

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Lucie Březovská

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Rehabilitační ošetřování pacienta s cévní mozkovou příhodou

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Marie Schusterová

Vypracovala:

Lucie Březovská

2012

ABSTRACT

Bakalářská práce na téma rehabilitační ošetřování pacienta s cévní mozkovou příhodou se zabývá touto problematikou na rehabilitačním oddělení a neurologickém oddělení. Samotná bakalářská práce je rozdělena do dvou samostatných kapitol a to na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřená na příčiny, příznaky, vyšetřovací metody a léčbu u pacienta po cévní mozkové příhodě a na současný stav rehabilitačního ošetřování. Součástí rehabilitačního ošetřování je spolupráce sestry s multidisciplinárním týmem. Dále jsou v bakalářské práci popsány možné komplikace, které mohou vzniknout v souvislosti s cévní mozkovou příhodou. Mezi tyto komplikace patří především imobilizační syndrom a dekubity. Rehabilitační ošetřování pacienta s cévní mozkovou příhodou zahrnuje polohování, komunikaci, pasivní pohyby, aktivní pohyby, vertikalizace, dechová cvičení. Další metody využívané při rehabilitačním ošetřování jsou užití tepla a chladu a bazální stimulaci. Součástí bakalářské práce jsou i kapitoly řešící ošetřovatelský management, zdravotnickou dokumentaci a hodnotící škály u pacienta po cévní mozkové příhodě. U praktické části byl stanoven jako cíl, zjistit podmínky sester pro rehabilitační ošetřování pacienta po cévní mozkové příhodě. Byly stanoveny čtyři hlavní hypotézy, na které se vztahovaly otázky z anonymního dotazníku. Hypotéza- H1: Sestry mají pro poskytování rehabilitačního ošetřování k dispozici pouze polohovací pomůcky. Hypotéza - H2: Sestry rehabilitační ošetřování pravidelně dokumentují v rámci ošetřovatelského procesu. Hypotéza - H3: Jako problém pro poskytování rehabilitačního ošetřování sestry uvádějí nedostatek času. Hypotéza- H4: Výsledky rehabilitačního ošetřování jsou sledovány ošetřovatelským managementem. Jako doplňkové výzkumné šetření byly vypracovány kazuistiky s Barthel indexem u čtyř pacientů. Z výsledku výzkumného šetření vyplývá, že sestry používají nejen polohovací pomůcky, ale i ostatní dostupné pomůcky. Sestry rehabilitační ošetřování pravidelně dokumentují a to zejména do ošetřovatelské dokumentace. Sestry uvádí nedostatek času pro poskytování rehabilitačního ošetřování a sestry uvádí, že rehabilitační ošetřování je sledováno ošetřovatelským managementem.

ABSTRACT

This bachelor thesis is on the topic of rehabilitative nursing of stroke patients. It is analysing how the issue is dealt with in the rehabilitation department and Department of Neurology. The bachelor thesis is divided into two separate chapters, theoretical and practical.

The theoretical part focuses on the causes, symptoms, diagnosis and Treatment of patients after a stroke and the current state of rehabilitative care. One of the parts of rehabilitative care is the collaboration of the nurse and the multidisciplinary team. Furthermore, the thesis describes the possible complications that may occur from the stroke. These complications include mainly pressure sores and immobilization syndrome. Rehabilitative treatment of patients with strokes include positioning, communication, passive movements, active movements, verticalization, breathing exercises. Other methods used in rehabilitation nursing, application of heat and cold and basal stimulation. The thesis also includes chapters dealing with nursing management, medical documentation and evaluating the scale of a patient after a stroke. For the practical part there was a set goal, determine the working conditions for nurses who provide the patients rehabilitative treatment after a stroke.

There were four main hypotheses defined, which were the subject of an anonymous questionnaire: Hypothesis - H1: There are only positioning aids available for nurses to provide rehabilitative treatment. Hypothesis - H2: Nurses are documenting the rehabilitative treatment regularly used in the nursing process. Hypothesis - H3: Nurses state that the problem of providing rehabilitative care is the lack of time. Hypothesis-H4: Results of rehabilitative nursing care are monitored by the nursing management. As additional research investigation case reports have been formulated with the Barthel index in four patients. Results of the research shows that nurses are using not only positioning aids, but other available tools as well. Rehabilitative care nurses regularly document treatments, especially in nursing documentation. Nurses stated that there is lack of time for providing rehabilitative nursing and nurses state that the treatment is monitored by nursing management.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma rehabilitační ošetřování pacienta s cévní mozkovou příhodou vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním mé bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou 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 odevzdání 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 vedoucího a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Lucie Březovská

Poděkování:

Děkuji Mgr. Marii Schusterové za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a trpělivost. Své rodině děkuji za trpělivost a podporu při studiu.

OBSAH

ÚVOD	3
1 SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Anatomie a fyziologie mozku	5
1.2 Péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou	7
1.2.1 Cévní mozková příhoda	7
1.2.2 Příčiny cévní mozkové příhody.....	8
1.2.3 Příznaky cévní mozkové příhody	9
1.2.4 Vyšetřovací metody.....	10
1.2.5 Léčba	11
1.2.6 Iktová centra.....	11
1.3 Spolupráce při rehabilitačním ošetřování.....	12
1.3.1 Ošetřovatelství.....	12
1.3.2 Rehabilitace.....	13
1.3.3 Rehabilitační ošetřování.....	14
1.3.4 Multidisciplinární tým	15
1.4 Hodnotící škály u pacienta po cévní mozkové příhodě	17
1.5 Komplikace u pacienta po cévní mozkové příhodě.....	19
1.5.1 Imobilizační syndrom	19
1.5.2 Dekubity.....	20
1.6 Rehabilitační ošetřování pacienta po cévní mozkové příhodě.....	22
1.6.1 Polohování.....	22
1.6.2 Komunikace	23
1.6.3 Pasivní pohyby.....	24
1.6.4 Aktivní pohyby	25
1.6.5 Vertikalizace	25
1.6.6 Dechová cvičení.....	26
1.6.7 Výchova k soběstačnosti pacienta po cévní mozkové příhodě.....	26
1.6.8 Další metody používané při rehabilitačním ošetřování.....	27
1.7 Ošetřovatelský management.....	28
1.8 Zdravotnická dokumentace	30
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Stanovené hypotézy.....	31
3 POUŽITÉ METODY	32

3.1	Použité metody	32
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru	32
4	VÝSLEDKY	33
4.1	Výsledky dotazníkového šetření	33
5	DISKUZE	57
6	ZÁVĚR	66
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	68
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	72
9	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

Citát:

„Zdraví je vzácná věc, je to v pravdě jediná věc, která zaslouží, abychom úsilí o ni obětovali nejen čas, pot, námahu, jmění, ale i život. Tím spíše, že bez něho se pro nás život stává trápením a strastí. Není-li zdraví, potemní, vyprchají i rozkoš, moudrost, učenost a ctnost.“

Michael De Montaigne (1533-1592)

ÚVOD

Cévní mozková příhoda je civilizační onemocnění, jehož incidence se neustále zvyšuje. Vzhledem k takto vysokému počtu osob je toto onemocnění v České republice řazeno na druhé místo příčin úmrtí. Zcela znepokojujícím faktorem je skutečnost, že tato nemoc nepostihuje pouze seniory, ale čím dál více se tato nemoc diagnostikuje i u mladších osob.

Pacient po cévní mozkové příhodě je velmi často plně odkázán na pomoc a podporu zdravotnického personálu. Z tohoto důvodu musí mít personál relevantní a vysoké znalosti v oblasti péče o pacienty po cévní mozkové příhodě. Pro rozvíjení teoretických znalostí a praktických schopností v oblasti ošetrovatelství slouží vědní obor ošetrovatelství. Tento vědní obor má za úkol všestranně a systematicky uspokojovat potřeby člověka. Ošetrovatelství musí být flexibilní a dynamické, abychom mohli reagovat na nově získané poznatky a trendy s následným zařazením do praxe. Jednou z nedílných součástí komplexní ošetrovatelské péče je rehabilitační ošetrování.

Z tohoto pohledu je patrné, že rehabilitační ošetrování patří do pracovní náplně sester. V celém procesu rehabilitačního ošetrování je nutná velmi úzká týmová práce. Tato týmová spolupráce zahrnuje celý komplex činností prováděných především všeobecnými sestrami a fyzioterapeuty. Dále se do tohoto procesu v případě potřeby zapojují i další specialisté, kteří tvoří tzv. multidisciplinární tým. Tento tým tvoří zpravidla lékaři, ergoterapeuti, logopedi atd. Praxe však ukazuje, že sestry mají

nedostatečné znalosti o rehabilitačním ošetřování. Z tohoto důvodu by měl být kladen větší důraz na vzdělávání sester v této problematice. V dnešním, již moderním ošetřovatelství, by mělo rehabilitační ošetřování tvořit neodmyslitelnou součást ošetřovatelské péče ze strany sestry.

Tato bakalářská práce má za hlavní cíl zjistit podmínky sester pro poskytování rehabilitačního ošetřování. Pro ověření zvoleného cíle bakalářské práce byly stanoveny čtyři základní hypotézy, které byly následně ověřovány. Data pro ověření stanovených hypotéz byly získány kvantitativním i kvalitativním šetřením. Kvantitativní šetření bylo zkoumáno za pomoci anonymního dotazníku. Při kvalitativním šetření bylo použito metody kazuistiky a Barthel indexu u vybraných pacientů. Získané informace budou použity jako edukační materiál pro sestry.

Samotná bakalářská práce je členěna do dvou samostatných kapitol - teoretické a výzkumné. První část bakalářské práce je zaměřena na teorii rehabilitačního ošetřování pacienta s cévní mozkovou příhodou. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na sestry a jejich náplň pracovních činností s ohledem na rehabilitační ošetřování o pacienta po cévní mozkové příhodě.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila především z důvodu aktuálnosti dané problematiky. Rehabilitační ošetřování o pacienty po cévní mozkové příhodě je hodně podceňované. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že mnoho sester si stále neuvědomuje, že rehabilitační ošetřování patří do jejich pracovní náplně. Předpokládá se, že tato bakalářská práce bude přínosem v celém procesu rehabilitačního ošetřování.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie mozku

Anatomie je věda zabývající se lidským tělem. Jednou ze stěžejních oblastí, kterými se anatomie zabývá, je anatomie mozku. Mozek je sídlem našeho vědomí a umožňuje nám učit se a myslet. Jeho váha se v průměru pohybuje okolo 1 400 g a kromě kostěné opory (lebky) je chráněn i vazivovými obaly. Ty jsou tvořeny tvrdou plenou mozkovou (dura mater), pavoučnicí (arachnoideou) a měkkou plenou mozkovou (pia mater). Mezi pia mater a arachnoideou najdeme prostor, kterým protéká mozkomíšní mok. Mozkomíšní mok nadlehčuje mozek a izoluje ho proti otřesům. Po anatomické stránce je mozek rozdělen na čtyři hlavní části, koncový mozek (telencephalon), mezimozek (diencephalon), mozeček (cerebellum) a mozkový kmen (truncus encephali). Hlavní součástí mozku je koncový mozek, který se skládá ze dvou hemisfér, které jsou oddělené sagitálně orientovanou rýhou a tyto hemisféry jsou navzájem propojeny mohutným svazkem vláken. Na každé hemisféře je mozková kůra, která tvoří buněčný plášť. Uvnitř nalezneme bílou hmotu, ve které se nachází bazální ganglia, která slouží ke zpracování iniciačních impulsů pro hybnost. Dále se zde nalézá nejvyšší řídicí centrum pro většinu funkcí nervové soustavy. Je rozdělená do mnoha gyrů, podle nichž rozeznáváme čelní, temenní, týlní a spánkový lalok. V čelním laloku sídlí tvorba řeči a nastartování pohybu. V temenním laloku sídlí oblast přijímající tělesné vjemy, jako dotek, tlak, bolest a teplota. Týlní lalok má na starosti vizuální informaci ze sensorických nervových signálů, které vysílají oči. Ve spánkovém laloku sídlí oblast rozpoznávající zvuky dle výšky, tónu i hlasitosti, tyto laloky se také účastní na uchování paměti. Další součástí je mezimozek. Mezimozek se skládá z epithalamu, metathalamu, thalamu, subthalamu a hypothalamu. Nejdůležitější částí je však thalamus. Je tvořen vejčitými jádry, která jsou pojmenována dle své lokalizace. Thalamus je bránou vědomí, kde jádra filtrují nadměrné množství informací, které se k nám dostávají. Tím se zabraňuje přetížení mozkové kůry. Pokud je poškozen thalamus, má pacient např. snížený práh bolesti. K thalamu se připojuje hypothalamus,

který je řídicím centrem autonomních a endokrinních funkcí, má vliv také na sexuální chování a reguluje příjem potravy a tekutin. Dále je součástí mozku mozeček, který je spojen s koncovým mozkiem a mozkovým kmenem. Od zbytku mozku je oddělen tvrdou plenou (dura mater). Skládá se ze dvou hemisfér a mozečkového červu (vermis). Jeho povrch pokrývá kůra z šedé hmoty. Bílá hmota tvoří dřeň, ve které jsou uložena jádra mozečku. Funkcí mozečku je udržení rovnováhy, vzpřímené polohy, řízení a koordinace pohybů a regulace svalového tonu. Další důležitou součástí je mozkový kmen, který se skládá z prodloužené míchy (medulla oblongata), Varolova mostu (pons Varoli) a středního mozku (mesencephalon). V mozkovém kmeni jsou lokalizovaná centra nezbytně nutná pro vitální funkce. Pons Varoli zajišťuje převod vzruchů z kůry do mozečku, zatímco mesencephalon je centrem životně důležitých reflexů jako jsou obživné reflexy (polykací reflex, sací reflex, slinivý reflex a visceromotorické reflexy) a obranné reflexy (mrkací, kašlací, a dávnivý reflex). Pro správnou funkci a činnost potřebuje mozek kyslík a živiny, které jsou do všech jeho částí přenášeny krví. Krev je přiváděna dvěma karotickými tepnami (arteria carotis interna sinistra et dextra) a dvěma páteřními tepnami (arteria vertebrales). Společně vytváří pod bází mozku Willisův okruh (circulus arteriosus Willisii). Ten zabezpečuje dobré krevní zásobení mozku, protože může dle potřeby do jisté míry predisponovat potřebné množství krve do různých úseků mozkových tepen. Může tak nahradit i větší uzávěr tepny. I přesto četné nemoci mozku způsobuje právě porucha krevního řečiště. Nejčastějším místem postižení mozkové tepny jsou arteria cerebri media, arteria cerebri anterior, arteria cerebri posterior a arteria vertebralis. Mozkové tkáni hrozí při přerušení cévního zásobení nedokrevnost a rozpad. Mozkem proteče za jednu minutu přibližně 800g krve a spotřebuje asi 20% kyslíku přijatého dýcháním. Přerušení průtoku krve do mozku způsobí za 10s bezvědomí. Průtok krve mozkiem je závislý na věku. U dítěte je průtok krve větší, naopak ve stáří se průtok krve snižuje, z důvodu stoupajícího odporu cév. Žilní systém mozku lze rozdělit na odtok z kmene a odtok z hemisfér. Žíly mají tenkou stěnu a nemají chlopně, prochází arachnoideou a durou mater a vlévají se do žilních splavů. Odtok z hemisfér je tvořen povrchovým a hlubokým systémem žil. Povrchové žíly sbírají krev z kůry a odvádí ji do nitrolebních splavů. Hluboký žilní systém najdeme

při horní ploše thalamu. (Dylevský, 2000; Parker, 2007; Elišková a Naňka, 2007; Pfeifer, 2007; Adams a Herold, 1999; Powell, 2010)

1.2 Péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou

1.2.1 Cévní mozková příhoda

„WHO definuje cévní mozkovou příčinu jako rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu.“ (Nevšimalová, Růžička a kol., 2002, s. 171)

Nejčastější typ cévní mozkové příhody, a to 80-85%, představuje akutní ischemická cévní mozková příhoda. Hlavní příčinou vzniku je především vznik poruchy perfúze mozkové tkáně okysličenou krví. Ischemické ikty lze rozdělit podle různých kritérií, a to například podle mechanismu vzniku na obstrukční a neobstrukční, podle vztahu k tepennému povodí na teritoriální, interteritoriální a lakunární. Podle časového průběhu, rozdělujeme cévní mozkovou příhodu na tranzitní ischemickou ataku (TIA), která vzniká nedostatečným zásobením krve do mozku. Trvá nejčastěji do jedné hodiny a mizí zpravidla do 24 hodin bez reziduí. Je to varovný signál hrozícího iktu. Příčinou je většinou dočasný uzávěr intrakraniální tepny embolem. TIA se musí vždy kompletně vyšetřit, a co nejrychleji se musí zahájit léčba. Dalším typem ischemické cévní mozkové příhody je reverzibilní cévní mozková příhoda (RIND), nachází se zde významnější lokální hypoxie než u tranzitní ischemické ataky, trvá déle než 24 hodin, odezní zpravidla do 14 dnů, někdy však zůstává trvalý funkční deficit. Dalším typem je progredující cévní mozková příhoda, při tomto typu cévní mozkové příhody postupně narůstá lokální mozková hypoxie s vyvíjejícími se klinickými příznaky. Tento typ je však méně častým klinickým obrazem cévní mozkové příhody. Poslední typ ischemické cévní mozkové příhody je dokončená cévní mozková příhoda, která se projevuje ireverzibilní ložiskovou hypoxií mozku s trvalým funkčním deficitem. (Amlber, 2006; Nevšimalová, Růžička a kol., 2002; Kalita, 2006; Seidel, 2008)

Všech 15-20% akutních iktů můžeme zařadit mezi akutní hemoragické cévní mozkové příhody. Tento typ cévních mozkových příhod dělíme na intracerebrální hemoragie a subarachnoideální hemoragie. Krvácení vzniká porušením stěny cévy v mozku. Nejčastější příčinou těchto iktů bývá hypertenze. A u nových metod léčby tohoto krvácení se nyní nově zkouší podávat léky, které urychlují koagulaci, a tím omezují hematoma. Úmrtnost a morbidita je průkazně vyšší než u ischemické cévní mozkové příhody, z tohoto důvodu vyžaduje nákladnější sociální a zdravotní péči. U ischemických iktů se setkáváme s tendencí ke zlepšování příznaků. U pacientů s hemoragickou cévní mozkovou příhodou se setkáváme s rychlejším rozvojem a zhoršením příznaků. (Seidel, 2008; Nevšimalová, Růžička a kol., 2002; Kalita, 2006)

Subarachnoideální krvácení je závažný akutní stav, který tvoří asi 8% všech cévních onemocnění mozku. Vzniká rupturou aneurysmatu, neuroinfekcí a arteriálními malformacemi. Aneurysmatem nazýváme výduť na mozkové tepně. Příčinou vzniku je oslabení cévní stěny nejčastěji vrozeného původu. Nejčastější lokalizací je místo větvení velkých cév Willisova okruhu, tedy mezi mozkovými obaly, které v horším případě mohou proniknout do mozkových komor. Pro hodnocení subarachnoideálního krvácení používáme klasifikaci dle Hunta- Hasse (grading score). (Tyrlíková, 2003; Elišková a Naňka, 2007; Lukařská a Malinová, 2009)

1.2.2 Příčiny cévní mozkové příhody

Hlavní příčinou cévních mozkových příhod je ateroskleróza, pod jejím vlivem se tepna přivádějící krev do mozku ucpe nebo praskne a tím přerušuje zásobování krve do mozku. Vznik aterosklerózy podporují rizikové faktory, které dělíme do několika skupin. První skupinou pro vznik aterosklerózy jsou faktory neovlivnitelné, mezi které patří např. věk, pohlaví a dědičnost. Druhou skupinou jsou rizikové faktory ovlivnitelné jako je kouření cigaret, hypertenze, pod kterou se dále zařazuje zvýšený přísun soli, cukrovka a obezita. Třetí skupinou pro vznik aterosklerózy jsou rizikové faktory částečně ovlivnitelné, mezi které patří cukrovka a hyperlipidemie. Poslední příčinou vzniku aterosklerózy jsou rizikové faktory přidružené, mezi které řadíme nedostatek

aktivity a psychosomatický typ člověka. Dalšími příčinami hlavně hemoragických mozkových příhod je antikoagulační léčba a krevní choroby. (Tyrlíková, 2003; Seidel, 2008; Amber, 2006)

1.2.3 Příznaky cévní mozkové příhody

Iktus se projevuje náhlou intenzivní bolestí hlavy, která může být provázena nauzeou, zvracením a slabostí. Pacient má potíže se smysly, s chůzí a rovnováhou, má pocit závratí, které jsou často spojené s náhlými pády. Konkrétní příznaky závisí na lokalizaci mozkového postižení. Nejčastějšími příznaky je porušená hybnost končetin částečně (paréza), úplně (plegie) nebo na jedné polovině těla (hemiparéza, hemiplegie). U pacienta je porušeno čítí (hemihypestezie) a porucha řeči a jejímu porozumění (afázie). U pacienta je postižena schopnost číst (alexie) a psát (agrafie), je patrná zhoršená prostorová orientace. Vznikají náhlé poruchy ostrosti vidění, omezení zorného pole (hemianopsie) a obvykle i dvojité vidění (diplopie). Příznakem je i porucha polykání (dysfagie) a správné výslovnosti (dysartrie). Můžou se objevit poruchy paměti, chování a vědomí, pacient je zmatený a neklidný. Příznaky, které spolu úzce souvisí, jsou neglect syndrom a pusher syndrom. Neglect syndrom se objeví až u 80 % pacientů s cévní mozkovou příhodou. Neglect syndrom znamená v překladu syndrom opomíjení. Vzniká při poruše nedominantní hemisféry, kdy pacient nereaguje či zcela popírá svoji končetinu. Svoji paretickou končetinu nevyužívá a dělá jako by neexistovala, neumyje ji, ani neoblékne. Z hlediska prostoru dělíme neglect syndrom na horizontální, vertikální a radiální. Horizontální neglect syndrom je opomíjení pravé nebo levé poloviny prostoru, vertikální neglect syndrom je opomíjení horní nebo dolní poloviny prostoru. A radiální neglect syndrom se týká prostoru vzdáleného (přes dosah paže) a blízkého (na dosah paže). Pusher syndrom znamená, že pacient po cévní mozkové příhodě ztratil své těžiště. V praxi to vypadá tak, že si pacient myslí, že jeho chůze je rovná, ale naopak jeho chůze je směřována na jednu stranu. (Tyrlíková, 2003; Orel, Facová a kol., 2009; Kalvach, 2010; Mikulík, 2006; Mayer, 2012)

1.2.4 *Vyšetřovací metody*

Základní vyšetřovací metodou v obecné neurologii je anamnéza. Pro neurologickou anamnézu je nejdůležitější určit věk, pohlaví, levorukost nebo pravorukost pacienta. Lékař využívá při vyšetření neurologického pacienta systematického vyšetření. U vyšetření fyzikálního vyšetřuje vitální funkce pacienta, výraz tváře, polohu a držení těla, lokalizuje bolest a její charakter, úroveň vědomí pacienta, duševní stav, funkce hlavových nervů, sensorické funkce, postoj a chůzi, reflexy horních a dolních končetin, motorické funkce a poruchy řeči. Základním vyšetřením u nemoci cévní mozkové příhody je vyšetření neurologické, interní, laboratorní a přístrojové. Do základních laboratorních vyšetření patří hematologické vyšetření (krevní obraz, hematokrit), biochemické vyšetření (urea, mineralogram, glykémie) a imunologické vyšetření. Do přístrojového vyšetření zařadíme EKG, které zjistí onemocnění srdce, sonografie, která zobrazí cévní stěnu a informaci o průtoku krve cévou, a nakonec angiografii, která zobrazí cévní systém mozku. V dnešní době máme již přístrojovou techniku, která nám dokáže lokalizovat a určit původ cévní mozkové příhody. Do přístrojové techniky zařazujeme CT (počítačová tomografie), které spolehlivě rozliší ischemickou a hemoragickou cévní mozkovou příhodu. Pokud se CT provede v prvních hodinách od vzniku ischemického iktu, bývá většinou bez patologie, známky se objeví až za delší dobu. Dalším vyšetřením je MR (magnetická rezonance), která zobrazí hemodynamické i metabolické změny v různých fázích CMP. Mezi nejnovější vyšetření zařazujeme PET (pozitronová emisní tomografie), kdy zjistíme perfúzi krve mozkiem, ale i jeho metabolické změny. Nevýhodou je však dlouhá a náročná doba vyšetření, která se u pacienta s akutní cévní mozkovou příhodou nedoporučuje a toto vyšetření má minimální dostupnost. A také vyšetření SPECT, které má malé neinvazivní radiační záření, které u pacienta prokáže poruchu mozkové perfúze. (Pfeiffer, 2007; Slezáková, 2002; Seidel a Obenberger, 2005; Nevšímalová, Růžička a kol., 2002; Fuller, 2008)

1.2.5 Léčba

Pacienti s cévní mozkovou příhodou přežívají dlouho, pokud je na začátku dostupná, rychlá, dobře vybavená akutní péče a následná rehabilitace. Důležité je tedy zahájit léčbu v co nejkratší době, vzniká tím větší šance na úspěch. Léčbu můžeme rozdělit do 3 fází. První fází akutní, druhou fází subakutní a třetí fází chronickou. Akutní stádium trvá 3-6 hodin, v této době je důležité si uvědomit neodkladnost hospitalizace na neurologické jednotce intenzivní péče. Na této jednotce se pacientovi dostává potřebných diagnóz, léčby a kvalifikovaného personálu. V subakutní fází, která trvá od 6-24 hodin, se monitorují a stabilizují vitální funkce. Při akutním stavu pacienta s cévní mozkovou příhodou je nutné zabezpečit základní životní funkce s ohledem na srdce a plíce. U pacienta po cévní mozkové příhodě se musí dbát na dostatečné zavodnění a výživu. Při těžkých stavech se zavádí nasogastrická sonda. Sleduje se hodnota glykémie, která by měla být v normě tedy 3,5- 6,1 mmol/l, tělesná teplota, odchod moči a stolice. V léčbě cévní mozkové příhody je důležité podávat pacientovi přes masku zvlhčený kyslík. U pacienta po cévní mozkové příhodě hrozí riziko tromboembolické nemoci, proto podáváme miniheparinizaci v malých dávkách, při podávání vyšších dávek by mohlo vzniknout krvácení do mozku. Pokud je cévní mozková příhoda na podkladě hemoragie, nepodáváme miniheparinizaci. Na základě ordinace lékaře, sestra podává pacientům s hemoragií antiedematózní léky. Po stanovení diagnózy je zahájena pasivní rehabilitaci. Poslední třetí fáze je chronická, kdy se zdravotnický personál snaží zabránit recidivě cévní mozkové příhody a jejím rizikovým faktorům. V tomto období se začíná s aktivní rehabilitací. (Pfeiffer, 2007; Tyrliková, 2003)

1.2.6 Iktová centra

V počáteční fázi léčby pacienta sehrávají důležitou roli speciální iktová centra. Tato centra jsou rozdělena na 3 stupně dle poskytované péče. Nejvyšším, tedy prvním stupněm péče o pacienty po cévní mozkové příhodě jsou komplexní cerebrovaskulární centra. Druhým stupněm péče jsou iktová centra. Posledním třetím stupněm je ostatní

cerebrovaskulární péče, mezi kterou patří neurologické oddělení, interní oddělení. Rozdělení do těchto úrovní je dáno personálními, materiálními, technickými a organizačními schopnostmi dané organizace. Charakteristiky jednotlivých úrovní pracovišť pro péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou jsou specifikována ve Věstníku č. 2/2010 Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice. (Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2010)

1.3 Spolupráce při rehabilitačním ošetřováním

1.3.1 Ošetřovatelství

„Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína, která je zaměřena na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.“ (Plevová, 2011, s. 60)

Ošetřovatelství je zaměřené na podporu a udržení zdraví, navrácení zdraví, rozvoje soběstačnosti, zmírňování utrpení a zajištění klidného umírání a smrti. (Plevová, 2011)

Předmětem oboru ošetřovatelství je osoba, prostředí, zdraví, ošetřovatelská péče a vzájemná interakce mezi nimi. Sestra vede nemocného člověka k sebeběči, její náplní práce je edukovat pacienta i jeho nejbližší rodinu. Naopak nemocným, kteří o sebe pečovat neumí, nemohou či nechtějí, sestra zajišťuje profesionální péči. Současné ošetřovatelství je zaměřené především na spolupráci v multidisciplinárním týmu. Cílem ošetřovatelství je všestranně a systematicky uspokojovat potřeby člověka s ohledem na individualitu každého zdravého i nemocného člověka a podílí se na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. (Plevová, 2011) „Ošetřovatelství je definováno v „Konceptu ošetřovatelství“, uvedené ve Věstníku č. 9/2004, vychází z koncepce ošetřovatelství v České republice z roku 1998, respektuje doporučení organizace spojených národů, WHO, směrnic EU, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní organizace sester a Mezinárodní organizace porodních

asistentek. Tyto dokumenty určují další vývoj a směr ošetrovatelství a porodní asistence 21. století.“ (Plevová, 2011, s. 59)

Významnou oblastí v moderním ošetrovatelství je holistická teorie, podle které jsou živé organismy složené z mnoha částí a jsou propojeny vzájemnou interakcí, kdy při poruše jedné části je vyvolána porucha části celého organismu. Pojmem holistická péče myslíme na pacienta jako na bio-psycho-sociální bytost. Pečujeme o něj s přístupem jedince jako celku a ne jen jako k porušené určité části či funkci. Úlohou sestry ve smyslu holistického přístupu je uspokojovat fyzické, psychické a sociální potřeby. Další částí, kterou zahrnujeme do ošetrovatelství, je kvalita zdravotní péče. Kvalitní zdravotní péče je taková péče, která je od pacienta kladně přijata, je adekvátní a účinná vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. Mezi znaky kvalitní péče uvádíme dostupnost péče, přijatelnost péče, efektivitu péče a rovnocennost péče. Ošetrovatelská péče je jasně daná v koncepci ošetrovatelství. Kvalitní péče bývá vyjádřena v ošetrovatelských standardech. „Standards ošetrovatelské praxe jsou písemná ustanovení týkající se požadované kvality ošetrovatelské péče, kterou by sestra měla poskytovat.“ (Grohar-Murray a Dicore, 2003, s. 186) Je to norma, podle které se hodnotí, zda ošetrovatelská činnost odpovídá úrovni a kvalitou, požadavkům. Tuto úroveň hodnotí akreditační komise. „Akreditace je schválení organizace úřední revizní komisí poté, co splnila specifické požadavky standardů.“ (Grohar-Murray a Dicore, 2003, s. 185) (Farkašová, 2006; Plevová, 2011; Grohar-Murray a Dicore, 2003)

1.3.2 Rehabilitace

WHO v roce 1969 definovala pojem rehabilitace jako: „Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků, pro výcvik aneb při cvičení jednotlivce k nejvyšší možné funkční schopnosti.“ (Trojan, Druga a Pfeiffer, 2005, s. 196) V roce 1981 doplnila definici o: „Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšování tlaku, který působí disabilita a následný handicap a usiluje o společenské začlenění postiženého.“ (Trojan, Druga a Pfeiffer, 2005, s. 196)

Rehabilitace je vzájemně provázaný a koordinovaný celospolečenský systém, na kterém se podílí multidisciplinární tým. Cílem je dosažení co nejrychlejší resocializace pacienta, zajistit jeho návrat do aktivního života a dosáhnout co největší nezávislosti. Komplexní rehabilitace zahrnuje rehabilitaci léčebnou, sociální, pracovní a pedagogickou. Rehabilitaci dělíme na tři fáze. První fáze je rehabilitace akutní, v tomto stádiu si musíme uvědomit, že je pacient v bezvědomí nebo je jeho stav natolik těžký, že není schopen spolupráce. Nejdůležitější je stanovení diagnózy a zajistit péči o základní vitální funkce. V popředí je také prevence rozvoje sekundárních komplikací. Následuje péče subakutní, kdy nemocný přechází z akutního lůžka na rehabilitační, pacientův stav je stabilizovaný natolik, že je schopen spolupráce, komunikace a učení. Poslední fází je rehabilitace následného období, která je zaměřená především na sociální integraci a zajištění co nejvyšší kvality života. U každého nemocného je důležité používat individuální přístup a zvolit správný čas pro začátek rehabilitace. (Klusoňová a Pitnerová, 2005; Pfeiffer, 2007; Seidel, 2008)

1.3.3 Rehabilitační ošetřování

Je nedílnou součástí komplexní ošetrovatelské péče. Jde o způsob aktivního ošetřování, kdy všeobecná sestra zabraňuje všemi dostupnými prostředky vzniku sekundárních komplikací. Přestože je rehabilitační ošetřování neodmyslitelnou součástí komplexní ošetrovatelské péče, je mu věnovaná malá pozornost. „Základními a důležitými prvky rehabilitačního ošetřování jsou polohování, vertikalizace, využití podpůrného aparátu pro stoj a chůzi a aktivity denních činností.“ (Křížová a kol., 2012, s. 20) Sestra tedy napomáhá identifikovat případný problém a pomáhá při prevenci, jejímž základem je polohování. Charakteristickým rysem je však spolupráce v multidisciplinárním týmu a účelná dělba práce. Sestra sice nemůže nahradit práci fyzioterapeuta, ale může pro pacienta s omezením pohybové aktivity udělat mnoho. V České republice je rehabilitační ošetřování podceňováno, ať už jde o výuku nebo použití v praxi. Rehabilitační ošetřování funguje nejlépe tam, kde sestra, fyzioterapeut a lékař mají respekt jeden k druhému a využívají správnou komunikaci. Do rehabilitačního ošetřování zařazujeme polohování, pasivní a aktivní pohyby,

vertikalizaci, dechová cvičení, komunikaci, nácvik soběstačnosti pacienta. (Klusoňová a Pitnerová, 2005; Seidel, 2008; Adamčová, 2005; Křížová, Tichá a Burešová, 2012)

1.3.4 Multidisciplinární tým

Do multidisciplinárního týmu v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě zařazujeme spolupráci mezi fyzioterapeutem, ergoterapeutem, logopedem, všeobecnou sestrou, lékařem, psychologem, sociální pracovníci, nutričním terapeutem a rodinou. Tato spolupráce se staví na komplexní ošetrovatelské péči o pacienta. Každý člen multidisciplinárního týmu má svoji určitou funkci, kterou přispívá do celkové ošetrovatelské péče. Zásadou však je dobrá spolupráce všech členů v multidisciplinárním týmu. Důležitou roli v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě hraje obor fyzioterapie. Fyzioterapie je zdravotnickým oborem, který se zabývá léčbou pohyblivých částí těla. Využívá různé metody a koncepty, které umožňují zlepšit pohybovou funkci kloubů a svalů. Má schopnost zlepšit a urychlit léčebný proces pohybového aparátu. Využívá speciální typy cvičení např. Kabatovou metodu, metodu manželů Bobathových, Vojtovu metodu a další jiná cvičení např. Roodová, Pető, Brunstromová. (Klusoňová a Pitnerová, 2005; Seidel, 2008; Nováková, 2012; Angorová, 2006). Dalším oborem je ergoterapie. „Ergoterapie je terapie motoricko-intelektuálních funkcí a sociální schopnosti s cílem dosažení samostatnosti v osobním, sociálním a pracovním životě.“ (Lippertová- Grunerová, 2005, s. 123) Hlavním úkolem ergoterapie je docílit soběstačnosti v běžných denních činnostech, jako jsou svlékání, umývání, osobní hygiena, toaleta, oblékání, schopnost se samostatně najíst a napít. Ergoterapeuti indikují vhodné pomůcky a zajišťují, aby s nimi mohl účelně pracovat. Úkolem ergoterapie je zhodnotit dispozice bytu pacienta a navrhnout bezbariérové řešení. (Lippertová- Grunerová, 2005; Angerová, 2006) Zlepšením komunikace pacienta po cévní mozkové příhodě se zabývá obor logopedie. Logopedie je nepostradatelnou součástí, protože se už během rané fáze podílí na interdisciplinárním terapeutickém konceptu. Komplexní logopedická péče obsahuje tři základní oblasti, facioorální terapie, terapie poruch komunikace a terapie poruch polykání. Logopedie je v úzké spolupráci s foniatříí. Čím dříve dojde ke zlepšení komunikace pacienta, tím

lepší je komunikace s ošetrovatelským týmem. (Šeclová, 2004; Lippertová- Grunerová, 2005; Angerová, 2006; Mlčochová, 2004) Pro psychiku pacienta je důležitý psycholog a neuropsychologická diagnostika, která hodnotí u pacienta čtení, psaní, počítání, smyslové vnímání, srozumitelnost řeči, vyjadřovací schopností, dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou paměť, výbavnost z paměti a schopnost porozumět časoprostorovým pojmům. Na základě podrobného vyšetření určí neuropsycholog rehabilitační plán, ve kterém se sám účastní. Podle tohoto plánu je zajištěna rehabilitace kognitivních funkcí. Cílem této terapie je navrácení kognitivních funkcí, podpora duševního vyrovnání se s deficitem jako základ pro plánování dalšího života a kompenzace poruch. (Lippertová- Grunerová, 2005) Nepostradatelnou součástí v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě jsou lékaři a všeobecné sestry. Lékaři u pacienta vyhodnotí vzniklý stav, stanoví základní lékařskou diagnózu, naordinují potřebná vyšetření a medikaci. Pro lékaře je hlavní, aby pacient byl na základě jeho ordinací co nejdříve schopen dostat se do stabilizovaného stavu pro další následnou léčbu. Proto je ve velmi úzké spolupráci s celým ošetrovatelským personálem. Sestra musí znát základy problematiky rehabilitačního ošetrování, protože je pacientovi nejbližší a tím může zabránit rizikovým komplikacím. Z tohoto důvodu může pro pacienta v odvětví ošetrovatelství udělat mnoho. Všeobecná sestra by tedy měla mít základy a znalosti z oblasti fyzioterapie, ergoterapie, logopedie a psychologie. (Klusoňová a Pitnerová, 2005; Šeclová, 2004; Angerová, 2006). Dalším členem multidisciplinárního týmu je sociální pracovnice. Ta spolupracuje od prvopočátku s rodinou, zjišťuje všechny důležité skutečnosti, které mají vliv na průběh rehabilitace pacienta a tím zajistí optimální integraci pacienta. Sociální pracovnice by kromě toho měla pracovat i s regionálním úřadem práce a zjistit adekvátní uplatnění pacienta a popřípadě s organizacemi zdravotně postižených, které zajišťují určité podpory a služby pro pacienta. (Šeclová, 2004; Angerová, 2006) Odborníkem v oblasti výživy je nutriční terapeut. Ten od pacienta odebírá nutriční anamnézu, zhodnotí nutriční stav a rizika, poté sestavuje pro pacienta nutriční plán nebo nastaví individuální dietu. Nutriční terapeut potřebuje pacienta vidět a být informovaný o jeho onemocnění. Nahlíží do dokumentace, kde se dozví, jaký má pacient problém, a v rozhovoru s ním

se dozví, jak to pacient pocítuje sám. (Grofová, 2007) Nepostradatelnou součástí v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě je rodina. Snahou ošetrovatelského týmu je od začátku zapojit do péče o pacienta po cévní mozkové příhodě i rodinu. Časté návštěvy rodiny působí na psychiku pacienta velmi kladně a jsou značné i poměrně rychlé pokroky v léčbě. Důležitou součástí návštěv rodiny je i edukace v péči o pacienta, kterou rodina po propuštění přebírá. (Nedvědová a Pátková, 2007)

Problematicke rehabilitačního ošetrování se věnuje Vyhláška č. 55/2011 sb., O činnostech zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška definuje jednotlivé role multidisciplinárního týmu v oblasti rehabilitačního ošetrování včetně popisu jednotlivých činností. Všeobecné sestře například určuje, jak má provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetrování, a to zejména polohování, posazování a dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci hybných tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch mobility. Dále upřesňuje podmínky provádění nácviku sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti. (Sbírka předpisu ČR, 2011)

1.4 Hodnotící škály u pacienta po cévní mozkové příhodě

Hodnotící škály u pacienta jsou zaměřeny na účelnou ošetrovatelskou péči a předcházení rizik, které u pacienta hrozí. Existuje mnoho hodnotících škál, které u pacienta po cévní mozkové příhodě můžou sestry využít od testů na poruchy mentální, testy soběstačnosti, testy na poruchy řeči a čítí. Nejpodstatnější však je, aby sestry tyto testy individuálně přehodnocovaly a dále s výsledky pracovaly při ošetrovatelské péči. Nejčastěji sestra přehodnocuje pacienta při změně stavu a při příjmu a propuštění.

Jedním z nejznámějších a nejpoužívanějších testů na hodnocení omezení aktivity pacienta na oddělení je Barthelův test základních všedních činností (Příloha 5). Tento test se vyskytuje na každém nemocničním oddělení a vypovídá sestřám o funkční zdatnosti a míře soběstačnosti pacientů. Hodnotí deset činností, podle kterých se u pacienta zjišťuje míra soběstačnosti. Celkové hodnocení může být 0-100bodů. Nevýhodou Barthelova testu stále zůstává fakt, že i pokud vyjde plný počet bodů,

nemusí to nutně znamenat, že pacient je plně soběstačný. BI se totiž nezabývá psychickými funkcemi a sociální přizpůsobivostí. Doba vyšetření je méně jak 15 minut. Rozšířením stupnice Barthelové je funkční index soběstačnosti – FIM, který se rozšířil o sledování kognitivních funkcí, je převážně používán v USA. Předností tohoto testu tedy je, že hodnotí jak funkční zdatnost a míru soběstačnosti pacienta, tak i kognitivní funkce a umožňuje matematické zpracování. Proti BI je ucelenější a citlivější. Principem je hodnocení 18 činností v 6 kategoriích. Do těchto kategorií se zařazuje osobní péče, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace a sociální aspekty. Doba vyšetření trvá méně jak 40 minut. (Vaňásková, 2004; Mikula a Müllerová, 2008)

Mezi další hojně využívané hodnotící škály pacienta po CMP zařazujeme testy na hodnocení rizika vzniku dekubitů, test na hodnocení nutričního stavu pacienta, test na posouzení akutního psychického stavu, test na zhodnocení rizika pádu a test na hodnocení bolesti. Nejpoužívanějším testem v oblasti dekubitů je test na hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (Příloha 6). Stupnice Nortonové hodnotí celkový zdravotní a duševní stav pacienta, aktivitu, mobilitu a inkontinenci. Na základě tohoto je pacient ohodnocen určitým počtem bodů. Mezi méně využívané testy na dekubity, které se spíše užívají v zahraničí, ale nyní se dostávají i do České republiky, řadíme test na hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Bradenové, který obsahuje škálu smyslového vnímání, vlhkosti, aktivity, pohyblivosti, výživy, tření a střížné síly, tedy oproti Nortonové obsahují tření, střížnou sílu a výživu. Dalším testem na hodnocení rizika vzniku dekubitů je např. Knollova stupnice a test na hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Waterlowy škály. Mezi důležité testy u pacienta po CMP řadíme i test na hodnocení nutričního stavu, tedy nutriční screening (Příloha 4). Tento test je automaticky vyplňován při příjmu sestrou, která pak bodově zhodnotí, jestli je potřeba volat nutričního terapeuta. Testem MMSE Mini- Mental- State dle Folsteina hodnotíme psychický stav pacienta a tím i přijímání nových informací a zjištění, jestli pacient bude spolupracovat při budoucí rehabilitaci. Tento test má 10 úkolů a otázek. U pacienta ověříme orientaci, krátkodobou paměť, pozornost, schopnost pojmenování předmětů, pochopení a provedení psané a verbální instrukce. Doba vyšetření trvá 10 minut. Test na hodnocení rizika pádu, využíváme při příjmu pacienta na oddělení.

Při tomto testu zjišťujeme orientaci, věk a medikaci pacienta, zdali má pacient závratě nebo jestli má v anamnéze pád, zaměřujeme se na smyslové vjemy (zrak, sluch) a soběstačnost. Tento test hodnotíme od 0-19 bodů. (Vaňásková, 2004; Mikula a Müllerová, 2008)

1.5 Komplikace u pacienta po cévní mozkové příhodě

1.5.1 Imobilizační syndrom

„ Imobilizační syndrom je charakterizován jako celková odezva organismu na klidový režim- imobilitu ležícího člověka, jako stav, při kterém je jedinec ohrožen poškozením jedné nebo několika soustav.“ (Vytečková, 2011, s. 118) Imobilitu lze rozdělit na dočasnou, dočasnou dlouhodobou a trvalou. Dočasná imobilita je stav po vynuceném klidovém režimu na lůžku. U pacienta nedochází k závažným změnám. Dočasnou dlouhodobou imobilitou se rozumí stav, při němž již vznikají závažné komplikace a sekundární změny u pacienta, příčinou tohoto stavu je z velké části nedostatečná rehabilitace a ošetrovatelská péče. Trvalá imobilita je stav, jehož následkem dochází k vypadnutí motorických funkcí, nejčastější příčinou je závažné onemocnění nebo úraz. Dle závažnosti stavu pacienta je určen stupeň závislosti na okolí. Příčina vzniku imobility je tedy různá, důležitým faktem však je, že imobilizační syndrom může vzniknout individuálně již po několika hodinách upoutání pacienta na lůžko. Základem ošetrovatelské péče je snaha o prevenci imobilizačního syndromu. Jeho předcházením minimalizujeme vznik rizik. Když je pacient upoután na lůžko, je úkolem sestry v prevenci imobilizačního syndromu udržovat čisté a suché lůžko, používat polohovací pomůcky a pomůcky doplňující lůžko, podporovat pacienta v sebepěči, dbát o dostatečný příjem tekutin, provádět dechová cvičení, bandáže dolních končetin a postupnou vertikalizaci za pomoci ošetrovatelského týmu. Důležitým faktorem v prevenci je však i spolupráce s rodinou, která po psychické stránce dokáže pro pacienta udělat mnoho. Pokud je prevence nedostatečná, dochází ke komplikacím imobility, které ovlivňují všechny systémy těla. Ohrožen je tedy respirační systém, jehož následkem vzniká nedostatečná plicní ventilace, hromadí se hlen v dýchacích

cestách a následkem může být pneumonie a atelaktáza. Při ohrožení kardiovaskulárního systému vzniká jako následek embolie, a to z důvodu dlouhodobého ležení pacienta na lůžku. Ohrožením zažívacího traktu může vzniknout obstrukce a následně až ileus, dále také dehydratace, která může vzniknout při průjmech. Při ohrožení močového systému může vzniknout infekce a zánět, později se může vyvinout až v septický stav. Při ohrožení kůže může následně vzniknout dekubitus, kdy dochází k poklesu obranných funkcí kůže a následkem může vzniknout až septický stav. Sekundárními změnami imobilizačního syndromu se rozumí stav, který sice pacienta neohrožuje na životě, ale způsobí mu trvalé následky. Do sekundárních změn z imobility řadíme pohybový systém, kdy je pacient ohrožen atrofií svalů a degenerativních změnou kloubů až deformity. Také zde zařazujeme psychiku pacienta, a to např. depresi. (Klusňová a Pitnerová, 2005; Vytečková, 2011)

1.5.2 Dekubity

Dekubity jsou považovány za velmi závažnou komplikaci u imobilních pacientů, tedy i pacientů po cévní mozkové příhodě. „Dekubity jsou rány vyvolané tlakem.“ (Mikula a Müllerová, 2008, s. 10) Vznikají na predilekčních místech při dlouhodobém ležení pacienta bez změny polohy. Mezi predilekční místa u ležícího pacienta řadíme trup, horní končetiny, křížovou oblast, trochantery, hýždě, dolní končetina a paty. Na těchto místech nejčastěji dochází ke stlačení přívodných cév a omezení průtoku krve, tím pádem se do toho místa nedostávají potřebné živiny a kyslík. Výsledkem je ischemie v postiženém místě a následná odumrtí tkáně. Na vzniku dekubitů se podílí zevní, vnitřní a rizikové faktory. Mezi zevní faktory řadíme intenzitu a dobu působení tlaku, mechanické a chemické vlivy. Do mechanických vlivů zařazujeme tření a střížné síly. Třením se rozumí kontakt pacienta s podložkou, tím dochází ke tření a poškození povrchové vrstvy kůže, následně kůže ztrácí obranyschopnost. Střížnou silou se rozumí působení gravitace, která táhne tělo dolů, a to zejména na nakloněném povrchu, proto vzniká mezi kůží a tímto povrchem již zmiňované tření. Z praxe je potvrzeno, že sestry používají polohovací podložky, tím pádem s pacientem nesprávně manipulují a vzniká střížná síla. Mezi chemické vlivy řadíme působení potu, moči a stolice, tím se poškozuji

povrchové vrstvy kůže, vzniká macerace a výsledkem je zvýšené riziko dekubitů. Do vnitřních faktorů vlivu na vznik dekubitů zařazujeme pohlaví, věk, tělesnou hmotnost, hybnost, cévní faktory, výživu, hydrataci, odolnost tkáně vůči tlaku a inkontinenci. Mezi rizikové faktory vzniku dekubitů můžeme zařadit poruchy CNS, vliv léků, diabetes mellitus a imunosupresi. Důležitým faktem však zůstává, že imobilní pacient, který není polohovaný, se může proležet i během několika hodin. Již při nepatrných známkách hrozícího dekubitu na povrchu kůže může znamenat rozsáhlé poškození pod jejím povrchem. Je tedy důležité, aby každá sestra dobře znala klasifikaci dekubitů. Dekubity rozdělujeme na dekubitus I. stupně – erytém, dekubitus II. stupně – puchýř, dekubitus III. stupně – nekróza a dekubitus IV. stupně vřed. (Dobrovodská, 2012; Grofová, 2007; Mikula a Müllerová, 2008)

Pro globální šetření dekubitů byla vytvořena metodika prevalenčního sledování rizika a výskytu dekubitů. Byla vypracována s cílem vytvořit jednotnou metodiku pro hodnocení dekubitů na národní úrovni. Tato metodika je určena všem, kteří poskytují akutní a následnou lůžkovou péči. Výsledkem tohoto projektu je klinický přínos v praxi, který představuje minimalizaci vzniku dekubitů a jejich následků. Pro podporu této metodiky byl vytvořen aplikační software pro sběr dat. Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů byla v tomto projektu použita rozšířená metodika hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové. Není však povinností nemocnice zaregistrovat se do prevalenčního sledování rizika vzniku dekubitů. (Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2009; Dobrovodská, 2012; Grofová, 2007; Mikula a Müllerová, 2008)

1.6 Rehabilitační ošetřování pacienta po cévní mozkové příhodě

1.6.1 Polohování

„Polohováním se rozumí správné uložení pacienta, změny poloh v určitých časových intervalech a uložení končetin.“ (Klusoňová a Pitnerová, 2005, s. 19) Správné polohování je důležité aplikovat již v akutní fázi cévní mozkové příhody. Pro pacienta po cévní mozkové příhodě není vhodné ležet několik hodin ve stejné poloze na lůžku. K urychlení zdraví pacienta je nejvhodnější používat dobré polohování. Polohování pomáhá při prevenci dekubitů, zlepšuje pozornost a bdělost pacienta, předchází spasticitám, působí na prevenci pneumonie a prevenci komplikací s krevním oběhem a podporuje uvědomování si postižené strany. Špatné polohování může vést až ke ztuhlosti pacienta, svalovým retrakcím a omezením rozsahu pohybu a vzniku dekubitů. Všechny tyto faktory ovlivňují budoucí pohybovou schopnost pacienta. Při polohování používáme různé změny poloh na lůžku, střídáme leh na zádech, leh na straně, leh na břicho a leh v mezipolohách. Při lehu na straně u pacienta po cévní mozkové příhodě musí sestra dbát na to, aby si na postiženém rameni nikdy neležel. Polohy je nutné měnit od 6 hodin ráno každé dvě hodiny a od půlnoci co tři hodiny. V některých případech je však vhodné pacienta po cévní mozkové příhodě polohovat individuálně, tzn. vytvoření individuálního plánu polohování. Tento individuální plán polohování je vhodné upravit dle denního režimu pacienta, například při snídani má pacient polohu lehu na zádech až sedu. K polohování je vhodné používat polohovací pomůcky a zvýšeně pečovat o kůži pacienta, tímto opatřením preventivně předcházíme dekubitům. Pro polohování využíváme pomůcky, jako jsou polštáře, molitanové přířezy, pískové vaky, měkké válce, popruhy, nafukovací pomůcky, antidekubitní matrace. Každá polohovací pomůcka musí být dobře omyvatelná, popř. mít vyměnitelné bavlněné potahy. Polohování se dělí na čtyři základní typy. Na typ preventivní, korekční, protibolestivý a mikropolohování. (Klusoňová a Pitnerová, 2005)

Preventivním polohováním se rozumí změna polohy a správné ukládání končetin, které provádí sestra. Končetiny sestra polohuje v případě těžkých hybných poruch.

Pokud má pacient aktivní pohyby zachovány, je pouze sestrou veden ke změnám poloh. (Klusoňová a Pitnerová, 2005)

Korekční polohování je prováděno fyzioterapeutem, tam kde nežádoucí změny již nastaly. Při tomto polohování se používají pomůcky, jako jsou pískové vaky, dlahy, nebo fixační pásy. Tento typ polohování může provádět i všeobecná sestra, ale po podrobné instruktáži od fyzioterapeuta. (Klusoňová a Pitnerová, 2005)

Protibolestivé polohování, jinak také známé pod názvem úlevové polohy, zaujímá pacient pro úlevu od bolesti. Tuto polohu si pacient vyhledává většinou sám, sestra může doplnit polohovací pomůcky pod pacienta. Není však vhodné, aby pacient v této poloze setrval dlouhodobě. Mohou vzniknout nežádoucí změny, jako jsou např. dekubity, které stav pacienta po CMP mohou podstatně zhoršit. (Klusoňová a Pitnerová, 2005)

Mikropolohování, jinak také částečné polohování je prvek z konceptu bazální stimulace, který slouží pro celkovou pohodu pacienta. Tato poloha se často využívá při poloze „hnízdo“. Touto metodou sestra pracuje s váhou a gravitací těla pacienta. Mikropolohování provádí sestra, která stimuluje pacientovi končetiny např. změnou polohy. (Friedlová, 2007)

1.6.2 Komunikace

Komunikace slouží k vytváření a udržování nezbytných mezilidských vztahů. Komunikaci dělíme na verbální a neverbální. Pomocí komunikace získáváme nové informace a tím vědomosti a znalosti. „Základní fatickou funkcí je řeč, kterou můžeme rozdělit na percepční a expresivní.“ (Pffiefer, 2007, s. 102) Fatickou schopností percepční, jinak také sensorickou, jsme schopni porozumět mluvenému slovu, tedy řeči. Zatímco fatickou schopností expresivní, jinak také motorickou, jsme schopni správně vyslovovat slova a skládat věty. Komunikační potíže u cévních mozkových příhod jsou velmi častým a závažným problémem. Porucha nebo ztráta řeči se nazývá afázie. Afázii dělíme na expresivní afázii, percepční Wernickeovu afázii a amnestickou afázii. Při

percepční Wernickeově afázii pacient sice slyší, co mu říkáme, ale nerozumí mluvenému slovu. Expresivní afázie znamená, že nám pacient sice rozumí, ale není schopen adekvátně reagovat. A amnestická afázie znamená, že pacient si nedokáže vzpomenout na běžně využívané pojmy, které různými způsoby náhradně popisuje. Další poruchou řeči je dysartrie. Dysartrie je porucha motorické řeči různého rozsahu, která vzniká na podkladě poškození CNS. Při tomto postižení vznikají různé závažné poruchy respirace (dýchání), fonace (tvorby hlasu), rezonance (ozvučení v dutinách), prozádíe (modulové faktory řeči) a artikulace (výslovnosti). Může se zde objevit i porucha žvýkání a polykání (dysfagie). (Kalita, 2006; Pfeifer, 2007)

V zásadách komunikace s takto postiženým člověkem je důležitým faktorem udržet sociální kontakt. To znamená, že by pacient neměl zůstat sám, a rodině, přátelům i zdravotnickému personálu se musí vysvětlit, že s největší pravděpodobností pacient chápe, co mu říkáme. Nerozrušujeme ho tím, že chceme, aby po nás opakoval slova, ale necháme pacienta, aby si sám slova našel a použil. Personál a rodina se snaží klást otázky, na které lze odpovídat jednoduše „ano“ a „ne“. Při poruše komunikace lze použít i komunikační tabule a piktogramy, slouží k tomu, aby pacient mohl své potřeby ukázat na tabulce, která je vybavena obrázky denních činností. (Frieldová, 2007; Šeclová, 2004)

1.6.3 Pasivní pohyby

Pasivní pohyby můžeme definovat jako pohyby prováděné druhou osobou nebo přístrojem za naprosté relaxace svalstva pacienta. Většinou z důvodu nesoběstačnosti pacienta. Významem pasivních pohybů je udržet hybnost kloubů, fyziologickou délku svalů a podporu propiocepce. Pasivní pohyby může vykonávat fyzioterapeut, ergoterapeut, všeobecná sestra nebo pečovatel. Musí být prováděn ve fyziologickém rozsahu kloubu. Pasivní pohyb pomáhá vyživovat kloub a sval, udržuje pohyblivost kloubů a předchází riziku vzniku mobility pacienta. Pacient by měl cítit tah nebo mírnou bolest. Sestra provádí pasivní pohyby s pacientem při každé

manipulaci od osobní hygieny až po polohování. (Klusoňová a Pitnerová, 2005; Vytejková, 2011)

1.6.4 Aktivní pohyby

Aktivní pohyb je hlavním účelem fyzioterapie, je to pohyb, který pacient vykonává svoji vlastní silou a vůlí. Pacient dostává pokyny od fyzioterapeuta, které jsou jednoduché, a dokáže je sám udělat. Při aktivních pohybech může být využité i různé náčiní, např. hrazdičky, žebříčky atd. Aktivní pohyby dělíme na kyvadlové, švihové, tahové, asistované pohyby a pohyby proti odporu. Aktivní pohyby jsou pohyby, které se opakují, a jejich cílem je navrácení uvolněného pohybu v kloubu. Švihové pohyby lze charakterizovat jako rychlé a jejich cílem je protažení svalů a zvětšený rozsah kloubů. Tahové pohyby jsou naopak pomalé. Při těchto pohybech se zlepšuje koordinace. Asistované pohyby jsou provázeny s dopomocí fyzioterapeuta nebo sestry, nacvičují se základní všední činnosti, sed, stoj a chůze. Pohybem proti odporu pacient překonává odpor terapeutových rukou nebo odpor použitého náčiní. (Klusoňová a Pitnerová, 2005; Vytejková, 2011)

1.6.5 Vertikalizace

Tento termín znamená postupné polohování pacienta do vertikály. Začínáme nácvikem sedu, stoje a chůze. Cílem vertikalizace je u pacienta umožnit tyto tři základní činnosti, a dovoluje-li to stav pacienta, měly by být využívány i motorické funkce pro každodenní život. K vertikalizaci pacienta se využívají např. sklopné stoly nebo vertikalizační stojany a k usnadnění ošetrovatelské péče využíváme osobní mechanické zvedáky. Vertikalizace také slouží k podpoře oběhového systému, motility střev, aktivizaci močového měchýře a pacientovi bdělosti. Dále jako prevence imobilizačního syndromu. (Klusoňová a Pitnerová, 2005; Vytejková, 2011; Lippertová- Grunerová, 2005)

1.6.6 Dechová cvičení

U imobilních pacientů se často setkáváme se snížením plicní ventilace. Z tohoto důvodu jsou dechová cvičení pro imobilního pacienta důležitým preventivním opatřením. Nejčastěji je využíváno statické dýchání. V praxi to vypadá tak, že sestra přijde na pokoj vyvětrat a vyzve pacienty k prohloubenému dýchání, nebo k dýchání, které pacienta naučil fyzioterapeut. Statické dýchání dělíme na dýchání hrudní a břišní. Při statickém dýchání můžeme využít tzv. dýchání proti odporu, a to vydechováním, syčením a bubláním hadičkou do lahve s vodou. Dechová cvičení se provádí vícekrát denně po dobu několika minut. Poloha závisí na stavu pacienta. Pacient tedy zaujímá polohu vleže nebo vsedě. K uvolnění transportu hlenu z dýchacích cest se v minulosti používala pokleповá drenáž. V současnosti ji nahrazuje autogenní drenáž, při které se používá přístroj, tzv. flutter, tento přístroj nahradil dřívější nafukování rukavic. Pacient cvičí vícekrát denně několik minut. Instrukce k používání flutteru dává pouze fyzioterapeut. (Klusoňová a Pitnerová, 2005; Vytejková, 2011)

1.6.7 Výchova k soběstačnosti pacienta po cévní mozkové příhodě

Cílem rehabilitačního ošetřování je začlenit pacienta do provozu denního života a naučit základní dovednosti. K tomu, aby byla tato péče účinná, musí pacient mít zájem sám o sebe a musí chtít. Sestra musí pacienta vést k tomu, že provádí smysluplnou činnost a že mu bude nápomocná. Řeší s ním různé problémy a pomáhá mu ve věcech, které není schopen provést sám. Základní denní úkony, které se pacient musí naučit, jsou svlékání, umývání, používání toalety, oblékání, sám se najíst a napít a později se pacient učí i domácí práce. Sestra pacientovi dopomáhá při každodenních činnostech. Její pomoc musí být rozložena do takové míry, aby nedělala vše za pacienta, ale pouze mu napomáhala. Musí stimulovat jeho smysly a ujišťovat pacienta, že provádí smysluplnou věc. Zásady při oblékání jsou takové, že pacient sedí a vždy obléká prvně postiženou ruku. Při svlékání naopak prvně přetahuje oblečení přes hlavu, vyvléká nepostiženou ruku, a až poté si nepostiženou rukou pomůže svléci ruku postiženou. Při umývání si pacienta posadíme na židličku k umyvadlu, nebo na lůžko. Je velmi důležité

neopomíjet postiženou stranu pacienta. Pacientovi navlékneme žínku na nepostiženou ruku a v rámci neopomíjení druhé ruky ji přiložíme na žínku také. Pacient se umývá sám, nebo mu můžeme poskytnout asistenci. Při jídle a pití může mít někdy pacient potíže s kousáním a polykáním. Proto začínáme u pacienta s kašovitou stravou. Jako při ostatních základních denních činnostech nesmíme u pacienta opomíjet jeho postiženou ruku. (Šeclová, 2004)

1.6.8 Další metody používané při rehabilitačním ošetřování

Jako doplňující metody lze při rehabilitačním ošetřování využít především metody fyzikální terapie jako je aplikaci tepla a chladu a koncept bazální stimulace.

Využití tepla a chladu je součástí fyzikální terapie, která patří do ošetřovatelské péče. Teplo a chlad se u pacientů může aplikovat celkově i místně. (Vytejková, 2011)

Účinkem tepla je snižování svalového tonu, spasmů a má vazodilatační účinky. Naopak kontraindikací k použití tepla je akutní zánět, krvácivé projevy, onemocnění ledvin a srdeční nedostatečnost. Aplikací tepla připravujeme tělo na masáž a k manipulacím, působí protizánětlivě, pokud je zánět v začátcích, naopak v pozdějším stádiu zánět urychluje. Teplo má i analgetické účinky, ale u každého pacienta je individuální snášenlivost. Celkově teplo aplikujeme například v podobě koupelí, místní užití tepla je pomocí obkladu, termoforu, zábalu a infračerveného záření. Při jakékoliv aplikaci tepla na kůži musíme dbát na její ochranu, aby nedošlo k popálení. (Vytejková, 2011)

Aplikace chladu vede k vazokonstrikci, snižuje tělesnou teplotu, otoky, zánět a působí proti bolesti. Celkově chlad aplikujeme ve speciálních komorách (kryoterapie), chladné sprše nebo chladné koupeli. Místně se užívá chlad ve vacích na led, gelových sáčcích, obkladech a zábalech. (Vytejková, 2011)

Příkladem chladného obkladu je např. Priessnitzův obklad, který se používá například pro relaxaci kostního svalstva. Skládá se z více vrstev, prvně se přikládá studený látkový obklad, poté se na něj položí fólie z PVC a následuje suchý látkový

obklad. Odstraňuje se přibližně po 2 hodinách, obvykle ve chvíli, kdy je obklad suchý. (Vytejková, 2011)

Další metodou používanou při rehabilitačním ošetřování je koncept bazální stimulace. Tento koncept se zaměřuje na pacienty různých věkových kategorií a je aplikován ve všech fázích ošetřovatelské péče. Autorem tohoto konceptu je Andreas Fröhlich. Hlavní myšlenkou bazální stimulace je holisticky přistupovat a vnímat pacienta. Bazální stimulace podporuje vývoj u lidí, kteří ztratili schopnost pohybu a komunikace, a zlepšuje zdravotní stav cílenou stimulací smyslových orgánů. (Friedlová, 2004; Friedlová 2007)

1.7 Ošetřovatelský management

Obecně je s pojmem management především spojen český výraz řízení. Management lze definovat jako proces spojený s plánováním, organizováním, vedením a kontroly lidí a jejich činností uvnitř organizace, tak aby bylo dosaženo stanovených cílů. Management lze rozdělit do tří základních úrovní, a to na vrcholový management (stanovování dlouhodobé strategie organizace), střední management (koordinace činností), základní management (operativní řízení každodenních činností). Od managementů jiných oborů se ošetřovatelský management liší filozofií služeb, a z tohoto důvodu je velmi náročný. Sestra na manažerské funkci musí umět zvládnout intenzitu a jedinečnost práce, kterou ošetřovatelství zahrnuje. Nese totiž odpovědnost za zdraví a nemoci komunit, rodin a jednotlivců. Management je ovlivněn a přímo závislý na kvalitě ošetřovatelské péče. Dále na dostupných zdravotních prostředcích a schopnostech personálu. Nejzákladnější a nejpodstatnější funkcí ošetřovatelského managementu je proces plánování. Úkolem tohoto procesu je vytvoření předběžného plánu činnosti oddělení na stanovené časové období s ohledem na další podpůrné činnosti, které jsou nutné pro plynulý chod oddělení. Tento ucelený proces následně umožňuje vytvořit předběžný harmonogram komplexní činnosti oddělení na stanovené období s možností stanovení priorit v činnosti oddělení, dokončení nezbytné práce, ale i identifikaci možných překážek a problémů při plnění stanovených úkolů. Další

součástí ošetrovatelského managementu je organizování. Organizování činností úzce souvisí s plánováním. Organizování je definováno jako činnost, která spojuje lidi tak, aby plnili cíle organizace, v našem případě oddělení. Poskytuje zejména návod, jak postupovat, aby bylo dosaženo stanoveného cíle. Důležitou součástí managementu je obsazování pracovních míst vhodnými a kvalifikovanými zaměstnanci. Tento proces je náplní činnosti hlavní a vrchní sestry, které rozhodují o počtech a kvalifikaci jednotlivých zaměstnanců k zajištění péče o pacienty. Jde o poměrně složitou operaci, protože poměr sester a pacientů musí zabezpečit poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče. V současnosti je proces obsazování pracovních pozic v zdravotnických zařízeních značně komplikován a to především značným omezením finančních prostředků. Další částí ošetrovatelského managementu je proces řízení a koordinace. Proces řízení na oddělení je zabezpečován zpravidla hlavní, vrchní i staniční sestrou. Tento management střední úrovně musí zajistit, aby podřízení zaměstnanci pracovali podle stanovených standardů a odvedli dobře svoji práci. Řízení se skládá z pěti základních funkcí, mezi které patří udělování pokynů, dohled, vedení, komunikace a motivace. Pro zvládnutí procesu řízení musí mít funkci v manažerské pozici taková sestra, která je schopná veškeré výše uvedené funkce řízení aplikovat v praxi. Koordinací se rozumí synchronizování a spojování aktivit a lidí, aby důsledně plnili cíle organizace. Koordinace personálu je prevence konfliktů a nedorozumění v organizaci. Poslední, ale velmi významnou oblastí, je proces kontroly. Kontrolou se zajišťuje usměrňování aktivit v souladu s plány organizace. Cílem je zajistit, aby zadané úkoly byly řádně plněny. Kontroly jsou prováděny především s pomocí stanovených standardů. V tomto případě se v průběhu kontrolní činnosti porovnávají odchylky, které vzniknou v průběhu provádění úkonu od stanoveného standardu. Standardy by měly být stanoveny na vybrané úkony a měly by být součástí každého oddělení. Podle standardů se kontrolor (auditor) řídí při provádění kontroly. Kontrola se provádí např. vnitřními audity prováděné hlavní sestrou a vnějšími audity prováděné auditorem. Kontrola je velmi důležitá pro správnou funkci organizace. Za manažerku základní úrovně rehabilitačního ošetřování lze však považovat každou sestru, protože musí používat základní prvky manažerských funkcí a dovedností při komunikaci s rodinou

a pacientem. (Grohar- Murray a Dicore, 2003). Závěrem lze konstatovat, že management vrcholové úrovně zahrnuje hlavní sestru. Management střední úrovně je na oddělení reprezentován vrchní sestrou a hlavní roli v managementu základní úrovně v oblasti rehabilitačního ošetřování hraje staniční sestra. Ta se plně věnuje kontrole rehabilitačního ošetřování na oddělení dle stanoveného standardu.

1.8 Zdravotnická dokumentace

Nezbytnou součástí péče o pacienta je vedení zdravotnické dokumentace. Setkáváme se s ní v nemocničních zařízeních a může mít různorodou podobu. Funkcí zdravotnické dokumentace je popis, co a kdy se s pacientem dělo, jaké medikace byly podány, a informace o různých mimořádných situacích, které se v průběhu léčby u pacienta udály. Zdravotnická dokumentace musí splňovat platné právní normy včetně akreditačních standardů. Každá správná zdravotnická dokumentace musí obsahovat název zdravotnické organizace, identifikaci pacienta, datum a čas jakéhokoliv zápisu. Důležitou součástí zdravotnické dokumentace je podpis a jmenovka zdravotníka. Zdravotnická dokumentace se musí zakládat na pravdě, musí být srozumitelně psaná, jednoduchá, stručná a pravidelně doplňovaná. Zdravotnická dokumentace na lůžkovém oddělení se zpravidla skládá z příjmového protokolu, záznamu o výjezdu rychlé záchranné služby, lékařského dekurzu, ošetřovatelské anamnézy, hodnotící škály u pacienta, hodnocení ošetřovatelské péče, výsledků vyšetření, operačního protokolu, souhlasů s hospitalizací, záznamu fyzioterapeuta. Zápisy do zdravotnické dokumentace provádí pouze pověřená osoba, která je k tomuto úkonu kompetentní. Skládá se z lékařské a ošetřovatelské dokumentace, které společně tvoří celek. Odpovědnost za zdravotnickou dokumentaci má primář a vrchní sestra. Jejich povinností je provádět pravidelné kontroly, odpovídají za kompletní, relevantní a čitelnou dokumentaci. (Vondráček a Wirthová, 2008; Ščepoňcová, 2009)

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cílem bakalářské práce na téma „*Rehabilitační ošetřování pacienta s cévní mozkovou příhodou*“ bylo zjistit, jaké jsou pracovní podmínky sester pro poskytování rehabilitačního ošetřování o pacienty po cévní mozkové příhodě.

2.2 Stanovené hypotézy

Pro splnění hlavního cíle bakalářské práce byly stanoveny čtyři základní hypotézy H1 – H4.

H1: Sestry mají pro poskytování rehabilitačního ošetřování k dispozici pouze polohovací pomůcky.

H2: Sestry rehabilitační ošetřování pravidelně dokumentují v rámci ošetřovatelského procesu.

H3: Jako problém pro poskytování rehabilitačního ošetřování sestry uvádějí nedostatek času.

H4: Výsledky rehabilitačního ošetřování jsou sledovány ošetřovatelským managementem.

3 POUŽITÉ METODY

3.1 Použité metody

Pro praktickou část bakalářské práce a získání dat bylo použito kvantitativní a kvalitativní šetření. Kvantitativní výzkumné šetření bylo vytvořeno pro sestry z neurologického a rehabilitačního oddělení pomocí anonymního dotazníku (Příloha 1). Výzkumné šetření probíhalo v březnu a polovině dubna 2012. Dotazník je sestaven z 29 otázek. V úvodu dotazníku jsou obsaženy identifikační otázky a dále pak otázky týkající se znalostí rehabilitačního ošetřování o pacienty po CMP. Dotazník se skládá z 20 uzavřených otázek a 9 polouzavřených otázek. Dotazník je zaměřen na znalosti sester v oblasti rehabilitačního ošetřování o pacienta po CMP.

Pro kvalitativní šetření byly zvoleny metody kazuistiky a hodnotící škály dle Barthelova indexu (Příloha 5). Kvalitativní výzkumné šetření bylo založeno na zpracování dokumentace a studiem zdravotního stavu čtyř pacientů po cévní mozkové příhodě na neurologickém a rehabilitačním oddělení. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu a v první polovině měsíce dubna 2012.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

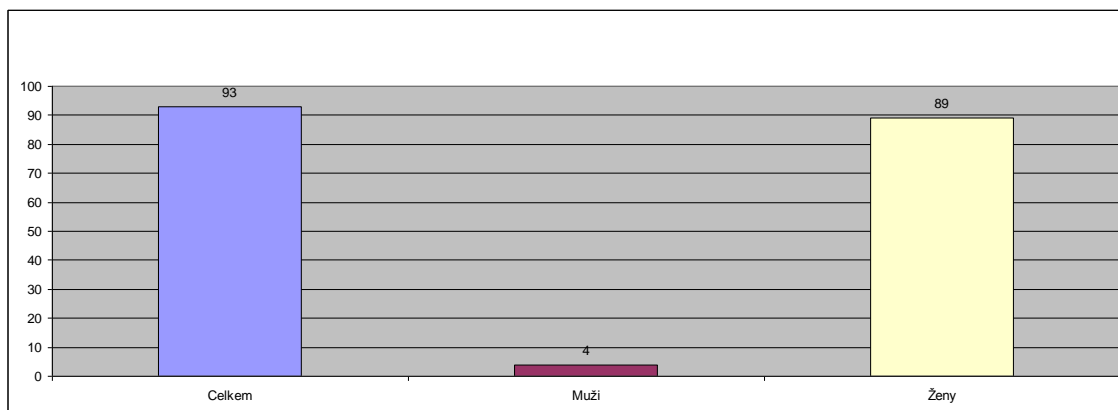
Pro kvantitativní výzkumné šetření byly rozdány dotazníky sestřím z neurologického (interního) a rehabilitačního oddělení v Nemocnici Třebíč p.o., Nemocnici Ivančice p.o., Nemocnici České Budějovice a.s. a Nemocnici Šumperk a.s.. Pro kvalitativní výzkumné šetření jsme zkoumaly 4 pacienty po cévní mozkové příhodě z neurologického a rehabilitačního oddělení nemocnice Třebíč.

Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků, jejichž návratnost byla 78%. Vrátilo se 102 dotazníků, z toho 9 dotazníků bylo vyřazeno pro chybné vyplnění. Pro konečné zpracování bylo použito 93 dotazníků (100%).

4 VÝSLEDKY

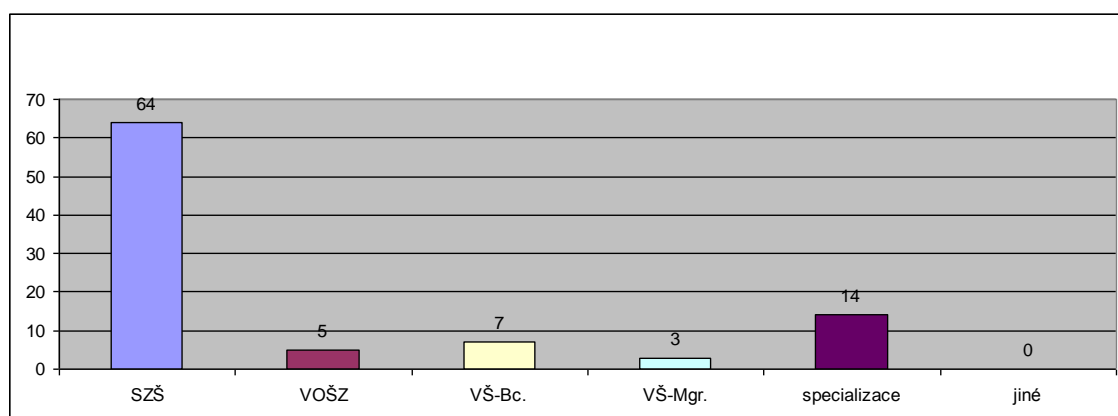
4.1 Výsledky dotazníkového šetření

Graf 1: Pohlaví respondentů



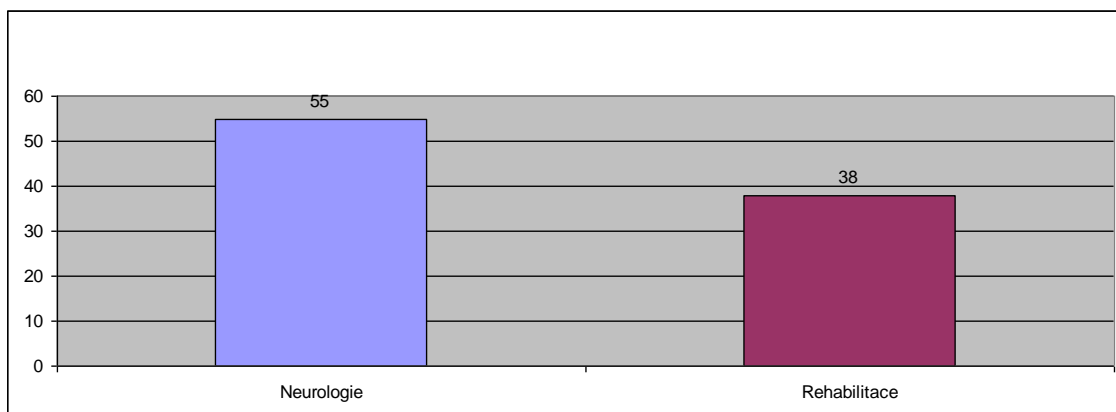
Z celkového počtu 93 (100%) respondentů bylo 89 (96%) žen a 4 (4%) mužů.

Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání



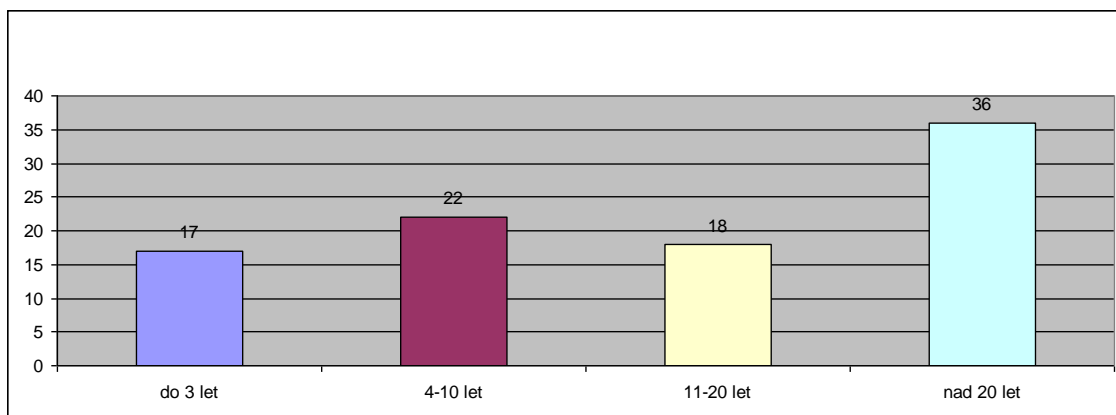
Z celkového počtu 93(100%) respondentů 64 (69%) označilo střední zdravotnické vzdělání, vyšší zdravotnické vzdělání označilo 5 (5%) respondentů, vysokoškolské vzdělání bakalářské označilo 7 (8%) respondentů, vysokoškolské vzdělání magisterské 3 (3%) respondentů a specializaci uvedlo 14 (15%) respondentů. Jiné vzdělání neoznačil nikdo.

Graf 3: Oddělení



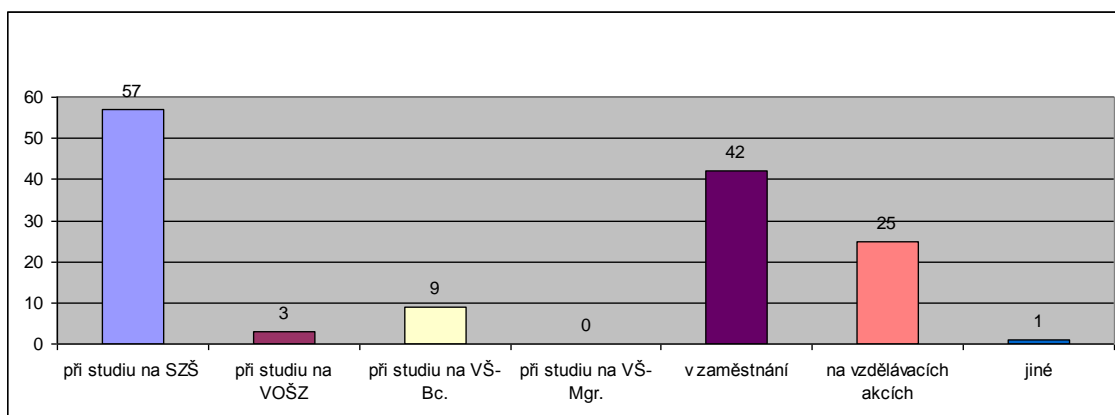
Z celkového počtu 93 (100%) respondentů pracovalo 55 (59%) na neurologickém oddělení a 38 (41%) na rehabilitačním oddělení.

Graf 4: Délka praxe respondentů



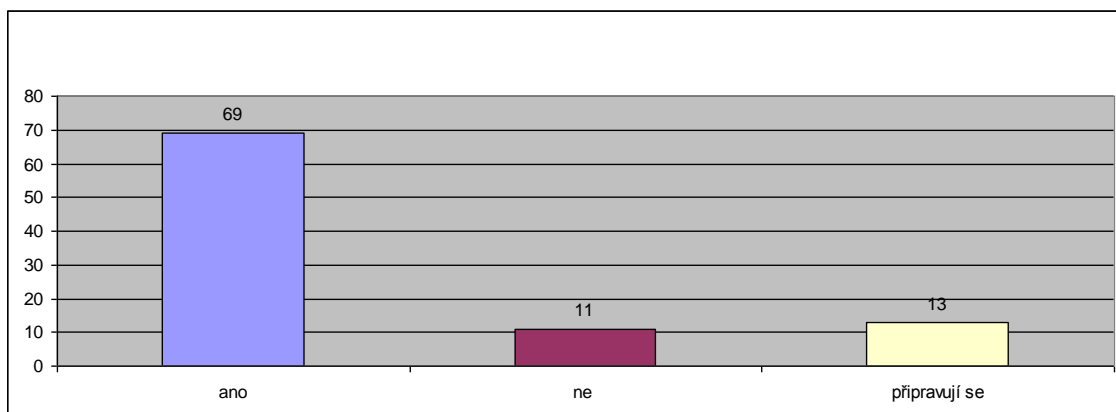
Z celkového počtu 93 (100%) respondentů uvedlo délku své praxe do 3 let 17 (18%) respondentů, praxi 4-10 let označilo 22 (24%) respondentů, praxi 11-20 let označilo 18 (19%) respondentů a délku praxe nad 20 let uvedlo 36 (39 %) respondentů.

Graf 5: Pojem rehabilitační ošetřování



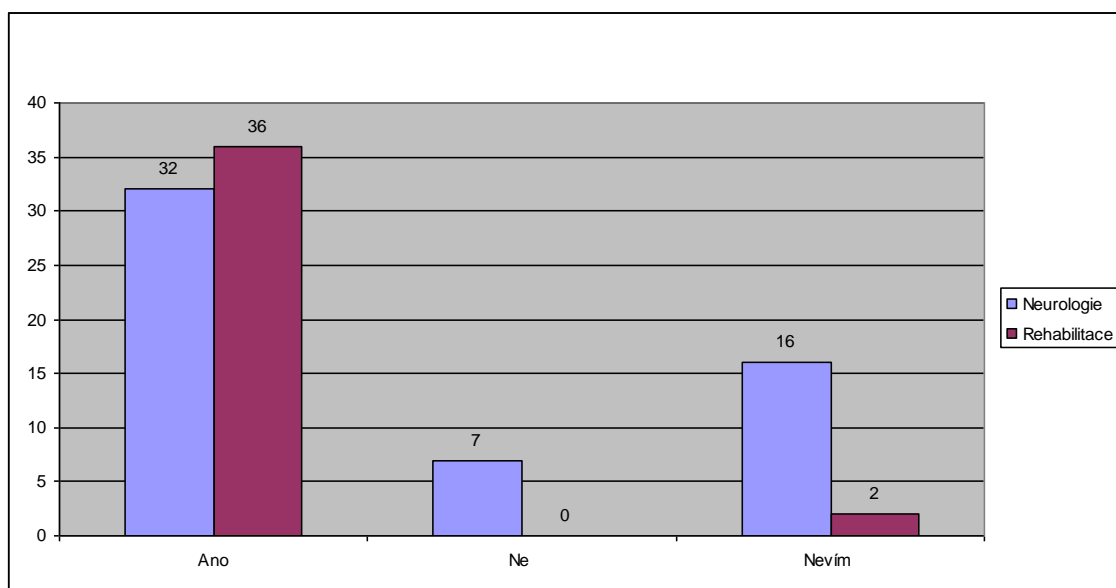
Z celkového počtu 93 (100%) respondentů se s pojmem rehabilitačního ošetřování 57 (61%) setkala při studiu na střední zdravotnické škole, 3 (3%) respondentů se s pojmem setkala při studiu na vyšší zdravotnické škole. S pojmem rehabilitačního ošetřování se setkala 9 (10 %) respondentů při studiu na vysokoškolském vzdělání bakalářském, žádný z uvedených respondentů nevedl vysokoškolské vzdělání magisterské, 42 (45%) respondentů se s pojmem setkala v zaměstnání, 25 (27%) respondentů se s pojmem setkala na vzdělávacích akcích. Jiné uvedl 1 (1%) respondent, a to specializaci na bazální stimulaci. Respondenti měli možnost výběru z více odpovědí.

Graf 6: Akreditace oddělení



Z celkového počtu 93 (100%) respondentů uvedlo 69 (74%), že jejich pracoviště je akreditované, 11 (12%) respondentů uvedlo, že jejich pracoviště není akreditované a 13 (14%) respondentů uvedlo, že se na akreditaci připravují.

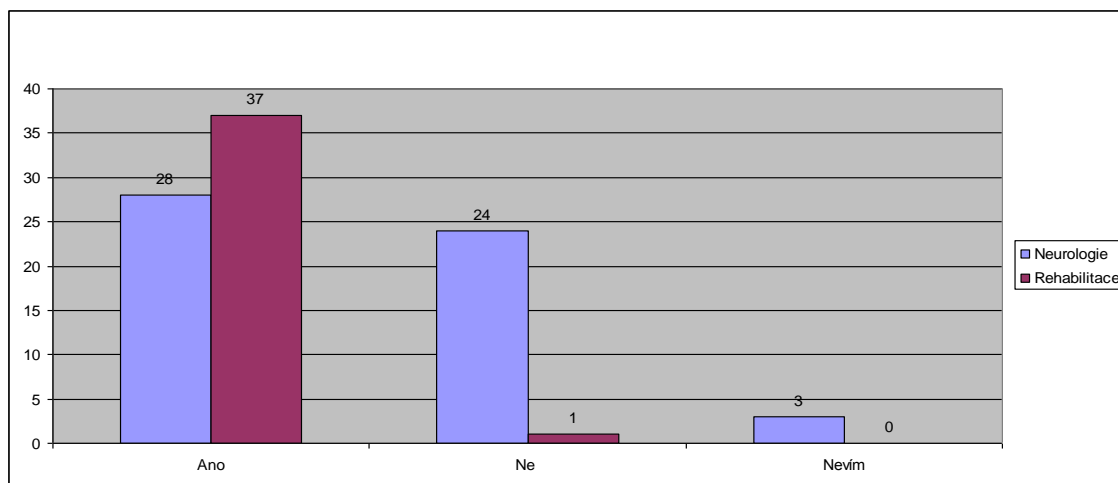
Graf 7: Standard rehabilitačního ošetřování



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů na neurologickém oddělení uvedlo 32 (58%), že mají standard rehabilitačního ošetřování na oddělení, 7 (13%) respondentů uvedlo, že standard nemají a 16 (29%) respondentů uvedlo, že neví.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů na rehabilitačním oddělení uvedlo 36 (95%) respondentů, že mají standard rehabilitačního ošetřování na oddělení, žádný z respondentů neuvedl, že nemají standard rehabilitačního ošetřování, a 2 (5%) respondenti odpověděli, že neví.

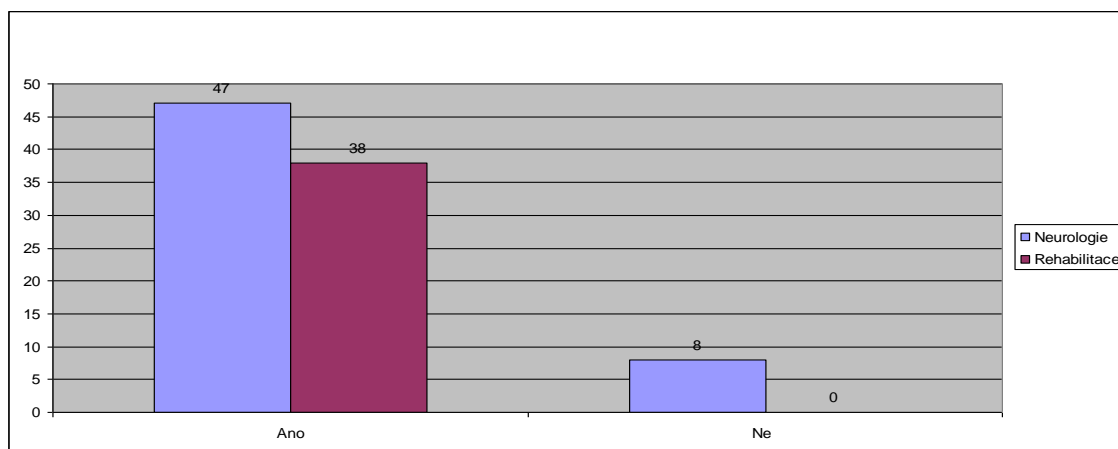
Graf 8: Náplň činnosti sester



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení si myslí 28 (51%) respondentů, že rehabilitační ošetřování patří do náplně činnosti sester, 24 (44%) respondentů uvedlo, že rehabilitační ošetřování nepatří do náplně činnosti sester, a 3 (5%) uvedli, že neví.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení si myslí 37 (97%) respondentů, že rehabilitační ošetřování patří do náplně činnosti sester, 1 (3%) uvedl, že rehabilitační ošetřování nepatří do náplně činnosti sester.

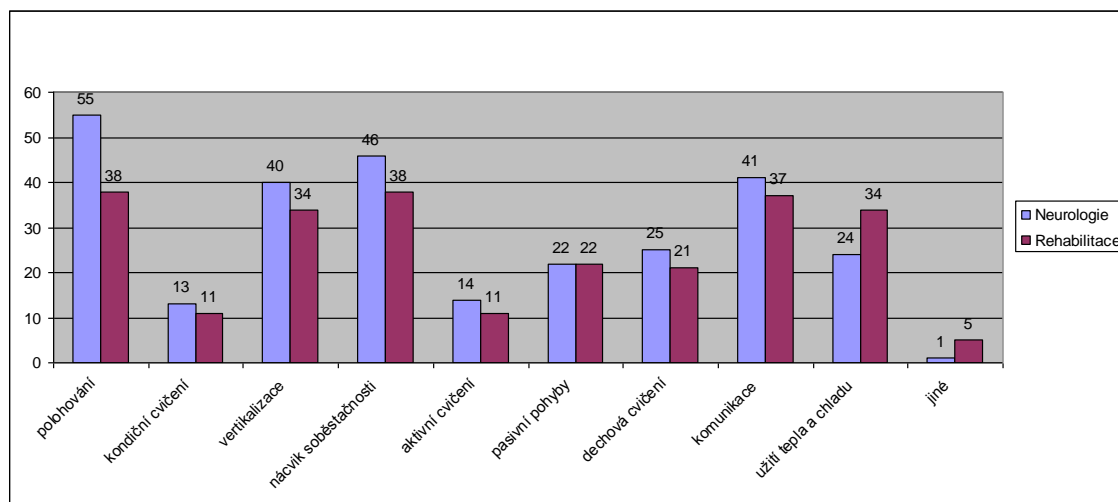
Graf 9: Obsah rehabilitačního ošetřování



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo, že ví, co je obsahem rehabilitačního ošetřování, 47 (85%) respondentů, 8 (15%) respondentů uvedlo, že neví, co je obsahem rehabilitačního ošetřování.

Z celkového počtu 38(100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo, že ví, co je obsahem rehabilitačního ošetřování, 38 (100%) respondentů. Nikdo z respondentů neuvedl ne.

Graf 10: Prvky rehabilitačního ošetřování



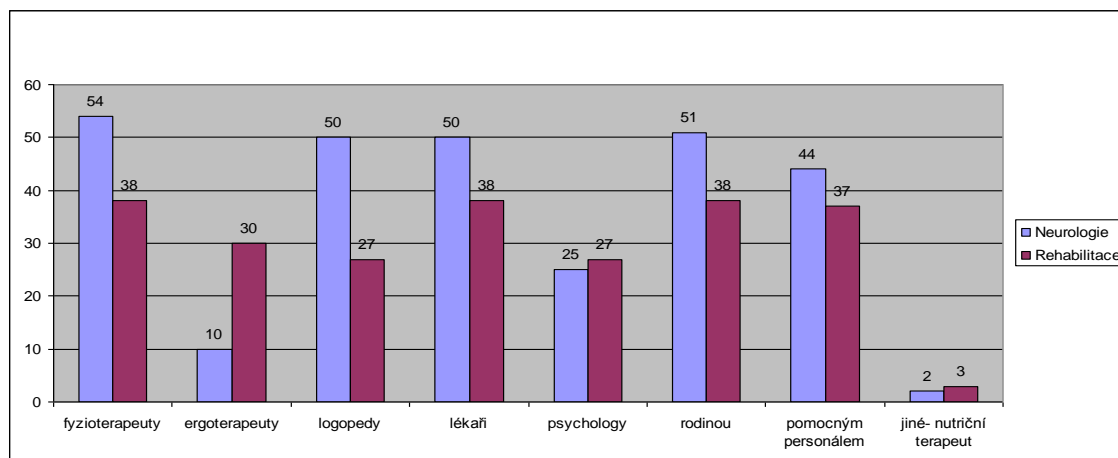
Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo, že používá polohování, 55 (100%) respondentů, kondiční cvičení uvedlo 13 (24%)

respondentů, vertikalizaci uvedlo 40 (73%) respondentů, nácvik soběstačnosti používá 46 (84%) respondentů, aktivní cvičení používá 14 (25%) respondentů, pasivní pohyby používá 22 (40%) respondentů, dechová cvičení uvedlo 25 (45%) respondentů, komunikaci uvedlo 41 (75%) respondentů, užití tepla a chladu uvedlo 24 (44%) respondentů. Jiné uvedl 1 (2%) respondent, a to bazální stimulaci.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo 38 (100%) respondentů, že používá polohování, kondiční cvičení uvedlo 11 (29%) respondentů, vertikalizaci uvedlo 34 (89%) respondentů, nácvik soběstačnosti používá 38 (100%) respondentů, aktivní cvičení používá 11 (29%) respondentů, pasivní cvičení pohyby používá 22 (58%) respondentů, 21 (55%) respondentů využívá dechová cvičení, 37 (97%) respondentů užívá komunikaci, užití tepla a chladu uvedlo 34 (89%) respondentů, 5 (13%) respondentů uvedlo jiné, a to fyzikální terapii.

Respondenti měli možnost výběru více odpovědí.

Graf 11: Spolupráce multidisciplinárního týmu

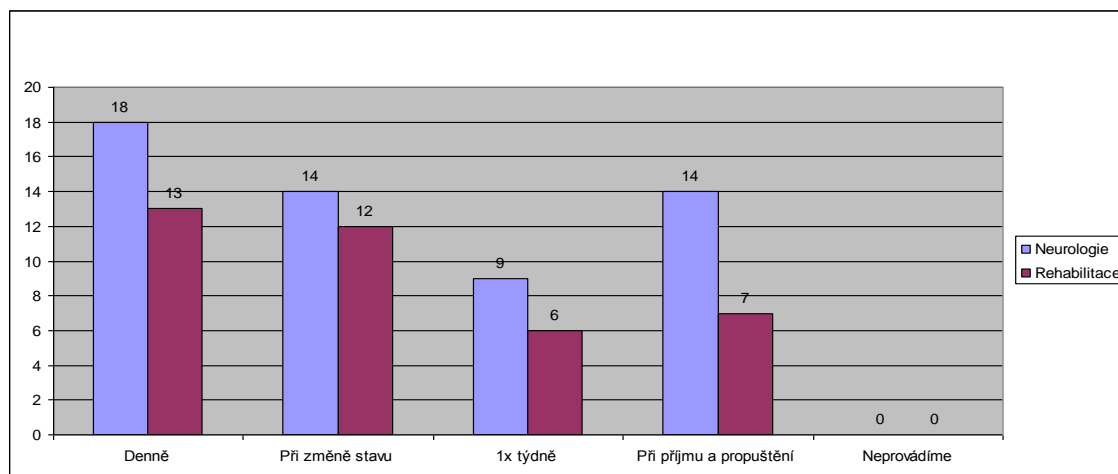


Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo spolupráci s fyzioterapeuty 54 (98%) respondentů, spolupráci s ergoterapeuty uvedlo 10 (18%) respondentů, s logopedy spolupracuje 50 (91%) respondentů, spolupráci s lékaři uvedlo 50 (91%) respondentů, s psychology spolupracuje 25 (45%) respondentů, spolupráci s rodinou uvedlo 51 (93%) respondentů, spolupráce s pomocným ošetrovatelským personálem uvedlo 44 (80%) respondentů a 2 (4%) respondenti uvedli jiné, a to nutričního terapeuta.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo spolupráci s fyzioterapeuty 38 (100%) respondentů, spolupráci s ergoterapeuty uvedlo 30 (79%) respondentů, s logopedy spolupracuje 27 (71%) respondentů, spolupráci s lékaři uvedlo 38 (100%) respondentů, s psychology spolupracuje 27 (71%) respondentů, spolupráci s rodinou uvedlo 38 (100%) respondentů, spolupráci s pomocným ošetrovatelským personálem uvedlo 37 (97%) respondentů a 3 (8%) respondenti uvedli jiné, a to nutričního terapeuta a sociální pracovníci.

Respondenti měli možnost výběru více odpovědí.

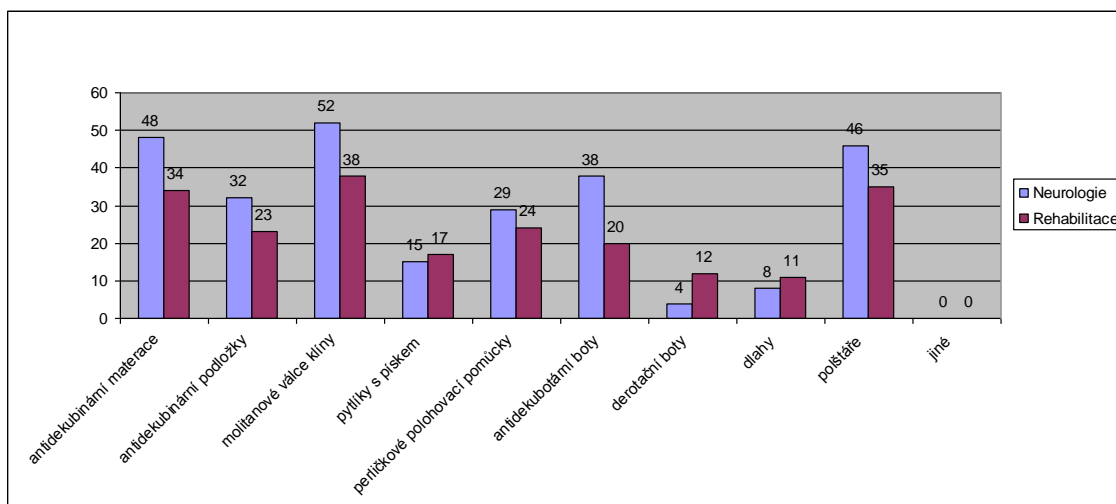
Graf 12: Hodnocení rizika dekubitů



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo hodnocení rizika vzniku dekubitů denně 18 (33%) respondentů, hodnocení rizika vzniku dekubitů při změně stavu pacienta 14 (25%) respondentů, hodnocení rizika vzniku dekubitů 1x týdně uvedlo 9 (16%) respondentů a hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu a propuštění uvedlo 14 (25%) respondentů. Žádný z respondentů neuvedl, že neprovádí hodnocení rizika vzniku dekubitů.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo hodnocení rizika vzniku dekubitů denně 13 (34%) respondentů, hodnocení rizika vzniku dekubitů při změně stavu pacienta 12 (32%) respondentů, hodnocení rizika vzniku dekubitů 1x týdně uvedlo 6 (16%) respondentů a hodnocení rizika vzniku dekubitů při příjmu a propuštění uvedlo 7 (18%) respondentů. Žádný z respondentů neuvedl, že neprovádí hodnocení rizika vzniku dekubitů.

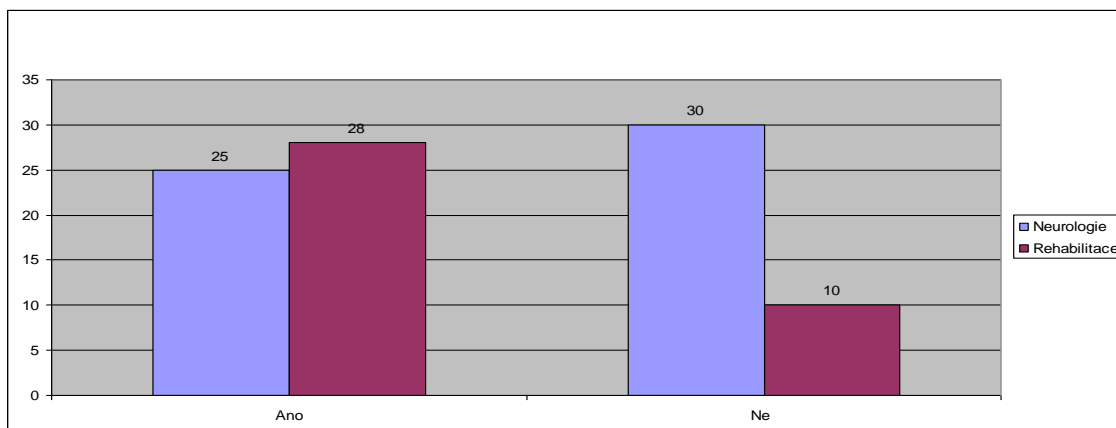
Graf 13: Polohovací pomůcky



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo jako polohovací pomůcku antidekubitární matraci 48 (87%) respondentů, antidekubitární podložky při polohování používá 32 (58%) respondentů, molitanové válce a klíny používá při polohování 52 (95%) respondentů. Polohovací pomůcky pytlíky s pískem používá 15 (27%) respondentů, perličkové polohovací pomůcky využívá 29 (53%) respondentů, antidekubitární boty při polohování využívají 38 (69%) respondentů, derotační boty používají 4 (7%) respondenti, pro polohování pacienta po CMP využívá 8 (15%) respondentů dlahy, polštáře používá 46 (84%) respondentů, jiné pomůcky neuvedl nikdo.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo jako polohovací pomůcku antidekubitární matraci 34 (89%) respondentů, antidekubitární podložky při polohování používá 23 (61%) respondentů, molitanové válce a klíny používá při polohování 38 (100%) respondentů. Polohovací pomůcky pytlíky s pískem používá 17 (45%) respondentů, perličkové polohovací pomůcky využívá 24 (63%) respondentů, antidekubitární boty při polohování využívá 20 (53%) respondentů, derotační boty používá 12 (32%) respondentů, pro polohování pacienta po CMP využívá 8 (29%) respondentů dlahy, polštáře používá 35 (92%) respondentů, jiné pomůcky neuvedl nikdo. Respondenti měli možnost výběru více odpovědí.

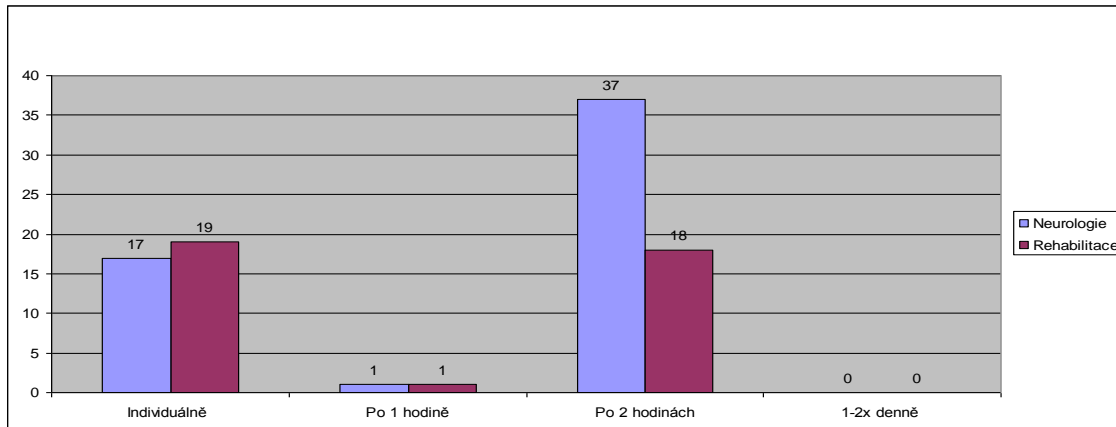
Graf 14: Mikropolohování



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo kladnou odpověď 25 (55%) respondentů, záporně odpovědělo 30 (45%) respondentů.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo kladnou odpověď 28 (74%) respondentů, záporně odpovědělo 10 (26%) respondentů.

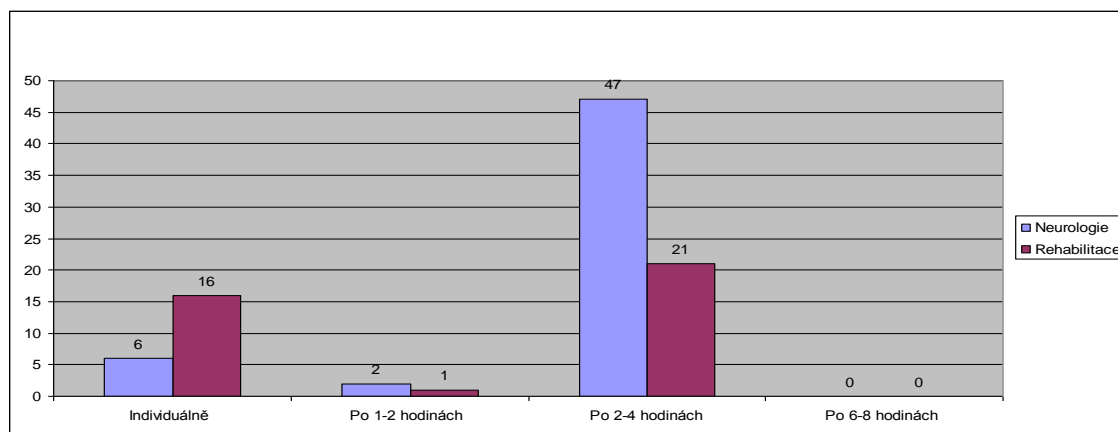
Graf 15: Denní polohování



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo individuální polohování pacientů 17 (31%) respondentů, polohování po 1 hodině uvedl 1 (2%) respondent, polohování po 2 hodinách uvedlo 37 (67%) respondentů. Polohování 1-2x denně neuvedl žádný z respondentů.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo individuální polohování pacientů 19 (50%) respondentů, polohování po 1 hodině uvedl 1 (3%) respondent, polohování po 2 hodinách uvedlo 18 (47%) respondentů. Polohování 1-2x denně neuvedl žádný z respondentů.

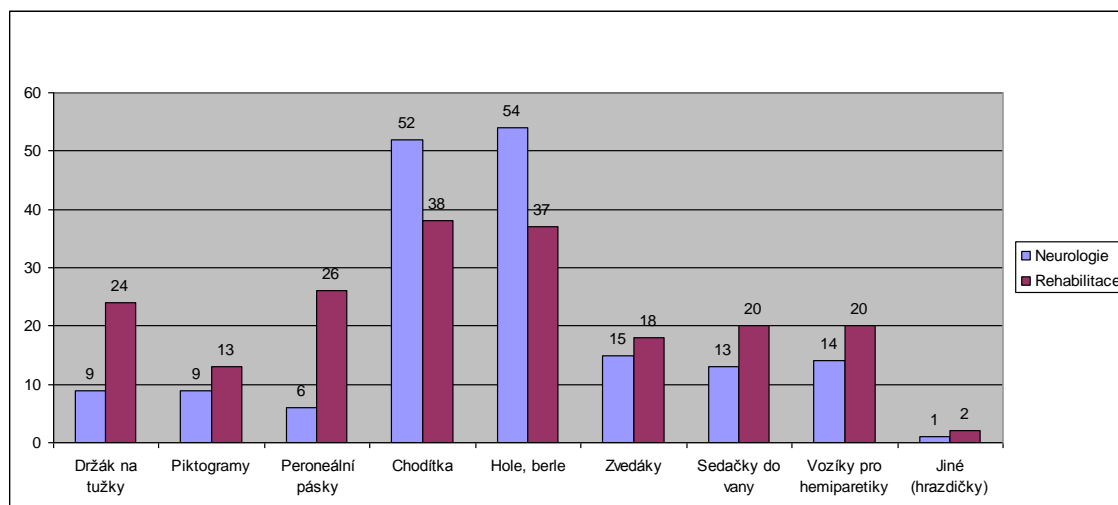
Graf 16: Noční polohování



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo polohování během noci individuálně 6 (11%) respondentů, polohování během noci 1-2 hodiny uvedli 2 (4%) respondenti. Polohování během noci po 2- 4 hodinách uvedlo 47 (85%) respondentů. Polohování během noci po 6-8 hodinách neuvedl žádný z respondentů.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo polohování během noci individuálně 16 (42%) respondentů, polohování během noci 1-2 hodiny uvedl 1 (3%) respondent. Polohování během noci po 2- 4 hodinách uvedlo 21 (55%) respondentů. Polohování během noci po 6-8 hodinách neuvedl žádný z respondentů.

Graf 17: Pomůcky k aktivizaci soběstačnosti

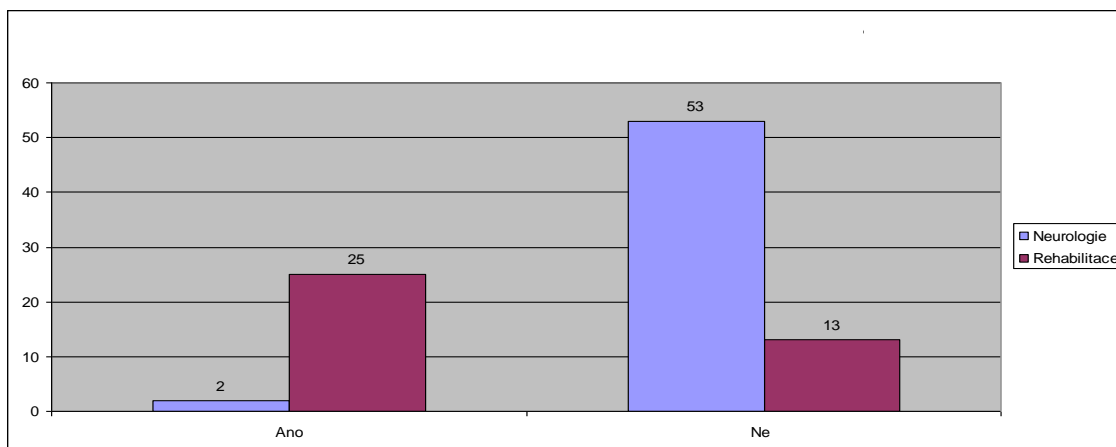


Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení označilo 9 (16%) respondentů držáky na tužky, piktogramy označilo 9 (16%) respondentů, peroneální pásky využívá 6 (11%) respondentů, chodítka využívá k aktivizaci a soběstačnosti pacienta 52 (95%) respondentů, hole a berle využívá 54 (98%) respondentů, zvedáky používá 15 (27%) respondentů, sedačky do vany využívá 13 (24%) respondentů, vozíky pro hemiparetiky využívá 14 (25%) respondentů a jiné využívá 1 (2%) respondent, a to hrazdičky.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení označilo 24 (63%) respondentů držáky na tužky, piktogramy označilo 13 (34%) respondentů, peroneální pásky využívá 26 (68%) respondentů, chodítka využívá k aktivizaci a soběstačnosti pacienta 38 (100%) respondentů, hole a berle využívá 37 (97%) respondentů, zvedáky používá 18 (47%) respondentů, sedačky do vany využívá 20 (53%) respondentů, vozíky pro hemiparetiky využívá 20 (53%) respondentů a jiné využívá 2 (5%) respondent, a to hrazdičky.

Respondenti měli možnost výběru více odpovědí.

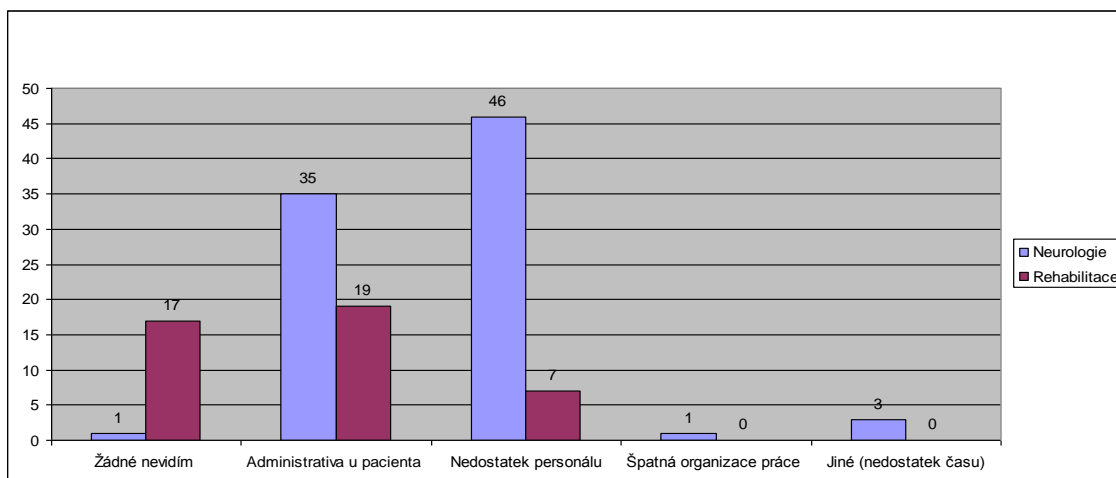
Graf 18: Dostatek času na rehabilitační ošetřování



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo, že mají dostatek času na rehabilitační ošetřování 2 (4%) respondenti, 53 (96%) respondentů uvedlo, že nemá dostatek času na rehabilitační ošetřování.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo, že mají dostatek času na rehabilitační ošetřování 25 (66%) respondentů, 13 (34%) respondentů uvedlo, že nemá dostatek času na rehabilitační ošetřování.

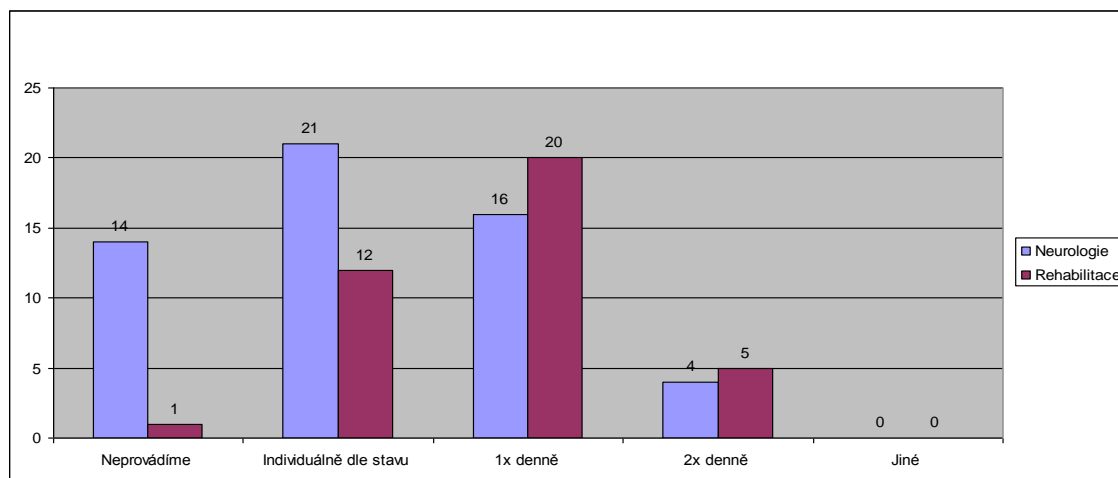
Graf 19: Překážky v provádění rehabilitačního ošetřování



Z celkového počtu 55 (100 %) respondentů z neurologického oddělení uvedl 1 (2%) respondent, že nevidí žádné překážky v provádění rehabilitačního ošetřování, jako překážku pro provádění rehabilitačního ošetřování uvedlo administrativu u pacienta 35 (64%) respondentů, omezení při rehabilitačním ošetřování uvedlo nedostatek personálu 46 (84%) respondentů, 1 (2%) respondent uvedl jako překážku špatnou organizaci práce na oddělení, 2 (5%) respondenti uvedli jiné, a to nedostatek času.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo 17 (45%) respondentů, že nevidí žádné překážky v provádění rehabilitačního ošetřování, jako překážku pro provádění rehabilitačního ošetřování uvedlo administrativu u pacienta 19 (50%) respondentů, omezení při rehabilitačním ošetřování uvedlo nedostatek personálu 7 (18%) respondentů, žádný z respondentů neuvedl jako překážku špatnou organizaci práce na oddělení, žádný z respondentů neuvedl jiné.

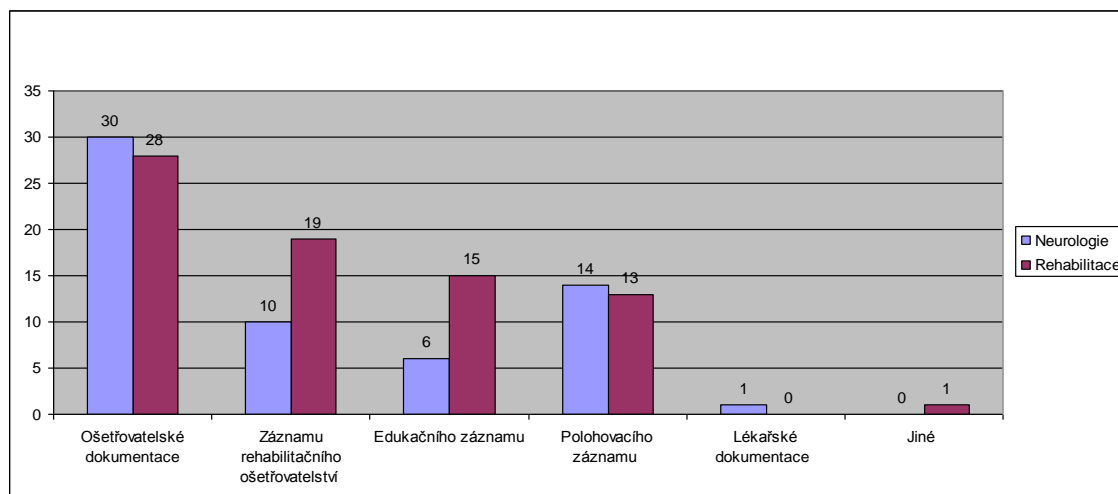
Graf 20: Záznam rehabilitačního ošetřování



Z celkového počtu 55 (100%) z neurologického oddělení neprovádí záznam rehabilitačního ošetřování 14 (25%) respondentů, rehabilitační ošetřování zaznamenává 21 (38%) respondentů individuálně dle stavu pacienta, 16 (29%) respondentů uvedlo, že zaznamenává rehabilitační ošetřování 1 x denně, záznam rehabilitačního ošetřování provádí 2x denně 4 (7%) respondentů. Jiné neuvedl žádný z respondentů.

Z celkového počtu 38 (100%) z rehabilitačního oddělení neprovádí záznam rehabilitačního ošetřování 1 (3%) respondent, rehabilitační ošetřování zaznamenává 12 (32%) respondentů individuálně dle stavu pacienta, 20 (53%) respondentů uvedlo, že zaznamenává rehabilitační ošetřování 1 x denně, záznam rehabilitačního ošetřování provádí 2x denně 5 (13%) respondentů. Jiné neuvedl žádný z respondentů.

Graf 21: Místo záznamu rehabilitačního ošetřování

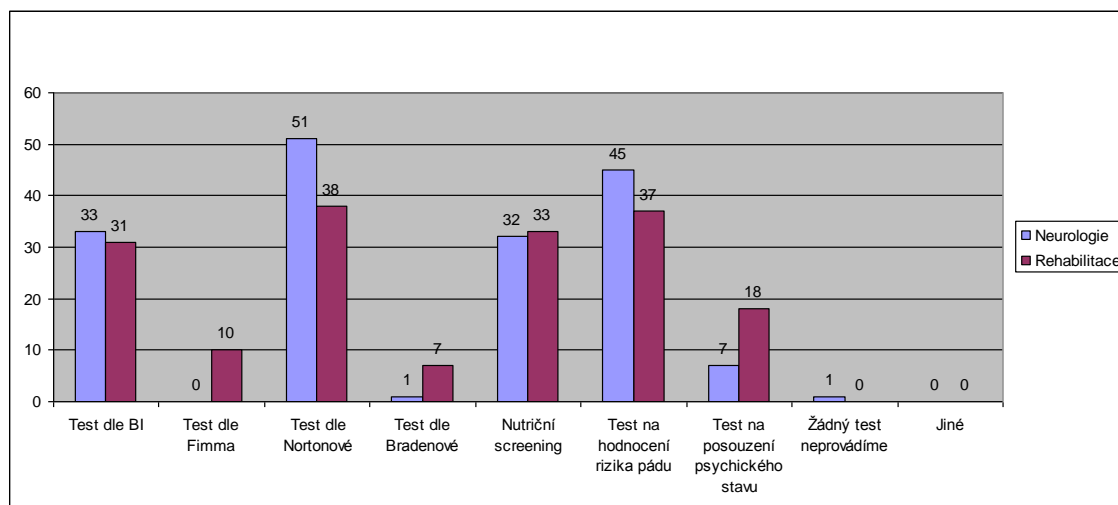


Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo záznam do ošetrovatelské dokumentace 30 (55%) respondentů, 10 (18%) respondentů provádí zápis do záznamu rehabilitačního ošetrovatelství, zápis do edukačního záznamu uvádí 6 (11%) respondentů, do polohovacího záznamu uvádí rehabilitační ošetřování 14 (25%) respondentů, do lékařské dokumentace provádí zápis 1 (2%) respondent. Jiné neuvedl žádný z respondentů.

Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo záznam do ošetrovatelské dokumentace 20 (74%) respondentů, 19 (50%) respondentů provádí zápis do záznamu rehabilitačního ošetrovatelství, zápis do edukačního záznamu uvádí 15 (39%) respondentů, do polohovacího záznamu uvádí rehabilitační ošetřování 13 (34%) respondentů, do lékařské dokumentace neprovádí zápis nikdo. Jiné uvedl 1 (3%) respondent, a to do záznamu prevence dekubitů.

Respondenti měli možnost výběru více odpovědí.

Graf 22: Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi

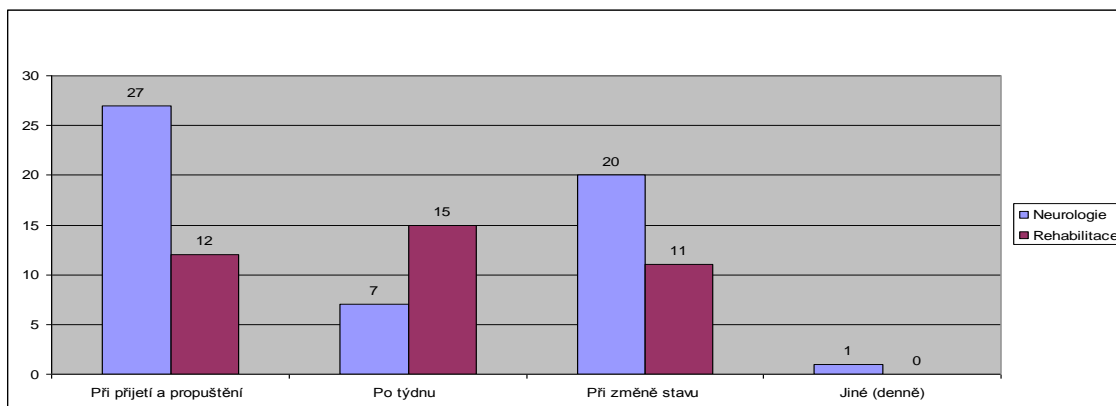


Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo použití Barthelova indexu 33 (60%) respondentů, použití testu dle Fimma nevedl žádný z respondentů, hodnocení pacientů dle stupnice Nortonové uvádí 51 (93%) respondentů, hodnocení dekubitů dle Bradenové uvádí 1(2%) respondentů, nutriční screening při hodnocení pacienta používá 32 (58%) respondentů, test na hodnocení rizika pádu u pacienta po CMP používá 45 (82%)respondentů, test na posouzení psychického stavu pacienta používá 7 (13%) respondentů, 1 (2%) respondent uvedl, že žádné testy neprovádí. Jiné nevedl žádný z respondentů.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo použití Barthelova indexu 31 (82%) respondentů, použití testu dle Fimma uvedlo 10 (26%) respondentů, hodnocení pacientu dle stupnice Nortonové uvádí 38 (100%) respondentů, hodnocení dekubitů dle Bradenové uvádí 7 (18%) respondentů, nutriční screening při hodnocení pacienta používá 33 (87%) respondentů, test na hodnocení rizika pádu u pacienta po CMP používá 37 (97%) respondentů, test na posouzení psychického stavu pacienta používá 18 (47%) respondentů, žádný z respondentů nevedl, že nepoužívá žádné testy na hodnocení pacienta po CMP. Jiné nevedl žádný z respondentů.

Respondenti měli možnost výběru více odpovědí.

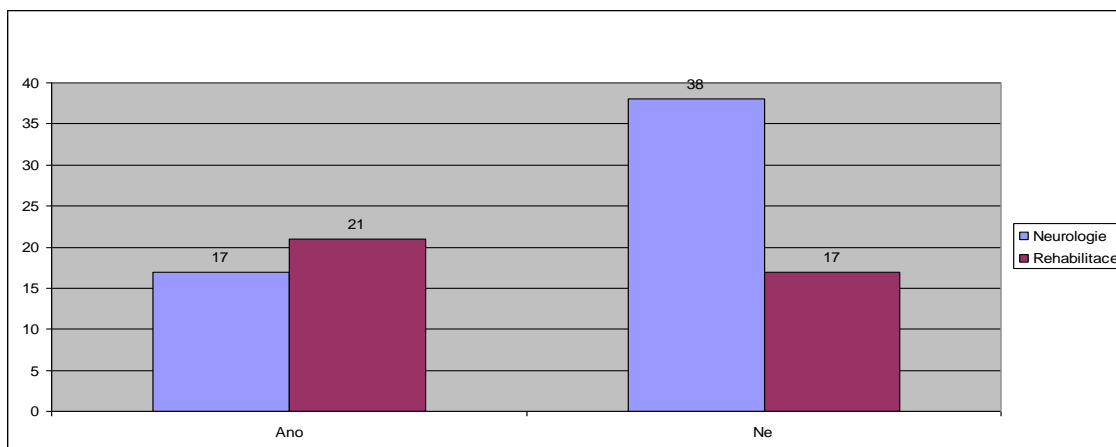
Graf 23: Četnost testování BI



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo testování BI u pacientů při přijetí a propuštění 27 (49%) respondentů, po týdnu uvedlo testování 7 (13%) respondentů a při změně stavu uvedlo 20 (36%) respondentů. Jiné uvedl 1 (2%) respondent, a to denně.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo testování pacientů při přijetí a propuštění 12 (32%) respondentů, po týdnu uvedlo testování 15 (39%) respondentů a při změně stavu uvedlo 11 (29%) respondentů. Žádný z respondentů neuvedl jiné.

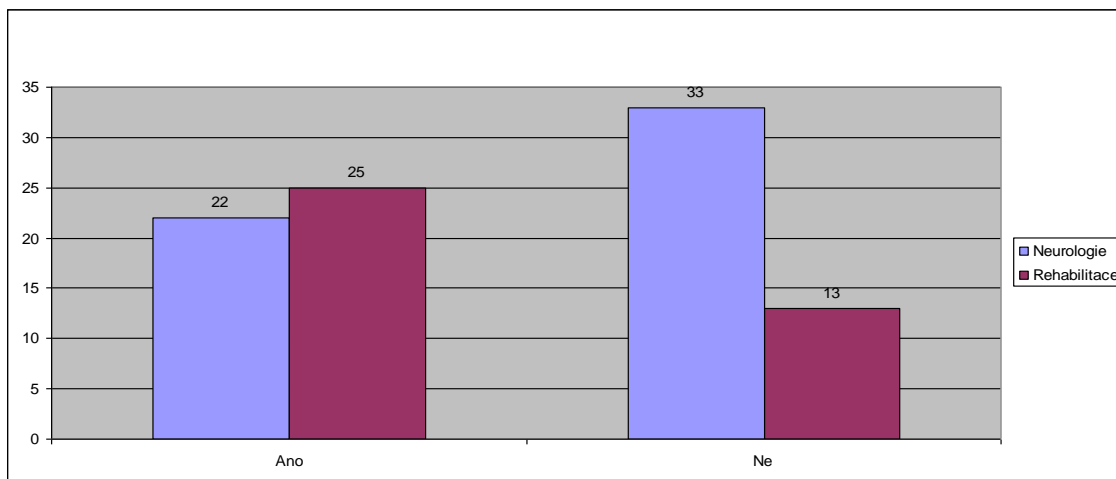
Graf 24: Použití záznamu rehabilitačního ošetřování při předání služby



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení používá záznam rehabilitačního ošetřování při předání služby 17 (31%) respondentů, záznam při předání služby nepoužívá 38 (69%) respondentů.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení používá záznam rehabilitačního ošetřování při předání služby 21 (55%) respondentů, záznam při předání služby nepoužívá 17 (45%) respondentů.

Graf 25: Použití záznamu rehabilitačního ošetřování při konzultaci

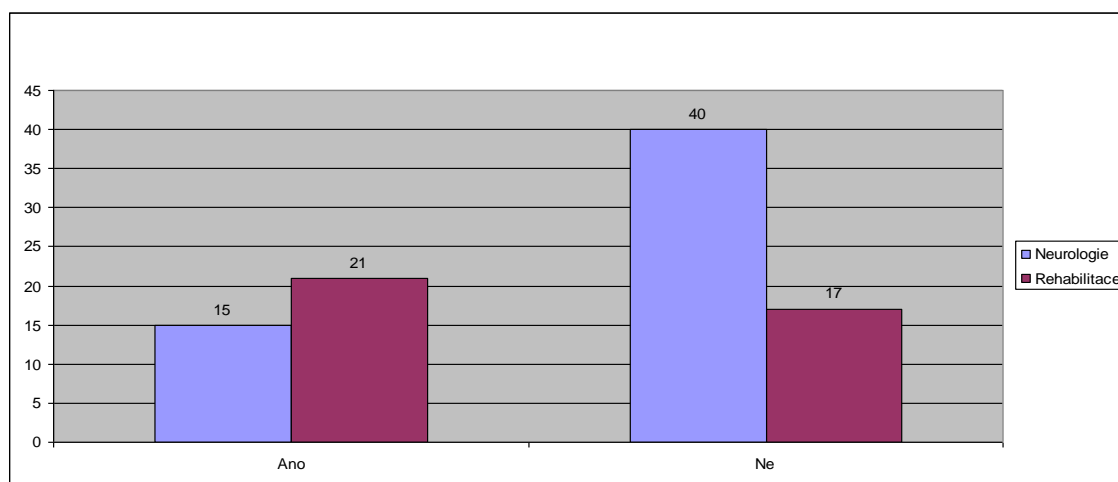


Z celkového počtu 55 (100%) respondentů na neurologickém oddělení uvedlo použití záznamu rehabilitačního ošetřování při konzultaci se staniční sestrou 22 (40%)

respondentů, záznam při konzultaci se staniční sestrou nepoužívá 33 (60%) respondentů.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů na rehabilitačním oddělení uvedlo použití záznamu rehabilitačního ošetřování při konzultaci se staniční sestrou 25 (66%) respondentů, záznam při konzultaci se staniční sestrou nepoužívá 13 (34%) respondentů.

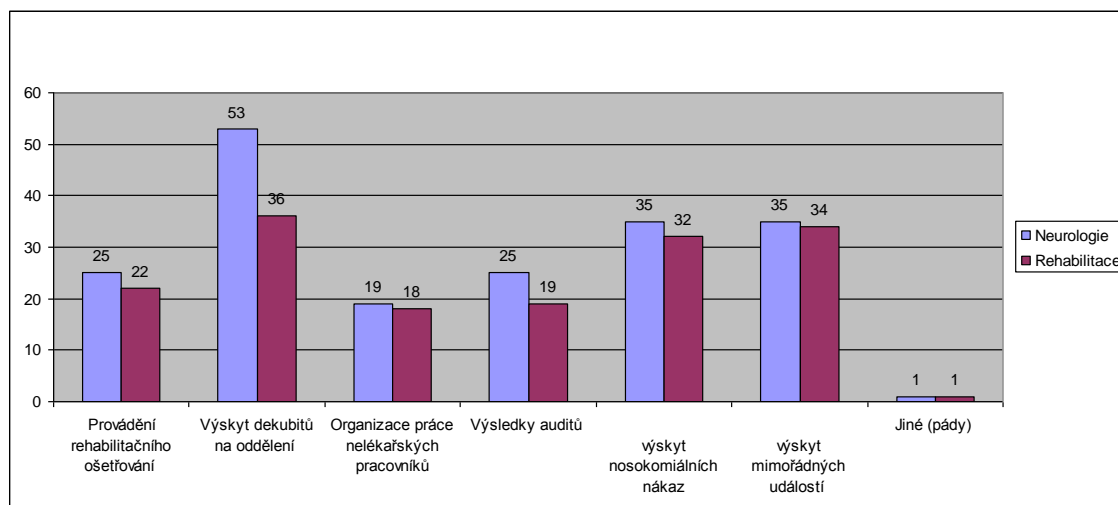
Graf 26: Použití záznamu rehabilitačního ošetřování při sesterské vizitě



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo použití rehabilitačního záznamu při sesterské vizitě vedené vrchní sestrou 15 (27%) respondentů, záznam rehabilitačního ošetřování při sesterské vizitě vedené vrchní sestrou nepoužívá 40 (73%) respondentů.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo použití rehabilitačního záznamu při sesterské vizitě vedené vrchní sestrou 21 (55%) respondentů, záznam rehabilitačního ošetřování při sesterské vizitě vedené vrchní sestrou nepoužívá 17 (45%) respondentů.

Graf 27: Management na pracovišti sleduje

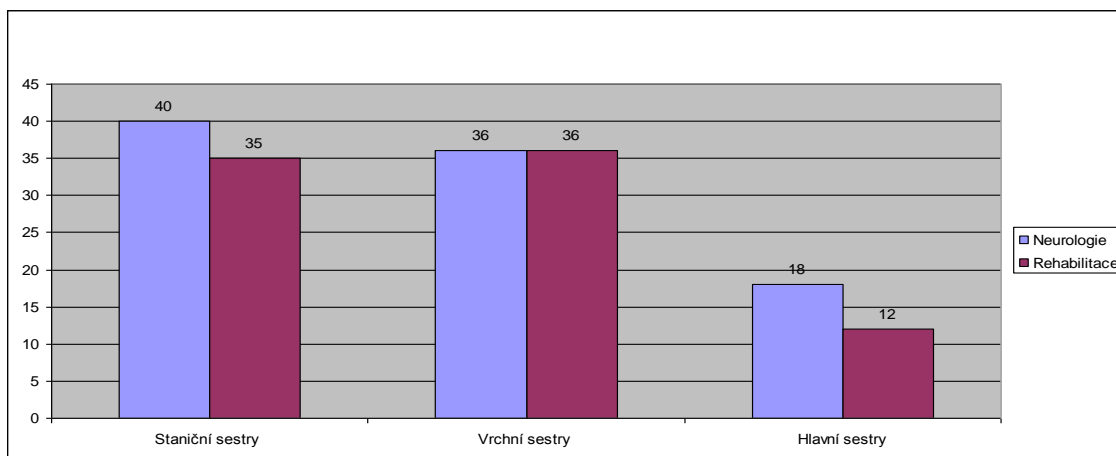


Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo, že ošetrovatelský management na jejich pracovišti sleduje rehabilitační ošetřování 22 (45%) respondentů, výskyt dekubitů na oddělení uvedlo 36 (96%) respondentů, že ošetrovatelský management sleduje organizaci práce na oddělení uvedlo 18 (35%) respondentů, výsledky auditů uvedlo 19 (45%) respondentů, že ošetrovatelský management sleduje výskyt nosokomiálních nákaz uvedlo 32 (64%) respondentů, výskyt mimořádných událostí uvedlo 34 (64%) respondentů, 1 (2%) respondent uvedl, že ošetrovatelský management sleduje pády na oddělení.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo, že ošetrovatelský management na jejich pracovišti sleduje rehabilitační ošetřování 25 (58%) respondentů, výskyt dekubitů na oddělení uvedlo 53 (95%) respondentů, že ošetrovatelský management sleduje organizaci práce na oddělení uvedlo 19 (47%) respondentů, výsledky auditů uvedlo 25 (50%) respondentů, že ošetrovatelský management sleduje výskyt nosokomiálních nákaz uvedlo 35 (84%) respondentů, výskyt mimořádných událostí uvedlo 35 (89%) respondentů, 1 (3%) respondent uvedl, že ošetrovatelský management sleduje pády na oddělení.

Respondenti měli možnost výběru více odpovědí.

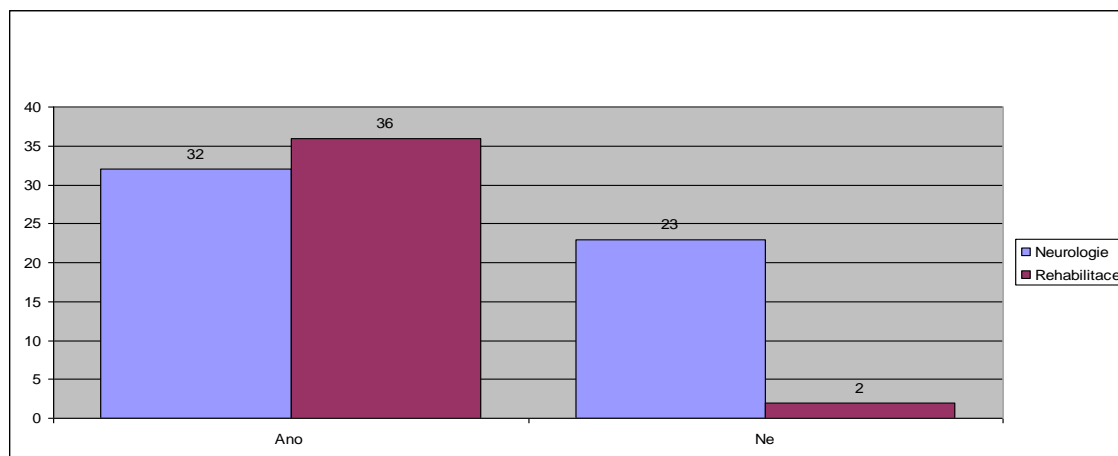
Graf 28: Náplň managementu



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení uvedlo, že rehabilitační ošetřování je v náplni managementu staniční sestry 40 (73%) respondentů, vrchní sestry uvedlo 36 (65%) respondentů a hlavní sestry uvedlo 18 (33%) respondentů.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení uvedlo, že rehabilitační ošetřování je v náplni managementu staniční sestry 35 (92%) respondentů, vrchní sestry uvedlo 36 (95%) respondentů a hlavní sestry uvedlo 12 (32%) respondentů.

Graf 29: Management – poskytování informací



Z celkového počtu 55 (100%) respondentů z neurologického oddělení je informováno ošetřovatelským managementem 32 (58%) respondentů, 23 (42%) respondentů uvedlo, že není informováno od ošetřovatelského managementu o možnostech zlepšení péče o pacienty po CMP.

Z celkového počtu 38 (100%) respondentů z rehabilitačního oddělení je informováno ošetřovatelským managementem 36 (95%) respondentů, 2 (5%) respondenti uvedli, že nejsou informováni od ošetřovatelského managementu o možnostech zlepšení péče o pacienty po CMP.

5 DISKUZE

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku rehabilitačního ošetřování u pacientů s cévní mozkovou příhodou. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou současné podmínky a možnosti sester pro poskytování rehabilitačního ošetřování v průběhu péče o pacienty po CMP na neurologickém a rehabilitačním oddělení Nemocnice Třebíč p. o., Nemocnice České Budějovice a. s., Nemocnice Šumperk a. s., Nemocnice Ivančice p. o. Pro zjištění podmínek sester pro rehabilitační ošetřování byly stanoveny čtyři základní hypotézy s označením H1 - H4.

Dotazník byl zaměřen na zjištění, zda mají sestry k dispozici na oddělení polohovací a jiné pomůcky pro provádění rehabilitačního ošetření pacienta po CMP. Dále pak na jejich odborné znalosti v procesu rehabilitačního ošetřování, a to včetně obsahu rehabilitačního ošetřování, informovanosti sester o zařazení rehabilitačního ošetřování do jejich pracovní náplně a poskytování informací sestřám od ošetrovatelského managementu o možnostech zlepšení péče o pacienta po CMP.

Dotazník byl rozdělen do několika základních částí, které na sebe plynule navazovaly, tak aby byla dodržena základní metodika tvorby dotazníku.

Úvodními otázkami v dotazníku byly identifikační otázky týkající se prvotního rozlišení respondentů. Graf 1 ukazuje rozložení respondentů podle pohlaví.

Další identifikační otázkou byl dotaz na nejvyšší dosažené vzdělání, kde většina respondentů uvedla vzdělání středoškolské (Graf 2). Rozdělení respondentů dle pracovišť je znázorněn na Grafu 3. Z větší části respondenti uváděli jako pracoviště neurologické oddělení a to v počtu 55. Rehabilitační oddělení se podílelo na výzkumu 38 respondenty. Mezi úvodní otázky byla také zařazena otázka délky praxe respondentů, kdy nejvíce respondentů uvedlo praxi nad 20 let (Graf 4).

Dále se otázky týkaly akreditace pracoviště (Graf 6) a standardu rehabilitačního ošetřování na oddělení (Graf 7). Většina sester odpověděla, že jejich pracoviště je

akreditované v počtu 69 (74%). Ohledně standardu sestry z neurologického i rehabilitačního oddělení uvádí, že mají standard rehabilitačního ošetřování na oddělení. S tímto standardem jsem se seznámila při praxi na neurologickém oddělení Nemocnice České Budějovice. Tento standard je podrobný, ale přitom velmi jednoduše a stručně vysvětluje danou problematiku. Je názorně doplněný o obrázky, které se týkají polohování pacientů.

Podle Křížové (2012), se správná a kvalitní ošetrovatelská péče významně podílí na úspěšné léčbě pacienta. Je chápána jako ucelená péče o nemocného, uspokojující potřeby fyzické i psychické, a její nedílnou součástí je rehabilitační ošetřování. Klíčovou otázkou pro ověření znalosti problematiky zařazení rehabilitačního ošetřování do pracovní náplně sester byla otázka, kterou graficky znázorňuje Graf 8. Sestry z rehabilitačního oddělení tvrdí, že rehabilitační ošetřování patří do náplně činností sester. U sester z neurologického oddělení však není tato odpověď jednoznačná. Z uvedeného vyplývá, že sestry z neurologického oddělení jsou nedostatečně informované o rehabilitačním ošetřování a neví, jak ho prakticky použít v praxi. Klusoňová (2005) uvádí, že je málo pracovišť, kde je rehabilitační ošetřování důsledně uplatňováno, příčin je mnoho, ale především jde o nedostatečné uplatňování teoretických znalostí, nedostatek dovedností a nedostatečné materiální a personální vybavení.

Další otázky se týkaly obsahu rehabilitačního ošetřování (Graf 9) a použití prvků rehabilitačního ošetřování (Graf 10). Ve výsledcích bylo uvedeno na neurologickém oddělení, že 85% sester zná obsah rehabilitačního ošetřování, znalost obsahu rehabilitačního ošetřování uvedly také sestry z rehabilitačního oddělení. Co se týče použití prvků rehabilitačního ošetřování, v rámci praxe jsem získala pohled na tuto situaci a mohu konstatovat, že sestry na neurologickém oddělení využívají hlavně polohování a komunikaci z důvodu akutního a nestabilního stavu pacienta, který je kategorizován do prvního stupně soběstačnosti. Další možnosti rehabilitačního ošetřování sestry sice znají, ale v praxi je využívají pouze minimálně. Na rozdíl od toho sestry na rehabilitačním oddělení využívají nejčastěji prvky polohování, vertikalizace,

nácviku soběstačnosti, komunikace, ale tyto možnosti jsou dovoleny hlavně stavem pacienta, který už se dostává do druhé až třetí kategorie soběstačnosti. Jak uvádí Klusoňová (2005), mezi prvky rehabilitačního ošetřování zařazujeme dechová cvičení, komunikaci, polohování, aktivní a pasivní pohyby, vertikalizaci a nácvik soběstačnosti. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že sestry řadí metodu fyzikální terapie (aplikace tepla a chladu) mezi metody používané v rehabilitačním ošetřování. Sestry z neurologického oddělení v počtu 24 (44%) a sestry z rehabilitačního oddělení v počtu 34 (89%). Podle výše uvedené citace se však tato fyzikální terapie se do rehabilitačního ošetřování neřadí.

Další prověřovanou oblastí byla spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu (Graf 11). Sestry z neurologického oddělení uvádí nejčastější spolupráci s fyzioterapeuty, logopedy, lékaři, pomocným ošetrovatelským personálem a rodinnými příslušníky. S lékaři uvedlo spolupráci 50 (91%) sester, zbývajících 5 sester tuto možnost neoznámily. Dle mého názoru, ale sestry neuvedly spolupráci s lékařem, protože spolupráce s ním se jim jeví jako automatická. Pouze polovina sester z tohoto oddělení uvedla psychology a jen minimum sester uvedlo ergoterapeuty. Tato spolupráce je na neurologickém oddělení zjevně nedostačující. Tento personál tam chybí. To se potvrdilo i z pohledu praxe, která mi tuto situaci pomohla ověřit. Zatímco na rehabilitačním oddělení vychází spolupráce ve velké většině s veškerým uvedeným multidisciplinárním týmem. Dle mého názoru se spolupráce ošetrovatelského týmu jeví jako velmi důležitá, a to jak z hlediska prevence, tak i pro další úspěšnou léčbu pacienta po CMP. Sestry si proto musí být plně vědomy nutnosti této spolupráce. Klusoňová (2005) uvádí, že v každé fázi onemocnění je nutná spolupráce sestry s fyzioterapeutem, ergoterapeutem a veškerá činnost musí být v souladu s ordinací lékaře. U některých pacientů je nutná spolupráce psychologa a logopeda. Důležitým faktorem je také úzká spolupráce rodiny, která má motivační vliv na pacienta.

První z ověřovaných hypotéz H1 byla formulována do oblasti využití polohovacích pomůcek při poskytování rehabilitačního ošetřování. Tato hypotéza byla přímo ověřována otázkou (Graf 10). Sestry z rehabilitačního i neurologického oddělení

nejčastěji uváděly, že pro polohování pacientů s CMP používají molitanové válce a klíny, polštáře a antidekubitární matrace. Mikula (2008) uvádí, že mezi praktické a snadno dostupné prostředky usnadňující ošetrovatelskému personálu práci, patří bezesporu polohovací pomůcky. Dále uvádí, že zásadně by se mělo používat pomůcek u jednoho pacienta co nejméně, protože jakýkoliv nadbytečný materiál v lůžku pacienta vede k jeho větší imobilitě. Dle mého názoru má v tomhle pohledu pravdu. Z kazuistiky č. 4 nám vyplývá, že pacient nebyl polohován pomocí žádných polohovacích pomůcek, ale byl polohován pravidelně po 2 hodinách přes den a po 4 hodinách přes noc.

Doplňujícími otázkami byly otázky týkající se polohování pacientů s CMP během dne (Graf 5) a polohování během noci (Graf 16). Sestry z rehabilitačního oddělení polohují pacienta přes den nejčastěji individuálně dle stavu pacienta. Sestry z neurologického oddělení uváděly nejčastěji polohování po 2 hodinách. Noční interval je rozdílný od denního intervalu. Sestry z rehabilitačního i neurologického oddělení uvádějí, že pacienta po CMP polohují po 2 - 4 hodinách. Skutečnost, že se pacienti po 2 hodinách polohují, potvrdily i výsledky provedené kazuistiky č. 4 (Příloha 3). V nočním intervalu polohování je prodloužená doba ovlivněna spánkem pacientů. Jak uvádí Mikula (2008), pacienti po cévní mozkové příhodě by se měli polohovat individuálně. Intervaly mezi změnami polohy se řídí podle stavu pacienta, takže mohou kolísat od 20 minut do 4 hodin. Podle Vytejškové (2012) je podnětem pro změnu polohy v lůžku delší setrvání v jedné poloze, kterou pak nemocný cítí jako nepohodlnou, nepříjemnou a bolestivou.

Další otázka pro ověření hypotézy H1, zda sestry na oddělení používají pouze polohovací pomůcky, se týkala využívání pomůcek pro aktivizaci a soběstačnost pacienta (Graf 17). Sestry z rehabilitačního oddělení využívají u pacienta chodítka, berle, hole, držáky na tužky, sedačky do vany a vozíky pro hemiparetiky. Zatímco sestry z neurologie využívají hole, berle a chodítka. Z uvedeného vyplývá, že sestry z neurologie nemají nebo nevyžívají pomůcky k aktivizaci a soběstačnosti pacienta po cévní mozkové příhodě. Na rehabilitačním oddělení najdeme více takovýchto pomůcek, protože rehabilitace je prvotní a hlavní pracovní náplní oddělení. K tomu, aby byla

rehabilitace na neurologickém oddělení co nejefektivnější, je nutno zabezpečit dostatek pomůcek, jako např. vozíky pro hemiparetik, které slouží k podpoře léčby pacienta po cévní mozkové příhodě. Z výsledků šetření je zřejmé, že na neurologickém oddělení sestry málo využívají zvedáky a sedačky pro pacienty.

V rámci otázek ohledně rehabilitačního ošetřování a polohování byly sestry dotazovány na pojem mikropolohování (Graf 14). Sestry z rehabilitačního oddělení ve většině potvrdily, že tento pojem znají. Více jak polovina sester z neurologického oddělení uvedla, že neví, co je mikropolohování. Z pohledu výsledku kazuistiky č. 4 je patrné, že sestry mikropolohování provádí, ale nejsou si toho vědomy, protože tento pojem neznají.

Závěr při ověřování první hypotézy H1. Sestry využívají při rehabilitačním ošetřování nejen polohovací pomůcky, ale i další pomůcky včetně pomůcek pro aktivizaci a soběstačnost. Hypotéza H1 se nepotvrdila. Tuto skutečnost potvrdily především odpovědi na otázku, kterou znázorňuje Graf 10. Z tohoto grafu je patrné, že jsou při rehabilitačním ošetřování používány i jiné pomůcky než polohovací (např. berle, hole, zvedáky, sedačky apod.). Z kazuistiky č. 1 a 2 vyplývá stejný závěr jako z dotazníkového šetření. Na rehabilitačním oddělení i neurologickém oddělení jsou pomůcky pro aktivizaci a soběstačnost pacienta po cévní mozkové příhodě.

Další oblastí šetření bylo pravidelné dokumentování rehabilitačního ošetřování. Na ověření této hypotézy H2 byly zaměřeny celkem čtyři otázky. Sestry byly dotazovány, jakým způsobem (Graf 20) a do jaké dokumentace (Graf 21) zaznamenávají záznamy o provedeném rehabilitačním ošetřování pacienta po CMP. Sestry na neurologickém oddělení uvádějí nejčastěji ošetřovatelskou dokumentaci. Na rehabilitačním oddělení sestry odpověděly, že záznamy provádějí do ošetřovatelské dokumentace a do záznamu rehabilitačního ošetřování. Záznam rehabilitačního ošetřování je velice přínosný a podrobný dokument o provedeném rehabilitačním ošetřování. Tento dokument by bylo vhodné zavést na každém oddělení, kde jsou pacienti s CMP, a to jako doplňující dokumentace nejen u pacientů s cévní mozkovou

příhodou. Důvodem je skutečnost, že pouhý záznam do ošetrovatelské dokumentace se jeví jako zcela nedostačující. Otázkou na pravidelné dokumentování rehabilitačního ošetřování bylo ověřováno pravidelné přehodnocování rehabilitačního ošetřování. Sestry z neurologického oddělení uvádějí nejčastěji přehodnocování rehabilitačního ošetřování individuálně dle aktuálního stavu pacienta v počtu 21 (38%) a 1x denně uvedly v počtu 16 (29%). Sestry z rehabilitačního oddělení uvádějí přehodnocování rehabilitačního ošetřování nejčastěji 1x denně v počtu 20 (53%). Ze všech kazuistik vyplývá, že rehabilitační ošetřování je pravidelně dokumentováno každý den.

Při hodnocení rizika vzniku dekubitů sestry na neurologickém oddělení nejčastěji uvádějí přehodnocování pacienta po CMP denně v počtu 18 (33%) sester, při změně stavu v počtu 14 (25%) sester a při příjmu a propuštění v počtu 14 (25%) sester, zatímco sestry z rehabilitačního oddělení nejčastěji uvádějí přehodnocení denně v počtu 13 (34%) a při změně stavu v počtu 12 (32%) sester. Hodnocení pacientů je prováděno vždy při jejich příjmu a dále v pravidelných intervalech při jakékoliv změně, nebo v rozpětí 1x denně až 1x týdně s tím, že hodnocení musí být pokaždé zdokumentováno, uvádí Mikula (2008). Praxe pomohla ověřit přehodnocování pacienta při příjmu a propuštění a při změně stavu. U pacienta z kazuistiky č. 4 byla sepsána při příjmu stupnice hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové. Bylo zjištěno vysoké riziko vzniku dekubitů. Sestry pacienta hodnotily při příjmu a při změně stavu do ošetrovatelské dokumentace. Každý den při ranní hygieně pacientovi kontrolovaly predilekční místa.

Podle Angerové (2006) by měl být stav pacienta pravidelně sledován jednotlivými odborníky pomocí různých objektivizačních funkčních diagnostických metod. Naše další otázka se zaměřila na oblast používání hodnotících testů u pacientů po CMP (Graf 22) a jejich četnosti (Graf 23). Sestry z neurologického oddělení využívají nejčastěji test na hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové a to v počtu 51 (93%) sester, test na hodnocení rizika pádu v počtu 45 (82%) sester, test dle BI v počtu 33 (60%) sester a nutriční screening v počtu 32 (38%). Sestry z rehabilitačního oddělení uvádějí nejčastěji test na hodnocení rizika vzniku dekubitů

dle Nortonové v počtu 38 (100%) sester, test na hodnocení rizika pádu v počtu 37 (97%) sester, test dle BI v počtu 31 (82%) sester a nutriční screening v počtu 33 (87%) sester. Ve velké míře byl zmíněn i test na posouzení psychického stavu a byl označen i test dle Fima. Testy využívané na neurologickém oddělení jsou dostačující, ale rehabilitační oddělení by rozhodně mělo více využívat test dle Fima, který je zaměřen nejen na soběstačnost pacienta, ale i na jeho kognitivní funkce, což u testu dle BI nenalezneme. Překvapující pro nás bylo, že sestry málo uváděly test na nutriční screening. Tento test je zásadní v ošetrovatelské péči o pacienta po cévní mozkové příhodě. Můžeme se však domnívat, že sestry opomenuly, tento test v dotazníku označit. Přehodnocování Barthel testu všedních denních činností sestry z neurologického oddělení nejčastěji uváděly při příjmu a propuštění a při změně stavu. Zatímco na rehabilitaci uvedly sestry ve velké míře všechny uvedené možnosti. Z kazuistiky č. 2 a 4 vyplývá, že ale Barthel index nebyl přehodnocen po celou dobu pobytu pacienta na neurologickém oddělení. Zhodnocen byl pouze při příjmu a propuštění. Kazuistika č. 1 a 3, tedy z rehabilitačního oddělení. Zde byl BI přehodnocován při každé změně stavu pacienta.

Závěr z ověření hypotézy H2. Sestry provádějí a pravidelně dokumentují záznamy o provedeném rehabilitačním ošetřování, a to zejména do ošetrovatelské dokumentace. Hypotéza H2 byla potvrzena a je správná. Toto tvrzení je graficky zobrazeno přímo na Grafu 20, kdy se celkem 78 (84%) respondentů vyjádřilo, že pravidelně provádí záznam o provedení rehabilitačního ošetřování pacientů s cévní mozkovou příhodou. Záznam neprovádí pouze 15 (16%) respondentů.

Pro potvrzení hypotézy H3, která se týká omezení poskytování rehabilitačního ošetřování z důvodu času, byly zaměřeny dvě otázky (Graf 18, 19). Zde respondenti z rehabilitačního oddělení převážně odpovídali, že na provádění rehabilitačního ošetřování mají zpravidla dostatek času. Tyto odpovědi lze u tohoto oddělení očekávat, protože rehabilitace patří mezi základní náplň pracovní činnosti oddělení. Oproti tomu sestry z neurologického oddělení zcela jednoznačně uvádějí nedostatek času pro

provádění rehabilitačního ošetřování. Tato skutečnost vyplývá z toho, že pro sestry na tomto oddělení je rehabilitační ošetřování pouze doplňkovou pracovní činností.

Dílčí závěr z ověřování hypotézy H3. Hypotéza H3 byla ověřena jako správná. Z šetření vyplynulo, že sestry vidí problém v poskytování rehabilitačního ošetřování v nedostatku času, který vysvětlují nedostatkem personálu a přílišnou administrativou. Toto tvrzení vychází přímo z vyhodnocení odpovědí Graf 18. Zde odpovědělo 27 (29%) respondentů, že má dostatek času na provádění rehabilitačního ošetřování pacientů s cévní mozkovou příhodou. Naproti tomu 66 (71%) respondentů uvedlo nedostatek času na provádění rehabilitačního ošetřování pacientů s cévní mozkovou příhodou.

Poslední prověřovanou oblastí byla otázka týkající se informovanosti sester v oblasti rehabilitačního ošetřování pacientů po cévní mozkové příhodě. První otázka na ověření této hypotézy byla, zda sestry používají záznam rehabilitačního ošetřování při předání služby (Graf 24). Nepoužívání tohoto záznamu uvedlo 38 (69%) sester z neurologického oddělení. Sestry z rehabilitačního oddělení uvedly, že z větší části a to 21 (55%) si rehabilitační ošetřování předávají. Využití záznamu o rehabilitačním ošetřování při konzultaci se staniční sestrou bylo řešeno v Grafu 25. Sestry z neurologického oddělení uvedly ve většině a to v počtu 33 (60%), že rehabilitační ošetřování nekonzultují se staniční sestrou, zatímco na rehabilitačním oddělení sestry odpověděly, že rehabilitační ošetřování konzultují se staniční sestrou. Na otázku, zda sestry používají záznam rehabilitačního ošetřování při sesterské vizitě (Graf 26), sestry z neurologického oddělení ve většině případů odpověděly, že záznam při sesterské vizitě nepoužívají a to v počtu 40 (73%) sester. Sestry z rehabilitačního oddělení uvedly, že záznam při sesterské vizitě používají. Sestry byly dále dotazovány na složení ošetřovatelského managementu, který sleduje rehabilitační ošetřování (Graf 28). Sestry z neurologického i rehabilitačního oddělení odpověděly, že se ošetřovatelský management skládá z vrchní a staniční sestry. Další otázkou bylo zjišťováno, jestli jsou si sestry vědomy, co ošetřovatelský management na jejich oddělení sleduje (Graf 27). Sestry z neurologického oddělení i rehabilitačního oddělení odpověděly, že se sleduje výskyt dekubitů na oddělení, výskyt nosokomiálních nákaz, výskyt mimořádných

událostí a výsledky auditů. Na otázku, zdali jsou sestry dostatečně informované od ošetrovatelského managementu o možnostech zlepšení kvality péče (Graf 29), sestry z neurologického i rehabilitačního oddělení odpovídaly, že ano a to na neurologickém oddělení v počtu 32 (58%) a na rehabilitačním oddělení v počtu 36 (95%).

Dílčí závěr z ověření hypotézy H4. Hypotéza H4 byla ověřena a potvrzena. Výsledky rehabilitačního ošetřování jsou průběžně sledovány ošetrovatelským managementem na neurologickém oddělení uvedlo méně jak polovina, rehabilitační oddělení více jak polovina. Toto tvrzení je nepřímo ověřeno výsledky, které jsou znázorněny v Grafu 27. Problémem je však nedostatečné následné využití výsledků při další léčbě.

Z provedených kazuistik a Barthel indexu vyplývá, že stav u tří pacientů se zlepšil u jednoho pacienta zůstal stav nezměněn. U pacienta P.J. z kazuistiky č. 1 vyplývá změna stavu o 15 bodů. Střední stupeň závislosti však u něho přetrvával. U pacientky V.R. z kazuistiky č. 2 vyplývá změna stavu o 15 bodů. Ze středního stupně závislosti se stav změnil na lehký stupeň závislosti. U pacientky D.J. z kazuistiky č. 3 se stav zlepšil o 30 bodů. Ze středního stupně závislosti se stav změnil na lehký stupeň závislosti. U pacienta P.M. se stav nezměnil. Zůstal vysoký stupeň závislosti.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku rehabilitačního ošetřování pacientů po cévní mozkové příhodě. Cílem výzkumu bylo zjistit současný stav a podmínky pro práci sester v poskytování rehabilitačního ošetřování.

V bakalářské práci bylo zvoleno kvantitativní i kvalitativní výzkumné šetření. Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno pomocí anonymních dotazníků, zatímco doplňující kvalitativní šetření bylo provedeno pomocí kazuistiky a Barthel indexu. Dotazníky byly rozdány na neurologickém a rehabilitačním oddělení Nemocnice Třebíč p. o., Nemocnice České Budějovice a. s., Nemocnice Šumperk a. s., Nemocnice Ivančice p. o. Tyto dotazníky byly zpracovány do grafů. Kazuistiky s Barthel indexem byly zpracovány na neurologickém a rehabilitačním oddělení Třebíč a zpracovány do tabulek. K dosažení cíle byly stanoveny čtyři hypotézy. Tyto čtyři hypotézy mapují proces rehabilitačního ošetřování pacientů po cévní mozkové příhodě.

Hypotéza - H1: Sestry mají pro poskytování rehabilitačního ošetřování k dispozici pouze polohovací pomůcky. Tato hypotéza se nepotvrdila. Z výzkumu je patrné používání i dalších pomůcek na odděleních, a to nejen pro polohování, ale i pro aktivizaci a soběstačnost pacienta. To potvrdily i výsledky ze všech kazuistik. Na odděleních se používají především berle, hole, chodítka a lehátka do koupelny. I když se hypotéza nepotvrdila, neurologické oddělení uvádí velmi málo pomůcek k aktivizaci a soběstačnosti pacienta.

Hypotéza – H2: Sestry rehabilitační ošetřování pravidelně dokumentují v rámci ošetřovatelského procesu. Tato hypotéza se potvrdila a je správná, sestry udávají pravidelné dokumentování rehabilitačního ošetřování, a to zejména do ošetřovatelské dokumentace. Tato hypotéza byla také potvrzena všemi doplňujícími kazuistikami. Sestry provádějí pravidelné záznamy o provedeném rehabilitačním ošetřování do ošetřovatelské dokumentace a záznamu rehabilitačního ošetřovatelství.

Hypotéza - H3: Jako problém pro poskytování rehabilitačního ošetřování sestry uvádějí nedostatek času. Tato hypotéza se potvrdila a je správná, z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry nemají dostatek času na rehabilitační ošetřování z důvodu nedostatku personálu a množství administrativy.

Hypotéza – H4: Výsledky rehabilitačního ošetřování jsou sledovány ošetřovatelským managementem. Tato hypotéza se potvrdila a je správná, z výzkumného šetření vyplynulo, že ošetřovatelský management sleduje rehabilitační ošetřování.

Výsledky výzkumného šetření budou předloženy všem zúčastněným nemocnicím. Tuto bakalářskou práci lze jako celek využít také jako edukační materiál pro sestry. Dále byl vytvořen edukační materiál (Příloha 8) na téma „Rehabilitační ošetřování o pacienta po CMP - specifika polohování.“ Edukační materiál je zaměřen pouze na metodu polohování. Důvodem tohoto omezení je především klíčový význam této metody při další následné léčbě pacienta. Dalším důvodem je značná obsáhlost celého procesu rehabilitačního ošetřování pacientů po cévní mozkové příhodě. V případě zpracování edukačního materiálu pro celý obsah rehabilitačního ošetřování pacientů po cévní mozkové příhodě, by byl vytvořený edukační materiál velmi obsáhlý. Z prvních reakcí v nemocnicích, kde výzkum probíhal, jsou již známy první přínosy pro praxi. Management ošetřovatelství na interním oddělení v Nemocnici Ivančice p. o. na základě anonymního dotazníku, který dopadl nepříznivě, bude pořádat seminář zaměřený na rehabilitační ošetřování pro zvýšení znalostí sester v této oblasti.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADAMČOVÁ, H., a kol., 2005. *Neurologie 2005*. 1.vyd. Praha: Triton. 266s. ISBN 80-7254-613-9

ADAMS, B., HAROLD, C. E., 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada. 488s. ISBN- 80-7169-893-8

AMBLER, Z., 2006. *Základy neurologie*. 6.vyd. Praha: Galén. 351s. ISBN 80-7262-433-4

ANGEROVÁ, Y., 2006. Rehabilitace pacientů po cévní mozkové příhodě. *Florence*. roč. 2. č. 6. s. 29-31. ISSN 1801-464X

DOBROVODSKÁ, L., 2012. Realizace opatření na prevenci dekubitů. *Florence*. roč. 8. č. 3. s.19-21. ISSN 1801-464X

DYLEVSKY, I., 2000. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava. 480 s. ISBN 80-86297-05-5

ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O., 2007. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 309s. ISBN 978-80-246-1216-4

FARKAŠOVÁ, D., a kol., 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. 1.vyd. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8

FRIEDLOVÁ, K., 2004. *Co je Bazální stimulace*. [online]. [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: http://www.bazalnestimulace.cz/bazalni_stimulace.php

FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Praha: Grada. 168s. ISBN 978-80-247-1314-4

FULLER, G., 2008. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. 1.vyd. Praha: Grada. 256s. ISBN 80-247-1914-2

GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada. 248s. ISBN 978-80-247-1868-2

- GROHAR-MURRAY, M., DiCRORE, H., 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada. 317s. ISBN 8024702673
- KALITA, Z., a kol., 2006. *Akutní cévní mozkové příhody*. 1.vyd. Praha: Maxdorf. 623s. ISBN 80-85912-26-0
- KALVACH, P., a kol., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3.vyd. Praha: Grada. 246s. ISBN 978-80-247-2765-3
- KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J., 2005. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařský zdravotních oborů. 117 s. ISBN 80-7013-423-2.
- KŘÍŽOVÁ, D., TICHÁ, A., BUREŠOVÁ, L., 2012 Edukace v oblasti rehabilitačního ošetřování. *Sestra*. roč. 22. č. 3. s. 20-21. ISSN 1210-0404
- LIPPERTOVÁ-GRUNEROVÁ, M., 2005. *Neurorehabilitace*. 1.vyd., Praha: Galén. 350s. ISBN-807262-317-6.
- LUKAVSKÁ, J. MALINOVÁ Š., 2009. Subarachnoideální krvácení z aneuryzmatu a arteriovenozních malformací. *Florence*. roč. 5. č. 4. s.28-29. ISSN 1801464X
- MAYER, M., 2012. *Neglekt opomíjený syndrom?* [online]. [cit.2012-04-07]. Dostupné z: www.ftk.upol.cz/dokumenty/kfa/Neglektsh/Neglektsh.ppt
- Metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR částka 6/2009., 2009 [online]. [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: www.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx?id=1155&name...06-09.pdf
- MIKULA, J., MÜLLEROVÁ J., 2008. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada. 104s. ISBN 978-80-2043-2
- MIKULÍK, R., 2006. Cévní mozková příhoda. *Sestra*. roč. 16. č. 10 s. 29. ISSN 1210-0404

- MLČOCHOVÁ, R., 2004. Role logopeda pracujícího v gerontologickém centru-komunikace s klientem s narušenou komunikační schopností. *Ošetrovatelství*. č. 3-4. s. 104-105. ISSN- neuvedeno.
- NEDVĚDOVÁ, M., PÁTKOVÁ, O., 2007. Komplexní rehabilitační péče o pacienta po CMP. *Florence*. roč. 3., č. 1. s.18-19. ISSN 1801-464X
- NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J., a kol., 2002. *Neurologie*. 1.vyd. Praha: Galén. 368s. ISBN- 80-7262-160-2
- NOVÁKOVÁ, E., 2012. *Fyzioterapie-rehabilitace*. [online]. [cit. 2012-04-07]. Dostupné z: <http://www.volny.cz/novacka/coje.htm>
- OREL, M., FACOVÁ, V., a kol., 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. [online]. [cit. 2012-04-07]. Dostupné z: http://books.google.cz/books?id=6jLmkSrixn0C&printsec=frontcover&hl=c&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- PARKER, S., 2007. *Lidské tělo*. 1.vyd. Londýn: Dorling Kindersley Limited. 256s. ISBN 978-80-242-2211
- PFEIFFER, J., 2007. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd. Praha: Grada. 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
- PLEVOVÁ, I., a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada. 288s. ISBN 978-80-247-3557
- POWELL, T., 2010. *Poškození mozku*. 1.vyd. Praha: Portál. 197 s. ISBN 978-80-7367-667-4
- SBÍRKA PŘEDPISŮ ČESKÉ REPUBLIKY 55/2011 Sb. - *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. 2011. [online].[cit. 2012-04-07]. Dostupné z: http://www.fnkv.cz/soubory/vyhlaska_55-r-2011%29sb%28cinnost%29.pdf
- SEIDEL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2

- SEIDEL, Z., OBENBERGER, J., 2005. *Neurologie pro studium i praxi*. 1.vyd. Praha: Grada. 364s. ISBN 80-247-0623-7
- SLEZÁKOVÁ, Z., 2002. *Neurologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta. 146 s. ISBN 80-8063-106-9
- ŠČEPOŇCOVÁ, S., 2009. Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. roč.19. č.11. s.11. ISSN 1210-0404
- ŠECLOVÁ, S., 2004. *Rehabilitace po Cévní mozkové příhodě*. 1. vyd., Praha: Grada. 199s. ISBN- 80-247-0592-3.
- TROJAN, S., DRUGA, R., PFIEFER. J., 2005. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN- 80-247-1296-2
- TYRLÍKOVÁ, I., a kol., 2003. *Neurologie pro sestry*. 1.vyd. Brno: IDV PZ. 287s. ISBN 80-7013-287-6
- VAŇÁSKOVÁ, E., 2004. *Testování v rehabilitační praxi- cévní mozkové příhody*. 1.vyd. Brno: NCO NZO. 65 s. ISBN 80-7013-398- 8
- Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 2/ 2010 - *Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice*. 2010. [online]. [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3703_1770_11.html
- VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace*. 1.vyd. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9
- VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1.vyd. Praha: Grada. 256s. ISBN-9788024734194

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Cévní mozková příhoda

Mozek

Rehabilitační ošetřování

Neurologie

Pacient

Sestra

9 SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1 - Dotazník

PŘÍLOHA 2 - Kritéria výběru na rehabilitační oddělení

PŘÍLOHA 3 - Kazuistiky a Barthel index

PŘÍLOHA 4 - Nutriční screening

PŘÍLOHA 5 - Barthel index

PŘÍLOHA 6 - Polohovací záznam a stupnice rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

PŘÍLOHA 7 - Záznam rehabilitačního ošetřovatelství

PŘÍLOHA 8 - Edukační materiál

PŘÍLOHA 1

Dotazník pro sestry

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Březovská, jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „**Rehabilitační ošetřování pacienta s cévní mozkovou příhodou**“. Prosím zaškrtněte jednu z nabízených možností, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za Váš čas strávený vyplněním dotazníkem.

1) Jakého pohlaví jste?

- žena
- muž

2) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- VOŠZ
- VŠ- Bc.
- VŠ- Mgr.
- specializace
- jiné (uved'te).....

3) Na jakém oddělení pracujete?

- neurologické oddělení
- rehabilitační oddělení

4) Jaká je délka vaší praxe?

- do 3 let
- 4-10 let
- 11-20 let
- nad 20 let

5) Kde jste se setkala s pojmem rehabilitační ošetřování?

(lze označit i více možností)

- při studiu na SZŠ
- při studiu na VOŠZ
- při studiu na VŠ-Bc.
- při studiu na VŠ-Mgr.
- v práci
- na vzdělávacích akcích
- jiné (uved'te).....

6) Je vaše pracoviště akreditované?

- ano
- ne
- připravuje se

7) Máte na oddělení standard rehabilitačního ošetřování?

- ano
- ne
- nevím

8) Patří rehabilitační ošetřování do náplně činností sester?

- ano
- ne
- nevím

9) Víte co je obsahem rehabilitačního ošetřování?

- ano
- ne

10) Které prvky rehabilitačního ošetřování používáte?

(lze označit i více možností)

- polohování
- kondiční cvičení
- vertikalizaci
- nácvik soběstačnosti
- aktivní cvičení
- pasivní pohyby
- dechová cvičení
- komunikaci

- užití tepla a chladu
- jiné (uveďte).....

11) V rámci multidisciplinárního týmu u pacientů po CMP spolupracujete:

(lze označit i více možností)

- fyzioterapeuty
- ergoterapeuty
- logopedy
- lékaři
- psychology
- rodinnými příslušníky
- pomocným ošetrovatelským personálem
- jinými pracovníky (uveďte).....

12) Hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů po CMP provádíte:

- denně
- při změně stavu
- 1x týdně
- při příjmu a propuštění
- neprovádíme

13) Jaké polohovací pomůcky používáte u pacientů po CMP?

(lze označit i více možností)

- antidekubitární matrace
- antidekubitární podložky
- molitanové válce a klíny
- pytlíky s pískem
- perličkové polohovací pomůcky (klínky, hady)
- antidekubitární boty
- derotační boty
- dlahy
- polštáře
- jiné (uveďte).....

14) Používáte mikropolohování u pacientů po CMP?

- ano
- ne

15) Polohování pacientů po CMP během dne provádíte:

- individuálně
- po 1 hodině
- po 2 hodinách
- 1-2x denně

16) Polohování pacientů po CMP během noci provádíte:

- individuálně
- po 1-2 hodinách
- po 2-4 hodinách
- po 6-8 hodinách

17) Jaké pomůcky využíváte k aktivizaci-soběstačnosti pacientů po CMP?

(lze označit i více možností)

- držáky na tužky, příbory
- piktogramy
- peroneální pásky
- chodítka
- hole, berle
- zvedáky
- sedačky do vany
- vozíky pro hemiparetiky
- jiné (uved'te).....

18) Máte dostatek času na rehabilitační ošetřování pacientů po CMP?

- ano
- ne

19) Vidíte překážky, které vás omezují v provádění rehabilitačního ošetřování?

(lze označit i více možností)

- žádné nevidím
- administrativa u pacienta
- nedostatek personálu
- špatná organizace práce na oddělení
- jiné (uved'te).....

20) Záznam o rehabilitační ošetrování provádíte:

- nezaznamenáváme (neprovádíme)
- individuálně dle stavu
- 1 x denně
- 2 x denně
- jiné (uveďte).....

Pokud neprovádíte, přejděte na otázku č. 21

21) Záznam o rehabilitačním ošetrování provádíte do:

(lze označit i více možností)

- ošetrovatelské dokumentace
- záznamu rehabilitačního ošetrovatelství
- edukačního záznamu
- polohovacího záznamu
- lékařské dokumentace
- jiné (uveďte).....

22) Jaké testy používáte na hodnocení pacientů po CMP?

(lze označit i více možností)

- test BI (Barthel index)
- test dle Fimma
- test dle Nortonové
- test dle Bradenové
- test na hodnocení nutrice(např. nutriční screening)
- test na hodnocení rizika pádu
- test na posouzení psychického stavu
- žádné z uvedených
- jiné (uveďte).....

Pokud nepoužíváte testy, přejděte na otázku č. 23

23) Testování BI u pacientů provádíte:

- při přijetí a propuštění
- po týdnu
- při změně stavu
- jiné (uveďte).....

24) Používáte záznam rehabilitačního ošetřování při předání služby?

- ano
- ne

25) Používáte záznam rehabilitačního ošetřování při konzultaci se staniční sestrou?

- ano
- ne

26) Používáte záznam rehabilitačního ošetřování při sesterské vizitě vedené vrchní sestrou?

- ano
- ne

27) Ošetřovatelský management na vašem pracovišti sleduje:

(lze označit i více možností)

- provádění rehabilitačního ošetřování
- výskyt dekubitů na oddělení
- organizaci práce nelékařských pracovníků
- výsledky auditů
- výskyt nozokomiálních nákaz
- výskyt mimořádných událostí
- jiné (uveďte).....

28) Myslíte si, že sledování rehabilitačního ošetřování je v náplni managementu:

staniční sestry ano ne

vrchní sestry ano ne

hlavní sestry ano ne

29) Jste informováni ošetřovatelským managementem o možnostech zlepšení kvality péče u pacientů s CMP?

- ano
- ne

Ještě jednou děkuji za spolupráci.

Lucie Březovská

PŘÍLOHA 2

Kritéria výběru na rehabilitační oddělení

Rehabilitační oddělení přijímá na akutní včasné lůžka pacienty po úrazech, při neurologických problémech, bolestech zad, dále pak pacienty pro nácvik chůze, chůze o protéze, ochrnuté pacienty atd. Podmínkou příjmu je však schopnost zvládnout intenzivní rehabilitační režim a schopnost spolupráce s pacientem. Na rehabilitační oddělení se tedy nepřijímají pacienti s demencí, těžkými febrilními stavy a zmateností.

PŘÍLOHA 3

Kazuistiky

Tabulka 1: Kazuistika 1

Název:		Kazuistika č. 1 REHABILITACE						
Informace o pacientovi:								
Jméno, Příjmení:		P. J. (muž)		Ročník narození		1918		
Povolání:		Důchodce			Dříve vedoucí výroby Lacrum			
Sociální zajištění:		Bydlí s dětmi						
Dieta číslo:		3	Kategorie	2	Váha	80 kg	Výška	170 cm
TK	180/100 mmHg	Tep	100'	Počet dechů	14	TT	36,3°C	
Informace ze zdravotní dokumentace:								
<u>Lékařská diagnóza:</u>								
I635 recidivující cévní mozková příhoda v povodí ACM. V úvodu s vertigem a pádem bez alterace vědomí, progresse poruchy hybnosti pravostranných končetin.								
<u>Přidružené onemocnění pacienta:</u>								
- CHOPN - ICHS - lymfedém dolních končetin - arteriální hypertenze III. - artrotické změny všech částí kloubů								
Dne 2.3. 2012 v 15:00 se pacientovi zamotala hlava a upadl na pravou stranu. Byl převezen na neurologické oddělení v Třebíči. Pravá horní končetina lehce monoparetická. Pravá dolní končetina monoparéza středně těžkého stupně. Při pádu kontuze pravého kyčelního kloubu. První cévní mozková příhoda v roce 2007- pravostranná hemiparéza. Dne 6. 3. zlepšení stavu pacienta. Pacient s dopomocí vertikalizován, chůze s oporou (chodítka). Pacient se posadí, pravá horní končetina držena v klidu ve Wernickamnově držení, ale pacient končetinu vědomě srovná. Potíže s elevací dolních končetin z důvodu lymfedému-bandáže dolních končetin. Při komunikaci se pacient lehce zadýchává, jinak bez poruchy. Dnes pacient indikován k léčbě na rehabilitačním oddělení. Dne 9. 3. 2012 pacient přeložen na rehabilitační oddělení.								

Provedená vyšetření:
2.3. 2012 CT mozku- ischemie v pontu 4.3. 2012 kontrolní CT- bez změny stavu Sono srdce- nevýznamné AS změny EKG- bifascikulární blokáda- levý přední hemiblok
Medikace:
Ibalgin gel pod priessnitz obklad na koleno 0-1-1 Novalgin tbl. při Vas stupně 3 denně s odstupem 4hod. Tramal 100mg 1amp. Při VAS stupně 5 max. 1xdenně Berodual inh. Dle potřeby 3x1denně Kamiren 4mg p.o. 0-01 Trombex 75mg p.o. 1-0-0 Anopyrin 100mg p.o. 0-1-0 Euphyllin CRN 300 mg 1-0-1
Poznámky:
<p>Dne 9. 3. 2012 jsem navštívila rehabilitační oddělení. Seznámila jsem se s pacientem a jeho dokumentací, kde jsem si opsala BI pacienta při příjmu na neurologické oddělení. Překvapilo mě, že na oddělení mají záznam rehabilitačního ošetřovatelství (Příloha 7). Pacient komunikuje velmi dobře. Problémy má pouze s chůzí. Pravá noha monoparetická. Pacient chodí o tříbodové holi. Chůzi po pokoji dne 9. 3. 2012 pacient zvládá s dopomocí. Chůzi po chodbě také s dopomocí. Přesun na židli zvládá s dopomocí. Příjem potravy, hygieny, oblékání a vyprazdňování taktéž s dopomocí. Za 7 dní tedy 17. 3. 2012 se u pacienta mění chůze po pokoji a chodbě, které zvládá za pomoci francouzských holí a pod dohledem. Stále zůstává dopomoc při příjmu potravy, hygieně, oblékání a vyprazdňování. Rehabilitační ošetřování bylo u pacienta dokumentováno každý den do záznamu rehabilitačního ošetřovatelství a ošetřovatelské dokumentace. Test dle BI se přehodnocoval pravidelně při změně stavu.</p>

Rozdíl BI při příjmu a propuštění pacienta			
<i>2 .3. 2012</i>		<i>17. 3. 2012</i>	
Příjem potravy	S pomocí	Příjem potravy	S pomocí
Soběstačnost	S pomocí	Soběstačnost	S pomocí
Přesun lůžko židle	S malou pomocí	Přesun lůžko židle	Samostatně bez pomoci
Chůze po rovině	Neprovede	Chůze po rovině	S pomocí
Chůze po schodech	Neprovede	Chůze po schodech	Neprovede

Barthel index - Neurologické oddělení při příjmu pacienta 2. 3. 2012 – pacient P.J.		
Příjem tekutin a potravy	S pomocí	5
Oblékání	S pomocí	5
Koupání	S pomocí	5
Osobní hygiena	S pomocí	5
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
Použití WC	S pomocí	5
Přesun lůžko židle	S malou pomocí	10
Chůze po rovině	Neprovede	0
Chůze po schodech	Neprovede	0
Při příjmu na neurologické oddělení má pacient Barthel index 55 bodů - střední stupeň závislosti.		

Barthel index - Rehabilitační oddělení při příjmu pacienta 9. 3. 2012 - pacient P.J.

Příjem tekutin a potravy	S pomocí	5
Oblékání	S pomocí	5
Koupání	S pomocí	5
Osobní hygiena	S pomocí	5
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
Použití WC	S pomocí	5
Přesun lůžko židle	S malou pomocí	10
Chůze po rovině	S pomocí 50 m	10
Chůze po schodech	Neprovede	0

Při příjmu na rehabilitační oddělení má pacient Barthel index 65 bodů – lehký stupeň závislosti.

Barthel index - Rehabilitační oddělení 17. 3. 2012 - pacient P.J.

Příjem tekutin a potravy	S pomocí	5
Oblékání	S pomocí	5
Koupání	S pomocí	5
Osobní hygiena	S pomocí	5
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
Použití WC	S pomocí	5
Přesun lůžko židle	Samostatně bez pomoci	15
Chůze po rovině	S pomocí 50m	10
Chůze po schodech	Neprovede	0

Na rehabilitačním oddělení má pacient 17. 3. 2012 Barthel index 70 bodů - lehký stupeň závislosti.

Barthel index – souhrn (Kazuistika č. 1)		
Při příjmu na neurologické oddělení 2. 3. 2012	Při příjmu na rehabilitační oddělení 9. 3. 2012	Na rehabilitačním oddělení dne 17. 3. 2012
55 bodů - střední stupeň závislosti	65 bodů - střední stupeň závislosti	70 bodů - střední stupeň závislosti

Tabulka 2: Kazuistika 2

Název:		Kazuistika č. 2 NEUROLOGIE						
Informace o pacientovi:								
Jméno, Příjmení:		V. R. (žena)		Ročník narození		1927		
Povolání:		Nezjištěno			Nezjištěno			
Sociální zajištění:		Nezjištěno						
Dieta číslo:		3	Kategorie	1	Váha	60kg	Výška	168cm
TK	140/95 mmHg	Tep	89´	Počet dechů	16	TT	36,6°C	
Informace ze zdravotní dokumentace:								
<u>Lékařská diagnóza:</u>								
I 634 Mozkový infarkt z p. embol. mozkových tepen. Recidiva ischemické cévní mozkové příhody v povodí ACM, klinicky expresivní fatická porucha, lehká pravostranná hemiparéza. Lehká centrální léza nervus VII. vpravo.								
<u>Přidružená onemocnění:</u>								
Fibrilace síní nejasného stáří								
Hypertenze III.								
Medikamentózně navozená bradykardie								
Hypercholesterolémie								
Dne 3. 3. 2012 přijela RZP na neurologické oddělení v Třebíči se synem, nemohla mluvit, vzniklá fatická porucha. Pravá dolní končetina lehce monoparetická, a pravá horní končetina také lehce monoparetická. Pacientka při příjmu velmi zmatená, nepamatovala si, co se stalo a kde je.								
Provedená vyšetření:								
7.3. 2012 CT- suspektivní menší ložiska čerstvé ICBS v povodí ACM vlevo.								
7.3. 2012 EKG								
9.3. 2012 kontrolní CT- beze změny								

Medikace:

Trombex 75mg p.o. 1-0-0

Furon 40 mg p.o. ½-0-0

Ramipril 5 mg 1-0-0

Agen 5 mg 1-0-0

Sortis 20mg 0-0-1

Poznámky:

Dne **10. 3. 2012** jsem navštívila neurologické oddělení nemocnice Třebíč. Seznámila jsem se s pacientkou a dokumentací, kde jsem si opsala BI pacientky při příjmu na oddělení. Pacientka má expresivní fatickou poruchu. Problémy má s chůzí, potřebuje doprovod. Z důvodu lehké monoparézy pravé horní končetiny potřebuje pacientka dopomoc při každodenních všedních činnostech jako je hygiena, příjem potravy, oblékání a vyprazdňování. Vertikalizace u pacientky pouze pod dohledem ošetrovatelského personálu. U pacientky založena bilance tekutin, sama se nenapije i v tomto případě je vedena k soběstačnosti. Dne **17. 3. 2012** je u pacientky vidět zlepšení. Sama se zvládá napít, i když vzhledem k věku musí být stále pobízena, ať se napije. Najíst se také zvládá sama. Stále však s dopomocí dochází na toaletu a potřebuje dopomoc při hygieně, oblékání, na židli se přesune samostatně. Stále pokračuje fatická porucha. K pacientce dochází logoped a řeč s ní cvičí. Pacientka se sama snaží procvičovat na doporučení logopeda, dostala od něho materiály, na procvičování řeči. Rehabilitační ošetřování bylo zaznamenávané každý den do ošetrovatelské dokumentace. Pacientka je doporučena příští týden na překlád domů. Syn si však pacientku nemůže domů odvézt, proto doporučeno ONP Moravské Budějovice. Test BI se hodnotil při příjmu a propuštění. Pacientka převezena dne 20. 3. 2012 na ONP Moravské Budějovice.

Rozdíl BI při příjmu a propuštění pacienta			
<i>3. 3. 2012</i>		<i>10. 3. 2012</i>	
Příjem potravy	S pomocí	Příjem potravy	Samostatně
Soběstačnost	S pomocí	Soběstačnost	S pomocí
Přesun lůžko židle	S malou pomocí	Přesun lůžko židle	Samostatně
Chůze po rovině	S pomocí 50m	Chůze po rovině	S pomocí 50m
Chůze po schodech	Neprovede	Chůze po schodech	S pomocí

Barthel index - Neurologické oddělení při příjmu pacienta 3. 3. 2012 – pacientka V. R.		
Příjem tekutin a potravy	S pomocí	5
Oblékání	S pomocí	5
Koupání	S pomocí	5
Osobní hygiena	S pomocí	5
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
Použití WC	S pomocí	5
Přesun lůžko židle	S malou pomocí	10
Chůze po rovině	S pomocí 50m	10
Chůze po schodech	Neprovede	0
Při příjmu na neurologickém oddělení má pacientka Barthel index má 65 bodů - lehký stupeň závislosti.		

Barthel index - Neurologické oddělení 10. 3. 2012 - Pacientka V.R.		
Příjem tekutin a potravy	S pomocí	5
Oblékání	S pomocí	5
Koupání	S pomocí	5
Osobní hygiena	S pomocí	5
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
Použití WC	S pomocí	5
Přesun lůžko židle	S malou pomocí	10
Chůze po rovině	S pomocí 50m	10
Chůze po schodech	S pomocí	5
Na neurologickém oddělení má pacientka 10. 3. 2012 Barthel index 70 bodů - lehký stupeň závislosti.		

Barthel index - Neurologické oddělení 17. 3. 2012 – pacientka V. R.		
Příjem tekutin a potravy	Samostatně	10
Oblékání	S pomocí	5
Koupání	S pomocí	5
Osobní hygiena	S pomocí	5
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
Použití WC	S pomocí	5
Přesun lůžko židle	Samostatně bez pomoci	15
Chůze po rovině	S pomocí 50 m	10
Chůze po schodech	S pomocí	5
Na neurologickém oddělení má pacientka 17. 3. 2012 Barthel index 80 bodů - lehký stupeň závislosti.		

Barthel index – souhrn (Kazuistika č. 2)		
Při příjmu na neurologické oddělení 3. 3. 2012	Na neurologickém oddělení dne 10. 3 2012	Na neurologickém oddělení dne 17.3. 2012
65 bodů - střední stupeň závislosti	70 bodů – lehký stupeň závislosti	80 bodů - lehký stupeň závislosti

Tabulka 3: Kazuistika 3

Název:		Kazuistika č. 3 REHABILITACE						
Informace o pacientovi:								
Jméno, Příjmení:		D. J. (žena)		Ročník narození		1946		
Povolání:		Nezjištěno			Nezjištěno			
Sociální zajištění:		Nezjištěno						
Dieta číslo:		2	Kategorie	2	Váha	60 kg	Výška	157 cm
TK	150/80 mmHg	Tep	76´	Počet dechů	16	TT	36,8°C	
Informace ze zdravotní dokumentace:								
<u>Lékařská diagnóza neurologie:</u>								
I632 Mozkový infarkt v ACM I. dx. vznik nejasný								
<u>Lékařská diagnóza rehabilitace:</u>								
Z 501 Jiná fyzikální léčba								
15. 3. 2012 v ranních hodinách pacientka udává tlak do hlavy, zvracela. RZP přivezla pacientku na neurologické oddělení, diagnostkovaná středně těžká levostranná hemiparéza, lehká dysartrie, centrální paréza nervus XII. sin., nystagmus I st. Ad sinistra.								
<u>Přidružená onemocnění:</u>								
Hypertenze (esenciální) primární- dekompenzovaná 14.3. 2012								
Úzkostně depresivní stavy								
Nefrolitiáza a renální koliky v anamnéze.								
Alergie na chlad.								

Provedená vyšetření:

Vyšetření:

15. 3. 2012 CT mozku- bez známek čerstvé ischemie

15. 3. 2012 Sono srdce

16. 3. 2012 TEE- bez průkazu intrakardiální trombózy

16. 3. 2012 EEG a EMG

17.3. 2012 Kontrolní CT mozku- hypotenzí ložisko v pontu v pravo- dokončená ischemie

20. 3. 2012 Ambulance klinické logopedi plně zachovaná řeč, agrafie bez deficitu, lehčí forma při realizaci konkrétních hlásek artikulační neobratnost.

22. 3. 2012 RTG žil DKK- bez známek hluboké žilní trombózy

19. 3. 2012 kontrolní CT- beze změn

Dne 25.3. Pacientka potřebuje dopomoc při každodenních všedních činnostech, jídlo stačí přichystat, dále se pacientka nají sama, dopomoc při hygieně. Vertikalizována pouze pod dohledem. Chodí na delší vzdálenosti ve vysokém chodítku s fyzioterapeutkou. Rehabilitace levostranných končetin, logopedie.

Dne 29. 3. 2012 pacientka indikována k rehabilitaci na rehabilitačním oddělení.

Medikace:

Neurologie:

Hipres 10 mg 1-0-0 p.o.

Trombex 75 mg 1-0-0 p.o.

Lexaurin 1,5 mg 1-1-1 p.o.

Cipralext 10mg 1-0-0 p.o.

Rehabilitace:

Tuxedon 75mg 1-0-0 p.o

Recotens 1-0-0 p.o.

Citalon 10mg- 1-0-0 p.o.

Lexaurin 1,5 mg 1-0-1 p.o.

Poznámky:

Pacientka na neurologické oddělení přijata **15. 3. 2012**, z důvodu CMP a hemiparézy levostranných končetin. Dne **29. 3. 2012** jsem navštívila neurologická oddělení a seznámila jsem se s dokumentací pacientky. Pacientka je velmi pozitivně naladěna, má velkou snahu o zlepšení stavu, ráda mi ukazuje, jak se její stav zlepšil, ať vše můžu vidět a popsat. U pacientky je zvýšené riziko pádu. Oblastí edukace u pacientky byl pohybový režim. Dne **31. 3. 2012** pacientka chodí stále s fyzioterapeutkou ve vysokém chodítku, zlepšila se však v jídle a pití, které zvládá nachystat sama, jinak je stále nutná dopomoc při všech denních činnostech. Rehabilitační ošetřování bylo zaznamenáváno každý den do ošetřovatelské dokumentace. Dne **5. 4. 2012** pacientka přeložena na rehabilitační oddělení. **7. 4. 2012** Pacientka chodí již o tříbodové holi, po pokoji sama na delší vzdálenosti s doprovodem. Při hygieně potřebuje dopomoc, najíst se zvládá sama. U pacientky je hlavní nácvik v oblasti soběstačnosti chůze, oblékání a hygieny vše pod dohledem sestry. Rehabilitační ošetřování zaznamenáváno každý den do záznamu rehabilitačního ošetřovatelství a ošetřovatelské dokumentace. Test BI se pravidelně hodnotil při změně stavu.

Rozdíl BI mezi příjmem a propuštěním pacienta

<i>15. 3. 2012</i>		<i>7. 4. 2012</i>	
Příjem potravy	S pomocí	Příjem potravy	Samostatně
Soběstačnost	S pomocí	Soběstačnost	S pomocí
Přesun lůžko židle	Vydrží sedět	Přesun lůžko židle	Samostatně bez pomoci
Chůze po rovině	Neprovede	Chůze po rovině	S pomocí 50m
Chůze po schodech	Neprovede	Chůze po schodech	Neprovede

Barthel index - Neurologické oddělení při příjmu pacienta 15. 3. 2012- pacientka D.J.

Příjem tekutin a potravy	S pomocí	5
Oblékání	S pomocí	5
Koupání	S pomocí	5
Osobní hygiena	S pomocí	5
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
Použití WC	S pomocí (podložní mísa)	5
Přesun lůžko židle	Vydrží sedět	5
Chůze po rovině	Neprovede	0
Chůze po schodech	Neprovede	0

Při příjmu na neurologické oddělení má pacientka Barthel index 50 bodů - střední stupeň závislosti.

Barthel index - Neurologické oddělení 25. 3. 2012- pacientka D.J.

Příjem tekutin a potravy	S pomocí	5
Oblékání	S pomocí	5
Koupání	S pomocí	5
Osobní hygiena	S pomocí	5
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
Použití WC	S pomocí	5
Přesun lůžko židle	S malou pomocí	10
Chůze po rovině	S pomocí 50 m	10
Chůze po schodech	Neprovede	0

Na neurologickém oddělení má pacientka 25. 3. 2012 Barthel index 65 bodů - střední stupeň závislosti.

Barthel index - Rehabilitační oddělení 7. 4. 2012 – pacientka D.J.		
Příjem tekutin a potravy	Samostatně bez pomoci	10
Oblékání	S pomocí	5
Koupání	S pomocí	5
Osobní hygiena	S pomocí	5
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
Přesun lůžko židle	Samostatně bez pomoci	15
Chůze po rovině	S pomocí 50 m	10
Chůze po schodech	Neprovede	0
Na rehabilitačním oddělení má pacient Barthel index 80 bodů - lehký stupeň závislosti.		

Barthel index – souhrn (Kazuistika č. 3)		
Při příjmu na neurologické oddělení 15. 3. 2012	Na neurologickém oddělení dne 29. 3. 2012	Na rehabilitační oddělení 7. 4. 2012
50 bodů - střední stupeň závislosti	65 bodů - střední stupeň závislosti	80 bodů - lehký stupeň závislosti

Tabulka 4: Kazuistika 4

Název:		Kazuistika č. 4 NEUROLOGIE						
Informace o pacientovi:								
Jméno, Příjmení:		P. M. (muž)		Ročník narození		1932		
Povolání:		Důchodce			Dříve soustružník			
Sociální zajištění:		Bydlí s manželkou						
Dieta číslo:		9	Kategorie	3	Váha	86 kg	Výška	175 cm
TK	119/60 mmHg	Tep	66'	Počet dechů	15	TT	36,5°C	
Informace ze zdravotní dokumentace:								
<u>Lékařská diagnóza:</u>								
I64 CMP neurčená jako krvácení nebo infarkt, globální fatická porucha, pravostranná hemiparéza								
<u>Přidružené onemocnění pacienta:</u>								
- primární hypertenze								
- diabetes mellitus II. typu								
Dne 9. 4. 2012 v 16:00 pacient udává nevolnost, a zvracení. Byl převezen na neurologické oddělení Nemocnice Třebíč. Při příjmu pacient somnolentí, pravostranná hemiparéza a globální fatické porucha. Pacient dne 14. 4. 2012 zlepšení. Pacient stále hemiparetický na pravou stranu, ale zlepšení komunikace, pacient je schopen adekvátně reagovat. U pacienta je nutná dopomoc při všech denních činnostech. Pacient se sám neumyje, neoblékne, nenají. Má zavedený PMK č. 18.								
Provedená vyšetření:								
9. 4. 2012 CT mozku- bez jasného nálezu, odběry biochemie, krevního obrazu a moči, EKG.								
12. 4. 2012 kontrolní odběry biochemie a KO								
13. 4. 2012 Kontrolní CT mozku s kontrastem- diagnostikovaná levostranná dokončená ischemie								

Medikace:

Plasmalyte 1000 ml i.v. 8.00

Fraxiparin 0,4 s.c. 1-0-0

Novomix s.c. 26j.-20j.-20j.

Gopten 2 mg p.o. ½- 0-0

Betaxa 20 mg p.o. ½-0-0

Anopyrin 100mg p.o. 0-1-0

Poznámky:

Dne **14. 4. 2012** jsem navštívila neurologické oddělení. Seznámila jsem se s pacientem a jeho dokumentací a opsala si BI pacienta při příjmu na neurologické oddělení. Pacient komunikuje, odpovídá na otázky, ví, kde se nachází, a dokáže mi to po delší době i zopakovat. Pravé končetiny hemiparetické. Pacient je imobilní, nedokáže se sám najíst, ani umýt, při hygieně je snaha pacienta si umýt horní polovinu těla - hygienu u pacienta jsem sledovala. Na celkovou hygienu se pacient převážel na lehátku. Příjem potravy s dopomocí, pacientovi se musí jídlo připravit, ale poté se nají sám. Stupnice Nortonové je 16 bodů, tedy zvýšené riziko vzniku dekubitů. Pacient je pravidelně polohován po 2 hodinách, v noci po 4 hodinách, jak mi uvedly sestry na oddělení. U pacienta bylo používáno i mikropolohování. Nebyly však používány žádné polohovací pomůcky. Pacient však proleženiny neměl. Riziko vzniku dekubitů se sepsalo při příjmu, poté se přehodnocovalo po změně stavu, ale pacient byl kontrolován každý den při ranní hygieně. BI se na oddělení nepřehodnocovala za celou dobu pobytu pacienta na oddělení. U pacienta se vedl polohovací záznam, rehabilitační ošetřování se uvádělo do ošetřovatelské dokumentace.

Dne 21. 4. 2012 stále zůstává dopomoc při příjmu potravy. Celková dopomoc při hygieně, oblékání a vyprazdňování. Pacient je stále polohován na lůžku, rehabilitace se zatím neplánuje, pacient z důvodu špatné spolupráce neindikován na rehabilitační oddělení, ale na oddělení ONP. Test BI se hodnotil u pacienta při příjmu a propuštění.

Rozdíl BI při příjmu a propuštění pacienta			
9. 4. 2012		21. 4. 2012	
Příjem potravy	S pomocí	Příjem potravy	S pomocí
Soběstačnost	Neprovede	Soběstačnost	Neprovede
Přesun lůžko židle	Neprovede	Přesun lůžko židle	Neprovede
Chůze po rovině	Neprovede	Chůze po rovině	Neprovede
Chůze po schodech	Neprovede	Chůze po schodech	Neprovede

Barthel index - Neurologické oddělení při příjmu pacienta 9. 4. 2012 - pacient P.M.		
Příjem tekutin a potravy	S pomocí	5
Oblékání	Neprovede	0
Koupání	Neprovede	0
Osobní hygiena	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně inkontinentní	0
Kontinence stolice	Občas kontinentní	5
Použití WC	Neprovede	0
Přesun lůžko židle	Neprovede	0
Chůze po rovině	Neprovede	0
Chůze po schodech	Neprovede	0
Při příjmu na neurologické oddělení má pacient Barthel index 10 bodů - vysoký stupeň závislosti.		

Barthel index - Neurologické oddělení 14. 4. 2012 – pacienta P.M.		
Příjem tekutin a potravy	S pomocí	5
Oblékání	Neprovede	0
Koupání	Neprovede	0
Osobní hygiena	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně inkontinentní	0
Kontinence stolice	Občas kontinentní	5
Použití WC	Neprovede	0
Přesun lůžko židle	Neprovede	0
Chůze po rovině	Neprovede	0
Chůze po schodech	Neprovede	0
Na neurologickém oddělení má pacient 14. 4. 2012 Barthel index 10 bodů - vysoký stupeň závislosti. Beze změny stavu.		

Barthel index - Neurologické oddělení 21. 4. 2012 – pacient P.M.		
Příjem tekutin a potravy	S pomocí	5
Oblékání	Neprovede	0
Koupání	Neprovede	0
Osobní hygiena	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně inkontinentní	0
Kontinence stolice	Občas kontinentní	5
Použití WC	Neprovede	0
Přesun lůžko židle	Neprovede	0
Chůze po rovině	Neprovede	0
Chůze po schodech	Neprovede	0
Na neurologickém oddělení má pacient 21. 4. 2012 Barthel index 10 bodů - vysoký stupeň závislosti. Beze změny stavu.		

Barthel index – souhrn (Kazuistika č. 4)		
Při příjmu na neurologické oddělení 9. 4. 2012	Na neurologickém oddělení dne 14. 4. 2012	Na neurologickém oddělení 21. 4. 2012
10 bodů – vysoký stupeň závislosti	10 bodů – vysoký stupeň závislosti	10 bodů – vysoký stupeň závislosti

PŘÍLOHA 4

Nutriční skrining

(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)



IDENTIFIKAČNÍ ŠTÍTEK		DATUM PŘÍJMU	ODDĚLENÍ
HMOTNOST	VÝŠKA	BMI (kg/m ²)	

		bodů
1	Pacienta nelze změřit a zvážit - nevyplňovat 4, 5, 6,	2
2	Nelze od pacienta získat informace - nevyplňovat 4, 5, 6,	2
3	Věk	
	do 65 let	3
	nad 65 let	0
4	BMI*	
	nad 70 let	1
	20 - 35	2
5	Ztráta hmotnosti nechtěná	
	18 - 20, nad 35	0
	pod 18	1
6	Množství jídla za poslední měsíc	
	žádná	2
	více než 3 kg za 3 měsíce (volné šaty)	0
7	Projevy nemoci	
	více než 6 kg za 3 měsíce	1
	beze změn	2
8	Faktor stresu**	
	poloviční porce	0
	občas nejí	1
Součet bodů (INDEX)	žádné	2
	bolesti břicha, nechutenství	0
	zvracení, průjem nad 6x/den	1
Podpis a razítko sestry:	žádný	2
	střední	0
	vysoký	1
		2

Podpis a razítko sestry:

INDEX	opatření	nutriční terapeut
0 až 3		bez nutnosti zvláštní intervence
4 až 7	ohlásit ošetř. lékaři, nutrič. terapeutovi	nutné vyšetření, speciální dieta
8 až 12	ohlásit ošetř. lékaři, nutrič. terapeutovi	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, nutná speciální nutriční léčba !!!

* BMI více než 30 - pacient obdrží pokyny k redukční dietě

**Faktor stresu:

Střední faktor stresu: chronické onemocnění, DM, menší plánovaný oper. výkon, vyšetření
 Vysoký faktor stresu: akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý nebo akutní operační výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP nebo ARO

Záznam nutričního terapeuta:

PŘÍLOHA 5

Barthelův test základních všedních činností.

činnost	provedení činnosti	bodové skóre	datum hodnocení	
			při přijetí	při propuštění
1. najedení napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0		
5. kontinence moči	plně kontinentní občas kontinentní inkontinentní	10 5 0		
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas kontinentní inkontinentní	10 5 0		
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
8. přesun na lůžko - židli	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět	10 5 0		
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m s pomocí 50m na vozíku 50m neprovede	15 10 5 0		
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
celkové hodnocení				

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech.

0 - 40 bodů	vysoký stupeň závislosti
45 - 60 bodů	střední stupeň závislosti
65 - 95 bodů	lehký stupeň závislosti
100 bodů	nezávislý

Vyšetření provedl (a):

.....

PŘÍLOHA 6

Příloha č. 6

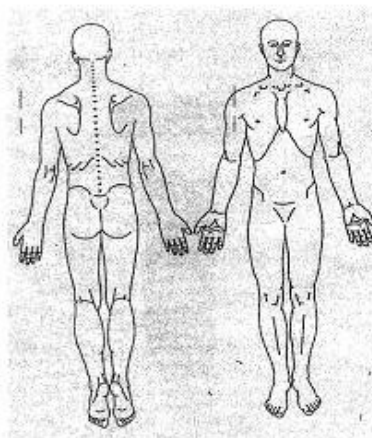


POLOHOVACÍ ZÁZNAM

Jméno:
(nalepit štítek)

Dekubity:
(stupeň zakreslit na příslušné místo
červeně)

- I. zarudnutí lok. zduření, bolest
- II. tvorba puchýřků, poškození kůže a podkoží
- III. hluboké poškození kůže - nekróza
- IV. dekubitální vřed



Přepřacovaná stupnice Nortonové										
Datum	Schopnost spolu-práce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
	úplná 4	<10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	dobrý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	
	malá 3	<30 3	alergie 3	DM, zvýš. teplota, anemie, kachexie 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprovodem 3	částečně omezená 3	občas 3	
	částečná 2	<60 2	vlhká 2	ucpávání tepen, obezita 2	špatný 2	zmatený 2	seďačka 2	velmi omezená 2	převážně moč 2	
	žádná 1	>60 1	suchá 1	karcinom 1	velmi špatný 1	bez-vědomí 1	leží 1	žádná 1	moč + stolice 1	
									Součet	
Nebezpečí dekubitu vzniká při 25 bodech a méně										

Datum	Čas																
	Poloha																
	Podpis																

Datum	Čas																
	Poloha																
	Podpis																

Datum	Čas																
	Poloha																
	Podpis																

Datum	Čas																
	Poloha																
	Podpis																

Datum	Čas																
	Poloha																
	Podpis																

Datum	Čas																
	Poloha																
	Podpis																

Datum	Čas																
	Poloha																
	Podpis																

LB - levý bok
PB - pravý bok

Z - záda
B - břicho

Výkony rehabilitačního ošetřovatelství		Datum											
LTV skupinová													
Polohování													
Kondičn i cvičení	končetiny												
	dýchání												
	pánevní dno												
Vertikalizace	klid na lůžku												
	sed na lůžku												
	sed dolů z lůžka												
	stoj												
	přesun na křeslo												
Chůze	na pokoji												
	na chodbě												
	po schodech												
	s odlehčením												
Lokálně	aplikace tepla												
	aplikace chladu												
	masáž												
	magnet												
	Priessnitz												
	BTL												
Fatické funkce	přijem potravy												
	hygiena												
	oblékání												
	vyprazdňování												
Jemná motorika	hrnek												
	lžice												
	přístroj												
	fazole, korálky												
	provázky												
Pomůcky	invalidní vozík												
	motorová dlaha												
	rotoped												
	korzet, protéza												
Rozvoj myšlení													
Logopedické nácviky													
Testy: MMSE- kognitivní funkce ADL - všední činnost IADL - používání předmětů denní potřeby STM - testy mobility, riziko pádů													

Testy, uveďte:

Legenda	Sed I	sed na lůžku	VCH	velké chodítko	N	nácvik	↑	nahoru, více, lepší
	Sed ↓ I	sed dolů z lůžka	MCH	malé chodítko	S	samostatně	↓	dolů, méně, horší
	DH	dohled	PB	podpažní berle	Č	částečně	PV	postupná vertikalizace
	DR	doprovod	FH	francouzské hole	A	aktivně	Z	zábradlí
	DP	dopomoc	VH	vycházková hůl	P	pasivně	NB	nábytek

PŘÍLOHA 8

Rehabilitační ošetřování pacienta s CMP- specifika polohování



Rehabilitační ošetřování je nedílnou součástí komplexní ošetrovatelské péče. Jednou z mnoha metod rehabilitačního ošetřování je metoda **polohování**. Polohování je nezastupitelnou úlohou sestry v rámci rehabilitačního ošetřování o pacienty po cévní mozkové příhodě.

Polohování dělíme na:

- ✚ polohu na zádech
- ✚ polohy na boku (zdravý a postižený)
- ✚ polohy na poloboky
- ✚ polohy na bříše
- ✚ mikropolohování

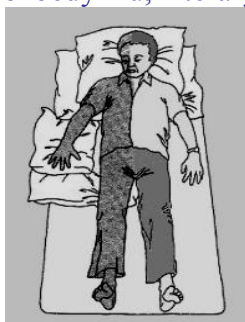
Polohování zabraňuje vzniku spasticit, kontraktur a dekubitů. Polohování napomáhá při počátečním návratu sebeobsluhy.

Důležité body při polohování pacienta po cévní mozkové příhodě:

- ✚ Zajistit lůžko přístupné z 3 stran, noční stolek umístit na postiženou stranu pacienta.
- ✚ Individuální přístup dle aktuálního stavu pacienta.
- ✚ Komunikace s pacientem a jeho informovanost.
- ✚ Vhodné používat různé polohovací pomůcky různých tvarů a materiálů.
- ✚ Pravidelně zaznamenávat polohování do polohovacího záznamu.

Poloha na zádech:

- ✚ Hlava je podložena polštářem, nesmí být v záklonu, ani se opírat bradou o hrudník.
- ✚ Horní končetiny jsou v mírném upažení, ramena jsou podložena a tím stabilizována dalším polštářem.
- ✚ Ochmutá horní končetina je podložena polštářem, postižený loket v lehké extenzi.
- ✚ Je vhodné dát pacientovi do postižené ruky nějaký měkký předmět (např. válec, obvaz, míček). Tím zajistíme funkční úchop. Pacient předmět nedrží stále. Důvodem je střídání poloh horních končetin.
- ✚ Pod postiženou kyčel dolní končetiny podložíme polštář.
- ✚ Kolena podložíme do pokrčení nejlépe válcem.
- ✚ Chodidla, jsou opřená o desku nebo bedýnku, která je po ploše vypodložena polštářem nebo dekou.



Poloha na postiženém boku:

- ✦ Hlavu podložíme polštářem, aby byla v ose páteře.
- ✦ Podebereme rameno a pletenec povytáhneme směrem dopředu, ruka je tedy protažena směrem před tělo. **Je nutné ruku podložit! Ruka nesmí přepadávat z lůžka!**
- ✦ Pacienta stabilizujeme podložením páteře polštářem.
- ✦ Postižená dolní končetina je v kyčli natažená a v koleni mírně pokrčená, hlezno je v pravém úhlu.
- ✦ Zdravá končetina je pokrčená v kyčli a koleni mezi postiženou a nepostiženou dolní končetinu podložíme polštář.



Poloha na zdravém boku:

- ✦ Hlava je podložena polštářem v ose páteře.
- ✦ Horní postiženou končetina je natažena dopředu a nahoru v úhlu maximálně 100 stupňů a je podložena polštářem, loket je v natažení. Je vhodné dát do ruky válec pro funkční úchop.
- ✦ Postižená dolní končetina je mírně pokrčená v kyčli a koleni a je podložena polštářem.
- ✦ Zdravá horní končetina je v poloze, kterou si pacient sám přeje.
- ✦ Zdravá dolní končetina je v kyčli a koleni v natažení.



Poloha na břiše

Tato poloha se využívá pouze minimálně.

Poloha na poloboku

Pacient zaujímá polohu na boku. S podložkou svírá úhel 35 stupňů nebo 135 stupňů. Pacientovi podložíme horní i dolní končetiny např. polštářem.

Mikropolohování

Mikropolohování je prvek z konceptu bazální stimulace a podporuje u pacienta s CMP:

- ✚ celkovou pohodu, relaxaci
- ✚ stimulaci
- ✚ navození pocitu jistoty a bezpečí - poloha hnízdo
- ✚ uvědomění si vlastních hranic

Mikropolohování provádí sestra tím, že pacientovi stimuluje končetiny změnou jejich polohy.



Hlavní zdroje:

- 1) SCHUSTEROVÁ, M., HNILIČKOVÁ, V., 2011. *Standard ošetrovatelské péče č. 033 Rehabilitační ošetřování*. Nemocnice České Budějovice.
- 2) ANON., 2012. [online]. [cit.2012-07-07]. Dostupné z:
<http://rovnovahatela.ic.cz/stranky/cmp.php>
- 3) VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1.vyd. Praha: Grada. 256s. ISBN-9788024734194