

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

2013

Bc. Barbora Kaletová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní péče

Diplomová práce

Bc. Kaletová Barbora

Problematika potřeb pacientů s cévní mozkovou příhodou

Olomouc 2013

vedoucí práce: PhDr. Lenka Machálková Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 18. dubna 2013

podpis

Děkuji PhDr. Lence Machákové Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a poskytování rad. Rodičům Rudolfovi a Marii Bialończykovým za umožnění studia.

Obsah

Úvod.....	6
1 Cíl diplomové práce.....	7
2 Pojetí potřeb.....	8
2.1 Psychologické pojetí potřeb.....	8
2.2 Pojetí potřeb v ošetrovatelství.....	9
2.2.1 Členění potřeb v době nemoci.....	11
2.3 Pyramida potřeb dle A. Maslowa.....	11
2.3.1 Kategorizace potřeb dle A. Maslowa.....	12
2.4 Potřeby ve vzdělávacím procesu.....	13
3 Cévní mozková příhoda.....	14
3.1 Pojetí cévní mozkové příhody.....	14
3.2 Typy cévních mozkových příhod.....	14
3.2.1 Transientní ischemický neurologický deficit.....	15
3.3 Péče o pacienty s CMP v podmínkách České republiky.....	16
4 Metodika práce.....	17
4.1 Organizace průzkumného šetření.....	17
4.2 Metoda sběru dat.....	18
4.2.1 Příprava řízeného rozhovoru.....	19
4.2.2 Příprava dotazníkového šetření.....	19
4.3 Charakteristika zkoumaného souboru.....	20
5 Výsledky průzkumného šetření.....	21
5.1 Zpracování řízeného rozhovoru respondentů iktového centra.....	21
5.1.1 Informace z dokumentace.....	21
5.1.2 Řízený rozhovor.....	24
5.2 Zpracování dotazníkového šetření u respondentů střední zdravotnické školy.....	31
5.2.1 Informační údaje.....	31
5.2.2 Vědomostní položky.....	33
6 Výsledky a diskuze.....	47
Závěr.....	51
Souhrn.....	53
Summary.....	54
Referenční seznam.....	55
Seznam zkratk.....	58

Seznam obrázků.....	59
Seznam tabulek.....	60
Seznam grafů.....	61
Seznam příloh.....	62

Úvod

Závěrečnou diplomovou práci na téma Problematika potřeb pacientů s diagnózou cévní mozková příhoda jsem si zvolila na podkladě dosavadních zkušeností všeobecné sestry, pracující v iktovém centru. Důvodem byl zájem zmapovat základní potřeby pacientů v akutní fázi CMP (cévní mozková příhoda). Zajímala mě také informovanost budoucích zdravotnických pracovníků z řad studentů, ZA (zdravotnický asistent), kteří o pacienty v rámci své odborné praxe pečují.

Cévní mozková příhoda představuje velmi časté a závažné onemocnění. Česká republika patří mezi státy s vysokou mortalitou. Výskyt CMP narůstá exponenciálně pro obě pohlaví (Solen, 1/2003). Dle informací z ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky), bylo v roce 2010 hospitalizováno 57 848 pacientů s CMP. Z toho 5 826 osob zemřelo v nemocnici a ještě v daném roce zemřelo dalších 11 567 osob (UZIS ČR). Péče o pacienty vyžaduje odbornou péči v iktových a cerebrovaskulárních centrech. Během své profese se denně setkávám s pacienty v akutním stavu, kteří jsou bezprostředně ohroženi na životě. Při časném transportu na specializované pracoviště, správné diagnostice, vhodné léčbě a příznivé symptomatologii, nemají lidé žádné následky. Samotná léčba a následná rekonvalescence může trvat několik dnů, týdnů, měsíců, ale i řadu let. Závažnost onemocnění spočívá především v nemožnosti vykonávat činnosti běžného dne, zejména v oblasti sebeobsluhy.

Teoretická část práce zpracovává problematiku potřeb. Zabývá se definicí potřeb, pojetím potřeb z hlediska psychologie, ošetřovatelství, klasifikacemi a podrobnému zpracování Maslowovy hierarchie potřeb. Zaměřuje se mimo jiné na obecné informace z oblasti cévních mozkových příhod. Pozornost je věnována základním pojmům, definicím, právní problematice a standardu péče o pacienty s diagnózou CMP.

Empirická část se věnuje řízenému rozhovoru a dotazníkovému šetření. Vzorek tvořili pacienti IC (iktové centrum) a studenti SZŠ (střední zdravotnické školy) oboru ZA (zdravotnický asistent). V IC byli dotazováni respondenti s prodělanou ICMP (ischemická cévní mozková příhoda) – TIA (transitorní ischemická ataka). Nepřítomnost neurodeficitu byla podmínka k získání relevantních informací o základních potřebách v akutní fázi. Respondenti SZŠ oboru ZA, byli zvoleni za účelem zjištění informovanosti o daném onemocnění a aktuálních problémech pacientů s CMP.

Součástí diplomové práce je vytvoření edukačního materiálu, který je určen studentům III. a IV. ročníků SZŠ, oboru ZA.

1 Cíl diplomové práce

Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat základní potřeby pacientů/klientů v akutní fázi cévní mozkové příhody.

Hlavní cíl práce byl rozpracován do následujících dílčích cílů:

1. Zjistit prioritní základní potřeby pacientů/klientů v akutní fázi cévní mozkové příhody.
2. Objektivně zhodnotit rozsah schopností při provádění aktivit běžných činností dle indexu Barthelové u pacientů/klientů.
3. Na základě subjektivního hodnocení pacientů/klientů zjistit omezení po odeznění akutní formy CMP.
4. Zjistit informovanost studentů střední zdravotnické školy o cévní mozkové příhodě.
5. Zjistit kontakt studentů k pacientům/klientům s cévní mozkovou příhodou.
6. Zjistit povědomí studentů o potřebách pacientů/klientů s cévní mozkovou příhodou.

2 Pojetí potřeb

Autoři zabývající se problematikou potřeb používají celou řadu termínů a definic pro objasnění a přiblížení dané problematiky.

Smékal označuje potřebu jako: „stav osobnosti odrážející rozpor mezi tím, co je dáno, a tím co je nutné (nebo se jeví osobnosti jako nutné) pro přežití a rozvoj, stav podněcující osobnost k činnostem zaměřeným na odstranění tohoto rozporu“ (Smékal, 2009, s. 239).

Nakonečný popisuje potřebu jako základní formu motivu a to ve smyslu deficitu (nedostatku) v biologické či sociální oblasti bytí (Nakonečný, 1995).

Trachtová formuluje uspokojování potřeb jako zcela individuální a závislé na vnímání, prožívání, chování a v neposlední řadě na životních zkušenostech každého jedince. Potřeby se během života mění, modifikují, jak z hlediska kvality tak i kvantity. Význam potřeb je velmi důležitý. Zpravidla chrání jedince před poškozením ze zevního, ale i vnitřního prostředí. Ochrana je nastartována procesem motivace, který má určitý směr, trvání a sílu a je zaměřen na uspokojení potřeb. Projeví se vědomým či nevědomým charakterem a vyvolává tzv. motivační napětí (Trachtová, 2001). Plevová zdůrazňuje nutnost rozlišit psychologické pojetí potřeb od nepsychologického pojetí potřeb (Plevová, 2011).

2.1 Psychologické pojetí potřeb

Z hlediska psychologie uvádí Říčan základní fyziologické potřeby a primární psychologické potřeby. Základní fyziologické potřeby jsou chápány jako nejjednodušší pro průzkum nejpřístupnější a zároveň vývojově nejranější. Jsou společné pro všechny savce a jejich úkolem je přežití jedince. Patří zde např. potřeba kyslíku, potřeba potravy, potřeba smyslových podmětů, potřeba laktace, vyměšování a lze najít i mnoho dalších. Říčan dále uvádí, že k základním fyziologickým potřebám jsou velmi blízké potřeby sekundární. Ty vznikají na podkladě vypěstovaného návyku. Zde může jít o závislosti na psychotropních látkách. Nejsou-li tyto potřeby uspokojeny, mění se samotná existence organismu. Potřeby jsou vnímány jako napětí a uvědomovány podle stupně jasnosti jako méně zřetelné touhy či naopak přání. Členění základních potřeb je velmi pestré. Z hlediska psychologie není však žádná obecně uznávána. Opírají se o běžné zkušenosti z nichž vychází řada klasifikací tzv. indexů potřeb (Říčan, 2010).

Plevová nabízí celé spektrum indexů potřeb. Teorií, definicemi a rozdělením potřeb se zabývala celá řada psychologů a nabízí méně či více propracovanou problematiku potřeb. Plevová zmiňuje třídění primárních potřeb dle Berelsona a Steinerja, které je založeno na biologických funkcích. Tato klasifikace však není vyčerpávající. Podrobnější třídění potřeb vychází z klinických zkušeností vytvořené Henry A. Murraye. Murraye. Rozlišuje asi 40 druhů potřeb a ty třídí na viscerogenní (primární) a psychogenní (sekundární). Dále na potřeby vědomé a nevědomé, latentní a manifestní, kladné a záporné (Plevová, 2011).

Nakonečný popisuje index psychogenních potřeb dle E.R. Hilgarda, který je propracovanější a dokonalejší. Potřeby třídí do oblastí spojené s neživými předměty, potřeby vyjadřující ambice, dokonalost, moc, projevování síly a získávání obdivu, poškozování jiných i sebe sama, potřeby vztahující se k náklonnostem a v neposlední řadě potřeby sociální (Nakonečný, 2010). Plevová zmiňuje, že vývojově nejmladší rozdělení potřeb vytvořil dánský psycholog K.B. Madsena. Snažil se o vytvoření systematického přehledu primárních (vrozené) a sekundárních (naučené) potřeb. Vytvořil index 16 podmětů (Plevová, 2011). Madsen uvedl, že východiskem hierarchického uspořádání potřeb je jejich prožívaná naléhavost. Potřeby uvedené v systému jako vyšší jsou uspokojovány tehdy, když jsou uspokojovány potřeby nižší (Madsen, 2004).

Nakonečný rozdělil význam pojmu potřeba do tří oblastí. Biologická, ekonomická a psychologická sféra. Biologické potřeby zpravidla nemají psychickou odpověď, ale mohou jedince motivovat. Zde zařazuje některé biologické potřeby, chybění specifických látek v potravě atd. Ekonomické potřeby vyjadřují potřebu něco vlastnit, mít s něčím disponovat. Zpravidla se jedná o prostředek k dosažení psychologického cíle. Obrazem psychického stavu jedince jsou psychologické potřeby, které poukazují na nedostatek a strádání. Zahrnují především oblast sociálního života a citění jedince (Nakonečný, 2010). Pro dělení potřeb z hlediska psychologie vymezuje Nakonečný dvě oblasti. První tvoří potřeby biogenní, fyziologické. Druhá oblast je tvořena psychogenními, sociogenními a psychologickými potřebami (Nakonečný, 2010).

2.2 Pojetí potřeb v ošetřovatelství

Trachtová popisuje z hlediska ošetřovatelství uspokojování potřeb jak u zdravého tak i u nemocného jedince jako znak moderního ošetřovatelství. Člověk je chápán jako holistická bytost, tudíž jedinec, který má bio-psycho-sociální a v neposlední řadě

spirituální potřeby. Holistická teorie poukazuje, že jedinec funguje harmonicky. Dochází-li však k nerovnováze, vzniká choroba a porucha jedné části. Celek nepracuje harmonicky a vzniká problém. Znalost potřeb je velmi důležitá pro práci zdravotníků. Je nástrojem pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. V oblasti hodnocení, posuzování, diagnostiky, plánování a řešení problému tvoří potřeby teoretický základ pro ošetrovatelský proces (Trachtová, 2001). Plevová označuje uspokojování potřeb, jako nástroj moderní ošetrovatelské praxe (Plevová, 2011). Trachtová uvádí potřebu jako projev nedostatku nebo nadbytku něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Motivuje člověka k pocitu uspokojení či neuspokojení. Ovlivňuje psychické pochody a je obrazem lidského způsobu života (Trachtová, 2001).

Z hlediska ošetrovatelství uvádí Chloubová svou klasifikaci potřeb, která vychází z filozofie potřeb Maslowa a holistického pojetí jedince. Klasifikaci zpracovala do Domu životních potřeb (Příloha 1). Chloubová říká, že základ je tvořen fyziologickými potřebami, které vytvářejí pevný podklad domečku. Jedinci vykonávají potřeby automaticky a nezabývají se jimi např. potřeba stravování, vyprazdňování atd. Jsou podmínkou naší biologické existence. Další část tvoří psychosociální potřeby, které jedinci vnímají jako své tužby a přání. Pro jedince mají velkou hodnotu. Při dosahování jsou plněny životní cíle a hodnoty. Chloubová dále vyšší potřeby dělí na vztahové a self (já) potřeby. Oblast sebepojetí doplňuje o složku kognitivní, emocionální, konativní a nevědomou. Zejména v období nemoci se mění hodnotová orientace potřeb. Pomyslný „Dům životních potřeb“ v období nemoci či oslabení, netvoří mnoho pater a místností, jelikož potřeby nejvyšší jsou zpravidla zredukovány (Chloubová, 2003). Jarošová zmiňuje Virginie Henderson, která nejen že definovala definici ošetrovatelství, ale z ní vytvořila teoretické východiska pro základní lidské potřeby. Ty modifikovala do biologických, psychologických, sociálních a spirituálních komponentů, z nichž vychází 14 elementárních lidských potřeb (Příloha 2). Zdůrazňuje, že problémy s uspokojováním základních potřeb vznikají v období nemoci, dětství a gravidity. Cílem je uspokojovat tyto potřeby (Jarošová, 2006).

Šamánková zdůrazňuje, že léčebná i ošetrovatelská péče musí být zaměřena na plnění potřeb v plném rozsahu. Sestra při své práci získává informace o nemocném, identifikuje jeho problémy a ve spolupráci s nemocným se snaží tyto problémy eliminovat (Šamánková, 2011).

2.2.1 Členění potřeb v době nemoci

Bártlová uvádí, že v době nemoci jsou lidské potřeby členěny do tří skupin. První skupinu tvoří potřeby, které se nemocí nemění. Tyto potřeby jsou neměnné a jsou stejné jak u zdravého tak i nemocného člověka. Lze zde zahrnout potřebu vzduchu, tekutin, odpočinku, spánku a apod. Potřeby, které se nemocí modifikovaly, tvoří druhou skupinu. Modifikace potřeby je závislá na mnoha faktorech. Vnímání, jednání ale také okolnost, která vedla ke změně v uspokojování potřeby či okolnosti za jakých vznikly. Potřeba, která nemocí vznikla, se zpravidla vztahuje k léčebnému procesu. Vznik potřeby závisí na charakteru, okolnostech, průběhu a vlastním nadhledu na chorobu (Bartlová, 2005).

2.3 Pyramida potřeb dle A. Maslowa

Říčan ve své knize uvádí, že Abraham Harold Maslow je jedním z nejznámějších představitelů humanistické psychologie. Pro svou práci záměrně vyhledával zdravé, ale i duševně nemocné jedince, kdy na podkladě pozorování vytvářel své myšlenky a následně i potřeby. Ty rozděluje do dvou základních úrovní: fyziologické a psychosociální. Na podkladě analýzy vytvořil v letech 1954 a zveřejnil hierarchii potřeb (Obrázek 1), (Říčan, 2010).



Obrázek 1. Maslowova hierarchie potřeb (Atkinsonová, 1995)

Nakonečný uvádí, že v Maslowově teorii je nejdůležitějším termínem potřeba (Nakonečný, 1995). Potřeby jsou kategorizovány do 5 sekcí a vzájemně propojeny. Z nichž nejzákladnější jsou potřeby fyziologické tzv. potřeby vývojově nižší neboli základní. Pokud nejsou uspokojeny základní potřeby, nemůže člověk uspokojovat potřeby vyšší

a vzniká problém. Potřeby afiliace, uznání a seberealizace jsou definovány jako potřeby vyšší (Plevová, 2011).

První čtyři úrovně hierarchie označuje Maslow souhrnně jako nedostatkové neboli deficientní (D-potřeby). Deficitní potřeby pracují na principu udržování vnitřní psychické nebo tělesné rovnováhy (Říčan, 2010). Maslow zdůrazňuje, že každá potřeba je výrazem celého jedince. Vývojově nejvyšší jsou potřeby růstu (growth needs), které tvoří především oblast seberealizace (Plevová, 2011). Maslow je označuje jako B potřeby, neboli potřeby bytí (Plháková, 2013). Trachtová poukazuje na myšlenku Maslowova, který zdůrazňuje, že neuspokojená potřeba bytí základní či vyšší se vždy projevují v myšlení, chtění, chování a jednání zdravého či nemocného jedince (Trachtová, 2001).

2.3.1 Kategorizace potřeb dle A. Maslowa

Fyziologické potřeby

Dle Trachtové zahrnuje několik oblastí. Jedná se především o potřeby spánku, odpočinku, potravy, vyprázdnění, vzduchu, vylučování odpadních látek, udržení tělesné teploty, sexu, útulku a dalších. Uspokojení potřeb má za následek bytí organismu. Je-li potřeba dominantní, stává se aktuální a ovlivní chování a jednání člověka. Uspokojení je tedy závislé na charakterových vlastnostech jedince, temperamentu, dosavadních zkušenostech, vzdělání, schopnosti adaptace a orientace. Maslow prohlásil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou zdravější, šťastnější a výkonnější než Ti, kteří své potřeby nemohou uspokojit (Trachtová, 2001).

Potřeby jistoty a bezpečí

Trachtová uvádí projev potřeby v období ztráty životní jistoty. Zahrnuje spolehlivost, stabilitu, nepřítomnost strachu a stresu. Chrání jedince před hrozícím nebezpečím či ohrožením (Trachtová, 2011). Chloubová uvádí tři stupně potřeb bezpečí. Potřeba ekonomického zabezpečení, fyzického a psychického bezpečí (Chloubová, 2003).

Potřeba lásky a sounáležitosti

Trachtová líčí potřebu lásky a sounáležitosti jako potřebu emočně kladných, přátelských sociálních kontaktů s lidmi. Není-li potřeba uspokojena, vyvolává osamělost, smutek, bezmoc a depresi. Maslow definuje několik druhů sociálních potřeb. Potřebu

informovanosti, lásky, vyjádření a být vyslechnut. V neposlední řadě potřebu náležet ke skupině (Trachtová, 2011).

Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty

Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty pojímá dvě oblasti. Zaměřuje se na nezávislost a důvěru. Druhá oblast vystihuje respekt v sociálním kontextu (Trachtová, 2011).

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace

Holubová ve slovníku cizích slov označuje seberealizaci jako rozvoj vlastní osobnosti a schopnosti, uplatnění se (Holubová, 2005). Naplňuje jedince vlastním potenciálem při realizaci svých tužeb, přání, při plnění krátkodobých a dlouhodobých cílů (Trachtová, 2001).

Plevová uvádí, že dle kritiků je Maslowa kategorizace potřeb nedokonalá. Klasifikace potřeb dle A. Maslowova rozšířila Atkinsonová. Doplnila hierarchii potřeb o potřeby estetické a kognitivní. Modifikaci Maslowovy hierarchie potřeb provedl také Richard Kalish. Mezi potřeby fyziologické a potřeby bezpečí zanesl kategorii potřeb. Zde zařazuje sex, činnost, zkoumání, manipulaci a novost (Plevová, 2011). V rámci vzdělávání zdravotnických pracovníků je Maslowova hierarchie potřeb zanesena do vzdělávacích plánů. Promítá se zejména v oblasti ošetrovatelské vědy (RVP, ŠVP, SZŠ - Karviná).

2.4 Potřeby ve vzdělávacím procesu

Školní vzdělávací program středních zdravotnických škol, oboru zdravotnický asistent má zakotveno v náplni učiva studentů problematiku lidských potřeb. Poznatky jsou studentům předávány v rámci předmětu ošetrovatelství, ošetrování nemocných a psychologie. Zastoupení těchto předmětů je po celou dobu 4letého studia. Teoretické poznatky z oblasti potřeb získávají studenti I. ročníku studia. Osvojení teoretických znalostí a jejich následná aplikace v praxi vede k hodnocení a podpoře nemocných. Možnost vytvářet vhodné prostředí, edukační materiály pro nemocné a především poznání a pochopení sebe sama (ŠVP, SZŠ Karviná).

3 Cévní mozková příhoda

Kalvach uvádí, že cévní mozková příhoda je v celosvětovém žebříčku nejčastější příčinou invalidity obyvatelstva. Zejména má obrovský fyzický, psychický, sociální a v neposlední řadě finanční dopad. Výdaje na léčbu, rehabilitaci, zajištění pečovatele pro naplnění plnohodnotného života dosahují statisíců. Je nutné si uvědomit, že i přes včasnou diagnostiku a léčbu tak závažného onemocnění, více než polovině pacientů s CMP zůstává částečný defekt jak motorický tak senzorický (Kalvach, 2010). Dopady iktu na celkový stav jsou hodnoceny ICF (International Classification of Functioning) klasifikací. Považuje se za standardní měřítko. Klasifikace popisuje výsledné stavy tělesných funkcí, aktivit a účasti na zařazení do sociálního života. Lze ji aplikovat na všechny lidi, bez ohledu na jejich zdravotní kondici (Kalvach, 2010). Informovanost veřejnosti a studentů o tak závažném onemocnění by v důsledku snížila závažnost následků postižených lidí CMP.

3.1 Pojetí cévní mozkové příhody

Országh a Kaš popisují cévní mozkovou příhodu jako stav, kdy dochází k poškození důležitých center, které následně řídí a koordinují jednotlivé funkce v lidském těle. Funkce mohou být dočasně či trvale poškozeny. V naší populaci se řadí na přední příčky a postihují muže i ženy. Prelevace se rok od roku zvyšuje a věková hranice stále klesá. Nevhodné životní podmínky jako je stres, kouření, špatná životospráva, nedostatek pohybu a mnoho dalších faktorů přispívají k vzniku CMP. Dlouhodobé působení rizikových faktorů má za následek vznik aterosklerotického procesu. Ten má rozhodující vliv na vznik CMP. Dle mechanismu vzniku se dělí CMP na ischemickou a hemoragickou formu (Országh, Kaš, 1995).

3.2 Typy cévních mozkových příhod

Hemoragický typ CMP

Podle Kalvacha tvoří 20 - 30% CMP. Vzniká kdekoliv v mozku. Častou příčinou je hypertenzní nemoc, hypertenzní angiopatie, následek antikoagulační terapie a cévní malformace (Kalvach, 2010).

Subarachnoideální krvácení

Orszách s Kášem uvádějí, že podle statistik tvoří 2% všech CMP způsobené subarachnoideálním krvácením (Országh, Káš, 1995).

Ischemický typ ICMP

Kalvach píše, že 80% CMP je ischemického charakteru. V České republice se odhaduje incidence TIA 30 až 40 případů na 100 000 obyvatel. ICMP je uzavření mozkové tepny převážně sraženinou, kdy dochází k ischemii. Postižená tepna nemůže vyživovat cílovou oblast a dochází k ztrátě funkce v postižené části mozku. Zde je nutná časná intervence (Kalvach, 2010).

Seidl a Obenberger rozlišují transientní ischemický neurologický deficit, reverzibilní ischemický neurologický deficit, progredující iktus a dokončený iktus (Seidl, Obenberger, 2004).

3.2.1 Transientní ischemický neurologický deficit

Berlit označuje TIA také jako (ministrok) nejlehčí formou CMP. Dochází k nástupu potíží, které do 1 hodiny, nejpozději však do 24 hodin zcela odezní a jedinec je bez přítomnosti neurodeficitu. Pacient/klient s diagnózou ICMP je po dobu 24 hodin považován za pacienta/klienta s CMP, ikdyž nevykazuje žádné známky neurodeficitu. TIA varuje a signalizuje poruchu. Zasažená oblast mozku musí být neprodleně odstraněna (Berlit, 2007). Národní "Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů po tranzitorní ischemické atace" (Příloha 3), definuje kompletní management TIA.

Příznaky transientního ischemického neurologického deficitu Seidl popisuje, jako velmi rozmanité a pestré. Osoba je zpravidla postižena z plného zdraví. Nejčastějšími projevy jsou poruchy hybnosti projevující se oslabením či ochrnutím horní a dolní končetiny. Povislý koutek na jedné straně tváře, postižení artikulace či porozumění řeči, porucha koordinace a rovnováhy. Tyto příznaky můžou mylně vzbudit dojem přítomnosti ebriety u postiženého (Seidl, 2008).

Seidl s Oberbergerem uvádí, že základem léčby je nejrychlejší transport do zdravotnického zařízení specializujícího se na léčbu iktů. Zajištění vitálních funkcí, uložení postiženého do europolohy. Přesné časové definování nástupu vzniku, manifestace projevů CMP a v neposlední řadě trvalá medikace, kterou postižený užívána (Seidl, Oberberger, 2004).

3.3 Péče o pacienty s CMP v podmínkách České republiky

Péče o pacienty s CMP probíhá pod vedením MZČR. MZČR vydává právní dokumenty, které přesně specifikují jednotlivé body péče z medicínského, personálního, ale i technického a materiálního zázemí pro pacienty s CMP. MZČR dále zveřejnilo síť center pro pacienty s cévní mozkovou příhodou. V zastoupení 10 cerebrovaskulárních a 23 iktových center (ZD,6/2010).

Dle MZČR probíhá péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním na třech úrovních.

1. KCC – komplexní cerebrovaskulární centrum – nejvyšší typ péče.
2. IC – iktové centrum – nižší stupeň.
3. ostatní cerebrovaskulární péče – základní stupeň.

Součástí KCC a IC je rehabilitační oddělení, poradny, které se zabývají prevencí a následnou léčbou komplikací. Pro uznání statusů musí zdravotnické zařízení splňovat daná kritéria. Zaměříme-li se na Moravskoslezský kraj status KCC má FN Ostrava Porubá. Status IC má SZZ Khn a.s., SZZ Krnov, SZZ Třinec, Městská nemocnice Ostrava -Fifejdy a Vítkovická nemocnice Ostrava. Jednotlivá centra jsou akreditovaná Cerebrovaskulární sekci České neurologické společnosti (ČNS ČLS JEP) a dominuje mezi nimi vzájemná spolupráce (MZČR). V České republice působí řada organizací a center na pomoc lidem postižených CMP (Příloha 4). V rámci prevence probíhá program iktových dnů.

V měsíci květnu a červnu probíhá v iktových centrech kampaň nazvaná Iktové dny. Zaměřuje se na prevenci a léčbu cévních mozkových příhod. Ve zdravotnickém zařízení probíhá blok přednášek a diskuzí, veden odborníky z oblasti neurologie. Odborná pracoviště poskytují bezplatné vyšetření krevního tlaku, hladiny cukru a tuků v krvi, zhodnocení elektrokardiografu a neurosonografické vyšetření karotid. V případě zjištění závažného nálezu, jsou riziková pacienta zavedeni do evidence a probíhá jejich dispenzarizace.

4 Metodika práce

Východiskem pro tvorbu diplomové práce bylo zmapovat základní potřeby pacientů/klientů v akutní fázi cévní mozkové příhody. Diplomovou práci doplňuje zmapování informovanosti studentů SZŠ oboru ZA vztahující se k problematice CMP. Průzkumné šetření bylo realizováno u pacientů hospitalizovaných v IC v KHN a.s. (Karvinská hornická nemocnice akciová společnost) s diagnózou CMP a studenty III. a IV. ročníku SZŠ Karviná, oboru ZA.

4.1 Organizace průzkumného šetření

Řízený rozhovor v IC probíhal v měsíci leden 2012 až květen 2012. Byl zahájen na JIP (jednotce intenzivní péče), následně mapoval průběh hospitalizace respondenta na neurologickém oddělení. Na podkladě písemné žádosti (Příloha 5) podané k vyjádření souhlasu k provedení dotazníkového šetření byla oslovena náměstkyně ošetrovatelské péče. S provedením dotazníkového šetření souhlasila (Příloha 6). Respondenti vyjádřili souhlas se zařazením do průzkumného šetření svým podpisem do chorobopisu.

Pro umožnění průzkumného šetření, na půdě SZŠ byla oslovena ředitelka školy (Příloha 7). K žádosti se vyjádřila kladně (Příloha 8) se zájmem o výsledky dotazníkového šetření provedené mezi studenty starší 18 let. Dotazníkové šetření proběhlo v lednu 2013.

Oslovení respondenti, s diagnózou ICMP – TIA hospitalizovaní na JIP a následně na neurologickém oddělení IC tvořilo celkem 15 respondentů. Slíbenou účast na řízeném rozhovoru odmítli 2 respondenti a 3 respondenti odmítli spolupráci již v samotném úvodu. Do spádové oblasti byli přeloženi 2 respondenti a 2 respondenti byli s dotazníkového šetření vyřazeni pro nesplnění požadovaných kritérií. Pro konečné zpracování řízeného rozhovoru bylo použito 6 respondentů. Řízený rozhovor byl prováděn za přítomnosti mé osoby (Tabulka 1).

Návratnost dotazníkového šetření, které probíhalo na půdě SZŠ byla 100%. Vzorek tvořilo 60 anonymních respondentů III. a IV. ročníků SZŠ, oboru ZA (Tabulka 1). Pro konečné dotazníkové šetření bylo použito všech 60 dotazníků. Dotazníky byly distribuovány vedoucí odborné praxe dané školy.

Tabulka 1. Zapojení do průzkumného šetření

Respondenti		rozdáno	vráceno	vyřazeno	použito
studenti SZŠ	III. ročník	19	19	0	19
	IV. ročník	41	41	0	41
pacienti IC		osloveno	odmítlo		použito
		15	9		6

Pro konečné zpracování získaných informací bylo použito 6 řízených rozhovorů a 60 dotazníků.

4.2 Metoda sběru dat

Pro zpracování empirické části diplomové práce byla zvolena metoda sběru dat formou dotazníků. „Dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných, otázek které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně“ (Chráska, 2007, s. 163). Sběr informací metodou dotazníku byl zvolen pro studenty SZŠ obora ZA. Metoda byla zvolena za účelem získání velkého množství informací od samotných respondentů. Pro respondenty hospitalizované v IC byla zvolena metoda řízeného rozhovoru. Tato metoda umožňovala získat autentické pocity od samotných respondentů, kteří prodělali ICMP. Navracené dotazníky byly zkontrolovány. Neúplné či chybně vyplněné dotazníky byly ze zkoumaného vzorku vyřazeny. Získané informace byly zpracovány do tabulek a grafů v programu Microsoft Excel. Výsledky v tabulkách jsou uvedeny v absolutních četnostech (n) a relativních četnostech (%). Výsledky z tabulek byly následně zpracovány do sloupcových, pruhových a výsečových grafů, kdy hodnoty jsou vyjádřeny v %. Položky jsou doplněny komentářem k zjištěným informacím.

Informace o potřebách získané z řízeného rozhovoru byly zpracovány dle aktuálnosti a míry zastoupení. Hodnocení proběhlo s odstupem 24 hod. od přijetí respondenta do IC dále za 72 hod. a následně při propuštění. Jako kmenové jsou považovány informace získané s odstupem 24 a 72 hod. z důvodu dodržení přesného časového rozmezí. Subjektivní hodnocení respondentů bylo doplněno Indexem soběstačnosti dle Barthelové (Příloha 9). Index byl hodnocen bezprostředně při přijetí respondenta do IC, za 24 a 72 hod.

Základ pro zpracování dotazníků vycházelo z rozdělení respondentů SZŠ oboru ZA na III. a IV. ročník. V ročnících byly hodnoceny správné a chybné odpovědi, které vycházely z učebních textů a literatury určené pro studium nelékařských zdravotnických pracovníků. Zpracování vědomostních položek je doplněno o přesné znění správných odpovědí, které bylo u respondentů hodnoceno.

4.2.1 Příprava řízeného rozhovoru

Pro respondenty IC byl připraven řízený rozhovor (Příloha 10). Řízený rozhovor seznamuje v úvodní části respondenty s údaji o autorovi a cíli řízeného rozhovoru. Nabízí přehled informací čerpaných z dokumentace respondenta a vlastní otázky vztahující se k problematice potřeb. Řízený rozhovor určený respondentům z IC tvoří celkem 4 položky. První čtyři informace jsou čerpány z dokumentace respondenta tj. (věk, manifestace CMP, rizikové faktory a podání systémové trombolýzy). Zbýlé otázky se týkají základních potřeb mapovaných v odstupu 24 a 72 hod. Následně při propuštění respondenta do domácího ošetřování. V této části respondent vyjadřuje své subjektivní pocity. Řízený rozhovor je doplněn o „Stupnici k posouzení samostatnosti po mozkovém infarktu – index Barthelové (BI)“ (Příloha 12), kterou hodnotí tazatel (vysokoškolsky vzdělaná VS, pracující v IC). BI slouží k ověření aktuálních problémů respondenta. BI je hodnocen v době příjmu za 24 a 72 hod. hospitalizace respondenta. Zpracování řízeného rozhovoru bylo anonymní. K opětovnému dotazování a zachování anonymity byl využit identifikační kód, udělený zdravotnickým zařízením respondentovi při příjmu do zdravotnického zařízení. V řízeném rozhovoru byly použity tyto typy otázek:

- uzavřené dichotomické – položka č. 1, 2
- otevřené – položka č. 1, 3, 4.

Respondenti měli možnost vyjádřit se k problematice potřeb na podkladě svých vlastních zkušeností. Na položky č. 2, 3 a 4 byli respondenti dotazováni poslední den hospitalizace.

4.2.2 Příprava dotazníkového šetření

Dotazník určený respondentům SZŠ (Příloha 11) v tzv. vstupní části seznamuje respondenty s údaji o autorovi dotazníku, cíli dotazníkového šetření a způsobu vyplnění dotazníku. Vlastní otázky, vztahující se k problematice a informovanosti potřeb, tvoří

druhou část dotazníku. Dotazník určený respondentům z řad III. a IV. ročníků, oboru ZA (Příloha 11) obsahuje 10 položek. První tři otázky jsou zaměřeny na osobní údaje respondentů tj. (pohlaví, věk a ročník). Zbývající položky se týkají informovanosti a podvědomí o CMP a byly zvoleny na základě cílů práce. Vyplnění dotazníku bylo anonymní a byly použity tyto typy otázek:

- uzavřené dichotomické – položka č. 4, 5, 7,
- otevřené – položka č. 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10.

Respondenti měli možnost vyjádřit se k dané problematice a zveřejnit svůj názor. Položka pro vyplnění vlastního názoru (položka č. 10) byla dobrovolná. Řízený rozhovor a dotazník byl zvolen a sestaven na podkladě vlastních zkušeností a teoretických znalostí zvoleného tématu.

4.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazníkové šetření diplomové práce tvořily dvě cílové skupiny, které měly přímý vztah k dané problematice. První cílovou skupinou tvořili respondenti hospitalizováni v IC.

Kritérium pro výběr respondenta v IC tvořila:

- základní diagnóza ICMP-TIA
- GCS 15 (Glasgow Coma Scale)
- nepřítomnost neurodeficitu
- dobrovolná účast na průzkumném šetření.

Záměrně byli zvoleni respondenti s TIA, jelikož tak mohly být zpětně zjištěny, aktuální základní potřeby respondentů v akutní fázi choroby. Druhou cílovou skupinu tvořili respondenti ze SZŠ.

Kritéria výběru byla:

- studium v oboru ZA
- jedinec starší 18 let
- dobrovolná účast na průzkumném šetření.

5 Výsledky průzkumného šetření

Výsledky průzkumného šetření se zaměřily na prezentaci výsledků formou tabulek a grafů. Bylo použito 6 řízených rozhovorů od respondentů IC a 60 dotazníku z řad respondentů SZŠ.

5.1 Zpracování řízeného rozhovoru respondentů iktového centra

V této části jsou zpracovány informace od respondentů z IC. Informace byly získány z odstupů času 24 a 72 hod., po odeznění akutní formy ICMP – TIA a následně při propuštění respondenta do domácího ošetření. Informace jsou zpracovány do tabulek a grafů.

5.1.1 Informace z dokumentace

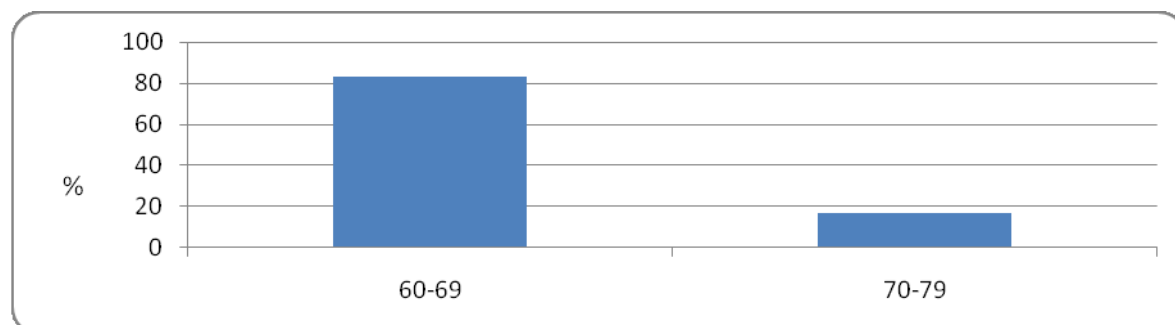
Část dotazníkového šetření zachycuje informace čerpány z dokumentace respondenta. Věk, manifestace CMP, rizikové faktory a podání systémové trombolýzy.

Věk

Při řízeném rozhovoru spolupracovali respondenti různých věkových kategorií (Tabulka 2, Graf 1) - nejnižší věková hranice činila 61 let, nejvyšší 73 let.

Tabulka 2. Věk respondentů IC

Věk	n	%
60-69	5	83,4
70-79	1	16,6
celkem	6	100



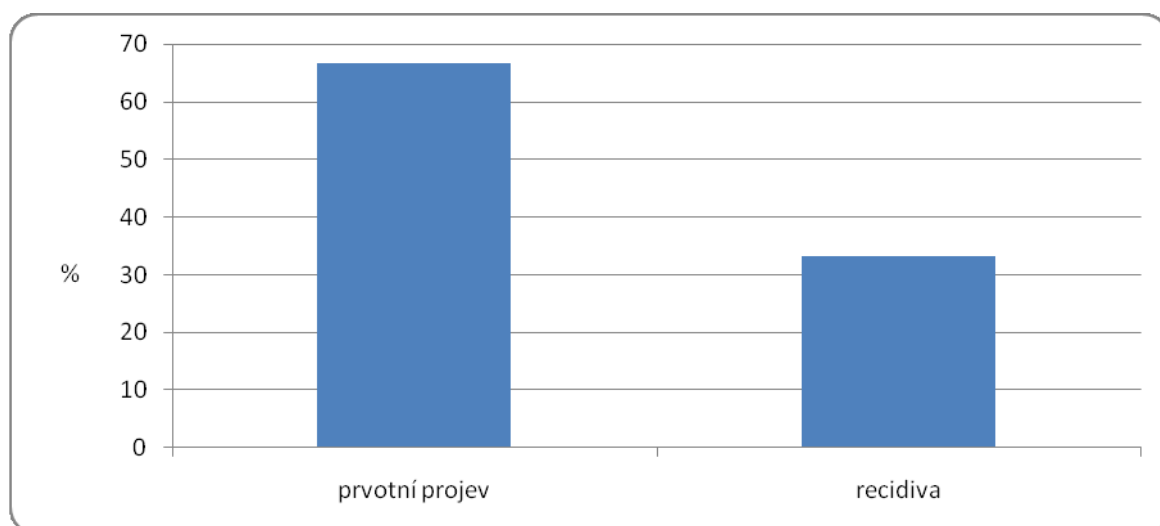
Graf 1. Věk respondentů IC

Manifestace CMP

Z dokumentace respondentů byly čerpány informace, zda se jedná o prvotní záchyt či recidivu ICMP-TIA (Tabulka 3, Graf 2).

Tabulka 3. Manifestace ICMP-TIA u respondentů IC

Manifestace CMP	n	%
prvotní projev	4	66,7
recidiva	2	33,3
celkem	6	100



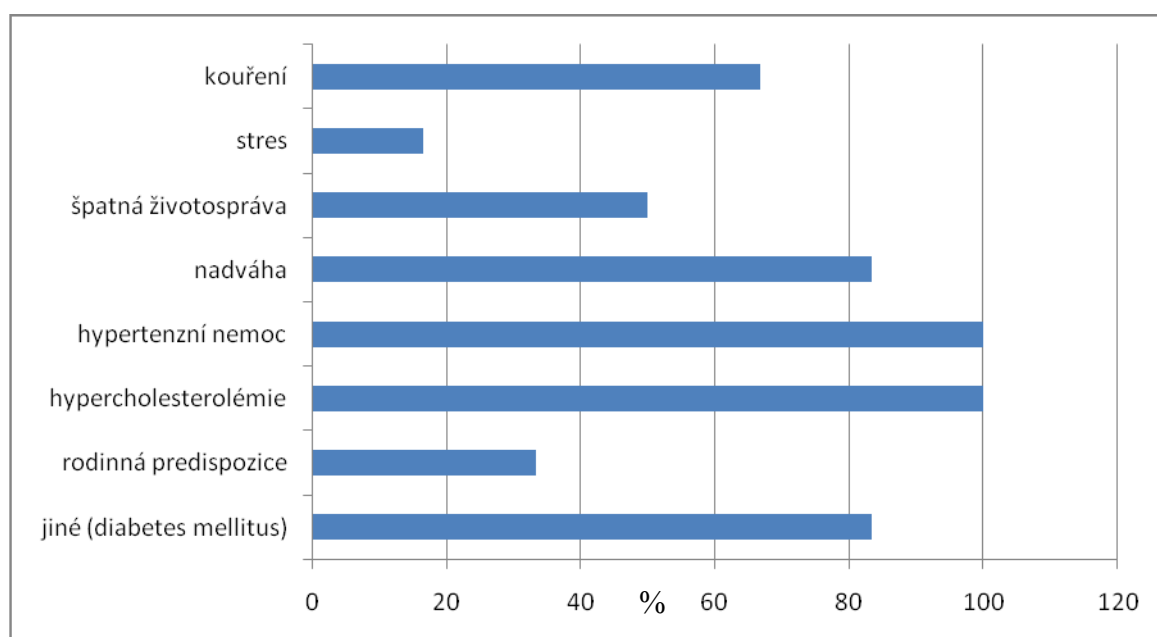
Graf 2. Manifestace ICMP - TIA u respondentů IC

Rizikové faktory

Po důkladném prostudování všech částí anamnézy a chorobopisu respondenta byly vytyčeny rizikové faktory (Tabulka 4) podílející se na vzniku CMP. Do oblasti jiné spadají např. výsledky vyšetření, primární onemocnění, které se mohou sekundárně podílet na vzniku CMP. Zastoupena byla hypertenzní nemoc a hypercholesterolémie, která se vyskytla u 6 (100%) respondentů. Výrazným mezníkem byla i nadváha (dle BMI), která se dotýkala 5 (83,3%) respondentů (Tabulka 4, Graf 3).

Tabulka 4. Rizikové faktory u respondentů IC

Rizikové faktory	n	%
kouření	4	66,7
stres	1	16,6
špatná životospráva	3	50
nadváha	5	83,3
hypertenzní nemoc	6	100
hypercholesterolemie	6	100
rodinná predispozice	2	33,3
jiné (diabetes mellitus)	5	83,3



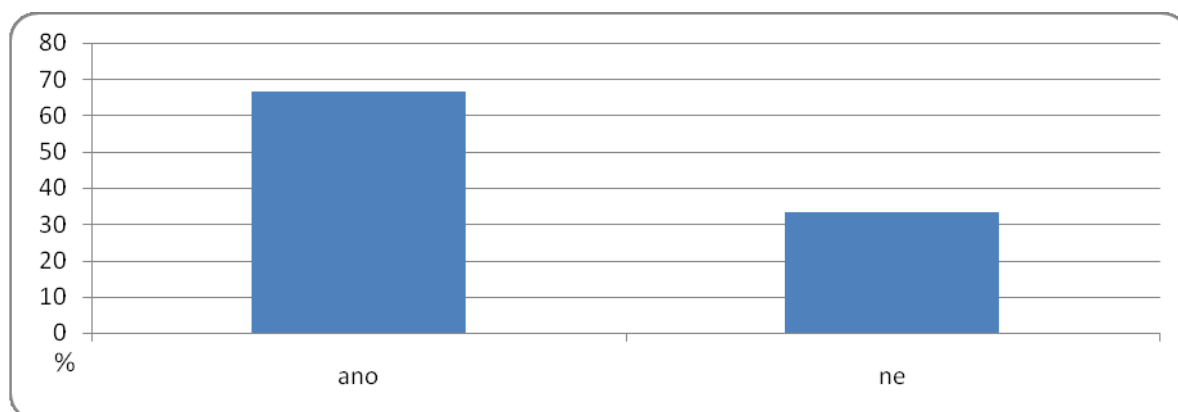
Graf 3. Rizikové faktory u respondentů IC

Podání systémové trombolýzy

Do řízeného rozhovoru byli zařazeni 4 (66,7%) respondenti s aplikovanou systémovou trombolýzou a 2 (33,3%) respondenti bez aplikace systémové trombolýzy (Tabulka 5, Graf 4). Základním kritériem pro zařazení do průzkumného vzorku byla nutná nepřítomnost neurodeficitu po odeznění akutní formy ICMP – TIA.

Tabulka 5. Podání systémové trombolýzy u respondentů IC

Podání systémové trombolýzy	n	%
ano	4	66,7
ne	2	33,3
celkem	6	100



Graf 4. Podání systémové trombolýzy u respondentů IC

5.1.2 Řízený rozhovor

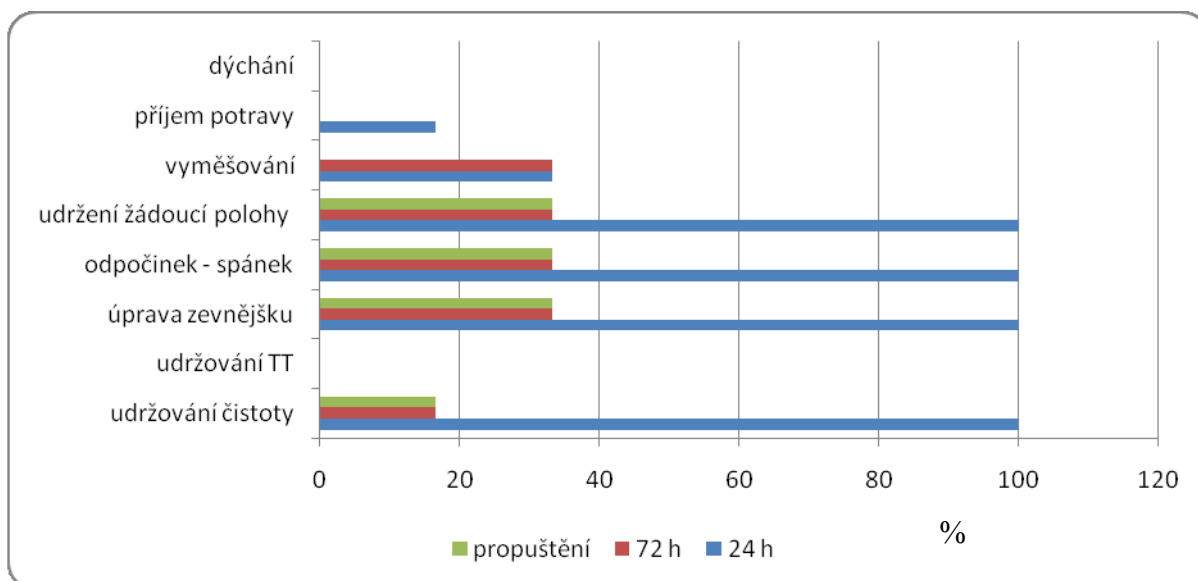
Otázka č. 1

Cílem otázky bylo zjistit základní potřeby respondentů IC s diagnózou ICMP. Zastoupení základních potřeb bylo mapováno v prvních 24 hod. 72 hod. a následně v době propuštění respondenta z IC. Otázky se zaměřovaly na oblast dýchání, příjem potravy, vyměšování, udržení vhodné polohy, odpočinek a spánek, úpravu zevnějšku, udržování TT (tělesná teplota) a čistoty těla. Tabulka 6 nabízí přehled subjektivního sdělení respondentů z oblasti základních potřeb s časovým odstupem 24, 72 hod a propuštěním (Tabulka 6, Graf 5).

Tabulka 6. Základní potřeby respondentů IC

Základní potřeby	24 h		72 h		propuštění	
	n	%	n	%	n	%
dýchání	0	0	0	0	0	0

Základní potřeby	24 h		72 h		propuštění	
	n	%	n	%	n	%
příjem potravy	1	16,6	0	0	0	0
vyměšování	2	33,3	2	33,3	0	0
udržení žádoucí polohy	6	100	2	33,3	2	33,3
odpočinek - spánek	6	100	2	33,3	2	33,3
úprava zevnějšku	6	100	2	33,3	2	33,3
udržování TT	0	0	0	0	0	0
udržování čistoty	6	100	1	16,6	1	16,6



Graf 5. Základní potřeby respondentů IC

Otázka č. 2

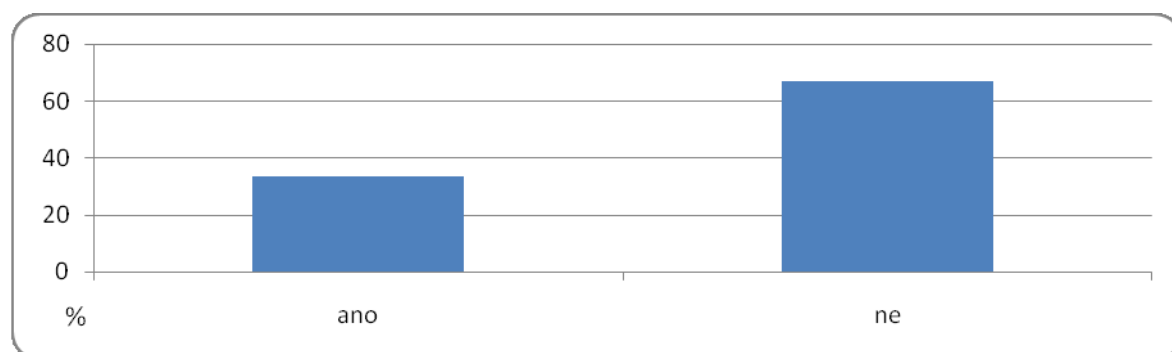
Zůstal/a Vám nějaký handicap?

- a) ano
- b) ne

Cílem bylo získat informaci, zda u respondentů přetrvává handicap po odeznění akutní formy ICMP – TIA. Přítomnost handicapu uvedli 2 (33,3%) respondenti. Zbylí 4 (66,7%) respondenti zvolili odpověď, která informuje o nepřítomnosti handicapu (Tabulka 7, Graf 6).

Tabulka 7. Přítomnost handicapu u respondentů IC

Přítomnost handicapu	n	%
ano	2	33,3
ne	4	66,7
celkem	6	100



Graf 6. Přítomnost handicapu u respondentů IC

Otázka č. 3

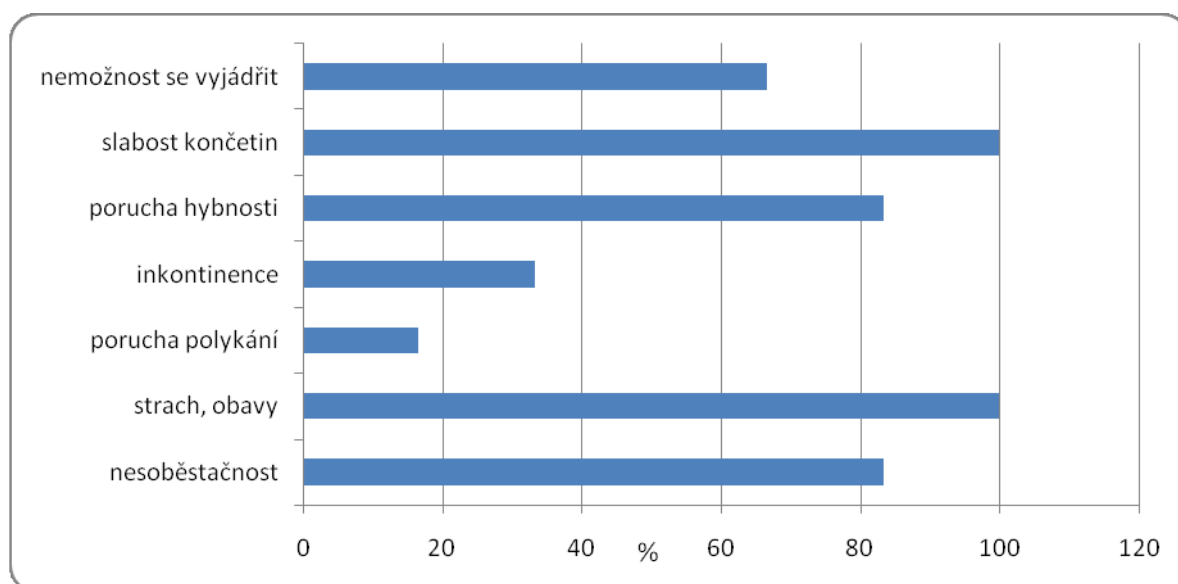
Co Vás nejvíce omezovalo v akutní fázi?

.....

Cíl otázky zjišťoval omezení respondenta, po odeznění akutní formy ICMP-TIA. Tabulka 8 nabízí přehled potíží, které respondenti vnímali v akutní formě onemocnění. Slabost končetin, strach a obavy uvedené 6 (100%) respondenty, byly vnímány jako faktory nejvíce omezující. Nesoběstačnost a poruchy hybnosti omezovala 5 (83,3%) respondentů. Nemožnost se vyjádřit uvedli 4 (66,7%) respondenti. Inkontinence a porucha polykání měly minimální zastoupení (Tabulka 8, Graf 7).

Tabulka 8. Omezení v akutní fázi u respondentů IC

Omezení v akutní fázi	n	%
nemožnost se vyjádřit	4	66,7
slabost končetin	6	100
porucha hybnosti	5	83,3
inkontinence	2	33,3
porucha polykání	1	16,6
strach, obavy	6	100
nesoběstačnost	5	83,3



Graf 7. Omezení v akutní fázi u respondentů IC

Otázka č. 4

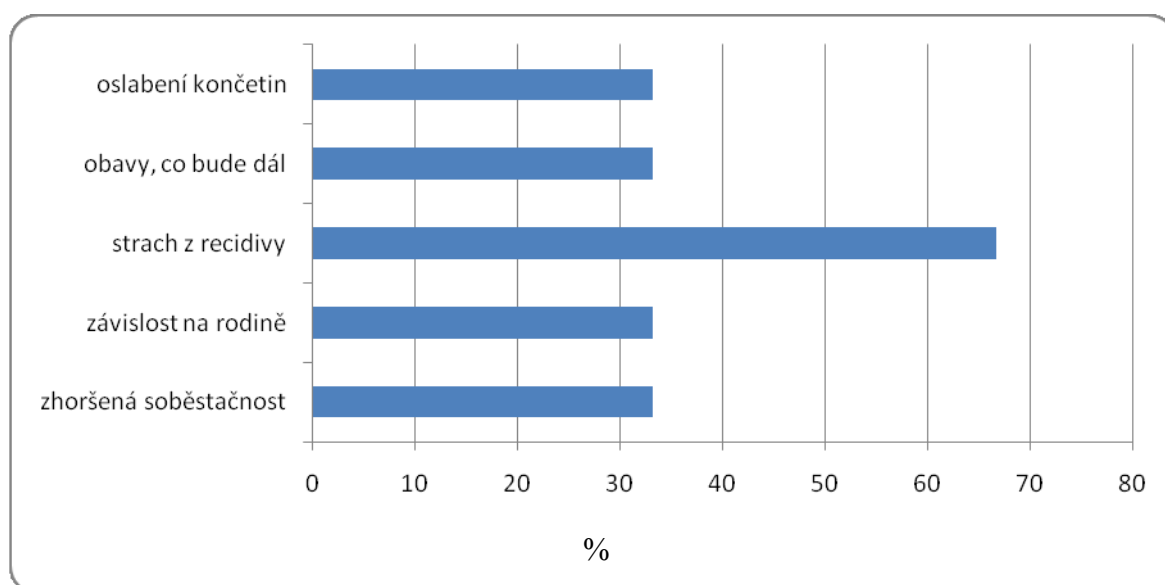
Co Vás nejvíce omezuje nyní?

.....

Cílem bylo zjistit informaci, jak respondenti vnímají omezení vztahující se k jejich zdravotnímu stavu. Z tabulky 9 vyplývá, že nejčastějším omezením je vnímána obava z možné recidivy, kterou uvedli 4 (66,7%) respondenti. Respondenti se dále cítí omezeni v oblasti biologických a psychologických potřeb (Tabulka 9, Graf 8).

Tabulka 9. Vnímaná omezení u respondentů IC

Vnímaná omezení	n	%
oslabení končetin	2	33,3
obavy, co bude dál	2	33,3
strach z recidivy	4	66,7
závislost na rodině	2	33,3
zhoršená soběstačnost	2	33,3



Graf 8. Vnímaná omezení u respondentů IC

Komentář

Vrátíme-li se k otázce č. 2 (Tabulka 7, Graf 6), tak pouze 2 (33,3%) respondenti uvedli, že vnímají přítomnost handicapu. V otázce č. 4, však všech 6 (100%) respondentů uvedlo přítomnost různých druhů omezení. Tento fakt příkládám neinformovanosti respondentů, kdy handicap vnímají pouze ze somatického hlediska nikoli z funkčního či psychologického.

Barthelův index

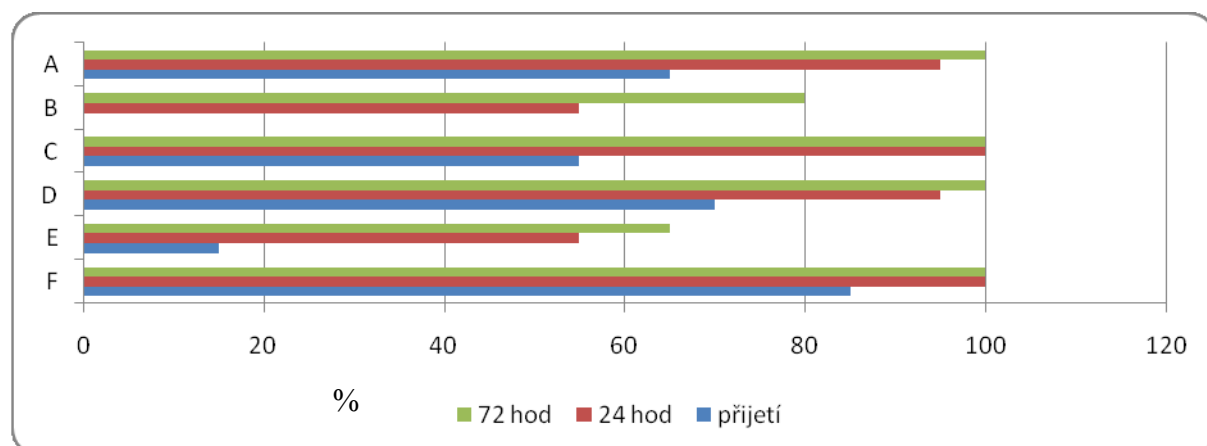
Součástí řízeného rozhovoru se stalo objektivní zhodnocení zdravotnickým pracovníkem pomocí Barthelova testu základních všedních činností. Barthelův test se využívá u pacientů s cílem zjistit míru nezávislosti a schopnosti sebeobsluhy. Hodnotí se

10 činností: přijímání potravy, koupání, osobní hygiena, oblékání, kontinence močového měchýře, kontinence konečníku, užívání WC, přesuny, lokomoce a chůze po schodech. Každá z těchto funkcí se hodnotí ve skocích po pěti bodech (0 = plná pomoc, 10 = plná nezávislost). Celkové skóre může být v rozpětí 0 – 110 bodů (Topinková, Neuwirth, 1995).

Test byl hodnocen bezprostředně po přijetí respondenta do zdravotnického zařízení, za 24 hodin a za 72 hod (Tabulka 10, Graf 9). Hodnocení prováděl zdravotnický pracovník IC. Pro označení respondentů byl využit identifikační znak, který zajišťoval anonymitu. Tabulka 11 zobrazuje hodnocení BI. Při příjmu vykazovali 3 respondenti lehkou závislost, 1 respondent závislost středního stupně a 2 respondenti vysokou závislost (Tabulka 11, Graf 10). Po 24 hodinách hospitalizace došlo u 2 respondentů k nezávislosti v činnosti běžného dne, 2 respondenti vykazovali lehkou závislost a 2 respondenti byly zhodnoceny do závislosti středního stupně (Tabulka 11, Graf 11). K nezávislosti v činnostech běžného dne došlo u 4 respondentů po 72 hodinách hospitalizace. Lehká závislost byla hodnocena u 2 respondentů (Tabulka 11, Graf 12).

Tabulka 10. Index soběstačnosti dle Barthelové

Barthel index	přijetí	24 hod	72 hod
A	65	95	100
B	0	55	80
C	55	100	100
D	70	95	100
E	15	55	65
F	85	100	100



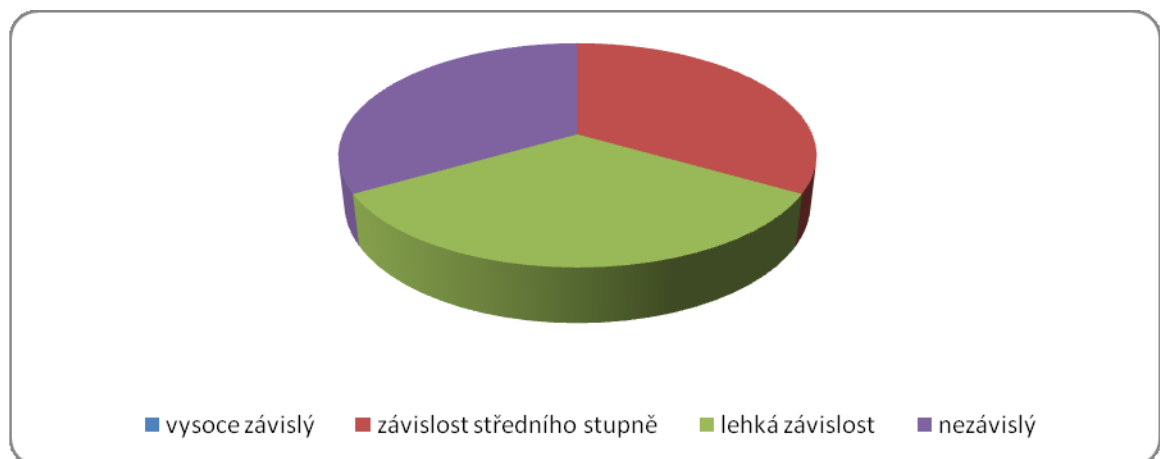
Graf 9. Index soběstačnosti dle Barthelové

Tabulka 11. Vyhodnocení indexu Barthelové

Index Barthelové	přijetí	24 hod	72 hod
vysoce závislý	2	0	0
závislost středního stupně	1	2	0
lehká závislost	3	2	2
nezávislý	0	2	4



Graf 10. Vyhodnocení indexu soběstačnosti dle Barthelové – příjem respondenta



Graf 11. Vyhodnocení indexu soběstačnosti dle Barthelové – za 24 hod.



Graf 12. Vyhodnocení indexu soběstačnosti dle Barthelové – za 72 hod.

5.2 Zpracování dotazníkového šetření u respondentů střední zdravotnické školy

Tato část práce zpracovává informace od respondentů SZŠ, oboru ZA do tabulek a grafů. Pro konečné zpracování bylo použito všech 60 dotazníků.

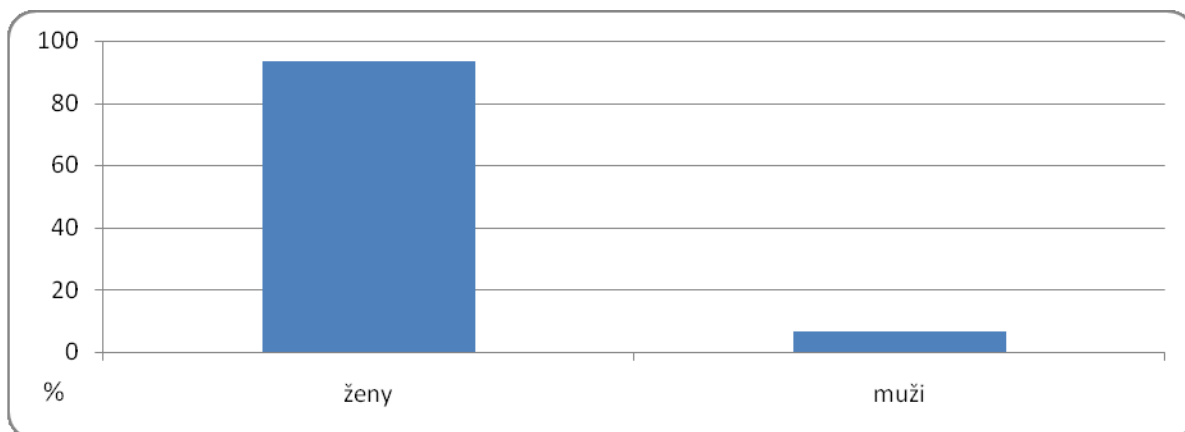
5.2.1 Informační údaje

Pohlaví

Dotazník vyplnilo 60 respondentů, z toho 56 žen a 4 muži v rozmezí 18 a 19 let (Tabulka 12, Graf 13).

Tabulka 12. Pohlaví respondentů SZŠ

Pohlaví respondentů	n	%
ženy	56	93,3
muži	4	6,7
celkem	60	100



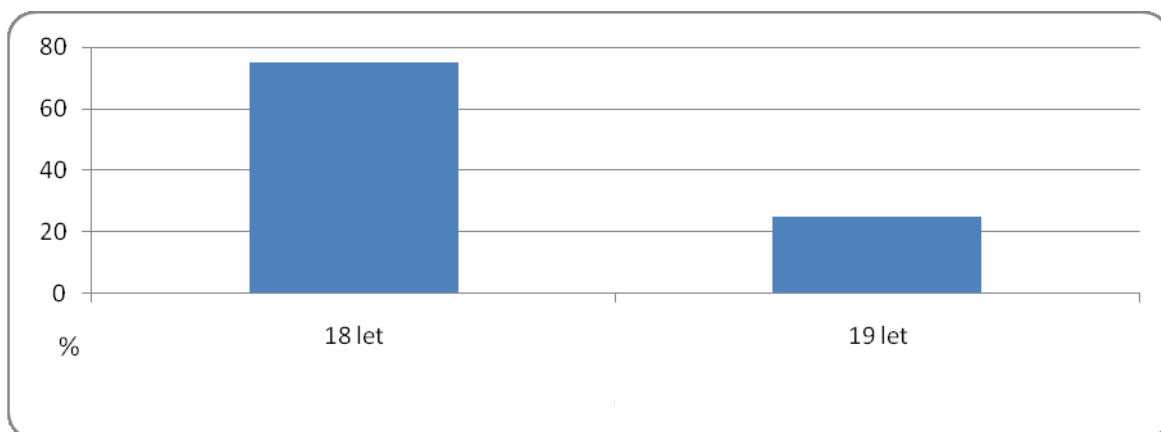
Graf 13. Pohlaví respondentů SZŠ

Věk

V dotazníkovém šetření byli zařazeni respondenti, jejichž minimální věk byl 18 let. Věkové zastoupení se pohybuje mezi 18 a 19 roky (Tabulka 13, Graf 14).

Tabulka 13. Věková kategorie respondentů SZŠ

Věk respondentů	n	%
18 let	45	75
19 let	15	25
celkem	60	100



Graf 14. Věková kategorie respondentů SZŠ

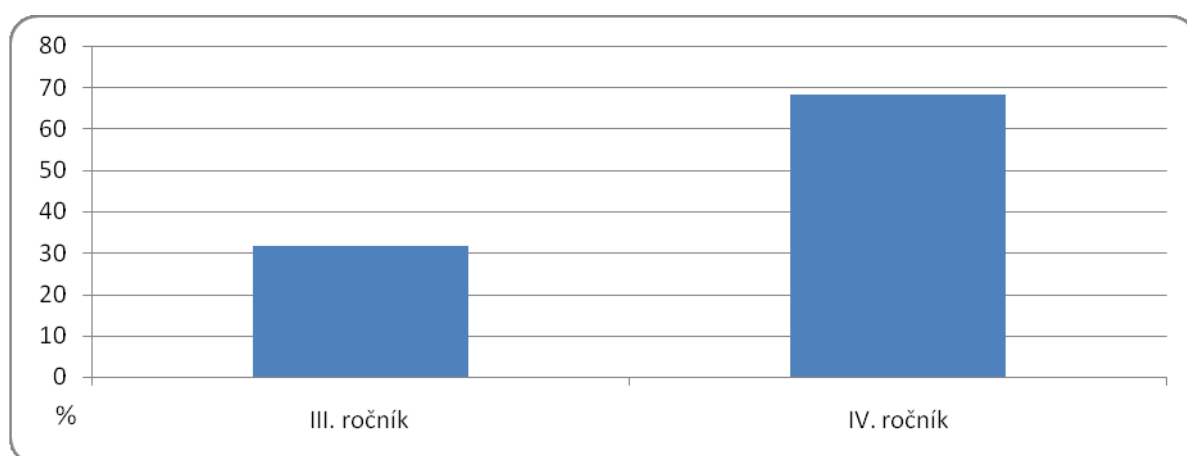
Ročník

Na dotazníkovém šetření se podíleli respondenti oboru ZA (Tabulka 14, Graf 15). Zastoupení věkové kategorie mezi respondenty III. ročníku tvořilo 18 respondentů ve věku

18 let a jeden respondent 19 let. Ve IV. ročníků se nacházelo 27 respondentů ve věku 18 let. Věk 19 let uvedlo 14 respondentů IV. ročníku.

Tabulka 14. Zastoupení respondentů SZŠ v ročnících

Ročník	n	%
III. ročník	19	31,6
IV. ročník	41	68,3
celkem	60	100



Graf 15. Zastoupení respondentů SZŠ v ročnících

5.2.2 Vědomostní položky

Vědomostní položky zjišťovaly nformovanost a orientaci ve znalostech o cévních mozkových příhodách. Položky jsou zaměřeny na informovanost respondentů v oblasti základní terminologie CMP a problému vztahující se k základním potřebám pacientů. Střídají se položky vědomostní, informativní a položky, ve kterých respondenti mohli vyjádřit svůj osobní názor. Respondenti mohli odpovídat formou volného výpisu či vybrat jednu z možných odpovědí. Položky byly zpracovány tak, že vždy pro grafické zpracování byly zvoleny ty činnosti, které v dané položce respondenti považují za nejčtetnější.

Položka č. 1

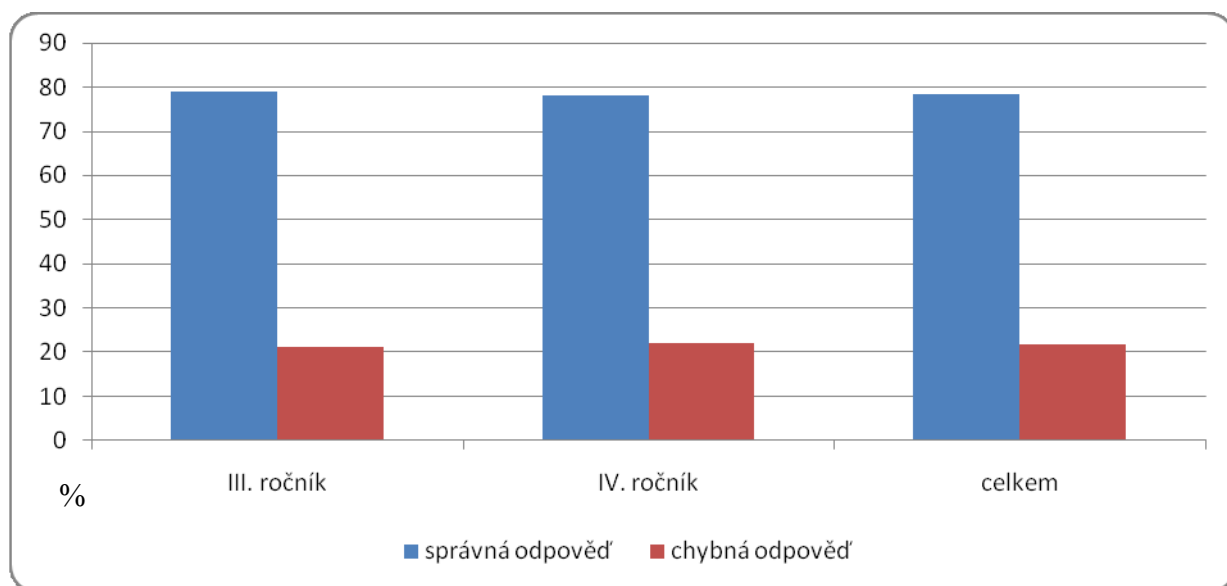
Stručně vysvětlete pojem CMP?

.....

Cílem položky bylo vyjádření respondentů k vysvětlení pojmu CMP. Položka je informativní a jejím úkolem je zmapovat povědomí o pojmu CMP. Respondenti se vyjadřovali volným psaním. Položka je hodnocena dle platné „definice WHO jako aktuální neurologická dysfunkce vaskulárního přívodu se subjektivními a objektivními příznaky, které odpovídají postižené části mozku“ (Slezáková, 2012, s.171). Zastoupení správných a chybných odpovědí je znázorněno v tabulce 15 (Tabulka 15, Graf 16).

Tabulka 15. Vysvětlení pojmu CMP

Vysvětlení pojmu CMP	III. ročník		IV. ročník		celkem	
	n	%	n	%	n	%
správná odpověď	15	78,95	32	78,05	47	78,4
chybná odpověď	4	21,05	9	21,95	13	21,66
celkem	19	100	41	100	60	100



Graf 16. Správné a chybné vysvětlení pojmu CMP mezi respondenty SZŠ

Komentář

Položka zjišťovala povědomí v oblasti terminologie. Vzhledem k tomu, že se jedná o položku pouze informativní, můžeme pouze spekulovat o podrobnějších znalostech respondentů. Správnou odpověď uvedlo 47 (78,4%) respondentů z obou dotazovaných ročníků, 13 (21,6%) respondentů vysvětlili pojem chybně. Nutné je zmínit, že respondenti

vyšších ročníků definovali pojem CMP na odbornější úrovni než studenti nižších ročníků. Tento fakt příkládám k tomu, že problematika CMP je probírána ve IV. ročníku studia.

Položka č. 2

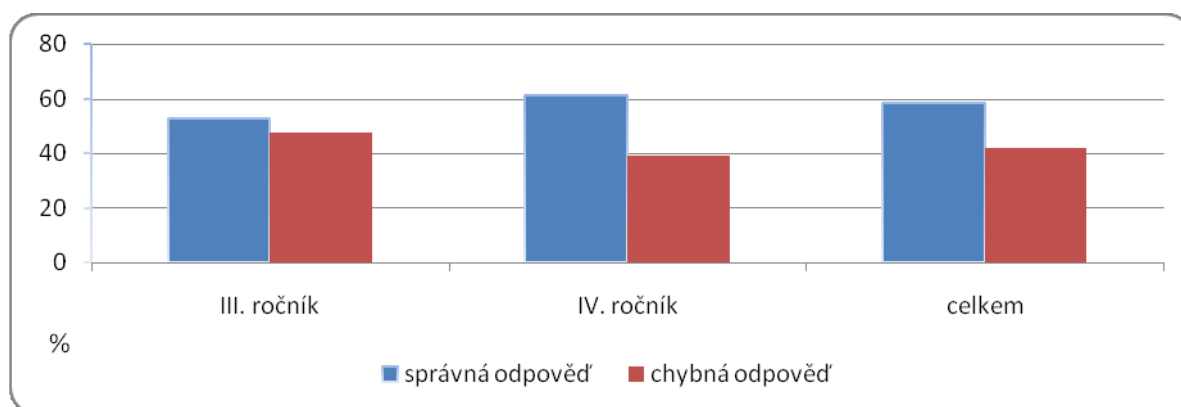
Vyjmenujte typy CMP:

.....

Vědomostní položka, jejíž cíl zjišťoval, zda respondenti znají typy cévních mozkových příhod. Správná odpověď zahrnovala rozdělení CMP dle příčiny vzniku (ischemická CMP, hemoragická CMP, embolizace) a dle průběhu (transitorní ischemická ataka, postupující CMP – progresiv stroke a dokončená CMP – complete stroke) definováno v učebnici Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy I Interna (Slezáková, 2012). Respondenti se mohli vyjádřit formou volného psaní. Za správnou odpověď byla považována kompletní odpověď respondentů dle stanovených kritérií. Výsledky v tabulce 16, ukazují zastoupení správných a chybných odpovědí v jednotlivých ročnících (Tabulka 16, Graf 17).

Tabulka 16. Typy CMP

Typy CMP	III. ročník		IV. ročník		celkem	
	n	%	n	%	n	%
správná odpověď	10	52,64	25	60,98	35	58,4
chybná odpověď	9	47,36	16	39,02	25	41,66
celkem	19	100	41	100	60	100



Graf 17. Zastoupení správných a chybných odpovědí v ročnících

Komentář

Typy CMP rozdělili respondenti správně do dvou oblastí. Dle příčiny a délky trvání a následně dalšího rozdělení. Správnou odpověď zvolilo 35 (58,4%) respondentů z obou ročníků. Ze získaných informací vyplývá, že respondenti vyšších ročníků mají hlubší informace týkající se CMP. Chybnou odpověď zvolilo 25 (41,6%) respondentů. Přihlédneme-li, že do šetření byli zařazeni i respondenti III. ročníků, kde tato problematika není součástí učebních osnov, můžeme jenom polemizovat o relevantnosti těchto výsledků.

Položka č. 3

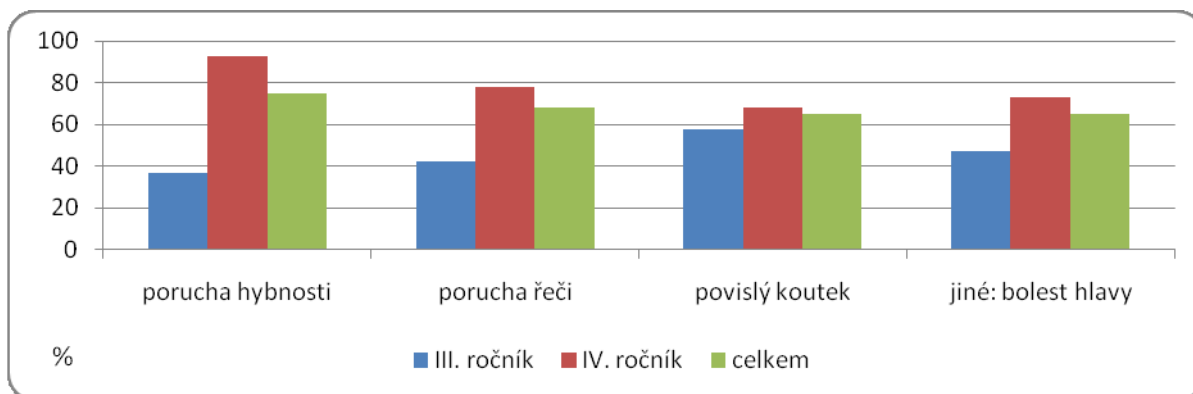
Uveďte minimálně 3 projevy akutní CMP

1.
2.
3.
4. jiné.....

Položka mapovala znalost respondentů v oblasti projevů akutní CMP. Položka umožnila zpracování formou volného vyjádření, kde jsem požadovala stručné uvedení minimálně tří projevů CMP. Mezi správné odpovědi řadím zhoršená motorika, mobilita, vidění, oslabení končetin, povislý koutek, poruchy vědomí, pohybového aparátu, smyslových orgánů, citlivosti a řeči. Odpovědi vychází z učebnice Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty I (Slezáková, 2007). Zpracované odpovědi jsou hierarchicky odstupňovány podle frekvence výskytu, uvedené v tabulce 17 (Tabulka 17, Graf 18).

Tabulka 17. Akutní projevy CMP

Projevy akutní CMP	III. ročník		IV. ročník		celkem	
	n	%	n	%	n	%
porucha hybnosti	7	36,84	38	92,68	45	75
porucha řeči	8	42,1	32	78,04	41	68,33
povislý koutek	11	57,89	28	68,29	39	65
jiné: bolest hlavy	9	47,36	30	73,17	39	65



Graf 18. Akutní projevy CMP

Komentář

V položce č. 3 uvedlo 45 (75%) respondentů prvotní projev CMP poruchu hybnosti. Poruchu řeči považuje 41 (68,33%) respondentů za jeden z prvotních projevů CMP. Řada respondentů využila i možnosti vypsát další projevy, kdy je zmíněna bolest hlavy uvedena 39 (65%) respondenty a v zápětí poruchy zraku, vědomí, citlivosti a v neposlední řadě i smrt.

Položka č. 4

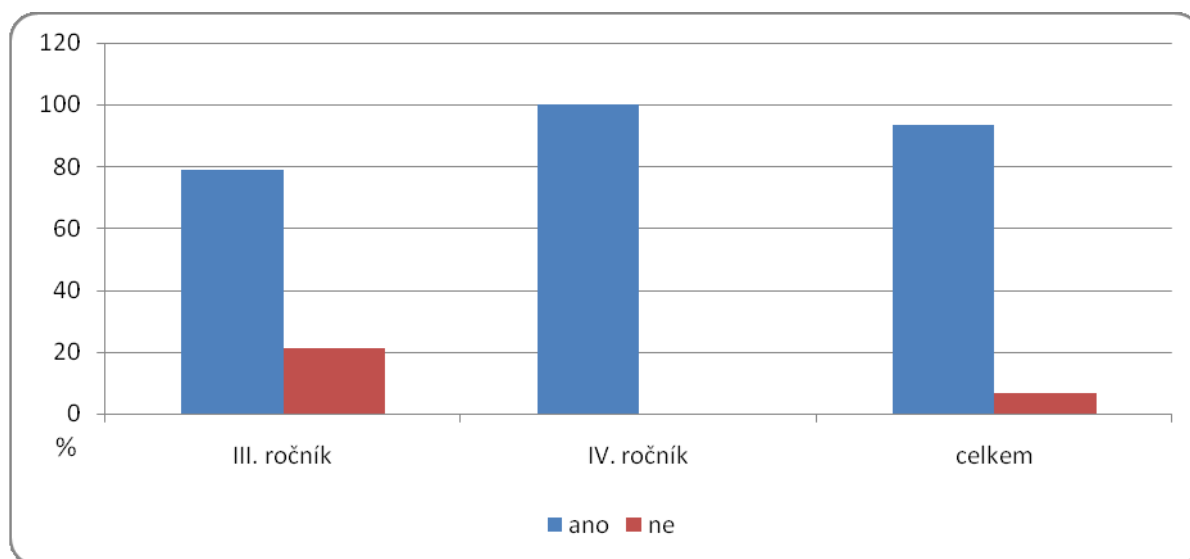
Měl/a jste někdy možnost setkat se s pacientem s dg. CMP?

- a) ano
- b) ne

Položka č. 4 se zaměřila na zjištění, zda se respondenti setkali na odborné praxi nebo v osobním životě s pacientem s diagnózou CMP. Výsledky v tabulce 18 ukazují, že v III. ročníku mělo kontakt 15 (78,95%) respondentů a v IV. ročníku mělo možnost 41 (100%) respondentů setkat se s pacientem s CMP. Osobní kontakt neproběhl u 4 (21,05%) respondentů v III. ročníku (Tabulka 18, Graf 19). Položka dále zachycuje, že 56 (93,33%) respondentů přišlo do kontaktu s pacientem s diagnózou cévní mozkovou příhodou. Osobní kontakt vyloučily 4 (6,7%) respondenti. Míra zastoupení mezi respondenty III. a IV. ročníků je rozdílná. Tento fakt příkládám tomu, že respondenti IV. ročníků absolvují odbornou praxi na neurologickém oddělení.

Tabulka 18. Setkání s pacientem s CMP

Setkání s pacientem s CMP	III. ročník		IV. ročník		celkem	
	n	%	n	%	n	%
ano	15	78,95	41	100	56	93,33
ne	4	21,05	0	0	4	6,7
celkem	19	100	41	100	60	100

**Graf 19. Kontakt studentů s pacientem s CMP****Položka č. 5**

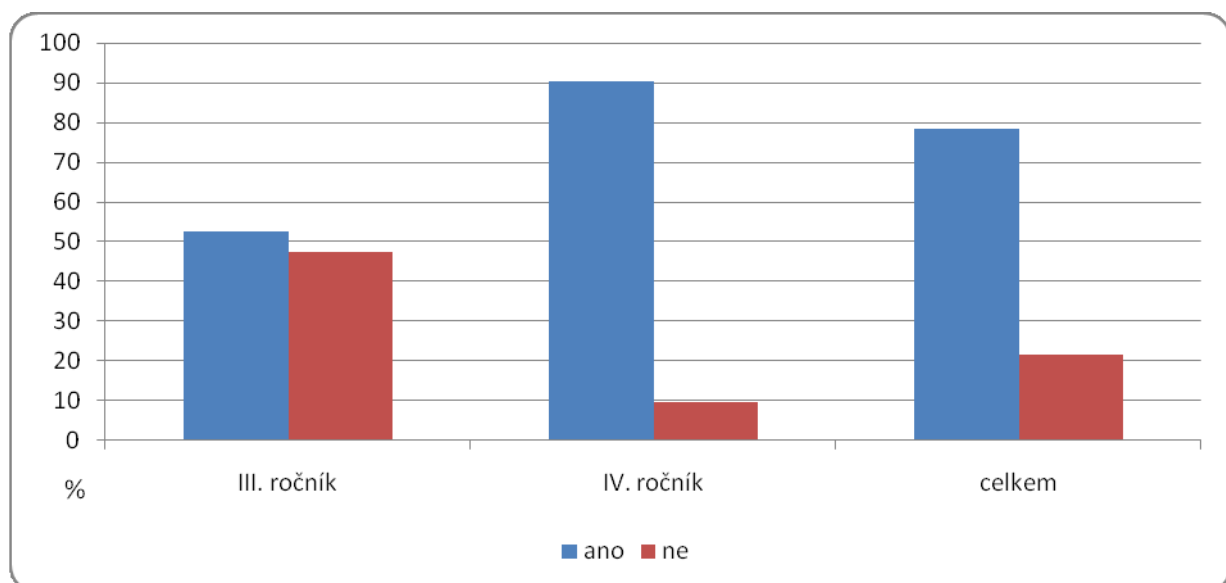
Ošetřoval/a jste pacienta s diagnózou CMP?

- a) ano
- b) ne

Položce č. 5 se zaměřila na získání informací, kolik respondentů ošetřovalo pacienta s cévní mozkovou příhodou. Odpovědi na položku úzce navazují na položku č. 4. Výsledky v tabulce 19 ukazují, že v III. ročníku 10 (52,64%) respondentů ošetřovalo a 9 (47,36%) respondentů neošetřovalo pacienta s CMP. Osobní zkušenost s péčí o pacienty s CMP ve IV. ročníku má 37 (90,25%) respondentů. Zbylí 4 (9,75%) respondenti uvedli, že neměli možnost pečovat o pacienta s CMP (Tabulka 19, Graf 20).

Tabulka 19. Ošetřování pacienta s CMP

Ošetřování pacienta s CMP	III. ročník		IV. ročník		celkem	
	n	%	n	%	n	%
ano	10	52,64	37	90,25	47	78,33
ne	9	47,36	4	9,75	13	21,66
celkem	19	100	41	100	60	100

**Graf 20. Ošetřování pacientů s CMP respondenty****Komentář**

Výsledky v tabulce 19 ukazují, že 47 (78,33%) respondentů již mělo možnost ošetřovat pacienta s CMP. Možnost ošetřovat pacienta uvedlo 10 (52,64%) respondentů z III. ročníku a 37 (90,25%) z ročníku IV. I přesto, že respondenti IV. ročníku vykonávají odbornou praxi na neurologickém oddělení 4 (6,7%) respondenti neměli možnost, takového pacienta ošetřovat. Vrátime-li se k položce č. 4, je nutné zmínit, že 56 (93,33%) respondentů uvedlo, že se již s takovým pacientem setkali. Ale jen 47 (78,33%) respondentů mělo možnost ošetřovat pacienta s CMP. Z celkového počtu 60 dotazovaných respondentů, pouze 9 (15%) respondentů se setkalo s pacientem, ale neměli možnost pečovat o něj.

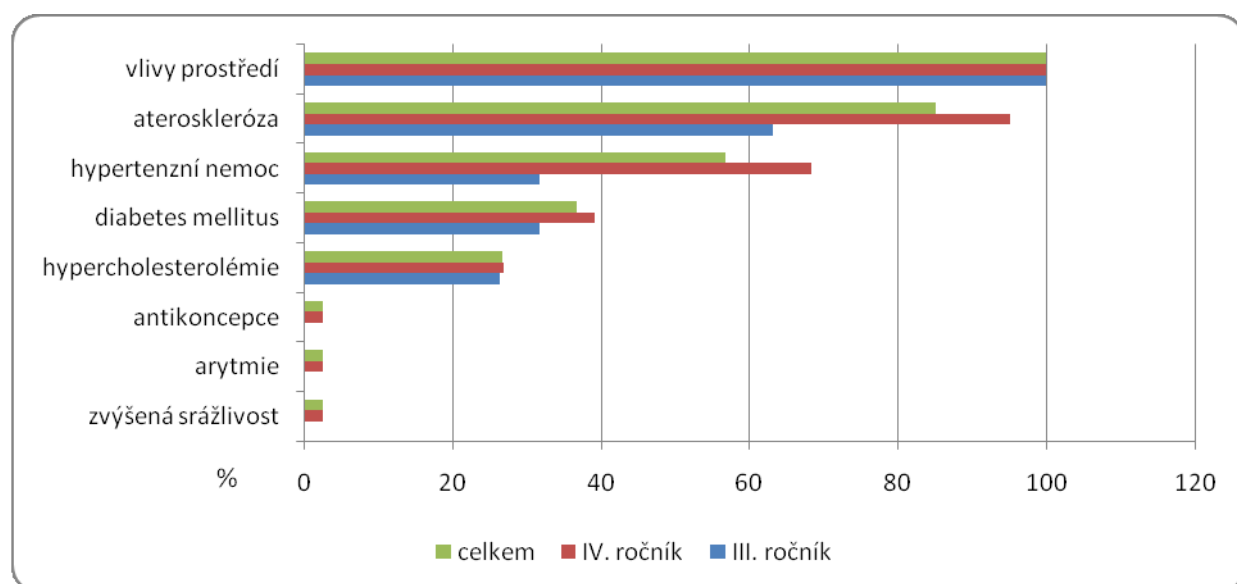
Položka č. 6

Vyjmenujte rizikové faktory přispívající ke vzniku CMP:.....

Respondenti uváděli volným výpisem rizikové faktory vztahující se k danému onemocnění. Správnost odpovědí vychází z rizikových faktorů definovaných v publikaci Cévní příhody mozkové od J. Országh a S. Kaše (Országh, Kaš, 1995). V tabulce 20 zachycuje přehled nejčtetnější a nejméně zastoupených rizikových faktorů. Největší zastoupení představují vlivy prostředí, zde je 100% zastoupení (Tabulka 20, Graf 21).

Tabulka 20. Rizikové faktory CMP

Rizikové faktory	III. ročník		IV. ročník		celkem	
	n	%	n	%	n	%
vlivy prostředí	19	100	41	100	60	100
ateroskleróza	12	63,15	39	95,12	51	85
hypertenzní nemoc	6	31,57	28	68,29	34	56,66
diabetes mellitus	6	31,57	16	39,02	22	36,66
hypercholesterolémie	5	26,31	11	26,82	16	26,66
antikoncepce	0	0	1	2,43	1	2,43
arytmie	0	0	1	2,43	1	2,43
zvýšená srážlivost	0	0	1	2,43	1	2,43



Graf 21. Rizikové faktory CMP

Komentář

Zastoupení rizikových faktorů se vyskytovalo téměř na shodné úrovni. Respondenti uváděli jako nejčastější příčinu vzniku faktory, které jsou ovlivnitelné a nebo geneticky dané. Zejména vlivy prostředí, které zahrnují např. stres, kouření, zvýšená konzumace alkoholu, špatná životospráva mělo 100% zastoupení v III. a IV. ročníku. Zmíněna byla zejména ateroskleróza uvedena 51 (85%) respondenty, HN (hypertenzní nemoc) uvedena 34 (56,66%) respondenty. DM (diabetes mellitus) uvedlo 22 (36,66%) respondentů. Arytmie, antikoncepce a zvýšená srážlivost definoval 1 (2,43%) respondentem.

Položka č. 7

Iktová centra jsou v Moravskoslezském kraji?

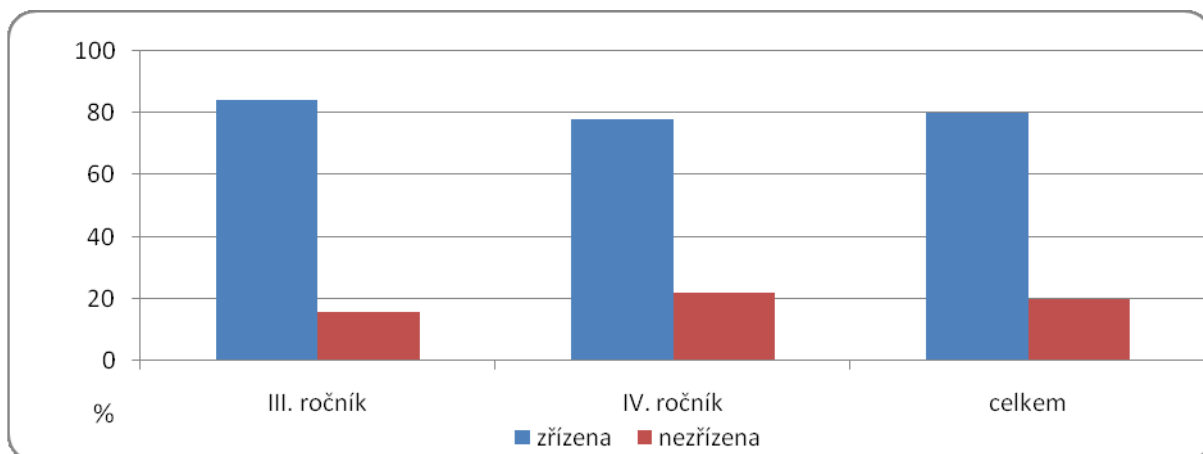
(V případě, že odpovíte a), pokračujte u položky č. 8)

- a) zřízena
- b) nezřízena

V položce č. 7 se zaměřila na povědomí respondentů o přítomnost iktových center v Moravskoslezském kraji. Respondenti měli možnost označit jednu z možných nabídek, kterou uznali za vhodnou. Pokud zvolili odpověď a) plynule přecházejí položce č. 8. V III. ročníku se uvádí 16 (84,21%) respondentů a 32 (78,04%) respondentů IV. ročníku přítomnost iktových center v Moravskoslezském kraji (Tabulka 21, Graf 22).

Tabulka 21. Iktová centra v Moravskoslezském kraji

Iktová centra v Moravskoslezském kraji	III. ročník		IV. ročník		celkem	
	n	%	n	%	n	%
zřízena	16	84,21	32	78,04	48	80
nezřízena	3	15,79	9	21,96	12	20
celkem	19	100	41	100	60	100



Graf 22. Zřízení/nezřízení IC v Moravskoslezském kraji z hlediska respondentů SZŠ

Komentář

Zastoupení iktových center v Moravskoslezském kraji uvedlo 48 (80%) respondentů. Nepřítomnost IC uvedlo 12 (20%) respondentů z toho 9 (21,96%) respondentů IV. ročníku. Je nutné zmínit, že studenti IV. ročníků absolvují odbornou praxi v iktovém centru.

Položka č. 8

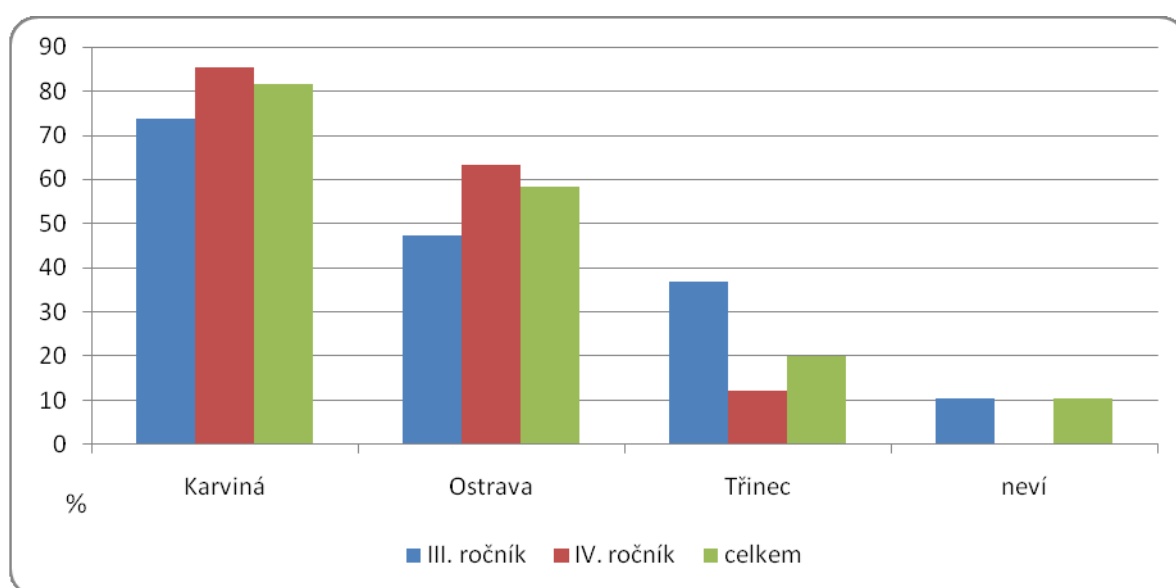
Uveďte město, popřípadě zdravotnické zařízení, kde se nachází iktová centra:

.....

Položka č. 8 byla informativního charakteru. Respondenti mohli specifikovat volným výpisem město, popřípadě zdravotnické zařízení, kde se iktové centrum nachází. Správné uvedení IC vychází z prohlášení MZČR, které zveřejnilo síť center pro pacienty s cévní mozkovou příhodou. Mnoho respondentů uvedlo víc než tři iktová centra, bohužel jejich působitě nespadá do Moravskoslezského kraje. V tabulce 22 uvádím tři nejbližší iktová centra daného kraje. Procentuálně nejvíce zastoupení tvořilo iktové centrum v Karvinské hornické nemocnici, které uvedlo 49 (81,66%) respondentů (Tabulka 22, Graf 23).

Tabulka 22. Zastoupení iktových center v Moravskoslezském kraji

Zastoupení iktových center v Moravskoslezském kraji	III. ročník		IV. ročník		celkem	
	n	%	n	%	n	%
Karviná	14	73,68	35	85,36	49	81,66
Ostrava	9	47,36	26	63,41	35	58,33
Třinec	7	36,84	5	12,19	12	20
neví	2	10,52	0	0	2	10,52



Graf č. 23 Zastoupení iktových center v Moravskoslezském kraji

Komentář

Respondenti i přes nabídku tří možností nadále uváděli iktová centra, která se nachází mimo Moravskoslezský kraj. Velmi časté bylo uvedení cerebrovaskulárních center. Vratíme-li se k položce č. 7, 48 (80%) respondentů uvedlo, že iktová centra se v Moravskoslezském kraji nachází, ale již 2 (10,52%) respondenti uvedli, že neví kde. Respondenti zpravidla uváděli všechna dostupná zdravotnická zařízení v blízkém okolí, bez ohledu, zda vlastní status iktového centra.

Položka č. 9

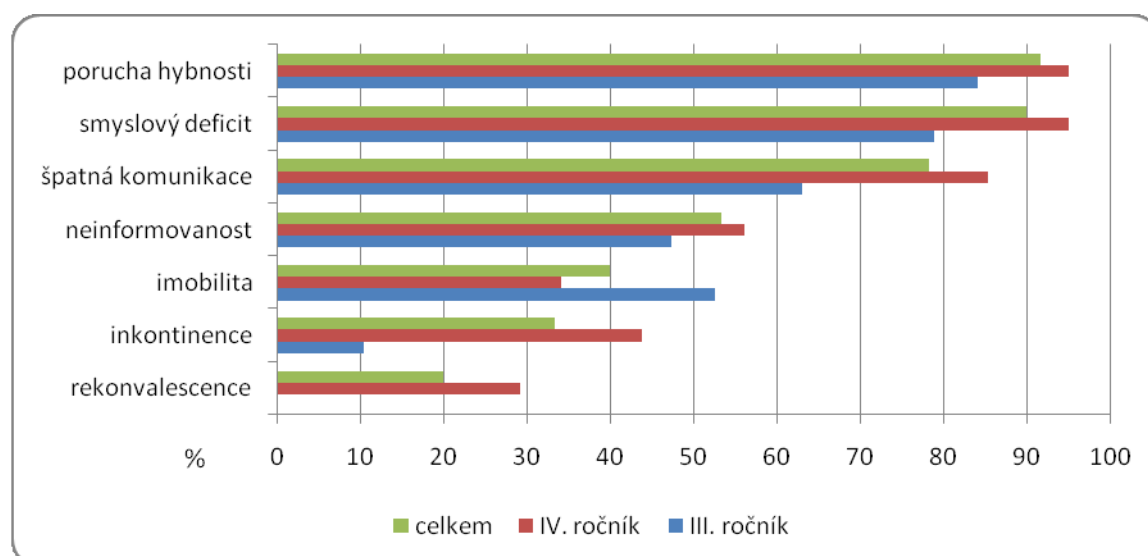
Vypište základní potřeby pacientů s diagnózou CMP:.....

Cílem položky bylo zjistit, jakou respondenti mají představu o problémech pacientů s diagnózou CMP. Položka byla formulována formou volného psaní, kde se respondenti mohli neomezeně vyjádřit k zmíněné položce. Znázornění v tabulce 23 nabízí ukázkou problémů, které respondenti uvedli. Nejčteněji zastoupení měla poruchy hybnosti, smyslový deficit a špatná komunikace. Zastoupení zmíněných odpovědí bylo téměř 70%.

Vrátíme-li se k položce č. 4 a 5, kde 56 (93,33%) respondentů uvedlo, že mělo možnost se setkat s pacientem s CMP a 47 (78,33%) respondentů ošetřovalo takového pacienta můžeme říct, že respondenti při vyplňování položky vycházeli ze svých zkušeností(Tabulka 23, Graf 24)..

Tabulka 23. Potřeby pacientů

Potřeby pacientů	III. ročník		IV. ročník		celkem	
	n	%	n	%	n	%
porucha hybnosti	16	84,21	39	95,12	55	91,66
smyslový deficit	15	78,94	39	95,12	54	90
špatná komunikace	12	63,15	35	85,36	47	78,33
neinformovanost	9	47,36	23	56,09	32	53,33
imobilita	10	52,63	14	34,14	24	40
inkontinence	2	10,52	18	43,9	20	33,33
rekonvalescence	0	0	12	29,26	12	20



Graf 24. Potřeby pacientů

Položka č. 10

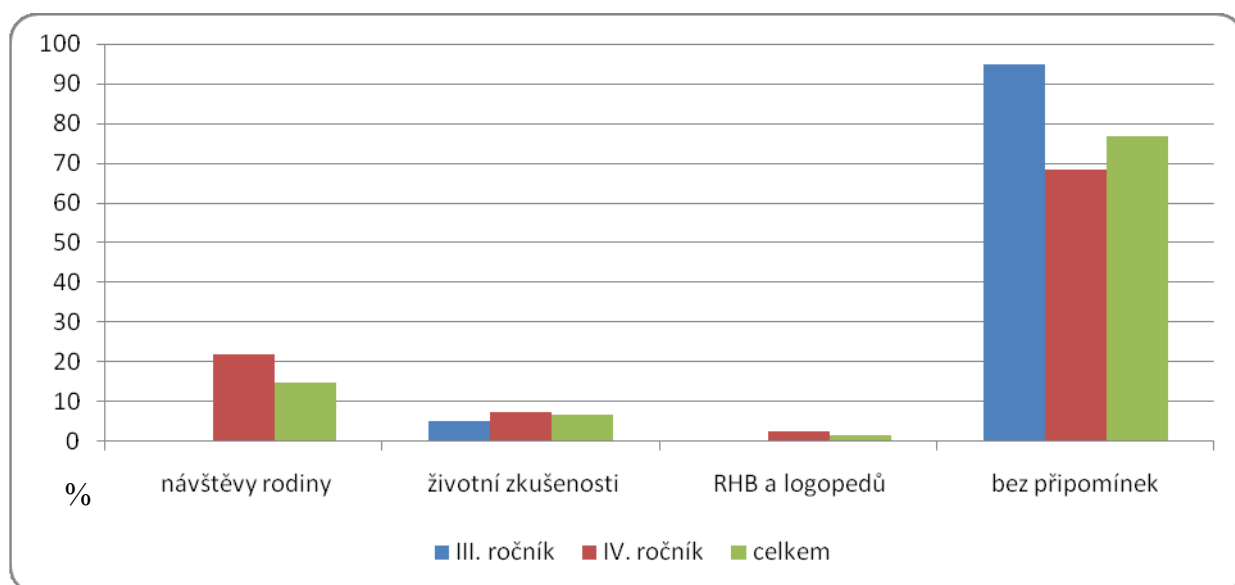
Vaše náměty a připomínky k zpracované problematice:

.....

Položka zjišťovala návrhy, náměty k zpracované problematice. Položka byla formulována formou volného psaní a byla dobrovolná. Výsledky v tabulce 24 ukazují, že 46 (76,66%) respondentů neshledalo žádné náměty ani připomínky. Životní zkušenost uvedla 1 (5,26%) respondent III. ročníku (Tabulka 24, Graf 25).

Tabulka 24. Náměty a připomínky

Náměty a připomínky respondentů	III. ročník		IV. ročník		celkem	
	n	%	n	%	n	%
návštěvy rodiny	0	0	9	21,95	9	15
životní zkušenosti	1	5,26	3	7,31	4	6,66
RHB a logopedů	0	0	1	2,43	1	1,66
bez připomínek	18	94,73	28	68,29	46	76,66



Graf 25. Náměty a připomínky

Komentář

Nejčastější odpověď mezi respondenty z III. a IV. ročníků tvořila nutnost zvýšit frekvenci návštěv rodinnými příslušníky. Je nezbytné zmínit i uvedení životních zkušeností, kde respondenti poukazovali zejména na dlouhodobou rekonvalescenci, zvýšené nároky na ošetřovatele, ekonomické náklady a v neposlední řadě, nedostatek lůžek v lázeňské péči. Zvýšit úroveň poskytované rehabilitační a logopedické péče uvedl 1 (1,66%) respondent. K zpracování dotazníkového šetření se vyjádřila jedna respondentka s přáním úspěšného ukončení studia.

6 Výsledky a diskuze

Hodnocení výsledku řízeného rozhovoru vycházelo z autenticity a respondenti mohli vyjádřit své subjektivní pocity. Zpracování bylo velmi obtížné, vzhledem k velkému množství informací. Z celkového počtu 15 (100%) dotazovaných respondentů tvořilo konečný vzorek pro zpracování 6 (40%) respondentů ve věkovém rozhraní 60 až 79 let. Základní potřeby respondentů byly hodnoceny v akutní fázi objektivně pomocí Indexu soběstačnosti dle Barthelové. Subjektivně uvedlo 6 (100%) respondentů udržení žádoucí polohy, spánek a odpočinek, úpravu zevnějšku a udržení čistoty jako problém, který tvořil omezení v prvních 24 hodinách nemoci. V časovém odstupu 72 hodin označili 2 (33,3%) respondenti problémy v oblasti vyměšování, udržení žádoucí polohy, úpravě zevnějšku, odpočinku a spánku jako problémovou oblast. V akutní fázi při volném vyjádření uvedlo 5 (83,3%) respondentů problémy v oblasti soběstačnosti a hybnosti. Strach, obavy a slabost končetin uvedlo 6 (100%) respondentů. Subjektivní vyjádření respondentů doplňoval Indexem soběstačnosti dle Barthelové. Respondenti vykazovali v hodnocených aspektech částečnou nebo úplnou nesoběstačnost v prvních 24 hodinách. Vysoce závislí byli 2 respondenti.

Dílčí cíl byl splněn. Základní potřeby byly zmapovány v akutní fázi. Respondenti vykazovali známky nesoběstačnosti v základních činnostech běžného dne. Přítomnost handicapu po odeznění akutní formy uvedli 4 (66,7%) respondenti a 2 (33,3%) respondenti přítomnost handicapu nepocítovali. Přitom 6 (100%) respondentů uvedlo omezení v post-akutním období. Oslabení končetin, zhoršená soběstačnost, závislost na rodině a obavy, co bude dál, byla vnímaná respondenty jako zatěžující. Strach z recidivy zaznamenali 4 (66,7%) respondenti. Na základě subjektivního hodnocení respondentů byla zjištěna omezení po odeznění akutní formy CMP. Nutno podotknout, že omezení, která vznikla, měla psychosociální kontext. Ten se ve výrazné míře může podílet na plnění základních potřeb respondentů.

V hodnocení dotazníkového šetření byly nejprve sledovány demografické údaje zahrnující pohlaví, věk a ročník. Z průzkumného šetření vyplývá, že dotazník vyplnilo 56 (93,3%) žen a 4 (6,7%) muži. Zastoupení 19 (31,6%) studentů tvořilo III. ročník a 41 (68,3%) studentů ročník IV. Dílčím cílem bylo zjistit informovanost studentů SZŠ oboru ZA o CMP. Výsledky průzkumného šetření byly záměrně získávány mezi studenty III. a IV ročníků. Sledovala se informovanost problematiky CMP, která zahrnovala vysvětlení pojmů, typů, příznaků, rizikových faktorů a zřízení iktových center. Z

průzkumného šetření vyplynulo, že 78,4% studentů definovalo pojem CMP. Zastoupení správných odpovědí mezi ročníky byla téměř shodná. Studenti III. ročníku se vyjádřili správně v 78,95% a studenti IV. ročníků v 78,05%. Typy CMP uvedlo správně 58,4% studentů. Studenti III. ročníků se vyjádřili správně v 52,64% a studenti IV. ročníků v 60,98%. Vyjmenování projevů CMP mělo vyšší zastoupení v IV. ročnících. Porucha hybnosti zastoupena v 92,68%, bolest hlavy zastoupena v 73,17%. Ve III. ročnících však tyto projevy neměly ani 50% zastoupení. Z rizikových faktorů CMP studenti vyjádřili vlivy prostředí jako stres, alkohol, kouření ve 100% zastoupení v obou ročnících. Slezáková uvádí v učebnici Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty I, aterosklerózu jako nejdůležitější rizikový faktor. Studenti III. ročníků uvedli aterosklerózu v 63,15%. Ve IV. ročnících byla ateroskleróza uvedena v 95,12%. Další odpovědi tvořila HN a DM uvedena 31,57% studenty III. ročníků. Naproti tomu 68,29% studentů IV. ročníků uvedlo HN a 39,02% DM. Sledovala se také znalost iktových center. Studenti označili v 80%, zřízení iktových center v Moravskoslezském kraji. Nutné je podotknout, že informovanost 84,21% studentů III. ročníků je vyšší než u IV. ročníků, kde respondenti zvolili odpověď v 78,04%. Z hlediska lokalit iktových center zaujímá první pozici iktové centrum v Karviné. Nepřítomnost iktových center v Moravskoslezském kraji uvedlo 9 studentů (21,96%) IV. ročníků. I přesto, že v iktovém centru konají odbornou praxi.

Další dílčí cíle zjišťoval přístup k osobám s cévní mozkovou příhodou. Pouze 4 (6,7%) studenti z celého vzorku neměli možnost setkat se s pacientem/klientem s CMP. Studenti III. ročníku neabsolvovali odbornou praxi na neurologickém oddělení, i přesto 10 (52,64%) respondentů pečovalo o pacienta/klienta s CMP a 9 respondentů (47,36%) tuto možnost nemělo. Naproti tomu 4 (9,75%) respondenti IV. ročníku nepečovali o pacienta/klienta s CMP, ale měli možnost se s ním setkat. Dílčí cíl byl splněn. Kontakt byl zaznamenán u 56 (93,34%) respondentů. Ošetřovat mělo možnost 47 (78,33%) respondentů.

Otázka týkající se základních potřeb byla podrobněji zastoupena respondenty IV. ročníků. Porucha hybnosti, smyslový deficit, špatná komunikace, imobilita a inkontinence měli nadpoloviční zastoupení. Tento fakt přisuzují, že studenti IV. ročníku absolvují teoretickou a praktickou výuku vztahující se k danému problému.

Z průzkumného šetření vyplývá, že informovanost, znalost problematiky a potřeb je u studentů IV. ročníků vyšší. Tento fakt přisuzují teoretickému zvládnutí učební látky IV. ročníku předmětu ošetřování nemocných a možnosti osobnímu kontaktu v rámci odborné praxe.

Cílem diplomové práce bylo, zmapovat základní potřeby pacientů/klientů v akutní fázi cévní mozkové příhody. U pacientů/klientů hospitalizováni v IC s ICMP formou TIA. Z hlavního cíle vyloučily dílčí cíle práce, které nastínili další oblasti zmíněné problematiky, které spolu velmi úzce souvisí. Strach, obavy a slabost končetin měly z hlediska omezení velkou míru zastoupení. Slabost končetin vede k nemožnosti udržení hybnosti a soběstačnosti pacienta. Nesoběstačnost a z ní vyplývající základní hygienické návyky byly hodnoceny respondenty jako problém, který je omezoval v akutní fázi onemocnění. Cíl práce byl splněn.

Řízený rozhovor vedený mezi respondenty IC nabídl širokou plejádu informací. Základní potřeby respondentů představovaly poznatky, které vycházely z autenticity. Respondenti vyjadřovali problémy, které vznikaly a zanikaly v průběhu hospitalizace. K ověření jejich subjektivních dojmů, byl použit index hodnocení soběstačnosti dle Barthelové. Pomocí Barthelova indexu se běžně zjišťují deficity ADL (Activities of Daily Living). ADL zahrnuje aktivity, které osoba provádí v rámci péče o sebe. Jedná se zejména o schopnost samostatně se najíst, obléknout, udržovat osobní hygienu a používat WC (Al-Khindy, 2010). Maximální hodnota skóre (MHS) nemusí znamenat plnou soběstačnost v aktivitách denního života ADL, neboť nezaznamenává některé širší funkce (např. domácí práce nebo přípravu jídla), neměří psychické funkce a sociální adaptabilitu (Vaňásková, 2004). Zmíníme-li závažnost CMP, která přináší neurologický deficit, omezení v sociální oblasti, těžký psychologický deficit a riziko vzniku imobilizačního syndromu je nutné, aby potřeby byly respektovány a uspokojovány.

Relevantní výzkum potřeb a aktivit, hodnocený v akutní fázi nebyl dohledán. V akutní fázi vykazovali respondenti závislost lehkého, středního a vysokého stupně. Po uplynutí 24 hod vykazovali 2 (33,33%) respondenti nezávislost. Na základě uvedeného šetření bylo zjištěno, že porucha soběstačnosti byla shledána u 6 (100%) respondentů. Respondenti jsou často odkázáni na pomoc při stravování, vyprazdňování, hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku. Problémy, které respondenti uvedli, byly shledány i v indexu soběstačnosti. Hodnocení ADL u pacientů s CMP by mělo být v praxi prováděno, vždy při změně klinického stavu. Aktuálnost potřeb hodnotí zdravotnický pracovník ve spolupráci s pacientem/klientem, v důsledku rozdílného systému uspokojování a priorit potřeb. Neuspokojené potřeby vedou k zvýšené závislosti na svém okolí. Včasným a správným přístupem, lze dosáhnout výrazného zlepšení zdravotního stavu. Systematické zajišťování potřeb, jejich hodnocení a uspokojování je základním principem ošetřovatelství.

Diplomová práce zachycuje výskyt těchto problémů nikoliv už jejich způsob a míru uspokojování. Tento fakt nabízí další pohled a možnost pro zpracování.

Informovanost budoucích zdravotníků z řad studentů SZŠ oboru ZA byla zvolena záměrně, jako oblast doplňující diplomovou práci. Zahrnuje informovanost o CMP, ale také výskyt potřeb u těchto pacientů. Ne však všichni studenti měli možnost se s takovým pacientem setkat či jej dokonce ošetřovat. Učební osnovy ZA se věnují teoretické přípravě CMP ve IV. ročníku. Můžeme však konstatovat, že i přesto mají studenti III. ročníku základní povědomí o daném onemocnění a problémech, které se pacientů mohou vyskytnout.

Problematika potřeb je dle mého názoru téma aktuální. Domnívám se, že v praxi jsou potřeby uspokojovány v rámci zdravotního stavu pacientů/klientů. Je však nezbytné, aby pacienti/klienti uspokojovaly své potřeby samostatně či v dopomoci zdravotnického pracovníka. Všeobecná sestra by měla aktivně vyhledávat oblasti, kde potřeba nemůže být uspokojena a ve spolupráci s pacientem/klientem nalézt vhodné intervence k jejímu uspokojení. Troufám si však tvrdit, že zachování mobility z pohledu lékařských intervencí je pro pacienty/klienty prvořadé a následně je doplněné ošetřovatelskými intervencemi vedoucí k spokojení základních potřeb. Tato má domněnka je pouze spekulace, která je vnímána mou osobou na základě profese zdravotnického pracovníka v IC.

Závěr

Diplomová práce se zabývá základními potřebami pacientů/klientů v akutní fázi ICMP-TIA. Poskytuje informace o potřebách a odhaluje jejich časové zastoupení. Zachycuje autentičnost, subjektivní, ale i objektivní zhodnocení základních potřeb. Informace byly získány formou řízeného rozhovoru s respondenty od ledna 2012 do května 2012 v IC. Řízeného rozhovoru se zúčastnilo 6 respondentů. Diplomová práce doplňuje dotazníkové šetření z řad studentů SZŠ oboru ZA. Zaměřené na potřeby pacientů s CMP, ale především na informovanost o této chorobě. Dotazníkové šetření proběhlo v lednu 2013 a zúčastnilo se 60 respondentů III. a IV. ročníků.

Ze základních potřeb byla slabost končetin zastoupena v 100%. Z ní plyne porucha hybnosti s poruchou soběstačnosti v činnostech běžného dne. Velký faktor, zde sehrála obava a strach. Ve znalostech studentů byla zjištěna vysoká úroveň, která odpovídala daným ročníkům. Domnívám se, že problematika potřeb vycházela především z projevů daného onemocnění, které respondenti udávali. V 80% byla porucha hybnosti, smyslový deficit a špatná komunikace uvedena III. i IV. ročníkem.

Závěrem lze konstatovat, že potřeby a jejich uspokojování jsou znakem moderního ošetřovatelství. Je nezbytné, aby studenti znali nejen teoretickou problematiku, ale především aplikaci potřeb v praxi. Diplomová práce je malou ukázkou, které potřeby jsou pro pacienty/klienty v akutní fázi onemocnění prioritní a měly by být uspokojovány. Zjištěná fakta mi byla motivací na závěr doplnit diplomovou práci o edukační materiál (Příloha 12), který může být přínosem nejen pro studenty, ale i pro zdravotnické pracovníky.

Neměli bychom podceňovat základní potřeby pacientů/klientů v akutní fázi onemocnění. Průzkumné šetření realizované v IC a SZŠ vytyčilo přínosná zjištění pro praxi. Znalost a uspokojení potřeb je velmi důležité. Vzhledem k tomu, že každá budoucí i stávající VŠ a ZA má znát potřeby, navrhuji řešení:

- Domnívám se, že by bylo prospěšné organizovat semináře a přednášky vztahující se k této problematice. Sem bych zařadila posouzení jednotlivých kazuistik. Zařadila bych sem návod, jak ve vzniklé situaci potřeby uspokojovat, kde hledat pomoc a jaké jsou následky při neuspokojení potřeby. Přednášky bych doplnila o diskuzi s nemocným.

- Získané informace by mohly nalézt uplatnění, jako doplňující materiál pro výuku studentu oboru ZA.

Souhrn

Diplomová práce „Problematika potřeb pacientů s CMP“ se zabývá základními potřebami, které se objevují v akutním stádium CMP.

Teoretická část se věnuje vymezení pojmu potřeba, charakteristice základních potřeb, Maslowově hierarchii potřeb a CMP.

V rámci praktické části proběhl řízený rozhovor a dotazníkové šetření. Řízený rozhovor byl veden s pacienty IC, kdy byla mapována aktuálnost potřeb pacientů/klientů v akutní fázi CMP. Vyplnění dotazníkového šetření proběhlo mezi studenty III. a IV. ročníků SZŠ oboru ZA v Karviné, zaměřené na informovanost o CMP a potřebách. Výsledky praktické částí jsou zpracovány do tabulek a grafů.

Práce poukazuje na základní potřeby pacientů v akutní fázi onemocnění, ale také na informovanost budoucích zdravotnických pracovníků.

Klíčová slova:

- Potřeba
- Maslowova hierarchie potřeb
- Barthelův index
- Cévní mozková příhoda
- Iktové centrum

Summary

Diploma work , issue the needs of patients with stroke "deals with the basic needs that occur in the acute stage of stroke.

The theoretical part deals with the definition of needs , characteristics of basic needs, Maslow's hierarchy of needs and CMP.

In the practical part was made a controlled interview and the questionnaire. Structured interviews were conducted with patients IC, which were mapped to the actual needs of patients in the acute phase of stroke. Completing the questionnaire survey was conducted among students III. and IV. FOR years SZŠ field in Karvina, focusing on awareness of stroke and needs. The results of the practical parts are processed in tables and graphs.

The work refers to the basic needs of patients in the acute phase of the disease , but also to inform future health professionals.

Keywords:

- The need
- Maslow's hierarchy of Leeds
- Barth`s index
- Stroke
- Iktové Center

Referenční seznam

1. AL-KHINDI, T., MACDONALD, R.L., SCHWEIZER, T.A. *Cognitive and functional outcome after aneurysmal subarachnoid hemorrhage*. In *Stroke*, 2010, vol. 41, no. 8, pp. 519-536. ISSN 0039-2499.
2. BARTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BERLINT, P. 2007. *Memorix neurologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 464 s. ISBN 978-80-247-1915-3.
4. FEIGIN, V. 2007. *Cévní mozková příhoda*. Praha: Galén. 208 s. ISBN 80-7262-428-8.
5. HERZIG, R. 2008. *Ischemické cévní mozkové příhody, průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. 84 s. ISBN 978-80-7345-148-6.
6. HOLUBOVÁ, A., VÁCLAVA a kol. 2005. *Nový akademický slovník cizích slov od A – Ž*. Praha: Academica. 880 s. ISBN 80-200-1351-2.
7. CHLOUBOVÁ, H. 1999. *Známe potřeby nemocných?* *Sestra*. roč. 9, č. 7, s. 30.
8. CHLOUBOVÁ, H. 1995. *Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče*. *Sestra*. roč. 5, č. 2, s. 18-20.
9. CHLOUBOVÁ, H. 2003. *Člověk ve zdraví a nemoci: Základní potřeby člověka*. *Osobní rádce zdravotní sestry*. č. 4, 4/15.2.1. s. 1-9. ISSN 12-0074.
10. CHLOUBOVÁ, H. 2004. *Psychosociální potřeby nemocných: Základní potřeby člověka*. *Osobní rádce zdravotní sestry*. č. 1, 4/15.2.2, s. 1-10. ISSN 1214-0074.
11. CHLOUBOVÁ, H. 2004. *Vyšší psychosociální potřeby nemocných Self (já) potřeby - sebepojetí a sebeúcty*. *Osobní rádce zdravotní sestry*. č. 6, 4/15.2.4, s. 1-14. ISSN 1214-0074.
12. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing a.s. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
13. JAROŠOVÁ, D. 2006. *Filozofie a modely ošetrovatelství*. Univerzitas ostraviensis. 24 s. Bez ISBN.
14. JUŘENIKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. Praha: Grada Publishing a.s. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
15. KALITA, Z. a kol. 2007. *Akutní cévní mozkové příhody – Diagnostika, patofyziologie, management*. Brno: Computer press. 626 s. ISBN 80-85912-26-0.

16. KALVACH, P. 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
17. KAPOUNOVÁ, J. 1998. *Formální úprava diplomové práce*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. 20 s. ISBN 978-80-704-2141-3.
18. LIŠKA, V. 2010. *Zpracování a obhajoba bakalářské a diplomové práce*. 2 vyd. Praha: Professional Publishing. 93 s. ISBN 978-80-743-1021-8.
19. MADSEN, K. B. 1979. *Moderní teorie motivace*. Praha: Academia. 468 s. Bez ISBN.
20. MAHONEY, F., I., BARTHEL, D. (1967). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56 – 61.
21. MLČÁK, Z. 2004. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita. 83 s. Bez ISBN.
22. MLÝNKOVÁ, J. 2010. *Pečovatelsví I. díl – učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada Publishing a.s. 272 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
23. NAKONEČNÝ, M. 1995. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodňák. 397 s. ISBN 80-85255-74-x.
24. NOLEN-HOEKSEMA, S. ANTONÍNOVÁ, H. 2012. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. 3. vyd. Praha: Portál. 884 s. ISBN 80-262008-37.
25. ORSZÁGH, J. a KÁŠ, S. 1995. *Cévní mozkové příhody*. 3 vyd. Praha: Brána. 144 s. ISBN 80-901-783-8-3.
26. PLEVOVÁ, I. a kol. 2011. *Ošetřovatelsví II*. Praha: Grada Publishing a.s. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
27. PLHÁKOVÁ, A. 2013. *Učebnice obecné psychologie*. 3. vyd. Praha: Academica. 472 s. ISBN 978-80-200-1499-3.
28. ROUBAL, P. 2009. *Počítač pro učitele*. Praha: Computer press. 312 s. ISBN 978-80-251-2226-6.
29. ŘÍČAN, P. 2010. *Psychologie osobnosti*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.
30. SEIDL, Z. 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing a.s. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
31. SEIDL, Z., a OBENBERGER, J. 2004. *Neurologie pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing a.s. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.

32. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I*. Praha: Grada Publishing a.s. 188 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
33. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I Interna*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 224 s. ISBN 978-80-247-3601-3.
34. SMÉKAL, V. 2009. *Psychologie osobnosti*. Praha: Barrister Principal o.s. 524 s. Bez ISBN.
35. SPENCE, D. 2008. *Mozková mrtvice*. 1. Praha: Triton. 255 s. ISBN 80-7387-058-4.
36. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing a.s. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
37. TOPINKOVÁ, E. NEUWIRTH, J. 1995. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Garda Publishing a.s. 299 s. ISBN 80-7169-009-6.
38. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
39. TRLÍKOVÁ, I. BAREŠ, M. a kol. 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. Brno: NCO NZO. 305 s. ISBN 978-80-7013-540-2.
40. VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H. 2010. *Pedagogika pro učitele*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 456 s. ISBN 978-80-247-3357-9.

Seznam zkratek

ADL – Activity of Daily Living

atd. – a tak dále

dg. – diagnóza

BMI - body mass index

BI – Barthelův index

CMP – cévní mozková příhoda

DM – diabetes mellitus

HN – hypertenzní nemoc

ESO - European Stroke Organisation

FN – fakultní nemocnice

IC – iktové centrum

ICF - International Classification of Functioning

ICMP – ischemická cévní mozková příhoda

KCC – komplexní cerebrovaskulární centrum

MHS – maximální hodnota skóre

MZČR – ministerstvo zdravotnictví České republiky

např.- například

RVP – rámcový vzdělávací program

SAFE - The Stroke Alliance for Europe

SZZ – státní zdravotnické zařízení

SZŠ – střední zdravotnická škola

ŠVP – školní vzdělávací program

TIA – transientní neurologický deficit

TT – tělesná teplota

tzv. – takzvaně

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

VS – všeobecná sestra

ZA – zdravotnický asistent

ZD – zdravotnické noviny

Seznam obrázků

Obrázek 1. Maslowova hierarchie potřeb

Seznam tabulek

- Tabulka 1. Zapojení do průzkumného šetření
- Tabulka 2. Věk respondentů IC
- Tabulka 3. Manifestace ICMP-TIA u respondentů IC
- Tabulka 4. Rizikové faktory u respondentů IC
- Tabulka 5. Podání systémové trombolýzy u respondentů IC
- Tabulka 6. Základní potřeby respondentů IC
- Tabulka 7. Přítomnost handicapu u respondentů IC
- Tabulka 8. Omezení v akutní fázi u respondentů IC
- Tabulka 9. Vnímaná omezení u respondentů IC
- Tabulka 10. Index soběstačnosti dle Barthelové
- Tabulka 11. Vyhodnocení indexu Barthelové
- Tabulka 12. Pohlaví respondentů SZŠ
- Tabulka 13. Věková kategorie respondentů SZŠ
- Tabulka 14. Zastoupení respondentů SZŠ v ročnicích
- Tabulka 15. Vysvětlení pojmu CMP
- Tabulka 16. Typy CMP
- Tabulka 17. Akutní projevy CMP
- Tabulka 18. Setkání s pacientem s CMP
- Tabulka 19. Ošetřování pacienta s CMP
- Tabulka 20. Rizikové faktory CMP
- Tabulka 21. Iktová centra v Moravskoslezské... kraji
- Tabulka 22. Zastoupení iktových center v Moravskoslezském kraji
- Tabulka 23. Potřeby pacientů
- Tabulka 24. Náměty a připomínky

Seznam grafů

- Graf 1. Věk respondentů IC
- Graf 2. Manifestace ICMP - TIA u respondentů IC
- Graf 3. Rizikové faktory u respondentů IC
- Graf 4. Podání systémové trombolýzy u respondentů IC
- Graf 5. Základní potřeby respondentů IC
- Graf 6. Přítomnost handicapu u respondentů IC
- Graf 7. Omezení v akutní fázi u respondentů IC
- Graf 8. Vnímaná omezení u respondentů IC
- Graf 9. Index soběstačnosti dle Barthelové
- Graf 10. Vyhodnocení indexu soběstačnosti dle Barthelové – příjem respondenta
- Graf 11. Vyhodnocení indexu soběstačnosti dle Barthelové – za 24 hod.
- Graf 12. Vyhodnocení indexu soběstačnosti dle Barthelové – za 72 hod.
- Graf 13. Pohlaví respondentů SZŠ
- Graf 14. Věková kategorie respondentů SZŠ
- Graf 15. Zastoupení respondentů SZŠ v ročnících
- Graf 16. Správné a chybné vysvětlení pojmu CMP mezi respondenty SZŠ
- Graf 17. Zastoupení správných a chybných odpovědí v ročnících
- Graf 18. Akutní projevy CMP
- Graf 19. Kontakt studentů s pacientem s CMP
- Graf 20. Ošetřování pacientů s CMP respondenty
- Graf 21. Rizikové faktory CMP
- Graf 22. Zřízení/nezřízení IC v Moravskoslezském kraji z hlediska respondentů SZŠ
- Graf č. 23 Zastoupení iktových center v Moravskoslezském kraji
- Graf 24. Potřeby pacientů
- Graf 25. Náměty a připomínky

Seznam příloh

Příloha 1. Dům životních potřeb

Příloha 2. 14 elementárních potřeb V. Henderson

Příloha 3. Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů po TIA

Příloha 4. Síť center a organizací na pomoc postiženým CMP

Příloha 5. Písemná žádost k vyjádření souhlasu s provedením řízeného rozhovoru v IC

Příloha 6. Souhlas s provedením řízeného rozhovoru v IC

Příloha 7. Oslovení ředitele školy SZŠ

Příloha 8. Souhlas s provedením dotazníkového šetření na SZŠ

Příloha 9. Stupnice k posouzení samostatnosti po mozkovém infarktu – index Barthelové

Příloha 10. Záznamový list řízeného rozhovoru

Příloha 11. Dotazník pro respondenty SZŠ

Příloha 12. Edukační materiál

Přílohy

Příloha 1

DŮM ŽIVOTNÍCH POTŘEB

Dům životních potřeb (Chloubová 1992)

POTŘEBY ČLOVĚKA

sebe-realizace	sebe-aktualizace	hodnoty životní	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	kulturní potřeby	pracovní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
sebeúcta	sebe-pojetí	úspěch uznání	neudělat ostudu	intimita	poznání pochopení	autonomie	Moc	submise
láska	sounáležitost	důvěra	kominikace	rodina	přátelství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
zdraví	bezpečí pomoci	jistoty sociální ekonom.	soběstačnost	bydlení	informace	podněty	Mír klid	potřeba struktury řádu
dýchání	hydratace	výživy	vyprázdnění moče stolice	aktivita tělesná duševní	spánek odpočinek	teplo být bez bolesti	očista hygieny	sexuální mateřské potřeby

Zdroj: Ošetrovatelská péče, Změny potřeb ve stáří, autor Helena Chloubová

Dostupné z: http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf

Příloha 2

14 ELEMENTÁRNÍCH POTŘEB V. HENDERSON

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování upravenosti a čistota těla
9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých.
10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb obav, názorů
11. vyznávání vlastní víry
12. smysluplná práce
13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a relaxace
14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Zdroj: PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing a.s. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.

Příloha 3

STANDARD PRO DIAGNOSTIKU A LÉČBU PACIENTŮ PO TRANZITORNÍ ISCHEMICKÉ ATACE

Autor : MUDr. Jiří Neumann, MUDr. Robert Mikulík, MUDr. Daniel Václavík, MUDr. David Školoudík

Gesce : Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti

Oponent : Doc. MUDr. Edvard Ehler Csc., Prof. MUDr. Zdeněk Kadaňka CSc., MUDr. Jolana Marková

S1. Definice onemocnění

Tranzitorní ischemická ataka (TIA) je definována jako rychle rozvinuté klinické známky ložiskového mozkového postižení nebo poruchy monokulárního vizu, které typicky trvají méně než 1 hodinu, maximálně však 24 hodin, pokud klinické, laboratorní a zobrazovací vyšetření nesvědčí pro jinou příčinu neurologického deficitu. Jediným kritériem odlišení TIA od mozkového infarktu je délka trvání neurologického postižení. Další části „Standardu pro diagnostiku a léčbu pacientů po TIA“ se proto týkají pouze situace, kdy je pacient vyšetřován a léčen již po kompletním odeznění neurologického deficitu, který trval maximálně 24 hodin. Každý pacient se známkami ložiskového ischemického mozkového postižení je až do okamžiku kompletní úpravy neurologického deficitu v prvních 24 hodinách pokládán za pacienta s diagnózou mozkového infarktu - viz. „Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s mozkovým infarktem“.

S2. Charakteristika a cíl standardu

Národní „Standard pro diagnostiku a léčbu pacientů po tranzitorní ischemické atace“ (dále jen „Standard“) definuje a klasifikuje TIA, udává standardní postup diagnostiky, léčby a stanovuje věcné podmínky a kvalifikační předpoklady pro jejich provádění, popisuje vlastní léčebný proces a podmínky pro jeho ukončení, stejně jako kritéria a indikátory, podle kterých je kvalita této péče posuzována. Zahnuje také základní literární odkazy k této problematice. Jednotlivé diagnostické a léčebné postupy jsou podrobněji popsány v „Doporučeních“, která tvoří odbornou přílohu standardu. Cílem „Standardu“ je sjednocení podmínek provádění a postupů diagnostiky a

léčby TIA na všech pracovištích, na nichž je péče pacientům s cerebrovaskulárními onemocněními poskytována, v zájmu zajištění srovnatelné kvality péče. Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti J. E. P. je předkladatelem a garantem standardu.

S3. Klasifikace onemocnění

3.1. *Incidence*

V České republice se odhaduje roční incidence TIA okolo 30-40 případů na 100 000 obyvatel.

3.2. *Klinický obraz*

TIA se zpravidla projevuje náhlým rozvojem ložiskové neurologické symptomatologie mozkového (centrálního) původu podle teritoria postižené mozkové tepny - slabostí až ochrnutím končetin nebo poloviny těla (hemiparéza až hemiplegie), poruchou citlivosti poloviny obličeje, končetin či poloviny těla, poruchou symbolických funkcí, náhle vzniklou nevysvětlitelnou závratí nebo náhlým pádem ve spojení s výše uvedenými centrálními neurologickými příznaky, amaurózou (zpravidla jednostrannou), event. dalšími neurologickými symptomy dle lokalizace ložiskové ischemie mozku.

3.3. *Patofyziologie choroby*

Podstatou TIA je přechodná ložisková ischemie mozku, která je způsobena snížením průtoku krve v mozkové tepně. Nejčastějším mechanismem je přechodný částečný nebo úplný uzávěr intrakraniální tepny většinou v důsledku embolizace z proximálně uloženého zdroje (krční tepny, aortální oblouk, srdce). Jindy se může jednat o postižení perforujících arteriol při jejich mikroangiopatii. Dále může být TIA podmíněna hemodynamicky při stenóze nebo uzávěru krční tepny, při postižení větších intrakraniálních tepen nebo při kombinaci více faktorů (zejména s podílem hypotenze).

Na CT nebo MRI u některých pacientů nacházíme změny odpovídající proběhlému mozkovému infarktu.

3.4. *Příčiny TIA*

Mezi nejčastější příčiny patří:

- 1/ Ateroskleróza s postižením krčních a méně často intrakraniálních tepen
- 2/ Embolizace z kardiálního nebo jiného zdroje

3/ Mikroangiopatie postihující perforující arterioly

3.5. Klasifikace TIA

3.5.1. Dle teritoria magistrální tepny na povodí karotické a vertebrobasilární.

S4 – Kvalifikační předpoklady a věcné podmínky

Indikace k hospitalizaci

V prvních 24-48 hodinách po proběhlé TIA je pacient považován za akutně nemocného vzhledem k vysokému riziku vzniku mozkového infarktu. Musí být vyvinuta maximální snaha o co nejrychlejší identifikaci příčiny TIA a její eliminaci. Část pacientů může vyžadovat monitorování a kompenzaci fyziologických funkcí, zejména oběhových a respiračních. Indikace k hospitalizaci se tak odvíjí od celkového zdravotního stavu, od latence s jakou je pacient vyšetřen od odeznění neurologického postižení a také od možnosti organizačně zajistit potřebná vyšetření v co nejkratším termínu. Z obecného hlediska je pacient indikován k hospitalizaci zejména v prvních 24-48 hodinách po proběhlé TIA. U ostatních pacientů lze provést potřebná vyšetření ambulantně.

4.1. Instituce

4.1.1 Přednemocniční péče

4.1.1.1. Neurologická ambulance (optimálně specializovaná cerebrovaskulární poradna).

4.1.1.2. Ordinance praktického lékaře, interní ambulance, LSPP.

4.1.1.3. Záchraná služba (územní, lokální) s určeným cílovým nemocničním zařízením, která má technické a personální předpoklady poskytnout adekvátní přednemocniční péči pacientům s akutní cévní mozkovou příhodou (CMP).

4.1.2. Nemocniční péče v lůžkovém zařízení

4.1.2.1. Pacienta v příznivém zdravotním stavu a stabilizovaného pacienta lze hospitalizovat na standardním neurologickém oddělení, event. i na jiném nemocničním oddělení (interním, geriatrickém) zabývajícím se péčí o pacienty s cerebrovaskulárními onemocněními a s 24 hodinovou konziliární neurologickou službou a nepřetržitou dostupností komplementu. Hospitalizace na neurologickém oddělení je i v těchto případech nicméně preferována.

4.1.2.2. Pacient s vysokým rizikem vzniku mozkového infarktu nebo recidivy TIA (zjištěná srdeční arytmie, symptomatická stenóza magistrální mozkové tepny), s dekompenzovanou hypertenzí nebo s jinými důvody potřebnosti monitorování vitálních funkcí splňuje podmínky pro indikaci péče na JIP – optimálně odbornosti 2I9, vybavené pro OD intenzivní péče typu 00057 dle Vyhlášky č. 101/2002 Sb., jejímiž variantami jsou:

- samostatná iktová jednotka
- iktová lůžka jako součást širší neurologické JIP
- JIP iktového centra vybavená pro OD intenzivní péče vyššího stupně. V této variantě se jedná o nadregionální superkonziliární pracoviště.

4.1.2.3. Péče může být v indikovaných případech (jako je např. endovaskulární nebo operační zákrok, významná interní komorbidita apod.) poskytnuta i na JIP jiných odborností, které se zabývají péčí o pacienty s cévními mozkovými příhodami (neurochirurgická, interní) a jsou vybavené pro OD intenzivní péče typu 00057.

4.1.3. Ambulantní péče

4.1.3.1. Neurologická ambulance, optimálně specializovaná cerebrovaskulární poradna.

4.1.3.2. Ordinance praktického lékaře, ambulance interní, případně kardiologická (vždy s návazností na bod 4.1.3.1.)

4.1.3.3. Doplňková péče je podle potřeby uskutečňována na pracovišti radiologickém, neurochirurgickém a/nebo cévně-chirurgickém atd.

4.2. Odborný personál

4.2.1. Přednemocniční péče

Neurolog. Praktický lékař, internista, lékař LSPP. Tým zdravotnické záchranné služby (lékař ZZS, SZP – záchranář, řidič).

4.2.2. Nemocniční péče v lůžkovém zařízení

4.2.2.1. Na standardním lůžku neurologického oddělení je péče zajištěna lékařem - neurologem s atestací v oboru, zdravotními sestrami a nižším zdravotnickým personálem. Na standardním lůžku interního či neurochirurgického oddělení je péče zajištěna lékařem s atestací v příslušném oboru. Trvá potřeba dostupnosti specializovaných odborných lékařů a pracovníků uvedených níže. Odbornou garanci za péči poskytovanou na těchto standardních lůžkách má vedoucí lékař příslušného pracoviště.

4.2.2.2. Ústavní pohotovostní služba (ÚPS) musí být zajištěna lékařem s neurologickou specializací či v přípravě na ni, přičemž minimálně formou příslužby musí být dostupný atestovaný neurolog.

4.2.2.3. Vedoucím JIP je lékař s atestací v příslušném oboru a s erudicí v intenzivní péči, diagnostice a terapii CMP.

4.2.2.4. Dalšími členy týmu jsou lékaři s neurologickou specializací pracující na JIP a specializované sestry.

4.2.2.5. Je nezbytná dostupnost internisty se zkušenostmi v intenzivní péči, kardiologa, radiologa. Pro iktové centrum je rovněž nutná dostupnost lékaře se specializací v intervenční neuroradiologii, dále neurochirurga a/nebo cévního chirurga.

4.2.2.6. Odbornou garanci za péči poskytovanou na iktových lůžkách neurologické JIP má vedoucí lékař příslušného lůžkového pracoviště, na ostatních JIP vedoucí lékař příslušného pracoviště.

Ambulantní péče

4.2.2.7. K validnímu stanovení diagnózy TIA a určení dalšího postupu v léčbě a diagnostice

je nezbytné vyšetření neurologem s atestací v oboru a optimálně s erudicí v péči, diagnostice a terapii CMP.

4.2.2.8. Spolupráce na klinickém sledování, na zjišťování a eliminaci rizikových faktorů je potřebná zejména s praktickým lékařem, případně internistou a/nebo kardiologem.

4.2.2.9. Doplňková péče je poskytována radiologem, neurochirurgem a/nebo cévním chirurgem, případně neuroradiologem.

4.3. Technické předpoklady

4.3.1. Přednemocniční péče

Standardní výbava ambulancí praktického lékaře a odborných lékařů umožňující vyšetření klinického stavu. Předepsaná technická výbava ZZS.

4.3.2. TIA s indikovanou nemocniční péčí

4.3.2.1. Standardní lůžkové neurologické oddělení, jakož i standardní oddělení jiné odbornosti (např. interní, neurochirurgické) zabývající se péčí o pacienty s CMP je

vybaveno v souladu s požadavky Vyhlášky 134/98 Sb. v platném znění, pro poskytování ošetrovacího dne 00001.

4.3.2.2. Je nezbytná nepřetržitá dostupnost laboratorního komplementu (biochemie, hematologie, event. nukleární medicína), RTG a CT nebo MRI. Nejpozději do 24 hodin je nezbytná dostupnost sonografického vyšetření extrakraniálních tepen, optimálně i transkraniální sonografie a katetrizační angiografie. Pro iktové centrum je nutná nepřetržitá dostupnost angiografie, neuroradiologických, neurochirurgických a cévně chirurgických intervencí. Výhodná je nepřetržitá dostupnost neurosonologického vyšetření.

4.3.2.3. Pracoviště JIP se standardním vybavením dle Vyhlášky 134/98 Sb. v platném znění, způsobilé pro poskytování OD intenzivní péče minimálně typu 00057. JIP iktového centra je vybavena minimálně pro OD typu 00055, optimálně 00053.

4.3.3. Ambulantní péče

Standardní výbava ambulancí praktického lékaře a odborných lékařů. Nezbytná je návaznost dalších postupů umožňujících diagnostiku a sledování příčin a rizikových faktorů cerebrovaskulárních onemocnění. V případě neurologické ambulance – specializované cerebrovaskulární poradny je vhodné i přístrojové vybavení pro duplexní vyšetření extrakraniálních tepen a TCD. Přístrojová technika (duplexní sonografie, TCD) nemusí být ve vlastnictví každé ambulance, ale musí být smluvně zajištěna dostupnost a postačující kapacita v požadovaném časovém intervalu.

S5. Vlastní péče - vstupní podmínky procesu péče

5.1. Anamnéza - klinický obraz:

Základem stanovení správné diagnózy TIA je kvalitní zjištění anamnézy.

Anamnéza a klinické obtíže jsou u TIA charakterizovány náhlým vznikem příznaků ložiskového postižení mozku jako:

- slabost až ochrnutí nebo porucha citlivosti poloviny obličeje, končetin nebo poloviny těla (hemiparéza až hemiplegie, hemihypestézie i hemidysestézie)
- porucha řeči charakteru afázie nebo dysartrie, jiná porucha symbolických funkcí např. apraxie
- amauróza (zpravidla jednostranná), nebo náhle vzniklý výpad zorného pole

- ataxie
- náhle vzniklá nevysvětlitelná závrať nebo náhlé pády ve spojení s dalšími centrálními neurologickými příznaky
- další topické neurologické příznaky podle lokalizace přechodné fokální mozkové ischemie
- samotná závrať, samotná diplopie, samotná amnézie nebo zmatenost, samotný náhlý pád nebo stěhování senzitivního deficitu nejsou pokládány za spolehlivé symptomy TIA

S6. Vlastní proces péče

6.1. Diagnostika

Vyšetření u pacienta po TIA musí být provedena v co nejkratším termínu.

6.1.1. Postup při péči o pacienta po TIA

6.1.1.1. Pacient po TIA se má neprodleně dostavit k neurologickému vyšetření.

6.1.1.2. Nezbytné diagnostické testy prováděné během hospitalizace nebo ambulantně

a/ Změření krevního tlaku

b/ Neurologické vyšetření

c/ Duplexní sonografické vyšetření extrakraniálních tepen (viz.Národní standard číslo Neuro/4)

d/ CT mozku

e/ Laboratorní vyšetření : biochemický screening, krevní obraz, koagulace

f/ Interní a/nebo kardiologické vyšetření včetně EKG a rtg plic

6.1.1.3. Další možná vyšetření

a/ Sonografické vyšetření intrakraniálních tepen, event. speciální vyšetření jako např. detekce mikroembolizací, stanovení cerebrovaskulární rezervní kapacity atd.

b/ Vyšetření mozkových cév pomocí CT angiografie, MR angiografie či DSA

c/ Vyšetření magnetickou rezonancí

d/ Transthorakální a transezofageální echokardiografie

e/ Holterovo monitorování ekg a TK

f/ Speciální laboratorní a genetická vyšetření, včetně vyšetření trombofilních stavů

g/ SPECT mozku metodou HMPAO včetně stanovení cerebrovaskulární rezervní kapacity

h/ Elektroencefalografie

6.2. Léčba

6.2.1. Specifická medikamentózní preventivní léčba : dle předpokládané příčiny TIA buď antiagregační nebo antikoagulační. Tato léčba musí být zahájena neprodleně po proběhlé TIA.

6.2.2. Další preventivní opatření jsou shodná se zásadami sekundární prevence – viz. odstavec 7.5.

6.2.3. Obecně platná léčebná opatření se u pacienta po TIA odvíjejí od celkového zdravotního stavu a přidružených onemocnění.

6.3. Ambulantní péče

Ambulantní péče o pacienty s cerebrovaskulárními chorobami je specializovaným druhem neurologické péče, která je plně zaměřena na vyšetřování, léčení a dispenzární sledování nemocných po prodělané TIA či jiných typů CMP. Frekvenci dispenzárních prohlídek v cerebrovaskulárních poradnách s přihlédnutím k typu TIA a jiných CMP, klinickému stavu, nálezům stenóz a provedeným rekonstrukčním nebo rekanalizačním výkonům upravuje Vyhl. č. 60/ 1997 Sb. MZd ČR ve smyslu přílohy vyhlášky dle § 1.

S7. Podmínky ukončení procesu péče

7.1. Výstupní kritéria

Identifikace příčiny TIA (dle možností), zjištění ovlivnitelných rizikových faktorů a neprodlené zavedení adekvátních preventivních opatření.

7.2. Prognóza

7.2.1. Pacient po TIA má zvýšené riziko vzniku mozkového infarktu, recidivy TIA a vzniku jiné vaskulární příhody (zejména infarktu myokardu). Riziko vzniku mozkového infarktu je nejvyšší bezprostředně po TIA, v prvním měsíci je toto riziko 4-8%, v prvním roce 12% a v následujících 5 letech 24-29%. Zvláště vysoké riziko vzniku MI nebo recidivy TIA je u pacienta s fibrilací síní a symptomatickou stenózou magistralní mozkové tepny nad 70%.

7.3. Diagnóza

7.3.1. Správná diagnóza TIA je jednoznačně stanovena anamnézou, včetně přesného vymezení doby trvání neurologických příznaků, neurologickým vyšetřením a zobrazovacím vyšetřením mozku (CT nebo MRI).

7.3.2. Doplňkovou úlohu pro diagnózu TIA a určení její příčiny mají další vyšetření – viz. kapitola 6.

7.4. Primární prevence

7.4.1. Primární prevence je zaměřena především na omezení kouření, ovlivnění stravovacích návyků, podporu přiměřených fyzických aktivit a redukci tělesné hmotnosti, léčbu hypertenze, srdečních onemocnění, hyperlipidémie, cukrovky a dalších souvisejících nemocí.

7.4.2. Prevence cerebrovaskulárních onemocnění musí být jednou z priorit zdravotní politiky státu. Vzdělávání a zvyšování informovanosti obyvatelstva o příčinách cévních mozkových příhod a o tom jak jim předcházet by měly hrát významnou roli v oblasti primární prevence. Primární prevence má být organizována ve spolupráci s praktickými lékaři a s příslušnými odbornými společnostmi (neurologickou a interní společností a s preventivními obory hygieny a epidemiologie)

7.4.3. Nezbytné je zajištění dostatečné informovanosti veřejnosti o příznacích cévních onemocnění mozku a nutnosti okamžitého přivolání RZP při vzniku příznaků.

7.5. Sekundární prevence

7.5.1. Po proběhlé TIA může sekundární prevence významně snížit riziko následného MI. Pro účelnou léčbu cerebrovaskulárních onemocnění je proto nezbytně nutné dodržovat zásady sekundární prevence.

7.5.2. Sekundární prevence zahrnuje především:

- specifické medikamentózní postupy – antiagregační či antikoagulační terapii
- režimová a léčebná opatření k eliminaci rizikových faktorů; platí stejné zásady jako u primární prevence, ale s větší naléhavostí při jejich dodržování
- operační (prováděné cévním chirurgem či neurochirurgem) a/nebo endovaskulární intervenční postupy v případě stenóz karotid nebo jiných extra či intrakraniálních mozkových tepen

7.5.3. V rámci zásad sekundární prevence je nutné adekvátně informovat pacienta a jeho blízké o příznacích CMP a postupu v případě jejich vzniku.

7.6. Posudková hlediska

Z definice TIA vyplývá, že klinické známky ložiskového mozkového postižení nebo monokulárního vizu vymizí do 24 hodin, a proto stav po proběhlé TIA nevyžaduje speciální posudková hlediska. Je však nutno vzít ohled na příčinu TIA, na zvýšené riziko vzniku mozkového infarktu, recidivy TIA a/nebo jiných vaskulárních příhod. Zohlednit je třeba také provedenou léčbu (např. operační či endovaskulární zákrok).

S8. Výsledky – kritéria a indikátory kvality péče

8.1. Podmínky zahájení péče

Základní podmínkou je včasné a správné stanovení diagnózy TIA.

8.2. Proces

Vyšetření a léčba dle odborných doporučení – zejména s ohledem na příčinu TIA.

8.3. Podmínky ukončení péče

8.3.1. Ukončení diagnostického procesu včetně stanovení příčiny TIA a závažných rizikových faktorů

8.3.2. Zahájení adekvátní sekundární prevence – dle příčiny TIA a v závislosti na zjištěných rizikových faktorech.

8.4. Způsob kontroly

Zdravotní dokumentace pacienta, ošetřovatelská dokumentace, odborné nálezy a snímková či další obrazová dokumentace z pomocných vyšetření.

S9 – Odkazy na literaturu

Platné legislativní normy České republiky:

1. Zákon č. 48/97 Sb. (O veřejném zdravotním pojištění) v platném znění
2. Vyhláška č. 134/98 Sb. (Seznam zdravotních výkonů) v platném znění
3. Vyhláška č. 60/97 Sb. (Dispensární péče)
4. Zákon č. 20/66 Sb. (O péči o zdraví lidu) v platném znění
5. Vyhláška č. 434/92 Sb. (O zdravotnické záchranné službě) v platném znění

Odborné literární odkazy:

1. Aho K, Harmsen P, Hatano S, Marquardsen J, Smirnov VE, Strasser T. Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. *Bull World Health Organ* 1980; 58(1): 113-30.
2. Cerebrovascular diseases, Chapter 34. In: Adams RD, Victor M, editors. *Principles of neurology*, 4th Ed.. New York: Mac Graw-Hill, Inc.; 1989. p. 663-6.
3. Kalvach P. Mozkové hemoragie. In: Kalvach P, editor. *Mozkové ischemie a hemoragie*. Praha: Grada Publishing; 1997. p. 123-36.
4. Warlow C, Morris PJ. *Transient Ischemic Attacks*. New York : Marcel Dekker, Inc. 1982.
5. Reggia JA, Tabb R, Price TR, et al: Computer-aided assessment of transient ischemic attacks: a clinical evaluation. *Arch Neurol* 1984, 41:1248-1254.
6. Brass LM, Styss PK. *Diferenciální diagnostika v neurologii pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing; 1994.
7. Kalvach P. a kol.: *Mozkové ischemie a hemoragie*. Grada, Avicenum, Praha 1997, 409 s.
8. Kalita Z. a kol: *Cévní mozkové příhody – standard léčebného plánu*. Verlag Dashöfer, Praha, 2002, 12 s.
9. European Stroke Initiative (EUSI): *Optimal Care of the Stroke Patient (2002)*
10. Adams H.P., del Zoppo G.J., von Kummer R.: *Management of Stroke*. Professional Communications, Inc., New York, 2002, 303 s.
11. Pan European Consensus Meeting on Stroke Management. Helsingborg, Švédsko, 8. - 10. 11. 1995.
12. European Strategies for Early Intervention in Stroke. *Cerebrovasc. Dis.*, 6, 1996 s. 315-32.
13. Kalita, Z.: Doporučení pro diagnostiku a léčbu cévních mozkových příhod. *Cor Vasa*, 1998, 40(7): Kardio, s. 253-K257.
14. Doporučení pro diagnostiku a léčbu cévních mozkových příhod. *Čes. a Slov. Neurol. Neurochir.* 1997, 60-93 (Suppl.), s. 4-8.
15. Philip A. Wolf, MD, Chair; G. Pat Clagett, MD; J. Donald Easton, MD; Larry B. Goldstein, MD; Philip B. Gorelick, MD; Margaret Kelly-Hayes, EdD, RN; Ralph L. Sacco, MD; Jack P. Whisnant, MD Preventing Ischemic Stroke in Patients With Prior Stroke and Transient Ischemic Attack. *Stroke*. 1999;30:1991-1994.
16. UK-TIA Study Group. The United Kingdom transient ischaemic attack (UK-TIA) aspirin trial: final results. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991; 54: 1044-1054
17. Prospective Studies Collaboration. Cholesterol, diastolic blood pressure and stroke 13,000 strokes in 450,000 people in 45 prospective cohorts. *Lancet* 1995; 346: 1647-1653
18. Gorelick P, Sacco R, Smith D, Alberts M, Mustone-Alexander L, Rader D, et al. Prevention of first stroke. A review of guidelines and a multidisciplinary consensus statement from the National Stroke Association. *JAMA* 1999; 281: 1112-1120
19. Feinberg W, Albers G, Barnett H, Biller J, Caplan L, Carter L, et al. Guidelines for the management of transient ischemic attacks. From the Ad Hoc committee on guidelines for the management of transient ischemic attacks of the American Heart Association. *Stroke* 1994; 89: 2950-2965
20. Executive Committee for the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study (ACAS). Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. *JAMA* 1995; 273: 1421-1428

21. Asplund K, Marké L-Å, Terént A, Gustafsson C, Wester P. Costs and gains in stroke prevention: European perspective. *Cerebrovasc Dis* 1993; 3(suppl 1): 34-42
22. Hankey GJ, Warlow CP. Treatment and secondary prevention of stroke . Evidence, costs and effects on individuals and populations. *Lancet* 1999; 354: 1457-63.
23. Hankey GJ, Warlow CP. Transient ischemic attacks of the brain and eye. Londron: W B Saunders, 1994.
25. Polívka J., Ševčík P., Ambler Z. Doporučení pro péči o nemocné s tranzitorní ischemickou atakou. Verlag Dashöfer, 2002, INT/6, ISBN 80-86229-29-7
26. European Stroke Initiative. Recommendation for stroke management 2003;1-27.

Zdroj: Česká neurologická společnost ČLS J.E.P.

Dostupné z: <http://www.czech-neuro.cz/clanek/134-Standard-pro-diagnostiku-a-lecby-pacientu-s-TIA/index.htm>

Příloha 4

SÍŤ CENTER A ORGANIZACÍ NA POMOC POSTIŽENÝM CMP

Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP

European Stroke Organisation (ESO)

projekt IKTA.CZ

Národního registru cévních mozkových příhod

Národního cerebrovaskulárního program

Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách

SAFE (The Stroke Alliance for Europe)

Organizace Ictus o.p.s.,

Sdružení Iktus

Příloha 5

**PÍSEMNÁ ŽÁDOST K VYJÁDRĚNÍ SOUHLASU S PROVEDENÍM ŘÍZENÉHO
ROZHOVORU V IC**

Karvinská hornická nemocnice a.s.
Akreditované zdravotnické pracoviště

Karvinská hornická nemocnice a.s.
Zakladatelská 975/22
Karviná – Nové město
735 06

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti se závěrečnou diplomovou prací

Jméno a příjmení žadatele: Bc. Barbora Bialonczyková DiS.

Datum a místo narození: 4. dubna 1984 Frýdek - Místek

Telefon: +420/ 723 643 871

Email: bialonczykova.b@seznam.cz

Škola/fakulta: Univerzita Palackého Olomouc – Pedagogická fakulta
Katedra Antropologie a zdravotní vědy

Obor studia: UOPZŠ – Učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy

Téma závěrečné práce: Problematika potřeb pacientů s cévní mozkovou příhodou

Požadavek: povolení distribuce dotazníků

Způsob provedení sběru dat: dotazníky pro pacienty – vedeny formou rozhovoru

Termín sběru dat od leden 2012 **do** květen 2012

Pracoviště, kde sběru dat došlo: MO-JIP, neurologické odd.

Prezentace dat: zpracování dotazníkového šetření – obhajoba diplomové práce

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se doví v souvislosti s prováděným dotazníkovým šetřením a sběrem dat. Použité dotazníky jsou zcela anonymní. Spolupracuje s pacienty, kteří uvedli ve své zdravotnické dokumentaci písemný souhlas o možnosti nahlížení, práce a zpracování studentů do zdravotnické dokumentace v souladu s 45 odst. 2 písmeno h) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Předpis č. 98/2012 Sb. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci.

Vyplňuje Karvinská hornická nemocnice a.s.

Vyjádření odpovědného pracovníka dle organizačního řádu:

Ano

Ne

Dr. Lidová, Bc. B.

Datum

BĚLICOVÁ Taťána
Náměstkyně
pro zdravotnické služby

Podpis

Příloha 6

SOUHLAS S PROVEDENÍM ŘÍZENÉHO ROZHOVORU V IC

Karvinská hornická nemocnice a.s.
Akreditované zdravotnické pracoviště

Karvinská hornická nemocnice a.s.
Zakladatelská 975/22
Karviná – Nové město
735 06

Barbora Bialończyková
Doubrava č. 185
Doubrava 735 33
Okr: Karviná

Karviná 24. ledna 2012

Věc: Souhlas s provedením výzkumného šetření v souvislosti s diplomovou prací

Vážená paní Bialończyková,

Souhlasím s provedením dotazníkového šetření na výše zmíněných odděleních.

S srdečným pozdravem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči.

Tatiana Bělicová

BĚLICOVÁ Tatiana
Náměstkyně
pro ošetrovatelskou péči

.....
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

OSLOVENÍ ŘEDITELE ŠKOLY SZŠ

Barbora Kaletová
Karpentná č.p. 186
Třinec – Karpentná
739 94

Karpentná 2. ledna 2013

Věc: Žádost o povolení distribuce dotazníků

Vážená paní ředitelko,

prosim o umožnění dotazníkového šetření v rámci mé diplomové práce na téma: Problematika potřeb pacientů s cévní mozkovou příhodou. V rámci 3. a 4. ročníku studijního oboru Zdravotnický asistent, u studentů starších 18 let.

Toto výzkumné šetření je velmi důležitou součástí pro úspěšné ukončení studia na Pedagogické fakultě UP, katedry ATROPOLOGIE A ZDRAVOVĚDY.

Obsahem této práce je problematika základních potřeb, informovanost klientů a povědomí studentů o této problematice.

Výsledky budou zpracovány anonymně a použity pouze pro účel mé diplomové práce. V případě zájmu zpracované výsledky v rámci výše zmiňované školy Vám budou poskytnuty.

Děkuji za ochotu a spolupráci.

Barbora Kaletová
.....

Kaletová Barbora

Příloha 8

SOUHLAS S PROVEDENÍM DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ NA SZŠ



Střední zdravotnická škola, Karviná, příspěvková organizace
Borovského 2315/1, Karviná - Mizerov, 733 01

Karviná 14. ledna 2013

Věc: Povolení distribuce dotazníků

Vážená paní Kaletová,

na základě Vaši žádosti o umožnění dotazníkového šetření v rámci Vaši diplomové práce, povoluji realizovat toto šetření u žáků starších 18 let oboru zdravotnický asistent.

Prosím o poskytnutí zpracovaných výsledků dotazníkového šetření.

S pozdravem


Mgr. Pinkasová Ivana
Borovského 2315/1
733 01 Karviná - Mizerov
ředitelka školy
IČ: 00844985

Příloha 9

STUPNICE K POSOUZENÍ SAMOSTATNOSTI PO MOZKOVÉM INFARKTU INDEX BARTHELOVÉ

INDEX SOBĚSTAČNOSTI DLE BARTHELOVÉ

PACIENT _____ ROČNÍK _____ DATUM _____

HODNOCENÝ ASPEKT	POPIS	BODOVACÍ SKÓRE
1. NAJEDENÍ, NAPITÍ	SAMOSTATNĚ BEZ POMOCI	10
	S POMOCÍ	5
	NEPROVEDE	0
2. OBLÉKÁNÍ	SAMOSTATNĚ BEZ POMOCI	10
	S POMOCÍ	5
	NEPROVEDE	0
3. KOUPÁNÍ	SAMOSTATNĚ BEZ POMOCI	10
	S POMOCÍ	5
	NEPROVEDE	0
4. OSOBNÍ HYGIENA	SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ	5
	NEPROVEDE	0
5. KONTINENCE MOČI	PLNĚ KONTINENTNÍ	10
	OBČAS INKONTINENTNÍ	5
	INKONTINENTNÍ	0
6. KONTINENCE STOLICE	PLNĚ KONTINENTNÍ	10
	OBČAS INKONTINENTNÍ	5
	INKONTINENTNÍ	0
7. POUŽITÍ WC	SAMOSTATNĚ BEZ POMOCI	10
	S POMOCÍ	5
	NEPROVEDE	0
8. PŘESUN LŮŽKO - ŽIDLE	SAMOSTATNĚ BEZ POMOCI	15
	S MALOU POMOCÍ	10
	VYDRŽÍ SEDĚT	5
	NEPROVEDE	0
9. CHŮZE PO ROVINĚ	SAMOSTATNĚ NAD 50 M	15
	S POMOCÍ 50 M	10
	NA VOZÍKU 50 M	5
	NEPROVEDE	0
10. CHŮZE PO SCHODECH	SAMOSTATNĚ BEZ POMOCI	10
	S POMOCÍ	5
	NEPROVEDE	0

HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI DLE BARTHELOVÉ	
0 - 40 BODŮ	VYSOCE ZÁVISLÝ
45 - 60 BODŮ	ZÁVISLOST STŘEDNÍHO STUPNĚ
65 - 95 BODŮ	LEHKÁ ZÁVISLOST
100 BODŮ	NEZÁVISLÝ

ZDROJ: INTERNETOVÉ STRÁNKY WWW.VNL.XF.CZ

Příloha 10

ZÁZNAMOVÝ LIST ŘÍZENÉHO ROZHOVORU

Vážení respondenti,

jmenuji se Barbora Kaletová. Jsem studentka druhého ročníku Univerzity Palackého v Olomouci, Katedry antropologie a zdravotní vědy, oboru Učitelství pro střední zdravotnické školy

Byli jste vybráni pro zpracování řízeného rozhovoru vztahující se k tématu mé diplomové práce:

Problematika potřeb pacientů s cévní mozkovou příhodou.

Po vyplnění všech otázek mohu provést šetření, kdy na podkladě získaných informací mohu zjistit, jaké jsou aktuální základní potřeby pacientu s cévní mozkovou příhodou. Účast na řízeném rozhovoru je dobrovolná a anonymní. Veškeré získané informace budou použity jen pro účel zpracování diplomové práce.

Děkuji za spolupráci a čas, který jste věnovali řízenému rozhovoru.

S pozdravem Kaletová Barbora

Informace z dokumentace:

Pohlaví:

muž žena

Věk pacienta:

30 – 39 40 – 49 50 – 59 60 – 69 70 – 79 80 a

více

Manifestace CMP:

- a) prvotní projev
- b) recidiva

rizikové faktory:

- a) kouření
- b) stres
- c) špatná životospráva
- d) nadváha
- e) hypertenze

- f) hypercholesterolémie
- g) rodinná predispozice
- h)

Podání systémové trombolýzy

- a) ano
- b) ne

Otázky řízeného rozhovoru:

Otázka č. 1

Zaznamenej do tabulky v časovém odstupu 24 hod., 72 hod. a v době propuštění z iktového centra problémy, které se u projevily u respondenta a jsou uvedeny v tabulce.

Přítomnost problému označte – A / Nepřítomnost problému označte - N

Základní potřeby – aktuální problémy	24	72	Propuštění
dýchání			
příjem potravy			
vyměšování			
udržení žádoucí polohy - v sedě, leže, chůzi			
odpočinek - spánek			
úprava zevnějšku			
udržování TT			
udržování čistoty			

Otázka č. 2

Zůstal/a Vám nějaký handicap?

c) ano

d) ne

Otázka č. 3

Co Vás nejvíce omezovalo v akutní fázi?

.....

Otázka č. 4

Co Vás nejvíce omezuje nyní?

.....

Příloha 11

DOTAZNÍK PRO STUDENTY SZŠ

Vážení respondenti,

jmenuji se Barbora Kaletová. Jsem studentka druhého ročníku, oboru Učitelství pro střední zdravotnické školy, katedry Antropologie a zdravotvědy, Univerzity Palackého v Olomouci.

Do rukou se Vám nyní dostává dotazník, který obsahuje položky k tématu mé diplomové práce:

Problematika potřeb pacientů s cévní mozkovou příhodou.

Po vyplnění všech položek mohu provést šetření, kdy na podkladě získaných informací mohu zjistit, jaké jsou informace studentů o cévní mozkové příhodě. Dotazník je zcela anonymní a veškeré získané informace budou použity jen pro účel zpracování diplomové práce.

Vámi vybrané odpovědi prosím zakroužkujte, pokud není u položky uvedeno jinak.

Děkuji za spolupráci a čas, který jste vyplněním tohoto dotazníku věnovali.

S pozdravem Kaletová Barbora

Pohlaví:

muž žena

Váš věk:

.....

Ročník

.....

Položka č. 1

Stručně vysvětlete pojem CMP?

.....

Položka č. 2

Vyjmenujte typy CMP:

.....

Položka č. 3

Uveďte minimálně 3 projevy akutní CMP:

1).....

2).....

3).....

4) jiné

Položka č. 4

Měl/a jste někdy možnost setkat se pacientem s dg. CMP ?

a) ano

b) ne

Položka č. 5

Ošetřoval/a jste pacienta s diagnózou CMP?

a) ano

b) ne

Položka č. 6

Vyjmenujte rizikové faktory přispívající ke vzniku CMP:

.....

Položka č. 7

Iktová centra jsou v Moravskoslezském kraji?

(V případě, že odpovíte a), pokračujte u položky č.8)

a) zřízena

b) nezřízena

Položka č. 8

Uveďte město, popřípadě zdravotnické zařízení, kde se nachází iktová centra:

.....

Položka č. 9

Vypište základní potřeby pacientů s diagnózou CMP:

.....

Položka č. 10

Vaše náměty a připomínky k zpracované problematice: (Položka je dobrovolná)

.....



Problematika potřeb pacientů s cévní mozkovou příhodou

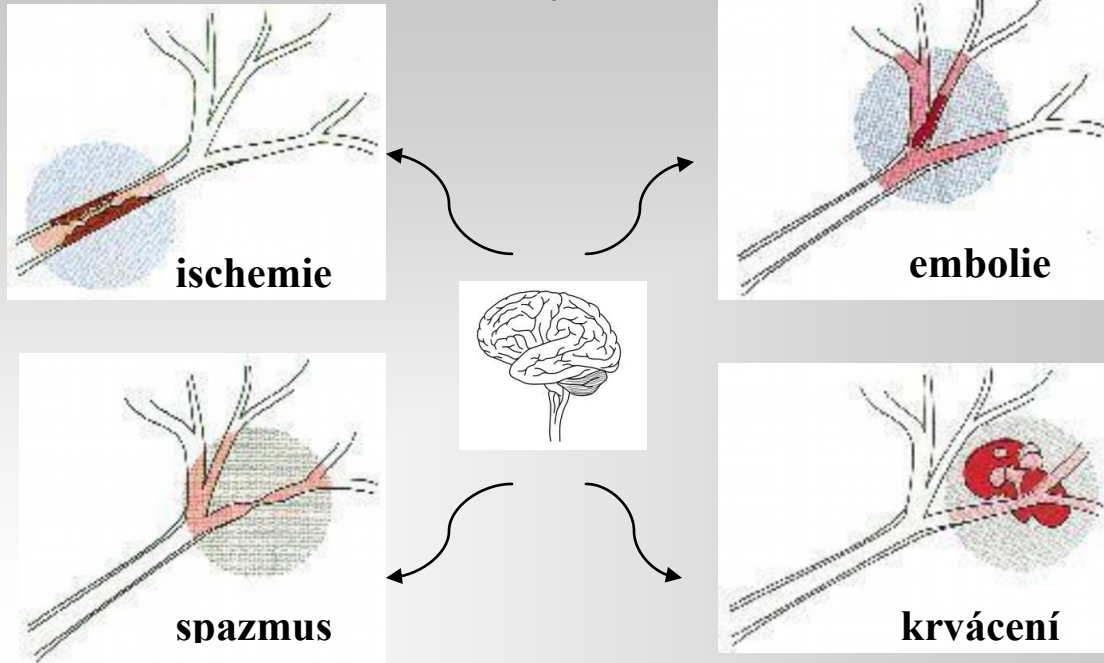
Edukační materiál určený studentům III. a IV. ročníků SZŠ

Kaletová Barbora

Cévní mozková příhoda

- iktus, stroke, schlaganfall, mrtvice
- dle WHO je definována jako rychle se rozvíjející známky ložiskového mozkového poškození trvající déle jak 24 hodin nebo vedoucí ke klinické smrti
- důvodem vzniku je poškození cév zásobujících mozek, a to nejen cév v nitrolebni, ale i mimo něj

Příčiny CMP



Typy cévní mozkové příhody

dle mechanismu vzniku:

- ischemická cévní mozková příhoda – ICMP
- hemoragická cévní mozkové příhoda – HCMP

dle časového průběhu:

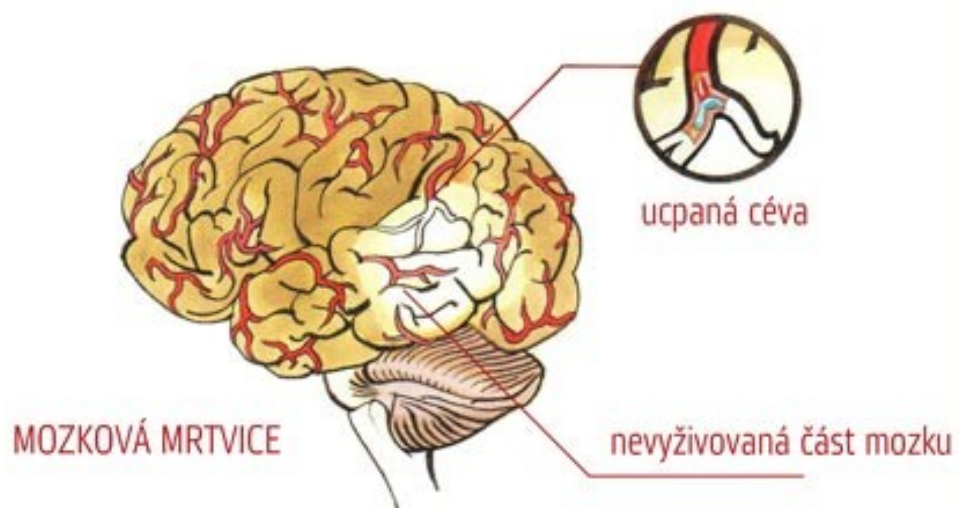
- TIA – tranzitorní ischemická ataka
- progredující cévní mozková příhoda
- RIND - reverzibilní cévní mozková příhoda /reverzibilní neurologický deficit
- iverzibilní cévní mozková příhoda

Příznaky CMP

Náhly vznik poruchy:

- rovnováhy
- koordinace
- oslabení či ochrnutí jedné poloviny těla
- citlivosti
- řeči – neschopnost se vyjádřit
- zmatenost
- povislý ústní koutek
- nauzea/vomitus
- náhlá bolest hlavy - cefalea
- mravenčení - parestezie
- dysartrie
- porucha polykání

Co se v mozku děje?



155 112



První pomoc

Zajištění vitálních funkcí
Srdeční činnost x dýchání = 30:2



Co nahlásit posádce RZP

Nástup vzniku potíží –
pokud možno přesný
časový údaj

Popis úvodních příznaků
CMP

Trvalá medikace –
zejména léky na ředění
krve - WARFARIN

Iktové centrum



TIA – transitorní ischemická ataka

Je definována jako rychle rozvinuté klinické známky ložiskového mozkového poškození nebo poruchy mononukleárního vizu, které typicky trvají méně než 1 hodinu, maximálně však 24 hodin, pokud klinické, laboratorní a zobrazovací vyšetření nesvědčí pro jinou příčinu neurologického deficitu.

RIND – reverzibilní ischemický neurologický deficit

Je definována jako nástup potíží, které přetrvávají, ale ke kompletní úpravě a odeznění symptomatiky dochází do 14 dnů. Příčinou bývají nejčastěji drobné emboly nebo celkové hemodynamické vlivy.

Aktuální problémy pacientů s CMP v akutní fázi u TIA

- náhlá ztráta hybnosti – ochrnutí
- ztráta soběstačnosti
- neschopnost se vyjádřit – komunikovat
- neinformovanost

komunikace



Základ pro vyjádření aktuálních
problémů a potřeb

KOMUNIKACE

Poruchy řeči

afazie

- motorická
- expresivní

mutismus

dysartrie

Závisí na druhu postižení:

- verbálně – ano/ne
- nonverbálně – kývnutím hlavy, stisk ruky
- psaním
- tabulková abeceda
- piktogramy

Ztráta hybnosti

Paréza – obrna, částečná neschopnost aktivního volního pohybu

Plegie – úplná neschopnost aktivního volního pohybu, ochrnutí

Paraparéza – částečné ochrnutí, paréza poloviny těla tj. obou dolních končetin

Paraplegie – úplné ochrnutí, tj. obou dolních končetin

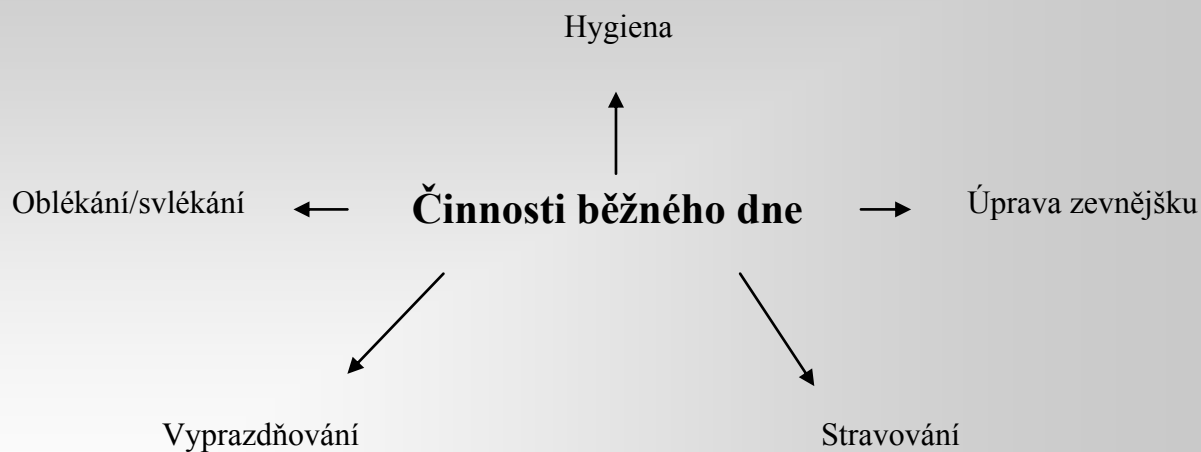
Hemiparéza – částečné ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla

Hemiplegie – úplné ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla

Kvadruplegie – úplné ochrnutí všech čtyř končetin

Kvadrupareza – částečné ochrnutí všech čtyř končetin

Ztráta soběstačnosti



Literatura

- BERLINT, P. 2007. *Memorix neurologie*. 4 vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 464 s. ISBN 978-80-247-1915-3.
- FEIGIN, V. 2007. *Cení mozková příhoda*. Praha: Galén. 208 s. ISBN 80-7262-428-8.
- HERZIG, R. 2008. *Ischemické cévní mozkové příhody, průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. 84 s. ISBN 978-80-7345-148-6.
- SEIDL, Z. 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing a.s. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I*. Praha: Grada Publishing a.s. 188 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
- TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

Internetové zdroje

- <http://zdravi.doktorka.cz/cs/images/resize/mozeknehoda-200.jpg>
- <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/jak-se-branit-mozkovemu-iktu-a-jeho-nasledkum-121060>
- <http://wiki.rvp.cz/@api/deki/files/17881/=mozek.jpg>
- <http://standa.vojta.sweb.cz/poradce/interni2.jpg>
- <http://www.i-creative.cz/2012/page/31/>
- <http://www.noveudoli.eu/kontakty/telefon.jpg>

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Barbora Kaletová
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Machálková Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Problematika potřeb pacientů s cévní mozkovou příhodou.
Název v angličtině:	Issue of the needs of patients with stroke.
Anotace práce:	Diplomová práce „Problematika potřeb pacientů s cévní mozkovou příhodou“ se zabývá tématem základních potřeb v akutní fázi onemocnění. Teoretická část je věnována charakteristice potřeb z hlediska ošetrovatelství a psychologie, Maslowově hierarchii potřeb a cévní mozkové příhodě. Součástí teoretické části je proveden řízený rozhovor a dotazníkové šetření. Řízený rozhovor byl zaměřen na základní potřeby vyskytující se v akutní fázi onemocnění CMP. Další část je věnována dotazníkovému šetření. Zaměřuje se na informovanost studentů o CMP a potřebách. Diskuze a závěr diplomové práce obsahují celkové zamyšlení nad problematikou potřeb.
Klíčová slova:	potřeba, Maslowova hierarchie potřeb, Barthelův index, cévní mozková příhoda, iktové centrum
Anotace v angličtině:	Thesis „null, issue of the needs of patients with stroke “deals with the needs in the acute phase of the disease .The theoretical part is devoted to the characterization needs of the nursing and psychology, Maslow's hierarchy of needs and stroke. The theoretical part is executed driven interview and the questionnaire. Guided interview was focused on basic needs which are common in the acute phase of the disease CMP. Another section is devoted to the questionnaire survey focused on the awareness of students about stroke and needs. Discussion and conclusion of the thesis contain a total consideration of issues needs.

Klíčová v angličtině:	slova the need, Maslow's hierarchy of needs, Barthel index, stroke, stroke center
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Dům životních potřeb Příloha 2. 14 elementárních potřeb V. Henderson Příloha 4. Síť center a organizací na pomoc postiženým CMP Příloha 9. Stupnice k posouzení samostatnosti po mozkovém infarktu – index Barthelové Příloha 10. Záznamový list řízeného rozhovoru Příloha 11. Dotazník pro respondenty SZŠ
Rozsah práce:	62 s.
Jazyk práce:	český