

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Spolupráce sestry a rodinných příslušníků pacienta  
s poraněním mozku**

bakalářská práce

Autor práce: Sandra Lišková  
Studijní program: Ošetřovatelství  
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph. D

Datum odevzdání práce: 13. 8. 2013

## Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá spoluprací sester a rodinných příslušníků u pacienta s poraněním mozku. Poškození mozku patří mezi nejzávažnější úrazy. Úrazy mozku mají druhou nejvyšší úmrtnost hned po poranění břicha. Lidé často zaměňují termín úraz hlavy s poraněním mozku. Těžké a časté jsou i trvalé následky u těchto úrazů. Kůže na lebce může sice krváčet, ale abychom mohli hovořit o poranění mozku, musí dojít ke skutečnému poškození nebo útlaku mozkové tkáně, které může mít mnoho příčin.

Teoretická část popisuje nejčastější úrazy mozku, fáze ošetrovatelského procesu a ošetrovatelskou péči u pacientů s poraněním mozku, komunikaci mezi sestrou, pacientem a jeho rodinou, poukazuje také na důležitost vztahu sestry pacient a význam rodiny. V teoretické části jsme se snažili podat komplexní srozumitelné informace o problematice spolupráce sester a rodinných příslušníků u pacientů s poraněním mozku.

V empirické části byl zvolen kvantitativní typ výzkumu. V této práci byly stanoveny dva cíle a to zmapovat úroveň spolupráce sester a rodinných příslušníků pacienta s poraněním mozku, zjistit, zda existují specifika ve spolupráci sester a rodinných příslušníků pacienta s poraněním mozku. Na cíle byly stanoveny následující tři výzkumné otázky: Je pro sestry komunikace s rodinnými příslušníky poraněného náročná? Setkávají se sestry ve spolupráci s rodinnými příslušníky s nějakými problémy? Vidí sestry nějaká specifika ve spolupráci s rodinnými příslušníky?

Pro empirickou část této bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní šetření. Byla použita metoda dotazování formou dotazníku. Dotazník byl anonymní a byl určen pro sestry pracující ve zdravotnických zařízeních a to v Nemocnici České Budějovice, a.s. a Úrazové nemocnici Brno. Výzkumné šetření bylo prováděno v červnu roku 2013. Dotazník byl sestaven z 33 otázek. V úvodu tohoto dotazníku byly umístěny identifikační otázky, další otázky se týkaly názoru sester na danou problematiku spolupráce sester a rodinných příslušníků u pacienta s poraněním mozku.

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření byly sestry pracující na jednotce intenzivní péče, nebo na standardním lůžkovém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s. a Úrazové nemocnici Brno. Pro práci jsme zvolili kvótní výběr (25).

Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, jejichž návratnost byla 88%. Vrátilo se tedy 88 dotazníků, z nichž 6 dotazníků bylo vyřazeno pro nesprávné vyplnění. Pro konečné zpracování bylo použito 82 dotazníků (100%). Výsledky byly graficky zpracovány do grafů. U většiny grafů byly zhodnoceny názory sester na danou problematiku.

Z výzkumného šetření vyplývá, že komunikace je pro většinu sester náročná a to z různých důvodů, nejčastěji respondenti uvedli velkou psychickou zátěž a časovou náročnost. Je samozřejmé, že rodina má o pacienta velký strach hlavně proto, že se jedná o poranění hlavy, lze předpokládat, že to sestry stresuje a není jednoduché s rodinou komunikovat kvůli závažnosti pacientova stavu. Může se také stát, že sestry mají na komunikaci s pacientem málo času a vnímají to jako negativní jev, protože jim tato komunikace zabere mnoho času. Ovšem takto by to dle mého názoru vnímat neměly, zbytečně to v nich vytváří stres a ztěžuje jim to komunikaci s rodinou. Většina sester se s problémem v komunikaci s rodinou setkala. Nejvíce sester nám odpovědělo, že se s problémem setkaly hlavně kvůli neochotě rodiny a neinformovanosti rodiny v dané problematice. Sestry by se v tomto případě měly zamyslet i samy nad sebou, zda je to opravdu jen kvůli chování rodiny. Myslím si, že když rodina vidí, že se sestra snaží a je vůči nim vstřícná, vše jim vysvětlí a dokáže jim pomoci v pochopení situace, tak i oni k celé věci změní postoj. Neinformovanost v dané problematice také není jenom problém rodiny, sestra a i lékař by je měli o nastalé situaci dostatečně informovat a popřípadě i poučit rodinu. V rámci výzkumu si můžeme povšimnout, že si sestry na neinformovanost rodiny stěžují, ale na druhou stranu jen nepatrná část sester rodinu upozorňuje na pomáhající skupiny, které by rodině mohly pomoci. Ti respondenti, kteří shledávají specifika ve spolupráci sester a rodinných příslušníků pacienta s poraněním mozku, uvedli nejvíce velkou psychickou zátěž pro rodinu.

Získané poznatky mohou otevřít prostor pro další výzkumná šetření a přispět ke zlepšení spolupráce mezi sestrou a rodinnými příslušníky pacienta s poraněním mozku.

**Klíčová slova:** ošetrovatelský proces – poranění mozku – komunikace

## **Abstract**

The bachelor thesis deals with cooperation between nurses and members of families of patients with brain injuries. Brain damage belongs to the most serious injuries. Brain injuries have the second highest fatality just after belly injuries. People often confuse head injury and brain injury. Permanent consequences of these injuries are also frequent and serious. Skin on the skull might bleed, but we can only talk about brain injury if brain tissue is really damaged or compressed, which may have numerous causes.

The theoretical part describes the most frequent brain injuries, treatment process phases and nursing care of patients with brain injury, communication between a nurse, the patient and his/her family; it points out the importance of the nurse-patient relation and of the family. The theoretical part presents complex understandable information on the issues of cooperation between nurses and families of patients with brain injury.

Quantitative type of research was chosen in the empiric part. There were two goals set there: to map the level of cooperation between nurses and families of patients with brain injury and to find out whether any specifics of cooperation between nurses and families of patients with brain injury exist. The following three research questions were set to achieve the goals: Is communication with families of patients strenuous? Do nurses face any problems in cooperation with family members? Do nurses see any specifics in cooperation with family members?

Quantitative research was chosen in the empiric part of this thesis. Questioning method in the form of questionnaires was applied. The questionnaire was anonymous and was designed for nurses working in healthcare facilities, namely the České Budějovice Hospital and the Traumatic Hospital Brno. The research was conducted in June 2013. The questionnaire consisted of 33 questions. There were identification questions at the beginning of the questionnaire followed by questions dealing with the opinion of nurses on the issues of cooperation between nurses and families of patients with brain injury.

The research sample consisted of nurses working at intensive care units and standard wards of the České Budějovice Hospital and the Traumatic Hospital Brno. We chose quota sampling (25) for the research.

100 questionnaires were distributed with 88 per cent return. 88 questionnaires thus returned, six of which were rejected for incorrect completion. 82 questionnaires (100 per cent) were used for final processing. The results were presented in graphs. Most of the graphs dealt with evaluation of nurses' opinions on the examined issue.

The research shows that communication is strenuous for most of the nurses for various reasons. The respondents mostly mentioned high psychical stress and time consumption. It is obvious that families are worried about the patients and as there is a head injury we may expect that it is stressing for the nurses and that it is not easy to communicate with the family because of seriousness of the patient's condition. Nurses might also be in time pressure when they communicate with the patient and perceive that as a negative phenomenon as such communication consumes too much of their time. However they should not perceive it this way in my opinion. It brings needless stress and complicates the communication with the family. Most nurses have already faced with problems in communication with a family. Most of them answered that such problems arose because of reluctance of the family and lack of information in the problems. Nurses should in this case also think about themselves, whether the behaviour of the family is the only reason. I am convinced that if the family see that the nurse tries and is helpful, explains everything to them and can help them understand the situation, they change their attitude to the whole problem. Lack of information is not only a problem of the family; a nurse as well as the physician should inform and possibly instruct the family in the situation arisen. We can see in the research that nurses complain about lack of information, but on the other hand only a small portion of them inform the families on assistant groups that could help the families. The respondents that can see specifics in cooperation between nurses and members of families of patients with brain injury mostly mentioned strong psychical stress for the family.

The obtained findings might open space for further research and contribute to improvement of cooperation between nurses and members of families of patients with brain injury.

Key words: the nursing care's process – brain injury - communication

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby 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 13. 8. 2013

Sandra Lišková

## **Poděkování**

Vážím si veškeré pomoci, která mi byla při zpracování práce poskytnuta. Velké poděkování patří především všem respondentům a trpělivému Mgr. Františku Dolákovi, Ph.D za vedení mé bakalářské práce a cenné rady.

# Obsah

Úvod .....	10
1. Současný stav .....	11
1.1 Úrazy mozku.....	11
1.1.1 Nejčastější poranění mozku .....	11
1.1.2 Otevřená poranění hlavy .....	11
1.1.3 Zavřená poranění mozku.....	11
1.1.4 Komoce mozku .....	12
1.1.5 Kontuze mozku .....	12
1.1.6 Komprese mozku .....	13
1.1.7 Epidurální hematom .....	14
1.1.8 Subdurální hematom .....	15
1.1.9 Zlomeniny lebky .....	15
1.1.10 Edém mozku.....	16
1.2 Ošetřovatelství u pacientů s poraněním mozku .....	17
1.2.1 Fáze ošetřovatelského procesu .....	17
1.2.2 Ošetřovatelská péče o pacienty s úrazem mozku.....	19
1.2.3 Vztah mezi sestrou a pacientem.....	21
1.3 Rodina a hospitalizace .....	22
1.3.1 Komunikace sestry s rodinnými příslušníky.....	22
1.3.2 Význam rodiny.....	23
1.3.3 Komunikace mezi všeobecnou sestrou, rodinou a pacientem.....	23
1.3.4 Sdělování informací .....	24
2. Cíle práce .....	26
2.1 Cíle práce .....	26
2.2 Výzkumné problémy.....	26
3. Metodika .....	27
3.1 Metody a techniky výzkumu.....	27
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	27



4. Výsledky .....	28
5. Diskuze.....	45
6. Závěr .....	50
7. Seznam použitých zdrojů .....	52
8. Přílohy.....	55

## Úvod

Poškození mozku patří mezi nejzávažnější úrazy. Úrazy mozku mají druhou nejvyšší úmrtnost hned po poranění břicha. Lidé často zaměňují termín úraz hlavy s poraněním mozku. Těžké a časté jsou i trvalé následky u těchto úrazů. Kůže na lebce může sice krváčet, ale abychom mohli hovořit o poranění mozku, musí dojít ke skutečnému poškození nebo útlaku mozkové tkáně, které může mít mnoho příčin. Z toho důvodu jsem se rozhodla věnovat ve své bakalářské práci této problematice. V dnešním uspěchaném světě si lidé vůbec neuvědomují, jaké nebezpečí nás může kdykoli potkat. Tuto skutečnost si většina z nás dokáže uvědomit a připustit, když už je pozdě. S problematikou úrazů mozku jsem se nejednou setkala v rámci mé klinické praxe.

Musíme si hlavně uvědomit, že poranění mozku se netýká jenom pacienta, ale může se také dotýkat jeho partnera, dětí, rodičů, anebo celé blízké rodiny. Každý z rodiny může jinak zvládat stres a psychickou zátěž, kterou příbuzným samozřejmě pacientovo poranění způsobuje. A právě proto se nemůžeme soustředit pouze na pacienta, ale jako všeobecné sestry musíme reagovat na potřeby rodiny a snažit se jejím členům co nejvíce nastalou situaci ulehčit a dostatečně s nimi komunikovat.

Proto přistupujeme k pacientovi jako k individuální bytosti s různými potřebami, ale nikdy přitom nesmíme také zapomenout na rodinu a věnovat jí stejnou péči jako pacientovi. Vždyť právě pacientova rodina mu je největší oporou a jistotou.

Pro empirickou část této bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní šetření. Byla použita metoda dotazování. Dotazník byl anonymní a byl určen pro sestry pracující ve zdravotnických zařízeních, a to v nemocnici České Budějovice, a.s. a Úrazové nemocnici Brno.

## **1. Současný stav**

### **1.1 Úrazy mozku**

#### *1.1.1 Nejčastější poranění mozku*

Lidský mozek je naprosto dokonalý a jedinečný orgán v těle. Pracuje bez přestávky a řídí všechny činnosti našeho těla. Poranění mozku definujeme jako poškození mozkové tkáně, které je primárně způsobeno vnějšími mechanickými silami. Ale samozřejmě existují i taková poranění, která mají vnitřní příčinu, jako jsou mozková mrtvice, nádor, ať už zhoubný nebo ne, a virová onemocnění. Mezi poranění mozku patří otevřená poranění hlavy, zavřená poranění hlavy, komoce mozku, kontuze mozku, komprese mozku, epidurální hematom, subdurální hematom, zlomeniny lebky, edém mozku (1).

#### *1.1.2 Otevřená poranění hlavy*

K otevřenému poranění hlavy nejčastěji dochází, pokud nějaký předmět jako kulka, nebo něco dlouhého a ostrého pronikne lebkou do mozku a propíchne, nebo roztrhne měkkou tkáň. Tento typ zranění obvykle poškodí nějakou určitou oblast mozku, což posléze vede ke specifickým problémům.

Otevřená poranění hlavy mohou na první pohled vypadat poněkud hroživě, avšak většinou mají příznivý průběh. Penetrujícím poraněním máme na mysli úraz hlavy, který způsobí kontakt mezi zevním prostředím tvrdé pleny, kosti a nitrolebečním prostorem.

Skrytě penetrující jsou ta poranění, která jsou frontobazální a temporobazální. Nitrolebeční prostor má zde kontakt se zevním prostředím přes pneumatický systém ušní nebo nosní. Cílem správného ošetřování těchto poranění je zamezit infekčním komplikacím, které by mohly zapříčinit meningitidu, nebo absces (1,2).

#### *1.1.3 Zavřená poranění mozku*

Zavřená poranění mozku jsou závažnější druh zranění než otevřená poranění mozku. Lebka tvoří pevně uzavřenou kostní schránku, která obsahuje mozkomíšni mok,

cévy a mozkovou tkáň. Když dojde k zavřenému úrazu hlavy, může dojít ke zvýšení nitrolebního tlaku z důvodu otoku mozku krevním výronem či nahromaděním mozkomíšního moku. Pokud včas určíme diagnózu a zahájíme léčbu, máme možnost zastavit rozvoj nitrolební hypertenze. Pokud se nám to nepodaří, může dojít k tomu, že nitrolební tlak dosáhne hodnoty středního arteriálního tlaku, dojde k zástavě proudění krve v mozku a nastane stav nazývaný jako mozková smrt (2).

#### *1.1.4 Komoce mozku*

Je možným nejlehčím zraněním zavřeného mozkového poranění. Je to zcela plně reverzibilní typ zranění. K úplnému zotavení při tomto poranění obvykle dochází během 24–48 hodin, ale bolest hlavy může přetrvávat i měsíce (3,27). Je charakteristické krátkodobou poruchou mozkových funkcí. Klinický obraz je charakteristický krátkodobou ztrátou vědomí, zvracením, nauzeou a amnézií. Ztráta vědomí je ve velkém množství případů velmi krátká, trvající od několika sekund do pár minut. Po převozu do nemocnice je většinou zraněný již při vědomí. Pokud je ztráta vědomí delší než jedna hodina, je zapotřebí začít uvažovat o těžším poranění mozku. Porucha vědomí nemusí být úplná, může se jednat o jednu z kvalitativních poruch vědomí. Nauzea je častým, dá se říci, pravidelným příznakem pro komoci, tento příznak bývá doprovázen zvracením. Hlavně u dětí je zvracení velmi intenzivní a může se u nich objevovat delší dobu, aniž by to byla známka nějakého většího poškození (3).

Amnézie jako známka otřesu mozku bývá spíš u událostí těsně před úrazem. Málokdy se amnézie vyskytuje po odeznění ztráty vědomí. Neurologický nález pro komoci je naprosto normální, jen někdy bývá mírná opozice šíje jako známka namožení krčního svalstva (3).

Nemocný po komoci by měl být ošetřen lékařem. Základní vyšetření by mělo obsahovat RTG snímek, následně je pacient uložen na lůžkové oddělení k observaci. Následuje domácí léčba se šetřícím režimem (3).

#### *1.1.5 Kontuze mozku*

Jde o přímé poranění mozku. Ve většině případů je zde možno vidět strukturální poranění mozku. V klinickém obrazu se vyskytuje v různém stupni, od lehkého

poškození charakteru kortikální petechie až po dilaceraci mozkové tkáně. Graficky se kontuze znázorňuje pomocí CT nebo MR. Stupeň kontuze přímo závisí na počtu erytrocytů v ložisku. Kontuze se nejlépe zobrazují na predilekčních místech (frontobazálně, temporobazálně, okcipitálně). Jedná se o místa, kde mozkový parenchym přirozeně naléhá na nitrolebeční přepážku. Základním kritériem u kontuze mozku je ztráta vědomí, kterou jsme schopni vyhodnotit pomocí Glasgow Coma Score, díky kterému získáme i informaci o neurologickém obrazu kontuze. U pacienta s poruchou vědomí je třeba kontrolovat dýchání a krevní oběh. Pokud se nám jedna z těchto věcí zdá nedostatečná, musíme zabezpečit adekvátní oběh a ventilaci. Po zajištění člověka s kontuzí vyšetříme zornice, jejich tvar, velikost, hybnost a fotoreakci.

Pozornost nadále věnujeme pohybům končetin jak spontánním, tak provokovaným pomocí motoriky na nociceptivní podnět. Při mozkové kontuzi je třeba co nejméně u pacienta pohybovat hlavou. Nejlepší poloha pro uložení hlavy je zvýšení o 30–45 stupňů. Častou součástí mozkové kontuze je mozkový edém a porucha regionálního oběhu. Vždy u tohoto poranění jsou důležité délka bezvědomí, ložiskové příznaky a amnézie. Zhoršování těchto třech kritérií a narůstání nitrolební hypertenze je příznak zhoršení stavu poškození mozku. Proto je u každého pacienta s tímto onemocněním důležité sledovat neurologický nález (3,4).

#### *1.1.6 Komprese mozku*

Jako komprese se souhrnně označují posttraumatické nitrolebeční komplikace. Dělí se na subdurální a epidurální krvácení, nebo také na hydrom, chronický subdurální hematom. Mozek by ale také mohl stlačovat v expanzivně kontuzní ložisko, nebo dostatečně velký intracerebrální hematom. K fyziologickým součástem mozku patří krev v cévách, mozková tkáň, mozkomíšní mok, k nim přibývá čtvrtá součást a začíná se zvyšovat nitrolební tlak. Ze začátku je nástup pomalý, protože z lebky je mozkomíšní mok vytlačován do páteřního kanálu. Po naplnění páteřního kanálu se začíná tlak v lebce prudce zvedat. I když dochází ke zvýšení krevního tlaku, tak se proudění krve v intrakraniálních cévách zmenšuje a někdy dojde až k úplné zástavě cirkulace (2).

Příznaky se projevují lokálním tlakem na hemisféru, to se projeví poklesem koutku, bolestí hlavy, zhoršením pohybu končetin, poruchou řeči. U některých pacientů může

také proběhnout epileptický záchvat, ale není to však pravidlem. Vysunutí vnitřní části spánkového laloku má za následek hemiplegii, poruchu vědomí a mydriázu. Pokud tlak nadále posunuje spánkový lalok, dojde k útlaku prodloužené míchy, a to má za následek zástavu dechu. Klesá svalový tonus, tlak se mění v hypotenzi a puls v tachykardii. V tomto stavu je problém většinou již neřešitelný a nastává smrt.

Proto je velmi důležité včas problematiku diagnostikovat a eliminovat časovou prodlevu poskytnutí první pomoci (2).

### *1.1.7 Epidurální hematom*

Jako epidurální hematom můžeme nazývat stav, kde vzniká krvácení mezi tvrdou plenou a kalvou. Většinou se jedná o krvácení z arterie, které je doprovázeno frakturou spánkové kosti. Krvácení je možné zastavit, pokud intrakraniální tlak převyší hodnotu tlaku v cévě. Odborně se tento stav nazývá tamponáda. Žilní krvácení je v tomto stavu velmi vzácné. Epidurální hematom je ve velké míře doprovázen středně těžkým až těžkým traumatem (5).

Typické příznaky pro epidurální hematom se dostavují v prvních třech hodinách po úrazu, ale mohou nastat i později, obzvláště pokud se bude jednat o žilní krvácení. Zde mohou nastat komplikace i za několik dní. Objeví se příznaky nitrolební hypertenze, ložiskové příznaky a porucha vědomí. Těsně po úraze u pacienta nastává krátká ztráta vědomí, ze které se bez potíží probere. Následuje chvíle, kdy je pacient při vědomí bez větších potíží (tzv. volný interval), tento stav trvá do té doby, než nastoupí nitrolební hypertenze. U pacienta se objeví bolest hlavy, nauzea, samotné zvracení projevující se únavou, až poruchou vědomí a následně kómatem. Volný interval se u pacienta vyskytuje většinou jen pár hodin, ale v případě žilního krvácení se prodlouží na 48 hodin (5).

Pokud se tento nález diagnostikuje pozdě, nastává smrt z výhřezu mozkové tkáně. K diagnostice tohoto poranění využijeme CT vyšetření. Spontánně se toto zranění nezahojí. Jediná možná léčba tohoto poranění je trepanace, následné odsátí hematomu a uzavření krvácející cévy. Výsledek celého zákroku závisí hlavně na tom, jaký byl stav vědomí před operací. Čím hlubší je porucha vědomí, tím horší je prognóza operace. Včasná diagnostika a operace vede k úplnému uzdravení pacienta (5).

### *1.1.8 Subdurální hematom*

Subdurální hematom se dělí na akutní a chronický. Akutní subdurální hematom je plášťová kolekce mezi tvrdou plenou a měkkou plenou mozkovou. Hematom vzniká porušením žil mezi arachnoideou a dura mater. Tento typ subdurálního krvácení mají lidé staršího věku, s atrofii mozku a alkoholicí. Příznaky tohoto subdurálního hematomu se podobají epidurálnímu krvácení. Volný interval je zde 8–24 hodin. Vývoj příznaků je u tohoto typu delší, trvá v řádech dnů. U pacientů se vyvíjí centrální hemiparéza. CT spolehlivě dokáže odhalit subdurální hematom. Narůstá zde nitrolební hypertenze. U hematomu se často objevuje také mozková kontuze, kterou doprovázejí její typické příznaky. Jestli bude léčba konzervativní nebo řešena chirurgicky, záleží na mnoha faktorech, hlavně na klinickém stavu pacienta a na tloušťce hematomu. Pokud se horší nález na CT, musí se pacient podrobit operativnímu zákroku (6).

Chronický subdurální hematom jinak řečený hygrom. Ve vzácných případech přechází akutní subdurální hematom v chronický. Nejtypičtější je projev tohoto stavu ve stáří a v dětství. Úder do hlavy přechází spousta lidí téměř bez povšimnutí. Hematom se tvoří i několik týdnů. Stav usnadňující vznik této poruchy je široký subdurální prostor, který napíná přemostňující žíly a malý tlak likvoru. Právě poškození přemostňujících žil vede k zakrvácení. Ke zvětšování hematomu napomáhá nasávání osmotické tekutiny a opakované krvácení z granulační tkáně. Příznaky se většinou objevují až za týdny a měsíce od úrazu. Pacient si při vyplňování anamnézy ani nevzpomene na úraz hlavy, který prodělal. Nejtypičtějšími příznaky jsou bolesti hlavy, ztráty vědomí a u pacienta vážne paměť. Z ložiskových příznaků se projevuje porucha řeči, hemiparéza, epilepsie a nitrolební hypertenze. Toto poranění se diagnostikuje pomocí CT. U pacientů se provádí trepanopunkce a hematom se odsaje. Takový zákrok vede k uzdravení pacienta. Vypunktovaný hematom je zbarvený do oranžova až tmavě hněda. Při zákroku se také uvažuje o možné recidivě, proto lékař musí zvážit, zda by u pacienta nebylo lepší odstranit granulační pseudomembrány (6).

### *1.1.9 Zlomeniny lebky*

Zlomeniny lebky tvoří jedna zlomená lebeční kost, či více zlomených kostí lebeční klenby. Zlomeniny mohou postihnout obličejový skelet i spodinu lebeční. Tyto

zlomeniny nemají většinou žádný větší klinický význam, kromě zlomenin v pneumatické části systému lebky, zlomenin poškozujících tvrdou plenu a zlomenin impresivních (2).

Zlomeniny lebeční klenby jsou významné, pokud zasahují do meningeálních tepen nebo durálních žilních splavů. Hrozí zde nitrolební krvácení. Pokud dojde k impresivní zlomenině, kosti se mohou vpáčit a tím lokálně poškodit mozek. Může tedy vzniknout poúrazová epilepsie, infekce nebo nitrolební krvácení. Tento případ se řeší chirurgickou cestou (2).

Zlomenina lebeční spodiny vzniká po nárazu na obličej a lebeční klenbu. Zlomeniny v místě čela zasahují do přední jámy lebeční, do stropu orbity a vedlejších dutin nosních. Pokud se poraní i tvrdá plena, dochází k vytékání mozkomíšního moku a intrakraniálně proudí vzduch. Časté je i poranění hlavových nervů, a to hlavně čichového. Nemocného ohrožuje proniknutí infekce z vedlejších nosních dutin, proto se přistupuje k oboustranné frontální kraniotomii (2).

#### *1.1.10 Edém mozku*

Mozkový edém je stav onemocnění způsobené zvýšením obsahu vody v mozkové tkáni. Mozkový edém se může vyskytovat jen v určité oblasti, nebo může být generalizovaný, to znamená, že by edém postihoval celou mozkovou tkáň. U edému je problematické to, že vede k zvětšení objemu tkáně. Lebka je pevný obal pro mozek, tudíž nedovoluje větší nárůst mozkového objemu, tím pádem edém způsobuje zvýšení nitrolebního tlaku. Trvalé zvýšení nitrolebního tlaku může vést ke smrti. Podle příčiny rozeznáváme edém vazogenní a cytotoxický (7,30).

Vazogenní edém vzniká při porušení hematoencefalické bariéry. Tu tvoří cévní výstelka tvořená z kapilár a bazální membrána. Jakýkoli způsob poškození endotelu způsobí porušení funkce hematoencefalické bariéry a pronikání látek normálně nepropustných do mezibuněčného prostoru, kde tyto látky zvyšují obsah vody. Mozkový edém se tedy nachází v mezibuněčném prostoru, nejvíce je nalézán v bílé hmotě mozkové. Diagnostikuje se pomocí CT, můžeme ho nalézt u ložiskových poškození mozku, například u cerebrálních nádorů (7).



Cytotoxický edém vzniká při poškození membrán mozkových buněk. Tento typ edému vede k nárůstu obsahu vody uvnitř buňky. Cytotoxický edém se vyskytuje rovnoměrně v bílé i v šedé mozkové hmotě. Výrazně cytotoxický edém zvětšuje mozek. Tento typ často vzniká při poruše cerebrálního prokrvení.

Oba typy se většinou vyskytují spolu. Při cévní mozkové příhodě se vyskytuje edém ischemický, který je kombinací edému cytotoxického a vazogenního. Dále se rozlišuje edém přetlakový, který vzniká při zvýšení tlaku mozkomíšního moku. Mozkový edém se může projevit příznakem, který je typický pro určitou mozkovou oblast, nebo příznaky celkovými, způsobenými nitrolební hypertenzí. Další projevy mohou vést až k selhání základních životních funkcí. Mezi nejčastější příznaky patří poruchy hybnosti, čítí a psychické změny. Pacienti ohrožení edémem musí být uloženi v poloze se zvýšenou horní polovinou těla. U těchto pacientů je třeba udržet krevní tlak v normě, zmírnit bolesti a pečovat o psychiku pacienta. Edém lze léčit podáním osmoticky aktivních látek. Nejčastěji se podává manitol (7).

## **1.2 Ošetřovatelství u pacientů s poraněním mozku**

### *1.2.1 Fáze ošetřovatelského procesu*

Do ošetřovatelské péče v neurologii musíme zařadit všech pět fází ošetřovatelského procesu. Bylo vypracováno několik definic ošetřovatelského procesu. Jejich společným jmenovatelem je co nejvíce přihlížet na individuální potřeby každého pacienta. Jeho problémy řešit a předcházet jim (8). Jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu se vzájemně prolínají a opakují. Sestra zpočátku musí pacienta poznat, zjistit jeho základní problémy a rozhodnout se ve spolupráci s pacientem a jeho rodinou na správném ošetřovatelském postupu. Slovo proces je bráno jako průběh ošetřovatelské činnosti. Ošetřovatelský proces by měl být hlavně o aktivních činnostech sestry. K těmto činnostem se sestra rozhodne na základě hlubšího poznávání pacienta. Tento postup musí dodržovat hlavně proto, že někteří pacienti své potřeby dostatečně nevyjádří, nejsou toho schopní, nebo je neumějí adekvátně signalizovat (9). Ošetřovatelský proces

vede ke zvyšování kvality a efektivity péče o pacienta. Díky ošetrovatelskému procesu si sestra zvyšuje profesní pravomoci a práce jí přináší spokojenost a seberealizaci (10).

Ve fázi zhodnocení sestra sbírá informace a hodnotí zdravotní stav pacienta. Je nejdůležitější fází ošetrovatelského procesu. Při sběru informací sestra vyhledává patologické procesy a rizikové faktory, které by mohly pacienta jakýmkoliv způsobem ohrozit nebo negativně ovlivnit jeho zdravotní stav. Sestra zde zjišťuje slabé i silné stránky pacientova zdraví (8). Mezi hlavní metodu sběru dat patří pozorování, rozhovor a fyzikální vyšetření. Na rozhovor se sestra musí připravit, rozhovor musí vypadat přirozeně. Jako doplňkovou metodu můžeme použít posuzovací a hodnotící škály, pomocí kterých můžeme zjistit a kategorizovat rizikové pacienty, objektivně posoudit zdravotní stav a hodnotit úspěšnost poskytované ošetrovatelské péče. Sběr dat o pacientovi vyžaduje od sestry dobré pozorovací schopnosti a schopnost navázat kontakt s pacientem. Fyzikální vyšetření je součástí vstupního vyšetření. U pacientů s poraněním mozku se klade důraz na nervový systém, který ovlivňuje celý organismus pacienta. Údaje sestra získává od pacienta, v případě porušení vědomí od rodiny. Při vyšetření centrálního nervového systému se hodnotí úroveň vědomí pomocí Glasgow Coma Score. Duševní stav sestra posuzuje na základě řeči, rozsahu pozornosti, orientace pacienta a abstraktního myšlení. Sestra si také musí všimnout celkového vzhledu hlavy, mimiky a pohyblivosti obličeje. Reflexy se vyšetřují na horních i dolních končetinách. Reflexy posuzujeme na stupnici od 0 do 4. Nula znamená žádnou odpověď a stupeň čtyři hyperaktivní funkce. Motorické funkce se posuzují na základě postoje, rovnováhy a chůze pacienta. Sestra vyšetřuje i vitální funkce, tedy krevní tlak, puls, teplotu, frekvenci dýchání (11,28).

Ošetrovatelská diagnóza je výsledkem zpracování informací sestrou o pacientovi. Ošetrovatelská diagnóza se zaměřuje na potřeby a problémy pacientů, které jsou uspokojovány ošetrovatelskou intervencí. Cílem této fáze je zjistit, co pacienta trápí a čím je ohrožen. Takto lze stanovit význam problémů pro ošetrovatelskou péči. Sestra může při uspokojování potřeb pomáhat pacientovi radou, edukací, může vést rodinu k laické pomoci, sama ale poskytuje kvalitní profesionální péči. Ošetrovatelské diagnózy u každého člověka nesmí být pouze formální, musí k nim být přihlíženo

v rámci týmové spolupráce, sestry hovoří na každé sesterské vizitě o pacientech a jejich problémech a společně hledají řešení problému (9).

Ošetrovatelský plán je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Sestra společně s pacientem hledá, jakou roli sehraje každý z nich v péči o něj. Je důležité, aby zhodnotila, co je schopna udělat sama a co může udělat ostatní ošetrovatelský personál. Musí také vzít v potaz jak zapojit nemocného do procesu uzdravení a udržení soběstačnosti. Nejprve si musí stanovit cíle a očekávané výsledky ošetrovatelské péče. Dále vypracuje individuální ošetrovatelský plán, v kterém navrhne intervence, díky kterým může dosáhnout stanovených cílů (9).

Realizace je fáze, ve které plní každý z účastníků procesu svou roli a úkoly dané ošetrovatelským plánem, k zajištění prospěchu a relativní pohody pacienta (10). Všechny navrhnuté intervence se musí realizovat, posoudit a zapsat do ošetrovatelské dokumentace, musí obsahovat datum, čas a podpis sestry. Ve fázi realizace sestra neuskutečňuje jen intervence, ale zároveň poskytuje pacientovi validní odpovědi na jeho otázky a obhajuje práva pacienta. Všechny tyto skutečnosti a činnosti souvisí s rolí sestry (11).

Vyhodnocení je fáze, ve které hodnotíme ošetrovatelský proces. Zda došlo k dosažení vytyčených cílů. Zhodnotí se reakce pacienta na ošetrovatelské intervence, výsledek se porovná s výsledným kritériem. Pokud je cíl splněn, dojde k ukončení ošetrovatelského procesu, pokud cíl není splněn či jen částečně, dojde k revizi plánu péče (8).

### *1.2.2 Ošetrovatelská péče o pacienty s úrazem mozku*

V rámci posouzení zpracovává sestra anamnézu a vykonává fyzikální vyšetření. Mezi anamnestické údaje patří osobní anamnéza, zde se ptáme na úrazy hlavy, hypertenzi, infekční choroby, cévní mozkové příhody a užívání léků, rodinná anamnéza zahrnuje výskyt chorob v rodině, v sociální anamnéze zjišťujeme, kde pacient bydlí a jestli žije sám nebo s rodinou. Anamnéza v čase, zde se ptáme na náhlý vznik bolesti a s tím spojenou fyzickou aktivitu.

Při fyzikálním vyšetření hodnotíme úroveň vědomí, jeho poruchy a epileptické záchvaty. Sledujeme duševní stav, poruchy řeči, výpadky zorného pole a miózu,

motorické a senzitivní poruchy, decerebrační rigiditu, plegie a parézy, u kardiovaskulárního systému hodnotíme epistaxe, trávicí systém, nauzea, zvracení a vznik obstipací. Pacienti mívají někdy poruchy příjmu potravy a tekutin. Záleží ale na stupni poruchy vědomí. Vyprazdňování se postupně stává problematickým z důvodu upoutání pacienta na lůžko. Problémy se spánkem mají pacienti spojené s hemiparézou a otáčením se na posteli. U pacienta se projevuje snížená aktivita, porucha hybnosti a porucha sexuálních funkcí. Hygienu pacienta plně vykonává sestra do té doby, než je schopný se na hygieně podílet. Musíme brát v potaz, že pacient není schopen komunikace, proto k němu přistupujeme s ohledem na jeho potíže. Diagnózu u pacienta určuje lékař na základě anamnézy a neurologického vyšetření. Sestra si stanoví sama ošetrovatelské diagnózy a podle nich vypracuje plán ošetrovatelské péče, který dodržuje veškerý ošetrovatelský personál oddělení. Diagnózy se během hospitalizace mění podle potřeb a potíží pacienta (11). Mezi potřeby pacienta patří potřeba dýchání, potřeba výživy, potřeba vyprazdňování a potřeba psychické vyrovnanosti.

Potřeba dýchání je jedna ze základních biologických potřeb. Díky dýchání můžeme žít, bez vzduchu člověk přežije maximálně tři minuty. Proces uspokojování potřeby kyslíku zajišťuje sestra, podle ordinace lékaře podává pacientům kyslík.

Potřeba výživy je také základní biologickou potřebou člověka. Je nezbytným článkem k zachování homeostázy a předpokladem k udržení života. Na výživě se nepodílí pouze žaludek, trávicí ústrojí a energetické nároky organismu, ale i psychosociální potřeby. Pokud je pacient v bezvědomí, obstarává výživu opět sestra. Další základní potřebou je vyprazdňování, to též vykonává sestra.

Potřebou soběstačnosti rozumíme míru samostatnosti pacienta. Sestra by měla vykonávat v péči o pacienta pouze tu část aktivit, které pacient není schopen sám vykonávat. Pokud sestra vykonává vše u pacienta, u kterého to není potřeba, je to pro ni sice rychlejší a jednodušší, ale nemá to příznivý dopad na psychiku pacienta a spíše mu tím škodí. Soběstačnost pacienta sestra hodnotí pomocí Barthelova testu základních všedních činností.

Potřebu psychické vyrovnanosti u pacientů si sestry většinou neuvědomují. Pacientovi se pobytem v nemocnici mění celý životní rytmus. Na všechny situace

vytvořené v prostředí nemocnice má pacient právo reagovat agresivně, úzkostně, depresivně a zmateně. K tomu, aby byl pacient v psychosociální pohodě, může sestra přispět splněním určitých faktorů, jako je například udržet nebo zlepšit soběstačnost nemocného, odstranit či minimalizovat bolest, komunikovat a zajistit dostatečný odpočinek a spánek (12, 15).

Pacienti s poraněním mozku jsou většinou přijímáni na jednotku intenzivní péče. Na této jednotce jsou většinou pacienti s hrozícím, nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Na jednotce intenzivní péče je pacient nepřetržitě sledován sestrou a jeho změny jsou pečlivě zaznamenány do dokumentace. Řada těchto oddělení má příjmovou místnost, kam je pacient převezen po zjištění základních informací. V této místnosti by se mělo nacházet speciální lůžko, monitor, lékárna, defibrilátor a pomůcky k zajištění základních fyziologických funkcí (12).

Po přijetí pacienta je převezen na pokoj, kde jej začnou ošetřovat sestry. Ty monitorují krevní tlak, puls, frekvenci, hloubku dýchání a průchodnost dýchacích cest, snaží se minimalizovat riziko aspirace zvratků a hlenů.

Sestry sledují v pravidelných intervalech deseti až patnácti minut stav vědomí. Po stabilizaci stavu vědomí ho sledují každé čtyři hodiny. Sestra s pacientem komunikuje v jednoduchých a krátkých větách. Vždy se sestra snaží o nápravu orientace pacienta. Pozoruje jeho pohybovou aktivitu a snaží se zabránit dalšímu jeho poranění. Sestra zabezpečuje komplexní péči o pacienta. Sestra také pacientovi provádí bandáže dolních končetin jako prevenci tromboembolické nemoci.

Sestra pravidelně vykapává pacientovi oči, čímž je chrání před vysycháním. Může také pacientovi aplikovat masti, nebo přikládat namočené čtverečky na zavřená oční víčka. Sestra dále provádí prevenci dekubitů a snaží se pacienta zapojovat do denních činností, plní ordinace lékaře a veškeré činnosti zapisuje do dokumentace (14).

### *1.2.3 Vztah mezi sestrou a pacientem*

Vztah mezi sestrou a pacientem vyžaduje od sestry psychologické znalosti, schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost. Tyto schopnosti umožňují sestře správně jednat s pacientem. Chování sestry k pacientovi by mělo být vymezeno pevnými pravidly. Povolání sestry je z hlediska odborné přípravy a výkonu

velmi náročné. Sestry si musí uvědomit, že objektem jejich práce je člověk. Od sestry společnost očekává, že vedle vykonávání své práce navíc ovlivňuje prožívání a jednání nemocných, že unese fyzické nároky své práce a dokáže se vyrovnat s jinými zatěžujícími požadavky své profese. Na sestru nahlíží jako na odborného pracovníka, plně odpovědného za své jednání. Sestry musí brát v úvahu nejen následky svých rozhodnutí, ale především morální hodnoty. Mezi nejdůležitější morální hodnotu patří úcta k nemocnému. Sestry by měly v očích pacienta vypadat jako člověk, který má pochopení pro jeho problémy a který je pomáhá s velkou tolerancí a laskavostí řešit. Sestra pozná pacienta po psychologické stránce lépe než lékař, a to z toho důvodu, že s pacientem tráví daleko více času. Měla by znát a chápat osobní problémy pacienta. Pacient sestru vnímá jako člověka, který poskytuje podporu a porozumění, prostředníka mezi lékařem a pacientem, člena zdravotnického týmu, který upevňuje důvěru u pacienta, a uklidňující prvek pečující o emoční stav nemocného (13).

### **1.3 Rodina a hospitalizace**

#### *1.3.1 Komunikace sestry s rodinnými příslušníky*

Rodinné příslušníky musí vnímat sestra jako přínos v další péči o pacienta, nesmí je vnímat jako nepřítel, i když někdy v jejich vzájemném vztahu dochází k nedorozumění. I když si samotní příbuzní nechtějí mnohokrát nemoc svého blízkého připustit, musí k nim sestra přistupovat vstřícně a umět je zapojit do procesu ošetřování o pacienta. Některé sestry mají jistý problém, neumí doprovázet umírajícího pacienta a uchylují se k předstírání, že pacientovi smrt nehrozí. V takovém případě mají sestry problém i komunikovat s rodinou pacienta (16).

Komunikace bývá často definována jako vzájemná výměna informací. Jiným způsobem to jde chápat také jako výměna myšlenek a nápadů. Pokud se jedná o komunikaci mezi dvěma nebo více lidmi, jedná se o sociální komunikaci. Mezi pět základních složek komunikačního procesu patří komunikátor člověk, od kterého sdělení vychází, komunikant člověk, kterému je sdělení určeno, komuniké zpráva, která je vysílána, zpětná vazba, zpráva o tom že informace byla přijata, situační kontext, situace

a prostředí, kde se komunikace odehrává (13). V obecném schématu komunikace se děje dekodování v komunikačním řetězci, kde je na jedné straně komunikátor a na druhé straně komunikant. Nedorozumění mezi osobami při komunikaci může být způsobeno komunikačním šumem (21).

### *1.3.2 Význam rodiny*

Světová zdravotnická organizace prosazuje, aby pacienti způsobilí k domácí péči, byli předáni do domácího léčení. V domácím léčení se stále více do popředí dostává rodina a její význam. Rodina je brána jako sociální skupina, která je přímo spjata s pacientem. V rodině se ukládají všechny problémy života, jako jsou strasti spojené s nemocí. V moderní rodině se častokrát objevuje nárůst rozvodů a menším počtem dětí. Významný proces pro rodinu je proces atomizace, který se rozvinul díky hospodářským změnám. Moderní pojetí rodinu chápe jako společenskou instituci, jejíž základ tvoří skupina otce, matky a dětí žijících pospolu. Úloha rodiny se v péči o nemocného člena změnila. Během vývoje se péče o pacienta v domácím prostředí přenesla spíše do zdravotnických zařízení. Rodina si s nemocnicí vyměnila své role. Řada vyspělých zemí poukazuje na to, že v péči o nemocné rodinné příslušníky hraje nenahraditelnou roli a nemůže ji nahradit žádné zdravotnické zařízení. Každá rodina, pokud se rozhodne o pacienta starat, si musí uvědomit, že se bude muset přizpůsobit a přehodnotit své perspektivy tak, aby se přizpůsobily dané situaci. Postoj rodiny se orientuje podle toho, o jaké onemocnění se jedná, dále dle dlouhodobosti a prognózy (17).

### *1.3.3 Komunikace mezi všeobecnou sestrou, rodinou a pacientem*

Při práci se všeobecné sestry musí hlavně soustředit na komunikaci, která zaujímá důležité místo v komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Od začátku komunikace s rodinou by měla být sestra aktivním posluchačem, přátelské a otevřené jednání dobře působí ve vztahu sestra – pacient. V praxi jsme schopni rozdělit tři druhy profesionální komunikace. Jedna z nich je sociální komunikace, v této komunikaci se jedná o běžný hovor a kontakt s pacientem. Při rozhovoru se sestra snaží, aby si pacient vytvořil kladný vztah k ošetřujícím osobám. Člověk jak v domácím, tak i nemocničním ošetřování má omezený sociální kontakt. Další typ komunikace je specifická

(strukturovaná) komunikace, v této komunikaci sdělujeme důležitá fakta a motivujeme pacienta k důležitosti další léčby. Sestra musí klást zvýšené nároky na srozumitelnost celého sdělení tak, aby vše pacient pochopil. Poslední druh komunikace je terapeutická komunikace. Odehrává se při rozhovoru s nemocným. Při běžných denních úkonech u pacienta mu poskytujeme oporu a pomoc v jeho těžkých životních situacích (18, 29).

Mezi podoby komunikace řadíme verbální a neverbální komunikaci. Tyto formy komunikace nejsou používány jako oddělené metody působení jednoho člověka na druhého. Neverbální komunikace se také nazývá komunikace beze slov. Je starší než komunikace verbální, existovala již před tím, než se začala mezi lidmi používat řeč. Neverbální komunikaci lze jen velmi těžko ovládat svou vlastní vůlí. Někteří lidé si myslí, že jsou schopni ovládat své neverbální projevy a tímto je usměrňovat. Umožňuje to schopnost sebeovládání a ovládání mimických projevů, ale existují metody, díky kterým lze zjistit autenticitu prožívaného a jeho vyjádření. Složky neverbální komunikace jsou vizika, mimika, kinetika, gestika, haptika, chronemika, proxemika, posturologie, teritorialita a paralingvistika (19). Verbální komunikace vyjadřuje kontakt mezi sestrou a pacientem pomocí slov. Sestra by se měla vyjadřovat přesně, jasně a především srozumitelně tak, aby to pacient chápal. Verbální komunikace a její slova mají významnou hodnotu informací. Díky nim sestra mluví, vysvětluje, motivuje a přesvědčuje. Má důležitou funkci, a to pacienta informovat o potřebnosti odborných postupů při udržování a utužování jeho zdraví. Musí volit slova uváženě a často i cíleně na konkrétního pacienta. Požadavky na řečový projev sestry jsou jednoduchost, přehlednost, výstižnost, podnětnost, načasování, závažnost, důvěryhodnost, přizpůsobivost a oboustrannost (20).

#### *1.3.4 Sdělování informací*

Nemoc, která pacienta potká, nikdy nezasáhne jen pacienta, ale také i jeho celou rodinu. Rodina byla zvyklá o své nemocné členy pečovat. Role rodiny se avšak během historického vývoje měnila. Rodina je v péči o pacienta velmi důležitá jak pro zdravotnický tým, tak i pro fyzickou a psychickou podporou pacienta. Sdělování informací o pacientově stavu, povaze onemocnění, léčbě a prognóze je ze zákona umožněno pouze lékaři. V naší zemi je většinou pravidlem to, že lékař podává pravdivé



informace o pacientově stavu, pokud si sám pacient nepřeje jinak. Pokud si nemocný nepřeje, aby byly rodině informace podávány, musí lékař vždy toto přání respektovat. Jedinou výjimkou je závažný stav pacienta, kdy není schopen projevit souhlas či nesouhlas s poskytováním informací. Sestra by měla být rodině vždy oporou a umožnit komunikaci s lékařem. Měla by rodinu a pacienta pozitivně motivovat, ale nikdy by neměla pacientovi a rodině slibovat nemožné (12). Pacient při přijetí musí vyplnit formulář, v němž dle § 67b, odstavce 12, zákona o péči o zdraví lidu určí osobu nebo osoby s právem na informace o jeho zdravotním stavu. Jestliže tento formulář pacient předem vyplní, mohou se uvedeným osobám podávat informace v celém rozsahu. S tím souvisí i to, zda pacient dovolí těmto osobám nahlížet do dokumentace a pořizovat z dokumentace opisy a výpisy. Této osobě také zdravotnický personál aktivně sděluje veškeré změny týkající se pacientova stavu. Dále je povinnost sdělovat informace osobám, které na ně mají nárok na základě zvláštního právního předpisu, například soudu v trestním řízení. Diagnózu sděluje vždy jen lékař, nikdy ne střední zdravotnický personál (22).

## **2. Cíle práce**

### **2.1 Cíle práce**

1) Zmapovat úroveň spolupráce sester a rodinných příslušníků pacienta s poraněním mozku.

2) Zjistit, zda existují specifika ve spolupráci sester a rodinných příslušníků pacienta s poraněním mozku.

### **2.2 Výzkumné problémy**

- 1) Je pro sestry komunikace s rodinnými příslušníky poraněného náročná?
- 2) Setkávají se sestry ve spolupráci s rodinnými příslušníky s nějakými problémy?
- 3) Vidí sestry nějaká specifika ve spolupráci s rodinnými příslušníky?

### **3. Metodika**

#### **3.1 Metody a techniky výzkumu**

Pro empirickou část této bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní šetření. Byla použita metoda sběru dat, formou dotazníků. Dotazník byl anonymní a byl určen pro sestry pracující ve zdravotnických zařízeních a to v nemocnici České Budějovice, a.s. a v Úrazové nemocnici Brno. Výzkumné šetření bylo prováděno v červnu roku 2013. Dotazník byl sestaven z 33 otázek. V úvodu byly umístěny identifikační otázky, další se týkaly názoru sester na jejich spolupráci spolupráce s rodinnými příslušníky u pacienta s poraněním mozku.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

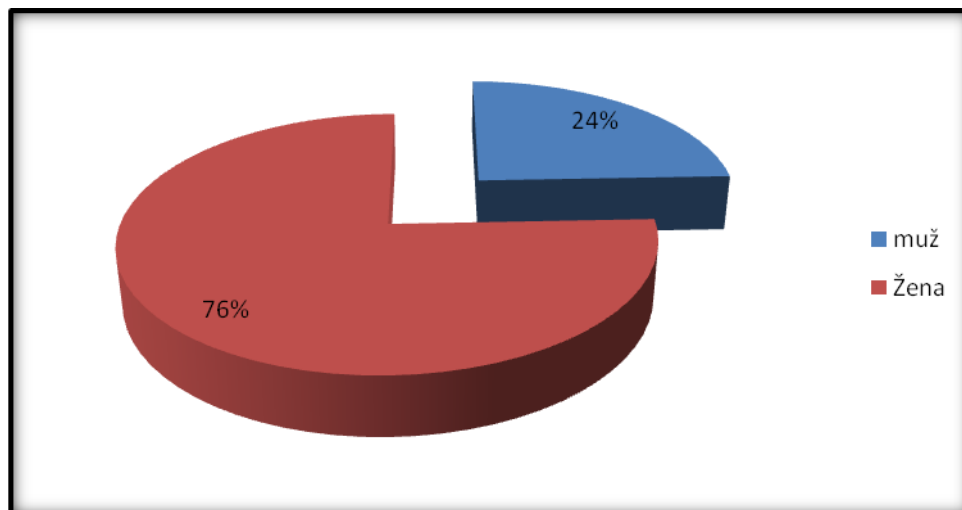
Výzkumným souborem pro dotazníkové šetření byly sestry pracující na jednotce intenzivní péče nebo na standardním lůžkovém oddělení v nemocnici České Budějovice, a.s. a v Úrazové nemocnici Brno. Pro práci jsme zvolili kvótní výběr, kdy základní podmínkou bylo, aby sestry pracovaly na pracovištích, kde ošetřují pacienty s úrazem mozku (25).

Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, jejichž návratnost byla 88%. Vrátilo se tedy 88 dotazníků, z nichž 6 dotazníků bylo vyřazeno pro nesprávné vyplnění. Pro konečné zpracování bylo použito 82 dotazníků (100%). Výsledky byly zpracovány do grafů. U většiny grafů byly zhodnoceny názory sester na danou problematiku.

#### 4. Výsledky

Graf 1 Pohlaví

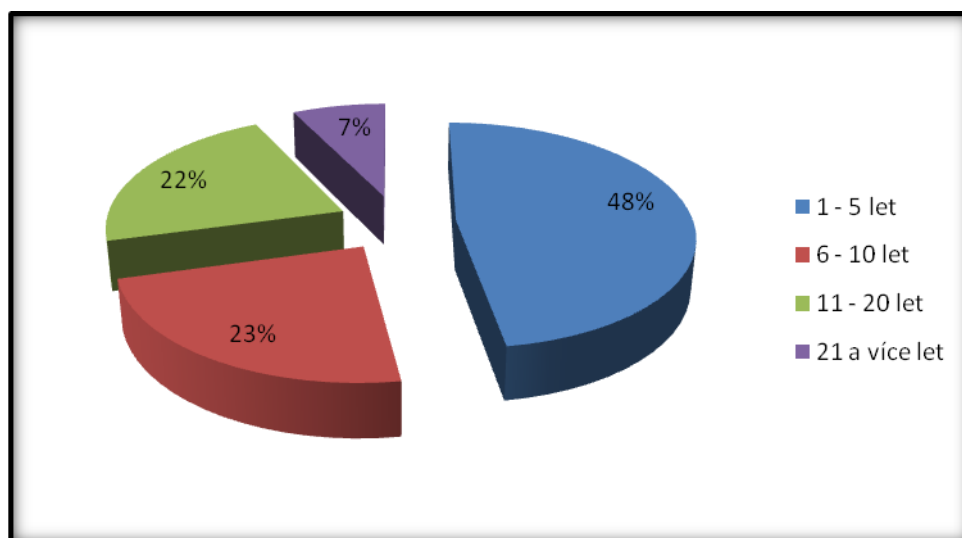
N=82



Z celkového počtu 82 respondentů (100%) bylo 62 žen (76%) a mužů 20 (24%).

Graf 2 Délka praxe respondentů

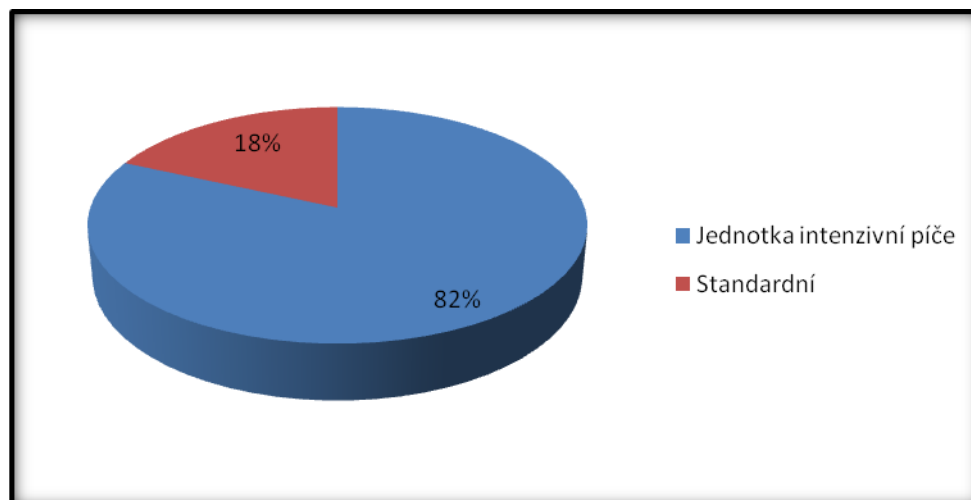
N=82



Z celkového počtu 82 respondentů (100%) bylo 39 (48%) v praxi 1-5 let, 19 (23%) bylo v praxi 6-10 let, 18 (22%) v praxi 11-20 let, 6 (7%) v praxi 21 a více let.

**Graf 3 Oddělení**

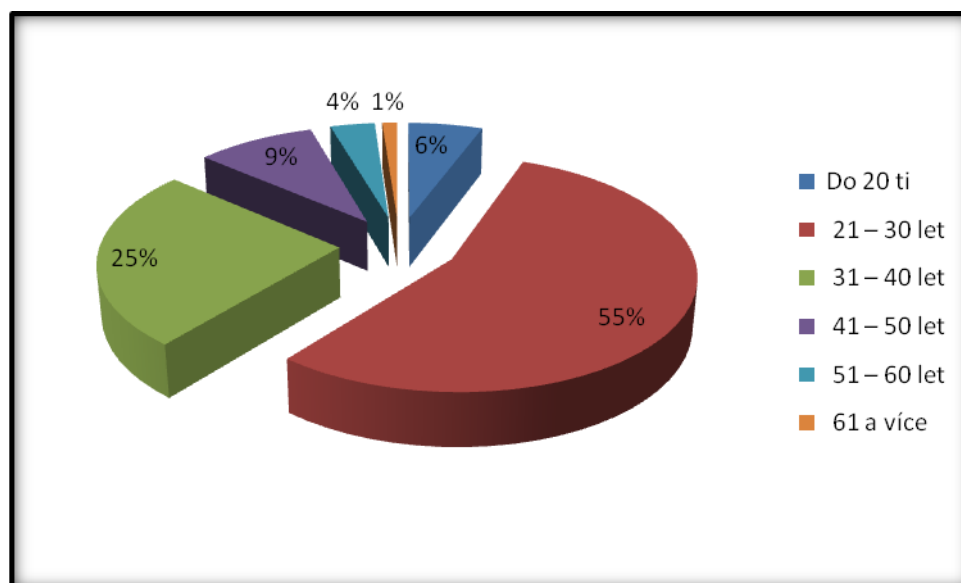
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů bylo 67 (82%) respondentů z jednotky intenzivní péče a 15 (18%) respondentů za standardního lůžkového oddělení.

**Graf 4 Věk**

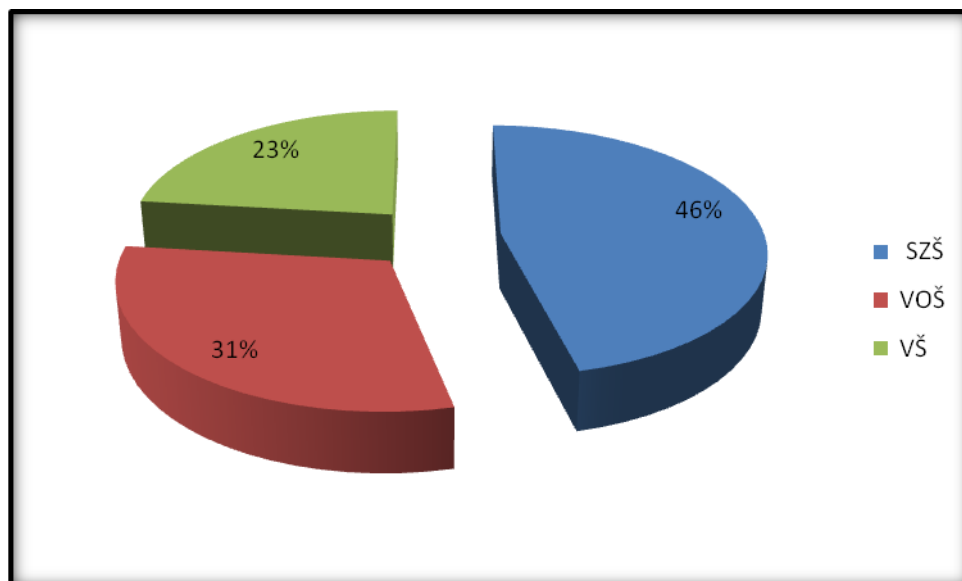
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů bylo 5 (6%) do 20 let, 48 (55%) od 21 do 30 let, 22 (25%) od 31 do 40 let, 8 (9%) od 41 do 50 let, 3 (4%) od 51 do 60 let, 1 (1%) 61 a více

**Graf 5 Vzdělání**

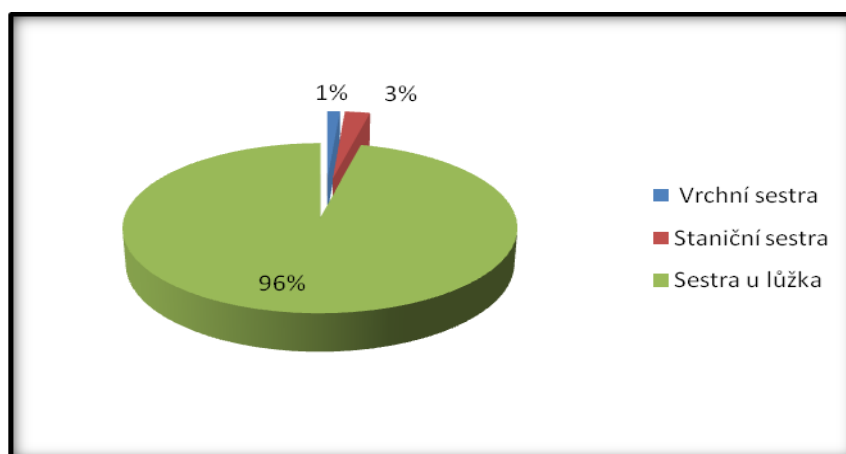
**N=82**



Z celkového počtu respondentů 82 (100%) bylo 38 (46%) respondentů středoškolsky vzdělaných, 25 (31%) respondentů vystudovalo vyšší odbornou školu, 19 (23%) respondentů bylo vysokoškolsky vzdělaných.

**Graf 6 Pracovní pozice**

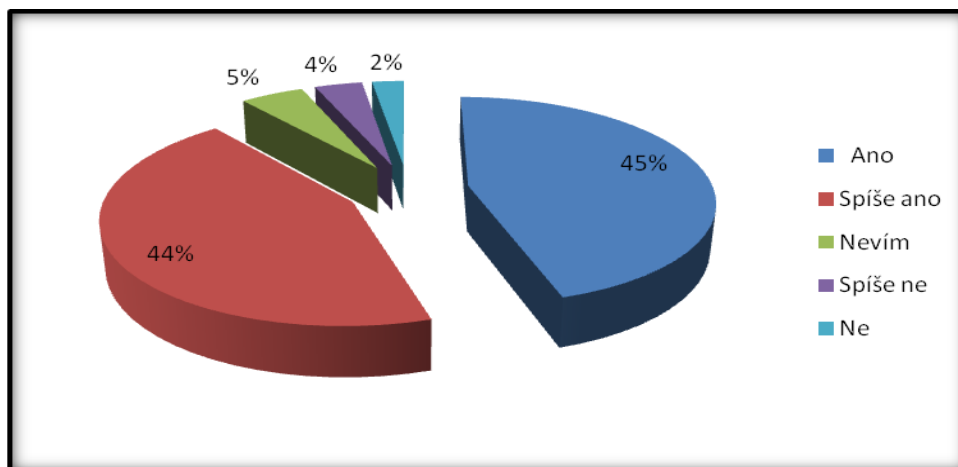
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) bylo 79 (96%) respondentů sestry u lůžka, 2 (3%) respondenti byly staniční sestry, 1 (1%) respondentka byla vrchní sestra

**Graf 7 Zájem rodiny o pacientův stav a diagnózu**

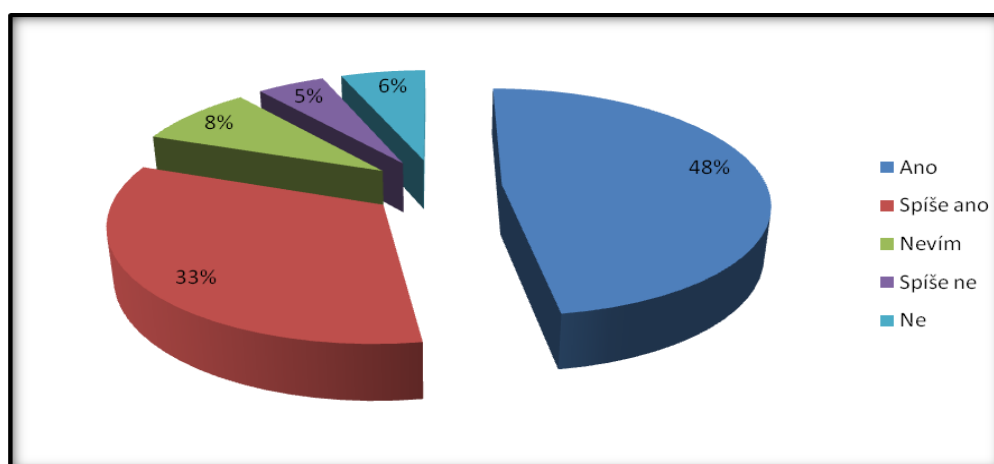
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 37 (45%) respondentů uvedlo, že se rodina o pacientův stav a diagnózu zajímá, 36 (44%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 4 (5%) respondenti uvedli nevím, 3 (4%) respondenti uvedli spíše ne, 2 (2%) respondenti uvedli ne.

**Graf 8 Dostatečné věnování rodině ze strany lékaře**

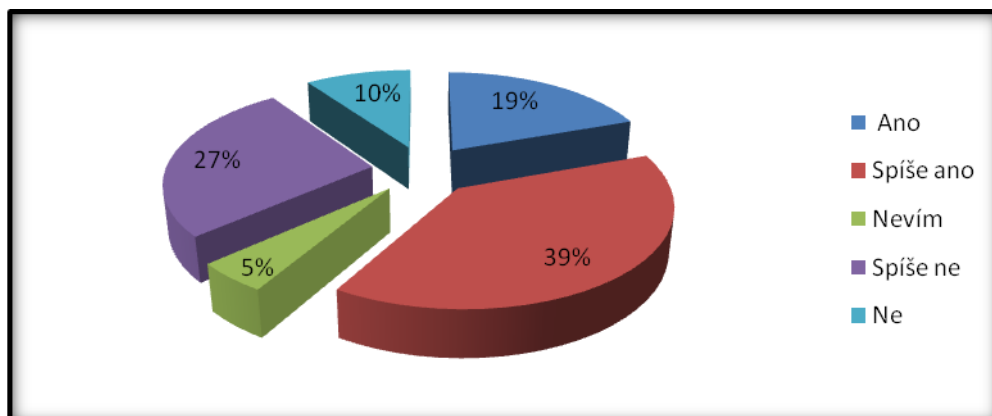
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 39 (48%) respondentů uvedlo, že se lékař rodině věnuje dostatečně, 27 (33%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 7 (8%) respondentů uvedlo nevím, 4 (5%) respondenti uvedli spíše ne, 5 (6%) respondentů uvedlo ne.

**Graf 9 Doplnění informací po konzultaci s lékařem**

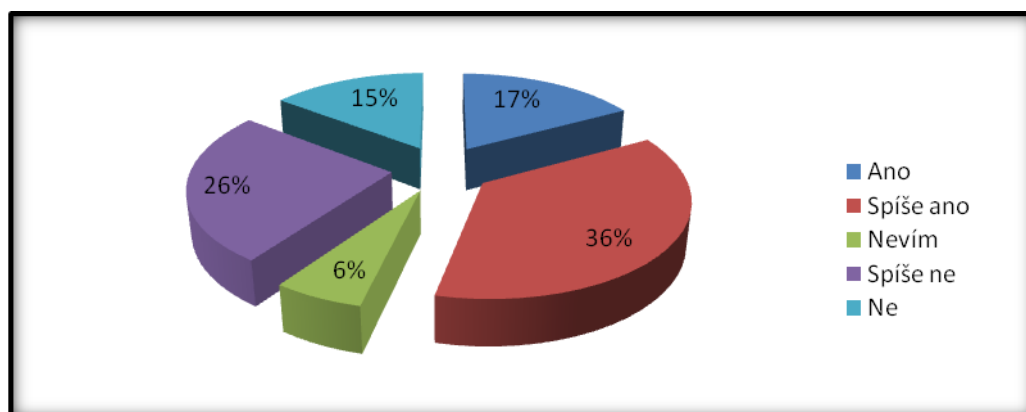
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 16 (19%) respondentů uvedlo, že je rodina vyhledává pro doplnění informací po konzultaci s lékařem, 32 (39%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 4 (5%) respondenti uvedli nevím, 22 (27%) respondentů uvedlo spíše ne, 8 (10%) respondentů uvedlo ne.

**Graf 10 Náročnost komunikace s rodinou pro sestry**

**N=82**



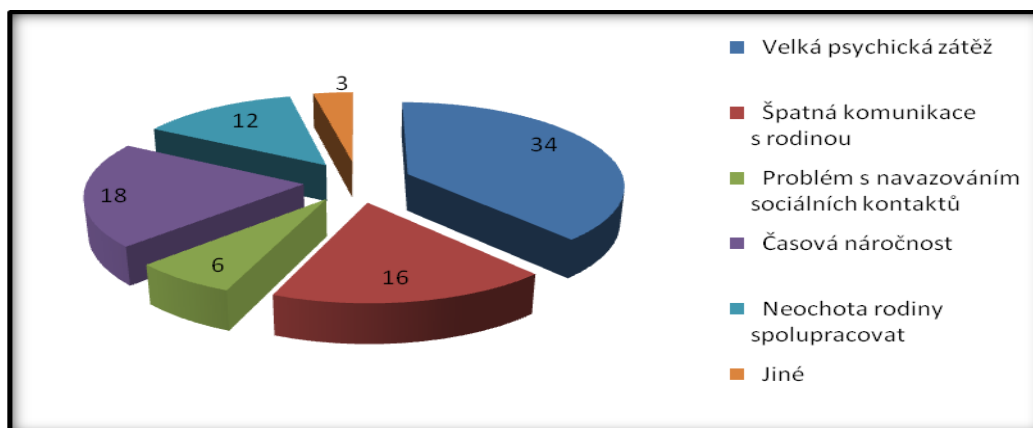
Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 14 (17%) respondentů uvedlo, že je pro ně komunikace s rodinou náročná, 30 (36%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 5 (6%) respondentů uvedlo nevím, 21 (26%) respondentů uvedlo spíše ne, 12 (15%) respondentů uvedlo, že pro ně komunikace není náročná.



**Graf 11 Vymezení důvodů náročné komunikace**

**FILTR**

**N=44**

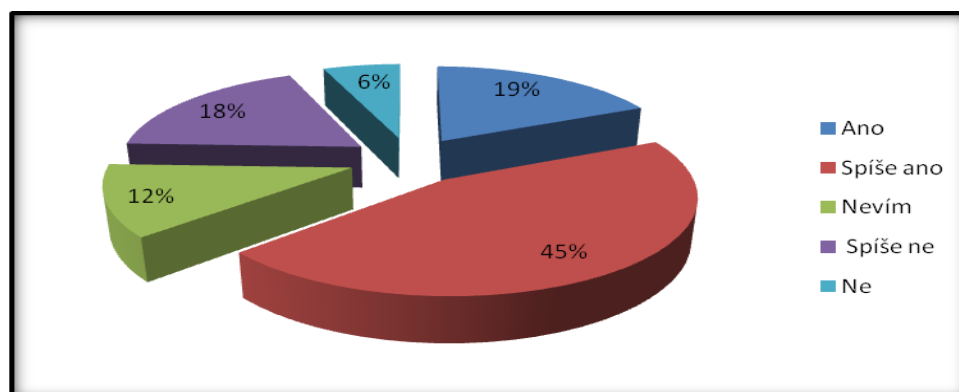


*Pozn. respondenti měli možnost označit více odpovědí.*

Z celkového počtu 44 respondentů 34 respondentů uvedlo, že je pro ně komunikace náročná kvůli velké psychické zátěži, vyplývající z onemocnění pacienta, 16 respondentů uvedlo jako důvod špatnou komunikaci s rodinou, 6 uvedlo jako problém s navazováním sociálních kontaktů, 18 respondentů uvedlo časovou náročnost, 12 uvedlo neochotu rodiny spolupracovat, 3 uvedli jiné.

**Graf 12 Vyvíjení vlastní iniciativy při komunikaci s rodinou**

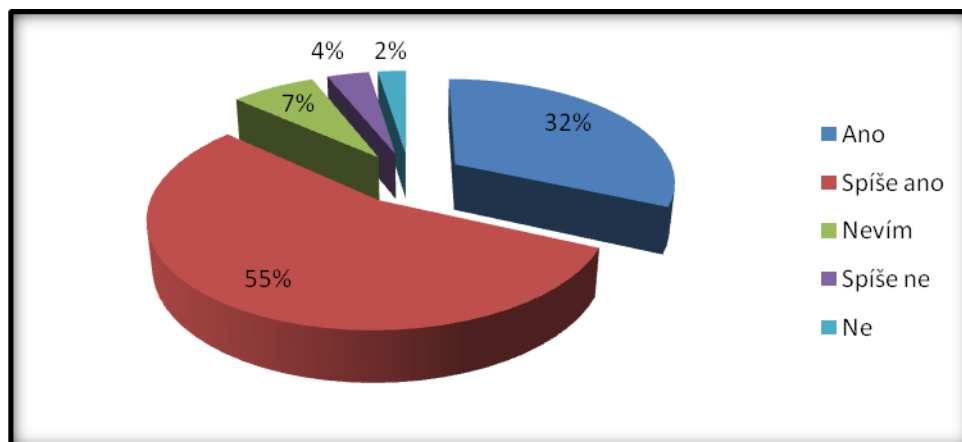
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 15 (19%) respondentů uvedlo, že vyvíjí vlastní iniciativu při komunikaci s rodinou, 37 (45%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 10 (12%) respondentů uvedlo nevím, 15 (18%) respondentů uvedlo spíše ne, 5 (6%) respondentů uvedlo, že vlastní iniciativu při komunikaci s rodinou nevyvíjí.

**Graf 13 Dostatek trpělivosti při komunikaci**

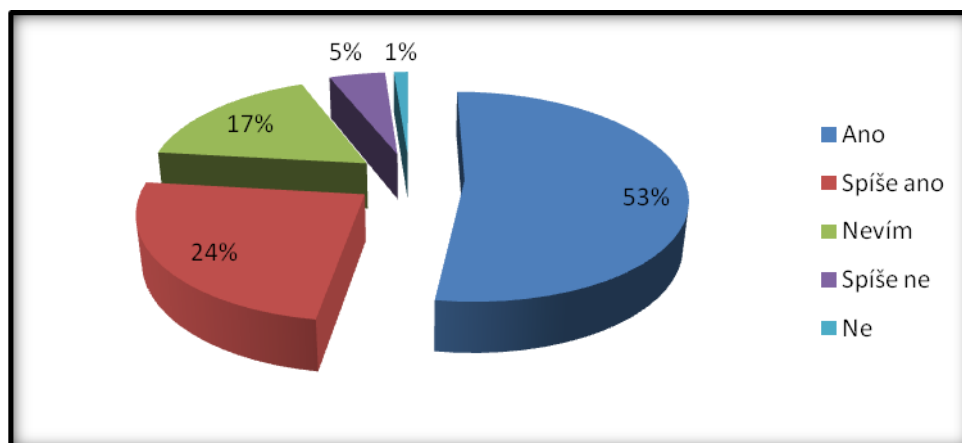
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 26 (32%) respondentů uvedlo, že má dostatek trpělivosti při komunikaci s rodinou, 45 (55%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 6 (7%) respondentů uvedlo nevím, 3 (4%) respondenti uvedli spíše ne, 2 (2%) respondenti uvedli, že nemají dostatek trpělivosti při komunikaci s rodinou.

**Graf 14 Vysvětlení pacientovy zmatenosti rodině**

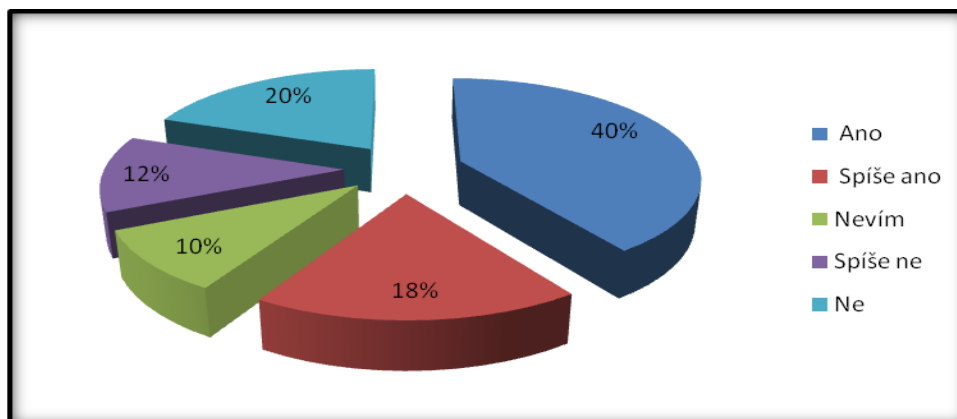
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 43 (53%) respondentů uvedlo, že pacientovu zmatenost rodině vysvětluje, 20 (24%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 14 (17%) respondentů uvedlo nevím, 4 (5%) respondenti uvedli spíše ne, 1 (1%) respondent uvedl, že rodině pacientovu zmatenost nevysvětluje.

**Graf 15 Setkání s problémem v komunikaci**

**N=82**

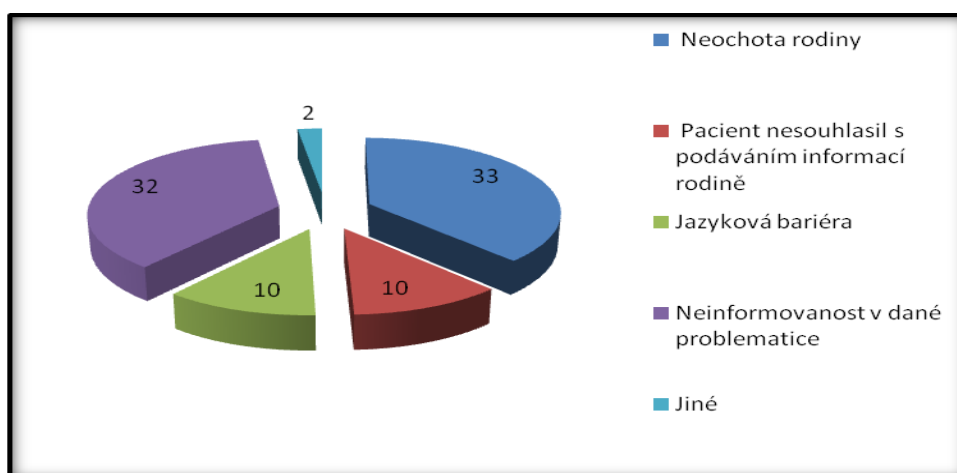


Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 33 (40%) respondentů uvedlo, že se s problémem setkali, 15 (18%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 8 (10%) respondentů uvedlo nevím, 10 (12%) respondentů uvedlo spíše ne, 16 (20%) respondentů uvedlo, že se s problémem v komunikaci neseťkali.

**Graf 16 Vymezení problému v komunikaci**

**FILTR**

**N=48**

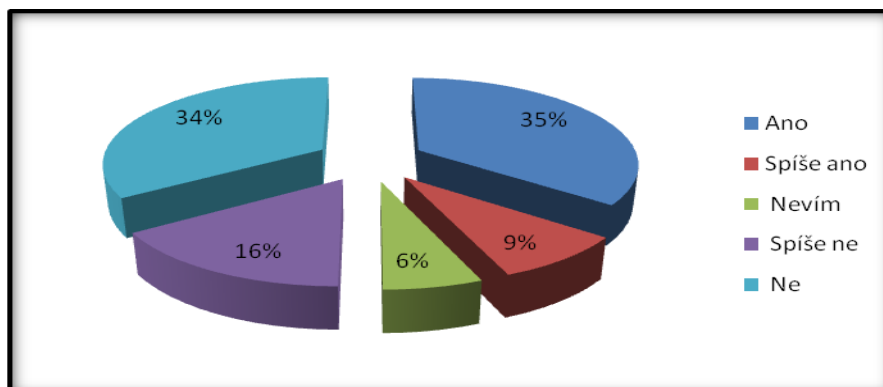


*Pozn. Respondenti měli možnost označit více odpovědí.*

Z celkového počtu 48 respondentů 33 respondentů uvedlo, že se setkali s problémem v komunikaci kvůli neochotě rodiny, 10 respondentů uvedlo jako důvod, že pacient nesouhlasil s podáváním informací rodině, 10 uvedlo jazykovou bariéru, 32 respondentů uvedlo neinformovanost v dané problematice, 2 uvedli jiné.

**Graf 17 Využití psychologa při komunikaci s rodinou**

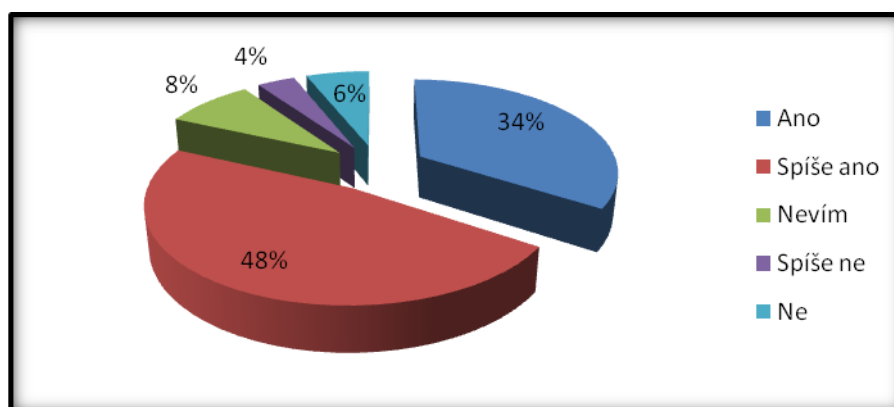
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 29 (35%) respondentů uvedlo, že psychologa v případě nutnosti při komunikaci využívají, 7 (9%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 5 (6%) respondentů uvedlo nevíím, 13 (16%) respondentů uvedlo spíše ne, 28 (34%) respondentů uvedlo, že psychologa nevyžívají.

**Graf 18 Dostatek empatie k rodinným příslušníkům**

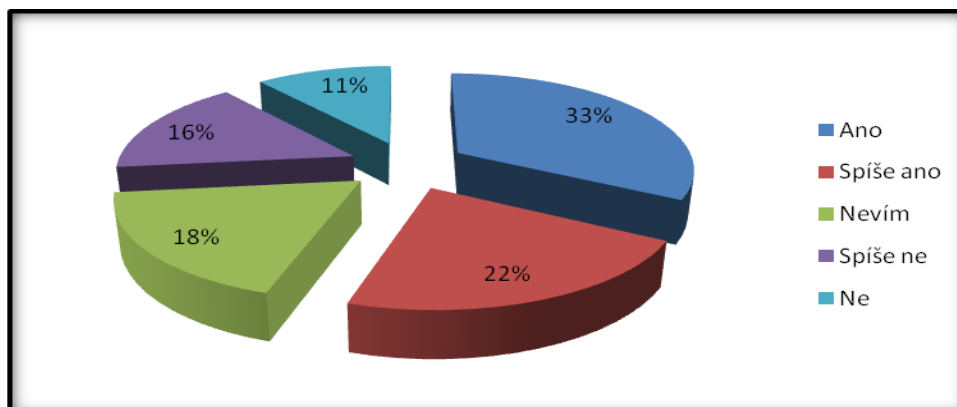
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 28 (34%) respondentů uvedlo, že vyvíjejí dostatek empatie při komunikaci s rodinou, 39 (48%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 7 (8%) respondentů uvedlo nevíím, 3 (4%) respondenti uvedli spíše ne, 5 (6%) respondentů uvedlo ne.

**Graf 19 Specifika ve spolupráci s rodinou**

**N=82**

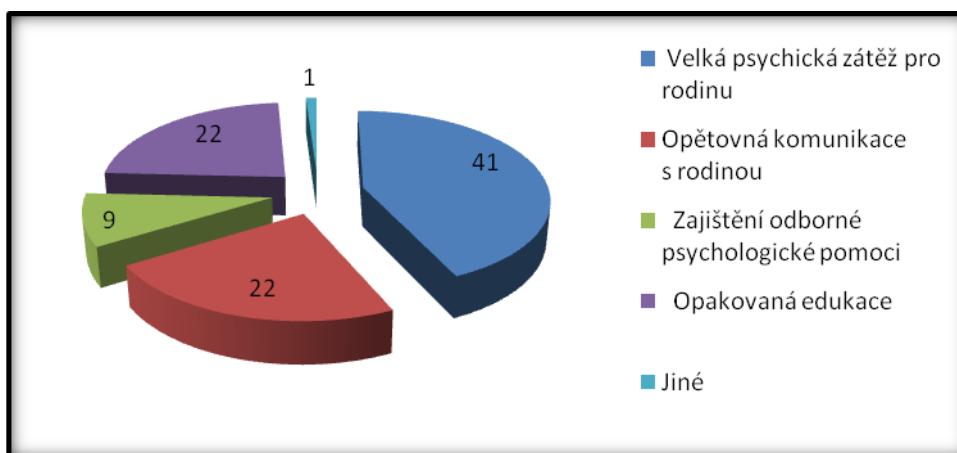


Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 27 (33%) respondentů uvedlo, že se ve spolupráci s rodinou vyskytují určitá specifika, 18 (22%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 15 (18%) respondentů uvedlo nevím, 13 (16%) respondentů uvedlo spíše ne, 9 (11%) respondentů uvedlo, že se s žádnými specifiky neselekali.

**Graf 20 Vymezení určitých specifik**

**FILTR**

**N=45**

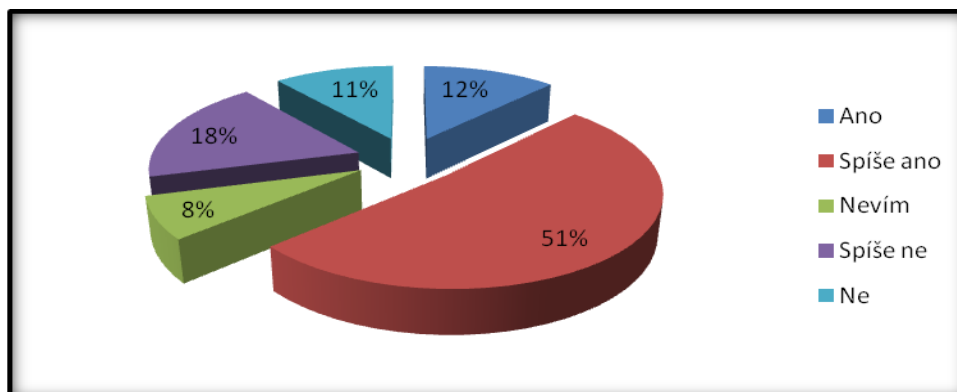


*Pozn. Respondenti měli možnost označit více odpovědí.*

Z celkového počtu 45 respondentů, 41 respondentů uvedlo, že se setkali s problémem kvůli velké psychické zátěži, 22 respondentů uvedlo opětovnou komunikaci s rodinou, 9 uvedlo zajištění odborné psychologické pomoci, 22 respondentů uvedlo opakovanou edukaci, 1 jiné.

**Graf 21 Spolupráce rodiny v ošetrovateľskej péči**

**N=82**

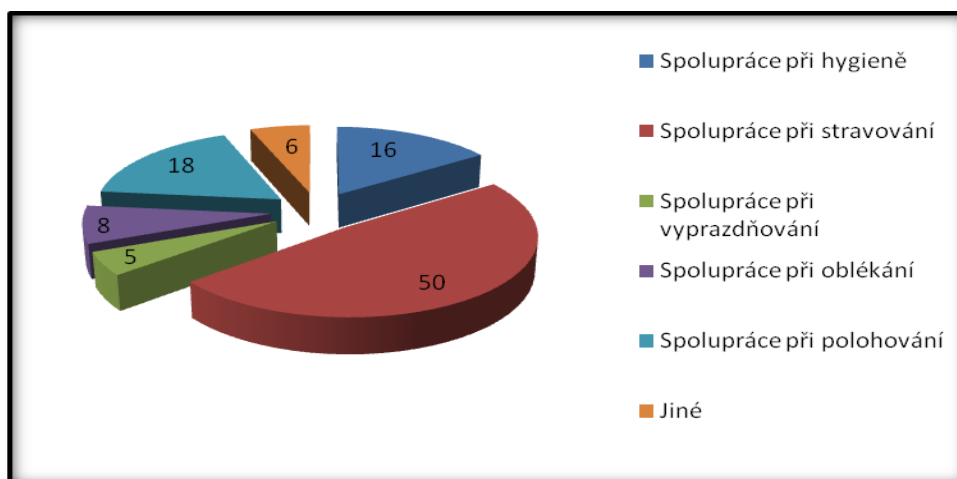


Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 10 (12%) respondentů uvedlo, že rodina spolupracuje v ošetrovateľskej péči, 42 (51%) respondentů uvedlo odpoveď spíše ano, 6 (8%) respondentů uvedlo nevím, 15 (18%) respondentů uvedlo spíše ne, 9 (11%) respondentů uvedlo ne.

**Graf 22 Vymezení spolupráce v ošetrovateľskej péči**

**FILTR**

**N=52**

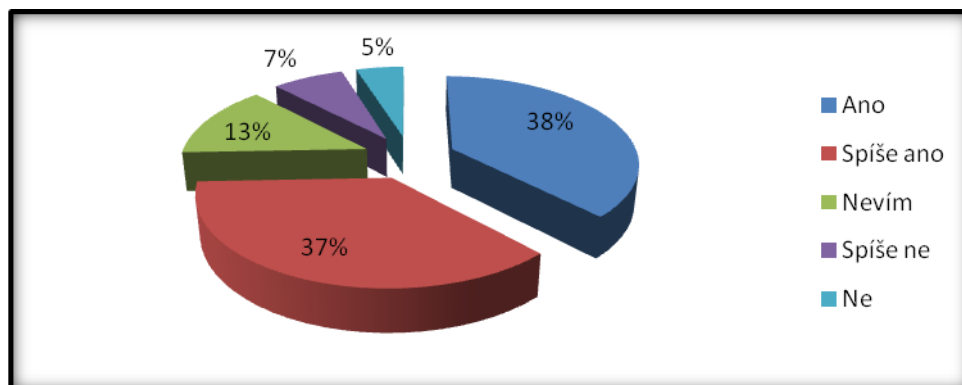


*Pozn. Respondenti měli možnost označit více odpovědí.*

Z celkového počtu 52 respondentů 16 respondentů uvedlo, že rodina spolupracuje při hygieně, 50 respondentů uvedlo spolupráci při stravování, 5 respondentů uvedlo spolupráci při vyprazdňování, 8 respondentů uvedlo spolupráci při oblékání, 18 spolupráci při polohování, 6 uvedlo jiné.

**Graf 23 Větší zapojení rodiny do ošetrovatelské péče**

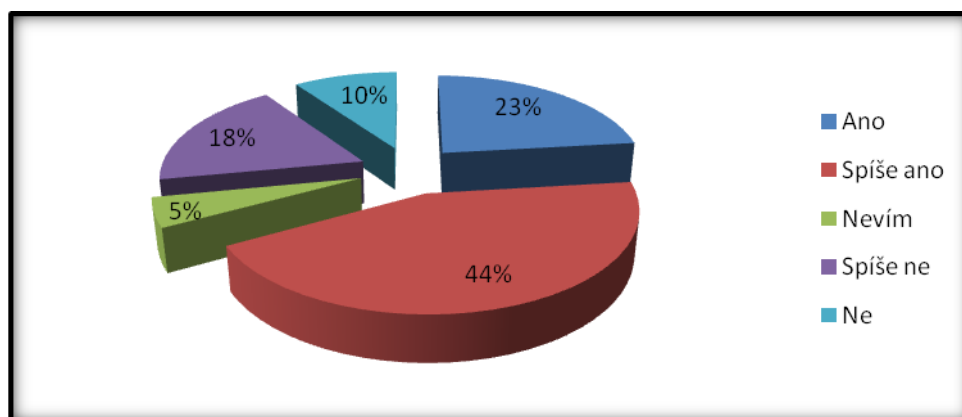
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 31 (38%) respondentů uvedlo, že by se rodina měla více zapojovat do ošetrovatelské péče, 30 (37%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 11 (13%) respondentů uvedlo nevím, 6 (7%) respondentů uvedlo spíše ne, 4 (5%) respondenti uvedli ne.

**Graf 24 Aktivní zapojování rodiny do ošetrovatelské péče**

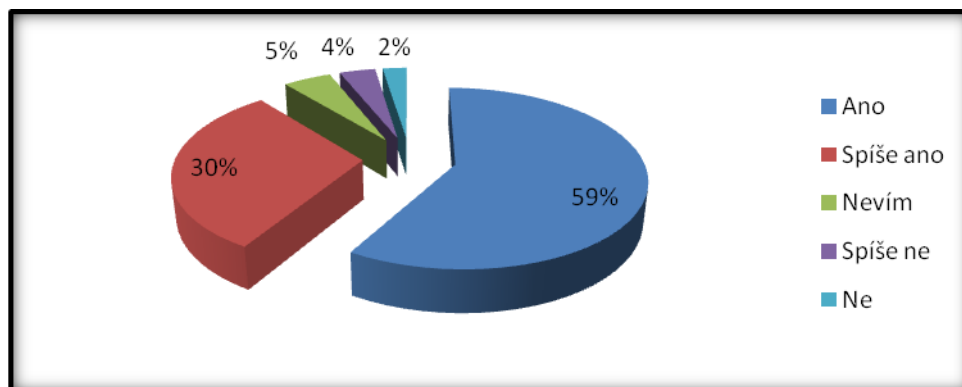
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 19 (23%) respondentů uvedlo, že aktivně rodinu zapojuje do ošetrovatelské péče, 36 (44%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 4 (5%) respondenti uvedli nevím, 15 (18%) respondentů uvedlo spíše ne, 8 (10%) respondentů uvedlo ne.

**Graf 25** Vhodnost zapojení rodiny do ošetrovatelské péče

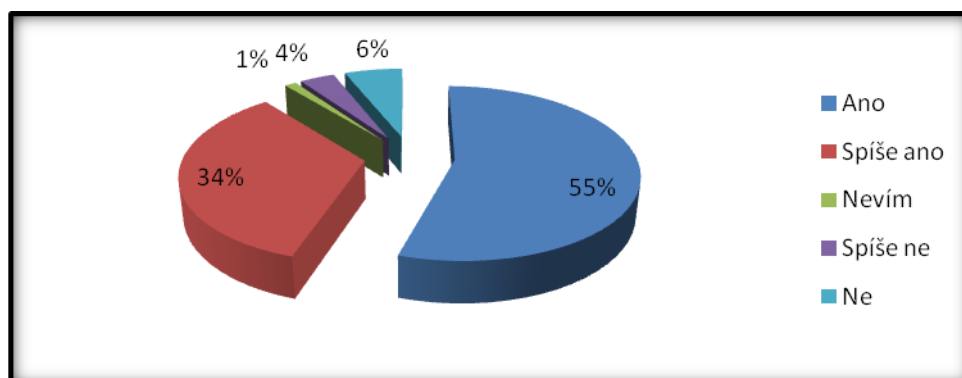
N=82



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 48 (59%) respondentů uvedlo, že je pro pacienta dobré, když se rodina do ošetrovatelské péče zapojí, 25 (30%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 4 (5%) respondentů uvedlo nevím, 3 (4%) respondenti uvedli spíše ne, 2 (2%) respondenti uvedli ne.

**Graf 26** Návštěvy mimo návštěvní dobu

N=82

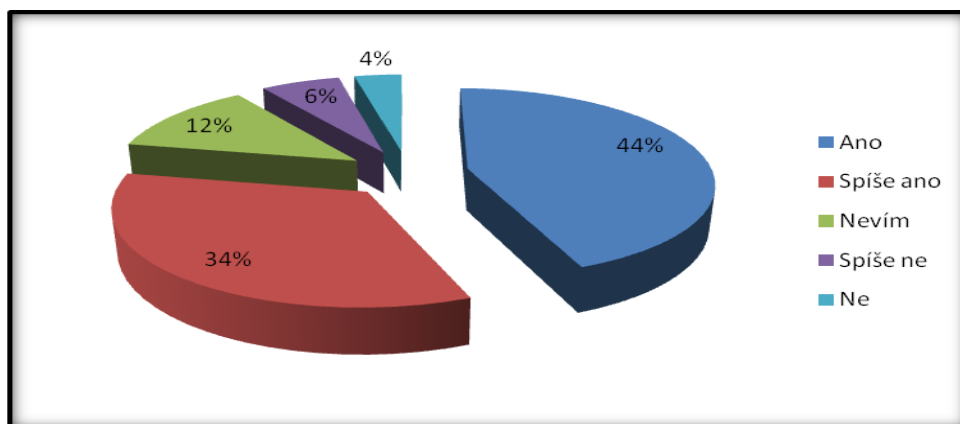


Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 45 (55%) respondentů uvedlo, že použít rodinu za pacientem i mimo návštěvní dobu, 28 (34%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 1 (1%) respondent uvedl nevím, 3 (4%) respondenti uvedli spíše ne, 5 (6%) respondentů uvedlo ne.



**Graf 27 Zapojení rodiny do ošetrovatelské péče jako přínos pro obě strany**

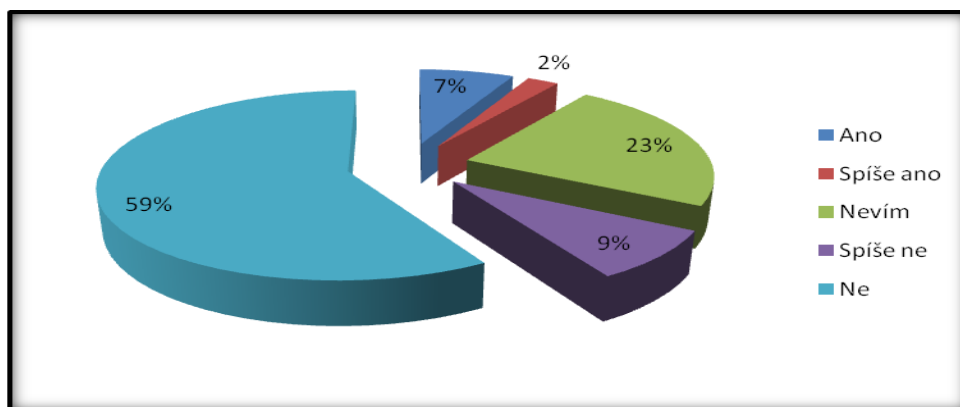
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 36 (44%) respondentů uvedlo, že zapojení rodiny bere do ošetrovatelské péče jako přínos pro obě strany, 28 (34%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 10 (12%) respondentů uvedlo nevím, 5 (6%) respondentů uvedlo spíše ne, 3 (4%) respondentů uvedlo ne.

**Graf 28 Kontakt s pomáhajícími skupinami**

**N=82**

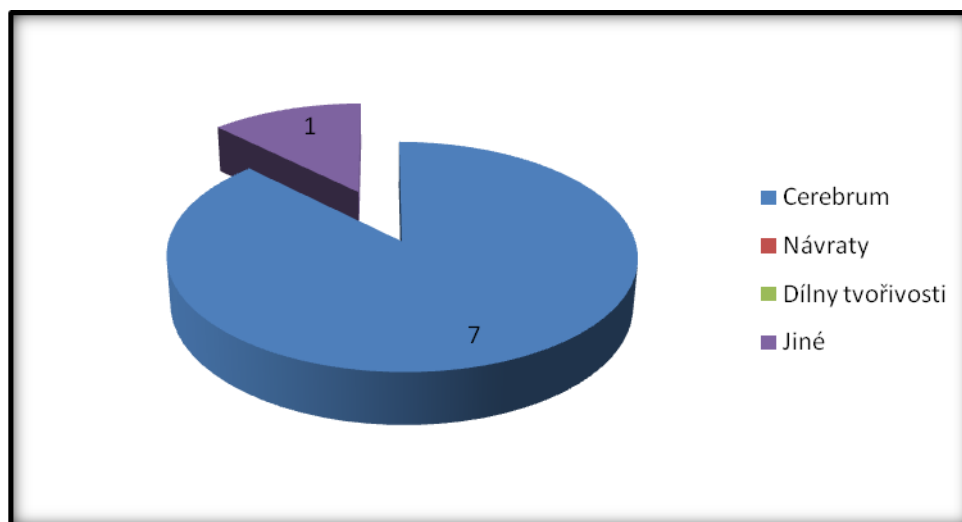


Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 6 (7%) respondentů uvedlo, že jsou v kontaktu s pomáhající skupinou, 2 (2%) respondeti uvedli odpověď spíše ano, 19 (23%) respondentů uvedlo nevím, 7 (9%) respondentů uvedlo spíše ne, 48 (59%) respondentů uvedlo, že nejsou v kontaktu s žádnou pomáhající skupinou.

**Graf 29 Vymezení pomáhajících skupin**

**FILTR**

**N=8**

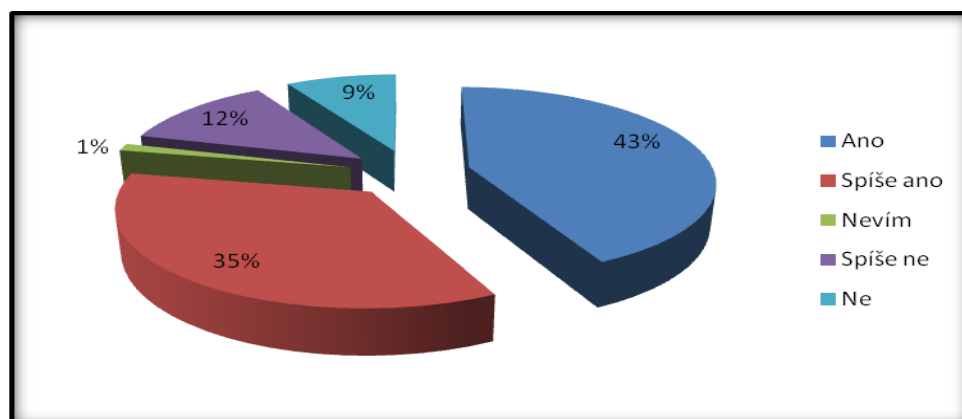


*Pozn. Součet relativních četností převyšuje 100%, neboť respondenti měli možnost označit více odpovědí.*

Z celkového počtu 8 respondentů 7 respondentů uvedlo, že z pomáhajících skupin doporučují Cerebrum, 1 respondent uvedl jiné.

**Graf 30 Používání bazální stimulace**

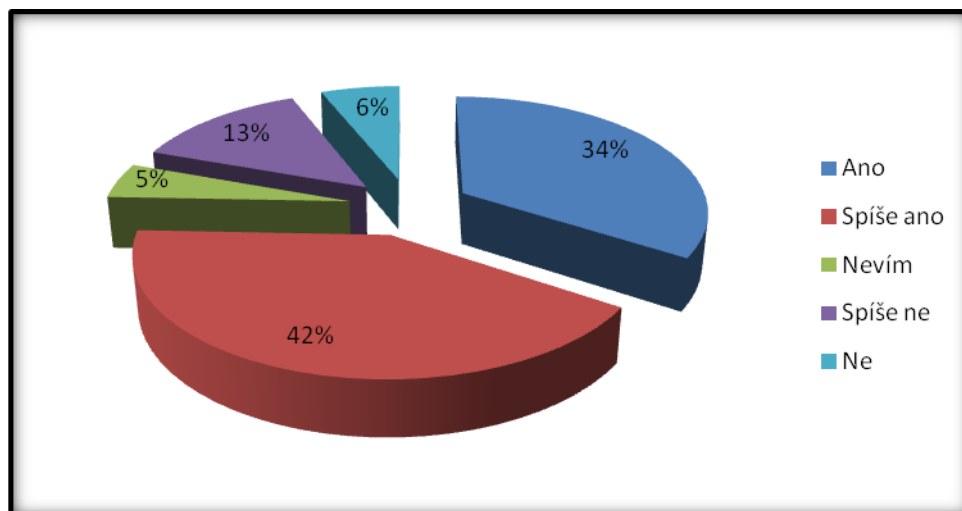
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 35 (43%) respondentů uvedlo, že u pacientů provádí bazální stimulaci, 29 (35%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 1 (1%) respondent uvedl nevím, 10 (12%) respondentů uvedlo spíše ne, 7 (9%) respondentů uvedlo, že neprovádí bazální stimulaci.

**Graf 31 Zapojení rodiny do bazální stimulace**

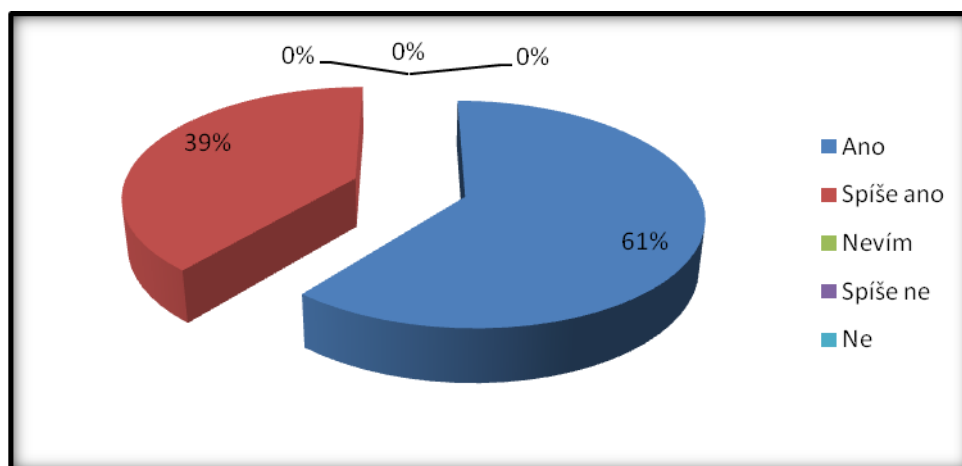
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 28 (34%) respondentů uvedlo, že rodinu pacienta zapojuje do bazální stimulaci, 34 (42%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 4 (5%) respondenti uvedli nevím, 11 (13%) respondentů uvedlo spíše ne, 5 (6%) respondentů uvedlo, že rodinu pacienta nezapojuje do bazální stimulace.

**Graf 32 Motivace rodiny k nošení osobních věcí**

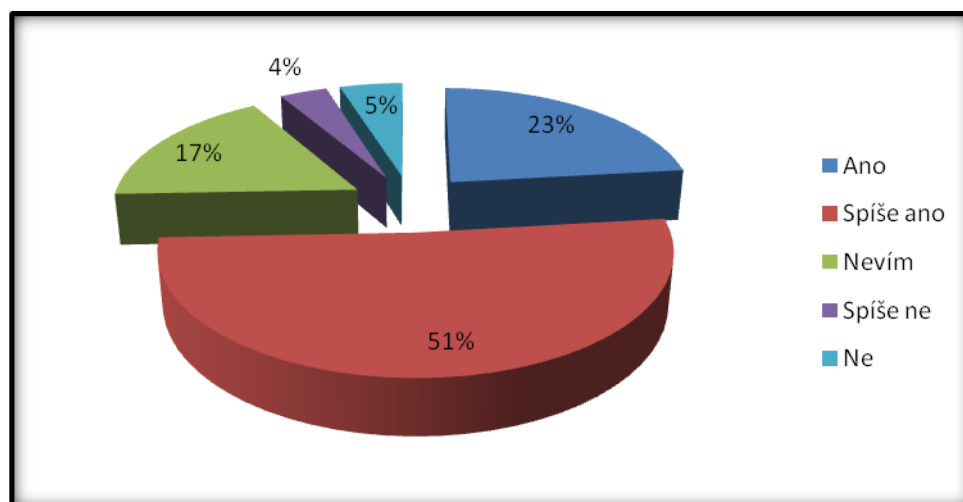
**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 50 (61%) respondentů uvedlo, že rodinu motivuje k nošení osobních věcí, 32 (39%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, odpověď nevím, spíše ne a ne neoznačil žádný z respondentů.

**Graf 33 Spolupráce sester a rodiny na kvalitní úrovni**

**N=82**



Z celkového počtu 82 (100%) respondentů 19 (23%) respondentů uvedlo, že je spolupráce sester a rodiny pacienta s poraněním mozku na kvalitní úrovni, 42 (51%) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 14 (17%) respondentů uvedlo nevím, 3 (4%) respondenti uvedli spíše ne, 4 (5%) respondenti uvedli ne.

## 5. Diskuze

Tato bakalářská práce byla zaměřena na spolupráci sester a rodinných příslušníků pacienta s poraněním mozku. Cílem této práce bylo zmapovat úroveň spolupráce sester a rodinných příslušníků pacienta s poraněním mozku a zjistit, zda existují specifika ve spolupráci sester a rodinných příslušníků pacienta s poraněním mozku. Ve výzkumném šetření měly být potvrzeny tři výzkumné problémy. Byla použita metoda dotazování formou dotazníků. Pro zpracování výsledků bylo použito 82 řádně vyplněných dotazníků.

Pro kvantitativní šetření byl zvolen kvótní výběr a z těchto důvodů je první část dotazníku zaměřena na identifikační údaje, které jsme chtěli od respondentů získat. Respondentů jsme se v rámci výzkumného šetření otázali, zda se dle jejich názoru lékaři dostatečně věnují rodině pacienta s poraněním mozku. Myslím si, že při tomto typu poranění je velmi důležité, aby se lékař rodině dostatečně věnoval, jedná se většinou o závažné poranění a sestry v rámci svých kompetencí nesmí sdělovat rodině informace o zdravotním stavu pacienta. Uherek (22) uvádí, že diagnózu a informace o zdravotním stavu může sdělovat pouze lékař a nikdy střední zdravotnický personál. Většina respondentů uvedla, že se lékař rodině věnuje dostatečně (viz graf 8), ale i přesto tvrdí, že je rodina vyhledává pro doplnění informací po konzultaci s lékařem. Tento aspekt je velice zajímavý, i když respondenti udávají, že lékař vše s rodinou dostatečně konzultuje, přesto rodina zdravotní sestry po konzultaci vyhledává. V tomto případě se dá dle mého názoru uvažovat nad tím, zda lékař nezahrnuje rodinu velkým množstvím odborných slov a rodina není schopna takové množství pochopit a právě proto pak vyhledá sesterský personál k osvětlení celé záležitosti. Jedním z našich výzkumných problémů bylo zjistit, zda se sestry setkávají ve spolupráci s rodinnými příslušníky s nějakými problémy (viz graf 15). V rámci výzkumného šetření jsme se na tuto otázku sester zeptali. Sestry, které se s problémem v komunikaci setkaly, uvedly různé důvody, proč k problému došlo. Nejvíce respondentů uvedlo neochotu rodiny spolupracovat a neinformovanost v dané problematice (viz graf 16). Venglářová a Mahrová (18) uvádí, že v práci všeobecné sestry se musí hlavně soustředit na komunikaci, která zaujímá výlučné místo v komunikaci s pacientem a jeho rodinou. S tímto názorem

autorek musím souhlasit. Sestry, které se setkaly s problémy, by rozhodně neměly na pacienta ani jeho rodinu zanevřít, ale naopak by se měly snažit o opětovné navázání komunikace a nenechat se odbýt. Musí se snažit být rodině oporou a soustředit se nejen na potřeby pacienta, ale i na potřeby jeho blízkých. Nesmíme zapomenout na to, že nejen pacient je obět', ale i jeho rodina, může poranění svého blízkého špatně snášet. Tento názor také udává autorka Žilová (23), musíme si uvědomit, že je důležité věnovat pozornost potřebám rodinných příslušníků, protože rodina může kvalitně pečovat o příbuzného jen za předpokladu, že je věnována dostatečná pozornost i jejich potřebám a mají pro péči o svého příbuzného vytvořeny kvalitní a hodnotné podmínky. A právě z těchto důvodů se sestry, i přes neochotu rodiny spolupracovat, musí pokoušet o komunikaci. Musí se snažit vcítit do jejich pocitů a popřípadě by měly zvážit, zda by nebylo dobré do komunikace zapojit psychologa. Bohužel jsme v rámci výzkumného šetření zjistili, že větší procento sester pomoc psychologa při komunikaci s rodinou nevyužívá (viz graf 17). Toto zjištění pro mě bylo celkem překvapivé. Myslím si, že nejen sestřím, ale hlavně rodině by pomohl psycholog pochopit celou situaci a usnadnit jednání nejen mezi sestrou a rodinou, ale také mezi rodinou a lékařem. Není nutné, aby sestry tuto možnost rodině nutily, ale nabídnout, nebo snad jim tuto možnost doporučit, by bylo dobré. Většina sester udává, že vyvíjí vlastní iniciativu při komunikaci s rodinou (viz graf 12). Je přínosné, že se sestry snaží, kdyby vlastní iniciativu nevyvíjely, pacient by mohl ze sestry získat pocit, že o něj nejeví zájem a mohlo by se stát, že by k sestře ztratil důvěru, což pro ošetrovatelskou péči není dobré. Zacharová (13) uvádí, že je dobré, aby sestra sledovala, jak často za pacientem rodina dochází a jak se pacient po návštěvách příbuzných cítí. Tento fakt by sestra, která vlastní iniciativu nevyvíjí, mohla snadno přehlédnout, a nemá tudíž šanci k tomu, aby rodinu motivovala k častým návštěvám svého příbuzného. Při poranění mozku je celkem častým jevem, že je pacient v rámci své diagnózy zmatený, a proto jsme se sester zeptali, zda rodinu o pacientově zmatenosti informuje (viz graf 14). Velice mě překvapilo, že některé sestry uvedly, že rodinu o této skutečnosti neinformuje. Myslím si, že sestra by měla vždy rodinu předem upozornit na to, že je pacient zmatený, než návštěvu odvede k pacientovi, kdyby tak neučinila, na rodinu by to mohl být velký nátlak a následně by

již nemusela pochopit, že se ve většině případů jedná o reverzibilní stav. Myslím si, že sestra nemusí rodině stěžovat již tak náročnou situaci.

Pro sestry je komunikace s rodinou poraněného také náročná (viz graf 10). A to nejen kvůli psychické zátěži, ale i pro špatnou komunikaci s rodinou (viz graf 11). Zacharová (13) uvádí, že úzká spolupráce mezi zdravotnickým personálem a pacientovou rodinou může velmi dobře ovlivnit celý léčebný proces u pacienta.

A právě proto by sestry měly na rodinu dobře působit a od spolupráce je neodrazovat. Dle mého názoru oba tyto problémy může sestra ovlivnit, a to tím způsobem, že se bude snažit rodinu aktivně zapojit a provést edukaci rodinných příslušníků a danou problematiku jim osvětlit. Sestry, které udávají, že shledávají při komunikaci s rodinou poraněného jistá specifika (viz graf 16), uvedly velkou psychickou zátěž pro rodinu a opětovnou komunikaci s rodinou. Tato specifika byla označena sestrami nejčastěji. Venglářová a Mahrová (18) udávají, že v práci všeobecné sestry se musí hlavně soustředit na komunikaci, která zaujímá výlučné místov komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Sama si myslím, že komunikace je důležitá jak ve vztahu sestra – pacient, tak i ve vztahu sestra – rodina. Z našeho výzkumu jsme se také dozvěděli, že se rodina zapojuje do ošetrovatelské péče svého příbuzného (viz graf 21). Domnívám se, že je to pro pacienta dobré, nejednou jsem se setkala v rámci praxe na univerzitě s tím, že pacienti od nás jako od personálu nechtěli přijímat stravu a přitom od rodiny jedli bez potíží. Sestry uvádějí také spolupráci rodiny při hygieně. Vytejčková (27) udává, že sestra se s pacientem, pokud je to možné, domluví na způsobu provedení hygienické péče a zajistí mu dostatek soukromí a vyzve pacienta ke spolupráci. Myslím si, že sestra by mohla vyzvat ke spolupráci nejen pacienta, jak uvádí autorka, ale stejně tak i pacientovu rodinu, a jsem toho názoru, že by se pacient mohl cítit lépe a nemusel by tolik před personálem pociťovat stud. I sestry uvedly, že se snaží rodinu zapojit do ošetrovatelské péče a je podle nich vhodné a dobré rodinu do ošetrovatelské péče zapojit (viz grafy 23 a 25). Dle mého názoru je pro pacienty dobré, když vidí, že se sestra aktivně angažuje v ošetrovatelské péči a pobízí k tomu i pacientovu rodinu, pacient má díky tomu pocit, že je pro sestru důležitý a získá k ní větší důvěru. V rámci výzkumného šetření jsme se sester zeptali, zda umožňují

rodině návštěvy i mimo návštěvní dobu (viz graf 26). Většina sester nám uvedla, že návštěvy mimo návštěvní dobu rodině povolují. Je dobře, že jsou sestry takto chápavé a snaží se i v tomto směru rodině vyjít vstříc. Musíme vzít v potaz, že rodina musí chodit do zaměstnání a má i jiné povinnosti, které se bohužel s návštěvní dobou nemusí shodovat. Na otázku, zda sestry nabízejí rodině možnost seznámení se s pomáhajícími skupinami, nám odpovědělo jen nepatrné množství sester (viz graf 29). Když už sestry odpověděly, že ano, znaly jen pomáhající skupinu Cerebrum. Dle mého názoru je škoda, že se sestry nezajímají o pomáhající skupiny, pro pacienty a jejich rodiny jsou tyto skupiny velmi prospěšné a pomáhají zvládat po všech stránkách nově nastalou situaci a změny v životě jak rodině, tak i samotnému nemocnému. Přikláním se k tomu, aby byla tato mezera ve znalostech respondenty doplněna a aby byli pacienti a jejich rodiny na možnosti zkontaktovat se s pomocnými skupinami upozorňováni. Žilová (23) uvádí i fakt, že k poraněním mozku dochází i důsledkem mnoha změn v životě člověka, autorka například upozorňuje na změnu vztahů mezi rodinou a zhoršující se vztahy v rodinách, kde dochází k hádkám. A právě proto by se dle mého názoru měly sestry zajímat o pomáhající skupiny a rodinám je doporučovat, díky těmto skupinám mají totiž možnost se setkat s lidmi s podobným osudem a tím si odlehčit od starostí. Většina sester používá u těchto pacientů bazální stimulaci, některé ovšem uvedly, že bazální stimulaci u pacientů nepoužívají (viz graf 30). Což nekoresponduje z následující otázkou, zapojení rodiny do bazální stimulace svého příbuzného (viz graf 31). Sestry uvedly, že i když neprovádějí u klientů bazální stimulaci, tak i přesto rodinu do bazální stimulace zapojují. Dle mého názoru tato skutečnost není možná, nedovedu si představit, jak by sestry mohly rodinu zapojit, aniž by bazální stimulaci u pacienta neprováděly. Tato skutečnost nesouhlasí ani s další otázkou, zda sestry motivují rodinu, aby nosila pacientovi osobní věci k provádění bazální stimulace (viz graf 32). Všechny sestry nám odpověděly ano, nebo spíše ano, což samozřejmě také není možné, pokud bazální stimulaci u pacienta neprovádějí. Dle mého názoru je bazální stimulace pro pacienty důležitá a sestry by se o ni měly pokusit. V rámci našeho výzkumného šetření jsme se ptali, zda je spolupráce sester a rodinných příslušníků na kvalitní úrovni (viz graf 33). Většina sester se shodla na tom, že spolupráce mezi sestrami a rodinou je na



kvalitní úrovni. V tomto případě můžeme říci, že se jedná pouze o subjektivní názor sester. Dle mého názoru je komunikace mezi sestrou a rodinnou ze strany sester na docela dobré úrovni, ovšem je otázka, zda je tomu tak i ze strany rodiny. Jsem však toho názoru, že je vždy co zlepšovat a nebylo by špatné, kdyby se sestry aktivně zúčastňovaly seminářů na témata týkající se komunikace.

Z celého výzkumu vyplývá, že se sestry snaží rodině poraněného dostatečně věnovat a komunikovat s příbuznými. Zjistili jsme však, že sestry při komunikaci s rodinou nemocného s poraněním mozku shledávají určitá specifika, kterými jsou velká psychická zátěž pro rodinu, opětovná komunikace s rodinou, zajištění odborné psychologické pomoci a opakovaná edukace (viz graf 20).

## 6. Závěr

Sestry při ošetřování nemocných pacientů často přijdou do styku i s jejich nejbližším okolím, a to hlavně s jejich rodinou. Sestry postupují na poli komunikace celkem uspokojivě a snaží si ke každé rodině najít svou cestu a chtějí jí být oporou a přistupovat k ní s nejvyšší vstřícností. Ne vždy se jim to však daří, v jejich praxi mohou totiž nastat situace, kdy si nebudou vědět rady. Proto by se mělo začít přistupovat k věci tak, aby měly sestry větší možnost vzdělávat se na úrovni komunikace a mohly si tak ve formě vzdělávání ulehčit svoji každodenní komunikaci s pacientovou rodinou, což by jistě přispělo k vyšší profesionalitě této profese.

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat úroveň spolupráce sester a rodinných příslušníků pacienta s poraněním mozku a zjistit, zda existují specifika ve spolupráci sester a rodinných příslušníků pacienta s poraněním mozku. Na tyto cíle byly stanoveny výzkumné problémy, a to tyto; je pro sestry komunikace s rodinnými příslušníky poraněného náročná, setkávají se sestry ve spolupráci s rodinnými příslušníky s nějakými problémy, vidí sestry nějaká specifika ve spolupráci s rodinnými příslušníky.

Na tyto výzkumné problémy jsme si odpověděli v rámci výzkumného šetření. Z výzkumného šetření vyplynulo, že komunikace je pro většinu sester náročná, a to z různých důvodů, nejčastěji respondentky uvedly velkou psychickou zátěž a časovou náročnost. Většina sester se s problémem v komunikaci s rodinou setkala. Nejvíce sester nám odpovědělo, že se s problémem setkaly hlavně kvůli neochotě rodiny a neinformovanosti rodiny v dané problematice. Sestry by se v tomto případě měly zamyslet i samy nad sebou, zda je to opravdu jen kvůli chování rodiny. Neinformovanost v dané problematice také není jenom problémem rodiny, sestra a i lékař by příbuzné měli o nastalé situaci dostatečně informovat a popřípadě i poučit rodinu. V rámci výzkumu si můžeme povšimnout, že si sestry na neinformovanost rodiny stěžují, ale na druhou stranu jen nepatrná část sester rodinu upozorňuje na existenci pomáhajících skupin, které by rodině mohly pomoci. Ti respondenti, kteří shledávají specifika ve spolupráci sester a rodinných příslušníků pacienta s poraněním mozku, uvedli nejvíce velkou psychickou zátěž pro rodinu.

Získané poznatky mohou otevřít prostor pro další výzkumné šetření a přispět ke zlepšení spolupráce mezi sestrou a rodinnými příslušníky pacienta s poraněním mozku.

## 7. Seznam použitých zdrojů

- 1) POWELL, Trevor J. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Přeložila Magda Wdowyczynová. Praha: Portál, 2010, 197 s. ISBN 9788073676674
- 2) VALENTA, Jiří. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství.*, dotisk. Praha: Karolinum, 2004, 237 s. ISBN 8024606445
- 3) SMRČKA, Martin. *Poranění mozku*. Praha: Grada Publishing, 2001, 272 s. ISBN 8071698202
- 4) AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 351 s. ISBN 8072624334
- 5) SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 9788024727332
- 6) SEIDL, Zdeněk a kol. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2004, 363 s. ISBN 8024706237.
- 7) TYRLÍKOVÁ, Ivana. *Neurologie pro sestry*. První. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80 - 7013 - 287 - 6
- 8) TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009, 159 s. ISBN 9788073872861
- 9) *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005, 145 s. ISBN 8024608456
- 10) STAŇKOVÁ, Marta. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2002, 49 s. ISBN 8070132825
- 11) SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Neurologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006, 165 s. ISBN 8080632189
- 12) KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 9788024718309
- 13) ZACHAROVÁ, Eva a kol. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 9788024720685

- 14) ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 8024610914
- 15) TOMAGOVÁ, Martina a kol. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008, 196 s. ISBN 9788080632700
- 16) DLABALOVÁ. *Komunikace je významný profesní nástroj*. Florence. 2012, č. 5. ISSN 1801-464x
- 17) BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: GradaPublishing, 2005, 188 s. ISBN 8024711974
- 18) VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: GradaPublishing, 2006, 144 s. ISBN 8024712628
- 19) POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. druhé, přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, 100 s. ISBN 9788070134665
- 20) KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2004, 211 s. ISBN 8080631603
- 21) BEDNÁŘOVÁ, Jana. *Umění komunikace*. Sestra, odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. 2010, roč. 20, č. 4. ISSN 1210-0404
- 22) UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024726588
- 23) ŽÍLOVÁ, Tereza. *Rodinní příslušníci osob po poranění mozku jako další a často zanedbávané oběti traumatu* [online]. [cit. 2013-04-14]. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz>
- 24) BÁRTLOVÁ, Sylva a kol. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, 185 s. ISBN 9788070134672
- 25) BUŽGOVÁ, Radka a kol. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0
- 26) VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. Praha: Grada, 2011, 228 s., 24 s. obr. příl. ISBN 9788024734194

- 27) EDWARDS, Mark. *Sestra a urgentní stavy*. Přeložila Libuše Čížková. Praha: Grada, 2008, 549 s. ISBN 9788024725482
- 28) ZACHAROVÁ, Eva a kol. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011, 278 s. ISBN 9788024740621
- 29) KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 9788024736761
- 30) STELZER, Jiří a kol. *První pomoc pro každého*. Praha: Grada, 2007, 115 s. ISBN 9788024721446.

## **8. Přílohy**

Příloha 1 Dotazník určený pro sestry

## **Příloha 1**

Vážená respondentko, vážený respondente,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci na mé bakalářské práci nazvané Spolupráce sester a rodinných příslušníků u pacienta s poraněním mozku. Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty na Jihočeské univerzitě, oboru všeobecná sestra. Dovoluji si Vás proto požádat o účast ve výzkumu a o odpovědi na otázky v tomto dotazníku.

Výzkum je anonymní, a proto nikde neuvádějte jméno!!!

Děkuji za spolupráci

Sandra Lišková

1) Pohlaví

- Muž
- Žena

2) Délka praxe

- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20let
- 21 a více let

3) Oddělení

- Standardní
- Jednotka intenzivní péče

4) Věk

- Do 20 ti
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 a více



5) Vzdělání

- SZŠ
- VOŠ
- VŠ

6) Pracovní pozice

- Vrchní sestra
- Staniční sestra
- Sestra u lůžka

7) Zajímá se rodina pacienta o jeho stav a diagnózu?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

8) Domníváte se, že se lékař dostatečně věnuje rodině pacienta s poraněním mozku?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

9) Vyhledává Vás rodina pro doplnění informací po konzultaci s lékařem?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

10) Je pro Vás komunikace s rodinou poraněného náročná?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

11) Pokud jste na předchozí otázku odpověděli kladně, uveďte, v jaké oblasti (možnost více odpovědí).

- Velká psychická zátěž
- Špatná komunikace s rodinou
- Problém s navazováním sociálních kontaktů
- Časová náročnost
- Neochota rodiny spolupracovat
- Jiné \_\_\_\_\_

12) Využíváte vlastní iniciativu při komunikaci s rodinou poraněného?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

13) V případě, že je pacient zmatený v rámci své diagnózy, vysvětlujete to nějak rodině?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

14) Setkali jste se někdy s nějakým problémem v komunikaci s rodinou?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

15) Pokud jste na předchozí otázku odpověděli kladně, uveďte, v jaké oblasti (možnost více odpovědí).

- Neochota rodiny
- Pacient nesouhlasil s podáváním informací rodině
- Jazyková bariéra
- Neinformovanost v dané problematice
- Jiné \_\_\_\_\_

16) Využíváte, v případě nutnosti, v komunikaci s rodinnými příslušníky pacienta po poranění mozku psychologa?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

17) Domníváte se, že máte dostatek trpělivosti ve spolupráci s rodinnými příslušníky pacienta po poranění mozku?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

18) Domníváte se, že máte dostatek empatie k rodinným příslušníkům pacienta po poranění mozku?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

19) Shledáváte ve spolupráci s rodinou u pacienta s poraněním mozku nějaká specifika?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

20) Pokud jste na předchozí otázku odpověděli kladně, uveďte, v jaké oblasti (možnost více odpovědí).

- Velká psychická zátěž pro rodinu
- Opětovná komunikace s rodinou
- Zajištění odborné psychologické pomoci
- Opakovaná edukace
- Jiné \_\_\_\_\_

21) Spolupracuje s Vámi rodina v ošetrovatelské péči u pacienta?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

22) Pokud jste na předchozí otázku odpověděli kladně, uveďte, v jaké oblasti (možnost více odpovědí).

- Spolupráce při hygieně
- Spolupráce při stravování
- Spolupráce při vyprazdňování
- Spolupráce při oblékání
- Spolupráce při polohování
- Jiné \_\_\_\_\_

23) Domníváte se, že rodina by se měla více zapojovat do ošetrovatelské péče?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

24) Snažíte se rodinu aktivně zapojovat do ošetrovatelské péče?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

25) Myslíte si, že je pro pacienta dobré, když se rodina do ošetrovatelské péče zapojí?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

26) Umožňujete rodině návštěvy i mimo návštěvní dobu?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

27) Shledáváte zapojení rodiny do ošetrovatelské péče jako přínos pro obě strany?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

28) Je Vaše oddělení v kontaktu s nějakou pomáhající skupinou?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

29) Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a kladně, uveďte, s jakou (možnost více odpovědí).

- Cerebrum
- Návraty
- Dílny tvořivosti
- Jiné \_\_\_\_\_

30) Používáte u těchto klientů bazální stimulaci?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne

Ne

31) Zapojuje se rodina do bazální stimulace svého příbuzného?

Ano

Spíše ano

Nevím

Spíše ne

Ne

32) Motivujete, aby rodina nosila svému příbuznému osobní věci (např.: krémy, parfémy, fotky...) k provádění bazální stimulace?

Ano

Spíše ano

Nevím

Spíše ne

Ne

33) Domníváte se, že spolupráce sestry a rodiny u pacienta s poraněním mozku je na kvalitní úrovni?

Ano

Spíše ano

Nevím

Spíše ne

Ne