



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Manipulace s pacientem po prodělané cévní mozkové
příhodě**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Michaela Pokorná

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Manipulace s pacientem po prodělané cévní mozkové příhodě*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2.5. 2018

.....

Michaela Pokorná

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Jiřímu Kaasovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a také za jeho trpělivost, ochotu a vstřícný přístup.

Manipulace s pacientem po prodělané cévní mozkové příhodě

Abstrakt

Hlavním cílem práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči v oblasti fyzické manipulace s pacientem po prodělané cévní mozkové příhodě. V souvislosti s tímto cílem byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla zaměřena na to, jak sestry manipulují s pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě. Druhá výzkumná otázka se zabývala problémy, jaké sestry spatřují v souvislosti s fyzickou manipulací s touto skupinou pacientů.

Empirická část bakalářské práce byla zpracována s využitím kvalitativního výzkumného šetření realizovaného technikou polostrukturovaného rozhovoru. Podklad pro vedení rozhovoru (příloha 1) se skládal z jedenatřiceti otázek, které byly v některých případech obohaceny o otázky doplňující. Prvních šest otázek bylo zaměřeno na základní identifikační údaje informantek, na které navazovalo dvacet pět otázek zacílených na jejich zkušenostem s fyzickou manipulací s pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě. Data získaná výzkumným šetřením byla následně zpracována metodou otevřeného kódování s využitím techniky „tužka a papír“. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující na oddělení neurologie, rehabilitace, následné péče, standardním interním oddělení a v domově pro seniory.

Výsledky práce byly pro větší přehlednost rozčleněny do jednotlivých tematicky zaměřených kategorií a podkategorií, kterými jsou: zkušenosti sester, specifika manipulace, příprava na manipulaci, soběstačnost, usnadnění manipulace, polohování, přesuny a vliv na zdraví sester. Obecně lze na základě zjištěných výsledků říci, že zkušenosti sester se liší v závislosti na rozdílných pracovních podmínkách, což se projevuje v oblasti využívaných pomůcek i obvyklých postupů. Mezi sestrami byly též odhaleny odlišnosti v přístupu k některým jevům s touto problematikou souvisejících.

Tato bakalářská práce byla psána tak, aby poskytla co možná nejširší a současně i hlubší vhled do problematiky. Výsledky práce mohou být využity jako informační materiál pro osoby pracující s pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě stejně jako pro studenty s hlubším zájmem o tuto problematiku.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda; ošetrovatelská péče; pacient; sestra; manipulace; přesuny; polohování

The handling with a patient after stroke

Abstract

The main objective of the thesis was to map the nursing care in the field of handling with a patient after stroke. Two research questions were set down in connection with this objective. The first research question was aimed to the way how nurses handle with patients after stroke. The second research question was focused on the nurse's problems in connection with handling such a group of patients.

The empirical part of bachelor thesis was processed by using qualitative research analysis realized by the semi-structured interview technique. The basis of conducting interviews (annex 1) consisted of thirty one questions which in some cases was enriched with supplementary questions. The first six questions were directed to basic identifying informations about nurses followed up to twenty-five questions focused on their experience with the handling of patients after the stroke. The results of research investigation were subsequently treated by a method of using an open coding with „pen and paper“ technique. The research group consisted of nurses working in neurology, rehabilitation, after-care, standard internal departments and in a retirement home.

The results were classified into individual thematic categories and subcategories consisted of experience of the nurses, handling specifics, preparation of handling, self-sufficiency, facilitation of handling, positioning, transfers and effects on health of nurses. Generally based on the results of this research is possible to say, that experience of nurses differs in relation to different working conditions which are manifested in the areas of used equipment and usual procedures. Some differences among nurses were also revealed in access to certain phenomena related to these issues.

The bachelor thesis was written to provide the broadest and deeper insight into the issue. The results of the thesis can be used as information material for people working with patients after the stroke as well as for students with a deeper interest about the issue.

Key words: stroke; nursing care; patient; nurse; handling; transfers; positioning

Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav	8
1.1 Cévní zásobení mozku	8
1.2 Cévní mozková příhoda	9
1.2.1 Rizikové faktory cévní mozkové příhody	10
1.2.2 Rozdělení cévních mozkových příhod	11
1.2.3 Klinické příznaky cévní mozkové příhody.....	14
1.2.4 Diagnostické metody cévní mozkové příhody	15
1.2.5 Terapie a prevence cévní mozkové příhody	16
1.2.6 Dopady cévní mozkové příhody na celkový stav pacienta.....	17
1.3 Manipulace s pacientem po prodělané cévní mozkové příhodě.....	18
1.3.1 Význam mobilizace a rehabilitace pacienta po prodělané cévní mozkové příhodě.....	20
1.3.2 Polohování pacienta v rámci lůžka.....	21
1.3.3 Vertikalizace.....	25
1.3.4 Využití konceptu bazální stimulace a kinestetiky při manipulaci s pacientem po prodělané cévní mozkové příhodě.....	26
1.3.5 Vliv manipulace s pacientem na zdraví sestry	28
2 Cíl práce a výzkumné otázky	30
2.1 Cíl práce	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
3 Metodika.....	31
3.1 Použité metody.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
4 Výsledky výzkumného šetření	33
4.1 Struktura výzkumného souboru	33
4.2 Kategorizace výsledků výzkumného šetření	34
5 Diskuze	60
6 Závěr.....	69
7 Seznam použitých zdrojů	71
8 Seznam použitých zkratk	75
9 Seznam příloh.....	76

Úvod

S pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě v různých stádiích tohoto onemocnění se zdravotnický personál napříč všemi odděleními setkává dnes a denně. Spektrum dopadů cévní mozkové příhody na zdravotní stav pacientů je poměrně široké. Může sahát od velmi lehkých příznaků bez trvalých následků až po těžkou invaliditu anebo smrt. Vývoj tohoto onemocnění však lze v mnoha případech ovlivnit. V raných fázích se uplatňuje především medikamentózní nebo chirurgické řešení. Na další vývoj zdravotního stavu pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě však může působit mnoho faktorů. Mezi ně neodmyslitelně patří způsob, jakým je s nimi ze strany zdravotnického personálu fyzicky manipulováno. Za předpokladu, že jsou dodržovány správné postupy a manipulační techniky, mohou tyto činnosti pro pacienta znamenat i určitou formu terapie. Naopak chybné kroky v tomto směru s sebou nesou riziko poškození, které může být v některých případech nevratné. Chceme –li tedy pacientovi s touto diagnózou skutečně pomoci, je nutné brát v potaz možné dopady našeho jednání na kvalitu jeho dalšího života, kterou máme do jisté míry i ve svých rukou.

Manipulace s pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě může být pro zdravotnický personál procesem velice náročným, a to jak po stránce odborné, tak i fyzické. V souvislosti s tímto faktem lze pochopit i případné obavy, které s sebou přináší. Tento proces, v jehož centru se nachází pacient zranitelnější, než by se mohlo zdát, však nelze zredukovat na pouhé polohování a přesuny, byť se zde jedná především o ně. Neměli bychom zapomínat ani na další aspekty této problematiky. Mezi ně lze zahrnout i důraz na správný přístup k pacientovi po stránce psychické, abychom dokázali, že pacient pro nás nepředstavuje pouhý objekt manipulace, nýbrž svébytnou a důstojnou lidskou bytost.

Téma mě zaujalo především proto, že s pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě se jako studentka setkávám poměrně často a výše zmíněné obavy se nevyhýbají ani mně. Základní orientaci v této oblasti proto považuji za velmi důležitou, a to i z toho důvodu, abych byla schopna těmto pacientům poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči.

Teoretická část práce shrnuje základní poznatky o cévní mozkové příhodě od mechanismů jejího vzniku po možné dopady na zdravotní stav pacienta. Dále se věnuje stěžejním principům a zásadám manipulace. Cílem empirické části práce bylo zmapovat zkušenosti sester v oblasti manipulace s pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě od obecných souvislostí přes konkrétní dodržované zásady až po problémové oblasti.

1 Současný stav

1.1 Cévní zásobení mozku

K pochopení podstaty vzniku cévní mozkové příhody je nezbytná znalost základů anatomie cévního zásobení mozku. V následující kapitole se proto budeme věnovat základním zákonitostem krevního zásobení mozkové tkáně.

Přívod krve pro mozek a její následný průtok mozkem jsou, dle Čiháka (2004), důležitými funkčními komponenty činnosti centrálního nervstva, jenž je velmi citlivé na přísun kyslíku, a tedy na poruchy tepenného zásobení. Dostatečné zásobení mozku krví je v rámci systémového krevního oběhu udržováno přednostně, protože mozek je orgánem, který na nedostatek kyslíku reaguje zvláště citlivě (Silbernagl a Despopulos, 2004). Průtok krve mozkem je velmi stabilní a činí přibližně 20 % minutového srdečního výdeje, tedy necelý litr za minutu. Potřeba toku krve do mozku se ale liší vzhledem k věku. U mladých jedinců je o něco vyšší, zatímco po 50. roce života začíná pomalu klesat vzhledem ke klesajícímu počtu nervových buněk a s tím spojenými klesajícími nároky na kyslík a substráty (Mourek, 2012). Nicméně, průtok krve mozkem je, dle Kittnara et al. (2011), velmi nerovnoměrně rozložen, přihládneme-li k faktu, že šedou hmotou mozkovou protéká zhruba 4–5x více krve než hmotou bílou.

Mozek je zásoben z řečiště karotického a vertebrobazilárního (Seidl, 2008). Hlavním zdrojem cév pro mozek jsou pravá a levá arteria vertebralis a pravá a levá arteria carotis interna (Čihák, 2004). Obě cévní řečiště, karotické a vertebrobazilární, se sbíhají ve Willisově okruhu, který spojuje všechny přívodné tepny a zprostředkuje tak kolaterální oběh, tedy oběh mezi levou a pravou stranou, karotickým a vertebrobazilárním povodím (Seidl, 2008). Díky Willisově okruhu může mozek dle potřeby do jisté míry predisponovat potřebné množství krve do různých úseků jednotlivých mozkových tepen, které zásobují mozkové laloky (aa. cerebri anteriores, mediales a posteriores) a může tak tedy v podstatě kompenzovat i větší uzávěr, například trombem, v některé z hlavních přívodných tepen – arteriích karotických a bazilární arterii (Pfeiffer, 2007). Z Willisova okruhu poté vycházejí jednak velké, párové arterie – a. cerebri anterior, a. cerebri media a a. cerebri posterior, které probíhají po povrchu mozku a zásobují korové a podkorové oblasti, a též pak drobné, penetrující arterie, které zásobují centrální (hluboké) struktury mozku. Tyto drobné arterie jsou konečné, bez kolaterálního spojení (Seidl, 2015).

Průtok krve mozkem je stejně jako v jiných částech cirkulace určován tlakovým gradientem a periferním odporem. Na rozdíl od ostatních oblastí je však díky účinnému autoregulačnímu myogennímu mechanismu průtok krve neměnný i při poměrně velkých změnách tlaku krve (průtok se prakticky nemění v rozsahu kolísání středního arteriálního tlaku 70–160 mm Hg). Při vzestupu tlaku dochází k reflexní vazokonstrikci a tím i ke zvýšení periferního odporu a při poklesu tlaku naopak dochází k vazodilataci (Kittnar et al., 2011). K poruše funkce mozku vede teprve pokles průtoku krve mozkem z normálních 55 ml/min na 20 ml/min na 100 g mozkové tkáně. Nevratné změny ve struktuře neuronů způsobuje až pokles průtoku pod 10 mililitrů krve za minutu (Seidl, 2008).

Seidl (2015) upřesňuje jednotlivá vaskulární teritoria v rámci mozku tak, že karotidy zásobují krví obě mozkové hemisféry kromě okcipitálních a zadních temporálních laloků a thalamů. Ty jsou zásobeny z řečiště vertebrobazilárního, které se dále podílí na krevním zásobení mozkového kmene, mozečku a horní krční míchy.

1.2 Cévní mozková příhoda

Cévní mozkovou příhodou neboli iktem je nazýváno akutní poškození mozku, které vzniká náhle na podkladě závažného postižení mozkových cév (Feigin, 2007). Seidl (2008) charakterizuje cévní mozkovou příhodu jako urgentní stav vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie. Při pohledu do historie chápání cévní mozkové příhody můžeme zjistit, že *„mozkové ikty bývaly pokládány za nepředvídatelnou poruchu, která může postihnout kohokoli, a když nastane, není nic účinného, co by s ní šlo udělat“* (Feigin, 2007, s. 31). Autor však dále dodává, že nejnovější vědecká data hovoří jinak. Dle jeho názoru totiž ukazují přesný opak, tedy, velký pokrok v obecném porozumění rizikovým faktorům iktů, jejich prevenci, léčbě a následné rehabilitaci (Feigin, 2007). Nicméně, cévní onemocnění mozku stále z epidemiologického hlediska mezi příčinami úmrtí zastávají třetí místo, a to hned za onemocněními kardiovaskulárními a nádorovými (Seidl, 2015). Autor navíc udává, že konkrétně v České republice má úmrtnost na cévní onemocnění mozku vzrůstající trend, což uvádí do možné souvislosti s narůstajícím průměrným věkem u nás. Dle Koláře et al. (2009) jsou cévní mozkové příhody častou příčinou těžkého zdravotního postižení a představují tedy značný medicínský, sociální ale i ekonomický problém. Špinar et al. (2007) jsou toho názoru, že cévní mozková příhoda je nejen hlavní příčinou invalidity, ale též i druhou nejčastější

příčinou demence. Vyjádřeno v konkrétních číselných datech, Feigin (2007) uvádí, že cévní mozková příhoda každý rok postihne až 13 milionů nových obětí z nichž zhruba 4,4 milionu zemrou do 12 měsíců a dále až 250 milionů přímých rodinných příslušníků pečuje o přežívající. Dle Koláře et al. (2009) se incidence CMP v České republice pohybuje kolem 350 onemocnění na 100 000 obyvatel za rok, a tedy celkový počet nemocných v české republice činí až 35 000. Z tohoto množství, jak autor dále uvádí, až 2/3 pacientů přežívá, ale polovina z nich je nadále těžce handicapovaná a je trvale odkázána ať už na péči rodinnou anebo ústavní. Tato péče o nemocné s cévní mozkovou příhodou se, jak ve své publikaci uvádí Špinar et al. (2007), pohybuje na rozhraní interní medicíny, neurologie a kardiologie, podceňovat by se však neměla ani důkladná rehabilitace.

Následující kapitoly proto věnujeme problematice cévních mozkových příhod od jejich rizikových faktorů přes rozdělení, klinické příznaky, diagnostiku a terapii až po možné následky tohoto onemocnění pro pacienta i jeho okolí.

1.2.1 Rizikové faktory cévní mozkové příhody

Seidl (2008) rizikové faktory cévní mozkové příhody dělí na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Přesné vysvětlení těchto dvou základních pojmů nabízí Feigin (2007), který ve své publikaci uvádí, že faktory ovlivnitelné jsou takové, které můžeme určitým způsobem regulovat, nebo dokonce eliminovat, ať už užíváním léčebných prostředků nebo změnou životního stylu. Faktory neovlivnitelné jsou poté dle autora ty, k jejichž regulaci ani eliminaci my sami přispět nijak nemůžeme.

Do ovlivnitelných rizikových faktorů přispívajících ke vzniku cévní mozkové příhody Seidl (2008) řadí hypertenzi, nemoci srdce a aorty, anginu pectoris, polycytemii, šelest na karotidě a menší závažnost v rámci této kategorie přičítá vlivu životosprávy, která se dle jeho názoru týká především užívání nikotinu, kofeinu, sérových lipidů a nedostatku pohybu. Seidl (2015) do ovlivnitelných faktorů dále přidává diabetes mellitus a hyperglykémii, a navíc zdůrazňuje, že silným ovlivnitelným faktorem může být již dříve prodělané cévní onemocnění mozku v anamnéze. Do kategorie neovlivnitelných faktorů Seidl (2008) řadí především rasu, přičemž u černé rasy riziko CMP stoupá, dále věk, s maximálním výskytem provázejícím populaci ve věkovém rozmezí 65–75 let. Posledním neovlivnitelným faktorem je dle autora pohlaví, jelikož CMP je zaznamenáno více u mužské části populace. Význam věku v četnosti výskytu cévních mozkových

příhod ve své publikaci zdůrazňuje i Spence (2008), který uvádí nejen fakt, že mozková mrtvice s vysokým věkem souvisí, ale dokonce přímo vyjadřuje obavy o hrozící epidemii mozkové mrtvice související se stárnoucí populací. Kalita (2010) naopak zdůrazňuje stále častější výskyt tohoto onemocnění i u osob nejen středního a mladšího věku, ale i u osob mladých. Mezi další rizikové faktory neovlivnitelné zahrnuje Feigin (2007) dědičnost, kdy hrozbu může představovat též případ výskytu CMP v rodině. Dle Seidla (2015) se v případě výskytu více rizikových faktorů najednou tyto faktory nesčítají ale násobí.

1.2.2 Rozdělení cévních mozkových příhod

Cévní mozkové příhody nevznikají z jednotné příčiny, jak uvádí Palmer a Palmer (2013), existují dva základní typy s rozdílnými příčinami i působením na mozek, a to cévní mozková příhoda ischemická a hemoragická. Mechanismus vzniku jednotlivých typů je, dle Feigina (2007), spojen buď s obstrukcí cévy na podkladě krevní sraženiny, zúžením krevních cév, kombinací obou těchto jevů (obstrukce i zúžení), anebo prasknutím příslušné cévy. O mozkový iktus neboli cévní mozkovou příhodu se jedná v případě, že příznaky, mezi které patří ztráta citlivosti, slabost, ochrnutí, potíže při mluvení aj., přetrvávají déle než 24 hodin. V opačném případě jde o přechodný záchvat nedokrvení mozku způsobený krátkým průtokovým selháním, KPS, neboli tranzitorní ischemickou ataku-TIA (Feigin, 2007). Vokurka a Hugo (2011, s. 66) TIA definují jako „*drobnější CMP na ischemickém podkladě*.“ Seidl (2015) tyto jevy hodnotí jako varovné příznaky hrozícího iktu. Dle jeho názoru do této kategorie spadají nejen TIA, ale též takzvaný RIND. Pod pojem TIA, neboli tranzitorní ischemický neurologický deficit, autor zahrnuje soubor ložiskových příznaků, vznikajících v důsledku nedostatečného zásobení mozku krví. Mizí ale do 24 hodin a nezanechávají další rezidua. Naproti tomu pojmem RIND autor označuje reverzibilní ischemický neurologický deficit, který taktéž končí bez následků, jen s tím rozdílem, že se stav upraví do jednoho týdne. Feigin (2007) se o jevu zvaném TIA dále vyjadřuje jako o miniiktu, nebo též malé mrtvici. Seidl (2015) charakterizuje cévní příhodu mozkovou jako akutně vzniklé klinické částečné, nebo celkové příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin. Autor dále rozděluje cévní mozkovou příhodu do dvou stadií, a to CMP progredující a dokončenou. Pod pojem progredující CMP zahrnuje cévní příhody mozkové, u nichž v čase dochází k narůstání klinické symptomatologie. Naproti tomu CMP dokončenou uvádí jako stav, kdy v průběhu 24 hodin nedochází ke změnám klinického obrazu v karotickém povodí a v povodí vertebrobazilárním celých 72 hodin.

Z obou hlavních druhů CMP, ischemické a hemoragické, právě ischemickou cévní mozkovou příhodu Palmer a Palmer (2013) hodnotí jako nejběžnější typ. Vyjádřeno procenty, dle Koláře et al. (2009), ischemické CMP tvoří až 80 % z celkového počtu všech cévních příhod mozkových. Mechanismy vzniku ischemické cévní mozkové příhody uvádí Seidl (2015) ve své publikaci do spojitosti s poruchou cirkulace krve na jejímž podkladě dochází k systémové hypoxii, jež je příčinou poruchy saturace mozku kyslíkem. Kolář et al. (2009) tento deficit udávají v konkrétních číslech, tedy že jako patologický je hodnocen pokles mozkové perfuze pod fyziologických 50–60 ml/100 g mozkové tkáně. Pfeiffer (2007) dále uvádí, že při poklesu perfuze pod 22 ml/100 g mozkové tkáně dochází k zástavě funkce příslušné části mozku, ale při zachování struktury mozkové tkáně. Tento stav se, dle autora, nazývá ischemickým polostínem, tak zvanou penumbrou. Pokud se však perfuze sníží až pod hodnotu 12 ml/100 g mozkové tkáně, dochází k ischemické kolikvační nekróze, jež představuje změny, které jsou již ireverzibilní (Pfeiffer, 2007).

Tento patologický stav vzniká buď na podkladě blokády způsobené krevní sraženinou, zúžením až ucpáním přívodné mozkové tepny (tepen), nebo embolizací vmetky uvolněnými ze srdce nebo extrakraniálních tepen, které mohou zablokovat jednu i více tepen intrakraniálních (Feigin, 2007). Kopecká a Kopecký (2007) ve své publikaci dále uvádějí možnost uzávěru mozkové tepny z důvodu tlaku mozkového nádoru na cévu, což ale hodnotí jako vzácnější případ. Mezi další možné příčiny ischemických CMP zahrnují Kalina et al. (2008) intrakraniální mikroangiopatie a lakunární iktus, které Kalita (2010) staví do přímé spojitosti s hypertenzí a diabetem mellitem. Dle Seidla (2015) se jedná o drobnější léze, jejichž velikost obvykle nepřesahuje 1 cm a proto, dle Kality (2010), jsou následky a celkový průběh tohoto iktu méně dramatické. Nelze však opomenout ani neobvyklé příčiny ischemických cévních mozkových příhod, jak je hodnotí Kalina et al. (2008), z nichž je většina kauzálně nebo symptomaticky léčitelná. Do těchto případů autor řadí vrozené příčiny, mezi které zahrnuje trombofilní poruchy, srpkovitou anémií a arteriovenózní malformace. Další z příčin může být například užívání hormonální antikoncepce nebo drog (Kalina et al. 2008). Kalita (2010) v této kategorii méně častých příčin zdůrazňuje dále obecně stavy nebo onemocnění, které mohou provázet zvýšené sklony k tvorbě krevních sraženin.

Druhým významným, avšak, jak tvrdí Kopecká a Kopecký (2007), méně častým typem v rámci třídění cévních mozkových příhod je CMP hemoragické příčiny. Již zmíněný nižší výskyt hemoragických cévních mozkových příhod Pfeiffer (2007) přičítá současné účinné antihypertenzní léčbě. Seidl (2015) samotnou mozkovou hemoragii charakterizuje jako krvácení vznikající na podkladě porušení stěny mozkové cévy, které může postihovat buď pouze parenchym nebo zároveň proniknout i do prostoru subarachnoidálního či intraventrikulárního. Čížek (2012) uvádí, že mozkové hemoragie tvoří 20 % všech cévních mozkových příhod a je též toho názoru, že celých 15 % ze všech těchto mozkových krvácení zastupuje krvácení přímo v mozku a je zapříčiněno prasknutím drobné cévky nejčastěji na podkladě vysokého krevního tlaku. Do zbylých 5 % autor zahrnuje krvácení subarachnoidální neboli krvácení pod mozkovou blánu, nejčastěji způsobené prasklou cévní výdutí. Tyto cévní výdutě dle Pfeiffera (2007) bývají nejčastěji vrozené. Subarachnoidální krvácení může dle autora vznikat též vinou možných arteriovenózních malformací. Dalšími z přímých příčin, na jejichž podkladě mozková hemoragie vzniká jsou, jak uvádí Seidl (2008), vedle již zmíněné hypertenze, která má na těchto stavech až 40–50 % účast, krevní choroby, vaskulitidy, angiopatie nebo také antikoagulační léčba.

Krvácení přímo do mozkové tkáně vede k ložiskové poruše funkce, která přímo závisí na lokalizaci a rozsahu poškození a může vést k příznakům jednak lehkým, ale stejně tak i velmi těžkým stavům charakterizovaným bezvědomím a poruchou vitálních funkcí (Orel et al., 2009). Naproti tomu u krvácení subarachnoidálního nemusí k přímému poškození mozkové tkáně docházet ihned, nicméně vinou tlaku, který vyvolává krev v prostorech obklopujících mozek, může k jeho poškození dojít v pozdějších stádiích (Feigin, 2007). Seidl (2015) mozkové hemoragie dělí dle prognózy na dva typy. Jako první typ uvádí tak zvaně typické hypertenzní neboli centrální tříštivé krvácení obvykle lokalizované do oblasti bazálních ganglií nebo thalamu. Jeho prognózu vidí jako málo příznivou až infaustní, a to především je-li lokalizováno v oblasti mozkového kmene. Příznivěji se poté z této kategorie jeví krvácení mozečkové. Druhým typem je dle autora krvácení tak takzvaně globózní, parenchymové nebo též atypické, které bývá lokalizováno do oblasti kortikální až subkortikální a jeho prognóza je daleko příznivější.

1.2.3 Klinické příznaky cévní mozkové příhody

Projevy a příznaky cévní mozkové příhody jsou charakteristické náhlým nástupem (Kolektiv autorů, 2008) a jejich intenzita je závislá na závažnosti prodělané cévní mozkové příhody (Pfeiffer, 2007). Až u 2/3 mozkových iktů ale dle Feigina (2007) rozsáhlé varovné příznaky chybí. Mezi nejtypičtější obecné příznaky iktu se řadí soubor příznaků charakteristických zpravidla jednostranným výskytem (Kalita, 2010). Jak zmiňuje Kolektiv autorů (2008), o příznacích rozhoduje též závažnost poškození a schopnost mozku kompenzačními mechanismy, jako je případná kolaterální cirkulace, udržet jeho stálé zásobení krví. Kalita (2010) pod nejčastějšími varovnými příznaky cévní mozkové příhody vidí v první řadě náhlou slabost, necitlivost a poruchu hybnosti nejčastěji lokalizovanou do tváře nebo horní a dolní končetiny. Autor dále popisuje náhle vzniklé potíže s mluvením nebo rozuměním řeči, poruchy zraku a výpadky zorného pole, problém s chůzí, která se může stát neovladatelnou, závrať, ztrátu rovnováhy nebo bolest hlavy nabývající dosud nepoznané intenzity. Feigin (2007) přidává k výše zmíněným příznakům též nevysvětlitelný vznik poruchy vědomí nebo křečí. Konkrétní klinické příznaky CMP se přímo odvíjejí od arterie, která byla poškozena a části mozku touto arterií zásobovanou (Kolektiv autorů, 2008). Dle Čížka (2012) se liší příznaky z povodí karotického a vertebrobazilárního. V rámci karotického povodí ischemie nejčastěji postihuje povodí a. cerebri media (Kolář et al., 2009). Nejtypičtějším příznakem je v tomto případě centrální hemiplegie tzv. kapsulárního typu, která vede k patologickému rozložení svalového tonu, tak zvanému Wernickeovu-Mannovu držení (Pfeiffer, 2007). Toto typické držení těla se dle Koláře et al. (2009) vyznačuje depresí, addukcí a vnitřní rotací v rameni, flexí v loketním kloubu současně s pronací předloktí, flexí ruky a prstů a současnou vnitřní rotací dolní končetiny s extenzí v kyčli a koleni při inverzi a plantární flexi nohy. Při chůzi dochází k cirkumdukci dolní končetiny. Dalším dominantním příznakem jsou dle autora kontralaterální poruchy hybnosti, především horní končetiny a v oblasti mimického svalstva. Ischemie vznikající ve vertebrobazilárním povodí nejčastěji postihuje a. vertebralis, a. basilaris a tepny mozečku nebo mozkového kmene. Může s sebou nést poruchy zraku, jako je zraková agnozie včetně agnozie barev, alexie sluchové poruchy, vestibulární příznaky (Seidl, 2015) a dále, jak doplňují Kolář et al. (2009), poruchy polykání, chrapot anebo škytavka. Kopecká a Kopecký (2007) odlišují klinické příznaky doprovázející mozkovou embolií, trombózu a krvácení do mozkové tkáně. Mozková embolie se dle autorů nejčastěji projevuje náhlou ztrátou

vědomí, hemiplegií a centrálním poškozením lícního nervu na postižené straně, též se objevuje stočení hlavy a očních bulbů k postižené straně a dolní končetina bývá vytočená ven. Naproti tomu v případě mozkové trombózy je, jak tvrdí autoři, rozvoj příznaků charakteristický postupným snižováním funkčnosti mozkové tkáně a projevuje se především ve formě jednostranných parestezií trvajících od několika dnů po týdny. Ke klinickým příznakům hemoragie do mozkové tkáně autoři řadí především náhle vzniklou bolest hlavy, parestezie a pocit slabosti jedné poloviny těla. Seidl (2008) dále ke klinickým příznakům mozkové hemoragie přidává hemiparézu, hemianopsii a afázii a Kolář et al. (2009) doplňují poruchy stoje a chůze, které mohou nastat v případě mozečkového krvácení. Feigin (2007) se dále vyjadřuje ke klinickým příznakům krvácení subarachnoidálního, pro které je typická náhle vzniklá a velmi intenzivní bolest hlavy. Kolektiv autorů (2008) dále hovoří o střídavé nevolnosti a zvracení nebo světloplachosti.

1.2.4 Diagnostické metody cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda je urgentním stavem, který vyžaduje rychlou diagnostiku, aby mohla být co nejdříve zahájena účinná terapie (Seidl, 2008). Orel et al. (2009), Feigin (2007) i Seidl (2015) se shodují, že v rámci diagnostických metod cévní mozkové příhody dominují metody zobrazující, mezi které patří především CT (počítačovou tomografií) a magnetická rezonance.

Vývoj CT jako vyšetřovací metody znamenal v diagnostice cévní mozkové příhody velký pokrok, neboť bylo poprvé možné rozlišit, zda cévní mozkovou příhodu způsobila mozková hemoragie anebo ischemie (Spence, 2008). Ischemie je na CT patrná do 72 hodin po objevení prvních symptomů na rozdíl od hemoragie zobrazující se na CT ihned. Toto vyšetření by mělo být provedeno co nejdříve po příjezdu pacienta do zdravotnického zařízení, ideálně do 25 minut, a jeho výsledky by měly být známy během 45 minut, aby bylo možné co nejdříve začít s případnou trombolytickou terapií (Kolektiv autorů, 2008). Jak ale uvádí Spence (2008), úskalí diagnostiky mozkového infarktu pomocí počítačové tomografie souvisí s faktem, že vznik mozkového infarktu se pojí se vznikem otoku postižené strany mozku, a pokud je CT provedeno dříve, než se tento otok vytvoří, tkáň se může jevit zdravě. Nicméně, dle Seidla (2015), již v prvních 6 hodinách lze v CT obraze pozorovat časné známky ischemie u 53–92 % případů, přičemž výsledek vyšetření uvádí do souvislosti s kvalitou přístroje CT i se zkušeností hodnotících lékařů. Pfeiffer (2007) zastává názor, že zřetelněji, než CT, poruchy mozkové

perfuze zobrazuje vyšetření zvané SPECT prováděné neinvazivně pomocí malého radiačního záření. Na vyšetření mozkové perfuze se zaměřuje též pozitronová tomografie (PET), zkoumající regionální spotřebu kyslíku, jeho extrakční frakci i regionální metabolický obrat glukózy. Obě tato vyšetření však Seidl (2015) nepovažuje za nezbytně nutná, jelikož se při jejich aplikaci obává zbytečné ztráty času.

Bezpečnější metodou diagnostiky cévní mozkové příhody nezakládající se na užití rentgenových paprsků je magnetická rezonance (Spence, 2008). Toto vyšetření se zaměřuje na zobrazení hemodynamických i metabolických změn v mozkové tkáni (Pfeiffer, 2007) s možností zachycení i časnějších změn (Spence, 2008). Seidl (2015) ve své publikaci uvádí, že konvenční vyšetření za použití magnetické rezonance odhalí známky ischemie na rozhraní 6 hodin od počátku klinické symptomatologie.

Mezi další vyšetřovací metody řadí Kolektiv autorů (2008) cerebrální angiografii zaměřující se na zobrazení detailů poškození a změny krevního oběhu na podkladě okluze nebo krvácení, subtrakční angiografii sloužící ke zhodnocení průchodnosti mozkových cév a průkazu jejich okluze a oboustranné sonografické vyšetření karotid odhalující jejich případné stenózy aterosklerotickými pláty.

1.2.5 Terapie a prevence cévní mozkové příhody

Postup léčby cévní mozkové příhody závisí na její závažnosti (Pfeiffer, 2007). Hlavním cílem společným všem typům mozkových příhod je co nejvčasnější zahájení terapie, a to zpravidla do 60 minut od příjezdu pacienta na oddělení urgentní péče (Kolektiv autorů, 2008). Včasně zahájená a vhodná léčba CMP s následnou rehabilitací může být pro pacienta nejen život zachraňující intervencí, ale může mít též významný vliv na kvalitu jeho budoucího života (Feigin, 2007). Na léčbu a celkovou péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou se zaměřují specializované jednotky, jako jsou iktová nebo hemiplegická centra, která jsou navíc propojena i s rehabilitací (Pfeiffer, 2007). V akutní fázi CMP je v první řadě prioritou zajištění základních životních funkcí s důrazem na dostatečný přívod kyslíku prostřednictvím oxygenoterapie a zajištění dostatečné výše krevního tlaku (Pfeiffer, 2007). Slezáková (2014) rozlišuje terapii cévní mozkové příhody na tři kategorie, a to: farmakologickou, chirurgickou a úpravu životního stylu.

V oblasti farmakologické léčby do kategorie léků tak zvané první volby u pacienta s CMP spadají především trombolytika (Kolektiv autorů, 2008), jejichž podání je klíčové nejpozději v prvních 4–4,5 hodinách od vzniku klinické symptomatologie (Seidl, 2015).

Trombolytika lze podat buď cestou intravenózní (Pfeiffer, 2007), infuzní formou (Kalita, 2010), anebo místně, přímo do arterie, kde vznikla obstrukce trombem (Pfeiffer, 2007). Tento druh léčby je ale spojen s jistým rizikem následného mozkového krvácení (Kalita, 2010), a proto je nutné, aby pacient splňoval přísná kritéria (Feigin, 2007). Nejdůležitějším bodem je vyloučení hemoragické komponenty při ischemii, rozsah léze by neměl přesahovat 33 % příslušného cévního teritoria (Seidl, 2015). Mezi další kontraindikace trombolýzy můžou patřit předešlé cévní mozkové příhody, prodělané operace nebo arteriální hypertenze (Orel et al., 2009).

Chirurgická léčba cévní mozkové příhody, která si klade za cíl rekanalizaci obliterované cévy, spočívá jednak v aplikaci stentu (Pfeiffer, 2007) za pomoci intervenční radiologie (Seidl, 2015). K tomuto výkonu se přistupuje především v případech zjištěných významných stenóz v oblasti karotid (Orel et al., 2009). Dalším příkladem chirurgického řešení CMP je provedení bypassu, při němž je obliterovaná céva překlenuta pomocí štěpu vlastní žíly jedince (Pfeiffer, 2007). Seidl (2015), Kolektiv autorů (2008) i Kalita (2010) se dále shodují, že v případě přítomnosti stenózy na podkladě aterosklerotického plátu v karotidě lze též přistoupit k endarektomii. Chirurgicky je též možné ošetřit zdroj subarachnoidálního krvácení (Kalita, 2010) a případný hematom lze odstranit za pomoci kraniotomie (Kolektiv autorů, 2008). Orel et al. (2009) do důležitých aspektů terapie zahrnuje též prevenci, která, dle jeho názoru, spočívá nejen v dodržování dietních a režimových opatření, ale i v léčbě doprovodných onemocnění, v indikovaných případech užívání antiagregancií a antikoagulancií. Demarin et al. (2013) vidí klíč k úspěšnému předcházení cévní mozkové příhodě především ve zdravé výživě, aktivním životním stylu a též ve snaze o minimalizaci ovlivnitelných faktorů a dostupné lékařské péči.

1.2.6 Dopady cévní mozkové příhody na celkový stav pacienta

Znalost důsledků cévní mozkové příhody je důležitá jak pro poskytovatele zdravotní péče, rodinu, ale i pro pacienta samotného. Přesné informace jsou základem pro kvalitní péči o pacienta s touto diagnózou (Kalvach et al., 2010). Kalita (2010) uvádí, že přibližně u třetiny pacientů vede cévní mozková příhoda ke smrti, nebo těžké invalidizaci, druhá třetina je odkázána na dlouhodobou péči včetně rehabilitace, logopedie a nácviku soběstačnosti a Feigin (2007) dodává, že přibližně třetina pacientů se zotaví úplně. Ve většině případů se však dle autora jedná o dlouhodobý proces, kdy nejvýraznější

pokroky zpravidla přicházejí během prvních dvou až šesti měsíců a proces zotavování dál může pokračovat i v řádech několika let. Jak uvádí Palmer a Palmer (2013), charakteristickým rysem zotavování z cévní mozkové příhody může být i náhlé zhoršení stavu způsobené otokem mozku, následované postupným zlepšováním celkového stavu pacienta.

Cévní mozková příhoda z hlediska svých konkrétních dopadů často vede k omezení aktivity postiženého a zasahuje vícero oblastí jeho činnosti (Kalvach et al., 2010). Dle Feigina (2007) 80–90 % pacientů trpí zmateností, problémy s myšlením a vzpomínáním, 80 % pacientů postihne hemiparéza nebo hemiplegie. Jako další následek, vyskytující se až v 70 % případů, autor uvádí poruchy nálad, včetně deprese, ve kterých Kalita (2010) spatřuje nejčastější komplikaci iktu. Do faktorů, které se podílejí na vzniku deprese, autor řadí lokalizaci postižení mozku, ale dle jeho názoru přispívá též osobnostní charakteristika nemocného před mozkovou příhodou (Kalita, 2010). Mezi další následky iktu řadí Feigin (2007) komunikační problémy charakterizované především afázií, nebo dysfázií, potíže s polykáním, poruchy zorného pole, dvojité vidění, inkontinenci či bolest v rameni, jejíž příčinu Kalita (2010) vidí v rozvoji kontraktur kloubního pouzdra. Palmer a Palmer (2013) přidávají možné poruchy citlivosti charakterizované zkresleným vnímáním vjemů jako je horko, chlad, bolest nebo dotyk.

1.3 Manipulace s pacientem po prodělané cévní mozkové příhodě

Na uzdravení pacienta po prodělané cévní mozkové příhodě se podílí multidisciplinární tým složený především z lékařů, sester, fyzioterapeutů, logopedů, psychologů, sociálních pracovníků, ale i ošetřovatelek a zřízců (Jansová, 2009). Kalvach et al. (2010) vnímají sestru jako nezanedbatelný členek již zmíněného multidisciplinárního týmu pečujícího o pacienta s touto diagnózou. Autoři zdůrazňují důležitost přítomnosti sestry především v akutním stadiu nemoci, a proto by, dle jejich názoru, měla sestra ovládat základní znalosti v oblasti fyzioterapie, ergoterapie, psychologie, logopedie, ale například i speciální pedagogiky.

Sestra dle Feigina (2007) nese zodpovědnost za každodenní kontrolu pacienta. Do této oblasti spadá pomoc pacientovi při vykonávání každodenních činností včetně pohybu, hygieny nebo příjmu potravy a vyprazdňování. Dalším důležitým úkolem sestry v péči o pacienta po prodělané cévní mozkové příhodě je udržování kontaktu s ošetřujícím lékařem a rodinou pacienta (Feigin, 2007). Za stěžejní bod ošetřovatelské péče Slezáková

(2014) považuje znalost zásad správné manipulace s pacientem. Pod tento pojem autorka zahrnuje všechny úkony, které sestra provádí v rámci polohování, přemístování a přenášení pacienta (Slezáková, 2014). Mezi zásadní činnosti v rámci manipulace s pacientem lze zařadit jeho zvedání, pokládání, držení, posunování nebo tahání. S pacientem může být manipulováno třemi základními způsoby. Jako první se nabízí metoda ručního přesouvání, kdy zdravotník využívá svých sil nebo pacientovy zbytkové pohybové kapacity. Dále za pomoci drobných pomůcek, jako jsou různé podložky, ergonomické pásy nebo hrazdičky připevněné u lůžka. Poslední možností v manipulaci s pacientem je využití elektromechanických zvedacích zařízení (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci, 2008). U pacienta po prodělané cévní mozkové příhodě by, dle Kalvacha et al. (2010), měla sestra při manipulaci postupovat dle principu konceptu Bobathových. Ten Slezáková (2014) uvádí jako jednu z nejúspěšnějších celistvých léčebných koncepcí současné doby, a to jak pro hemiplegiky, tak i obecně pro nemocné s postižením mozku. Jeho základem je snaha o omezení patologických reflexů a abnormálního svalového tonu s cílem umožnit fyziologický průběh pohybů (Lippertová-Grünerová, 2005). Užitím správné techniky manipulace, sestra zabraňuje nejen poškození pacienta, ale v konečném důsledku předchází zbytečnému zatěžování svého vlastního pohybového aparátu (Slezáková, 2014). U pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě sestra dodržováním zásad správné manipulace nejen zabraňuje vzniku zmíněných komplikací, ale též pomáhá pacientovi obnovit funkční motorickou činnost. Rozličné manipulační techniky v rámci péče o pacienta tedy lze vnímat jako určitou formu terapie (Kolektiv autorů, 2004). Při jakémkoli manipulování s pacientem by měla sestra vždy citlivě přistupovat k jeho bolestivým místům, pokud možno by se jich měla dotýkat co nejméně. V každé poloze pacienta je důležité dbát na postavení páteře. Podceňovaný by ale neměl být ani postoj sestry a její stabilita, kterou zaručí především správným postavením chodidel. Při různých transferech pacienta může být též velmi nápomocná týmová spolupráce (Slezáková, 2014). Dle Kalvacha et al. (2010) hraje při manipulaci s nemocným nezanedbatelnou roli komunikace. Autoři zastávají názor, že před každým úkonem, kdy sestra mění polohu pacienta, je nutné podat srozumitelné vysvětlení toho, co bude následovat, co se konkrétně sestra chystá s pacientem provádět. Dle autorů je též možné dát pacientovi prostor, aby se, pokud je toho schopen, na manipulaci sám podílel například popsáním postupu manipulace ze svého hlediska.

1.3.1 Význam mobilizace a rehabilitace pacienta po prodělané cévní mozkové příhodě

Potřeba pohybu je jednou ze základních potřeb lidské bytosti. Z tohoto důvodu nelze podceňovat jeho vliv na tělesnou ani psychickou stránku. Pravidelný pohyb udržuje a podporuje soběstačnost člověka v jeho každodenních aktivitách a činí ho tak nezávislým na péči druhých (Burda a Šolcová, 2016). Mobilita člověku umožňuje orientovat se v prostředí, získávat a rozvíjet pohybové schopnosti a návyky. Samostatná pohybová aktivita může mít přímou spojitost i se sebeúctou člověka ve smyslu pocitu užitečnosti a potřebnosti (Jirkovský et al., 2012). Mobilizace pacienta spočívá jednak v pohybu v rámci lůžka, vstávání z lůžka, posazování do křesla nebo nácvik chůze (Šafránková a Nejedlá, 2006). Imobilitu lze chápat jako neschopnost pohybové aktivity. Tento stav je možné dále dělit, a to na imobilitu částečnou, omezenou anebo úplnou (Jirkovský et al., 2012). Situace, kdy je pacient dlouhodobě imobilní a odkázán na pobyt na lůžku, může vést ke vzniku celého souboru poškození jeho tělesných struktur ale i psychické stránky jeho osobnosti. S touto charakteristikou je spojovaný jev nazývaný imobilizační syndrom (Kelnarová, 2009). K následkům imobilizace Lippertová-Grünerová (2005) řadí příznaky jako je atrofie svalstva, degenerativní změny na hyalinních chrupavkách, degenerativní změny vaziva a kloubních pouzder nebo osteoporózu. Pejznochová (2010) k typickým následkům dlouhodobé imobilizace přidává šlachové kontraktury, dechové obtíže, cévní příznaky, nechutenství, zácpu, infekce močového systému, ale také pocity bezmocnosti a psychické poruchy. Berlitz (2007) k rizikům imobilizace pacientů po iktu přidává riziko vzniku aspirační pneumonie, hluboké trombózy žil dolních končetin anebo dekubity. Dle Lippertové-Grünerové (2005) je včasná mobilizace pacientů s centrálním poškozením důležitá jednak z hlediska zabraňování vzniku výše zmíněných příznaků spojených s imobilizací pacienta, ale přispívá též k zaručení optimálního výsledku následné rehabilitace.

Slezáková (2014) přikládá v rámci ošetřování neurologických pacientů velkou důležitost spolupráci sestry a fyzioterapeuta. Právě rehabilitace je totiž u pacienta po prodělané cévní mozkové příhodě nezbytným prvkem ve snaze o zlepšení jeho soběstačnosti (Cheng et al, 2017). Jak ve své publikaci uvádí Feigin (2007), rehabilitaci je nejvhodnější zahájit co nejdříve s přihlédnutím k jeho zdravotnímu stavu. Nicméně dle názoru Slezákové (2014) vhodný čas k rehabilitaci nastává po odeznění akutních příznaků. Rehabilitační program pacienta po prodělané cévní příhodě mozkové by se měl zaměřovat na všechny jeho neurologické poruchy (Kolář et al., 2009). Sestra by měla v rámci rehabilitace při

každé manipulaci s pacientem provádět s jeho končetinami pasivní pohyby, a to v plném rozsahu fyziologického pohybu až do mírné bolesti nebo pocitu tahu (Piecková-Palata, 2012). Provádění pasivních pohybů vidí Kolář et al. (2009) jako postup aktivně zabraňující rozvoji spasticity. Dle autorů též pomáhá zachování pohyblivosti v kloubech. Při manipulaci s pacienty, kteří sice nejsou schopni pohybovat se samostatně, ale přesto chce ošetrovatelský personál využít jejich zachovaných pohybových schopností je využíván asistovaný pohyb tak, aby byla do nejvyšší míry zachována soběstačnost pacienta (Kolář et al., 2009). Výběr dalších konkrétních rehabilitačních technik, postupů a metod by dle Slezákové (2014) měl být přísně individuální s přizpůsobením momentálnímu stavu pacienta. Cílem rehabilitačního programu je především snaha o zmenšení závislosti a v ideálním případě úplná obnova soběstačnosti pacienta (Feigin, 2007). Jak ve své publikaci uvádí Slezáková (2014), stávající soběstačnost pacienta může sestra objektivně zhodnotit pomocí měřících a hodnotících škál k tomuto účelu sestavených. K určení stupně závislosti pacienta autorka doporučuje užití klasifikace pacientů dle M. Gordonové. Funkční závislost pacienta mapuje test základních denních činností (ADL) (Příloha 2) a také test instrumentálních denních činností (IADL) (Slezáková, 2014). Bar a Chmelová (2011) doporučují hodnotit dopad CMP na soběstačnost pacienta v denních aktivitách podle Rankinovy škály (Příloha 3). Ke zhodnocení stavu kognitivních funkcí pacienta lze dle autorů využít škálu Mini Mental State Exam (MMSE).

1.3.2 Polohování pacienta v rámci lůžka

Pod termín polohování Mikula a Müllerová (2008) zahrnují pravidelné změny polohy nemocného. Jedná se o terapeutický výkon (Pfeiffer, 2007) sestávající z uložení pacienta nebo jeho končetiny do určité polohy (Slezáková, 2014). Pravidelným polohováním lze zabránit komplikacím vznikajícím na podkladě dlouhodobé imobilizace pacienta (Jirkovský et al., 2012). Mikula a Müllerová (2008) vidí v polohování především základní a neúčinnější prostředek zabraňující vzniku dekubitů. U pacientů po cévní mozkové příhodě je dle jejich názoru obzvláště důležitým bodem ošetrovatelské péče a mělo by se s ním začít co nejdříve po přijetí nemocného do zdravotnického zařízení. Slezáková (2014) zdůrazňuje polohování jako první ošetrovatelsko-rehabilitační výkon v akutním stadiu onemocnění. Jak totiž uvádějí Kolář et al. (2009), vhodně zvolená poloha je důležitým zdrojem fyziologických informací pro CNS a výrazně se podílí na uvědomování si postižené strany nemocného. Časté změny poloh pacienta

po prodělané CMP též pomáhají předcházet bolesti, zmírňovat spasticitu a podporovat relaxaci svalstva (Slezáková, 2014). Důležitým aspektem v péči o polohu pacienta po iktu je vhodně zvolené lůžko. Je dobré mít na paměti, že lůžko by mělo být bytelné, s dostatečně pevnou pelestí, aby bylo možné se o ni při manipulaci s nemocným v rámci polohování opřít. Podstatné je též umístění lůžka v místnosti. Mělo by být přístupné, v ideálním případě ze všech stran, samostatné lůžko pacienta je výhodou (Feigin, 2007). Z parametrů lůžka je též důležitá jeho výška, a to z toho důvodu, aby při manipulaci s nemocným nebyla příliš zatěžována záda pečujících osob (Halová, 2007). Důležitá je i vhodně zvolená matrace (Feigin, 2007), která by měla být, pokud možno, antidekubitní (Halová, 2007). K polohování pacientů v rámci lůžka se nabízí využití speciálních polohovacích pomůcek, které ošetrovatelskému personálu velmi usnadňují práci. Mezi ně se řadí různé druhy klínů, válců, kruhů, korýtek a polštářů plněných různými druhy materiálů. Správným způsobem použitá polohovací pomůcka zabraňuje přílišnému tlaku na jednu část těla pacienta a tím nejen zvyšuje komfort pacienta, ale aktivně zabraňuje vzniku dekubitu (Mikula a Müllerová, 2008).

Jak ve své publikaci uvádí Feigin (2007), pacient po prodělané CMP by měl být v rámci lůžka polohován každé 2–3 hodiny z boku na bok a každou hodinu až dvě by měla proběhnout změna polohy horních i dolních končetin. Dle autora je důležité tuto frekvenci polohování dodržovat nejen ve dne, ale i v noci. Pfeiffer (2007) rozlišuje v polohování pacienta po cévní mozkové příhodě čtyři základní typy poloh. Mezi ně dle jeho názoru patří poloha na parietické straně, na zdravé straně, na zádech a poloha na bříše. Feigin (2007) doporučuje otáčet pacienta mezi jednotlivými polohami v lůžku tak, že manipulující osoba provleče své ruce pod pacientovým tělem a poté provede tah směrem k sobě. V rámci usnadnění manipulace s nemocným při jeho přetáčení do cílové polohy se autor též přiklání k možnosti užití pomocných nylonových potahů. Jestliže je pacient v bezvědomí nebo není schopen při manipulaci spolupracovat, je dle názoru Lippertové-Grünerové (2005) vhodné, aby při jeho polohování spolupracovaly dvě osoby. Pokud je ale pacient schopen se na procesu polohování aktivně podílet, přiklání se autorka k tomu, aby byl do něho co nejdříve zapojen. Feigin (2007) doporučuje k usnadnění pohybu pacienta po cévní mozkové příhodě v rámci lůžka nácvik tzv. mostu. Provedení tohoto cviku popisují Kolář et al. (2009) tak, že pacient zvedne pánev nad podložku a pečující osoba mu při fixaci postižené dolní končetiny pomáhá v elevaci pánve na postižené straně. Poté pacient zatlačí ploskami nohou proti podložce a tím je

schopen sám se přesunout k jedné straně (Feigin, 2007). Bar a Chmelová (2011) vyzdvihují význam stability pacienta v cílové poloze. Dle jejich názoru je stabilní poloha pacienta důležitá proto, že pacientovi poskytuje jistotu. Každá nestabilita v určené poloze dle autorů naopak podporuje u pacienta rozvoj spasticity. Pfeiffer (2007) proto doporučuje k zafixování pacienta v určené poloze využít různých druhů polštářů.

Mezi jednotlivými polohami má pro pacienta významnou terapeutickou roli poloha na postižené straně (Příloha 4). Podporuje totiž vnímání paretické poloviny těla (Mikula a Müllerová, 2008), a to především díky senzorycké stimulaci paretické strany tlakem vlastního těla (Lippertová-Grünerová, 2005). Při polohování pacienta do této pozice musí pečující osoba dbát především na rameno postižené končetiny. To je totiž možné nešetrnou manipulací, do které spadá například tah za postiženou končetinu, poškodit (Kolář et al., 2009). Při polohování nemocného na postižený bok sestra pomáhá tak, že přidržuje současně rameno a koleno na postižené straně, přičemž se snaží, aby koleno a rameno na zdravé straně pacient zkoušel přetočit sám (Mikula a Müllerová, 2008) (Příloha 5). Dle Kolektivu autorů (2004) by nemocný v této poloze neměl na postižené rameno naléhat přímo. Proto, jak dodává Bar a Chmelová (2011), je nutné, aby i když je pacient natočený na postiženou polovinu těla, bylo zachováno též natočení trupu na záda, která Kolář et al. (2009) doporučují podložit polštářem. Dle Mikuly a Müllerové (2008) by v této poloze měla být paretická horní končetina volně natažena před trupem s dlaní otočenou vzhůru a prsty nataženými. K zachování funkčního postavení ruky autoři doporučují vkládat do dlaně měkké míčky nebo válečky. Na postižené dolní končetině by dle Koláře et al. (2009) měla být zachována extenze v kyčli a koleno v lehké flexi. Autoři nedoporučují využívat opory jako jsou například bedničky zabraňující plantární flexi nohy, protože tím mohou podporovat spasticitu plantárních flexorů (Kolář et al., 2009). Hlava pacienta by měla být v prodloužení trupu (Mikula a Müllerová, 2008) a podepřena tak, aby bylo možné ji v pozici pohodlně udržet a bylo zabráněno jejímu úklonu (Pfeiffer, 2007).

Jako velmi vhodné pro pacienta vidí Pfeiffer (2007) též polohování na zdravou stranu (Příloha 6). Tato poloha je dle Kolektivu autorů (2004) výhodná pro možnost jednoduše umístit postiženou končetinu do polohy, která zabraňuje vzniku spasticity končetin. Další výhodou této polohy je dle Pfeiffera (2007) také to, že díky ní lze zabránit vzniku proleženin na postižené straně. Při polohování pacienta do této pozice by měl ošetrovatelský personál dbát na zásady popisované Mikulou a Müllerovou (2008). Totiž,

při pasivním otáčení pacienta by mělo být koleno na ochrnuté dolní končetině pokrčené a dlaně pacienta spojené. Ošetřovatelský personál otáčí pacienta do cílové polohy uchopením současně za rameno a bok na postižené straně (Příloha 7). Jako druhou variantu přesunu nemocného do pozice autoři uvádí jeho aktivní otočení, kdy je sestra nápomocna pouze přidržováním současně za hýždě ochrnuté končetiny a vnější stranu chodidla (Mikula a Müllerová, 2008) (Příloha 8). Pacient má v této poloze postižené rameno vysunutě vpřed, podložené polštářem. Loket, zápěstí i prsty by měly být v extenzi (Pfeiffer, 2007). Zdravá horní končetina může být v poloze, jaká je pacientovi pohodlná (Mikula a Müllerová, 2008). Postižená dolní končetina zachovává mírnou flexi a je v poloze podložena polštářem. Hlava by měla být též podložena polštářem, ale nikoli tak, aby byla ve flexi. (Pfeiffer, 2007).

Poloha na zádech je dle Pfeiffera (2007) využívaná nejčastěji, nicméně s sebou nese nejvyšší riziko vzniku proleženin. Dle názoru Bara a Chmelové (2011) může mít též vliv na rozvoj extenční spasticity dolních končetin. Kolář et al. (2009) se proto přiklání k tomu, aby pacient v této pozici trávil co nejméně času. Dle Mikuly a Müllerové (2008) by měl nemocný v této pozici ležet rovně s možností podložení trupu polštářem. Autoři se přiklání též k možnosti natočení hlavy lehce k postižené straně, nicméně je třeba soustředit se na to, aby nebyla v předklonu. Postižená horní končetina je podložena polštářem, přičemž je nutné zachovat extenzi v loketním kloubu (Pfeiffer, 2007). Dlaň může být otočena jak směrem nahoru, tak i dolů, důležité je však opět dbát na zachování funkčního postavení ruky (Mikula a Müllerová, 2008). Postiženou dolní končetinu lze polštářem vypodložit pod pánví a stehnem s kolenem v mírné flexi (Bar a Chmelová, 2011) (Příloha 9).

Poloha na břiše je nejbezpečnější z hlediska rizika vzniku dekubitů (Pfeiffer, 2007). Může být velmi nápomocna při odlehčování svalům zad (Jirkovský et al., 2012), protože umožňuje nejmenší svalové napětí (Pfeiffer, 2007). Díky této poloze může navíc pacient nejen prodýchat zadní část plic, ale může mít vliv též na zlepšení peristaltiky (Jirkovský et al., 2012). V této poloze je hlava natočena směrem ke zdravé straně, plegická paže i dolní končetina jsou extendované ve všech kloubech a postižená dolní končetina je podložena polštářem. Zdravá dolní končetina zachovává mírnou flexi v kolenu (Pfeiffer, 2007).

1.3.3 Vertikalizace

K vertikalizaci pacienta je vhodné přistupovat s opatrností (Piecková-Palata, 2012). Jestliže je pacient vzhledem k intrakraniálnímu tlaku a kardiopulmonálnímu zatížení schopen tolerovat vyšší polohu, doporučují Kolář et al. (2009) začít zvyšovat jeho polohu od horní poloviny těla. V tomto procesu lze využít postupného navyšování podpěry pacienta od polohy vleže na zádech až do nejvyšší možné polohy (Piecková-Palata, 2012). Sezení pacientovi napomáhá v dýchání, ale vsedě se zlepšuje i polykání, čímž klesá riziko aspirace (Feigin, 2007). Pacient by v cílové poloze měl sedět vzpřímeně a bedra by měl mít podložena polštářem. Dolní končetiny s tělem svírají 90 stupňů a váha je rovnoměrně rozložena na obě hýždě. Horní končetiny by měly spočívat volně v předpažení na polštáři nebo na stolečku (Mikula a Müllerová, 2008) (Příloha 10). K docílení větší stability nemocného v této poloze, je možné jej na postižené straně navíc podložit polštáři (Feigin, 2007). Aby bylo možné pacienta v lůžku posadit, radí Halová (2007) dostat ho nejprve v posteli co nejvýše k jejímu čelu. V tomto případě doporučuje autorka využít spolupráce více pečujících osob. Jedna osoba šetrně uchopí nemocného v podpaží a jestliže nemocný sám není schopen zatlačit pokrčené nohy do podložky a následně se o ně opřít, pomáhá další pečující osoba, která nemocnému pokrčením a přidržením nohou vzepření usnadní. Poté všichni společně nemocného vytáhnou. Při tomto způsobu manipulace může být nápomocna též hrazdička, které se nemocný při přesunování může přidržet (Halová, 2007).

Při posazování pacienta s bérce spuštěnými z lůžka varuje Piecková-Palata (2012) před rizikem vzniku ortostatického kolapsu. Proto by, dle autorky, měla sestra věnovat pozornost měření krevního tlaku nemocného. Dle Mikuly a Müllerové (2008) může změna polohy pacienta z lehu do sedu probíhat buď formou aktivní, nebo pasivní. V případě pasivního přesunování pečující osoba pacienta převrací přes bok paretické strany s koleny pokrčenými a pacient se opírá zdravou rukou před tělem o okraj lůžka (Příloha 11). Při aktivní změně polohy se pacient zdvihá z lehu na postižené polovině těla a zdravou rukou se opírá o okraj lůžka. Pečující osoba tento jeho pohyb pouze usměrňuje, a to podpíráním pacientovy kyčle a tím, že vede rameno zdravé strany směrem k nohám postele (Mikula a Müllerová, 2008). Pro dosažení většího komfortu a lepší rovnováhy v pozici doporučuje Piecková-Palata (2012) umístit pacientovi pod nohy stoličku. Paretickou horní končetinu doporučuje Feigin (2007) vypočložit například polštářem. Piecková-Palata (2012) však varuje před dlouhodobým pobytem v této pozici, spíše se

přiklání k častějšímu posazování během dne. Vždy by, dle jejího názoru, měly být respektovány pocity a přání pacienta.

Velký význam z hlediska komunikace s okolím má pro pacienta po prodělané cévní mozkové příhodě ortopedický vozík (Pfeiffer, 2007). Podmínkou pro přesouvání pacienta na vozík je alespoň částečná schopnost vzporu a shybu pacienta (Piecková-Palata, 2012). Ortopedický vozík by měl být upraven tak, aby paže pacienta nevisely přes područky, dolní končetiny byly rotovány zevně a pánev pacientovi z vozíku nesjížděla. Ovládání mechanického vozíku by mělo být umístěno na zdravé straně nemocného (Pfeiffer, 2007). Pečující osoba asistuje nemocnému při transferu na vozík buď aktivní formou s dopomocí nebo formou pasivní. Při aktivním přesunu s dopomocí je pacient v předklonu a opřen o přistavenou židli s patami na zemi a kolena nad chodidly. Poté se pacient předkloní, se sepnutýma rukama se opře o židli a po nadzdvihnutí a přenesení váhy dopředu přesune hýždě na židli nebo postel. Sestra u tohoto pohybu asistuje držetím za boky a napomáháním plynulému přesunu. Při pasivním transferu nemocného na vozík se postup shoduje s předešlým postupem, pouze s tím rozdílem, že sestra stojí na druhé straně a při předklonu nad pacienta jej přidržuje mezi svými lokty a rukama zvedá za hýždě (Mikula a Müllerová, 2008).

Při nácvičku chůze doporučuje Vytečková et al. (2011), aby sestra stála na postižené straně nemocného a končetinou, která je k nemocnému blíže fixovala jeho rameno, aby nedošlo k subluxaci v ramenním kloubu. Druhou rukou sestra drží nemocného za nemocnou ruku a vede ho. Autorka doporučuje k usnadnění pohybu použít různá chodítka, hole, berle, ortézy nebo dlahy, které by zpevňovaly klouby nemocného (Vytečková et al., 2011).

1.3.4 Využití konceptu bazální stimulace a kinestetiky při manipulaci s pacientem po prodělané cévní mozkové příhodě

Při polohování a manipulaci s pacientem Friedlová (2007) klade důraz na kvalitu poskytovaných doteků. Právě doteky totiž dle Maierové (2010) mohou nést informaci směrem k pacientovi, a proto by každý dotek měl být promyšlený, citelný a zřetelný. Friedlová (2007) doporučuje při manipulaci s pacientem kombinovat koncept bazální stimulace s konceptem kinestetiky. Bazální stimulaci charakterizuje Vytečková et al. (2011) jako koncept, který může mít zásadní vliv na budoucí kvalitu života celé řady nemocných, mezi něž jednoznačně řadí i pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě.

Dle Friedlové (2007) tento koncept podporuje v bazální (nejzákladnější) rovině lidské vnímání. To staví autorka do přímého vztahu s pohybem a komunikací, jelikož vnímání umožňuje pohyb, a komunikace může být realizována právě na základě pohybu a vnímání. Maierová (2010) uvádí, že bazální stimulace umožňuje člověku vnímat jednak hranice svého těla, prožitek sebe sama, ale též okolní svět nebo přítomnost jiného člověka. Jak ve své publikaci uvádí Friedlová (2007), u osob po prodělané cévní mozkové příhodě dochází ke změně ve vnímání vlastního těla, zejména na postižené straně, a proto je narušeno vnímání celkového tělesného schématu (Příloha 12). Maierová (2010) doporučuje v rámci podpory uvědomování vlastního těla aplikaci celkové bazálně stimulující koupele dle konceptu Bobatha. Ta využívá cílených doteků a stimulace středu těla pacienta (Maierová, 2010). Friedlová (2007) vyzdvihuje pro podporu vnímání vlastního těla též polohování. Dle jejího názoru, ke změně vnímání tělesného schématu u pacienta dochází již po 30 minutách klidného ležení a podporovat ji může i ležení na příliš měkkých matracích, například antidekubitních. Během manipulace při polohování pacienta lze pracovat s gravitací, váhou těla pacienta a též lze využít různé tempo změny pohybu (Friedlová, 2007). Maierová (2010) z jednotlivých poloh doporučuje k podpoře vnímání hranic vlastního těla především polohu hnízda (Příloha 13) a mumie (Příloha 14). Dle autorky může být též pro vnímání vlastního těla u hemiplegiků velmi přínosná stimulace kožních receptorů pomocí vibrací.

Kinestetiku představuje Nedělková (2007) jako koncept pracující především s pohybem, který si klade za cíl pochopit jeho základy a využít pohybových rezerv pacienta. Kinestetická mobilizace napomáhá šetrné manipulaci s pacientem při zachování důrazu na podporu jeho fyziologického pohybu, mobilizaci kloubů a svalů. Dle Maierové (2010) kinestetická mobilizace podporuje též vnímání vlastního těla pacienta, jeho metabolismus a sociální chování. Tento koncept se snaží využívat manipulačních technik, které jsou odlišné od klasického tahání, sunutí pacienta po podložce anebo jeho zvedání nad podložku. Kinestetická mobilizace probíhá ve třech základních krocích. Prvním krokem je rozehrání směřující k povzbuzení tělesného vnímání následované samotnou změnou polohy pacienta provázenou integrovanými pohybovými postupy. Úloha ošetřující osoby v tomto procesu spočívá v dopomoci pacientovi do pohybu využitím tlaku a tahu. Posledním krokem je stabilizace pacienta v určené poloze (Maierová, 2010).

1.3.5 Vliv manipulace s pacientem na zdraví sestry

Sestra je v rámci výkonu svého povolání vystavována zvýšené fyzické zátěži. Z tohoto důvodu je velmi důležité, aby disponovala nejen odbornými znalostmi, ale i dobrou fyzickou kondicí (Vytejková et al., 2011). Manipulaci s imobilními pacienty, především pak úkony týkající se jejich polohování, lze považovat za významný rizikový faktor vzhledem k pohybovému aparátu sestry (Gučková, 2007). Též Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (2008) spatřuje v muskuloskeletálních poruchách souvisejících s prací ve zdravotnictví velice závažný problém. Dle Gučkové (2007) mají úkony spojené s manipulací s pacienty neblahý vliv především na páteř a horní končetiny zdravotnického personálu, Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (2008) doplňuje jako nejrizikovější konkrétně oblast beder. Dle Gučkové (2007) může ve svém konečném důsledku náhlé zvýšení fyzické zátěže vést až k poruchám páteře a kloubů a autorka například nevyklučuje ani riziko výhřezu ploténky. Abedini et al. (2015) dle výsledků svého výzkumu uvádějí, že až 80 % zdravotnických pracovníků je ohroženo vznikem muskuloskeletálních poruch.

Mezi konkrétní rizikové faktory při manipulaci s pacienty řadí Evropská agentura pro bezpečnost a zdraví při práci (2008) jednak sílu, kterou je nutné vynaložit k provedení daného úkonu, dále nutné opakování úkonu nebo zaujímání nevhodné pozice při manipulaci, jakou je například sklánění se nad lůžkem, klečení nebo otáčení trupem při zvedání pacienta. Podstatným faktorem při manipulaci s pacientem, který může vést ke zvýšení rizika vzniku zranění je dle Schoenfisch a Lipscomb (2009) též narůstající počet obézních pacientů. Gučková (2007) je toho názoru, že k největší zátěži pohybového aparátu dochází v případě, je-li pohyb veden neekonomicky, nesprávně a nekoordinovaně. Vytejková et al. (2011) proto doporučují, aby všechny pohyby v rámci manipulace s pacienty byly koordinované, plynulé, se zapojením co největšího počtu svalů.

Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (2008) doporučuje jako účinnou prevenci vzniku pracovních úrazů zavedení správných metod zvedání a změny polohy pacienta. Dle Maierové (2010) lze těmto problémům účinně předcházet právě aplikací zásad výše zmíněné kinestetické mobilizace do každodenní praxe. Vytejková et al. (2011) zdůrazňují důležitost zachování stabilního postoje sestry při manipulaci. Toho lze docílit především stojem rozkročným, zpevněním břicha a hýždí. Podrobné

informace o správných pohybech a polohách stejně jako o příčinách bolestí zad lze najít například v tzv. „školách zad“ (Vytejšková et al., 2011). Kochitty a Devi (2015) považují za důležité též kvalitní vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti manipulace s pacienty, a to jak z důvodu zajištění bezpečí pro pacienta, tak i pro získání povědomí o možném nebezpečí negativního dopadu nesprávných manipulačních a pohybových technik na fyzické zdraví sestry.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zmapovat ošetrovatelskou péči v oblasti fyzické manipulace s pacientem po prodělané cévní mozkové příhodě.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak sestry fyzicky manipulují s pacientem po prodělané cévní mozkové příhodě?
2. Jaké problémy sestry spatřují v souvislosti s fyzickou manipulací s pacienty po cévní mozkové příhodě?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Ke zpracování empirické části bakalářské práce byla zvolena metodika kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru realizovaného s osmi všeobecnými sestrami pracujícími na oddělení neurologie, rehabilitace, následné péče, interním oddělení a v domově pro seniory. Rozhovory se konaly po individuální domluvě s každou ze sester. Všechny informantky byly před zahájením rozhovoru poučeny o tom, že výzkumné šetření je zcela anonymní, jejich účast zcela dobrovolná a získané informace budou využity pouze k účelům zpracování bakalářské práce. Sestry byly též seznámeny s tématem, výzkumným cílem práce a v neposlední řadě i s metodou zaznamenání rozhovoru na záznamové médium, s níž všechny oslovené sestry souhlasily. Podklad k vedení rozhovoru se skládal z jedenácti otázek (Příloha 1). Cílem šesti úvodních otázek bylo zjištění základních identifikačních údajů o sestrách, jako je věk, pohlaví, oddělení, na kterém dotyčná sestra pracuje, její nejvyšší dosažené vzdělání v oboru, délka praxe a doba, po kterou se v rámci své praxe setkává s pacienty po prodělané CMP. Zbývajících dvacet pět otázek bylo zaměřeno na zkušenosti sester s manipulací s pacienty po prodělané CMP. Otázky i samotná struktura rozhovoru byly konstruovány s cílem zachytit co možná nejširší souvislosti stejně jako hlubší pohled do této problematiky skrze osoby informantek. Rozhovor byl veden dle linie předem připravených základních otázek, avšak byl též dle potřeby doplněn dalšími upřesňujícími otázkami. Podklad pro vedení rozhovoru lze rámcově rozdělit do několika tematických celků, kterými jsou zkušenosti sester s manipulací s těmito pacienty, specifika manipulace s pacienty po CMP, hodnocení a podpora soběstačnosti těchto pacientů, možnosti usnadnění manipulace, polohování, přesuny pacientů po CMP a také vztah všech těchto činností ke zdravotnímu stavu sester. Sdílnost informantek byla různá, proto byla odlišná i délka rozhovorů, která se pohybovala v rozmezí mezi 30 a 50 minutami. Všechny rozhovory byly následně přepsány do textové podoby a jsou k dispozici jako volná příloha na CD umístěném v zadní části bakalářské práce. Ke zpracování dat byla využita metoda otevřeného kódování s využitím techniky „tužka a papír“. Získané informace byly následně rozřazeny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry, které byly vybírány na základě záměrného kritériálního výběru. Požadovány byly praktikující kvalifikované všeobecné sestry, které se v rámci výkonu svého povolání setkávají s pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě. Vzhledem k vývoji tohoto onemocnění a jeho možnému vlivu na proces manipulace s těmito pacienty byly vybrány sestry z různých zařízení a oddělení. Tímto způsobem bylo ve výsledku vybráno celkem osm všeobecných sester. V první řadě se jednalo o všeobecné sestry působící na oddělení neurologie, setkávající se s pacienty po CMP v akutním stadiu tohoto onemocnění. Další skupinu tvořily sestry z oddělení následné péče, rehabilitace, standardního interního oddělení a domova pro seniory, kde se sestry věnují především následné péči o tyto pacienty. Konkrétní specifikaci daných pracovišť neuvádíme z důvodu dodržení anonymity realizovaného výzkumného šetření. V empirické části práce jsou jednotlivé informantky, se kterými byl rozhovor realizován, označeny jako S1-S8 (sestra 1 – sestra 8).

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1: Struktura výzkumného souboru

Sestra	Věk	Pohlaví	Oddělení	Vzdělání	Délka Praxe	Práce s pacienty po CMP
S1	47 let	Žena	Odd. následné péče	SZŠ, nyní bakalářské studium	25 let	10 let
S2	42 let	Žena	Rehabilitační odd.	SZŠ, nyní bakalářské studium	17 let	17 let
S3	55 let	Žena	Domov seniorů	SZŠ	30 let	20 let
S4	45 let	Žena	Domov seniorů	SZŠ	23 let	15 let
S5	37 let	Žena	Domov seniorů	Vysokoškolské, Bakalář	14 let	4 roky
S6	23 let	Žena	Interní odd.	Vysokoškolské, Bakalář	3 roky	3 roky
S7	31 let	Žena	Neurologické odd.	SZŠ	12 let	5 let
S8	26 let	Žena	Neurologické odd.	VOŠ	4 roky	4 roky

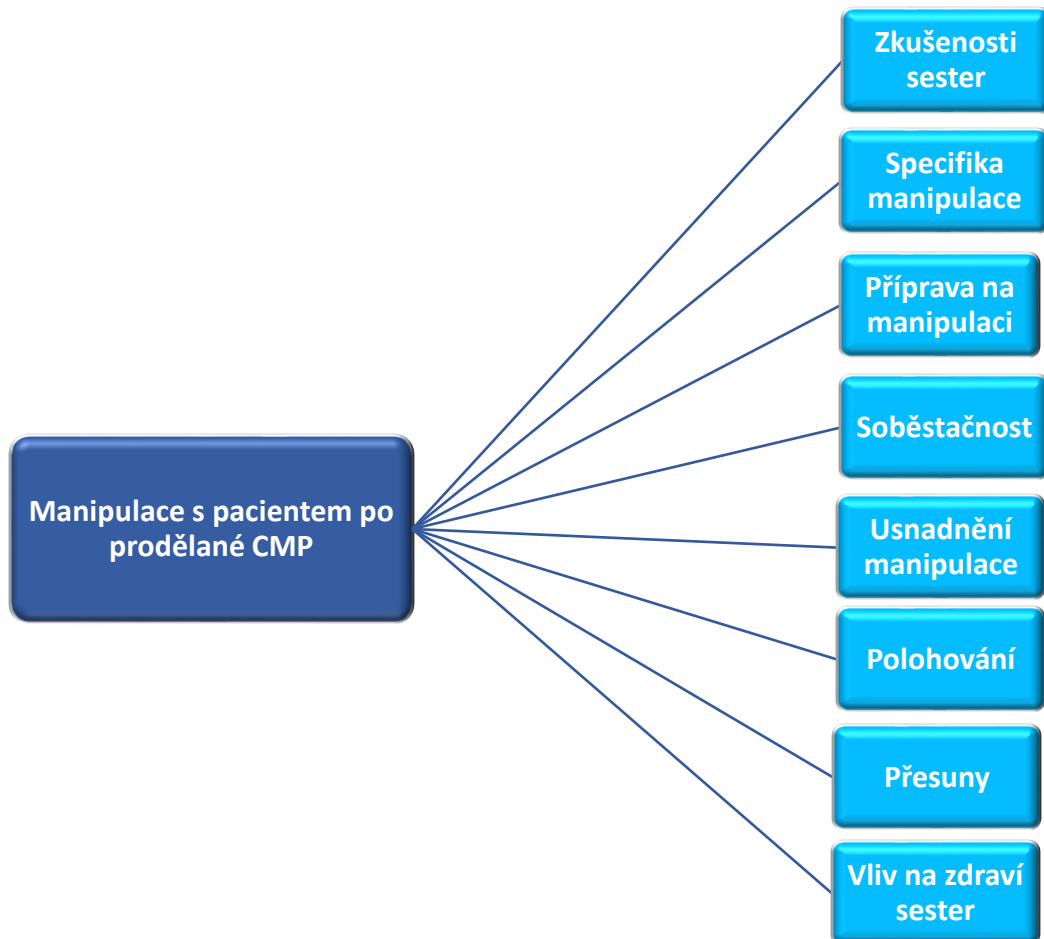
Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 1 poskytuje základní identifikační údaje jednotlivých informantek. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem osm kvalifikovaných všeobecných sester ve věkovém rozmezí od 26 do 55 let ze čtyř různých nemocničních oddělení a jednoho zařízení sociálních služeb. Všechny sestry mají dokončené středoškolské vzdělání na střední zdravotnické škole, nejvyšším dosaženým vzděláním je mezi informantkami vysokoškolské bakalářské. Délka praxe ve zdravotnictví se mezi dotazovanými sestrami pohybuje v rozmezí od 3 do 30 let. V rámci tohoto časového úseku se sestry různě dlouhou dobu setkávají s pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě.

4.2 Kategorizace výsledků výzkumného šetření

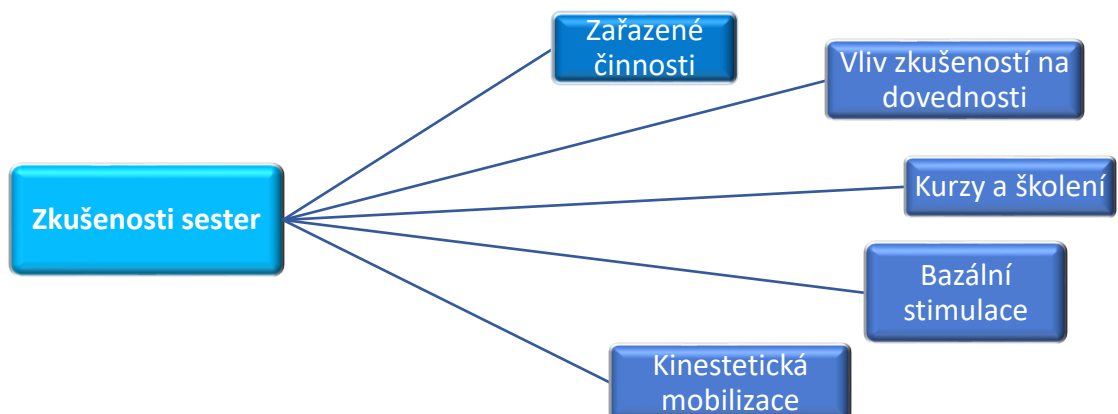
V následující části představíme konkrétní zjištěné výsledky výzkumného šetření, které jsou pro větší přehlednost zpracovány do kategorií a podkategorií.

Stručný přehled jednotlivých kategorií



Kategorie 1 – Zkušenosti sester

Diagram: Zkušenosti sester



Kategorie „Zkušenosti sester“ se zaměřuje na zkušenosti sester v oblasti manipulace s pacienty po CMP. Tato kategorie je dále rozdělena na pět podkategorií.

Zařazené činnosti

U otázky, co si představují pod pojmem manipulace s pacientem po CMP a jaké činnosti do této oblasti zahrnují, se všechny dotazované sestry shodly, že stěžejní činností v oblasti manipulace s pacienty po CMP je pro ně polohování. Informantka S7 na tuto otázku odpověděla: *„Hlavně, jak jsem řekla, to polohování, ale obecně je to asi víc věcí, kromě toho polohování asi skoro všechno, co s těma pacientama děláme, se dá brát jako manipulace“*. K názoru, že veškerá ošetrovatelská péče o pacienty po CMP je do jisté míry spojena s manipulací s těmito pacienty, se připojuje též informantka S1, která uvádí, že pod pojem manipulace s pacientem po CMP zařazuje: *„... veškeré ošetřování pacienta po CMP... prostě veškerou tu péči, protože ten člověk je vlastně imobilní...“*. Přesuny a vertikalizaci v závislosti na zdravotním stavu pacienta zmiňuje informantka S6: *„Nějaké přesuny na lůžku, z lůžka, třeba i na vozík, pokud je to možné vzhledem k tomu stavu pacienta“*. Podobný názor má též sestra S3, která dodává: *„Pak třeba jak jsou schopný se posazovat na lůžku, ven vysazovat z lůžka, prostě se vertikalizovat jako do stoje, podle toho jako co tak mají za to postižení, no“*. Dále informantky, s výjimkou S1, S5 a S7, zahrnují mezi činnosti související s manipulací s pacienty po CMP také rehabilitaci.

Vliv zkušeností na dovednosti

Všechny dotazované sestry vidí rozdíl mezi svými dovednostmi v oblasti manipulace s pacienty po CMP na začátku své praxe a v současnosti. Sestra S2 na tuto otázku odpověděla: *„Je to rozdíl, dřív člověk ani nevěděl, jak za ně má vzít, když se to tak vezme, a postupem času třeba i vidí, že někde ho to i bolí a že jsem ho třeba i špatně napolohovala, že je mu to nepříjemný“*. Informantka S1 dodává: *„Člověk opravdu životní zkušeností a praxí získá tolik, že mu to nedá ani pět škol dohromady. U toho lůžka všechno zjistíte“*. Informantka S4 v souvislosti se zkušenostmi popisuje určitou formu automatizace postupů spojených s manipulací s pacienty po CMP: *„Už mám ty postupy nějak zažitý, že si to asi ani neuvědomuju“*. Tuto zkušenost sdílí též informantka S1, která říká: *„Aniž by si to člověk asi uvědomil, tak spoustu věcí pak už děláme automaticky“*. Další kategorií, kterou sestry v souvislosti s procesem získávání zkušeností a dovedností uvedly, byla role kolektivu. Důležitost učení se od ostatních, zkušenějších sester, vyzdvihují informantky S5, S7 a S8. Slovy sestry S7: *„Prostě si necháte poradit, něco*

odkoukáte od těch sester, co už tam jsou, což vám dá hodně“. Též se ale vyjadřuje o určité nepřizpůsobivosti kolektivu a zmiňuje jistou dávku odporu sester k inovaci: *„To je spíš o tom, že když je na tom oddělení nějaký zažitý postup, jak se to dělá, tak když tam potom přijde nějaká sestřička ze školy nebo někdo nový, tak spíš se musí přizpůsobit tomu, jak se to tam dělá, než že by se kvůli tomu zaváděly nějaké nové postupy...“.*

Kurzy a školení

Každá z informantek s výjimkou sester S6, S7 a S8 se během své praxe zúčastnila kurzu nebo školení zaměřeného, mimo jiné, i na manipulaci s pacienty po CMP. Zbývající tři informantky (S6, S7 a S8) uvádějí jako zdroj informací o manipulaci s pacienty po CMP školní výuku, kterou sestra S6 popisuje takto: *„Dělali jsme to v rámci bakalářského studia jsme se to učili na rehabilitačním ošetřovatelství, tam nám ukázali spoustu postupů, jaké použít... Byla i hodina o tom, jak zacházet s pacientem po CMP, jak ho polohovat“.* U ostatních sester byl nejčastěji zmiňovaným kurzem kurz rehabilitačního ošetřovatelství, kterého se zúčastnily informantky S2, S3, S4 a S5. Informantka S1 popisuje seminář na toto téma, který se odehrál na jejím oddělení, slovy: *„Měli jsme takový seminář i u nás na oddělení na téma manipulace s pacientem, takže jsme všechno viděli názorně, bylo to hlavně i pro sanitáře“.* Dál však dodává: *„... ale myslím, že i my jsme byli na hodně dalších seminářů na tohle téma...“.* Dalším seminářem, který zmínily sestry S2 a S3 byl seminář bazální stimulace. Informantka S2 se navíc jako jediná zúčastnila kurzu kinestetické mobilizace. Na přínosnosti vzdělávání v oblasti manipulace s pacienty se do jisté míry shodly všechny informantky. S1 se vyjadřuje o tom, co jí kurzy daly takto: *„No tak určitě nějaký nové poznatky do té praxe, je to asi důležitý se dál vzdělávat, abychom viděly stále nové věci“.* a S5 dodává: *„Dozvíte se tam o chybách, který každé den dělá spousta z nás, a i o tom, jak to dělat dobře“.* Informantka S6 však říká: *„Myslím, že mi to něco dalo, ty postupy se snažím používat a dbát na to, ale ta praxe není vždycky shodná s tím, jak by se to mělo provádět“.* Sestra S1 si v souvislosti s kurzy stěžuje: *„Ale třeba že by bylo nějak hodně těch kurzů třeba i pro ty sanitáře, to není, ale je to velká škoda, protože oni jsou s těmi pacienty hodně, oni je berou na vanu hlavně, hlavně je polohují a přebalují“.* S6 dodává: *„Určitě je to pro ně důležité, aby věděli, jak to mají správně dělat... jak zacházet s tou postiženou stranou, ale i s tou zdravou, a vyvarovat se těm chybám“.* Informantka S7 popisuje nabídku kurzů v její nemocnici takto: *„...tak my u nás v nemocnici máme hodně nabídek kurzů, toho je fakt hodně, ať už to jsou různé kurzy s rehabilitačníma... nebo tak, tady toho je hodně“.*

a určitě si můžeme vybírat“. Na otázku, zda jsou kurzy navštěvované nebo zda se nějakého například sama zúčastnila však odpovídá: *„Ne, moc využívané nejsou. Já jsem tam nebyla“.* Sestra S8 ke kurzům dodává: *„... stejně si myslím, že je to jako ve škole, že vám tam asi řeknou spoustu věcí, co v té praxi stejně nevyužijete, buď na to není čas, nebo se to dělá jinak“.* Sestry měly dále v souvislosti s kurzy problém především s jejich finanční (S3) a časovou náročností (S8). Finanční náročnosti kurzů však do jisté míry oponuje svou zkušeností sestra S1: *„Teď byl tady od nemocnice kurz bazální stimulace, polohování, manipulace s pacientem, byl to kurz na dva měsíce, a to bylo pro zaměstnance zdarma, ale ti lidé o to nemají zájem, takže se přihlásili asi čtyři od nás. Ta motivace prostě není taková“.*

Bazální stimulace

Všechny dotazované sestry o bazální stimulaci slyšely. Formou kurzu se s ní setkaly informantky S2 a S3 a v rámci školní výuky S6 a S8. Tento přístup, mimo jiné i u pacientů po CMP, na svých pracovištích běžně aplikují sestry S2, S3 a S4. Sestra S6 se v této souvislosti nezmiňuje přímo o cíleném využívání principů bazální stimulace, avšak tvrdí, že ošetrovatelský personál tyto zásady může v souvislosti s polohováním využívat, aniž by si to uvědomoval: *„... anebo se to provádí, ale ani si to neuvědomují, že je to bazální stimulace“.* a podobný názor sdílí i sestra S5: *„Z toho, co vím, to vypadá, že když s těma lidma jenom manipulujete s citem, tak to je taky hodně o tom, no“.* Všechny dotazované sestry na otázku, zda může mít bazální stimulace dle jejich názoru pro pacienty po CMP nějaký význam, odpovídají pozitivně. Sestry S1 a S8 jsou však přesvědčeny o tom, že aplikace bazální stimulace je časově náročná, a proto je v běžném chodu oddělní téměř nezvládnutelná. Přínos tohoto přístupu pro pacienty po CMP shrnuje sestra S2: *„Je to užitečný, si myslím, aby zase tu druhou část, tu postiženou, tak aby si začali trošičku na ni zvykat“.* Informantka S3 vyzdvihuje především důležitost iniciálního dotyku před zahájením jakékoli manipulace s pacientem. Sestra S4 hovoří o tom, jak v jejím zařízení běžně postupují: *„... vezmeme si třeba hebkou ponožku, masírujeme je s ní a tak“* a dodává: *„Máme i masážní gely, to se jim masírujou ruce, nohy, to se taky běžně dělá“.*

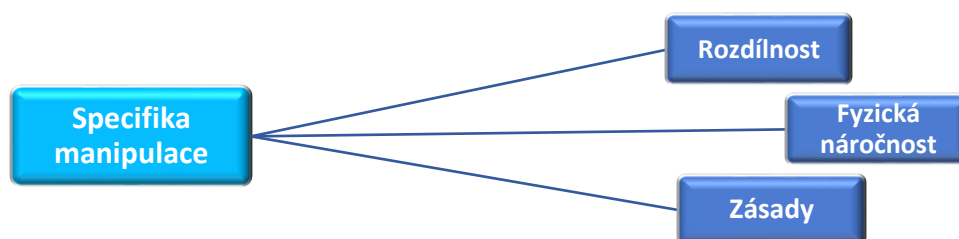
Kinestetická mobilizace

S kinestetickou mobilizací se setkaly informantky S1, S2, S3 a S5. Informantka S8 uznává, že nejspíš o tomto konceptu někdy něco zaslechla, avšak není si přesně jistá, o co se jedná. Informantky S4, S6 a S7 přiznávají, že o kinestetické mobilizaci neslyšely nikdy. Sestra S5 říká, že o tomto přístupu slyšela v rámci jiného kurzu a o podobně laděný kurz

do budoucna projevila velký zájem. Sestra S3 se s ukázkou tohoto přístupu setkala v rámci školení, které však nebylo primárně věnováno kinestetické mobilizaci. O své zkušenosti hovoří takto: „*Jo, to nám vysvětlovala zase na školení jedna kolegyně, to jo, a ta tam dokonce říkala, že je potom dokážou i jako samy v jednom člověku posunout*“. Z okruhu dotazovaných sester se kurzu kinestetické mobilizace zúčastnila pouze sestra S2. O svých pokusech přenášet získané poznatky do praxe říká: „*Ono to je trošku jinačí v reálu, fakt je to jiný, protože my jsme si to tam třeba nacvičovaly, ale nebyly jsme plegický a nebyly jsme svlečený v andělu a šlo to krásně, ale potom když jsem to dělala na těch lidech, tak je to jinačí*“. Uznává také, že ne každému může být tento přístup příjemný, a to především z důvodu velmi blízkého kontaktu mezi pacientem a sestrou, který přístup vyžaduje: „*... ale zase ne každému je to příjemný, někomu to hrozně vadí takovej ten osobní kontakt*“. Nicméně říká, že ona sama se tyto principy snaží v praxi aplikovat, a velmi si je pochvaluje. Sestra S3 je na základě své zkušenosti s ukázkou tohoto přístupu taktéž přesvědčena o jeho prospěšnosti: „*... říkám, kdo to umí, tak si tím hodně ulehčí práci, hlavně při té manipulaci*“.

Kategorie 2 – Specifika manipulace

Diagram: Specifika manipulace



Kategorie „Specifika manipulace s pacientem po CMP“ se zaměřuje na základní specifika v přístupu k manipulaci s pacientem po prodělané CMP. Tato kategorie se dále dělí na tři podkategorie.

Rozdílnost

Všechny dotazované sestry si uvědomují rozdíl mezi manipulací s pacientem po cévní mozkové příhodě a pacienty s jinými diagnózami. Informantky se též shodují na faktu, že konkrétní odlišnosti se odvíjí především od charakteru jejich postižení. Jak shrnuje informantka S8: „*Záleží hodně taky na tom, kde má ten člověk problém, ... jestli má poruchu řeči, špatně se s ním dá domluvit, jestli má nějaký těžký to ochrnutí, plegii nebo parézu, hůř se s tím člověkem všechno dělá*“. a S5 doplňuje: „*Ta manipulace s nima*

se řídí tím jejich postižením, jako jak je to závažný, na jakou stranu vzniklo to ochrnutí“. Celkovou odlišnost v přístupu k těmto pacientům zdůrazňují sestry S2, S5 a S8. Slovy informantky S2: *„... tím postižením k němu máme vlastně jiný přístup“.* Nutnost jisté dávky opatrnosti při fyzické manipulaci s pacienty po prodělané CMP akcentuje sestra S4: *„Když jde o to ochrnutí, musíme být na ně hodně opatrný“.* Dle sester S1 a S3 zvýšenou pozornost na rozdíl od pacientů s jinými diagnózami v tomto případě zasluhuje riziko vzniku kontraktur, ke kterému informantka S1 přidává bolestivost plegických končetin: *„Tady u těch pacientů se hodně dbá na ty kontraktury a potom taky na bolest těch plegií, kdežto u pacienta se střevní chorobou.... tak tam je ten cíl zase úplně jiný“.*

Fyzická náročnost

Pro každou z oslovených sester kromě informantky S2 znamená manipulace s pacientem po prodělané CMP jednoznačnou fyzickou zátěž. Hlavní příčina fyzické náročnosti pro informantku S8 spočívá především v nemožnosti zapojení pacienta do manipulace mírou, jež by sestře vyhovovala: *„Je pravda, že patří asi k těm namáhavějším záležitostem, protože ty lidi se nemůžou někdy tolik zapojit třeba do toho polohování a většinou jsou odkázaný jakoby na tu naši pomoc“.* Sestra S1 dále tuto skutečnost klade do souvislosti se schopností pacienta sestře pomoci: *„Když ten člověk nepomůže, je to ještě o to horší.“* a informantka S6 na základě své zkušenosti dodává: *„... a čím je ten pacient větší a silnější, tím je to pro nás náročnější“.* Sestra S2 naopak fyzickou zátěž v souvislosti s manipulací s pacienty po prodělané CMP relativizuje. Odvíjí se totiž, dle jejího názoru, od mnoha faktorů. Na otázku, zda se jí zdá manipulace s pacienty po CMP po fyzické stránce namáhavá, odpověděla: *„Jestli je plegickéj, tak je to pro mě náročný, ale jestli je třeba paretická ta strana, tak je to pro mě celkem v pohodě... záleží na tom postižení, protože u tý mrtvice je to takový rozsáhlý, hrozně... on může mít jenom pravou trochu nehybnou, ale může ji mít, že ji vůbec neovládá nijak... a taky může mít postižení jenom takový, že má třeba špatnej cit, ale jinak s ní v pohodě hejbe, jo, takže záleží prostě na tom postižení“.* Informantka S5, ač je o fyzické náročnosti manipulace s těmito pacienty přesvědčena, na druhou stranu uznává určité individuální rozdíly mezi klienty závislé na stupni jejich motivace, což dokládá svou vlastní zkušeností: *„... ale ono záleží i na tom klientovi... máme tady pána, kterej je po cévní mozkový příhodě taky a je teda na jednu stranu vlastně postiženej, a ten třeba je schopnej mi pomoci třeba do vozíku... a celkově... ale potom se zase najde člověk, kterej nám nepomůže a musíme ho rvát“.* Tuto skutečnost potvrzuje i sestra S4. Sestra S3 popisuje další faktor přispívající

k fyzické náročnosti manipulace s těmito pacienty, a to prostorovou vybavenost jejího zařízení: „*Určitě je fyzicky namáhavá, a ještě my to máme ztížené v tom, že máme tady malé pokoje, takže je tady přístup jen z jedné strany k té posteli, což je docela problém*“.

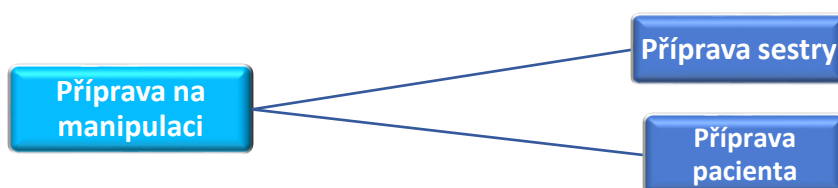
Zásady manipulace

Informantka S8 shrnuje zásady manipulace s pacienty po prodělané CMP takto: „... *podle mě hlavně trpělivost, opatrnost, komunikace s tím pacientem, taky bezpečnost toho všeho, co se dělá, abychom nezpůsobili tomu člověku poranění*“. Opatrnost při manipulaci s pacientem po CMP považují za důležitou zásadu také všechny další dotazované sestry a S7 popisuje, z jakého důvodu je, dle jejího názoru, důležitá: „...*aby mu neublížila. Musíme si dávat pozor na tu postiženou stranu, protože jak tam nemá takovou citlivost, tak bychom mu mohli ublížit*“ a informantka S8 dodává: „*Těm lidem se dá ublížit celkem snadno, když nejsme pozorný*“. S názorem, že postižená strana pacienta je vystavena zvýšenému riziku poškození, které by mohlo být zapříčiněno právě nesprávnou manipulací, se ztotožňuje též sestra S6, která zvýšené riziko poškození postižené strany pacienta odůvodňuje sníženou citlivostí na této straně. Za chybný postup v průběhu fyzické manipulace s pacientem po CMP označují informantky S1, S2, S4, S6 a S8 tahání za končetiny postižené strany. Sestra S1 chybnost tohoto postupu odůvodňuje možnou bolestivostí pro pacienta: „*Třeba tahání za plegickou ruku, to je úplně špatně, protože ty pacienty to bolí*“. S informantkou S1 souhlasí informantka S2, která v tomto ohledu zdůrazňuje především oblast ramene na postižené straně. Navíc přidává postup, který je z jejího pohledu správný: „... *musíme si dávat pozor, brát třeba za tu druhou stranu a točit ho vlastně jakoby s celým tělem i s těma nohama dole*“. Pro sestry S4, S6 a S8 je při manipulaci s touto skupinou pacientů stěžejní cílit místo úchopu na co nejrozsáhlejší plochy těla pacienta. Sestra S8 ze své zkušenosti doporučuje: „... *nejlíp by se vždycky měli brát za co největší plochy na tom těle*“. Konkrétní místo úchopu popisuje sestra S6: „... *spíš využívat ty velké klouby*“ a informantky S1 a S4 mezi stěžejní místa pro úchop pacienta doplňují oblast zad. Dle sester S2, S3 a S5 mezi zásady manipulace s těmito pacienty neodmyslitelně patří důraz na směřování veškerého přístupu k těmto pacientům z postižené strany. Tuto zásadu, v souvislosti s mezenými prostorovými podmínkami, popisuje i sestra S3: „...*my máme vlastně ty postele přístupný jenom z jedné strany, tak se na tom tak trvá, že chceme, aby byli tou postiženou stranou jako do pokoje...*“. Do jaké míry může toto opatření při fyzické manipulaci sestrám ulehčit práci naznačuje sestra S5: „... *oni se líp posazují potom, když jdete z té postižený strany*“. To, že tato zásada má

své opodstatnění i pro pacienta popisuje informantka S2 takto: „...aby tam byl ten nácvik a oni si uvědomovali vlastně tu postiženou stranu...“. Další zásadu, na kterou je při manipulaci s pacienty po CMP nutné dbát přináší ze své zkušenosti sestra S2: „Pak některý lidi mají porušený zrak, jo, že oni nevidí vůbec tu jednu stranu, takže když se jim na tu stranu postavíte, tak oni vás nevidí... tak určitě při těch přesunech si jakoby stoupnout proti nim, aby nás viděli nebo mu jakoby k tomu mluvit, protože oni nevidí, že jim třeba podáváte ruku nebo že jim tam třeba na tu stranu dáváte vozík, ...“. Informantka S5 doporučuje neopomíjet při manipulaci s pacienty po CMP ani jejich psychiku: „Určitě ta psychika toho pacienta, na tu by se hodně měl brát ohled...“. Na dotaz, zda se během manipulace s pacienty věnují také provádění jednoduchých cviků, s končetinami postižené strany všechny dotazované sestry s výjimkou sestry S6 odpověděly negativně.

Kategorie 3 – Příprava na manipulaci

Diagram: Příprava na manipulaci



Kategorie „Příprava na manipulaci“ si klade za cíl zmapovat oblasti na které se sestry soustředí před zahájením samotné manipulace s pacientem po prodělané CMP. Tato kategorie se dále rozděluje na dvě podkategorie.

Příprava sestry

Svou přípravu před zahájením manipulace s pacientem po CMP popisuje informantka S1 takto: „Soustředím se hlavně na to, jak je ten člověk soběstačný, na jaké straně má tu plegii nebo parézu...“ Zjištění charakteru postižení pacienta považují za důležité také sestry S2, S4 a sestra S8, která na otázku, na co se před zahájením manipulace s pacientem po CMP soustředí, odpovídá: „Asi jako první na to postižení, kde má tu postiženou stranu.“ Dále dodává také důležitost zhodnocení celkového stavu pacienta před zahájením manipulace: „...ale nejenom to, taky i na to, jak je na tom ten člověk celkově.“ Celkovému stavu pacienta věnují před zahájením manipulace pozornost též informantky S4, S5 a S7. Sestra S5 svůj postup popisuje následovně: „No tak vždycky si je musíme tak jako otypnout, jak jsou na tom motoricky, jakou mají sílu, jestli se udržej, čeho budou schopný...“ Obecné zhodnocení soběstačnosti pacienta v rámci své přípravy

k manipulaci zmínily informantky S1, S4, S6 a S7. Sestra S1 přidává další bod, který považuje za důležitý, a tím je příprava potřebných pomůcek: „*Musím se připravit na to, co budu dělat, takže do toho patří například i všechny polohovací pomůcky*“. S6 dodává: „*Musím vědět, na kterou tu stranu nebo kam ho prostě polohovat, abych se k tomu mohla připravit, protože když půjdu na záda, tak si k tomu nebudu brát klínek, a tak*“. Podobně se vyjadřuje i informantka S3, která v rámci přípravy na manipulaci zvažuje také možnost spolupráce a soustředí se tedy i na to: „*...jestli to zvládnou sama nebo k tomu budu někoho potřebovat*“, s čímž souhlasí i sestra S7. Sestra S6 navíc jako jediná zmínila, že se v rámci přípravy vybaví ochrannými pomůckami: „*No tak vezmu si určitě ochranné pomůcky, jako rukavice, ...*“. Na otázku, zda existuje něco, z čeho by před manipulací s pacientem po CMP měla obavy odpovídá informantka S4: „*Možná abychom jim něco neudělali, abychom jim třeba nějak neublížili, to se stává*“. Sama prý však s podobným incidentem zkušenost nemá, avšak připouští: „*... vím o tom, že se to může stát*“. Z chybného zacházení s postiženou stranou má strach sestra S6: „*No, tak většinou mám strach z toho, že na tu postiženou stranu ho napolohuju tak, že to nebude dobře, že on to necítí a pak bude mít třeba ten syndrom bolestivého ramene*“. Pro sestru S4 se mimo jiné obavy týkají také fyzické náročnosti manipulace. Informantka S1 říká, že nyní už strach nemá, avšak popisuje obavy z manipulace s pacienty po CMP rozšířené mezi studentkami, se kterými se na svém oddělení setkává: „*... ale chápu například studentky, které k nám přijdou na praxi, tak ty mají strach k tomu pacientovi jít... To jsou určitě ti nováčci ... ale je to i tím, že ty studentky neví, co můžou a nemůžou, ale říkám, za ta léta praxe to člověk pozná...*“. K názoru, že praxe je jedinou cestou, jak se zbavit strachu při manipulaci s těmito pacienty, se připojují i sestry S2, S3 a S8. Slovy sestry S2: „*Já si myslím, že nějaké zkušenosti už mám, a z toho vycházím, takže strach teď už asi nemám*“.

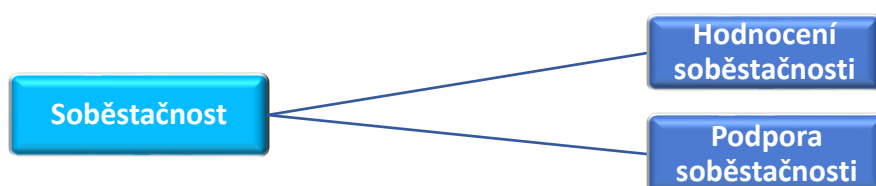
Příprava pacienta

Ve spojitosti s přípravou pacienta byly sestry dotazovány především na to, zda se před zahájením manipulace s pacientem po CMP věnují jeho poučení o následujících událostech. Všechny dotazované sestry vidí v poučení pacienta podstatnou a nezanedbatelnou část celého procesu. Informantka S5 na dotaz, zda se pacienta před zahájením manipulace snaží nějak poučit, odpovídá jednoznačně: „*Určitě, bez toho by to nešlo, vždycky tomu člověku musíte říct, co s ním budete dělat*“. Konkrétní formu poučení sděluje sestra S4: „*Když se jde koupat, tak mu řekneme, že bude koupanej, nebo když ho jdeme otočit, posadit, ...*“. Důležitost komunikace zdůrazňuje též informantka S1:

„Komunikace je důležitá, jedna z nejdůležitějších věcí“. Sestra S7 zdůrazňuje komunikaci s pacientem i v případě, když se zdá, že pacient nereaguje: „Někdy s námi ty lidi třeba ani nemluví a jenom koukají, ale oni to vnímají, třeba tomu rozumí... I když s námi nemluví, tak můžeme poznat podle očí třeba, jestli se jim to nelíbí nebo jestli jsou vyděšený, ... podle toho, jak na nás koukají“. Podobný názor má též sestra S5, která říká: „I když se mnou nespolupracuje, tak stejně by se mu to mělo říct“, a pokračuje: „To nemá jenom ten účel, aby to věděl, ale tím pádem ho získám i k nějaký spolupráci“. Skutečnost, že poučení pacienta může mít pozitivní vliv na jeho případnou ochotu spolupracovat se sestrami, potvrzují svými zkušenostmi též informantky S1, S6, S7 a S8. Sestra S6 se vyjadřuje takto: „... no tak aby se cítil bezpečně, aby se nebál, neměl strach... a mohl s námi spolupracovat“. K názoru, že poučení pomáhá sestram vzbudit u pacienta pocit jistoty, bezpečí a navodit atmosféru určité důvěry mezi oběma stranami se připojují i všechny ostatní dotazované sestry. Možný negativní vliv nesprávného přístupu k pacientovi v oblasti poučení a komunikace na jeho psychiku, ale i ochotu spolupracovat popisuje sestra S7: „Když mu to neřeknu a on z toho bude zmatený, nebude vědět, co se děje, tak mi nepomůže, ale ještě se třeba tomu bude bránit“. Všechny dotazované sestry vnímají absenci komunikace a poučení před zahájením manipulace s pacientem po CMP negativně. Jak říká sestra S1: „Jako ten člověk, který přijde k lůžku, odkryje peřinu a neřekne nic, tak ten tam nemá co dělat“. Sestra S2 doplňuje: „... to by se určitě jako stávat nemělo, ale jako stává se to, určitě se to stává“. A sestra S3 se zamýšlí: „Být na jejich místě, určitě je víc příjemné, když vám každý všechno vysvětlí, než když někdo přilítne a řekne 'tak jdeme' a vy pořádně nevíte kam, co, proč“. Na otázku, zda vnímají, že je na podobné poučení pacienta před manipulací s ním vždy dostatek času, všechny sestry odpověděly kladně. Sestra S4 se v tomto ohledu vyjadřuje takto: „... jako musíme ho mít... ani nemusí být důkladný, ale něco tomu člověku přece musíme říct, ale to přece nezabere tak dlouho“. Svou zkušenost připojuje i sestra S1: „Já vím, ráno je to třeba fojfr při té hygieně a tak, ale snažíme se na to dbát“.

Kategorie 4 – Soběstačnost

Diagram: Soběstačnost



Kategorie s názvem „Soběstačnost“ se zaměřuje na to, jakým způsobem dotazované sestry přistupují k soběstačnosti pacientů po prodělané CMP. Tato kategorie se dále rozděluje na dvě podkategorie.

Hodnocení soběstačnosti

Nejčastěji zmiňovaným nástrojem pro hodnocení soběstačnosti pacientů po CMP byl Barthelové test základních všedních činností uvedený informantkami S1, S2, S7 a S8. Informantky S3 a S4 v souvislosti s užívanými testy a škálami pro hodnocení soběstačnosti pacientů zmiňovaly test funkční míry nezávislosti. Informantka S2 navíc přidává test FIM, který však, dle jejích slov provádí především ergoterapeuti. Sestra S1 dále hovoří o užívání testu Get up and go a sestra S3 se v rámci testů zmínila i o hodnocení kognitivních funkcí MMSE testem. Kategorizaci pacientů dle vyhodnocené míry soběstačnosti, jak je tomu na jejím oddělení popisuje sestra S1: „... *my máme kategorie soběstačnosti, dělíme je vlastně na čtyři a máme je označené i barvičkami u každého lůžka...*“. Všechny dotazované sestry shledávají, že hodnocení soběstačnosti u pacientů po CMP je důležité. Slovy sestry S8: „*Pro nás je to takovej první signál... v jakém je třeba stavu ten člověk*“ a S1 dodává: „*Je to hodně důležité... pro sestřičky z toho důvodu, že ví, kam si toho pacienta zařadí*“. Důležitost zhodnocení pacienta pro nastavení správné ošetrovatelské péče a případně nutné míry asistence pacientovi při činnostech spatřují sestry S2, S3, S4 a sestra S6, která říká: „*Ten pacient se zhodnotí a od toho se potom odvíjí všechna ta péče*“. Pro S2 je zhodnocení soběstačnosti pacienta po CMP důležité mimo jiné proto, aby se dověděla: „... *jak velkou tu naši pomoc on vyžaduje při těch běžných činnostech*“. Přístup části ošetrovatelského personálu k hodnocení soběstačnosti pacientů pomocí testů však popisuje sestra S1: „... *Hodně sestřiček to tak nebere, jako že to berou tak, že ho vidí a že snad jasně vědí, jak se mají k němu chovat a kam si ho zařadit, to je častá odpověď'... Prostě nemají to někteří rádi a nemají to ještě tak zažité*“.

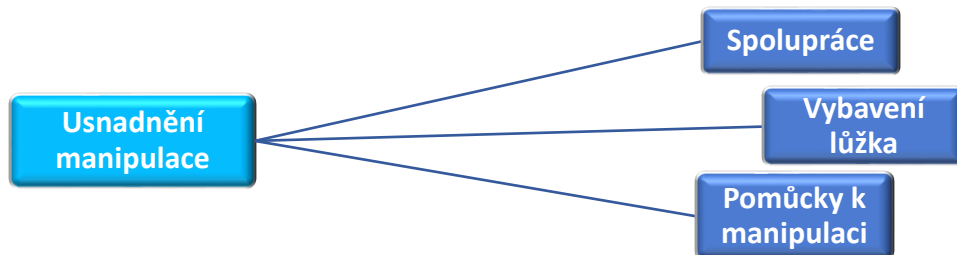
Podpora soběstačnosti

Dle informantky S7 je výše zmiňované zhodnocení pacienta důležité i z toho důvodu, aby bylo možné určit míru, do jaké se může sám pacient do manipulace zapojit a do jaké míry může počítat s jeho spoluprací při manipulaci. Přesvědčení, že participace pacienta na manipulaci zařazená v rámci podpory jeho soběstačnosti pomáhá navíc i sestřím, sdílí též informantky S2, S4, S6 a S8. Jak dokládá sestra S2: „*Když je necháme, aby nám s něčím pomohli, něco si sami udělali, tak to pomůže nám i jim, protože pro ně je to jakoby rehabilitace...*“. Jak konkrétně může podpora soběstačnosti při manipulaci pacientovi pomoci, říká sestra S6: „*... rychleji se může dát dohromady, jako rehabilitace, musí se snažit sám, ne když za něho všechno oddřeme my, tak potom nemá ani tu šanci se zlepšovat.*“. Možný pozitivní vliv podpory soběstačnosti nemocného na jeho zdravotní stav zmiňuje i informantka S5, která říká: „*... pro ty lidi je dobrý, když si co nejvíc věci zvládnou sami... jako u lidí, co my tady máme většinou nenastane nějaká velká změna stavu, ale třeba se to potom nemusí tak zhoršovat*“. Sestry S4 a S7 jsou přesvědčeny o tom, že podpora soběstačnosti pacienta po CMP může též přispět k jeho psychické pohodě. Slovy sestry S7: „*... i oni potom mají lepší pocit ze sebe ...*“. Dále informantka S7 hovoří o důležitosti vyjádření pochvaly v rámci podpory soběstačnosti pacientů po CMP a o tom, jaký může mít vliv na jejich ochotu spolupracovat se sestrou: „*Musíme je i pochválit, necháme ho, aby nám pomohl, a když něco udělá tak jako dobře, tak mu třeba řekneme, že výborně, že to se mu povedlo, jo, prostě ho pochválíme, ten člověk je rád a o to víc potom nám pomáhá*“. O důležitosti empatie a správné komunikace s pacientem v této oblasti hovoří též informantka S1: „*Jako spíš se je snažíme tlačit k tomu, aby se snažili sami... A je to zase v té komunikaci, je velká síla v tom, že dokážete s tím pacientem navázat nějaký kontakt a jako ta empatie a všechno. A když je to v pohodě, tak on poslechne, pokud tam ale přijde někdo, kdo začne hartusit, tak už je to horší*“. O tom, jak konkrétně při manipulaci podporuje pacientovu soběstačnost, se vyjadřuje informantka S8: „*Vždycky mu řekneme, aby se snažil zvednout sám, a potom my mu pomáháme*“ a svou zkušenost připojuje též informantka S5: „*... tak jim to třeba řeknu, ať se zkusí chytit třeba někde, přitáhnout se*“ a sestra S4 dodává: „*Řekneme, aby nám pomohl tou zdravou rukou, aby se někde chytnul, zdravou nohu překulil, když víme že může, tak ho v tom rádi podpoříme*“. K časovému aspektu podpory soběstačnosti při manipulaci s pacienty po CMP se vyjadřuje informantka S3: „*Tam je trošku problém, protože některé sestřičky tím, že si všechno udělají samy, tak tím to mají rychleji, a to platí u všeho... když je to nechávají dělat, aby si to trénovali nebo jim nějak pomohli, tak oni si jsou schopný*

polovičku věci udělat, ale trvá to dlouho, a na to musej mít čas, což toho času moc právě není“. Nicméně, jak říká sestra S2: *„Vždycky to nejde z toho časového hlediska, ale... dá se tam vždycky zařadit něco, s čím ten člověk může pomoci“.*

Kategorie 5 - Usnadnění manipulace

Diagram: Usnadnění manipulace



Kategorie „Usnadnění manipulace“ si klade za cíl zmapovat základní mechanismy, které pro sestry znamenají usnadnění manipulace s pacientem po CMP. Kategorie je dále rozdělena na tři podkategorie.

Spolupráce

Všechny dotazované sestry zmínily, že se se spoluprací více členů ošetřovatelského týmu při manipulaci s pacienty po CMP setkávají. Jak ale říká informantka S8: *„Tak to taky není jen u těch mrtvic, jako my vždycky chodíme ve víc lidech“* a informantka S5 dodává: *„My chodíme vždycky ve dvou, v jednom by to nešlo“.* O dodržování tohoto počtu za každých podmínek hovoří též sestra S1: *„Nikdy nechodíme v jednom. Naopak je to i tak trochu zakázané, nemělo by se chodit v jednom“.* Dle zkušenosti sestry S8 však záleží na konkrétním případě a počet osob potřebných k manipulaci s pacientem se odvíjí především od jeho zdravotního stavu a také od míry jeho spolupráce s personálem. Všechny dotazované sestry však uvedly, že standardní počet osob spolupracujících na manipulaci s pacienty jsou v jejich zařízeních dva. Pro každou ze sester je samozřejmostí, že na manipulaci s pacienty se na jejich oddělení běžně podílí sestry, dále byl ve všech případech zmíněn pomocný ošetřovatelský personál, tedy ošetřovatelky a sanitárky. Informantky S2, S3 a S5 zmiňují fyzioterapeuty. Sestra S2 přidává též ergoterapeuty: *„... při rehabilitaci to dělá i fyzioterapeut i ergoterapeut, protože oni vlastně nacvičují ty přesuny do vozičku a tak ...“.* Výhodu spolupráce více lidí na manipulaci s pacientem po CMP popisuje informantka S6: *„... a i ta manipulace s tím pacientem je potom šetrnější“* a S1 dodává: *„Někdy ty sestřičky chodí i třeba samy, a to je špatně, protože toho člověka*

nenapoložují nikdy tak, jak by správně měly, to lůžko je v šíleném stavu“. O nutné spolupráci při využívání některých pomůcek k manipulaci s pacientem po CMP se vyjadřuje též sestra S5: *„... a když třeba používáme ten zvedák, při tom je důležitý, aby nás bylo víc. Jedna musí třeba řídit ten zvedák, jedna zas hlídat toho člověka, protože i v tom zvedáku ty lidi třeba lítaj, takže si musíte hlídat tu postiženou stranu“.*

Vybavení lůžka

Všechny informantky s výjimkou S1 a S6 zmínily jako jednu z nejdůležitějších vlastností lůžka vzhledem k usnadnění manipulace s pacientem po CMP jeho polohovatelnost. Slovy sestry S3: *„My tady máme polohovací ty postele celé, takže si ho můžeme pěkně napolohovat tak, jak potřebujeme, ... a to nám usnadňuje hodně práci“.* Všechny sestry se na svých pracovištích setkávají s využíváním antidekubitních matrací. V případě, že nejsou standardním vybavením celého zařízení, jak popisují informantky S1, S2, S6, S7 a S8, o jejich využití rozhoduje především stav pacienta. Slovy informantky S6: *„... ten počet je celkem hodně omezený... a moc se nerozlišuje, jestli je to pacient po CMP nebo s něčím jiným, většinou je mají pacienti s největším rizikem dekubitů“.* Na otázku, zda mají dojem, že jim využívání těchto matrací může nějak usnadnit fyzickou práci při manipulaci s pacienty, se všechny dotazované sestry krom S2 a S7 shodly na negativní odpovědi. Informantka S7 se při otázce na usnadnění práce zamýšlí: *„Jo, asi nějak taky... Asi to nemusíme možná tak sledovat, no... Můžeme se spolehnout na tu matraci, že je k tomu uzpůsobená, nemusíme se tolik bát proleženin“.* Sestra S2 v této v této souvislosti zmiňuje možnost mikropolohování. Ostatní sestry se shodují na názoru, že antidekubitní matrace fyzickou práci sestrám nijak neusnadňují z toho důvodu, že polohování se ve stanovených intervalech musí provádět v každém případě. Hlavní výhodu těchto matrací hned po prevenci dekubitů, kterou uvedly všechny dotazované sestry, vidí informantky S4, S5 a S6 v pohodlnosti pro pacienty. Dalším z pevného vybavení lůžek, které všechny dotazované sestry vnímají jako velmi nápomocné při manipulaci s pacienty po CMP je hrazdička. Její výhody popisuje sestra S1: *„Když on je schopen, tak v těch lůžkách jsou na to zvedání, a když pacient je vůbec schopen na tu hrazdičku dosáhnout a přitáhnout se, tak to je fajn, ale po těch CMP je to hrozně málo“.* Dle sestry S5 může mít zapojení hrazdičky do procesu manipulace pro pacienta dokonce přínos: *„Pro ně to je i takový posilování, že si posilují ty svaly tý horní končetiny, tý zdravý, když se to tak vezme ...“.* Nicméně, sestra S2 o jejím využití u těchto pacientů říká: *„... a správně by jako neměla být ta hrazdička, ... že by jí tam ty lidi vůbec neměli mít, ale spíš že by se*

měli zvedat sami, což je blbost, to mi připadá hrozný, takže to neděláme ...“ a S3 doplňuje: „... ta hrazdička není tak úplně zase doporučovaná pro tyhle pacienty, že by asi měli vstávat přes bok, že by se neměli tak moc asi ty hrazdičky přitahovat, ale my je stejně využíváme“. Všechny dotazované sestry s výjimkou S1 dále vnímají jako důležitou součástí lůžka, nápomocnou při manipulaci s pacienty, postranice. Sestry se shodly na jejich přínosnosti především při přetáčení pacienta na bok. Informantka S7 říká: *„Určitě postranice, ty jsou nejdůležitější, když toho člověka přetáčíme na bok, že se má o co chytnout“.* S4 však u pacientů po CMP dodává určitá omezení: *„... postranice, těch se můžou chytit, a když mají na to sílu, tak se přidržet, ale nedokážou to pokaždý, záleží, na jakou stranu, tou postiženou rukou se nechytěj, nemaj takovou sílu“.*

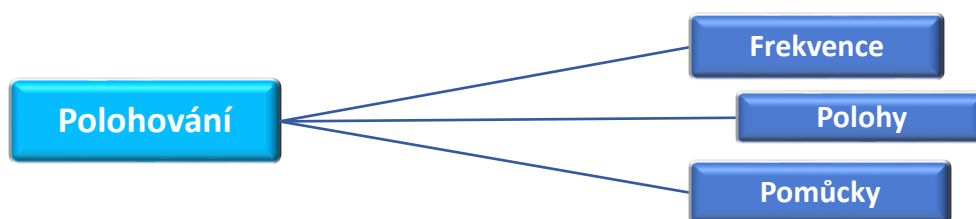
Pomůcky k manipulaci

Nejčastěji zmiňovanou pomůckou k manipulaci s pacienty po CMP byla mezi dotazovanými sestrami polohovací podložka. Tu zmiňují všechny sestry s výjimkou informantek S4 a S5. Její hlavní výhody shrnuje sestra S1: *„Hodně nám v tom lůžku při manipulaci s pacienty pomáhá tak zvaná binda...“* a pokračuje konkrétním využitím: *„... ta nám třeba práci usnadní dost v tom posunování a převrácení pacienta ze strany na stranu i posunování výš a tak“.* S6 doplňuje: *„Polohovací podložka, ta je jedna z nejdůležitějších, ta nám hodně usnadňuje práci“.* Jakým způsobem podložka práci usnadňuje, vysvětluje sestra S7: *„Každá ho vezmeme z jedné strany třeba za podložku... tak je rozložená rovnoměrně potom ta váha“.* Dále dotazované sestry (S2, S3, S4, S7 a S8) k přesunům pacientů využívají rolovací podložku. Její výhody shrnuje sestra S7: *„Tak třeba tyhle polohovací desky, ... ty tu práci usnadní neuvěřitelně, my nemusíme toho pacienta tolik tahat, nemusíme do toho dávat tolik síly“.* Informantka S8 popisuje základní bezpečnostní zásady při využívání této manipulační pomůcky u pacientů po CMP: *„Musíme být pozorný u těch lidí po mrtvicích hlavně na ty končetiny, měli bychom jim třeba složit ruce na prsa, aby jim nevisely všude možně, protože jak se s tím šklubne... mohla by se jim ta ruka někam skřípnout...“* a S7 doplňuje: *„Neměli bychom tahat za tu stranu kde je to postižení, protože on to necítí tolik a mohli bychom mu něco udělat“.* Informantky S2 a S5 popisují další variantu této podložky. Slovy informantky S5: *„... něco jako ta skluzná podložka, to si dáte pod toho klienta, a tam vzadu jsou takový úchyty a za ty to chytnete a můžete si toho klienta vysunout vejš“.* Na oddělení informantky S2 je však používání této pomůcky především výsadou fyzioterapeutů. Sestry S3, S4 a S5 k manipulaci s pacienty využívají též mechanický zvedák, o kterém

však S3 říká: „... většinou je ale bereme radši do ruky, protože ty zvedáky, to celkem zdržuje, no“. V podobném duchu se vyjadřuje i informantka S4: „no, někdy používáme i ten zvedák a ten nám dost ulehčí práci, ale vždycky ne, někdy si to radši uděláme samy, je to rychlejší“. Rozdíl v užívání mechanického zvedáku u pacientů po CMP a u ostatních pacientů popisuje informantka S5: „Rozdíl je v tom, že se musí akorát hodně hlídat ty plegický končetiny, aby třeba nám nikde neodlítla ta ruka, protože jí necejtěj, jak je plegická... aby jim někam nesjela, nevyjela, abychom nezpůsobili nějaký zranění při tom přesunu“. Nejintenzivnější obavy v souvislosti s pomůckami užívanými k přesunům pacientů po CMP jsou mezi dotazovanými sestrami spojeny s rizikem pádu (S1, S2, S4) a poranění pacienta (S3, S5, S7, S8).

Kategorie 6 – Polohování

Diagram: Polohování



Kategorie nazvaná „Polohování“ si klade za cíl představit zkušenosti sester s polohováním pacientů po CMP. Tato kategorie je dále rozdělena na tři podkategorie.

Frekvence

Informantky S4 a S6 se shodují na faktu, že ve frekvenci polohování nerozlišují, zda se jedná o pacienta po prodělané CMP nebo pacienta s jinou diagnózou. Všechny dotazované sestry s výjimkou sestry S3 uvedly jako standardní frekvenci polohování během dne rozmezí dvou až tří hodin. S touto frekvencí souhlasí též sestra S5, avšak dodává: „Záleží, jak to naordinuje lékař...“, a dále upřesňuje: „Lékař tady většinou píše čtyřikrát denně to polohování u těchhle lidí“. Dodržování nočního polohování pacientů zmínily pouze sestry S1 a S6. Informantka S1 má zkušenost s nočním polohováním pacientů po třech hodinách a informantka S6 doporučuje dodržovat stejnou frekvenci jako během dne, tedy dvě až tři hodiny. Sestra S3 se k nočnímu polohování vyjadřuje takto: „V noci to třeba teda nerespektujeme, jenom ti, kteří jsou fakt ohroženi velkými dekubity, tak to ano, ale jinak je nebudíme, abychom je polohovali“. Informantky S2 a S3 se shodují na faktu, že denní režim pacientů pravidelné změny polohy zaručuje automaticky. Jak

říká sestra S3: „*Ono by se dalo říct, že po těch dvou hodinách ty změny polohy vychází úplně přirozeně tím, jak to tady všechno běží celý den*“ a sestra S2 má podobnou zkušenost: „*Oni mají mezi tím to cvičení a tak, že jsou třeba na vozíku nebo maj nějaký ty přístroje, takže mění polohu určitě častěji než jednou za dvě hodiny*“. Informantka S5 hovoří o systému polohování pacientů v jejím zařízení: „*To polohování se zapisuje, je to zapsané v těch daných intervalech v počítači*“ a informantka S6 k systému polohování dodává: „*Je přesně dané, že v určitou hodinu musí být na zádech, pak na pravém boku, na levém boku a tak*“.

Pomůcky

V oblasti pomůcek využívaných k zajištění nebo vypořádání pacientů po CMP v cílové poloze se všechny sestry, s výjimkou sester S1 a S2, zmínily o využívání polohovacích válců nebo klínů. Sestry S1, S2, S3, S5 a S6 se vyjadřovaly o využívání tak zvaných polohovacích „hadů“ a také různě upravených polštářů nebo peřin, jejichž využití u pacientů po prodělané CMP si obzvláště pochvaluje informantka S2: „*Nejlepší jsou polštáře... je to úplně to nejlepší, co může být. Vypodložíte si toho pacienta, hlavně tu plegickou stranu těmi polštáři tak, jak potřebujete*“ a sestra S1 dodává: „*... takže se navíc předchází špatné poloze ochrnutých končetin*“. Možná rizika využívání polohovacích pomůcek u pacientů po CMP popisuje sestra S4: „*třeba se jim to tam může dát špatně a tím je potom může bolet ta končetina nebo být v křivý poloze ...*“ a sestra S6 dodává: „*Když se špatně vypodloží, může si třeba přilehnout nějakou část těla na té postižené straně*“.

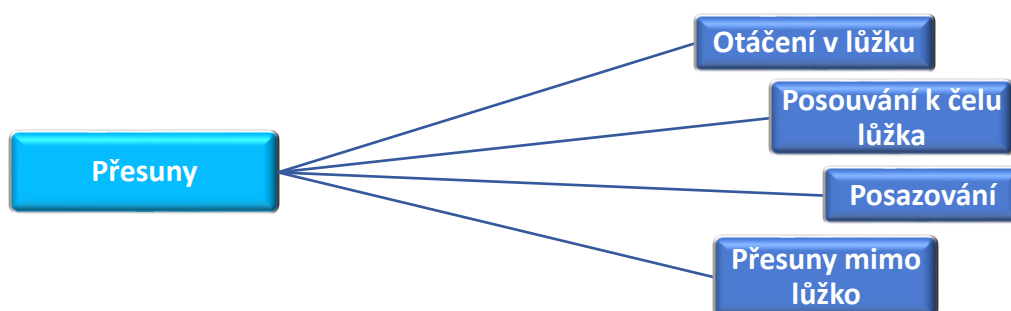
Polohy

Všechny dotazované sestry zmínily, že u pacientů po prodělané CMP nejčastěji využívají polohu na zádech a na bocích. Polohu na zádech však zároveň informantky S1, S4, S5, S6 a S7 zmínily jako nejvíce zatíženou rizikem vzniku dekubitu. K využívání postižené strany v rámci polohování těchto pacientů na bok vyjadřuje svůj odmítavý postoj informantka S7: „*... snažíme se je moc nepolohovat na tu postiženou stranu*“. Ve stejném duchu hovoří i informantka S8: „*Já ty lidi nerada na tu postiženou stranu polohuju, oni by tam neměli být tak často, ... nebo aspoň aby tam nebyli tak dlouho, aby tam nevzniklo nějaký poškození*“. Informantka S5 se k poloze na postižené straně nestaví primárně odmítavě a uznává, že může být pro pacienta i do jisté míry přínosná ve smyslu uvědomování si postižené strany. Připouští však, že může být pro tyto pacienty riziková, a to především z důvodu snížené citlivosti, poruchy prokrvení a zvýšenému riziku vzniku

otoku a dekubitu a v tomto odůvodnění se shoduje s informantkou S7. K polohování na postiženou stranu se naopak jednoznačně přiklání informantka S1, která říká: „*Pokud je třeba pacient plegický na levou stranu, tak někdo má třeba zafixováno, že by se nemělo na tu stranu polohovat, ale musí se na tu stranu polohovat taky, ...*“ a dále navrhuje z důvodu potencionální bolestivosti pro pacienta čas trávený na postižené straně omezit na minimum, avšak této poloze se nevyhýbat. Na dotaz, čemu by věnovaly pozornost, když pacienta na postiženou stranu polohují všechny dotazované sestry odpověděly, že zvýšenou pozornost věnují fyziologické poloze končetin. Tu se sestry v cílové poloze snaží zajistit správným podložením končetin postižené strany. Informantka S4 doporučuje podkládání končetin na postižené straně mimo jiné také v souvislosti s rizikem vzniku otoku a v tomto ohledu se shoduje s informantkou S3, která říká: „*... tu ruku, tu podložit, aby třeba nepropadla postranicí, to se taky stává, ... vlastně i noha tam taky může proklouznout... pak může ta končetina otéct*“. Nutnost správného polohování a vypodkládání končetin postižené strany jako prevenci vzniku kontraktur zmiňují informantky S1, S2 a S3. Informantky S2, S3 a S6 v této poloze pacienta navíc věnují pozornost riziku vzniku dekubitu. Poloha na břicho byla zmíněna sestrami S3, S5 a S6. Ani jedna ze sester se však k využívání této polohy u pacientů po CMP nepřiklání, což odůvodňují nepohodlností pro pacienta, kterou informantky S3 a S5 spatřují především ve ztíženém dýchání. Informantka S6 další důvod vidí v nedostatečné zkušenosti personálu s tímto typem polohování. Sestra S2 se v souvislosti s polohováním navíc zmínila o technice mikropolohování, se kterou má pozitivní zkušenosti i u pacientů po CMP. Výhodu tohoto typu polohování vidí především v jeho fyzické nenáročnosti pro ošetrovatelský personál a pohodlnosti pro pacienty. S2 popisuje, jak tuto techniku provádí: „*... dáte si třeba za záda toho člověka srolovanou kapnu... a tu si poskládáte a jenom si s jedním tím kouskem posunete a tím změníte tu polohu těla zase o kousek níž...*“ a dodává: „*... takže jako po hodině mu můžete udělat takovouhle změnu tý polohy a nic vás to jakoby nestojí...*“.

Kategorie 7 – Přesuny

Diagram: Přesuny



Kategorie „Přesuny“ se zaměřuje na fyzickou manipulaci sester s pacienty po prodělané CMP v rámci jejich přesunování do jednotlivých poloh. Kategorie se dále rozděluje do čtyř podkategorií.

Otáčení v lůžku

Informantky S1, S2, S5 a S6 se shodují na faktu, že v rámci otáčení pacienta po CMP v lůžku pro ně přesun pacienta na zdravý bok znamená v porovnání s přetáčením na postižený bok větší fyzickou zátěž. Odůvodnění přináší sestra S1: „... *Na tu plegickou stranu nám ten pacient může asi víc pomoci, někde se přidršet a tak...*“ S6 pokračuje: „...*když ho přetáčím na tu zdravou, tak tou postiženou mi moc nepomůže... tam potom musím víc zabrat já*“. O tom, z jakého důvodu má pacient při tomto typu přesunu omezenou možnost sestrám pomoci, hovoří informantka S6: „... *ta polovina, která je nahoře, je v podstatě bezvládná, a ta, kterou by nám mohl pomoci je pod ním*“. Sestra S8 s vyšší náročností polohování pacienta po CMP na zdravou stranu souhlasí, nicméně dle její zkušenosti rozhodující roli hraje zdravotní stav pacienta, v čemž se shoduje se sestrou S3. Informantka S7 jako jediná uvedla, že pro ni otáčení pacienta po CMP na boky v porovnání s jinými přesuny nepředstavuje větší fyzickou zátěž. Jejími slovy: „... *on už v té poloze je, a my ho jenom přetočíme buď napravo nebo nalevo, to už prostě nevyžaduje asi tolik síly*“. Sestra S1 hovoří o tom, co jí přesuny pacienta po CMP na boky nejvíce usnadňuje: „*Pro usnadnění můžeme použít tu bindu, a tím, že ho chytnu za celou plochu současně, tak se vyhnu tomu, že bych ho poškodila u toho*“. Rizika poškození pacienta, se obává i sestra S6, a to v souvislosti s přesunováním pacienta na postižený bok. Z jejího úhlu pohledu je otáčení pacienta do této polohy sice jednodušší z hlediska síly, kterou je nutné vynaložit, na druhou stranu se však obává o končetiny pacienta, které se při přesunování nachází pod jeho tělem, a tudíž je, dle jejího názoru, náročnější je při přesunu

kontrolovat. Informantky S3 a S5 vnímají jako nejtěžší typ přesunu v této rovině otočení pacienta po CMP do polohy na břicho, a to především z důvodu nedostatečných zkušeností s tímto typem přesunu. Slovy sestry S5: „*Na břicho myslím, že to je taková nejtěžší poloha...*“ a sestra S3 pokračuje: „... *protože to tady u těch lidí neděláme, tak to nemáme natrénované*“.

Posouvání k čelu lůžka

Při posouvání pacienta po CMP k čelu lůžka všechny dotazované sestry s výjimkou sester S3, S4 a S5 nejčastěji využívají polohovací podložku. Pro sestry S3, S4 a S5 je její využití ztížené, ne-li přímo nemožné vlivem nedostatečného prostorového vybavení jejich zařízení. Sestra S5 si v tomto ohledu stěžuje: „*My tady nemáme ani třeba lůžko přístupný ze tří stran...*“ a S3 dodává: „... *třeba potom takové to polohování jako je třeba posouvání na podložce, což je docela takové fajn, tak to tady moc dobře nejde udělat, no*“. Sestra S1 na polohovací podložku nedá dopustit. Dle jejího názoru jsou sestry schopné poradit si pouze s polohovací podložkou, a to i bez případné dopomoci pacienta: „...*krásně si ho vyhodíme výš, a to už prostě může být nesoběstačný, jak chce, a nemusí ani pomáhat tou hrazdičkou...*“, avšak dále připouští, že přesun může být problematický, jestliže má pacient závažnou plegii, nebo je příliš těžký. S6 v případě, že se pacient na přesunu nijak nepodílí doporučuje složit mu z bezpečnostních důvodů ruce na prsa. Pro informantku S7 je za předpokladu, že pacient není schopen žádné spolupráce, tento typ přesunu pacienta naopak ze všech nejnáročnější. Je-li však pacient spolupráce při přesunu schopen, vnímají sestry S2, S6, S7 a S8 jako velice nápomocnou hrazdičku, za kterou se případně může přitáhnout, a tím sestrám manipulaci s ním usnadnit. Tyto čtyři sestry se shodují na přibližně podobném postupu. Úvod popisuje sestra S6: „*Když může nějakým způsobem pomoci a má hybný ty dolní končetiny nějak, tak ho poprosíme, aby pokrčil kolena nebo alespoň jednu nohu, tu, kterou má normálně citlivou, zapřel se o paty...*“. S7 vysvětluje, že zapření pacienta o nohy je pro sestry důležité hlavně z toho důvodu, aby pacient získal sílu k nadzvednutí spodní části těla a k odrazu. S8 doplňuje: „... *taky ho necháme, aby se někde chytil za hrazdičku tou zdravou rukou...*“ Dále však sestra S8 zmiňuje, že pacient po CMP může mít s provedením výše popsaných činností problém: „... *na tý postižený straně má menší sílu a někdy nemusí mít ani žádnou sílu, takže tohle se určitě nedělá vždycky*“. S7 v případě, že je pacient schopný dopomoci sestrám jen v omezeném rozsahu, doplňuje další postup mimo využití polohovací podložky: „... *tak potom buď ho chytíme pod ramenama a každá z jedné strany ho vysuneme výš...*“. Sestry S2, S6 a S8

zdůrazňují vodorovnou polohu lůžka při tomto přesunu a sestra S6 navíc doplňuje odstranění polštáře. Informantky S3, S4 a S5 v tomto ohledu spojuje nedostatek prostoru okolo lůžka pacienta. Všechny tři sestry při tomto typu manipulace s pacientem popisují téměř totožný postup. Slovy S5: „... jedna teda bere za horní část toho těla a druhá za dolní, jako dole pod zádoma, za nohy“ a S3 doplňuje: „... je to vždycky lepší, když pokrčí nohy, my jim je chytíme a zajistíme, aby se neposouvaly a tím se o ně zapřou, nadzvednou a posunou se sami...“. Informantka S5 zmiňuje jako další pomůcku variantu skluzné podložky uzpůsobenou k tomuto typu posouvání pacientů. Její výhoda dle informantky S5 spočívá především v tom, že manipulaci s pacientem v tomto případě může zvládnout i jedna sestra, a dále z bezpečnostních důvodů pro pacienta, kdy jsou chráněny jeho končetiny, především pak ramena, před nežádoucí manipulací jako je tahání. Informantka S2 se též jako jediná zmiňuje, že v tomto případě lze využít principů kinestetiky.

Posazování

Pro informantky S4, S5, S6 a S7 je při zvažování toho, jak pacienta po prodělané CMP posadí, stěžejní jeho zdravotní stav. Sestra S7 vidí jako důležitou součást tohoto rozhodování také zhodnocení pocitu samotného pacienta, jak říká: „Dáme i na jeho pocit, jak to vidí on“. Při posazování pacienta po CMP v lůžku informantka S6 postupuje takto: „Vysune se výš k tomu čelu, nastaví se lůžko, aby měl vysoko pod hlavou a dá se mu blíž stoleček a na něj se položí ruce“. Informantka S4 dále doporučuje podložení pacienta v této poloze z důvodu jeho možného sesouvání k postižené straně. Informantka S5 ze své vlastní zkušenosti hovoří o tom, že sestry raději pacienty po CMP posazují v lůžku, protože je to pro ně jednodušší, avšak dodává: „... ale musím se přiznat, že já to prostě nemam moc ráda, protože když vidím, že ten člověk je schopnej, tak proč by si neměl sednout aspoň s nohama ven“. K tomuto typu sedu se informantka S4 vyjadřuje takto: „S nohama dolu se posazujou lidi, co jsou na tom jako líp, těm jen trochu pomůžeme“ a sestra S6 zdůrazňuje: „... pacienta, který by to nezvládnul takhle nikdy posadit nemůžeme“ dále dodává: „... a když zvládne sedět, tak nám taky většinou zvládne pomoci, spíš asi tak, že mu jenom pomůžeme, přidržíme ho“. S4 hovoří o tom, jakým způsobem postupuje při přesouvání pacienta po CMP do této polohy: „... buď mu pomůžeme trochu, že se otočí třeba na bok, a buď se zvládne z té postele třeba vyhoupnout sám, podle toho, jak je na tom...“. Správný postup při posazování pacienta po CMP s nohama z lůžka, jak je tomu z jejího pohledu, popisuje sestra S8: „... aby se ty lidi brali jakoby

z leže přes bok a potom pod zádama jakoby za lopatky a tlakem na tu nohu...“, a připojuje také postup, který je z jejího pohledu chybný, avšak říká, že se s ním v praxi setkává: „... *tak se dělá to, že se někdo může snažit vytáhnout do toho sedu jakoby za ruku, což je blbý i u zdravého člověka, natož potom u člověka po mrtvici, co má třeba tu ruku ochrnutou...“*. O tom, k čemu může tento způsob manipulace s ochrnutou končetinou pacienta po CMP vést se vyjadřuje sestra S3: „... *to je hrozně nepříjemné, a navíc jim to hlavně škodí. Takhle se jim klidně může i vykloubit ta ruka nějak nebo prostě může tam vzniknout nějaké poškození“*. Pro informantku S5 je při přesunování pacienta po CMP do sedu velmi nápomocná polohovatelnost lůžka, a to především možnost zvednout si lůžko pod zády pacienta. Jak říká: „...*pak mi ten člověk spíš pomůže, že se zapře tou zdravou končetinou a posadí se třeba a já mu pomůžu z té postižené strany, aby nespadnul, protože oni mají tendenci spadávat na tu postiženou stranu“*. Se skutečností, že tato poloha je spojena se zvýšeným rizikem pádu souhlasí i sestry S2 a S6. Proto doporučují pacienta v této poloze řádně zajistit. Podložení pacienta v této poloze dále zdůrazňují sestry S1, S4, S5 a S7. Dle sestry S5 se může pacient zapřít v pozici jednak zdravou končetinou, a dále: „... *anebo tam teda dávám něco na podložení, aby nesjeli z té postele, nebo před ně dáváme ještě ten jídelní stoleček, aby se tam mohli zapřít“*. Jak konkrétně pacienty v této poloze zajišťuje říká informantka S2: „... *takže vypočítat za zádama, kolem sebe, aby měli třeba ty nohy opřené o zem, nějakou bedýnku třeba dát, sjet si s tou postelí taky úplně dolu“*.

Přesuny mimo lůžko

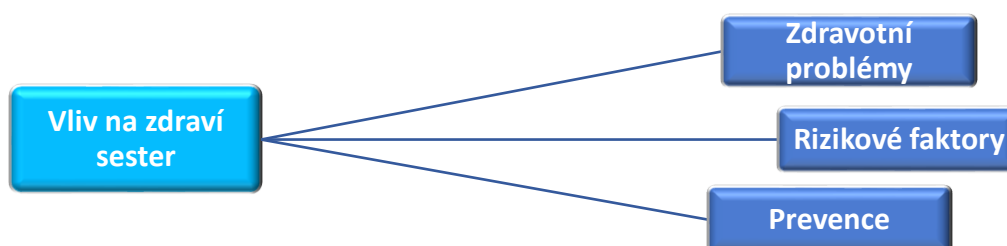
Tyto typy přesunů hodnotí informantka S2 jako nejnáročnější vůbec. Jak říká: „*Přesun je pro mě horší jakoby na vozík, když ho musíme přendávat, jo, přesun jako do jiný ty části, buď na židli nebo tak, jako mimo to lůžko“*. Dle informantek S1, S3, S4 a S5 je však pro pacienty po CMP vhodné, pokud je to možné, zařadit posazování i mimo lůžko, například do křesla. Sestra S3 tuto možnost vnímá dokonce v rámci posazování jako nejvhodnější: „... *nejlepší je posadit je ven do křesla, protože se alespoň dostanou z té postele...“*. S1 se na svém pracovišti setkává s tím, že k posazování mimo lůžko u těchto pacientů asistují především sanitáři: „...*jsou na to hlavně určení kluci, kteří tam jsou hodně málo, ale když už je tam máme, tak je dávají i do křesla, do kardiackých křesel se vysazují, když tak na hodinku dvě se tam vysadí, ale to zase jdou po oddělení dva a vysazují si je tam sami“*. Sestry S2, S5, S6, S7 a S8 se při přesunování pacienta mimo lůžko, zvláště pak na ortopedický vozík nebo klozetové křeslo (S2) obávají zvýšeného

rizika pádu. Tomu se sestry snaží předcházet především tím, že si přistaví křeslo co nejbližší k lůžku pacienta (S5, S6, S7, S8) a dále dbají na to, aby bylo dobře zabrzděné (S3, S4, S8). Informantka S6 dodává svou osobní bezpečnostní zásadu: „*No, tak zaprvé se snažím zavolat si sanitáře, pokud je tam chlap na oddělení, nebo prostě někoho k sobě, protože je to pro mě větší jistota, že ten pacient mi nespadne*“, avšak dodává, že pokud to není možné, musí si poradit sama. Sestra S5 zdůrazňuje, že k pacientovi by se mělo s vozíkem přijet z postižené strany. Všechny informantky s výjimkou S1, S2 a S6 při přesunu pacienta rozlišují postup přesunu dle úrovně pacientovy soběstačnosti a schopnosti sestře dopomoci. V případě, že je pacient soběstačný do té míry, že základní okolnosti přesunu zvládne sám, sestry se shodují, že jejich role spočívá jen ve větší či menší míře dopomoci, jak popisuje sestra S5: „*Když mu pomáháme, on se musí nejdřív posadit, opře se tou zdravou rukou, když to jde a posadí se, my ho držíme, a pak tak různě pomáháme na ten vozík*“ a S8 doplňuje: „*Když to zvládne sám, tak ho jenom jakoby přidržíme...*“. Postup v případě, že pacient potřebuje větší míru dopomoci ze strany sestry, popisuje sestra S6, která zdůrazňuje, že nejprve věnuje pozornost tomu, jak pacient posazení snáší, zda se mu netočí hlava a není mu nevolno a poté: „*... počkám až se vydýchá a potom by se zapřel rukou o ten vozík, já se nad něj nakloním, obejmu ho za spodní část těla přes záda co nejniž dosáhnu, snažím se mu pomoci v tom pohybu a potom se společně přehoupneme na ten vozík, při tom se zapře nohama a já mu pomáhám*“. S podobným postupem v této situaci souhlasí též sestry S1, S5 a S8. Sestra S5 navíc doplňuje, že i ona sama se při přesunu pacienta snaží co nejvíce zapřít o nohy. Informantka S2 popisuje při podobném typu přesunu možnost využití prkénka, po kterém se pacient do vozíku nebo na klozetové křeslo sklouzne: „*... já si ho chytanu za záda a nohama se potom přesouvá, musí se ale vyndat ta postranní hrazdička z toho vozíčku*“. Sestra S2 v této spojitosti ale přiznává, že podobný typ pomůcek není na běžných odděleních příliš dostupný a je výsadou spíše fyzioterapeutů. V případě, že je schopnost pacientovy spolupráce při tomto typu přesunu výrazněji omezena, zmiňují se informantky S3 a S5 o využití mechanického zvedáku. S4 popisuje tuto situaci na příkladu klienta, který není schopen pomoci: „*... pána rveme i ve dvou ve třech, jako nesmí se za ruce, vždycky se snažíme z boku nebo další i za něj a nějak ho tam dostat...*“ a podobnou zkušenost s nekoordinovaným taháním pacienta na vozík má i informantka S7: „*... potom přichází na řadu to tahání toho pacienta, no, prostě ho chytanu za ten spodek těla a nějak se snažím ho na ten vozík dostat*“. Sestra S1 však podobný typ přesunu hodnotí takto: „*Každý si spíš myslí, nějak je tam nacpat, natahat, ale zase silou, a to je i pro pacienta*

i pro personál ne úplně vhodné“. Pro ni samotnou tento typ přesunu není větší problém, protože, jak popisuje, existují postupy, se kterými byla seznámena a které ho zjednodušují: „... dáte si vedle lůžka to křeslo a pacient se vás chytne za krk, vy se trochu nad něj předkloníte... a vy si ho tam jenom tím jedním grifem takhle přesunete“. V této souvislosti informantka S2 popisuje svou zkušenost s využitím prvků kinestetické mobilizace: „... to jsem zkoušela, tenhle přesun na vozík, takový to jako noha přes, jak se předávají ty nohy, takže to jsem udělala, a to mi docela šlo teda“. Problém však vidí především v tom, že tyto postupy vedoucí ke zjednodušení podobných procesů nejsou zatím mnohým sestřám známe. Informantka S6 zdůrazňuje při tomto typu přesunu věnovat zvýšenou pozornost končetinám na postižené straně pacienta, aby nedošlo k jejich poranění. Negativní zkušenost s podceněním této zásady přináší informantka S5: „Ten člověk se může poranit tou nešetrnou manipulací, nešetrným přesunem, což se nám tady taky stalo, bohužel, ... že se prostě neuhlídala noha pani a zamotala se jí do vozíku a měla z toho zlomeninu kotníku“ a zdůrazňuje: „Takže na tohleto si dávat pozor, no, při té manipulaci, jak teda do těch zvedáků, tak do těch vozíků... vypodkládat ty končetiny i v těch vozíkách“.

Kategorie 8 – Vliv na zdraví sester

Diagram: vliv na zdraví sester



Tato kategorie si klade za cíl zjistit, jakým způsobem vnímají sestry fyzickou zátěž při manipulaci s pacienty po prodělané CMP vzhledem ke svému zdraví. Tato kategorie se rozděluje do tří podkategorií.

Zdravotní problémy

Všechny dotazované sestry zmiňují v souvislosti s častou manipulací s pacienty zdravotní problémy, informantka S8 se však vyjadřuje v tom smyslu, že k těmto problémům nevede manipulace výhradně s pacienty po CMP, a k tomuto názoru se připojuje i informantka S2, která říká: „Tak není to jenom z mrtvic, ze všech těch manipulací každé den“. Nicméně informantka S8 fyzickou zátěž ve spojitosti s pacienty po CMP spojuje

především s jejich častou imobilitou. Nejčastěji zmiňovaným problémem byly bolesti zad. Vlastní zkušenost s nimi mají S1, S3, S4, S7. Všechny dotazované sestry však ze svého pracoviště znají minimálně jednu další sestru trpící těmito obtížemi. Jak dokládá informantka S3: „*Všechny ženský si tady na to stěžují, i já, jsme někdy z toho prostě takové unavené*“. Sestra S4 přidává další zdravotní problém: „*Já mám třeba hodně i ruce bolavý, tady mi doktor řekl, že mám tenisovej loket, a to mi řekl, že je z přetěžování ty končetiny*“. Dle informantky S6 může být dlouhodobá zátěž ve formě manipulace s pacienty spojena i s obtížemi, na které si stěžují její kolegyně: „*... stěžují si zároveň třeba i na nějakou inkontinenci*“. Informantky S1 a S8 se v souvislosti se zdravotními problémy spojenými s manipulací s pacienty shodují na stížnosti, kterou vznáší sestra S1: „*Nikdo vám ta záda prostě ani neuzná, že by to mohlo být z práce, no to vůbec*“.

Rizikové faktory

Na názoru, že sestry samy mají na výše zmíněných problémech svůj podíl viny se shodují čtyři z dotazovaných sester, a to S1, S3, S5 a S6. Informantky S1 a S6 spatřují problém především v nesprávné technice manipulace s pacientem, ať už je na vině jejich neznalost (S6), nebo situace popisovaná sestrou S1: „*Když prostě jdete stlát a máte teď ustlat celé oddělení, tak u každého pacienta se soustředit na to, abych přenášela tu sílu... Prostě to uděláte tak nějak, možná u prvního se soustředíte, ale čím jste dál, potom už to nějak tak uděláte*“. Informantky S3 a S5 vidí na straně sester při manipulaci s pacienty další problém, a tím je nedostatečné využívání pomocného vybavení. Slovy sestry S3: „*Hodně si za to můžeme samy... nepoužíváme všechno to vybavení tak, jak bysme mohly, třeba když řeknu ty zvedáky, nebo hodně sester si třeba ani nevyjede s postelí výš, když jde pacienta polohovat, i když v tom prostě nic nebrání a zabere to chvíli*“. Nejčastěji zmiňovaným rizikovým faktorem spojeným přímo s pacienty byla mezi sestrami s výjimkou S1 tělesná konstituce pacientů. Skutečnost, že jsou pro ně pacienti těžcí, za rizikový faktor vzhledem k možnému ohrožení svého zdraví označily informantky S1, S2, S5, S6, S7 a S8. Sestra S2 v této souvislosti o pacientech po CMP říká: „*... jsou plegičtí, tím pádem jsou i o to těžší, že jsou vlastně nehybní*. Přímo obezitu jako ztěžující faktor zmiňují informantky S3 a S4. Druhým nejčastěji zmiňovaným rizikovým faktorem byla neochota nebo neschopnost pacienta spolupracovat (S3, S4, S6, S7 a S8). Jako další faktor, který manipulaci neulehčuje zmiňuje informantka S2 případnou kvadruparézu a neklid pacienta.

Prevence

Všechny dotazované sestry s výjimkou sester S1 a S7 zařazují mezi přímé mechanismy, jakými lze předcházet poranění především spolupráci mezi členy ošetrovatelského týmu při manipulaci s pacienty. Jak říká informantka S2: „*Tak já si myslím, že si vždycky můžu zavolat druhou a spolu můžeme udělat tu hygienu a ty přesuny, nebudu to dělat sama*“ a dodává: „... *jako samozřejmě, když to budu dělat jakoby sama, budu blbnout a budu tahat toho pacienta sama, tak ano, mám záda za chvíli v čoudu*“. Vzhledem k výše zmíněnému vlivu nesprávných manipulačních technik na zdraví sester doporučují informantky S1 a S6 v rámci prevence zlepšit znalosti personálu v této oblasti. Informantka S6 nachází pro ošetrovatelský personál následující východisko: „*Tak třeba nějaký rozhovor s fyzioterapeutem nebo tak s někým, kdo by přímo jim ukázal, jak manipulovat s těmi pacienty, aby co nejvíc zatěžovaly svoje tělo, třeba nějaký ten kurz nebo tak*“. Všechny dotazované sestry s výjimkou S2 a S8 zmínily v přímé souvislosti s prevencí nadměrné fyzické zátěže nutnost soustředit se při manipulaci s pacienty na zásady správného držení těla blíže popisovaného sestrou S5: „... *ty nohy musíme dát hlavně od sebe, protože jinak to je větší zátěž, a snažit se to prostě nějak vyvážit tu zátěž*“ a S6 připojuje další prvek: „... *pokrčit kolena, podsadit pánev, zpevnit se a nezabírat jenom jednou částí těla*“. Informantky S2, S3 a S4 navíc doporučují v rámci prevence používání všech dostupných pomůcek. Slovy informantky S1: „*Je to všechno hlavně o tom, jak vy přistupujete sama k sobě...*“. Doporučuje proto sestřám v rámci prevence také rehabilitaci, s čímž souhlasí i informantky S4, S7 a S8, které v tomto ohledu vnímají cvičení pro sestry jako velmi přínosné. Dle sester S4, S5, S7 a S8 lze do prevence zvýšené fyzické zátěže zahrnout i podporu soběstačnosti pacientů po CMP a také jejich motivování ke snaze sestřám co nejvíce při manipulaci pomoci.

5 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči v oblasti fyzické manipulace s pacientem po prodělané cévní mozkové příhodě. Pro empirickou část byly položeny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka zní: **„Jak sestry fyzicky manipulují s pacientem po prodělané cévní mozkové příhodě?“**. V samém úvodu do problematiky považujeme za nezbytné ujasnit, jaké obecné představy o manipulaci s pacienty po CMP mezi dotazovanými sestrami panují. Na základě rozhovorů bylo zjištěno, že si sestry pojem manipulace s pacientem po CMP spojují především s činnostmi souvisejícími s polohováním a přesuny těchto pacientů. V tomto bodě se většinové odpovědi informantek shodují s vyjádřením Slezákové (2014), pro kterou je pojem manipulace s pacientem po CMP pojmem zastřešujícím všechny úkony prováděné sestrou v rámci polohování, přemístování nebo přenášení pacienta. Mezi sestrami se ve dvou případech objevil také názor, že veškerá ošetrovatelská péče o pacienty po CMP je do určité míry spojena s manipulací s nimi. Jak dokládá svým tvrzením sestra S1, manipulace s pacienty po CMP pro ni znamená: *„...veškeré ošetřování pacienta po CMP... prostě veškerou tu péči, protože ten člověk je vlastně imobilní...“*. S názorem, že veškerá péče o pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě je spojena s určitou formou fyzické manipulace, se lze do jisté míry ztotožnit, avšak celkové odůvodnění imobilitou těchto pacientů se může zdát poněkud zavádějící, neboť vztah cévní mozkové příhody a následné celkové imobility záleží na konkrétní formě postižení. O tom, do jaké míry je pacient po prodělané CMP při úkonech spojených s polohováním a přesuny závislý na pomoci ošetrovatelského personálu, může dle našeho názoru mnohé vypovědět zhodnocení jeho soběstačnosti. Ke zjednodušení tohoto hodnocení doporučuje Slezáková (2014) sestram využít různých měřících a hodnotících škál. Nejčastěji zmiňovaným hodnotícím nástrojem pro soběstačnost byl mezi sestrami Barthelové test základních všedních činností. Bar a Chmelová (2011) doporučují ke zhodnocení dopadu CMP na soběstačnost pacienta použití tzv. „Rankinovy škály“, kterou však nezmínila ani jedna z informantek. Důležitým bodem předcházejícím jakékoli formě fyzické manipulace s pacientem, což samozřejmě neplatí jen v případě pacientů po CMP, je poučení. Nezastupitelnou roli mu přisuzují Kalvach et al. (2010), kteří zastávají názor, že každému úkonu spojenému se změnou polohy pacienta by mělo předcházet srozumitelné vysvětlení. Z rozhovorů vyplynulo, že s touto zásadou se ztotožňují také všechny dotazované sestry, a naopak k absenci poučení pacienta a komunikace v průběhu fyzické manipulace se staví

jednoznačně negativně. Svými slovy to dle našeho názoru velice výstižně shrnuje sestra S1: „*Jako ten člověk, který přijde k lůžku, odkryje peřinu a neřekne nic, tak ten tam nemá co dělat*“. V rámci své vlastní přípravy k fyzické manipulaci s pacientem po CMP se informantky soustředí především na přípravu vhodných polohovacích a manipulačních pomůcek, stejně jako na zjištění pacientova zdravotního stavu včetně lokalizace a charakteru postižení. Zaměříme –li se na specifika fyzické manipulace s těmito pacienty, jak vyplývá z rozhovorů, všechny dotazované sestry zřetelně vnímají rozdíly mezi manipulací s pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě a pacienty s jinými diagnózami. Hlavní rozdíly sestry spatřují jednak v přítomnosti plegií a paréz končetin a jejich případné bolestivosti při nesprávné manipulaci, stejně jako ve zvýšeném riziku vzniku kontraktur. Informantky však často zdůrazňovaly, že konkrétní odlišnosti závisí na stupni a formě postižení pacienta. Jak shrnuje S5: „*tím postižením k němu máme vlastně jiný přístup*“. Nutnost odlišného přístupu zmiňovaného i dalšími informantkami se promítá také do jednotlivých zásad pro fyzickou manipulaci s pacienty po CMP. Kolektiv autorů (2004) je zastáncem názoru, že manipulaci s těmito pacienty lze vnímat i jako určitou formu terapie. S tímto názorem lze dozajista souhlasit, nicméně, nutno podotknout, že základním předpokladem jeho funkčnosti je zachování základních pravidel, kterým fyzická manipulace s touto skupinou pacientů podléhá. V této souvislosti jsme si položili otázku, kde sestry, které s touto skupinou pacientů téměř každodenně manipulují, své znalosti a dovednosti získávají. Z výsledků výzkumu naprosto jednoznačně vyplývá, že nezastupitelnou roli v získávání zkušeností a dovedností v oblasti fyzické manipulace s pacienty po CMP hraje praxe. Všechny dotazované sestry si uvědomují rozdíl mezi svými dovednostmi na počátku své praxe a v současné době. Základní vědomosti o této oblasti si do praxe přinášejí jednak ze školní výuky, z účasti na tematicky zaměřených kurzech, anebo učením se od zkušenějších sester v běhu oddělení. V rámci konkrétních pravidel, která je při zacházení s těmito pacienty nutné dodržovat, Slezáková (2014) doporučuje sestrám zachovávat citlivý přístup k bolestivým místům pacienta. Mezi tato potenciálně bolestivá místa pro pacienty po CMP informantky zařazují plegické končetiny se zvláštním důrazem na oblast ramene na postižené straně. Většina dotazovaných sester proto považuje za nepřípustný především postup, jakým je tahání pacienta za končetiny na straně s plegií nebo parézou. Druhou významnou oblastí, která dle názoru sester při manipulaci zasluhuje zvýšenou pozornost ošetřovatelského personálu, je riziko vzniku kontraktur. Jako účinnou prevenci jejich vzniku radí Piecková-Palata (2012) stejně jako Kolář et al. (2009) sestrám

do manipulace s pacienty po prodělané CMP zařadit pasivní protahování končetin postižené strany. Na otázku, zda podobné cviky s postiženou stranou pacienta při manipulaci s ním provádějí, kladně odpověděla pouze jediná informantka, a to sestra S6. Ostatní dotazované sestry tyto činnosti přiřazují spíše do pole působnosti fyzioterapeutů. Sestry byly též dotazovány, zda do procesu fyzické manipulace s pacienty po CMP zařazují prvky bazální stimulace. Tu Friedlová (2007) doporučuje především z toho důvodu, že může těmto pacientům pomáhat ke zlepšení vnímání tělesného schématu a uvědomování si postižené strany, což svým vyjádřením potvrzuje i S2: „*Je to užitečný si myslím, aby zase tu druhou část, tu postiženou, tak aby si začali trošičku na ní zvykat*“. Všechny sestry o tomto přístupu slyšely, avšak ani ne polovina z nich jej běžně aplikuje v praxi. Dvě z informantek tento přístup považují za časově příliš náročný, a proto v každodenním běhu oddělení nerealizovatelný. Dle našeho názoru je tento přístup dozajista náročný na provedení v celé své komplexnosti, avšak i aplikace pouze některých jeho prvků, jako je například iniciální dotyk nebo cílené doteky plegických končetin, může mít v tomto případě své opodstatnění a místo i v časovém presu. V rámci zásad považují sestry za důležité také směřování veškerého přístupu k pacientovi po CMP z postižené strany, což s sebou dle informantek nese benefity jak pro pacienta, kterého tak nutí ke snaze tuto stranu používat ale také pro sestry, kterým může usnadnit určité typy přesunů. Sestra S2 navíc považuje za nutné při přesunech stát čelem k pacientovi a vše mu vysvětlit a popisovat. Její odůvodnění: „*Pak některý lidi mají porušený zrak, jo, že oni nevidí vůbec tu jednu stranu, takže když se jim na tu stranu postavíte, tak oni vás nevidí...*“ koresponduje s tvrzením Feigina (2007) o tom, že jedním z možných důsledků CMP pro pacienta jsou poruchy zorného pole. Slezáková (2014) považuje za velmi důležitý bod každé fyzické manipulace s pacientem týmovou spolupráci. Všechny informantky uvedly jako standardní počet ošetřovatelského personálu spolupracujícího na manipulaci s touto skupinou pacientů dvě osoby. Dotazované sestry však opět připouští závislost na konkrétní situaci. Jansová (2009) v péči o pacienta po CMP vyzdvihuje význam multidisciplinárního týmu. Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že na manipulaci s pacienty s touto diagnózou se v jejich zařízeních dále podílí pomocný ošetřovatelský personál, ale též fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Feigin (2007) zdůrazňuje u pacientů po CMP roli správně zvoleného lůžka, které by dle jeho názoru mělo být bytelné a též přístupné ze všech tří stran. Jak se však ostatně potvrdilo i mezi informantkami, ne každý typ zařízení toto uspořádání umožňuje. Nejvíce ceněnou charakteristikou lůžka je mezi sestrami jeho polohovatelnost. Mezi vybavení lůžka, které

sestrám při manipulaci s pacienty nejvíce pomáhá, informantky zařadily postranice, kterých se pacient při přesunech může přidržet, a také hrazdičku. Využití hrazdičky jako pomůcky k usnadnění manipulace s pacienty po CMP se však zdá být poněkud diskutabilní. Halová (2007), ale také Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (2008) například sestrám její užití při manipulaci s pacienty doporučují. Sestra S2 však o jejím využití u pacientů po prodělané CMP říká: „... a správně by jako neměla být ta hrazdička, ... že by jí tam ty lidi vůbec neměli mít, ale spíš že by se měli zvedat sami, což je blbost, to mi připadá hrozný, takže to neděláme ...“, v čemž se plně shoduje s informantkou S3. Sestra S5 naopak v jejím využívání vidí pro tuto skupinu pacientů velký přínos, a to především proto, že těmto pacientům poskytuje možnost posilování končetin během procesu manipulace. V tomto bodě se kloníme k vyjádření sestry S1, která užívání hrazdičky v omezené míře v souvislosti se zdravotním stavem a možnostmi pacienta nezavrhuje a vidí ho jako nápomocné, avšak tvrdí, že tito pacienti nemusí být přitahu ke hrazdičce vždy plně schopni. Nejčastěji využívanou pomůckou k manipulaci s pacienty po CMP byla mezi dotazovanými sestrami polohovací podložka. Ta sestrám poskytuje možnost rovnoměrného rozložení váhy pacienta mezi dvě osoby a také zajištění šetrnější formy manipulace. Dále při manipulaci s těmito pacienty informantky velmi oceňují využití rolovací podložky. Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (2008) doporučuje při manipulaci s pacienty využívat elektromechanických zvedacích zařízení. O využívání mechanického zvedáku k těmto účelům se v rámci rozhovoru zmínily pouze sestry z domova pro seniory. Jeho využití hodnotí jako přínosné, nicméně z časového hlediska náročnější. Při využívání všech zmíněných pomůcek k manipulaci s pacienty po CMP se sestry nejvíce obávají rizika pádu a také poranění pacienta. V rámci prevence poranění při využívání těchto pomůcek proto sestry věnují zvýšenou pozornost především plegickým končetinám pacienta. Všechny zmíněné pomůcky sestrám usnadňují přesuny pacientů mezi jednotlivými polohami. Vhodně zvolená poloha dle Koláře et al. (2009) pacientovi po CMP pomáhá uvědomovat si postiženou stranu a časté změny poloh dle Slezákové (2014) pomáhají předcházet bolesti, spasticitě a podporovat relaxaci svalstva. Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že celkovou polohu pacientů po CMP mění v intervalech dvou až tří hodin a v tomto bodě se shodují s Feiginem (2007), který podobné časové rozmezí pro změnu polohy pacienta vnímá jako optimální. Bar a Chmelová (2011) doporučují, aby pacientovi ve výsledné poloze byla zajištěna nejvyšší možná míra stability. Pfeiffer (2007) doporučuje pro tento účel využít různých druhů polštářů. Dotazované sestry k zajištění stability pacientů v cílové poloze

využívají především polohovacích válců, klínů a polohovacích hadů stejně jako doporučených polštářů a peřin. Pfeiffer (2007) doporučuje pacienty po CMP polohovat na oba boky, na záda a na břicho. Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že polohu na břicho sestry téměř vůbec nevyužívají, což odůvodňují jednak nepohodlností pro pacienta, ale také nedostatečnými zkušenostmi při přesunování pacientů do této polohy. Přitom dle Jirkovského et al. (2012) poloha na břicho umožňuje pacientovi odlehčit svalům zad a dle Pfeiffera (2007) je navíc nejméně zatížena rizikem vzniku dekubitu. Nejvyšší riziko vzniku dekubitu s sebou naopak nese poloha na zádech (Pfeiffer, 2007), což zřetelně vnímají i dotazované sestry. I přes toto uvědomění ji však většina z nich označuje jako nejčastěji využívanou, což se může zdát jako mírně znepokojující zjištění. Výraznější rozpory mezi informantkami byly odhaleny v jejich přístupu k poloze na postižené straně. Ta je dle Mikuly a Müllerové (2008) pro pacienta po CMP přínosná především proto, že podporuje vnímání této poloviny těla. Informantka S7 však o této variantě polohování říká: „... *snažíme se je moc nepolohovat na tu postiženou stranu*“, což sestra S8, která má stejný názor, odůvodňuje zvýšeným rizikem vzniku poškození této poloviny těla. Tuto možnost ve spojitosti se sníženým prokrvením a poruchou citlivosti této části těla připouští i sestra S5, která však polohování pacientů na postiženou stranu dále neodmítá. Sestra S1 eventuálně radí upravit dobu pobytu pacienta zde, nicméně této poloze by se sestry dle jejího názoru vyhýbat neměly, s čímž dozajista můžeme souhlasit. Nicméně, polovina informantek se shodla, že přesun pacienta do polohy na postižený bok je pro ně po fyzické stránce naopak jednodušší než na bok zdravý, a to souhrnně z důvodu zmiňovaného sestrou S6: „... *Na tu plegickou stranu nám ten pacient může asi víc pomoci, někde se přidržet a tak...*“. Podobný postup s využitím co největší míry pomoci ze strany pacienta při jeho přetáčení do této polohy zdůrazňují také Mikula a Müllerová (2008). Riziko tohoto typu přesunu dle informantek spočívá v tom, že se pacient otáčí přes stranu s postižením, přičemž se končetiny postižené strany dostávají pod tělo pacienta. Z tohoto důvodu jim sestry doporučují věnovat zvýšenou pozornost. V této poloze pacienta se sestry nejčastěji soustředí na správné vypodložení končetin postižené strany, což odůvodňují jednak prevencí spasticity a též rizikem vzniku dekubitu. Při přesunování pacienta po CMP na zdravý bok radí Mikula a Müllerová (2008) jako jednu z variant přesunu jeho aktivní otočení, kdy je sestra pacientovi pouze nápomocna, a to přidržováním postižené strany. Dle našeho názoru může být tento postup jistě velice přínosný z hlediska rehabilitace a podpory soběstačnosti pacienta, avšak s přihlédnutím k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Dotazované sestry tento typ přesunu vnímají

podobně jako S6: „...když ho přetáčím na tu zdravou, tak tou postiženou mi moc nepomůže... tam potom musím víc zabrat já“. Základní typ přesunu představuje posunutí pacienta k čelu lůžka. Ten lze obecně považovat za součást téměř každého druhu polohování a dalších přesunů pacientů. Z rozhovorů vyplynulo, že nemají –li sestry ztížený přístup k lůžku, jak je tomu u informantek S3, S4 a S5, nejčastěji k tomuto typu přesunu využívají polohovací podložku. Tu sestry oceňují především v případech, je –li pacient výrazněji omezen v pohyblivosti. V případě, že je pacient schopný sestrám s přesunem pomoci, zdůrazňují roli hrazdičky a různé varianty pomocných aktivit ze strany pacienta. Feigin (2007) například doporučuje, aby pacient v rámci usnadnění pohybů v rámci lůžka nacvičoval tzv. „most“, kdy se, jak popisují Kolář et al. (2009), ve snaze o elevaci pánve zapírá o dolní končetiny. Právě tento typ pohybu s různou mírou dopomoci ze strany pacienta sestry v tomto případě nejčastěji využívají. Při vertikalizaci pacientů po CMP se sestry snaží co nejvíce využívat sil pacienta, což ostatně doporučují i Kolář et al. (2009). Sestra S6 v kontextu s posazováním pacientů po CMP s bérce spuštěnými z lůžka zdůrazňuje: „... a když zvládne sedět, tak nám taky většinou zvládne pomoci, spíš asi tak, že mu jenom pomůžeme, přidržíme ho“. Jako správný postup při posazování sestry zdůrazňují postup posazování přes bok, kdy sestra pacientovi do sedu dle potřeby dopomáhá úchopem za co největší plochy těla. Všechny informantky vnímají jako chybný krok vytahování pacienta po CMP z lůžka tahem za horní končetiny, což spojují se zvýšeným rizikem vzniku zdravotního poškození pacienta. Nesprávnost tohoto postupu víceméně koresponduje také s doporučením Mikuly a Müllerové (2008). Sestry dále pro zajištění většího komfortu a bezpečnosti pacienta dbají na jeho správné zajištění v poloze, a to především za pomoci různých typů polštářů. Ortopedický vozík je dle Pfeiffera (2007) důležitý především z důvodu možnosti zapojení pacienta po CMP do kolektivu, což vnímají i dotazované sestry. Při přesunech na vozík informantky dbají v první řadě na bezpečnostní zásady, jako je především to, aby křeslo bylo zabrzděné a co nejbližší lůžku. Stěžejním typem přesunu je v tomto případě posazení pacienta s nohama spuštěnými z lůžka. Pro některé ze sester je tento typ přesunu jedním z nejnáročnějších. Tomu však oponuje sestra S1, pro kterou za použití určitých koordinovaných postupů nepředstavuje větší problém. Sestra S2 při tomto typu přesunu také zmínila možnost užití principu kinestetické mobilizace, který se jí velice osvědčil. Nedělková (2007) tento koncept doporučuje sestrám zapojit mimo jiné také z důvodu šetrnější manipulace s pacienty. S kinestetickou mobilizací se setkala polovina informantek, v praxi ji však využívá pouze informantka S2 a obecně její využití chválí, avšak uznává, že se nemusí

jednat o přístup vhodný pro každého, a to především z důvodu blízkého kontaktu sestry a pacienta, který vyžaduje.

Druhá výzkumná otázka, kterou jsme si pro empirickou část bakalářské práce položili, zněla: „**Jaké problémy sestry spatřují v souvislosti s fyzickou manipulací s pacienty po prodělané CMP?**“ Dotazované sestry v rozhovorech zmiňovaly několik oblastí, které ve spojitosti s manipulací s pacienty po prodělané CMP považují za problémové. Informantky v této souvislosti nejčastěji hovořily o fyzické náročnosti manipulace. Manipulaci s pacienty lze obecně považovat za náročný proces zatížený mnoha pravidly. Z předchozího textu je patrné, že právě manipulace s pacienty po CMP je v mnohých ohledech záležitostí velice specifickou. Na zvýšené fyzické náročnosti manipulace s touto skupinou pacientů se shodly všechny informantky s výjimkou jedné. Sestra S2 fyzickou náročnost spojenou s manipulací s touto skupinou pacientů vnímá jako relativní záležitost, která se odvíjí od konkrétní formy a závažnosti postižení pacienta, s čímž jistě můžeme souhlasit. Avšak v případě, že cévní mozková příhoda u pacienta vedla k těžké invalidizaci, k čemuž dle Kality (2010) dochází přibližně u třetiny těchto pacientů, je zacházení s nimi procesem bezesporu velice náročným. Manipulaci s takto imobilními pacienty považuje Gučková (2007) za výrazný rizikový faktor vzhledem k pohybovému aparátu sestry a Abedini et al. (2015) toto ohrožení vztahují až k osmdesáti procentům zdravotnického personálu. Snažili jsme se proto zjistit, jaké zkušenosti v tomto ohledu informantky mají. Jak vyplynulo z jejich odpovědí, souhrnně lze tvrdit, že každá z nich má s bolestmi pohybového aparátu buď osobní zkušenost, nebo se s nimi na pracovišti setkala u některé ze svých kolegyní. Jak souhrnně tvrdí S3: „*Všechny ženský si tady na to stěžují, i já, jsme někdy z toho prostě takové unavené*“. Dle Gučkové (2007) je v ohrožení především páteř a také horní končetiny sester. Osobní zkušenost s bolestmi zad zmínila polovina informantek. Na bolest horních končetin si stěžuje jedna informantka a sestra S6 v tomto kontextu připojuje další problém, o kterém mluví především její kolegyně, a tím je inkontinence. Dotazované sestry si nejvíce stěžovaly na to, že jim pacienti mnohdy v poměru k jejich vlastní tělesné konstituci připadají těžcí. Příčinu tohoto jevu lze dle sestry S2 hledat především v plegiích těchto pacientů: „*... jsou plegičtí, tím pádem jsou i o to těžší, že jsou vlastně nehybní*“. Dále mají sestry problém s obezitou některých pacientů, jejíž výrazný nárůst považují za rizikový faktor i Schoenfisch a Lipscomb (2009). Druhým nejčastěji zmiňovaným problémovým jevem, který sestry v této souvislosti zmiňovaly, byla nedostatečná schopnost, případně neochota těchto pacientů

sestrám při přesunech pomoci. Tento jev zmiňuje většina dotazovaných sester. Možné řešení informantky vidí ve větší míře motivace těchto pacientů stejně jako v rozsáhlejší podpoře jejich soběstačnosti. Jak říká sestra S2: „*Když je necháme, aby nám s něčím pomohli, něco si sami udělali, tak to pomůže nám i jim, ...*“. Nelze však vinu hledat pouze na straně pacientů. Na názoru, že i sestry mohou mít na výše zmiňovaných problémech určitý podíl viny, se shodla celá polovina informantek. Problém v tomto případě vidí v nesprávných technikách manipulace, ale i v nedostatečném užívání pomocného vybavení, které se sestráům nabízí. K využití určitých typů pomůcek usnadňujících manipulaci, včetně takové pomůcky, jakou může být docela obyčejná polohovací podložka, je však nezbytné vhodné prostorové vybavení pokoje poskytující dostatek prostoru okolo lůžka pacienta. Jeho nedostatek ve svém zařízení spatřují jako problém výrazně ztěžující veškerou manipulaci s pacienty informantky S3, S4 a S5. Kochitty a Devi (2015) zdůrazňují, aby v zájmu zachování bezpečnosti jak pacienta, tak sestry při manipulaci byly sestry v této oblasti kvalitně vzdělané. Jak jsme již naznačili u první výzkumné otázky, každé ze sester se určitých informací v oblasti manipulace s pacienty po prodělané CMP dostalo, ať už to bylo formou školní výuky nebo tematicky zaměřených kurzů, především pak rehabilitačního ošetřovatelství. Postoj sester k odborným kurzům se však zdá být poněkud rozpolcený. Jak je patrné z rozhovorů, sestry jsou na jednu stranu ochotny uznat jejich přínos. Na druhé straně je zde však patrná i neochota se kurzů účastnit, byť je jejich nabídka relativně široká. Jako vhodnou ilustraci lze použít například tvrzení sestry S7: „*...tak my u nás v nemocnici máme hodně nabídek kurzů, toho je fakt hodně, ať už to jsou různé kurzy s rehabilitačníma...nebo tak, tady toho je hodně a určitě si můžeme vybírat*“. Vzápětí však říká, že ona sama se doposud žádného kurzu nezúčastnila. Sestry dále v této souvislosti spatřují problém časové a finanční náročnosti kurzů. Sestra S1 však popisuje sníženou vůli k účasti na kurzech manipulace s pacienty i v případě, že jsou personálu nabízeny zcela zdarma. Některé z informantek navíc do jisté míry pochybují o užitečnosti všech touto cestou nabytých informací v praxi. Sestra S2 si naopak pochvaluje své poznatky nabyté na kurzu kinestetické mobilizace, které jí v rovině fyzické manipulace s pacienty nejen po CMP pomáhají. Sestra S1 v této souvislosti vidí problém především v nedostatku kurzů pro pomocný ošetřovatelský personál. Ten se, jak ostatně vyplynulo z výzkumného šetření, manipulaci s pacienty po CMP věnuje velmi často, a to aniž by měl v některých případech hlubší znalosti o správných technikách nebo možných dopadech svého jednání na zdravotní stav pacientů. Jak také shrnuje sestra S6: „*určitě je to pro ně důležité, aby věděli, jak to mají*

správně dělat... jak zacházet s tou postiženou stranou, ale i s tou zdravou, a vyvarovat se těm chybám...“. Jako účinnou prevenci vlastního poranění při manipulaci sestry popsaly především roli správného postoje, který doporučují též Vytejková et al. (2011). Dále informantky v této souvislosti oceňují týmovou spolupráci, ale i rehabilitace a cvičení. Jak si však ve spojitosti s dodržováním správného postoje stěžuje sestra S2: *„Když prostě jdete stlát a máte teď ustlat celé oddělení, tak u každého pacienta se soustředit na to, abych přenášela tu sílu... Prostě to uděláte tak nějak, možná u prvního se soustředíte, ale čím jste dál, potom už to nějak tak uděláte“.* Další problém v souvislosti s manipulací s pacienty po CMP informantky vidí v jejich zvýšené zranitelnosti vlivem nesprávné manipulace. Na otázku zda, případně z čeho mají v souvislosti s manipulací s těmito pacienty obavy, se informantky shodly v první řadě na riziku poranění pacienta, vůči kterému je dle zkušenosti sester náchylná především strana s postižením. Sestra S5 například popisuje situaci, kdy z důvodu zanedbání bezpečnostních zásad při přesunu pacientky po CMP došlo k jejímu závažnému poranění. Sestra S1 obavy z manipulace s touto skupinou pacientů spojuje především se studentkami, které v rámci studijní praxe navštěvují její oddělení a s obavami sestry S4 se dostáváme zpět k fyzické náročnosti manipulace. Jediným účinným prostředkem, jak se obávám z manipulace s pacienty po CMP bránit, je dle zkušeností sester praxe, neboť praxí si lze osvojit mnohé dovednosti. Důležitost praxe stejně jako existenci mnoha léty prověřených, dobře fungujících postupů nelze zpochybňovat. Vycházíme –li však z předpokladu, že zdravotnictví je oborem poměrně rychle se rozvíjejícím, jistě také vyžaduje prostor pro dialog nového s již zažitým. Pro každý problém se nabízí řešení a ochota problémy řešit je věcí volby. Pokud by ale skutečně platilo tvrzení sestry S7, která uvedla: *„To je spíš o tom, že když je na tom oddělení nějaký zažitý postup, jak se to dělá, tak když tam potom přijde nějaká sestřička ze školy nebo někdo nový, tak spíš se musí přizpůsobit tomu, jak se to tam dělá, než že by se kvůli tomu zaváděly nějaké nové postupy...“*, mnoho užitečných postupů nabízejících případnou pomoc může ještě dlouhou dobu zůstat uvězněno v učebnicích a za zdi přednáškových místností.

6 Závěr

Cílem práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči v souvislosti s manipulací s pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První z nich se zaměřovala na způsob, jakým sestry s touto skupinou pacientů manipulují, druhá zkoumala problémy, jež v souvislosti s tímto typem manipulace sestry spatřují.

Výzkumné šetření odhalilo, že pacienti po prodělané CMP představují pro sestry skupinu se specifickými potřebami, a proto i fyzická manipulace s nimi dle jejich zkušeností vyžaduje odlišný přístup. Sestry zdůrazňují, že konkrétní odlišnosti se v první řadě odvíjí od formy a závažnosti zdravotního omezení. Obecně si však základní pravidla tohoto typu manipulace spojují především s nutností šetrného zacházení s těmito osobami s důrazem na stranu, kde vzniklo postižení ve formě parézy nebo plegie. Ať už se jedná o polohování a přesuny v lůžku, nebo mimo lůžko, sestrám práci mnohonásobně usnadňuje používání mnohých manipulačních a polohovacích pomůcek. Na základě výsledků výzkumného šetření lze konstatovat, že významnou roli ve způsobech manipulace s těmito pacienty hraje prostředí. To má vliv jednak na pomůcky, jaké sestry využívají ale v této souvislosti též na konkrétní podobu postupů s manipulací spojených. Toto zjištění je podkladem pro tvrzení, že stěžejním předpokladem k realizaci efektivní manipulace s pacienty prodělané CMP je adekvátní pracovní prostředí. Proto je důležité zdravotnickému personálu zajistit dostatek polohovacích pomůcek a též vyhovující prostorové vybavení, aby bylo možné manipulaci do nejvyšší možné míry usnadnit.

Výzkumné šetření odhalilo též několik míst, která sestry vnímají jako problémová. V této oblasti vyniká fyzická náročnost manipulace. Ta je pro většinu sester spojena s charakterem zdravotního postižení pacientů, které jim v mnohých případech neumožňuje zapojovat se do manipulace v míře, jakou sestry považují za dostatečnou. Manipulace s pacienty výrazněji omezenými v hybnosti pro sestry obecně představuje riziko ohrožující jejich ohybový aparát. Z výzkumného šetření vyplynulo, že například bolesti zad jsou fenoménem mezi sestrami poměrně rozšířeným. Mezi příčiny tohoto jevu jednoznačně zahrnují i manipulaci s pacienty, v níž podstatnou roli hrají i pacienti po prodělané cévní mozkové příhodě. Další oblastí, která pro sestry v souvislosti s manipulací s touto skupinou pacientů představuje problém a jíž si sestry často spojují s obavami, je jejich zvýšená zranitelnost.

Aby bylo možné naznačené problémy efektivně řešit, je třeba se soustředit na rozvoj vědomostí zdravotnického personálu v této oblasti. Nové poznatky mohou být osobám, které jsou s manipulací s těmito pacienty každodenně konfrontovány přínosné, neboť mohou mít určitý vliv i na oblast jejich dovedností. Povědomí o této oblasti je však důležité rozšiřovat i v rovině zcela obecné. Pacienti po prodělané cévní mozkové příhodě totiž tvoří poměrně početnou skupinu. Zdravotnický personál se s nimi proto nesetkává výhradně na místech, na kterých probíhalo toto výzkumné šetření, ale děje se tak i v mnoha dalších zařízeních a na odděleních, jejichž personál by si v této oblasti rovněž měl vědět rady.

Zjištěné souvislosti prezentované formou této bakalářské práce mohou proto sloužit jako informační materiál jak pro osoby, které se s pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě každodenně setkávají, tak i všem dalším osobám, které mají zájem se s touto problematikou blíže seznámit s cílem zajistit těmto pacientům bezpečné zacházení a kvalitní ošetrovatelskou péči.

7 Seznam použitých zdrojů

ABEDINI, R. et al., 2015. Patient manual handling risk assessment among hospital nurses. *Work*. 50(4). s. 669-675. DOI: 10.3233/WOR-141826.

BAR, M., CHMELOVÁ, I., 2011. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. [online]. *Postgraduální medicína*. [cit. 2017-12-15] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>

BERLIT, P., 2007. *Memorix neurologie*. 1. české vydání. Praha: Grada, s. 447. ISBN 978-80-247-1915-3.

BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče pro obor ošetrovatel 2. díl*. Praha: Grada, s. 232. ISBN 978-80-247-5334-8.

ČIHÁK, R., 2004. *Anatomie 3. Druhé, upravené a doplněné vydání*. Praha: Grada, s. 673. ISBN 978-80-247-1132-4

ČÍŽEK, V., 2012. *Průvodce cévními chorobami pro pacienty*. Praha: Maxdorf, s. 218. ISBN 978-80-7345-297-1.

DEMARIN, V. et al. 2013. Current trends in stroke management. *Rad Hrvatske Akademije Znanosti i Umjetnosti. Medicinske Znanosti*. 517(39). 9-33. ISSN 13305301.

EVROPSKÁ AGENTURA PRO BEZPEČNOST A OCHRANU ZDRAVÍ PŘI PRÁCI., 2008. [online]. Postupy manipulace s pacienty umožňující předcházet vzniku MSD u pracovníků ve zdravotnictví. [cit. 2017-12-15]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/tools-and-publications/publications/e-facts/efact28>

FEIGIN, V., 2007. *Cévní mozková příhoda. Prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, s. 208. ISBN 978-80-7262-428-7.

FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, s. 168. ISBN 978-80-247-1314-4.

GUČKOVÁ, M., 2007. Fyzická zátěž sester. [online]. *Sestra*. [cit. 2017-12-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/fyzicka-zatez-sester-309039>

HALOVÁ, M., 2007. *Nemocný v domácí péči I. Věnováno nemocným odkázaným na péči druhých, jejich ošetrovatelům a rodinám. Zvláště pak nemocným Parkinsonovou*

chorobou, lidem po cévní mozkové příhodě a lidem s roztroušenou sklerózou. Javorník: Miroslava Halová – MAJ.ZJ, s. 140. ISBN 80-239-7316-9.

CHENG, Y. et al., 2017. The Impact of Rehabilitation Frequencies in the First Year after Stroke on the Risk of Recurrent Stroke and Mortality. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 26(12). s. 2755-2762. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.06.047.

JANSOVÁ, J., 2009. Význam spolupráce LDN oddělení s rehabilitační sestrou a dalšími odborníky v léčbě pacientů po cévních mozkových příhodách. [online]. *Sestra*. [cit. 2017-12-16]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vyznam-spoluprace-ldn-oddeleni-s-rehabilitacni-sestrou-a-dalsimi-435472>

JIRKOVSKÝ, D. et al., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence. Učebnice pro bakalářské a magisterské obory*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, s. 411. ISBN 978-80-87347-13-3.

KALINA, M. et al., 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, s. 232. ISBN 978-80-7387-107-9.

KALITA, Z., 2010. *Akutní cévní mozkové příhody. Příručka pro osoby ohrožené CMP, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta, s. 39. ISBN 978-80-204-2093-0

KALVACH, P. et al., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 456. ISBN 978-80-247-2765-3.

KELNAROVÁ, J., 2009. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy. 2. ročník*. Praha: Grada, s. 228. ISBN 978-80-247-3106-3.

KITTNAR, O. et al., 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, s. 800. ISBN 978-80-247-3068-4.

KOCHITTY, A., DEVI, S., 2015. A study to assess the effectiveness of a self instructional module on the knowledge & practice regarding proper body mechanics among the critical care nurses in selected hospitals of pune. *Journal of Advanced Scientific Research*. 6(4). 13-21. ISSN 09769595.

KOLÁŘ, P. et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 713. ISBN 978-80-7262-657-1.

- KOLEKTIV AUTORŮ, 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada, s. 552. ISBN 978-80-247-2548-2.
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Včetně nácviku soběstačnosti. Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Praha: Grada, s. 199. ISBN 80-247-0592-3.
- KOPECKÁ, K., KOPECKÝ, P., 2007. *Zdravie a klinika chorôb*. 3. vydání. Martin: Osveta, s. 695. ISBN 978-80-8063-243-4.
- LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2005. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, s. 350. ISBN 80-7262-317-6.
- MAIEROVÁ, Z., 2010. Koncept bazální stimulace. In: KRAMPEROVÁ, H., et al. *Novinky v ošetrovatelské péči. Určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky, účastníky kurzu Novinky v ošetrovatelské péči*. Praha: Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, s. 130. ISBN není uvedeno.
- MAIEROVÁ, Z., 2010. Zásady kinestetické mobilizace. In: KRAMPEROVÁ, H., et al. *Novinky v ošetrovatelské péči. Určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky, účastníky kurzu Novinky v ošetrovatelské péči*. Praha: Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, s. 130. ISBN není uvedeno.
- MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2.
- MOUREK, J., 2012. *Fyziologie. Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada, s. 224. ISBN 978-80-247-3918-2.
- NEDĚLKOVÁ, H., 2007. Kinestetická mobilizace. [online]. *Sestra*. [cit. 2017-12-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kinesteticka-mobilizace-319754>
- OREL, M. et al., 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, s. 256. ISBN 978-80-247-2617-5.
- PALMER, S., PALMER B. J., 2013. *Soužití s partnerem po mrtvici. Jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál, s. 224. ISBN 978-80-262-0348-3.
- PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada, s. 76. ISBN: 978-80-247-2682-3.

PFEIFFER, J., 2007. *Neurologie v rehabilitaci*. Praha: Grada, s. 352 ISBN 978-80-247-1135-5.

PIECKOVÁ-PALATA, H., 2012. Rehabilitační ošetrovatelství v práci sestry. [online]. *Sestra*. [cit. 2017-12-6]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/rehabilitacni-osetrovatelstvi-v-praci-sestry-465161>

SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, s. 168. ISBN 978-80-247-2733-2.

SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 384. ISBN 978-80-247-5247-1.

SCHOENFISCH, A., L., LIPSCOMB, H., J. 2009. Job characteristics and work organization factors associated with patient-handling injury among nursing personnel. *Work*. 33(1). 117-128. DOI: 10.3233/WOR-2009-0847.

SILBERNAGL, S., DESPOPULOS, A., 2004. *Atlas fyziologie člověka*. 6. zcela přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, s. 448. ISBN 978-80-247-0630-6.

SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, s. 232. ISBN 978-80-247-4868-9.

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada, s. 280. ISBN 80-247-1148-6.

ŠPINAR, J. et al., 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada, s. 256. ISBN 978-80-247-1822-4.

SPENCE, J., 2008. *Mozková mrtvice. Prevence, výživová doporučení, recepty*. Praha: Triton, s. 255. ISBN 978-80-7387-058-4.

VOKURKA, M., HUGO, J., 2011. *Praktický slovník medicíny*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, s. 520. ISBN 978-80-7345-262-9.

VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I. Obecná část*. Praha: Grada, s. 256. ISBN 978-80-247-3419-4.

8 Seznam použitých zkratk

a.	Arterie
aa.	Arterie (mn.č.)
ADL	Test základních denních činností
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Výpočetní tomografie
CMP	Cévní mozková příhoda
IADL	Test instrumentálních všedních činností
KPS	Krátké průtokové selhání
MMSE	Krátký test kognitivních funkcí
PET	Pozitronová emisní tomografie
RIND	Reverzibilní neurologický deficit
SPECT	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie
TIA	Tranzitorní ischemická ataka

9 Seznam příloh

Příloha 1- Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 2- Barthelové test všedních činností

Příloha 3- Rankinova škála

Příloha 4- Poloha nemocného na postižené straně

Příloha 5- Přesun pacienta do polohy na postižené straně

Příloha 6- Poloha pacienta na zdravé straně

Příloha 7- Pasivní přesun pacienta do polohy na zdravé straně

Příloha 8- Aktivní přesun pacienta do polohy na zdravé straně

Příloha 9- Poloha pacienta v leže na zádech

Příloha 10- Poloha pacienta v sedě v lůžku

Příloha 11- Pasivní přesun pacienta do polohy v sedě s bérce spuštěnými z lůžka

Příloha 12- Změněné vnímání tělesného schématu u pacienta po prodělané CMP

Příloha 13- Poloha hnízda

Příloha 14- Poloha mumie

Příloha 1

Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

1. Věk
2. Pohlaví
3. Oddělení
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?
5. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
6. Jak dlouho se v rámci výkonu svého povolání setkáváte s pacienty po prodělané CMP?
7. Co byste si Vy osobně představila pod pojmem manipulace s pacientem po CMP?
8. Je dle Vašeho názoru manipulace s pacientem po CMP v něčem odlišná od manipulace s pacienty s jinými diagnózami?
9. Hodnotíte pacienty po cévní mozkové příhodě z hlediska jejich soběstačnosti?
10. Jak často během dne provádíte polohování pacienta po prodělané CMP?
11. Do jakých poloh nejčastěji na Vašem oddělení pacienty ukládáte?
12. Zdá se Vám manipulace s pacientem po prodělané CMP fyzicky namáhavá?
13. Máte nějaké zkušenosti s užíváním antidekubitních matrací u pacientů po prodělané CMP?
14. Jaký je Váš názor na spolupráci více členů ošetrovatelského týmu při manipulaci s pacientem?
Je taková spolupráce na Vašem oddělení běžná?
15. Co považujete za důležité na lůžku pacienta vzhledem k usnadnění manipulace s pacientem?
16. Užíváte k manipulaci s pacienty nějaké polohovací pomůcky?
17. Jsou nějaké oblasti, na které se soustředíte ještě před zahájením manipulace s pacientem?
18. Snažíte se pacienta před manipulací s ním poučit o tom, co se bude dít?
19. Jsou nějaké obecné zásady, na které Vy osobně kladete důraz při manipulaci s pacienty po CMP?
20. Je dle Vašeho názoru nějaký postup, kterému by se měla ošetřující osoba při manipulaci s pacientem po CMP vyvarovat?
21. Jakým způsobem obvykle posouváte pacienta v lůžku výš k jejímu čelu?
22. Když potřebujete přesunout pacienta na ortopedický vozík, jakým způsobem obvykle postupujete?
23. Je něco, na co byste se Vy osobně u pacienta zaměřila v poloze na postižené straně?
24. Je něco, na co se snažíte dbát, při posazování pacienta k jídlu?
25. Soustředíte se při manipulaci s pacientem obecně na podporu jeho soběstačnosti?
26. Provádíte v rámci manipulace s pacienty i například nějaké základní protahování, cviky?
27. Slyšela jste někdy o bazální stimulaci?
28. Slyšela jste někdy něco o kinestetické mobilizaci?
29. Když porovnáte své dovednosti v oblasti manipulace s pacienty po CMP na počátku své praxe a nyní, pozorujete nějaký rozdíl?
30. Účastnila jste se někdy nějakého kurzu nebo školení s tematikou manipulace s pacienty?
31. Má dle Vašeho názoru manipulace s pacienty po CMP nějaký vliv na zdraví sester?

Zdroj: Vlastní tvorba

Příloha 2

Barthelové test všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	body
Najedení, napití	Samostatně, bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně, bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně, bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně, bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko – židle	Samostatně, bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
Chůze po schodech	Samostatně, bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Vyhodnocení stupně závislosti v základních denních aktivitách

0–40 bodů	vysoce závislý	65–95 bodů	mírná závislost
45–60 bodů	závislost středního stupně	100 bodů	nezávislý

Zdroj: Bbrksapa.sk. © 2018. [online]. [cit. 2018-01-24]. Dostupné z: http://www.bbrksapa.sk/?page_id=2173

Příloha 3

Rankinova škála

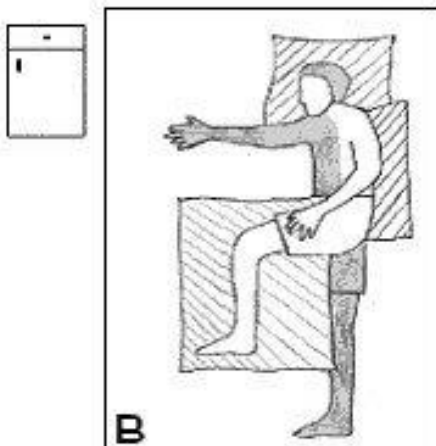
Tab. 4 – Hodnocení pacienta po CMP – modifikovaná Rankinova škála

0	bez symptomů
1	žádná nemohoucnost, navzdory přítomným symptomům zvládá veškeré denní aktivity
2	lehká nemohoucnost (není schopen zvládnout své předchozí aktivity, ale je zcela soběstačný bez cizí pomoci)
3	střední nemohoucnost (vyžaduje pomoc, ale je schopen chůze bez asistence)
4	střední až těžká nemohoucnost (není schopen zvládnout své tělesné potřeby včetně chůze bez asistence)
5	těžká nemohoucnost (upoután na lůžko, inkontinentní, vyžaduje trvalou péči sestry)
6	smrt

Zdroj: Postgraduální medicína, 2011. [online]. [cit. 2018-01-23]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>

Příloha 4

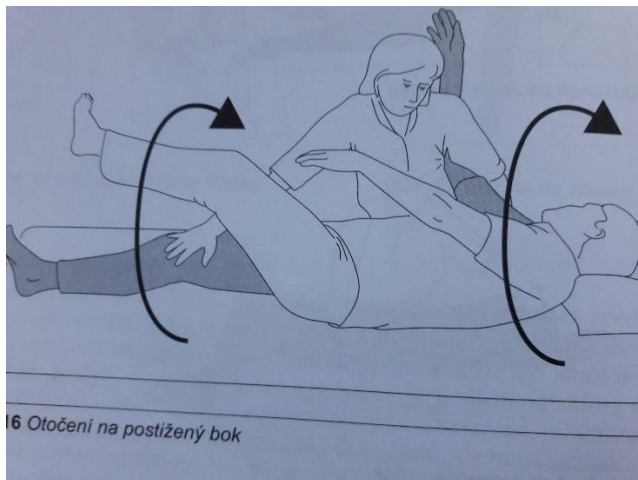
Poloha nemocného na postižené straně



Zdroj: MedicaBaze.cz, © 2007. [online]. [cit. 2018-01-22]. Dostupné z: http://medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=27&cname=Rehabilita%C4%8Dn%C3%AD+a+fyzik%C3%A1ln%C3%AD+medic%C3%ADna&termId=1392&tname=C%C3%A9vn%C3%AD+mozkov%C3%A9+p%C5%99%C3%ADhody+-+rehabilitace&h=empty#jump

Příloha 5

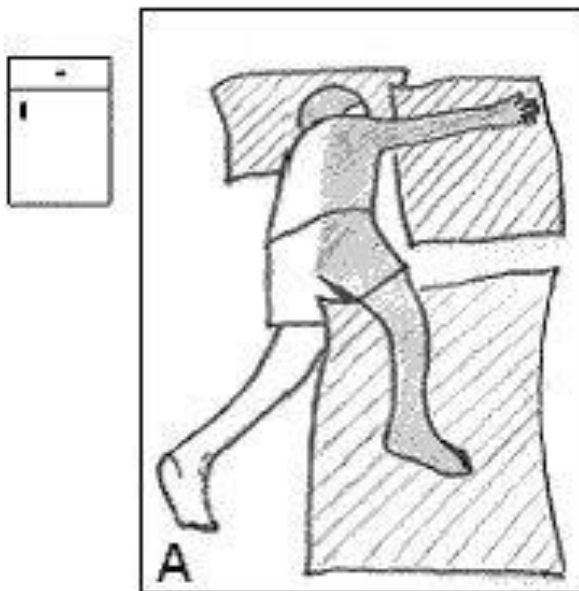
Přesun pacienta do polohy na postižené straně



Zdroj: MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. Prevence dekubitů. Praha: Grada, s. 96.
ISBN 978-80-247-2043-2.

Příloha 6

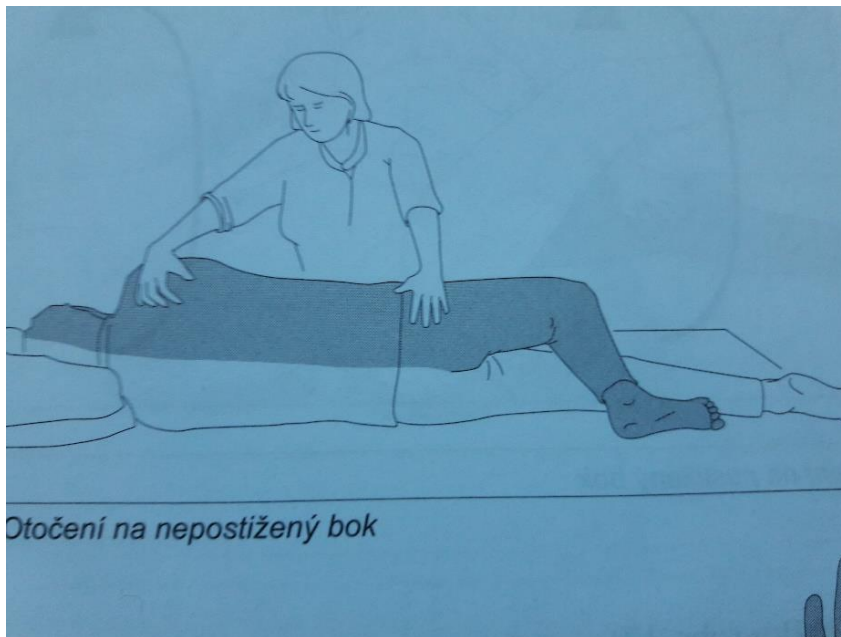
Poloha pacienta na zdravé straně



Zdroj: MedicaBaze.cz, © 2007. [online]. [cit. 2018-01-22]. Dostupné z:
http://medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=27&cname=Rehabilita%C4%8Dn%C3%AD+a+fyzik%C3%A1ln%C3%AD+medic%C3%ADna&termId=1392&tname=C%C3%A9vn%C3%AD+mozkov%C3%A9+p%C5%99%C3%ADhody+-+rehabilitace&h=empty#jump

Příloha 7

Pasivní přesun pacienta do polohy na zdravé straně



Zdroj: MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. Prevence dekubitů. Praha: Grada, s. 96.
ISBN 978-80-247-2043-2.

Příloha 8

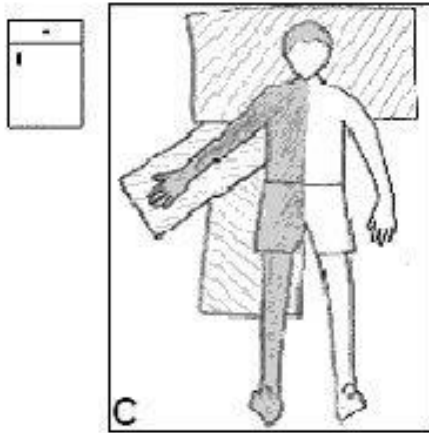
Aktivní přesun pacienta do polohy na zdravé straně



Zdroj: MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. Prevence dekubitů. Praha: Grada, s. 96.
ISBN 978-80-247-2043-2.

Příloha 9

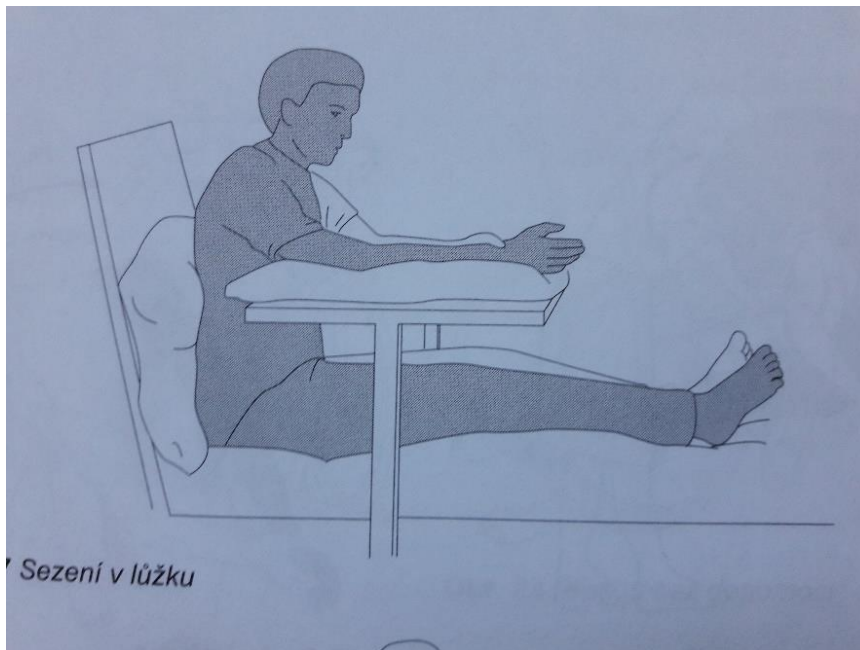
Poloha pacienta v leže na zádech



Zdroj: MedicaBaze.cz, © 2007. [online]. [cit. 2018-01-22]. Dostupné z: http://medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=27&cname=Rehabilita%C4%8Dn%C3%AD+a+fyzik%C3%A1ln%C3%AD+medic%C3%ADna&termId=1392&tname=C%C3%A9vn%C3%AD+mozkov%C3%A9+p%C5%99%C3%ADhody+-+rehabilitace&h=empty#jump

Příloha 10

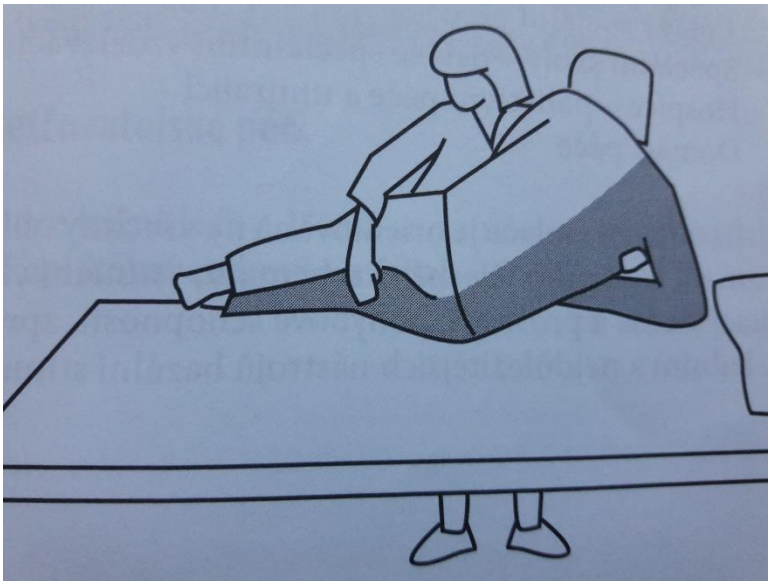
Poloha pacienta v sedě v lůžku



Zdroj: MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. Prevence dekubitů. Praha: Grada, s. 96. ISBN 978-80-247-2043-2.

Příloha 11

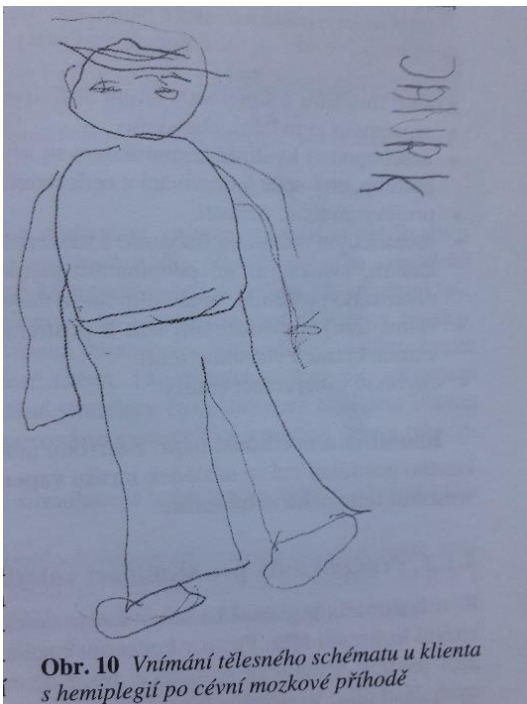
Pasivní přesun pacienta do polohy v sedě s bércei spuštěnými z lůžka



Zdroj: VYTEJČKOVÁ, R. et al. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I. Obecná část*. Praha: Grada, s. 256. ISBN 978-80-247-3419-4.

Příloha 12

Změněné vnímání tělesného schématu u pacienta po prodělané CMP



Obr. 10 Vnímání tělesného schématu u klienta s hemiplegií po cévní mozkové příhodě

Zdroj: FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, s. 168. ISBN 978-80-247-1314-4.

Příloha 13

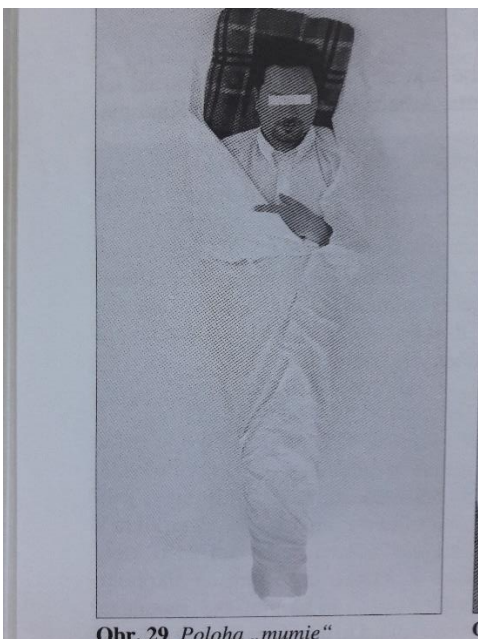
Poloha hnízda



Zdroj: FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, s. 168. ISBN 978-80-247-1314-4.

Příloha 14

Poloha mumie



Zdroj: FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, s. 168. ISBN 978-80-247-1314-4.