využívané hodnocení v ergoterapii patří například Barthelův index základních všedních činností a Funkční míra nezávislosti (Vacková et al., 2020).

Vacková et al. (2020) poukazují na to, že sestavení programu rehabilitace by mělo být zvoleno tak, aby postihovalo všechny neurologické poruchy, které jsou u pacienta přítomny. Například senzorycké poruchy, poruchy symbolických funkcí nebo kognitivní poruchy. Pokud je pacient stabilizovaný, je možné, aby se rozvinul celý terapeutický program, který začíná vertikalizací a mobilizací pacienta. Prvním krokem vertikalizace je nácvik otáčení na lůžku, posazování, trénink stability sedu a následně stoj u lůžka (Vacková et al., 2020).

Následky poškození mozku závisí dle Vackové et al. (2020) na míře, formě a kombinaci konkrétního poškození. V první řadě se jedná o somatické potíže, které zahrnují senzomotorický deficit. Také se mohou vyskytovat poruchy rovnováhy, koordinace pohybů, poruchy polykání a porucha řeči. Dále se objevují již zmíněné poruchy kognitivních funkcí. Válková (2015) popisuje kognitivní funkce jako veškeré myšlenkové procesy, které nám umožňují rozpoznávat, pamatovat si a přizpůsobovat se neustále se měnícím podmínkám. Do kognitivních funkcí zařazujeme paměť, koncentraci, pozornost, rychlost myšlení a porozumění informacím. Dále se sem zařazují vyšší kognitivní funkce. Například schopnost řešit problémy, plánovat, organizovat, náhled a úsudek. Jsou umístěny v různých částech mozku. Poranění mozku tak může poškodit všechny kognitivní funkce nebo jen některé z nich. Rehabilitace kognitivních funkcí je zahájena ve chvíli, kdy nám to umožní zdravotní stav pacienta. Roshan et al. (2019) udávají, že kognitivní dysfunkce bývají u pacientů trvalé, vysilující a snižují kvalitu života (Roshan et al., 2019).

Rusina et al. (2014) sdělují, že při postižení mozku různé etiologie a lokalizace dochází ke vzniku získané motorické poruchy řeči. Stančáková (2013) deklaruje, že stanovení diagnózy a terapii fatických poruch provádí klinický logoped. Autorka dále informuje,

že logopedická péče se soustřeďuje na pacienty s lézemi mozku různého původu, především však na úrazy hlavy. Kalvach et al. (2011) doplňují, že logopedie se zabývá hodnocením a nápravou komunikačních schopností, poruchou jazyka a řeči. Tyto poruchy se vyskytují u dospělých, zvláště vyššího věku. Jedná se o úrazy hlavy, cévní mozkové příhody, mozkové degenerativní onemocnění nebo nádory. Poruchy jazyka nebo řeči mohou být prvním příznakem těchto onemocnění. Závažnost těchto poruch je dána tím, že komunikace je jedna z hlavních potřeb člověka. Stančáková (2013) podotýká, že nejčastějšími poruchami řeči jsou afázie a dysartrie. Afázii definuje jako získanou poruchu řeči, která je zapříčiněna ložiskovým poraněním oblastí mozku obvykle v levé hemisféře. Dysartrie se naopak vyznačuje částečnou mírou poruchy řeči. Žák et al. (2014) poukazují na to, že vyšetření afatika je zaměřeno na zhodnocení spontánní řeči, porozumění řeči a pojmenování. Dále konstatují, že potřebují komplexní rehabilitaci, která je složena z lékařské, fyzioterapeutické, psychologické a samozřejmě logopedické terapie. U těchto pacientů nedochází pouze k poruše komunikačních schopností, ale také k poruchám psychickým a emocionálním. Cílem léčby je dosažení maximálních schopností komunikace a zlepšení sociálních vazeb (Žák et al., 2014).

Šámalová a Petr (2021) poukazují na dalšího nezbytného člena multidisciplinárního týmu. Jedná se o zdravotně-sociálního pracovníka. Sdělují, že cílem zdravotně-sociální práce je pomoc a podpora pacienta a jeho blízkých při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci. Jeho úlohou je mimo poradenství především pomoc při zajištění péče, která bude navazovat na hospitalizaci pacienta, u kterého bylo vyhodnoceno zdravotně-sociální riziko. Informují, že plní plno rolí, ale hlavním úkolem je usilovat o zachování lidské důstojnosti a co nejvyšší kvality života pacienta. Zdravotně-sociální pracovník navazuje atmosféru důvěry a zajišťuje přání a potřeby klienta. Klepáčková et al. (2022) zdůrazňují, že zdravotně-sociální pracovník je pro rodiny, které se potýkají s vážným onemocněním, či úrazem svého blízkého mnohdy tím nejbližším z celého personálu. Důležité je vyhradit si čas, aby měl pracovník dostatek času seznámit se s celkovou situací rodiny a aby měl klient prostor na to, vyjádřit, co má na srdci, bez pocitu, že pracovníka zdržuje či obtěžuje (Klepáčková et al., 2022).

1.9 Příprava všeobecných sester na specifickou péči o pacienty s poraněním mozku

Gurková a Zeleníková (2017) publikují, že profesionální příprava budoucích všeobecných sester je komplexní vzdělávací trajektorií, během které jsou u studentů podporované rozmanité způsoby získávání odborných kompetencí (Gurková, Zeleníková, 2017).

Poskytování péče pacientům s poraněním mozku je specifická a náročná. Tuto péči poskytují sestry s předepsaným vzděláním, které splňují kvalifikační požadavky a odbornou způsobilost pro výkon všeobecné sestry. Dále také pro výkon specializovaných pracovních činností a certifikovaných pracovních činností (Slezáková, 2014). Dle Kelnarové et al. (2015) je důležité zmínit, že zdravotničtí pracovníci, kteří poskytují péči lidem, musí být pro toto povolání kvalitně připraveni. Během poskytování péče si musí zdravotníci neustále doplňovat své vědomosti, dovednosti a nové informace. Autorky kladou důraz na to, že se musí neustále vzdělávat. Vévoda et al. (2013) popisuje celoživotní vzdělávání jako povinnost, která je společná všem zdravotním pracovníkům. Je popisováno jako průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování, a doplňování vědomostí, zkušeností, dovedností a způsobilosti k výkonu povolání. Autorky Plevová et al. (2018) doplňují, že mezi formy celoživotního vzdělávání patří specializační vzdělávání, certifikované a inovační kurzy, odborné stáže v akreditovaných zařízeních nebo účast na školicích akcích (Plevová et al., 2018).

Autorky Kelnarová et al. (2015) podotýkají, že kvalifikační studium všeobecných sester probíhá v bakalářském studiu na vysokých školách a také na vyšších odborných školách. Informují, že po absolvování bakalářského studia na vysoké škole je možnost dalšího studia v navazujících magisterských programech. V rámci tohoto studia je možné získat specializační způsobilost například v chirurgických oborech nebo v intenzivní péči. V rámci těchto specializací jsou sestry připraveny pečovat o pacienty s poraněním mozku (Kelnarová et al., 2015).

Specializační příprava všeobecných sester je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče v různých klinických oborech. Prohlubuje vědomosti v některém pracovním úseku všeobecnou kvalifikaci zdravotnického pracovníka. Specializační studium probíhá v akreditovaných institucích a zdravotnických zařízeních podle vzdělávacího programu, který je složen z modulů. Moduly tvoří ucelenou část vzdělávacího programu s daným počtem kreditů (Plevová et al., 2018). Vévoda et al. (2013) informují, že specializovaná

způsobilost není u všeobecných sester podmínkou k výkonu povolání. Je nezbytná pouze k výkonu vysoce specializovaných činností, které mohou sestry bez specializace vykonávat pod dohledem sestry specialistky (Vévoda et al., 2013).

Vstupní podmínky do zařazení do specializačního vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech je dáno s odkazem na ustanovení § 58 odst. 1 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně souvisejících zákonů (jedná se o zákon nelékařských zdravotnických povolání), ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 96/2004 Sb.) získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry (Ministerstvo zdravotnictví, 2020).

Sestra ve své specializaci pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče a akutního příjmu vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí (Vyhláška č. 55/2011 Sb., v platném znění).

Nový pracovník, který chce dobře plnit svou funkci, potřebuje porozumět organizační struktuře zdravotnického zařízení a svému zapojení v ní. Toho klient dosáhne tím, že se seznámí s novým pracovištěm a svou vlastní pracovní náplní. K tomu napomáhá adaptační proces. V adaptačním procesu manažerka ošetrovatelství vede a ovlivňuje jedince, aby se přizpůsobil podmínkám a organizaci práce ve zdravotnictví. Zaškolení provádí sestra manažerka v souladu s platnou legislativou. Jakou formou bude adaptační proces probíhat, není tak důležité jako jeho obsah a efektivita. Jeho délka se odvíjí od osobních vlastností, odborností a práce nového zaměstnance. Adaptační proces má tři fáze. V první fázi se klient seznámí s prostředím, harmonogramem nebo provozním řádem. Druhá fáze umožňuje klientovi osvojit si všeobecné informace a postupy, které od něj budou na pracovišti očekávány. V poslední fázi dochází k osvojování poznatků a sžívání se s novým oddělením. U absolventů trvá adaptační proces obvykle 3-12 měsíců po nástupu do zaměstnání. Adaptační proces končí závěrečným hodnocením za přítomnosti vedoucího pracovníka a školícího pracovníka (Plevová et al., 2012).

Kapitola příprava všeobecných sester na specifickou péči o pacienty s poraněním mozku uzavírá teoretickou část diplomové práce, která se stala důležitým východiskem pro navazující empirické šetření.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce:

1. Popsat spolupráci vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků u pacientů s poraněním mozku.
2. Zjistit spolupráci mezi všeobecnými sestrami a rodinou pacienta s poraněním mozku.
3. Zmapovat nejnáročnější činnosti vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků v péči u pacientů s poraněním mozku.
4. Zjistit názor všeobecných sester na jejich připravenost zvládat specifickou ošetrovatelskou péči u pacientů s poraněním mozku.

2.2 Výzkumné otázky:

VO 1: Jak probíhá spolupráce mezi vybranými nelékařskými zdravotnickými pracovníky u pacientů s poraněním mozku?

VO 2: Jak probíhá spolupráce mezi všeobecnými sestrami a rodinou pacienta s poraněním mozku?

VO 3: Jaké jsou nejnáročnější činnosti vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků v péči u pacientů s poraněním mozku?

VO 4: Jaké jsou nejčastější problémy v komunikaci s pacienty s poraněním mozku z pohledu vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků?

VO 5: Jaký je názor všeobecných sester na jejich připravenost zvládat specifickou ošetrovatelskou péči u pacientů s poraněním mozku?

2.3 Operacionalizace základních pojmů

V rámci operacionalizace základních pojmů diplomové práce lze definovat tyto pojmy: multidisciplinární tým, ošetrovatelská péče, komunikace.

Jako první pojem předložené diplomové práce si definujeme **multidisciplinární tým**. Multidisciplinární tým u pacienta s poraněním mozku je založen na spolupráci a komplexním posouzením odborníků, které jsou předpokladem pro docílení plné sociální integrace klienta do společnosti. Mezi odborníky se řadí lékaři z neurochirurgie, chirurgie, lékaři intenzivní medicíny, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi a zdravotně sociální pracovníci (Vacková et al., 2020).

Ošetrovatelská péče o pacienty s poraněním mozku patří mezi ty nejnáročnější. Hlavním záměrem je naplnění biologických, psychických, duchovních a sociálních potřeb klienta (Dingová et al., 2018). Do ošetrovatelské péče o pacienta s poraněním mozku se řadí péče o dýchací cesty, péče o výživu, polohování, prevence dekubitů nebo hygienická péče (Bartůněk et al., 2016).

Komunikace s pacientem s poraněním mozku je odlišná od komunikace s jinými pacienty. Pacienti bývají vlivem onemocnění dezorientovaní, neklidní nebo agresivní. Bez správné komunikace nelze poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči (Tomová, Křivková, 2016).

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Empirická část předložené diplomové práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami, ergoterapeuty, fyzioterapeuty, logopedy a zdravotně sociálními pracovníky. Za cíl bylo popsát spolupráci mezi vybranými nelékařskými zdravotnickými pracovníky u pacientů s poraněním mozku, zjistit spolupráci mezi všeobecnými sestrami a rodinou pacienta s poraněním mozku a zmapovat nejnáročnější činnosti vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků v péči u pacientů s poraněním mozku. Dále jsme si kladli za cíl zjistit názor všeobecných sester na jejich připravenost zvládat specifickou ošetrovatelskou péči u pacientů s poraněním mozku. Výzkum byl realizován ve zdravotnickém zařízení v kraji Vysočina a v Jihočeském kraji. Management oslovených zdravotnických zařízení udělil souhlas s provedením výzkumného šetření. Písemné souhlasy jsou uloženy u autorky diplomové práce.

Na začátku realizace výzkumného šetření bylo informantkám vysvětleno, že rozhovory jsou zcela anonymní. Pro každou skupinu probandů byla vytvořena sada otázek. Pro všeobecné sestry bylo vytvořeno 17 otázek, pro ergoterapeuty bylo připraveno 12 otázek, 9 otázek pro fyzioterapeuty, logopedi odpovídali na 11 otázek a zdravotně sociální pracovníci na 10 otázek (viz příloha 1-5).

Na základě souhlasu s provedením výzkumného šetření ve zdravotnických zařízeních byly veškeré informantky požádány o provedení rozhovoru. Na základě jejich souhlasu s poskytnutím rozhovoru byly předem domluvené termíny. Informantky byly seznámeny s průběhem a nahráváním polostrukturovaných rozhovorů na diktafon. Dále byl proveden jejich přepis. Písemné souhlasy s provedením výzkumu jsou uloženy u autorky diplomové práce. Jeden rozhovor trval v průměru 25-30 minut.

Kvalitativní empirická data byla zpracována pomocí otevřeného kódování, pomocí techniky tužka a papír. Po analýze výzkumných dat byla provedena jejich syntéza a vytvořeny kategorie a podkategorie, které byly zaměřené na každou skupinu probandů. Výzkum byl uskutečněn od prosince 2022 do února 2023.

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

Na začátku plánování předložené diplomové práce byla vybrána cílová skupina probandů. Výběr probandů byl záměrný. Hlavním kritériem pro výběr vzorku probandů byl multidisciplinární tým složený z nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří se společně podílí na péči o pacienta s poraněním mozku. Bylo osloveno 10 všeobecných sester, 3 ergoterapeuti, 3 fyzioterapeuti, 2 logopedi a 2 zdravotně sociální pracovníci, kteří byli ochotni spolupracovat. Rozhovory pro všeobecné sestry byly zaměřeny na pacienty s poraněním mozku, jejichž porucha vědomí dosahuje 9-12 bodů škály Glasgow Coma Scale. Pro ergoterapeuty, fyzioterapeuty, logopedy a zdravotně sociální pracovníky byly rozhovory zaměřeny na pacienty, kteří jsou při plném stavu vědomí. Výzkumné šetření probíhalo v Jihočeském kraji a v kraji Vysočina.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Identifikační údaje komunikačních partnerů - všeobecné sestry

Tabulka 1 Identifikační údaje - všeobecné sestry

	Označení	Oddělení	Vzdělání	Délka praxe
Všeobecná sestra 1	VS 1	ARO	Vysokoškolské Mgr.	8 let
Všeobecná sestra 2	VS 2	ARO	Specializační studium ARIP.	20 let
Všeobecná sestra 3	VS 3	ARO	Vysokoškolské Mgr.	5 let
Všeobecná sestra 4	VS 4	ARO	Specializační studium ARIP.	6 let
Všeobecná sestra 5	VS 5	ARO	Vysokoškolské Mgr.	5 let
Všeobecná sestra 6	VS 6	ARO	Vysokoškolské Mgr.	8 let
Všeobecná sestra 7	VS 7	NCHO JIP	Vysokoškolské Bc.	30 let
Všeobecná sestra 8	VS 8	NCHO JIP	Specializační studium ARIP.	19 let
Všeobecná sestra 9	VS 9	TRM JIP	Vysokoškolské Bc.	4 roky
Všeobecná sestra 10	VS 10	TRM JIP	Vysokoškolské Bc.	4 roky

Zdroj: vlastní zpracování

Kvalitativního empirického šetření se zúčastnilo 10 všeobecných sester. Čtyři dotazované všeobecné sestry mají ukončené magisterské vzdělání a tři všeobecné sestry absolvovaly bakalářské studium. Tři všeobecné sestry absolvovaly kurz v anesteziologicko resuscitační péči. Délka praxe všeobecných sester se pohybuje od 4 do 30 let.

4.2 Seznam kategorií a podkategorií kvalitativních dat – všeobecné sestry

V rámci analýzy a syntézy kvalitativních dat získaných z rozhovorů se všeobecnými sestrami byly vytvořeny 4 kategorie a 11 podkategorií, viz tabulka 2. Do kategorií byl zařazen multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu všeobecných sester, ošetrovatelská péče o pacienty s poraněním mozku, komunikace s pacientem z pohledu všeobecných sester a připravenost všeobecných sester pro poskytování specifické péče pacientům s poraněním mozku. Do podkategorií je zařazen pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu, předávání informací s nelékařskými zdravotnickými pracovníky a spolupráce s rodinou pacienta. Dále aplikace výživy, tlumení bolesti, monitorace pacienta s poraněním mozku, ošetrovatelská péče o dezorientovaného/agresivního pacienta a hygienická péče. V poslední řadě vzdělání všeobecných sester, neznámé ošetrovatelské činnosti a adaptační proces všeobecných sester.

Tabulka 2 Přehled kategorií a podkategorií kvalitativních dat – všeobecné sestry

Kategorie	Podkategorií
1. Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu všeobecných sester	Pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu Předávání informací s nelékařskými zdravotnickými pracovníky Spolupráce s rodinou pacienta
2. Ošetrovatelská péče o pacienty s poraněním mozku	Aplikace výživy Tlumení bolesti Monitorace pacienta s poraněním mozku Ošetrovatelská péče o dezorientovaného/agresivního pacienta Hygienická péče
3. Komunikace s pacientem z pohledu všeobecných sester	
4. Připravenost všeobecných sester pro poskytování specifické péče pacientům s poraněním mozku	Vzdělávání všeobecných sester Neznámé ošetrovatelské činnosti Adaptační proces všeobecných sester

Zdroj: vlastní zpracování

4.3 Kategorie: Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu všeobecných sester

První kategorie kvalitativních dat se zaměřuje na to, jaký mají všeobecné sestry pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu u pacientů s poraněním mozku, jakým způsobem dochází k předávání informací s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky o pacientech a jak všeobecné sestry spolupracují s rodinou pacienta.

Podkategorie: Pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu

V této podkategorii nás zajímalo, jak vnímají všeobecné sestry problematiku multidisciplinárního přístupu u pacientů s poraněním mozku. Všech deset všeobecných sester se shoduje na tom, že bez multidisciplinárního přístupu by péče o pacienty s poraněním mozku nebyla možná. VS 1 konstatuje: „*Samozřejmě je důležitý, protože většina těch poranění mozku nebo většina souvisí s operací, to znamená, že je tam potom nějaké riziko infekce, podle toho jestli třeba mají zadrénovanou hlavu nebo ne tak se posílají ty vzorky na mikrobiologii. Potom to konzultují, že se aplikují nějaké antibiotické postupy nebo léčby u těch pacientů, takže už jen tahle kombinace těch oborů smysl má. Potom záleží, do jaké míry vědomí se pacient probere, tak se potom konzultuje nález s neurochirurgem a eventuálně s neurologem.*“ Poté dodala, že z těchto důvodů péče o pacienta s poraněním mozku rozhodně není jenom jednooborová záležitost. S2 deklaruje, že každý pracovník zajišťuje nějakou funkci u pacienta a že bez návaznosti péče bychom se nemohli obejít. VS 2: „*Tak určitě, protože prostě každý zajistí něco, nějakou tu životní funkci, neurochirurgie se věnuje tomu vědomí, indikuje operace, různá další vyšetření. My tady zase zajišťujeme další životní funkce, což by samozřejmě jedno bez druhého nešlo. Na té péči se prostě podílí spousta lidí, na péči o toho pacienta od začátku, že záchranná služba dost často přijede, následuje zajištění, konzultace s neurochirurgem, pak se teda poptá na radiologický vyšetření, kde už je ten neurochirurg, který pokud chce něco upřesnit, tak ještě si třeba něco může indikovat – angiografii nebo ještě další vyšetření a indikuje sál, tam se zase účastní už anesteziolog, který toho pacienta uspí, obstarává ho, může tomu přecházet i domluva třeba tady teď sál ano, teď sál ne, musíte počkat půl hodiny až mu podáme krve. Opravdu se musí všichni dohodnout, musí se sejít i třeba tým na AG vyšetření.*“ Poté informantka zdůraznila, že pokud se jedná o jiné poranění, je zapotřebí informovat lékaře z chirurgie, traumatologie, protože některá poranění mají přednost před operací mozku.

Na závěr rozhovoru sdělila, že je důležité, aby se z týmu všichni mezi sebou domlouvali a postupovaly tak, aby to bylo co nejlepší a nejefektivnější pro pacienta.

VS 3 doplňuje, že si nedovede představit, že bychom pečovaly o pacienty bez multidisciplinární spolupráce, ať už se to týká pacientů s poraněním mozku nebo s jiným onemocněním. VS 3: *No, tak samozřejmě, já si nedovedu představit, že by ta multidisciplinarita nebyla. Ať už se to týká pacientů s poraněním mozku nebo s jiným onemocněním. Tyto pacienti vyžadují léčbu v několika disciplínách. Každý druhý má poruchu řeči, je na tom hůře třeba s hybností, současně může mít i nějaké traumatologické poranění, takže tam zase je zapotřebí traumatolog. Samozřejmě dále se neobejdeme bez neurochirurga, jo, takže určitě je to potřeba.* VS 4 podotýká, že sám člověk nikdy nic nezmůže a že multidisciplinární péče je důležitá ve všech oborech, bez které se neobejdeme. VS 4: *„Určitě je důležitý, když tak zapřemýšlím, tak prostě člověk sám nic nezmůže, a vždycky ten tým je důležitý, pomáhat si, já vím z toho mého oboru, potom přijde zase kolega, který rozumí jinému oboru.* Poté sdělila, že každý pomáhá pacientovi ze svého oboru a má radost z toho, jak to krásně funguje. Také informovala o tom, že multidisciplinární přístup se týká všech oborů, ne jen pacientů s poraněním mozku. VS 5 přidává důležitost psychologa, který u pacientů s poraněním mozku hraje důležitou roli. VS 5: *„Samozřejmě, bez multidisciplinárního přístupu by to nešlo, takže lékaři z různých oborů, fyzioterapeut, logoped, ale kdo je také hodně důležitý, tak je to psycholog.“*

Všeobecná sestra VS 5 doplnila, že každý druhý pacient s poraněním mozku na tom není psychicky dobře a proto tedy pacienta navštěvuje psycholog. VS 6 doplňuje, že bychom se neměli u pacientů zaměřovat pouze na jednu oblast, ale dívat se na pacienta komplexně. VS 7 sdělila, že bez multidisciplinárního přístupu se neobejdeme a že je důležitá propojenost oborů. *„Určitě je důležitý a neobejdeme se bez něho. Vemte si, že přivezou prostě pacienta, který má kraniotrauma, a ten pacient je buď teda přijat na aro, trauma jip podle stavu, ale, právě jak se pracuje multidisciplinárně, tak k tomu přijde neurochirurg. Takže vy tam máte anesteziologa, traumatologa, a hlavně teda neurochirurga.* Poté dodala, že ještě záleží na tom, jaké další poranění pacient má, v tom případě je ještě důležitý třeba stomatolog nebo oční lékař. VS 8 poukazuje na důležitost fyzioterapeuta v multidisciplinárním týmu. *„Samozřejmě je důležitý multidisciplinární tým, když to přirovnám třeba k fyzioterapeutovi, který k nám chodí, tak už je vidět jen na naší spolupráci jak to funguje. Je důležitý si prostě říct, tady*

pacienta postavíme, nepostavíme, potom zase aby nám fyzioterapeut po cvičení řekl, jestli chodil nebo nechodil, abychom my to věděli z důvodu dalšího předávání a na tom, co pacient zvládl a co ne. Takže rozhodně multidisciplinarita je nezbytná.“

VS 9 a VS 10 se shodují na tom, že pacient s poraněním mozku nemá pouze poranění hlavy, ale často mívá i přidružený onemocnění, takže si péči bez multidisciplinární spolupráce nedokážou představit. Popisují důležitost neurochirurga, fyzioterapeuta, radiologické asistenty nebo traumatologa. VS 9: „*Samozřejmě by to bez multidisciplinarity nešlo, už jen, že ten pacient má přidružená onemocnění, nejedná se pouze o poranění hlavy, takže máme neurochirurga, fyzioterapeuta, traumatologa, nebo také radiologické asistenty.*“ VS 10 doplňuje: „*Nesmíme zapomínat i na anesteziologa a na anesteziologickou sestru, které samozřejmě také pečují o pacienty s poraněním mozku a jsou součástí multidisciplinárního týmu.*“

Podkategorie: Předávání informací s nelékařskými zdravotnickými pracovníky

V následující podkategorii jsme se nechali informovat o tom, jakým způsobem dochází k předávání informací mezi všeobecnými sestrami a nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

Předávání informací mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky probíhá podle oslovených deseti informantek formou klasického ústního předávání. Všechny deset informantek se shoduje na tom, že nejčastěji si předávají informace mezi všeobecnými sestrami navzájem nebo s fyzioterapeuty a logopedy. VS 1: popisuje spolupráci s fyzioterapeutem a všeobecnými sestrami. „*Tak když přijde třeba fyzioterapeut, tak ten má stanovené, jak s pacientem může pracovat od lékaře, primárně, buď ano nebo ne. Když s pacientem může pracovat, tak se potom zajímá, s čím tady pacient je, s jakým onemocněním, eventuálně omezeným pohybem, nebo i ventilačním a jak s ním, nebo do jaké míry s ním může pracovat, jak velkou má tlakovou podporu.*“ Poté dodala, že se všeobecnými sestrami si předávají informace v rámci dvanáctihodinových směn. Sdělila, že každá všeobecná sestra má na starost jednoho pacienta a předání informací o pacientovi musí být důkladné. S důkladným předáváním informací o pacientovi souhlasí i informantky VS 2 a VS 3 které zároveň popisují, jaké veškeré informace jsou zapotřebí si o pacientovi předat: VS 2: „*Zpravidla má jedna sestra jednoho pacienta, pokud to nelze, tak má jedna sestra dva pacienty, a vždy se předáváme na přelomu*

té směny tedy s jeho anamnézou, Proberou se ve směs všechny ty novinky za tu poslední směnu, ale i třeba směnu předtím. Záleží na tom, kdy třeba sestřička už pacienta měla na starost, nebo kdy ho měla naposledy, co o něm ví, nebo jestli ví, že včera byl na operaci, nebo že měl vyšetření CT. Takže podle toho to probíráme, opravdu ale detailně, tím, jak máte na starost jednoho nebo dva pacienty, a na to předání máme dostatečně dlouhou dobu, takže to probíhá opravdu detailně a myslím si, že to dobře funguje. Dále informovala, že také spolupracují s fyzioterapeuty, kteří mají od lékaře stanoveno, jaké cviky s pacienty mohou realizovat. VS 3 doplňuje: „Ráno když se přijde do směny, tak mezi sebou ty vedoucí sestry si předají celé oddělení. U každého pacienta, co to je za pacienta, s čím je u nás hospitalizován, a co se třeba u pacienta bude dělat, jaká je prognóza. „Poté pacienta předá další všeobecné sestře. „ Pak ty pacienty předají dalším sestřím a ty si předají informace už u lůžka pacienta. Takže jedna sestra má na starost jednoho pacienta a kompletně ví, co se celý den předtím dělalo. Chodí k nám fyzioterapeut, s ním si zase předáváme, co s pacientem může dělat, co nemůže, co zvládne, pak po cvičení nám zase třeba řeknou, jaké cviky s pacientem prováděly.“

VS 4 doplňuje, že je také zapotřebí předávat si informace, jak je na tom monitoračně, ventilačně, jestli má nějaké změny na kůži a jaké má zavedené invazivní vstupy. „Samozřejmě si předáváme informace kompletně, to znamená, s čím u nás pacient leží, jeho anamnézu, dále jestli má třeba proleženiny, jak je na tom ventilačně, monitoračně, potom také jaké má zavedené invazivní vstupy, co mu kape v dávkovačích.“ Následně sdělila, jak probíhá setkání s fyzioterapeutem. „Potom se setkáváme s fyzioterapeutem, tak tam se to týká zase, jakému pacientovi se může věnovat, jakému ne. Pokud se mu věnovat může, tak jaké cviky u něj může provádět.“ VS 5 informuje, že předávání informací probíhá ústně, ale že záleží také na tom, jaké informace komu předáváme. „Vždy při předávání směny si říkáme vše o pacientovi. Jinak záleží, s kým komunikuji a co je pro něj a jeho část péče důležité. Například fyzioterapeut nepotřebuje vědět, na kolik má pacient noradrenalin, ale je důležité mu sdělit, že má třeba pacient dekompresi vlevo. Je to velmi individuální, opravdu záleží, komu předávám informace.“ VS 6 a VS 7 se shodují na tom, že předávání směny probíhá ústně. VS 7 dodala, že vyplňují ošetrovatelskou dokumentaci, která se předává po dvanáctihodinových směnách. VS 8, VS 9 a VS 10 se shodují na tom, že kromě fyzioterapeuta spolupracují ještě s logopedy, který k nim na oddělení za pacienty s poraněním mozku dochází, když je potřeba. VS 8: „Tak předáváme si informace samozřejmě ústně, klasicky mezi

sestřičkami. Potom s fyzioterapeuty, když přijdou za pacienty na cvičení a také k nám dochází logoped, což je super, protože my třeba někdy nevíme, jak s těmi lidmi hovořit. Takže si předáváme informace ohledně toho, jak s pacienty komunikovat, oni nám tady třeba nechají i nějaké pomůcky, takže i na tomto se domlouváme, tak to je fajn.“ VS 9 deklaruje: „Předání informací máme po dvanáctihodinové směně se sestřičkami, potom s fyzioterapeutem, tam se zase domlouvá, jak s pacientem mohou cvičit.“ S logopedem se domlouvají na tom, jakou metodou s pacienty komunikovat. Například pomocí tužky a papíru nebo různých tabulek. VS 10 doplnila, že předávání informací probíhá formou běžného předávání směny po dvanáctihodinových a samozřejmě během dne, že záleží na tom, co je zrovna potřeba. Nejvíce si předává informace se všeobecnými sestrami, fyzioterapeutem a logopedy.

Podkategorie: Spolupráce s rodinou pacienta

V následující podkategorii všeobecné sestry odpovídaly na to, jak probíhá spolupráce s rodinou pacienta s poraněním mozku. Informantky VS 1 a VS 3 se shodují na tom, že pokud přijde rodina na návštěvu, je potřeba je vždy připravit na situaci, jak na tom pacient je, nebo že má všude po těle zavedené hadičky, což pro mnoho rodin bývá velmi stresující. VS 3 konstatuje: *„Tak o zdravotním stavu jim podávají informace lékaři, většinou ale, když přijdou na tu návštěvu, tak je nejdříve připravujeme na to, jak ten pacient vypadá, protože už jenom samotná ta návštěva té rodiny je může vyděsit, protože všude po těle mají hadičky nebo centrály.“* Dále popsala problém, pokud se u žen musí holit hlava. *„Pokud mají pacienti oholenou hlavu, což bývá problém hlavně u žen, jo, to je pro rodinu šokující. Takže se snažíme o to, aby to nějakým způsobem přijaly, a pak když už se pacient probouzí, tak si je rodina bere za ruku, a my jim vlastně říkáme, aby jim přinesli něco, co mají rádi. Takže třeba jejich sprchový gel, chlapům jejich holení, aby jim to bylo příjemné, abychom navodily tu bazální stimulaci.“* VS 2 doplňuje, že je opravdu zapotřebí rodinu na tu návštěvu připravit, třeba když se jedná o návštěvu první, protože oni to neznají, nerozumí veškerým přístrojům, tak aby na to byli v rámci možností připraveni. *„Je prostě tu rodinu důležité připravit na to setkání s jejich blízkým. Stává se nám, že za námi potom chodí a ptají se nás, k čemu všemu ty hadičky slouží, proč je má zavedené. Jinak ta spolupráce si myslím, že je úzká, záleží podle toho, jak ta rodina chodí a jak má zájem, tak komunikuje vždy s lékařem kvůli zdravotnímu stavu. S námi hovoří ohledně všeho ostatního. Pokud tu pacienti leží delší*

dobu, je to rodina od rodiny. Je rodina, která moc nenavazuje kontakt, nechce mluvit, nebo třeba není úplná. Pak jsou rodiny, které sem chodí společně, jsou ochotny se podělit o ty příběhy, nebo dokonce o to stojí, povídat si o tom, jaký ten člověk byl, jak to bude, jestli se nají.“ Poté informovala, že se rodině personál snaží maximálně vyjít vstříc, protože rodina jsou ti, co se po propuštění budou o pacienta starat a že je vidět, jak je to pro rodinu stresující náročná situace.

VS 4 informuje, že s rodinou spolupracuje spíše v rámci organizačních věcí, například co pacientovi mohou přinést, odnést, jak se mohou podílet na péči nebo kdy mohou na samotnou návštěvu přijít. VS 5 deklaruje, že nikdy při spolupráci s rodinou neměla problém. *„Nikdy jsem při spolupráci s rodinou neměla problém, důležité je s nimi hovořit klidně, vyslechnout je, pokud potřebují, tak jim zavolat i lékaře, aby si spolu pohovořily, nebo je uklidnit.* Sdělila, že je důležité rodině opakovat informace, protože vlivem stresu mohou na některé informace zapomenout.

Informantka VS 6 si také pochvaluje dobrou spolupráci s rodinou jako VS 5. *„Ta spolupráce s rodinou probíhá na dobré úrovni, myslím si, že nemám problém, zatím jsem se s tím nesečkala. Rodina se snaží do péče aktivně zapojit, takže my jim pomáháme hlavně třeba v té bazální stimulaci, aby pokud se bojí pacienta chytit za ruku, nebo na něj hovořit. Takže to si myslím, že to probíhá dobře.“* VS 7 popisuje velmi úzkou spolupráci s rodinou. *„No, to je dost úzká spolupráce, brzy směřujeme pacienty z akutních lůžek pryč, a většinou nám tady neleží třeba ani do vyndání stehů, a pokud je pacient schopen si chodit, tak kontaktujeme rodinu.“* Zjišťují, jak je rodina schopna se o pacienta postarat, jaké má zázemí a případně se musí obracet na oddělení následné péče. *„Takže na rodiny se obracíme hodně často, i co se týká samozřejmě, co třeba mají pacientovi přinést, nebo nám volají, tak je přesměrováváme na pana doktora ohledně sdělení informací. Nebo třeba i s fyzioterapeutem probíhají ty rozhovory, o tom, co je potřeba s tím člověkem dělat doma, různé doporučení jim dáváme, co potřebují za pomůcky, je to komplexní péče a potom když ten pacient má nějaký deficit, jako ve smyslu parézy, končetin a tak, tak se třeba domlouvá rehabilitační konzilium a pak eventuálně pobyt na RHB.“* VS 8 doplnila, že se vždy snaží rodinu dopředu informovat v rámci kompetencí. Například když pacienta překládají do jiné spádové nemocnice, nebo když by pacient mohl jít domů. VS 9 a VS 10 doplnily, že s rodinou spolupracují jak telefonicky nebo při osobních návštěvách a probírají spolu pacienta výhradně dle svých kompetencí.

Na otázku týkající se problémů, které se vyskytují při spolupráci mezi všeobecnými sestrami a rodinou pacienta mi všeobecné sestry odpovídaly variabilně. Informantky VS 2, VS 6 a VS 9 se shodují na tom, že spolupráce s rodinou je horší, pokud oni sami nejeví zájem. VS 2 informuje: „*No, nejčastěji je to z důvodu, že ta rodina nefunguje, tak jak by měla, nejeví zájem, nebo mezi sebou v rodině nekomunikují. Chodí na návštěvy zvlášť, každý chce ty informace zvlášť, nebo třeba informacím nerozumí, ale nechají si je vyložit třeba někde jinde. Nezeptají se nás na místě lékaře, ale to spíš tedy řeší lékaři.*“ Pokud s rodinou řeší věci všeobecné sestry, jedná se spíše o nesrovnalosti v rodině v tom, že si rodina stěžuje, kdo přišel pacienta navštívit. Dále sdělila důležitost rodiny, protože jsou to ti, co pacienta nejvíce znají a někdy to může velmi pomoci při péči o pacienta. VS 6 doplnila, že pokud rodina nejeví zájem, je veškerá spolupráce s nimi těžká. „*Nastává potom problém v té spolupráci, když se jim třeba snažíme volat, a oni nám nezvedají telefon, prostě se moc nezajímají, tak je to pak těžký něco s nimi řešit.*“ VS 9 doplňuje, že se s problémy při spolupráci s rodinou moc nesešla, když už ano, navazuje na předchozí informantku VS 6. „*Asi nevnímám, zatím jsem se nesešla, třeba minimálně, že ta rodina moc nejeví zájem, tak potom je to spíš takový smutný, ale s tím my nemůžeme nic dělat.*“

VS 1 sděluje problém, že některé rodiny se nedomlouvají se všeobecnými sestrami, co u pacienta smí a co nesmí, tak to pro sestry bývá potom spíše starostí. „*Myslím si, že ne, neuvědomují si, spíš potom když ta rodina vystupuje z toho návštěvního rámce, a snaží se nějak zapojovat do té péče o toho pacienta a nedomlouvá se na tom s tou sestrou, což se občas děje, tak je to potom pro nás vlastně starost.*“ VS 3 informuje, že často rodina pacientům nosí i jídla, co pacienti nesmí, je to bez předchozí domluvy s námi. „*Často je to, že oni jim třeba přinesou jídlo, my jim říkáme, že to je fajn, ale záleží na stavu toho pacienta, někdy nemůže v tu chvíli, protože ten žaludek to nevstřebává, nebo jim nosí nevhodná jídla, pití, že se s námi dopředu nedomluví.*“ Informantky VS 4, VS 5, VS 7, VS 8 a VS 10 žádné problémy při spolupráci nevnímají. Pouze VS 10 doplňuje, že někdy nastává problém při spolupráci, pokud si rodina neuvědomuje, nebo spíše neví, o jaké závažné poranění mozku se jedná.

4.4 Kategorie: Ošetrovatelská péče o pacienty s poraněním mozku

Druhá kategorie kvalitativních dat bude zaměřena na to, jakým způsobem všeobecné sestry zajišťují pacientům výživu a jak pacientům tlumí bolest. Dále se bude zabývat monitorací pacienta, ošetrovatelskou péčí o dezorientovaného/agresivního pacienta a v poslední řadě hygienickou péčí.

Podkategorie: Aplikace výživy

V následující podkategorii nás zajímalo, jak všeobecné sestry zajišťují pacientům s poraněním mozku výživu. Pacienti nejčastěji přijímají potravu parenterálně, nasogastrickou sondou nebo sondou duodenální. Na této skutečnosti se shodují všechny informantky. VS 1 konstatuje: *„Většinou žaludeční sondou, když je tam intolerance, tak se potom musí přejít k zavedení duodenální sondy.“* VS 2, VS 5 a VS 10 sdělují, že zpočátku se aplikuje výživa parenterálně, poté se přechází na nasogastrickou a duodenální sondu. VS 2: *„Ze začátku čistě parenterální, a potom sondovou, nasogastrickou nebo duodenální.“* VS 5 doplňuje předchozí informantku VS 2: *„V akutním stádiu určitě parenterálně, po odeznění paralýzy trávicího ústrojí začínáme krmit pacienty do NGS, pokud žaludek nevstřebává, zavádí se duodenální sonda.“*

VS 7 a VS 8 se shodují na tom, že pokud je pacient při vědomí a má zachovalý polykací reflex, tak se jim snaží po malých dávkách aplikovat výživu per os, pokud to nelze, poté je potřeba u pacientů zavést nasogastrickou sondu. VS 7: *„Pokud jsou při vědomí a mají zachovalý polykací reflex tak samozřejmě per os po malých dávkách. Pokud zachovalý reflex nemají, tak zavádíme nasogastrickou sondu.“*

Podkategorie: Tlumení bolesti

V následující podkategorii nás zajímalo, jakým způsobem tlumí pacientům všeobecné sestry bolest. Šest všeobecných sester z deseti oslovených se shoduje na tom, že k tlumení bolesti využívají škálu VAS. Informantky VS 1, VS 7 a VS 9 však upozorňují na to, že ne vždy se dá podle této škály u pacientů bolest hodnotit. Sdělují, že pokud to nelze, tak hodnotí bolest podle klinického obrazu a vitálních funkcí pacienta. Léky k tlumení bolesti aplikují všechny informantky dle ordinace lékaře a nejčastěji parenterálně.

VS 1: „*Tak hodnotíme na základně škály VAS, pokud jsou schopni komunikovat, a pak ještě podle klinického obrazu, když jsou potom tachykardický, nebo je to horší s tou monitorací, nejčastěji je podáváme intravenózně, analgetika nebo opiáty.*“ VS 2 doplňuje, že pacientům mohou pomoci kromě aplikace léků také polohováním. „*Medikamentózně podle ordinace lékaře, potom se snažíme samozřejmě jim vyhovět ohledně třeba polohy, nastavení těla a ty možnosti jsou potom takové omezené, protože to musí být vždy po domluvě s lékařem. My jim můžeme vyhovět třeba v tom polohování, aplikujeme je pacientovi intravenózně, a to už musí být pacient opravdu při vědomí, aby nám sám zvládl spolykat tabletky.*“ Šest informantek sdělilo, že k tlumení bolesti pacientů využívají nejčastěji opiáty nebo analgetika.

Podkategorie: Monitorace pacienta s poraněním mozku

Následující podkategorie byla věnována monitoraci pacienta s poraněním mozku. VS 1 informuje: „*Samozřejmě sledujeme veškeré vitální funkce, které vidíme na monitoru. Dále intrakraniální tlak, perfúzní tlak, kapnometrii, vědomí, jak reagují zornice, pokud není okem viditelná, tak využíváme pupilometr, určitě odpady komorové drenáže, pak třeba sledujeme, jestli pacient nemá proleženiny.*“ VS 2 dodává, že k veškeré monitoraci také patří sledování hybnosti končetin. „*Sledujeme veškeré vitální funkce, a k tomu i hybnost končetin. Pokud je pacient již odtlumován tak sledujeme, zda cítí končetiny, zda s nimi mohou hýbat. Např. stisk ruky, přitažení špičky, většina pacientů po odtlumení sedace není hned schopná velkých vědomých pohybů. Sledujeme to taky z důvodu možné progresse stavu.*“ VS 3, VS 5 a VS 6 sdělují, že u pacientů s poraněním mozku se monitorace pacienta liší od monitorace jiných pacientů. Popisují tedy sledování intrakraniálního tlaku, kapnometrii, odpady komorové drenáže nebo perfúzní tlak. Dále informují: „*Veškerou monitoraci pacienta hlídáme každou jednu hodinu a zapisujeme do takového archu k tomu určenému.*“ Poté informantky doplnily, že veškerou odchylku ihned hlásí lékaři.

VS 4 informuje: „*Tak určitě vědomí, to sledujeme klasicky dle škály Glasgow, zornice jestli reagují nebo nereagují, určitě odpady z drénů, bilance tekutin, pak kontrolujeme taky veškeré invazivní vstupy, které má pacient zavedené. Pak ty specifické hodnoty, co se sledují u pacientů s poraněním mozku, takže intrakraniální tlak, kapnometrii, perfúzní tak nebo odpady komorové drenáže.*“ Dále dodala, že je také zapotřebí sledovat, kolik jsme pacientovi aplikovali antibiotik, kolik dostal infuzi, nebo veškeré

léky, které pacient dostává v lineárním dávkovači. To vše zaznamenávají do archu k tomu určenému. Tuto informaci již zmínily informantky VS 3, VS 5 a VS 6. Informantky VS 7 a VS 10 dodávají, že kromě veškeré monitorace vitálních funkcí pacienta se sledují hodnoty laboratorní. VS 7: „*Tak pacienta s poraněním mozku máme samozřejmě připojeného na monitor veškerých základních životních funkcí, mimo jiné sledujeme také hodnoty laboratorní, kdy má pacient zavedenou arteriální kanylu a z ní nejčastěji odebíráme astrupa dle ordinace lékaře.* VS 8 a VS 9 dodávají: „*Ta monitorace pacienta je komplexní, ať už se to týká sledování vitálních funkcí, hybnosti končetin, proleženin, sledování vědomí, zornic, tak sledujeme samozřejmě laboratorní hodnoty, astrup, výsledky zhodnotí lékař, který nám pak řekne, že máme nějaké léky v lineárním dávkovači třeba zvýšit nebo naopak snížit.*“

Podkategorie: Ošetrovatelská péče o dezorientovaného/agresivního pacienta

Na otázku, jak probíhá ošetrovatelská péče o pacienta s poraněním mozku který je vlivem onemocnění dezorientovaný či agresivní odpovídaly informantky variabilně. Nejčastěji však odpověděly, že je důležité zachovat klid, snažit se s pacientem hovořit a v poslední řadě přistupují ke kurtování dle ordinace lékaře. VS1 sděluje: „*S tou dezorientací se ještě dá nějakým způsobem pracovat, pokud teda nemá ten pacient tendenci z toho lůžka odházet, protože tam samozřejmě hrozí riziko pádu, sebepoškození. Pak se tedy musí přistoupit ke kurtaci, samozřejmě po domluvě s lékařem, a u té agresivity je to podobné no. Ten člověk je sám sobě nebezpečný, takže pak se musí hold kurtovat, minimálně ty horní končetiny.*“ Poté informovala, že někdy je péče o pacienta obtížná, pokud odmítá spolupracovat i třeba vlivem své agresivity.

VS 2 a VS 3 se shodují na tom, že u takového pacienta je potřeba být trpělivý, a vše mu neustále vysvětlovat a že je důležité dávat pozor, aby si pacient nevytrhl invazivní vstupy. VS 2: „*Samozřejmě ta péče s těmito pacienty je náročnější a probíhá tak, že je třeba spousta trpělivosti, spousta vysvětlování opakovaně a je třeba si uvědomit, že ten pacient za to nemůže, že to nedělají schválně, že to k tomu poranění mozku přísluší, skoro ke každému poranění hlavy. Takže je důležité si říct, že to tak je, a je zapotřebí dbát hlavně na to bezpečí pacienta, protože oni jsou nebezpeční sami sobě Je to takový náročnější na ten personál v tom smyslu, že je třeba u toho pacienta strávit 24 hodin, celou tu službu a hlídat úplně všechno, i aby si třeba nevytrhl vstupy, arteriální kanylu, centrální kanylu.*“ VS 3 doplnila, že pacienta můžeme zklidnit dotykem, hlasem a pak

samozřejmě léky, které naordinuje lékař. V poslední fázi musí přistoupit ke kurtaci pacienta. „*Tak my mu vysvětlujeme opakovaně a říkáte mu to, jedná se o to, aby si nevytrhával hadičky, vstupy. Nejdříve se ho snažíte zklidnit, hlasem, dotykem, a pak samozřejmě lékař, co naordinuje pan doktor. A když to nejde a hrozilo by, že by se pacient poškodil, tak přistupujeme ke kurtaci pacienta, samozřejmě v jeho prospěch, s tím, že potom to samozřejmě musíme zapsat, evidovat, od kdy pacienta kurtujeme, jestli je ještě ta kurtace nutná je nebo ne.*“ Informantka VS 5 dodala, že péče o tyto pacienty je náročná a je potřeba tyto pacienty zklidnit psychofarmaky naordinovanými od lékaře. Dále informuje, že je důležité dávat pozor na to, aby si pacient nevytrhl zavedené invazivní vstupy. VS 6 deklaruje „*Přistupuji k pacientovi s opatrností a vlídností, nezvyšuji hlas, nesnižuji se na jeho úroveň komunikace. Dbám na své i jeho bezpečí.*“ Poté dodala, že pravidelně kontroluje, zda se pacientův psychický stav lepší nebo horší a dle ordinace lékaře využívá omezovací prostředky.

VS 8 a VS 9 mimo jiné kladou důraz také na to, aby se předcházelo riziku pádu, a aby měl pacient postranice. „*Dle lékaře podáváme medikaci na zklidnění pacienta, hlavně k pacientovi musíme přistupovat v klidu, nezvyšovat na něj hlas, dbát na to, aby měl postranice, aby si neublížil, dávat pozor, aby si třeba nevytrhl inv. vstupy nebo tedy přistupujeme ke kurtaci pacienta.*“ VS 7 informuje, že pokud pacienta musí kurtovat, je to pouze na nezbytnou dobu, která nepřesáhne 24 hodin. „*No, záleží na situaci, snažíte se samozřejmě toho pacienta zklidnit, záleží na tom, jak moc má organický psychosyndrom, samozřejmě se využívají tlumící léky po konzultaci s lékařem, ale pořád tak, aby nebyl úplně utlumenej. Nepoužíváme nic, s čím bychom ho úplně utlumily, to ne, a jinak je ta péče stejná. Vždy máme ty pacienty pod přímým dohledem, musíte je hlídat, aby se jim nic nestalo, i jako kurtování, samozřejmě máme k tomu záznamy.* Sdělila, že pokud pacienta musí kurtovat, je to pouze na nezbytně nutnou dobu, která nikdy nepřesáhne 24 hodin. VS 8 informuje: „*Samozřejmě dohled nad pacientem, snažíme se ho utlumit po dohodě s lékařem. Záleží na tom, jak až moc je neklidný, dáváme si pozor, aby si třeba nevytrhl invazivní vstupy. A taky hlavně zvednout postranice, aby ten člověk nespádl.*“ VS 10 doplnila, že se tyto pacienty vždy snaží zklidnit vlídnými slovy a doteky. Pokud to nelze, přistupuje se ke kurtování pacienta dle ordinace lékaře.

Podkategorie: Hygienická péče

Hygienická péče u pacientů s poraněním mozku si vyžaduje svá specifika, na která je potřeba si dávat pozor. Informantky VS 1, VS 3, VS 5, VS 8 považují hygienickou péči u pacientů s poraněním mozku za náročný proces, který vyžaduje vysokou míru pozornosti. Dále sdělují, že hygienická péče probíhá u pacientů dvakrát denně. VS 1: *„Tak hygienickou péči provádíme dvakrát denně, a k tomu přísluší otáčení pacienta a přestýlání celého lůžka, což u těchto pacientů bývá náročné. Protože opravdu každá změna té polohy zejména hlavy, tak to pro ně může znamenat, že jim stoupne intrakraniální tlak, což nechceme, takže na to si musíme dávat pozor.“* VS 3 doplňuje, že hygienickou péči někdy provádí ve více lidech a musí také dbát na veškeré invazivní vstupy, které během hygienické péče převazují. *„No, hygiena je u těchto pacientů náročná, musíme být opatrní, většinou ji provádíme ve více lidech. Rovnou u pacienta přestýláme i lůžko, musíme dávat pozor na veškeré hadičky. Rovnou u hygieny převazujeme i veškeré invazivní vstupy.“* VS 2 také poukazuje na možnost zvýšení intrakraniálního tlaku během otáčení pacienta při hygienické péči. Proto informuje, že je třeba někdy proces hygieny pozastavit, nebo s pacientem pomaleji manipulovat. *„No, hygienu provádíme dvakrát denně, nebo podle potřeby. U hygieny mám asi největší strach, že jim třeba stoupne ten tlak v hlavě, jak toho pacienta otáčíme. Takže je potřeba být pozorní, sledovat toho pacienta, někdy se i třeba domluvíme, dělat tu hygienu pomalu. Někdy ten proces musíme úplně zastavit, přerušit nebo odložit.“*

Informantka VS 4 popisuje hygienickou péči jako proces, na které je potřeba si dát opravdu záležet a měla by být důkladná. Upozorňuje však na to, že vyžaduje míru pozornosti. *„No, hygiena je jedna z věcí, na které si dáváme opravdu záležet a je důkladná. Na druhou stranu si musíme dávat pozor, protože samozřejmě pacienta při hygieně otáčíme ze strany na stranu, aby se nám nezvýšil tlak v hlavě, vlivem těch změn poloh hlavy. Takže je vyžadována pozornost a sledovat ten stav pacienta no.“* Dále informuje, že u hygienické péče dochází k převazu veškerých invazivních vstupů ale také k převazu nasogastrické sondy. Na závěr hygienické péče pacienta vypořádá antidekubitními podložkami. VS 6 a VS 7 sdělují, že při procesu hygieny je na začátku důležité vzít si pomůcky jako je zástěra, ústenka a rukavice. Jako samozřejmost považují s pacientem komunikovat a vysvětlit mu, jakou činnost budou u pacienta provádět. VS 6: *„Když jdeme provádět hygienu, tak si ji každý děláme u svého pacienta, protože má jedna sestra jednoho pacienta. Takže vezmu si zástěru, ústenku a rukavice,*

připravím si všechny pomůcky, pacienta poučím, co mu budu dělat, že u pacienta budu provádět hygienu.“ VS 7 doplňuje, že komunikace s pacientem je zapotřebí během celého procesu hygieny. Dále informuje, že s hygienickou péčí jí napomáhá sanitář, hlavně při převlékání lůžka a s otáčením pacienta. VS 7: „Hygienu provádíme 2x denně, s využitím veškerých pomůcek. Takže si vezmeme zástěru, ústenku a rukavice, pacientovi vlastně i čistíme zuby, holíme, no, pak ho vlastně celého umyjeme. Při tom na pacienta samozřejmě hovoříme, spolu se sanitářem převlékneme celé lůžko a pacienta napolohujeme.“ VS 9 informuje: „Provádíme ji 2x denně, s tím že teda pacienta seznámíme s tím, co mu budeme dělat. Odstraníme z pacienta svody ekg, připravíme ho na to, pak samozřejmě začínáme od hlavy, takže komplet obličej, zuby, když je potřeba tak je i holíme. Jako opravdu na té hygieně je potřeba si dát záležet, máme na starosti jednoho pacienta a na tu hygienu je opravdu čas, takže to pravdu chce se pacientovi věnovat.“ VS 10 sděluje, že hygienická péče je péče komplexní, kdy u pacienta během hygienické péče ošetří i veškeré invazivní vstupy, pacienta napolohují a ošetří kůži přípravky, které jsou k ošetření určené.

4.5 Kategorie: Komunikace s pacientem z pohledu všeobecných sester

Následující kategorie se zaměřuje se na to, jaké pomůcky všeobecné sestry využívají ke komunikaci s pacienty. Dále se bude zabývat překážkami v komunikaci, které se mezi všeobecnými sestrami a pacienty s poraněním mozku vyskytují.

Ke komunikaci s pacienty s poraněním mozku bývají často využívány tabulky s písmenky. Na této metodě se shoduje sedm informantek. VS 1 sděluje, že se s pacienty snaží komunikovat verbálně, ale pokud to nelze, tak nejčastěji využívá tabulky s písmenky, nebo pokud to pacient zvládne, tak mu dá tužku a papír. „Snažíme se domluvit verbálně, nebo máme tabulku s písmenky. Eventuelně když jsou schopni něco napsat, udrží tužku – mají dobrou svalovou sílu, tak nám to napíšou na deskách na papír.“ VS 2 poukazuje na to, že komunikace bývá také omezena z důvodu tracheostomie. „Tak u nás je to omezení tím, že pacienti nemluví, mohou být při vědomí, ale mají zavedenou tracheostomii, takže tam je třeba se domlouvat tím, že zdravotník mluví, snaží se od nich odezírat, používáme tabulky s písmenky, nebo projev, který oni napíší. Tam je to taky komplikovaný s tím, že úplně aby mohli něco napsat, tak musí mít dostatečnou svalovou sílu, takže je to spíš ze začátku taková jednostranná komunikace, kdy se prostě snažíte odezírat. Poté dodala, že se někdy domluví s pacientem, že jeho

odpověď bude sdělena přes mrkání očí nebo pokud to lze, tak využívá tabulku s písmenky. VS 5 konstatuje: „*Maximálně jim dáváme tužku a papír.*“ Dodává, že ne každý pacient to zvládne. „*Poté je zapotřebí zvolit jinou metodu, třeba že odezíráme, nebo se domlouváme na gestech.*“ VS 8 poukazuje na to, že pokud má pacient poruchu řeči, tak je s pacienty komunikace obtížná, protože nemohou mluvit, nebo nám nerozumí. Pacienti s poraněním mozku jsou často zasaženi poruchou řeči. Proto nás zajímalo, jaké jsou nejčastější překážky v komunikaci mezi všeobecnými sestrami a pacientem. U pacientů s poraněním mozku je jednou z překážek v komunikaci zavedení tracheostomie. Na již zmíněné překážce v komunikaci se shoduje pět informantek. VS 1 sděluje, že kromě tracheostomie se jeví jako překážka dezorientace pacienta. „*U nás je to nejčastěji když mají zavedenou tracheostomii, nebo ta jejich dezorientace, tak potom je ta komunikace horší.*“ VS 3 doplňuje, že má zkušenosti ještě s jinými překážkami spolu s tracheostomií. „*Když pacienti nemají zuby, tak se hůř odezírá, nebo různé ty grimasy, šišláni, ale samozřejmě ta tracheostomie.*“ VS 4 popisuje jiné překážky. „*Tak určitě když se třeba pacientům dá špatně odezírat nebo, že ještě nemohou psát, nebo že špatně vidí na tabulku a nemají u nás brýle.*“ VS 5 podotýká, že kromě zavedené tracheostomie mají na komunikaci vliv omezené kognitivní funkce pacienta. VS 7, VS 8 a VS 10 souhlasí v tom, že mezi časté překážky v komunikaci patří fatická porucha, se kterou se na oddělení u pacientů setkávají docela často.

4.6 Kategorie: Připravenost všeobecných sester pro poskytování specifické péče pacientům s poraněním mozku

Čtvrtá kategorie zkoumá připravenost všeobecných sester pro poskytování specifické péče pacientům s poraněním mozku. Zaměřuje se na vzdělávání všeobecných sester, na neznámé činnosti ze studia a na adaptační proces.

Podkategorie: Vzdělávání všeobecných sester

Následující podkategorie klade důraz na to, jestli si všeobecné sestry myslí, zda je pro ně jejich vzdělání dostačující, pro to, aby mohly poskytovat péči pacientům s poraněním mozku. Všech deset informantek se shoduje na tom, že je jejich vzdělání dostačující. VS 1 dodává, že je dobré účastnit se seminářů, kurzů nebo školení. „*Myslím si, že ano, ale vždycky ať nějaké postgraduální vzdělávání formou seminářů nebo kurzů*

nebo různé školení není od věci, protože se člověk učí celý život a dochází k novým metodám, výsledkům výzkumu, se kterými by se měl člověk minimálně seznámit a nějakým způsobem na ně třeba i v té péči zareagovat.“ VS 2, VS 4 a VS 8 sdělily, že absolvovaly specializační studium ARIP, takže je pro ně vzdělání zcela dostačující. VS 3 informuje, že je pro informantku vzdělání dostačující, ale i přesto se najde něco, s čím se ve škole méně setkala. *„Já si myslím, že ano. Akorát jak je člověk na specializačním oddělení, tak se vždycky najde něco, s čím se třeba ve škole méně setkal. Nebo když si na praxi zkusíte tu konkrétní činnost jen jednou, dvakrát, tak to pak stejně zase zapomenete, takže se pak učíte postupně až v zaměstnání.“* VS 5 doplňuje, že je ještě spousta činností, které chce zlepšit, hlouběji se dostat do konkrétní problematiky. *„Ano, ale stále je spousta věcí, které bych se chtěla naučit. Ale jsou to spíš takové detaily, drobnosti, více proniknout do problematiky.“* VS 9 doplnila, že medicína jde neustále dopředu a že je potřeba se kontinuálně vzdělávat.

Podkategorie: Neznámé ošetrovatelské činnosti

Každá z informantek se po nástupu do zaměstnání setkala s některou činností, která jim nebyla blízká. VS 1 popisuje svůj nástup do zaměstnání tak, že pro informantku byly neznámé snad všechny činnosti, protože neměla skoro žádnou praxi. Jednu velkou neznámou popsala komunikaci s pacienty. *„No, tak to asi úplně všechny, protože jsem neměla žádnou praxi. Třeba už jen ta komunikace, o které se tady bavíme, protože nedovedla jsem si představit, co znamená, když má člověk kontuzní ložiska na mozku. Jaký efekt to na ty lidi má, že prostě mají problém s krátkodobou pamětí, že jsou schopni se s vámi na něčem domluvit, ale za pár minut už o tom neví. Takže to je jeden z hlavních těch rysů úrazu no.“* Poté informovala a vzpomínala na to, jaké to bylo, když stála u lůžka a nevěděla, jak s pacienty komunikovat.

VS 2 popisuje, že po nástupu do zaměstnání viděla poprvé pacienty zaintubované a kteří mají tracheostomii. Informovala, že pro ni byly veškeré činnosti z intenzivní péče neznámé, protože ve škole absolvovaly praxi pouze na standardních odděleních. *„No, pro mě to bylo teda všechno jedna velká neznámá, jak se jde prostě do těch specializací nebo takhle přímo na ARO. To vlastně po té škole, to jsem viděla prvně pacienta, který je ventilovaný, zaintubovaný, má tracheostomii, má velký trauma, to, co prostě nebylo na standardním oddělení. Tak pro mě bylo vše nové z té ošetrovatelské péče, a my jsme chodily jen na standardy.“* VS 3, VS 4 a VS8 sdělily, že největším problémem byla

péče o tracheostomii, se kterou se ve škole setkaly pouze v učebnicích. VS 8 sděluje: „No určitě se nějaké najdou, třeba tracheostomie, to vidíte jen v knížkách.“ VS 5 doplňuje, že spoustu věcí znala teoreticky, ale neznala je prakticky. „Je toho spousta, ale spíš než neznámé tak se teoretické věci ze školy propojili s těmi praktickými. Muselo si to sednout, spoustu věcí jsem znala opravdu jen teoreticky a neviděla je prakticky, ale jak už pracuji, tak se to začíná měnit.“ VS 7, VS 9 a VS 10 se shodují na tom, že se v zaměstnání postupně učily s monitory, dávkovači nebo s měřením intrakraniálního tlaku. VS 7: „To spíš vplynulo až asi časem, když jsem potom začala pracovat na jipce, tak jsme se učily vlastně pracovat s monitorem, měřit intrakraniální tlak, nebo manipulovat s dávkovači.“

Podkategorie: Adaptační proces všeobecných sester

Všechny informantky popisují adaptační proces jako proces, který trvá minimálně 3 měsíce, během které jsou pod dohledem školitelky či mentora. VS 1 sděluje: „Adaptační proces jde ruku v ruce s tou zkušební dobou, kdy člověk je v takovém hájení, má školitele, se kterým vlastně se o pacienta stará. Vlastně po dobu 3 měsíců, potom se od něj začíná školitel odpojovat, ale samozřejmě když něco potřebuje nebo si není v něčem jistý, může se na něj obrátit. Dále informovala, že dříve se psal i vědomostní test na danou problematiku. VS 2 sdělila, že mají svého mentora, který jim vše vysvětluje a že se jedná o hodně náročný proces. VS 3 popisuje, co vše jim školitelka či mentorka ukazuje: „U nás na oddělení Vás má na starosti školitelka, nebo mentorka, která vás školí, říká vám jak, kdy má probíhat hygiena. Ukáže jim, jak celá směna funguje, co, kdy se dělá, celý harmonogram, po kolika dnech co se kdy mění. Pak se postupně začne od něho odpojovat, že už není přímo s ním u lůžka, ale je poblíž a ještě ho hlídá, že třeba po něm pak zkontroluje papíry s tím, že tedy 3 měsíce ona za něho ručí, a po 3 měsících už jde člověk sám na sebe, ale pořád se ještě doptává, na co potřebuje. Poté sdělila, že se po roce ještě píše práce, která se následně obhájí. VS 8 deklaruje, že k adaptačnímu procesu mají formulář, který si pak paní vrchní sestra zakládá, a že většinou zaučuje staniční sestra. „Máme k tomu takový formulář, který se založí, a vždy se určí nějaký školitel, který je většinou na jipce, takže staniční sestra, vždy je to po dohodě s paní vrchní.“ VS 7 doplnila: Záleží taky na tom, s jakým vzděláním ten student za námi přijde. Třeba může přijít z jiného oddělení a zkušenosti už má, ale zase se u nás musí seznámit s oborem. Nahlédnout do problematiky oboru, nebo se seznámit s chodem oddělení a různými zvyky.“

4.7 Identifikační údaje komunikačních partnerů - ergoterapeuti

Tabulka 3 Identifikační údaje - ergoterapeuti

	Označení	Oddělení	Vzdělání	Délka praxe
Ergoterapeut 1	ERG 1	RHB	Vysokoškolské Bc.	23 let
Ergoterapeut 2	ERG 2	RHB	Vysokoškolské Bc.	11 let
Ergoterapeut 3	ERG 3	RHB	Vysokoškolské Bc.	2 roky

Zdroj: vlastní zpracování

Výzkumného šetření se zúčastnily 3 ergoterapeutky. Každá z nich absolvovala vysokoškolské bakalářské studium. Délka praxe se pohybuje od 2 do 23 let.

4.8 Seznam kategorií a podkategorií kvalitativních dat - ergoterapeuti

V rámci analýzy a syntézy kvalitativních dat získaných z rozhovorů s ergoterapeuty byly vytvořeny 3 kategorie a 3 podkategorie, viz tabulka 4. Do kategorií jsme zahrnuli multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu ergoterapeutů, komunikaci s pacienty s poraněním mozku z pohledu ergoterapeutů a podporu kognitivních funkcí pacienta s poraněním mozku. Do podkategorií byl zahrnut pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu, spolupráce ergoterapeuta se všeobecnými sestrami a spolupráce s nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

Tabulka 4 Přehled kategorií a podkategorií kvalitativních dat - ergoterapeuti

Kategorie	Podkategorie
1. Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu ergoterapeutů	Pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu Spolupráce ergoterapeuta se všeobecnými sestrami Spolupráce s nelékařskými zdravotnickými pracovníky
2. Komunikace s pacientem s poraněním mozku z pohledu ergoterapeutů	
3. Podpora kognitivních funkcí pacienta s poraněním mozku	

Zdroj: vlastní zpracování

4.9 Kategorie: Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu ergoterapeutů

Kategorie se zabývá multidisciplinárním přístupem o pacienta s poraněním mozku z pohledu ergoterapeutů. Klade důraz na to, jaký mají ergoterapeuti pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu. Dále se zaměřuje na spolupráci mezi ergoterapeuty a všeobecnými sestrami a na spolupráci s ostatními nelékařskými pracovníky.

Podkategorie: Pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu

Již zmíněná podkategorie si klade otázku, jaký mají ergoterapeuti pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu. Všechny ergoterapeutky sdělily, že bez multidisciplinární spolupráce nelze poskytovat nejlepší péči. ERG 1: „*To rozhodně, pacient potřebuje všechny disciplíny, potřebuje psychologa, ne vždycky teda logopeda, ale myslím si, že psycholog teda stoprocentně, protože každý má psychickou poruchu, sestřičky, fyzioterapeuti, ergoterapeuti. Jako ta spolupráce je prostě potřeba a je nevyhnutelná k poskytnutí té nejlepší péče.*“

ERG 2 informuje o tom, že bez multidisciplinární péče to rozhodně nelze. „*Bez toho to určitě nejde, protože já potřebuju vědět, v jakých denních běžných činnostech pacient selhává. Potřebuju vědět zase v komunikaci se sestrami techniku asistence u těch činnostech, kterou oni dělají, to co mě se osvědčilo, jim se osvědčilo. Vzájemně si to předáváme, zase s logopedkou se domlouváme na techniku jak komunikovat s daným pacientem. Máme tu i pacienta třeba, který reaguje přes mrkání očí, tím potvrzuje souhlas, nesouhlas. Přes obrázky mnohdy jede, když je tam nějaká ta afatická porucha výrazná.*“ Dále popsala důležitost psychologa a fyzioterapeuta. „*S psychologem korelujeme to, že pacient je depresivní, plačtivý, bez té vzájemné spolupráce to prostě nejde. A to samé s fyzioterapeutem, zase pracujeme v tom úzkém kontaktu, které dovednosti u pacienta zlepšovat a kam ho motoricky můžeme posunout.*“ ERG 3 doplňuje, že pomocí multidisciplinární spolupráce se lépe zacílí na konkrétního pacienta. „*Určitě, spolupráci se lépe zacílí na toho konkrétního člověka a i se třeba s fyzioterapeutem více můžeme zaměřovat na konkrétní část, abychom nešli proti sobě.*“

Podkategorie: Spolupráce ergoterapeuta se všeobecnými sestrami

V této podkategorii nás zajímalo, jak probíhá spolupráce mezi ergoterapeuty a všeobecnými sestrami. Dvě ergoterapeutky sdělují informaci, že předávání informací o pacientech probíhá ústně. Přičemž ERG 1 dodává: „*Samozřejmě ústně, každé ráno máme sezení u paní primářky, kde je vždycky přítomna i naše staniční, takže tam vše probíráme o pacientech.*“ ERG 2 popisuje veškeré činnosti, které jsou zapotřebí se všeobecnými sestrami probrat. Informuje: *Tak, určitě předávání informací probíhá ústně. Probíráme s nimi například běžné denní aktivity, aktivity ve smyslu přesunu pacienta do koupelny, přesun na toaletu. Potom co se týče třeba sebesycení, nebo pokud jsou pacienti schopni mobility, tak se domlouváme třeba i na chůzi, jestli smí sami, nebo s doprovodem.*“ ERG 3 podotýká, že se sestrami konzultují soběstačnost pacientů, nebo se informují, co se týká kompenzačních pomůcek pro pacienta a že je zapotřebí se sestrami konzultovat celkovou ošetrovatelskou péči.

Podkategorie: Spolupráce s nelékařskými zdravotnickými pracovníky

V této podkategorii nás zajímalo, jak probíhá spolupráce mezi ergoterapeuty a ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Všechny tři informantky sdělily, že nejčastěji spolupracují s fyzioterapeutem a předávání informací probíhá ústně. ERG 1: „*Předáváme si informace ústně a teda nejvíce s fyzioterapeutem. My se navzájem*

doplňujeme, spolupracujeme, jsme spolu v úzkém kontaktu.“ ERG 2 sděluje, že na prvním místě spolupracuje s fyzioterapeutem, jako další udává psychologa, logopeda a všeobecné sestry. ERG 3 doplňuje: *„Určitě ústně, kdy vlastně si vždy řekneme ohledně pacienta co je potřeba z každé oblasti a nejvíce teda spolupracuji s fyzioterapeutem, logopedem a sestřičkami.“*

4.10 Kategorie: Komunikace s pacienty s poraněním mozku z pohledu ergoterapeutů

Následující kategorie je zaměřena na to, jaké se vyskytují překážky v komunikaci mezi ergoterapeuty a pacienty s poraněním mozku. Dvě informantky ERG 1 a ERG 2 se shodují na tom, že je obtížné se dorozumět, pokud má pacient afázii. ERG 1 informuje: *„Rozhodně, když má poruchu řeči, třeba afázii, ale když je pacient bez afázie, tak většinou ne, moc jsem se s tím nesečkala, když jsou kognitivně schopný, tak většinou ne.“* ERG 2 doplňuje, že překážkou v komunikaci bývá také psychoorganický syndrom. Sděluje: *„Pokud je tam problém z jeho strany ve smyslu třeba afázie at' smíšené nebo motorické, tak to bývá problémem. Velmi často tam bývá psychoorganický syndrom, který omezuje spolupráci ve smyslu schopnosti třeba nějakého reálnějšího myšlení, kontaktu s realitou. Někdy tam mívají i psychiatrické projevy přes bludy, halucinace, takže to bývá taky problémem.“* ERG 3 doplnila, že překážkou v komunikaci s pacienty někdy bývá také únavnost pacientů vlivem onemocnění, kdy s ergoterapeuty nemají sílu spolupracovat.

4.11 Kategorie: Podpora kognitivních funkcí u pacienta s poraněním mozku

Kategorie podpora kognitivních funkcí u pacientů s poraněním mozku bude zaměřena na přípravu ergoterapeutů, na konkrétní kognitivní funkce, na náročné činnosti a na testy soběstačnosti. Dále na pomůcky využívané k procvičování kognitivních funkcí a na negativní přístup pacienta.

Všechny tři informantky se shodují na tom, že pacienti mají nejčastěji narušenou paměť a pozornost a koncentraci. Přičemž ERG 1 dodává, že koncentrace ji přijde u pacientů narušena ze všeho nejvíce. Sděluje: *„Pozornost, paměť a hlavně teda koncentrace, ta mi přijde narušená ze všeho nejvíc, si myslím.“* ERG 2 dodává: *„U nás rozhodně koncentrace, paměť, pozornost. To jsou asi tři nejdůležitější a poslušnost činností a iniciace.“* ERG 3 sdělila informaci, že kromě paměti, pozornosti a koncentrace se také ještě zaměřují na prostorovou orientaci pacientů.

Ke zjištění soběstačnosti pacientů využívají ergoterapeuti testy, na čem se shodují všechny tři informantky. Z testů provádějí FIM a Barthel test. ERG 1 sděluje: „*My provádíme funkční míru nezávislosti FIM, a teď nově Bartel index.*“ ERG 2 a ERG 3 doplňují, že provádějí FIM a Barthelův test, žádné jiné testy zatím nevyžívají.

Ke zlepšení soběstačnosti pacientů se využívají pomůcky, které pacientům pomohou k tomu, aby se dokázali v kratší době sami o sebe postarat. Informantky nejčastěji využívají pomůcky ke zlepšení lokomoce. Také podotýkají, že však záleží na klinickém stavu pacienta. ERG 1 sděluje: „*Určitě ano, ale to je podle kliniky, podle toho, co potřebují, když je špatná lokomoce, doporučujeme pomůcky pro zvýšení lokomoce.*“ ERG 2 a ERG 3 informují, že nejčastěji využívají pomůcky ke zlepšení lokomoce. ERG 2 dodává: „*Já jsem se nejčastěji setkala s tím, že doporučuji pomůcky pro zlepšení lokomoce, musím však vědět, co pacient zvládne a co ne.*“

Informantky sdělily, že se setkávají i s negativním přístupem pacienta. Informují, že se určitě setkaly i s negativním přístupem od pacienta s poraněním mozku a že ta péče o tyto pacienty není vždy taková, jakou by si představovaly. ERG 1 informuje: „*Určitě, i s negativním přístupem. Ti pacienti bývají i agresivní, nechtějí spolupracovat, nebo na tom nejsou psychicky dobře. Odmítají spolupracovat, takže ne vždy je ta práce lehká no.*“ Poté se usmála a sdělila, že s tímto přístupem musí personál počítat a že by měly být i na toto chování od pacientů připraveny a že by měly vědět, jak se v této situaci zachovat. ERG 2 sděluje: „*Určitě ano, jsou pacienti, kdy je i projev frontálu, čili jsou tam projevy omezené spolupráce. Může tam být lehká agresivita, ale těch pacientů bývá rozhodně méně.*“ Podotkla, že většinou jsou pacienti, kteří spolupracovat chtějí, ale že záleží, v jakém rozpoložení se zrovna pacient nachází. ERG 3 doplňuje: „*Určitě ano, pacienti bývají někdy až agresivní. Ta spolupráce s nimi není vždy taková, jak bychom si to představovaly, ale snažíme se, aby to bylo co nejméně.*“

Péče o pacienty s poraněním mozku není vždy lehká, proto nás dále zajímalo, jaké vnímají ergoterapeuti náročné činnosti v péči o pacienty s poraněním mozku. Dvě informantky ERG 1 a ERG 2 sdělily, že je pro ně náročné, aby pacient zvládl být v domácím prostředí soběstačný a aby zvládal veškeré činnosti. ERG 1 sděluje: „*Asi uvedení pacienta zpět do domácího prostředí, aby byl soběstačný a zvládal to. Nejhorší je to, že dost často pacienti nejsou trpěliví, a myslí si, že by chtěli teď, už hned být zdraví. Takže jim prostě vysvětlit, to, že podstata je teď trpělivost.*“ Poté podotkla, že je

opravdu důležitá ta trpělivost, protože u pacientů s poraněním mozku ta péče vyžaduje čas. ERG 2 dodává: „*Asi u klienta zlepšil tu soběstačnost tak, aby byl schop se sám o sebe postarat a nebyl odkázán na druhého. Ale taky to někdy nejde, jak bychom si to představovali.*“ ERG 3 dodává, že jsou někdy pacienti netrpěliví, a chtěly by tu péči uspěchat a chtěly by být co nejdříve doma. ERG 3 informuje: „*Víte, člověk by jim hrozně rád pomohl a samozřejmě se snažíme vtít do jejich kůže, ale někdy ta procedura péče je zdlouhavá. Takže asi pro mě je náročný to, jim vysvětlit, že musí být hlavně trpěliví, a že tu péči nemůžeme uspěchat.*“

4.12 Identifikační údaje komunikačních partnerů - fyzioterapeuti

Tabulka 5 Identifikační údaje - fyzioterapeuti

	Označení	Oddělení	Vzdělání	Délka praxe
Fyzioterapeut 1	FYZ 1	RHB	Vysokoškolské Bc.	7 let
Fyzioterapeut 2	FYZ 2	RHB	Vysokoškolské Mgr.	9 let
Fyzioterapeut 3	FYZ 3	RHB	Vysokoškolské Bc.	11 let

Zdroj: vlastní zpracování

Výzkumného šetření se zúčastnily tři fyzioterapeutky. Dvě z nich absolvovaly vysokoškolské bakalářské studium. Jedna fyzioterapeutka absolvovala studium magisterské. Délka praxe se pohybuje od 7 do 11 let.

4.13 Seznam kategorií a podkategorií kvalitativních dat - fyzioterapeuti

V rámci analýzy a syntézy kvalitativních dat získaných z rozhovorů s fyzioterapeuty byly stanoveny 2 kategorie a 3 podkategorie, viz tabulka 6. Kategorie se zabývají multidisciplinárním přístupem o pacienta s poraněním mozku z pohledu fyzioterapeutů a fyzioterapeutickým cvičením. Do podkategorií jsme zahrnuli pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu, předávání informací mezi fyzioterapeuty a všeobecnými sestrami a spolupráci s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

Tabulka 6 Přehled kategorií a podkategorií kvalitativních dat - fyzioterapeuti

Kategorie	Podkategorie
1. Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu fyzioterapeutů	Pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu Předávání informací mezi fyzioterapeuty a všeobecnými sestrami Spolupráce s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky
2. Fyzioterapeutické cvičení	

Zdroj: vlastní zpracování

4.14 Kategorie: Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu fyzioterapeutů

Následující kategorie bude zaměřena na multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu fyzioterapeutů. Konkrétně na to, jaký mají fyzioterapeuti pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu, jak probíhá předávání informací mezi fyzioterapeuty a všeobecnými sestrami a jak probíhá spolupráce s ostatními nelékařskými zdravotními pracovníky.

Podkategorie: Pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu

V následující podkategorii jsme se zaměřili na to, jaký mají fyzioterapeuti pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu u pacienta s poraněním mozku.

Všechny tři fyzioterapeutky informují, že multidisciplinární přístup je nevyhnutelný. FYZ 1: „Samozřejmě, ta spolupráce je strašně důležitá. My se zaměřujeme na fyzioterapii sice, ale je potřeba zaměřit se i na ostatní disciplíny, jako je porucha řeči, pak psycholog. Hodně ti pacienti na tom bývají psychicky špatně, takže to je jedno s druhým, musíme prostě spolupracovat navzájem.“ FYZ 2 doplňuje: „Tak určitě je to důležitý, protože vždycky je to o spolupráci mezi těmi jednotlivými obory, jako my samostatně jako fyzioterapeuti se opravdu věnujeme tomu cvičení. Ale jakákoliv porucha řeči, to řeší zase naše logopedka.“ Poté dodala, že je také potřeba spolupráce

psychologa, která je hodně důležitá. FYZ 3 informuje, že sám člověk nikdy nic nezmuže. *„Rozhodně, jeden člověk nikdy nic nezmuže. Je potřeba s tím pacientem pracovat globálně, my se věnujme celkové motorice. Ergoterapeuti se starají zase o ty praktické věci, o soběstačnost, samoobsluhu. Často mívají emoční náladovost, takže tam je zase zapotřebí psycholog. Porucha řeči, tak zase logoped.“*

Podkategorie: Předávání informací mezi fyzioterapeuty a všeobecnými sestrami

V této podkategorii nás zajímalo, jak dochází k předávání informací mezi fyzioterapeuty a všeobecnými sestrami. Všechny tři fyzioterapeutky se shodují na tom, že předávání informací probíhá individuálně. FYZ 1 informuje: *„Vždycky je to individuální podle oddělení, na kterém se nacházím. Ale většinou ta komunikace probíhá ústně a dobře.“* FYZ 2 doplňuje: *„V podstatě jako každý den, když máme nějaký dotaz, tak se sestřičkami komunikujeme nebo naopak když oni na nás mají nějakou prosbu, nebo pokud si potřebujeme předat jakoukoliv informaci. Takže každodenně, kdykoliv je potřeba.“* FYZ 3 dodává: *„Buď je to individuálně každý den, kdy se potkáme na sesterně, nebo míváme velkou vizitu, nebo máme sezení celého týmu, kde se teda scházíme všichni z multidisciplinárního týmu, kdy všichni mezi sebou pacienty probíráme.“*

Podkategorie: Spolupráce s ostatními zdravotnickými nelékařskými pracovníky

Nechali jsme se informovat o to, jak fyzioterapeuti spolupracují s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky. FYZ 1 informovala, že nejčastěji spolupracuje se všeobecnou sestrou, co se týká ošetrovatelské péče. FYZ 2 informuje, že si nejvíce předává informace s ergoterapeutem, logopedem a psychologem. *„Nejvíce spolupracuji s ergoterapeutem, logopedem a psychologem. Tam je ta spolupráce opravdu úzká.“* FYZ 3 dodává, že nejbližší spolupráci má s ergoterapeutem. *„Asi s ergoterapeutem, to je taková naše nejbližší spolupráce, se sestrami, zase ze stran těch ošetrovatelských věcí jako jsou převazy a dekubity.“*

4.15 Kategorie: Fyzioterapeutické cvičení

V následující kategorii nás zajímalo, jaká fyzioterapeutická cvičení jsou u pacientů uplatňována a jakým způsobem jsou vysvětlena. V první řadě nás zajímalo, o jaké konkrétní fyzioterapeutické cvičení s pacienty se jedná. FYZ 1 a FYZ 2 sdělují, že se nejčastěji jedná o cvičení na neurofyziologickém podkladu. FYZ 1: *„Záleží zase*

na stavu pacienta. Pokud je při vědomí nebo ne a jsou to především cviky na neurofyziologickém podkladu, nebo jim vysvětlujeme, co je to cvičení v diagonálách.“ FYZ 2: „Většinou to bývá léčebná tělesná výchova na neurofyziologickém podkladě. Případně léčebně tělesná výchova s využitím robotiky. Pokud to ti pacienti zvládají, i analytické cvičení.“ FYZ 3 doplňuje, že se začíná od počátku problémů. „Začínáme od základních věcí, takže od polohování. Když se dá vertikalizovat, tak stabilizaci sedu, nebo potom třeba když je to možné tak vertikalizaci v chodítku. A pak se jim věnujeme individuálně, třeba když je tam i stranové poranění (hemi) tak se věnujeme horní končetině a její funkci, opoře, dolní končetiny, popřípadě provádíme nějaké kognitivní cvičení.“

Dvě fyzioterapeutky sdělili, že si nejsou vědomi žádných problémů při fyzioterapeutickém cvičení, které by měly výrazně ovlivnit fyzioterapii. FYZ 3 vysvětluje problém vertikalizace pacienta. „Když se zamyslím, tak asi při vertikalizaci, když jsou opravdu těžce postižení. Když třeba mají si sednout do sedu, do stoje, s tím, že třeba pacient vůbec neovládá trupové svalstvo, neudrží hlavu na příměni. Takže to si zavolám na pomoc ještě třeba dalšího fyzioterapeuta.“

Ještě před tím, než k samotnému fyzioterapeutickému cvičení dojde, musí fyzioterapeut pacientovi tato cvičení vysvětlit. FYZ 1 sdělila, že vysvětlení fyzioterapeutického cvičení záleží na tom, jak má pacient zachovalé kognitivní funkce. „Záleží, jak je na tom pacient kognitivně. Někdy se komunikuje hůře, když se třeba vyskytne nějaká fatická porucha, ale snažíme se vysvětlovat co nejjednodušeji. Komunikovat vždy to první provedení cviku. Představit ten cvik a potom ho provádíme.“ FYZ 2 informuje: „Pokud jsou schopni se se mnou dorozumět, tak klasicky. Ale pokud tam je ta porucha řeči, tak, oni vám třeba potvrdí souhlasný nebo nesouhlasný svůj projev nějakým náznakem třeba ruky, nebo případně třeba opakované mrkání očí. Tak to se pak musíme prostě přizpůsobit tomu, jak s pacientem třeba jinak komunikovat.“ FYZ 3 sdělila, že mají naučené metody, které u pacientů využívají. „Máme naučené nějaké metody – buď mrkání, nebo pokyny rukou. Pokud mají zachovalou grafomotoriku tak můžou psát, nebo ukazovat.“

Dále nás zajímalo, zda se fyzioterapeuti setkali se situací, kdy by pacient fyzioterapii odmítal. Informantka FYZ 1 informovala, že se s pacientem, který by odmítal fyzioterapeutické cvičení, nesetkala. „To jsem se asi nesetkala, ale myslím si, že pokud

by odmítl, tak by to bylo zase kvůli jeho aktuálnímu stavu – třeba horečka, což je pro nás i kontraindikací.“ FYZ 2 doplnila, že se také s odmítnutím fyzioterapie nesetkala, pouze podotkla, že s některými pacienty je ta spolupráce těžší. FYZ 3 doplnila, že odmítnutí fyzioterapeutického cvičení může ovlivnit aktuální psychický stav pacienta.

4.16 Identifikační údaje komunikačních partnerů - logopedi

Tabulka 7 Identifikační údaje - logopedi

	Označení	Oddělení	Vzdělání	Délka praxe
Logoped 1	LOG 1	RHB	Vysokoškolské Mgr.	20 let
Logoped 2	LOG 2	RHB	Vysokoškolské Mgr.	6 let

Zdroj: vlastní zpracování

Kvalitativního výzkumného šetření se zúčastnily dvě logopedky, které absolvovaly vysokoškolské magisterské vzdělání. Délka praxe se pohybuje od 6 do 20 let.

4.17 Seznam kategorií a podkategorií kvalitativních dat - logopedi

V rámci analýzy a syntézy kvalitativních dat získaných z rozhovorů s logopedkami byly stanoveny 2 kategorie a 3 podkategorie, viz tabulka 8. Kategorie jsou zaměřeny na multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu logopedů a na úlohu logopeda v péči o pacienta s poraněním mozku. Podkategorie se zabývají pohledem na problematiku multidisciplinárního přístupu, spolupráci logopedů se všeobecnými sestrami a na spolupráci s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

Tabulka 8 Přehled kategorií a podkategorií kvalitativních dat - logopedi

Kategorie	Podkategorie
1. Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu logopedů	Pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu Spolupráce logopedů se všeobecnými sestrami Spolupráce s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky
2. Úloha logopeda v péči o pacienta s poraněním mozku	

Zdroj: vlastní zpracování

4.18 Kategorie: Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu logopedů

V následující kategorii jsme se zaměřili na pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu, spolupráci logopedů se všeobecnými sestrami a na spolupráci s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

Podkategorie: Pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu

Od obou logopedek jsme se dozvěděli, že multidisciplinární přístup o pacienta je velmi důležitý. LOG 1: „*Určitě, protože si vyměňujeme poznatky o pacientech.*“ Poté dodala, že se vždy domlouvají s personálem, jaké činnosti u pacienta dále vykonávat a jakým směrem budou ubírat terapii. LOG 2 informuje: „*Ano, velmi důležitý je pro každého pacienta po úrazu CNS komplexní přístup zahrnující spolupráci zdravotnického personálu, klinického logopeda, neuropsychologa, fyzioterapeuta a ergoterapeuta.*“ Poté dodala, že hlavním cílem je umožnit pacientům, aby opět zvládali sebeobsluhu a jiné činnosti tak, aby se mohli postupně a v co nejvyšší možné míře zapojit do společnosti a běžného života.

Podkategorie: Spolupráce logopedů se všeobecnými sestrami

LOG 1 informovala, že spolupráce probíhá ústně a na poradách, kde společně pacienty probírají. „Většinou ústně, chodíme i na porady, kde vlastně ty pacienty se sestřičkami řešíme a předáváme si ty informace.“ LOG 2 sdělila, že předávání informací mezi klinickým logopedem a všeobecnou sestrou probíhají denně. Poté nás informovala, jaké informace si o pacientech sdělují. „Komunikace mezi klinickým logopedem a všeobecnou sestrou ohledně pacienta po úrazu CNS probíhá denně, například pokud je u pacienta přítomna porucha polykání. U pacienta s poruchou v oblasti polykání konzultujeme příjem stravy a tekutin (konzistence stravy a tekutin, polohování při příjmu stravy, zvýšená hygiena dutiny ústní). Také informovala, že pokud je u pacienta zjištěna porucha polykání, tak všeobecná sestra dbá v rámci ošetrovatelské péče na zvýšenou opatrnost při příjmu stravy a tekutin, které pacient přijímá pod jejím dohledem. Pokud sestra připravuje pacientovi zahuštěné tekutiny například konzistenci pyré nebo zahuštěné tekutiny, je to vše na základě doporučení klinického logopeda. „No, a pokud je u pacienta přítomna porucha řeči, je na místě každodenní spolupráce s všeobecnou sestrou stran zlepšení komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem a individuálně využití vhodného komunikačního prostředku a pomůcek.“

Podkategorie: Spolupráce s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky

V této podkategorii nás zajímalo, s kým nejvíce z ostatních nelékařských zdravotníků spolupracují. LOG 1 sdělila, že nejčastěji spolupracuje s klinickým psychologem, ergoterapeutem, fyzioterapeutem a všeobecnými sestrami. „S klinickým psychologem, protože se ti pacienti často potýkají s psychickými problémy. Dále s ergoterapeutem, fyzioterapeutem a samozřejmě se sestřičkami.“ LOG 2 dodala, že nejčastěji spolupracuje se všeobecnými sestrami a fyzioterapeutem. „Denně spolupracuji s všeobecnými sestrami, které o pacienta po úrazu CNS pečují na lůžku. Spolupracujeme formou rozhovoru, kdy dochází k výměně aktuálních informací stran stavu pacienta (aktuální stav polykacího reflexu, zlepšení či zhoršení řečové poruchy apod.). Také spolupracuje s fyzioterapeuty, kdy se společně snaží o opětovné získání soběstačnosti a zlepšení kvality života pacienta.

4.19 Kategorie: Úloha logopeda v péči o pacienta s poraněním mozku

Následující kategorie byla zaměřena na to, jaký vnímají logopedky nejčastější problém při spolupráci s pacientem s poraněním mozku, na spolupráci s pacientem po propuštění do domácí péče, na procvičování komunikace s pacientem, na poruchy řeči a na prvky, které zlepšují komunikaci.

V první řadě jsme se ptali na to, jaký vnímají logopedky nejčastější problém při komunikaci. LOG 1 vnímá jako největší problém u pacientů únavnost a vyčerpanost. *„No, asi jeho únavnost, bývají vyčerpaní, a třeba ani nechtějí se mnou moc spolupracovat.“* Dodala, že v této fázi je spolupráce s pacientem náročnější. LOG 2 považuje za největší problém při spolupráci s pacientem jeho demotivaci. *„„Velmi častým problémem je demotivace pacienta. Motivace pacienta je tedy součástí každého terapeutického plánu. Klinický logoped by měl působit nejen jako poradce pro osobu s poruchou řeči, ale také pro rodinu pacienta či personál, který se o daného pacienta stará.“* Dodala, že komunikace každého člověka má nepostradatelnou funkci, a pokud dojde k jejímu narušení nebo ztrátě v jakékoliv rovině, dochází často k frustraci a ztrátě důstojnosti člověka. *„Je tedy zcela nezbytné na samém počátku zahájení spolupráce s pacientem správná intenzivní motivace.* Informovala nás, že toto tvrzení se jí potvrzuje v zaměstnání každý den.

Po propuštění do domácí péče probíhá spolupráce mezi logopedkami a pacienty různě. LOG 1 informovala, že pacient ještě dochází na procvičování řeči ambulantně. LOG 2 sdělila, že pokud u pacienta přetrvávají neurogenní poruchy, tak je vhodné, aby pokračoval v ambulantní terapii. Sdělila, že je také důležitá účast a podpora rodiny. *„V případě přetrvání neurogenní poruchy řečové komunikace po propuštění pacienta do domácí péče je pacientovi vždy doporučeno, pokračovat v individuální logopedické terapii také ambulantně na základě individuálně sestaveného terapeutického plánu.* Zdůraznila, že je také důležitá účast a spolupráce rodiny pacienta.

Dále jsme se nechali informovat o tom, jak probíhá procvičování komunikace s pacienty. LOG 1 nás informovala, že má s pacienty individuální sezení. *„Záleží jak kdy, podle toho, jakou má poruchu, s pacienty mívám individuální sezení.* LOG 2 sdělila: *„Terapie poruch řečové komunikace je sestavena individuálně u každého pacienta na základě podrobně provedené logopedické diagnostiky pomocí diagnostických testů. Individuální logopedická terapie na lůžkách je prováděna denně*

intenzivní formou. Sdělila, že sestavení individuálního logopedického plánu se odvíjí od základní diagnózy řečové poruchy řeči nebo poruch polykání. „Pokud to stav pacienta dovolí, je podrobně instruován také k samostatnému procvičování zadaných terapeutických materiálů během dne pro zvýšení efektu a úspěšnosti terapeutického procesu.“

Je běžné, že se u pacientů s poraněním mozku vyskytuje porucha řeči. Proto nás zajímalo, s jakými nejčastějšími poruchami se logopedky u pacientů setkávají. Dvě informantky se shodly na tom, že mezi nejčastější poruchy řeči patří afázie a dysartrie, přičemž obě informantky sdělily i další poruchy. LOG 1: *„Tak úplně nejčastější je afázie, potom dysartrie, dysfagie, nebo dysfonie.“* LOG 2 dodala ještě kognitivně-komunikační poruchy. *„Mezi nejčastější neurogenní poruchy řečové komunikace vzniklé na bázi úrazu CNS patří získaná dysartrie (porucha motorické realizace řeči), afázie (porucha individuálních jazykových schopností) a kognitivně-komunikační poruchy (dominuje porucha kognitivních procesů, avšak zároveň je přítomna porucha řečové komunikace). Dodala, že u pacientů po úrazu CNS se v rámci klinické logopedie zaměřuje také na terapii poruch polykání (dysfagii).*

Aby se komunikace u pacientů s poraněním mozku zlepšila, je zapotřebí využití prvků, pomocí kterých dojde ke zlepšení komunikace. Nechali jsme se informovat o tom, jaké prvky ke zlepšení komunikace logopedky využívají. LOG 1 sdělila, že využívá obrazový materiál nebo muzikoterapii. *„Určitě, využívám obrazový materiál, nebo muzikoterapii.“* LOG 2 podrobně popisuje jednotlivé prvky, které komunikaci zlepší. *„Terapeutické metody u každé poruchy řeči jsou zcela rozdílné. Mezi metody užívané při terapii získané dysartrie patří modifikace artikulačních cviků, dále modifikace dechových a fonačních cvičení, modifikace rezonančních cvičení, rytmizační cvičení, prozodická cvičení, zaměření na přiměřený svalový tonus a svalovou relaxaci či využití komunikačních pomůcek. Součástí dysartrie bývá často také porucha polykání (dysfagie), při které u pacienta dochází k narušenému polykání v některé fázi polykacího procesu. Dále popsala dysfagiologický tým, který se stará o pacienty s poruchou polykání. „O pacienty s poruchou polykání se stará dysfagiologický tým, který tvoří klinický logoped, neurolog, ORL lékař, gastroenterolog, radiolog, dietolog, fyzioterapeut, nutriční terapeut a další odborníci. Porucha polykání se vyšetřuje pomocí screeningového testu GUSS, dále pomocí specializovaných vyšetření polykání – videofluoroskopie, videoendoskopie, flexibilní endoskopie aj. Přímá terapie se zaměřuje*

na polohování hlavy a těla během polykání stravy a tekutin, využití polykacích manévrů samostatně či s využitím potravy a tekutin, zesílení sensorických podnětů, užití protetických pomůcek, zlepšení koordinace struktur podílejících se při cílené ochraně dýchacích cest při polykání stravy či tekutiny. Nepřímá metody se zaměřují na zlepšení síly a koordinace svalů používaných při polykacím aktu a nevyužívají během tréninku užití potravy či tekutin. Informuje, že metody jsou zacíleny na zlepšení funkce kořene jazyka, hlasivkového uzávěru, elevaci hrtanu, cvičení rtů a tváří nebo otevírání úst. „Při afázii je narušen zejména individuální jazykový systém, tedy porozumění a produkce řeči v důsledku mozkové léze dominantní mozkové hemisféry. Současně bývají přítomny také poruchy v oblasti psaní a čtení.“ Terapie je všeobecně zaměřena na stimulaci centrálních jazykových a kognitivních funkcí. Popisuje Lurijovu neuropsychologickou koncepci, která se zaměřuje na obnovování vyšších psychických funkcí pomocí organizované, obnovovací a restituční terapie. Jako druhý popisuje kognitivně-neuropsychologický přístup. „Druhý kognitivně-neuropsychologický přístup se prvotně zaměřuje na narušenou funkci některé modality kognitivních funkcí. Psycholingvistický přístup pracuje s obnovováním všech složek řečové komunikace – využívá mluvený projev, rozumění, psaní a čtení. Při terapii afázie můžeme využít také melodicko-intonační terapii nebo specifický terapeutický postup – kresbu.“

Další poruchy, které mohou vzniknout na podkladě traumatu CNS v pravé mozkové hemisféře patří kognitivně-komunikační poruchy. Mezi projevy vyjmenovala oslabení v kognitivních a komunikačních schopnostech, zmínila již popsanou dysartrii a afázii v kombinaci se změnami osobnosti a sociálního chování, deficity v paměti nebo plánování. Poté dodala, že se opět neobejdeme bez všech složek multidisciplinárního týmu.

4.20 Identifikační údaje komunikačních partnerů – zdravotně sociální pracovníci

Tabulka 9 Identifikační údaje - zdravotně sociální pracovníci

	Označení	Oddělení	Vzdělání	Délka praxe
Zdravotně sociální pracovník 1	ZSP 1	TRM JIP	Vysokoškolské Mgr.	3,5 let
Zdravotně sociální pracovník 2	ZSP 2	RHB	Vysokoškolské Bc.	8 let

Zdroj: vlastní zpracování

Empirického šetření se zúčastnily dvě zdravotně sociální pracovnice. Jedna z nich absolvovala magisterské studium. Druhá informantka získala vysokoškolské bakalářské vzdělání. Délka praxe se pohybuje od 3,5 let do 8 let.

4.21 Seznam kategorií kvalitativních dat – zdravotně sociální pracovníci

V rámci analýzy a syntézy kvalitativních dat z rozhovorů se zdravotně sociálními pracovníky byly vytvořeny 2 kategorie, viz tabulka 10. Kategorie jsou zaměřeny na multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu zdravotně sociálních pracovníků a na úlohu zdravotně sociálního pracovníka v péči o pacienta s poraněním mozku.

Tabulka 10 Přehled kategorií kvalitativních dat – zdravotně sociální pracovníci

Kategorie
1. Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu zdravotně sociálních pracovníků
2. Úloha zdravotně sociálního pracovníka v péči o pacienta s poraněním mozku

Zdroj: vlastní zpracování

4.22 Kategorie: Multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku z pohledu zdravotně sociálních pracovníků

V následující kategorii jsme se zaměřili na to, jaký mají zdravotně sociální pracovníci pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu, jak spolupracují se všeobecnými sestrami a jak probíhá spolupráce s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

Jako všech skupin probandů nás zajímal názor zdravotně sociálních pracovníků na jejich názor, jak vnímají problematiku multidisciplinárního přístupu. Informantky ZSP 1 a ZSP 2 se shodly na tom, že multidisciplinární přístup je u pacientů s poraněním mozku potřeba. ZSP 1 informovala, že lékař nezajistí sociální zázemí, zdravotně sociální pracovníci naopak nezajistí lékařskou péči. *„Určitě, samozřejmě, no protože lékař nezajistí takové to sociální zázemí, a já zase jako sociální pracovník nezajistím takový to lékařský, takže určitě je to důležitý. Jo, ten multidisciplinární tým, bez toho to nejde no.“* ZSP 2 informovala, že multidisciplinární přístup u pacienta je nutný, protože péče o pacienta musí být komplexní a musí se personál zabývat veškerými složkami, které má pacient poškozené.

ZSP 1 a ZSP 2 informují, že předávání informací mezi zdravotně sociálními pracovníky a všeobecnými sestrami probíhá ústně nebo telefonicky. ZSP 1 informuje: *„Určitě verbálně, telefonicky, a myslím si, že to funguje. Vždycky si řekneme o těch jednotlivých pacientech co je potřeba.“* Dále jsme se věnovali tomu, s kým zdravotně sociální pracovníci nejčastěji spolupracují. ZSP 1 a ZSP 2 informují, že nejvíce spolupracují se všeobecnými sestrami. *„Určitě se sestřičkami, já se tam doptávám, protože rodina se taky ptá co dál, a já musím vědět, co jim vlastně mám říct, co jim můžu nabídnout.“* ZSP 2 dodala: *„Tak já asi nejvíce se sestřičkami, tam je ten kontakt úzký, potřebuji vědět i z jejich stránky, jak na tom ten pacient je, protože potom když se bavím s rodinou pacienta, tak abych byla v obraze a abych věděla, jak s rodinou jednat, co jim říct. Prostě abych o tom pacientovi hodně věděla.“*

4.23 Kategorie: Úloha zdravotně sociálního pracovníka v péči o pacienta s poraněním mozku

Následující kategorie je zaměřena na zajištění služeb pacientovi s poraněním mozku, na zjištění možnosti péče pacientovi s poraněním mozku, na problémy při pomoci pacientovi a na náročnost péče s pacientem.

Zdravotně sociální pracovníci poskytují pacientům služby. Proto nás zajímalo, jaké konkrétně pacientům služby zajišťují. ZSP 1 a ZSP 2 se shodují na tom, že pacient je propuštěn domů nebo do sociálního zařízení. ZSP 1: *„No, většinou je to po propuštění nebo před propuštěním, buďto domů nebo do nějakého zařízení. Takže záleží na tom, jaký pacient co potřebuje. U pacientů samozřejmě zajišťujeme třeba žádosti do domovů pro seniory, žádosti na následnou péči. To znamená rehabilitační ústav například Chotěboř, určitě třeba příspěvky na péči, protože ty budou taky někdy potřebovat.“*

S předchozí informací souvisí informace o tom, zda zdravotně sociální pracovníci zjišťují možnosti péče po propuštění do domácí péče. Informantky ZSP 1 a ZSP 2 informovaly, že zjištění možnosti péče po propuštění do domácí péče nezjišťují, ale zjišťují možnosti péče před propuštěním. ZSP 1: *„Po propuštění my nezjišťujeme, ale zjišťujeme to před. Zda ten pacient vůbec může jít do domácího prostředí, jestli to ta rodina zvládne, pokud ne, tak jim samozřejmě pomáháme zajistit nějakou jinou možnost.“* ZSP 2 dodala, že je smutné, když domácí prostředí nebo pro pacienta s poraněním mozku přizpůsobeno a musí se hledat jiné řešení.

Péče o pacienta s poraněním mozku není vždy jednoduchá, proto jsme se zdravotně sociálních pracovníků dotazovali na to, zda vnímají nějaké problémy při péči a jak je pro ně péče o tyto pacienty náročná. ZSP 1 a ZSP 2 se shodují na tom, že problém při pomoci pacientovi vnímají spíše v rodině pacienta. ZSP 2 sdělila: *„Tak rozhodně, problém třeba může být v tom, že ta rodina nebude schopna zajistit tu péči, kterou pacient potřebuje, i když by třeba chtěla, ale pracují. Jo a potom je to takový smutný, že ten pacient musí jít prostě jinam, dál do jiného zařízení. Musíme jim vlastně pomáhat s podáním žádosti, je to někdy složitý.“*

ZSP 1 informuje, že ta náročnost při péči o pacienta bývá spíše v komunikaci. *„No, pro mě rozhodně v komunikaci. Domluvit se s rodinou bývá prostě někdy lepší, ale s tím pacientem se někdy třeba ani nedomluvíte jo, s některým se samozřejmě domluvíme.“*

Měli jsme tady pacienty, kteří třeba přišli, nemohly ani polykat, a potom odešli po svých. Jo a ještě jsme třeba je posílaly na rehabilitaci, někdy opravdu v tom stavu pacienti zůstanou, nemůže se hýbat, nemůže mluvit nebo přijímat potravu.“ ZSP 2 sdělila, že je pro ni náročné, když pacient odmítá spolupracovat.

5 Diskuse

Cílem empirické studie bylo popsat spolupráci vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků u pacientů s poraněním mozku a zjistit spolupráci mezi všeobecnými sestrami a rodinou pacienta s poraněním mozku. Dále zmapovat nejnáročnější činnosti vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků v péči u pacientů s poraněním mozku a zjistit názor všeobecných sester na jejich připravenost zvládat specifickou ošetrovatelskou péči u pacientů s poraněním mozku. Empirické šetření bylo realizováno pomocí kvalitativní metody za využití polostrukturovaných rozhovorů.

Prvním cílem empirické studie bylo popsat spolupráci vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků u pacientů s poraněním mozku. V první řadě nás zajímalo, jaký mají vybraný nelékařský zdravotničtí pracovníci pohled na problematiku multidisciplinárního přístupu. Od všeobecných sester, fyzioterapeutů, logopedů, ergoterapeutů a zdravotně sociálních pracovníků jsme se dozvěděli, že multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku je nevyhnutelný a nelze bez něj zajistit pacientovi tu nejlepší péči. Poranění mozku vyžaduje komplexní péči, protože onemocnění zasahuje do více oblastí.

Vévoda et al. (2013) informují, že pomocí multidisciplinární péče odborníků je umožněn efektivnější pohled na problémy pacienta. Thomas et al. (2016) publikují, že všeobecné sestry mají důležitou a velkou roli v péči o pacienty s poraněním mozku. Viarasilpa (2022) poukazuje na důležitost multidisciplinárního týmu. Popisuje důležitost neurochirurga, neurologa, chirurga a lékaře z intenzivní medicíny. Dále sděluje, že k vyléčení pacienta je důležité propojení znalostí z různých oborů (Viarasilpa 2022). Z těchto tvrzení si dovoluujeme konstatovat, že i přesto, že se zabýváme nelékařskými zdravotnickými pracovníky, tak jsou na první místo řazeni lékaři.

Další otázka se zabývala tím, jak probíhá spolupráce mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Z našeho výzkumu vyplývá, že nejčastěji probíhá předávání informací ústní formou a individuálně. Dále pomocí dokumentace po 12 hodinových směnách a na poradách. Pokud se jedná o předávání mezi všeobecnými sestrami a fyzioterapeuty, tak si nejčastěji předávají informace, zda se pacient může postavit, nebo fyzioterapeut sděluje všeobecné sestře, jaké cviky pacient zvládne nebo nikoliv. Dále bylo zjištěno, že fyzioterapeut komunikuje se všeobecnou sestrou ze strany převazů nebo dekubitů.

Tato informace se shoduje s bakalářskou prací od Kirchnerové (2014) ve které autorka sděluje, že činnost všeobecné sestry a fyzioterapeuta je také založena na prevenci kontraktur pacienta. Flídrová (2021) ve své diplomové práci sděluje, že předávání informací mezi všeobecnou sestrou a fyzioterapeutem probíhá výhradně ústní formou. V této diplomové práci fyzioterapeuti informují o tom, jak je důležité předávání informací mezi všeobecnou sestrou a fyzioterapeutem v multidisciplinárním týmu. Všeobecná sestra je v kontaktu s pacientem nejdéle z celého multidisciplinárního týmu a tudíž by měla mít největší přehled o pacientovi. Šoulová (2015) ve své bakalářské práci sděluje, že předávání informací mezi všeobecnými sestrami a fyzioterapeuty probíhá nejčastěji na sesterně. Fyzioterapeuti se snaží získat informace hned po příchodu na oddělení. Dále autorka sděluje, že je důležité, aby sestra informace předávala, ale také aby je od fyzioterapeutů získávala.

V našem výzkumu jsme se dále dozvěděli, že spolupráce mezi všeobecnými sestrami a zdravotně sociálními pracovníky probíhá ústně nebo telefonicky. Zdravotně sociální pracovníci se všeobecnými sestrami nejčastěji hovoří o tom, jak na tom pacient je, aby věděly, co říct případně rodině pacienta. Chlubnová (2021) ve své diplomové práci informuje, že hlavní význam zdravotně sociálního pracovníka je hlavní řešitel a vyjednávač následné péče pacienta. Informuje, že předávání informací probíhá dle domluvy, individuálně, a dle stavu pacienta a jeho rodiny. Karásková (2019) v diplomové práci sděluje, že důvodem spolupráce bývá situace, kdy je pacient přijat na oddělení, u kterého je potřeba sociální intervence.

Dále zjistili, že předávání informací mezi všeobecnými sestrami a logopedy probíhá ústně, na poradách, kde probírají všechny pacienty a denně. Logopedky nejčastěji spolupracují s klinickým psychologem, ergoterapeutem, fyzioterapeutem a samozřejmě všeobecnými sestrami. Logopedka v našem výzkumu poukazuje na to, že pokud je u pacienta přítomna porucha polykání, tak se všeobecnými sestrami u pacienta konzultují příjem stravy a tekutin (konzistenci stravy a tekutin, polohování při příjmu stravy, zvýšenou hygienu dutiny ústní). Pokud je pacientovi zjištěna porucha polykání, všeobecná sestra v rámci ošetrovatelské péče dbá na zvýšenou opatrnost při příjmu stravy a tekutin. Z této výpovědi usuzujeme, že logopedi se nezabývají pouze poruchami řeči ale také poruchami polykání. V bakalářské práci Neubauerové (2015) z výzkumu vyplývá, že všeobecné sestry a logopedi mezi sebou málo spolupracují. Informuje, že logoped napíše zprávu do počítače, kterou si poté všeobecná sestra přečte,

a více spolu nekomunikují. Tento problém přisuzují k tomu, že každá má svou práci, při které potřebuje klid.

Všechny tři ergoterapeutky v našem výzkumu sdělily, že si informace předávají ústně a nejčastěji jsou v kontaktu s fyzioterapeuty, se kterými je spolupráce opravdu úzká. Vacková (2020) informuje, že chůze a další mobilita je v roli fyzioterapeuta, ale ergoterapeut na tomto cíli velice dobře podílí. Spolupracují mezi sebou kvůli výběru vhodných pomůcek pro pacienta, nácviku chůze v rámci různých běžných denních aktivit nebo na zlepšení funkce končetin. Dále spolupracují s logopedem, psychologem a všeobecnými sestrami.

Dále jsme v našem výzkumu zkoumali, jak všeobecné sestry spolupracují s rodinou pacienta. Informantky nám sdělily, že spolupráce s rodinou je úzká, kdy často rodinu informují v rámci svých kompetencí, nejčastěji se snaží rodinu informovat o bazální stimulaci, výběru vhodných pomůcek pro pacienta po propuštění do domácí péče, informují se, jaké má rodina možnosti v péči po propuštění pacienta a také je připravují na první návštěvu u lůžka, kdy musí rodinu připravit na to, v jaké situaci se pacient nachází. Dle mého názoru je to někdy opravdu obtížné rodinu na takovou situaci připravit, pokud nemají žádné informace a znalosti o tom, jak probíhá péče na jednotkách intenzivní péče a na jaké přístroje je pacient napojen. Proto je zapotřebí, aby se rodině jak lékaři, tak sestry důkladně věnovali.

Harazinová (2022) ve své diplomové práci sdělila, že rodina má významný podíl na uspokojování potřeb pacienta. Pokud rodina přichází na oddělení anesteziologicko-resuscitační, je vhodné rodinu připravit z důvodu jejich neznalosti péče o pacienta. Němcová (2022) ve své diplomové práci uvádí, že by sestra spolu s lékařem měla rodinu informovat o zdravotním stavu jejich blízkého před prvním příchodem rodiny k lůžku. Jak uvádí ve své diplomové práci Leder (2020) že první kontakt rodinných příslušníků se svými blízkými vyvolává u rodiny emoce jako je strach a pláč. Šnokhausová (2022) v diplomové práci informuje, že většinou rodina přichází za pacientem na návštěvu s nejistotou a strachem, protože neví, co od daného oddělení očekávat. Proto velký vliv zaujímá všeobecná sestra, prostředí oddělení ale také samotný pacient. Kysučanová (2013) ve své bakalářské práci uvádí, že nejčastěji všeobecné sestry spolupracují s rodinou kvůli kompenzačním pomůckám, rehabilitaci a fyziologickým potřebám. Dle mého názoru všeobecné sestry s rodinou nejvíce

komunikují z důvodu provedení bazální stimulace, která je důležitou součástí péče o pacienta ne jen s poraněním mozku.

Všeobecné sestry dále v našem výzkumu konstatují, že problémy při spolupráci s rodinou nevnímají. Když se nějaký problém při spolupráci vyskytne, je to z důvodu, že rodina pacienta nefunguje nebo v rodině dochází ke špatné komunikaci. Leder (2020) v diplomové práci uvádí, že kladné rodinné vztahy motivují a podněcují rodinu pečovat o své blízké. Dále dochází k tomu, že rodina pacienta neinformuje všeobecné sestry o tom, co svému blízkému mohou do zdravotnického zařízení přinést a co nemohou. Za problém považují také to, když rodina pacienta nespolupracuje. Ahmed et al. (2022) poukazují na skutečnost, že rodinná angažovanost v péči o pacienta je důležitá po celou dobu hospitalizace. K překvapivému zjištění došla ve svém výzkumném šetření Hricová (2019), kde informantky sdělily, že rodina se nezapojuje do péče o pacienta. Jako důvod uvedly krátký pobyt pacienta na oddělení a omezený čas pro návštěvy. Myslím si, že by rodina měla využít veškerý čas, který může svému blízkému věnovat, ačkoliv toho času není hodně. Pro pacienty je každá chvíle strávená se svými blízkými velmi významná.

Dalším cílem diplomové práce bylo zjistit nejnáročnější činnosti u vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků u pacientů s poraněním mozku. U všeobecných sester jsme zjistili, že mezi nejnáročnější činnosti patří agresivní chování pacienta. Všeobecné sestry za zásadní kroky považují zachování klidu, trpělivosti, zajištění bezpečnosti pacienta, medikaci a v poslední fázi přistupují ke kurtaci pacienta.

Bílková (2019) ve své diplomové práci z výsledků zjišťuje, že z 90 (100 %) informantů využívá ke zvládnutí agrese farmakoterapii dle ordinace lékaře a to 44 (44 %) informantů. V bakalářské práci od Petříkové (2019) nalézáme několik osvědčených technik, které napomáhají k usnadnění spolupráce s agresivním pacientem. Je důležité hlavně zachovat klid a pacientovi neodporovat. Podstatná je vlídná a milá komunikace s přiměřenou dávkou asertivity. Vejvodová (2015) v diplomové práci sděluje, že náročnost práce vnímá u pacientů, kteří jsou zmatení. Je již známo, že k poranění mozku změna chování pacientů patří a personál by měl vědět, jak k takovým pacientům přistupovat. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že s agresivitou pacientů souvisí skutečnost, že pacienti mají tendenci si odstraňovat invazivní vstupy, proto je někdy

potřeba přistoupit ke kurtaci pacienta. Důležité je pacienta neustále sledovat a dbát jak na naši tak pacientovu bezpečnost.

Další za náročnou činnost všeobecné sestry sdělují hygienickou péči. Sestry kladou důraz na velkou míru opatrnosti a pozornosti. Hygienická péče si vyžaduje otáčení a polohování pacienta, při kterém je každý pohyb hlavy pro pacienta zatěžující vlivem možného zvýšení intrakraniálního tlaku, který musí všeobecné sestry monitorovat. Zimová (2018) ve své bakalářské práci deklaruje, že při polohování si musí dávat personál velký pozor. Poukazují na změny hodnot intrakraniálního tlaku. Kratochvílová (2016) v diplomové práci publikuje, že zásadní rozdíl mezi pacienty s kraniotraumatem a ostatními pacienty je v případě, pokud pacient podstoupí kraniektomii. V takovém případě se klade důraz na velkou opatrnost při ošetřování pacienta. Další rozdíl zmiňuje v polohování pacientů. Sděljuje, že ze začátku by se s pacienty nemělo vůbec hýbat a důležité je, aby měli horní polovinu těla ve zvýšené poloze kolem 45°. Jak zmiňuje ve své publikaci Kapounová (2020), že je důležitá zvýšená pozornost při ošetrovatelské péči. Musíme mít na paměti, že mozek není v určitém místě chráněný kostěnou schránkou. Zvláštní pozornost pro to vyžaduje podklad hlavy. Přibáň a Mraček (2022) informují, že pro normální funkci mozku je zapotřebí, aby byla hodnota intrakraniálního tlaku ve fyziologickém rozmezí. U dospělých klientů je fyziologická hodnota považována kolem 10 mmHg. Hodnota se zvyšuje při kýchání, kašli, vyměšování nebo manipulaci s pacientem. Z vlastní zkušenosti s pacienty na oddělení ARO mohu podotknout, že je zapotřebí s pacienty šetrně manipulovat, sledovat hodnoty intrakraniálního tlaku a je vhodné pacienta polohovat raději ve větším počtu personálu.

Od všeobecných sester jsme se také dozvěděli, jaké hodnoty u pacienta s poraněním mozku monitorují. Standardně monitorují veškeré vitální funkce a dále monitoraci specifickou pro onemocnění týkající se poranění mozku. Sdělily, že intrakraniální tlak, kapnometrii, vědomí, vyšetření zornic, odpady z komorové drenáže, hybnost končetin a také jestli pacient nemá proleženiny. Také poukazují na monitoraci hodnot laboratorních. Také jsme se informantek tázali na to, jak monitorují pacientům s poraněním mozku bolest. Šest informantek se shoduje na tom, že k hodnocení bolesti využívají škálu VAS. Tři informantky sdělili, že ne vždy je možno se podle této škály řídit. Pokud to nelze, bolest hodnotí dle klinického obrazu pacienta a vitálních funkcí. Nejčastěji aplikují léky dle ordinace lékaře a parenterální cestou. Autorka Daňová (2022) se ve své bakalářské práci zabývala problematikou hodnocení bolesti na oddělení

ARO z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků. Prováděla kvalitativní výzkumné šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů s osmi všeobecnými sestrami na oddělení ARO. Z výsledků této bakalářské práce se dozvídáme, že všech osm informantek hodnotí bolest pomocí škály VAS. U pacientů s poruchou vědomí, nebo kteří jsou v bezvědomí, se bolest hodnotí na základě vitálních funkcí (například tachykardie nebo vzestup krevního tlaku pacienta. Autorka Salová (2017) se ve své diplomové práci věnovala bolesti v intenzivní medicíně z pohledu nelékařského zdravotnického personálu. Prováděla kvantitativní výzkumné šetření pomocí nestandardizovaného dotazníku u nelékařských zdravotnických pracovníků na pracovištích intenzivní medicíny. Celkový soubor tvořilo 374 informantů. Reakci na bolest nemocného sleduje 334 informantů (91,98 %) pomocí fyziologických funkcí. Agresivitu hodnotí 134 informantů (35,83 %), strach 92 (24,60 %) informantů. Dále z tohoto výzkumu zjišťujeme, že k farmakologické léčbě bolesti nejčastěji využívají neopiodní analgetika což zmínilo 176 (47,06 %) informantů. Slabé opioidy využívá 52 (13,90 %) informantek. Kromě farmakologické léčby využívají také nefarmakologické metody. Metodu tepla a chladu aplikuje 249 (66,58 %) informantů. Muzikoterapii sdělilo 30 (8,02 %) informantů. Změnu polohy provádí 278 (74,33 %). Rozhovor k mírnění bolesti využívá 17 informantů (4,55 %). Dle mého názoru pacientům pomáhá bazální stimulace, zejména muzikoterapie, dále fyzický kontakt jak od personálu, tak rodiny. Důležité je také odpoutání pozornosti klienta.

Jak uvádí ve svém článku Yang (2020), že neuromonitoring je důležitý v péči o pacienta v intenzivní péči. Pomocí monitorování dokážeme včas odhalit abnormality, které zabrání sekundárnímu poškození mozku. Tomašíková (2018) ve své diplomové práci při průzkumném šetření na sledovaných odděleních zjistila, že se ve vysoké míře monitoruje intrakraniální tlak, mozkový perfuzní tlak, střední arteriální tlak, centrální žilní tlak a acidobazická rovnováha.

Všeobecné sestry zajišťují pacientům s poraněním mozku výživu v našem výzkumu v akutní fázi parenterálně poté se aplikuje nasogastrickou nebo duodenální sondou. Bartůněk et al. (2016) interpretují, že parenterální výživa je rezervována pro stavy, kdy není možné podat enterální výživu nebo kdy není tolerována. Babikova (2020) ve své bakalářské práci na téma péče o výživu na anesteziologicko-resuscitačním oddělení prováděla kvalitativní výzkumné šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru se 6 sestrami na oddělení ARO. V tomto výzkumu jsme se od sester dozvěděli, že

v kritickém stavu pacienta se aplikuje parenterální výživa, poté se přidává enterální výživa v malých dávkách a pokud to pacientův stav dovolí tak pacient přijímá pouze enterální výživu. Následně při úplném zdravení pacienta nastává trénování polykání nejdříve tekutin, dále se přechází na kašovitou stravu a následně dietu pacienta.

Dvě fyzioterapeutky sdělily, že nejčastěji s pacienty při rehabilitaci využívají cvičení na neurofyziologickém podkladě. Záleží však na klinickém stavu pacienta. Jedna informantka uvedla léčebnou tělesnou výchovu. Dále se jednalo o polohování a vertikalizaci. Fyzioterapeutka sděluje náročnost vertikalizace pacienta, který má těžké postižení v závislosti na poranění mozku. Sdělují, že je problém, když si pacienti mají sednout do sedu nebo si stoupnout. Kratochvílová (2016) ve své diplomové práci zjistila, že fyzioterapeuti provádí s pacienty cvičení a protahování. Dále informantky využívají vodoléčbu, magnetoterapii a cvičení na závěsných aparátech. Autorky Fialová a Serranová (2016) ve svém článku sdělují, že fyzioterapeut má klíčovou úlohu v multidisciplinárním managementu funkčních poruch hybnosti pacienta. Vacková (2020) uvádí, že v rehabilitaci pacienta je nejdůležitější čas, tím, intenzivní rehabilitace hlavně ve složkách, ve kterých se klient zlepšuje a provádět rehabilitaci tak dlouho, dokud se pacient v jednotlivých oblastech zlepšuje.

Ergoterapeuti považují za nejnáročnější činnost návrat pacienta do domácího prostředí, aby byl soběstačný a zvládl se sám o sebe postarat. Krejsková (2016) ve svém článku sděluje, že ergoterapeut nastavuje pracovní prostředí pro pacienta, ve kterém se potřebuje realizovat do ergonomických pozic, tedy do pozic, které mají malý, nebo žádný dopad na zdraví klienta. Další náročná činnost je vysvětlení pacientovi, že jeho onemocnění vyžaduje trpělivost v jeho léčbě. Pokud má pacient negativní přístup, vlivem jeho agresivity nebo když není v dobrém psychickém stavu, tak je s pacienty horší spolupráce. Dle ergoterapeutek mají pacienti nejčastěji narušenou paměť, koncentraci a řeč. Přičemž jedna informantka dodává, že koncentrace jí přijde narušena ze všeho nejvíce. Dále posloupnost činností, iniciace a prostorová orientace. Klucká a Volfová (2016) ve své knize informují, že při kognitivní rehabilitaci se zaměřují na pozornost, zlepšení psychomotorického tempa, procvičování prostorové představivosti, řeč, počítání nebo vizuální vnímání. Kratochvílová (2016) ve svém výzkumném šetření zjistila, že se ergoterapeuti nejvíce zaměřují na procvičování jemné motoriky. Informantky vyjmenovaly míčkování, tvorbu z papíru, malování nebo psaní.

Logopedky popisují za náročné momenty situace, kdy je pacient vyčerpaný, unavený nebo demotivovaný. Palmisano et al. (2020) popisují motivaci jako důležitý determinant kvality života. Sdělují, že pacienti s poraněním mozku mívají často motivační poruchy. Nejčastěji se to projevuje narušením chování, myšlení a emocemi. Bartoňková (2020) ve své bakalářské práci informuje, že demotivaci pacienta ovlivňuje spousta faktorů. Například míra postižení, závažnost onemocnění, strach, úzkost nebo vznik deprese. Demotivovaní pacienti se tak stávají pasivní jak v kognitivních funkcích tak i motorických. V ten moment nastává náročná situace jak pro pacienty, terapeutů, ale i celý ošetrovatelský personál. Myslím si, že je důležité si na pacienta vyhradit čas, být trpělivý, podpořit ho a naslouchat mu.

Pro zdravotně sociální pracovníky je nejnáročnější komunikace. Vnímají to tak, že se vyskytují situace, kdy lépe komunikují s rodinou. Palochová (2022) ve své bakalářské práci informuje, že komunikaci velmi usnadňuje rodina, která je na pacienta zvyklá a lépe od rodiny pacient pochopí, co zdravotně sociální pracovník vyžaduje. Dále je náročné, pokud pacienti odmítají spolupracovat. Toto tvrzení se nám potvrzuje s bakalářskou prací od Dokoupilové (2022) která uvádí, že jsou náročné situace v momentě, kdy pacient psychicky strádá. Proto si myslím, že je důležité být pacientovi oporou za každé situace a mít pro pacienta pochopení.

Zdravotně sociální pracovníci zajišťují pacientům různé služby. Sdělily nám, že záleží na tom, jaký pacient kterou službu vyžaduje. Jedná se o žádosti do domova pro seniory, žádosti na následnou péči nebo příspěvky na péči. Strnadelová (2016) ve své bakalářské práci zjistila, že hlavní činností zdravotně sociálního pracovníka je zajištění následné péče, poradenství, pohovory s pacienty, komunikace s institucemi, komunikace s příbuznými nebo personálem. Palochová (2022) ve svém výzkumném šetření sděluje, že zdravotně sociální pracovníci se věnují celkové sociální situaci pacienta. Zajišťují péči po propuštění z hospitalizace a sociální dávky. Řeší, zda je schopna rodina se o svého blízkého postarat, jaké mají možnosti péče. Pokud se o pacienta nejsou schopny sami postarat, zajišťují se žádosti do sociálních pobytových zařízení, domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem. Na základě těchto tvrzení konstatujeme, že se tyto výsledky výzkumného šetření shodují s výsledky naší diplomové práce.

Dále jsme se snažili v našem výzkumu zjistit, jaké jsou nejčastější problémy v komunikaci z pohledu vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků. Od všeobecných sester jsme se dozvěděli, že jedním z problémů přenosu informací mezi personálem a pacientem je zavedení tracheostomie. Dále dezorientovanost pacienta, omezení kognitivních funkcí a fatická porucha, kterou zmiňují i fyzioterapeutky. Další problém vidí všeobecné sestry v tom, pokud se dá pacientům špatně odezírat z úst. Ergoterapeuti dodávají kromě afázie psychoorganický syndrom nebo únavnost pacienta, kteří vlivem únavy odmítají spolupracovat. Logopedky nás informovaly o tom, že se nejčastěji u pacientů setkávají s afázií, dysartrií, dysfagií nebo dysfonií. Aby se komunikace u pacientů zlepšila, je zapotřebí využití prvků, pomocí kterých je možné komunikaci zlepšit. Jedna informantka sdělila, že využívá obrazový materiál nebo muzikoterapii. Další informantka nás informovala, že se terapeutické metody u každé poruchy řeči liší. Například zmínila artikulační cviky, dechová a fonanční cvičení, prozodická cvičení a další. Kratochvílová (2016) ve své diplomové práci zjišťuje, že logoped dochází za pacienty často a trénují spolu řeč, její plynulost, výslovnost a psaní.

Prošková (2018) ve své bakalářské práci informuje o tom, že komunikace s pacienty s poraněním mozku je velmi těžká. Zmiňuje, že pacienti mohou být dezorientovaní, agresivní, nebo se potýkají s poruchou řeči. Růžičková (2022) ve své diplomové práci sdělila, že i když je pacient při vědomí, bývá někdy komunikace obtížná. Může to být z důvodu zavedení endotracheální kanyly nebo tracheostomické kanyly. Dále autorka uvádí, že se s pacienty snaží komunikovat pomocí komunikačních pomůcek. Jmenuje tužku a papír nebo tabulku s písmenky. Což se shoduje s výsledky naší diplomové práce, ve které sdělujeme, že všeobecné sestry nejčastěji využívají metodu tužku a papír u pacientů, kteří mají dostatečnou svalovou sílu, tabulku s písmenky nebo odezíráni z úst.

V bakalářské práci od Dejdarové (2014) všech 52 informantů (100 %) sděluje, že u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami využívají ke komunikaci tabulku s písmenky, dále 35 % písemný projev nemocného, což uvedlo 48 respondentů. Ke správné komunikaci s těmito pacienty je nejdůležitější trpělivá a ochotná sestra, která ví, jak s pacientem komunikovat a která zná alternativní techniky. Tématem bakalářské práce specifika komunikace s pacienty na ARO se zabývala Nečasová (2016), kde na otázku týkající se toho, jaké komunikační techniky sestrám nejvíce

pomáhají při komunikaci s pacientem z celkového počtu 152 odpovědí (100 %) označili informanti 41 odpovědí tužku a papír (27,0 %). Myslím si, že tato metoda je při komunikaci s pacienty hojně využívána, musí však mít pacient dostatečnou svalovou sílu.

Posledním empirickým cílem bylo zjistit připravenost všeobecných sester na specifickou péči o pacienta s poraněním mozku. Bowers at al. (2018) informují, že sestry by měly mít znalosti o péči pacienta, aby se dokázali přizpůsobit jednotlivým poruchám klienta. Proto jsou zapotřebí vzdělávací a školicí akce, které zajistí, že budou mít všeobecné sestry znalosti v péči o tyto pacienty. V našem výzkumu jsme se dozvěděli, že pro všech deset informantek je vzdělání dostačující k tomu, aby mohly poskytovat péči pacientům s poraněním mozku. Nebrání se však tomu, že je důležité účastnit se kurzů, seminářů a že je potřeba celoživotní vzdělávání.

Vzdělávání je dle Zormanové (2017) popisováno jako celoživotní proces, který je uvědomělý a vede k formování osobnosti a také postojů člověka, rozvoji jeho zájmů, vědomostí, dovedností nebo získávání nových zkušeností. Autorka Mertlíková (2022) se ve své bakalářské práci věnovala tématu celoživotní vzdělávání z pohledu českých sester. Na otázku, jestli celoživotní vzdělávání přispívá k lepší ošetrovatelské péči z celkového počtu sester 49 (100 %) 24 sester (49 %) odpovědělo, že celoživotní vzdělávání sester určitě přispívá k lepší ošetrovatelské péči pacientů.

Každá z našich informantek se po nástupu do zaměstnání setkala s činností, která pro ně byla neznámá, neboť ve škole se s danou problematikou setkaly pouze v učebnicích. Jednalo se o komunikaci, intubaci nebo tracheostomii. Dále se v praxi musely také zdokonalit s monitory, dávkovači nebo měřením intrakraniálního tlaku. Autorka Vlastníková (2018) se věnovala ve své bakalářské práci tématu problematika adaptačního procesu u všeobecné sestry. Prováděla kvantitativní výzkumné šetření pomocí anonymního dotazníku vlastní konstrukce. Celkem bylo rozdáno 133 dotazníků, které byly určené všeobecným sestrám. Na otázku zaměřenou na to, jaké největší nedostatky v praktických činnostech sestry pociťovaly, odpovědělo 52,3 % (56) informantek používání zdravotnických přístrojů. Dále 11,2 % (12) informantek sdělilo komunikaci s pacienty, rodinnými příslušníky a zdravotnickým personálem.

Blechová (2021) ve svém výzkumném šetření došla ke zjištění, že by bylo vhodné, aby se učilo více předmětů i prakticky. Sděluje psychologii a komunikaci, kterou se sice

informantky učí teoreticky, ale následně stejně nikdo neví, jak v praxi s lidmi komunikovat. Nápomocní jim byli školitelé, nebo ostatní pracovníci v týmu. Což se shoduje s výsledky naší diplomové práce, kde všech 10 informantek sdělilo, že jim byla nápomocná školitelka či mentorka. Zítková et al. (2015) sdělují, že efektivní vedení adaptačního procesu je užití postupů v denní praxi, které umožní uvolnit rozvojový potenciál nového zaměstnance a poskytne mu možnost přispění k úspěšnému fungování svého týmu a pracoviště (Zítková et al., 2015). Myslím si, že pokud je potřeba, tak si v kolektivu pomůže kdokoli navzájem bez ohledu na to, jestli se jedná o mentorku nebo školitelku.

Zimová (2018) ve své bakalářské práci informuje, že informantkám pomohla v přípravě nejvíce praxe, protože ve škole o dané problematice nebyly moc informovány. Dále sděluje, že jim informace a zkušenosti předávali kolegové z oddělení. Zinková (2022) v diplomové práci publikuje, že sestry mají nedostatky v péči o tracheostomickou kanylu. Bylo by vhodné, aby se sestry více vzdělávaly v rámci tracheostomické kanyly a aby byla tato problematika zařazena do adaptačního procesu. V diplomové práci od Burešové (2014) jsme se dozvěděli, že přechod ze školy do zaměstnání byl pro absolventky náročný. Tuto skutečnost usuzovaly k tomu, že musely přijmout velké množství informací v krátkém časovém intervalu nebo nové neznámé situace. Také uvádí, že absolventky vnímaly nedostatečnou přípravu ve škole na jejich působení v praxi. Autorka poukazuje na to, že vzdělání hraje důležitou roli v průběhu zapracování se do nového zaměstnání.

Cahová (2017) v diplomové práci poukazuje na výhodu využití adaptačního balíčku v rámci adaptačního procesu pro nové zaměstnance. Adaptační balíček obsahuje specifické činnosti, které se vyskytují na neurochirurgické jednotce intenzivní péče a napomáhá tak seznámit se s činnostmi, které absolventi neznají, nebo v čem si jsou méně jistí. Jmenují například spinální linky, drenáže, nebo ventilátory. Dále autorka ve své diplomové práci sděluje, že je důležité také samostudium. Problém vnímá v tom, že škola nedokáže připravit dostatečně studenta na práci na jednotce intenzivní péče. Chybí jak teoretické, tak praktické zkušenosti. Informantky sdělovaly, že si musely doplňovat znalosti i po skončení adaptačního procesu. Vzhledem k tomu, že jde medicína neustále dopředu, tak si myslím, že ukončením adaptačního procesu vzdělávání nekončí. Je potřeba si vědomosti neustále doplňovat, ať už pomocí kurzů, seminářů, školení nebo samostudia.

6 Závěr

Skutečnost, že péče o pacienta s poraněním mozku se neobejde bez multidisciplinární péče, není nějak překvapující. Na péči se podílí lékaři, všeobecné sestry, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, logopedi a zdravotně sociální pracovníci.

V první výzkumné otázce jsme došli ke zjištění, že pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky je multidisciplinární přístup nevyhnutelný, neboť poškození mozku zasahuje do více oblastí klienta. Předávání informací mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky probíhá nejčastěji ústní formou a individuálně, pomocí dokumentace po 12 hodinových směnách a na poradách. Všeobecné sestry nejvíce spolupracují s fyzioterapeuty, protože všeobecné sestry jsou s pacienty nejčastěji v kontaktu a mají tak o pacientech největší přehled. Předávání informací se týká toho, jak pacient může rehabilitovat, nebo ohledně převazů a dekubitů. Logopedky nejčastěji spolupracují klinickým psychologem, ergoterapeutem, fyzioterapeutem a všeobecnými sestrami. Velmi úzce probíhá spolupráce mezi ergoterapeuty a fyzioterapeuty. Během spolupráce se informují na výběru vhodných pomůcek, nácviku chůze nebo zlepšení funkce končetin. Dále ergoterapeuti spolupracují s logopedem, psychologem a všeobecnými sestrami. Zdravotně sociální pracovníci nejčastěji spolupracují se všeobecnými sestrami. Na základě zjištěných informací mohou zdravotně sociální pracovníci pomoci rodině v návazné péči o pacienta.

Pomocí druhé výzkumné otázky jsme zjistili, že spolupráce mezi všeobecnými sestrami a rodinou pacienta je velmi úzká. Nejčastěji rodinu informují o možnosti bazální stimulace, výběru vhodných pomůcek pro pacienta a připravují je na první návštěvu pacienta u lůžka. Problémy při spolupráci s rodinou se vyskytují v momentě, když rodina nefunguje, když dochází ke špatné komunikaci v rodině nebo když rodina nespolupracuje.

Jako náročná činnost pro všeobecné sestry se jeví moment, když je pacient agresivní. V tom případě se sestry snaží o zklidnění pacienta, zachování klidu a vldně komunikují. V další fázi aplikují zklidňující léky dle ordinace lékaře a v poslední řadě přistupují ke kurtaci pacienta. Pacienta musí neustále sledovat a dbát na jeho bezpečnost. Velmi opatrně a pozorně přistupují k hygienické péči pacienta, při které dochází k manipulaci s pacientem. Vlivem manipulace hrozí vzestup hodnot intrakraniálního tlaku. Pro fyzioterapeuty je problémová vertikalizace pacienta s těžkým

poraněním mozku. Pro ergoterapeuty je náročné připravit pacienta do domácího prostředí, vysvětlení pacientovi aby byl trpělivý a neuspěchal zotavení po poranění. V případě negativního přístupu se ergoterapeutům s pacienty hůře spolupracuje. Pro logopedky jsou náročné situace, kdy je pacient unavený, vyčerpaný nebo demotivovaný. Zdravotně sociální pracovníci vnímají jako nejnáročnější činnost komunikaci, při čemž sdělili, že jsou situace, kdy lépe komunikují s rodinou pacienta.

Mezi nejčastější problémy v komunikaci z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků dochází z důvodu zavedení tracheostomie, dezorientovanosti pacienta, fatické poruchy, omezených kognitivních funkcí, špatného odezírání z úst od personálu, únavy pacienta, vyčerpání, demotivace nebo psychoorganického syndromu.

Práce poukazuje na nedostatky v přípravě všeobecných sester do zaměstnání. Každá všeobecná sestra se setkala v zaměstnání s činností, která pro ni byla neznámá. Je to dáno tím, že se ve škole s činnostmi setkaly pouze v učebnicích. Jednalo se o komunikaci, intubaci, tracheostomii, práci s monitory, dávkovači nebo měření intrakraniálního tlaku.

V rámci zjištěných nedostatků doporučujeme zavést více praktických hodin na téma komunikace v intenzivní péči, tracheostomii, intubaci, práci s monitory, dávkovači nebo se více zaměřit na téma intrakraniálního tlaku. Dle našeho názoru by bylo vhodné tyto problematiky více zakomponovat do praktických hodin v rámci simulačního centra.

Cíle předložené diplomové práce byly splněny pomocí kvalitativní výzkumné techniky a vyhodnocení stanovených výzkumných otázek.

Výsledky diplomové práce mohou být poskytnuty managementu neurochirurgického oddělení a nově nastupujícím všeobecným sestřám k pochopení multidisciplinárního týmu v péči o pacienty s poraněním mozku.

7 Seznam literatury

1. AHMED, F., et al., 2022. Outcomes of family-centred auditory and tactile stimulation implementation on traumatic brain injured patients. *NursingOpen*. 10(3), 1601-1610. doi: 10.1002/nop2.1412.
2. ALNAJI, O., et al., 2022. Correlation between Mild Traumatic Brain Injury-Induced Inflammatory Cytokines and Emotional Symptom Traits: A Systematic Review. *Brain sciences*. 12(1), 102. doi: 10.3390/brainsci12010102.
3. BABIKOVA, T., 2020. *Péče o výživu u pacientů na anesteziologicko-resuscitačním oddělení*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
4. BARTOŇKOVÁ, J., 2020. *Motivace k rehabilitaci a návratu do běžného života u vybraných skupin pacientů na rehabilitačním oddělení*. Olomouc. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických věd.
5. BARTŮNĚK, P., et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-271-9328-8.
6. BÍLKOVÁ, V., 2019. *Agresivní chování pacienta na JIP a ARO z pohledu sestry*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta.
7. BLECHOVÁ, A., 2021. *Motivace sester ke studiu na vysoké škole*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
8. BOWERS, B., et al., 2018. Nurses' concerns about caring for patients with acute and chronic traumatic brain injury. *Journal of clinical nursing*. 7(8), 1408-1419. doi: 10.1111/jocn.14298.
9. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
10. BUREŠOVÁ, J., 2014. *Začínající sestra v intenzivní péči: šok z přechodu do praxe*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta.
11. CAHOVÁ, L., 2017. *Adaptační proces všeobecných sester a zdravotnických asistentů na pracovišti intenzivní medicíny*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta.

12. DAŇOVÁ, M., 2022. *Problematika hodnocení bolesti na oddělení ARO z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků*. Jihlava. Bakalářská práce. Katedra zdravotnických studií.
13. DEJDAROVÁ, K., 2014. *Problematika komunikace mezi sestrou a pacientem se zajištěnými dýchacími cestami*. Pardubice. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií.
14. DINGOVÁ, M., et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
15. DOKOUPILOVÁ, J., 2022. *Zdravotně sociální pracovník a jeho role v nemocnici*. Zlín. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií.
16. DOSBABA, F., et al., 2021. *Rehabilitační ošetrování v klinické praxi*. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-271-1050-6.
17. FIALOVÁ, D., SERRANOVÁ, T., 2016. *Fyzioterapie u funkčních poruch hybnosti. Neurologie pro praxi*. 17(2), 87-91. ISSN 1803-5280.
18. FLÍDROVÁ, E., 2021. *Spolupráce všeobecné sestry a fyzioterapeuta na oddělení intenzivní péče*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta.
19. GURKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2017. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0583-0.
20. HÁJEK, M., et al., 2015. *Chirurgie v extrémních podmínkách: odborný přehled pro lékaře a zdravotníky na zahraničních praxích*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-4587-9.
21. HARAZINOVÁ, L., 2022. *Role sestry při poskytování multidisciplinární péče na spinálních jednotkách*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
22. HLINKOVÁ, E., et al., 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0620-2.
23. HRICOVÁ, K., 2019. *Problematika ošetrovatelské péče neurologicky nemocných v intenzivní péči*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.

24. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
25. CHLUBNOVÁ, H., 2021. *Spolupráce sociálního pracovníka a zdravotnického personálu při zajištění péče o pacienty po CMP ve vybraném zdravotnickém zařízení*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta.
26. JELÍNKOVÁ, I., 2020. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. 2 vydání. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-1052-0.
27. JURÁŇ, V., SMRČKA, M., 2013. Novinky v akutní péči o kranio cerebrální poranění. *Neurologie pro praxi*. 14(2), 67-71. ISSN 1803-5280.
28. KALVACH, Z., et al., 2011. *Křehký pacient a domácí péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-7628-6.
29. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2 vydání. Praha: Grada. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
30. KARÁSKOVÁ, L., 2019. *Role sociálního pracovníka v lůžkových zdravotních odděleních akutní péče*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta.
31. KELNAROVÁ, J., et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
32. KELNAROVÁ, J., et al., 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. 2 vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5331-7.
33. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2 vydání. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
34. KIRCHNEROVÁ, M., 2014. *Všeobecná sestra a kontraktury u imobilních osob*. Brno. Bakalářská práce. Lékařská fakulta.
35. KLEPÁČKOVÁ, O., et al., 2022. *Sociální práce na příkladech z praxe*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-3074-0.
36. KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P., 2016. *Kognitivní trénink v praxi*. 2 vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5580-9.

37. KRAHULÍK, D., et al., 2021. *Dětská neurochirurgie*. Praha: Grada. 392 s. ISBN 978-80-271-2527-2.
38. KRATOCHVÍLOVÁ, M., 2016. *Péče o pacienta s kraniocerebrálním poraněním*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta.
39. KREJSKOVÁ, T., 2016. Ergoterapie. *Neurologie pro praxi*. 17(4), 58-61. ISSN 1803-5280
40. KŘIVÁNKOVÁ, M., 2019. *Somatologie: pro střední zdravotnické školy*. 2 vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-0695-0.
41. KULIŠŤÁK, P., et al., 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 914 s. ISBN 978-80-246-3068-7.
42. KYSUČANOVÁ, I., 2013. *Spolupráce sestry a rodiny u pacientů po cévní mozkové příhodě*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
43. LEDER, J., 2020. *Spoluúčast rodinných příslušníků na péči o pacienta v prostředí intenzivní péče*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta.
44. MERTLÍKOVÁ, R., 2022. *Celoživotní vzdělávání z pohledu českých sester*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
45. MIŽENKOVÁ, L., et al., 2022. *Obecná traumatologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada 136 s. ISBN 978-80-271-3128-0.
46. MOHAMMAD, E., et al., 2021. Factors Affecting the Implementation of Early Rehabilitation Care in Patients with Traumatic Brain Injury: A Multidisciplinary Perspective. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJRI)*. 35(147). doi: 10.47176/mjiri.35.147.
47. MUZIKÁŘOVÁ, S., et al., 2021. Multimodální monitoring u těžkých mozkových poranění. *Neurologie pro praxi*. 22(6), 466-470. ISSN 1803-5280.
48. NEČASOVÁ, A., 2016. *Specifika komunikace s pacienty na ARO*. Jihlava. Bakalářská práce. Katedra zdravotnických studií.
49. NĚMCOVÁ, A., 2022. *Komunikace sester s rodinami pacientů v intenzivní péči*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta.

50. NEUBAUEROVÁ, H., 2015. *Spolupráce sester a logopedů u klientů s afázií*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
51. PALMISANO, S., et al., 2020. Neurobehavioral Initiation and Motivation Problems After Acquired Brain Injury. *Frontiers in Neurology*. 11(23). doi: 10.3389/fneur.2020.00023.
52. PALOCHOVÁ, M., 2022. *Poradenství v kontextu zdravotně sociální péče*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
53. PETŘÍKOVÁ, Z., 2019. *Agresivní chování pacientů z pohledu sestry*. Praha. Bakalářská práce. 2 lékařská fakulta.
54. PLEVOVÁ, I., et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
55. PLEVOVÁ, I., et al., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2 vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
56. PLEVOVÁ, I., et al., 2019. *Ošetrovatelství II*. 2 vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
57. PROŠKOVÁ, K., 2018. *Specifika ošetrovatelské péče o osoby po cévní mozkové příhodě*. Jihlava. Bakalářská práce. Katedra zdravotnických studií.
58. PŘIBÁŇ, V., MRAČEK, J., 2022. *Neurochirurgie*. 2 vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 282 s. ISBN 978-80-246-3688-7.
59. RASMUSSEN, M., et al., 2021. The effectiveness of a family-centred intervention after traumatic brain injury: A pragmatic randomised controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 35(10), 1428-1441. doi: 10.1177/02692155211010369.
60. ROSHAN, E., et al., 2019. Clinical and cost effectiveness of memory rehabilitation following traumatic brain injury: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 33(7), 1171-1184. doi: 10.1177/0269215519840069.
61. ROSINA, J., et al., 2021. *Biofyzika: pro zdravotnické a biomedicínské obory*. 2. vydání. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-271-2526-5.
62. RUSINA, R., et al., 2014. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta. 360 s. ISBN 978-80-204-3300-8.

63. RŮŽIČKOVÁ, L., 2022. *Komunikace s pacientem*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta.
64. SALOVÁ, M., 2017. *Bolest v intenzivní medicíně z pohledu nelékařského zdravotnického personálu*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta.
65. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2 vydání. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
66. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
67. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
68. SMRČKA, M., et al., 2013. *Kraniocerebrální poranění a možnosti následné neurorehabilitace - popis problematiky a přehled literatury*. *Neurologie pro praxi*. 14(2), 80-83. ISSN 1803-5280.
69. STANČÁKOVÁ, Z., 2013. *Logopedická péče o pacienty s poruchou řeči v subakutním stadiu*. *Neurologie pro praxi*. 14(3), 131-132. ISSN 1803-5280.
70. STOCCHETTI, N., ZANIER, E., 2016. *Chronic impact of traumatic brain injury on outcome and quality of life: a narrative review*. *Critical Care*. 20(1), 148. doi: 10.1186/s13054-016-1318-1.
71. STREITOVÁ, D., et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
72. STRNADELOVÁ, S., 2016. *Role zdravotně-sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení*. Jihlava. Bakalářská práce. Katedra zdravotnických studií.
73. SUCHARDA, P., ZLATOHLÁVEK, L., 2015. *Základy klinické medicíny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 106 s. ISBN 978-80-246-3091-5.
74. ŠÁMALOVÁ, K., PETR, V., 2021. *Sociální správa: organizace a řízení sociálních systémů*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-271-2195-3.

75. ŠEBLOVÁ, J., et al., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2 vydání. Praha: Grada. 480 s. ISBN 978-80-271-0596-0.
76. ŠEVČÍK, P., et al., 2014. *Intenzivní medicína*. 3 vydání. Praha: Galén. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
77. ŠNOKHAUSOVÁ, A., 2022. *Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
78. ŠOULOVÁ, K., 2015. *Spolupráce sestry a fyzioterapeuta u klientů po CMP*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
79. ŠVESTKOVÁ, O., et al., 2017. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-271-0084-2.
80. THOMAS, M., et al., 2016. Nurses' Beliefs About Caring for Patients With Traumatic Brain Injury. *Western journal of nursing research*. 38(9), 1114-1138. doi:10.1177/0193945916636629.
81. TOMAŠTIKOVÁ, P., 2018. *Znalosti a zvyklosti všeobecných sester o vybraných neuromonitorovacích postupech v intenzivní péči*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta.
82. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
83. TRACHTOVÁ, E., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4 vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.
84. VACKOVÁ, J., et al., 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-2434-3.
85. VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada 112 s. ISBN 978-80-247-5571-7.

86. VEJVODOVÁ, H., 2015. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po neurochirurgické operaci u vybraných onemocnění*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
87. VEVERKOVÁ, E., et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-2747-9.
88. VÉVODA, J., et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
89. VIARASILPA, T., 2022. Implementation of neurocritical care in Thailand. *Frontiers in Neurology*. doi: 10.3389/fneur.2022.990294.
90. VIVIENNE, T., et al., 2017. Interdisciplinary eHealth for the care of people living with traumatic brain injury: A systematic review. *Brain Injury*. 31(13-14), 1701-1710. doi: 10.1080/02699052.2017.1387932.
91. VLASTNÍKOVÁ, J., 2018. *Problematika adaptačního procesu u všeobecné sestry*. Jihlava. Bakalářská práce. Katedra zdravotnických studií.
92. Vyhláška č. 55/2011Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků: v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#cast4>.
93. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
94. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada 304 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
95. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA - OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V CHIRURGICKÝCH OBORECH, 2020*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/41049/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2036%20VS%20-%20O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A1%20p%C3%A9%C4%8De%20v%20chirurgick%C3%BDch%20oborech%20\(v%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8D.%205_2020\).pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/41049/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2036%20VS%20-%20O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A1%20p%C3%A9%C4%8De%20v%20chirurgick%C3%BDch%20oborech%20(v%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8D.%205_2020).pdf)
96. YANG, M., 2020. Multimodal neurocritical monitoring. *Biomedical journal*. 43(3), 226-230. doi: 10.1016/j.bj.2020.05.005.

97. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
98. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2 vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
99. ZIMOVÁ, E., 2018. *Úskali ošetrovatelské péče o pacienty s poraněním mozku*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
100. ZINKOVÁ, E., 2022. *Informovanost sester v péči o pacienta s tracheostomickou kanylou v intenzivní péči*. Brno. Diplomová práce. Lékařská fakulta.
101. ZÍTKOVÁ, M., et al., 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5094-1.
102. ZORMANOVÁ, L., 2017. *Didaktika dospělých*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0051-4.
103. ŽÁK, A., et al., 2014. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

8 Seznam tabulek

Tabulka 1 Identifikační údaje - všeobecné sestry	37
Tabulka 2 Přehled kategorií a podkategorií kvalitativních dat – všeobecné sestry	38
Tabulka 3 Identifikační údaje - ergoterapeuti	55
Tabulka 4 Přehled kategorií a podkategorií kvalitativních dat - ergoterapeuti.....	56
Tabulka 5 Identifikační údaje - fyzioterapeuti.....	60
Tabulka 6 Přehled kategorií a podkategorií kvalitativních dat - fyzioterapeuti	61
Tabulka 7 Identifikační údaje - logopedi	64
Tabulka 8 Přehled kategorií a podkategorií kvalitativních dat - logopedi.....	65
Tabulka 9 Identifikační údaje - zdravotně sociální pracovníci	70
Tabulka 10 Přehled kategorií kvalitativních dat - zdravotně sociální pracovníci.....	70

9 Seznam příloh

Příloha 1 Otázky pro rozhovory se všeobecnými sestrami

Příloha 2 Otázky pro rozhovory s ergoterapeuty

Příloha 3 Otázky pro rozhovory s fyzioterapeuty

Příloha 4 Otázky pro rozhovory s logopedy

Příloha 5 Otázky pro rozhovory se zdravotně sociálními pracovníky

Příloha 1 Otázky pro rozhovory se všeobecnými sestrami

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Na jakém oddělení pracujete?
3. Jak dlouho na tomto oddělení pracujete?
4. Myslíte si, že je důležitý multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku?
Pokud ano, proč?
5. Jakým způsobem si předáváte informace o pacientovi s ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky?
6. Jakým způsobem probíhá předávání informací mezi Vámi a rodinou pacienta s poraněním mozku?
7. Jaké problémy při spolupráci s rodinou vnímáte?
8. Jak pacientům s poraněním mozku zajišťujete výživu?
9. Jak pacientům s poraněním mozku monitorujete bolest?
10. Co u pacientů s poraněním mozku monitorujete?
11. Jak probíhá ošetrovatelská péče i pacienta s poraněním mozku, který je vlivem onemocnění dezorientovaný nebo agresivní?
12. Jak probíhá hygienická péče u pacienta s poraněním mozku?
13. Jaké jsou nejčastější překážky v komunikaci mezi Vámi a pacientem s poraněním mozku?
14. Jaké pomůcky využíváte ke komunikaci s pacientem s poraněním mozku?
15. Je pro Vás podle vašeho názoru vzdělání dostačující k tomu, aby jste mohla pečovat o pacienty s poraněním mozku?
16. Jaké ošetrovatelské činnosti pro Vás byly neznámé, když jste nastoupila po studiu do zaměstnání?
17. Jak u Vás na oddělení probíhá adaptační proces?

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha 2 Otázky pro rozhovory s ergoterapeuty

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Na jakém oddělení pracujete?
3. Jak dlouho na daném oddělení pracujete?
4. Myslíte si, že je důležitý multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku?
Pokud ano, proč?
5. Jak probíhá předávání informací mezi Vámi a všeobecnými sestrami o pacientovi s poraněním mozku?
6. S kým z nelékařských zdravotnických pracovníků nejvíce spolupracujete a jak tato spolupráce probíhá?
7. Jaké jsou nejčastější překážky v komunikaci mezi Vámi a pacientem s poraněním mozku?
8. Na jaké kognitivní funkce se u pacientů s poraněním mozku nejčastěji zaměřujete?
9. Jaké testy ke zjištění soběstačnosti využíváte?
10. Jaké pomůcky ke zlepšení soběstačnosti pacientovi doporučujete?
11. Setkala jste se někdy s negativním přístupem pacienta? Pokud ano, proč?
12. Jaká činnost u pacienta s poraněním mozku Vám přijde nejvíce náročná?

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha 3 Otázky pro rozhovory s fyzioterapeuty

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Na jakém oddělení pracujete?
3. Jak dlouho na daném oddělení pracujete?
4. Myslíte si, že je důležitý multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku?
Pokud ano, proč?
5. Jak probíhá předávání mezi Vámi a všeobecnými sestrami o pacientovi s poraněním mozku?
6. S kým z nelékařských zdravotnických pracovníků nejvíce spolupracujete a jak tato spolupráce probíhá?
7. Jaké fyzioterapeutické cvičení u pacientů s poraněním mozku nejvíce využíváte?
8. Jak jsou fyzioterapeutická cvičení Vámi pacientům s poraněním mozku vysvětlena?
9. Setkala jste se někdy s pacientem s poraněním mozku, který by fyzioterapeutické cvičení odmítal? Pokud ano, proč?

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha 4 Otázky pro rozhovory s logopedy

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Na jakém oddělení pracujete?
3. Jak dlouho na daném oddělení pracujete?
4. Myslíte si, že je důležitý multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku?
Pokud ano, proč?
5. Jak probíhá předávání informací mezi Vámi a všeobecnými sestrami o pacientovi s poraněním mozku?
6. S kým z nelékařských zdravotnických pracovníků nejvíce spolupracujete a jak tato spolupráce probíhá?
7. Co považujete za největší problém při komunikaci s pacientem s poraněním mozku?
8. Jak probíhá spolupráce mezi Vámi a pacientem po propuštění do domácí péče?
9. Jakým způsobem probíhá procvičování komunikace s pacientem s poraněním mozku?
10. S jakými nejčastějšími poruchami řeči jste se u pacientů s poraněním mozku setkala?
11. Jaké prvky pro zlepšení komunikace u pacientů s poraněním mozku využíváte?

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha 5 Otázky pro rozhovory se zdravotně sociálními pracovníky

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Na jakém oddělení pracujete?
3. Jak dlouho na daném oddělení pracujete?
4. Myslíte si, že je důležitý multidisciplinární přístup o pacienta s poraněním mozku?
Pokud ano, proč?
5. Jak probíhá předávání informací mezi Vámi a všeobecnými sestrami o pacientovi s poraněním mozku?
6. S kým z nelékařských zdravotnických pracovníků nejčastěji spolupracujete a jak tato spolupráce probíhá?
7. Jaké služby pacientovi s poraněním mozku zajišťujete?
8. Zjišťujete možnosti péče po propuštění pacienta do domácí péče? Pokud ano, jaké?
9. Jaké problémy při péči o pacienta s poraněním mozku vnímáte?
10. Do jaké míry je pro Vás péče o pacienty s poraněním mozku náročná?

Zdroj: vlastní zpracování