



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Problematika ošetrovatelské péče neurologicky
nemocných v intenzivní péči**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Kristina Hricová

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Pavelková Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci s názvem „Problematika ošetrovatelské péče neurologicky nemocných v intenzivní péči“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2019 Kristina Hricová

Poděkování

Toto poděkování bych ráda věnovala své vedoucí práce Mgr. Zdeňce Pavelkové Ph.D., za její cenné rady, velkou trpělivost a odbornost ve vedení mé bakalářské práce.

Problematika ošetrovatelské péče neurologicky nemocných v intenzivní péči

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o neurologicky nemocné pacienty v intenzivní péči. Jejím prvotním cílem bylo zmapování specifík ošetrovatelské péče o neurologicky nemocné na jednotce intenzivní péče. Dalším cílem bylo zjistit, jak sestry pracující na jednotce intenzivní péče dodržují zásady ošetrovatelské péče o neurologicky nemocného. K naplnění vytyčených cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o neurologicky nemocné na jednotce intenzivní péče? A jak sestry pracující na jednotce intenzivní péče dodržují zásady ošetrovatelské péče o neurologicky nemocné? Ze škály neurologických onemocnění je tato bakalářská práce zaměřena na cévní mozkové příhody. Teoretická část se zabývá jednotlivými druhy cévních mozkových příhod, jejich etiologií, klinickými příznaky, možnostmi diagnostiky a terapie. Dále specifiky ošetrovatelské péče v jednotlivých oblastech.

Pro realizaci výzkumného šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl uskutečněn technikou skrytého pozorování a polostrukturovaných rozhovorů. Při analýze výsledků byla použita metoda tužka papír.

Zpracováním výzkumného šetření byly zodpovězeny obě výzkumné otázky. I přes drobné nedostatky, výsledky výzkumného šetření ukazují na velice dobrou kvalitu ošetrovatelské péče poskytované pacientům s neurologickým onemocněním na dotčené jednotce intenzivní péče. Bylo zjištěno, že jednou z nejvíce specifickou oblastí z péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou je z důvodu dysfagie výživa, dále polohování a rehabilitace. Sestry uvedly, že mezi největší rizika spojená s touto péčí patří tlaková nestabilita pacienta a případný propad vědomí. Na tyto situace musí umět sestra v intenzivní péči okamžitě správně reagovat. Práce poskytuje celkový pohled na péči o pacienta s neurologickým onemocněním v intenzivní péči a poskytuje doporučení v problémových oblastech péče (Příloha 1).

Klíčová slova: Neurologie, cévní mozková příhoda, ošetrovatelská péče, jednotka intenzivní péče, sestra

Nursing care for neurological patients in Intensive Care Units

Abstract

This bachelor thesis deals with problematics of nursing care of neurologically ill patients in intensive care. It's main objective was to map specifics of nursing care of neurologically ill patients in Intensive Care Unit. The secondary objective was to find out, how the Intensive Care Unit personal maintains principles of neurologically ill patients care. To accomplish determined goals, following research questions were set up:

What are the specifics of nursing care of neurologically ill patients in intensive care?

How nurses working in Intensive Care Unit, maintain principles of neurologically ill patients care? From a range of neurological diseases, this bachelor thesis focus on strokes in intensive care. Theoretical part deals with different kinds of strokes, their etiology, clinical symptoms, possibility of diagnostic and therapy. Also specifics of nursing care in individual areas.

To carry out the research, the method of quantitative research was chosen. Data collection was done by technique of hidden observation and semi-structured interview. Method Pencil – Paper was used to analyse results.

Processing researched findings, both research questions were answered. Despite minor shortcomings, mainly of systemic character, results of the research are showing great quality of nursing care, provided to patients with neurological diseases in observed Intensive Care Unit.

It was found out, the most specific area of stroke patient care is nutrition – for reason of dysphagia – and also positioning and rehabilitation. Nurses pointed out, one of the biggest risks of this care is pressure instability and possible loss of consciousness. Nurse in Intensive Care Unit must know, how to respond properly and immediately to this situation.

The thesis offers complete overview of the nurse care of neurologically ill patients in intensive care and provides recommendation in problematic areas of nurse care (Attachment 1).

Key words: Neurology, Stroke, Nursing care, Intensive Care Unit, Nurse

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Incidence a mortalita cévních mozkových příhod v České Republice	9
1.2 Ischemická cévní mozková příhoda	10
1.2.1 Etiologie vzniku ischemické cévní mozkové příhody	10
1.2.2 Rizikové faktory vzniku ischemické cévní mozkové příhody	10
1.2.3 Klinický obraz ischemické cévní mozkové příhody	11
1.3 Tranzientní ischemický neurologický deficit	11
1.4 Cévní mozková příhoda hemoragická	12
1.4.1 Intracerebrální krvácení	12
1.4.1.1 Etiologie vzniku intracerebrálního krvácení	12
1.4.1.2 Klinický obraz a rizikové faktory vzniku intracerebrálního krvácení	12
1.4.2 Subarachnoidální krvácení	13
1.4.2.1 Etiologie vzniku subarachnoidálního krvácení	13
1.4.2.2 Klinický obraz a rizikové faktory vzniku subarachnoidálního krvácení	13
1.5 Diagnostika cévních mozkových příhod	14
1.5.1 Diagnostické metody u dokonané a tranzientní ischemické cévní mozkové příhody	14
1.5.2 Diagnostické metody u hemoragické cévní mozkové příhody	15
1.6 Terapie cévních mozkových příhod	16
1.6.1 Terapie dokonané a tranzientní ischemické cévní mozkové příhody	16
1.6.2 Terapie intracerebrálního krvácení	18
1.6.2 Terapie subarachnoidálního krvácení	19
1.7 Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě na jednotce intenzivní péče	20
1.7.1 Péče o pacienta ihned po přijetí	20
1.7.2 Péče o výživu a příjem tekutin	21
1.7.3 Péče o vyprazdňování	22
1.7.4 Hygienická péče	23
1.7.5 Péče o mobilitu	24
1.7.6 Péče o komunikaci a psychiku	24
2 Cíl práce a výzkumné otázky	26
2.1 Cíl práce	26
2.2 Výzkumné otázky	26
3 Metodika výzkumu	27
3.1 Použité kvalitativní metody	27
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	27

4 Výsledky.....	28
4.1 Identifikační údaje probandů.....	28
4.2 Seznam jednotlivých kategorií a podkategorií.....	29
4.3 Kategorie 1 Postup péče o pacienta.....	30
4.3.1 Podkategorie 1 Příjem pacienta na oddělení.....	30
4.3.2 Podkategorie 2 Terapie na oddělení.....	30
4.4 Kategorie 2 Specifika ošetrovatelské péče o neurologicky nemocného.....	31
4.4.1 Podkategorie 1 Rozdíly mezi hemoragickou a ischemickou CMP.....	31
4.4.2 Podkategorie 2 Rizika v ošetrovatelské péči.....	32
4.4.3 Podkategorie 3 Specifika péče o výživu.....	33
4.4.4 Podkategorie 4 Specifika péče o vyprazdňování.....	33
4.4.5 Podkategorie 5 Specifika v hygienické péči.....	34
4.4.6 Podkategorie 6 Specifika v péči o mobilitu.....	35
4.5 Kategorie 3 Kompenzační pomůcky v ošetrovatelské péči o neurologicky nemocného.....	35
4.5.1 Podkategorie 1 Kompenzační pomůcky ve výživě a vyprazdňování.....	35
4.5.2 Podkategorie 2 Kompenzační pomůcky v hygienické péči a v péči o mobilitu.....	36
4.6 Kategorie 4 Další péče o neurologicky nemocného.....	37
4.6.1 Podkategorie 1 Logopedická péče.....	37
4.6.2 Podkategorie 2 Péče o psychiku pacienta.....	37
4.6.3 Podkategorie 3 Začlenění rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče.....	38
4.7 Kategorie 5 Doporučení sester pro zkvalitnění péče.....	38
4.7.1 Podkategorie 1 Rekonvalescence.....	38
4.7.2 Podkategorie 2 Názor sester na péči.....	39
4.8 Skryté pozorování.....	40
Péče o výživu.....	40
Péče o vyprazdňování u neurologicky nemocného.....	41
Péče o hygienu u neurologicky nemocného.....	42
Péče o mobilitu u neurologicky nemocného.....	42
Péče o psychický stav pacienta u neurologicky nemocného.....	43
5 Diskuze.....	44
6 Závěr.....	49
7 Seznam zdrojů.....	51
8 Seznam příloh.....	56
9 Přílohy.....	57

Úvod

Neurologie je lékařský obor zabývající se příčinami, diagnostikou a terapií poruch a nemocí centrální a periferní nervové soustavy, jakožto velice komplexního systému, který zastává hlavní roli v regulaci a řízení většiny tělesných funkcí, který umožňuje kontakt mezi vnějším a vnitřním prostředím organismu. V případě náhlé poruchy, týkající se nervové soustavy, musí být péče o pacienty provedena mimořádně svědomitě a co nejrychleji. Většina neurologických onemocnění znamená hrozbu nevratných dlouhodobých následků různého rozsahu. Kvalita života postižených osob po ukončení intenzivní lékařské péče bezesporu též vysoce závisí na kvalitní ošetrovatelské péči a včasnému zahájení neurorehabilitace. Jeden z nejčastěji se vyskytujících urgentních stavů, který vyžaduje rychlou diagnostiku a včasné zahájení léčby, je cévní mozková příhoda. Ta je charakteristická náhle vzniklými globálními nebo fokálními příznaky a ztrátou funkcí dle lokalizace poškození části mozku. Při ní dochází k poruše krevního zásobení mozku. Podle mechanismu vzniku se ikty rozdělují na ischemickou cévní mozkovou příhodu a hemoragickou cévní mozkovou příhodu.

Role sestry v intenzivní péči o pacienta s cévní mozkovou příhodou je významná. Na jednotce intenzivní péče se nacházejí pacienti většinou v akutní fázi iktu, kdy je nezbytné jednat pohotově a fundovaně s ohledem na specifika zmíněného postižení.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá vybranými druhy cévních mozkových příhod, jejich etiologií, klinickými příznaky, také možnostmi diagnostiky a terapie. Další část je věnovaná ošetrovatelské péči o pacienta s cévní mozkovou příhodou v oblasti výživy, vyprazdňování, hygienické péče, péče o mobilitu a psychický stav pacienta. V empirické části bakalářské práce zjišťujeme, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče ve výše vyjmenovaných oblastech, a jak sestry dodržují zásady péče o neurologicky nemocné.

1 Současný stav

V současné době jsou cévní onemocnění mozku z epidemiologického hlediska třetí nejčastější příčinou úmrtí, po kardiovaskulárních a nádorových nemocech. V České republice má, vzhledem ke stárnutí populace, úmrtnost na cévní onemocnění mozku vzrůstající charakter a je také nejčastější příčinou hospitalizace. Nejčastějším projevem z cévních mozkových onemocnění je akutní cévní mozková příhoda (Seidl, 2015). Cévní mozková příhoda má významně negativní tělesný, psychologický a také finanční dopad na pacienty, jejich rodiny, na zdravotní péči i celou společnost. Více než polovina osob, po prodělání cévní mozkové příhody (dále jen CMP), zůstává v denních aktivitách závislá na ostatních. Proto je snižování dopadu CMP jednou z priorit světového medicínského i ošetrovatelského výzkumu. Cévní mozkové příhody se dělí do dvou základních skupin, a to na příhody ischemické a na hemoragické (Kalvach et al., 2010).

1.1 Incidence a mortalita cévních mozkových příhod v České Republice

CMP jsou onemocnění, které mají v České Republice vysokou incidenci. Každý rok onemocní v průměru 30 000 osob, na 100 000 obyvatel připadá 300 příhod (Fiksa, 2016). Dle Česky (2010) se cévní mozkové příhody se neojediněle vyskytují už i u mladších věkových kategorií. Až 28 % příhod postihuje osoby mladší 65 let a na území Evropy lze očekávat zvýšení meziročního výskytu CMP o 1,5 %. CMP jsou choroby vážící se ke staršímu věku, ale vzhledem k pokroku medicíny a prodloužení průměrného věku populace, lze očekávat zvýšení úmrtnosti na následky stařecké aterosklerózy. V České republice je uváděno 17 000 úmrtí ročně.

Mortalita je nejvyšší právě v pokročilém věku, avšak s rozdílným zastoupením u žen a u mužů, kdy v rozmezí let 60-70 let umírá v přepočtu na 100 000 osob více mužů, tak ve věku nad 70 let je úmrtí žen na celou populaci více než dvojnásobné oproti mužům (Kalvach et al., 2010). U ischemických mozkových příhod umírá třetina pacientů do jednoho roku od vzniku a u přeživších osob je až polovina významně handicapována. U hemoragických mozkových příhod je úmrtnost vyšší, je uváděno, že dvě třetiny osob s intracerebrálním krvácením umírá do 6 měsíců, a polovina osob se subarachnoidálním krvácením umírá do 3 měsíců (Češka, 2010).

1.2 Ischemická cévní mozková příhoda

1.2.1 Etiologie vzniku ischemické cévní mozkové příhody

Dle Kalvacha et al., (2010) je mozková ischemie multifaktoriální jev, na kterém se podílejí mnohé proměnné a k jejímu vzniku vede soubor několika faktorů, kdy v průběhu života klesá funkce a kvalita cév mechanizmy, které jsou důsledkem procesu aterosklerózy. Jsou jimi pokles cévního průsvitu, ztlustění stěny cév a postupná ztráta její elasticity. Příčinou poškození mozkové tkáně je snížená perfuze, ke které dochází při zúžení nebo uzávěru některé z mozkových tepen například v důsledku embolizace, poruch krevní srážlivosti nebo aterosklerotického procesu. Méně častým případem je globální hypoperfuze například při srdeční zástavě (Ševčík et al., 2014). Funkční práh mozkové perfuze se nachází okolo 20 ml/100g tkáně za minutu, při kterém dochází k reverzibilním funkčním změnám, pokud poklesne hodnota mozkové perfuze pod 10 ml/100g tkáně po dobu delší než 5 minut, dojde v důsledku nekrózy mozkových buněk k nezvratným změnám (Kalvach et al., 2010).

1.2.2 Rizikové faktory vzniku ischemické cévní mozkové příhody

Rizikové faktory vzniku ischemické cévní mozkové příhody lze rozdělit na ovlivnitelné neboli vnější, které je možné potlačit či snížit jejich vliv vlastním přičiněním. Mezi ně řadíme poruchy krevního tlaku, zejména arteriální hypertenze, která nepříznivě ovlivňuje vznik a růst aterosklerotických plátů v cévách. Arteriální hypertenze je definována jako krevní tlak vyšší než 140/90 mmHg naměřený minimálně dvakrát nezávisle na sobě. Srdeční choroby jsou dalším častou příčinou vzniku CMP, zejména častou příčinou je embolizace ze žilního systému nebo ze srdce jako následek arytmie. Mezi další ovlivnitelné rizikové faktory vzniku patří onemocnění Diabetes mellitus v kombinaci s hyperlipidemií, které vedou k akceleraci aterosklerotických procesů a zvýšení vnímavosti organismu k dalším nepříznivým faktorům vedoucím ke vzniku CMP. Kterými jsou kouření, obezita, zneužívání drog, užívání hormonální antikoncepce, hypothyreóza, migrény, alkoholismus a některé krevní poruchy jako například srpkovitá anémie, která může způsobit segmentální stenózu projevující se na artérii carotis interna a velkých cévách odstupujících z Willisova okruhu (Kalvach, 2010). Seidl (2015) rozděluje vnější či ovlivnitelné nepříznivé faktory na takzvaně silné a slabé, mezi silné řadí mimo jiné předešlý výskyt CMP nebo tranzitorního ischemického neurologického deficitu (dále jen TIA) v anamnéze. Slabé rizikové faktory zahrnují zejména životosprávu a rizikovou medikaci.

Seidl (2015) řadí mezi neovlivnitelné rizikové faktory vzniku ischemické cévní mozkové příhody, stoupající věk, rasu, pohlaví, genetické predispozice a další vlivy jako socioekonomická situace, zeměpisné a klimatické podmínky, které různou mírou riziko vzniku iktu zvyšují či snižují.

1.2.3 Klinický obraz ischemické cévní mozkové příhody

Klinický obraz dokonané ischemické mozkové příhody je charakteristický rychlým vznikem celkových nebo ložiskových příznaků trvajících déle než 24 hodin. Jednotlivé příznaky se dotýkají především poruch vědomí, sensorických a vyšších mozkových funkcí, poruch hybnosti, poruch smyslového čítí, rovnováhy a koordinace pohybů. Porucha vědomí se může projevit jako kvantitativní poškození na úrovni somnolence, soporu i kómatu, ale i jako kvalitativní porucha ve formě zmatenosti až deliria. Poruchy vyšších nervových funkcí se projevují nejčastěji jako afázie. Poruchy hybnosti jsou nejnápadnějším symptomem cévní mozkové příhody, které vnímá jak pacient i jeho okolí a s poruchami řeči vede k rychlé diagnostice mozkového iktu (Kalina et al., 2008). Slezáková (2014) uvádí jako další charakteristické příznaky CMP ptózu očního víčka, pokles koutku, diplopie, výpadky zorného pole a závratě. Porucha motorických funkcí se projevuje jako slabost, paréza nebo plegie na jedné nebo obou polovinách těla. U pacienta se při vyšetření projevuje porucha citlivosti, ztuhnutí nebo změněné vnímání na končetinách. Babinského příznak je pozitivní a reflex Achillovy šlachy je snížený nebo nevýbavný.

1.3 Tranzientní ischemický neurologický deficit

Tranzientní ischemický neurologický deficit (TIA= transient ischaemic attack) je přechodný stav spojený s dysfunkcí mozku v ohraničené oblasti způsobené regionálním snížením průtoku krve, což má za následek buď přechodné nebo drobné pozorovatelné klinické příznaky, které zpravidla odeznívají nejdéle do 24 hodin, ale obvykle do několika minut (Coutts, 2017). Ale i přes to, že se jedná o stav se spontánní úpravou musíme vždy považovat tranzitorní mozkovou příhodu za naléhavý varovný signál vysoce závažné poruchy mozkové perfuze, která si žádá diagnostické zhodnocení (Češka et al., 2010). Až dvě osoby ze sta dospělých lidí prodělají za svůj život krátké průtokové selhání a bez odpovídající léčby asi desetina z těchto lidí dospěje k CMP během 3 měsíců (Kalvach, 2004). Dle Siketa a Edlowa (2013) je riziko mrtvice nejvyšší v prvních 48 hodinách po přechodném ischemickém záchvatu a počáteční hodnocení na pohotovostním oddělení je nejlepší příležitostí k identifikaci pacientů s nejvyšším rizikem recidivy mrtvice. Příčinou

vzniku tranzitorní ischemické ataky je nejčastěji jeden ze čtyř hlavních mechanismů, kterými jsou aterotrombóza, hemodynamické selhání, vazospasmus a embolie (Kalvach, 2010). Příznaky pacientů s TIA jsou z velké části podobné těm pacientům s ischemickou cévní mozkovou příhodou, zahrnují jednostrannou slabost končetin, poruchy řeči, poruchy zraku, smyslové symptomy a potíže s chůzí. Ale vzhledem k tomu, že jsou tyto příznaky přechodné, tak jsou často hodnoceny pouze na základě subjektivních výpovědí pacientů, které jsou méně přesné než u pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou, jejichž dlouhodobé symptomy a příznaky mohou spolehlivě posoudit lékaři. Některé příznaky, jako je monokulární slepota, jsou mnohem častější v TIA než u mrtvice a třes končetin se vyskytuje téměř výhradně u pacientů s TIA (Kim, 2014).

1.4 Cévní mozková příhoda hemoragická

Hemoragické cévní mozkové příhody zaujímají mezi všemi nitrolebečními cévními příhodami asi 20 %. Intrakraniální krvácení se dělí na dvě hlavní skupiny: krvácení do mozkové tkáně neboli intracerebrální krvácení, které tvoří asi 15 % a subarachnoidální krvácení, kdy se krev dostane do prostoru pod pavoučnicí, které zaujímá asi 5 %, třetí skupinu s jen asi 1 % frekvencí tvoří krvácení intraventriculární (Kalvach, 2010).

1.4.1 Intracerebrální krvácení

1.4.1.1 Etiologie vzniku intracerebrálního krvácení

Intracerebrální krvácení (dále jen ICH) je závažný stav, při kterém se celková mortalita pohybuje až okolo 50 % do jednoho měsíce od vzniku a roční mortalita přesahuje 55 %. Asi polovina ICH jsou hluboká krvácení do bazálních mozkových ganglií, dále lobární, mozečková a okolo 5 % tvoří kmenová krvácení. Asi pouze jen 20 % osob po ICH dosáhne schopnosti nezávislosti (Kalina, 2008). Z hlediska příčin se jedná o heterogenní skupinu, kdy se na vzniku tohoto stavu může podílet několik rizikových faktorů. ICH tradičně dělíme na primární a sekundární. U primární skupiny ICH je příčinou vzniku nejčastěji hypertenze a amyloidová angiopatie, u sekundárních ICH je příčin mnoho, jsou jimi například tumory, vaskulární malformace, koagulopatie, venózní angiomy, intrakraniální aneurysmata a kraniocerebrální traumata (Tomek et al., 2014).

1.4.1.2 Klinický obraz a rizikové faktory vzniku intracerebrálního krvácení

Symptomatologie intracerebrálního krvácení se odvíjí od lokalizace a propagaci hematomu. S výjimkou žilních nebo kapilárních hemoragií začínají ICH většinou náhle. Kvalitativní nebo kvantitativní poruchy vědomí se objevují častěji než u cévní mozkové příhody ischemické, stejně jako nauzea a vomitus. Bolest hlavy je typickým příznakem

spíše pro subarachnoidální krvácení, ale může se objevovat s vazbou na syndrom nitrolebeční hypertenze nebo jako průnik do arachnoidálního prostoru. Kóma může znamenat rozsáhlé prokrvácení do bazálních ganglií nebo do mozkového kmene, z krátkého počátečního bezvědomí se většinou postižený probírá s vážným neurologickým deficitem. Ložiskové příznaky se progresivně zhoršují již během několika hodin od počátku ICH (Kalina et al., 2008). Edém mozku se rozvíjí již od počátku krvácení, jeho velikost závisí zejména na objemu hematomu, své maximální velikosti dosahuje mezi druhým, až šestým dnem, kdy se projevuje tzv. Cushingova trias (respirační obtíže, hypertenze a bradykardie). Po týdnu edém zvolna ustupuje. K rozlišení intracerebrálního krvácení od ischemické cévní mozkové příhody je zapotřebí CT vyšetření (počítačová tomografie) nebo zhotovení MR vyšetření (magnetické rezonance) (Tomek et al., 2014). Nejvíce uváděným rizikovým faktorem pro vznik intracerebrálního krvácení je hypertenze. Mezi další patří přítomnost amyloidové angiopatie, tumorů, tepenných výdutí, vaskulitidy, tepenné disekce, trombolytická, antikoagulační a antiagregační léčba, leukémie, trombocytopenie, onemocnění malých tepen a užívání návykových látek jako je nikotin, alkohol, amfetaminy, kokain a taneční drogy. Riziko vzniku roste s pokročilým věkem (Kalina et al., 2008).

1.4.2 Subarachnoidální krvácení

1.4.2.1 Etiologie vzniku subarachnoidálního krvácení

Při subarachnoidálním krvácení dochází k abnormálnímu krevnímu výronu mezi pavoučnicí (arachnoideu) a měkkou plenu mozkovou (pia mater). Jedná se o stav s vysokou mírou mortality a invalidity. Celková prognóza se odvíjí od objemu krvácení (D'Souza, 2015). Tvoří asi 5 % ze všech případů CMP. K tomuto stavu může dojít jak následkem traumatu hlavy, tak spontánně (Tomek et al., 2014). Nejčastěji vzniká subarachnoidální krvácení (dále jen SAK) jako následek traumatu mozku. Spontánní SAK se projeví jako následek ruptury aneuryzmatu až v 70-80 % případů, v 6 % se jedná o krvácení AVM (arteriovenózní malformace), ve vzácnějších případech jsou na vině krvácivé stavy, tumory, vaskulitidy a antikoagulancia. V mnoha případech zůstane příčina krvácení neobjasněná (Seidl, 2015). Aneuryzmata se nejčastěji vyskytují v oblasti arteria communicans anterior nebo arteria cerebri anterior, další častá lokalizace je v povodí arteri carotis interna, arteria cerebri media a arteria basilaris (Berlit, 2007).

1.4.2.2 Klinický obraz a rizikové faktory vzniku subarachnoidálního krvácení

Kalina et al., (2008) uvádí, že diagnostikování SAK je poměrně snadné za předpokladu,

že proběhne při zcela typickém klinickém obrazu, bohužel tomu tak není v řadě případů. Typickým příznakem je náhlá, krutá bolest hlavy, která vzniká během vteřin v různé lokalizaci. Pokud se tato bolest hlavy u pacienta již někdy objevila, může to svědčit o recidivě krvácení. Pokud je nemocný schopen podat kvalitní anamnézu, tak je důležité, aby vypověděl přesný postup vzniku bolesti a její okolnosti, protože častým spouštěčem SAK bývá zvýšená fyzická námaha nebo koitus. Tato bolest hlavy trvá déle než dvě hodiny a obvykle nereaguje na podávaná analgetika. Mohou se také projevit poruchy vědomí jak kvantitativního, tak kvalitativního charakteru. Až u poloviny nemocných se objevilo při SAK počáteční bezvědomí, při kterém bolest hlavy předcházela nebo jej následovala. Také se objevuje nauzea a zvracení, které na rozdíl od migrény nepřináší úlevu. Ložiskové příznaky mohou napovědět, kde se nachází zdroj krvácení. Meningeální syndrom se rozvíjí během několika desítek minut až hodin, ale jeho nepřítomnost nevylučuje SAK. Kalvach et al., (2010) uvádí, že meningeální syndrom často nepozorujeme při prvním vyšetření, protože se rozvíjí až po 6-12 hodinách od vzniku krvácení, protože obaly reagují sterilním zánětem. Klener a Remeš (2014) uvádí jako rizikové faktory pro vznik subarachnoidálního krvácení hypertenzi, jejíž vztah k SAK je ne zcela jistý, ale léčení hypertenze se doporučuje jako prevence. Rizikové je užívání návykových látek (nikotin, alkohol). Závažným rizikovým faktorem je již prodělaná krvácivá mozková příhoda nebo její přítomnost v rodinné anamnéze. Dalšími zvažovanými faktory jsou: abúzus amfetaminů a kokainu, užívání perorálních kontraceptiv, přítomnost Marfanova nebo Ehlesova-Danlosolova syndromu, polycystóza ledvin nebo fibromuskulární dysplazie.

1.5 Diagnostika cévních mozkových příhod

1.5.1 Diagnostické metody u dokonané a tranzientní ischemické cévní mozkové příhody

Diagnóza u ischemických cévních mozkových příhod závisí na kvalitě a množství dostupných informací a době vyhodnocení. Hlavními použitými kritérii jsou klinická anamnéza nebo objektivní nálezy neurologického vyšetření v souladu s fokální neurologickou dysfunkcí. Vzhledem k tomu, že pacienti se liší spolehlivostí při hlášení událostí, které zažili, tak i náročný lékař může považovat za náročné provést určitou diagnózu založenou na historii a fyzickém vyšetření samotném (Coutts, 2017). U každého pacienta s podezřením na ischemickou cévní mozkovou příhodu musí být stanovena diagnóza co nejdříve, během 60 minut od převzetí pacienta do péče musí být provedeny diagnostické procedury, aby pacient mohl co nejrychleji podstoupit

terapeutické výkony. Neodkladnými diagnostickými testy jsou: stanovení úrovně neurologického deficitu dle škály NIHSS (Příloha 2), ústředním diagnostickým vyšetřením je CT nebo MR mozku, dále stanovení glykemie, monitorace krevního tlaku, změření saturace kyslíku, laboratorní vyšetření (biochemický screening, krevní obraz a vyšetření krevní srážlivosti INR a aPTT a počet trombocytů) a 12svodové elektrokardiografické vyšetření. Pokud pacient nepodstupuje antikoagulační léčbu nebo netrpí jinou krvácivou poruchou, je možné zahájit léčebné výkony bez známého výsledků testů krevní srážlivosti. Dalšími vyšetřovacími metodami jsou CT/MR angiografie, které jsou nezbytné zejména u pacientů potenciálně indikovaných k endovaskulární terapii, sonografické vyšetření intrakraniálních a extrakraniálních tepen, interní vyšetření, transtorakální a transezofageální echokardiografie, k vyloučení intrakardiálního trombu nebo jiné patologie, může být zhotoven také rentgen srdce a plic. Tyto vyšetření a ošetrovatelská péče nesmí vést k prodlevě zahájení terapie (Tomek et al., 2014). Dle Kaliny et al., (2008) je CT vyšetření v prvního hodinách často bez nálezu nebo jsou přítomny jen subtilní změny, proto je tato zobrazovací metoda při jasných klinických známkách důležitá zejména k vyloučení hemoragického iktu. Po 2-6 hodinách od vzniku mozkové ischemie je při CT vyšetření viditelné snížení denzity postižené tkáně, typickým nálezem může být inzulární proužek při uzávěru a. cerebri media. Po 24 hodinách je již jasně viditelná hypodenzita postižené mozkové tkáně a po více než měsíci se objevuje atrofie postižené tkáně a dochází k vývoji postmalatické pseudocysty. Co se týká magnetické rezonance, tak platí, že tato metoda je ve srovnání s nativním CT dokonalejší, ale méně dostupná a také časově poměrně náročná, proto se v praxi často setkáváme s tím, že pro cenné minuty je toto vyšetření nahrazeno počítačovou tomografií.

1.5.2 Diagnostické metody u hemoragické cévní mozkové příhody

Klinický obraz hemoragické a ischemické cévní mozkové příhody je podobný. Obvykle se skládá z náhlého nástupu fokálního neurologického deficitu. Snížení úrovně vědomí, zvracení, bolesti hlavy, záchvaty a velmi vysoký krevní tlak mohou naznačovat přítomnost mozkové hemoragie, nicméně, žádný z těchto příznaků není natolik specifický, aby dokázal spolehlivě odlišit hemoragickou cévní mozkovou příhodu od té ischemické, proto diagnostice k hemoragie musíme vždy spoléhat až na další vyšetřovací metody (Goldstein, Morotti, 2016). Stejně jako u ischemické CMP je stěžejní akutní provedení CT i MR, které dají rychlou informaci o lokalizaci a objemu hematomu, případně o jeho propagaci, o míře edému a o známkách nitrolební hypertenze (Kalina et al., 2008) Měření základních fyziologických funkcí a provedení fyzikálního vyšetření by

mělo být provedeno u všech pacientů. Glasgow Coma Score je široce známý, rychlý a reprodukovatelný nástroj pro hodnocení vědomí, slouží k rychlému zhodnocení závažnosti mozkového krvácení. U pacientů s mozkovým krvácením je třeba získat kompletní krevní obraz, elektrolyty a kreatinin, glukózu a koagulační vyšetření (Goldstein, Morotii, 2016). V anamnéze je důležité pátrat po přítomnosti hypertenze (zejména neléčené), po přítomnosti prodělaného krvácení (intrakraniálního nebo i jiné lokalizace), přítomnost koagulopatie či trombocytopenie a po nádorových onemocněních a amyloidové angiopatii. V případě podezření na subarachnoidální krvácení je využívána lumbální punkce jako další diagnostická metoda, zejména při neprůkazném CT vyšetření. Na některých pracovištích využívají jako iniciální vyšetření CTA, které má tu výhodu, že může lépe detekovat příčinu krvácení a umožňuje zjistit hrozící progresi krvácení. MRA je vhodné spíše jako kontrolní vyšetření a jako doplňující metoda při nejasném CT vyšetření, kvůli jeho časové náročnosti a menší senzitivitě například pro malá aneurysmata (Tomek at al., 2014).

1.6 Terapie cévních mozkových příhod

1.6.1 Terapie dokonané a tranzientní ischemické cévní mozkové příhody

Ischemická cévní mozková příhoda je urgentní stav, vyžadující co nejrychlejší ošetření. Nemocní s příznaky iktu musí být neprodleně hospitalizováni v iktových nebo v komplexních cerebrovaskulárních centrech. Terapie ischemického iktu je zaměřena na neuroprotekcii, dostatečnou perfúzi okolí ischemie z okolních cév a minimalizování času cévní okluze, aby nedošlo k nekrotizaci tkáně (Ambler, 2006). Doba od přijetí pacienta do zahájení léčby („door-to-needle time“, DNT) by neměl být delší než 45 minut (Bauer, 2010). Přednemocniční péči zajišťuje většinou zdravotnická záchranná služba a spočívá v zajištění vitálních funkcí, zajištění žilního přístupu, v péči o dýchací cesty a podání symptomatické terapie dle stavu pacienta. Po příjezdu podstoupí pacient co nejrychleji řadu diagnostických a ošetrovatelských postupů, po zhodnocení stavu je zvolena vhodná metoda terapie. Nemocniční terapii rozdělujeme na obecnou a specifickou.

Obecnými terapeutickými postupy jsou: monitorování vitálních a neurologických funkcí, zajištění dýchání, péče o kardiovaskulární systém, regulace krevního tlaku, monitorování metabolismu glukózy, monitorování tělesné teploty a zajištění nutrice s úpravou elektrolytů a tekutin (Škoda et al., Guidelines 2016). Stěžejní specifickou terapeutickou metodou je podání intravenózní trombolýzy, jejímž hlavním cílem je dosažení rekanalizace trombem nebo embolem uzavřené mozkové tepny. Standardně užívaným

preparátem je tkáňový aktivátor plazminogenu (rt-PA). Dávkování je 0,9 mg/kg, 10% látky je podáno bolusově intravenózně a zbytek formou infuze (Mikulík, 2014). K intravenózní trombolýze je indikován každý pacient s akutní ischemickou cévní mozkovou příhodou do 4,5 hodiny od počátku vzniku symptomů, pokud není přítomna zásadní kontraindikace, zejména taková, která představuje riziko intracerebrálního krvácení. V zásadě platí, že čím dříve pacient podstoupí intravenózní trombolýzu, tím vyšší je terapeutický účinek, proto je velmi důležitý logistický systém nemocniční péče, který umožní podání terapie co nejrychleji od příjezdu do zařízení (Mikulík, 2014). Poměrně častou alternativou nebo doplňkem je podání trombololytika intraarteriálně. Většinou se používá dávka 20mg tPA, která je aplikována formou infuze přímo do trombu pomocí zavedeného katétru, současně je pacientovi podáván heparin 2000 UI bolusově a dalších 500 UI/hodina infuzně, aby nedošlo k ucpání katétru. Každých 15 minut se provádí nástřik, aby byla případná rekanalizace co nejdříve diagnostikována. Tato metoda je indikována zejména u pacientů s uzávěrem střední mozkové tepny a musí být aplikována do 6 hodin od vzniku příznaků (Mikulík, 2014). V současné době jsou vyvíjena různá zařízení k provedení mechanické trombektomie, kterou lze dle Guidelines (2016) provést do 6 hodin od nástupu příznaků. Kozák (2016) uvádí, že od roku 2015 je kombinovaná systémová trombolýza s mechanickou trombektomií volena jako léčba při uzávěru velkých mozkových tepen do 4,5 hodiny od vzniku příznaků. Samostatná mechanická trombektomie za použití stent-retrieverů je již standardní terapií akutního uzávěru mozkové tepny do 6 hodin od vzniku příznaků. U menší části pacientů s CMP je indikována i léčba operativní (Ambler, 2006). Mezi chirurgické metody terapie při ischemické cévní mozkové příhodě řadíme dva základní postupy: odstranění překážky (endarterektomie, embolektomie) nebo její obejití (anastomóza). Mezi takové operace patří například karotická endarterektomie, cévní mikroanastomózy, trombembolektomie intrakraniálních tepen a zvláštním případem je provedení dekompresní kraniektomie (Haninec, Zvěřina, 2016). Dekompresní kraniektomie je dle Guidelines (2016) prováděna u osob do 60 let s rozsáhlým maligním infarktem je možné v rámci stabilizace nitrolebního tlaku do 48 hodin od nástupu příznaků ischemické CMP. Při podezření na TIA je taktéž doporučena bezodkladná přeprava do nemocničních zařízení s iktovou jednotkou či iktovým týmem, kde bude zajištěno vyšetření specialistou a okamžité zahájení léčby, protože hrozí vznik dokonané ischemické mrtvice (Herzig, 2009).

Jako farmakologická léčba u CMP je podávána:

- Léčba protitrombotická protidestičková: její význam je profylaktický, zabraňuje další progresi a recidivě, tím že brání tvorbě a embolizaci trombu na

aterosklerotickém plátu a ovlivňuje trombocytární agregaci. Užívaná je kyselina acetylsalicylová v dávkách 100-400 mg/den (Ambler, 2006).

- Léčba protitrombotická antikoagulační: užívaná jako profylaxe žilní trombózy a tromboembolické choroby. Užívají se nízké dávky heparinu nebo nízkomolekulární hepariny (Ambler, 2006).
- Protiedémová léčba: otok mozku může být závažnou komplikací ischemické CMP. Základním opatřením je polohování hlavy do 30° nad podložku, oxygenace, udržování normotermie a odstranění bolestivých podnětů. Jako doplněk lze využít nitrožilní osmoterapii hypertonickými roztoky nebo podáváním kortikosteroidů (Ambler, 2006).

1.6.2 Terapie intracerebrálního krvácení

Intracerebrální krvácení je emergentní stav, který vyžaduje rychlou diagnostiku a terapii. Přednemocniční péče zahrnuje zajištění základních vitálních funkcí, zjištění doby vzniku příznaků, lékové anamnézy a orientační neurologické vyšetření dle škály Glasgow Coma Score. Pacienti s podezřením na hemoragickou cévní mozkovou příhodu by měli být transportováni do nejbližšího iktového centra (Buchvald, 2014). Šrámek (2017) uvádí, že prakticky všichni pacienti, u kterých bylo diagnostikováno intracerebrální krvácení jsou indikováni k hospitalizaci na jednotce intenzivní péče. Podobně jako u ischemické CMP je obecné léčba zaměřena na: zajištění dýchání a srdeční činnosti, úpravu metabolické dysbalance a prevenci tromboembolismu (Ambler, 2006). Dle Kaliny et al., (2008) je potřebné si uvědomit, že intracerebrální krvácení většinou není jednorázový děj, ale proces, jelikož přirozený vývoj častých typů hematomů může vést ke zvýšení jejich objemu až o 50 % v průběhu prvních hodin, tudíž provedené CT nebo MRI poskytuje informace o aktuálním stavu, který se může změnit.

Obecně je možné rozdělit terapii intracerebrálního krvácení na metody konzervativní, chirurgické, radiační a endovaskulární. Základem konzervativní terapie je náprava arteriální hypertenze, monitorace a léčba nitrolební hypertenze, zajištění dýchání, udržování normotermie a stabilní hladinu normoglykémie (Buchvald, 2014). Šrámek (2017) dodává, že je důležité v prvních dnech předcházet tromboembolické nemoci, a to používáním intermitentní pneumatiké komprese a kompresních punčoch na dolních končetinách a zahájením časně rehabilitace pacienta. Cílem konzervativních postupů léčby je zmírnění rozsahu krvácení redukcí vysokého krevního tlaku, popřípadě ovlivněním hemokoagulačních mechanismů (Buchvald, 2014). U chirurgických léčebných metod, je dle současných výzkumů, jejich efekt značně nepřesvědčivý (Kalina,

2008). Chirurgická metoda léčba je ale jednoznačně indikována v případě mozečkové hemoragie, kdy hematoma je v průměru větší než 3 cm, a také v případě větších lobálních hematomů situovaných do 1 cm pod povrchem mozku (Buchvald, 2014). V případě akutního obstrukčního hydrocefalu je volena léčba zevní komorovou drenáží (Kalina, 2008). Ambler (2006) upozorňuje na důležitost sekundární prevence a snahu ovlivnění zjištěných rizikových faktorů. Uvádí, že u všech nemocných je indikována antideštičková terapie, která brání agregaci trombocytů a tvorbě trombu, kdy užívaným léčivem je kyselina acetylsalicylová.

1.6.2 Terapie subarachnoidálního krvácení

Subarachnoidální krvácení je velmi závažný stav a léčba patří do rukou zkušeným odborníkům ve specializovaných centrech. Léčba je ve většině případů prováděna na neurochirurgických pracovištích a jejím základem je celková intenzivní péče (Češka, 2010). Jelikož je nejčastější příčinou spontánního krvácení výduť, tak terapie v prvních 48-72 hodinách směřuje k uzavření místa krvácení, a to buď endovaskulárním nebo přímým neurochirurgickým výkonem (Fiksa, 2016). Jako endovaskulární metoda se užívá takzvaný coiling, což je metoda, při níž se vak naplní platinovou spirálou, která způsobí trombotizaci vaku. Mikrochirurgická metoda nazývaná clipping spočívá ve vyřazení aneurysmatu z cirkulace zasvorkováním (Češka, 2010). Buchvald et al., (2014) dodává, že při výběru terapeutické metody je zásadní nejen velikost, tvar a umístění výdutě, ale také velikost krčku výdutě, stupeň aterosklerózy magistrálních tepen, přítomnost ICH, věk pacienta a další. Pacient by měl mít zajištěn absolutní klid na lůžku, a měla by mu být podávána antiemetika a analgetika, popřípadě antihypertenziva (Ambler, 2006). Konzervativní metoda léčby je indikována u pacientů, u kterých chirurgický výkon představuje příliš velké riziko, například tím, že se jedná o pacienta ve vysokém věku, trpí srdečním, plicním nebo jiným závažným onemocněním, anebo se aneurysma nachází na nebezpečném místě. Metody konzervativní terapie zahrnují: klid na lůžku (4-6 týdnů, s hlavou v rovině či maximálním úhlu do 30°), podávání analgetik, antihypertenziv (u pacientů s vysokým krevním tlakem), kortikosteroidů, sedativ a vazokonstriktorů a zákazu pití kávy a jiných stimulantů a přípravků s obsahem kyseliny acetylsalicylové (Kolektiv autorů, 2008).

1.7 Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě na jednotce intenzivní péče

Ošetrovatelství bylo definováno Světovou zdravotnickou organizací jako: „*Systém typicky ošetrovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu*“ (Staňková, 1997, s. 31). Ošetrovatelství se zaměřuje na podporu, udržení a navrácení zdraví, podporu soběstačnosti, zmírnění utrpení nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Zaměřuje se na pomoc jednotlivcům i skupinám a významně se podílí na prevenci, diagnostice, rehabilitaci a terapii nemocí (Věstník MZ, 2004).

Na pracovištích intenzivní péče jsou umístění pacienti, kterým hrozí nebo již probíhá selhání jednoho či více orgánů. Je jim zde poskytována kompletní nepřetržitá ošetrovatelská péče vyškoleným personálem. Dostupnost lékařů je okamžitá. Požadavky na minimální personální a technické vybavení je k nalezení ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví číslo 493/2005 Sb. (Kapounová, 2007). Setká-li se sestra s náhlým stavem týkající se neurologie, musí přistupovat k pacientovi svědomitě, pracovat rychle a pečlivě a zároveň si všimnout všech drobných změn, které by mohly signalizovat zhoršení jeho stavu (Kolektiv autorů, 2008). Plánování ošetrovatelské péče v intenzivní péči při postižení mozku lze rozdělit na všeobecnou ošetrovatelskou péči, která zahrnuje intervence z oblasti výživy, hygienické péče, vyprazdňování a další a na speciální ošetrovatelskou péči, která závisí na druhu onemocnění a jeho charakteru (Slezáková, 2014).

1.7.1 Péče o pacienta ihned po přijetí

Příjem pacienta s podezřením na cévní mozkovou příhodu by za optimálních podmínek měl probíhat na oddělení urgentního příjmu spolu s vyškoleným iktovým týmem. Předávání pacienta a informací o jeho zdravotním stavu by měl probíhat mezi členy záchranného zdravotnického týmu a již avizovaným lékařem. Cílem první fáze nemocniční péče je co nejrychlejší provedení všech potřebných diagnostických a laboratorních testů, aby pacient mohl okamžitě podstoupit terapii (Tomek et al., 2014).
Role sestry v péči o pacienta se suspektní CMP

- Zajištění dýchání a krevního oběhu
- Měření vitálních funkcí a jejich monitorace: saturace O₂, TK, pulzu
- Asistence lékaři při celkovém a neurologickém vyšetření, včetně stanovení tíže

neurologického deficitu dle škály NIHSS

- Zavedení intravenózní kanyly, podání medikace dle ordinace lékaře
- Odběr krve na laboratorní vyšetření: krevní obraz, koagulace, biochemie, stanovení glykemie (lze provést glukometrem)
- Natočení 12svodového EKG záznamu
- Úkony jako katetrizace močového měchýře a zavedení nasogastrické sondy (dále jen NGS) musí být provedeny ještě před zahájením trombolytické léčby
- Příprava pacienta na zobrazovací vyšetření mozku
- Asistence lékaři při lumbální punkci, pokud je podezření na subarachnoidální krvácení (Tomek et al., 2014)
- Příprava pacienta na chirurgický výkon nebo převoz na oddělení intenzivní péče. Pokud to pacientův stav umožňuje, podá sestra pacientovi dostatek informací o jeho stavu v rámci svých kompetencí a dbá na jeho psychický stav (Kolektiv autorů, 2008).

Sestra nejen při příjmu, ale po celou dobu hospitalizace sleduje celkový stav pacienta. Rozeznává příznaky, které by mohly svědčit pro zvětšující se aneuryzma, opakované krvácení, krevní sraženiny, zvyšující se nitrolební tlak nebo vazospasmus. Proto si všímá projevů jako je snížená úroveň vědomí, rozšíření zornic na jednom oku, zvýšený krevní tlak, zpomalení pulzu, zvracení, přítomnost nebo akcelerace bolesti a zhoršení motorického postižení nebo ztuhlost šíje (Kolektiv autorů, 2008).

1.7.2 Péče o výživu a příjem tekutin

Potřeba výživy a příjmu tekutin je základní biologickou potřebou člověka. Její uspokojování vede k udržování homeostázy v organismu a je nezbytným předpokladem lidské existence. Výživa uspokojuje nejen trávicí trakt a energetické nároky člověka, ale i psychosociální potřeby (Kapounová, 2007). V akutním stadiu cévních mozkových příhod je většinou nutná úplná parenterální výživa, která zabezpečuje rehydrataci a přívod iontů společně s přísunem nosného energetického substrátu (glukózy) a aminokyselin. Hlavním rizikem u pacientů s CMP je tichá aspirace s bronchopneumonií, a to z důvodu dysfagie a poruch vědomí. Důsledkem bronchopneumoniální infekce jsou závažné. Přítomnost plicní infekce s nedostatečnou nutriční podporou vedou ke katabolismu a pacient ztrácí svalovou hmotu. Tím se zhoršují vyhlídky na rehabilitaci i přežití pacienta. Energetická spotřeba pacienta u těchto pacientů je přibližně 1,5 vyšší. Příjem bílkovin by měl činit 1,2-1,5 g/kg za den (Zadák, 2008). Přítomnost dysfagie je detekována na základě

screeningu, který by měli podstoupit všichni pacienti po CMP ještě před prvním podáním tuhých i tekutých pokrmů per os. Standardní screeningovou metodou, která je doporučována je The Gugging Swallowing Screen (GUSS test-Příloha 3), který provádí lékař spolu se sestrou. Dála může ošetřující lékař při pozitivním testu dysfagie indikovat vyšetření logopedem, který určí typ dysfagie a podá doporučení ohledně příjmu potravy per os, spolu s doporučením kompenzačních a režimových opatření. Režimová a kompenzační opatření, které se uplatňují u pacientů s rizikem aspirace jsou zejména: příjem tekutin a potravy v sedě, úprava konzistence stravy, modifikace velikosti soust, zvyšování senzitivity dutiny ústní a stimulace polykání například tlakem lžící na jazyk, využití kompenzačních pomůcek (Václavík et al., 2015). Pokud pacienti nejsou schopni přijmout dostatečné množství potravy per os, tak je možné u nich využít doplnění výživy o sipping, tedy přijímání vyvážené stravy formou nápoje. V případě, že pacienti nejsou absolutně schopni polykat a je přítomno vysoké riziko aspirace, je pacient vyživován přes zavedenou nasogastrickou sondu (dále jen NGS) (Kapounová, 2007). U pacientů je důležité dbát na orální hygienu a nácvik polykání. U pacientů po CMP by se GUSS testy měly provádět opakovaně, kvůli případnému zlepšení či zhoršení stavu (Václavík et al., 2015).

1.7.3 Péče o vyprazdňování

Potřeba vyprazdňování patří do základních biologických potřeb organismu a je podmínkou zachování existence organismu. Přesto je toto téma pro lidi velmi intimní a mnoho pacientů má zábrany v komunikaci o problémech týkající se vyprazdňování. Je třeba mít na vědomí, že potřeba vyprazdňování je zcela individuální záležitostí. Proto je nezbytné zachovat k nemocnému diskrétní a ohleduplný přístup (Kapounová, 2007). Dysfunkce močového měchýře a střev jsou v prvních týdnech po iktu relativně časté, a je nutné udržovat pacienty v suchu a čistotě. U inkontinentních žen jsou využívány vložky nebo pleny, při dlouhodobé inkontinenci je pacientce zaveden permanentní močový katétr (dále jen PMK). U mužů jsou taktéž využívány pleny a PMK nebo pokud je toho muž schopen, tak je k vykonávání potřeby močení používána láhev zvaná bažant (Feigin, 2007). U pacientů sestry sledují a zaznamenávají bilanci tekutin (Slezáková, 2014).

Přítomnost PMK znamená pro pacienta vždy riziko infekce, proto je nutné dbát na dostatečnou hygienu, pravidelnou výměnu katétru a sledování známek infekce (Rulík, 2011). U pacientů po CMP je častým problémem zácpa, která znamená nepravidelné vyprazdňování v intervalech delších než 3 dny. Na zácpě má podíl, kromě individuálních dispozic pacienta, také imobilita či některé léky, například ze skupin opiátů. Zácpě

předcházíme podáváním vyvážené stravy s dostatkem tekutin a mobilizací pacienta. Pokud zácpa přetrvává, informujeme lékaře a můžeme dočasně podat laxantiva nebo čípky či klyzma (Feigin, 2007).

1.7.4 Hygienická péče

Lidská potřeba čistoty vychází z roviny biologické, psychologické, sociální, ale i duchovní a patří mezi základní činnosti ošetrovatelské péče. Odvíjí se od pravidel, které člověk koná každodenně v domácím prostředí. Úloha sestry a postupy hygienické péče se odvíjí od celkového zdravotního stavu pacienta a od jeho míry soběstačnosti. Sestra během hygienické péče dbá na intimitu nemocného a jeho potřeby. V průběhu hygienické péče si sestra u pacienta všímá celkového stavu nemocného, případných kožních defektů a jeho míry soběstačnosti (Vytejková, 2011). Hygienická péče se u pacienta provádí dvakrát denně. Celková koupel nemocného se provádí na lůžku nebo v koupelně na sprchovém lůžku, při ní jsou používány hygienické prostředky, kterými oddělení disponuje nebo osobní prostředky pacienta. Minimálně dvakrát denně sestra dbá u pacienta na šetrnou orální hygienu, které se provádí zubním kartáčkem a pastou nebo glycerinovými štětičkami nebo za pomoci tampónů namočenými v peroxidu vodíku. Feigin (2007) uvádí, že u pacientů, kteří nemohou polykat a pít bez pomoci by se měla přibližně každou hodinu otírat ústa zvlhčovacím roztokem. Součástí hygieny je také holení a česání vlasů. Stříhání nehtů a mytí vlasů sestra zajišťuje jednou týdně (Kapounová, 2007). Hygiena očí spočívá ve výplachu spojivkového vaku, a to borovou vodou nebo oftalmem (Kapounová, 2007). Feigin (2007) dodává, že pokud jsou u pacienta se sníženým vědomím dlouho otevřené oči, hrozí riziko vysychání, které vede k infekcím a vředům rohovky. Abychom tomu zabránili, měli bychom vykapávat oči každé 3-4 hodiny a zakrývat je gázovými čtverci. Mimořádně důležitá je péče o kůži, kterou provádíme po koupeli. Pacienta vysušíme, zkontrolujeme stav pokožky, promažeme a namasírujeme celé tělo (Kapounová, 2007). Pečlivé ošetření kůže je důležitou prevencí vzniku proleženin. Imobilní pacienti by měli být pravidelně polohováni v rámci jejich zdravotního stavu, povlečení musí být vždy vypnuté a čisté. Měníme jej dle potřeby, minimálně jednou za den. Predilekční místa vzniku proleženin se vystylají molitanovými pomůckami (Feigin, 2007). K hygienické péči patří každodenní péče o vstupy a rány, a to včetně tracheostomické nebo endotracheální kanyly (Kapounová, 2007). Při oblékání se nejdříve obléká postižená končetina a až poté končetina zdravá. Při svlékání se postupuje naopak (Feign, 2007).

1.7.5 Péče o mobilitu

Ministerstva zdravotnictví České republiky stanovuje konkrétní materiálně-technické, personální a organizační podmínky, které mají splňovat zdravotnická zařízení, která poskytují péči pacientům po cévní mozkové příhodě. Věstník také ukládá povinnost poskytovat v těchto centrech včasnou rehabilitaci prováděnou multidisciplinárním rehabilitačním týmem (Hlinovský et al., 2016). Aby byla rehabilitace přínosná musí být zahájena co nejčasněji již v akutním stádiu, jakmile to pacientův stav dovolí. Péče a léčba vyžaduje úsilí a spolupráci od pacienta, členů rodiny a zdravotnického týmu (Feigin, 2007). Hlinovský et al., (2016) uvádí, že největší význam mají pro rehabilitaci první tři měsíce od iktu. Dále zdůrazňuje význam používání standardizovaných hodnotících nástrojů ke sledování funkčního stavu, míry soběstačnosti a objektivizaci jejich vývoje. Při rehabilitaci je nutné podporovat autonomii jedince a vycházet z jeho individuálních potřeb a preferencí, které jsou základem reálných krátkodobých i dlouhodobých cílů rehabilitačního plánu (Hlinovský et al., 2016). Sestra zodpovídá za sledování pacientova stavu a pokroku. Pomáhá mu a podporuje ho v aktivitách jako je příjem potravy, hygienická péče, toaleta a pohyb na lůžku. Zároveň udržuje kontakt s ostatními členy rehabilitačního týmu, včetně pacientovi rodiny (Feigin, 2007). Správným polohováním nemocného může sestra předejít vzniku svalových kontraktur, deformit a vzniku dekubitů. Každá poloha pro pacienta po CMP musí být bezpečná a stabilní. Polohy by se měly měnit každé 2-3 hodiny (Kapounová, 2007). U pacientů s rizikem otoku mozku se horní polovina těla polohuje maximálně 30- 40° nad podložku, a to i při hygienické péči (Lippertová-Grünerová, 2009). Pacientovi by podněty měly přicházet z postižené strany. Například stolek by tam měl být také umístěn, nemocný tím podporuje vnímání postižené poloviny těla a zlepšuje tak schopnost sebeobsluhy. K polohování je zapotřebí využívat polohovací pomůcky jako například molitany, klíny, podložky, věnečky, botičky, polštáře a další (Mikula, 2008).

1.7.6 Péče o komunikaci a psychiku

Komunikace v intenzivní péči je zcela odlišná od té, která se používá na standardních lůžkových odděleních, a to nejen technikou, ale i celkovým ošetrovatelským přístupem. V této péči se můžeme setkat s pacienty v bezvědomí, poruchami vědomí a v uměle navozeném spánku. Výjimkou nejsou ani depresivní, neklidní a agresivní pacienti a v neposlední řadě i pacienti umírající. Role sestry jako komunikátorky je v tomto prostředí zásadní vzhledem k individuálním potřebám a komunikačním dovednostem pacientů (Tomová, 2016). Úkolem sestry je nejen dorozumět se s pacientem, ale i jeho

učení post-traumatické komunikace s okolím (Kapounová, 2007). U pacientů, kteří prodělali CMP, se afázie vyskytuje velice často a je spolu s dalšími neuropsychologickými poruchami velmi zatěžující. Pacient může pocítit zoufalství, depresivní stavy, agresii a apatii, protože mu ošetřující personál nerozumí a on nemůže sdělit své potřeby (Vymětal, 2010). Sestra by u pacienta, který prodělal CMP, měla nejdříve zhodnotit a zdokumentovat jeho schopnost mluvit, rozumět a psát, aby byl zvolen vhodný způsob komunikace. Je důležité pacientovi vysvětlit důvod jeho narušené schopnosti komunikace. Při komunikaci je důležité s pacientem udržovat zrakový kontakt a vyjadřovat se jednoduše a umožnit pacientovi odpověď gesty nebo jednoduchým ano, ne. Vyžívanými prostředky jsou také písmenkové a obrázkové tabulky nebo další alternativní prostředky. V průběhu komunikace je důležitá trpělivost, pečlivé naslouchání a povzbuzování pacienta. Výhodou je zapojení rodiny a klinického logopeda, který doporučí další postup a pomůcky, do rehabilitace. (Slezáková, 2014). Po proděláním iktu může dle Feigina (2007) až 70 % přeživších trpět závažnými emočními problémy, které zahrnují pocity žalu, podrážděnosti, nespokojenosti až deprese. Tyto problémy se mohou objevit ihned po iktu v důsledku poškození pacientových kognitivních i motorických schopností. Pokud tyto problémy přetrvávají, vedou ke snížení motivace na podílení se na rehabilitačním procesu a tím je ovlivněna prognóza možného zotavení. U takových pacientů je nezbytně nutné pozdější zapojení psychoterapeutů.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

1. Zmapovat, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o neurologicky nemocné na jednotce intenzivní péče.
2. Zjistit, jak sestry pracující na jednotce intenzivní péče dodržují zásady ošetrovatelské péče o neurologicky nemocného

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o neurologicky nemocné na jednotce intenzivní péče?
2. Jak sestry pracující na jednotce intenzivní péče dodržují zásady ošetrovatelské péče o neurologicky nemocné?

3 Metodika výzkumu

3.1 Použité kvalitativní metody

Empirická část této bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativních metod výzkumného šetření. Sběr dat byl uskutečněn technikou skrytého pozorování a polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření probíhalo v březnu 2019. Probandy výzkumu činilo celkem osm všeobecných a jedna praktická sestra, pracujících na oddělení intenzivní péče. Rozhovor se skládal z pětadvaceti otázek (Příloha 4), týkajících se ošetrovatelské péče o pacienty s neurologickým onemocněním. Hlavním cílem rozhovorů bylo zjistit, jaká jsou specifika v ošetrovatelské péči o pacienty, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu. Otázky byly zaměřeny na postupy v péči o tyto pacienty a dále na její specifika v jednotlivých oblastech péče. Při skrytém pozorování byly sestry sledovány při plnění ošetrovatelských intervencí, údaje získané pozorováním byly zaznamenávány do pozorovacího archu (Příloha 5). Před zahájením sběru dat bylo žádáno skrze elektronickou komunikaci o povolení výzkumného šetření v nemocnici České Budějovice a.s.. Potvrzený souhlas s výzkumným šetřením je doložen v přílohách práce (Příloha 6). Získaná data byla zpracována metodou kódování textu technikou tužka papír. Poté byly výsledky rozčleněny do několika kategorií a jejich dalších podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na oddělení interní intenzivní péče, které se v době šetření staraly o pacienty po prodělané cévní mozkové příhodě a souhlasily se svým aktivním zapojením do výzkumné práce. Tudiž výzkumný soubor nebyl vybrán náhodně, jednalo se o záměrný kritériální výběr. Všechny sestry byly předem obeznámeny s tématem bakalářské práce a účelem výzkumného šetření. Také byly informovány o možnosti odmítnutí odpovědi na otázku nebo celého rozhovoru z jakéhokoliv důvodu. Dále byly ubezpečeny o zachování anonymity při zpracovávání dat. Každý rozhovor trval přibližně 20 minut a probíhal v soukromí na dotčeném oddělení. Odpovědi a data ze skrytého pozorování byly ihned zaznamenávány do připravených archů a později doslovně přepsány. Dotazované a pozorované sestry jsou v dalších výsledcích výzkumného šetření označovány jako P1-P9.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje probandů

V této kapitole jsou probandky výzkumu se svými informačními údaji, kterými jsou: pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe, seřazeny pro lepší přehlednost do tabulky.

Tabulka č. 1

Proband	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe
P1	Žena	50 let	Vysokoškolské vzdělání (Mgr.titul)	31 let
P2	Žena	66 let	Středoškolské vzdělání	46 let
P3	Žena	24 let	Středoškolské vzdělání	2 roky
P4	Žena	50 let	ARIP specializace	32 let
P5	Žena	46 let	ARIP specializace	25 let
P6	Žena	45 let	ARIP specializace	28 let
P7	Žena	24 let	Vysokoškolské vzdělání (Bc.titul)	2 roky
P8	Žena	37 let	Vyšší odborná škola	7 let
P9	Žena	29 let	Vyšší odborná škola	6 let

Zdroj: vlastní

Identifikační údaje se týkaly pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a délky praxe probandů. Výzkumný soubor tvořilo celkem devět sester. Všechny byly ženy ve věkovém rozmezí 24-66 let. Z hlediska vzdělání jsou dvě sestry vysokoškolsky vzdělané, další dvě sestry mají vyšší odborné vzdělání. Dvě probandky mají středoškolské vzdělání a tři uvedly, že mají ARIP specializaci. V otázce délky praxe uvedla P2 čtyřicet šest let, tedy nejdelší dobu praxe ze všech dotazovaných a nejkratší dobu praxe uvedly P3 a P7 dva roky.

4.2 Seznam jednotlivých kategorií a podkategorií

Z výsledků výzkumného šetření je vytvořen následný seznam kategorií a jejich podkategorií.

Kategorie 1 Postup péče o pacienta

Podkategorie 1 Příjem pacienta na oddělení

Podkategorie 2 Terapie na oddělení

Kategorie 2 Specifika ošetrovatelské péče o neurologicky nemocného

Podkategorie 1 Rozdíly mezi hemoragickou a ischemickou CMP

Podkategorie 2 Rizika v ošetrovatelské péči

Podkategorie 3 Specifika péče o výživu

Podkategorie 4 Specifika péče o vyprazdňování

Podkategorie 5 Specifika v hygienické péči

Podkategorie 6 Specifika v péči o mobilitu

Kategorie 3 Kompenzační pomůcky v ošetrovatelské péči v péči o neurologicky nemocného

Podkategorie 1 Kompenzační pomůcky ve výživě a vyprazdňování

Podkategorie 2 Kompenzační pomůcky v hygienické péči a v péči o mobilitu

Kategorie 4 Další péče

Podkategorie 1 Logopedická péče

Podkategorie 2 Péče o psychiku pacienta

Podkategorie 3 Začlenění rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče

Kategorie 5 Doporučení sester pro zkvalitnění péče

Podkategorie 1 Rekonvalescence

Podkategorie 2 Názor sester na péči

Skryté pozorování

Péče o výživu u neurologicky nemocného

Péče o vyprazdňování u neurologicky nemocného

Péče o hygienu u neurologicky nemocného

Péče o mobilitu u neurologicky nemocného

Péče o psychický stav pacienta u neurologicky nemocného

4.3 Kategorie 1 Postup péče o pacienta

V této kapitole bylo zjišťováno, jak probíhá příjem pacientů na oddělení intenzivní péče a jak probíhá terapie pacientů s cévní mozkovou příhodou na tomto oddělení. Toho tématu se týkaly dvě první otázky z polostrukturovaného rozhovoru.

4.3.1 Podkategorie 1 Příjem pacienta na oddělení

Tato oblast byla zaměřená na postup při přijímání pacienta na dané oddělení intenzivní péče. Všechny probandky se shodují, že prvním bodem je uložení pacienta na lůžko. P9 uvedla: „*Když přijede, tak ho nejdříve uložíme na lůžko.*“ Při dalším postupu se všechny probandky kromě P6 shodují, že dalším krokem je napojení na monitor a měření vitálních funkcí pacienta. P6 uvedla: „*Pacienta převlečeme a provedeme základní hygienickou péči, protože bývá dost často znečištěný.*“ P2, P5 a P9 uvádí, že se při příjmu na oddělení natočí 12 svodové EKG. P2, P4 a P6 dále sdělily, že pacientovi zavádí cévní vstup a permanentní močový katétr, ale P9 poznamenala: „*Cévní vstup už většinou má, spíše se později dle potřeby zavádí centrální žilní vstup.*“ Dalším postupem je dle P6, P7 a P9 měření tělesné teploty, glykémie a hodnocení stavu vědomí. P7 konkrétně odpověděla: „*Pacientovi změříme glykémii, stav vědomí a podle měřené saturace můžeme případně pacientovi pustit kyslík.*“ Všechny probandky se shodují, že kromě výše vyjmenovaných intervencí plní další ordinace lékařů, včetně podávání léků a odběrů krve. P1 jako jediná uvedla, že při příjmu pacienta edukují, dle jeho aktuálního stavu. Celý tento postup dle P5 trvá v průměru okolo půl hodiny, bez administrativních záležitostí. P7 dodala: „*Standardně to probíhá tak, že jsou dvě sestry u lůžka a starají se o pacienta a jedna sestra dělá papírový příjem.*“

4.3.2 Podkategorie 2 Terapie na oddělení

V otázce terapie pacientů na oddělení intenzivní péče P1, P5 a P8 zodpověděly, že specifická terapie pacientů na tomto konkrétním oddělení už neprobíhá. „*U nás už se*

žádná terapie nepodává, ale vše se odvíjí od aktuálního stavu pacienta. Tady si to ti pacienti spíše odleží a pak začínají rehabilitovat,“ sdělila P8. A P1 odpověděla: *„U nás jsou pacienti, kteří jsou již po trombolýze nebo po mechanické trombektomii z KCC (Komplexního cerebrovaskulárního centra), takže u nás hlavně monitorujeme fyziologické funkce.“* Nýbrž P7 odpověděla: *„Někdy tady podáváme i actilysu, to se potom u pacienta musí hodně kontrolovat projevy krvácení.“* P1, P2, P3 a P8 uvedly, že se s pacienty v rámci terapie jezdí na kontrolní CT vyšetření. *„Pokud jsou pacienti léčeni trombolýzou, tak se jezdí po 24 hodinách od jejího podání a pokud jsou po mechanické, tak po šesti hodinách.“* Zněla odpověď P3. Všechny probandky odpověděly, že se terapie pacientů odvíjí od aktuálního stavu pacienta a od ordinací lékaře. Konkrétně P6 uvedla: *„Většinou pacientovi dáváme Plasmalyte, kvůli hydrataci, anebo třeba Controloc, Quamatel, taky vazoaktivní látky dle tlaku.“* P1 k otázce terapie pacientů dodala: *„U nás tito pacienti leží poměrně krátce, pokud jsou stabilizovaní, tak jdou na standardní oddělení nebo do jiné spádové nemocnice.“*

4.4 Kategorie 2 Specifika ošetrovatelské péče o neurologicky nemocného

V této kapitole výzkumu byla mapována konkrétní specifika ošetřování pacienta s CMP. Jedna otázka se týkala i rizik ošetrovatelské péče vnímanými probandkami. Ty byly dotazovány i na vnímání rozdílů v péči o pacienty s hemoragickou, nebo ischemickou CMP.

4.4.1 Podkategorie 1 Rozdíly mezi hemoragickou a ischemickou CMP

Na otázku *„V čem se liší péče o pacienta, který prodělal hemoragickou cévní mozkovou příhodu od pacienta, který prodělal ischemickou cévní mozkovou příhodu?“* probandky odpovídaly různě. Většina z nich, celkem 6, uvedla, že je rozdíl v poloze pacienta. *„U pacientů s krvácivou CMP se dbá na zvýšenou polohu hlavy, která by měla být 45° nad podložku.“* řekla P1. Dalším nejčastěji zodpovídaným rozdílem byla odlišnost v požadovaných hodnotách krevního tlaku pacienta. P1, P2, P5 a P8 se shodly, že se u pacienta s hemoragickou CMP udržuje nižší krevní tlak a u ischemické naopak vyšší. *„U těch krvácivých udržujeme tlak do 140 mmHg a u ischemických do 180 mmHg.“* konkretizovala P2. Na doplňující otázku na zdůvodnění uvedené praxe a konkretizaci postupu odpověděla: *„Nižší tlak udržujeme kvůli riziku krvácení a vyšší z důvodu dobré perfúze. Toho dosáhneme správným podáním léků, tady na oddělení si sestry mohou korigovat rychlost kapání a množství samy, lékař jim jen napíše, jakou hladinu požaduje.“* Pět probandek upozorňuje na rozdíly v podávané medikaci. *„Rozdíl je v lécích, například antiagregační léčba nepřipadá u těch krvácivých v úvahu.“* sdělila

P5. P6 spolu s P9 uvedly mezi rozdíly i nutnost kontroly místa vpichu v třísele po mechanické trombektomii pro možnost krvácení. P6 uvedla: „*U ischemických záležití, jak to řešili, pokud mechanicky, tak mají vpich v třísele, který musíme kontrolovat, jestli nekrvácí.*“

Poloha pacienta- P1, P2, P3, P6, P7, P8

Hodnoty krevního tlaku- P1, P2, P5, P8

Medikace- P1, P3, P4, P5, P7

Kontrola třísele po mechanické trombektomii- P6, P9

4.4.2 Podkategorie 2 Rizika v ošetrovatelské péči

Ohledně rizik spojených s ošetrovatelskou péčí o pacienta, který prodělal CMP se osm probandek shodlo, že je velmi důležité dbát na stav a případnou změnu vědomí takového pacienta. P9 dodala: „*Stav vědomí měříme GCS stupnicí, hodnotíme jej v prvních dvou dnech od příjmu každou hodinu.*“ Další nejčastěji sestrami shledávané riziko bylo riziko aspirace a vzniku dekubitů. Riziko vzniku dekubitů uvedly P1, P2, P4, P8 a P9. Riziko aspirace poznamenaly P1, P3, P5, P6 a P8. Odpověď P5 zněla: „*Také se hlídá schopnost polykání, kvůli tomu se dělá každému GUSS test, mimoto například u těch mozečkových ischemií je pacientům špatně a zvrací a hrozí vdechnutí žaludečního obsahu a je nutné je odsávat.*“ Čtyři probandky uvedly jako velmi rizikové krvácivé stavy pacientů, které mohou vzniknout zejména po podání actilyse. P7 dodává, že mimo to se hlídá i třísele pacienta v případě provedení mechanické trombektomie, taktéž pro riziko vzniku krvácení. Kromě těchto nejčastějších odpovědí P3 spolu s P1 poznamenala riziko vzniku infekce nebo další mozkové mrtvice. P5 a P9 spolu s výše vyjmenovanými poznamenaly, že hlídají výkyvy v krevním tlaku pacienta. Na doplňující otázku monitorace pacienta po CMP všechny probandky odpověděly, že u pacienta sledují krevní tlak, pulz, srdeční aktivitu, saturaci kyslíkem a stav vědomí.

Změna stavu vědomí- P1, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9

Riziko aspirace- P1, P3, P5, P6, P8

Riziko vzniku dekubitů- P1, P2, P4, P8, P9

Krvácivé stavy- P3, P7, P8, P9

Riziko infekce- P1, P3

Riziko další mozkové příhody- P3

Výkyvy krevního tlaku- P5, P9

4.4.3 Podkategorie 3 Specifika péče o výživu

V otázce specifiky ve výživě pacientů s cévní mozkovou příhodou všechny dotazované zmínily nutnost provedení GUSS testu. „*Nejdříve se dělá GUSS test, před jeho provedením pacient nesmí nic per os. Ten se většinou dělá druhý den, ale záleží, kdy nám ho přivezou.*“ řekla P7. P9 dodává, že GUSS test provádí lékař společně se sestrou, s touto odpovědí se neshodují s P6, která uvedla, že GUSS test na tomto oddělení provádí pouze lékař. Probandky se v dalších odpovědích shodují, že se pacientovi podává strava dle výsledků GUSS testu, který vyhodnotí lékař. P2, P3, P4, P7 a P8 uvedly, že je běžné zavádění nasogastrické sondy, z důvodu bezvědomí pacienta nebo jeho úplné neschopnosti polykat. P5 k tomu dodala „*Když vůbec nepolykají, tak jim zavádíme sondu, a to jak nasogastrickou, tak i nasojejunální i když tu spíše ve výjimečných případech. Pokud by takový stav u pacienta trval dlouhodobě, tak by se mu zavedl PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie).*“ P1, P5 a P7 ke specifickým výživy uvedly úpravu konzistence stravy. „*Když někdo v testu projde jen na mletou, tak mu tekutiny zahušťujeme, anebo objednáme speciální dietu.*“ zněla odpověď P7. Žádná z probandek neuvedla, že by u pacienta prováděly některou z metod zvyšování senzitivity dutiny ústní nebo stimulací polykání.

Provedení GUSS testu- P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9

Zavedení NGS- P2, P3, P4, P7, P8

Úprava konzistence stravy- P1, P5, P7

4.4.4 Podkategorie 4 Specifika péče o vyprazdňování

Dotazované P1, P2, P3, P5, P6 a P7 odpověděly, že je zejména u pacientů, kteří prodělali hemoragickou cévní mozkovou příhodu důležité dbát na prevenci zácpy. P1 řekla: „*U takových pacientů je důležitá prevence zácpy, aby při nedoško při tlačení na stolicí k zvýšení nitrolebního tlaku, který by mohl vést k mozkovému krvácení.*“ P5 dodává: „*Dříve se laxativa dávala preventivně, teď už jen v případě potřeby.*“ P8 k této otázce poznamenala: „*Pacienti po CMP mají zácpu často, jednak je snížený příjem a jednak*

jsou imobilní. Někteří mohou mít naopak průjem z enterální výživy. Proto je třeba sledovat frekvenci stolice a v případě potřeby podat léky.“ P9 uvedla: „Žádná specifika péče o vyprazdňování mě nenapadají, jen to, že pacienti mají většinou permanentní močový katétr, tak se sleduje bilance tekutin.“ P6 spolu s P4 se s ní shoduje a navíc dodává, že se bilance tekutin na oddělení sleduje a zapisuje každých šest hodin. P6, P7 uvedly mezi specifika kromě dalších sledování případné přítomnosti krve ve stolici a moči pacienta.

Prevence zácpy- P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8

Sledování bilance tekutin- P4, P6, P9

Sledování přítomnosti krve v moči a stolici- P6, P7

4.4.5 Podkategorie 5 Specifika v hygienické péči

Všechny dotazované uvedly, že pacienty myjí každé ráno buď ve sprchovém lůžku nebo v lůžku pacienta. Všechny probandky kromě P4 uvedly, že záleží na podávané medikaci. Pokud jsou pacientovi kontinuálně podávány například vazomotorní látky, antiarytmika nebo léky proti křečovým stavům, tak je kontraindikováno jej odpojovat a mýt ve sprchové vaně v koupelně. P6 udala, že s pacienty nejedí do koupelny také v případě, jejich neklidu, velkých výkyvů tlaku nebo pokud prodělali krvácivou cévní mozkovou příhodu. V rámci otázky specifík hygienické péče P9 odpověděla: „Pokud nemůžou na pojezdnu vanu, tak je myjeme v lůžku, to celé převlečeme a promazáváme predilekční místa. Večer děláme takovou lehčí hygienu. Umyjeme zuby, genitál a predilekční místa znovu namažeme. Sanitářky v průběhu dne zajišťují, aby byli pacienti čisti a přebalují je nebo jim mění ložní prádlo.“ P5 poznamenala, že se snaží pacienty při hygieně zapojovat: „Pokud je toho schopen, tak ho zapojíme, aby si například umyl obličej.“ Pouze P1 a P9 upozornily na důležitost péče o chrup pacienta.

Hygiena dle standardu oddělení- P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9

Ranní koupel v pojezdne vaně dle stavu a medikace pacienta- P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P9

Hygiena dutiny ústní- P1, P9

4.4.6 Podkategorie 6 Specifika v péči o mobilitu

Na otázku „*Jakým způsobem dbáte o mobilitu pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu?*“ Odpovídaly téměř všechny dotazované velmi obdobně. Kromě P4 a P6 všechny uvedly, že k pacientům dochází dvakrát denně rehabilitační pracovník, který s nimi provádí aktivně nebo pasivně cvičí. Odpověď P4 zněla: „*Imobilní pacienty polohujeme, a to každé dvě hodiny, střídáme pravý a levý bok a polohu na zádech. U toho podkládáme končetiny různými antidekubitálními pomůckami.*“ P6 uvedla: „*Polohováním, správným podkládáním končetin, neměly by totiž nikde viset z postele, také by se na těch plegických rukách neměl měřit tlak nebo píchat kanyly.*“ P3, P7, P8 a P9 odpověděly, že se v rámci péče o mobilitu snaží pacienta zapojovat do běžných činností, zejména v hygienické péči nebo při jídle. P1 jako jediná dodala, že by také prostředí pacienta mělo být specificky uspořádané. „*Také například pacientův stolek by měl být na jeho postižené straně těla, pomůže mu to v aktivizaci.*“ Také spolu s P3 uvedly, že je velmi důležité motivování a povzbuzování pacienta v jeho rehabilitaci. Na doplňující otázku, zda používají polohovací záznam všechny probandky odpověděly, že ano.

Rehabilitace s rehabilitačním pracovníkem- P1, P2, P3, P5, P7, P8, P9

Polohování pacienta- P2, P3, P4, P6, P7

Zapojení do všedních činností- P3, P7, P8, P9

Vedení polohovacího záznamu- P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9

Uspořádání prostředí pacienta- P1

Motivace- P1, P3

4.5 Kategorie 3 Kompenzační pomůcky v ošetrovatelské péči o neurologicky nemocného

V této kategorii bylo zjišťováno, jaké kompenzační pomůcky sestry využívají v ošetrování pacientů po CMP, a to je dvou kategoriích péče: výživa a vyprazdňování a v hygienické péči a péči o mobilitu pacienta.

4.5.1 Podkategorie 1 Kompenzační pomůcky ve výživě a vyprazdňování

Na otázku užívaných kompenzačních pomůcek pro výživu byla nejčastější odpověď zahušť'ovadla, nasogastrická sonda a nutridrinky nebo speciální dieta.

Zahušť'ovadla- P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P9

NGS- P2, P4, P5, P7, P8

Nutridrinky-P4, P9

Speciální dieta- P1, P3, P8

U otázky kompenzačních pomůcek se všechny probandky shodly na využívání laxativ. Konkrétně přípravku Lactulose, nebo čípků. P6 také uvedla: „*Například močový katétr, ale ten zavádíme až potom co vykape actilysa, půl hodiny potom už můžeme zavádět, tak nám to řekl lékař.*“ P7 dodala, že u pacientů trpící průjmem využívají Flexi-seal. P7 také zmínila, že pokud to stav pacienta dovoluje, tak lze využít i toaletní křeslo.

Laxativa- P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9

PMK- P6

Flexi-seal- P7

Toaletní křeslo- P7

4.5.2 Podkategorie 2 Kompenzační pomůcky v hygienické péči a v péči o mobilitu

Ohledně kompenzačních pomůcek v hygienické péči probandky nejčastěji zmiňovaly sprchovou pojízdnou vanu a rolbu (pomůcka pro přesun pacienta z lůžka na lůžko). Probandky 2 a 4 zahrnuly i mycí prostředky jako jsou mýdla, pěny a ochranné krémy na kůži. Odpověď P6 zněla: „*Například sprchové lůžko, rolba pro přesun a používáme polštářky pod hlavu.*“

Pojízdná vana- P1, P5, P6, P7, P8, P9

Rolba- P3, P6, P8, P9

Mycí prostředky a krémy- P2, P4, P7

Z odpovědí probandek vyplynulo, že nejčastěji využívanými pomůckami pro péči o mobilitu pacienta jsou polohovací pomůcky a chodítka. P4 uvedla: „*Máme různé klínky, polštáře, kterými pacienta při polohování podkládáme a pak míčky a válečky do rukou proti spasticitě.*“ P1 poznamenala i hrazdičku nad lůžkem pacienta. P8 odpověděla: „*My*

je ani tak nevyužíváme, spíše rehabilitační sestry, ty mají chodítka, míčky a třeba takové ty foukátka na dechovou rehabilitaci.“

Polohovací pomůcky- P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9

Chodítka- P1, P3, P8

Pomůcky pro dechovou rehabilitaci- P8

4.6 Kategorie 4 Další péče o neurologicky nemocného

Tato kapitola přináší výstupy monitoringu dalšího servisu poskytovaného pacientům po CMP na oddělení intenzivní péče. Jednotlivé podkapitoly obsahují citace vyjádření probandek k logopedickému tréninku a péči o psychiku pacienta plus k jeho opečování rodinou.

4.6.1 Podkategorie 1 Logopedická péče

V této podkategorii bylo zjišťováno, zda na oddělení probíhá i péče ze strany logopeda. Na otázku „*Jaký další personál je zapojen v péči o pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu?*“ všechny probandky zahrnuly do své odpovědi i logopeda. Na doplňující otázku, „*Jakým způsobem taková rehabilitace s logopedem probíhá?*“ odpověděla P9: „*S logopedem se učí mluvit. Čtou si a zpívají, učí se vyslovovat.*“ P5 uvedla: „*S logopedem začíná rehabilitace později, až tak třetí den. Nevím, proč tomu tak je.*“

Logoped je zapojen- P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9

4.6.2 Podkategorie 2 Péče o psychiku pacienta

Na otázku, zda mají pacienti možnost návštěvy psychologa odpovídaly probandky, že ano. Na dotaz, zda tuto možnost využívají, již odpovídaly různě. P9 uvedla, že ještě za svou praxi nezažila, aby na tomto oddělení přišel psycholog za pacientem po CMP. P5 odpověděla: „*Moc často se to nestává a když už, tak je to spíš z naší iniciativy, když je pacient depresivní.*“ P2 a P6 se shodly, že pacienti tu možnost mají, ale nevyužívají ji, protože pacienti na tomto oddělení leží poměrně krátkou dobu. „*Nevím, spíše by se to týkalo mladších pacientů nebo kdyby tu leželi delší dobu.*“ Uvedla P3.

Psychologa na oddělení neviděly- P1, P7, P8, P9

Psycholog nedochází z důvodu krátké hospitalizaci na oddělení- P2, P6

Psycholog dochází za určitých podmínek- P3, P4, P5

4.6.3 Podkategorie 3 Začlenění rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče

Tato podkategorie odhaluje, do jaké míry je rodina zapojována do péče o pacienta. Žádná z probandek neuvedla, že by bylo rodině odpírána možnost zapojení se. P3 uvedla: „*To záleží na zájmu rodiny, určitě tu možnost mají. Pacienta například nakrmí nebo oholí.*“ P1, P4, P5, P6 a P9 se shodly, že tu rodina není ve větší míře zapojována do péče, zejména z důvodu nedostatku času. „*Nemusí sem ani stihnout dojet, protože tu pacienti často leží jen v akutní fázi a krátce. Rodina se tedy zapojuje spíše až na standardním oddělení.*“ Zněla odpověď P1. Obdobně odpovídala i P9, která dodala: „*Když si to přejí, tak jim rehabilitační sestra ukáže, jak s nimi cvičit. Často je chtějí nakrmit, což jim samozřejmě dovolíme. Jen je upozorníme, když má zhoršené polykání, aby jim některé potraviny vůbec nedávali.*“

P6 uvedla, že jsou návštěvy rodiny a jejich péče důležitá k rekonvalescenci, pomáhají pacientovi a motivují ho.

Rodina není zapojována do péče z důvodu krátké hospitalizace pacienta na oddělení- P1, P4, P5, P6, P9

Rodina se zapojuje- P3, P8

Rodina se z větší části nezapojuje- P2, P7

4.7 Kategorie 5 Doporučení sester pro zkvalitnění péče

Účelem této kategorie je zjistit, jaký mají probandky názor na poskytovanou péči a co by na ní případně změnily. Zaměřená je také na nejdůležitější faktory úspěšné rekonvalescence pacientů z pohledu sester.

4.7.1 Podkategorie 1 Rekonvalescence

V odpovědi na otázku: „*Co je podle vás nejdůležitější v ošetrovatelské péči u pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu pro jeho rekonvalescenci?*“ měly probandky téměř totožné názory. Nejvíce se shodovaly v časně rehabilitaci pacienta. Mezi další nejčastěji udávanou odpověď patřila motivace a psychický stav pacienta. P2 odpověděla jasně: „*Rozhodně cvičení.*“ P6 uvedla: „*Psychický stav pacienta, aby mohl rehabilitovat. Je důležité, jak je s tím srovnáný, že mu může zůstat i nějaký handicap. Je důležité mu dát*

naději a také aby fungovala ta rodina, která mu dává zázemí.“ P3 vyzdvihla i individuální přístup k pacientovi, aby mu byla poskytována komplexní ošetrovatelská péče dle jeho potřeb. P7 mimo výše vyjmenované poznamenala, že je velmi důležitá i správně zvolená a podávaná medikace. Na doplňující otázku: „*Jak pacienti spolupracují při poskytování ošetrovatelské péče?*“ se všechny probandky shodly, že je to velmi individuální. P2, P3, P6 a P8 uvedly, že pacienti mohou jednat i agresivně. „*To je různé. Záleží na stavu, jak fyzickém, tak psychickém, který se odvíjí od poškození mozku. Pacienti s hemoragickou příhodou mohou být neklidnější, protože je ta hlava hodně bolí. Mohou mít i výpadky zorného pole. Nemusí vás vidět a nemusí vědět, že u něj jste, proto se například chová neklidně až agresivně.*“ Byla odpověď P6. P3 odpověděla: „*Často jsou pacienti zmatení a agresivní a my musíme použít kurty, potom se to nahlašuje na soud.*“ „*Pacienti většinou nespupracují, ne že by nechtěli, ale nemohou.*“ Vysvětluje P4.

Včasná rehabilitace- P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9

Motivace pacienta P1, P6, P8

Správná terapie- P7

Individuální přístup-P3

4.7.2 Podkategorie 2 Názor sester na péči

Cílem této podkapitoly je zjistit co si probandky myslí o poskytované ošetrovatelské péči a co by na ní případně chtěly změnit. Pokládána otázka zněla: „*Je něco, co byste chtěla zlepšit nebo změnit při poskytování ošetrovatelské péče?*“ P1, P3 a P7 by na péči nic neměnily. P1 uvedla: „*Asi ne. Vše se odvíjí od časových a personálních možností. V akutní fázi dostávají vše, co potřebují.*“ „*Já si myslím, že ta péče není špatná, kolikrát se tady ti pacienti opravdu zberchají.*“ odpověděla P7. Probandky P6 a P8 by nejvíce uvítaly, kdyby se v nemocnici založila specializovaná neurologická intenzivní péče. P6 konkrétně uvedla: „*Aby se založila neurologická JIP. Protože na tomto oddělení se starají o pacienti internisté a ne neurologové. Myslím si, že víceoborová JIP není těmto pacientům ku prospěchu.*“ P4 spolu s P5 uvedly, že by bylo zapotřebí mít na pacienty více času a k tomu i více pracovních sil. P5 odpověď zněla: „*Asi by bylo lepší, kdyby na ty lidi bylo více času. Třeba se stane, že není čas je otáčet. Dále by bylo dobré, kdyby tu bylo více personálu.*“ P2 uvedla, že by pacientům měla být věnována důkladnější rehabilitační péče. Totožný názor vyslovila P9, s dodatkem, že stejně tak by k urychlení rekonvalescence přispělo včasnější zapojení logopeda.

Nic by neměnily- P1, P3, P7

Více rehabilitace- P2, P9

Více času a pracovních sil- P4, P5

Založení neurologické JIP- P6, P8

Časnější zapojení neurologa- P9

4.8 Skryté pozorování

Data získaná skrytým pozorováním jsou zapsána do tabulek pro větší přehlednost. Pozorování bylo rozděleno do pěti kategorií. Pozorované probandky jsou totožné se zpovídanými a taktéž jsou označovány P1-P9. Symbol X v tabulce znamená, že daný výkon sestra provedla, naopak symbol 0 znamená, že proveden nebo pozorován nebyl.

Péče o výživu

Tabulka č. 2

Pozorované výkony	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Péče o výživu									
Zajištění pitného režimu	0	0	X	0	0	0	0	0	X
Zajištění stravovacího režimu	0	X	X	X	0	X	0	0	X
Podávání správné konzistence stravy	0	X	X	X	0	X	0	0	X
Dodržování kompenzačních a režimových opatření (modifikace velikosti soust, posazení pacienta)	0	X	X	X	0	0	X	0	X

Zdroj: vlastní

V oblasti péče o výživu bylo pozorování na oddělení zkomplikováno delegováním intervencí spojených s výživou pacientů na sanitárky. Tudíž některé sestry nebyly v této oblasti sledovány. Jsou jimi P1, P5 a P8. Zajištění pitného režimu bylo zaznamenáno pouze od P3 a P9, které zajišťovaly pitný režim pacientům se zavedenou nasogastrickou sondou. Ostatním pacientům byl zprostředkován sanitárkami. Ostatní probandky, které se staraly o pacienty přijímající potravu per os, tuto činnost přenechaly sanitárkám. Obdobně tomu bylo při podávání jídla pacientům. Krmení pacientů bylo zaznamenáno u P2, P3, P4, P6 a P9. Probandky P3 a P9 krmily pacienty pomocí nasogastrické sondy dle standardů. P2, P4 a P6 pacientům s jídlem dopomáhaly a hlídaly, aby pacient stravu

neaspiroval. U P2, P3, P4, P6 a P9 bylo pozorováno podávání stravy se správnou konzistencí vzhledem ke stavu pacienta. Případná úprava konzistence stravy, byla dle slov probandek vybrána na základně výsledků GUSS testu. U všech probandek, kromě P6, které byly pozorovány při krmení, bylo zaznamenáno dodržování kompenzačních a režimových opatření. P6 svého pacienta uvedla do nesprávné polohy ve smyslu nedostatečného zvýšení horní poloviny těla a pacient měl problém stravu spolknout.

Péče o vyprazdňování u neurologicky nemocného

Tabulka č. 3

Pozorované výkony	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Péče o vyprazdňování									
Dodržování zásad péče o PMK	0	X	X	X	X	X	X	0	X
Pravidelné intervence v péči o vyprazdňování (kontrola čistoty pacienta)	0	X	X	0	0	X	X	X	X
Sledování bilance tekutin	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dodržování intimity pacienta	X	X	X	X	0	0	X	X	0

Zdroj: vlastní

V kategorii péče o vyprazdňování bylo sledováno, zda probandky pravidelně kontrolují čistotu inkontinentních pacientů, zda sledují a zaznamenávají bilanci tekutin. Jak dodržují zásady péče o permanentní močový katétr, zejména jestli při práci s ním nosí ochranné rukavice a zdali jeho doba zavedení nepřesahuje 21 dnů. Taktéž bylo sledováno, zda sestry při plnění intervencí spojených s vyprazdňováním pacienta dodržují jeho intimitu. U všech probandek kromě P1 a P9 bylo zaznamenáno dodržování zásad péče o PMK. P1 nebyla vůbec zaznamenána při práci s ním. P8 si nevzala rukavice při manipulaci s močovým katétrem (zaškrcování cévky pro odběr moči). U P2, P3 a P6-P9 bylo pozorováno kontrolování čistoty pacienta. Probandky toto kritérium splnily po většinou při polohování pacienta. Všechny probandky kontrolovaly po 6 hodinách bilanci tekutin pacientů, to se shoduje s jejich odpověďmi v rozhovorech. P5, P6 a P9 nedodržely intimitu pacienta tím, že při výměně plenkových kalhotek nezatáhly závěs.

Péče o hygienu u neurologicky nemocného

Tabulka č. 4

Pozorované výkony	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Péče o hygienu									
Péče dle standardu	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Péče o pokožku	X	X	X	0	0	X	X	X	X
Zajištění intimity pacienta	X	X	0	X	X	X	0	0	X
Péče o dutinu ústní	X	0	X	X	X	X	X	X	X

Zdroj: vlastní

Při pozorování sester v oblasti hygienické péče, byl kladen důraz na dodržování péče dle standardu při ranní koupeli, zda u pacientů dbají na péči o pokožku, zejména predilečních míst vzniku proleženin. Také jestli pečují o dutinu ústní a jak dodržují intimitu pacientů při hygienické péči. Všechny sestry prováděly ranní hygienu u pacientů správně. Pozorovaný postup se shodoval s jejich výpověďmi v rozhovorech. U všech probandek kromě P4 a P5 byla pozorována péče o pokožku. P4 a P5 po koupeli pacienty nenamazaly na predilečních místech. Intimitu pacienta při koupeli nedodržely P3, P7 a P8 a to tím, že při mytí pacienta na lůžku odhalili celé jeho tělo najednou. P3 pacientovi po koupeli nedopomohla s čištěním zubů. Jinak všechny pozorované svým pacientům pomohly nebo za ně provedly péči o dutinu ústní.

Péče o mobilitu u neurologicky nemocného

Tabulka č. 5

Pozorované výkony	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Péče o mobilitu									
Dodržování zásad polohování	X	X	0	X	X	X	X	0	X
Vedení polohovacího záznamu	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Využívání kompenzačních pomůcek k polohování	0	X	0	X	X	X	X	0	X
Doporučení uspořádání pokoje	X	0	X	X	0	X	X	X	X

Zdroj: vlastní

V oblasti péče o mobilitu pacientů bylo sledováno, jak sestry pacienty polohují, zda k tomu využívají polohovací pomůcky a vedou si polohovací záznam. Zaznamenáváno bylo i to, jestli je pokoj uspořádaný dle stavu pacienta. P3 a P8 pacienta nepolohovaly po 2 hodinách, ale po delší době. Přesto změnu polohy uvedly do polohovacího záznamu, který vedly všechny probandky. Sestry P1, P3 a P8 nepoužily při polohování pacienta žádnou z polohovacích pomůcek. U pacientů, o které se staraly P2 a P5, bylo zaznamenáno, v rozporu s jejich tvrzením v rámci rozhovoru, že mají stolek u zdravé poloviny těla.

Péče o psychický stav pacienta u neurologicky nemocného

Tabulka č. 6

Pozorované výkony	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Péče o psychický stav pacienta									
Dodržování zásad správné komunikace (oční kontakt, jednoduché sdělení)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Zajištění spolupráce s psychologem	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zajištění spolupráce s rodinou	0	X	0	0	0	X	0	0	0

Zdroj: vlastní

V péči o psychický stav pacienta bylo sledováno, jak sestry komunikují s pacienty, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu. Rovněž bylo zjišťováno, zda sestry zajistily spolupráci s psychologem a s rodinou pacienta. Všechny probandky s pacienty komunikovaly velice korektně. Mluvili na ně pomalu a srozumitelně, při komunikaci udržovaly oční kontakt. Žádný z pacientů nespolupracuje s psychologem. Při provádění pozorování přišla navštívit rodina pouze pacienty o které se staraly P2 a P6. Odpovídá to výsledkům rozhovorů, kdy sestry uvedly, že rodina se na tomto oddělení, z důvodu krátkého pobytu pacienta, do péče většinou nezapojuje.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče neurologicky nemocných v intenzivní péči. Pro zpracování empirické části byla použita metoda kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů a skrytého pozorování. Probandky výzkumu tvořilo devět sester pracujících na oddělení interní intenzivní péče. Z neurologických onemocnění jsme se zaměřili na cévní mozkovou příhodu, z důvodu její časté incidence a vážných následků, které po sobě zanechává. Seidl (2015) uvádí, že cévní mozková příhoda je dle epidemiologického hlediska na třetím místě jako příčina úmrtí, hned po kardiovaskulárních a nádorových nemocech. Věříme, že by snižování dopadu cévní mozkové příhody mělo být jednou z priorit světového medicínského i ošetrovatelského výzkumu, stejně jako to uvádí ve své publikaci Kalvach et al., (2010).

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny dva cíle. První cíl, zaměřený na zmapování specifík ošetrovatelské péče o neurologicky nemocné pacienty na jednotce intenzivní péče, se vztahuje k výzkumné otázce: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o neurologicky nemocné na jednotce intenzivní péče? Cíl byl splněný a otázka zodpovězena prostřednictvím bilance odpovědí, získaných v rámci rozhovorů vedených se sestrami.

V otázce postupu při příjmu pacientů na oddělení jsme z odpovědí získaných rozhovory sestavili nejčastěji udávaný postup příjmu pacienta na oddělení: Uložení pacienta na lůžko, napojení pacienta na monitor a změření vitálních funkcí, včetně natočení dvanácti svodového EKG. Poté zajištění žilního vstupu a popřípadě permanentního močového katétru. Zhodnocení stavu vědomí a poté změření hladiny krevního cukru. Dále plnění ostatních ordinací lékařů. Tento postup se víceméně shoduje s tím, který popisuje Kapounová (2007). Jedinou výjimkou je zavedení nasogastrické sondy a permanentního močového katétru, které by měly být zavedeny u pacientů indikovaných k trombolytické léčbě, ještě před jejím zahájením nebo alespoň hodinu po ukončení IVT. NGS ani centrální žilní katétr by se neměl zavádět v prvních 24 hodinách od podání trombolytické terapie. Z vitální indikace by se mělo vyčkat alespoň 30 minut od ukončení infúze (cmp-manual, 2019). Dle našeho názoru by bylo vhodné do postupu při příjmu zahrnout i základní hygienickou péči, kterou ve své odpovědi jako jediná uvedla P6. V otázce další terapie na oddělení intenzivní péče, se sestry shodly, že pacienta především hydratují, monitorují a hlídají jeho krevní tlak. Jako nejčastěji podávané medikamenty uvedly: Fyziologický roztok, Plasmalyte, Controloc, Quamatel, Isoket a vazoaktivní látky.

Při zjišťování rozdílů u ošetřování pacientů po hemoragické a po ischemické cévní mozkové příhodě mezi nejčastěji zmiňované patřila poloha pacienta, kterou jak sestry správně uvedly, tak u hemoragické, kdy hrozí riziko otoku mozku, udržujeme zvýšení horní poloviny těla do 30-45°. Takto odpovědělo celkem šest probandek. Toto specifikum potvrzuje Lippertová-Grünerová (2005) ve své publikaci.

Druhý, nejčastěji v rozhovorech uvedený, rozdíl se týkal podávané medikace a požadovaných hodnot krevního tlaku pacienta. U ischemické cévní mozkové příhody se během a v prvních 24 hodinách udržuje krevní tlak <185/110 mmHg, Pfeiffer (2006) udává až 220/120 mmHg. V případě hemoragické cévní mozkové příhody je tato hranice nižší (cmp-manual, 2018). Sestry na oddělení intenzivní péče mají v kompetencích podávání medikamentů a úpravu dávkování, dle pokynů od lékaře.

Jako největší rizika spojená s ošetrovatelskou péčí o tyto pacienty vnímaly sestry především náhlou změnu úrovně vědomí pacienta. Tuto odpověď uvedlo celkem osm probandek. Pět probandek zařadilo riziko aspirace. Tato informace odpovídá výzkumu bakalářské práce Barešové (2018), která uvádí jako jednu z nejčastějších příčin dyfagie prodělání CMP. Dalším uváděným rizikem byl vznik dekubitů, jako důsledek nesprávného polohování a péče o kůži pacienta.

Sestry na otázku, jaká jsou specifika výživy pacienta s cévní mozkovou příhodou, nejvíce uváděly nutnost provedení GUSS testu ještě před podáním jakékoliv stravy per os. V problematice provedení uvedeného testu se probandky neshodly na tom, kdo tento screeningový test provádí. Jedna probandka uvedla, že jej provádí pouze lékaři a další oponovala, že lékař spolu se sestrou. Dle Mandysové a Ehlera (2011) se sestra může také podílet na vyšetření pacienta založeném na základním fyzikálních metodách. Takové konání je podloženo vyhláškou 424/2004Sb, § 4, odstavcem 1. Tam je mimo jiné uvedeno, že sestra „*sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce (...) a další tělesné parametry*“ (Vyhláška, 2004; s 8098). Sestra přitom touto činností nenahrazuje další členy zdravotnického týmu, ale pouze je doplňuje. Výsledek screeningu provedeného sestrou totiž může upozornit lékaře a případně logopedy na možnost přítomnosti polykacích problémů. Dle pacientova stavu vědomí a schopnosti polykání dále sestry mohou zavést nasogastrickou sondu. Stejně tak uvádí Václavík et al., (2015). Sestry v rozhovorech poznamenaly, ve shodě s Barešovou (2018), že nejvíce využívanými kompenzačními pomůckami ve výživě je přípravek pro zahuštění tekuté stravy (značka Nutilis).

V kategorii péče o vyprazdňování nejvíce sester uvedlo jako specifikum prevenci zácpy, zejména u pacientů, kteří prodělali hemoragickou cévní mozkovou příhodu. Tato informace nás překvapila. Sestry nám vysvětlily, že by následkem tlačení na stolicí mohlo dojít ke zvýšení nitrolebního tlaku a důsledkem toho ke krvácení. Tuto informaci jsme před vlastním výzkumem nenašli v žádné z použité literatury. Mezi kompenzačními pomůckami, využívanými v oblasti vyprazdňování, sestry nejčastěji uváděly laxativa.

V otázce hygienické péče sestry většinou zmiňovaly transport pacienta za pomoci pojízdné vany do sprchy. S upřesněním, že pacienta převáží pouze v případě, že to jeho stav dovoluje. Kontraindikací je podávání vazoaktivních látek nebo antiarytmik. V takovém případě provádějí celkovou hygienickou péči na lůžku. Jak uvádí Kapounová (2007) u pacientů s omezenou hybností by měl být kladen důraz nejen na čistotu těla a lůžka pacienta, ale i na péči o predilekční místa vzniku dekubitů a na šetrnou hygienu dutiny ústní.

U pacientů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu je velmi důležitá včasná rehabilitace, kterou zajišťuje rehabilitační tým tvořený fyzioterapeutem, ergoterapeutem a logopedem (Češka, 2016). Na zkoumaném oddělení probíhá dle odpovědí sester dvakrát denně s rehabilitačním pracovníkem. Ten s pacienty provádí pasivní i aktivní rehabilitaci. Sestry, v souladu s doporučením Kapounové (2007), uváděly, že v rámci ošetrovatelské péče zajišťují polohování pacientů každé dvě hodiny přes den a každé tři hodiny v noci. P5 však uvedla, že se stává, že na otáčení pacientů není vždy čas. Dle odpovědi P4 sestry u pacientů střídají polohu na levém a pravém boku a na zádech. Stejně jako to uvádí Kapounová (2007). Lippertová-Grünerová (2005) tvrdí, že je pro pacienty velmi výhodná i poloha na břiše, pakliže pacient není odkázán na umělou plicní ventilaci. Tato poloha je přínosná zvláště pro zkvalitnění ventilace dorzálních částí plic a také jako prevence pneumonií.

Dle slov jedné z probandek začíná pacienta navštěvovat logoped až po pár dnech od příjmu. Logopedické vyšetření a péče je přitom stejně důležitá jako terapie pohybová (Pfeiffer, 2007).

Z rozhovorů vyplynulo zajímavé zjištění, že se na oddělení intenzivní péče nezapojuje do péče o pacienta psycholog. Zapojení psychologa však patří mezi základní rehabilitační vyšetření. Poskytuje zdravotnickému týmu informace o mentální kapacitě hemiparetika. Důležitá je vzájemná korelace ergoterapeutických a logopedických závěrů

s psychologickým vyšetřením (Pfeiffer, 2007). Dle našeho názoru by bylo psychologické vyšetření velmi přínosné.

Dle odpovědí se taktéž na oddělení do péče o pacienta příliš nezapojuje jeho rodina. Jednak z důvodu krátké doby pobytu pacienta na oddělení, jednak kvůli omezené době pro návštěvy na oddělení intenzivní péče.

Co se týká názoru sester na péči poskytovanou pacientům po cévní mozkové příhodě, většina odpovídala, že by bylo vhodné, aby pacienti více rehabilitovali. Zajímavou odpovědí bylo přání vzniku neurologické intenzivní péče, kterou českobudějovická nemocnice nedisponuje. Dle názoru probandky pacienti s diskutovanou diagnózou potřebují specializovanou péči lékařů neurologů, kteří na interním oddělení nejsou stále k dispozici.

Druhým cílem bylo zjistit, jak sestry, pracující na jednotce intenzivní péče, dodržují zásady ošetrovatelské péče o neurologicky nemocného. Z něj vyplynula druhá výzkumná otázka: Jak sestry pracující na jednotce intenzivní péče dodržují zásady ošetrovatelské péče o neurologicky nemocné? Odpověď přineslo skryté pozorování.

V rámci výživy pacientů bylo na základě pozorování zjištěno, že kromě sester stravu a výživu zajišťují především sanitářky. Zaznamenali jsme, že všechny podávaly při krmení stravu s konzistencí odpovídající výsledkům GUSS testu. P6 uvedla pacienta do nesprávné polohy a následkem toho měl pacient problém s polykáním. Zřejmě z důvodu roztržitosti a přetížení si tato zkušená setra neuvědomila, že pacienta s dyfagií je nutné před jídle polohovat do sedu s mírným předklonem hlavy (Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, 2017). U P3 a P9 bylo zaznamenáno krmení za pomoci NGS, které proběhlo dobře dle standardu. Z pozorování jsme zjistili, že dalšími využívanými pomůckami jsou brčka a upravené láhve na pití se savičkou nebo hadička napojená na stříkačce. Tyto pomůcky sestry v rozhovorech nezmínily. Při pozorování nebylo zaznamenáno provádění jakékoliv techniky stimulace a cvičení polykání, které ve své práci zmiňuje Berešová (2018).

V kategorii péče o vyprazdňování bylo zjištěno, že o tuto potřebu u pacientů pečují taktéž sanitářky. Sestry pravidelně zaznamenávaly bilanci tekutin. Při pozorování jsme zaznamenaly narušení intimity pacienta ve třech případech. Na stejný problém upozornila ve své práci již Balgová (2016). V rámci výzkumu bylo také zaznamenáno pochybení u P8, kdy si při manipulaci s PMK nenasadila ochranné rukavice. Kapounová (2007) udává,

že 80 % nozokomiálních infekcí pochází právě ze zavedeného PMK. Všechny ostatní pozorované sestry rukavice nosily.

Při provádění hygienické péče byl nejčastěji zaznamenávaným postupem celková koupel v pojízdné vaně, který sestry uváděly v rozhovorech. Při hygienické péči sestry postupovaly standardně. Odvíjela se od stavu a míry soběstačnosti pacienta. V rámci výzkumného šetření jsme zaznamenali dva případy, kdy sestry nepromazaly pokožku pacienta. Dalším nedostatkem bylo opětovné porušení intimity pacienta, kdy sestry při ranní hygienické péči odhalily celé tělo pacienta najednou a neodkrývaly jej postupně, jak je to psáno v literatuře (Jirkovský et al., 2012). Jak zmiňuje Kapounová (2007) péče o dutinu ústní by měla být součástí každodenní hygienické péče, u všech probandek jsme její provedení zaznamenali. P3 tuto intervenci neprovedla. Každé ráno bylo pacientům měněno všechno ložní prádlo, pak po zbytek dne dle potřeby. Večerní hygienická péče odpovídala výpovědím sester. Dle našeho názoru navzdory zjištěným nedostatkům provádějí sestry hygienickou péči na tomto oddělení velice zodpovědně.

V kategorii péče o mobilitu bylo překvapivě zjištěno, že tři probandky při polohování nepoužily ani jednu z polohovacích pomůcek, které uváděly v rozhovorech. Znepokojivé bylo taktéž zjištění, že P3 a P8 své pacienty polohovaly až po delší době, než po dvou hodinách. U pacientů probandek P3 a P5 jsme zaznamenali špatné umístění stolku, který by měl být stejně jako okno, či televize umístěný u postižené strany pacienta (Čech, 2014).

V péči o psychiku pacienta bylo jsme monitorovali u všech sester chvályhodnou komunikaci s pacientem, kdy na něj mluvily pomalu a zřetelně. Dle našeho názoru by bylo výhodou doplnit i takovouto komunikaci o jednoduché tabulky, obrázky či symboly, kterými by se mohla komunikace ještě více usnadnit. Nezaznamenali jsme přítomnost psychologa u žádného z neurologických pacientů, což potvrdilo výpovědi sester. Přítomnost rodiny byla zaznamenána ve dvou případech. Což opět souhlasilo s odpověďmi sester z rozhovorů, kdy tvrdily, že na oddělení se rodina do péče příliš nezapojuje. Což je dle našeho názoru na škodu. Ale bereme v úvahu argument o nedostatečné časové dotaci.

Na základě výsledků výzkumného šetření byl vypracován algoritmus pro problémové oblasti ošetrovatelské péče (Příloha 1).

6 Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče neurologicky nemocných v intenzivní péči. Stanovili jsme si dva cíle. Prvním bylo zmapování specifík ošetrovatelské péče o neurologicky nemocné pacienty na jednotce intenzivní péče, ke kterému se pojí výzkumná otázka: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o neurologicky nemocné na jednotce intenzivní péče? Druhým cílem bylo zjistit, jak sestry pracující na jednotce intenzivní péče dodržují zásady ošetrovatelské péče o neurologicky nemocného. V souvislosti s tímto cílem byla položena výzkumná otázka: Jak sestry pracující na jednotce intenzivní péče dodržují zásady ošetrovatelské péče o neurologicky nemocné? Výzkumné šetření probíhalo formou kvalitativního zkoumání. Technikou sběru dat bylo skryté pozorování a polostrukturované rozhovory s devíti sestrami pracujícími na interní jednotce intenzivní péče. Z neurologických onemocnění jsme se v této práci zaměřili na cévní mozkovou příhodu pro její častou incidenci a závažnost.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že jednu z nejvíce specifických oblastí je péče o pacienta, který podstoupil trombolytickou léčbu. Následné ošetřování vyžaduje od sester speciální zaměření na sledování krvácivých projevů a případných změn vědomí pacienta, které musí umět vyhodnotit pomocí GCS škály. Dalším často uváděným specifikem je udržování správné polohy horní poloviny těla, zejména u pacientů s hemoragickou cévní mozkovou příhodou, kdy hlava musí být v poloze 30-45 ° nad podložku. Tuto polohu musí sestry zajistit i v rámci hygienické péče. Velkým rizikem spojeným s výživou pacientů po CMP je riziko aspirace z důvodu dysfagie. Z tohoto důvodu je důležité provedení GUSS testu před podáním jakékoliv stravy per os, pro určení její správné konzistence, či případně pro indikaci zavedení NGS. Sestry pracující na oddělení intenzivní péče, mají v kompetencích úpravu medikace dle aktuálního stavu pacienta. Tyto se řídí předepsanými postupy od lékařů. Zmíněnou kompetenci uplatňují zejména k úpravě krevního tlaku pacienta, který je pro terapii zásadní. Jednou z nejdůležitějších součástí ošetrovatelské péče o pacienta s CMP je jeho rehabilitace, která začíná již na jednotce intenzivní péče. Sestry uváděly, že se do ní zapojují v rámci nácvičku všedních činností a při polohování pacienta. Podle jejich slov se této činnosti věnují ve dvouhodinových intervalech ve dne a ve tříhodinových intervalech v noci. Uspořádání prostředí pacienta by se taktéž mělo odvíjet od tělesného poškození, ve dvou případech bylo zaznamenáno chybné postavení stolku pacienta.

Problémovou oblastí bylo zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienta. Sestry často zmiňovaly, že se rodina téměř vůbec nezapojuje. Jako důvod uváděly krátkou pobytovou

dobu pacienta na oddělení a omezený čas pro návštěvy pacientů. Z výzkumu vyplynulo zjištění významného problému, který z našeho pohledu i ze zkušenosti zpovídaných sester představuje nedostatečná péče o psychický stav pacienta. Za pacienty na zkoumaném oddělení nedochází psycholog ani psychiatr.

Výsledky výzkumného šetření i přes drobné nedostatky poukazují na velmi kvalitní ošetrovatelskou péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou. Na základě výsledků výzkumného šetření byl vypracován algoritmus pro výše uvedené problémové oblasti ošetrovatelské péče (Příloha 1).

7 Seznam zdrojů

1. AMBLER, Z., 2006. *Základy neurologie*. Galén: Karolinum. 351 s. ISBN 80-246-1258-5
2. BALGOVÁ, V., 2016. *Ošetrovatelská péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
3. BAREŠOVÁ, M., 2018. *Ošetrovatelská péče o pacienta s dysfagií*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
4. BAUER, J., 2010. *Léčba ischemické cévní mozkové příhody*. Interní Med. 12(9), 442-444. ISSN 1212-7299
5. BERLIT, P., 2007. *Memorix neurologie*. Praha: Grada. 447 s. ISBN 978-80-247-1915-3.
6. BUCHVALD P., 2014. Hemoragická cévní mozková příhoda. In: ŠEVČÍK, P., *Intenzivní medicína*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
7. COUTTS, B., S., 2017. Diagnosis and Management of Transient Ischemic Attack. *Continuum*. 23(1), 82-92. doi: 10.1212/CON.0000000000000424.
8. ČECH, M., 2014. *Léčebně-rehabilitační plán a postup u pacienta s cévní mozkovou příhodou*. Masarykova univerzita v Brně. Bakalářská práce. LF MU.
9. ČEŠKA, R. et al., 2010. *Interna*. Praha: Triton. 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0.
10. ČEŠKA, R., 2016. *Interna*. 2. aktualizované vydání. Triton. 870 s. ISBN 978-80-7387-895-5.
11. D'Souza, S., 2015. Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *Journal of Neurological Anesthesiology*. 27(3), 222-40. doi: 10.1097/ANA.0000000000000130.

12. Diagnostický a terapeutický manuál cévních onemocnění mozku, 2019. [online]. *Itravenózní trombolýza* [cit. 2019-4-2]. Dostupné z: <http://www.cmp-manual.cz/2401-iv-trombolyza.html>.
13. Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. *Dysfagie – porucha polykání* [online]. 2017. [cit. 2019-4-10]. Dostupné z: <https://www.fnusa.cz/dysfagie-%E2%80%93-poruchapolyk%C3%A1n%C3%AD>.
14. FEIGIN, V. L., 2007. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7
15. FIKSA, J., 2016. Poruchy a onemocnění nervového systému. In: BARTŮNĚK, P., et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. 712 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
16. HANINEC, P., ZVĚŘINA, E., 2016. Cévní mozková příhoda In: BARTŮNĚK, P., et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. 712 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
17. HERZIG, R., 2009. *Terapie akutní fáze a sekundární prevence ischemického iktu a tranzitorní ischemické ataky*. Neurologie pro praxi. 10(3), 300-304. ISSN 1213-1814.
18. HLINOVSKÝ, D., et al., 2016. *Komplexní rehabilitace pacientů po cévní mozkové příhodě*. Praktický lékař. 96(6), 267-271. ISSN 0032-6739.
19. JIRKOVSKÝ, D., HLAVÁČOVÁ, M., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.
20. KALINA, M., 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.
21. KALVACH, P., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.

22. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 350 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1830-9.
23. KIM, JS., 2014. Symptoms of transient ischemic attack. *Frontiers of neurology and neuroscience*. 33, 82-102. doi: 10.1159/000351905.
24. KLENER, J., REMEŠ, F., 2014. Subarachnoidální krvácení. In: TOMEK, A., *Neurointenzivní péče*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. 498 s. ISBN 978-80-204-3359-6.
25. KOLEKTIV AUTORŮ. 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada. 549 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
26. KOZÁK, J., et al., 2016. Endovaskulární léčba ischemické cévní mozkové příhody. *Kardiologická revue, Interní medicína*. 18(3), 151-156. ISSN 2336-2888.
27. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2005. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
28. MANDYSOVÁ, P., EHLER, E., 2011. Role sestry při screeningu poruch polykání v neurologii. *Neurologie pro praxi*. 12(6), 426-429. ISSN 1213-1814.
29. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
30. MIKULÍK, R., 2014. Ischemická cévní mozková příhoda. In: ŠEVČÍK, P., *Intenzivní medicína*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
31. MOROTTI, A., GOLDSTEIN, JN., 2016. Diagnosis and Management of Acute Intracerebral Hemorrhage. *Emergency medicine clinics of North America*. 34(4), 883-899. doi: 10.1016/j.emc.2016.06.010.
32. PFEIFFER, J., 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1135-4.
33. RULÍK, M., et al., 2011. *Mikrobiální biofilmy*. editor Olomouc: Upol. 448 s. ISBN 978-80-244-2747-8.

34. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 383 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
35. SIKET, MS., EDLOW, J., 2013. Transient ischemic attack: an evidence-based update. *Emergency medicine practice*. 15(1), 1-26. ISSN 1524-1971.
36. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
37. STAŇKOVÁ, M., 1997. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
38. ŠEVČÍK, P. et al., 2014. *Intenzivní medicína*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0
39. ŠKODA, O., et al., 2016. *Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou*. *Cesk Slov Neurol N*. 79/112(3), 351-363. ISSN 1210-7859.
40. ŠRÁMEK, M., 2017. Intracerebrální krvácení. *Neurologie pro praxi*. 18(2), 94-97. ISSN 1213-1814.
41. TOMEK, A., 2014. *Neurointenzivní péče*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. 498 s. ISBN 978-80-204-3359-6.
42. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
43. VÁCLAVÍK, D., et al., 2015. *Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě. Standard léčebného plánu*. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 78/111(6), 721-727. ISSN 1210-7859.
44. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2004. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ISSN 1211-0868.

45. Vyhláška, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. 2004. [online]. [cit. 2019-3-20]. In: Česká republika. *Sbírka zákonů*. Praha: Ministerstvo vnitra; částka 139, 8096-8140. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb139-04.pdf>.
46. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-670.
47. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné 1*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
48. ZADÁK, Z., 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada, 522 s. ISBN 978-80-247-2844-5.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Doporučení pro praxi v problémových oblastech péče o neurologicky nemocné v intenzivní péči

Příloha 2: Hodnotící škála NIHSS

Příloha 3: Gugging Swallowing Screen- GUSS test

Příloha 4: Polostrukturovaný rozhovor

Příloha 5: Záznamový arch skrytého pozorování

Příloha 6: Souhlas s provedením výzkumného šetření

9 Přílohy

Příloha 1

Doporučení pro praxi v problémových oblastech péče o neurologicky nemocné v intenzivní péči

- U pacientů, kteří podstoupili actilysu dbát na dodržení intervalu od ukončení léčby minimálně 60 minut pro zavedení permanentního močového katétru nebo aplikace intramuskulární injekce. Zavedení nasogastrické sondy, centrálního žilního katétru nebo arteriálního katétru provést po ukončení léčby a po normalizování koagulačních parametrů dle laboratorních výsledků (aPTT, INR).
- V rámci výživy pacientů s dysfagií používat techniky zvyšující senzitivitu dutiny ústní a nácvik polykání. Jako je například tlak lžice na jazyk, Mendelsonův manévr, Shaker manévr.
- Při provádění hygienické péče nebo péče o vyprazdňování dbát na zachování intimity pacienta. Zatahovat zástěny, odkrývat a zahalovat pacienta postupně, zavírat dveře a další.
- Pravidelně pacienta polohovat, každé 2-3 hodiny. Pokud to pacientův stav dovoluje je výhodné do polohovacího plánu je zahrnout i polohu na břicho, která je pro pacienta vhodná zejména pro zlepšení ventilace dorsálních částí plic. Při polohování kontrolovat stav pokožky a promazávat namáhaná místa.
- Prostředí pacienta by mělo být uspořádáno tak, aby co nejvíce podnětů přicházelo z postižené strany. To znamená stolek, okno či televize by měli být umístěné na straně paretické končetiny. Personál by měl k pacientovi přicházet taktéž z této strany.
- Pacientům po cévní mozkové příhodě by mělo být poskytnuto psychologické vyšetření, sestra by taktéž měla dbát o psychický stav pacienta. S pacientem komunikuje ohleduplně, empaticky a poskytuje mu emoční podporu.

Příloha 2

Hodnoticí škála NIHSS

National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)	
1a. Úroveň vědomí zvolit takový testovací impuls, aby obešel případné překážky (orostrach. trauma, jazyk. bariéra, intubace). Testuje se vždy.	0 - plně při vědomí, spolupracující 1 - spavý, po mírné stimulaci poslechne, odpoví 2 - opakovaná stimulace k pozornosti, sopor 3 - koma (reflexní či žádná odpověď)
1b. Slovní odpovědi ptáme se na věk pacienta a měsíc počítá se první a pouze zcela správná odpověď, bez nápovědy	0 - obě odpovědi zcela správně 1 - jedna správně, těžká dysarthrie či jiná bariéra (OTI) 2 - obě špatně, afázie, kóma
1c. Vyhovění výzvám požádat o otevření a zavření očí a stisknutí a otevření neparetické ruky, úkon lze pacientovi předvést.	0 - oba úkoly správně 1 - jeden úkol správně 2 - žádný správně, kóma
2. Okulomotorika testuje se pouze horizontální pohyb, pacient s bariérou (slepota, bandáž, trauma) je testován reflexními pohyby (ne kalorické testování!). Testujeme i pac. v komatu.	0 - bez patologie 1 - izol. paresa okohybného nervu, deviace či pohledová paresa potlačitelná OC manévry 2 - nepotlačitelná deviace či pohledová paresa
3. Zorné pole vyšetřovat i simultánní pohyb prstů kvůli fenoménu extinkce. Testujeme i u pac. s poruchou vědomí pomocí mrkacího reflexu.	0 - bez postižení 1 - částečná hemianopsie, fenomén extinkce 2 - kompletní hemianopsie 3 - oboustranná hemianopsie (slepota, včetně kortikální slepoty)
4. Faciální paresa Cenění zubů, zavření očí, elevace obočí.	0 - symetrický pohyb, bez postižení 1 - lehká paresa (např. asymetrie NL rýhy) 2 - úplná nebo částečná paréza dolní větve (centrální paresa) 3 - kompletní (perif.) paréza uni- či bilaterální, koma
5. a 6. Motorika HKK do 90 st v sedě resp. 45 st. vleže DKK do 30 st., kolísání na HKK je tehdy, pokud klesá dříve než za 10 sekund a na DKK dříve než za 5 sekund. Testují se všechny končetiny, 9 se uděluje při jiném postižení končetiny – vysvětlit.	0 - bez kolísání 1 - kolísání nebo pokles, bez úplného pádu na podložku 2 - určitý pohyb proti gravitaci, neudrží nad podložkou 3 - pohyb po podložce 4 - plegie, bez pohybu, koma (pro šechny konč.) 9 - amputace, ankylóza aj. příčiny patolog. nálezu nesouvisející s příhodou PHK, LHK, PDK, LDK

<p>7. Ataxie končetin testování prst-nos-prst na HKK na DKK pata-koleno. Nehodnotí se u pac., který nerozumí. U slepých: nos-natažená HK. V kómatu, při plegii atd. se hodnotí 0.</p>	<p>0 - nepřítomna, nebo jen důsledek paresy. Koma. 1 - na jedné končetině 2 - přítomna na více končetinách 9 - amputace, ankylóza aj.</p>
<p>8. Senzitivita zkouší se ostřejším předmětem, u nespolu- pracujících algickým podnětem (úniková reakce, grimasa). Koma hodnotíme 2.</p>	<p>0 - bez poruchy cití 1 - lehká a střední porucha sense (hypestezie, hypalgezie) 2 - těžká porucha sense až anestezie uní, či bilat. Koma.</p>
<p>9. Řeč testovací slova: MÁMA, PÍSEK, TRÁVA DĚKUJI, ELEKTRINA, FOTBALOVÝ MÍČ Víte jak, Dolů na zem, Jsem už z práce doma. Popis obrázku.</p>	<p>0 - bez afázie 1 - lehčí fatická porucha, lze porozumět 2 - těžká fatická porucha 3 - globální afázie, mutismus, kóma</p>
<p>10. Dysartrie Při fatické poruše hodnotíme výslovnost. Při hodnocení 9 vysvětlit (např. OTI).</p>	<p>0 - nepřítomna 1 - setřelá řeč, je mu rozumět 2 - výrazně setřelá výslovnost, není rozumět, mutismus, kóma 9 - intubace, jiná bariéra</p>
<p>11. Neglect Použij simultánní stimulaci zraku a sense. Hodnotí se pouze, pokud přítomen.</p>	<p>0 - nepřítomen 1 - neglektuje 1 kvalitu, anosognoze 2 - neglektuje více jak 1 kvalitu, kóma.</p>

Zdroj: <http://www.cmp-manual.cz/921-NIHSS.html>

Příloha 3

Gugging Swallowing Screen- GUSS test

GUSS Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

Jméno:
Datum:
Čas:

1. Předtestové vyšetření / Nepřímý test polykání

		ANO	NE
Bdělost	Pacient musí být bdělý nejméně 15 minut	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Kašel a/nebo odkašlávání	<u>Volní</u> kašel Pacient by měl zakašlat nebo odkašlat dvakrát	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Polykání slin:			
▪ Polykání úspěšné		1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Drooling		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Změna hlasu	Chrapot, kloktavý hlas, zastřený hlas, slabý hlas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Celkem:		(5)	
		1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte s částí 2	

2. Přímý test polykání (materiál: čistá voda, plochá čajová lžička, zahušřovací, chléb)

V následujícím pořadí:	1 → ZAHUŠŤENÁ TEKUTINA*	2 → TEKUTINA**	3 → PEVNÁ STRAVA***
POLYKÁNÍ:			
▪ Polykání není možné	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání opožděné (>2 sec.) (pevné konzistence >10sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání úspěšné	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
KAŠEL (bezděčný): před, v průběhu nebo po polknutí – se zpožděním do 3 minut			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
DROOLING:			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
ZMĚNA HLASU: (poslechněte hlas před a po polknutí – pacient by měl říkat „O“)			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
CELKEM:	(5)	(5)	(5)
	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5= pokračujte tekutinami	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5= pokračujte pevnou konzistencí	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5= norma
CELKEM: (Součet výsledku nepřímého a přímého testu polykání) (20)			
*	První administrace 1/3 až 1/2 čajové lžičky vody se zahušřovadlem (konzistence pudinku). Pokud nejsou patrné žádné symptomy, aplikujte 3 až 5 lžiček. Hodnoťte po 5. lžičce.		
**	3, 5, 10, 20ml vody – pokud nejsou žádné přítomny, pokračujte s 50ml vody (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996). Hodnoťte a ukončete vyšetření, jakmile zpozorujete jedno z kritérií!		
***	Klinicky: suchý chléb; FEES: suchý chléb namočený do zbarvené tekutiny		
¹	Užijte funkční vyšetřovací metody jako VFS, FEES		

GUSS - HODNOCENÍ

Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

VÝSLEDKY	STUPEŇ	DOPORUČENÍ
20 Zahuštěná tekutina / tekutina i pevná konzistence úspěšná	Lehké / nebo žádné příznaky dysfagie Minimální riziko aspirace	<ul style="list-style-type: none"> Normální dieta. Běžné tekutiny (poprvé pod dohledem klinického logopeda nebo specializované sestry).
15-19 Zahuštěná a tekutá konzistence úspěšná a pevná konzistence neúspěšná	Lehký stupeň dysfagie s nízkým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> Dysfagická dieta (pyré a měkké konzistence jídla). Tekutiny velmi pomalu – po jednom doušku. Funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. Upozornit klinického logopeda.
10-14 Zahuštěná konzistence úspěšná, tekutiny neúspěšné	Střední stupeň dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<p><u>Dysfagická dieta začínající:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Zahuštěnými konzistencemi jako přesnídávka a doplnění parenterální výživou. Všechny tekutiny musí být zahušťovány! Léky musí být drceny a smíchány se zahuštěnou tekutinou. Žádná medikace v tekuté formě konzistence. Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. Upozornit klinického logopeda. <p><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>
0-9 Předtestové vyšetření neúspěšné nebo zahuštěná konzistence neúspěšná	Těžká dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> Žádná strava per os Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. Upozornit klinického logopeda. <p><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>

Zdroj: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/screening-dysfagie-guss/t4943>

Příloha 4

Polostrukturovaný rozhovor

1. Informační údaje (věk, pohlaví, vzdělání, délka praxe)
2. Jaký je postup při přijímání pacienta s cévní mozkovou příhodou na vaše oddělení?
3. Jak probíhá terapie pacientů s cévní mozkovou příhodou na vašem oddělení?
4. V čem se liší péče o pacienta, který prodělal hemoragickou mozkovou příhodu od
5. Jakou úlohu má sestra při příjmu pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu?
6. Co monitorujete u pacienta s cévní mozkovou příhodou?
7. Na co je třeba dávat pozor u pacientů s cévní mozkovou příhodou z ošetrovatelského hlediska?
8. Jaká jsou specifika výživy pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu?
9. Jaké využíváte kompenzační pomůcky při výživě pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu?
10. Jaká jsou specifika péče o vyprazdňování u pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu?
11. Jaké využíváte kompenzační pomůcky při péči o vyprazdňování pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu?
12. Jak zajišťujete hygienickou péči u pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu?
13. Jaké využíváte kompenzační pomůcky při hygienické péči u pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu?
14. Jakým způsobem dbáte o mobilitu pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu?
15. Jaké využíváte kompenzační pomůcky při mobilizaci pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu?
16. Jak spolupracují pacienti při poskytování ošetrovatelské péče?
17. Jak je zapojena rodina do ošetrovatelské péče o pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu?
18. Probíhá na vašem oddělení rehabilitace u pacientů po cévní mozkovou příhodou?
19. Pokud ano, tak jakým způsobem?
20. Jaký další personál je zapojen v péči o pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu?
21. Má pacient možnost návštěvy psychologa/ psychiatra?
22. Pokud ano, využívají pacienti tuto možnost?
23. Co je podle vás nejdůležitější v ošetrovatelské péči o pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu pro jeho rekonvalescenci?
24. Jaké největší rizika vidíte v ošetrovatelské péči u pacienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu?
25. Je něco, co byste chtěl/a zlepšit nebo změnit při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi, který prodělal cévní mozkovou příhodu?

Zdroj: vlastní

Příloha 5

Záznamový arch skrytého pozorování

Péče o výživu		
	Provedl/a	Neprovedl/a
Zajištění pitného režimu		
Zajištění stravovacího režimu		
Podávání správné konzistence stravy		
Dodržování kompenzačních a režimových opatření (modifikace velikosti soust, posazení pacienta)		

Péče o vyprazdňování		
	Provedl/a	Neprovedl/a
Dodržování zásad péče o PMK		
Pravidelné intervence v péči o vyprazdňování		
Sledování bilance tekutin		
Dodržování intimity pacienta		

Péče o hygienu		
	Provedl/a	Neprovedl/a
Péče dle standardu		
Péče o dutinu ústní		
Zajištění péče o pokožku		
Zajištění intimity pacienta		

Péče o mobilitu		
	Provedl/a	Neprovedl/a
Dodržování zásad polohování		
Vedení polohovacího záznamu		
Využívání kompenzačních pomůcek k polohování		
Doporučené uspořádání pokoje		

Péče o psychický stav pacienta		
	Provedl/a	Neprovedl/a
Dodržování zásad správné komunikace (oční kontakt, jednoduché sdělení)		
Zajištění spolupráce s psychologem		
Zajištění spolupráce s rodinou		

Zdroj: vlastní

Příloha 6

Souhlas s provedením výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

jsem studentkou třetího ročníku oboru Všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Touto cestou bych Vás ráda požádala o umožnění zpracování výzkumné části mé bakalářské práce na oddělení interní JIP. Přikládám informace o bakalářské práci a rozhovor k výzkumné části.

Předem děkuji za odpověď

Kristina Hricová

tel: 773132066

12. 03. 2019

SOCIÁLNÍM

Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.