Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

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

Edukace pacienta po cévní mozkové příhodě

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Anna Šnokhausová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka ŠEDOVÁ Ph.D.
České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Edukace pacienta po 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/diplomové 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 01.06.2020 ……

Anna Šnokhausová

Poděkování

Mnohokrát děkuji paní Mgr. Lence Šedové PhD., vedoucí mé bakalářské práce, za její profesionální přístup a cenné rady, které mi byly při zpracovávání práce velice užitečné.

Edukace pacienta po cévní mozkové příhodě

Abstrakt

Naše bakalářská práce nese název „Edukace pacienta po cévní mozkové příhodě“. Zabývá se edukačním procesem probíhajícím u pacienta po prodělané cévní mozkové příhodě. Dále se věnujeme edukační činnosti sester na neurologickém oddělení u pacientů, kteří prodělali mrtvici. Teoretická část bakalářské práce obsahuje podrobnosti o cévní mozkové příhodě. Pro výzkumnou část jsme stanovily jako cíl práce popsat edukaci pacientů po cévní mozkové příhodě z pohledu sester. Pro dosažení tohoto cíle jsme zvolily výzkumné šetření formou kvalitativního výzkumu. K získání dat jsme využily techniku polostrukturovaného rozhovoru se sestrami na neurologickém oddělení v jihočeské nemocnici. Výzkumný soubor je tvořen všeobecnými sestrami, sestrami s vysokoškolským titulem a sestrami se specializací, které pracují v nemocničním zařízení. V rámci výzkumu bylo uskutečněno deset rozhovorů. Výzkumné šetření formou rozhovorů bylo uskutečněno na přelomu února a března roku 2020. Po uskutečnění a zpracování rozhovorů do programu Microsoft Word byly vytvořeny identifikační údaje dotazovaných sester. Dále pomocí programu MAXQDA 2020 byly rozhovory analyzovány pomocí kategorizace dat a následným kódováním. Z analýzy vyplývá, že sestry se podílí na edukaci pacienta. Využívají techniku slovní edukace a praktická cvičení. Edukace nemocného je zaměřena na jeho současný zdravotní stav, seznámení pacienta s možnostmi léčby a na následnou péči. Velkým přínosem pro zlepšení zdravotního stavu pacienta je i spolupráce rodiny se zdravotnickým personálem.

Klíčová slova

Pacient; edukace; edukační proces; sestra; cévní mozková příhoda

Education of a patient after stroke

Abstract

Our bachelor thesis is called „Patient education after a stroke “. It deals with the educational process of a patient after a stroke. Our next focus point is an educational process of the nurses at the neurological department dealing with the after stroke patients. The theoretical part of the bachelor thesis contains details about the stroke. For the research part, we set as the goal of the work to describe the education of patients after a stroke from the point of view of nurses. We have chosen qualitative research in the form of survey for reaching this goals. For data acquisition, we used a technique of a semi-structured interview with nurses at the neurology department in a South Bohemian hospital. The research group consists of general nurses, university educated nurses and specialized nurses, which all work at the hospital facility. Ten interviews were conducted during the research. Interview based research survey was carried out between February and March 2020. After finishing the aforementioned interviews and its processing in the Microsoft Word, the identification data of the interviewed nurses were created. Furthermore, using the MAXQDA 2020 software, the interviews were analysed using data categorization and subsequent coding. The analysis shows, that the nurses are involved in patient education. They use the technique of verbal education and practical exercises. The education of the patient is focused on his current health state, familiarizing the patient with the treatment options and subsequent care. A great benefit for the improvement of the patient's health is the cooperation of the family with the medical staff.

Keywords

Patient; education; educational process; nurse; stroke

Obsah

OBSAH **6**

1 TEORETICKÁ ČÁST **8**

1.1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA 8

1.1.1 DRUHY CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY *8*

1.1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY *12*

1.1.3 DIAGNOSTIKA *12*

1.1.4 VYŠETŘOVACÍ METODY *13*

1.1.5 PRIMÁRNÍ A SEKUNDÁRNÍ PREVENCE *14*

1.1.6 LÉČBA *15*

1.1.7 KOMPLIKACE *17*

1.1.8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE *17*

1.1.9 REHABILITACE PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ *19*

1.1.10 LOGOPEDIE *21*

1.2 EDUKACE 22

2 PRAKTICKÁ ČÁST **24**

2.1 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY 24

2.2 CÍLE PRÁCE 24

2.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY 24

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ **25**

4 METODIKA VÝZKUMU **26**

4.1 POUŽITÉ METODY 26

4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ SKUPINY 26

5 VÝSLEDKY ANALÝZY **29**

5.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ROZHOVORŮ 29

5.1.1 KATEGORIE Č. 1 INFORMOVANOST O PACIENTECH PO CMP *30*

5.1.2 KATEGORIE Č. 2 EDUKACE PACIENTA *30*

5.1.3 KATEGORIE Č. 3 RODINA PACIENTA *34*

5.1.4 KATEGORIE Č. 4 MOŽNOSTI LÉČBY *38*

5.1.5 KATEGORIE Č. 5 INFORMOVANOST SESTER *39*

5.1.6 KATEGORIE Č. 6 KVALITA PÉČE O PACIENTA *42*

DISKUZE **44**

ZÁVĚR **49**

SEZNAM LITERATURY A INFORMAČNÍCH ZDROJŮ **51**

PŘÍLOHY **56**

SEZNAM SYMBOLŮ A ZKRATEK **61**

ÚVOD

Téma bakalářské práce „Edukace pacienta po cévní mozkové příhodě“ jsem zvolila, jelikož jsem přesvědčena, že edukace nemocného je velmi důležitá a je třeba ji důkladně provádět a znát. Umožňuje sestrám vcítit se do role pacienta, který je plně závislý na ošetřovatelské péči a má narušenou kvalitu běžného života. Cévní mozková příhoda je závažné onemocnění, ohrožující člověka na životě, které ovlivňuje pacienta i jeho rodinu. Každý pacient po prodělané cévní mozkové příhodě si nese následky tohoto onemocnění. Proto je nesmírně důležité poskytnout pacientovi dostatečné informace, které budou sloužit k jeho edukaci. Bez dostatečné edukace může dojít k narušení fyzické i psychické stránky osobnosti. Podstatná je informovanost zdravotnického personálu, který společně spolupracuje a poskytuje pacientovi tu nejlepší péči.

Naše práce popisuje, jakým způsobem edukaci zdravotní sestry provádějí, jaké využívají metody, zdali jsou dobře informovány, jaký je přínos správné edukace a co ovlivňuje edukaci. Edukační proces ovlivňují edukační bariéry, které zabraňují správné edukaci pacienta. Tuto zkušenost jsem zaznamenala i během své studijní praxe. Cílem bakalářské práce byla edukace pacienta po prodělané cévní mozkové příhodě z pohledu zdravotních sester na neurologickém oddělení. Zjišťovaly jsme názor zdravotních sester na danou problematiku, jejich znalosti k potřebné edukaci, metody, které využívají k dosažení kvalitního edukování pacientů a zároveň nutné kroky při hospitalizaci a poté při léčbě v domácím či sociálním zařízení.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

„Cévní mozkové příhody jsou podle WHO (World Health Organization) definovány jako rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu" (Nevšímalová et al., 2005, s. 171).

Mozková mrtvice (iktus, CMP) je akutní cévní poškození mozku, kdy dochází k závažnému poškození mozkových krevních cév. Vzniká ucpáním cévy krevní sraženinou, zúžením krevních cév, nebo kombinací obou jevů – zúžením či blokádou, nebo dokonce prasknutím cévy. Všechny tyto příčiny způsobují nedostatek zásobování mozku krví. Mozková mrtvice se projevuje na základě poškození místa a velikosti, nebo se nemusí projevit vůbec. Pak dochází k tzv. bezpříznakové mrtvici, neboli tzv. němému iktu (Feigin, 2007). Častými klinickými projevy CMP jsou poruchy čití, porucha hybnosti končetin postihující jednu stranu (hemiplegie, hemiparéza) či izolovaně jednu končetinu (monoparéza), poruchy rovnováhy, silná závrať, poruchy řeči, poruchy funkce hlavových nervů a další symptomy dle lokalizace poškození mozku (Hutyra et al, 2011). U pacientů v prvních pěti letech po první mozkové příhodě se recidiva vyskytuje ve 20 %. Úmrtnost činí 15-20 % v průběhu tří měsíců po cévním mozkovém infarktu. Ačkoli se zlepšují možnosti akutní léčby, počet invalidních lidí (po CMP) se pohybuje v rozmezí 20-30 % (Bar, Chmelová, 2011). Cévní mozkové příhody jsou významným problémem medicínským, sociálním, ekonomickým i společenským. Možnosti pro zlepšení této situace jsou hledány v pečlivější organizaci péče o pacienty po CMP do specializovaných center, s důrazem nutnosti intenzivní péče v akutním stádiu onemocnění, dále včasném určení diagnostiky a docenění primární a sekundární preventivní terapie (Nevšímalová et al., 2005).

1.1.1 DRUHY CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Cévní mozkové příhody lze rozdělit na hemoragické příhody (krvácení) a na ischemické příhody. Rozdělení příhod se liší jak v prognóze, tak i v léčebném postupu. A to navzdory tomu, že klinický obraz je v některých případech velmi podobný. Dále se dělí na intracerebrální krvácení (krvácení do mozku) nebo subarachnoidální krvácení (do

prostoru mezi tenkou blanou pavoučnicí a mozkem) (Feigin, 2007).

CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA ISCHEMICKÁ

Ischemické infarkty jsou mnohem častější než krvácivé. Až 85 % mrtvic je zapříčiněno blokací krevní sraženinou, zúžením (ucpáním) přívodné mozkové tepny nebo embolií. Všechny tyto typy způsobují mozkovou ischemii, různě rychle se rozvíjejí a jsou různě lokalizované (Feigin, 2007). Ischemický iktus je rozdělen na jednotlivé subtypy: onemocnění velkých tepen, kardioembolické, lakunární, ikty se známou etiologií, hemodynamický subtyp a neznámá příčina iktu (Kalina et al, 2008). Tyto subtypy vedou k nedostatečnému zásobení mozku, nedostatku kyslíku a živin. Zprvu dochází k reverzibilnímu stavu (návratnému stavu) až k trvalému poškození mozkové tkáně. Nejčastější je trombóza mozkové cévy či cév. Vyvíjí se postupně, většinou pozvolna. Nemocný již předtím pociťuje přechodné stavy (brnění, mravenčení, oslabení hybnosti, poruchy řeči apod.). Všechny symptomy mohou být pouze krátkodobé, ale vždy jsou varovným signálem, který by neměl nemocný podceňovat. Rozvine se nejčastěji v situaci, kdy je mozkový krevní oběh zpomalen (často ve spánku). Další příčinou může být také hypertenze, nebo ateroskleróza (Feigin, 2007). Kalvach (2010) tvrdí, že v průběhu života klesá kvalita funkce cévního stromu a ovlivňují ho především tři faktory. Prvním je ztráta cévní elasticity, kterou způsobuje narůstající cévní ztuhlost. Dalším nepříznivým faktorem je ukládání ateromatózních depozit, díky kterým se céva stává drsná a nepravidelná. Třetím faktorem je cévní průsvit, který v menších tepnách klesá účinkem aterosklerózy (Kalvach, 2010).

U embolie je začátek bleskový a nečekaný. Často bez jakýchkoli symptomů. Kdekoli v oběhu se uvolní embolus a ten je pak krevním oběhem zanesen do mozkové tepny, kterou uzavře. Výsledek je stejný jako u trombózy. Průběh je však odlišný. Vmetek se buď rozpadne, nebo se jeho částečky posunou dál v cévním řečišti a uzavřou drobnější cévy. Nebo v situaci, kdy embolus uzavře cévu, se na něj retrográdně (zpětně) usazují další a embolus se zvětšuje, až uzavře arterii. Dalším mechanismem vedoucím k poruše, je takzvaná systémová hypoperfuze. To je stav, kdy je z různých důvodů snížen krevní oběh, a tak se i do mozku dostane méně krve (Feigin, 2007).

Podle délky trvání postižení se ischemická cévní mozková příhoda dělí na tranzitorní ischemické ataky (TIA) a na reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND).

TIA- Jedná se o CMP, ale také patří mezi významné rizikové faktory, neboť u třetiny pacientů dojde v následujících 15 letech k závažné dokonané příhodě s vysokou úmrtností až 2/3 pacientů. Symptomy odezní do 24 hodin (Dufek, 2002). RIND - symptomy odezní do 3 týdnů. Je obdobou TIA, jen úprava bez následků je do jednoho týdne (Rokyta et al., 2015). Dokončená mozková příhoda je zapříčiněna ischemií s náhle vzniklou klinickou symptomatologií, kde dojde k trvalému poškození. V postupně rozvíjejícím se stavu, neboli rozvíjející se CMP, dochází k narůstající ložiskové ischemii s rozrůstajícími neurologickými příznaky. Tento stav je méně častý (Nováková, 2011).

CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA HEMORAGICKÁ

Hemoragická CMP představuje 15–25 % ze všech akutních iktů. Mají průkazně vyšší morbiditu (nemocnost), která vyžaduje nákladnější zdravotní i sociální péči (Kalina et al, 2008). Hemoragický iktus je způsoben krvácením do mozkové tkáně (označován také jako intracerebrální krvácení či mozkový hematom) nebo do prostoru pod pavučnicí (tzv. subarachnoidální krvácení, SAK). Další častou příčinou hemoragického iktu může být i hypertenzní nemoc, krevní choroby, antikoagulační léčba, vaskulitidy nebo abusus drog (kokain). Tyto druhy tvoří relativně malý podíl na všech mrtvicích. Krvácení z tepen uvnitř lebky je většinou zapříčiněno prasknutím tepenné výdutě (aneurysmatu – rozšíření tepny) nebo jiným přidruženým onemocněním. Prasknutí tepenné výdutě je nejčastější příčinou krvácení do prostoru pod pavučnicí (Seidl, Obenberger, 2004). Prognóza i mortalita jsou příznivé. Závažnější jsou mozečková krvácení, jelikož nebývají diagnostikována včas a projevují se náhlou bolestí hlavy, poruchou stoje a zvracením (Nevšímalová et al., 2005).

SUBARACHNOIDÁLNÍ KRVÁCENÍ

Příčinou netraumatického subarachnoidálního krvácení (SAK) je u 70 % případů ruptura tepenného aneuryzmatu a 6 % tvoří krvácení z cévních anomálií. Vzácnější příčinou jsou krvácivé stavy, antikoagulacia, tumory a vaskulitidy (Seidl et al., 2014). Méně častou příčinou jsou koagulopatie (neboli krvácivé stavy), krvácení z tumoru nebo hypertonické krvácení. Nejčastějším obdobím ruptury výdutě je mezi 55. - 60. rokem života. Zhruba 15 % jedinců umírá okamžitě nebo v prvních 30 dnech (Penka et al., 2014). Špatná či pozdní diagnostika SAK zvyšuje riziko časté recidivy. Pacient je připraven o možnost adekvátní léčby, která zabraňuje recidivě i v dlouhodobém

výhledu. Klinické zhodnocení je klíčem ke správné diagnóze. Mezi počáteční typické příznaky SAK patří náhlá, krutá bolest hlavy v různé lokalizaci. Podobnou bolest hlavy pacient nikdy předtím neměl. Pokud byla bolest shodná s nynější, jde o recidivující SAK (Kalina et al, 2008). Základní diagnostickou metodou při podezření na SAK je výpočetní tomografie (CT). Toto zařízení potvrzuje přítomnost krve v subarachnoidálním prostoru u 95 % případů. Dalším vyšetřením je lumbální punkce, při níž však může nastat snížení tlaku likvoru (mozkomíšního moku), což může vyprovokovat jiné krvácení. Indikace lumbální punkce dochází až tehdy, kdy je CT vyšetření negativní. Samostatné aneurysma můžeme zobrazit na CT či magnetickoresonanční angiografii. Volba metody léčby je stanovena dle stavu nemocného, uložením aneuryzmatu a z celkových anatomických poměrů (Penka, et al., 2014).

Patogeneze a klinické příznaky

Jedním z mála příznaků subarachnoidálního krvácení je bolest hlavy či bezvědomí. Mozkové krvácení je úzce spojeno s vysokým krevním tlakem a aterosklerózou. Bolest hlavy přichází náhle, je velmi silná a nemá žádnou zjevnou příčinu (Pfeiffer, 2007). Může jí předcházet zvýšená aktivita či rozčilení. Hemoragická CMP je často doprovázena nauzeou, zvracením a ztuhnutím šíje. Příznaky jsou buď celkové (prudce vstoupá nitrolební tlak, zvracení až porucha vědomí), či fokální (dle uložení hemoragie v cévní nervové soustavě):

a) supratentoriálně – hemiparéza, hemianopie (výpadek zorného pole)

b) v mozečku – mozečkové a kmenové příznaky (ataxie, nystagmus, pohlaví, věk, genetické predispozice či rasový původ), nárůst nitrolebního tlaku, rozvoj hydrocefaluz obstrukce likvorových cest

c) v pontu – kvadruplegie, úzké zornice, poruchy dechu, vyšší teplota

Provalení krvácení intraventrikulárně (nitrokomorově) vede rychleji ke ztrátě vědomí. Krev subarachnoidálně působí na meningeální syndrom (Seidl, Obenberger, 2004).

INTRACEREBRÁLNÍ KRVÁCENÍ

Terapie, symptomatologie, etiologie i prognóza je individuální u jednotlivých typů krvácivých příhod. Jediná diagnostika „lege artis‘‘ je založena na zobrazovacích metodách, tedy na provedení CT vyšetření. Třicetidenní mortalitu předpovídá ICH skóre (intracerebral hemorrhage score), které je založeno na vstupním Glasgow Coma Score (GCS), věku pacienta, objemu krvácení, jeho lokalizaci a zda je provaleno do komor. Intrakraniální krvácení je lokalizováno buď supratentoriálně (centrální krvácení, časté u hypertoniků nebo atypické lobární v bílé hmotě), nebo infratentoriálně (do mozečkového či mozkového kmene) (Šeblová et al., 2018). Základním symptomem je bolest hlavy, která se zhoršuje kašlem, kýcháním, zvedáním těžkých břemen či předklonem. Při vzniku ložiskové ischemie se objeví ložiskový deficit. Velmi časté jsou také epileptické záchvaty. Mnohdy dochází k syndromu nitrolební hypertenze, vyvíjí se edém papil zrakového nervu, který u delšího průběhu způsobuje trvalé poškození zraku (Kalina et al., 2008).

1.1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Každé onemocnění má svoje příčiny. U cévní mozkové příhody rozdělujeme rizikové faktory na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Ovlivnitelné faktory jsou ty, které vyplývají ze životního stylu člověka jako např. aktivní a pasivní kouření, užívání drog, zvýšená konzumace alkoholu, nedostatek pohybu, nezdravá strava či obezita. Také užívání antikoncepce, a dokonce i noční chrápání či spánková apnoe, zvyšují riziko CMP. (Ambler, 2002). Mezi neovlivnitelné faktory patří pohlaví, věk, genetické predispozice či rasový původ, hypertenze, vysoká hladina cholesterolu v krvi, srdeční onemocnění nebo diabetes mellitus (Grau et al. 2001). Většina cévních mozkových příhod může vyplývat z kombinace medicínských příčin (hypertenze) a příčin návykových (kouření). Udává se, že až 85 % CMP lze předcházet kontrolou ovlivnitelných rizikových faktorů (Čertík et al, 2005). Mnohé z těchto faktorů se vzájemně ovlivňují a jsou často podceňované (Ambler, 2002).

1.1.3 DIAGNOSTIKA

„Klinická diagnóza je charakterizována vesměs náhlým akutním vznikem mozkové symptomatiky, někdy vývojem v průběhu několika hodin nebo fluktuujícím kolísáním (střídání fáze zlepšování a zhoršování), a přítomností aterosklerotických rizikových

faktorů, rizikových faktorů přímo CMP nebo choroby, která může způsobit cévní lézi." (Bednařík, 2010, s. 20).

Mezi základní diagnostická vyšetření patří počítačová tomografie (CT) mozku a magnetická resonance (MRI- magnetic resonance imaging) mozku. Dále jsou důležitá laboratorní vyšetření, angiografické vyšetření pro jasný průkaz cévních malformací nebo aneurysmat (Kalita et al., 2007). V posledním desetiletí zaznamenala diagnostika cévní mozkové příhody prudký rozvoj při klinickém stanovení diagnózy cévní mozkové příhody. Základem je stanovit nejrychlejší upřesnění typu CMP, odlišení ischemie a následně zvolit adekvátní léčby (Vojáček, 2004).

1.1.4 VYŠETŘOVACÍ METODY

Klinické vyšetření se skládá z objektivního vyšetření a z informací o pacientovi. V první řadě se odebírají anamnestické údaje pacienta, mezi které patří - nynější onemocnění, rodinná, osobní, farmakologická, gynekologická, pracovní, sociální a alergologická anamnéza. Důležité jsou údaje o alergii na léky a na jód, který je součástí všech rentgenových kontrastních látek. Rodinná anamnéza odhaluje prodělaná onemocnění (výskyt chorob v rodině), osobní anamnéza (prodělané úrazy, záchvatovité stavy či dětské nemoci), dále farmakologická, u žen gynekologická, pracovní a sociální (Seidl, 2008). Následně se provádí fyzikální vyšetření, kam se zařazuje měření tělesné teploty, krevního tlaku, pulzu a počet dechů. Kontrolu stavu vědomí pacienta si můžeme ověřit testem GCS. U pacienta se následně zjišťuje, zda netrpí anemií či srdeční insuficiencí. Na základě tohoto vyšetření se provádí poslech, rentgen (RTG) srdce a plic, sledují se otoky dolních končetin a náplň krčních žil. Dále se měří saturace kapilární krve a elektrokardiogram (EKG). Základním ukazatelem je laboratorní diagnostika. Mezi základní odběry patří glykemie, iontogram, ledvinné a jaterní testy, vyšetření srážlivosti krve (international normalized ratio, mezinárodní normalizovaný poměr - INR), srdeční enzymy, koagulační vyšetření (APTT- aktivovaný parciální tromboplastinový čas) a krevní obraz. Po stanovení diagnózy je nezbytné urgentní zobrazení mozku a další neurologická vyšetření, kam patří základní vyšetření reflexů, svalové síly, reakce na osvit, vnímání dotyku a bolesti, držení těla a pohyblivost (Slezáková, 2012). Dalším podstatným vyšetřením je elektroencefalografie (EEG), které zachycuje aktuální aktivitu mozku (Seidl, 2015). Neurosonografické vyšetření je neinvazivní, velmi přesné diagnostické vyšetření, jehož cílem je objektivizace stavu

cévního zásobení mozku a stanovení klinických obtíží u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním (Kalina et al, 2008). U CT, dochází ke „snímání řeči mozku‘‘ (Spence, 2008). CT hraje hlavní roli v managementu CMP. Všichni pacienti, u kterých je podezření na akutní mrtvici, musí podstoupit zobrazení mozkového parenchymu. Primárním důvodem je vyloučení jiné patologie, např. tumoru nebo krvácení. Dalším důvodem je odhad stáří mozkové mrtvice. V první fázi není patrné žádné postižení mozkového parenchymu a následně dochází k rozvoji ischemických změn (Vinklárek et al., 2018). Jediným nebezpečím je stupeň záření, avšak týká se pouze těhotných žen a pacientů, kteří podstupují rentgenové záření opakovaně. Problémem tohoto vyšetření je skutečnost, že zjištění mrtvice závisí na vzniku otoku mozkové tkáně na postiženém místě. Pokud se tomografie provede ihned po mozkové příhodě (tzn. před vytvořením otoku mozku), tkáň vypadá zdravě. Pokud je podezření na krevní sraženinu, nasazují se léky zabraňující srážlivost krve (antikoagulacia) (Spence, 2008). Pokud jde o akutní fázi CMP, podávají se léky jako prevence hluboké žilní trombózy (je medikován heparin nebo nízkomolekulární heparin). Antikoagulační léčbu lze indikovat i k léčbě samotné ischemie, především u hrozící reembolizace, u postupného uzávěru cévy (Nevšímalová et al, 2005).

Test FAST

Test FAST je jednoduchý postup, jak si zapamatovat nejčastější známky CMP. Součástí testu jsou jednoduché otázky:

a) Face (obličej) - Obličej pacienta - Zdali má spadlý koutek?

b) Arm (paže) - Zdali pacient může zdvihnout obě paže?

c) Speech (řeč) - Zdali vám pacient rozumí? Může mluvit?

d) Time (čas) - Čas je rozhodující. Pokud zjistíme nějaký z těchto příznaků, neprodleně volat 155 (Mularitharan, Ian, 2017).

1.1.5 PRIMÁRNÍ A SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Prevence CMP je velmi rozsáhlý a komplexní soubor léčebných opatření, která jsou prováděna podle předem stanoveného protokolu. Zahrnuje primární a sekundární prevenci a léčbu akutního stádia CMP. V rámci primární prevence se soustředíme na předcházení vzniku cévních mozkových příhod a eliminaci významných rizikových

faktorů. V případě výskytu těchto faktorů je třeba usilovat o jejich kompenzaci. Úpravou režimového opatření, jako je pohyb či dieta, lze předejít některým rizikovým faktorům. Dieta obsahuje stravu s omezením soli a nasycených tuků. Vhodné je naopak zařadit do svého jídelníčku ovoce, zeleninu a vlákninu. Dále je důležité předcházet obezitě pravidelnou fyzickou aktivitou nebo redukovat tělesnou hmotnost. V případě užívání návykových látek (především kouření), doporučujeme přísný zákaz látek. Ženy, které užívají antikoncepci, jsou předem informovány o riziku vzniku CMP. Sekundární prevence je zaměřena na snížení rizika recidivující CMP (Nevšímalová et al., 2005).

1.1.6 LÉČBA

„ Donedávna bylo v učebnicích uváděno, že zobrazení ischemie v prvních 24 hodinách není možné. Dnes víme, že existují včasné příznaky mozkové ischemie, nové techniky zobrazení perfuze a difuze mozku a dokáží malacii zobrazit již prvních třech hodinách po začátku ischemie, což má zásadní význam pro moderní způsob léčby – trombolýzu. Cévní mozková příhoda je třetí nejčastější příčinou smrti, mortalita u nás je čtyřikrát větší než v USA a 40 % nemocných umírá do jednoho roku po příhodě.“ (Seidl, 2008, s. 83).

V současnosti existují dva typy tzv. rekanilizační léčby, které jsou schopné zprůchodnit uzavřenou cévu, obnovit krevní zásobení mozku a tím přispět ke zlepšení zdravotního stavu pacienta. Prvním typem léčby je intravenózní trombolýza (IVT), v níž je pacientovi podán nitrožilně speciální lék. Druhý typ léčby je složitější, jelikož je vyčleněný pouze pro určité případy. Uzávěr velké mozkové cévy je odstraněn stažený trombus nebo embolus speciálním nástrojem, který je zaveden až do místa uzávěru tepenným řečištěm z tříselné tepny. Jde o tzv. mechanickou tromboektomii (MTE), která je prováděna intervenčním neuroradiologem. Oba výkony musí být provedeny co nejdříve, než dojde k ischemickému poškození mozkové tkáně. Nejdůležitější je boj s časem (Kalina et al., 2008). Čeledová a Čevela (2018) uvádějí, že IVT by měla být provedena maximálně do čtyř až pěti hodin od prokazatelného vzniku CMP. MTE pak maximálně do šesti hodin. Čím dříve bude léčba provedena, tím příznivější bude výsledek léčby. U obou typů je možný návratný stav bez omezení kvality života (Čeledová, Čevela, 2018).

Antiagregační léčba

Podávání kyseliny acetylsalicylové (ASA) je doporučeno pouze u mladších pacientů, u kterých jsou přítomny rizikové faktory jako arteriální hypertenze, dysfunkce levé komory nebo diabetes mellitus (Bar, Chmelová, 2011). Tato terapie se využívá u jakéhokoli subtypu ischemické CMP. Důkazy z 9 studií prokazují, že včasné podání kyseliny acetylsalicylové (nejpozději však do 48 hodin) přináší v absolutních číslech 10 zcela uzdravených na 1000 léčených a zabraňuje vzniku plicní embolie a recidivě CMP. Na základě těchto zjištění je ASA indikována jako akutní léčba u kteréhokoli typu ischemického iktu (Kalina et al., 2008).

Terapie

Nezbytnou součástí léčby nemocných s cévní mozkovou příhodou je celková intenzivní terapie. Jedná se především o podporu respiračního a kardiovaskulárního aparátu, zajištění krevního tlaku (u ischemií se tolerují hodnoty až 220/120 mmHg), léčbu hyperpyrexie, hyperglykémie, oxygenoterapie a další jiná preventivní opatření. Zajištění celkové péče je pouze na jednotce intenzivní péče. Medikamentózní terapie pomáhá stabilizovat metabolicky nepříznivou situaci ischemické mozkové tkáně, čímž zvýší možnost přežití nervových buněk (Nevšímalová et al., 2005).

Stimulační terapie

Stimulační terapie slouží ke zlepšení kognitivních a motorických dovedností pacienta. Tato terapie se využívá i u pacientů po cévní mozkové příhodě. Stimulační terapii by měl umět vykonávat každý, kdo se o pacienta po CMP stará. Může ji provádět také i rodina nebo sám pacient. Podporuje odpověď pacienta, jeho pohotové reakce a jeho orientovanost. Aby se mohla hodnotit účinnost terapie, je třeba ji pečlivě zaznamenávat do stimulačních tabulek. Existuje celá řada druhů stimulačních terapií. Například sluchová terapie, kde je využívána oblíbená hudba, hudební nástroje, venkovní a domácí zvuky (štěkot psa, zapnutá televize, řeč rodinných příslušníků, zvonění telefonu). Dále existuje čichová terapie, kde pacient může poznávat známé vůně/pachy, např. vůně jídla. Zraková stimulace slouží ke zlepšení kognitivních schopností. Řadíme sem sledování filmů, prohlížení důvěrně známých fotografií či předmětů. Chuťová stimulace slouží k poznávání chutí oblíbeného jídla a pití. V rámci stimulační terapie a rehabilitace se provádí i elektrostimulace k podpoře stimulace ochablého svalstva (Debra, 2004).

1.1.7 KOMPLIKACE

Mezi nejdůležitější komplikace akutní fáze CMP patří pneumonie, je často způsobena aspirací, která se vyskytuje zejména u pacientů s poruchami vědomí a polykání. Příjem perorální potravy by měl následovat po pečlivém testování schopností pacienta. Testuje se kvalita kašlavého reflexu a schopnost polykání. V případě zjištěné poruchy je indikována nazogastrická sonda nebo zavedení perkutánní endoskopicky asistované gastrostomie (PEG). Mezi další prevenci vzniku pneumonie patří pravidelné polohování pacienta, rehabilitace zaměřena na dechová cvičení, kontrola dýchacích cest a u rizikových pacientů následuje profylaxe antibiotiky (Hutyra et al., 2011).

1.1.8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

U každého pacienta po CMP je důležité sledovat stav nemocného. Nemocný, který prodělal TIA, je považován v prvních 24 -72 hodinách za akutně ohroženého. Nastává vysoké riziko vzniku mozkového infarktu. Úkolem sestry je pravidelně sledovat výsledky vyšetření, příznaky onemocnění a stav vědomí pacienta. Sestra pravidelně zapisuje naměřené hodnoty a vede bilanční záznam tekutin (příjem a výdej tekutin). Důležité je sledovat účinky léků, které mohou být žádoucí, ale i nežádoucí. Podstatné je kontrolovat stav kůže či sliznic a pravidelné vyprazdňování pacienta (Slezáková et al, 2012). Před odchodem z nemocnice nebo překladem do rehabilitačního zařízení by si měl jak pacient, tak i rodina nemocného uvědomit, že je čeká ještě mnoho práce. I když se před propuštěním stav pacienta výrazně zlepšil, potřebuje nemocný dopomoc např. při stravování, chůzi či oblékání. Důležité je, aby pacient i rodina nemocného byla dostatečně informována o možnostech poskytování péče o pacienta po propuštění z nemocnice. Mezi tyto složky řadíme praktického lékaře, fyzioterapeuty, terénní sestru, sociální pracovníky, logopedy a občanská sdružení. Ošetřovatelský plán a jeho realizace jsou individuální (Feigin, 2007).

První důležitou složkou ošetřovatelské péče o pacienta je výživa. Tato oblast je zaměřena na přijímání potravy a tekutin vzhledem k celkovému stavu nemocného. Příjímání potravy hraje důležitou roli, která se také odráží na zdravotním stavu pacienta, jelikož podmiňuje správnou funkci organismu. Úkolem sestry je, aby dbala na edukaci pacienta, která zahrnuje omezení vysokokalorické stravy, včetně stravy s vysokým obsahem soli či cukru a nadměrné konzumaci alkoholu. Strava by měla obsahovat převážně rostlinné a rybí tuky. Další podstatnou složkou stravy je ovoce, zelenina,

dostatečné množství vlákniny a bílkovin (Spence, 2008). Pacienti po CMP mají často problém s polykáním. V tomto případě je důležitá konzultace s nutričním terapeutem, který stanoví potravu s dostatečným množstvím energie. U pacientů s poruchou polykání je doporučena kašovitá strava a zahušťování tekutin speciálními instantními prášky. Dále se využívají doplňky stravy, například nutridrinky. Příjímání potravy se také odvíjí od soběstačnosti pacienta. Nemocného, který není schopen se sám najíst, krmí sestra či ošetřovatelka. Podstatné je, aby pacient přirozeně seděl, nebo je ve zvýšené poloze. Tím předcházíme riziku aspirace potravy a tekutin. Sestra kontroluje hydrataci nemocného a pečuje o dutinu ústní (Slezáková, 2007).

Pro pacienta po CMP je podstatný veškerý pohyb a veškerá aktivita. Pokud je to možné, je důležité začít s rehabilitací co nejrychleji. Rehabilitace se odvíjí od zdravotního stavu pacienta. Cílem rehabilitace je obnovit soběstačnost a zmenšit závislost nemocné osoby (Feigin, 2007). Další podstatnou součástí pohybu a aktivity je polohování pacienta. Čím je nižší stupeň pohyblivosti nemocného, tím je pravidelné polohování důležitější. Zvolení polohy nemocného se odvíjí od léčebného či vyšetřovacího účelu. Pokud pacient není schopen sám změnit polohu, jde o polohování pasivní. Naopak k aktivnímu polohování přispívá pomoc pacienta, který mění polohu sám. Cílem pravidelného polohování je prevence bolesti, prevence vzniku proleženin (dekubitů), prevence tromboembolické nemoci či prevence kontraktur. Součástí této oblasti je i logopedie a ergoterapie. U pacientů, kteří prodělali CMP, je prováděn nácvik denní činnosti, jako je oblékání, hygiena, posazování, nácvik jemné motoriky a polohování (Dingová et al., 2018).

Dále jsou velmi časté problémy s vyprazdňováním. Po prodělaném iktu jsou dysfunkce střev a močového měchýře poměrně časté. Dochází k samovolnému vyprazdňování (inkontinenci) či k neschopnosti vyprazdňování (tzv. retenci). K inkontinenci dochází převážně u zmatených nebo zpomalených pacientů. Většinou se podaří do několika týdnů znovu obnovit kontrolu nad svým vyměšováním. U nemocných s inkontinencí je důležité udržování pleny v suchu. Jestliže jsou muži alespoň trochu schopni, je možné používat močovou láhev (*„bažanta“*), která je pro muže komfortnější než pleny. V případě úniku moči u žen či u mužů je potřeba vsunout do močového měchýře cévku (katétr), která odvádí moč do sběrného sáčku. Tak alespoň sestra může kontrolovat příjem a výdej tekutin pacienta (Feigin, 2007). Sestra pravidelně sleduje příměsi moči i

stolice a dbá na pravidelné vyprazdňování a veškeré změny či komplikace hlásí lékaři. Jako u každého člověka, tak i u pacienta po CMP je podstatné, aby činnost střev byla pravidelná. Nedostatek pohybu či tekutin může způsobit nedostatečný a nepravidelný odchod stolice (zácpa). U pacientů, kteří prodělali mrtvici je tento problém častý. Zácpu způsobují někdy také některé léky (např. opiáty). Setra zaznamenává vyprazdňování, a pokud je nepravidelné, podá látky, které změkčují stolici (laxantiva), čípky nebo klyzma. Pokud problémy přetrvávají, je informován lékař (Slezáková et al., 2012).

Další podstatnou oblastí v ošetřovatelské péči je spánek a odpočinek. Kvalitu spánku mohou ovlivňovat rušivé elementy (světlo, hluk), nedostatečný komfort pacienta nebo neklidní pacienti, kteří jsou umístěni na stejném pokoji s nemocným. Úlohou sestry je, aby zajistila pacientovi vhodné prostředí pro odpočinek či spánek. Mnoho pacientů má své spánkové rituály, na které byli doposud zvyklí. Proto je důležité umožnit nemocnému realizovat tyto návyky před spaním. Nemocní, kteří mají problémy se spánkem, užívají hypnotika. Jedná se o léky, které navozují spánek (Lidická et al. 2018).

1.1.9 REHABILITACE PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Rehabilitace pacientů po CMP začíná již na iktové jednotce, kam jsou pacienti s prodělanou cévní mozkovou příhodou přijati. Rehabilitace je individuální s ohledem na pacientům zdravotní stav. Po stabilizaci je pacient přeložen na lůžkové oddělení, kde je provedena diagnostika funkčních poruch multidisciplinárním rehabilitačním týmem (Kalvach, 2010). Velmi důležitá je motivace pacienta, kterou ovlivňuje celý zdravotnický tým. Účelem motivace je pacienta povzbudit k vynaložení větší snahy k úplné nezávislosti (Dobkin, 2004). Ukázalo se, že akutní, post-akutní a rehabilitační péče o pacienty s mozkovou příhodou na specializovaných odděleních, jsou účinné při akutní ischemické mozkové příhodě (Kaste et al., 2000).

Na základě vyšetření pacienta se stanovuje léčebně rehabilitační plán. Plán by měl být zaměřen na všechny poruchy, které vznikly při jednotlivých typech CMP. Jedná se především o poruchy hybnosti končetin, postižení hlavových nervů, senzorické poruchy, vestibulární a mozečkové, ale rovněž poruchy kognitivních funkcí. Cíl se mění dle vyvíjejícího se stavu a měl by realisticky odrážet schopnosti pacienta. Důležité je přihlížet k úrovni motivace pacienta, míře tolerance rehabilitačního programu,

senzomotorickému deficitu a poruše posturální kontroly (Bar, 2011). V rámci rehabilitačního plánu pacient pracuje na zlepšení jemné motoriky, nejprve s dopomocí , pak samostatně (případně s rodinou). Pokud má pacient problém s jemnou motorikou, existují pomocné a kompenzační pomůcky k usnadnění oblékání, zavazování tkaniček, vaření atd. Následuje nácvik pasivního pohybu, dále asistovaný pohyb a aktivní pohyb. Podstatná je snaha provádět s pacientem jeho každodenní činnost, aby se stal co nejvíce soběstačný v oblékání, hygieně, chůze a v denní rutině.

Zásady rehabilitační léčby

Během akutní fáze je prioritní léčba zachraňující život. Velkou péči je důležité věnovat prevenci dekubitů a kontraktur pomocí správného polohování pacienta (Šeclová, 2004). Polohování po cévním mozkovém infarktu je velmi důležité a začíná ihned po uložení pacienta na lůžko. Následky iktu jsou parézy nebo spastická obrna. Častá změna polohy ležícímu prospívá a předchází se tím snížené spasticitě, kontraktur (zkrácení svalů) a vzniku dekubitů, které se následně dlouhodobě hojí (Mikula, Mületová, 2008).

Zotavování pacienta

Po období mozkového šoku nastává fáze zotavování. Obvykle začíná druhým a šestým týdnem po prodělané CMP. Zotavování může probíhat ve třech různých stádiích. Jednotlivé fáze zotavování jsou individuální u každého pacienta. Zároveň není zcela možné pozorovat její přesný začátek a konec. První fází zotavování je stádium ochablosti, které může trvat poměrně dlouho. Dochází ke ztrátě motoriky a obvykle ji doprovází i silná senzorická ztráta. Paže člověka jsou ochablé až visící. Kvůli svalové ochablosti a nízkému tonu není možné udržet končetiny v prostoru. Pro člověka je toto stádium nejvíce deprimující. Jen málo pacientů, kteří prodělali CMP, zůstane navždy nehybnými. Téměř vždy se projeví určitý stupeň zvýšeného svalového napětí (spasticity). Druhým stádiem zotavování je vývoj směrem k normálnímu stavu. Končetiny začínají znovu ovládat svou hybnost. Podle normálního vzorce dochází dříve k pohybu horních končetin i přesto, že prodělaný iktus zahubí mnoho mozkových buněk. Zbylé buňky jsou schopné převzít činnost a dokážou ztracenou pohyblivost znovu obnovit. Ve většině případů zůstává mírná invalidita. Ve třetím stádiu dochází k obnovení motorické funkce s vývojem směrem ke spasticitě. Nejprve se obnovují proximální pohyby končetin (kyčle a ramena). Zvýšený tonus pozorujeme především u silnějších svalů těla (známých jako antigravitační svaly), které slouží ke zvedání těla,

k nesení váhy proti gravitaci (Šeclová, 2004).

Faktory ovlivňující zotavování

Někteří pacienti po CMP se zcela téměř zotaví bez následků a komplikací. U jiných mohou dále přetrvávat potíže i po roce od prodělaného iktu. Existuje mnoho faktorů, které mohou zotavení ovlivnit (Šeclová, 2004). Jedním z nich je věk. U mladých lidí probíhá rekonvalescence mnohem lépe. Druhým ovlivňujícím faktorem je místo, které bylo postižené. Hlavní je však rozsah postižení mozku. Významnou roli v zotavování má také zdravotní stav a kondice pacienta (Down et al., 2017). Důležitá je i podpora rodiny a motivace pacienta. Povzbuzení a snaha nemocného je třetina úspěchu.

1.1.10 LOGOPEDIE

Název logopedie je tvořen z řeckého slova *logos*- slovo a *pedia* - výchova. Tento vědní obor se zabývá narušenou komunikační schopností a rozvíjením komunikačních dovedností u osob jakékoli věkové kategorie (Klenková, 2006). Kejklíčková (2011) tvrdí, že logopedie je zaměřena především na léčebnou reedukaci řeči, ale také na komplexní rehabilitační péči o nemocného. Cílem logopedie není naučit pacienta naprosto bezchybně hovořit, ale vylepšit jeho dorozumívací schopnosti, aby se běžně domluvil (Kejklíčková, 2011). Jedním z nejčastějších vyšetření patří Bostonská klasifikace, která zahrnuje psaní, spontánní řeč, rozumění mluvenému slovu, posuzování slov, opakování slov, čtení, pojmenování, odpověď na otázku a porozumění významu slova (Pfeiffer, 2007).

Komunikační problémy

Existují dva typy komunikačních problémů, které mohou být následkem cévní mozkové příhody. Poškození jazykového centra v mozku, které se projevuje potížemi s přemýšlením, mluvením či psaním slov. Pacient chápe, co se mu říká, ale nedokáže nalézt správná slova ke komunikaci. Lidé se slabším poškozením mozku jsou schopni hovořit, ale používají krátké fráze či jednoduchá slova. Tento komunikační problém je nejčastější. Mohou se objevovat potíže s chápáním slov, která pronášejí ostatní. Pacient chápe jen málo z toho, co se mu říká, a tudíž nemůže komunikovat. Další překážkou v komunikaci může být ochablost svalů, které jsou potřebné k mluvení. Objevují se potíže s artikulací z důvodu ochablosti rtů, jazyka, hrdla či patra. Zde je velmi důležité udržet sociální kontakt. Pro pacienta je přínosné alespoň snaha o komunikaci či

poslouchání konverzace. Pokud člověka izolujeme, ztratí důvěru v návrat mluvy a nastane frustrace (Šeclová, 2004). Po cévní mozkové příhodě často dochází k poruchám řeči (afaziím). Pojem afázie znamená částečnou nebo úplnou ztrátu řeči následkem mozkového onemocnění. Ztráta komunikace znamená pro nemocného snížení kvality života a ztrátu kontaktů. Hlavním cílem terapie je co nejrychleji umožnit pacientovi komunikovat (Lippertová - Grünerová, 2015). Pro podporu komunikace jsou dostupné komunikační tabule či logopedie (Šeclová, 2004). Afazii rozlišujeme do tří částí. V první fázi, v aktivaci, dochází k podpoření spontánní remise aktivním logopedickým nácvikem. Následující fází je specifické cvičení, které začíná ve 4. - 6. týdnu od začátku onemocnění. Nasazeny jsou divergentní a kompenzační metody podle deficitu řeči. Poslední fází je konsolidace, která má za cíl zlepšit komunikaci. Využívá se převážně skupinová terapie, v níž se předpokládá, že pacient využije všechny své komunikační prostředky (Lippertová - Grünerová, 2005).

1.2 EDUKACE

Pojem edukace můžeme označit jako učební proces, díky kterému dosáhneme zlepšení kvality života (Podstatová et al., 2007). Edukace pacientů a rodiny zajišťuje lepší účast na procesu poskytování zdravotní péče, a především jim umožňuje kvalifikovaně se rozhodovat. K edukaci dochází při kontaktu pacienta s lékařem či příslušným ošetřovatelským personálem. Edukační proces začne posouzením toho, co by měl klient zvládnout. Dále se nemocnému sdělí vhodným způsobem dostatečné množství informací (Joint Commission International, 2008).

Edukace se dělí na pět částí. První fází je počáteční pedagogická diagnostika, druhou fází je projektování a třetí fází je realizace, která začíná motivací edukanta. Motivace je rozdělena na vnitřní a vnější a navazuje na ní expozice, při které získáváme nové poznatky. Dále navazuje fixace a aplikace. Čtvrtou fází je upevnění učiva, kde je důležité stále procvičovat a opakovat. Poslední fází je zpětná vazba, hodnotící nejen výsledky edukanta, ale i naše (Juřeníková, 2010). Každý pacient má právo na edukaci, proto je velmi podstatné poskytnout co nejvíce informací a poučit jak pacienta, tak i jeho blízké, čímž můžeme předejít konfliktům a zdravotním komplikacím. Edukace je zaměřena na fyzickou, psychickou i sociální stránku pacienta (Špirudová et al., 2006). Edukace je úzce propojena s ošetřovatelským procesem (Juřeníková, 2010). Popis edukace zobrazuje obrázek v příloze A.

Předčasné propuštění z nemocnice umožňuje pacientům pokračovat v rehabilitaci v domácím prostředí podle volby pacienta i jeho rodiny. Zdali bude rehabilitace pokračovat, je jen na pacientovi a jeho rodině. Hlavním cílem edukace je přizpůsobit pacientovi každodenní činnost, dosáhnout soběstačnosti, a pokud je to možné, vrátit se zpět do běžného života. Proto je důležité zvýšit povědomí o dostupných službách a možnostech zajištění bezpečného domácího prostředí. Edukace zahrnuje poučení o kompenzačních pomůckách, léčbě a vybavení, které je ovšem nákladné. Ergoterapeuti se snaží zvýšit informovanost pacientů před propuštěním z nemocnice. Pro zvýšení povědomí o pacientech bylo napsáno „Shrnutí doporučení pro pacienty a jejich rodiny“, které poskytuje pacientům s mrtvicí a jejich rodinám jasný soubor informací, které jsou důležité pro zvýšení soběstačnosti v domácím prostředí (Kovářová et al. 2018).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V následující kapitole se budeme věnovat stanoveným cílům a výzkumným otázkám, které byly vytvořeny pro bakalářskou práci.

2.2 CÍLE PRÁCE

Cíl 1 : Popsat edukaci pacientů po cévní mozkové příhodě z pohledu sester.

2.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V souvislosti se stanovenými cíli naší bakalářské práce jsme zvolily následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jak probíhá edukační proces v péči o pacienta po prodělané CMP?

Výzkumná otázka 2: Jak je zajištěna kontinuita péče o pacienta po CMP po zvládnutí léčebného procesu?

Výzkumná otázka 3: Jak se všeobecné sestry podílí na vedení edukace po CMP?

Výzkumná otázka 4: Jaké jsou nejčastější bariéry stojící v realizaci edukačního procesu?

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

Tato kapitola slouží k definování pojmů, které jsou použity v cílech a výzkumných otázkách naší práce.

Edukace – *Výchova, taktéž ve smyslu edukace pacientů s určitou (zejm. chronickou) chorobou. Umožňuje zvýšení péče o vlastní zdravotní stav a průběh choroby (Kašáková et al., 2015, s.92).*

Pacient – *Pacientem je v současné době každá fyzická osoba, které je poskytována zdravotní péče bez ohledu na to, zda se jedná o prevenci, diagnostiku či léčení, bez ohledu na to, kým je péče uhrazena, a bez ohledu na pohlaví a věk (Vondráček et al., 2011,.s 72).*

Cévní mozková příhoda – *Cévní mozkové příhody jsou podle WHO (World Health Organization) definovány jako rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu" (Nevšímalová et al.2005, s. 171).*

4 METODIKA VÝZKUMU

V další kapitole se budeme zabývat metodikou výzkumného šetření a charakteristikou výzkumného souboru.

4.1 POUŽITÉ METODY

Pro výzkumnou část naší bakalářské práce jsme s ohledem na cíle práce zvolily techniku kvalitativního šetření. Pro sběr dat, byla zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami, sestrami s vysokoškolským titulem a sestrami s odbornou specializací. Výzkumné šetření bylo realizováno v nemocnici v jihočeském kraji. Během rozhovorů nebyl použit audiovizuální záznam, jelikož si sestry nepřály, nahrávání rozhovoru, a proto jsme jejich přání respektovaly. Proto byl rozhovor zaznamenáván u každé dotazované sestry písemně. Rozhovor byl formálně upraven a dále přepsán do programu Microsoft Word (ukázka kódování rozhovoru je v příloze D). Získávání dat bylo analyzováno pomocí programu MAXQDA 2020, kde jsem barevně vyznačila hlavní kategorie, podkategorie a jednotlivé kódy. Každý rozhovor byl individuální a trval přibližně třicet minut. Obsahoval předem připravených 26 otázek, které byly otevřené i uzavřené. První dvě otázky se týkaly identifikačních údajů o respondentech (dosažené vzdělání a délka praxe ve zdravotnictví). 3, 4, otázka byla zaměřena na podstoupení školení o edukaci pacienta a obsah školení. 5, 6, 7 otázka byla zaměřena převážně na samotnou edukaci, edukační proces a metody edukace, které jsou prováděny během hospitalizace. Další otázky se vztahovaly převážně na údaje pacientů po prodělané CMP (průměrný věk pacientů, četnost pacientů na neurologickém oddělení). Další otázky zjišťovaly, zda je rodina ochotna se zapojit do edukace nemocného a zdali se rodina zapojuje do péče o pacienta. Dále jsme se zaměřily na náplň edukace, kdo pacienta edukuje, jakou formou je pacient edukován a rozdíl mezi edukací během hospitalizace a edukací při propuštění do domácího prostředí. Otázky na konci rozhovoru byly zaměřeny na edukační bariéry.

4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ SKUPINY

Výzkumnou skupinou dotazovaných osob tvoří celkem deset sester. Rozhovor byl veden se sestrami, které pracují na neurologickém oddělení v jihočeském kraji. Do výzkumu byly zapojeny všeobecné sestry, sestry s bakalářským i magisterským titulem a sestry s odbornou specializací. Rozhovory z nemocnice byly provedeny po schválení

hlavní sestrou nemocnice (viz příloha E). Rozhovory jsou samozřejmě anonymní. Výzkumné šetření proběhlo koncem února a začátkem března 2020 a bylo provedeno vždy osobně. Nejprve jsem si vyžádala schválení výzkumu v nemocničním zařízení a dále došlo ke kontaktu mezi autorkou, vrchní a staniční sestrou neurologického oddělení, se kterými bylo domluveno osobní setkání a další domluva ohledně tázaných sester a sběru podstatných dat.

Z rozhovoru se sestrami z neurologických oddělení jsme zjistily, jejich dosažené vzdělání, zda absolvovaly školení zaměřené na edukaci pacienta a délku praxe ve zdravotnictví. Tyto údaje jsou znázorněny v tab. l.

Tab. 1 Údaje o respondentech

Označení sestry (S)	Dosažené vzdělání	Délka praxe ve zdravotnictví	Absolvování školení, zaměřené na edukaci
S1	Vysokoškolské - bakalářský titul	13 let	Ano
S2	Všeobecná sestra	15 let	Ne
S3	Všeobecná sestra	16let	Ne
S4	Vysokoškolské - bakalářský titul	5 let	Ne
S5	Vysokoškolské + specializace	9 let	Ano
S6	Všeobecná sestra	16 let	Ne
S7	Vysokoškolské – magisterský titul	5 let	Ano
S8	Vysokoškolské - bakalářský titul	7 let	Ano
S9	Vysokoškolské + specializace	18 let	Ano
S10	Vysokoškolské - bakalářský titul	7 let	Ne

Zdroj: Vlastní výzkum

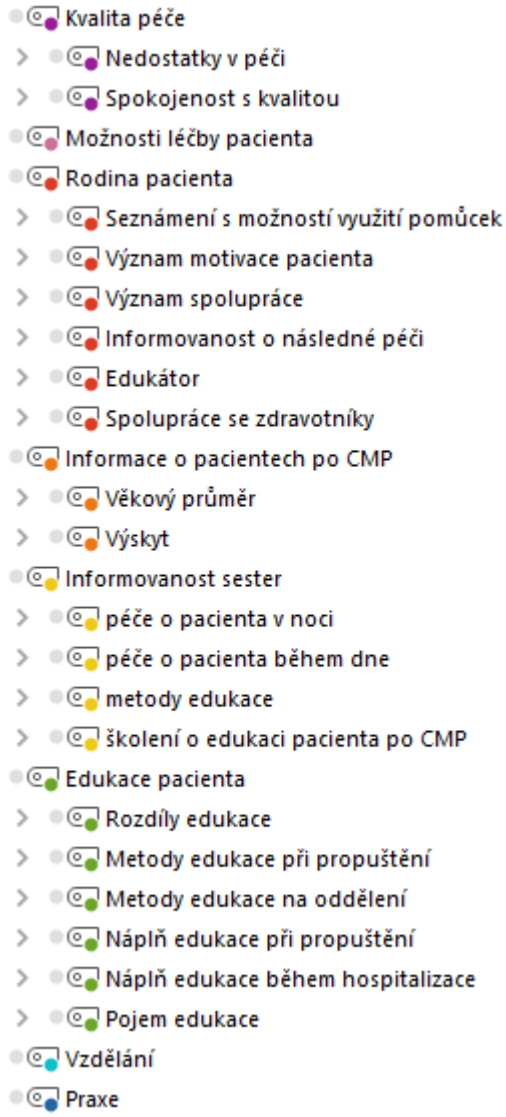
Označení S1 až S10 jsou sestry, které pracují na neurologickém oddělení. Sestra, označena jako S1 dosáhla bakalářského titulu a udává délku praxe ve zdravotnictví 13

let. Sestra, označena S2 dosáhla středoškolského vzdělání (všeobecná sestra) a udává délku praxe ve zdravotnictví 15 let. Sestra, označena jako S3 dosáhla středoškolského vzdělání (všeobecná sestra) a udává délku praxe ve zdravotnictví 16 let. Sestra, označena S4 dosáhla bakalářského titulu a udává délku ve zdravotnictví 5 let. Sestra, označena S5 dosáhla vysokoškolského vzdělání s odbornou specializací a udává délku praxe ve zdravotnictví 9 let. Sestra, označena S6 dosáhla středoškolského vzdělání (všeobecná sestra) a udává délku ve zdravotnictví 16 let. Sestra, označena S7 dosáhla magisterského titulu a udává délku praxe ve zdravotnictví 5 let. Sestra, označena S8 dosáhla bakalářského titulu a udává délku praxe ve zdravotnictví 7let. Sestra, označena S9, dosáhla vysokoškolské vzdělání s odbornou specializací a udává délku praxe ve zdravotnictví 18 let. Sestra, označena S10 dosáhla bakalářského titulu a udává délku ve zdravotnictví 7 let. Sestry označené jako S1 ,S5, S7, S8, S9 absolvovaly školení zaměřené na edukaci pacienta. Shodly se, že školení bylo zaměřené na komunikaci a lepší spolupráci s klienty. Naučily se novým poznatkům i vědomostem a dosáhly změny v chování k pacientovi. Školení bylo přínosné pro rozvíjení nových technik edukačního procesu. Díky školení zná sestra více možností, metod i zásad komunikace a umí lépe edukovat pacienta a jeho rodinu.

5 VÝSLEDKY ANALÝZY

5.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ROZHOVORŮ

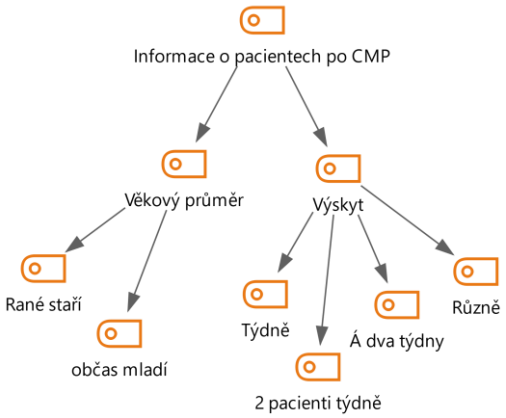
Po použití metody otevřeného kódování vznikly z rozhovoru následující kategorie a podkategorie, které jsou uvedeny na obr. 1. Pokud u některé kategorie či podkategorie bylo více kódů, je v obrázcích pro lepší přehlednost znázorněno pouze 5 nejpoužívanějších.



Obr. 1 Kategorie a podkategorie (zdroj: vlastní zpracování)

5.1.1 KATEGORIE Č. 1 INFORMOVANOST O PACIENTECH PO CMP

V této kategorii nás zajímalo, jak často se vyskytují pacienti po CMP na neurologickém oddělení a jaký je jejich věkový průměr. Kódování této kategorie je znázorněno na obr.2.



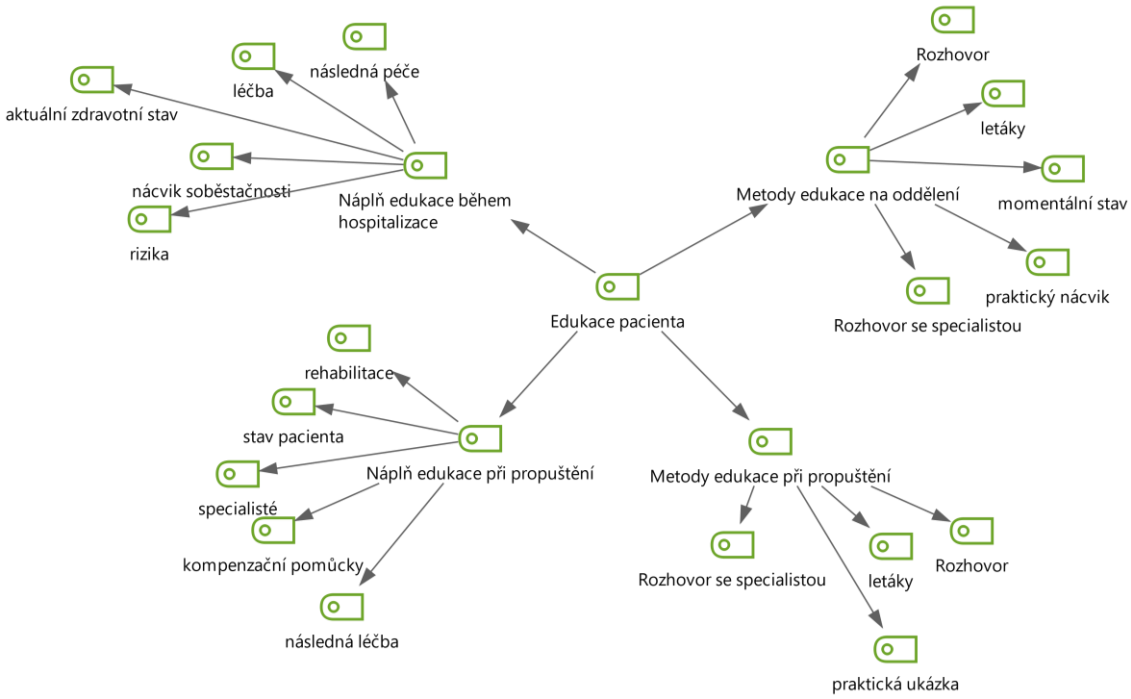
Obr. 2 Kódování kategorie informace o pacientech po CMP (zdroj: vlastní zpracování)

Podle výsledku z výzkumného šetření se všechny tázané sestry S1 – S10 shodly, že na neurologickém oddělení se vyskytne zhruba každý týden jeden pacient po prodělané CMP. Následně se také shodly, že věk pacienta odpovídá většinou ranému stáří, což je okolo šedesáti až sedmdesáti let. Sestry také odpověděly, že pacienti mladšího věku, kteří prodělali CMP, se na neurologickém oddělení vyskytují ojediněle. Pro toto tvrzení přikládám několik odpovědí respondentek.

„Pacienti okolo 60-75 let Spíše starší pacienti." (S3) *„Hlavně starší pacienti cca. 65 let a více, občas mladí pacienti.“* (S4) *„Asi okolo cca 60- 70 let Ojediněle mladí lidé. "* (S5) *„Spíše starší pacienti. Okolo 70 let "* (S6) *„Řekla bych něco okolo 60 pacientů a více"* (S10).

5.1.2 KATEGORIE Č. 2 EDUKACE PACIENTA

Tato kategorie je zaměřena na edukační proces na neurologickém oddělení. Edukaci pacienta jsme rozdělily na edukaci během hospitalizace a edukaci při propouštění z nemocnice. Dále nás zajímalo, jaká je náplň edukace a jaké sestry využívají metody při edukaci pacienta po prodělané CMP. Pro lepší přehlednost jsme tuto kategorii rozdělily na podkategorie a kódy znázorněné na obr. 3.



Obr. 3 Kódování kategorie edukace pacienta (zdroj: vlastní zpracování)

5.1.2.1 Pojem edukace

Podkategorie zahrnuje především samotný pojem edukace. Zajímalo nás, zda sestry ví, co znamená edukace pacienta a zdali mohou tento pojem blíže specifikovat. Podle výsledků výzkumného šetření se všechny sestry S1 – S10 shodly, že pojem edukace znamená poučení či vzdělávání pacienta, které obsahuje informace o jeho zdravotním stavu a dalších podrobnostech o léčbě a onemocnění. Dále sestry podotkly, že edukace zahrnuje také poučení pacienta o zdravém životním stylu, délce hospitalizace, o rizicích a komplikacích nemoci, o rehabilitaci (jaké bude využívat kompenzační pomůcky) a veškerých vyšetření, které pacient podstoupí. K tomuto tvrzení dokládám několik příkladů.

„Poučení pacienta, ohledně léčby a celého pobytu v nemocnici" (S1). *„Poučení o jeho stavu, jaké je jeho onemocnění, v jakém stavu je, jaká jsou rizika nemoci "* (S3) *„ Poučení pacienta o jeho nemoci, následné péči, jak bude léčba probíhat, jaký je jeho stav, jaká jsou možná rizika a komplikace "* (S5). *„ Poučení pacienta o léčbě, o životním stylu a jeho onemocnění, převazech, různých technikách, používání pomůcek, rehabilitaci "* (S9).

5.1.2.2 Náplň edukace během hospitalizace

V této podkategorii nás zajímalo, co je náplní edukace během hospitalizace na neurologickém oddělení. Dotazované sestry, označené jako S1 – S10 se shodly, že edukace pacienta se odvíjí od celkového stavu nemocného. Během hospitalizace je pacient poučen o chodu neurologického oddělení, jaká vyšetření pacient podstoupí, jaký je aktuální zdravotní stav pacienta a jaký bude průběh léčby.

Dále je pacient poučen o důležitosti nácviku soběstačnosti, jaké bude užívat léky, jaká jsou rizika a komplikace onemocnění. Pacient je informován, jak bude probíhat rehabilitace a jaké bude využívat kompenzační pomůcky. S7 doplnila, že během hospitalizace poučujeme pacienta o důležitosti pitného režimu a příjmu potravy. U pacientů, kteří mají nadváhu, informují o důležitosti redukce váhy a vysvětlují důležitost polohování, tudíž o prevenci dekubitů. S9 podotkla, že: „*Je třeba pacientovi vysvětlit, že se nemá snažit vše zvládnout sám*.“ Jako příklad uvedla: „*Doprovod na toaletu.*“ (hrozí riziko pádu)

„*Pacient si zazvoní a s naším doprovodem si dojde na toaletu.“*(S9) *„Nácvik soběstačnosti, zajištění podpory pacienta, poučení pacienta o jeho nemoci, průběhu a léčbě. Edukace o pobytu v nemocnici, jak bude léčba probíhat, jaká vyšetření pacient podstoupí. "* (S2) *„Edukace během hospitalizace je, abychom pacienta edukovaly o jeho nemoci, jak se bude léčit, jak dlouho léčba potrvá a jaká jsou rizika. Nácvik rehabilitace a pohybu.“* (S5) *„Edukace o užívání léků, rehabilitaci, schopnosti soběstačnosti, o stavu nemocného, zapojení rodiny.“* (S10)

5.1.2.3 Náplň edukace při propouštění

Tato podkategorie je zaměřena na náplň edukace pacienta při propouštění z nemocnice. Zde se sestry S1 – S10 shodly, že nejdůležitější je, informovat pacienta o jeho současném stavu. Pokud má pacient nějaký handicap, je podstatné informovat nemocného i jeho rodinu o kompenzačních pomůckách, které bude využívat. Dále se shodovaly, že je nezbytné informovat pacienta o možnostech následné léčby (např. logoped, fyzioterapeut či další rehabilitace), docházení zdravotníků do domácí péče a informovat o důležitosti dodržování léků a pravidelných lékařských kontrol. Vzhledem k uvedené skutečnosti udávám několik odpovědí.

Odpověď sestry S1 byla, že náplní edukace pacienta, při propouštění z nemocnice je:

„Poučit pacienta o potřebných pomůckách o jeho nemoci, následné léčbě. Jak bude rehabilitovat, jaké bude užívat léky.“ S5*: „ Poučit pacienta o možnostech další léčba, potřebných pomůckách o jeho nemoci a následné léčbě. Jaké mohou být komplikace, že se může nemoc opakovat. Docházení na kontroly a vyšetření.“* S6*: „Poučení pacienta o potřebných pomůckách, o jeho nemoci, rehabilitaci, možnostech logopeda."* Respondentka, označená jako S2 podotkla, že mimo jiné je třeba: *„Doporučení pomůcek proti inkontinenci a doporučit domácí péči. Snažíme se pacienta motivovat k samostatnosti, ke snaze, aby to nevdával. Motivovat rodinu, anebo jim pomoci vyhledat odborníky, kteří by jim mohli pomoci s rehabilitací, logopedií či najít lepší sociální prostředí."* S3 poukázala na edukaci pacientů po prodělané CMP, kteří trpí nadváhou a mají špatné stravovací návyky: *„Vysvětlení nemocnému, proč ho propouštíme, co má dodržovat, na co si musí pacient dávat pozor. Sdělit mu jeho stravovací návyky a jak je narušená jeho kvalita života, jak se s tím vypořádat, jaké má pomůcky, které mu mohou zlepšit hybnost či manipulaci s předměty."* S7 doplnila důležitost edukace imobilního pacienta o prevenci dekubitů a antikoagulační léčbě: *„Poučit pacienta o specifikách léčby, jako je aplikace Clexanu, proč se užívá. Pravidelné polohování, dodržování pitného a dietního režimu a další plánovaná vyšetření."*

5.1.2.4 Metody edukace na oddělení

V této podkategorii nás zajímaly metody edukce, které sestry znají a využívají při edukaci pacienta, po prodělané CMP během hospitalizace na neurologickém oddělení. Sestry S1 – S10 se shodují, že během hospitalizace edukují pacienta hlavně slovní metodou či praktickým cvičením. Dále se shodovaly odpovědi sester S3, S6, S7, které odpověděly: *„Nejčastěji je to slovní edukace, ale využíváme i názornou ukázku.“* U sester, označené jako S1, S4, S5, S8 a S10 se odpovědi shodovaly v tom, že pacienta i jeho rodinu edukují slovně a odkazují je i na jiné odborníky: *„ Pacienta pro prodělané CMP nejčastěji odkazujeme na odborníky, jako jsou fyzioterapeut, logoped či sociální sestra.“* Sestra S9 jako jediná uvedla metodu edukace pacienta pomocí letáků. S9:*„ Nejčastěji využívám slovní metodu edukace, dále praktickou a někdy edukuji pomocí dostupných materiálů, jako jsou letáky.“*

5.1.2.5 Metody edukace při propouštění

Tato podkategorie je zaměřena na metody edukace pacienta při propuštění z nemocnice. Opět nás zajímaly metody, které sestry praktikují při propuštění pacienta po prodělané

CMP. V této podkapitole se odpovědi všech sester shodovaly. S1 – S10 odpověděly, že metody edukace, které praktikují při propuštění pacienta z nemocnice, jsou stejné jako metody edukace během hospitalizace. *„Stejně jako při hospitalizaci. Zapojují se do edukace jiní odborníci, jako sociální sestra, nebo nutriční terapeut."* (S1*) „Stejně jako při hospitalizaci. Edukujeme jak pacienta, tak i rodinu nemocného. "* (S3) *„Myslím, že se to neliší, edukujeme stejně jako při hospitalizaci."* (S6)

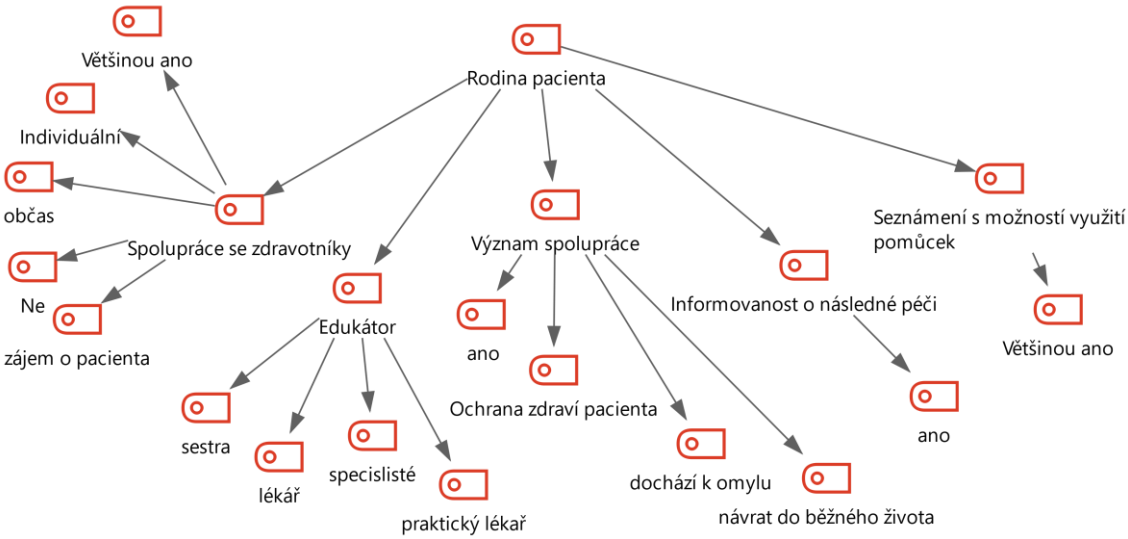
5.1.2.6 Rozdíly edukace

V této podkategorii nás zajímalo, zdali se liší edukace pacienta během hospitalizace a edukace pacienta při propuštění z nemocnice a jaký je mezi nimi rozdíl. Odpovědi dotazovaných byly rozdílné. Sestra S2, S4 a S6 odpověděly, že se neliší, tudíž mezi nimi není žádný rozdíl. Naopak S1, S3, S5, S7, S8, S9 a S10 odpověděly, že jsou jednotlivé edukace pacienta odlišné a jsou mezi nimi významné rozdíly. K tomuto tvrzení dokládám několik příkladů.

„Liší se v tom, v jakém je momentální stavu, v léčbě. Hlavně se liší v tom, o čem člověka edukujeme. Při hospitalizaci pacienta edukujeme o chodu oddělení, co se s ním bude dít, jaká bude jeho hlavní léčba. Při propouštění je to převážně následná léčba, užívání dalších léků či pobyt ve speciálním zařízení.“ (S1) *„ Rozdíl je v tom, v jakém je pacient momentálním stavu i v léčbě. Během léčby pacienta poučuje o tom, co se s ním bude dít v nemocnici, naopak při propuštění je to tak, že edukujeme rodin i pacienta, jak bude pokračovat v léčbě sám, mimo nemocnici, jaké má možnosti. Na jaké vyšetření a kolikrát bude dojíždět, na jaké kontroly půjde. "* (S3) *„ Liší se podle daných vyšetření, podle stavu klienta, hybnosti a samostatnosti."* (S7) *„Jsou odlišné a to v tom , že pacient během hospitalizace potřebuje edukaci „tady a teď“, což je důležité pro spolupráci a léčbu."* (S9)

5.1.3 KATEGORIE Č. 3 RODINA PACIENTA

Kapitola je zaměřena na rodinu pacienta po prodělané CMP. Sestrám byly kladeny otázky, které byly zaměřené na význam spolupráce rodiny se zdravotnickým personálem. Zajímalo nás, zda je rodina nemocného informovaná o následné péči a možnostech využití kompenzačních pomůcek. Otevřené kódování kategorie je znázorněno na obr. 4.



Obr. 4 Kódování kategorie rodina pacienta (zdroj: vlastní zpracování)

5.1.3.1 Význam spolupráce

V této podkategorii nás zajímal názor sester, zda je důležitá spolupráce mezi zdravotnickým týmem a rodinou nemocného. Sestry S1 – S10 odpověděly, že spolupráce mezi zdravotníky a rodinou nemocného je velmi podstatná a přínosná pro zlepšení stavu nemocného. Pokud rodina nemocného spolupracuje se zdravotnickým týmem, pacient je více motivován a snaží se být více soběstačný. S2 se zmínila, že pokud nedostane rodina nemocného dostatečné množství informací (buď to o lékaře, či jiného zdravotníka), může dojít k poškození pacienta jak z fyzické, tak i psychické stránky.

„Občas může dojít i k omylu, kdy dochází buď k špatně vysvětleným informacím, či špatně pochopeným informacím. Proto je důležité, předcházet tomu a snažit se nemluvit v odborných termínech, ale laicky“ (S2). S4 konstatovala, že spolupráce rodiny se zdravotníky může urychlit zlepšení stavu pacienta a rychlejší návrat do běžného života. *„ Je to lepší pro rychlejší léčbu a návrat do běžného života. Rodina se po domluvě se zdravotníky domluví na léčbě, motivuje pacienta a snaží se mu sama pomoci.“* S7odpověděla, že : *„Ne vždy je to zcela možné, někdy je těžká domluva, jak s rodinou, tak i s pacientem. Ale určitě je to důležité, aby rodina věděla, jak pacientovi pomoci, jak s pacientem manipulovat, jaké prášky by měl nemocný užívat, co smí a co ne.“*

5.1.3.2 Seznámení s možností využití kompenzačních pomůcek a informovanost o následné péči

Zde nás zajímalo, zda sestry na neurologickém oddělení edukují rodinu pacienta o následné péči o pacienta po prodělané CMP a zda rodinu i nemocného informují o kompenzačních pomůckách, které pacient využije. Sestry odpověděly, že pacient i rodina je vždy dostatečně informována. Podrobnosti o následné péči poskytuje převážně lékař či sociální sestra, která zajistí nebo doporučí následnou péči či správné sociální zařízení pro nemocného. Taktéž je to i s kompenzačními pomůckami, které doporučují převážně lékař a specialisté. Jsou to převážně fyzioterapeuti, logopedi, psychologové. Sestry mohou informovat pacienta i rodinu, ale odkazují je hlavně na tyto odborníky, kteří mají více zkušeností.

5.1.3.3 Spolupráce se zdravotníky

V rámci rozhovoru nás zajímalo, zdali je rodina ochotna spolupracovat v rámci terapeutických cvičení, jako je například rehabilitace či logopedická cvičení s pacientem po prodělané CMP. S1 – S10 se shodly, že je to individuální. Sestry podotkly, že spolupráce rodiny je přínosná hlavně pro motivaci pacienta, která vede k zlepšení stavu. Spolupráce se odvíjí od intelektu člena rodiny, časové náročnosti terapeutických cvičení, rodinných vztahům, zájmu ze strany rodiny o nemocného a samozřejmě zájem ze strany pacienta. S3 a S4 uvedly, že spolupráci rodiny se zdravotníky může také ovlivnit i negativní zkušenost. Dále mě zaujala odpověď S7, která konstatovala, že spolupráce rodiny závisí i na národnosti pacienta. K tomuto tvrzení dokládám několik příkladů.

„To je individuální. Někdy je to složité, jak s pacientem, tak i s rodinou. Někdy to vypadá, že spolupracovat nechtějí a hledají jen to špatné. Ale je to opravdu individuální, protože jde hlavně o charakter člověka a také v tom hraje i zájem o pacienta. Někdy se stane, že pacient rodinu má a mají špatné vztahy. Pacient je v nemocnici tři týdny a rodina se tady ani neukáže. Odvíjí se to i od stavu pacienta, rodina někdy podotkne, že na stavu pacienta máme podíl i my. Nedostatek rehabilitace, narušená psychika pacienta atd.. " (S2) *„ Záleží to na tom , zda má rodina k nám důvěru. Jakého jsou intelektu, jaký má vztah ke zdravotníkům. Třeba z minulých let“* (S3) *„ To je individuální. Záleží, jaké mají zkušenosti. Někteří lidé zdravotníkům nedůvěřují. Spolupracovat většinou chtějí.“* (S4) *„To je individuální, většinou ano.*

Záleží na národnosti pacienta a jeho rodiny, na odhodlání, na fyzické a psychické kondici rodiny. Občas se tu vyskytne i cizinec, který je zvyklý na jinou péči " (S7)

Dále jsem se zaměřila na rehabilitační a logopedická cvičení. S1 – S10 odpověděly, že pokud jde o rehabilitaci a logopedii, je třeba primární domluva s odborníkem. Dotazované sestry uvedly, že spolupráce s rodinou nemocného probíhá následovně. Po odborném zhlédnutí pacienta specialistou (v tomto případě fyzioterapeuta a logopeda), následuje edukace pacienta i jeho rodiny. Tato edukace je zaměřena na rehabilitaci nebo odborná cvičení pro zlepšení mluvy, a pokud má rodina zájem, ukáže jim odborník jednotlivá cvičení. S2 uvedla příklad: „*Ve chvíli, kdy se má pacient po prodělané CMP propustit z nemocnice, seznámí logoped rodinu pacienta, jak má s nemocným cvičit v domácím prostředí. Ukáže rodině jednotlivá cvičení pro zlepšení řeči či výslovnosti a dodá rodině papír, na kterém jsou uvedena cvičení. Rodina tak nezapomene cviky a může trénovat se svým blízkým doma.“* Toto tvrzení doložila papírem, kde jsou jednotlivá cvičení zaměřující se na mluvu, výslovnost, mimiku i paměť, viz příloha C. Sestra dodala, že tento papír rodině předá buďto sestra nebo přímo logoped.

Dále sestry podotkly, že rodina nemocného většinou spolupracuje a je ochotna procvičovat s pacientem. Sestry S4 a S9 se zmínily, že cvičení zaměřená na rehabilitaci, ovlivňuje fyzická kondice blízkých a časová náročnost. Dále se rodina obává, že pacientovi spíše ublíží. S7 uvedla, že s pacientem rehabilituje rodinný příslušník, jen tehdy, pokud už má nějaké zkušenosti nebo je školený specialista.

Názor sestry S1 „*Záleží také na věku osoby. Pokud má pacient ženu, která je staršího věku, nebo je také nemocná, tak nemá možnost s pacientem rehabilitovat. Občas to není možné, ale pokud je rodina ochotna a má dostatek sil, je to pro pacienta lepší. Rehabilitace je častější a pacienta to lépe motivuje. Někdy se tomu rodina brání, bojí se, že to nebudou umět, ale jakmile jim to odborník ukáže, je to i pro pacienta lepší, jelikož procvičuje řeč častěji, intenzivněji a s lidmi, které zná. " „Občas, záleží na přístupu rodiny a vztah mezi pacientem a rodinou. Dále pak na možnostech rodiny, zda má dostatek sil, dostatek času a jak často pacienta navštěvují. "* (S4) „ *Rehabilitují s ním, pokud je to někdo školený, zdravotník nebo to už někdy dělal, tak s pacientem rehabilituje. Ale převážně rehabilitujeme s pacientem my zdravotníci a odborník."* (S7)

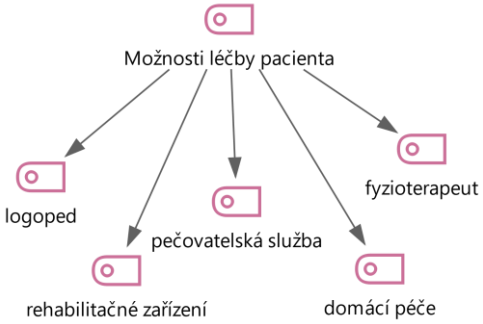
5.1.3.4 Edukátor

V této podkategorii nás zajímalo, kdo edukuje pacienta a jeho rodinu. Edukace je zaměřena na pacienta po prodělané CMP, který je hospitalizován na neurologickém oddělení. Tato otázka byla stanovena, jelikož nás zajímalo, zdali se také sestry zapojují do edukace pacienta. S1 – S10 uznaly, že hlavním edukátorem pacienta je lékař, který pacienta informuje o jeho onemocnění, zdravotním stavu, o možných rizicích a komplikacích a veškeré léčbě. Dále sestry uvedly, že pokud jde o pacienta po prodělané CMP je dalším hlavním edukátorem i sestra, fyzioterapeut, logoped i sociální sestra. Fyzioterapeut informuje a učí nemocného, jak rehabilitovat a vede nemocného k větší soběstačnosti. U pacientů s poruchou řeči je velmi důležitý i logoped, který dochází na neurologické oddělení a provádí s pacientem logopedická cvičení. Sociální sestra pomáhá k přizpůsobení domácího prostředí a umístění pacienta sociálního zařízení. Sestry S1, S4, S7 dodaly, že jelikož jsou s pacientem v nejčastějším kontaktu, je edukace na denním pořádku. S6 uvedla, že po propuštění pacienta edukuje i praktický lékař. Sestry S7, S8 a S9 konstatovaly, že mezi hlavní edukátory patří i nutriční terapeut, která pomáhá lidem s výživou. K těmto tvrzení dokládám odpovědi sester.

„Pacienta edukuje převážně lékař, sestra a někdy i sociální pracovník, fyzioterapeut a eventuelně i logoped." (S3) *„Lékař, sestra a někdy i sociální pracovník, fyzioterapeut a logoped."* (S4) *„ Hlavně lékař, sestra a následně i praktický lékař, fyzioterapeut.“* (S6) *„ Hlavně lékař. Občas sestra a někdy i sociální pracovník, fyzioterapeut a eventuelně i logoped a nutriční terapeut."* (S9)

5.1.4 KATEGORIE Č. 4 MOŽNOSTI LÉČBY

Tato kategorie se zabývá informovaností sester, zdali dokážou specifikovat, jaké má pacient možnosti léčby po propuštění z nemocničního prostředí. Tuto otázku jsme stanovily z toho důvodu, že nás zajímalo, jaký mají sestry přehled o dalších možnostech a zdali mohou doporučit pacientovi, či jeho rodině, jaké jsou další možné varianty pomoci v rámci ošetřovatelské péče o pacienta po prodělané CMP. Tato kategorie nemá žádné podkategorie a je rovnou rozdělena na kódy (obr. 5).



Obr. 5 Kódování kategorie možnosti léčby (zdroj: vlastní zpracování)

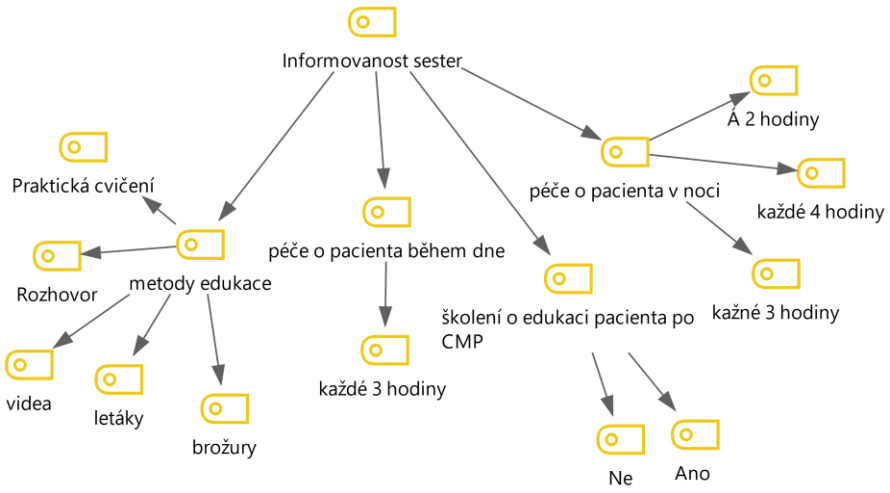
Většina sester se shodla, že první možností je hlavně oddělení následné péče, kde pacient bude léčen a správně rehabilitovat pod dozorem odborníků. Další následující odpovědí byla domácí péče, kterou jak správně podotkly, si nemůže dovolit každý. Alespoň polovina tázaných sester odpověděly, že pro pacienty po CMP jsou vhodné pečovatelské služky a zařízení, kam dochází fyzioterapeut či logoped, rehabilitační zařízení a pro starší pacienty i domovy pro seniory. Sestry také zmínily, že odbornou pomocí je pro pacienta i praktický lékař. S4 dodala, že další variantou pro odlehčovací pobyt jsou lázně. Sestra S10 zmínila ve své odpovědi jako odbornou pomoc i psychologa, který pacientovi pomůže, smířit se s handicapem a s narušenou kvalitou života. Sestra, označená S2 popsala jednotlivé zařízení vhodné k pomoci péče o pacienta a poznamenala, že někteří lidé se starají o své blízké v domácím prostředí. K tomuto tvrzení dodala, že je třeba rodinu nemocného informovat o úpravě prostření a k nezbytným pomůckám (polohovací lůžko, pojízdné WC, pomůcky proti inkontinenci a jiné). K těmto odpovědím dokládám příklady.

„Pečovatelská péče, fyzioterapie, logopedie, RHB zařízení, domov pro seniory, lázně." (S4) *„Pečovatelská péče, praktický lékař, fyzioterapie, logopedie, domácí péče, RHB zařízení.“* (S5) *„Upravené domácí sociální prostředí, fyzioterapie, logopedie, odlehčovací pobyty, domácí péče, RHB zařízení".* (S2) *„ Pečovatelská péče, praktický lékař, fyzioterapie, logopedie, domovy pro seniory, domácí péče."* (S6) *„ Pečovatelská péče, následná péče, logopedie, domácí péče, RHB zařízení.“* (S8) *„ Oddělení následné péče, pečovatelská péče, psychologická péče, lázně, RHB zařízení. "*(S9)

5.1.5 KATEGORIE Č. 5 INFORMOVANOST SESTER

Tato kategorie je zaměřena na informovanost sester na neurologickém oddělení, která zjišťuje, jaké znají sestry metody edukace a jaké nejčastěji využívají. Dále se zaobírá

zásadami ošetřovatelské péči o pacienta po prodělané CMP a obsahem školení, které sestry absolvovaly. Jednotlivé podkategorie a kódy jsou na obr. 6.



Obr. 6 Kódování kategorie informovanost sester

5.1.5.1 Metody edukace

V této podkategorii nás zajímaly metody edukace, které sestry nejčastěji využívají pro edukaci pacienta po prodělané CMP. S1 – S10 odpověděly, že nejčastější využívanou metodou je rozhovor s pacientem, ve kterém pacienta informují o jednotlivých výkonech, podrobněji nemocnému vysvětlují důležitost ošetřovatelské péče, snaží se pacienta motivovat a učí pacienta soběstačnosti. Sestry se zmínily, že pro edukaci využívají rozhovor, protože je to rychlý způsob, jak pacientovi sdělit nejvíce informací, i v malém časovém úseku. Pacient se tak může ihned zeptat, pokud ho něco zajímá nebo pokud něčemu nerozumí, můžeme informace zopakovat. Další metody, které nejčastěji využívají, jsou praktické ukázky a cvičení, které si pacient, jak sestry tvrdí, nejlépe zapamatuje a dokáže si je lépe představit. S3, S5, S7 dodaly, že využívají i letáky a brožury, které dávají převážně rodině pacienta. S6, S7, S10 se zmínily, že rodina může využít i videa, na které je odkazují sestry, ale využívají se jen zřídkakdy. S9 odpověděla, že v rámci edukace pacienta i jeho rodiny se používá instruktáž, školení (například, jak pacientovi aplikovat Clexan). K těmto tvrzení sester dokládám jejich odpovědi.

„Znám hlavně rozhovor - slovní formu, praktická cvičení.“ (S1) *„ Nejčastěji rozhovor, praktická cvičení. Já jako sestra většinou praktikuji sloní a praktickou.“* (S2) *„ Hlavně rozhovor, praktická cvičení, videa, brožury, letáky. "* (S5) *„ Rozhovor, praktická*

cvičení, videa, brožury, letáky. " (S7) *,, Slovní ponaučení, praktická cvičení,videa, brožury, letáky, konzultace, instruktáž "* (S9) *,, Rozhovor, praktická cvičení, videa"* (S10). Doplňující otázkou byla ošetřovatelská péče o pacienta po CMP. Sestry uvedly, že je nutné pacienta polohovat. Odpovědi sester byly shodné a to, že pacienta během dne polohují á 3 hodiny. Večer je pacient polohován podle většiny sester á 2 hodiny, dále á 3 hodiny a á 4 hodiny. K tomuto tvrzení podotkly, že se pacient polohuje i podle jeho mobility a jeho soběstačnosti. Dále uvedly, že sledují příjem a výdej tekutin a kladou velký důraz na hydrataci.

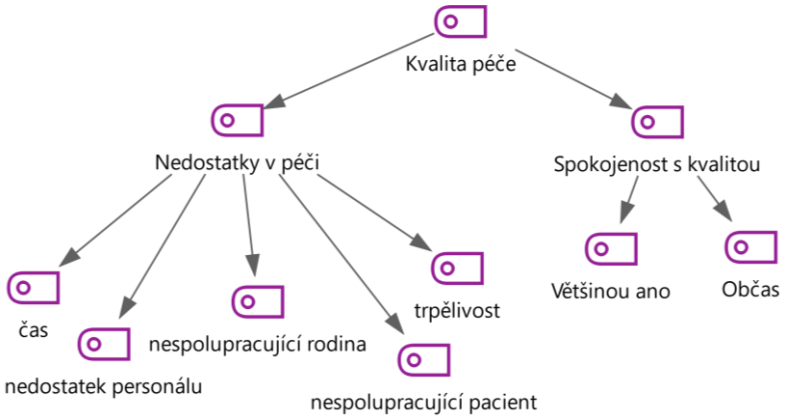
5.1.5.2 Školení zaměřené na edukaci pacienta

V této podkategorii nás zajímalo, kolik z tázaných sester podstoupilo školení zaměřené na edukaci pacienta. Pokud sestra absolvovala toto školení, následně nás zajímala další otázka, co dané školení obsahovalo a zdali bylo přínosné. Sestry označené jako S1, S5, S7, S8 a S9 byly proškoleny. S1 odpověděla : *,, Školení zaměřené na edukační činnost jsem podstoupila asi před 5 lety a nevím, zda jsou stejné metody i teď. Každopádně, snažíme se využívat ty nejúčinnější metody, aby edukace pacienta byla v pořádku a správně.“* (S1) *,, Školení bylo velmi přínosné, jelikož si myslím, že teď znám více metod edukace, které mohu využít v praxi. Edukace je tak snazší i pro pacienta, tak i pro rodinu. “* (S5) *„Školení, které jsem podstoupila mi pomohlo v edukaci pacienta, protože dřív jsem neznala jednotlivé metody a zásady edukace. Myslím si, že je důležité znát zásady edukace, abychom nepoškodily pacienta. Samozřejmě je mnoho faktorů, které edukaci narušují, takže občas sama vidím, že ne vždy je edukace přizpůsobená pravidlům, ale spíš našim podmínkám, které odpovídají třeba našemu času během dne.“*(S7) *,,Abych řekla pravdu, o edukační činnosti jsme se učily již na vysoké škole, dále jsem nastoupila do pracovního provozu a za pár let jsem podstoupila školení zaměřené na edukaci pacienta. Asi mi to pomohlo v tom, že vím více informací, jak edukovat nemocného, jak informovat rodinu pacienta. Dále pak zaměřit se na časté chyby, které se provádějí a jak se jim vyvarovat. Teď v praxi využíváme tak polovinu metod, které znám. Nejsem si úplně jistá, zdali je to dobře, ale myslím, že využíváme ty, které jsou nejúčinnější.“* (S8) *„Školení, zaměřené na edukaci jsem podstoupila asi před 5 lety, možná i déle. Myslím, že to bylo velmi přínosné. V praxi samozřejmě vidím, že občas děláme chyby, ale myslím, že je to tím, že nejsou prostředky, pro lepší edukaci. Co se týče rodiny nemocného, tak si myslím, že rodina dostane dostatečné množství informací. Když se podívám na edukaci pacienta, konkrétně na pacienta po prodělané*

CMP, je to těžké. Pacienta musíte edukovat, ale starší pacienti si málo pamatují, hůře komunikují, neumí se vyjádřit, když se chtějí na něco zeptat. Je to složité, důležité je stále komunikovat a opakovat. Jinak za školení jsem ráda, využíváme ho denně a myslím, že by ho měla mít sestra, aby věděla, jak správně má edukovat.“ (S9)

5.1.6 KATEGORIE Č. 6 KVALITA PÉČE O PACIENTA

Tato kategorie se zabývá kvalitou péče o pacienta po prodělané CMP na neurologickém oddělení. Zajímaly nás odpovědi dotazovaných sester, zdali jsou spokojené s kvalitou jejich odvedené práce. Sestry zhodnotily, jaké chyby se nejčastěji stávají v edukaci nemocného a jaké jsou časté bariéry v edukaci rodiny a pacienta. Tyto otázky byly položeny, jelikož nás zajímalo, zda si sestry své chyby uvědomují a zdali ví, jak své nedostatky zlepšit. Jednotlivé podkategorie jsou znázorněny na obr. 7.



Obr. 7 Kódování kategorie kvalita péče o pacienta

Zajímavé bylo, že všechny oslovené sestry nejsou zcela spokojené se svou kvalitou péče o pacienta. Sestra S1 – S10 odpověděly, že jsou většinou spokojené s kvalitou své péče, ale vždy dodaly, jaké nedostatky si uvědomují v rámci kvality péče o pacienta. Většina sester se shodly, že nejčastější bariérou, která zabraňuje efektivní edukace pacienta a rodiny je čas, kterého je někdy nedostatek. Dále se zmínily, že kvalita edukace je dostatečná, ale mohl by ji pozvednout dostatek sester, aby veškerá odvedená práce sester byla na vyšší úrovni. Tuto odpověď odůvodnily, že vzhledem k nedostatku sester, zbývá méně času na edukaci, jelikož jsou sestry vytížené jinou prací, jako je ošetřovatelská péče a mnoho papírování. Dalšími bariérami, které se vyskytují je špatná spolupráce s pacientem či rodinou nebo špatné prostředí, ve kterém je pacient poučen. S tímto tvrzením souvisí i odpovědi sester.

,,Myslím si, že je nedostatek času na edukační proces, chybí správné prostředí, nedostatek personálu. Často zažívám, že lékař nebo specialista a dá pacientovi papíry na chodbě, protože není moc času. Bylo by lepší si s ním promluvit v soukromí, což také není často možné, jelikož na pokoji, je více pacientů. " (S1) *„Hlavní bariérou je nedostatek času a možná chybí trpělivost sester. S lidmi je občas těžká domluva a nenechají si poradit. V běžném dnu, kdy jsou příjmy a odchody z oddělení, tak není čas si sednout k pacientovi. Možná, že kdyby bylo více personálu, bylo by více času."* (S2) *„Občas je to velmi náročné, a pokud nemáte na pacienta čas, není edukace nebo péče o pacienta kvalitní. Ošetřovatelská péče si myslím, že je dostatečná, ale například edukace by měla být více podrobnější, ale při nedostatku personálu nebo v časovém presu je to náročné a né vždy dostačující.“* (S4) *Další bariérou může být špatná spolupráce sester*, jak uvedla S7. *Řekla bych, že je důležitá je spolupráce sester, která někdy chybí (čím myslím třeba nedostatek předaných informací), ale hlavně spolupráce rodiny a pacienta."* (S7) *Převážně chybí prostor a čas. Je třeba trpělivosti, časté opakování, nácvik chůze či používání pomůcek a nechat pacienta některé výkony provádět sám. Například: pro personál je snazší dát pacientovi mísu, než s ním dojít na WC."* (S9) *,,Myslím, že bariérou může být hlavně domluva s rodinou nemocného. Často je také nedostatek času i personálu. Občas je to i naše trpělivost, jelikož máme mnoho pacientů."*(S10) *Názory sester se propojovaly a byly velmi shodné.*

Diskuze

V rámci diskuze budou zhodnoceny a shrnuty výsledky z kvalitativního výzkumu bakalářské práce zaměřeného na edukaci pacienta po cévní mozkové příhodě. K hodnocení kvalitativního šetření bylo zpracováno deset polostukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami, sestrami s bakalářským či magisterským titulem a sestrami se specializací, pracující na neurologickém oddělení v jihočeské nemocnici. První část rozhovorů se vztahuje k identifikaci dotazovaných sester a délce působení v nemocničním zařízení. Tudíž délka jejich praxe, dosažené vzdělání a podstoupení školení zaměřené na edukaci pacienta. Délka praxe sester se pohybuje od 5 – 18 let v nemocničním zařízení. Tři z dotazovaných sester mají všeobecné vzdělání, pět sester dosáhlo vysokoškolského titulu bakalář a magistr a dvě sestry mají odbornou specializaci. Polovina sester podstoupila školení zaměření na edukaci pacienta.

Následující částí rozhovoru byly informace o pacientech, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu a jsou hospitalizováni na neurologickém oddělení. Zaměřily jsme se na věk pacientů a četnost výskytu pacientů po prodělané mrtvici. Z odpovědí respondentek jsme stanovily věk pacientů po prodělané mozkové příhodě, což bylo nejčastěji 60 -75 let . Tedy nejčastěji se na neurologickém oddělení vyskytují pacienti po prodělané CMP, kteří jsou staršího věku - rané stáří. K výskytu častosti sestry odpověděly, že každý týden jsou hospitalizováni pacienti po prodělané CMP.

Okruhy v rozhovoru nám poskytly odpovědi na stanovené výzkumné otázky, otázka č. 1: „Jak probíhá edukační proces v péči o pacienta po prodělané CMP?“ Zajímaly nás vědomosti sester, zdali ví, jak jednoduše definovat samotný pojem edukace. Z výsledku šetření se sestry shodly, že edukace je poučení, výchova nemocného. Dále potvrdily, že edukace je nezbytnou součástí, která vede k zlepšení stavu pacienta. Juřeníková (2010) definuje pojem edukace, jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, které vede k pozitivním změnám v jeho vědomostech, postojích, dovednostech a návycích (Juřeníková, 2010). Dále Joint Commission International (2008), popisuje edukaci pacienta jako hlavní součást, která umožňuje postupně uspokojovat potřeby nemocných (Joint Commission International, 2008).

Americká studie Cammeron (2013), poukazuje že vzdělávání pacientů je důležitou metodou nejen pro zvyšování funkčnosti a kvality života pacienta, ale také k riziku

snížení návratu onemocnění (Cammeron, 2013).

V rámci rozhovorů jsme rozdělily edukaci pacienta během hospitalizace a edukaci při opuštění z nemocničního prostředí. Dvě dotazované respondentky odpověděly, že mezi edukacemi rozdíl není, a proto jsou stejné. Tuto skutečnost považuji za negativní, jelikož edukace se liší v mnoha směrech. Zbylých osm sester odpovědělo, že mezi těmito edukacemi jsou výrazné rozdíly, které závisí hlavně na aktuální, zdravotním stavu pacienta. Edukace pacienta během hospitalizace je zaměřena na léčbu v nemocničním prostředí, tudíž jaká podstoupí pacient vyšetření, jaké bude užívat léky, jak bude probíhat rehabilitace a logopedická cvičení, jaká jsou rizika prodělané CMP, jaké budu využívat kompenzační pomůcky a proč, jaká by měla být změna životního stylu a nácvik soběstačnosti. V tomto případě se sestry S1, S3, S5, S6, S7,S8, S9, S10 shodly, že rozdíl mezi edukacemi je ovlivněn situací „ tady a teď“. Naopak edukace pacienta při propuštění z nemocnice je orientována na následnou péči v sociální či domácím prostředí, lékařské kontroly, logopedická či rehabilitační cvičení a poučení pacienta o užívání léků. Přikládám tvrzení S2 a S3. *„Poučit pacienta o potřebných pomůckách, doporučit logopeda, doporučení pomůcek proti inkontinenci, doporučit domácí péči. Snažíme se pacienta motivovat k samostatnosti, ke snaze, aby to nevdával. Motivovat rodinu a nebo jim pomoci vyhledat odborníky, které by jim mohli pomoci s rehabilitací, logopedií či najít lepší sociální prostředí."* (S2) *„Poučit pacienta o rehabilitaci, potřebných pomůckách, o jeho nemoci, následné léčbě. Vysvětlit nemocnému, proč ho propouštíme, co má dodržovat na co si má dávat pozor. Sdělit mu jeho stravovací návyky a jak je narušená jeho kvalita života, jak se s tím vypořádat, jaké má pomůcky, které mu mohou zlepšit hybnost či manipulaci s předměty"* (S3)

Dále se sestry shodly, že během edukace, musí poskytnout pacientovi i jeho rodině, co nejvíce informací. Podle Janáčkové a Weisse (2008) uvádí, že pacient by měl mít vždy dostatečné množství informací (Janáčková, Weisse, 2008). Dále jsme se zabývaly metodami edukačního procesu, které uplatňují sestry při edukaci pacienta po CMP. Odpovědi S1- S10 se shodovaly, že nejčastější využívanou metodou v praxi je slovní předání informací nemocnému i rodině. Sestry S3, S6, S7 podotkly, že pokud je pacient schopný danou aktivitu vykonávat, upřednostňují i během edukačního procesu praktickou ukázku. Juřeníková (2010) popisuje výhody praktických cvičení tak, že pokud je pacient schopen vykonávat požadovanou činnost podle slovního návodu,

dochází k procvičování dané činnosti, která se postupně zdokonaluje (Juřeníková, 2010). Sestry S1, S4, S5, S8 a S10 odkazují pacienta na jiné odporníky jako je fyzioterapeut a logoped. S9 využívá jako jediná pro edukaci pacienta brožury nebo letáky. Dle mého názoru je třeba jednotlivé metody propojit a určit, která je nejvhodnější pro pacienta. Cameron (2013) tvrdí, že sestry musí znát více efektivních metod pro vzdělávání pacienta i jeho rodiny. Mezi ně patří načasování a specifické vzdělávací pomůcky (Cameron, 2013).

Myslím si, že mohou využívat všechny tyto metody, aby měl pacient co nejvíce informací a mohl si vybrat nejpříznivější variantu, která mu vyhovuje. Součástí rozhovoru byla otázka, zaměřující se na rodinu pacienta. Respondentky se shodly, že zapojení rodiny do edukace či péče o pacienta je individuální. Většinou se sestry setkávají s kladným přístupem rodiny, která se aktivně zapojuje do edukace a péče o pacienta. Zrubáková et al. (2016) tvrdí, že úkolem sestry je vytvořit si profesionální, přátelský vztah s rodinou pacienta a zapojit ji do plánu ošetřovatelské péče o jejich blízkého člověka. Bez spolupráce rodiny je edukace téměř určena k zániku (Zrubáková et al., 2016). Výzkumná otázka č. 2: *„ Jak je zajištěna kontinuita péče o pacienta po CMP po zvládnutí léčebného procesu?“* Zde sestry kladly důraz na sledování příjmu i výdeje a kladly důraz na polohování nemocného. Polohování se odvíjí od samostatnosti pacienta, jak se pohybuje v lůžku. Sestry polohují imobilní pacienty á 3 hodiny během dne a á 2 hodiny večer. Výzkumná otázka č.3 zněla : *„ Jak se všeobecné sestry podílí na vedení edukace pacienta po CMP?“* Sestry uznaly, že do edukace pacienta se příliš nezapojují. Hlavním edukátorem je lékař či další specialisté jako je logoped, fyzioterapeut, sociální sestra a nutriční terapeut.

Tato skutečnost mě velice neuspokojila. Myslím si, že edukace sestrou je velmi podstatná, jelikož sestry tráví s pacientem více času, tudíž pacienta lépe znají. Dle mého názoru, který jsem si utvořila během mé studijní praxe, pacienti lépe reagují na sestry, než na lékaře, jelikož jsou s nimi častěji v kontaktu a mají na pacienta více času. Sestra ví, jaký pacient je, jaké je jeho chování a jak reaguje v určitých situacích. Edukace pacienta je prováděna převážně na pokoji pacientů. Tato odpověď mě neuspokojila, jelikož si myslím, že edukace není prováděna v soukromí. Šulistová a Trešlová (2012) uvádí, že prostředí má vliv na efektivní edukační proces (Šulistová, Trešlová, 2012). Dle mého názory, by měla edukace proběhnout v soukromí za přítomnosti rodiny,

pokud s tím pacient souhlasí, avšak soukromí není vždy zcela možné. Přijatelnou alternativou je edukace pacienta na vyšetřovně nebo na jednolůžkovém pokoji, kde je dodržováno soukromí. Pacient je poučen o aktuálním zdravotním stavu, jaká podstoupí vyšetření, jaká jsou rizika CMP, jaké jsou následky, jaké užívá léky a jaká bude následná péče. Sestry vedou pacienta k soběstačnosti, ačkoli nejprve je třeba pacientovi dopomoci. Součástí edukace pacienta a jeho blízkých se odvíjí od spolupráce a komunikace rodiny se zdravotnickým týmem. Sestry se shodly, že spolupráce rodiny je individuální. K této odpovědi také konstatovaly, že je podstatná důvěra ke zdravotnickému personálu, kterou může ovlivnit mnoho faktorů. Sestry konstatovaly, že nedostatek komunikace mezi rodinou a zdravotníky může vést i k poškození pacienta, jak psychicky, tak i fyzicky. Přikládám tvrzení jedné z nich. *„ Vše jde ruku v ruce, pokud nespolupracují, práce je odvedena špatně a nefunguje. Rodina nemocného je často neodbytná a nechápe, že není dostatek času nebo není schopná se přizpůsobit. Občas může dojít i k omylu, kdy dochází buď k špatně vysvětleným informacím, či špatně pochopeným informací. Proto je důležité, předcházet tomu a snažit se nemluvit v odborných termínech, ale laicky."* (S2)

Výzkumná otázka č. 4 zní : *„Jaké jsou nejčastější bariéry stojící v realizaci edukačního procesu?“ Z odpovědí* respondentek S1 – S10 vyplývá, že si nedostatky při edukaci pacienta uvědomují a ví, jaké bariéry brání efektivní edukaci. Sestry se shodly, že největším negativním faktorem je nedostatek času, společně s nedostatkem personálu. Toto tvrzení podkládám odpovědí S2 :*„Myslím si, že je nedostatek času a možná chybí k trpělivost sester. S lidmi je občas těžká domluva a nenechají si poradit. V běžném dnu, kdy jsou příjmy a odchody z oddělení tak není čas si sednout k pacientovi. Možná, že kdyby bylo více personálu, bylo by více času."*

Dalšími bariérami, které sestry uvedly, jsou soukromí a domluva s pacientem či rodinou. Kuberová (2010) představuje nečastější chyby sester v oblasti zvládání učebního obsahu, forem a metod edukace. V rámci edukace je zapotřebí ovládat schopnost určení evalvačních nástrojů, asertivní chování a pozitivní přístup k nemocnému (Kuberová, 2010). Podstatnou roli hraje i dobře vedená dokumentace o provádění edukce. V rámci studijní praxe jsem vypozorovala, že v běžném časovém presu je edukace pacienta neefektivní. Pacienti jsou nedostatečně informovaní. Dle mého názoru je neefektivní edukace pacienta zapříčiněna nevědomostí sester,

porušováním zásad edukace, nedostatečnou komunikací mezi personálem, nedostatek vyhrazeného času na pacienta, k čemuž by nemělo docházet. Z pohledu pacienta jsou dle mého názoru edukační bariéry zapříčiněné strachem, úzkostí z nemoci, ale i věkem pacienta.

Ze získaných dat od dotazovaných sester jsme zjistily, odpovědi na výzkumné otázky. Sestry popsaly, jak probíhá edukační proces pacienta po CMP na neurologickém oddělení. Informantky znají pojem edukace a umí vysvětlit, co obsahuje edukace pacienta po CMP. Některé sestry uvedly rozdíly mezi edukací pacienta během hospitalizace a při propuštění do domácího prostředí. Dále popsaly, obsah jednotlivých edukací a uvedly metody, které v rámci edukace využívají. Následovala otázka, která byla zaměřena na vedení edukace sestrou. Sestry odpověděly, že na edukačním procesu se podílí jen z malé části. Jejich edukace je zaměřena spíše na ošetřovatelskou péči o nemocného. Poslední výzkumná otázka byla zjistit, zdali sestry znají bariéry, které komplikují edukační proces. Nejčastější odpovědí byl nedostatek personálu, společně s nedostatkem času. Tyto rušivé bariéry byly nejvíce uvedené v odpovědích všech dotazovaných sester.

Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na edukaci pacienta po cévní mozkové příhodě na neurologickém oddělení v nemocničním zařízení. K naplnění cílů výzkumné práce byla zvolena technika kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumnou skupinou dotazovaných tvořilo deset sester, které dosáhly všeobecného vzdělání, vysokoškolského titulu bakalář či magistr a sestry s odbornou specializací. Výzkumné šetření bakalářské práce probíhalo na přelomu února a března roku 2020. Po důkladné analýze získaných dat a informací vznikly jednotlivé kategorie a kódy. Analýza dat potvrdila pozitivní výsledky výzkumu. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na edukaci pacienta po cévní mozkové příhodě z pohledu sester.

Z rozhovorů sester a jejich postoji k práci jsem přesvědčená, že sestry jsou zkušené a vzdělané. Výsledky výzkumného šetření, potvrdily, že sestry znají důležitost a zásady edukačního procesu a jsou informovány o náplni a metodách edukace. Pacient po prodělané CMP může mít jakékoli následky onemocnění, ale i tak sestry nezapomínají na lidský přístup k nemocnému a spolupráci s rodinou. Uvědomují si, že edukace i motivace pacienta jsou nezbytné a díky jim, se může zlepšit fyzický i psychický stav pacienta. V rámci edukačního procesu využívají sestry metody slovního poučení pacienta, dále praktikují nácvik činností a v některých případech využívají brožury a letáky. Každý pacient po CMP, je patřičně edukován, jak během hospitalizace v nemocničním prostředí, tak i při propouštění či překladu na jiné oddělení. V rámci propuštění do domácího či sociálního prostředí je pacient i rodina informována o kompenzačních pomůckách a možnostech péče, které pacientovi zajistí návrat do běžného života. Pokud má rodina pacienta zájem a snahu, probíhá edukace a předávání informací rodině pacienta. Po vzájemné dohodě se blízcí zapojují do péče o pacienta. Komunikace a domluva mezi rodinou a zdravotníky je důležitá, jelikož dodává pacientovi větší důvěru ve zdravotnický personál. Nemocného edukuje nejprve lékař či specialista a následně se do edukace zapojují i sestry, které o nemocného pečují a motivují ho k samostatnosti. Sestry si velmi dobře uvědomují nedostatky a bariéry v rámci edukačního procesu, které ovlivňují efektivní edukace.

Ve výsledku se domníváme, že by se sestry mohly do edukace pacienta zapojovat více. Nezbytnou součástí efektivní edukace je spolupráce a komunikace mezi zdravotnickým týmem. Proto je podstatné, aby si sestry důkladně předávaly hlášení, které obsahuje

veškeré podstatné informace o pacientech, mezi denními a nočními směnami a aby měly přehled o pacientech na oddělení. Zájem o pacienta a častá komunikace zlepší vztah mezi zdravotníky a nemocným. Respektuji tvrzení sester, ale pokud sestry znají důležitost edukace a ví, že neefektivní edukace může ovlivnit zdravotní stav pacienta, je nezbytné vyhradit si dostatek času, který věnujeme poučením, vysvětlením veškerých instrukcí a zodpovězení všech informací, které nejsou pacientovi jasné. Dále je podstatné, aby sestry dokázaly kombinovat a propojovat veškeré dostupné metody edukace. Díky kombinování metod mohou pacienti lépe chápat a zapamatovat si jednotlivé výkony. Zajištění soukromí při sdělování informací lze přizpůsobit pacientovi, tak aby se zde cítil komfortně a aby byla zajištěna kontinuita nemocného. Pacienta zle poučit v soukromí vyšetřovny, či inspekčního pokoje. V případě nedostatku personálu, je podstatné, aby si sestry lépe rozvrhly práci, tak aby měly na nemocného čas a aby byl vždy správně edukován.

Přínosem praktického výzkumu bylo získání informací, které potvrdily, že nedostatek času a nedostatek personálu hraje velkou roli v edukačním procesu, který je nezbytný a může přinést zlepšení stavu pacienta. V mé praxi se více zaměřím a zamyslím nad edukací pacienta. Dalším přínosem ze získaných informací je nutnost častější komunikace s pacientem a jeho rodinou. Snažit se pacienta, co nejvíce motivovat a sledovat, zdali edukace přináší pokroky pacienta.

Seznam literatury a informačních zdrojů

1. AMBLER, Z., 2002. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 975 s. ISBN 80-246-0082-3.

2. BAR, M., CHMELOVÁ, I., 2011. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Postgraduální medicína* [online] [vid. 2020-05-25]. Dostupné z: https://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/1008.pdf

3. BEDNAŘÍK, J., 2010. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 707 s. ISBN 978-807-3873-899.

4. CAMERON, Vanessa, 2013. Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review. *Medsurg Nursing* [online]. **22**(1), 51.

5. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. et al., 2018. *Člověk ve zdraví i v nemoci*. 1. vydání. Karolinum, 512s. ISBN 978-80-246-3828-7.

6. ČERTÍK, B. et al., 2005. *Onemocnění karotid a velkých cév aortálního oblouku.* Praha: Grada, 164s. ISBN 80-247-1268-7.

7. DEBRA, G., 2004. *Rehabilitace orofaciální oblasti.* Praga : Grada, 229.s. ISBN 80-247-0534-6.

8. DINGOVÁ,ŠLIKOVÁ M. et al., 2018. *Základy ošetřovatelství a ošetřovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře.* Grada, 316s. ISBN 978-80-271-0717-9.

9. DOBKIN, Bruce, 2004. Strategies for stroke rehabilitation. *The Lancet Neurology* [online]. **3**(9), 528–536. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1016/S1474-4422(04)00851-8.

10. DOW, M., DOW, D., SUTTON, M., 2017. *Healing the Broken Brain: Leading Experts Answer 100 Questions about Stroke Recovery*. Hay House Inc., 248.p. ISBN 978-14-019-5265-5.

11. DUFEK, Michal, 2002. Cévní mozkové příhody, obecný úvod a klasifikace. *Interní medicína – mezioborové přehledy* [online]. 4(6), 5–10. Dostupné z: https://www.solen.cz/pdfs/int/2002/06/10.pdf

12. FEIGIN, V., 2007. *Cévní mozková příhoda*. Praha: Galen, 208 s. ISBN 978-80-7262-428-7.

13. GRAU, Armin, Christian WEIMAR, Florian BUGGLE, Alexander HEINRICH, Michael GOERTLER, Stefan NEUMAIER, Joerg GLAHN, Tobias BRANDT, Werner HACKE a Hans-Christoph DIENER, 2001. Risk Factors, Outcome, and Treatment in Subtypes of Ischemic Stroke. *Stroke* [online]. **32**(11), 2559–2566. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1161/hs1101.098524

14. HUTYRA, M., ŠAŇÁK, D. et al., 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Grada, 168s. ISBN 978-80-247-3816-1.

15. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., 2008. Komunikace ve zdravotnické péči. Praha: Portál, 136 s. ISBN: 978-80-7367-477-9.

16. JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Základy edukace v ošetřovatelské praxi.* Grada, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

17. JOINT COMMISION INTERNATIONAL, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice.* Praha: Grada, 309s. ISBN 978-80-247-2436-2.

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

19. KALITA, Z. et al, 2007. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management.* Praha: Maxdorf, 623s. ISBN 80-85912-26-0.

20. KALVACH, P. 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.

21. KASTE, M., T. SKYHOJ OLSEN, J.-M. ORGOGOZO, J. BOGOUSSLAVSKY a W. HACKE, 2000. Organization of Stroke Care: Education, Stroke Units and

Rehabilitation. *Cerebrovascular Diseases* [online]. **10**(3), 1–11. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1159/000047576

22. KAŠÁKOVÁ, E., et al., 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf, 431 s. ISBN 978-80-7345-424-1.

23. KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada, 128.s. ISBN 978-80-247-2835-3.

24. KUBEROVÁ, Helena., 2010. Didaktika ošetřovatelství. Praha: Portál, 216s. ISBN 978-80- 7367-684-1.

25. KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie*. Praga: Grada, 228s. ISBN 80-247-1110-9.

26. KOVÁŘOVÁ, I., A. OKTÁBCOVÁ, T. GUEYE, O. ŠVESTKOVÁ, 2018. Cévní mozková příhoda: Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. **25**(3), 130.

27. LIDICKÁ, L. et al., 2018. *Základy ošetřovatelství a ošetřovatelských postupů.* Grada, 312s. ISBN 978-80-271-0717-9.

28. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2015. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě.* Galén, 182s. ISBN 978-80-7492-225-1.

29. MIKULA, J., MÜLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů.* Praha: Grada, 104s. ISBN 978-80-247-2043-2.

30. MURALITHARAN, N., IAN, P., 2017. *Patofyziologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-271-00229-7.

31. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, et al, 2005. *Neurologie*. Praha: Galén, 367 s. ISBN 80-726-2160-2.

32. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2. díl.* Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.

33. PENKA, M.,PENKA, I. et al., 2014. *Krvácení*. Praha : Grada , 336s. ISBN 978-80-247-01111689-4.

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

35. PODSTATOVÁ, R. et al., 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení.* Praha: Grada. 144s. ISBN 978-80-247-1997-9.

36. ROKYTA, R. et al., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie*. Praha: Grada ,712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

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

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

39. SEIDL, Z., OBENBERGER, J., 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 364s. ISBN 80-247-0623-7.

40. SEIDL, Z., VANĚČKOVÁ, M., 2014. *Diagnostická radiologie.* Praha: Grada. 528s. ISBN 978-80-247-4546-6.

41. SLEZÁKOVÁ, L., 2012. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy I.* Praha: Grada. 228s. ISBN 978-80-247-3601-3.

42. SLEZÁKOVÁ, L. 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-802-4717-753.

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

44. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. et al., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi*. 2.vyd. Praha: Grada. 492 s. ISBN 978-80-271-0596-0.

45. ŠECLOVÁ,S., 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. Praha: Grada, 200s.

ISBN 80-247-0592-3.

46. ŠPIRUDOVÁ, L. et al, 2006. *Multikulturní ošetřovatelství II.* Praha: Grada, 248s. ISBN 80-247-1213.

47. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči.* Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.

48. VINKLÁREK, Jan, Michal HARŠÁNY, Petra CIMFLOVÁ, Robert MIKULÍK a Ondřej VOLNÝ, 2018. Výpočetní tomografie u akutního mozkového infarktu. *Neurologie pro praxi* [online]. 19(4), 256–261 [vid. 2020-05-25]. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2018/04/05.pdf

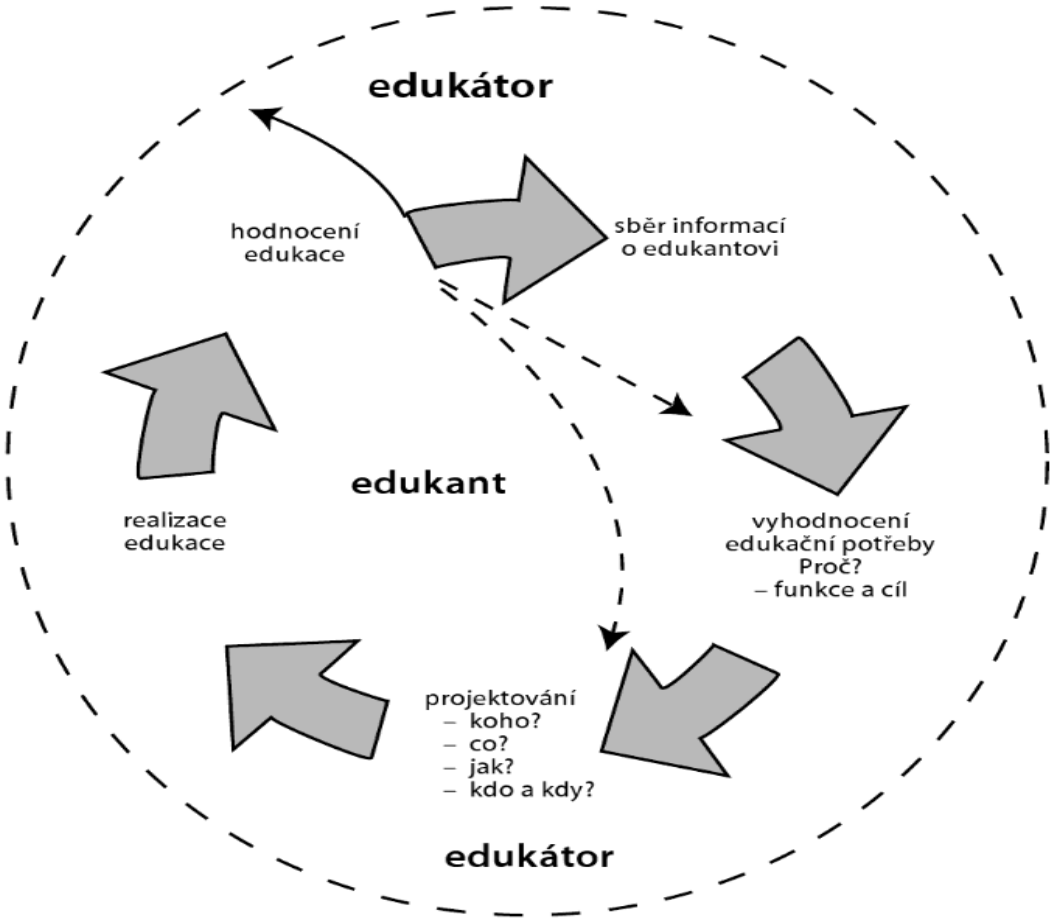
49. VOJÁČEK, J., 2004. *arteriální a žilní trombóza v klinické praxi.* Praha: Grada, 276 s. ISBN 80-247-0501-X.

50. VONDRÁČEK, L., et al., 2011. Základy praktické terminologie pro sestry. Praha: Grada,136 s. ISBN 978-80-247-3697-6.

51. ZRUBÁKOVÁ, K., KRAJČÍK, Š. et al., 2016. *Farmakoterapie v geriatrii.* Praha: Grada Publishing a.s., 224.s. ISBN 978-80-247-5229-7.

Přílohy

Příloha A – Edukace klienta v podmínkách zdravotnického zařízení (převzato z Juřeníková, 2010)



Příloha B – Ukázka logopedických cvičení, podle kterých si pacient zlepšuje komunikaci.

LOGOPEDICKÁ PÉČE

/reedukace, řeči, čtení, psaní.../

Pokud máte zájem o spolupráci, ozvěte se na tel. 387878524

Typy cvičení:

1. **Motorika mluvidel**
- nelépe u zrcadla nebo „z očí do očí"
- cvičení rtů, jazyka, tváří .../ cenit zuby, foukat, pískat/

2. **Spontánní řeč**
- sledovat obsah a srozumitelnost
- mluvit pomaleji a srozumitelně, výrazně
- popisy obrázků, vyprávění...

3. **Opakování**
- samohlásky / A, E, I, O U/, souhlásky / P, B, M, L, C, S, Z, R, .../
- slabiky /MA, LO, VE, KU, PRO.../, slova – jedno i více slabičná
- sousloví/ základní škola, obecní úřad/, věty/ např. Venku je hezky, /
- souvětí – možno i doplňovat

4. **Rozumění/ porozumění/**
- hlavně mluvenému slovu – správná reakce na pokyn, otázku, úkol /Kde je...?, Ukaž mi..., Podej..., Zvedni pravou ruku.../
- psanému slovu/ čte si potichu a splní/

5. **Pojmenování**
- skutečných věcí, předmětů / tužka, brýle, postel, koleno, okno.../
- obrázků, symbolů

6. **Automatická řeč**
- jmenovat dny v týdnu, měsíce v roce, počítat / do 10, 20 i pozpátku/
- text známé písničky, běžné denní pozdravy ...

7. **Zpěv**
- melodie, slova, popř. zkusit vyťukávat rytmus

8. **Čtení**
- jednotlivá písmenka, slabiky, slova / tiskace i psace/
- věty, souvětí, popř. souvislý text

9. **Počítání**
- ústní i písemně
- číselné řady, sčítání, odčítání, násobení, dělení
- určení počtu /kostek, bodů, prstů.../

10. **Kreslení**
- podle předlohy / hlavní čáry i detaily – např. sněhulák, dům/
- podle zadání / Nakreslit květinu, plot, slunce, čtverec, brýle.../
- uvolňování ruky – grafomotorické cvičení / obloučky, smyčky.../

11. **Psaní**
- opisování podle přílohy / tiskace, psace/, přepisování
- diktát písmen, slov a vět / popř. i doplňování/
- spontánní psaní / krátký vzkaz, dopis, větu k obrázku/
- PODPIS, adresa, jména členů rodiny... / osobní data/

Příloha C – Ukázka cvičení, podle kterých si pacient zlepšuje komunikaci.

MOTORIKA MLUVIDEL

1. Cvičení rtů

- usmívání se – špulit /rty na sobě/
- schovat rty – našpulit
- vycenit zuby – povolit, nafouknout tváře a rty držet pevně na sobě

2. Cvičení jazyka:

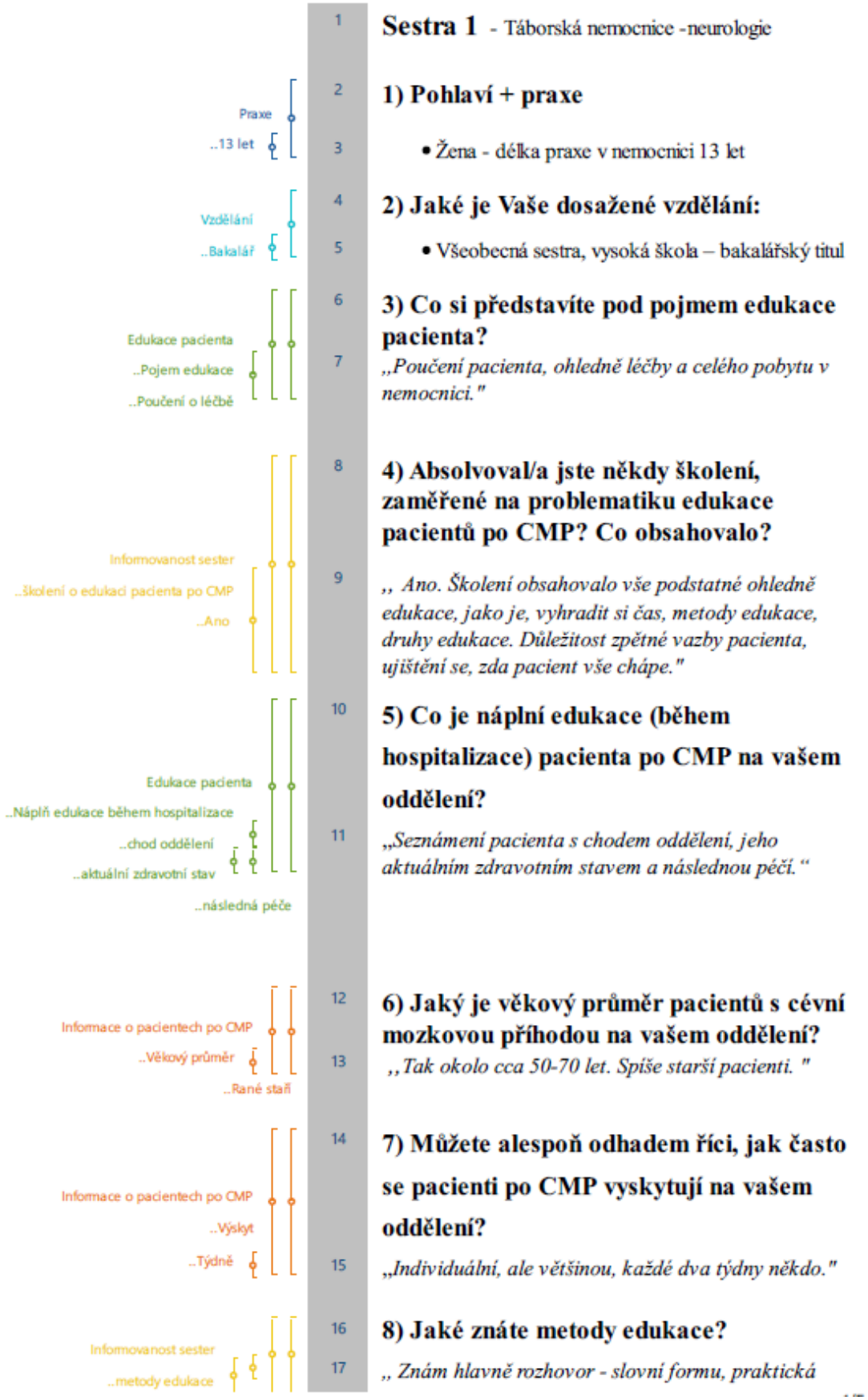
a) venku z pusy/ nepomáhat bradou!/
   - vypláznout, dát pod nos
   - do pravého a levého koutku
   - olizovat dokola oběma směry
   - „ještěrka“ =rychle kmitat ze strany na stranu

b) uvnitř v puse
   - za horní a za dolní zuby / opřít špičku jazyka/
   - počítání zubů nahoře i dole
   - zatlačit do tváře vpravo, vlevo /„ bombón“/
   - „opička“ = olizování mezi zuby a rty, zavřená pusa
   - vysunovat jazyk rovně ven z otevřené pusy, zasunout dozadu
   - „čert“= rychlé kmitání jazyka/ otevřená pusa /bll.../
   - „koník“ = mlaskání o patro /přisátí jazyka nahoru/

3. Uvolňování čelisti

- otevírání a zavírání pusy, pohyby bradou do stran
- samohlásky: A, E, I , O , U

Příloha D – Příklad kódování rozhovoru



Příloha E – Potvrzení hlavní sestry o povolení výzkumu

Žádost o povolení výzkumu

Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Tábor, a.s., jež by mělo být součástí bakalářské práce studentky Anna Šnokhausová, studentky III. ročníku bakalářského studijního oboru ošetřovatelství, prezenční forma, ZSF JU v Českých Budějovicích.

Bakalářská práce je na téma: Edukace pacienta po cévní mozkové příhodě.

Cílem této práce je posoudit současný stav informovanosti personálu nemocnice Tábor,a.s. na edukaci pacienta po CMP.

Bakalářská práce bude zpracována pod odborným vedením vedoucí PhDr Lenka Šedová.

Výsledky šetření Vám budou poskytnuty.

Vyjádření Nemocnice Tábor, a.s.

- souhlas s výzkumem
- zamítnutí výzkumu

Datum: 16.3.2020

Mgr. Dana Podholová
náměstekyně oš.péče, hlavní sestra
Nemocnice Tábor,a.s.

Mgr. Dana Podholová
hlavní sestra
Nemocnice Tábor, a.s.

Seznam symbolů a zkratek

CMP ..... Cévní mozková příhoda

SAK ..... Subarachnidální krvácení

WHO ..... World Health Organization

PEG ..... Perkutánní endoskopická gastrostomie

IVT ..... Intravenózní trombolýza

MTE ..... Mechanická tromboektomie

GCS ..... Glowsgow coma score

RIND ..... Reverzibilní ischemický neuronální deficit

TIA ..... Tranzitorní ischemické ataky

ICHS ..... Intracerebral hemorrhage score

EKG ..... Elektrokardiogram

EEG ..... Elektroencefalografie

CT ..... Výpočetní tomografie

APTT ..... Aktivovaný parciální tromboplastinový čas

INR ..... International normalized ratio - mezinárodní normalizovaný poměr

ASA ..... Kyseliny acetylsalicylové

RTG ..... Rentgenové záření

MRI ..... Magnetická resonance - ,,magnetic resonance imaging“