



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Nefarmakologické postupy v léčbě cévní mozkové příhody
– role sestry**

Diplomová práce

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Petr Pazour

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Nefarmakologické postupy cévní mozkové příhody – role sestry“, jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Poděkování

Rád bych poděkoval Mgr. Lence Šedové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, za osobní přístup, trpělivost, věnovaný čas a cenné rady. Dále děkuji kolektivu neurologie Nemocnice v Novém Městě na Moravě za trpělivost při provádění výzkumu k mé diplomové práci. Na závěr bych chtěl poděkovat vybraným pacientům za jejich vstřícnou spolupráci a důvěru. Děkuji Vám.

Nefarmakologické postupy v léčbě cévní mozkové příhody – role sestry

Abstrakt

Cévní mozkové příhody přitahovaly pozornost lékařů od dávných dob. Cévní mozkové příhody jsou celosvětovým problémem a jedním z nejčastějších příčin morbidity a mortality, ale také jednou z příčin dlouhodobé invalidity. V minulých letech začala být cévní mozková příhoda urgentním stavem. Dělení cévních mozkových příhod na ischemické a hemoragické se stalo běžným. U ischemických příhod byl prokázán efekt akutní, následné a rehabilitační péče v iktových centrech, také byl prokázán efekt revaskularizační terapie. Díky moderním metodám léčby mozkových příhod jsme se posunuli vpřed.

Cílem diplomové práce je popsat nefarmakologické postupy v léčbě cévní mozkové příhody a zdůraznit jejich velký význam při rekonvalescenci pacienta, jejichž široké spektrum umožňuje některým pacientům úplný nebo částečný návrat do běžného života. U pacientů s vyšší mírou invalidity napomáhají ke zvýšení kvality jejich života. Důležitou součástí celého spektra péče je přítomnost všeobecné sestry, která zajišťuje nepřetržitou péči o pacienta jak po fyzické, tak psychické stránce. Nedílnou součástí práce sestry je uspokojování základních potřeb pacienta.

Pro dosažení cíle byl zvolen kvalitativní výzkum. Výzkumné šetření bude realizováno prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s nelékařskými zdravotnickými pracovníky, kteří pečují o pacienty po cévní mozkové příhodě na neurologickém oddělení jedné z okresních nemocnic Kraje Vysočina. Z výzkumu vyplývá, že na zkoumaném oddělení nelékařští pracovníci znají svoji roli v edukaci pacienta po cévní mozkové příhodě. Mezi nejčastěji používané formy edukace řadí nelékařští pracovníci vysvětlování a názornou ukázkou.

Výstup diplomové práce zabývající se nefarmakologickými postupy v léčbě cévní mozkové příhody - role sestry, má sloužit jako náhled na danou problematiku a poukázat na důležitost prevence a rozsah nefarmakologických postupů.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, edukace, nefarmakologické postupy, rizikové faktory, rehabilitace, sestra.

Non-pharmacological procedures in the treatment of a stroke – the role of a nurse

Abstract

Cerebrovascular accidents have attracted the attention of physicians since ancient times. A stroke is a global problem and one of the most common causes of morbidity and mortality, but also one of the causes of long-term disability. In recent years, a stroke has become an urgent condition. The division of stroke into ischemic and hemorrhagic stroke has become common. In ischemic episodes, the effect of acute, follow-up and rehabilitation care in stroke centers has been demonstrated, as has revascularization therapy. Thanks to modern methods of treatment of stroke, we have moved forward. The aim of the thesis is to describe non-pharmacological procedures in the treatment of stroke and to emphasize their great importance in patient recovery process, their wide range allows some patients to return to normal life in whole or partly. In patients with higher disability, they help to improve their quality of life. An important part of the entire spectrum of care is a general nurse, who ensures continuous care of the patient both physically and mentally, an integral part of the nurse's work is satisfying the basic needs of the patient. Qualitative research was chosen to achieve the goal, the research will be conducted through a semi-structured interview with non-medical health professionals (nurses) who care for patients after a stroke at the neurological department of the district hospital of the Vysočina region. From research shows that in the researched department, non-medical staff know their role in education, they consider the application of Fraxiparin, nutrition and self-care to be the most common area of education. Among the most commonly used forms of education, non-medical staff ranks explanations and demonstrations. The output of the diploma thesis dealing with non-pharmacological procedures in the treatment of a stroke – the role of the nurse, should serve as an insight into the issue and point out the importance of prevention and the scope of non-pharmacological procedures.

Key words: stroke, education, non-pharmacological procedures, risk factors, rehabilitation nurse.

Současný stav

Teoretická část diplomové práce je dělena do dvou samostatných kapitol. První se zabývá cévní mozkovou příhodou. Druhá kapitola je zaměřena na charakteristiku nefarmakologických postupů v léčbě cévní mozkové příhody.

Cíle práce a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je popsat nefarmakologické postupy v léčbě cévních mozkových příhod.

Výzkumné otázky:

- Jaká je role sestry v edukaci o nefarmakologických postupech u pacienta s cévní mozkovou příhodou?
- Jaké edukační formy a metody sestry využívají v edukaci nemocných po cévní mozkové příhodě?

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří nelékařští zdravotničtí pracovníci pečující o pacienty s cévní mozkovou příhodou a pacienti, kteří byli cévní mozkovou příhodou postiženi.

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav	10
1.1 Cévní mozková příhoda	10
1.2 Hemoragické cévní mozkové příhody.....	11
1.3 Ischemická cévní mozková příhoda	13
1.4 Epidemiologie	14
1.5 Patogeneze cévní mozkové příhody	16
1.6 Rizikové faktory.....	17
1.7 Faktory ovlivnitelné	18
1.8 Prevence cévní mozkové příhody	20
1.9 Klinický obraz cévní mozkové příhody	21
1.10 Diagnostické metody cévní mozkové příhody	22
1.11 Léčba akutního stádia cévní mozkové příhody	24
2 Důležité oblasti rehabilitace v terapii po cévní mozkové příhodě	25
2.1 Vojtova reflexní terapie.....	27
2.2 Bobath koncept.....	27
2.3 Kabatova metoda (periferní nervosvalová facilitace, PNF).....	28
2.4 Metoda sestry Kenny.....	28
2.5 Role sestry v ošetřování pacienta po cévní mozkové příhodě	29
2.6 Péče o výživu u pacienta po cévní mozkové příhodě.....	31
2.7 Péče o vyprazdňování pacienta po cévní mozkové příhodě.....	32
2.8 Hygiena u pacienta po cévní mozkové příhodě	32
2.9 Polohování pacienta po cévní mozkové příhodě.....	33
2.10 Ergoterapie	33
2.11 Psychologické vyšetření	36
2.12 Logopedie.....	36
3 Edukace pacientů v prevenci cévní mozkové příhody	37
3.1 Sestra v edukaci rodiny pacienta po cévní mozkové příhodě	40
3.2 Edukace rodiny v oblasti uspokojení potřeb pacienta po cévní mozkové příhodě	41
3.3 Organizace pomáhající v problematice cévní mozkové příhody	43

4 Cíl práce a výzkumné otázky	45
4.1 Cíl práce	45
4.2 Výzkumné otázky	45
4.3 Operacionalizace pojmů	45
4.3.1 Edukace	45
4.3.2 Cévní mozková příhoda	45
4.3.3 Role sestry	46
5 Metodika	46
5.1 Metodika kvalitativního výzkumu	46
5.2 Charakteristika výzkumného souboru	47
5.3 Popis neurologického oddělení okresní nemocnice v Kraji Vysočina	49
5.4 Vlastní realizace výzkumu	50
5.5 Vyhodnocování dat	51
5.6 Etika	51
6 Výsledky	52
7 Diskuze	70
Závěr	79
Seznam zdrojů	80
Seznam tabulek	87
Seznam příloh	87
Seznam obrázků	87
Seznam zkratk	88

Úvod

Cévní mozková příhoda představuje jednu z nejčastějších příčin úmrtí v ČR, ale i po celém světě. Je také onemocněním, které způsobuje dlouhodobou invaliditu. V uplynulých desetiletích začala být cévní mozková příhoda vnímána jako urgentní stav. Díky velkému pokroku v medicíně a novým klinickým poznatkům, dochází i k významnému poklesu mortality a k pozitivnímu ovlivňování celého průběhu nemoci. I přes narůstající pokrok v diagnostice, léčbě i rehabilitaci, je cévní mozková příhoda závažným onemocněním, které způsobuje výrazný handicap, protože u velké části pacientů přetrvává neurologický deficit v oblasti motorických i kognitivních funkcí.

Díky specializovaným iktovým jednotkám a moderním konceptům je zřejmé, že akutní, následná i rehabilitační péče má dobrý efekt na stav pacienta. Vzhledem k pokroku lze říci, že jsme se odklonili od doby, kdy byla cévní mozková příhoda u pacientů diagnostikována, ale pacient nebyl intenzivně léčen. Zásadním problémem je čas. Pokud se pacient nedostane včas do nemocnice, nemůže mu být podána nejmodernější revaskularizační léčba.

Jako téma diplomové práce bylo zvoleno „Nefarmakologické postupy v léčbě cévní mozkové příhody – role sestry“. Protože působím v Nemocnici Nové Město na Moravě, je mi toto téma cévní mozkové příhody velmi blízké. V rámci neurologického oddělení jsme součástí **iktového centra**, nejen proto, že se na jednotce intenzivní péče provádí intravenózní trombolýza, ale je zde možnost následné rehabilitace díky multioborovému týmu, který tvoří všeobecné sestry, fyzioterapeuté, ergoterapeuté, lékaři a nižší zdravotnický personál. V rámci iktového centra máme nejmodernější rehabilitační přístroje, které pomohou pacientovi k obnovení omezeného pohybu po cévní mozkové příhodě. Díky své praxi se neustále setkávám s pacienty, které postihla cévní mozková příhoda. Společně s kolegy pomáháme pacientům a rodinám v této nelehké životní situaci. Naším cílem je navrátit pacientovi potřebnou soběstačnost a možnost začlenit se zpět do běžného života. Troufám si tvrdit, že péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou je jednou z nejnáročnějších prací sestry jak po psychické, tak fyzické stránce.

1 Současný stav

1.1 Cévní mozková příhoda

Z. Seidel a J. Obenberger (2004, s. 190) uvádí, že cévní mozková příhoda je „*akutně vzniklé klinické fokální či globální příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin (event. do smrti) bez zjevné jiné než vaskulární příčiny.*“

Cévní mozkové příhody jsou podle WHO (World Health Organization) definovány jako rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky poruchy mozkové funkce, trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu (Nevšimalová et al., 2002).

R. Herzig (2008, s. 11) uvádí definici cévní mozkové příhody dle WHO jako „*rychle rozvinuté klinické známky fokální cerebrální dysfunkce, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti, a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cerebrovaskulárního postižení*“. Cévní mozkové příhody jsou onemocnění zejména cévního původu, u nichž dochází k rychle rozvíjejícím se ložiskovým příznakům či celkovým poruchám cerebrální funkce (Bauer, 2010).

Díky neustálému pokroku v medicíně dochází ke změně postoje k cévním mozkovým příhodám. Cévní mozková příhoda je často doprovázena ložiskovými příznaky. Pohled na cévní mozkovou příhodu se v posledních letech změnil. Toto onemocnění je urgentní, život ohrožující stav, který vyžaduje včasnou diagnostiku a okamžité zahájení efektivní terapie. Za vstupní urgentní vyšetření je považováno CT (výpočetní tomografie), které je určeno pro další nemocniční péči. Může prokázat krvácení nebo vykreslenou ischemii (Seidl et al., 2004). Dále Seidl (2008) říká, že se jedná o náhle vzniklé klinické, globální či fokální příznaky poruchy mozkové funkce, které mohou trvat déle než jeden den. Jiná příčina než vaskulární, není zjevná. Podle autora vzhledem k porušení cévní mozkové cirkulace dochází k akutní dysfunkci neurologické funkce.

Podle Amblera (2011) dělíme cévní mozkové příhody do dvou skupin:

- hemoragické cévní mozkové příhody;
- ischemické cévní mozkové příhody.

Horáček a Kolář (2009) uvádí, že cévní mozkové příhody vznikají následkem ischemie, hemoragie do mozkové tkáně nebo do subarachnoidálního prostoru. Ambler (2011) ve své publikaci uvádí, že k cévní mozkové příhodě dochází méně často z hemoragické příčiny (20 %) než z ischemické příčiny (80 %). Méně často se setkáváme s krvácením do subarachnoidálního prostoru (SAK) Bauer (2010). V důsledku poruchy prokrvení vznikají ischemické cévní mozkové příhody. Tyto poruchy mohou vznikat důsledkem trombu či embolu, zúžením cévy nebo úplným uzávěrem cévního řečiště. Hemoragické cévní mozkové příhody vznikají rupturou aneurysmatu (Bauer, 2010). Herzig (2008) zdůrazňuje, že k úmrtí dochází častěji vlivem hemoragických cévních mozkových příhod než ischemických. Trvajících invaliditu způsobuje ischemická cévní mozková příhoda. Závažné poruchy způsobuje hemoragie, která může vést až ke smrti (Feigen, 2007).

1.2 Hemoragické cévní mozkové příhody

Podle Seidla a Obenbergera (2004) krvácení vzniká porušením mozkové cévy. Může být čistě parenchymové nebo se ukáže subarachnoidálně či intraventrikulárně. Dále autoři rozlišují typické hypertonické krvácení destruující mozkovou tkáň a atypické krvácení s méně dramatickým průběhem, spíše roztlačuje mozkovou tkáň. Mezi nejvýznamnější rizikové faktory patří arteriální hypertenze, která může způsobit krvácení do mozkové tkáně v oblasti: mozkového kmene, mozečku, talamu a bazálních ganglií (Bar a Chmelová, 2011). Jak uvádí Bauer (2010), patří mezi další příčiny krvácení anatomické poměry, jako je cévní anomálie a aneurysma. K hemokoagulačním faktorům patří hematologická onemocnění, trombolytická a antikoagulační terapie. Podle Horáčka, Koláře (2009) lze tvrdit, že průběh i prognóza u hemoragické cévní mozkové příhody je horší než u ischemické cévní mozkové příhody.

Podle Seidla a Obenbergera (2004) dělíme hemoragické cévní mozkové příhody:

- 1) **Subarachnoidální krvácení (SAK)** – vynecháme-li traumata, přítomnost krve mezi pia mater a arachnoideou, je v 75 % důsledkem ruptury aneurysmatu, v 6 % je tvořeno krvácením z AVM (arterio-venózní malformace). Za vzácnější příčinu považujeme antikoagulancia, krvácivé stavy, tumory, vaskulitidy. Asi ve 20 % je příčina nejasná. Pacient se subarachnoidálním krvácením patří na neurochirurgii (Seidl, Obenberger, 2004). Subarachnoidální krvácení vzniká nejčastěji ve Willisově okruhu a v oblasti vnitřního okruhu, a to rupturou aneurysmatu (Bauer, 2010). Mezi dominující příznaky patří prudká cefalea, často s poruchou vědomí, zvracením a nauseou (Seidl, Obenberger, 2004). Klasifikace subarachnoidálního krvácení se provádí podle škály Hunt a Hesse, jak uvádí ve své publikaci Seidl a Obenberger (2004, viz Příloha 1).
- 2) **Žilní onemocnění mozkových cév** – je vzácnější než subarachnoidální krvácení. Příčina je v uzávěru způsobený trombem nebo zánětem (tromboflebitida). Za závažné postižení považujeme poškození hluboké žíly nebo splavu (Seidl, Obenberger, 2004).
- 3) **Míšní cévní mozkové příhody** – cévní zásobení míchy je utvářeno systémem kolaterál v artriálním i částí venózního řečiště (Seidl, Obenberger, 2004).

Horáček a Kolář (2009) dělí intracerebrální hemoragie na centrální tříštivé, které vzniká v důsledku arteriální hypertenze, krvácení do talamu a bazálních ganglií. Prognóza je velice nepříznivá. U tohoto typu se vyskytuje vysoká mortalita. Globózní krvácení je jedním z dalších typů krvácení, prognóza je příznivější, mortalita je nízká. Dalším typem je mozečkové krvácení, které je doprovázeno bolestmi hlavy, poruchou rovnováhy a zvracením. Lze tedy říci, že je méně závažné. Posledním typem je krvácení do mozkového kmene. Prognóza u tohoto typu je velmi nepříznivá vzhledem k tomu, že v mozkovém kmene se nachází životně důležitá centra. Klinický obraz u intracerebrální hemoragie, podle Bauera (2010), je závislý na rychlosti, lokalizaci, rozsahu, příčině. Záleží na celkovém stavu pacienta. Vzniklé krvácení se zastaví do několika minut, utvoří se sraženina, která utlačuje okolní tkáň a vede ke vzniku otoku. Při vstřebávání hematomu vzniká posthemoragická pseudocysta s odumřelou mozkovou tkání (Pokorná, 2013).

1.3 Ischemická cévní mozková příhoda

Jedná se o nejvíce vyskytovaný typ cévní mozkové příhody, jež způsobuje snížená perfuze mozkové tkáně. Může být postižena celá mozková tkáň nebo její část, obojí vede k hypoxii (Kalina, 2008). Nevšímalová et al., (2002) mluví o tomto procesu jako o reverzibilním. Pokud se mozková perfuze včas obnoví, odezní i veškeré klinické příznaky. Ischemie mozku vzniká z mnoha příčin, mezi něž řadíme hematologická a kardiální onemocnění, aterosklerózu, embolizaci aorty, vertebrální a karotické tepny nebo vzniká zapříčiněním celkové mozkové hypoxie, anémie, anemické hypoxie a vlivem plicních poruch (Bauer, 2010).

Na první místo mezi příčiny cévní mozkové příhody ateroskleróza, která má za následek 30 % cévních mozkových příhod. Ateroskleróza způsobí náhlý uzávěr hlavní cerebrální tepny trombem. Následně dochází k embolizaci aterosklerotického plátu, a poté k uzávěru distální cerebrální artérie (Bar, Chmelová, 2011). Dle Bara a Chmelové (2011) se na druhém místě mezi příčinami ischemické cévní mozkové příhody nachází srdeční onemocnění. Trojici nejčastějších příčin uzavírají lakunární ikty, které způsobuje diabetes mellitus společně s hypertenzí (Bar, Chmelová, 2011).

Nevšímalová et al., (2002) dělí ischemické cévní mozkové příhody podle dynamiky progresu a regrese: **Tranzitorní cévní mozková příhoda** (TIA – tranzitorní ischemická ataka) - jedná se o epizodu ložiskových příznaků v důsledku nedostatečného zásobení mozkové tkáně krví. Kompletně odeznívá do 24 hodin. Většina tranzitorních atak trvá obvykle méně než 30 minut. Dále autorka uvádí, že WHO nepovažuje TIA za cévní mozkovou příhodu, ale je jedním z varovných signálů závažného kardiovaskulárního onemocnění, které by nemělo být podceňeno, neboť tranzitorní ataky znamenají vysoké riziko závažných cévních mozkových příhod. **Reverzibilní cévní mozková příhoda** (RIND – reverzibilní ischemický neurologický deficit) - jedná se o období TIA, zároveň je zde větší mozková hypoxie. Mozková hypoxie trvá déle než 24 hodin. Úprava celkového stavu je do 14 dnů, zřídka s drobným, trvalým neurologickým deficitem. **Progredující cévní mozková příhoda** – (stroke in evolution) je pozvolna narůstající fokální mozková hypoxie s progredujícími klinickými příznaky. Příčinou bývá celková mozková hypoxie, trombóza přívodné tepny, selhávání kompenzačních mechanismů mozkové cirkulace. Není zde přítomen typický klinický obraz cévní mozkové příhody. **Dokončená cévní mozková příhoda** – (completed stroke), jedná se o obraz ireverzibilní ložiskové hypoxie mozkové tkáně s trvalým neurologickým deficitem (Nevšímalová et al., 2002).

1.4 Epidemiologie

Ve vyspělých zemích zaujímají cévní mozkové příhody přední místo mezi příčinami smrti (Herzig, 2008). Přibližně 15 milionů lidí na celém světě se setká s cévní mozkovou příhodou. Z celkového na její následky umírá počtu 5 milionů a dalších 5 milionů případů má trvalé postižení (Li Yang et al., 2017). Li Yang et al., (2017) ve svém článku uvádí, že nejvíce postižených

je v zemích s nízkými a středními příjmy. Podle Megan et al., (2013) je největší úmrtnost v Appalachian Kentucky než ve zbytku země. V této oblasti je to ovlivněno velice nízkou úrovní zdraví. Následky cévní mozkové příhody jsou tak pro obyvatele fatální. Seidl a Obenberger (2004) říká, že cévní mozková příhoda je jedna ze tří nejčastějších příčin úmrtí u nás. Je 4x vyšší než v USA. Do jednoho roku umírá 40 % postižených (Seidl et al., 2004). V neurologii lze cévní mozkovou příhodu považovat za nejčastější příčinu jak mortality, tak i invalidity nemocných (Nevšimalová et al., 2002). Dále podle Nevšimalové et al., (2002) je incidence cévní mozkové příhody v ČR ve srovnání s vyspělými státy vyšší, okolo 400 onemocnění na 100 000 obyvatel za rok. Jde tedy o údaj velice alarmující. Dále je nutné říci, že incidence se zvyšujícím se věkem populace bude mít rostoucí charakter (Nevšimalová et al., 2002). Herzig (2008) uvádí, že cévní mozková příhoda figuruje mezi příčinami úmrtí u žen na 3. místě, u mužů na 5. místě. V roce 2006 činila úmrtnost na cévní mozkovou příhodu u mužů 113,4 a u žen 90,8 na 100 000 obyvatel. Uvedená čísla jsou pozitivnější než v roce 1970, kdy tyto hodnoty činily u mužů 229,5 a u žen 187 (Herzig, 2008). Mortalita v našem státě je vysoká, více než 1/3 umírá do jednoho roku a z těch, kteří přežijí, je polovina významně handicapována a odkázána na péči sociálních ústavů, v lepším případě na péči svých nejbližších (Nevšimalová et al., 2002). Dále podle Bruthanse (2010) je zřejmé, že úmrtí na kardiovaskulární onemocnění tvoří 11 % a cévní mozkové mrtvice tvoří 6 % všech úmrtí. Autor uvádí, že úmrtnost ve vyspělých státech na toto onemocnění klesá (Bruthans, 2010). V ČR je úmrtnost stále vyšší než v rozvinutých zemích (Bruthans, 2010). Podle Bruthanse (2010) lze říci, že v porovnání se státy západní Evropy a USA, se v ČR pokles v úmrtnosti tvoří asi 20 let. Lze tedy s určitostí říci podle Nevšimalové et al., (2002), že problematika cévních mozkových příhod je významným nejen medicínským a sociálním problémem, ale také ekonomickým, a v neposlední řadě etickým a společenským problémem.

„Možnosti zlepšení této situace jsou hledány především v lepší organizaci péče, v přijímání nemocných do specializovaných center, s důrazem na nutnost intenzivní péče v akutním stádiu onemocnění, na zpřesnění a urychlení diagnostiky a docenění významu primární a sekundární preventivní terapie“ (Nevšímalová et al., 2002, s. 171).

Výskyt cévní mozkové příhody začíná již ve středním věku. S rostoucím věkem stoupá i výskyt cévních mozkových příhod (Bruthans, Cífková, 2016). Podle Bruthanse (2017) incidence má klesající charakter od roku 2012. Největší výskyt cévních mozkových příhod byl v osmdesátých a devadesátých letech. Po cévní mozkové příhodě se uzdraví bez reziduálních potíží 25 % pacientů, 25 % má lehký reziduální deficit, 25 % je odkázáno na 24 hodinovou péči vlivem těžkého postižení a 25 % pacientů cévní mozkové příhodě podlehne (Lippertová-Grünerová, 2015).

U obou pohlaví pravděpodobnost výskytu cévní mozkové příhody roste s přibývajícím věkem. U mužů je incidence nižší než u žen. Z důvodu nižší úmrtnosti na ischemickou chorobu srdeční, se tímto ženy dožívají vyššího věku než muži (Bruthans, 2017). Bruthans (2010) uvádí, že prevalence ve věku 65 – 74 let je 5 % a u osob vyššího věku než 75 let je prevalence 7 %. Trojan (2005) ve své publikaci uvádí, že cévní mozkové mrtvice vznikají na podkladě aterosklerózy mozkových cév: následkem hypertenze vznikají cévní změny. V důsledku ruptury cévy vzniká hemoragie nebo embolizace trombem, nejčastěji z krkavice nebo ze srdce. Následkem trombózy vzniká ischemie 75 %. V důsledku hemoragie nastává náhlé klinické zhoršení. Naproti tomu u ischemie zhoršení klinického stavu nastává do několika minut až dní (Trojan, 2005). Nejasná patofyziologie je přibližně u jedné třetiny postižených cévní mozkovou příhodou (Lippertová-Grünerová, 2015).

Za posledních 25 let výskytu cévní mozkové příhody úmrtnost v ČR klesá a počet postižených se nezvyšuje (Bruthans, 2017). Podle autora nelze opětovné zvýšení mortality a incidence cévní mozkové příhody potlačit, díky faktorům, jako je srdeční selhání, onemocnění srdce, diabetes mellitus a stárnoucí populace. Proto je kladen důraz na všechny druhy prevence a koordinování komplexní léčby mozkové příhody (Bruthans, 2017). Je však zřejmé, že na hemoragické cévní mozkové příhody pacienti umírají častěji než na ischemické mozkové příhody. Svoje zastoupení zde mají i přidružená onemocnění pacienta (Cho et al., 2019).

1.5 Patogeneze cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda je komplexní zdravotní stav, který může vést k fyzickým, psychickým a kognitivním poruchám ovlivňující celkový stav organismu (Tchounwou, 2015). Podle Kaliny et al., (2008) lze velmi obecně rozdělit příčiny cévní mozkové příhody na běžné, týkající se více než 90 % nemocných, a na méně obvyklé, se kterými se setkáváme jedenkrát za neurologický život. Tyto příčiny tvoří 5 - 7 % z celkového počtu. Mozková tkáň neobsahuje mnoho rezervních látek, které by se daly využít v případě blokády jejich přívodu, a to navíc při jejich vysoké spotřebě (Herzig, 2008). Podle Nevšimlové et al., (2002) cévní mozkové příhody vznikají v důsledku poruchy prokrvení části nebo celého mozku. Takové situaci říkáme **ischemie**. Opakem ischemie je **hemoragie** – krvácení do mozkové tkáně. Dalším typem krvácení je **subarachnoideální krvácení** – krvácení do subarachnoideálního prostoru. Vzácná příčina krvácení je vyvolána trombózou mozkových splavů. Mechanismy mozkové cirkulace mají dominantní postavení v patogenezi cévních mozkových příhod (Nevšimalová et al., 2002). Herzig, (2008) uvádí celkovou spotřebu kyslíku mozkovou tkání jako 315 $\mu\text{mol/g}$, z toho je 90 μmol v samostatné mozkové tkáni a 225 μmol v cévách. Je tedy zřejmé, že přežití při náhlé zástavě přítoku krve je 8 minut. Ztráta funkce neuronu nastává do 10 sekund. Vyšší zásoba uhlovodanů, která je 9 μmol , tvoří 5 μmol glykogenu a 4 μmol glukósy, umožňuje asi 90 minutové přežití buněk (Herzig, 2008). Důsledkem přerušení průtoku dochází nejen k přerušení dodávky energetických substrátů, ale dojde i k poruše odklizení odpadních produktů metabolismu (Nevšimalová et al., 2002). Strukturální změny mozkových buněk nastávají při průtoku pod hodnotu 10 ml/100 g tkáně za minutu (Herzig, 2008). Podle Kaliny (2008) nemá smysl rozlišovat dokonanou ischemickou cévní mozkovou příhodu a TIA. V zásadě se neliší, jsou kvalitativně stejné. Zásadě rozdíl je v době trvání a tíži příznaků. Mezi základní příčiny ischemické cévní mozkové příhody patří aterotrombotické 40 – 50 %, intrakraniální 20 – 25 %, kardioembolické 25 – 30 %, low-flow infarkty 1 – 2 % a neobvyklé 5 – 7 % (Kalina, 2008). Herzig (2008) uvádí, že podle studie TOAST patří mezi etiologii ischemických cévních mozkových příhod ateroskleróza velkých tepen (embolus / trombóza), kardioembolismus, okluze malých cév, iktus jiné určené etiologie a iktus neurčené etiologie (zjištěny dvě nebo více příčin, negativní výsledky vyšetření, nekompletní vyšetření).

1.6 Rizikové faktory

V problematice cévních mozkových příhod a jejich ovlivňování hraje významnou roli prevence. Podle ovlivnitelnosti dle Herziga (2008) lze tyto faktory rozdělit na dvě velké skupiny. Jsou to ovlivnitelné a neovlivnitelné rizikové faktory (dále jen RF). Herzig (2008) řadí mezi neovlivnitelné faktory: **Věk** – je prokázána logaritmická závislost výskytu i mortality cévní mozkové příhody v závislosti na věku, **pohlaví** – výskyt cévní mozkové příhody v mladším věku častější u mužů než u žen, a to v poměru 1,3:1. S rostoucím věkem se tento rozdíl stírá. **Genetika** – z genetického hlediska se uplatňuje výskyt některých RF, jako je familiární hypercholesterolemie, sklon k výskytu diabetes mellitus, pozitivita lipoproteinu. Od těchto chorobných vlivů je nutné odlišit působení rodinných faktorů návykového charakteru (životní styl, dietní zvyky, sklon k abúzu některých látek a pohybové aktivity). **Rasa** – v ČR nebyl vliv rasy dosud výrazněji zaznamenán, ale může tomu tak nastat vlivem rostoucí migrace. V USA byl popsán častější výskyt cévní mozkové příhody u černochů než u bělochů. Možný rozdíl vlivu rasy a socio-ekonomického postavení mezi oběma komunitami, kde jsou zjevné rozdíly v ovlivnitelných RF a v životním stylu. Výraznější vliv rasy při výskytu u hemoragických cévních mozkových příhod je u obyvatel Japonska, ale nikoliv u Japonců žijících na Havaji. **Geografické podmínky** – díky vlivům geografického působení je dokumentován vyšší výskyt cévních mozkových příhod v USA, v jihovýchodních státech, ve srovnání se severozápadem, dále ve Skotsku, se zbylou částí Velké Británie, v samotném vnitrozemí Finska, v porovnání s pobřežím. Tyto geografické rozdíly budou souviset i s dalšími působícími faktory, jako jsou například stravovací návyky (dominující příjem ryb na pobřeží a ve vnitrozemí příjem živočišných tuků). Velký vliv hraje i příjem pitné vody, která je ve vnitrozemských jezerech měkčí, má nižší obsah magnesia, kalia, kalcia, manganu a mědi v půdě. Zjištěné rozdíly jsou v mortalitě na území bývalého Československa, nižší výskyt je na Slovensku než v Čechách. V současnosti je popisován rozdíl mezi východní a západní Evropou. **Meteorologické faktory** – některé studie popisují korelaci mezi výskytem cévních mozkových příhod a nízkými teplotami. Je zde kladen důraz na pokles atmosférického tlaku, nebo kombinaci vzestupu teplot nad 40 °C se současným působením koncentrace vodních par nad 1,87 kPa. Rychlost změn má větší význam než samotné meteorologické vlivy (Herzig, 2008).

1.7 Faktory ovlivnitelné

Mezi ovlivnitelné faktory řadíme ty, které můžeme nějakým způsobem změnit, eliminovat (ať už jde o změnu navozenou za pomoci medikace nebo změnu životního stylu), (Feigin, 2007). Dále podle Feigina (2007) lze říci, že 85 % cévních mozkových příhod je možné ovlivnit snížením RF v našem životě. Autor ve své publikaci rozděluje ovlivnitelné faktory na dvě skupiny:

- faktory z návykové příčiny: jsou to takové, které vyplývají ze životního stylu, mezi ně řadíme: nadváha, nedostatek pohybu, antikoncepce, užívání drog, kouření, nezdravé stravování a nadměrná konzumace alkoholu;
- faktory z medicínské příčiny: mezi ně patří diabetes mellitus, srdeční poruchy, ateroskleróza, hyperlipidémie, migrény a tepenné mozkové aneurysma.

Herzig (2008) řadí mezi ovlivnitelné rizikové faktory:

Vysoký krevní tlak – je jedním z významných RF obou typů cévní mozkové příhody (hemoragické a ischemické) bez ohledu na pohlaví, věk, zemi či rasu. V první řadě je důležité, pokusit se snížit TK (tlak krve) změnou životosprávy. Pokud tato změna nepřinese žádoucí efekt, je nutné přejít k farmakoterapii. Svůj podíl nese na vzniku ischemické cévní mozkové příhody i hypotenze, která se zpravidla vyskytuje u starších osob a vede k manifestaci poruchy lokální cirkulace. V posledních letech došlo v ČR k nárůstu prevalence AH (arteriální hypertenze) u žen z 11,8 na 21,4 % a u mužů z 8,4 na 15,2 %. I přes rostoucí čísla je prevalence AH nižší v ČR než v USA (Herzig, 2008).

Srdeční onemocnění – za jednu z mnoha příčin ischemické cévní mozkové příhody je považována kardiální dekompenzace z různých příčin fibrilace síní (dále jen FS), infarkt myokardu, chlopenní vady a cor pulmonale. Právě srdeční onemocnění mohou při rozvoji ischemické cévní mozkové příhody sehrát významnou roli. FS je jedním z nejvýznamnějších RF u ischemické cévní mozkové příhody. Její prevalence se v uplynulých 50 letech v USA výrazně zvýšila u mužů. Přítomnost ischemické choroby srdeční v akutní fázi ischemie mozku zvyšuje mortalitu, a to díky důsledku neschopnosti myokardu udržet adekvátní perfuzi mozku. Věk společně s ischemickou chorobou srdeční a AH představují rozhodující RF pro přežití při akutním iktu (Herzig, 2008).

Ateroskleróza – význam aterosklerózy pro rozvoj cévní mozkové příhody závisí na rozsahu změn a její lokalizaci. Za závažnou aterosklerózu je považována ta, která je v oblasti extrakraniálního úseku mozkových cév, okluze vnitřní karotidy. Dále záleží, zda není porušena cerebrovaskulární reaktivita v příslušném povodí. Podobně významná je i ateroskleróza u intrakraniálních tepen (Herzig, 2008).

Diabetes mellitus – toto onemocnění se pohybuje mezi příčinami mrtvice na třetím až šestém místě mezi RF. Je prokázáno, že porucha glycidového metabolismu (porušená glukosou tolerance a inzulinová rezistence) skýtá větší hrozbu pro vznik cévního onemocnění mozku než srdeční onemocnění (Herzig, 2008).

Dyslipidemie – pokud dojdeme k hodnocení role dyslipidemie jako RF v oblasti rozvoje aterosklerózy potažmo i ischemické cévní mozkové příhody. Musíme si všimnout celkové hladiny cholesterolu, jde zde i o jednotlivé frakce lipoproteinu (Herzig, 2008).

Obezita – řada studií poukazuje na vážnost obezity při vzniku ischemické mozkové příhody. Její význam je sporný. V minulosti byly popsány výsledky studií, kde obezita měla malý význam. Jedny z nejnovějších studií poukazují především na trupovou obezitu jako na rizikový faktor (dále RF) ischemické mozkové příhody. Studie uvádějí viditelný nárůst hmotnosti u obou pohlaví za posledních 50 let (Herzig, 2008).

Metabolický syndrom inzulinové rezistence – je charakterizován minimálně třemi z následujících znaků: trupová obezita (obvod v pase u žen > 88 cm, > 102 cm u mužů), hladina triacylglycerolů $\geq 1,7$ mmol/l, hladina HDL – cholesterolu <1,0 mmol/l u mužů a u žen < 1,3 mmol/l, TK $\geq 130/85$ mm Hg a glykemie nalačno 6,1 mmol/l, tento syndrom představuje rozvoj aterosklerózy a ischemické choroby srdeční a díky těmto RF pak vzniká ischemická cévní mozková příhoda, tento syndrom může ovlivnit i výsledný klinický stav (Herzig, 2008).

Hemoglobin a hematokrit – známým RF ischemické příhody je polycytemie. S narůstajícím hemoglobinem, a zejména hematokritem, narůstá viskozita krve, a dochází tak ke zhoršení kolaterálního průtoku (Herzig, 2008).

Alkohol – se spíše uplatňuje jako RF v souvislosti s AH, některé studie však uvádějí rozvoj rizika v závislosti na cévní mozkové příhodě. U osob s nízkou konzumací alkoholu (do 12 g čistého alkoholu denně) bylo zaznamenáno snížení rizika všech typů cévní mozkové příhody. U osob se střední konzumací (12 - 24 g čistého alkoholu za jeden den) je snížené riziko ve srovnání s totálními abstinenty, ale u abuzérů s pravidelnou konzumací (vyšší než 60 g čistého alkoholu za jeden den) potom rozvoj rizika cévní mozkové příhody výrazně vzrůstá (Herzig, 2008).

Kouření – tento RF je považován za významný zejména u ischemické choroby srdeční a onemocnění periferních tepen. Uplatňuje se i závislost na ischemickou chorobu srdeční. Celkově kouření zdvojnásobuje vznik ischemické mozkové příhody. Kouření je zvláště považováno za rizikové u žen, které užívají hormonální antikoncepci, především pokud žena trpí migrénou. U osob, které přestanou kouřit, dochází ke snížení rizika vzniku ischemických mozkových příhod o 50 %. Za příznivý fakt je považován pokles kuřáků za posledních 50 let, a to u žen z 24 na 16 %, a u mužů z 38 na 13 % (Herzig, 2008).

Hormonální antikoncepce – v případě hormonální antikoncepce je zřejmé, že v kombinaci s kouřením a migrénou mají velký význam v RF u cévních mozkových příhod (Herzig, 2008).

Tranzitorní ischemická ataka – někteří autoři včetně Herziga řadí TIA do RF. V oblasti rozvoje ischemických cévních mozkových příhod jde tedy o jakýsi varovný signál před rozsáhlejším poškozením (Herzig, 2008).

1.8 Prevence cévní mozkové příhody

Podle Nevšimalové et al., (2002) je cílem primární prevence předcházet vzniku cévních mozkových příhod eliminací a vyhledáváním rizikových faktorů popisovaného onemocnění. K obtížně ovlivnitelným řadíme pohlaví, věk, rasu, genetické determinace, klimatické a geografické vlivy. Patří sem i socioekonomické faktory (Nevšimalová et al., 2002). Úprava životosprávy spolu s vhodně nasazenou medikací vedou ke snížení rizika cévní mozkové příhody, faktory nazýváme ovlivnitelné. Mezi významné ovlivnitelné faktory v prevenci mozkových příhod řadíme AH, onemocnění srdce a diabetes mellitus. Herzig (2008) uvádí nutnost soustředění na oblast ovlivnitelných RF. Pokud dojde k výskytu, je třeba kombinací režimových opatření a farmakoterapií usilovat o jejich možnou kompenzaci. Cílem režimových opatření je zamezit rozvoji některých RF (Herzig, 2008). Doporučení podle Herziga (2008) spočívá v omezení soli a nasycených tuků, zařazení vyšších podílů ovoce, zeleniny a vlákniny. Stejně tak, jako strava, je žádoucí pravidelná fyzická aktivita a v nutných případech i redukce hmotnosti.

Podle Herziga (2008) je dále důležité omezení, až zákaz, konzumace návykových látek. Zákaz kouření musí být důrazný u žen, které užívají hormonální antikoncepci. Toto doporučení je obzvláště důležité tehdy, pokud mají v rodině výskyt migrény. V oblasti konzumace alkoholu je možné dovolit konzumaci v malém množství asi 1 - 2 alkoholické nápoje denně,

samozřejmě tehdy, pokud není kontraindikace z důvodu jiného onemocnění nebo při užívání některých medikamentů (Herzig, 2008).

Podle Nevšimalové et al., (2002) je součástí prevence cévní mozkové příhody zákaz kouření, omezení konzumace alkoholu, redukce nadváhy, dostatek fyzické aktivity, eliminace stresu a zvážení užívání hormonální antikoncepce.

1.9 Klinický obraz cévní mozkové příhody

Podle Kaliny et al., (2008) se jedná o klinický syndrom charakterizovaný rychlým rozvojem ložiskových nebo celkových příznaků na základě hemoragie nebo ischemie mozkové tkáně, které přetrvávají déle než 24 hodin. Příznaky cévní mozkové příhody se promítají v následujících oblastech: porucha vědomí, poruchy vyšších mozkových funkcí, porucha hybnosti, poruchy somatosenzorické, poruchy smyslové, poruchy rovnováhy a koordinace, doprovodné příznaky (Kalina et al., 2008).

Herzig (2008) ve své publikaci uvádí následující příznaky: poruchy hybnosti, poruchy citlivosti, poruchy zraku, poruchy vyšší nervové činnosti, mozečkové a vestibulární poruchy, extrapyramidové poruchy, kmenové poruchy, poruchy vědomí, cefalea, nauzea vomitus.

Poruchy hybnosti mohou být různého stupně. Oslabení svalové síly označujeme jako parézu, úplné ochrnutí je označováno jako plegie. Setkáváme se také s poruchou jemných pohybů při zachované síle. Pokud jde o typický nálezn u cévní mozkové příhody, mluvíme o hemiparéze nebo o hemiplegii, tedy o zhoršení hybnosti končetin na jedné polovině těla. Může nastat i poškození jedné končetiny. Toto poškození se nazývá monoparéza. Při kmenové cévní mozkové příhodě je přítomná zkřížená hemiparéza, kdy na straně léze je porucha mozkového nervu vycházející z postižené etáže mozkového kmene, na straně druhé se projeví porucha hybnosti. V případě mozkového kmene se můžeme setkat s přítomností triparézy, triaplegie nebo kvadruparézy či kvadruplegie (Herzig, 2008). V některých případech se setkáváme s poruchou cití, mnohdy se porucha projeví i na kvalitě vnímání cití. Zmíněné poruchy se nazývají hypestezie, nebo lze mluvit i o úplném vyhasnutí cití - anestezie (Herzig, 2008). Porucha zraku může postihnout jedno oko, může být i prchavá tzv. amaurosis fugax. Pokud mluvíme o výpadku poloviny zorného pole, označujeme jej jako hemianopsie (Herzig, 2008). Poruchy vyšší nervové činnosti podle Herziga (2008) - se setkáváme s poruchami řeči (fatické poruchy), poruchami psaní (dysgrafie, agrafie), poruchami čtení

(dyslexie, alexie), počítání (dyskalkulie, akalkulie). Dále mohou nastat problémy s prostorovou orientací, poruchami vnímání části vlastního těla. Jsou přítomny i poruchy s vykonáváním složitějších pohybů (dyspraxie, apraxie). Oblast fatických poruch je velice komplikovaná. Zjednodušeně lze rozlišovat poruchu porozumění, poruchu tvorby řeči, kompletní poruchu tzv. globální afázii (Herzig 2008). Mozečkové a vestibulární poruchy se projevují především doprovodnými příznaky, jako jsou závratě, nausea, vomitus, poruchy koordinace pohybu končetin (Herzig, 2008). **Extrapyramidové** poruchy – typickou extrapyramidovou poruchou je hemibalismus, který vzniká v důsledku ischemické cévní mozkové příhody. Hemibalismus je charakterizován hypotonií a hyperkinézami (Herzig, 2008). **Kmenové poruchy** – do této problematiky řadíme poruchy mozkových nervů, které z kmene vycházejí, jejichž léze vyvolá poruchy okoohybné, poruchy artikulace a dysfagie. Kmenové poruchy patří k životu ohrožujícím stavům. Mohou vést k poruše oběhu a dýchání (Herzig, 2008). **Porucha vědomí** – patří mezi kvalitativní poruchy vědomí. Sem patří stavy zmatenosti, halucinace, delirium nebo mráкотný stav. Při použité GCS (Glasgow coma scale) je nutné počítat s nepřesností, která je podmíněná ložiskovými příznaky (Herzig, 2008). **Cefalea** se podle Herziga (2008) vyskytuje u ischemické cévní mozkové příhody a u infarktu mozečku. Dále bývá projevem zvýšeného intrakraniálního tlaku. Při ischemické cévní mozkové příhodě se vlivem edému zvyšuje intrakraniální tlak. Proto lze tvrdit, že bolest vleže je nejsilnější. **Nausea a vomitus** - Herzig (2008) říká, že se jedná o doprovodné příznaky ischemické cévní mozkové příhody různé lokalizace. Nejčastěji se objevuje vomitus bez nausey při intrakraniální hypertenzi (Herzig, 2008).

1.10 Diagnostické metody cévní mozkové příhody

Základním pilířem diagnostiky cévní mozkové příhody je podrobná analýza anamnestických údajů a klinického obrazu vzniklého onemocnění (Nevšimalová et al., 2002). Klíčovým vyšetřením se stala výpočetní tomografie (CT), která spolehlivě odhalí intrakraniální krvácení. U ischemické mozkové příhody v prvních hodinách nemá velký význam (Kalina et al., 2008). Cílem klinického vyšetření je rychlé zhodnocení závažnosti neurologického deficitu a zvážení možnosti jiné příčiny pacientových potíží, než vidět příčinu v cévní mozkové příhodě (Herzig, 2008). Podle Herziga (2008) je nutné u pacienta s mozkovou příhodou provést i interní vyšetření zaměřené především na zhodnocení kardiiovaskulárních a vitálních funkcí (puls, TK, tělesná teplota).

Základní diagnostickou metodou je CT, která je schopná určit lokalizaci a velikost postižení (Seidl a Obenberger, 2004). Podle Nevšimalové et al., (2002) je CT považována za nejvýznamnější metodu pro svoji diagnostickou vytiženost a snadnou dostupnost. Za prioritní metodu při diagnostice intrakraniálního krvácení je považována CT. Je schopná s vysokou přesností určit parenchymovou hemoragii a odhalit jeho příčinu (aneurysma a jiné malformace). Diagnostika ischemické léze je komplikovanější (Nevšimalová et al., 2002). Herzig (2008) ve své publikaci uvádí, že CT je základní diagnostická metoda, která dokáže rozpoznat ischemii, hemoragii, subarachnoidální hemoragii, u kterých může být výsledek falešně negativní, rozpoznává i další onemocnění tumory a poúrazové komplikace. Kalina et al., (2008) uvádí, že v akutní fázi ischemické cévní mozkové příhody může být nález negativní. Za tuto skutečnost odpovídají časně známky ischemie, komprese likvorových prostor, hyperdenzita podmíněná trombem nebo embolem. Herzig (2008) považuje za výhodu CT rychlost a dostupnost vyšetření, nevýhodou je, že v akutní fázi ischemické cévní mozkové příhody neposkytuje viditelnost rozsahu ischemických změn. Tuto nevýhodu odstraňuje perfuzní CT.

Ostatní diagnostické metody mohou být také přínosem. Mezi tyto metody řadíme oční vyšetření, které poskytuje informace o aterosklerotických změnách a projevech arteriální hypertenze, nitrolební hypertenze a o známkách krvácení na očním pozadí. Poruchy perimetru určují poškozené zrakové dráhy (Nevšimalová et al., 2002). Další komplexní metody jsou EKG (elektrokardiogram), rentgen srdce a plic, pulzní oxymetrie. Mezi laboratorní vyšetření řadíme PTT (aktivovaný parciální tromboplastinový čas), INR (protrombinový čas), krevní obraz, Na (sodík), K (draslík), Cl (chlór), renální a jaterní funkce, glykemie, CRP (C-reaktivní protein), FW (sedimentace), vyšetření dle Astrupa – laboratorní vyšetření acidobazické rovnováhy (při podezření na hypoxii), (Herzig, 2008). Lumbální punkce podle Nevšimalové et al., (2002) dokazuje přítomnost krve v likvoru, dále poukazuje na přítomnost opakovaných krvácení. Průkazem rozpadajících se erytrocytů různého stáří je lumbální punkce indikována u podezření na subarachnoidální krvácení při negativní CT nález. Herzig (2008) považuje za podstatné neurosonologické vyšetření extra intrakraniálního řečiště. Jeho výhodou je neinvazivita a dostupnost.

Mezi další vyšetření patří magnetická rezonance, která přináší nové, velmi cenné poznatky. Pro diagnostiku ischemické léze mozku je nejcennější multimodální MR (magnetická rezonance), při které se snadno rozezná porucha perfuze a difuze. Umožňuje včasné rozlišení hemoragie od ischemie (Nevšimalová et al., 2002). Nevšimalová et al., (2002) říká, že MR i přes svůj mimořádný význam kvůli vzácné dostupnosti a finanční náročnosti, vyhrazena pouze pro některá klinická centra. Herzig (2008) řadí mezi další méně časté vyšetření EEG (elektroencefalogram), které se využívá při diferenciaci diagnostice k vyloučení epileptických záchvatů.

K vyloučení kardiogenní embolizace slouží TEE (transezofageální echokardiografie). Ta se neprovádí v akutní fázi, ale až v subakutní fázi cévní mozkové příhody. Toto vyšetření je indikováno u pacientů, u kterých nelze vyloučit kardiální příčinu mozkové příhody, a zároveň nesmí být kontraindikace podávání antikoagulační terapie, pokud by byla na základě výsledků indikována (Herzig, 2008).

1.11 Léčba akutního stádia cévní mozkové příhody

Cílená farmakologická terapie je i v dnešní době rozporuplná (Nevšimalová et al., 2002). Podle Bednaříka et al., (2010) je cévní mozková příhoda považována za akutní stav, který žádá okamžité zahájení potřebné léčby. Celkový efekt léčby závisí na rozsahu léze vzniklé ischemií nebo krvácením, dále je důležitý vlastní stav kolaterálního řečiště (Bednařík et al., 2010). Bednařík et al., (2010) a Nevšimalová et al., (2002) se shodují v názoru, že kolem vlastního infarktu je vždy funkční deficit (edém nebo ischemie), které lze léčbou odstranit. Pro léčbu je důležitý časový faktor. Začít v časně fázi je důležité, než by s přibývajícím časem narůstaly strukturální změny, které se pak stávají ireverzibilními (Bednařík et al., 2010). Nevšimalová et al., (2002) uvádí, že časový interval pro zahájení léčby by neměl být delší než 3 hodiny. Intenzivní terapie musí být provázena monitorováním životních funkcí, intenzivní ošetrovatelskou péčí, důležitá je v terapii rehabilitace a psychoterapie (Nevšimalová et al., 2002). V terapii jsou tři základní pilíře přístupu v léčbě cévní mozkové příhody. V prvním stadiu je léčba celkové fyziologické kondice, kterou se snažíme stabilizovat. Jde o léčbu obecnou (Bednařík et al., 2010). Za druhou fázi Bednařík et al., (2010) považuje specifickou terapii zaměřenou na patogenezi vlastní cévní mozkové příhody. Jde tedy o lokalizaci cévní okluze, prevenci některých mechanismů neuronální léze. Třetí fáze se soustředí na prevenci a léčbu komplikací, přímo neurologických (expanzivní edém,

epileptické záchvaty) nebo obecně medicínských, mezi které patří infekce dýchacích a močových cest, dekubity, hluboké flebotrombózy a plicní embolizace (Bednařík et al., 2010).

2 Důležité oblasti rehabilitace v terapii po cévní mozkové příhodě

Z celkového pohledu na cévní mozkovou příhodu je nutné zdůraznit, že na koordinaci léčby akutní cévní mozkové příhody se musí podílet celá řada odborností, jak diagnostických, tak terapeutických. Z celého výčtu odborníků sem patří (neurolog, internista, kardiolog, anesteziolog, odborník disponující moderními zobrazovacími technikami, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog, sociální pracovník, laboratorní technik). Na počátku celého cyklu stojí záchranná služba, která se snaží o co nejnižší časové ztráty od vzniku příhody, až k zahájení cílené léčby (Pfeiffer, 2007). Podle Herziga (2008) rehabilitační péči vyžaduje asi 40 % postižených iktem, proto by měl být stav každého pacienta zhodnocen s ohledem na přínos rehabilitace. Kromě rehabilitace se fyzioterapeuti podílejí na podpoře zdraví prostřednictvím identifikace rizikových faktorů a aplikaci metod, které zpomalují progresi neurologického deficitu (Quinn, 2014). U pacientů, kterým je rehabilitace jednoznačně indikována, by měla být zahájena co možná nejdříve po stabilizaci stavu pacienta (Herzig, 2008). Rehabilitaci zajišťuje multidisciplinární tým v rámci iktového centra. Intenzita zvolené metody může mít odlišný charakter (aktivní, pasivní k prevenci bolesti kloubů, kontraktur, k minimalizaci rozvoje pneumonie, dekubitů, hluboké žilní trombózy a plicní embolie). Doba trvání musí být s ohledem ke stavu pacienta (Herzig, 2008). Za nejdůležitější doporučení fyzioterapeuta považujeme přijetí opatření, která mají zabránit zkracování svalů, navrátit hybnost paretickým končetinám a nácvik chůze (Angerová, Švestková, 2010). Rehabilitační plán se odvíjí od vývoje stavu pacienta po cévní mozkové příhodě. Zde je nutné zohlednit věk postiženého, aby nedocházelo k jeho přetěžování (Horáček, Kolář, 2009). Janečková (2009) říká, že v akutním stádiu je třeba intenzivní péče v oblasti dechové gymnastiky jako prevence infekcí. Pasivní cvičení se využívá jako prevence kontraktur. Důležitým bodem v rehabilitaci je polohování. Provádí se v rámci prevence vzniku dekubitů, celkově zlepšuje tělesnou zdatnost pacienta. Jde o základní terapeutický výkon. Rozlišují se čtyři základní polohy: poloha na paretické straně, poloha na zdravé straně, poloha na zádech, poloha na břiše (Pfeiffer, 2007). Nutnost polohování není jenom v prevenci dekubitů, zkracování šlach, využívá se i pro získání stability, nácvik sedu či změna polohy z boku na bok (Kolébalová,

Poláková, 2014). Pfeiffer (2007) klade důraz na polohování několikrát denně, změna polohy je doporučena po půl až dvou hodinách. Mezi nejrozšířenější facilitační metody patří proprioceptivní nervosvalová facilitace – Kabatova metoda, Bobath koncept a Vojtova metoda (Horáček, Kolář, 2009).

Počáteční pasivní cvičení pozvolna přechází v aktivní cvičení (Angerová, Švestková, 2010). Další fází rehabilitace pacienta po cévní mozkové příhodě je vertikalizace. To znamená sed s nataženými dolními končetinami, sed se spuštěnými končetinami přes hranu lůžka a následný stoj (Horáček, Kolář, 2009). Pfeiffer (2007) uvádí trend, že je správné vertikalizovat pacienty co možná nejdříve od vzniklé příhody, kdy nejsou ještě zcela při vědomí. K takovéto vertikalizaci se využívá vertikalizační stůl, kde je pacient připoután, kontroluje se mu krevní tlak a pulz. Cílem tohoto cvičení je snížení rizika potencionální spasticity. Dále slouží u pacientů s centrální hemiparézou ke snadnějšímu vnímání celé osy těla v prostoru (Pfeiffer, 2007). Návčik vlastní chůze je prováděn na pohyblivém chodníku, který má bradlové opěry, nebo je vybaven pohyblivým závěsem. Pohyb je tak pomalý, že fyzioterapeut pomáhá paretické končetině provádět kroky, jako by byla končetina zdravá – to je pata, ploska, špička, odval (Pfeiffer, 2007). Dále autor uvádí používání dlaha při oslabeném hlezenním kloubu. Dlahy musí být dost vysoká a pevná, aby fixovala postavení osy bérce a končetiny, která má sklon k varozitě, a díky tomu i k podklesávání. Díky své pevnosti brání vzniku ekvinóznímu postavení nohy (Pfeiffer, 2007). Nejen návčik stoje a chůze, ale i mobilizace ramenního pletence a návčik úchopu, je důležitý pro pacienta po cévní mozkové příhodě (Horáček, Kolář, 2009). Pokud pacient nemá potíže ve výše uvedených oblastech a jeho deficit je v obličejové části, je nutné se zaměřit na oblast obličejových svalů a úst. Pro odstranění dysfágie, poruchy artikulace, návčik pohybu rtů, mimických svalů a kvality hlasu se používá stimulace orofaciální oblasti (Byeon, 2016).

Chronický neurologický deficit může pramenit z pozdě zahájené rehabilitace či její krátkosti. Je však zřejmé, že deficit může přetrvávat i přes včasnou a intenzivní rehabilitaci (Horáček, Kolář, 2009). V chronickém stadiu je nutné věnovat se návčiku soběstačnosti a ergoterapii (Horáček, Kolář, 2009). Účinnost lázeňské terapie uvádí celá řada autorů. Mezi lázeňské procedury zlepšující celkový stav pacienta patří klasické masáže, vířivé lázně, různé druhy koupele, zábaly, inhalace (Horáček, Kolář, 2009). Mezi vhodné lázně a rehabilitační ústavy pro pacienty po cévní mozkové příhodě v ČR patří: Třeboň, Velichovky, Bělohrad, Mšené, Jáchymov, Kladruby, Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé Luže Košumberk, Jevíčko (Velemínský, 2012). Po celou dobu rehabilitace musí být kladen důraz na verbální projev,

podávání jasných a srozumitelných požadavků (Angerová, Švestková, 2010). Podle WHO (2004) je hlavním cílem rehabilitačního procesu dosažení co možná nejvyššího stupně psychické i fyzické soběstačnosti, nejen v nemocnici a rehabilitačním ústavu, ale důležité je zvládnání soběstačnosti v domácím prostředí a znovu zapojení do běžného života. Včasná rehabilitace je považována za vhodné opatření. Zde se jedná o aktivní nebo pasivní cvičení, jehož výsledkem je zlepšení stavu, zkracující se délka upoutání na lůžku a také se snižuje výskyt tromboembolických komplikací (Kalina, 2008).

2.1 Vojtova reflexní terapie

Bar a Chmelová (2011) popisují Vojtovu metodu jako základní kámen lidské motoriky, jako základní pohybové vzory, které jsou nastaveny v každé CNS člověka. Při jakékoli lézi na úrovni CNS dochází k porušení těchto vzorů. Za pomoci reflexní lokomoce lze tyto pohybové vzory aktivovat. Základem reflexní lokomoce jsou reflexní plazení, reflexní otáčení a vzpřimování (Bar, Chmelová, 2011). Podle autorů se reflexní lokomoce aktivuje z polohy vleže na zádech, na břiše a vleče. Tato reakce je provokována spouštěcími zónami na trupu a končetinách. Díky zajištění výchozí polohy s použitím tlaku, tahu v kloubu i proti vznikajícímu odporu (Bar, Chmelová, 2011). Jako výhody Vojtovy metody popisují Bar a Chmelová (2011) možnost jejího využití u pacientů, kteří vědomě nespolupracují hlavně v akutní fázi cévní mozkové příhody.

2.2 Bobath koncept

Podle Bobath konceptu, při poruše CNS dochází k poruše mechaniky centrální posturální kontroly. Projeví se tedy abnormálním posturálním tonem, abnormální interakcí svalů, poruchou automatických reakcí a snížením posturálních a pohybových vzorů (Bar, Chmelová, 2011). Bar a Chmelová (2011) říkají, že základem je individuální vyšetření pacienta, při kterém se fyzioterapeut zaměří na hodnocení porušené funkce a vytvoří individuální program. V tomto konceptu se využívá celá řada technik (stimulační, inhibiční, facilitační). Techniky jsou aplikovány ergoterapeutem, fyzioterapeutem i logopedem. Důraz je kladen na týmovou práci, motivaci pacienta a na edukaci členů rodiny (Bar, Chmelová, 2011).

2.3 Kabatova metoda (periferní nervosvalová facilitace, PNF)

Metoda propioceptivní neuromuskulární facilitace má v neurorehabilitaci významné místo. Základním pilířem této metody je usnadnění pohybu pomocí signálů z vlastního těla, z kloubních, svalových a kožních receptorů (Bar, Chmelová, 2011). Podobně jako Bobath koncept využívá aktivní spolupráci pacienta, proto se v akutní fázi cévní mozkové příhody příliš moc nepoužívají, jelikož se nedají stadia mozkové příhody přesně rozčlenit, jednotlivé příznaky se různě překrývají a trvají různě dlouho. Tým, který zajišťuje komplexní péči, musí na tyto změny reagovat (Bar, Chmelová, 2011). Bar a Chmelová (2011) dělí jednotlivá stadia na akutní (hypotonie), fáze subakutní (stadium nastupující spasticky), fáze relativní úpravy (postupuje zlepšování stavu) a fáze chronická (stav je ustálen a zlepšování nepokračuje).

2.4 Metoda sestry Kenny

Pavlů (2003) a Hromádková (2002) ve svých publikacích uvádějí, že metoda podle sestry Kenny je jednou z nejpoužívanějších. Tato metoda je nazývána jako dermo-neuro-muskulární terapie. Prvním úkolem této metody byla léčba pacientů s poliomyelitis anterior acuta. Jedná se o postup, jenž je prováděn na základě svalového testu. Následně se zapojují jednotlivé svaly (Hromádková, 2002). Hromádková (2002) uvádí, že jde o techniku, kterou se snažíme o obnovení porušeného reflexního oblouku.

Jedním z mnoha rehabilitačních prvků podle sestry Kenny je aplikace klidu v akutním stavu onemocnění. Dále využívá aplikaci dlah, které mají za úkol obnovit kontraktury (Pavlů, 2003). Hromádková (2002) uvádí použití jerseyového materiálu, který sestra Kenny nahřívala v páře a za jeho účinku uvolňovala kontraktury a svalové spasmy. Tuto metodu využívala i k ovlivňování bolesti. Teplý vlhký zábal aplikovala po celém těle, mimo hrudníku, po dobu 24 hodin (Hromádková, 2002). Mezi další používané metody patřilo polohování, které zajišťuje fyziologické polohy a je dalším z účelů prevence zkracování svalů (Hromádková, 2002). Dalšími prvky metody sestry Kenny jsou stimulace, indikace a redukce. Stimulaci vnímáme jako chvějivý pohyb, který se provádí pasivně v rozsahu fyziologického pohybu (Pavlů, 2003). Stimulace se používá ke zvyšování svalového tonu stimulovaného svalu. Ta ovšem musí být přesná. Ovlivňovat určený sval se musí provádět směrem kontrakce ve vhodném postavení pro jeho funkci (Hromádková, 2002). Podle Pavlů (2003) po stimulaci nastává indikace. Je to děj, kdy informujeme pacienta o vykonávaném pohybu. Pokud

si pacient pohyb neuvědomuje, můžeme ho pobídnout k provedení pohybu. Poslední fází je redukce pohybu. Pohyb je pasivní, s dopomocí, nebo aktivní, který provádí pacient sám (Pavlů, 2003).

2.5 Role sestry v ošetřování pacienta po cévní mozkové příhodě

Není možné poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči bez bližšího kontaktu s pacientem. Kvalitní péče je založená na spolupráci sestry, pacienta a jeho rodiny. Důležitá je vzájemná důvěra a porozumění (Zacharová et al., 2007). Dále Zacharová et al., (2007) považuje za důležité pro kvalitní ošetrovatelskou péči produktivní chování sestry. Sestra popisuje pacientovi neznámé věci, dává mu svým chováním najevo zájem, sympatie a vcítění se, snaží se o eliminaci úzkosti, a vytváří optimistickou atmosféru (Zacharová et al., 2007). Trpělivě naslouchá všemu, co pacient říká, oceňuje pacientovu snahu a pomáhá (Zacharová et al., 2007). Důležitým úkolem sestry je vytvořit co nejpříjemnější podmínky pro kontakt pacienta s jeho blízkými, kteří mohou pozitivně ovlivnit jeho stav (Bartlová, 2005).

Nedílnou součástí role sestry, ale i základem ošetrovatelství, je dobrá komunikace, která navozuje pocit důvěry u pacienta a jeho rodiny (Zacharová, 2010). Komunikace sestry je verbální i neverbální. Za upřímnější projev je považován neverbální typ komunikace. Součástí této komunikace je mimika, proxemika, haptika, posturologie, gesta a úprava zevnějšku (Venglářová a Mahrová, 2006). Mimikou projevují lidé své emoce. Pokud se sestra usmívá, může rychleji navázat kontakt s pacientem nebo jeho rodinou (Venglářová a Mahrová, 2006). Při rozhovoru sestra využívá čtyři základní zóny. Při ošetrovatelské péči sestra neustále narušuje intimní zónu pacienta (Venglářová a Mahrová, 2006). Komunikaci pomocí doteku se nazývá haptika (pozdrav, podání ruky, pohlazení, vzetí za ruku). Sestra tímto postoje vyjadřuje povzbuzení (Venglářová a Mahrová, 2006). Doteky jsou každodenní součástí ošetrovatelské péče. Vhodný dotek ve správný čas pomůže pacienta uklidnit, podpořit nebo ubezpečit (Plevová, 2011). Jde-li o první kontakt sestry s pacientem, měla by se sestra umět představit (Plevová, 2011). Komunikace pohledem je považována za první navázání kontaktu. Jde z něj vyčíst emoce a postoje, sestra udržováním očního kontaktu dává najevo udržování komunikace. Sestra má své pacienty pozorovat a nesmí je přehlížet (Venglářová a Mahrová, 2006). Verbální komunikace je považována za úspěšnou, pokud má vhodné načasování, stručnost, jednoduchost a důvěryhodnost (Zacharová, 2010). Načasování rozhovoru je ovlivněno vhodnou chvílí, dostatkem času, soukromím a nerušeným prostorem.

Sestra má podávat stručné informace, které působí profesionálně. Vždy by si měla ověřit, zda pacient a rodina porozuměli předávaným informacím (Zacharová, 2010; Venglářová, Mahrová, 2006). Naslouchání je další důležitou složkou komunikace. Umožňuje porozumět pacientovi. Nasloucháním dává sestra pacientovi najevo možnost se svěřit a získat si tak důvěru pro další komunikaci (Zacharová, 2010).

V průběhu rozhovoru s pacientem sestra používá produktivní chování, které obsahuje udržování očního kontaktu a oslovení pacienta jménem (Baumanová, 2009; Zacharová, 2010). Cévní mozková příhoda v mnoha případech postihne pacienty afázií a dalšími poruchami řeči. Sestra v komunikaci s pacientem, který nemůže verbálně vyjádřit své potřeby, musí neustále vyhledávat alternativní formy komunikace, aby dokázala porozumět a splnit požadavky pacienta (Baumanová, 2009). V profesionální komunikaci sestra dokáže pozitivně ovlivnit pacienta a motivuje ho k aktivní spolupráci (Zacharová, 2010).

Pokud sestra komunikuje s pacientovou rodinou, je důležité, aby dodržovala určité zásady komunikace (nutnost ubezpečit o poskytování dobré péče). Sestra poskytuje jasné a přesné informace o ošetrovatelské péči u pacienta (Baumanová, 2009; Zacharová, 2010). Komunikace sestry s rodinou je vhodná pro získání podrobných informací o pacientovi, které jsou důležité pro doplnění ošetrovatelské anamnézy (Zacharová, 2010). Vystupování a chování sestry při komunikaci se odráží na hodnocení sestry pacientem a rodinou (Šimánková, 2006). Za vrcholný cíl ošetrovatelské péče je považována životní spokojenost a zapojení se do každodenní životní aktivity (Aileen, 2015).

Trachtová (2008) považuje za základ moderního ošetrovatelství vyhodnocování a uspokojování potřeb pacienta. Sestra by měla brát pacienta jako nedělitelný celek s bio-psycho-sociálními potřebami. Cílem sestry je uspokojovat tyto potřeby. Jak už bylo výše uvedeno, péče o pacienta probíhá na iktové jednotce. Vhodná ošetrovatelská péče snižuje úmrtnost postižených cévní mozkovou příhodou asi o 30 % (Kalita, 2006). V rámci dobré ošetrovatelské péče je vhodné dodržovat základní principy péče. Mezi tyto principy řadíme optimální nutriční režim, péče o průchodnost dýchacích cest, dostatečná oxygenace, prevence aspirační pneumonie, prevence infekcí (Kalita, 2006). Kalita (2006) považuje dále za důležité pravidelnou kontrolu teploty pro odhalení infekcí, polohování v rámci prevence dekubitů, kontraktur, kloubních bolestí a vzniku hluboké žilní trombózy.

Za nefarmakologické postupy v léčbě cévní mozkové příhody považuje Kalita (2006) bandážování dolních končetin, časnou mobilizaci, pozorování klinických projevů, psychoterapeutické působení na klienta a jeho rodinu, zaměření se na potlačení psychického dyskomfortu a odstranění či zmírnění deprese. V oblasti nefarmakologických postupů nesmí chybět vertikalizace a pasivní rehabilitace. Autoři Kalita (2006) a Trachtová (2008) se shodují v tvrzení, že ošetrovatelská péče o pacienta postiženého cévní mozkovou příhodou je velmi náročná, jak po fyzické, tak psychické stránce.

2.6 Péče o výživu u pacienta po cévní mozkové příhodě

Dostatečný příjem potravy je nutnou podmínkou pro správné fungování organismu a veškerých životních pochodů. Jednoduše řečeno, výživa ovlivňuje zdravotní stav člověka. Je nutné dodržet komplexnost výživy, aby organismus měl potřebné živiny v dostatečném poměru (Mikšová et al., 2006).

Feigin (2007) uvádí: pokud není pacient schopen přijímat stravu ústy, využívá se možnosti výživy za pomoci nosogastrické sondy. Jedná se o sondu, která je zavedena přes dutinu nosní do žaludku. Pokud nelze využít této možnosti, používá se zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie, kdy je přes stěnu břišní zavedena vyživovací hadička přímo do žaludku. Z počátku se podává umělá výživa. Přejít na výživu ústy je velice pozvolný. Probíhá postupně, vybírají se jídla různé konzistence. Příklad příjem potravy musí být dobře monitorován, aby bylo zřejmé, že pacient má dostatečný příjem potravy a tekutin (Feigin, 2007). Špatná výživa je spojena s polykacími potížemi, které jsou přítomny u pacienta po cévní mozkové příhodě. Mezi další možné komplikace vedoucí k poruše příjmu potravy a podvýživě řadíme úroveň vědomí, slabost či ochrnutí ruky, poruchy smyslových funkcí a ztrátu schopnosti vyjádřit pocit žízně či hladu (Feigin, 2007). Podle Trachtové (2008) je nutné zajistit zásah nutriční sestry, která pacientovi zajistí adekvátní výživu a poradí klientovi, z jakých produktů by měla být strava sestavena.

2.7 Péče o vyprazdňování pacienta po cévní mozkové příhodě

S cévní mozkovou příhodou jsou spojené i potíže s vyprazdňováním moči a stolice. Mezi tyto dysfunkce řadíme retenci a neschopnost vyprázdnění a inkontinenci, což je samovolný únik moči a stolice (Feigin, 2007). Při inkontinenci trvající delší dobu, se pacientům zavádí permanentní močový katetr. Zde se objevuje riziko při zavedení katetru na delší dobu, kdy může vzniknout infekce močových cest (Powel, 2010). Při odstranění permanentního močového katetru se pacient znovu učí chodit na toaletu za pomoci sestry či ošetřovatele. Je zde nutné nastavit pravidelný režim a provádět ho do té doby, než se pacient naučí používat toaletu sám (Powel, 2010). Feigin (2007) a Powel (2010) se shodují, že pokud je pacient inkontinentní, tak je nutné ho udržovat čistotě a suchu v rámci prevence opruzenin a dekubitů. Pro tyto intervence je dobré používat vhodné inkontinentní pomůcky.

Pokud mluvíme o vyprazdňování stolice, mělo by být pravidelné jednou za 2 až 3 dny. Pacienti po prodělané cévní mozkové příhodě mají potíže se zácpou, kterou může vyvolávat nedostatečný pohyb nebo některé léky. Pokud pacient trpí zácpou, je možné používat látky změkčující stolicí (Laxativa), čípky nebo klyzma. Pokud jsou problémy dlouhodobé, je nutné informovat lékaře (Feigin, 2007). Za prevenci zácpy lze považovat příjem dostatečného množství tekutin, strava bohatá na vlákninu a dostatečná tělesná aktivita s ohledem na celkový stav pacienta (Feigin, 2007).

2.8 Hygiena u pacienta po cévní mozkové příhodě

Potřebu čistoty má každý člověk. Tato potřeba je definována v biologické, psychologické, sociální a duchovní rovině. Péče o čistotu patří k základním činnostem ošetřovatelské péče. Postup hygienické péče a úloha sestry se odvíjí od zdravotního stavu pacienta a stupně soběstačnosti (Vytejková, 2011). Důležitým bodem v celé hygienické péči je ochrana intimity pacienta. Je potřebné si všimnout míry soběstačnosti, kožních defektů, pacientovy spolupráce a komunikace s personálem (Vytejková, 2011). Součástí celé hygieny je péče o kůži. Jejím cílem je, aby kůže byla dostatečně hydratovaná a neporušená. Důsledná péče o kůži je považována za prevenci opruzenin a dekubitů (Mikšová et al., 2006). Mikšová et al., (2006) uvádí nutnost důsledného čištění kožních záhybů, a to v oblasti hýždí, pod šourkem u mužů, u žen pod prsy a u obézních pacientů v podbřišku. S hygienickou péčí je spojena nutnost čistého osobního a ložního prádla. Ložní prádlo musí být důkladně vypnuté.

Při převlékání pacienta nejprve oblékáme končetinu s omezenou hybností a potom zdravou, pokud jde o svlékání postup je obrácený (Feigin, 2007).

2.9 Polohování pacienta po cévní mozkové příhodě

Nejčastějším následkem, s nímž se v rámci onemocnění cévní mozkovou příhodou můžeme setkat, je porucha vnímání těla, hybnosti a citlivosti. Polohování pacienta je velmi důležité. Začínat by se s ním mělo hned po přijetí pacienta do nemocnice (Mikula, 2008). Pro dobré polohování je vhodné rovné a přiměřeně tvrdé lůžko. Pokud to stav pacienta dovolí, přes den se mění poloha jednou za dvě hodiny a v noci za tři hodiny. Poloha by měla být bezpečná a pohodlná pro pacienta (Kapounová, 2007). Časté polohování předchází spasticitě, zabraňuje vzniku dekubitu a kontraktur (Mikula, 2008). Kapounová (2007) říká, že by sestra při každé změně polohy měla překontrolovat stav kůže, zda není zarudlá či porušen kožní kryt. Pokoj pacienta po cévní mozkové příhodě musí být uspořádán tak, aby předměty přicházely z postižené strany (okno, televize, noční stolek). Noční stolek by měl být taktéž na postižené straně, aby to bylo snadnější pro pacienta v rámci sebeobsluhy, protože se snaží dosáhnout na stolek zdravou končetinou a díky tomu se pacient přetáčí na postiženou stranu a uvědomuje si ji (Mikula, 2008; Kapounová, 2007). Personál a všichni ostatní by měli přicházet z postižené strany (Kapounová, 2007). Pokud se pacient polohuje, musí personál dbát na postavení ruky. Je zde možné vložení molitanového míčku nebo válečku do postižené dlaně. Pro polohování se využívají pomůcky, jako jsou molitany, klíny a polštáře (Mikula, 2008; Kapounová, 2007).

2.10 Ergoterapie

Košťálová (2009) ve svém článku uvádí mnoho podob ergoterapie. Od svých počátků bylo jejím hlavním úkolem smysluplné vyplnění času hospitalizovaných klientů. Dnešní úloha ergoterapie je doprovázení nemocného na jeho cestě z nemocničního lůžka nebo ústavu zpět do běžného života, kde žijí zdraví lidé. Moderní metody ergoterapie jsou představovány jako komplexní systém zaměřený na dosažení a zvýšení kvality života klientů, kteří potřebují překlenout pomyslný most mezi institucionální péčí a běžným životem (Košťálová, 2009). Ergoterapie se zabývá smysluplným zaměstnáváním jedince a snaží se o co nejvyšší stupeň

zachování a využití jeho dovedností, které potřebuje pro běžný denní život (Krivošíková, 2011).

Podle Svěčené a Švestkové (2014) je základním pilířem ergoterapie uchování a navrácení schopností, které jsou pro danou osobu nepostradatelné. Dalším bodem ergoterapie je dosažení maximální funkční schopnosti klienta. Ergoterapie využívá k dosažení cíle různých technik a metod, uzpůsobení prostředí, nácvik jednotlivých činností a poradenství (Rodová, 2015). K důkladnému zhodnocení stavu pacienta a k podrobnější diagnostice se využívají standardizované testy (Barthelové test, MMSE – Mini Mental State Exam, které jsou zaměřeny na kognitivní dovednosti, FIM – Funkční míra nezávislosti), (Svěčená, Švestková, 2014). Oblasti, kterými se ergoterapie zabývá jsou: kognitivní funkce, soběstačnost, funkčnost horních končetin (hodnocení jemné a hrubé motoriky, úchopy), bezbariérovost a úprava prostředí, volnočasové aktivity a ergodiagnostika (Svěčená, Švestková, 2013).

Intervence ergoterapeuta začíná vstupním vyšetřením, identifikací problémových oblastí, stanovení cílů a plánů v terapii. Během celého procesu je důležité kontrolní hodnocení a vstupní vyšetření (Krivošíková, 2011). Dále podrobnější popis uvádí Krivošíková (2011) jako příjem, hodnocení, plánování léčby, léčba a propuštění. Nejpodstatnější v celém procesu ergoterapie je základní diagnóza klienta. Pokud jde o neurologické postižení, s vysokou pravděpodobností můžeme počítat s poruchou polykání. Dále bychom měli věnovat pozornost všem záznamům o problémech s aspirací (Krivošíková, 2011). Při vstupním ergoterapeutickém vyšetření se ergoterapeut zajímá o následující oblasti, které jsou pro jeho úkony důležité. Mezi tyto oblasti patří sociální anamnéza, pracovní anamnéza, denní režim pacienta, soběstačnost a sebesycení, jaké využívá pacient kompenzační pomůcky a jak je uzpůsobená jeho domácnost (Krivošíková, 2011). Po vstupním vyšetření ergoterapeuta identifikujeme oblasti a stanovíme spolu s ním plán a cíl terapie. Po klinické úvaze se ergoterapeut rozhodne pro nejvhodnější intervence (Krivošíková, 2011).

Jestliže pacient vykazuje více než jeden problém v každé fázi polykání, intervence s léčbou se mohou lišit (Václavík et al., 2015). Léčba dysfagie obsahuje polohování hlavy a krku, schopnost pohybu akra horní končetiny k dutině ústní. Nutná je i orální motorika a polykání. Je nutné soustředit pozornost na kognitivní a percepční deficity, které výrazně ovlivňují sebesycení (Václavík et al., 2015). Více než polovina denního času je věnována tréninku orální motoriky a polykání (Václavík et al., 2015). Podle autora Václavíka et al., (2015) může

odstranění těžké poruchy polykání trvat až 6 měsíců každodenní intervence, než se dosáhne úpravy funkce polykání Podle Kaulfussové (2003) ergoterapeut v oblasti dysfagie stanovuje následující cíle:

- umožnit vhodnou polohu během sebesycení;
- umožnění kvalitního pohybu a normalizace svalového tonu;
- dodržet dostatečný nutriční příjem;
- předcházet aspiraci;
- navrátit sebesycení na co nejbezpečnější úroveň.

Mezi kompenzační techniky při dysfagii se snaží o eliminaci příznaků poruchy polykání. Nesnažíme se však o změnu patofyziologie polykání (Václavík et al., 2015). Václavík et al., (2015) uvádí následující kompenzační techniky: posturální techniky snižující riziko aspirace (sed, úklon, předklon a rotace hlavy), zvýšení citlivosti dutiny ústní a stimulace polykání, množství a konzistence sousta, změny sousta termální a chuťové, tlak lžíc na jazyk, změna rychlosti při příjmu potravy a velikost soust.

Terapeutické techniky – mění patofyziologii polykání. Mezi tyto techniky řadíme: nácvik polykání slinotoku, nácvik polykání tekutin a potravin různé konzistence, cvičení určená pro zlepšení neuromuskulární kontroly (Václavík et al., 2015). Podle Václavíka et al., (2015) lze rozdělit terapeutické techniky na aktivní (posilování motoriky orofaciálního svalstva a mluvidel) a pasivní (stimulační techniky podle Bobath konceptu). Zdánlivě nejjednodušším řešením je dietní opatření a úprava konzistence stravy. Může postačit doporučení změny stravovacích návyků, jako je požívání stravy po malých dávkách častěji během dne, varovat se mluvení během jídla, jíst v přímé poloze a po jídle si nelehat minimálně po dobu 30 - 60 minut (Václavík et al., 2015). Václavík et al., (2015) uvádí jako zásadní v prevenci negativních vlivů orální hygienu, pacienti po cévní mozkové příhodě mají obtíže s udržováním orální hygienu, jedná se o zabránění množení patogenních organismů v ústech, a tím předcházení dalších komplikací.

Kompenzační pomůcky při dysfagii – jedná se o speciálně upravené hrnky na pití tak, aby dávkovaly malý objem tekutin do úst, nebo mají modifikovanou tvar pro úchop, lžičky mají mělké a rovné dno, takže je jednodušší dopravit stravu do úst (Václavík et al., 2015).

Porucha polykání je závažným problémem vyžadující přístup celého multioborového týmu včetně ergoterapeuta. Cílem léčby je dosáhnout bezpečného sebesycení pomocí kompenzačních pomůcek tak, aby pacient tyto techniky zvládal sám a byl tak plně soběstačný (Kaulfussová, 2003).

2.11 Psychologické vyšetření

Psychologické vyšetření je součástí základního vyšetření. Poskytuje nám informace o mentálních schopnostech postiženého klienta. Důležitou oblastí je vzájemné propojení psychologického vyšetření se závěry ergoterapeuta a logopeda (Pfeiffer, 2007). Práce psychologa zahrnuje nejen péči o postiženého klienta, ale také podporu a poradenství pro jeho rodinu (Angerová, Švestková, 2010). Psychologická pomoc se zabývá podle Janečkové (2009) následujícími oblastmi: vyšetření kognitivních funkcí, rehabilitace kognitivních funkcí (cvičení pozornosti, orientace, vnímání a paměti), rehabilitace poruch chování, psychologické poradenství, skupinová/individuální psychoterapie. Cílem psychologického zásahu na klienta není naučit klienta novým faktům, ale najít dosavadní znalosti, které během života získal a navrátit ho na úroveň, jež měl před událostí, kvůli které musí rehabilitovat a využívat pomoc ošetřovatelského personálu (Válková, 2015).

2.12 Logopedie

Logopedie je samostatný obor zabývající se správnou výslovností, odstranění poruch a vad v řeči, pomáhá zajišťovat komunikaci, která nemusí být nutně prováděna ústy (Lehačková, 2012). Dříve se logopedie zabývala spíše poruchami řeči u dětí. Díky rozvoji komplexní rehabilitační péče se situace změnila a logopedové se specializují na poruchy řeči u dospělých osob (Lehačková, 2012). Pfeiffer (2007) uvádí nutnost logopedického vyšetření u všech fatických poruch, jedná se o stejně důležitý proces jako u pohybové terapie.

Angerová a Švestková (2010) uvádí nezastupitelnou pozici logopedické intervence u pacientů po cévní mozkové příhodě, kteří mají poruchu řeči nebo poruchu polykání. Logopedické vyšetření se provádí již v akutním stavu, kdy vyšetření určí diagnózu a zahájí se rehabilitace a léčba, a to už v akutním stádiu onemocnění (Janečková, 2009). Cílem logopedické intervence je zlepšení, usnadnění komunikace a polykání (Janečková, 2009). U pacientů

po cévní mozkové příhodě může docházet k afázii. Jedná se o úplnou nebo částečnou ztrátu řeči (Lippertová-Grünerová, 2010).

Lippertová-Grünerová (2015) uvádí tři fáze logopedické terapie:

1. fáze aktivace – začátek logopedické intervence, stimulace řeči;
2. fáze specifického cvičení – aplikace metod při individuální terapii;
3. fáze konsolidace – soustředí se na komunikaci denního života, aplikují se i skupinové terapie.

Dysartrie je jednou z poruch řeči, u které je nutný zásah logopeda. Nutná je orofaciální terapie, která slouží k získání fyziologického napětí mimických svalů, jazyka a krčních svalů, proto se používají postupy cílené na stimulaci mimických svalů, aktivace krční páteře a terapie dutiny ústní (Angerová, Švestková, 2010). Angerová a Švestková (2010) říkají, že čím dříve dojde ke zlepšení schopnosti komunikace, tím lepší je spolupráce při další rehabilitaci.

3 Edukace pacientů v prevenci cévní mozkové příhody

Roli edukátorky získala sestra v průběhu osmdesátých let minulého století. V současné době se od zdravotníka provádějícího edukaci očekává, že bude vysokoškolsky vzdělaný, dokáže tak předávat vhodné informace pacientovi, rodině, kolegyním, kolegům a studentům na takové úrovni, že je schopen zajistit individuální znalosti a dovednosti směřující k obnovení zdraví, motivovat edukanta k osvojení nových znalostí a dovedností (Bastl, Švec, 1997). Edukace se v ošetrovatelství uplatňuje za pomoci edukačního procesu. Tento postup je tvořen systematickou činností dvou nezávislých oblastí vyučování. Dále zahrnuje učitele a učícího se – výsledkem vzájemné spolupráce je požadované chování klienta (Jirkovský, 2009). Jirkovský (2009) uvádí podobnost edukačního procesu s ošetrovatelským procesem. Konečnou fází vzdělávacího procesu je hodnocení. Bez hodnocení nelze považovat edukaci za dokončenou, pokud nedosáhneme stanoveného cíle. Je nutné zjistit proč tomu tak je (Jirkovský, 2009). Nedílnou součástí celé edukace je dokumentace. Dokumentace má být přesná, jasná a srozumitelná. Dobře vedená dokumentace umožní návaznost celé edukace (Jirkovský, 2009). Podle Jirkovského (2009) je cílem edukace pomáhat v léčebném programu vnímat člověka jako nedělitelnou bytost a jako celek se zdravotními, psychologickými

a sociálními aspekty. Díky edukaci je možné získat aktivního a schopného klienta, který se lépe vyrovnává se změnami v průběhu léčby a rehabilitace (Jirkovský, 2009).

Svěráková (2012) ve své publikaci uvádí důležitost primární prevence. Tvrdí, že tento typ prevence je důležitý v předcházení vzniku nemoci. V oblasti primární prevence by měli na pacienty působit zdravotníci nebo jiní odborníci. Primární prevence se zabývá vývojem a řešením civilizačních chorob. Celá řada projektů se orientuje na prevenci kardiovaskulárních chorob, s čímž je spojen i výskyt cévní mozkové příhody (Svěráková, 2012). Důležitým bodem primární prevence jsou aktivity ovlivňující životní styl a negativně působící na vznik nemocí. Mezi tyto jevy patří následující rizikové faktory: stravování, pohybové aktivity, kouření, užívání hormonální antikoncepce a nadměrná konzumace alkoholu (Svěráková, 2012).

Pokud bychom hovořili o sekundární prevenci, tak se jedná o oblast prevence týkající se již nemocných pacientů. Zde tímto způsobem prevence chceme zabránit vzniku či rozvoji dalších komplikací (Svěráková, 2012). Doslovně lze tvrdit, že se jedná o edukaci pacienta s konkrétní nemocí, kde je snaha ovlivnit znalosti a dovednosti jedince, aby došlo k pozitivním změnám v jeho chování (Juřeníková, 2010). Tento typ edukace je zaměřen na dodržení léčebného režimu, udržení soběstačnosti a na prevenci recidivy onemocnění (Juřeníková, 2010).

Herzig (2008) upozorňuje na nedostatečnost informovanosti veřejnosti o závažnosti cévní mozkové příhody a o tom, že časově ohraničená terapie v akutní fázi mozkové příhody je spjata s nejlepšími výsledky. V této problematice se otevírá prostor pro edukaci široké veřejnosti, která je vedena nejen lékaři, ale také cestou občanských sdružení s využitím sdělovacích prostředků (Herzig, 2008). Důležitost prevence by měla být směřována k rizikovému chování a faktorům ovlivňujícím cévní mozkové příhody (Herzig, 2018).

Cílem výchovy ke zdraví je získávání dovedností a postojů. Nutnost změnit chování, které ovlivňuje zdraví a vede i ke změně rizikových faktorů a v konečném důsledku ke snížení výskytu cévní mozkové příhody a následně i ke snížení úmrtnosti (Maasland et al., 2011). Podle Maaslanda et al., (2011), je oblast výchovy ke zdraví v problematice cévní mozkové příhody nedostatečně rozvinutý obor. Autor se dále domnívá, že dostatečné vzdělávání by mohlo vést k dodržování zdravého chování a zlepšení porozumění pacienta vzhledem k jeho zdravotnímu stavu.

Výše již byla uvedena důležitost ovlivnitelných rizikových faktorů, jako je arteriální hypertenze, onemocnění srdce, ateroskleróza, dyslipidemie, diabet, hemoglobin a hematokrit, TIA, kouření a hormonální antikoncepce. Je důležité si při edukaci připomenout závažnost některých ovlivnitelných rizikových faktorů. Jak uvádí mnohé literární zdroje, spojitost prevence s edukací je důležitá v rámci učení (edukace). Je nutné výrazně apelovat na některé z nich, zejména ty, které našemu zdraví neprospívají.

Kouření

Kouření řadíme k rizikovým faktorům, a to z důvodu, že závažně podporuje tvorbu aterosklerózy, která působí na hrubnutí a tuhnutí stěny cév (Gavorník et al., 2015). Cífková et al., (2014) uvádí, že nebyla stanovena dolní hranice škodlivého účinku. Jelikož velkou roli zde hraje doba kuřáctví, zde je nutné říci, že tato skutečnost platí pro všechny formy kouření, aktivní, ale i pasivní kuřáctví přispívá k rozvoji kardiovaskulárního onemocnění. Podle Cífkové et al., (2014) u nekuřáka žijícího s kuřákem se riziko zvyšuje o 30 %. Ukončení kouření je zcela zásadní pro snížení rizika, i když jeho ukončení může být velmi obtížné (Cífková et al., 2014). Své zastoupení v ukončení kouření má i farmakologická léčba, proto se v podpoře ukončení kouření používá náhradní terapie nikotinem nebo použití bupropionem a vereniclinem (Cífková et al., 2014).

Abusus alkoholu

Podle Václavíka (2013) je za nadměrné požívání alkoholu považováno množství 60 g na den. Pro lepší představu jde asi o 0,5 l vína s 12 % alkoholu. Zde je zvýšené riziko nejen hemoragické, ale i ischemické CMP. Za zásadní příčinu je považováno zvýšení krevního tlaku (Václavík, 2013). Je známé tvrzení o červeném víně, které je spojováno s nízkými riziky cévní mozkové příhody. Pokud bychom toto tvrzení měli vyjádřit v číslech, jde o 12 – 24 g na den. Riziko cévní mozkové příhody se snižuje o 28 % (Václavík, 2013).

Pokud bychom měli hovořit o dalších rizikových faktorech, mezi ty, které vyžadují důraz, patří snížená fyzická aktivita, nevhodné stravování a zvýšená tělesná váha (Václavík, 2013). S tělesnou váhou je spojen BMI (body mass index). Při vyšších hodnotách než je 25, je zvýšené riziko cévní mozkové příhody. Pokud se tato skutečnost spojí s hypertenzí a diabetem mellitem, je riziko vzniku cévní mozkové příhody výrazně zvýšené (Václavík, 2013). Nevhodná strava navazující na zvýšenou hmotnost těla spolu s nedostatečnou fyzickou aktivitou společně tvoří významný rizikový faktor (Cífková, 2010). Podle Cífkové (2010)

a Václavíka (2013) je vhodné do denního režimu zařadit pravidelnou fyzickou aktivitu, která snižuje riziko cévní mozkové příhody o 20 – 30 %. Doporučuje pravidelnou tělesnou aktivitu 2 – 5 hodin týdně. Některé moderní studie uvádějí, že při omezení příjmu potravy na množství k udržení normální tělesné hmotnosti, a zvýšené konzumaci zeleniny a ovoce (5 kusů/den) a zařazení ryb do stravy (alespoň 1 porce/ měsíčně) v jídelníčku, snižují výskyt cévní mozkové příhody (Václavík, 2013). Celozrnné potraviny při vyšší konzumaci jsou spojovány se sníženým výskytem kardiovaskulárních onemocnění (Václavík, 2013). Václavík (2013) uvádí nenahraditelnost vitamínu D v potravě. Při farmakologické substituci se riziko cévní mozkové příhody nesnižuje, ale naopak ve vyšších dávkách se může toto riziko zvyšovat. Kyselina listová snižuje hladinu homocysteinu, a díky tomu může snižovat vznik cévní mozkové příhody až o 18 % (Václavík, 2013).

3.1 Sestra v edukaci rodiny pacienta po cévní mozkové příhodě

Ošetřující personál by si měl neustále uvědomovat fakt, že nejen pacient potřebuje podporu v průběhu hospitalizace, ale i rodina potřebuje pomoci v tomto období (Mastiliaková, 2003). Obzvláště důležitým prvkem je podpora rodiny a pečujících o pacienty po cévní mozkové příhodě. Ústřední roli v této situaci hraje sestra, která se stará o pacienta (Clare, 2018). Podle Mastiliakové (2003) by sestra měla při dobré ošetrovatelské péči komplexně zhodnotit i rodinu pacienta, aby jim byla oporou v této situaci. Sestra zde může zmapovat chování, pocity a aktivity příbuzných. Onemocnění a hospitalizace porušuje celistvou strukturu rodiny. Proto pro blízké může být toto období velmi těžko zvladatelné (Mastiliaková, 2003). Při edukaci rodiny dává sestra možnost rodině zapojit se do péče o nemocného. Edukace se nejčastěji týká návštěv pacienta, přinesením osobních věcí, domácí jídlo (Mastiliaková, 2003). Spolupráce s rodinou pacienta je klíčová pro efektivní ošetrovatelskou péči. Může to vést k rychlejšímu návratu do domácího prostředí. Cílem edukace je navození správného postoje a zapojení se do celého léčebného i ošetrovatelského procesu (Mastiliaková, 2003). Základním kritériem je dostatečná informovanost rodiny, aktivní přístup k nemocnému, dodržení léčebného režimu, správné provádění nácviku soběstačnosti a komunikace (Králičková, 2007). Sestra musí zhodnotit celou řadu kritérií, nikdy však nesmí opomíjet potřeby a přání nemocného (Králičková, 2007).

Sestra – edukátorka příbuzným předává informace a snaží se je učit takovým dovednostem, které jsou důležité pro navrácení soběstačnosti pacienta po cévní mozkové příhodě. Informace nikdy nenarizuje, nevnucuje, pouze je nabízí (Plevová, 2011). Adekvátní instruktáž je důležitá pro dobrou spolupráci mezi sestrou a rodinou pacienta. Oblasti, na které se edukace pacienta po cévní mozkové příhodě soustředí, jsou rehabilitace a komunikace (Plevová, 2011). Edukace probíhá od lehkých úkolů k těm těžším, sestra tak poskytuje informace o ošetrovacích pomůckách, kompenzačních pomůckách, zásadách rehabilitace a komunikačních metodách (Lepšíková, 2007, Jelínková et al., 2009). Účast rodiny v ošetrovatelské péči má pozitivní vliv na psychiku nemocného. Pokud je pacient zasažen cévní mozkovou příhodou, je ohrožen vysokým rizikem kognitivních poruch (úzkost, deprese). Pokud je rodina přítomná v ošetrovatelském procesu, přispívá to k lepším výsledkům léčby (Mpsy, 2018).

3.2 Edukace rodiny v oblasti uspokojení potřeb pacienta po cévní mozkové příhodě

Edukace rodiny je cíleně zaměřená na rehabilitaci, přesuny a změnu polohy pacienta (WHO, 2004). Podle amerických studií je zřejmé, že se zlepšení fyzických funkcí dostává pacientům v domácí péči více, než pacientům s domácí ošetrovatelskou péčí (LEE, 2017). První oblast pomoci je dostat pacienta do sedu s nohama svěšenými z lůžka. Člověk, jenž napomáhá nemocnému, otočí pacienta na bok, pacient skrčí kolena samostatně nebo s mírnou pomocí, pomáhající osoba chytí pacienta za rameno, které se dotýká podložky, zároveň pak uchopí pacienta pod kolena (WHO, 2004). Pomáhající zvedá současně trup pacienta a posouvá nohy dolů z lůžka. Důležitým bodem sedu je bezpečnost pacienta (WHO, 2004). Návčik chůze si vyžaduje dostatek klidu a času. Tento návčik provádí fyzioterapeut, který poté zapojí sestru i rodinu. Doprovod pacienta stojí na postižené straně z důvodu větší bezpečnosti. Pro návčik chůze a odlehčení se v praxi využívají chodítka různého typu a hole (WHO, 2004; Vytejková et al., 2011). Oblast soběstačnosti je velice rozsáhlá. Sestra nejprve zdůrazní veškeré zásady, které je vhodné dodržovat. Při komunikaci je nutné přistupovat k pacientovi z postižené strany. Základem úspěšné komunikace jsou jednoduché a srozumitelné pokyny spojené s názornou ukázkou. Důležité je brát vždy v potaz dostatek času a věnovat se průběžnému opakování (Vytejková et al., 2011). Pro vyšší stupeň soběstačnosti se používají kompenzační pomůcky, se kterými musí umět pacient zacházet (WHO, 2004).

Soběstačnost pacienta po cévní mozkové příhodě s ochrnutou horní končetinou je spojena s používáním kompenzačních pomůcek (talíř se zvýšeným okrajem, hrnek s pítkem nebo brčkem, příbor s větší nebo anatomickou rukojetí). Některé z pomůcek mohou usnadnit úkony, které pacient nezvládá (Vytejková et al., 2011). Problematické oblasti pacienta po cévní mozkové příhodě při příjmu potravy jsou: otevírání, krájení, natírání, loupání ovoce nebo užívání běžného nádobí (Vytejková et al., 2011). Zde je nutné také zdůraznit, že pacient po cévní mozkové příhodě může mít problémy s polykáním, tudíž s vyváženým příjmem živin, vitamínů a minerálů (Vytejková et al., 2011). Pokud má pacient poruchu polykání, je možné podávat výživu enterálně nebo sondou přímo do žaludku. Pokud má pacient částečnou poruchu polykání, kde mu dělá problém tekutá strava, používají se různá zahuš'ovadla. V případě, že je problémem tuhá strava, podává se strava mletá nebo mixovaná (Vytejková et al., 2004). O poruchách polykání u pacientů po cévní mozkové příhodě nás informuje GUSS test (Gugging Swallowing Screen), (Solná et al., 2015).

Při uspokojování potřeby vyprazdňování sestra poučí rodinu o péči o permanentní močový katétr, o možnosti využití močové láhve, podložní mísy, mobilního WC. Pokud je pacient inkontinentní, využívají se vhodné pleny nebo natahovací kalhotky (Vytejková et al., 2011). Pro pohodlnější vyprazdňování se musí dodržet zásady, které se týkají dostatku soukromí, pohodlí, a především týkající se ochrany studu (Vytejková et al., 2011). Pro pocit bezpečí pacienta by toalety měly být vybaveny madly, signalizačním zařízením a v lepším případě i vyvýšené WC (Vytejková et al., 2011).

Vytejková et al., (2011) uvádí potřebu čistoty, jako jednu ze základních potřeb člověka. Hygienické návyky jsou u každého jedince zcela individuální. Je zřejmé, že čistota vede k lepšímu duševnímu pohodlí. V oblasti hygienické péče sestra poučí rodinu o zásadách hygieny a o rituálu pravidelné hygieny. S ohledem na měnící se stav pacienta, se mění i pravidla a možnosti hygienické péče (Vytejková et al., 2011). Základem hygienické péče je odstranění nečistoty, zápachu. Svůj preventivní charakter si nese i v prevenci imobilizačního syndromu, dále vede k mobilizaci pacienta. Nezastupitelnou prevencí má i oblast prevence opruzenin, dekubitu a vzniku infekce (Vytejková et al., 2011). Vytejková et al., (2011) zahrnuje do komplexní hygienické péče mytí vlasů a jejich česání, holení vousů, stříhání nehtů, péče o dutinu ústní, nosní, mytí rukou, hygienu po vyprázdnění moče a stolice, péče o osobní a ložní prádlo, péče o opruzeniny a dekubity, ranní a večerní hygienu.

Jestliže chceme mluvit o komplexní péči o pacienta s cévní mozkovou příhodou, nesmíme zapomenout na péči o psychiku nemocného. Většina pacientů po cévní mozkové příhodě propadá pocitu apatie, nezájmu, deprese, smutku, podrážděnosti, vznětlivosti, strachu ze sociální izolace, celkové únavě a poruchám spánku (Feigin 2007). Díky vzájemné spolupráci ošetrovatelského týmu, rodiny a nejbližších známých pomáháme překlenout nejtěžší období po prodělané příhodě. Je dobré, aby rodina věděla, že nemocní jsou v této fázi velice zranitelní, citliví a plní emocí (Feigin, 2007). Časté návštěvy rodiny pacienta u jeho lůžka a zapojení se do péče o něj, v něm vyvolávají pocity důležitosti a bezpečí. Rodina tak napomáhá k rychlejšímu navrácení do běžného života a domácího prostředí (Feigin, 2007). Podle Feigina (2007) je pro pacienta důležité najít svoji identitu a vědět, že neztratil svoji důstojnost a společenské postavení. Pokud se u pacienta objeví těžší psychické potíže, je nutné vyhledat pomoc psychologa nebo psychiatra, zapojit pacienta do skupinových terapií.

3.3 Organizace pomáhající v problematice cévní mozkové příhody

Sdružení CMP je určené pro všechny, které toto onemocnění postihlo. Sdružení je zaměřeno na rehabilitaci pacientů po cévních mozkových příhodách. Jde o dobrovolné sdružení občanů a právnických osob, kteří mají zájem podílet se na zlepšování péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou anebo ty, kteří jsou vznikem této choroby ohroženi. Sdružení bylo založeno 3. 5. 1990 (Pešková, 2020). Jejich základním cílem je zlepšování péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou a o ty, kteří jsou ohroženi jejím vznikem anebo o ty, jejichž příznaky připomínají poškození cévní mozkovou příhodou (Pešková, 2020). Pešková (2020) uvádí, že cílem sdružení: zřizování center a klubů pro nemocné s cévní mozkovou příhodou. Zajišťuje poradenství v oblasti sociální, právní a ekonomické pro nemocné a jejich rodiny, pořádá odborné přednáškové konzultace, kulturní akce, výukové akce pro nemocné a jejich rodiny, zajišťuje vydávání tiskovin a publikací s tematikou cévní mozkové příhody, obhájí zájmy nemocných, podílí se na přípravě právních předpisů a jejich připomínkování, organizuje rekondiční pobyty pro své členy a jejich rodiny a poskytuje sociální služby (Pešková, 2020).

Společnost ICTUS o.p.s. byla založena v roce 2007, aby pomáhala lidem po mozkové mrtvici při návratu do běžného a plnohodnotného života (Dohnálek, 2020). Dohnálek (2020) říká, že se snaží pacientům a jejich rodinám vysvětlit, že situace, ve které se právě nacházejí, není tak beznadějná, jak se právě zdá. Jako jednu z výhod uvádí, že může sám na sobě ukázat, jak to funguje. Lze tedy říci, že společnost pomáhá pacientům po cévní mozkové příhodě při návratu do běžného života. Tato společnost vytvořila desatero pro osoby s iktem (Dohnálek, 2020).

4 Cíl práce a výzkumné otázky

4.1 Cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce je popsat nefarmakologické postupy cévní mozkové příhody.

4.2 Výzkumné otázky

1. Jaká je role sestry v edukaci o nefarmakologických postupech u pacienta s cévní mozkovou příhodou?
2. Jaké edukační formy a metody využívají sestry v edukaci nemocných po cévní mozkové příhodě?

4.3 Operacionalizace pojmů

4.3.1 Edukace

Pojem edukace byl vytvořen z latinského slova *educare*, *educare*, jenž má znamenat vychovávat, vést vpřed. Jde o proces soustavného ovlivňování chování i jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, dovednostech, postojích a návycích (Juřeníková, 2010). Dále Juřeníková (2010) popisuje podstatu edukace jako celoživotní rozvoj osobnosti člověka působením formálního a neformálního prostředí (zdravotnická zařízení, rodina, přátelé).

4.3.2 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda je onemocnění cévního původu, díky rychlému rozvoji celkových či ložiskových příznaků poruchy cerebrální funkce (Bauer, 2010). Seidl (2008) říká, že se jedná o náhle vzniklé klinické příznaky, poruchy mozkové funkce, které mohou trvat déle než jeden den, bez jiné než vaskulární příčiny.

4.3.3 Role sestry

Bez kontaktu s pacientem by nemohla probíhat kvalitní ošetrovatelská péče. Základem kvalitní ošetrovatelské péče je důvěra, porozumění a spolupráce. Role sestry při každodenním kontaktu zahrnuje produktivní chování (Zacharová et al., 2007).

5 Metodika

5.1 Metodika kvalitativního výzkumu

S ohledem na stanovený cíl diplomové práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Metoda kvalitativního výzkumu probíhá v autentickém prostředí. Informace jsou získávány hlubším kontaktem, což vede k získání detailních informací a celkově komplexní charakter o zkoumaném tématu (Reichel, 2009).

Vzorkování v kvalitativním výzkumu má zpravidla jiný charakter než ve výzkumu kvantitativním. Cílem není, aby reprezentoval určitou populaci, ale určitý problém (Švaříček, Šed'ová et al., 2014). Není konstruován náhodně, ale teoreticky – záměrně jej tvoříme s ohledem na náš problém. Znamená to tedy, že výběr případů odvozujeme od toho, jak je definován náš výzkum a výzkumné otázky (Švaříček, Šed'ová et al., 2014). V kvalitativním výzkumu je využívána metoda graduální konstrukce vzorku. To znamená, že vzorek není vytvořen v jednom momentě, ale je tvořen v průběhu sběru dat a jejich analýzy. Vzorkování je ukončeno, jakmile je dosaženo teoretické nasycenosti, což znamená, že nově zahrnované případy nepřinášejí nové poznatky (Strauss, Corbin, 1999). V problematice sestavování vzorku existují jistá omezení. Prvním z nich je skutečnost, že vzorek nějakým způsobem determinujeme. Pokud chceme zkoumat sestry, zajímá nás potom např. délka praxe a pohlaví či věk (Švaříček, Šed'ová et al., 2014). V našem výzkumu byl využit determinant délky praxe a pohlaví. Variantou kompletního sběru dat je případová studie. Jde tedy o to, že je zkoumán jeden předem daný případ, ke kterému se vztahuje výzkumný problém a výzkumné otázky (Švaříček, Šed'ová et al., 2014).

Výzkumné šetření bylo prováděno metodou polostrukturovaného rozhovoru. Metoda polostrukturovaného rozhovoru bývá označována jako částečně řízený rozhovor. Metoda je typická tím, že výzkumník má předem připravený okruh témat/otázek, které během rozhovoru pokládá dotazovanému. Během tohoto typu rozhovoru je možné ověřovat, doptávat se, správného pochopení (Reichel, 2008). Metoda dotazování je vnímána jako pozitivní z hlediska návratnosti. Je zřejmé, že je více dokončených rozhovorů, v porovnání s návratností dotazníků (Disman, 2002).

Rozhovor byl vytvořen s ohledem na výzkumný vzorek, který tvoří nelékařští pracovníci z neurologického oddělení okresní nemocnice v Kraji Vysočina, kteří se starají o pacienty po cévní mozkové příhodě. Rozhovor obsahoval 15 otázek, které byly předem připraveny. V příloze číslo 2 je k nahlédnutí seznam otázek, které byly použity pro rozhovor. Otázky lze rozdělit do dvou oblastí. V první oblasti se spíše zabýváme tématem edukace pacienta po cévní mozkové příhodě a nefarmakologickým postupům cévní mozkové příhody, druhá část se zabývá problematikou kontinuity péče.

Rozhovory s pracovníky neurologického oddělení probíhaly v klidném, ničím nerušeném prostředí, pracovníci odpovídali velice vstřícně a byli ochotni se nad danou problematikou zamýšlet. Nevýhoda polostrukturovaného rozhovoru je vnímána v riziku odchýlení se od struktury rozhovoru ze strany tázaného a v obtížnějším zpracovávání dat (Miovský, 2006).

5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl záměrný. Kritériem pro vstup do studie byla dobrovolnost. Byli osloveni pracovníci zařízení, všeobecné sestry pracující na neurologickém oddělení, čili sestry, které poskytují přímou ošetrovatelskou péči nemocným po cévní mozkové příhodě. Touto metodou jsou záměrně výzkumníkem vybíráni účastníci kvalitativního výzkumu, podle určitého kritéria, což může být určitá vlastnost nebo postoj (Miovský, 2006). Účastník výzkumu je pro výzkum vhodný tehdy, pokud splňuje kritéria výzkumu a ochotu účastnit se (Miovský, 2006). Za vytvořený výzkumný vzorek je považován stav, kdy je dosaženo plného nasycení (Disman, 2002).

Výzkumný vzorek této diplomové práce je tvořen nelékařskými pracovníky (sestry), kteří se starají o pacienty po cévní mozkové příhodě na neurologickém oddělení okresní nemocnice v Kraji Vysočina. Jedná se tedy o jeden výzkumný soubor, který je tvořen sestrami pečujícími o pacienty po cévní mozkové příhodě. Účastníci výzkumného souboru byli vybíráni podle délky praxe, která musela být delší než jeden rok na neurologickém oddělení a podle toho, zda byli ochotni zapojit se do výzkumného šetření. Celkem byl rozhovor proveden s 12 nelékařskými pracovníky (výzkumný vzorek tvořily pouze sestry). Základní údaje o dotazovaných jsou uvedeny v tabulce 1. Každému dotazovanému bylo přiděleno číslo, které má usnadnit orientaci ve výzkumu.

Tabulka 1: Výzkumný vzorek nelékařských pracovníků

Nelékařský pracovník	Pohlaví	Délka praxe na neurologickém oddělení (v letech)
NP1	Žena	2
NP2	Žena	13
NP3	Žena	11
NP4	Žena	5
NP5	Žena	15
NP6	Žena	16
NP7	Žena	8
NP8	Žena	1,5
NP9	Žena	5
NP10	Žena	9
NP11	Žena	Více než 15
NP12	muž	5

Zdroj: Vlastní výzkum

5.3 Popis neurologického oddělení okresní nemocnice v Kraji Vysočina

Neurologické oddělení poskytuje péči o nemocné s neurologickým onemocněním od roku 1963. V roce 2011 bylo oddělení přestěhováno do nově zrekonstruovaného pavilonu interních oborů. Od té doby neurologické oddělení disponuje 30 lůžky určenými pro standardní oddělení a 4 lůžky intenzivní péče v rámci multioborové jednotky intenzivní péče. Od 1. května 2012 získalo neurologické oddělení statut **iktového centra**. Jedná se o druhé takové centrum v Kraji Vysočina.

Od doby, kdy byl získán statut iktového centra, podává se indikovaným pacientům s ischemickou cévní mozkovou příhodou IVT (intravenózní trombolýza). Pacienti po IVT jsou monitorováni na jednotce intenzivní péče. Po odeznění akutní fáze cévní mozkové příhody, jsou přeloženi na standardní neurologické oddělení. Pokud jsou pacienti indikováni k rehabilitaci, a mají zájem o rehabilitační lůžko, tak mají možnost v rámci iktového centra být přeloženi na rehabilitační lůžko, mají možnost zde pobýt po dobu 14 dní. Po ukončení čtrnáctidenního pobytu na rehabilitačním lůžku jsou pacienti překládáni do rehabilitačního ústavu (nejčastěji Luže Košumberk). Pokud to stav pacienta dovolí a rodina souhlasí, jsou propuštěni do domácí péče.

Již v akutní fázi onemocnění se začíná s rehabilitací pacienta v rámci multioborového týmu. Na péči se podílejí (všeobecné sestry, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped a ošetrovatelský personál, lékař). Iktové centrum disponuje moderními rehabilitačními prostředky, jako je motomed, vertikalizační stůl, hydraulické chodítko, zebris, ergoterapeutické pomůcky, plošina pro nácvik chůze do schodů a další. Pacienti s lehkým deficitem mohou navštěvovat bazén. Nově se v iktovém centru používají vakuové dlahy, které zabraňují kontrakturám a spasmům. V rámci nefarmakologických postupů cévní mozkové příhody používají se rehabilitační metody podle Bobath koncept, Kabat koncept a metoda sestry Kenny.

V roce 2019 se stalo neurologické oddělení okresní nemocnice v Kraji Vysočina členem organizace Angels. Tato organizace má za cíl dát pacientům druhou šanci k životu po cévní mozkové příhodě. Členové její cíl podporují a snaží se jej dosáhnout.

5.4 Vlastní realizace výzkumu

Rozhovory s nelékařskými pracovníky neurologického oddělení okresní nemocnice v Kraji Vysočina byly prováděny během měsíců února a března 2020 a probíhaly individuálně, bez přítomnosti třetí osoby. Ze zájmu o dotazované pracovníky byla vytvořena při rozhovoru přátelská atmosféra, pocit bezpečí, důvěry a vstřícnosti. Z celkového pohledu bylo cílem vytvořit takové prostředí, aby se dotazovaný cítil příjemně, pocíťoval jistotu anonymity a podával pravdivé informace. Veškerá setkání, při kterých byl prováděn rozhovor, byla předem dohodnuta. Všechny rozhovory probíhaly v rámci neurologického oddělení nemocnice, okresní nemocnice v Kraji Vysočina, v prostorách, kde nebyl rozhovor ničím rušen. Dotazovaným byl představen zpracovatel rozhovoru. Všichni byli seznámeni s cílem diplomové práce. Před samotným dotazováním byli všichni ujištěni o anonymitě. Rozhovory byly nahrávány se souhlasem dotazovaných. Po zpracování výsledků byly uloženy v archivu autora. Délka rozhovoru trvala přibližně 20 minut, někdy i déle. Podle Miovského (2006) musí tazatel umět zvládnout slovník dotazovaného (slang, požitou terminologii).

Aby došlo k naplnění cíle výzkumu, byli vybráni pracovníci, kteří se s pacienty po cévní mozkové příhodě setkávají téměř denně. V rámci rozhovoru byly pokládány předem připravené otázky. V některých rozhovorech bylo zapotřebí položit doplňující otázky nebo upraveno pořadí otázek podle situace rozhovoru. S pracovníky, kteří byli dotazováni, se pracovalo dobře, byli ochotni strávit svůj čas a k dané problematice přistupovali se zájmem.

5.5 Vyhodnocování dat

Informace byly získávány rozhovorem s nelékařskými pracovníky neurologického oddělení. Tyto informace byly nahrávány na diktafon, některé byly zaznamenány písemnou formou, následně byly přepisovány do diplomové práce pomocí doslovné transkripce, aby byla zachována celistvost získaných informací. Hendl (2016) popisuje možnost transkripce dat pomocí čtyř metod: selektivní protokol, shrnující protokol, komentovaná nebo doslovná transkripce. Při přepisování byla vynechána pouze nevýznamová slova (např. no, hm, vlastně). Pro následnou analýzu byla zvolena metoda zachycení vzorců, kdy se vyhledávají opakující se reakce, témata, které jsou spojena s určitým tématem či problémem (Reichel, 2009). Jak uvádí Reichel (2009) výskyt opakujících se částí, je výsledným vzorcem, znamená to různý výklad v obecných případech.

5.6 Etika

Vzdělávání, inovace a výzkum jsou považovány za základní pilíře rozvoje současné společnosti. Důvěra ve vědu je založena na poctivosti a důvěře výzkumných pracovníků (Ptáček et al., 2011). Pro zachování hodnověrnosti vědy je nutné, aby se výzkumníci řídili základními mravními principy (Ptáček et al., 2011). Kutnohorská (2007) říká, že pro výzkum v ošetrovatelství jsou údaje získávány na základě odborných znalostí sestry, porozumění lidskému chování ve zdraví a nemoci. Podle Švaříčka (2014) máme několik základních principů, které je vhodné dodržet při kvalitativním výzkumu, jedná se o: důvěrnost, poučený souhlas, zpřístupnění práce respondentům výzkumu.

Podle Dohnálové (2011) je nutné, aby výzkumník popsal charakteristiku výzkumu respondentovi a ujistil ho o anonymitě. Dále je nutné uvést podle Dohnálové (2011) pokud výzkumník slíbil předání výsledků výzkumu, musí umožnit zpřístupnění výsledků vhodnou formou.

Respondenti jsou v **tabulce 2** označeni číslem, aby byla zachována anonymita, s ohledem na etiku výzkumu. Při doslovné transkripci jsou označování pomocí písmen NP (nelékařský pracovník) a číslem, které jim bylo přiděleno, jsou označeni mužským rodem. Veškeré nahrávky a poznámky rozhovorů jsou uloženy v archivu autora diplomové práce.

6 Výsledky

Kategorie - Délka praxe

Tabulka 2: Pohlaví pracovníků a délka jejich praxe

Nelékařský pracovník	Pohlaví	Délka praxe na neurologickém oddělení (v letech)
NP1	Žena	2
NP2	Žena	13
NP3	Žena	11
NP4	Žena	5
NP5	Žena	15
NP6	Žena	16
NP7	Žena	8
NP8	Žena	1,5
NP9	Žena	5
NP10	Žena	9
NP11	Žena	Více než 15
NP12	Muž	5

Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie - Edukační role

Podkategorie: a) Učení se;

Podkategorie: b) Vysvětlení;

Podkategorie: c) Poradit;

Podkategorie: d) Vyhovět potřebám;

Podkategorie: e) Získávání informací;

Podkategorie: f) Osvojování.

Při rozhovoru jsme se nejprve zajímali, zda nelékařští pracovníci znají pojem edukace a zda ví, jakou roli při edukaci zastupují. Domnívám se, že edukace je jednou z důležitých oblastí, která by neměla při ošetrovatelské péči chybět. Dotazovaní odpovídali následovně: NP 1: „*Vím, jakou roli zastupuji. **Edukace je učení se, při edukaci jsem empatická a snažím se vysvětlovat.***“ NP 2: „*Ano vím, **edukaci vnímám jako učení, snažím se vždy poradit a vysvětlit.***“ NP 3: „*Ano, vím, co je edukace, snažím se **vyhovět potřebám** pacienta.“ Někteří, z dotazovaných, pojem znali, ale jejich odpověď byla stručná. NP 4: „*Ano vím, **edukace je učení.***“ NP 5: „*Ano, edukace je proces **získávání informací a upevňování dovedností.***“ NP 6: „*Ano, zastupuje velice důležitou úlohu, vnímám ji jako důležitou pro pacienta i jeho rodinu.*“ NP 7: „*Pojem jsem slyšela, **vysvětluji** rodině jak krmit, umývat, polohovat nemocného.*“ NP 8: „*Ano, edukace je **proces učení.***“ Naopak, někteří z dotazovaných pojem edukace někdy během své praxe slyšeli, ale nedokázali přesně charakterizovat, co pojem znamená. V takových případech jsem se snažil pojem, alespoň trochu objasnit. Domnívám se, že pokud nelékařský pracovník nedokáže pojem edukace charakterizovat, z jeho strany k edukaci nedochází. NP 9: „*O pojmu slyšela, ale přesně nevím.*“ Z následující odpovědi vyplývá, že pojem edukace dotazovaný zná, ale raději se edukaci vyhýbá, např. z důvodu předávání neúplných informací. NP 10: „*Ano, vím co je to **edukace**, ale pokud je to možné, ráda toto přenechám jiným kolegům.*“ NP 11: „*Ano, **edukace je učení**, roli v edukaci pacienta zastupuji minimální.*“ NP 12: „*Ano, **edukace je proces učení, osvojování informací a dovedností, rád edukuji. Při edukaci jsem rád za zpětnou vazbu od pacienta a jeho rodiny.***“ Mezi dotazovanými jsou i tací, kteří edukaci provádějí rádi, jako například NP 12.*

Kategorie - Nefarmakologický postup – náplň

Podkategorie: a) Ošetrovatelské činnosti;

Podkategorie: b) Rehabilitace;

Podkategorie: c) Bazální stimulace;

Podkategorie: d) Motivace.

Za další důležitý pojem celé práce jsou považovány nefarmakologické postupy léčby cévní mozkové příhody, ke které směřovala následující otázka a odpovědi nelékařských pracovníků. K nefarmakologickým postupům řadíme všechny ty, které jsou prováděny bez přítomnosti farmak nebo invazivních metod. Následující odpovědi se vztahují k nefarmakologickým postupům cévní mozkové příhody. NP 1: „*Ano, dokážu pacienta poučit.*“ Do nefarmakologických postupů řadí **ošetrovatelské činnosti a rehabilitaci**. NP 2: „*Ano, umím pacienta poučit. Za nefarmakologické postupy považuji **komunikaci a ošetrovatelskou péči, bazální stimulaci**.*“ NP 3: „*Ano, dokážu pacienta poučit, myslím si, že mám pacienta informovat o tom, co s ním právě dělám. Do těchto postupů řadím **rehabilitaci a ošetrovatelskou péči**.*“ NP 4: „*Ano, pacienta seznamuji s dostatečnou hydratací, **rehabilitací, polohováním**.*“ NP 5: „*Ano, pacienta informuji o **celkové ošetrovatelské péči o rehabilitaci**. V rámci toho se snažím pacienta **motivovat ke spolupráci**.*“ Jednou z nejrozsáhlejších odpovědí je odpověď od NP 6, který velice rozsáhle a jasně popsal práci sestry od přijetí pacienta až po stabilizaci jeho stavu a rehabilitaci. NP 6: „*Ano, když to vezmeme od začátku, nefarmakologické postupy prováděné sestrou začínají hned při příjezdu záchranné služby. Sestra zajistí vstupy, měří vitální funkce. Dále sestra na urgentním příjmu provádí odběry a nutnou péči o pacienta v akutním stavu a asistuje u lékařského vyšetření. Při příjmu pacienta na JIP sestra hodnotí u pacienta soběstačnost dle Barthel test, riziko pádu, asistuje při zavádění nosogastrické sondy, časný začátek rehabilitace. Časný začátek **rehabilitace** je prevencí kontraktur a spasticky. V rámci nefarmakologických postupů informuji pacienta o ovlivnitelných rizikových faktorech cévní mozkové příhody.*“ Jedním z nelékařských pracovníků, který neznal pojem nefarmakologické postupy, byl NP 7. Po vysvětlení a rozhovoru odpověděl následovně.

NP 7: „*Ne pojem neznám, jedná se o určité činnosti prováděné při ošetrovatelské péči a rehabilitaci.*“ NP 8: „*Ano, za nefarmakologické postupy považuji režimová opatření, jako je absence kouření, zdravé stravování, pohyb, dodržování medikace, rehabilitace a péče o potřeby nemocného.*“ V odpovědi NP 8 zaznělo i to, že k nefarmakologickým postupům řadíme i režimová opatření, která se týkají zdravého životního stylu. Následující dva nelékařští pracovníci nedokázali pojem nefarmakologické postupy charakterizovat. NP 9: „*Ne nedokážu vysvětlit, nevím, jak bych tento pojem objasnil.*“ NP 10: „*Ne s tímto pojmem jsem se nasetkal, nedokážu ho vysvětlit.*“ NP 11: „*Ano, dokážu seznámit se nefarmakologickými postupy, patří sem rehabilitace, logopedie, ergoterapie, ošetrovatelské činnosti.*“ NP 12: „*Ano, mezi nefarmakologické postupy řadíme ošetrovatelskou péči, rehabilitaci, logopedii, ergoterapii, péče o psychiku nemocného a péče o rodinu.*“

Z odpovědí nelékařských pracovníků vychází, že mezi nefarmakologické postupy řadí rehabilitaci, ošetrovatelskou péči a motivaci pacienta. Jak již bylo uvedeno, jeden z nich k nefarmakologickým postupům řadí i dodržování zdravého životního stylu (absence kouření, užívání alkoholu aj.).

Kategorie - Multidisciplinární spolupráce

Podkategorie: a) Problém v komunikaci;

Podkategorie: b) Nedostatek času;

Podkategorie: c) Složení pracovního týmu.

Aby docházelo k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a uspokojování potřeb pacienta, musí ošetrovatelský tým navzájem spolupracovat. Návaznost péče a spolupráce jednotlivých pracovníků je klíčová v ošetrovatelském procesu. Kvalitně odvedená práce je přínosem nejen pro pacienta samotného, ale radost z dobře odvedené práce a vidina zlepšujícího se stavu a spokojenost pacienta i jeho rodiny je odměnou i pro samotné pracovníky poskytující ošetrovatelskou péči. Z následujících odpovědí je vidět jak pracovníci účastníci se procesu péče o pacienta po cévní mozkové příhodě hodnotí svoji spolupráci jako multidisciplinárního týmu. Ke své odpovědi mohli použít známkování, jako ve škole kdy, 1 byla nejlepší možná

spolupráce a 5 nejhorší. K ujasnění hodnocení mohli využít i slovní charakteristiku. Ve většině případů se vykytovalo kladné hodnocení. Nejhorší objevující se známka je za 3. Touto známkou hodnotili čtyři z dvanácti dotazovaných, a to NP 4, NP 8, NP 11 a NP 12. Odpovědi dotazovaných zní následovně: NP 1: „*Hodnotím známkou 2, protože si myslím, že pracovníci spolu spolupracují, ale záleží jak kdo, občas vážne komunikace.*“ Mezi prvními z dotazovaných byl i nelékařský pracovník, který nechtěl svoji odpověď rozvíjet. NP 2: „*Myslím si, že známka 2 je adekvátní, dále nevím, jak bych slovně charakterizoval.*“ NP 3: „*Hodnotím na 1, myslím si, že hodnocení musí být kladné, ale nelíbí se mi, že při větším pracovním nasazení **panuje nervozita mezi pracovníky.***“ V odpovědích dotazovaných odborníků se vyskytují nejen kladná hodnocení, ale občas se objeví i kritika. Tak, jak je vidět v následující odpovědi. NP 4: „*Ohodnotím známkou 3, spolupráce je dobrá, ale myslím si, že je zde **problém v komunikaci** mezi sestrou a fyzioterapeutem.*“ NP 5: „*Známka 2 je, myslím vhodná, protože pracovníci spolu spolupracují, ale **záleží na složení pracovního týmu.***“ Jak je vidět z následujících odpovědí, není problém jen v komunikaci, ale i v návaznosti spolupráce. NP 6: „*Hodnotím 2, myslím si, že velkým faktorem je málo času, nedostatek pomůcek. Vidím spolupráci pracovníků, ale samozřejmě je zde i to, že na oddělení máme i jiné pacienty než po cévní mozkové příhodě. Měla by být větší **návaznost spolupráce** mezi fyzioterapeuty a sestrami.*“ Mezi dotazovanými se objevovaly i kladné odpovědi, kde dotazovaní nemají co vytknout a jsou s prací týmu spokojeni. NP 7: „*Hodnotím 1, líbí se mi spolupráce mezi sestrami a rehabilitačními pracovníky.*“ NP 8: „*Ohodnotím známkou 3, protože myslím si, že nespupracují, **každý jede po své linii** a nezajímá se o práci druhého.*“ NP 9: „*Spolupráce dobrá, **vážne komunikace**, proto hodnotím známkou 2.*“ Jednou z dalších kladných odpovědí byla ta od NP 10: „*Hodnotím známkou 1, spolupráce je na dobré úrovni, občas **vážne komunikace.***“ NP 11: „*Známka 3 je vhodná, zvládají spolupráci, občas hraje roli **nedostatek času** a odrazí se to na ošetrovatelské péči.*“ NP 12: „*Hodnotím 3, spolupráce je dobrá, ale **jak který pracovník.** Někdy hrají při práci roli faktory (rutinní přístup, u některých stereotyp, **nedostatek času**).*“

Jako nejčastější problém nespupráce vidí dotazovaní pracovníci špatnou komunikaci, která má negativní dopad na celkovou péči. Další z negativních faktorů je nedostatek času a malá saturace pracovníků na pracovišti. NP 5 ve své odpovědi uvádí: „*Pracovníci spolu spolupracují, ale záleží na složení pracovního týmu.*“ Upozorňuje tím na to, že i sestavení pracovníků do služby má jistý dopad na poskytovanou péči.

Kategorie - Návrat do běžného života

Podkategorie: a) Nápomoc;

Podkategorie: b) Vnímání;

Podkategorie: c) Prožívání;

Podkategorie: d) Motivace;

Podkategorie: e) Přispět.

Cílem každého pracovníka by mělo být nějakým způsobem přispívat k péči o pacienta a k jeho navrácení do běžného života nebo alespoň do takového stavu, který by pacientovi umožnil být v domácím prostředí a nebýt zcela odkázán na pomoci druhé osoby. Tato skutečnost není vždy zcela možná s ohledem na poškození centrální nervové soustavy. I pohlazení se dá považovat za přínosné v celkovém stavu pacienta. Všichni z dotazovaných jsou si vědomi své důležitosti v ošetrovatelském procesu u pacienta po cévní mozkové příhodě. NP 1: „Myslím si, že **napomáhám** pacientovi k navrácení do života, mohu hodně ovlivnit jeho **vnímání a prožívání**. Snažím se věnovat pacientům jak po psychické, tak fyzické stránce.“ NP 2: „Myslím si, že moje péče **přispívá** ke zlepšení stavu pacienta, snažím se ho **motivovat** v oblasti sebepéče. Myslím si, že v minulosti jsme mívali větší prostor pro komunikaci s pacientem a bylo více času.“ NP 3: „Určitě **přispívám** k navrácení pacienta do života.“ NP 4: „Doufám, že ano, **přispívám**, snažím se plnit ordinace lékaře.“ Někteří dotazovaní nelékařští pracovníci nevěří tomu, že i jejich práce může pomoci k navrácení ke kvalitnímu životu pacienta. NP 5: „Myslím si, že moje péče **přispívá** k navrácení pacienta do běžného života, snažím se pacienty **chválit a motivovat**.“ NP 6: „Myslím si, že **přispívám**. Je zde důležitá resocializace pacienta a navrácení se do pracovního života. Samozřejmě záleží na neurologickém deficitu pacienta.“ NP 7: „Moje péče určitě **přispívá**, přispívám péčí o psychiku, fyzická pomoc při polohování a posazování, snažím se i **duševně podpořit pacienta**.“

Uvedená odpověď NP 7 obsahuje i duševní podporu, která je nedílnou součástí péči o pacienta. NP 8: „*Ano, snažím se ho naučit dovednosti každodenního života. Snažím se mu předat informace o mozkové příhodě, které potřebuje.*“ NP 9: „*Určitě dokážu povzbudit pacienta, aby se mobilizoval. Pokud je depresivní, snažím se s ním komunikovat a pomáhat mu.*“ Mnohdy i pouhý úsměv může vést k určitému zlepšení, dáváme tím pacientovi najevo, že nám na něm záleží. NP 10: „*Přispívám úsměvem a dobrým slovem, motivuji ho k sebedeči.*“ NP 11: „*Myslím si, že přispívám zčásti.*“ NP 12: „*Snažím se přispívat maximálně, snažím se komunikovat, pomoci, poradit a uspokojit potřeby nemocného. Pokud vím, že pacient má nějaký požadavek, ale vím, že to není příliš vhodné, s ohledem na řád oddělení, jsem ochoten mu pomoci (příklad jedna pacientek vyžadovala přinést pejska).*“

Kategorie - Prostředky rehabilitace

Podkategorie: a) Motomed;

Podkategorie: b) Vertikalizační stůl;

Podkategorie: c) Polohovací pomůcky.

Pro usnadnění rehabilitace a větší efektivitu ošetrovatelské péče se využívá celá řada pomůcek, které vedou k usnadnění péče o pacienta a ke zkvalitnění poskytované rehabilitační péče. Proto byla do otázek zahrnuta i jedna týkající se prostředků určených k rehabilitaci. Všichni z dotazovaných věděli, o které prostředky a pomůcky se jedná. Ve svých odpovědích se většina z nich shoduje. NP 1: „*Ano, zebri, motomed, polohovací pomůcky, bazén.*“ NP 2: „*Ano, motomed, vertikalizační stůl, polohovací pomůcky.*“ Vertikalizační stůl (Robotický polohovací stůl Erigo®) slouží k postupné vertikalizaci pacienta po cévní mozkové příhodě. Pacient je ve vodorovné poloze uložen a připoután ke stolu a mechanicky postupně zvedán až do úplného stoje. NP 3: „*Ano, vertikalizační stůl, motomed, zebri, nácvikové schody.*“ NP 4: „*Ano, motomed, polohovací pomůcky.*“ NP 5: „*Ano, polohovací pomůcky, motomed, vertikalizační stůl.*“ NP 6: „*Ano, nácvikové schody, motomed, vertikalizační stůl, polohovací pomůcky, ergoterapeutické nástroje.*“ Ergoterapeutické nástroje napomáhají pacientovi při příjmu potravy a jsou určeny k procvičování jemné motoriky.

NP 7: „Ano, **motomed**, *nácvikové schody*.“ NP 8 :„Ano, **vertikalizační stůl**, **motomed**, *nácvikové schody*.“ NP 9: „Ano, *bazén*, *nácvikové schody*, **polohovací pomůcky**.“ NP 10 :„Ano, **motomed**, **vertikalizační stůl**, *nácvikové schody*, *zebris*.“ NP 11: „Ano, *zebris*, **polohovací pomůcky**, *ergoterapeutické nástroje*, **motomed**.“ NP 12: *Ano*, **motomed**, *zebris*, **vertikalizační stůl**, *ergoterapeutické nástroje*, **polohovací pomůcky**, *bazén*.“

Kategorie - Nejpoužívanější forma edukace

Podkategorie: a) Názorná ukázka;

Podkategorie: b) Vysvětlování.

Názorná ukázka a vysvětlování je u dotazovaných jednou z nejpoužívanějších metod. **Názorná ukázka** (instruktáž) a praktická cvičení – abychom mohli provádět názornou ukázkou, musíme navázat na předchozí teoretické znalosti pacientů nebo rodiny. Před samotnou praktickou činností je nutné se nejprve seznámit s pracovním postupem (Magurová, 2009). Nejprve bychom měli pomaleji praktickou činnost ukázat společně s pomalejším komentářem a pak ji nechat vyzkoušet námi edukovanou osobu (Magurová, 2009). NP 1: „**Vysvětlování**, **názorná ukázka**.“ NP 2: „**Názorná ukázka**, **vysvětlování**.“ NP 3: „**Názorná ukázka**.“ NP 4: „**Rozhovor**, **názorná ukázka**.“ NP 5: „**Rozhovor**, **názorná ukázka**, **vysvětlování**.“ NP 6: „**Rozhovor**, **názorná ukázka**, **vysvětlování**, **konzultace**.“ NP 7: „**Názorná ukázka**.“ NP 8: „**Rozhovor**, **názorná ukázka**.“ NP 9: „**Vysvětlování**.“ NP 10: „**Vysvětlování**.“ NP 11: „**Vysvětlování**, **názorná ukázka**“. NP 12: „**Názorná ukázka**, **rozhovor**, **konzultace**. *Ty jsou nutné celou edukaci přizpůsobit stavu a kognitivním možnostem pacienta. U pacienta s těžkou kognitivní poruchou je nutné celou edukaci přizpůsobit jeho aktuálnímu stavu.*“

Druhou nejčastější metodou uváděnou dotazovanými pracovníky je vysvětlování. Podle Svěrákové (2012) je vysvětlování metoda, která se nejčastěji používá v situacích, kdy se můžeme opřít o předcházející zkušenosti a znalosti edukanta. Vysvětlováním se snažíme pacientovi objasnit jednotlivé souvislosti tak, aby byl schopen pochopit podstatu problému (Svěráková, 2012). Pro lepší pochopení je vhodnější používat názorné pomůcky, a to fotografie, modely a trenažéry (Magurová, 2009).

Kategorie - Častá oblast edukace

Podkategorie: a) O aplikaci Fraxiparinu;

Podkategorie: b) Výživa;

Podkategorie: c) Sebepečce.

Předchozí otázka se zabývala nejčastější formou edukace. V následující otázce jsme se zabývali nejčastější oblastí edukace. Ve většině odpovědí nelékařští pracovníci uvádějí edukaci o aplikaci Fraxiparinu. Důvodem jejich odpovědi je, že nejčastěji pacienti s lehkou cévní mozkovou příhodou odcházejí do domácí péče s tím, že si budou muset Fraxiparin aplikovat doma sami nebo jim je dávkovat jejich rodinní příslušníci. NP 1: „**O aplikaci Fraxiparinu v domácí péči.**“ NP 2: „**O aplikaci Fraxiparinu v domácí péči, o vertikalizaci a polohování pacienta po cévní mozkové příhodě.**“

Nácvik sebepečce je jednou z důležitých oblastí pro pacienta, aby pacient vůbec zvládl být v domácím prostředí. NP 3: „**Nácvik sebepečce, rehabilitaci, rodinu o stravě a přípravě jídla.**“

Je nutné, jak pacienta, tak rodinu poučit o vhodné stravě, která musí být upravována do různých podob tak, aby byla pro pacienty lehkou stravitelná a nedělala potíže při polykání. Nevhodně připravené jídlo může vést k mnohým komplikacím. NP 4: „**O aplikaci Fraxiparinu,**

o úpravě životosprávy, podle úrovně postižení o úpravě prostředí. NP 5: „**Nejčastější oblastí edukace je nácvik aplikace Fraxiparinu, péče o PMK (permanentní močový katetr), péče o PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie).**“ Pokud pacient odchází do domácí péče s nějakým invazivním vstupem, jako je PEG nebo PMK, je nutné naučit rodinu jak se o takový vstup postarat. U PEG je důležité podat informaci o tom, jaká strava či přípravky jsou určené pro podání do tohoto vstupu. NP 6: „**O následné péči v domácí prostředí, aplikace Fraxiparinu, o možných kompenzačních pomůckách.**“ NP 7: „**O stravě, dostatečný příjem tekutin, polohování, chůze.**“ NP 8: „**Nácvik sebepečce, rady do budoucna.**“ NP 9: „**O aplikaci Fraxiparinu.**“ NP 10: „**Kladu důraz na edukaci v sebepečci.**“ NP 11: „**Nácvik soběstačnosti, hygienická péče.**“ NP 12: „**Důležitou oblastí je péče o výživu, hygienu, vyprazdňování, aplikace Fraxiparinu.**“

Kategorie - Nedostatky a přínosy oddělení

Podkategorie: a) Nedostatek polohovacích pomůcek;

Podkategorie: b) Vyšší počet pracovníků (sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logoped).

Aby byla poskytována kvalitní ošetrovatelská péče, je nutné mít dostatek prostředků, které usnadní péči o pacienta. Následující otázka se orientovala na to, co pracovníkům chybí v jejich zařízení a dále na to, co by viděli jako přínosné v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě. Odpovědi zněly následovně: NP 1: „*Na našem oddělení chybí **polohovací pomůcky**. Jako přínosné a ulehčující práci sester vidím zvedáky určené pro manipulaci. Další přínos by byl **vyšší počet pracovníků**.*“ NP 2: ve své odpovědi uvádí: „*Potýkáme se s nedostatkem **polohovacích pomůcek**. Jako přínosné v péči u pacienta po cévní mozkové příhodě vidím zařazení bazální stimulace.*“ Následujícím dotazovanému v péči o pacienty po cévní mozkové příhodě nic nechybí. NP 3: „*Nic mi nechybí, vše co potřebuji k práci tak mám. Přínosné by bylo, kdybychom měli zvedáky usnadňující manipulaci.*“ NP 4: „*Máme nedostatek personálu, nedostatek fyzioterapeutů, přínosné by bylo mít **vyšší počet sester a fyzioterapeutů**.*“ V následující odpovědi dotazovaný odborník vidí jako nedostatek nepřítomnost logopeda na oddělení. NP 5: „*Chybí mi zde trvalá logopedie. Jako přínos by určitě bylo, kdyby zde byl **logoped trvale přítomný**.*“ NP 6: „*Máme trvalý **nedostatek polohovacích pomůcek**. Přínosné by bylo, kdyby byl **vyšší počet sester, trvalá přítomnost logopeda na oddělení**.*“ NP 7: „*Máme zde **nedostatek polohovacích pomůcek a nedostatek antidekubitních matrací**. Přínosné by bylo mít **vyšší počet pracovníků**.*“ NP 8: „*Chybí zde trvale logoped, přínosné by bylo využívat více koncept bazální stimulace.*“ Podle následující odpovědi ovlivňuje kvalitu péče i nedostatek prádla, kde je zřejmé, že nečisté ložní prádlo může pacientovi přinášet celkové nepohodlí. NP 9 ve své odpovědi uvádí: „*Máme zde velký nedostatek prádla, který se snažíme řešit, ale bez jakéhokoliv výsledku. Dále zde chybí i vhodné omezovací prostředky, které nahrazujeme alternativními možnostmi. Jako přínosné vidím zařazení do péče bazální stimulaci.*“ NP 10: „*Za velký nedostatek vnímám **málo polohovacích pomůcek**. Přínos vidím v zakoupení zvedáku, který usnadňuje manipulaci.*“ NP 11: „*Chybí mi zde **polohovací pomůcky, přínosné by bylo více fyzioterapeutů a více sester**.*“ NP 12: „*Jako nedostatek vnímám absenci ergoterapeutických pomůcek, **nedostatek polohovacích pomůcek**. Přínosné by bylo mít **více ergoterapeutů a vyšší počet sester**. Dále jako přínos vidím větší prostor pro vzdělávání pracovníků.*“

Z uvedených odpovědí lze poukázat na to, co pracovníkům při péči o pacienty po cévní mozkové příhodě chybí. Za největší nedostatek vnímá osm dotazovaných, NP 1, NP 2, NP 6, NP 7, NP 8, NP 10, NP 11 a NP 12, chybějící polohovací pomůcky. Dále NP 8 považuje jako nedostatek nepřítomnost logopeda: „*Logopedka sem dochází jednou až dvakrát týdně, a to mi připadá málo.*“ NP 12 ve své odpovědi poukazuje na nedostatek ergoterapeutických pomůcek: „*Vadí mi, že je zde málo ergoterapeutických pomůcek např. těch, které usnadňují příjem jídla a pití. Rodiny často nevědí, jak takové pomůcky vypadají, a nemohou je tak svým rodinným příslušníkům zakoupit.*“ Dále je zde vidět co by nelékařští pracovníci uvítali. NP 1, NP 3 a NP 10 se shodují v odpovědi, že by uvítali na svém pracovišti, zvedáky, které by jim usnadnily manipulaci s těžkým pacientem po cévní mozkové příhodě. NP1, NP 4, NP 6, NP 7, NP 11 a NP 12 se ve svých odpovědích shodují, za přínosné vidí vyšší počet sester. NP 11 ve své odpovědi dále uvádí, že kromě vyššího počtu sester by uvítal vyšší počet fyzioterapeutů. NP 12 říká, že přínosem by bylo: „*Více ergoterapeutů a sester by bylo výhodou, měli bychom tak více času pro pacienta. Dále bych uvítal větší prostor pro vzdělávání pracovníků.*“ NP 2 a NP 9 považují za přínos více bazální stimulace.“ NP 5 a NP 6 se shodují, že by jako přínos na neurologickém oddělení viděli v trvalé přítomnosti logopeda.

Kategorie - Klady a zápory nefarmakologických postupů

Podkategorie: a) Zapojení pacienta;

Podkategorie: b) Osobní přístup;

Podkategorie: c) Nedostatek času.

Následující otázka se zaměřovala na vnímání nějakých pozitiv či negativ nefarmakologických postupů nelékařskými pracovníky. NP 1: „*Vnímám jako velké pozitivum částečné navrácení pacienta do života, naopak negativum pro mě je **nedostatek času.***“ NP 2: „*Pozitivum vidím v možnosti **zapojení pacienta** do péče. Myslím, že negativní dopad na pacienta má časný začátek rehabilitace, který může pacienta někdy i poškodit.*“ NP 3: „*Pozitivní je pro mě **osobní přístup**, který mohu promítnout do péče, negativní pro mě je **nedostatek pomůcek pro péči.***“ Mezi dotazovanými jsou tací, kteří nevidí žádná pozitiva nefarmakologických postupů. NP 4: „*Nevidím žádné pozitivum, jako negativum však vnímám **nedostatek času.***“ NP 5: „*Pozitivní pro mě je **spolupodílení** se všech pracovníků na péči*

o pacienta, jako negativum v oblasti nefarmakologických postupů vidím **nedostatek času a pomůcek**.“ NP 6 je jedním z těch, který nevidí pozitiva ani negativa nefarmakologických postupů. „*Nevidím negativa ani pozitiva nefarmakologické péče. Nelze oddělit nefarmakologickou péči od farmakologické.*“ NP 7: „*Líbí se mi **spolupráce rodiny, pacienta a ošetrovatelského týmu**, negativní pro mě je **nedostatek času**.*“ NP 8: „*Jako kladné vidím **zapojení pacienta**, je tak součástí celého procesu, negativní je netrpělivost ze strany pacienta, která může být vyvolaná rodinou a **nedostatek času**.*“ NP 9: „*Líbí se mi **kontakt s pacientem a rodinou**, jako negativum vidím **nedostatek času**, který může mít i vliv na chování personálu.*“ NP 10: „***Osobní kontakt s pacientem** hodnotím pozitivně. Negativní je pro mě **nedostatek času**.*“ Nejen samotné nefarmakologické postupy mají vliv na stav pacienta, ale jeho celkový postoj a motivace se uzdravit nebo být nezávislý hraje velkou roli. NP 11: „*Dobré je pro celou rehabilitaci a péči o pacienta, když je sám pacient **motivovaný** a vidí u sebe pokroky, negativní dopad na celou péči má, když je pacient přetěžovaný, a tak mohou následně vznikat komplikace.*“ NP 12: „*Líbí se mi **osobní přístup**, jako velké negativum vidím **nedostatek času**, který má dopad nejen na pacienta, ale i na pracovníky samotné.*“ Jak je vidět z uvedených odpovědí dvanácti dotazovaných, více než polovina vnímá jako negativum nedostatek času na nefarmakologické postupy. NP 6: říká: „*Nelze oddělit farmakologickou péči od nefarmakologické péče, proto nevidím negativa nefarmakologické péče. Jako pozitivum vnímám komplexnost poskytované péče.*“ NP 2 a NP 11 vidí jako negativum časný začátek rehabilitace po prodělané mozkové příhodě a přetěžování pacientů. NP 11 říká „*Pokud je pacient po těžší mrtvici a není úplně stabilní a fyzioterapeut se snaží pacienta vertikalizovat na vertikalizačním stole, tak pacienti kolabují a může se jejich stav zhoršit.*“

Za pozitiva nelékařští pracovníci nejčastěji uvádějí osobní přístup, bližší kontakt pacienta s personálem, možnost zapojení rodiny a možnost větší motivace pacienta. NP 11 *odpovídá*: „*Líbí se mi motivace pacienta, když vidí, jaké dělá pokroky.*“ NP 7 uvádí jako *pozitivum*: „*Líbí se mi ochota a spolupráce rodiny, vnímám to jako přínos pro léčbu pacienta po mozkové příhodě.*“

Kategorie - Ovlivnitelné rizikové faktory

Podkategorie: a) Zájem pacienta;

Podkategorie: b) Obezita;

Podkategorie: c) Nedostatek pohybu;

Podkategorie: d) Hormonální antikoncepce;

Podkategorie: e) Kouření.

Za nedílnou součást nefarmakologických postupů je považována i prevence. Prevence ve smyslu předávání informací o ovlivnitelných rizikových faktorech. Jak již bylo popsáno v teoretické části, co jsou ovlivnitelné rizikové faktory, a které mezi ně patří. Proto byla respondentům položena otázka, zda se při edukaci věnují i této příliš neoblíbené problematice. Z odpovědí nelékařských pracovníků je zřejmé, že malá část z nich se do této problematiky vůbec nepouští nebo pouští pouze okrajově. Naopak ti, kteří se této problematice věnují, ve své odpovědi zahrnují i oblast, které se věnují. NP 1: „**Věnuji se pouze okrajově.**“ NP 2: „**Pokud má pacient zájem, tak jsem ochoten se bavit o těchto faktorech,**“ (jmenuje **kouření, užívání hormonální antikoncepce**). NP 3: „**Nejčastěji se věnuji dietním opatřením, a užívání alkoholu.**“ NP 4 - *Ano část své edukace věnuji i těmto faktorům. Tuto problematiku vysvětluji rodině i pacientovi.*“ NP 5: „*Ovlivnitelným rizikovým faktorům se nevěnuji.*“ NP 6: „**Věnuji se nejčastěji u žen užívání hormonální antikoncepce, kouření a obezitě.**“ Jak je zřejmé, nelékařští pracovníci se nebojí pustit i do problematiky užívání hormonální antikoncepce u mladých žen. Této problematice se věnují NP 2, NP 6, NP 8 a NP 12. NP 7: „*Snažím se bavit o těchto problémech, ale spíše jim dávám určitá doporučení, nenutím je.*“ NP 8: „**Ano věnuji se nejčastěji kouření, stravovacím návykům, dostatečnému pohybu, dodržování předepsané medikace a užívání hormonální antikoncepce.**“ NP 9: „*Nechci jim zasahovat příliš do soukromí, ovlivnitelné faktory a rizikové chování spojené s tím je jejich svobodná vůle.*“ NP 10: „*V této oblasti se do edukace vůbec nepouštím.*“ NP 11: „*Nejčastěji se věnuji oblasti kouření, redukce váhy, neléčená hypertenzi, dekompenzované cukrovce.*“ NP 12: „**Věnuji se užívání hormonální antikoncepce, kouření, obezitě.**“ Jak je zřejmé z uváděných odpovědí, nejčastěji se nelékařští pracovníci věnují problematice kouření, stravovacím návykům, obezitě a užívání hormonální antikoncepce.

Kategorie - Následná péče

Podkategorie: a) Rehabilitační lůžko;

Podkategorie: b) Rehabilitační ústavy;

Podkategorie: c) Oddělení následné péče.

Důležitou součástí celého procesu ošetrovatelské péče je i problematika následné péče, jež sebou přináší různé problémy, které jsou nelékařští pracovníci nuceni řešit. Z důvodu nutnosti řešení následné péče o pacienta po cévní mozkové příhodě byly do rozhovoru zařazeny i otázky, které se zajímaly o možnosti následné péče, které jsou často používány. NP 1: „*Při řešení problematiky následné péče nejčastěji využíváme **rehabilitační lůžko** nebo **oddělení následné péče**.*“ NP 2: „*U lehčích mrtvic volíme **rehabilitační lůžko** následně **rehabilitační ústav**.*“ Někteří dotazovaní odborníci svoji odpověď nerozvíjeli, odpověděli jasně. NP 3: „***Rehabilitační lůžko, rehabilitační ústavy**.*“ Nejen ústavní péče poskytuje potřebnou pomoc, je možné pacienta umístit i do domácí péče, kde se stará rodina za pomoci různých odborníků. NP 4: „*Domácí péče, **oddělení následné péče**.*“ NP 5: „*Při řešení možnosti následné péče je vždy obtížné pacienta někam umístit, mnohdy jsou **oddělení následné péče** přeplněny, proto volíme možnost **rehabilitace** nebo domácí péče.*“ NP 6: „*Pacienty odesíláme k rehabilitaci do **rehabilitačního ústavu** nebo na **oddělení následné péče**.*“ NP 7: „*Využíváme možnosti **oddělení následné péče** a **rehabilitační ústavy**.*“ NP 8: „*Pacienty ponecháváme v rámci iktového centra na **rehabilitačním lůžku**, některé odesíláme do lázní, u těch, u kterých stav neumožňuje rehabilitaci nebo rehabilitace nevede ke zlepšení, překládáme na **oddělení následné péče**.*“ NP 9: „*Pokud se jedná o lehčí mozkovou příhodu, pacienta odkážeme na ambulantní rehabilitaci nebo **rehabilitační ústavy**, pokud je stav závažný, volíme možnost **oddělení následné péče**.*“ NP 10: „*Myslím, že nejčastěji využíváme možnost **oddělení dlouhodobě nemocných** nebo **rehabilitační lůžko**.*“ V následujících dvou odpovědích je uvedena možnost charitní péče, která poskytuje pomoc pacientům a pečujícím rodinám v domácí péči. NP 11: „*Využíváme možnost **rehabilitačních ústavů**, domácí péče s odkazem na pomoc oblastní charity nebo lázeňská rehabilitace.*“ NP 12: „*Myslím si, že problematika následné péče je jednou z nejtěžší části celého léčebného procesu, využíváme možnosti **rehabilitačních ústavů**, domácí péče a pomoc charity.*“

Z uvedených odpovědí je zřejmé, že se dotazovaní odborníci v problematice následné péče orientují. Dotazovaní odborníci se shodovali nejčastěji v odpovědi, že pacient po cévní mozkové příhodě je umístěn na rehabilitační lůžko nebo do rehabilitačního ústavu, to tvrdí následující NP 1, NP 2, NP 3, NP5, NP 6, NP 7, NP 8, NP 9, NP 10, NP 11 a NP 12.

Někteří dotazovaní odborníci ve svých odpovědích uvádějí oddělení následné péče nebo oddělení dlouhodobé péče, tuto možnost uvedli následující: NP 1, NP 4, NP 5, NP 6, NP 7, NP 8, NP 9 a NP 10.

Jak je již uvedeno, na jedné straně stojí institucionální péče a na té druhé stojí domácí péče. Pokud má pacient dobré rodinné zázemí a je rodina ochotna se vzdát svého pohodlí a starat se o člověka s cévní mozkovou příhodou, přináší to velké pozitivum pro postiženého. Umístění pacienta do domácí péče ve své odpovědi uvedli NP 4, NP 5, NP 11 a NP 12. Pomoc rodinám v domácí péči poskytuje charitní služba, tuto možnost uvádí NP 11 a NP 12.

Kategorie - Informace o domácí péči

Podkategorie: a) Dostatek informací;

Podkategorie: b) Předávání.

Aby rodina mohla dobře pečovat o své blízké, je zapotřebí ji vhodně informovat o potřebě a průběhu péče v domácím prostředí. Nejen informace, které říkají, co a jak má pečovatel dělat, ale také informace, které říkají, na co mají pečovatelé nárok (materiální vybavení, charitní péče a finanční pomoc). Jelikož je důležité mít dostatek informací, které nám posléze umožní lepší péči o postiženého, proto jsme se ptali našich odborníků, zda si myslí, že předávají dostatečné množství informací o možnostech v domácí péči. Odpovědi zněly následovně: NP 1: „Ano. *Myslím si, že poskytujeme dostatek informací.*“ NP 2: „Ano, *klienti dostávají veškeré potřebné informace.*“ NP 3: „Ano, *dostatečně informujeme, jako přínos vidím poskytování informačních letáků.*“ NP 4: „*Myslím si, že lékaři ani sestry nemají dostatek informací, aby je mohli šířit dál.*“ NP 5: „*Rodinám je poskytováno velké množství informací, ale ne vždy jsou přesné.*“ NP 6 : „*Informace jsou dostačující.*“ NP 7: „*Pokud se rodiny zajímají o tyto informace, jsou jim poskytnuty.*“ Z následující odpovědi je zřejmé, že

nedostatečná komunikace je nejen mezi sestrami, ale také i mezi sestrou a lékařem.“
Následující odpověď naráží na nejasné kompetence sestry a lékaře.

NP 8: „*Sestry neinformují, protože si myslí, že by to měl dělat lékař.*“ NP 9: „*Pokud rodina chce, informace jim jsou podány.*“ NP 10 : „*Informace předáváme, pokud je rodina žádá a má zájem o pomoc.*“ NP 11: „*Předávaných informací je velké množství, je však otázkou, jestli vždy rodina chápe jejich význam a dokáže s nimi naložit.*“ NP 12: „*Nejsou zde vyjasněná pravidla, kdo informace rodině předá, jestli lékař nebo sestra, potom vzniká chaos, jeden to hází na druhého a pak nastane to, že rodina neví, na co má nárok.*“

Stejně tak jako NP 8 tak NP 12 narazili ve své odpovědi na nejasné kompetence mezi sestrou a lékařem. Proto by bylo vhodné tento nedostatek odstranit, aby docházelo ke správné informovanosti rodiny. Jak je zřejmé, tak ostatní pracovníci se domnívají, že předávání informací probíhá v pořádku.

Kategorie - Účast rodiny v ošetrovatelské péči

Podkategorie: a) Negativní zkušenost;

Podkategorie: b) Zapojení se;

Podkategorie: c) Činnosti, kterým se vyhýbají.

Nejen účast školených odborníků je důležitá při péči pacienta po cévní mozkové příhodě, ale je zde nutná i účast rodiny v jakékoliv míře. Proto jsme se ptali nelékařských pracovníků, jak vnímají přítomnost rodiny při péči o pacienta. NP 1: „*Rodiny se nechtějí starat, ale jsou i výjimky.*“ NP 2: „*Rodiny se chtějí zapojovat, ale jsou určité činnosti, kterým se vyhýbají (krmení, přebalování, polohování.*“ NP 3: „*Vítám aktivní rodinu, ale někdy jsou činnosti, kterým se rodina vyhýbá (přebalování, polohování).*“ NP 4: „*V 80 % je moje zkušenost negativní, protože to doma nezvládnou, bydlí daleko, někdy ani nepřemýšlí nad nějakou pomocí nemocnému, situaci nechápou.*“ NP 5: „*Pokud rodina sama chce pomoci při ošetrovatelské péči, vše jim ukážu a vysvětlím, nikoho do ničeho nenutím.*“ Pokud má rodina zájem pečovat o svého člena rodiny, je dobře jim nechat určité činnosti vyzkoušet a vysvětlit jim, aby doma věděli, jak se co dělá a nebáli se, že pacienta – člena rodiny – nějak poškodí. NP 6: „*Jsme rádi za to, když rodina spolupracuje a je aktivní, rádi jim poradíme a pomůžeme si jednotlivé činnosti vyzkoušet.*“ Někteří pracovníci mohou mít problém

s přítomností rodin mimo návštěvní hodiny. NP 7: „*Některé rodiny se zapojí více, některé méně. Nevadí mi, když rodina přijde mimo návštěvní hodiny.*“ NP 8: „*Rodiny se snaží zapojovat, ale do velmi málo činností, nezapojují se úplně do všeho. Někteří si myslí, že se stará personál, tak oni nemusí.*“ NP 9: „*Rodiny mi při práci nevadí, vítám jejich aktivitu. Oni se však bojí, aby pacientovi neublížili při polohování či otáčení.*“ NP 10: „*Rodiny se snaží starat, jsme rádi za to, když projeví svůj zájem.*“

Někdy je přehnaná péče ze strany rodiny obtěžující, jak uvádí v následující odpovědi jeden z dotazovaných. NP 11: „*Rodina mi při péči o pacienta nevadí, ale občas je obtěžující jejich urputnost, která může spíše škodit. Vítám, když pomůžou a nebojí se zeptat.*“ NP 12: „*Vítám aktivní rodinu, někdy mě mrzí, že si nechtějí určitou činnost vyzkoušet a pak to doma neumí.*“

Z uvedených odpovědí nelékařských pracovníků týkajících se otázky zaměřené na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. Všichni dotazovaní vítají jakoukoliv aktivitu ze strany rodiny. Pouze NP 11 ve své odpovědi říká: „*Rodina mi při péči nevadí, ale občas je obtěžující jejich urputnost, která může spíše škodit. Vítám, když pomůžou a nebojí se zeptat.*“ Jak již uvádí mnozí autoři, přítomnost rodiny při plánování a realizaci ošetrovatelské péče, je přínosem pro pacienta. Sestry z neurologického oddělení, vítají pomoc ze strany rodiny a snaží se být nápomocné nejen pro pacienta, ale i pro rodinu.

S touto otázkou souvisí i reakce pacienta na přítomnost rodiny při ošetrovatelské péči. Z mého pozorování a zkušeností z praxe usuzuji, že pacienti vítají přítomnost blízké osoby v této nelehké situaci, ať se jedná o jakkoliv postižené pacienty. Jsou však činnosti, u kterých se pacienti stydí nebo nechtějí, aby je rodina viděla v takovém stavu. Nejčastěji pacienti odmítají rodinu při vyprazdňování a přebalování, část pacientů odmítá i přítomnost rodiny u hygienické péče. Většinou tento odmítavý postoj zaujímají ženy, a to z důvodu studu před blízkými. Naopak muži pak chtějí, aby se rodina starala co nejvíce, a odmítají spolupráci s personálem. Pozitivní vliv pro pacienty má, když rodina přinese jejich osobní věci, hygienické pomůcky, pro muže je velkým přínosem, když se mohou oholit, pokud to sami nezvládnou, přivítají pomoc ze strany rodiny i personálu. Kladně se hodnotí, pokud rodina přinese nějaký pokrm z domácí kuchyně. Při dlouhodobé hospitalizaci, a v rámci rehabilitace, mají pacienti možnost navštívit alespoň na půl dne domácí prostředí. I to může ovlivnit kladně jejich psychiku. Jsou však případy, kdy rodina nefunguje a za pacientem nedochází, ani se o jeho stav nezajímají, zde musí tuto roli plně zastoupit ošetrovatelský personál, i když

nelze úplně nahradit přítomnost blízké osoby, alespoň částečně se o to pracovníci snaží. Nepřítomnost rodiny nebo její nezáměr a pokřivené rodinné vztahy mají negativní dopad na psychiku pacienta, která je už tak dost narušená cévní mozkovou příhodou.

Kategorie - Nevhodné sociální zázemí

Podkategorie: a) Sociální pracovnice.

Pokud rodina nefunguje tak jak by se očekávalo nebo pacient nemá nikoho, kdo by mu byl schopen pomoci v jeho nelehké situaci. Pro tyto situace přicházejí na řadu různá opatření. Poslední otázkou, která byla zařazena do rozhovoru, byla otázka týkající se postupu, který se volí, pokud není, kdo by se o pacienta postaral nebo rodina nejeví zájem se starat o pacienta po cévní mozkové příhodě. Zajímalo nás, zda nelékařští pracovníci vědí, jak se v dané problematice postupuje.

NP 1: „*Informuji lékaře a **sociální pracovníci**.*“ NP 2: „*Voláme **sociální pracovníci**, a pokud to stav dovoluje, pacient u nás rehabilituje a poté odchází domů.*“ NP 3: „***Sociální pracovníci** provede sociální šetření, pacient se překládá na oddělení dlouhodobě nemocných.*“

NP 4: „*Pokud je možné, pacienta ponecháváme na rehabilitačním lůžku, informujeme **sociální pracovníci** a ta celou situaci pacienta prověří. Pokud není nikdo, kdo by se o pacienta postaral, je přeložen na oddělení následné péče, kde může být až tři měsíce.*“

NP 5: „***Sociální pracovnice** provádí sociální šetření a navrhuje možnosti řešení situace, kontaktuje veškeré příbuzné a prověří možnost umístění pacienta do domácí péče.*“

NP 6: „*Kontaktujeme **sociální pracovníci**, která vyhodnotí situaci, osloví všechny členy rodiny a podává žádosti do domova důchodců. Od nás je pacient překládán na oddělení dlouhodobě nemocných, kde může být po dobu 3 měsíců.*“ NP 7: „*Volá se **sociální pracovnice**, provádí se sociální šetření, pacient se překládá na oddělení dlouhodobě nemocných, bohužel pak je to smutné, umístění takového člověka je složité.*“

NP 8: „***Sociální pracovnice** zjistí situaci pacienta a zajistí mu, kam by šel.*“ NP 9: „***Sociální šetření**, pacient se umístí na oddělení dlouhodobě nemocných.*“

Pouze NP 10 uvádí ve své odpovědi: „*Nevím jaký je postup.*“

NP 11: „*Osloví se **sociální pracovnice**, pacient zůstává na oddělení neurologie, a pak se překládá na oddělení dlouhodobě nemocných.*“ NP 12: „***Sociální pracovnice** provede*

sociální šetření, pacient se překládá na oddělení následné péče, kde může být po dobu tří měsíců, může být následně umístěn na sociální lůžka, kterých je v našem zařízení málo.“

Kromě NP 10 se všichni dotazovaní v dané problematice orientují a znají postup, který náleží této problematice.

7 Diskuze

Cílem této kapitoly je porovnávání výsledků výzkumné části s teoretickou. Před samotným zahájením výzkumného šetření bylo nezbytné získat dostatek validních informací z odborné literatury.

Diplomová práce byla zaměřena na jedno z nejčastějších onemocnění postihující centrální nervový systém. Jedná se o onemocnění, které je jednou z nejčastějších příčin úmrtnosti, ale také dlouhodobé invalidity. Podle Kalvacha et al., (2010) cévní mozková příhoda je stále častějším onemocněním a v celé společnosti zaujímá druhé místo v nejčastějších příčinách úmrtí. Cévní mozková příhoda není problémem pouze medicínským, ale i ekonomickým a sociálním (Bruthans, 2010). Cévní mozková příhoda ovlivňuje pacienty, ale i jejich blízké i celou společnost, a to v oblasti psychické, fyzické a ekonomické (Tyrliková a Bareš, 2012). U pacienta s cévní mozkovou příhodou dochází k omezení aktivit v mnoha oblastech lidského počinání. Tato skutečnost se negativně odráží na jejich psychice (Slezáková, 2014). K této problematice mě přivedla skutečnost, že pracuji v jedné z oblastních nemocnic Kraje Vysočina na neurologickém oddělení, které má status iktového centra. Již pátým rokem se s těmito pacienty setkávám při každodenní práci. Dalším určujícím faktem byla nutnost rozvést nefarmakologické postupy při péči o pacienta po cévní mozkové příhodě.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. První část této práce je věnována onemocnění jako takovému, základní definici cévní mozkové příhody, výskytu, rizikovým faktorům, následkům, edukaci pacientů samotných a jejich rodin. V neposlední řadě je zde i kapitola věnovaná nefarmakologickým postupům léčby cévní mozkové příhody. Pokud už dojde k mozkové příhodě, nedílnou součástí celého léčebného procesu jsou nefarmakologické postupy, které zahrnují nejen rehabilitaci, ale především ošetrovatelskou péči orientovanou na potřeby nemocného. Dále se tato práce věnuje také edukaci, poskytování informací o rizikových faktorech a nabízení možností, které mohou usnadnit život pacienta a jeho rodiny po prodělané cévní mozkové příhodě. Jak uvádí Kalita (2006) je nutné, aby docházelo k dodržování všech principů ošetrovatelské péče. Dále říká, že je péče o pacienta po cévní

mozkové příhodě velice náročná jak psychicky, tak fyzicky. Péče o takto nemocné by měla směřovat k dosažení co nejvyšší soběstačnosti, aby nemocný mohl vykonávat činnosti, na které byl zvyklý před vznikem mozkové příhody. Nesmí však zůstat jen u pouhého konstatování toho, co pacient po cévní mozkové příhodě nemůže, ale musíme se zaměřit na to, aby se pacient mohl věnovat svým zájmům před tímto onemocněním, které člověka omezuje jak v soukromém, tak profesním životě.

V předkládané praktické části, tedy v druhé části diplomové práce, byla snaha zabývat se rolí sestry v edukaci pacienta o nefarmakologických postupech po cévní mozkové příhodě. Dále jsme se zaměřili na to, jaké formy a metody sestry v edukaci pacientů používají. Jako jeden z dílčích cílů bylo stanoveno zanalyzovat pohled nelékařských pracovníků na poskytovanou péči pacientům po cévní mozkové příhodě. Další dílčí cíl, který jsme si stanovili, jsou postupy v oblasti následné péče pacientů po CMP.

Kvalitativní výzkum byl prováděn pomocí polostrukturovaných rozhovorů, který tvořil předem připravený okruh otázek. Skupina dotazovaných byla složena z 12 nelékařských pracovníků (NP 1, NP 2, NP 3, NP 4, NP 5, NP 6, NP 7, NP 8, NP 9, NP 10, NP 11 a NP 12) pracujících na neurologickém oddělení.

Nyní se budeme věnovat výzkumné otázce, která zní: **Jaká je role sestry v edukaci o nefarmakologických postupech u pacienta s cévní mozkovou příhodou?** Odpovědi se promítají v následujícím textu.

Rozhovory byly zahájeny úvodní otázkou, jak dlouho dotyčný pracuje na neurologickém oddělení. Ve výše uvedené tabulce č. 1 je zaznamenáno i pohlaví dotazovaných. Další otázka byla již směřována k problematice edukace, zda nelékařští pracovníci vědí, jakou roli zastupují v edukaci pacienta po cévní mozkové příhodě jeho rodiny. Většina dotazovaných se ve svých odpovědích shoduje NP 1, NP 2, NP 3, NP 4, NP 5, NP 8, NP 11 a NP 12 se ve svých odpovědích popisují edukaci jako vysvětlení, učení se. NP 12 říká: „*Edukace je proces učení, osvojování informací a dovedností, rád edukuji při edukaci jsem rád za zpětnou vazbu od pacienta a jeho rodiny,*“ svojí odpovědí je nejbližší Juřeníkové (2010), která říká, že edukace je proces neustálého ovlivňování chování jedince s cílem pozitivní změny v oblasti vědomostí, dovedností a návyků. Dotazovaný NP 9 říká: „*O pojmu slyšela, ale přesně neví.*“ Naproti těmto dotazovaným, kteří znali pojem edukace a jeden, který ho nezvládl charakterizovat, jsou dva nelékařští pracovníci NP 6 a NP 10, kteří si uvědomují svoji důležitou roli v edukaci jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. NP 6 říká: „*Zastupuje velice důležitou úlohu, vnímám ji jako důležitou pro pacienta i jeho rodinu.*“ Jak uvádí Svěráková (2012) k tomu, aby sestra mohla vykonávat roli sestry edukátorky, je nutné, aby

měla potřebné informace z oblasti medicíny a ošetrovatelství na vysoké úrovni. Pokud sestra nedokáže odpovídat na otázky pacienta, ztrácí tak v očích pacienta kredit. Dále byly sestry dotazovány, zda jsou schopné pacientovi vysvětlit, co jsou to nefarmakologické postupy cévní mozkové příhody. Jedním z nezákladnějších a nejrozsáhlejších postupů je rehabilitace, která je důležitá již v raném stádiu cévní mozkové příhody. Jak říká Kalina (2008): včasná rehabilitace je účinným opatřením, které vede ke zlepšení konečného stavu pacienta. Dotazovaní odborníci považují za nefarmakologické postupy převážně rehabilitaci a ošetrovatelskou péči. Někteří ve své odpovědi přiřazují k nefarmakologickým postupům i bazální stimulaci. Podle Friedlové (2007) je bazální stimulace proces, který podporuje základní rovinu lidského vnímání. Díky stimulaci smyslů mohou lidé vnímat okolní svět. Nelékařský pracovník NP 6 svojí odpovědí rámcově vystihuje nefarmakologické postupy, které zajišťuje sestra s ošetrovatelským týmem: *„Ano, když to vezmeme od začátku, nefarmakologické postupy prováděné sestrou začínají hned při příjezdu záchranné služby. Sestra zajistí vstupy, měří vitální funkce, dále sestra na urgentním příjmu provádí odběry a nutnou péči o pacienta v akutním stavu, asistuje u lékařského vyšetření. Při příjmu pacienta na JIP sestra hodnotí u pacienta soběstačnost dle Barthel test, riziko pádu, asistuje při zavádění nosogastrické sondy, časný začátek rehabilitace. Časný začátek **rehabilitace** je prevencí kontraktur. V rámci nefarmakologických postupů informuji pacienta o ovlivnitelných rizikových faktorech cévní mozkové příhody.“* Za charakteristický rys moderního ošetrovatelství považuje Trachtová et al (1999) systematické hodnocení a plné uspokojování potřeb člověka. Uspokojování těchto potřeb probíhá při ošetrovatelském procesu, který je charakteristický myšlenkovým algoritmem sester při plánování jednotlivých ošetrovatelských kroků a činností.

Další otázkou jsme zjišťovali do jaké míry spolu multidisciplinární tým složený ze sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopeda a nižšího ošetrovatelského personálu spolupracuje. Jak uvádí ve své publikaci Zacharová et al (2007), je nutná vzájemná spolupráce ošetrovatelského týmu, který musí navázat spolupráci s pacientem samotným i jeho rodinou. Zde je namístě připomenout nutnost umět naslouchat všemu, co pacient říká a umět ocenit jeho snahu (Zacharová et al., 2007). Sestry svoji spolupráci hodnotily známkou jak ve škole, kdy jedna je nejlepší a pět nejhorší. Z dvanácti dotazovaných respondentů spolupráci ohodnotili tři, známkou 1, pět z dotazovaných známkou 2 a čtyři dotazovaní hodnotí známkou za 3, kde ve slovním hodnocení jejich názor zdůvodňují.

NP 4 říká: „*Spolupráce je dobrá, ale myslím si, že je zde problém v komunikaci mezi sestrou a fyzioterapeutem.*“ Další, kdo ohodnotil známkou 3, byl NP 8, který říká: „*Myslím si, že nespolupracují, každý jede po své linii a nezajímá se o práci druhého.*“ Poslední v hodnocení známkou 3 byl NP 12, který uvádí: „*Spolupráce je dobrá, ale jak který pracovník, někdy hrají při práci roli faktory, rutinní přístup, u některých stereotyp, nedostatek času*“. Z uvedených odpovědí je jasné, že největším problémem při ošetrovatelské péči je nedostatek času a problém v komunikaci. Jako další vliv, který působí na vykonávanou práci, vidí dotazovaní pracovníci ve složení pracovního týmu. Jak ve své odpovědi popisuje NP 1: „*Spolupracují, ale záleží jak kdo, občas vážne komunikace.*“ Ve své odpovědi s NP 1 se shoduje NP 5, který uvádí: „*Pracovníci spolu spolupracují, ale záleží na složení pracovního týmu.*“ Abychom nezůstali pouze u špatného hodnocení, NP 7 ve své odpovědi uvádí spokojenost s prací pracovního týmu: „*Libí se spolupráce mezi sestrami a rehabilitačními pracovníky.*“

Aby byla rozvinuta předchozí kategorie, v následující kategorii se věnujeme navrácení pacienta do běžného života. Ze stanovené kategorie zabývající se navrácením pacienta do běžného života vyplývají podkategorie (nápomoc, vnímání, prožívání, motivace a přispět). Všichni dotazovaní nelékařští pracovníci jsou si vědomi svého postavení v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě, jak je zřejmé z jejich odpovědí. NP 2 říká: „*Myslím si, že moje péče přispívá ke zlepšení stavu pacienta, snažím se ho motivovat v oblasti sebepéče. Myslím si, že v minulosti jsme mívali větší prostor pro komunikaci s pacientem a bylo více času.*“ NP 7 odpovídá: „*Moje péče určitě přispívá, přispívám péčí o psychiku, fyzická pomoc při polohování a posazování, snažím se i duševně podpořit pacienta.*“ Většina z dotazovaných se shoduje ve svých odpovědích v povzbuzování pacienta, pomoci mu se resocializovat. Někdy je však nutný zásah psychologa, který nám pomáhá v komunikaci s pacientem po cévní mozkové příhodě. Většina postižených tímto onemocněním má problémy se svým psychickým stavem. Válková (2015) za cíl psychologického zásahu považuje najít dosavadní znalosti, které během života získal a navrátit ho do úrovně před mozkovou příhodou, kvůli které musí využít pomoc ošetrovatelského personálu.

Dále byl položen dotaz nelékařským pracovníkům, zda znají prostředky určené pro rehabilitaci pacientů po cévní mozkové příhodě. Všichni dotazovaní odborníci se ve svých odpovědích shodují. Znají veškeré prostředky používané při rehabilitaci pacientů po cévní mozkové příhodě. Způsob rehabilitace se odvíjí od stavu postižení pacienta. U některých pacientů jim jejich stav dovoluje okamžité zahájení rehabilitace, ale u jiných musí být nástup rehabilitace pozvolný. Podle Pfeifra (2007) u všech osob postižených cévní mozkovou

příhodou je důležitá koordinace práce jednotlivých odborníků v neurorehabilitaci a dále koordinace rehabilitačního programu i se členy rodiny pokud existují.

Druhá výzkumná otázka se týkala forem a metod využívaných při edukaci nemocných po cévní mozkové příhodě. **Jaké edukační formy a metody sestry využívají v edukaci nemocných po cévní mozkové příhodě?** V rámci rozhovoru s nelékařskými pracovníky byla položena otázka týkající se forem a metod edukace používaných při jejich práci s pacienty po cévní mozkové příhodě. Za nejčastěji používané metody edukace pracovníci považují vysvětlování a názornou ukázkou. Pokud však víme, že pacient má kognitivní deficit, je nutné edukaci přizpůsobit stavu a dovednostem pacienta. Jak ve své odpovědi uvádí NP 12: *„Názorná ukáзка, rozhovor, konzultace, je nutné celou edukaci přizpůsobit stavu a kognitivním možnostem pacienta, u pacienta s těžkou kognitivní poruchou je nutné celou edukaci přizpůsobit jeho aktuálnímu stavu.“* Mnohdy pacienti s kognitivní poruchou neporozumí mluvenému slovu, proto je v takových případech lepší využít edukaci pomocí názorné ukázky. Ani u názorné ukázky není zajištěn stoprocentní výsledek. U rozsáhlých kognitivních poruch provádíme edukaci, ale výsledek je vždy nejasný nebo se může projevit až po nějakém čase. U lehčích kognitivních poruch pacientovi sestra opakovaně vysvětluje, upevňuje předané informace a ověřuje, v jaké míře je pacient pochopil. Ověřování probíhá kladením otázek. Při přítomnosti fatické poruchy pracovníci formulují kladené otázky tak, aby byla odpověď pro pacienta co nejjednodušší. Pokud má pacient těžkou kognitivní poruchu, edukace je orientována na uspokojování základních potřeb a s nimi spojené činnosti. Je důležité připomenout, že pokud chce sestra edukovat pacienta nebo jeho rodinu musí mít sama v dané problematice dostatek informací. Pokud však sestra nemá dostatečné znalosti, ztrácí pak kredit a důvěru u pacienta (Svěráková, 2012). Dotazovaní pracovníci se ve svých odpovědích shodují, následující nelékařští pracovníci uvádějí metodu edukace vysvětlování NP 1, NP 2, NP 5, NP 6, NP 9, NP 10 a NP 11. Druhou nejčastější metodou je názorná ukáзка. Tu ve své odpovědi uvádějí následující: NP1, NP 2, NP 3, NP 4, NP 5, NP 6, NP 7, NP 8, NP 11 a NP 12. Obě nejčastější formy edukace uvádějí: NP 1, NP 2, NP 5, NP 6 a NP 11. Podle Juřeníkové (2010) se díky vysvětlování snažíme posluchači objasnit příčiny a souvislosti tak, aby byl schopen podstatu objasňovaného pochopit, vysvětlování je vždy vhodné doplnit názornými ukázkami a pomůckami, které napomáhají k pochopení vysvětlovaného problému. Názornou ukázkou, neboli instruktáž, a praktické cvičení Juřeníková (2010) popisuje tak, že se edukaci seznamují s určitým pracovním postupem, aby získali určitou psychomotorickou dovednost. Instruktáž nejčastěji doprovázíme pomocí mluveného slova, méně často pak prostřednictvím psaného projevu (Juřeníková, 2010).

S předchozí otázkou rozhovoru úzce souvisí následující otázka, jež měla zmapovat, ve kterých oblastech dotazovaní odborníci nejčastěji edukují. Jak je zřejmé z odpovědí dotazovaných, nejčastěji na neurologickém oddělení probíhá edukace v problematice aplikace Fraxiparinu, výživy a sebekpěče. Ve vztahu k předchozí otázce je jasné, že metodu názorné ukázky neboli instruktáže, a praktické cvičení lze použít ve všech uvedených oblastech. Metoda rozhovoru lze taktéž užít v dané problematice. Problematika sebekpěče je tak obsáhlé téma, že je možné pečovateli ukázat jak správně provádět celkovou hygienu, jak pečovat o vyprazdňování, oblékání, polohování a přemísťování postiženého. Do této oblasti lze zahrnout i jak správně pečovat o možné invazivní vstupy, jako je PEG a PMK. V oblasti sebekpěče je na místě zdůraznit důležitost hygienické péče, kterou ve své publikaci Trachtová et al, (1999) popisuje jako soubor pravidel a postup nutných k podpoře a ochraně zdraví. V praktickém životě to pro nemocného znamená zachování společensky a osobně nutné míry zdravotních předpisů. Jinak řečeno je hygiena považována za udržení osobní čistoty.

Dalším bodem, kterému jsme se v našem dotazování věnovali, bylo to, zda odborníci vidí něco, co by jim při práci s pacienty po cévní mozkové příhodě chybělo nebo zda znají něco, co by bylo přínosem pro péči o pacienty po mozkové příhodě. Jak je uvedené v tabulce číslo 3 za největší nedostatek považují dotazovaní odborníci malé množství polohovacích pomůcek na jejich oddělení. Další nedostatek vidí NP 8 v trvalé nepřítomnosti logopeda: *„Logopedka jsem, dochází jednou až dvakrát týdně a to mi připadá málo.“* Logopedie je samostatný obor zabývající se správnou výslovností, odstranění poruch a vad řeči, pomáhá zajišťovat komunikaci, která nemusí být nutně veden ústy (Lehačková, 2012). Dalšímu z dotazovaných chybí ergoterapeutické pomůcky. *„Vadí mi, že je zde málo ergoterapeutických pomůcek např. těch, které usnadňují příjem jídla a pití. Rodiny často nevědí, jak takové pomůcky vypadají a nemohou je tak svým rodinným příslušníkům zakoupit.“* Podle Krivošíkové (2011) se ergoterapie zabývá smysluplným zaměstnáváním jedince a snaží se o co největší zachování dovedností, které jsou nutné pro běžný život. Naopak to, co dotazovaným odborníkům chybí a co by chtěli, aby jejich zařízení mělo mít, je kvalita poskytované péče. Nelékařští pracovníci ve svých odpovědích uvádějí a shodují se, že vyšší počet sester a ostatních členů multidisciplinárního týmu by byl velký přínos, díky vyšší obsazenosti pracovníků ve službě by tak vzniklo i více času pro jednotlivé pacienty. Další přínos by viděli v trvalé přítomnosti logopeda na pracovišti. Co je však zajímavé NP 2, NP 8 a NP 9 vidí jako přínos v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě větší zařazení bazální stimulace do péče. Bazální stimulace je koncept podpory, péče a vedení těžce nemocných lidí (Friedlová, 2007). Bazální stimulace nabízí postiženému jasné, cílené informace o sobě samém nebo o jeho okolí, které

pro nemocného bylo bazální (Friedlová, 2007). Cílem bazální stimulace je podpora individuálního vývoje postižených a těžce nemocných (Friedlová, 2007).

Jelikož pro rozhovory byli vybráni odborníci, kteří se nějaký čas již v neurologickém prostředí a v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě orientují, dále nás zajímalo, jaká vidí pozitiva a negativa nefarmakologických postupů. Jako největší negativum při nefarmakologické péči vnímají tyto odborníci nedostatek času, v této odpovědi se shodují NP 1, NP 4, NP 5, NP 7, NP 8, NP 9, NP 10 a NP 12. Naopak NP 2 říká: „*Časný začátek rehabilitace, který může pacienta někdy poškodit,*“ naráží tím na to, že mnohdy se začínají pacienti rehabilitovat příliš brzy nebo jsou přetěžováni, a pak dojde ke zhoršení jejich zdravotního stavu. Naopak pozitiv viděli dotazovaní odborníci hned několik: NP 2 vidí jako pozitivum: „*Možnost zapojení pacienta do péče*“. V této odpovědi se shoduje s NP 8. Jiní dotazovaní NP 7 a NP 9 oceňují ve své odpovědi spolupráci pacienta a rodiny. Jedním z velkých pozitiv je i osobní přístup, který ve své odpovědi zmínili NP 3 a NP 12.

Jednou z posledních oblastí, ve které jsme se dotýkali edukace, byla otázka směřovaná na ovlivnitelné rizikové faktory. Herzig (2008) charakterizuje ovlivnitelné rizikové faktory, jako ty které se dají ovlivnit vůlí a lidským počínáním, řadí mezi ně: krevní tlak, srdeční onemocnění, ateroskleróza, diabetes mellitus, dyslipidemii, obezitu, alkohol, kouření a užívání hormonální antikoncepce u žen. Dotazovaní odborníci, ti kteří se této problematice věnují, uvádějí jako nejčastější téma pro diskusi užívání hormonální antikoncepce, kouření a obezitu. Jak uvádí Herzig (2008) hormonální antikoncepce, zejména v kombinaci s kouřením a obezitou, je považováno za velké riziko vzniku cévní mozkové příhody. NP 8: „*Ano věnuji se nejčastěji kouření, stravovacím návykům, dostatečnému pohybu, dodržování předepsané medikace a užívání hormonální antikoncepce.*“ Byli zde i tací, kteří se do této problematiky nepouštějí, nebo jen velmi zřídka. NP 1: „*Věnuji se pouze okrajově.*“ NP 9: „*Nechci jim zasahovat příliš do soukromí, ovlivnitelné faktory a rizikové chování spojené s tím je jejich svobodná vůle.*“ NP 10: „*V této oblasti se do edukace vůbec nepouštím.*“

Poslední oblast rozhovoru byla zaměřena na následnou péči o pacienta po cévní mozkové příhodě. Ne každý pacient po cévní mozkové příhodě je schopný se postarat o sebe bez pomoci druhé osoby. Také je zřejmé, že ne každý jedinec po prodělané cévní mozkové příhodě je schopen pobývat v domácím prostředí, jako tomu bylo před mozkovou příhodou. V následující otázce jsme se zajímali o postup při řešení problematiky následné péče. Dotazovaní odborníci v této problematice znali odpovědi i postup, který třeba dodržet pro lepší návaznost péče. Většina z dotazovaných ve své odpovědi uvedla, že pokračující péče o pacienta po cévní mozkové příhodě probíhá na rehabilitačních lůžkách nebo v rehabilitačních ústavech. U těch méně schopných pacientů navazující péče probíhá na oddělení následné péče. Možnost umístit pacienta na rehabilitační lůžko uvedli následující: NP 1, NP 2, NP 3, NP 5, NP 6, NP 7, NP 8, NP 9, NP 10, NP 11 a NP 12. O umístění pacienta na oddělení následné péče se zmínili NP 1, NP 4, NP 5, NP 6, NP 7, NP 8, NP 9 a NP 10. Někteří však i ve své odpovědi uvedli možnost domácí péče, každý pacient nemá tu možnost být v domácí péči, příčinou může být absence rodiny nebo nestabilní stav nedovolující tuto možnost.

Aby mohla být poskytována péče v domácím prostředí, museli jsme se zajímat, zda dotazovaní odborníci poskytují dostatečné množství informací určeným pro pečovatele. Na tuto problematiku byla zaměřena další otázka. Dotazovaní odborníci odpovídali: NP 2: *„Klienti dostávají veškeré potřebné informace.“* NP 7: *„Pokud se rodiny zajímají o tyto informace, jsou jim poskytnuty.“* V odpovědích se objevili i negativní odpovědi. NP 12: *„Nejsou zde vyjasněná pravidla, kdo informace rodině předá, jestli lékař nebo sestra, potom vzniká chaos, jeden to hází na druhého, a pak nastane to, že rodina neví, na co má nárok.“*

Informace týkající se zabezpečení péče v domácím prostředí mají pro pečovatele velký význam. Mnozí z nich nemají dostatek informací o možnostech a kdo jim je schopný pomoci, pokud si nebudou vědět rady.

Jednou z poslední otázek jsme směřovali ke zkušenostem s rodinami, které se chtějí nebo i ty, které se nechtějí zapojit do péče o postiženého pacienta. Jak uvádí Trachtová et al., (1999), že uspokojování potřeb nemocného je náročné jak po fyzické tak psychické stránce. Dotazovaní odborníci mají pozitivní zkušenost, ale i negativní se zapojením rodinných členů do ošetrovatelské péče o nemocné. Podle NP 2 jsou některé činnosti, kterým se vyhýbají, jak uvádí ve své odpovědi: *„Rodiny se chtějí zapojovat, ale jsou činnosti, kterým se vyhýbají (krmení, přebalování, polohování).“* Další z nich NP 4 říká: *„V 80% je moje zkušenost negativní, protože to doma nezvládnou, bydlí daleko, někdy ani nepřemýšlí nad nějakou*

pomocí nemocnému, situaci nechápou.“ Jeden z dotazovaných odborníků říká, že někdy je obtěžující přehnaný zájem a urputnost ze strany rodiny: „*Rodina mi při péči nevadí, ale občas je obtěžující jejich urputnost, která může spíše škodit. Vítám, když pomůžou a nebojí se zeptat.*“ Nejen sestry a ostatní personál vítají zapojení rodiny do péče, ale i samotní pacienti jsou mnohdy rádi, když jim s hygienou nebo s jakoukoliv jinou činností pomáhá blízký člověk. Mnohdy je přítomnost rodiny zdrojem motivace pro nemocné.

V poslední otázce jsme se soustředili na možnost, že je úplná absence rodiny nebo, že rodina není schopna se za jakéhokoliv důvodu postarat o nemocného. Zajímá nás postup, kterým se tyto nelehké situace řeší. Nelékařští pracovníci odpovídali následovně a ve svých odpovědích se shodují. NP 12 „*Sociální pracovníce provede sociální šetření, pacient se překládá na oddělení následné péče, kde může být po dobu tří měsíců, může být následně umístěn na sociální lůžka, kterých je v našem zařízení málo.*“ “ NP 11: „*Osloví se sociální pracovníce, pacient zůstává na oddělení neurologie, a pak se překládá na oddělení dlouhodobě nemocných.*“ Pouze jeden ze dvanácti dotazovaných neznal postup, kterým se tyto situace řeší. NP 10: „*Nevím jaký je postup.*“

Problémem současné doby jsou nedostačující kapacity oddělení s následnou péčí, domů s pečovatelskou službou, sociálních lůžek, proto je nutné v této situaci pečlivě zvažovat každou možnost, která se nachází, aby tak došlo ke vhodnému řešení pacientovy situace.

Závěr

Diplomová práce se zabývala nefarmakologickými postupy v léčbě cévní mozkové příhody a rolí sestry. V úvodu diplomové práce byl stanoven cíl, popsat nefarmakologické postupy cévních mozkových příhod. Teoretická část byla zaměřena na cévní mozkovou příhodu, její příčiny a příznaky, vyšetřovací metody. Dále jsou zde rozebrány rizikové faktory zejména, ty ovlivnitelné. V další části se diplomová práce zabývá nefarmakologickými postupy, od rehabilitace, přes logopedii, ergoterapii až po edukaci pacienta a jeho rodiny. V teoretické části je zachycena i role sestry při ošetřování pacienta po cévní mozkové příhodě.

Výzkumná část byla realizována na neurologickém oddělení okresní nemocnice v Kraji Vysočina, kde bylo prováděno výzkumné šetření metodou polostrukturovaného rozhovoru s nelékařskými pracovníky. Pro lepší orientaci v problematice nefarmakologických postupů byly do obsahu polostrukturovaného rozhovoru zařazeny otázky týkající se edukace, nefarmakologických postupů a práce nelékařských pracovníků. V neposlední řadě jsme nesměli opomenout i problematiku následné péče. K výše uvedenému stanovenému cíli byly stanoveny výzkumné otázky: Jaká je role sestry v edukaci o nefarmakologických postupech u pacienta s cévní mozkovou příhodou? Jaké edukační formy a metody sestry využívají v edukaci nemocných po cévní mozkové příhodě?

Z výsledků rozhovorů plyne, že v okresní nemocnici Kraje Vysočina na neurologickém oddělení sestry znají pojem edukace, umí tento pojem vysvětlit. Nelékařští pracovníci vědí o své nezastupitelné roli při edukaci pacienta po cévní mozkové příhodě. Jsou si dále vědomi, že pro edukaci musí mít dostatečné množství informací, aby byli schopni tyto potřebné informace předat dál. Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na metody edukace, kde z odpovědí dotazovaných plyne, že nejčastěji používána forma edukace je názorná ukázka a vysvětlování. Zde je nutné podotknout, pokud se jedná o pacienta s kognitivní poruchou, je potřebné celou edukaci přizpůsobit tak, aby byla pro pacienta co možná nejpřínosnější.

Tato diplomová práce společně s uvedenými výsledky může sloužit jako zpětná vazba pro zařízení, ve kterém byl výzkum prováděn. Dále může sloužit jako vodítko pro vedení neurologického oddělení při zvyšování kvality péče a při vybavování oddělení. Přínos diplomové práce dále vidím v komplexním náhledu na nefarmakologické postupy cévní mozkové příhody.

Seznam zdrojů

1. Aileen L. et al., 2015. Participation in everyday life and life satisfaction in persons with stroke and their caregivers 3-6 months after onset. *Foundation of Rehabilitation Information*. Ther 47, 508-515. DOI: 10.2340/16501977.1964.
2. AMBLER, Z., 2011. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén. 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.
3. ANGEROVVÁ, Y., ŠVESTKOVÁ, O., 2010 Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. In: KALVACH, P., *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. Přepraco, vyd. Praha: Grada, s. 359–380. ISBN 978-80-247-2765-3.
4. BAR, M., CHMELOVÁ, I., 2011. *Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě*. Postgraduální medicína. [online]. Mladá fronta (2), [cit. 2019-17-11]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>
5. BARTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6.přeprac. a doplň. vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
6. BASTL, P., ŠVEC, V., 1997. *Zdravotník lektorem*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 122 s. ISBN 80-7013-251-5.
7. BAUER, J., 2010. *Cévní mozkové příhody*. Kapitoly z kardiologie. [online]. Medical tribune (4). [cit. 2019-18-11]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/20216-cevni-mozkove-prihody>
8. BAUMANOVÁ, Z., 2009. Zvládnutí etického chování první krok k úspěchu. *Sestra*. 19(7-8), 30. ISSN 1210-0404.
9. Bednařík, J., Ambler, Z., Růžička, E., et al. 2010. *Klinická neurologie část speciální I*. Praha: Triton. 707 s. ISBN 978-80-7387-389-9.
10. BRUTHANS, J., 2010. *Epidemiologie cévních mozkových příhod*. Kapitoly z kardiologie [online]. Medical tribune (4), s. 78-89. [cit. 2019-17-11]. Dostupné z: www.tribune.cz/clanek/20217-epidemiologie-cevni-mozkove-prihody
11. BRUTHANS, J., 2017. *Epidemiologie a prognóza cévních mozkových příhod*. [online]. [cit. 2019-17-11]. Dostupné z: http://www.cksonline.cz/17-vyrocní-sjezdcks/sjezd.php?p=read_abstrakt_program&idabstrakta=337

12. BRUTHANS, J., CÍFKOVÁ, R., 2016. *Stav léčby CMP v ČR: pohled epidemiologa*. [online]. Postgraduální medicína. [cit. 2019-18-11]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/stav-lecby-cmp-v-cr-pohledepidemiologa-482354>
13. BYEON, H., 2016. Effect of orofacial myofunctional exercise on the improvement of dysphagia patients' orofacial muscle strength and diadochokinetic rate [databáze]. PubMed. J Phys Ther Sci. [cit.2020-06-02]. DOI: 10.1589/jpts.28.2611. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5080187/>
14. CÍFKOVÁ, R., 2010. Vrozené příznaky cévních mozkových příhod. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. 2(4): s. 160. ISSN 1803-7542.
15. CÍFKOVÁ, R., et al., 2014. Summary of the European Guidelines on cardiovascular disease prevention on clinical practice (vision 2012): Prepared by the Czech Society of Cardiology. *Cor et Vasa* (Brno). 56(2): s. 208–227. ISSN 0010-8650.
16. CLARE, Ch., 2018. Role of The Nurse in Stroke Rehabilitation. *Nursing Standard*. 33 (7), 59-66. DOI: 10.7748/ns.2018.e11194.
17. DISMAN M. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
18. DOHNÁLEK, J., *Afatický slovník*. ICTUS o.p.s., [online]. [cit. 2020-11-02]. Dostupné z: <http://www.ictus.cz/Pomoc%20pro%20Vas>
19. DOHNALOVÁ Z. 2011. *Výzkumníkovo desatero etického chování*. [online]. Časopis sociální práce [cit. 2020-01-03]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=379>
20. FEIGEN, V., 2007. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-428-7.
21. FEIGIN, V., 2007. *Cévní mozková příhoda. Prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.
22. FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-254-0757-8.
23. GAVORNÍK, P., et al. 2015. Diagnóza a principy managementu cerebrovaskulární aterosklerotické choroby z hlediska angiologie. *Kardiologická revue*. 17(4): s. 354–361. ISSN 2336-288X.
24. HENDL J. 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

25. HORÁČEK, O., KOLÁŘ, P., 2009. *Cévní onemocnění mozku*. In: KOLÁŘ, P. et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 713 s. 386–389. ISBN 978-80-7262-657- 1.
26. HORÁČEK, O., KOLÁŘ, P., 2009. *Cévní onemocnění mozku*. In: KOLÁŘ, P. et al., *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. s. 386–389. ISBN 978-80-7262-657-1.
27. HROMÁDKOVÁ, J. et al., 2002. *Fyzioterapie*. Jinočany: H & H. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
28. CHO, K. et al., 2019. Measuring of Quality of Care in Patients with Stroke and Acute Myocardial Infarction: An Application of Algebra Effectiveness Model. *Medicine Baltimore*. 98 (20), N. PAG. Doi: 10. 1097/MD. 0000000000015353.
29. JANEČKOVÁ, M., 2009. *Poranění mozku: a co dál?*. Praha: Cerebrum. 60 s. ISBN 978-80-904357-2-8.
30. JELÍNKOVÁ, J., KŘIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L., 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
31. JIRKOVSKÝ, D., 2009. *Cesta k modernímu ošetřovatelství XI*. Praha: Fakultní nemocnice Motol. 205 s. ISBN 978-80-87347-02-7.
32. JUŘENÍKOVÁ P. 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
33. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
34. KALINA, M., et al. 2008. *Cévní mozková příhoda v praxi*. Praha: Triton. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.
35. KALITA, Z. 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf. 620 s. ISBN 80-85912-26-0.
36. KALITA Z. 2010. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta. 39 s. ISBN 978-802-0420-930.
37. KALVACH, P. 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. vydání. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
38. KAPOUNOVÁ G. 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
39. KAULFUSSOVÁ, J., 2003. *Dysfagie: poruchy polykání a příjmu potravy*. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. et al. *Klinická logopedie*. Praha: Portá. s. 547–557. ISBN 80-7178-546-6.

40. KOLÉBALOVÁ, J., POLÁKOVÁ, J., 2014. *Rehabilitace doma*. Brno: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-00-6.
41. KOŠTÁLOVÁ, O., 2012. Ergoterapie jako nástroj efektivní rehabilitace. *Sestra*. 361, 46-48. ISSN 1210-0404.
42. KRÁLÍČKOVÁ, I., 2007. *Spolupráce rodiny v ošetrovatelském procesu*. Florence. 3(11), 469–472. ISSN 1801-464X.
43. KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. 359 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
44. KUTNOHORSKÁ J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
45. LEE, K., 2017. Activities of Daily Living and Rehabilitation Needs for Older Adults with a Stroke: A comparison of Home Care and Nursing Home Care. *Japan Journal of Nursing Science*. 14 (2), 103-111. DOI: 10.1111/jjns.12139.
46. LEHAČKOVÁ, H., 2012. *Assessment and Treatment of Aphasia in Czech*. *Folia Phoniatr Logop*,64: 165–168. Doi: 10.1159/000340013.
47. LEHAČKOVÁ, H. 2012. *Assessment and Treatment of Aphasia in Czech*. [online]. *Folia Phoniatr Logop*, (64). 165–168. [cit. 2020-15-04]. DOI: 10.1159/000340013. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23108445>
48. LEPŠÍKOVÁ, M., 2007. *Terapeutický přístup k pacientům po CMP či poranění mozku*. *Multidisciplinární péče*. 2(1), 43–44. ISSN 1801-0199.
49. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2015. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén. 182 s. ISBN 978-80-7492-225-1.
50. MAASLAND L. et al., 2011. Health education in patients with a recent stroke or transient ischemic attack: a comprehensive review. *International Journal of Stroke*. Ther 6, 67-74. DOI:10.1111/j.1747-4949.2010.00541.x.
51. MAGUROVÁ, D. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
52. MASTILIAKOVÁ, D., 2003. *Úvod do ošetrovatelství 2. Díl: Systémový přístup*. Praha: Karolinum. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
53. MEGAN M. et al., 2013. „Living With a Ball and Chain“: The Experience of Stroke for individuals and Their Caregivers in Rural Appalachian Kentucky. *The Journal of Rural Health*. Ther 29, 368-382. DOI: 10.1111/jrh.12023.
54. MIKŠOVÁ Z. et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 80-247-1442-6.

55. MIKULA J., MÜLLEROVÁ N. 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
56. MIOVSKÝ M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
57. MPSY F. et al., 2018. Effect of family education program on cognitive impairment, anxiety, and depression in persons who have had a stroke: A randomized, controlled study. *Wiley Nursing*. Ther 21, 44-53. DOI: 10.1111/nhs.12548.
58. NEVŠÍMALOVÁ, S., et al. 2002. *Neurologie*. První vydání. Praha: Galén. 367 s. ISBN 80-246-0502-3.
59. PAVLŮ, D., 2003. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody I: Koncepty a metody spočívající převážně na neurofyziologické bázi*. 2. vyd. Brno: Cerm. 239 s. ISBN 80-7204-312-9.
60. PEŠKOVÁ, E., *Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách z. s.* [online]. [cit. 2020-11-02]. Dostupné z: <http://www.sdruzenicmp.cz/>
61. PFEIFFER, J., 2007. *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
62. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství 1*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
63. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství 2*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
64. POKORNÁ, T., 2013. Diplomová práce. *Koordinovaná rehabilitace u osob po CMP*. Brno: Masarykova Univerzita. Pedagogická fakulta.
65. POWELL T. 2010. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeutů, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál. 216 s. ISBN 978-807-3676-674.
66. PTÁČEK R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
67. QUINN T. J., 2014. What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos ONE*. Ther. 9 (2), e87987. DOI: 10.1371/journal.pone.0087987.
68. REICHEL J. 2008. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2594-9.
69. REICHEL J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

70. RODOVÁ, Z., 2015. *Co je ergoterapie*. Česká asociace ergoterapeutů [online]. [cit. 2020-07-02]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>.
71. SEIDL, Z., 2008. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
72. SEIDL, Z., et al. 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. První vydání. Praha: Grada. 363 s. ISBN 80-247-0623-7.
73. SLEZÁKOVÁ, Z. 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
74. SOLNÁ, G., VÁCLAVÍK, D., LASOTOVÁ, D. et al., 2015. *Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě*. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie [online]. 78(6), 721–727. [cit. 2020-02-02]. ISSN 1802-4041. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-6-7/pece-o-pacienty-s-dysfagii-po-cevni-mozkove-prihodesstandard-lecebneho-planu-56596>
75. STRAUSS, A. L., CORBIN, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. 196 s. ISBN 808583460X.
76. SVECENÁ, K., ŠVESTKOVÁ, O., 2013. *Ergoterapie: Skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova. 199 s. ISBN 978-80-260-4101-6.
77. SVĚCENÁ, K., ŠVESTKOVÁ, O., 2014. Ergoterapie. In: PFEIFFER, J. ET AL., *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 121–129. ISBN 978-80-7394-461-2.
78. SVĚRÁKOVÁ M. 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
79. ŠIMÍNKOVÁ, M. et al., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
80. ŠVAŘÍČEK R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
81. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 375 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
82. TCHOUNWOU P.B., 2015 Feasibility of Delivering a Dance Intervention for SubAcute Stroke in a Rehabilitation Hospital Setting. *Free PMC Article*. Ther. 12 (3), 3120–3132. DOI: 10.3390/ijerph120303120.

83. TRACHTOVÁ E. et al., 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotníků ve zdravotnictví v Brně. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
84. TROJAN, S. et al., 2005. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN 80-247-1296-2.
85. TYRLÍKOVÁ, I. a BAREŠ, M. 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. 2. vydání. Brno: NCO NZO. 305 s. ISBN 978-80-7013-540-2.
86. VÁCLAVÍK, D., 2013. Primární a sekundární prevence ischemických cévních mozkových příhod. *Kardiologická revue*. 15(1): s. 37–40. ISSN 1212-4540.
87. VÁCLAVÍK, D., SOLNÁ, G., LASSOTOVÁ, N., et al., 2015. Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě. *Cesk Slov Neurol* 78/111(6): 721–727. Doi: 10.14735/amcsnn2015721.
88. VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5571-7.
89. VELEMÍNSKÝ, M., 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 168 s. ISBN 978-80-7394-360-8.
90. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
91. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné 1: obecná část*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
92. WHO., 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 80-247-0592-3.
93. YANG L. et al., 2017. Effect of a comprehensive health education program on pre-hospital delay intentions in high-risk stroke population and caregivers. *Qual Life Res. Ther* 26, no page. DOI: 10.1007/s11136-017-1550-4.
94. ZACHAROVÁ, E., 2009. *Sociální komunikace: součást odborné erudice sestry*. Zdravotnické noviny. 58(40), 28. ISSN 1805-2355.
95. ZACHAROVÁ, E., 2010. *Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi*. Sestra. 20(7-8), 28–29. ISSN 1210-0404.
96. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Výzkumný vzorek nelékařských pracovníků	48
Tabulka 2: Pohlaví pracovníků a délka jejich praxe.....	52

Seznam příloh

Příloha 1: Klasifikace subarachnoidálního krvácení	89
Příloha 2: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru	89

Seznam obrázků

Obrázek 1: Motomed (vlastní zdroj)	90
Obrázek 2: Model schodů pro nácvik chůze (vlastní zdroj).....	91
Obrázek 3: ERIGO vertikalizační stůl (vlastní zdroj)	91
Obrázek 4: Chodítko vysoké (vlastní zdroj).....	92
Obrázek 5: Ergonomické pomůcky (vlastní zdroj).....	93
Obrázek 6: Zebris (vlastní zdroj).....	94

Seznam zkratk

AH – arteriální hypertenze
aPTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AVM – arterio-venózní malformace
Cl – chlór
CRP – C-reaktivní protein
CT – výpočetní tomografie
ČR – Česká republika
EEG – elektroencefalogram
EKG – elektrokardiogram
FS – fibrilace síní
FW – sedimentace
GCS – Glasgow coma scale
GUSS – gugging swallowing screen
IVT – intravenózní trombolýza
K – draslík
MMSE – Mini mental State exam
MR – magnetická rezonance
Na – sodík
RF – rizikový faktor
RIND – reverzibilní ischemický neurologický deficit
SAK – subarachnoideální krvácení
TEE – transezofageální echokardiografie
TIA – tranzitorní ischemická ataka
TK – tlak krve
WHO – World Health Organization

Příloha 1: Klasifikace subarachnoidálního krvácení

Stupeň I	mírná bolest hlavy, lehká ztuhlost šíje, bez ložiskových klinických příznaků
Stupeň II	prudká bolest hlavy, meningeální syndrom, paréza hlavových nervů
Stupeň III	somnolence, lehké až středně těžké ložiskové příznaky
Stupeň IV	sopor, středně těžké až těžké ložiskové příznaky (hemiparéza)
Stupeň V	kóma, deceptační syndrom

Upraveno podle Hunta a Hesse

Zdroj: (Bauer, 2010)

Příloha 2: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Jak dlouho pracujete na neurologickém oddělení/ jak dlouho pracujete s pacienty po cévní mozkové příhodě?
2. Víte, jakou roli zastupujete v edukaci pacienta po CMP, jeho rodiny?
3. Dokážete pacienta seznámit s nefarmakologickými postupy léčby CMP?
4. Myslíte si, že jednotliví členové multidisciplinárního týmu spolu spolupracují (sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, ošetrovatelský personál), dokážete ohodnotit jejich spolupráci, jak ji hodnotíte?
5. Myslíte si, že vaše péče přispívá k navrácení pacienta do běžného života?
6. Dokážete jmenovat jednotlivé prostředky vašeho zařízení používané v rehabilitaci pacienta po CMP?
7. Víte co je to edukace, jakou formu edukace používáte?
8. Jmenujte nejčastější oblasti edukace pacienta po CMP a jeho rodiny?
9. Myslíte si, že je něco co vašemu zařízení chybí nebo je, něco o čem víte, že by bylo přínosem v léčbě pacienta po CMP?
10. Dokážete jmenovat pozitiva x negativa nefarmakologických postupů po CMP? Pokud ano, jmenujte?
11. Věnujete část edukace i ovlivnitelným rizikovým faktorům?
12. Jaké možnosti následné péče využívá vaše oddělení?
13. Myslíte si, že dostatečně informujete o možnostech pomoci v domácí péči? Pokud ne proč?
14. Jaké jsou vaše zkušenosti v oblasti zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o pacienta po CMP příhodě?
15. Jak postupujete v případě, že se rodina nezapojí do péče o pacienta nebo není schopna zajistit potřebnou péči?

Obrázek 1: Motomed (vlastní zdroj)



Obrázek 2: Model schodů pro nácvik chůze (vlastní zdroj)



Obrázek 3: ERIGO vertikalizační stůl (vlastní zdroj)



Obrázek 4: Chodítko vysoké (vlastní zdroj)



Obrázek 5: Ergonomické pomůcky (vlastní zdroj)



Obrázek 6: Zebris (vlastní zdroj)

