Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

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

Ošetřovatelská péče jako nástroj prevence komplikací u pacienta iktového centra

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Silvie Hulínská, DiS.

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Ošetřovatelská péče jako nástroj prevence komplikací u pacienta iktového centra jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 1. srpna 2017 ……

Poděkování

Na toto místo patří mé upřímné poděkování PhDr. Andree Hudáčkové, Ph.D., laskavé vedoucí mojí diplomové práce. Děkuji za odborné vedení, cenné rady, připomínky a ochotu při realizaci této práce. Moje díky patří i mé rodině, která mě podporovala během celého studia na vysoké škole.

Ošetřovatelská péče jako nástroj prevence komplikací u pacienta iktového centra

Abstrakt

V diplomové práci s názvem Ošetřovatelská péče jako nástroj prevence komplikací u pacienta iktového centra jsme se zabývali různými aspekty ošetřovatelské péče v iktovém centru. Rozvoj výzkumu v oblasti ošetřovatelské péče v iktovém centru zaostává za rozvojem rychle přibývajících medicínských poznatků. S rozvojem lékařské péče by měla ošetřovatelská péče pružně reagovat. Výzkumným záměrem bylo získat komplexní informace o předcházení komplikacím u pacientů v iktovém centru pomocí ošetřovatelské péče. Zkoumali jsme, jaké komplikace mohou u pacientů s akutním iktem nastat a jak je lze ovlivnit ošetřovatelskou péčí.

Stanovili jsme tři cíle: zjistit, které komplikace CMP jsou v akutní fázi ovlivnitelné ošetřovatelskou péčí, identifikovat ošetřovatelské činnosti, kterými sestry v iktových centrech zajišťují prevenci komplikací a zjistit překážky a omezení preventivní ošetřovatelské péče v iktovém centru. Těmto cílům odpovídá pět stanovených výzkumných otázek.

Zajímaly nás názory personálu na poskytovanou ošetřovatelskou péči a chtěli jsme poznat také vnímání poskytované péče samotnými pacienty. Snažili jsme se identifikovat stěžejní místa ošetřovatelské péče, odhalit slabá místa a případné nedostatky a usilovali jsme o nalezení východisek pro možné zlepšení péče.

K dosažení cílů práce byla zvolena strategie kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat byl individuální hloubkový polostrukturovaný rozhovor s deseti respondenty. Rozhovory byly podrobeny kvalitativní analýze pomocí programu ATLAS.ti. Kódováním bylo identifikováno celkem 104 kódů, které byly seskupeny do 20 kategorií.

Identifikovali jsme 18 komplikací, které mohou u pacienta s CMP nastat. Ke všem těmto komplikacím jsme nalezli intervence, kterými se dají předcházet nebo zmírnit. Z výsledků dále vyplynulo, že sestry pracující v iktovém centru, by měly mít ARIP, spíše než vysokoškolské vzdělání. Vhodné je i specializační vzdělání v neurologické problematice, které mohou sestry nabýt prostřednictvím seminářů a kurzů zaměřených

na problematiku CMP postgraduálně, při výkonu povolání.

Identifikovali jsme systémové bariéry ošetřovatelské péče, mezi které jsme zařadili nedostatek materiálu, nedostatek času a nedostatek personálu. Jako překážky ze strany ošetřovatelského personálu jsme identifikovali lhostejnost sester, špatná nálada, špatné navázání spolupráce s pacientem, uspěchaná péče, fyzické limity (bolesti zad, únava), nedostatečná informovanost, znalosti, vědomosti či dovednosti, nedostatečná spolupráce v kolektivu. Jako překážky ze strany klienta jsme vyhodnotili fatické poruchy, poruchy vnímání, poruchy čití, bezvědomí, maladaptace na nemoc, nespolupráce, nesympatie, nedůvěra, negace, agrese, neklid, dezorientace, apatie, deprese, únava, vyčerpání, strach, stud, neznalost, přecenění vlastních schopností, konflikt s rodinou pacienta.

Během výzkumu vyvstaly ještě další zajímavé skutečnosti, které se přímo nevztahují ke stanoveným cílům a výzkumným otázkám.

Klíčová slova

cévní mozková příhoda; iktus; neurologické ošetřovatelství; iktové centrum

Nursing Care as a Complication Prevention Tool in the Patient Stroke Center

Abstract

In the diploma thesis called Nursing Care as a Complication Prevention Tool in the Patient Stroke Center, we dealt with various aspects of nursing care in the stroke center. The development of nursing research in the stroke center lags behind the development of rapidly growing medical knowledge. With the development of medical care, nursing care should respond flexibly. The research intent was to get comprehensive information on preventing complications in patients in the stroke center using nursing care. We have investigated the complications that may arise in patients with acute stroke and how they can be affected by nursing care.

We have set three goals: to find out what stroke complications can be influenced in the acute phase by nursing care, to identify nursing activities by nurses in stroke centers to prevent complications and to identify obstacles and limits of preventive nursing care in the stroke center. These objectives correspond to five identified research questions.

We were interested in the opinions of the staff on the provided nursing care and we also wanted to know the perception of the care provided by the patients themselves. We have tried to identify key nursing care sites, identify weaknesses and possible shortcomings, and have sought to find the basis for possible improvement in care.

The qualitative research strategy was chosen to achieve the objectives of the thesis. The technique of data collection was an individual depth semi-structured interview with ten respondents. The interviews were subjected to qualitative analysis using the ATLAS.ti program. By coding, a total of 104 codes have been identified, grouped into 20 categories.

We identified 18 complications that can occur with a stroke patient. For all these complications, we have found interventions to be prevented or alleviated. The results also show that nurses working in the stroke center should have specialized education for intensive care rather than college education. Specialized education in neurological issues, which nurses can acquire through post-graduate stroke seminars and exercises, is also suitable.

We have identified systemic barriers to nursing care, including lack of material, lack of time and lack of staff. As obstacles on the part of nursing staff we have identified nursing indifference, poor mood, poor collaboration with the patient, hurried care, physical limitations (back pain, fatigue), lack of awareness, knowledge or skills and inadequate teamwork. As obstacles on the part of the patient we have evaluated speech disorders, perception disorder, unconsciousness, faulty adaptation, lack of cooperation, lack of understanding, distrust, negation, aggression, restlessness, disorientation, apathy, depression, overvaluation of own abilities, conflict with the patient's family.
During the research, other interesting facts emerged that do not directly relate to the goals and research questions.

Key words

stroke; ictus; neurological nursing; stroke center

Obsah

ÚVOD 10
1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY 12
1.1 Cévní mozková příhoda 12
1.1.1 Epidemiologický výskyt CMP 12
1.1.2 CMP jako celospolečenský problém 13
1.1.3 Cévní zásobení mozku 15
1.1.4 Typy CMP a jejich charakteristika 15
1.1.5 Klinický obraz CMP 21
1.1.6 Rizikové faktory CMP 22
1.1.7 Komplikace iktu a možnosti jejich prevence 23
1.2 Specializovaná pracoviště pro diagnostiku a léčbu CMP 30
1.2.1 Komplexní cerebrovaskulární centra (KCC) 32
1.2.2 Iktová centra (IC) 32
1.2.3 Ostatní cerebrovaskulární péče 33
1.3 Práce všeobecné sestry v iktovém centru 33
1.3.1 Ošetřovatelství v neurologii 33
1.3.2 Funkce ošetřovatelství při uspokojování potřeb pacientů 34
1.3.3 Role sestry v iktovém centru 36
1.3.4 Uspokojování potřeb pacientů v iktovém centru 38
1.3.5 Rehabilitační ošetřovatelství v iktovém centru 52
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY 55
2.1 Cíle práce 55
2.2 Výzkumné otázky 55
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ 56
4 METODIKA 58
4.1 Metodika výzkumu 58
4.2 Charakteristika výzkumného souboru 59
4.3 Strategie sběru dat 60
4.4 Metodika zpracování dat 61
5 VÝSLEDKY 63
5.1 Seznam kategorií 63

5.1.1 Rozhovory s osobami poskytujícími péči 63
5.1.2 Rozhovory s osobami přijímajícími péči 66
5.2 Analýza výzkumných zjištění 67
5.2.1 Zpracování rozhovorů s osobami poskytujícími péči 67
5.2.2 Zpracování rozhovorů s osobami přijímajícími péči 135
6 DISKUSE 148
7 ZÁVĚR 166
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 169
9 PŘÍLOHY 175
10 SEZNAM ZKRATEK 176

ÚVOD

„Děkuji pacientům a klientům za to,
že i v jejich cestách smím hledat tu svoji.“
Petr Goldmann
(Baštecká, Goldmann, 2001)

V posledních desetiletích přibylo v medicíně mnoho teoretických i klinických poznatků o problematice cévních mozkových příhod (CMP), o jejich etiologii, patofyziologii, diagnostice i léčebných možnostech. Do běžné praxe byla zavedena kauzální léčba prostřednictvím trombolýzy, nové neuroradiologické diagnostické metody, intervenční endovaskulární techniky a chirurgické metody, díky kterým lze pozitivně ovlivnit a někdy dokonce zvrátit negativní průběh cévní mozkové příhody. Mnoho pacientů, kteří obdrží špičkovou léčbu, se vrací zpět do života s žádným nebo minimálním deficitem. I přesto je třeba věnovat pozornost rizikovým faktorům a prevenci recidivy. Na druhé straně stále mnoho lidí následkem CMP umírá nebo je trvale invalidizováno. Proto se mnoho odborníků zabývá tím, jak péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou dále zlepšovat, zejména v akutní fázi, kdy lze nejvíce ovlivnit vývoj onemocnění a tím i budoucnost pacienta.

Síť komplexních cerebrovaskulárních a iktových center má v ČR zatím jen nedlouhou historii počínající kolem roku 2008, kdy vznikly první předpisy o certifikaci specializovaných center. Kvalitně poskytovanou péčí v těchto centrech lze zmírnit následky cévní mozkové příhody a zlepšit tak kvalitu budoucího života pacientů, což má obrovský význam jak z hlediska individuálního, tak i celospolečenského a ekonomického.

V oblasti cévních mozkových příhod se postupně rozšiřují i poznatky ošetřovatelské, ale jen pomalu se zvyšuje dostupnost ošetřovatelské literatury o akutní ošetřovatelské péči při CMP, třebaže má ošetřovatelská péče obrovský potenciál v pozitivním působení na pacienty a v prevenci chorob, podobně i v předcházení komplikacím. Stejně tak může chybně poskytovaná ošetřovatelská péče vést k fatálním následkům. Dostupná ošetřovatelská literatura o problematice CMP je povětšinou zaměřena na dlouhodobé a pozdní následky CMP. Důkladné zmapování ošetřovatelských činností při akutní péči v iktových centrech stále chybí, přitom je jedním z důležitých předpokladů kvalitní a komplexní ošetřovatelské péče v těchto

centrech. Kritické hodnocení ošetřovatelské péče není jen nástrojem hledání chyb a nedostatků, ale je podkladem pro rozvoj dalších poznatků a zlepšování kvality ošetřovatelské péče.

V současnosti existují definované požadavky na personální obsazení iktových center. O požadavcích na specializaci všeobecných sester (dále jen sester) se v nich mluví jen málo. V iktových centrech pracují sestry s různým typem a rozsahem dalšího vzdělání a také s různou délkou praxe. Specializační vzdělávání je v mnoha případech zaměřeno jen obecně (sestry se specializací pro anesteziologicko-resuscitační intenzivní péči). Mnoho sester iktových center nemá žádné specializační vzdělání. Přitom ošetřovatelská péče v iktovém centru si žádá specifický přístup ošetřovatelského personálu, který si musí umět určit priority pro daného pacienta v daném okamžiku. Plejáda možných příznaků a postižení a s tím souvisejících ošetřovatelských problémů je u pacientů s cévní mozkovou příhodou velmi variabilní a rozvětvená. Sestry proto musí umět pacientovy problémy včas rozpoznat, předcházet jim, umět je efektivně zhodnotit a samozřejmě navázat vhodnými intervencemi s cílem pacientův problém zmírnit či odstranit v co nejkratším časovém období, aby tak předešly závažným komplikacím základního onemocnění a pomohly zlepšit a posílit zdraví pacienta.

Cévní onemocnění mozku se liší od ostatních onemocnění zejména tím, že pro další budoucnost pacienta jsou rozhodující zejména první minuty až hodiny od vzniku onemocnění. Anglický výraz „time is brain“ (doslovně: čas je mozek) dostatečně vystihuje smysl veškerého konání zdravotníků. Veškerý personál proto musí jednat rychle, uvědoměle, cíleně a efektivně. Proto si tedy klademe otázky, jaké ošetřovatelské činnosti jsou pro sestry v iktových centrech specifické, jakým komplikacím mohou sestry u svých pacientů efektivně předcházet a jaké překážky či omezení jim v tom brání.

1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY

1.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (neboli iktus) patří mezi cerebrovaskulární onemocnění, jež jsou významnou skupinou neurologických chorob (Ambler, 2007). Cévní onemocnění mozku se vyznačují postižením normálních mozkových funkcí v důsledku poruchy krevního zásobení mozkové tkáně, kdy postižení může být v různém rozsahu od drobného a krátkodobého až po velmi těžké a trvalé (Brichta, 2008). Cévní mozkové příhody se obvykle klasifikují podle typu postižení na ischemické cévní mozkové příhody (iCMP, 80 % všech CMP) a hemoragické cévní mozkové příhody, které se dle lokalizace krvácení dále rozdělují na parenchymová krvácení (intracerebrální hemoragie, ICH, 15 % všech CMP) a subarachnoidální krvácení (subarachnoidální hemoragie, SAH, 5 % všech CMP) (Kalita, 2006; Krajíčková, 2006). Barrett a Meschia (2013) rozdělují průběh onemocnění do čtyř fází dle doby, která uběhla od počátku příznaků, na fázi hyperakutní (do 24 hodin), akutní (24 hodin až 4 týdny), subakutní (1 až 3 měsíce) a chronickou (více než 3 měsíce).

1.1.1 Epidemiologický výskyt CMP

Statistiky epidemiologického výskytu CMP v České republice nutí k zamyšlení, neboť úmrtnost na cévní mozkové příhody stoupá, a to dokonce rychleji než úmrtnost na cévní onemocnění srdce (Kalita, 2006). CMP je druhou až třetí nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých zemích a nejčastější příčinou dlouhodobé invalidity (Škoda et al., 2016). Srovnejme, že Krajíčková (2006) a Brichta (2008) uvádějí, že cévní onemocnění mozku jsou v příčinách úmrtí ve vyspělých zemích na třetím místě po kardiovaskulárních a nádorových onemocněních, zatímco Kalvach et al. (2010) jim přisuzuje v celosvětovém měřítku druhé místo hned za koronárními ischemiemi. Kalvach et al. (2010) dále uvádí celosvětovou roční incidenci iktů 15 milionů, přičemž třetina postižených umírá a další třetina zůstává invalidizována. Incidence cévních mozkových příhod v Evropě se pohybuje od 2 až 2,5 na 1 000 obyvatel v západní Evropě po 3 až 5 na 1 000 obyvatel ve východní Evropě a vlivem

demografických změn se předpokládá roční nárůst o 1 až 1,5 % (Veverka a Kaňovský, 2015). Krajíčková (2006) srovnává, že u osob mladších 40 let je roční incidence ischemických iktů 5 až 10/100 000 obyvatel, u osob starších 65 let dosahuje incidence 1 000 až 2 000/100 000 obyvatel. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2010a, dále jen MZ ČR) uveřejnilo informaci, že incidence CMP v ČR je dvoj- až trojnásobně vyšší ve srovnání s ostatními vyspělými zeměmi Evropy. Kalita (2006) uvádí i dvojnásobnou mortalitu na CMP ve srovnání se zeměmi západní a severní Evropy, což informace z MZ ČR (2015a) potvrzují.

1.1.2 CMP jako celospolečenský problém

Kalita (2006) zdůrazňuje značné negativní ekonomické dopady vysokého výskytu cévních mozkových příhod a to hned z několika důvodů: onemocnění stále častěji postihuje osoby v produktivním věku, je velmi častou příčinou invalidity, demence a také deprese (u osob nemocných i u osob pečujících). Rovněž Krajíčková (2006) uvádí velkou zdravotní a ekonomickou náročnost onemocnění z důvodu dlouhodobých následků, které u 1/3 osob po prodělané CMP zapříčiní trvalou nesoběstačnost a závislost na pomoci druhých. Také Brichta (2008) uvádí, že každý třetí pacient, který přežije, je postižen závažným neurologickým deficitem. Z toho důvodu zdůrazňuje Krajíčková (2006) účinnou prevenci a léčbu CMP jako důležitý úkol současné medicíny. Vaňásková (2004) vidí stávající zlepšení léčby v akutní fázi CMP jako významný krok ke snížení mortality a prodloužení délky života postižených, ale jako rehabilitační lékařka zdůrazňuje, že reziduální disabilita je přetrvávající významný problém zdravotní péče, a uvádí, že vhodnou léčebnou rehabilitací lze ovlivnit stav nemocného, minimalizovat poruchu, usnadnit návrat do běžného života a snížit tak ekonomické náklady na léčbu i dlouhodobou péči o nemocné s CMP. Veverka a Kaňovský (2015) uvádějí, že výsledný funkční deficit je určen negativními příznaky syndromu horního motoneuronu (oslabení, ztráta zručnosti a rychlá unavitelnost), ale dodávají, že významnou roli hraje také spasticita, která se vyskytuje u 20 až 40 % osob po iktu a která je ovlivnitelná medikamentózně ve spojení s rehabilitací.

Kalita (2006) uvádí, že na přelomu 20. a 21. století došlo k výraznému pokroku v léčbě CMP a to zejména ischemických, pro které byla vypracována nová organizační a léčebná doporučení na podkladě EBM. Kaňovský (2015) považuje za nejvýznamnější

událost zavedení semiinvazivní terapie v léčbě akutního ischemického iktu do rutinní praxe. Uvádí, že intraarteriální (lokální) trombolýza s možností endovaskulární intervence a vytvoření sítě iktových a komplexních cerebrovaskulárních center posouvá léčbu iCMP do nové dimenze (Kaňovský, 2015). MZ ČR (2010a) uvedlo, že pro dosažení optimální léčebné i ošetřovatelské péče a pro dosažení efektivity vložených prostředků je nutná kontinuální a cílevědomá snaha o zlepšování kvality péče poskytované v komplexních cerebrovaskulárních a iktových centrech. Kalvach et al. (2010) uvádí, že hospitalizace na iktové jednotce má až 4,5 krát vyšší efekt na snížení nákladů než pouhá aplikace trombolytické léčby.

S moderní reperfuzní léčbou přichází naděje na lepší terapii iktů, ale pouze u nemocných, kteří se dostanou do zdravotního zařízení časně po projevení symptomu (Widimský et al., 2014). Kalvach et al. (2010) vidí rezervy ve vzdělanosti veřejnosti i záchranných služeb a považuje za důležité vštěpovat lidem poznatek, že u CMP rozhodují první vteřiny, a proto nesmí otálet s přivoláním pomoci již v okamžiku nástupu prvních příznaků. Page a McKinney (2012) popisují Face Arm Speech Test (FAST), který je nástrojem pro rychlé přednemocniční rozpoznání pacientů s iktem, kteří mají být urgentně transportováni do nemocnice. Strukturu testu uvádíme v příloze č. 1. V letech 2006 – 2009 byla v České republice realizována rozsáhlá edukační kampaň, která zahrnovala mimo jiné 978 mediálních výstupů, založení internetové stránky www.mozkovaprihoda.cz a každoroční Dny otevřených dveří iktových jednotek, která však nepřinesla kýžené zlepšení reakce veřejnosti na první příznaky CMP, a proto je třeba hledat nové účinnější strategie, jak ovlivnit chování lidí (Mikulík, 2010). Z průzkumu Utľákové a Dimunové (2014) rovněž vyplývá, že laická veřejnost nemá dostatečné povědomí, jak postupovat při prvních příznacích CMP. To si uvědomují také Cerebrovaskulární sekce ČNS ČLS JEP, Radiologická společnost ČLS JEP a také Česká společnost intervenční radiologie ČLS JEP, které společně zorganizovaly celostátní mediální kampaň „Čas je mozek“, která byla započata v říjnu 2015 (Roček et al., 2016). Kalita (2006) navrhuje edukovat zejména rizikové skupiny osob, ke kterým řadí osoby s hypertenzí, diabetem mellitem a s ischemickou chorobou srdeční (zejména s fibrilací síní), doporučuje poučit i jejich rodinné příslušníky a zmiňuje i vhodnost dostatečného vzdělání praktických lékařů v této problematice. Například izolované vertigo může být varovným příznakem hrozící závažné ischemie ve vertebrobazilárním povodí (Kalita, 2006).

Problematikou CMP se zabývá mnoho národních i mezinárodních organizací, jejichž seznam uvádíme v příloze č. 2.

1.1.3 Cévní zásobení mozku

Mozek má vysoké metabolické nároky a jeho správná funkce je závislá na dostatečném přísunu glukózy a kyslíku, které jsou dodávány krví (Kalita, 2006). K nedostatku živin je mozek mnohem citlivější než ostatní tělesné systémy (Krajíčková, 2006). Mozek spotřebuje za minutu 15 – 20 % kyslíku dodaného do organismu při normálním dýchání (Ambler, 2007) a využije až 50 % celkové spotřeby glukózy (Kalita, 2006), ačkoliv zaujímá pouze 2 % hmotnosti organismu (Kalita, 2006; Krajíčková, 2006).

Mozek je cévně zásoben čtyřmi hlavními tepnami: arteria carotis dextra et sinistra a arteria vertebralis dextra et sinistra; tyto tepny se spojují spojkami a vytvářejí Willisův arteriální okruh, ze kterého odstupují další tepny zásobující mozek krví (Ambler, 2007). Willisův okruh může být mírně variabilní (Kalita, 2006). Karotidy zásobují za normálních okolností mozek 85 % okysličené krve, zatímco vertebrální tepny pouze zbylými 15 % (Ambler, 2007). Ischemické ikty bohužel postihují častěji právě karotické povodí a to až v 80 % případů (Kalita, 2006).

Konstantní dodávka kyslíku a živin je zajištěna stálým mozkovým průtokem (CBF – cerebral blood flow) v rozmezí 40-60 ml/100 g mozkové tkáně/min (Ambler, 2007). Krajíčková (2006) uvádí hodnotu CBF v užším rozmezí 50-55 ml/100 g tkáně/min. V klidu přitéká do mozku asi 800 ml krve za minutu, což představuje 15 až 20 % celkového srdečního výdeje (Kalita, 2006).

1.1.4 Typy CMP a jejich charakteristika

Porucha krevního zásobení mozkové tkáně může mít řadu příčin, mezi které obecně patří poškození zásobujících cév uvnitř lebeční dutiny i mimo ni, poškození kardiovaskulárního systému nebo některé hematologické choroby (Brichta, 2008).

Ischemické cévní mozkové příhody

Dle Kality (2006) je ischemický iktus nejčastější typ CMP (80 % všech CMP). Krajíčková (2006) uvádí, že podstatou iCMP je důsledek nepoměru mezi potřebou a dodávkou kyslíku mozkovému parenchymu, který vede nejprve k dysfunkci mozkových buněk (reverzibilní projevy mozkové ischémie) a při déle trvající hypoperfuzi k ireverzibilní nekróze neuronů, tzv. mozkovému infarktu. Kalita (2006) uvádí, že ischemické ikty jsou často nepříznivé, až v 60 % fatální a při okluzi a. basilaris uvádí mortalitu až 90 %.

Za nejčastější příčiny ischemického iktu Kalita (2006) považuje příčiny tromboembolické, aterotrombogenní, kardioembolické a onemocnění malých mozkových tepen. Krajíčková (2006) zmiňuje stejné etiopatogenetické mechanismy vzniku iktů a specifikuje, že ikty vzniklé tromboembolickým mechanismem (tzv. makroangiopatie) představují zastoupení 20 až 40 % a zahrnují i aterosklerotické stenózy velkých tepen; ikty vzniklé kardioembolickým mechanismem podle ní představují 15 až 30 %; onemocnění malých mozkových tepen (tzv. lakunární ikty) jsou podle ní zastoupeny v 15 až 30 % (tzv. mikroangiopatie). Kromě toho Krajíčková (2006) uvádí ještě skupinu ischemických iktů ze vzácných příčin (5 %), k nimž řadí neaterosklerotické vaskulopatie, disekce tepen, vaskulitidy, hematologická onemocnění a koagulopatie. Zjednodušeně tedy dělíme ischemické ikty dle etiologie do čtyř skupin: embolické, trombotické, lakunární a hemodynamické (Widimský et al., 2014).

Kalita (2006) dále dělí iCMP dle lokalizace nebo podle doby trvání klinických symptomů. Z hlediska lokalizace rozlišuje dvě hlavní skupiny: ikty vzniklé v karotickém povodí (80 % iCMP) a ikty ve vertebrobazilárním povodí (20 % iCMP) (Kalita, 2006). Krajíčková (2006) uvádí dělení iCMP dle délky trvání klinické symptomatiky na TIA (tranzitorní ischemická ataka), která do 24 h zcela vymizí, a dokončené CMP, u nichž trvá ložisková symptomatika řadu dnů i týdnů a po odeznění akutní fáze zůstávají trvale vyjádřené reziduální příznaky.

Kalita (2006) i Krajíčková (2006) blíže popisují termín ischemický polostín (ischemic penumbra), který je vysvětlením pro možnost kauzální léčby v akutní fázi iCMP. Podle Kality (2006) vzniká ischemický polostín při kritickém snížení regionálního mozkového průtoku (rCBF) pod 18-22 ml/100 g mozkové tkáně/min při současném vyčerpání autoregulačních mechanismů a současně dochází k manifestaci klinického obrazu akutní cévní mozkové příhody. Rovněž Krajíčková (2006) považuje

perfuzi pod 18 ml/100 g/min za hranici, kdy dochází ke ztrátě informační funkce neuronů z poruchy synaptického přenosu. V tomto okamžiku jsou podle Kality (2006) neurony mozkové tkáně ještě životaschopné a zanikají až při dalším poklesu rCBF pod 8-10 ml/100 g/min, kdy v ischemickém jádře nekrotizuje 95 % buněk. Podle Krajíčkové (2006) dochází při poklesu perfuze na 8-10 ml/100 g/min k počínajícímu selhání Na/K pumpy s následným intracelulárním přesunem Ca iontů a s tím související smrti neuronu. Podle Kality (2006) v okolní tkáni přetrvává ischemický polostín, ve kterém má 95 % buněk naději na obnovu do původního funkčního stavu, pokud nedojde k progredující ischemii, ale naopak se obnoví dostatečná perfuze. Jinými slovy Krajíčková (2006) definuje termín ischemický polostín jako stav poruchy funkce neuronů ve tkáni bezprostředně obklopující oblast infarktu při uchované životaschopnosti mozkových buněk. Ve tkáni ireverzibilně poškozené ischemií se rozvíjejí katabolické procesy, acidóza, tvoří se volné kyslíkové radikály, dochází k lipolýze a proteolýze buněčných membrán (Šeblová a Šrámek, 2014).

Léčebné okno, kdy je možné ochránit buňky ischemického polostínu léčebným zásahem, je stanoveno na období 3 až 6 hodin od prvních příznaků iktu (Kalita, 2006). Tato doba je u každého člověka individuálně ovlivněna a léčebné okno může být u některých osob až dvojnásobně dlouhé nebo naopak kratší (Kalita, 2006). Experimentálně bylo ověřeno, že neuron v anoxii přežívá déle než jen doposud uvažovaných 5 minut, ve skutečnosti 20 až 60 minut, ale mnohem nebezpečnější je pro něj laktátová acidóza (Krajíčková, 2006).

V závislosti na lokalizaci se ischemické ikty projevují různými klinickými příznaky, kdy se maximum projevů objevuje zpravidla bezprostředně po náhlém vzniku iktu, a v případě příznivého vývoje tyto projevy ustupují (Krajíčková, 2006).

V patogenezi onemocnění se kromě ložiskových příznaků uplatňuje mechanismus nitrolební hypertenze, jejíž závažnost je závislá na velikosti ischemického ložiska, což je ovlivněno individuálním stavem anastomotického systému, rychlostí okluze, hodnotě krevního tlaku, viskozitě a osmolaritě krve a na premorbidním uspořádání cévního řečiště (Krajíčková, 2006).

Léčba iCMP má dle EBM tři hlavní součásti, kterými je: 1) obnovení perfuze v ischemické oblasti, 2) prevence druhotného postižení a rozšíření ischemické léze, 3) včasná, specializovaná a individualizovaná rehabilitace (Kalita, 2006).

Vzhledem k tomu, že většina mozkových infarktů je způsobena okluzí tepny zásobující krví určitou část mozkové tkáně, je specifickou léčbou rekanalizační terapie, která má za cíl co nejdříve zprůchodnit uzavřenou tepnu, přičemž čas je jedním z nejdůležitějších prognostických faktorů pro budoucí soběstačnost pacienta (Šaňák, 2015). Šaňák (2015) dále uvádí, že reperfúze je nejúčinnější terapie, ale optimální metody provedení rekanalizace se stále hledají, aby bylo dosaženo vysoké účinnosti a co nejnižšího rizika komplikací. Farmakologickým léčebným prostředkem je trombolytická léčba, která by měla prostřednictvím rozpuštění cévního uzávěru zabránit rozšíření oblasti ischemického polostínu a v ideálním případě zcela zabránit vzniku mozkového infarktu (Krajíčková, 2006). Prosté intravenózní podání trombolytika dokáže obnovit průtok ve velké mozkové tepně pouze ve čtvrtině případů, což je o polovinu méně než v případě infarktu myokardu, ale zároveň může vést v 6 až 8 % případů k závažnému intrakraniálnímu krvácení, což je naopak třikrát častěji než při trombolytické léčbě infarktu myokardu (Widimský et al., 2014). Existují dvě základní techniky provedení trombolytické léčby, kterými jsou intravenózní systémová trombolýza (IVT) a lokální intraarteriální trombolýza (LIT), které mohou být v praxi kombinovány (Krajíčková, 2006; Slezáková, 2014). Řada pracovišť kombinuje intravenózní trombolýzu s následnou katetrizační trombektomií, ale kombinace těchto dvou léčebných postupů vyvolává diskuse (Widimský et al., 2014).

Dle metodického pokynu MZ ČR (2012b) je k léčbě systémovou trombolýzou indikován pacient s akutní iCMP v časovém okně do 4,5 h od objevení prvních příznaků, pokud splňuje vstupní kritéria, a v případě okluze bazilární tepny i v čase delším než 4,5 hodiny od rozvoje příznaků, ale pouze v komplexním cerebrovaskulárním centru. Pro léčebné okno je užíván rovněž anglický termín „onset-to-needle time“ (Vaško, 2015), což volně přeloženo znamená období od prvních příznaků do podání trombolytické léčby. O provedení IVT rozhoduje lékař iktového centra na základě vyhodnocení klinických, laboratorních a radiologických kritérií (Krajíčková, 2006). Systémová trombolýza se provádí za použití rekombinantního aktivátoru tkáňového plazminogenu (rtPA) v doporučené dávce 0,9 mg/kg v hodinové infuzi, která se zahájí počátečním bolusem obsahujícím 10 % celkové dávky (Slezáková, 2014). K objektivnímu zhodnocení stavu pacienta se běžně používá škála NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), která poskytuje také prognostické

informace a pomáhá identifikovat nemocné s vyšším rizikem hemoragie při trombolýze (Kalita, 2006). Strukturu škály NIHSS uvádíme v příloze č. 3.

V souvislosti s podáváním systémové trombolýzy se také diskutuje o časovém intervalu „door-to-needle time“ (doslova ode dveří k jehle), což je časový úsek od přivezení pacienta do nemocnice do podání terapie, který se snaží poskytovatelé péče zkrátit na minimum a zvýšit tak pacientovy šance na uzdravení, neboť v případě uzávěru velké mozkové tepny znamená jedna minuta ztrátu až jednoho milionu neuronů (Vaško, 2015). *V iktové péči „máme čas” neexistuje! Časové okno představuje jenom údaj, dokdy je maximálně možné podat trombolýzu, nikoli důvod k časové prodlevě* (Vaško, 2015, s. 30). Je to období, ve kterém je nutné zajistit nezbytnou diagnostiku před zahájením IVT, stanovit tíži neurologického deficitu, škálu NIHSS, nekontrastní CT nebo MR, stanovit glykémii a INR a tento čas by neměl přesáhnout 60 minut (Neumann, 2015). Morrison (2014) používá termín Golden Hour (zlatá hodina). Widimský et al. (2014) uvádí, že podání trombolytika má jednoznačný přínos pouze do 90 minut od začátku příznaků, trombolýza podaná v intervalu od 90 do 180 minut pouze zlepšuje některé neurologické funkce a v čase nad 180 minut je příznivý efekt trombolýzy sporný.

Po podání tPA následuje intenzívní monitorace pacienta, jeho vitálních funkcí a neurologického stavu, v následujícím časovém schématu: od počátku infuze s trombolytikem každých 15 minut po dobu 2 hodin, každých 30 minut následujících 6 hodin a každou hodinu následujících 16 hodin až do uplynutí intervalu 24 hodin (Morrison, 2014). Po podání trombolytické léčby zůstává trvale nesoběstačných přibližně 30 % pacientů, 20 % pacientů do tří měsíců umírá a 50 % pacientů má minimální nebo žádný neurologický deficit (Bláhová, 2010). Srovnejme s údaji Neumanna (2015), který uvádí, že příznivého klinického stavu (tzn. hodnoty 0 – 3 dle modifikované Rankinovy škály) lze za 3 měsíce od IVT dosáhnout přibližně u 42 % pacientů. Modifikovanou Rankinovu škálu lze použít k rychlému zhodnocení následků CMP za použití krátkého dotazníku (Bruno et al., 2010). Modifikovanou Rankinovu škálu a schéma dotazníku uvádíme v příloze č. 4.

U vybraných pacientů lze dle klinického stavu využít další specifické terapeutické postupy jako je mechanická rekanalizace, intraarteriální trombolýza, karotická endarterektomie (CEA) či neurochirurgické zákroky (např. dekompresní kraniektomie) (Škoda et al., 2016). Šaňák (2015) predikuje, že lze očekávat podobný trend jako

v kardiologii, kdy mechanické metody předčí metody farmakologické, případně mohou být mechanické a farmakologické metody úspěšně kombinovány. K mechanickým metodám rekanalizace Šaňák (2015) řadí užití retrieverů, endovaskulárního laseru či ultrazvuku, primární intrakraniální angioplastiku, ultrazvukovou trombotripsi, sonotrombolýzu a desobliteraci karotidy. Stent-retriever je speciální trombektomický katétr užívaný k extrakci trombu, který postupně nahrazuje dříve užívaný Merci katétr (Widimský et al., 2014).

Hemoragické cévní mozkové příhody

Kalita (2006) dělí hemoragické cévní mozkové příhody (označované též jako mozkové krvácení či hemoragický iktus) na intracerebrální hemoragie – ICH (15 % iktů) a subarachnoidální hemoragie – SAH (5 % iktů). Krajíčková (2006) dále dělí ICH, neboli mozková parenchymová krvácení, na hypertonická a normotonická. Při intracerebrálním krvácení dochází k ruptuře cévy za vzniku intracerebrálního hematomu (Šeblová a Šrámek, 2014). Parenchymové krvácení se vyskytuje výrazně méně často než iCMP, ale jeho průběh bývá závažnější, neboť postihuje mladší věkové skupiny (průměrný věk nemocných s ICH je 56 let), prognóza bývá nepříznivá, úmrtnost do 30 dnů od vzniku ICH je 40 až 50 % (Krajíčková, 2006). Kalita (2006) dodává, že pouze 1/5 nemocných s ICH dosáhne do 6 měsíců plné funkční nezávislosti a tak se hemoragie stávají nákladnější z hlediska zdravotní a sociální péče. Nejtypičtějším místem vzniku hypertonického krvácení jsou dle Krajíčkové (2006) bazální ganglia, pons, talamus a mozeček a vlastní příčinou krvácení je dle autorky ruptura mikroaneuryzmat v těchto oblastech. Podobně Kalita (2006) udává, že malé tepénky, které jsou postiženy hypertenzí, prasknou nejčastěji v hlubokých subkortikálních oblastech, v mozečku a mozkovém kmeni. Normotonická krvácení se typicky vyskytují v bílé hmotě mozkových laloků, tzv. lobární hematomy, a v jejich patogenezi se uplatňují cévní malformace, mozkové nádory, vaskulitidy, cerebrální amyloidové angiopatie, ale také antikoagulancia (0,3 – 1,8 % osob užívajících warfarin), trombolytická léčba (0,4 – 1,3 % při léčbě akutního infarktu myokardu a mnohonásobně vyšší riziko při léčbě iCMP) a sympatikomimetika, např. amfetamin či kokain (Krajíčková, 2006). Kalita (2006) zmiňuje podíl amyloidové angiopatie zejména u osob starších 70 let. Spontánní subarachnoidální krvácení je ve většině případů důsledkem ruptury aneuryzmatu, což zapříčiňuje vysokou mortalitu na toto onemocnění

(přes 50 %) a i když představuje nejméně častou skupinu cévních mozkových příhod (5 %), představuje 25 % celkové úmrtnosti na CMP (Krajíčková, 2006).

Poškození mozkové tkáně při ICH probíhá ve dvou fázích: nejprve dojde k primární devastaci mozkového parenchymu následkem tříštivého arteriálního krvácení a nastávají nezvratné změny, v další fázi vzniká sekundární mozkové poškození, které se vyvíjí dle charakteru krvácení v rámci minut, hodin až dnů a na jeho rozvoji se podílí řada patologických procesů, jejichž potlačení je cílem léčby ICH (Krajíčková, 2006). Kalita (2006) uvádí, že progrese krvácení a vznik mozkového edému vedou ke zvýšení intrakraniálního tlaku (ICP). Léčba ICH může být chirurgická nebo konzervativní, přičemž konzervativní léčba zahrnuje léčbu hypertenze, kontrolu intrakraniálního tlaku a ostatní medikamentózní léčbu (Kalita, 2006). Základem léčby SAH je chirurgická nebo endovaskulární intervence, jejímž cílem je vyřadit krvácející aneurysma z cirkulace (Krajíčková, 2006).

1.1.5 Klinický obraz CMP

Klinické příznaky iktu nejsou specifické pro ischemii nebo hemoragii (Kalita, 2006). K příznakům CMP patří jednostranné kontralaterální poruchy hybnosti (parézy nebo plegie horních a dolních končetin, poruchy hybnosti mimických svalů, patologické reflexy na horních i dolních končetinách – pozitivní Babinského příznak, snížený příznak Achillovy šlachy, snížení svalové síly, spazmy), poruchy chůze (neschopnost chůze, spasticita, rigidita, ataxie), jednostranné poruchy citlivosti (parestezie, hypestezie, anestezie, dysestezie), poruchy vyšší nervové činnosti (dysfázie, afázie, dezorientace místem, časem, osobou, poruchy pozornosti, abstraktního myšlení, výpadky paměti), poruchy zraku a zorného pole (např. homonymní hemianopsie s deviací hlavy a bulbů k ložisku, ptóza víčka, diplopie), mozečkové příznaky (závratě, nystagmus, vomitus, ataxie) a kmenové příznaky (poruchy vědomí, dýchání a polykání) (Krajíčková, 2006; Masár, 2012; Slezáková, 2014). Krajíčková (2006) blíže popisuje možné poruchy vyšší nervové činnosti jako gnostickou poruchu (porucha poznávání), anozognózii (nemožnost náhledu na vlastní onemocnění), mnestickou poruchu (porucha paměti). Kalita (2006) uvádí možnou dyskalkulii a poruchu časoprostorové orientace. Může dojít také k psychické alteraci, obvykle charakteru apaticko-abulického syndromu nebo amentně-delirantního syndromu, např. při krvácení do mozkového parenchymu, což může výrazně ztížit a zkomplikovat péči o nemocného (Krajíčková, 2006).

V případě intracerebrální hemoragie se vedle fokálního neurologického deficitu objevuje porucha vědomí, bolest hlavy, nauzea, zvracení a hypertenze, při subarachnodiálním krvácení se přidružují meningeální příznaky (Šeblová a Šrámek, 2014). Zatímco příznaky iCMP bývají nejvýraznější v počátku a často se v průběhu dalších hodin zmírňují, pro parenchymová krvácení bývá typické plynulé zhoršování příznaků během následujících minut a hodin (Krajíčková, 2006).

1.1.6 Rizikové faktory CMP

Dle Krajíčkové (2006) zůstávají přes pokroky v léčbě CMP nejdůležitějším nástrojem opatření zaměřená na prevenci a pozitivní modulace rizikových faktorů. Krajíčková (2006) tyto faktory rozděluje do tří skupin: a) neovlivnitelné (věk, pohlaví, rasa, rodinná zátěž), b) prokázané, ovlivnitelné (arteriální hypertenze, diabetes mellitus, hyperlipidémie, kouření, asymptomatická karotická stenóza, fibrilace síní a jiná kardiální onemocnění) a c) méně prokázané, potenciálně ovlivnitelné (obezita, konzumace alkoholu, hyperhomocysteinémie, drogová závislost, hyperkoagulační stavy, hormonální substituční léčba, orální kontraceptiva, zánětlivé procesy). Podle Krajíčkové (2006) stojí v popředí rizikové faktory aterogeneze, která je hlavní příčinou nejčastějšího typu (iCMP) a současně je i hlavním rizikovým faktorem spontánního intracerebrálního krvácení a zvyšuje riziko jeho vzniku až 3,9 krát. Kalita (2006) doporučuje v prevenci iktu využívat nefarmakologické prostředky, kterými jsou úprava životního stylu, pravidelná fyzická aktivita, omezení příjmu soli, dieta s nenasycenými tuky a vlákninou, vyšší konzumace zeleniny, snižování hladiny cholesterolu, redukční dieta při nadváze, korekce hladiny glukózy a absolutní zákaz kouření.

Rizikové faktory vzniku SAH souvisí zejména s faktory ovlivňujícími vznik intrakraniálních aneurysmat, mezi které řadí Krajíčková (2006) podobné faktory jako u ostatních typů CMP: kouření, arteriální hypertenzi, konzumaci většího množství alkoholu, užívání drog a hypercholesterolémii a současně udává vyšší riziko vzniku aneurysmat u osob ženského pohlaví. K nejvýznamnějším rizikovým faktorům ICH patří hypertenze (zejména systolická), vysoký věk a sním související výskyt amyloidní angiopatie, abúzus alkoholu, hypercholesterolémie, kouření, diabetes mellitus, nadváha, mužské pohlaví, proběhlý iktus v anamnéze (Kalita, 2006). Riziko recidivy u pacientů s ICH je 2,4 % za rok (u ischemických iktů jsou to 3 %), ale pacient po ICH je rizikový jak z hlediska vzniku nové ICH, tak TIA (Kalita, 2006).

1.1.7 Komplikace iktu a možnosti jejich prevence

Akutní péče o pacienty s iktem zahrnuje včasnou diagnostiku a léčbu všech komplikací, které ohrožují nemocného zejména v prvních 24 až 48 hodinách od vzniku příhody, a komorbidit, které mohou být zároveň rizikovými faktory iktu (Kalita, 2006). Důležitost sekundární prevence iktů spočívá dle Kality (2006) zejména v tom, že při opakovaném výskytu CMP se zvyšuje úmrtnost, snižuje se šance na obnovu tělesných funkcí, prodlužuje se hospitalizace a zvyšují se náklady na léčbu.

Kalita (2006) jmenuje následující komplikace CMP: mozkový edém, poruchy respirace, arytmie, infarkt myokardu, zvýšení TK, akutní přetížení srdce, dehydratace a dysbalance vnitřního prostředí, časná recidiva iktu, epileptické záchvaty, močová dysfunkce a infekce močového traktu, bronchopneumonie, dekubity, pády, hluboká žilní trombóza, plicní embolie, bolesti, psychické komplikace. V souvislosti s podáním trombolytické léčby může dojít ke krvácivým komplikacím, vzácněji se po aplikaci trombolýzy objevuje nevolnost, zvracení, třesavka, vzestup teploty, kopřivka, bolest hlavy, křeče a zmatenost (Bláhová, 2010).

Poruchy ventilace a oxygenace

Prioritním krokem akutní péče je zajištění dostatečné ventilace a prevence hypoxie, která by měla za následek zhoršení mozkového poškození u ischemických iktů i hemoragických (Krajíčková, 2006). Kalita (2006) uvádí nutnost suplementace kyslíkem při poklesu saturace pod 92 % a v případě reverzibilní respirační insuficience nutnost intubace. Navíc, jak uvádí Šamánková (2011), pocit dušnosti je pro pacienty velmi nepříjemný, může způsobovat psychickou nepohodu pacienta a někteří pacienti dokonce uvádějí, že by raději snášeli bolest než dušnost. Dušnost také snižuje chuť k jídlu a zvyšuje riziko aspirace stravy nebo tekutin (Šamánková, 2011).

Patologie vitálních funkcí a neurologického stavu

V akutní fázi onemocnění je nutná intenzivní monitorace pacienta a sledování známek progrese či regrese postižení (Krajíčková, 2006). Kalita (2006) uvádí, že intenzivní monitorace pomáhá včasnému záchytu komplikací, čímž lze ovlivnit časnou mortalitu a zlepšit prognózu CMP. K hlavním sledovaným parametrům v akutní fázi iktu Kalita (2006) řadí monitorování kardiálních a respiračních funkcí včetně měření saturace kyslíkem, měření krevního tlaku, bilanci tekutin a iontů a měření

tělesné teploty. Slezáková (2014) doporučuje posuzování neurologického stavu pacienta každých 15 až 30 minut, kdy je třeba zhodnotit úroveň vědomí, stav zornic, motorické a senzorické funkce, řečové funkce a obranné reflexy. Sestra sleduje stabilitu vaskulárního systému, hodnoty krevního tlaku a tepovou frekvenci, což poskytuje obraz o obnovení adekvátního průtoku krve mozkovou tkání (Slezáková, 2014). Kalita (2006) dodává, že u všech typů iktu existuje riziko vzniku epileptického záchvatu, zejména v prvních 24 hodinách. Zvýšené opatrnosti je třeba dbát také při zvyšování aktivity pacienta, která může způsobit zvýšení nitrolebního tlaku, projevující vzestupem krevního tlaku s výrazným rozpětím systoly a diastoly, bradykardií, dekortikačním nebo decerebračním postavením těla, snížením mozkových kmenových reflexů, neklidem nebo poruchou vědomí, a postupně dochází k rozvoji mozkového edému (Slezáková, 2014).

Pro pacienty s iCMP je dle Krajíčkové (2006) charakteristické přechodné zvýšení krevního tlaku (TK) během prvních hodin po vzniku iktu, což má vzhledem k porušené cerebrální autoregulaci průtoku krve ochranný vliv na mozkovou tkáň a jako kompenzační mechanismus slouží k zajištění dostatečné mozkové perfuze, krevní tlak by proto neměl být rychle snižován k normálním hodnotám. Kalita (2006) doporučuje léčbu hypertenze u nekomplikovaného nemocného s iCMP až při opakovaném zjištění systolického TK nad 220 mmHg nebo diastolického nad 120 mmHg a dále uvádí, že hodnoty TK nad 160/90 mmHg jsou v akutní fázi iktu běžné až u 75 % pacientů a u části pacientů toto zvýšení přetrvává týden až deset dní.

V případě mozkové hemoragie je hypertenze nežádoucí, protože zvyšuje nitrolební tlak, a proto by u ICH měly být drženy hodnoty středního arteriálního tlaku pod hranicí 130 mmHg (Krajíčková, 2006). K dalším okolnostem, které negativně působí na zvýšení intrakraniálního tlaku při krvácivých CMP, patří dle Krajíčkové (2006) hypertermie a generalizované epileptické konvulze, které musí být neprodleně potlačeny intravenózním podáním diazepamu.

Hypertermie je u pacientů s iktem častá (vyskytuje se až u 60 % pacientů) a měla by být tlumena, neboť bylo experimentálně prokázáno, že zvýšená tělesná teplota zvyšuje objem infarktu (Kalita, 2006). Zvýšená tělesná teplota může být přítomna také u pacientů se subarachnoidálním krvácením v důsledku aseptické iritace mening a bývá nejvyšší ve 4. a 5. dni od vzniku onemocnění (Krajíčková, 2006).

Hyperglykemie

Hyperglykemie se vyskytuje až u 2/3 pacientů v časné fázi CMP a to zejména v důsledku stresové reakce organismu (Kalita, 2006). V akutní fázi CMP musí být příjem glukózy korigován, neboť její vysoká hladina za stavu hypoxie poškozuje mozkové buňky vznikem laktátové acidózy při jejím anaerobním metabolismu (Krajíčková, 2006). Úprava hyperglykemie je významná pro další vývoj a prognózu onemocnění (Kalita, 2006).

Dehydratace

Dehydratace pacienta v akutní fázi CMP vede k hemokoncentraci a hyperviskozitě, což způsobuje zhoršení mozkového poškození (Krajíčková, 2006). Morrison (2014) uvádí při dehydrataci zvýšené riziko vzniku hluboké žilní trombózy. Mezi základní léčebné modality akutního CMP patří sledování příjmu a výdeje tekutin za účelem dosažení správné bilance tekutin, korekce případné minerálové dysbalance a měření centrálního žilního tlaku (Krajíčková, 2006). Sestra zajistí žilní vstup a podává tekutiny, elektrolyty a léky dle ordinace lékaře (Slezáková, 2014).

Edém mozku

Podle Kality (2006) je mozkový edém nejzávažnější komplikace ischemického iktu, neboť způsobuje vzestup intrakraniálního tlaku (ICP). Krajíčková (2006) uvádí mozkový edém jako hlavní příčinu smrti v prvních dnech po CMP. Mozkový edém dle Krajíčkové (2006) dosahuje vrcholu mezi 24. až 96. hodinou po vzniku iktu, Kalita (2006) uvádí maximum mezi 3. a 4. dnem. Edém je tím větší, čím větší je ischemické ložisko a projevuje se prohlubující se poruchou vědomí, anizokorií, změněnou reakcí zornic na osvit, oboustrannou pyramidovou symptomatikou, zvracením a periodickým charakterem dýchání (Krajíčková, 2006; Slezáková, 2014). Mozkový edém ohrožuje nemocného sekundárním poškozením mozkové tkáně (Slezáková, 2014). Ovlivnění mozkového edému je velmi obtížné a intrakraniální tlak lze snížit farmakoterapií a fyzikálními metodami (Krajíčková, 2006). Uložení pacienta na zádech a zvýšení hlavy do 30° za současného zajištění neutrální polohy hlavy a krku podporuje žilní návrat krve z oblasti mozku Slezáková (2014). Kalita (2006) dodává, že je třeba zabránit kompresi jugulární žíly a nepodávat roztoky glukózy nebo hypotonické roztoky. Při použití farmakologické léčby mozkového edému (např. mannitolem) považuje Krajíčková

(2006) za nezbytné zavést permanentní močový katetr s cílem zajistit precizní sledování bilance tekutin a sledovat riziko rozvoje hypovolemického hypersomolárního stavu.

Krvácivé komplikace

Po podání trombolytika sestra pacienta intenzivně monitoruje a sleduje výskyt krvácivých komplikací (Slezáková, 2014). Je nutno pátrat po možných zdrojích krvácení, zejména v oblasti místa vpichu, dásní, GIT, urogenitálního systému (Bláhová, 2010). Čas je jediný známý ovlivnitelný rizikový faktor vzniku krvácení, proto by se trombolytikum rtPA mělo podat do 4,5 hodin od vzniku obtíží (Krajíčková, 2006). Pokud dojde k masivnímu systémovému nebo intracerebrálnímu krvácení, je nutno aplikaci léku ihned ukončit, dle indikace lékaře je možné podat čerstvě mraženou plazmu, kryoprotein nebo čerstvou krev (Bláhová, 2010).

Poruchy příjmu potravy

Nutriční stav pacienta v době příhody a v následujících dnech je významný pro další vývoj iktu a výsledný klinický stav, neboť riziko opakování CMP souvisí se zvýšenou koncentrací globulinu a fibrinogenu a sníženou hladinou albuminu (Kalita, 2006). Dehydratace a malnutrice zpomalují proces zotavování po iktu (Morrison, 2014).

Poruchy polykání souvisí s postižením hlavových nervů a projevují se porušenou funkcí jazyka, který není schopen formovat sousto, nadměrným slinění a ztíženým polykáním (Slezáková, 2014). Takový stav je pak označován jako bulbární syndrom (Šamánková, 2011) a je charakteristický zejména obtížnějším polykáním tekutin ve srovnání s tužšími sousty a může mít různý stupeň vyjádření od obtížného polykání tekutin až po neschopnost cokoliv spolknout. Pojem bulbární označuje vztah k prodloužené míše, přičemž bulbární paralýza je postižení některých hlavových nervů vycházejících z této oblasti, které se projevuje poruchami polykání a žvýkání a také poruchami řeči (Vokurka a Hugo, 2007). Šamánková (2011) uvádí, že nejčastější příčinou bulbárního syndromu je ischemie nebo hemoragie ve vertebrobazilární oblasti, ale může být způsoben také edémem mozku. Jak uvádí Morrison (2014) screening dysfagie prováděný sestrami slouží k rychlému orientačnímu zhodnocení polykacích schopností a v případě zjištěné patologie je třeba zajistit konzultaci s logopedem.

Příjem stravy a tekutin může být narušen také nauzeou a zvracením, které je typické zejména u intracerebrálních hemoragií (Slezáková, 2014).

V případě zavedené NGS hrozí možnost aspirace zvratků po podání stravy (zejména u bolusového podávání) a dále hrozí nebezpečí vzniku dekubitu na stěně jícnu z déletrvajícího tlaku sondy (Krajíčková, 2006).

Infekční komplikace

Cévní mozková příhoda vede ke snížení správné imunitní odpovědi organismu, což zvyšuje predispozici k infekci, v důsledku čehož jsou infekce častou komplikací u pacientů s CMP a ovlivňují výsledek léčby (Morrison, 2014).

Aspirační a hypostatická bronchopneumonie jsou nejčastější příčinou smrti nemocných v prvních čtyřech týdnech po iktu (Krajíčková, 2006). Dle Morrison (2014) se výskyt pneumonie zvyšuje u pacientů na UPV, s dysfagií a při protrahované imobilitě. Jako prevenci bronchopneumonie uvádí Krajíčková (2006) nutnost zabránit možné aspiraci a vzniku atelektázy plic. V případě invazivních vstupů hrozí u pacientů kanylová sepse (Krajíčková, 2006). Až čtvrtina pacientů je dle Kality (2006) ohrožena vznikem močové infekce. Morrison (2014) doporučuje vyvarovat se nadbytečnému zavádění močových katetrů, pokud jsou nezbytné, tak je odstranit co nejdříve a zajistit dokonalou asepsi v péči o močový katetr.

Tromboembolická nemoc (TEN)

Projevy TEN jsou běžnou komplikací nemocných s CMP a k jejich preventivním opatřením patří miniheparinizace, bandážování dolních končetin a pravidelná rehabilitace zejména u ležících nemocných (Krajíčková, 2006). Při absenci těchto profylaktických opatření by se dle Krajíčkové (2006) vyvinula hluboká flebotrombóza dolních končetin až u 75 % ležících pacientů. Sestra zajišťuje podávání antikoagulační léčby dle ordinace lékaře, zajišťuje kontrolní krevní odběry, orientačně posuzuje výsledky koagulačních testů a účastní se na pravidelné rehabilitaci nemocných (Slezáková, 2014).

Poruchy vyprazdňování moči a stolice

V souvislosti s neurologickým poškozením existuje riziko snížení motility gastrointestinálního traktu, což se může projevit zácpou, bolestí břicha, pocitem plnosti a nafouknutí (Slezáková, 2014). CMP může narušit správnou funkci mozkových struktur odpovědných za regulaci močení a tím ohrozit funkci močového systému

(Leandro, 2015). U některých pacientů se může objevit urgentní nebo funkční inkontinence (Slezáková, 2014). Zahraniční studie prokazují přítomnost močové inkontinence u osob po CMP a to v souvislosti s vlastním poškozením mozku, afázií, chronickým kašlem a depresí (Leandro, 2015).

Poruchy hybnosti

Motorika je výsledkem činnosti centrálního nervového systému jako celku a je ovlivněna všemi jeho dílčími částmi, včetně správné funkce aferentních senzorických systémů, kognitivních funkcí nebo stavu vědomí (Rektor, 2004). U pacientů s CMP dochází k motorické poruše na opačné straně těla než je poškozená mozková hemisféra, neboť první neuron pyramidové motorické dráhy, zajišťující motorickou odpověď organismu, vede z kortexu distálně a kříží se na úrovni mozkového kmene v deccusatio pyramidorum a zakončuje se na tělech alfa-motoneuronů předních rohů míšních (Kaňovský, 2004). Pacient s poruchou pohyblivosti prožívá dyskomfort, který je spojen se sníženou schopností sebepéče a se zhoršenou pohyblivostí v lůžku i mimo něj, což negativně ovlivňuje psychiku nemocného (Slezáková, 2014). Prolongovaná imobilizace může pacienta ohrozit atrofií svalstva, degenerativními změnami na hyalinních chrupavkách, vazivu a kloubních pouzdrech, osteoporózou a vznikem heterotopických osifikací (Kolář, 2009).

Riziko pádů, úrazů a sebepoškození

Šamánková (2011) uvádí nebezpečí úrazů, pádů a sebepoškození pacientů v souvislosti se změněným stavem vědomí. Slezáková (2014) dává riziko pádu do souvislosti se zhoršenou pohyblivostí a používáním kompenzačních pomůcek. Podle Morrison (2014) může u pacientů po iktu zvyšovat riziko pádu porucha motoriky, senzorického systému, komunikačních schopností, poruchy zraku, rovnováhy a snížení kognitivních funkcí.

Riziko vzniku dekubitů

Kalita (2006) poukazuje na riziko vzniku dekubitů jako závažné komplikace u imobilních pacientů. Zvýšené riziko je také u pacientů s hemoragickou CMP, kteří jsou vystaveni dlouhodobému pobytu na lůžku z terapeutických důvodů, důsledkem čehož jsou zvýšeně ohroženi také vznikem žilní trombózy a plicními komplikacemi

(Slezáková, 2014). Morrison (2014) dává riziko vzniku dekubitů u pacientů po CMP do souvislosti s imobilitou, ztrátou senzitivních funkcí, inkontinencí, poruchou cirkulace a souvisejícími přidruženými onemocněními, zejména diabetem mellitem. Mezi opatření k prevenci dekubitů řadí Morrison (2014) zhodnocení rizika, pravidelné polohování každé 2 hodiny vhodným způsobem, aby nedocházelo k nadměrnému tření, udržování pokožky v suchu a čistotě a kontrola pokožky při každém polohování.

Psychická dekompenzace

Pacient s CMP je vystaven velké psychické zátěži, která se může projevit úzkostí, hněvem, frustrací nebo nepřátelským chováním (Slezáková, 2014). Kalita (2006) uvádí, že častým příznakem u pacientů s CMP je zmatenost, která vzniká jako důsledek akutní stresové reakce a bohužel může vést ke zvětšení objemu infarktu, zhoršení funkčního stavu a zpomalení funkční úpravy. Kalita (2006) dále zmiňuje riziko vzniku deprese a možnost výskytu různých emočních poruch.

Riziko recidivy

Sekundární prevence má za cíl snížit riziko recidivy iCMP (Krajíčková, 2006). Proběhlý ischemický iktus nebo TIA je podle Kality (2006) prediktorem recidivy CMP během 5 let 30 – 40 %, do jednoho roku 10 – 12 % a do 30 dnů 3,3 %. Barrett a Meschia (2013) uvádějí, že 15 % pacientů s CMP má v anamnéze proběhlou TIA, přičemž nejvyšší riziko ischemického iktu po proběhlé TIA je během prvních dnů až týdnů. Kromě toho Kalita (2006) varuje, že až 30 % nemocných po iktu je ohroženo infarktem myokardu nebo úmrtím v důsledku jiného vaskulárního onemocnění. Riziko recidivy je závislé zejména na věku, přítomnosti aterogenních faktorů, stupni stenózy magistrálních tepen, hypertenzi a přítomných kardiálních onemocněních (Kalita, 2006). K medicínským prostředkům sekundární prevence patří dle Krajíčkové (2006) farmakoterapeutické metody (antiagregancia, chronická antikoagulační léčba, hypolipidemika), chirurgická léčba (CEA) a endovaskulární výkony (PTA). Velký význam mají režimová opatření, dieta a zákaz kouření (Kalita, 2006).

Sekundární prevence po hemoragickém iktu není zavedena, ačkoliv téměř polovina recidiv ischemických iktů následuje po příhodě hemoragické (Kalita, 2006).

1.2 Specializovaná pracoviště pro diagnostiku a léčbu CMP

MZ ČR (2015a) považuje zkvalitnění primární a sekundární prevence CMP spolu s koncentrací pacientů do specializovaných center za nejúčinnější prostředky snížení výskytu CMP a zmírnění následků onemocnění. Péče o pacienty s iktem na jednotkách intenzivní péče a iktových jednotkách přináší lepší výsledky než konvenční péče na standardních lůžkách (Kalita, 2006). Zdravotní péči poskytovanou pacientům s CMP označuje MZ ČR (2010a) termínem „cerebrovaskulární péče", což je péče poskytovaná zejména obory neurologie a neurochirurgie, které úzce spolupracují s ostatními klinickými obory, zejména diagnostickými. Léčba pacientů s akutním iktem je specifická zejména požadavkem na velmi včasné zahájení, do 3-6 hodin od prvních příznaků onemocnění, aby byla šance na dobrý výsledek, proto je vhodné poskytovat nemocným péči na specializovaných jednotkách, které jsou vybaveny technicky i personálně pro rychlou diagnostiku i aplikaci léčby s ohledem na patofyziologii vzniku CMP (Krajíčková, 2006). Kalita (2006) zdůrazňuje, že pro efektivní péči ve specializovaných centrech je nezbytný multidisciplinární tým, ve kterém je zajištěna péče lékařská, ošetřovatelská i rehabilitační, personál by měl být specializován v péči o ikty a péče by měla zajišťovat optimální prevenci a léčbu případných komplikací a komorbidit, přičemž by měla zapojit pacienta i jeho příbuzné do celého procesu a využívat principy psychoterapie. MZ ČR (2010a) považuje zřizování specializovaných pracovišť typu iktových center a iktových jednotek za krok kupředu v efektivním zvládání péče o pacienty s CMP potvrzený celosvětovou zkušeností a doslova uvádí: *Metaanalýza všech dosud publikovaných kontrolovaných studií hodnotících přínos těchto specializovaných pracovišť – akutních iktových jednotek (Acute Stroke Care Units) dospěla k závěrům, že takto organizovaná péče je schopna snížit mortalitu CMP v prvních 4 měsících o 26 %, zkracuje dobu hospitalizace o 25 %, zvyšuje počet pacientů schopných následné domácí péče o 16 % a plně soběstačných nemocných o 17 % oproti hospitalizaci pacientů na standardních lůžkách. Takto lze dosáhnout úspory v obecných nákladech na léčbu akutních CMP asi o 30 %.* (MZ ČR, 2010a, s. 2) S touto vizí pracovala Česká republika již od 90. let 20. století, jednala s ostatními zeměmi Evropy a přiklonila se k doporučení European Stroke Organization (ESO) z roku 2008 o vytvoření sítě specializovaných pracovišť pro léčbu CMP, jehož cílem je odstranit roztříštěnost péče a zajistit její odpovídající úroveň (MZ ČR,

2010a). Brzy na to byly vytvořeny standardy pro certifikaci specializovaných pracovišť a k 1. 3. 2010 MZ ČR oficiálně zveřejnilo ve Věstníku č. 2/2010 podrobný popis třístupňové cerebrovaskulární péče v České republice. Nejvyšší stupeň cerebrovaskulární péče dle informací MZ ČR (2010a) představují komplexní cerebrovaskulární centra (KCC), druhým stupněm jsou iktová centra (IC) a třetí stupeň představuje ostatní cerebrovaskulární péče. V příloze č. 5 se nachází formulář přihlášky, který musí na MZ ČR odevzdat každé pracoviště, které usiluje o zařazení do příslušného stupně cerebrovaskulární péče.

Ve Věstníku č. 8/2010 MZ ČR specifikovalo pokyny pro záchrannou službu, kam pacienta v síti center směřovat v závislosti na prokazatelné době vzniku CMP, aby nedocházelo ke zbytečným časovým prodlevám kvůli dalším převozům. Z těchto pokynů vyplývá, že do 8 hodin od začátku příznaků je pacient prioritně směřován do KCC (po telefonické konzultaci, kdy lékař KCC rozhodne, zda je pacient indikován k transportu do KCC), do 24 hodin od počátku příznaků je pacient směřován do IC (ev. KCC dle spádovosti), při překročení 24 hodin od počátku příznaků je pacient převezen do nejbližšího zdravotnického zařízení s akutní lůžkovou péčí v oboru neurologie (MZ ČR, 2010b). V roce 2012 MZ ČR ve Věstníku č. 10/2012 tyto informace aktualizovalo. MZ ČR (2012b) zde pro třídění pacientů s akutní CMP v přednemocniční neodkladné péči užívá označení „triáž“ a kromě délky trvání klinických příznaků zohledňuje i stupeň postižení a přidružená onemocnění. Triáž pozitivní pacient je pacient v přímém ohrožení života a je to takový pacient, který má alespoň jeden hlavní klinický příznak akutní CMP (náhle vzniklá hemiparéza, ev. monoparéza, náhle vzniklá centrální léze VII. hlavového nervu – n. facialis a/nebo náhle vzniklá porucha řeči) nebo minimálně dva vedlejší klinické příznaky akutní CMP (náhle vzniklá kvantitativní nebo kvalitativní porucha vědomí, náhle vzniklá porucha čití na polovině těla – hemihypestezie, hemiparestezie, náhle vzniklá setřelá řeč – dysartrie, náhle vzniklý výpadek poloviny zorného pole, náhle vzniklé dvojité vidění – diplopie, náhle vzniklá prudká bolest hlavy, ztuhlost šíje, závratě s nauzeou či zvracením) během posledních 24 hodin a také pacient s náhlou ztrátou zraku na jednom oku (přechodnou – amaurosis fugax nebo trvalou – retinální infarkt), která je příznakem ischémie oka (MZ ČR, 2012b).

Multidisciplinární tým specializované cerebrální jednotky zahrnuje poměrně rozsáhlou skupinu lidí s rozdílnou odborností a kvalifikací (Slezáková, 2014). MZ ČR

(2010a) ve věstníku č. 2/2010 přesně definuje personální, materiální, technická a organizační kritéria pro každý stupeň cerebrovaskulární péče.

V roce 2010 ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo ve Věstníku MZ ČR č. 8/2010 seznam center, která uspěla v auditu a budou zajišťovat péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou. Do sítě bylo v této první fázi uznáno 10 komplexních cerebrovaskulárních center a 23 iktových center (MZ ČR, 2010b). Počet KCC se od té doby zvýšil na 13 a počet IC se rozšířil na 32 (MZ ČR, 2015b). Aktualizované seznamy center dle nejnovějších údajů MZ ČR uvádíme v příloze č. 6. Roček et al. (2016) uvádějí, že takto organizovaná péče v České republice patří mezi nejlepší v Evropě a bývá dávána okolním státům za vzor dobře fungujícího systému, což potvrzují i pravidelná hodnocení indikátorů kvality poskytnuté péče, která od roku 2013 provádějí MZ ČR ve spolupráci s odbornými společnostmi.

1.2.1 Komplexní cerebrovaskulární centra (KCC)

KCC představují první úroveň péče o pacienty s CMP a úzce spolupracují s pracovišti druhé úrovně (MZ ČR, 2010a). Podle Věstníku MZ ČR č. 2/2010 mohou označení KCC užívat ta zdravotnická zařízení, která jsou schopna zajistit nepřetržitou specializovanou péči v oborech neurologie, neurochirurgie, cévní chirurgie, radiologie a zobrazovacích metod, intervenční radiologie a neuroradiologie, rehabilitační a fyzikální medicíny, vnitřního lékařství a kardiologie, přičemž vedoucí funkci má samozřejmě obor neurologie s neurologickou jednotkou intenzivní péče a personálem pro cerebrovaskulární péči. MZ ČR (2010a) povoluje, aby takováto neurologická intenzivní lůžka byla součástí multioborové JIP.

MZ ČR (2010a) dále vyjmenovává specializované výkony povinně zajišťované v KCC, kterými jsou trombolýza intraarteriální, intravenózní i systémová, mechanická trombektomie, chirurgické a endovaskulární výkony pro aneurysmata, stenózy magistrálních tepen a arteriovenózní zkraty, dekompresní kraniektomie a operace intracerebrálních hematomů.

1.2.2 Iktová centra (IC)

IC představují druhou úroveň péče o pacienty s CMP, úzce spolupracují s pracovišti první úrovně a jsou v síti nemocnic, které se specializují na diagnostiku

a léčbu CMP (MZ ČR, 2010a). Podle Věstníku MZ ČR č. 2/2010 nemusí IC ve srovnání s KCC zajišťovat nepřetržitou specializovanou péči v oborech neurochirurgie, cévní chirurgie, intervenční radiologie a neuroradiologie; péče v ostatních oborech zůstává (neurologie, radiologie a zobrazovací metody, rehabilitační a fyzikální medicína, vnitřní lékařství a kardiologie).

IC mají dle MZ ČR (2010a) povinnost zajistit pouze jeden specializovaný výkon, kterým je systémová trombolýza, musí však zajistit komplexní diagnostickou, léčebnou a včasnou rehabilitační péči. MZ ČR (2015a) stanovuje, že v IC musí být hospitalizováno nejméně 300 pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním za rok a ročně musí být provedeno minimálně 20 systémových trombolýz.

Multidisciplinární tým IC je veden lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru neurologie a s certifikovaným kurzem intenzivní medicíny, který spolupracuje s lékaři se specializovanou způsobilostí v dalších oborech a s dalšími zdravotnickými pracovníky (fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický logoped, klinický psycholog, zdravotně sociální pracovník, nutriční terapeut aj.) a dále zahrnuje ošetřovatelský personál a zdravotnické pracovníky pracující pod odborným dohledem nebo přímým vedením (MZ ČR, 2010a).

1.2.3 Ostatní cerebrovaskulární péče

Poslední složka třístupňové péče o pacienty s CMP představuje subakutní lůžkovou péči v neurologii, vnitřním lékařství a geriatrii, zahrnuje včasnou rehabilitaci na rehabilitačních lůžkách v přímé návaznosti na KCC a IC, obsahuje rovněž péči doléčovací a dispenzární na lůžkových odděleních neurologických a interních, na lůžcích následné léčebně-rehabilitační péče a na neurologických popř. dalších ambulancích (MZ ČR, 2010a).

1.3 Práce všeobecné sestry v iktovém centru

1.3.1 Ošetřovatelství v neurologii

Ošetřovatelství v neurologii se dle Slezákové (2014), podobně jako v jiných oborech, zaměřuje na prevenci neurologických onemocnění, na co nejrychlejší obnovení

zdraví a na zmírnění následků stávajícího onemocnění za současného uplatnění holistického přístupu k pacientovi. Ošetřovatelskou péči na neurologických pracovištích vykonávají sestry s dosaženým kvalifikačním vzděláním dle požadavků na odbornou způsobilost pro výkon povolání všeobecné sestry a dále mohou mít specializované vzdělání pro výkon specializovaných a certifikovaných pracovních činností (Slezáková, 2014). Sestry uplatňují ošetřovatelské techniky opírající se o ošetřovatelské diagnózy a používají myšlenkové procesy zahrnující analyzování, rozhodování, řešení problémů, navrhování opatření a vyhodnocování (Ščepánová, 2014). K hlavním úkolům neurologického ošetřovatelství řadí Slezáková (2014) mimo jiné uspokojování biologických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb pacientů s neurologickým onemocněním, poskytování primární, sekundární a následné ošetřovatelské péče ve všech složkách neurologické péče, aktivní podporu pacienta a jeho zapojení do procesu obnovy a podpory zdraví včetně zapojení rodiny pacienta, realizaci ošetřovatelské péče metodou ošetřovatelského procesu, uplatňování ošetřovatelských činností založených na vědeckých důkazech dle principu EBN s důrazem na kvalitu, bezpečí a efektivitu péče, edukaci neurologických pacientů a také identifikaci ošetřovatelských problémů, které by měly být předmětem dalšího výzkumu.

Ošetřovatelskou péči na neurologickém oddělení lze rozdělit na všeobecnou, která zahrnuje péči o hygienu, výživu, vyprazdňování, aktivitu, spánek a odpočinek, a na péči speciální, vztahující se k charakteru konkrétního neurologického onemocnění (Slezáková, 2014).

1.3.2 Funkce ošetřovatelství při uspokojování potřeb pacientů

Uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb je základem ošetřovatelské péče, která je realizována formou ošetřovatelského procesu (Ščepánová, 2014). Potřeby lidí jsou užitečné a nutné, neboť souvisejí se zachováním života a s udržením jeho kvality, a při jejich nedostatečné saturaci dochází k rozvoji příznaků, které mohou pacientovi způsobovat psychické i somatické obtíže (Šamánková, 2011). Potřeby se u jednotlivých pacientů mění individuálně, což je ovlivněno zejména samotným onemocněním, ale uplatňují se také osobnostní a společenské faktory (například věk, pohlaví či zaměstnání) (Ščepánová, 2014). Přítomnost nemoci může potřeby měnit, omezovat nebo vytvářet (Šamánková, 2011). Nemocný člověk může některé potřeby vnímat intenzívněji, může dojít k posunu v pořadí důležitosti jejich uspokojování (Ščepánová,

2014). Ošetřovatelský personál se musí zaměřit nejen na potřeby primární, ale i sekundární a to v plném rozsahu, jak jsou prezentovány a přijímány nemocným člověkem (Šamánková, 2011). Ščepánová (2014) uvádí, že pacient i sestra musí seřadit potřeby dle jejich aktuální naléhavosti, přičemž potřeby vycházející ze situace ohrožující život mají vždy nejvyšší prioritu. Pokud není na první pohled zřejmé, která potřeba má vyšší prioritu, je třeba zohlednit další faktory, jako je zdraví, názor pacienta nebo názor rodiny (Ščepánová, 2014).

K psychickým potížím způsobeným nedostatečnou saturací potřeb patří dle Šamánkové (2011) neklid, úzkost či nervozita, které mohou při dlouhodobém působení vyústit ve stresovou reakci organismu, frustraci či deprivaci, které mohou negativně poznamenat další vývoj jedince. Somaticky se dle Šamánkové (2011) projeví neuspokojené potřeby poruchami v oblasti spánku, výživy, vyprazdňování a dalších fyziologických potřebách, což může vést např. k poruchám srdeční činnosti.

Vytvoření harmonického prostředí s příjemnou atmosférou je základem péče respektující potřeby pacienta (Ščepánová, 2014). Úkolem sester je dle Šamánkové (2011) pomoci pacientovi přijmout existenci nemoci a projevit pochopení jeho situace, dále zdůrazňuje edukaci a snahu pomoci pacientovi pochopit podstatu léčby jeho nemoci, čímž ošetřovatelský personál pomáhá pacientovi (a také jeho rodině) orientovat se ve vzniklé situaci, což je důležitým předpokladem vytyčení nových cílů. Kvalitní komunikace ošetřovatelského personálu s pacienty je bezpodmínečně nutná (Šamánková, 2011). Mezi konkrétní opatření, prostřednictvím kterých ošetřovatelský personál pomáhá pacientovi uspokojovat jeho změněné potřeby v nemoci, patří dle Šamánkové (2011) uspokojení pocitu bezpeční a jistoty, podpora pacientovy nezávislosti a autonomie (respektování vlastních pravidel, ponechat pacienta tím, kým chce být), snaha o podporu terapeutických postupů s cílem získat aktivní spolupráci pacienta, k čemuž by sestry měly využít spolupráci s rodinou, správně informovat nemocné, pravidelně s nimi komunikovat, pomáhat jim pojmenovávat své potřeby, identifikovat zástupné problémy a skryté žádosti.

Pracuje-li sestra formou ošetřovatelského procesu, stanovuje na základě komplexního posouzení pacienta ošetřovatelské diagnózy a plánuje intervence za účelem dosažení krátkodobých a dlouhodobých cílů pacienta, přičemž sesterské intervence, aktivity a zásahy sestry, které jsou zaměřeny na dosažení změny ve zdravotním stavu nebo v chování pacienta, mají jasnou náplň a časové ohraničení,

jsou individualizované a řeší konkrétní problémy pacienta při uspokojování jeho bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb (Slezáková, 2014).

1.3.3 Role sestry v iktovém centru

Intenzivní péče poskytuje pacientům komplexní a individuální léčbu i ošetřovatelskou péči podle stupně závažnosti onemocnění v dané chvíli a v co největší možné míře (Ščepánová, 2014). Pacienti s diagnostikovanou akutní CMP jsou přijati dle metodického pokynu MZ ČR (2012b) na akutní intenzivní lůžko s monitorací základních životních funkcí a EKG a jsou zde hospitalizováni většinou minimálně 24 hodin a déle dle klinického stavu pacienta. Vysoká profesionální úroveň sester zapojených do péče o pacienty s akutní CMP je jedním z nejdůležitějších faktorů úspěchu při léčbě těchto pacientů v iktových centrech (Rymer et al., 2014). Role sester je pro efektivní léčbu trombolýzou zásadní (Cataqui a Roberts, 2014). Tato role je ovlivňována různými faktory, např. komunikací na pracovišti, týmovou prací, schopnostmi klinického rozhodování, školeními, řešením personálních záležitostí a otázek bezpečnosti, přičemž zabývání se těmito faktory může přispět ke zlepšení komunikace, spolupráce v týmu a k dosažení lepších výsledků u pacientů (Catagui a Roberts, 2014). Po roce 2000, kdy došlo k rapidním změnám ve způsobu léčby a organizace péče o pacienty s CMP, se objevil také nový požadavek na rozvoj ošetřovatelské péče o pacienty s iktem (Morrison, 2014). Sestry v iktovém centru musí umět rozpoznat příznaky CMP, pochopit, proč může rychlá reakce zachránit více mozkových funkcí, a musí umět vhodně reagovat i v případě TIA, která může být varováním před budoucí cévní mozkovou příhodou, a také umět podpořit své pacienty a vhodně snižovat jejich individuální riziko (Sander, 2013). Sestry v iktových centrech by měly projít organizovaným vzděláváním v problematice CMP a měly by mít certifikaci k používání NIHSS škály (Rymer et al., 2014).

Kapounová (2007) uvádí, že péče o pacienty na intenzivních lůžkách musí být vždy komplexní a individuální. Práce sestry v intenzivní péči se výrazně odlišuje od ostatní ošetřovatelské praxe zejména tím, že většina pacientů má změněný stav vědomí, důsledkem čehož si neuvědomují své potřeby, nejsou schopni pociťované potřeby adekvátně vyjádřit a mají omezenou schopnost své potřeby plnit (Šamánková, 2011). Vyjadřování a uspokojování potřeb pacientů v neurologické intenzivní péči je komplikováno častou přítomností poruchy řeči, ať už motorické, senzorické

nebo globální (Slezáková, 2014). Sestry v intenzívní péči musí obvykle většinu potřeb nemocného předvídat, aniž by je pacient musel signalizovat, a tyto potřeby musí pacientovi aktivně plnit, čímž se ošetřovatelské činnosti stávají plně zástupnými za vlastní aktivitu nemocného (Šamánková, 2011). Sestra však musí přebírat jen tu část aktivit, které pacient není schopen vykonávat sám (Kapounová, 2007), a veškeré zástupné ošetřovatelské činnosti slouží pouze k překlenutí krizového období a musí být časově omezeny (Šamánková, 2011). Specifické činnosti, které sestry na intenzivních cerebrálních jednotkách dle Slezákové (2014) uplatňují, se zakládají na intenzivním posuzování stavu pacientů a poskytování intenzivní péče zahrnující sledování a zaznamenávání stavu vědomí, základních životních funkcí, objemu tělesných tekutin, měření centrálního žilního tlaku, zajišťování krevních odběrů a sledování hodnot laboratorních vyšetření, včetně krevních plynů a acidobazické rovnováhy, sledování klinických příznaků a vývoje onemocnění, sledování reakcí pacienta na nemoc, sledování priorit pacienta v situaci ohrožující život, urgentní přípravu pomůcek a přístrojové techniky, úzkou spolupráci s lékařem. Šamánková (2011) jmenuje mezi nejdůležitějšími činnostmi, které sestra na intenzivní jednotce provádí za pacienta zajištění přiměřené teploty prostředí, vhodný oděv, aktivní ovlivnění tělesné teploty pacienta, zajištění výživy (včetně podání stravy sondou či nitrožilně), podávání léků na bolest a zajištění hygieny pacienta. Šamánková (2011) dále uvádí, že ačkoliv zajištění fyziologických potřeb v intenzivní péči dominuje a často je nutné, aby sestra tyto potřeby komplexně řešila, je nutno i v intenzivní péči pomýšlet také na potřeby psychické a sociální. Srovnejme, že Kapounová (2007) považuje za nejčastější potřeby pacientů v intenzivní péči potřebu dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti a psychické vyrovnanosti.

Za vhodný prostředek objektivizace údajů o pacientovi považuje Slezáková (2014) hodnotící a měřící škály, které lze využít k identifikaci a kategorizaci rizikových pacientů, specifikaci potřeb pacientů a ke zhodnocení účinnosti ošetřovatelské péče. Běžně využívanou škálou jednotek intenzivní péče je Ramsay scale (viz příloha č. 7), která je zaměřena na hodnocení dospělých pacientů s monitorovanou sedací (Šamánková, 2011). Klasifikační škály sloužící k posouzení soběstačnosti a stupně závislosti jsou škála Gordonové a test Barthelové (ADL) (Slezáková, 2014). K měření stupně disability a zhodnocení míry nezávislosti lze využít modifikované Rankinovo skóre (Kalita, 2006), viz příloha č. 4.

1.3.4 Uspokojování potřeb pacientů v iktovém centru

Potřeby pacienta se změněným stavem vědomí

Pacienti s CMP jsou ohroženi různými poruchami vědomí, od mrákotného stavu, přes neklid, podrážděnost či zmatenost až k úplné ztrátě vědomí, která se může objevit jak u ischemických, tak u hemoragických CMP, buď důsledkem primárního postižení, nebo sekundárně, např. při zvýšení nitrolebního tlaku, nebo po nástupu epileptického záchvatu (Slezáková, 2014). Kaňovský (2004) popisuje normální vědomí jako stav plného a nezkresleného vnímání vlastního těla a okolí při zachovalé schopnosti myšlenkově reagovat na podněty. Šamánková (2011) uvádí klasické rozlišení poruch vědomí na kvantitativní (somnolence, sopor, koma) a kvalitativní (změna vnímání světa, amentní stavy, delirium), přičemž zmiňuje, že úroveň vědomí je velmi úzce spjata s úrovní uvědomování si potřeb a schopností je přiměřeně uspokojovat. Šamánková (2011) blíže specifikuje vnímání potřeb při jednotlivých typech poruch vědomí: Ve stavu somnolence podle ní pacienti pociťují své potřeby stejně, jako pacienti při vědomí, ale s nižší intenzitou, což znamená, že dokáží vnímat např. potřebu příjmu stravy a tekutin, ale jedí a pijí až v okamžiku, kdy jsou pobízeni vnějšími stimuly. Dále uvádí, že potřebu hygieny vnímají somnolentní pacienti velmi omezeně, ale intenzivně vnímají bolest, kterou adekvátně řeší, a zůstávají u nich psychické i sociální potřeby. U soporózních pacientů uvádí omezené projevování potřeb, které se zaměřuje pouze na obranu před bolestivými podněty, nelze však vyloučit, že vnímají celé spektrum fyziologických i dalších potřeb, ačkoliv to nedokáží sdělit. Komatózní pacienti dle Šamánkové nedokáží reagovat na žádné podněty a je velmi obtížné zhodnotit, zda cítí nějaké potřeby, proto by veškeré činnosti zdravotníků měly vycházet z předpokladu, že komatózní pacienti mají stejné potřeby jako pacienti při vědomí, pouze je nedokáží vyjádřit (Šamánková, 2011). V případě kvalitativních poruch vědomí, jako jsou amentní stavy či delirium, zdůrazňuje Šamánková (2011) u nemocných potřebu lásky a sounáležitosti a také potřebu bezpečí, které se zvýrazňují vlivem dezorientace časové, prostorové a často i osobnostní. Delirantní stav může vážně zkomplikovat průběh onemocnění, a proto je třeba se snažit o jeho předcházení nebo alespoň tento stav včas podchytit tím, že sledujeme reakce pacienta během péče o něj (Válková, 2015). Fyziologické potřeby jsou podle Šamánkové (2011) pacienty s kvalitativní poruchou vědomí obvykle uspokojovány přímo a bez zábran, sestry však musí zaměřit svoji

pozornost zejména na prevenci úrazů, pádů a sebepoškození pacientů. Válková (2015) uvádí, že bezpečnost pacienta lze zvýšit odstraněním rizikových předmětů (termosky na čaj, talíře a hrnky, hrazdička, mnohé osobní věcí pacienta, ale také pomůcky nutné k léčbě a ošetřování, jako jsou svody EKG, manžeta tonometru, saturační či teplotní čidla, drény, kanyly, sondy a další), které je třeba zabezpečit proti manipulaci. Orientaci pacienta lze podpořit umístěním hodin a kalendáře na stěny pokoje, popř. zajistit výzdobu vypovídající o aktuálním ročním období (Válková, 2015).

Ke zhodnocení stavu vědomí se používá glasgowské skóre (GCS), při kterém se hodnotí otevírání očí, slovní odpověď a motorická reakce (Slezáková, 2014). Konkrétní obsah a vyhodnocení škály uvádíme v příloze č. 8. Kromě stupně vigility sestra sleduje polohu pacienta, spontánní pohyblivost, symetričnost a fotoreakci zornic, tonus víček, postavení očních bulbů a svalový tonus na končetinách (Slezáková, 2014).

Pacient v bezvědomí je plně závislý na pomoci druhých osob, ošetřovatelský personál mu zajišťuje zejména příjem stravy a tekutin, péči o hygienu a vyprazdňování, péči o tělesnou polohu a prevenci vzniku imobilizačního syndromu (Slezáková, 2014). Šamánková (2011) uvádí důležitost důstojného zacházení s pacientem za všech okolností a umožnění přítomnosti blízkých a rodinných příslušníků, na které pacient často průkazně reaguje, např. zrychlením srdeční frekvence či krevního tlaku. Mozek se efektivněji léčí v prostředí bohatém na stimuly (Powell, 2010). Aktivní formy terapie zlepšují vigilitu a pozornost nemocného, proto na pacienta po CMP hovoříme z postižené strany, abychom stimulovali jeho sluch a zrak (Kolář, 2009).

Potřeby pacienta s poruchou dýchání

Pacienti v intenzivní péči často potřebují pomoc při poruchách dýchání, kde jim sestry mohou svým profesionálním přístupem umožnit zmírnění problému a snazší vyrovnávání se situací (Šamánková, 2011). Poruchy dýchání se mohou projevit změnou frekvence a rytmu dýchání, subjektivním pocitem dušnosti, cyanózou, výskytem vedlejších zvuků při dýchání, chrčením či nadměrnou produkcí sputa (Slezáková, 2014). K monitoringu dýchání je využívána pulzní oxymetrie, kapnometrie či kapnografie, ventilační pohyby hrudníku jsou snímány pomocí elektrod EKG připevněných na hrudníku pacienta (Ščepánová, 2014). Dle Šamánkové (2011) mohou sestry zmírnit dušnost pacienta zajištěním větrané a světlé místnosti a zajištěním správné polohy nemocného (ortopnoická či Fowlerova poloha se zvýšeným podhlavníkem). Slezáková

(2014) doporučuje k zajištění volně průchodných dýchacích cest dbát na polohu hlavy ve střední linii s přiměřenou flexí a k zajištění drenáže a ventilace různých plicních segmentů doporučuje polohování pacienta po dvou hodinách s využitím přirozeného tlaku gravitace na bránici. Vhodným polohováním a dechovými cvičeními lze ovlivnit stagnaci a hromadění hlenu v dýchacích cestách, čímž lze významně snížit riziko infekce (Kolář, 2009). Sestry sledují fyziologické funkce, frekvenci a hloubku dýchání a dle ordinace lékaře zajišťují aplikaci kyslíku, aby se saturace kyslíku udržovala kolem 93 % (Slezáková, 2014). Oxygenoterapie je indikována lékařem při hypoxii či hypoxémii a při chronické dechové nedostatečnosti a je zajišťována aplikací kyslíkových brýlí, masek, Venti-masek či Ayreova-T a sestry musí dokonale ovládat zacházení s těmito pomůckami (Ščepánová, 2014). Dále pak sestry zajišťují zvlhčení vdechované směsi, kontrolují průchodnost dýchacích cest, sledují kašel a vykašlávání, množství, konzistenci, barvu a zápach sputa a podle potřeby odsávají sekrety (Slezáková, 2014). V souvislosti s odsáváním sekretu z dýchacích cest doporučuje Šamánková (2011) dbát na preciznost provádění aseptického postupu, na výměnu pomůcek dle pokynů výrobce a na prevenci poranění dýchacích cest, zejména sliznice dutiny ústní, jejíž poranění je bolestivé. Slezáková (2014) rovněž zdůrazňuje použití sterilní techniky při odsávání a pro zajištění minimální traumatizace pacienta doporučuje, aby celý výkon odsávání trval maximálně 15 s. Ščepánová (2014) dodává, že k toaletě dýchacích cest patří důkladná hygiena ústní dutiny. Šamánková (2011) upozorňuje na důležitost psychické podpory dušných nemocných, kterou lze zajistit odvedením pozornosti vhodným zaměstnáváním, vysvětlením použití konkrétních pomůcek a časovým omezením jejich použití, prováděním zvýšené hygieny kůže, promazáváním rtů, zvlhčováním dutiny ústní, péčí o sliznici úst i nosu, dostatečnou hydratací a projevenou tolerancí a empatií (např. vůči krátkodobému sundávání kyslíkové masky pacientem). Pacienti s dušností vyžadují více času na vykonávání běžných denních aktivit, na což by měly sestry brát zřetel (Šamánková, 2011).

V úzké spolupráci s lékařem sestra zajišťuje péči o pacienta s umělou plicní ventilací (UPV), kdy je jejím hlavním úkolem sledovat jednak správnou funkci ventilátoru a jednak compliance pacienta s ventilátorem (Šamánková, 2011). Úkolem sestry je také péče o tracheostomickou nebo endotracheální kanylu (Kapounová, 2007). Sestra se zaměřuje na péči o psychiku pacienta během UPV, při ukončování UPV (odvykání) a po extubaci, zároveň sleduje fyziologické funkce pacienta a veškeré

nežádoucí reakce neprodleně hlásí lékaři (Šamánková, 2011). Dále sestra zajišťuje odběry arteriálních krevních plynů a orientačně hodnotí výsledky (Slezáková, 2014).

Potřeba regulace tělesné teploty

V péči o tepelný komfort pacientů Šamánková (2011) doporučuje pravidelné dotazy na subjektivní vnímání přiměřené teploty prostředí pacientem a zajištění vhodného oblečení a přikrytí, dle jeho individuálních potřeb, vždy se zřetelem na zachování intimity a důstojnosti pacienta.

Mezi intervence, které sestra využívá k ovlivnění tělesné teploty pacienta, řadí Slezáková (2014) využití několika přikrývek při hypotermii, podávání studených zábalů, antipyretik a antibiotik při febriliích.

Potřeba tělesné integrity

Šamánková (2011) uvádí, že tělesná integrita pacientů je v intenzivní péči nejčastěji narušována monitorací a invazivními vstupy. Vždy je třeba se snažit o zajištění maximální spolupráce pacienta tím, že mu podáme dostatek informací prostřednictvím srozumitelné komunikace, která zahrnuje vysvětlení účelu aplikace konkrétních čidel a vstupů k jeho tělu, popsání jejich přesné lokalizace a přibližné doby jejich přiložení (Šamánková, 2011). U hůře spolupracujících pacientů je nutností a úkolem sestry zajistit bezpečnost pacientů, předcházet vytržení pomůcek, polknutí odlomených částí či kabelů, přičemž v popředí by měla být prevence a předvídání reakce pacienta, pouze v krajních případech by mělo být přistoupeno v návaznosti na ordinaci lékaře k fyzickému omezení či farmakologickému ztlumení pacienta (Šamánková, 2011).

Potřeba příjmu stravy a tekutin

Příjem tekutin a stravy je v intenzivní péči ovlivněn změnou vnímání pocitu žízně a hladu a změnou schopnosti přijímat tekutiny a potravu vzhledem k aktuálnímu stavu pacienta (Šamánková, 2011). U pacientů iktového centra je tato potřeba často narušena v souvislosti s výskytem dysfagie, poruchami vědomí a také změněným vnímáním chuti na základě poškozené funkce nervů (Slezáková, 2014). CMP navíc způsobuje kromě poruch příjmu nebo trávení potravy také katabolický stav organismu a tzv. stresové hladovění jako reakci na novou situaci, v důsledku čehož se malnutrice po iktu objevuje

v 8 až 34 % případů (Kalita, 2006). V důsledku malnutrice může dojít k rychlému úbytku svalové hmoty, imunologické poruše projevující se sklonem k infekčním komplikacím, tendencí k tvorbě dekubitů, zhoršenému hojení ran a výskytem TEN (Kalita, 2006). Výživa navíc neuspokojuje pouze trávicí systém a energetické potřeby, ale také psycho-sociální potřeby (Ščepánová, 2014). Ať už je důvod změněného příjmu stravy a tekutin jakýkoliv, musí být pacient o této změně informován, stejně tak o způsobu, jakým lze tuto poruchu řešit (Šamánková, 2011). Důležitý je výběr správné diety s ohledem na přidružená onemocnění pacienta (Ščepánová, 2014). Je třeba respektovat osobní přání pacienta týkající se výběru stravy a tekutin se zřetelem na doporučení lékaře a zachování adekvátního nutričního složení potravy (Slezáková, 2014). Při malnutrici je vhodná konzultace s nutričním terapeutem (Morrison, 2014).

Dysfagie se u pacientů s iktem vyskytuje až ve 47 % případů, většinou se do týdne upravuje, ale do té doby ohrožuje pacienta rizikem aspirace a vznikem bronchopneumonie, proto je třeba před podáním orální výživy nejprve vyšetřit stav polykání (Kalita, 2006). V případě přítomné dysfagie by měla být skladba jídelníčku pacienta zcela individuální, jak uvádějí Neubauer a Dobias (2014), kteří doporučují zohlednit viskozitu, konzistenci a formovatelnost stravy, upravenost, chuť a vzhled stravy, vliv stravy na tvorbu sekretů (doporučují vynechat slizovité a hlenotvorné potraviny včetně mléka a mléčných výrobků) a také pulmotoxické vlastnosti stravy, které jsou důležité z hlediska rizika aspirace (nevhodné jsou potraviny s vysokým podílem kyselin a tuků). V příloze č. 9 uvádíme tabulku s přehledem problémových a vysoce rizikových potravin u pacienta s dysfagií.

Podávání stravy a tekutin v intenzivní péči by mělo probíhat pod přímou kontrolou sestry, která musí být připravena rychle reagovat a poskytnout pomoc v případě aspirace: při prvním pokusu o polykání tekutin je vhodné podávat pouze vodu, je nutné pacienta správně polohovat do sedu a předem poučit (Šamánková, 2011). Sestra nabádá pacienta, aby si vkládal do úst malá sousta, přednostně do nepostižené poloviny úst, sleduje, zda nedochází k aspiraci nebo regurgitaci potravy, na závěr kontroluje, zda v ústech nezůstávají zbytky (Slezáková, 2014). Vzhledem k tomu, že tužší strava se polyká snadněji, může doporučit pacientovi prostředky na zahuštění stravy, přitom však musí zohlednit, že výsledná kaše bude obsahovat méně vstřebatelné vody než nezahuštěné tekutiny (Šamánková, 2011). Riziko dehydratace u nemocného s iktem

je v prvních dnech vysoké a musí být včas předcházeno, neboť dehydratace by vedla k nevýhodnému zvyšování koncentrace krve a zhoršené perfuzi mozku (Kalita, 2006).

Kvůli poruchám vědomí a závažněji vyjádřeným poruchám polykání je často nutné v akutní fázi CMP zajistit pacientům dostatečný energetický přísun buď parenterálně, cestou centrální žíly, nebo enterálně, nazogastrickou (NGS), nazoduodenální či nazojejunální sondou (Kalita, 2006; Krajíčková, 2006). Za takové situace je nutno dbát na zvýšenou hygienu dutiny ústní a chrupu několikrát denně, ústa zvlhčovat, vytírat je hygienickými tyčinkami či tampóny, pravidelně odstraňovat hlen a nečistoty (Šamánková, 2011). Před podáním výživy do NGS je nutno zkontrolovat správnost zavedení sondy, aspirovat reziduální obsah žaludku, změřit jeho množství a zaznamenat, odstranit přebytečný vzduch ze sondy i naplněných lahví či vaků a dbát na správné časové rozestupy podávání výživy (Slezáková, 2014). Dále je nutno kontrolovat fixaci sondy, po podání stravy NGS propláchnout vodou a pacienta ponechat alespoň 30 minut ve Fowlerově poloze k prevenci regurgitace žaludečního obsahu (Slezáková, 2014). Morrison (2014) zdůrazňuje, že přítomnost NGS nevylučuje riziko aspirace, a proto jsou rutinní kontrola umístění NGS a sledování množství rezidua v žaludku klíčovými intervencemi v prevenci aspirace. Enterální výživa pomocí NGS je výhodnější zejména v tom, že je levnější a má nižší riziko vzniku infekce; k nevýhodám patří dráždění nosní dutiny a horních cest dýchacích, které bývá pacienty špatně snášeno (Kalita, 2006). Při méně závažné poruše polykání může pacient konzumovat kašovitou stravu přes zavedenou NGS a sondou může být hrazen pouze příjem tekutin (Šamánková, 2011).

Pacienti s plně rozvinutým bulbárním syndromem jsou velmi významně ohroženi aspirací, nemohou polykat ani sliny, které by měli vyplivovat; není-li možné zajistit dostatečnou spolupráci pacienta, musí se sestry postarat o bezpečné prostředí a odstranit z dosahu pacienta všechny tekutiny i stravu a nemocné musí pravidelně odsávat z úst (Šamánková, 2011).

Potřeba pomoci při vyprazdňování

Sestra sleduje schopnost udržení moči, informuje pacienta o sledování bilance tekutin, kterou vyhodnocuje a zaznamenává, v případě inkontinence dbá na prevenci porušení kožní integrity v oblasti genitálií (Slezáková, 2014). Při neschopnosti vyprázdnění močového měchýře se pacientům zavádí permanentní močový katetr

za přísně aseptických podmínek (Ščepánová, 2014). Při zavedeném PMK sestra zajišťuje aseptickou péči o něj, kontroluje jeho průchodnost, sleduje odtok moči každé 2 až 3 hodiny, zaznamenává množství, barvu, zápach a abnormální příměsi v moči (Slezáková, 2014). Při zavádění PMK sestra dokumentuje čas a datum katetrizace, číslo katetru a množství mililitrů tekutiny použité k nafouknutí balónku (Slezáková, 2014). Močová infekce je nejběžnější komplikací akutního iktu a vyskytuje se až u 40 % případů, v 80 % případů souvisí s katetrizací močového měchýře (Kalita, 2006).

V případě snížení motility gastrointestinálního traktu je třeba předcházet zácpě, namáhavé defekaci, bolestem břicha a pocitu nafouknutí, které se mohou u pacienta objevit (Slezáková, 2014). Za tímto účelem sestra podává přípravky na změkčení stolice dle ordinace lékaře, dle potřeby aplikuje klyzma a v krajním případě je nutno přistoupit k digitálnímu vybavení stolice (Ščepánová, 2014). Pacienti se stomií jsou v prvních dnech odkázáni pouze na pomoc ošetřovatelského personálu (Ščepánová, 2014).

Potřeba tlumení bolesti

Pacienti po CMP mohou pociťovat bolest různého charakteru, lokalizovanou nebo celkovou, pozvolnou i náhlou, může být provázena nauzeou či zvracením (Slezáková, 2014). Dle Kality (2006) trpí 43% pacientů s ischemickým iktem nějakou bolestí, z toho 9 % má bolesti ramene. Bolest vede k prohloubení stresu a tím i zhoršení spolupráce, proto je nutné bolest pacientů adekvátně řešit (Šamánková, 2011). Morrison (2014) uvádí, že v případě slabosti horní končetiny je častou komplikací subluxace v ramenním kloubu, která je bolestivá a může omezovat proces rekonvalescence, proto doporučuje netahat za postiženou končetinu v průběhu vertikalizace, rehabilitace a polohování a po dobu, kdy je pacient v lůžku, podkládat končetinu malým polštářkem, aby se snížilo zatížení ramenního kloubu vahou končetiny a minimalizoval se vznik otoku a riziko sklouznutí končetiny z lůžka.

Bolest hlavy doprovází zejména krvácivé CMP, u kterých v patogenezi bolesti hraje roli zejména intrakraniální hypertenze (Krajíčková, 2006). Silná bolest hlavy se vyskytuje až u 75 % případů mozečkových krvácení (Krajíčková, 2006). Při thalamických infarktech může vzniknout syndrom thalamické bolesti, který je bohužel často léčebně rezistentní (Kalita, 2006).

Terapii bolesti sestra zajišťuje podáváním analgetik dle ordinace lékaře, sleduje nástup jejich účinku, vyhodnocuje aktuální neurologický stav nemocného, příznaky

zvýšeného nitrolebního tlaku, zajišťuje ticho a klid v místnosti, dle potřeby místnost zatemní žaluziemi (Slezáková, 2014). Ke snížení bolesti přispívá správné polohování nemocného (Kolář, 2009). Kromě výše zmíněného podkládání horní končetiny je třeba podkládat i slabou dolní končetinu, rovněž za účelem prevence otoku a dále k prevenci externí rotace v kyčelním kloubu (Morrison, 2014). Polohování přispívá k prevenci algických kloubních afekcí (Kalita, 2006). Bolest musí být adekvátně řešena i u pacientů s poruchou vědomí, včetně prováděných zákroků a bolestivých procedur, neboť soporózní pacienti evidentně prokazují vnímání bolesti obrannými reakcemi a ani u komatózních pacientů nelze vnímání bolesti vyloučit (Šamánková, 2011).

Potřeba bezpečí a jistoty

Potřeba bezpečí a jistoty je velmi důležitá pro každého člověka a na jednotkách intenzivní péče je silně ohrožena, neboť pobyt na JIP je pro nemocného neznámou zkušeností a je spojen s očekáváním bolesti a nebezpečí v podobě ohrožení života (Šamánková, 2011). Jako hlavní metodu, pomocí které lze zajistit plnění potřeby bezpečí a jistoty, uvádí Šamánková (2011) dostatečnou informovanost pacienta, aby byl schopen chápat situaci, ve které se nachází, aby poznal prostředí, které ho obklopuje, a aby také znal osoby, které o něj pečují, čímž mu poskytneme možnost kontroly situace. Morrison (2014) doporučuje pro zajištění bezpečí pacientů na iktových jednotkách časté kontroly pacientů sestrami, častou podporu orientovanosti a informovanosti pacientů, zajištění funkčních signalizačních zařízení umístěných na nepostižené straně pacienta (totéž doporučuje i v případě umístění nočních stolků) a dále doporučuje nabízet dopomoc při toaletě a vyprázdnění každé 2 hodiny během dne a každé 4 hodiny během noci.

Poskytování informací těžce nemocnému pacientovi by mělo mít dle Šamánkové (2011) určitá pravidla, která pacientovi umožní se v nich snáze zorientovat. Mezi tato pravidla Šamánková (2011) řadí nutnost poskytovat informace po částech, vyvarovat se mylného předpokladu, že pacient ví, jako to na JIP chodí, pamatovat na skutečnost, že pacienta je třeba seznámit i s informacemi, které se mohou personálu zdát banální (zajištění pohybového režimu, způsob provádění hygieny, používání signalizace, význam alarmu monitorů) a nezapomínat, že i hospitalizovaní zdravotníci potřebují stejné informace jako jiní pacienti.

Potřeba bezpečí u dezorientovaných pacientů je vyjádřena nutkáním prozkoumat své okolí, opakovanými dotazy na personál a hledáním osobních věcí (Šamánková, 2011). Šamánková (2011) radí, že dezorientovanému pacientovi není vhodné vyvracet jeho mylné domněnky (např., že se nachází doma, že je na blízku manželka, že vidí své osobní věci), neboť by to vedlo k prohloubení jeho dezorientace a poruchy interpretace skutečnosti, místo toho poukazuje na nutnost uklidnit pacienta ohleduplným přístupem, v žádném případě pacienta nedevalvovat a nedělat si z něj legraci, ba naopak vyjádřit, že si ho vážíme, neboť sociální vnímání zůstává u těchto pacientů velmi silně zachováno a negativní vnímání prostředí, ve kterém se nachází, může vést k nutkavé potřebě toto prostředí opustit. Za nejlepší metodu Šamánková (2011) považuje prevenci eskalace zmatenosti jednak dostatečnou informovaností pacienta a jednak včasným použitím vhodné medikace.

Potřeba lásky a sounáležitosti

Uspokojení potřeby lásky a sounáležitosti by mělo být zajištěno nejen pravidelnými návštěvami rodiny či přátel, ale také přítomností sestry, jejím chováním a komunikací, přičemž ze všech činností sestry musí být zřejmý respekt k pacientovi a jeho individualitě, což může být vyjádřeno například ochotou ponechat pacientovi určitou míru rozhodování o sobě samém v průběhu jeho ošetřování (Šamánková, 2011). U pacientů s poruchou vědomí považuje Šamánková (2011) za důležitou hlasovou a taktilní stimulaci. U pacientů s projevy dezorientace, amence či deliria upozorňuje Šamánková (2011) na zvýšenou potřebu lásky a sounáležitosti, která se projevuje opakovanými dotazy na jejich blízké nebo komunikací s nimi i po dobu jejich nepřítomnosti. V takových případech je třeba nerozrušovat pacienta a komunikovat s ním podle stejných zásad, jaké byly uvedeny u potřeby bezpečí a jistoty (Šamánková, 2011). Potřeba sounáležitosti je intenzifikována také u pacientů, u kterých došlo k poruše tělesné integrity či změně vzhledu (Šamánková, 2011), což může u pacientů iktového centra souviset s poruchou hybnosti a poruchou tělesných funkcí (snížení výkonnosti, neschopnost přijímat potravu, porucha komunikace). Takoví pacienti jsou ve větší míře ohroženi vznikem sociální úzkosti nebo deprese a je třeba tomu předcházet vhodnou aktivizací a komunikací s nemocným (Šamánková, 2011). Potřeba lásky a sounáležitosti nesmí být podceňována, neboť jak tvrdí Šamánková (2011), tato

potřeba může být silnější než fyziologická potřeba (pacient např. překoná bolest, aby dosáhl fyzického kontaktu se svým blízkým).

Potřeby při pohybovém poškození jedince

Pohyb je jedním ze základních behaviorálních projevů lidského individua, neboť i v situaci, kdy je člověk v klidu, je ve skutečnosti v pohybu, neboť reflexní mechanismy řídí napětí a délku svalu a upravují postavení lidského těla dle potřeby aktuální situace (Kaňovský, 2004). Porucha hybnosti narušuje míru pacientovy samostatnosti při vykonávání denních aktivit jako je hygiena, oblékání, výživa či vyprazdňování (Ščepánová, 2014). Cílem ošetřovatelské péče u pacienta s pohybovým deficitem je dosažení maximální možné obnovy pohybových funkcí, aby byl pacient schopen aktivně měnit polohu, vykonávat aktivity denního života, chodit bez pomoci druhé osoby a předejít vzniku kontraktur, proleženin a fibrotických změn v kloubech (Slezáková, 2014). Sestry iktových center by měly mít znalosti o správné mechanice těla a vědět, jak zajistit bezpečný pohyb u pacientů s deficitem (Morrison, 2014).

Sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem poučí pacienta o potřebě pasivního cvičení několikrát denně a záhy, po stabilizaci akutního stavu, se pacient učí aktivnímu cvičení, izometrickému a kondičnímu, zaměřenému na udržení rozsahu pohybů v kloubech a udržení svalového tonu (Slezáková, 2014). Časná mobilizace a využití elastických punčoch přispívá k prevenci hluboké žilní trombózy (Kalita, 2006). U hemoragických CMP je nutné dodržet minimálně jeden až dva dny od počátku onemocnění absolutní klid na lůžku, než dojde ke stabilizaci dýchání, srdeční činnosti a krevního tlaku (Slezáková, 2014), přičemž určení délky tohoto období přísluší vždy lékaři.

U nemocných s poškozením mozku je nutno zajistit také vhodnou polohu hlavy, při které je umožněn maximální mozkový perfuzní tlak: v případě rozvíjejícího se mozkového edému je to poloha s elevací hlavy mezi 15 – 30°, při velké hemisferální ischemii bez akutního vzestupu intrakraniálního tlaku se doporučuje horizontální poloha hlavy (Kalita, 2006).

Deficit sebepéče je dle Slezákové (2014) typickým ošetřovatelským problémem při pohybovém poškození jedince a k jeho zvládnutí doporučuje následující specifické intervence: zhodnocení stupně závislosti, zhodnocení charakteru pohybového deficitu, jeho očekávaný vývoj v časové ose, dopomoc v činnostech týkajících se sebepéče, asistence při provádění hygieny jednou až dvakrát denně, pomoc při výběru vhodného

oděvu, účast sestry na rehabilitačním programu pacienta, spolupráci s rodinou pacienta a zajištění pomůcek na ulehčení sebepéče. Powell (2010) zdůrazňuje, že pomůcky by se neměly začít používat příliš brzy, aby se nebrzdil vlastní potenciál pacienta a nesnížila se jeho motivace. Mezi užitečné pomůcky patří háčky na zapínání knoflíků, elastické manžety u košil, podprsenky se zapínáním vředu a na suchý zip, obuv bez šněrování nebo na suchý zip, talíře s vyvýšeným okrajem, neklouzavé podložky pod nádobí, otvírače lahví a sklenic pro jednu ruku a další (Powell, 2010). Po celou dobu sestra vede pacienta k tomu, aby co nejvíce činností sebepéče vykonával sám, při tom klade důraz na bezpečnost pacienta (Slezáková, 2014). Jakmile se zdravotní stav pacienta upoutaného na lůžko zlepší, je možné jej postupně vést k větší samostatnosti a pohyblivosti (Ščepánová, 2014). V případě postižení dominantní končetiny se pacient učí vykonávat sebeobslužné činnosti druhou nepostiženou horní končetinou: nacvičuje česání vlasů, čištění zubů, umývání, oblékání, přijímání potravy (Slezáková, 2014). Motivace z počátku vychází ze strany sestry, postupně by však měla vycházet z přání a potřeb nemocného, který by se měl snažit vyplňovat svůj čas, posilovat své kognitivní a motorické funkce a radovat se z drobných úspěchů (Kapounová, 2007). Boj s chorobou je pro něj hlavní aktivitou v průběhu hospitalizace, a proto je třeba pacientovi umožnit, aby se na svém uzdravení aktivně podílel a nebyl jen pasivním objektem, čímž se zvýší i jeho sebedůvěra (Ščepánová, 2014). Pacientovi musí být poskytnut dostatečný čas na provedení všech úkolů, aby je mohl splnit co nejlépe a měl z toho dobrý pocit (Slezáková, 2014). Uspokojivým výsledkem v oblasti sebepéče je dle Slezákové (2014) dosažení 80 bodů ve funkčním testu Barthelové, pacient by měl být upravený a nezanedbávat postižené části těla. V souvislosti s omezenou pohyblivostí a sníženou schopností sebepéče sestra musí dohlížet na dostatečnou péči o celé tělo pacienta a zajistit tak prevenci řady komplikací: denně kontroluje stav pokožky nemocného, zvláště na predilekčních místech, tato místa lokálně ošetřuje a masíruje, dohlíží na dostatečnou péči o ústní dutinu, suchý jazyk, nos, rty, zajišťuje péči o oči a provádí prevenci korneálních erozí, dohlíží na prevenci vzniku dekubitů a kontraktur dle polohovacího režimu s využitím antidekubitárních pomůcek a v neposlední řadě zajišťuje prevenci tromboflebitidy kompresivní bandáží dolních končetin a aplikací antikoagulancií dle ordinace lékaře (Kapounová, 2007; Slezáková, 2014). Ke správnému polohování a prevenci spasticity patří také eliminace rušivých faktorů,

kterou sestra zajišťuje prostřednictvím přiměřené teploty místnosti, omezením hluku, silného světla, terapie bolesti a snižováním negativních emocí (Kolář, 2009).

Potřeby pacienta s poruchou řeči

Afázie je získaná porucha řeči po poškození mozku, která ovlivňuje některé nebo všechny jazykové modality (vyjadřování a porozumění řeči, čtení a psaní) a postihne přibližně třetinu osob po prodělané cévní mozkové příhodě (Brady et al., 2016).

Poruchy řeči významně ovlivňují pacientovu schopnost verbální komunikace, vyjádření jeho požadavků a ovlivňují psychickou pohodu pacienta, což může vést i k tomu, že pacient úmyslně odmítá mluvit (Slezáková, 2014). Rehabilitace řečové komunikace vyžaduje vedení zkušeným klinickým logopedem, rozvíjí se v podmínkách týmové spolupráce všech pečujících osob a zásadním přínosem je motivace a informovanost pacienta i jeho okolí (Neubauer a Dobias, 2014). Prioritním krokem při řešení poruchy řeči je posouzení charakteru poškození (Slezáková, 2014). Love a Webb (2009) uvádějí dichotomickou klasifikaci afázií jako nejčastěji používanou, podle níž se afázie dělí na receptivní (percepční) a expresivní. Dále uvádějí dělení na motorickou, která vyplývá především z patologie v přední kortikální oblasti, a senzorickou, která mívá svůj původ v zadní lézi v temporálním laloku mozku, proto bývají někdy zkráceně označovány jako přední a zadní afázie. Dělení afázií na fluentní (plynulé) a nonfluentní (neplynulé) považují Love a Webb (2009) za modernější a lepší klasifikaci, neboť vychází z charakteru vlastní řečové produkce. Nejčastější syndromy afázie jsou Brocova, Wernickeho a globální afázie (Love a Webb, 2009).

Další řečovou poruchou je dysartrie, která se vyznačuje špatnou výslovností hlásek a slabik, čímž se řeč stává nesrozumitelnou; srozumitelnost řeči může negativně ovlivnit také chrapot (Slezáková, 2014). Krajíčková (2006) uvádí vyšší závažnost fatické poruchy v případě postižení dominantní hemisféry.

Cílem činnosti sestry je zajistit vzájemné dorozumívání mezi sestrou a pacientem, aby pacient mohl verbalizovat své potřeby nebo je vyjádřit prostřednictvím alternativních způsobů komunikace (použitím bloku a pera, gest, signálů rukama a očima, s využitím obrázkových a písmenkových tabulek) a zároveň aby dosáhl uvolnění a psychické pohody při komunikaci (Slezáková, 2014). Powell (2010) doporučuje pro komunikaci s člověkem s poruchou řeči používání krátkých vět se známými slovy, pomalou řeč, doprovod mírně nadsazenými gesty a mimikou, omezení

hluku prostředí a ostatních rozptylujících faktorů, nepřeskakování v rozhovoru z jednoho tématu na druhé, trpělivost a dostatek času. Sestra pacientovi bedlivě naslouchá, udržuje zrakový kontakt, poskytuje pacientovi informace o jeho poruše řeči, vybízí pacienta k hovoru a pozorně sleduje jeho verbální i neverbální projevy, zajišťuje konzultaci s logopedem a spolupráci s rodinou pacienta, veškeré změny zaznamenává do dokumentace (Slezáková, 2014). Sestra by neměla předstírat, že pacientovi rozumí, pokud to tak není, neboť by tím došlo k oboustranné frustraci; lepší je zopakovat to, čemu alespoň částečně rozuměla a vybídnout pacienta, aby zbytek sdělení zopakoval (Powell, 2010). Ke zlepšení jazykových dovedností lze s pacientem provádět jednoduché úkoly, jako je popisování obrázků, převyprávění odstavce, který mu někdo přečetl, nebo spojování slov a obrázků (Powell, 2010).

Potřeba spánku a odpočinku

Zajištěním dostatečného odpočinku a spánku lze podpořit psychickou pohodu pacienta (Ščepánová, 2014). Spánek je často narušen v souvislosti s hemiparézou, která významně znesnadňuje pohyb v lůžku, zaujetí příjemné polohy a otáčení (Slezáková, 2014). Je vhodné zajistit tlumené noční osvětlení boxů jednotky intenzivní péče a pacienty během dne zaměstnávat vhodnou činností (rehabilitací kognitivních funkcí, čtením, posloucháním rádia, sledováním televize, ručními pracemi), aby bylo dodrženo schéma převažujícího bdění přes den a spánku v noci (Válková, 2015).

Psychologické potřeby

Onemocnění CMP se v psychologických potřebách nemocných odráží různými způsoby. Slezáková (2014) uvádí, že u pacientů může docházet ke změnám nálady, sebehodnocení či snížení sebeúcty, k pocitům méněcennosti v souvislosti s poruchou hybnosti či poruchou řeči, dostavuje se nejistota, obavy a strach z onemocnění a z budoucnosti, vzhledem ke snížené schopnosti postarat se sám o sebe. Navíc je pacient vystaven cizímu prostředí nemocnice a kolektivu cizích lidí, kteří o něj pečují (Ščepánová, 2014). Kalita (2006) řadí mezi nejčastější psychické komplikace CMP depresi, úzkost, emoční poruchy a zmatenost, která se podle něj vyskytuje až u 56 % nemocných s ischemickým iktem. Reakce na nemoc může být přiměřená i nepřiměřená, až po popření existence nemoci, rozdílná je i adaptace na nemoc, která bývá často pomalá, zdlouhavá a spíše pesimistická (Slezáková, 2014). Poškození mozku je často

doprovázeno únavou, snížením výdrže a rychlým vyčerpáním, což je pro pacienta velmi omezující a oslabuje to jeho kognitivní dovednosti a odolnost vůči stresu, může to vést k výkyvům nálad, nervozitě a uzavření se do sebe (Powell, 2010). Depresí a psychickým diskomfortem je ohrožen nemocný i jeho rodina a je prokázáno, že ovlivňuje průběh klinického stavu pacienta (Kalita, 2006).

Sestra pravidelně sleduje duševní stav pacienta, časovou, místní a osobní orientaci, sleduje jeho emocionální labilitu, vnitřní postoje, změny v chování a spolupracuje s odborníky v oblasti klinické psychologie, klinické logopedie a rehabilitace (Slezáková, 2014). Ke zlepšení psychické pohody pacienta může sestra přispět tím, že bude zlepšovat soběstačnost pacienta, odstraňovat bolest, komunikovat, vytvářet pocit jistoty a bezpečí, zajišťovat dostatek spánku a odpočinku, projevovat úctu a respekt vůči pacientovi, dodržovat zásady etiky, být trpělivá a empatická (Ščepánová, 2014). Je třeba najít u každého nemocného vhodnou rovnováhu v přísunu informací, aby jich pacient měl dostatek, ale zároveň nebyl zahrnut nadměrným množstvím informací, kterým nerozumí (Slezáková, 2014).

Potřeba informací o sekundární prevenci

Pacienti po prodělané cévní mozkové příhodě nebo TIA by měli mít vypracovaný individualizovaný plán ke snížení rizika vzniku dalšího iktu, který by měl zahrnovat změny životního stylu (kouření, cvičení, dieta, kontrola hmotnosti, omezení příjmu soli, konzumace alkoholu), kontrolu krevního tlaku, antitrombotickou léčbu, léčbu ke snížení lipidů, ev. léčbu karotického zúžení (Williams, 2010). Poskytováním informací o zdravém životním stylu a rizikových faktorech CMP (negativním vlivu kouření, nefarmakologických metodách ovlivňování krevního tlaku, kompenzace diabetu mellitu, racionální výživě) mohou sestry v průběhu ošetřovatelské péče posílit informovanost pacientů o tom, jak lze předcházet vzniku další cévní mozkové příhody a jak posilovat své zdraví (Slezáková, 2014). Například při abstinenci kouření se sníží riziko vzniku ischemického iktu již po 2 až 4 letech a za 5 let se riziko u nekuřáků a bývalých kuřáků dokonce vyrovná; naopak špatný životní styl zahrnující obezitu, nedostatek fyzické aktivity, nevhodné stravovací návyky a emoční stres může riziko vzniku CMP zvyšovat (Kalita, 2006).

Sociální potřeby

Ztráta pracovní schopnosti v průběhu onemocnění vyřadí pacienta ze stálých sociálních vztahů (Ščepánová, 2014). Onemocnění často mění pacientův sociální status, je ovlivněn jeho životní styl, mění se jeho sociální role a schopnost plnění úkolů je omezená (Slezáková, 2014). Také informovanost pacienta může být značně narušena vlivem poruch paměti (Slezáková, 2014). Potřeba kontaktu s blízkými osobami byla zmíněna již v předchozím textu. Platí zde zásada, že pacient by neměl trpět nedostatkem kontaktu s okolím, který by vedl k sociální izolaci, ani jeho nadbytkem (Slezáková, 2014). Šamánková (2011) uvádí, že u lůžka vážně nemocného je vhodná přítomnost maximálně dvou návštěvníků, protože větší počet lidí pacienta vysiluje, a návštěva by neměla přesáhnout půl hodiny.

Již od počátku onemocnění je vhodné pomýšlet na možnost návratu pacienta do jeho přirozeného sociálního prostředí, proto je třeba pacienta i jeho rodinu informovat o službách poskytovaných agenturami domácí péče a o využívání zdravotnických pomůcek podporujících nezávislost a soběstačnost (Slezáková, 2014).

1.3.5 Rehabilitační ošetřovatelství v iktovém centru

MZ ČR (2010a) definuje, že na lůžkách intenzivní péče iktového centra je zajišťována komplexní léčebná rehabilitace. Kolář (2009) rozděluje léčebnou rehabilitaci na dva základní celky: rehabilitační ošetřovatelství a léčebnou rehabilitaci zaměřenou na ovlivnění funkčního deficitu. Obnova funkcí po prodělaném iktu je dynamický proces a začíná okamžikem, kdy se pacient dostane do rukou zdravotníků, přičemž konkrétní forma rehabilitace se odvíjí od toho, zda se pacient nachází ve fázi hyperakutní, akutní, subakutní či chronické (Barrett a Meschia, 2013). Krajíčková (2006) považuje rehabilitaci za nedílnou součást léčby CMP v akutní fázi, neboť i protahování jednotlivých svalových skupin zabraňuje vzniku svalových kontraktur a urychluje návrat svalové aktivity. Brauner (2004) rovněž zdůrazňuje důležitost včasného zahájení léčebné rehabilitace u pacientů s CMP a shodně s Krajíčkovou (2006) uvádí, že by měla následovat ihned po zajištění vitálních funkcí a to i tehdy, je-li pacient v bezvědomí a není schopen aktivní spolupráce, neboť rehabilitace neovlivní pouze vznik spasticity a úpravu motorických funkcí, ale pozitivně ovlivní také dýchání, plicní drenáž a prevenci dekubitů a tím sníží výskyt komplikací (např. bronchopneumonie). Morrison (2014) uvádí důležitost včasné konzultace

s rehabilitačním týmem, aby mohl být co nejdříve stanoven plán rehabilitace, přičemž prvotní pasivní cvičení k udržení rozsahu pohybu může být zajištěno sestrami. Powell (2010) zahrnuje do procesu rehabilitace po poškození mozku kromě cvičení svalů a kloubů také smyslovou stimulaci. K okamžitému zahájení fyzioterapie a rehabilitačního ošetřovatelství na akutním neurologickém lůžku je indikován každý pacient s funkčním deficitem – hybným, kognitivním, fatickým nebo psychickým (MZ ČR, 2012b).

Rehabilitační ošetřovatelství je zaměřeno na prevenci sekundárního poškození, kterým je pacient v akutní fázi onemocnění ohrožen, a to zejména vznikem pneumonie, dekubitů, kontraktur či heterotopických osifikací (Kolář, 2009). Kolář (2009) dále uvádí, že tyto sekundární změny mohou ve svých důsledcích pacienta zatěžovat více než samotné základní onemocnění, a proto mají preventivní opatření přednost před zahájením individuálního funkčně orientovaného rehabilitačního programu. Šamánková (2011) považuje za základní prvek rehabilitačního ošetřování polohování pacienta, které je zajištěno především sestrami, a dále pasivní cvičení zaměřené na protahování v oblastech se ztrátou aktivní hybnosti, které slouží k prevenci kontraktur a udržení rozsahu pohybu kloubů. Srovnejme, že Kolář (2009) uvádí jako základní prostředky rehabilitačního ošetřování polohování, vertikalizaci a mobilizaci pacienta. Sestry musí dbát o vhodnou polohu postižených končetin, fyziologické postavení jednotlivých částí těla při plnění polohovacího plánu, dbát na bezpečnost pacienta a zabránit pádu z lůžka a využívat vhodné pomůcky k prevenci komplikací, například vzduchové matrace (Slezáková, 2014). Polohování má mnoho pozitivních účinků na organismus, ke kterým patří zlepšení prokrvení jednotlivých částí těla, prevence svalové atrofie, kontraktur a kloubních deformit, eliminace bolesti a zlepšení psychického stavu (Kolář, 2009). Krajíčková (2006) i Šamánková (2011) zmiňují pozitivní účinky vertikalizace, kterou je třeba zahájit co nejdříve. Šamánková (2011) uvádí úspěchy užití vertikalizačních stolů, které mohou pomoci zlepšit funkci trávicího a vylučovacího systému, snížit spasticitu, zlepšit žilní a lymfatickou drenáž a zpomalit demineralizaci skeletu. Morrison (2014) doporučuje sestrám při prvním posazování a postavování pacienta změřit krevní tlak a při jeho signifikantním vzestupu či poklesu opět uložit pacienta na lůžko a konzultovat stav s lékařem.

Pravidelné intenzivní polohování pacienta v lůžku může napomoci jeho senzorické stimulaci a zlepšení senzorického deficitu (Kolář, 2009). Leh na postiženém boku

u pacientů po CMP stimuluje vnímání postižené části těla, naopak leh na zádech zvyšuje spasticitu a nebezpečí vzniku proleženin (Slezáková, 2014). Zobrazení správné polohy pacienta na postiženém boku v antispastické poloze uvádíme v příloze č. 10. Polohováním můžeme pozitivně ovlivnit motorický neglect syndrom, při kterém pacient postižené končetiny vnímá jako cizí nebo mrtvé, a cílem je v tomto případě zajistit, aby si pacient tyto části těla co nejvíce uvědomoval a zaměřil na ně maximum vědomé pozornosti (Kolář, 2009).

Vaňásková (2004) navrhuje aktivně vyhledávat a hodnotit faktory, které mohou ovlivnit výsledek léčby. Mezi tyto parametry Vaňásková (2004) řadí typ a stupeň neurologického deficitu, přidružená onemocnění pacienta, psychickou reakci pacienta, současné omezení aktivit denního života a bariéry okolí. Optimální rehabilitace by pak měla vycházet z analýzy těchto faktorů, neboť umožní stanovit rehabilitační potenciál pacienta (Vaňásková, 2004). Shromáždění dostupných informací o nemocném před zahájením rehabilitačního procesu a stanovením krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního programu považuje za důležité i Brauner (2004). Kalita (2006) uvádí možnost testování stavu nemocných před a po léčbě za účelem vyhodnocení efektivity terapie. Brauner (2004) zdůrazňuje komplexnost procesu rehabilitace, který vidí i jako formu rekonvalescence a resocializace, a poukazuje na to, že na procesu rehabilitace se účastní kromě rehabilitačních lékařů a fyzioterapeutů i řada dalších pracovníků, mezi kterými jmenuje i ošetřující personál. Brauner (2004) uvádí, že pouze spolupráce všech pracovníků starajících se o pacienta může vést ke zlepšení kvality zdraví i života nemocného. Rovněž Slezáková (2014) zdůrazňuje úzký vztah neurologie a rehabilitace, který vyžaduje spolupráci sestry a fyzioterapeuta, neboť sestry tráví s pacientem nejvíce času a často s pacientem manipulují. Powell (2010) vyzdvihuje důležitost tzv. neformální rehabilitace, kterou vykonává pacient ve spolupráci se svojí rodinou, a proto může trvat významně déle než formální rehabilitace poskytovaná za hospitalizace, a díky které pacienti dosahují v rekonvalescenci lepších výsledků. Spolupráci s rodinou v oblasti cvičení doporučuje i Morrison (2014), která rovněž vidí pozitivum v zapojení rodiny do péče o pacienta.

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, které komplikace CMP jsou v akutní fázi ovlivnitelné ošetřovatelskou péčí.
2. Identifikovat ošetřovatelské činnosti, kterými sestry v iktových centrech zajišťují prevenci komplikací.
3. Zjistit překážky a omezení preventivní ošetřovatelské péče v iktovém centru.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakým komplikacím CMP lze v akutní fázi předcházet ošetřovatelskou péčí?
2. Jaké intervence sestra používá v akutní fázi CMP k prevenci komplikací?
3. Jaké specifické znalosti a dovednosti sestra potřebuje k prevenci komplikací u pacienta v iktovém centru?
4. Jaké existují překážky v realizaci prevence komplikací ze strany klienta?
5. Jaké existují překážky v realizaci prevence komplikací ze strany ošetřovatelského personálu?

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

akutní – prudce, rychle probíhající; akutní onemocnění vzniká náhle, jeho příznaky jsou výrazné a prudké (Kašáková et al., 2015)

CMP (iktus) – cévní mozková příhoda (neboli iktus) patří mezi cerebrovaskulární onemocnění, jež jsou významnou skupinou neurologických chorob (Ambler, 2007); je to cévní onemocnění mozku, které se vyznačuje postižením normálních mozkových funkcí v důsledku poruchy krevního zásobení mozkové tkáně, kdy postižení může být v různém rozsahu od drobného a krátkodobého až po velmi těžké a trvalé (Brichta, 2008)

iktové centrum (IC) – zdravotnické zařízení představující druhou úroveň péče o pacienty s CMP, IC úzce spolupracují s pracovišti první úrovně a jsou v síti nemocnic, které se specializují na diagnostiku a léčbu CMP, mají povinnost zajistit jeden specializovaný výkon – systémovou trombolýzu, musí zajistit komplexní diagnostickou, léčebnou a včasnou rehabilitační péči (MZ ČR, 2010a)

komplikace – onemocnění či stav, který nastane v průběhu nebo v důsledku jiného onemocnění (Výkladový ošetřovatelský slovník, 2007)

ošetřovatelská intervence – zásah, jehož prostřednictvím se realizuje plán ošetřovatelské péče v rámci ošetřovatelského procesu (Výkladový ošetřovatelský slovník, 2007)

ošetřovatelská péče – péče poskytovaná sestrou jednotlivci, rodině či komunitě ve zdraví nebo v nemoci; přispívá k podpoře a udržení zdraví, k uzdravení nebo k pokojné smrti; pracovním rámcem pro poskytování ošetřovatelské péče je metoda ošetřovatelského procesu; může být poskytována v ambulanci, v ústavním zařízení a v domácím prostředí ve všech fázích lidského života (Žiaková et al., 2009)

pacient/klient – nemocný, osoba v lékařské péči (Kašáková et al., 2015)

prevence – předcházení nemoci; rozlišuje se primární prevence, která je zaměřena proti vzniku nemoci, a sekundární prevence, která se snaží zabránit dalšímu rozvoji nemoci již vzniklé (Kašáková et al., 2015)

sestra – osoba (zdravotnický profesionál), která má odbornou způsobilost k výkonu odborných pracovních činností pro kategorii sestry podle platné legislativy země, ve které pracuje; poskytuje ošetřovatelskou péči samostatně nebo ve spolupráci s lékařem, případně s jiným zdravotnickým pracovníkem v rámci svých povinností a kompetencí (Žiaková et al., 2009)

4 METODIKA

4.1 Metodika výzkumu

K dosažení cílů práce byla zvolena strategie kvalitativního výzkumu. Tato výzkumná metoda vyhovovala výzkumnému záměru, kterým bylo získat detailní a komplexní informace o předcházení komplikacím u pacientů v iktovém centru pomocí ošetřovatelské péče. Technikou sběru dat pro následnou kvalitativní analýzu byl individuální hloubkový polostrukturovaný rozhovor s respondenty. V původním záměru bylo realizovat hloubkové nestrukturované rozhovory, ale po provedení pilotního rozhovoru byl tento záměr pozměněn, neboť se ukázalo, že je třeba nasměřovat respondenty na okruhy témat, která mají být rozebírána, aby byla problematika obsáhnuta v co největší šíři. Tato témata byla zvolena tak, aby zahrnovala celé spektrum ošetřovatelské péče a možných potřeb pacientů. Při volbě témat jsme vycházeli zejména z teoretické části diplomové práce, tedy z odborné literatury, a dále z vlastní praxe všeobecné sestry v iktovém centru, ze znalosti prostředí a používané dokumentace. V příloze č. 11 uvádíme podklady k rozhovorům, které obsahují baterii otevřených otázek ke každému tématu. Otázky vycházejí z cílů a výzkumných otázek diplomové práce. Podklady se liší pro skupinu osob poskytujících péči a skupinu osob přijímajících péči (viz další kapitola 4.2 Charakteristika výzkumného souboru).

Výzkumnému šetření předcházelo podání formální žádosti o povolení výzkumu adresované náměstkyni ošetřovatelské péče příslušné nemocnice a této žádosti bylo vyhověno. Následně byly s výzkumným šetřením, s jeho účelem a cíli, seznámeny vrchní sestra neurologického oddělení nemocnice a staniční sestra neurologické JIP (iktového centra) dané nemocnice a to prostřednictvím osobního kontaktu.

Jednalo se o krajskou nemocnici, kterou nejmenujeme z důvodu zachování anonymity. Tato nemocnice má kapacitu přes 750 lůžek, z toho přibližně 50 je v intenzivní péči. Ročně je v této nemocnici hospitalizováno kolem 25 000 pacientů. Statut iktového centra nemocnice získala v roce 2010. Pacienti jsou sem přijímáni z širokého spádu představujícího přibližně 500 000 obyvatel. V roce 2010 bylo v tomto iktovém centru ošetřeno přes 800 pacientů s akutním cerebrovaskulárním onemocněním, z toho přes 500 mělo diagnózu dokončené iCMP.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor čítal 10 osob a byl tvořen dvěma základními skupinami. Tyto skupiny byly vytvořeny, abychom získali dvojí pohled na zkoumanou problematiku a širší perspektivu. Jednu skupinu tvořily osoby poskytující péči, druhá skupina zahrnovala osoby přijímající péči. K výběru respondentů byl použit záměrný výběr a byla stanovena kritéria výběru.

Do skupiny poskytovatelů péče bylo zvoleno celkem 6 osob (R1 – R6), které byly zvoleny tak, aby reprezentovaly multidisciplinární tým iktového centra. V původním záměru tuto skupinu tvořil 1 lékař, 3 všeobecné sestry, 1 fyzioterapeut a 1 logoped. Logoped účast na výzkumu odmítl, proto byla místo něj dotazována další všeobecná sestra. Výslednou skupinu poskytovatelů péče tedy tvořili: 1 lékař, 4 všeobecné sestry a 1 fyzioterapeut. Základním kritériem pro výběr respondentů v této skupině bylo zaměstnání v iktovém centru po dobu minimálně jednoho roku, aby měli účastníci výzkumu dostatečné zkušenosti se zkoumaným jevem. Zastoupení jednotlivých respondentů bylo zvoleno s ohledem na cíl výzkumného šetření, které bylo zaměřeno na ošetřovatelskou péči v iktovém centru a různé pohledy na ni. Proto je ve vzorku zastoupeno nejvíce sester. Další respondenti byli zvoleni z řad odborníků, kteří se sestrami nejblíže spolupracují. Respondenti měli různou délku praxe, různou profesní příslušnost, různý stupeň vzdělání, různé postavení v organizaci, různý věk i profesní zkušenosti, aby byla zajištěna různorodost výzkumného vzorku a tím co nejširší vhled do zkoumané problematiky. Bližší charakteristika jednotlivých respondentů je uvedena v Tabulce 1: Charakteristika jednotlivých respondentů.

Do skupiny osob přijímajících péči byly zařazeny 4 osoby (R7 – R10), což byli 3 pacienti iktového centra a 1 rodinný příslušník pacienta iktového centra. Základním kritériem pro výběr těchto respondentů byla délka hospitalizace v iktovém centru alespoň po dobu čtyř dnů, aby vykazovali alespoň základní orientaci v prostředí, byli obeznámeni se základním rozsahem péče, poznali větší část personálu a bylo u nich dosaženo alespoň některých výsledků. Druhým kritériem byla schopnost vést smysluplný rozhovor, takže museli být vynecháni pacienti s těžkou poruchou řeči. Všichni pacienti byli přijati akutně do iktového centra po přivezení RZP.

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru

Respondent		Vzdělání	Pracovní zařazení	Praxe celkem/IC	Délka rozhovoru
R1	žena	SZŠ, specializační	všeobecná sestra	22 let/7 let	68 min 14 s
R2	žena	SZŠ, ARIP	všeobecná sestra	9 let/7 let	28 min 19 s
R3	žena	VOŠ	všeobecná sestra	11 let/7 let	35 min 04 s
R4	žena	VŠ, Bc.	všeobecná sestra	6 let/2 roky	42 min 11 s
R5	muž	VŠ, MUDr.	lékař	18 let/7 let	8 min 26 s
R6	žena	VŠ, Mgr.	fyzioterapeutka	9 let/4 roky	10 min 33 s
R7	muž	neznámé	pacient A.	třetí CMP	19 min 28 s
R8	muž	neznámé	pacient B.	první CMP	14 min 28 s
R9	muž	neznámé	pacient C.	první CMP	15 min 35 s
R10	žena	neznámé	vnučka pacienta	první zkušenost	18 min 20 s

Zdroj: vlastní

4.3 Strategie sběru dat

Nejprve proběhl pilotní rozhovor s respondentkou R1. Probíhal jako hloubkový nestrukturovaný rozhovor podpořený pouze několika otevřenými otázkami. Respondentka tyto otázky brzy vyčerpala stručnými odpověďmi a rozhovor se dále nevyvíjel. Bylo zapotřebí jít více do hloubky a ošetřovatelskou péči v iktovém centru podrobněji prozkoumat, proto dal tento rozhovor podnět k vytvoření baterie otázek seskupených v rámci několika témat. Takto se původní záměr uskutečnit nestrukturované rozhovory změnil v potřebu realizovat polostrukturované rozhovory. Byly vypracovány dvě varianty podkladu k rozhovoru – jedna varianta pro osoby poskytující péči, druhá varianta pro osoby přijímající péči. Oba podklady obsahovaly přehled základních okruhů témat, která by měla být během rozhovoru rozebrána. Postupně byli kontaktováni zvolení participanti, byli informováni o výzkumném záměru a požádáni o spolupráci. Jak bylo zmíněno v předchozí kapitole, logoped účast na výzkumu odmítl. Jako důvod uvedl nedostatek času. Ostatní dotázaní se svojí účastí na výzkumu souhlasili.

Během osobního setkání se všemi respondenty byl realizován rozhovor. Rozhovor s respondentkou R1 byl doplněn dle podkladu k rozhovoru s širokým výběrem otázek. Ukázalo se, že baterie otázek je natolik podrobná, že rozhovor s respondentkou R1 se značně prodloužil a přinesl zajímavá zjištění, ale respondentka byla již v závěru rozhovoru vyčerpaná, obtížněji formulovala závěry a vracela se k odpovědím, které již

zazněly. Proto bylo k dalším rozhovorům přistupováno volněji. Podmínkou realizace rozhovorů bylo prodiskutování všech témat, zatímco otázky byly vybírány z předem připravené baterie dle aktuálního kontextu a intuice výzkumníka, bez ohledu na jejich uvedené pořadí. Respondenti často přinášeli odpovědi na otázky, které ještě nebyly vyřčeny, a uváděli nová témata k rozhovoru, proto byly dotazy seskupovány na základě jejich významové souvislosti, aby bylo zachováno významové kontinuum a respondent byl přirozeným způsobem stimulován k dalším odpovědím v co největší hloubce. Doplňující a upřesňující otázky byly kladeny flexibilně k aktuální situaci a zcela individuálně. Tím byl vytvořen pevný rámec pro každý rozhovor, ale zároveň ponechána volnost pro jeho přirozené plynutí a možnost flexibilní reakce výzkumníka na obsah rozhovoru.

Sběr dat probíhal v období září až října 2016 ve zkoumaném iktovém centru. Před započetím vlastního rozhovoru byli všichni respondenti seznámeni s cílem výzkumu, průběhem výzkumného šetření, byli ústně ujištěni o dobrovolné účasti, o anonymním zpracování dat a byl vyžádán jejich ústní informovaný souhlas. Všichni také souhlasili s pořízením audio záznamu pomocí diktafonu (značky Olympus, model VN-731PC) a použitím tohoto záznamu pro účely diplomové práce. Průměrná délka rozhovoru činila přibližně 26 minut. Délku jednotlivých rozhovorů uvádíme v Tabulce 1. Délka rozhovorů byla přizpůsobena jednotlivým respondentům, proto jsou rozhovory různě dlouhé. Sestry iktového centra byly dotazovány déle než ostatní zdravotníci, protože rozhovor s nimi přinášel nejvíce zajímavých zjištění týkajících se výzkumného problému. Rozhovory s pacienty byly kratší, protože pacienti vypovídali ve srovnání se zdravotníky jen velmi stručně a také byl brán ohled na jejich zdravotní stav, a proto nebyli vyčerpáváni dlouhým hovorem.

4.4 Metodika zpracování dat

Pořízené audio záznamy rozhovorů byly doslovně přepsány do písemné podoby, včetně lingvistických chyb, s využitím programu Microsoft Office Word 2013. Výsledkem bylo 77 normostran textu. Takto připravená data byla podrobena kvalitativní analýze.

Zpracování dat bylo provedeno v programu ATLAS.ti verze 7.5.12. Transkribované rozhovory byly pročítány, analyzovaný text byl rozdělován

na významové jednotky, kterým byly přiřazovány kódy. Názvy kódů byly uměle generovány, jen některé byly původu „in vivo“ (např. imobilizační syndrom). Vytvořené kódy byly seřazeny do kategorií a subkategorií. Opakovaným porovnáváním kategorií a subkategorií, jejich přeskupováním ve smyslu nově objevených významů, byla vytvořena nová spojení. K jednotlivým kategoriím byly pro přehlednost vytvořeny myšlenkové mapy zpracované v programu XMind 7 (verze 3.6.1.). V každé myšlenkové mapě jsou uvedeny nejdůležitější odpovědi respondentů, kteří se vyjádřili k danému kódu. K některým kódům se nevyjádřili všichni respondenti z toho důvodu, že rozhovory byly polostrukturované. V textu pod každou myšlenkovou mapou se nacházejí nejdůležitější výpovědi a citace respondentů.

5 VÝSLEDKY

Následuje přehled výsledků výzkumu, které jsme rozdělili do dvou oddělených částí. První z nich popisuje výsledky rozhovorů s osobami poskytujícími péči, druhá zahrnuje výsledky rozhovorů s osobami přijímajícími péči.

Nejprve uvádíme přehledný seznam kategorií a subkategorií s příslušnými kódy. Následuje analýza výzkumných zjištění, která zahrnuje rozbor všech kategorií a subkategorií. Ke každé kategorii/subkategorii jsme vytvořili myšlenkovou mapu, která přehledně zobrazuje kódy náležející k této kategorii/subkategorii. Ke každému kódu jsou v myšlenkové mapě uvedeny nejdůležitější odpovědi respondentů. Pod myšlenkovou mapou je uvedena charakteristika příslušné kategorie, popis kódů a podrobnější popis odpovědí respondentů.

5.1 Seznam kategorií

5.1.1 Rozhovory s osobami poskytujícími péči

Tabulka 2: Přehled kategorií, subkategorií a kódů – osoby poskytující péči

KATEGORIE	**SUBKATEGORIE**	**KÓDY**
1. Sestra iktového centra		• pracovní specifika sestry v IC • profesní uspokojení • zásady péče
2. Funkce porušené při CMP		• porucha vnímání • porucha dýchání • fatické poruchy • dysfagie • porucha vyprazdňování • poruchy hybnosti

3. Komplikace CMP	Komplikace související s poruchou fyziologických funkcí	• ohrožení vitálních funkcí • aspirace • porucha výživy • zácpa • bolest • krvácivé komplikace • infekční komplikace • dekompenzace chronických onemocnění • úmrtí
	Komplikace související s omezenou hybností	• imobilizační syndrom • plicní embolie • dekubity • pády a úrazy
	Psycho-sociální komplikace	• psychické komplikace • porušené sociální vazby
	Komplikace související s poskytnutou léčbou	• alergická reakce • komplikace spojené s invazivními vstupy • nežádoucí účinky trombolýzy
4. Ošetřovatelské intervence k prevenci komplikací	Intervence zaměřené na zachování základních životních funkcí	• zajištění vitálních funkcí • sledování pacienta • podpora dýchání
	Intervence zaměřené na uspokojení biologických potřeb	• péče o vyprazdňování • péče o výživu a hydrataci • intervence ke snížení bolesti • intervence ke zlepšení soběstačnosti • péče o spánek a odpočinek • péče o prostředí • intervence při dysfagii • péče o tělesnou teplotu
	Intervence zaměřené na prevenci	• prevence dekubitů • prevence pádů a úrazů • prevence infekčních komplikací
	Intervence zaměřené na psycho-sociální potřeby	• péče o psychiku • intervence při fatické poruše • edukace • motivace
	Intervence zaměřené na spirituální potřeby	• péče o spirituální potřeby
5. Rehabilitace		• součásti rehabilitace • úloha sestry v rehabilitaci • kompenzační pomůcky • komplikace ovlivnitelné rehabilitací
6. Spolupráce s pacientem		• spolupráce s pacientem • zásady správné komunikace

7. Spolupráce s rodinou pacienta	• pozitiva rodiny • negativa rodiny • sestra a rodina
8. Edukace	• edukace o léčbě • edukace o úpravě životního stylu • edukace o následné péči • edukace rodiny
9. Spolupráce v týmu	• týmová práce • spolupráce s ostatními sestrami • spolupráce s lékařem • spolupráce s fyzioterapeutem • spolupráce s logopedem
10. Znalosti a dovednosti sestry	• dosažené vzdělání • další vzdělávání • znalosti a dovednosti • význam zkušeností
11. Informace a dokumentace	• předávání informací • význam ošetřovatelské dokumentace • hodnotící škály
12. Bariéry péče	• systémové bariéry • bariéry ze strany sestry • bariéry ze strany pacienta
13. Nová sestra	• požadavky na novou sestru • praxe před nástupem • jak zaškolení sestry • délka zaškolení
14. Možnosti zlepšení	• nedostatky péče • návrhy na zlepšení

Zdroj: vlastní

5.1.2 Rozhovory s osobami přijímajícími péči

Tabulka 3: Přehled kategorií a kódů – osoby přijímající péči

KATEGORIE	KÓDY
1. Charakteristika pacientů	• věk • délka hospitalizace v IC • zaměstnání • sociální vazby
2. Vnímání nemoci	• zkušenost s CMP • počáteční obtíže • vliv na psychiku
3. Obtíže	• porucha řeči • porucha polykání • pohyblivost • poruchy zraku
4. Iktové centrum	• příjezd do IC • vnímání prostředí • spolupráce s personálem
5. Péče	• vnímání poskytnuté péče • vnímání přístrojů a invazivních vstupů • informovanost • aktivity během dne • spánek a odpočinek • stravování • nácvik řeči
6. Rehabilitace očima pacienta	• cvičení s fyzioterapeutem • cvičení s ošetřovatelským personálem • kompenzační pomůcky - pacient

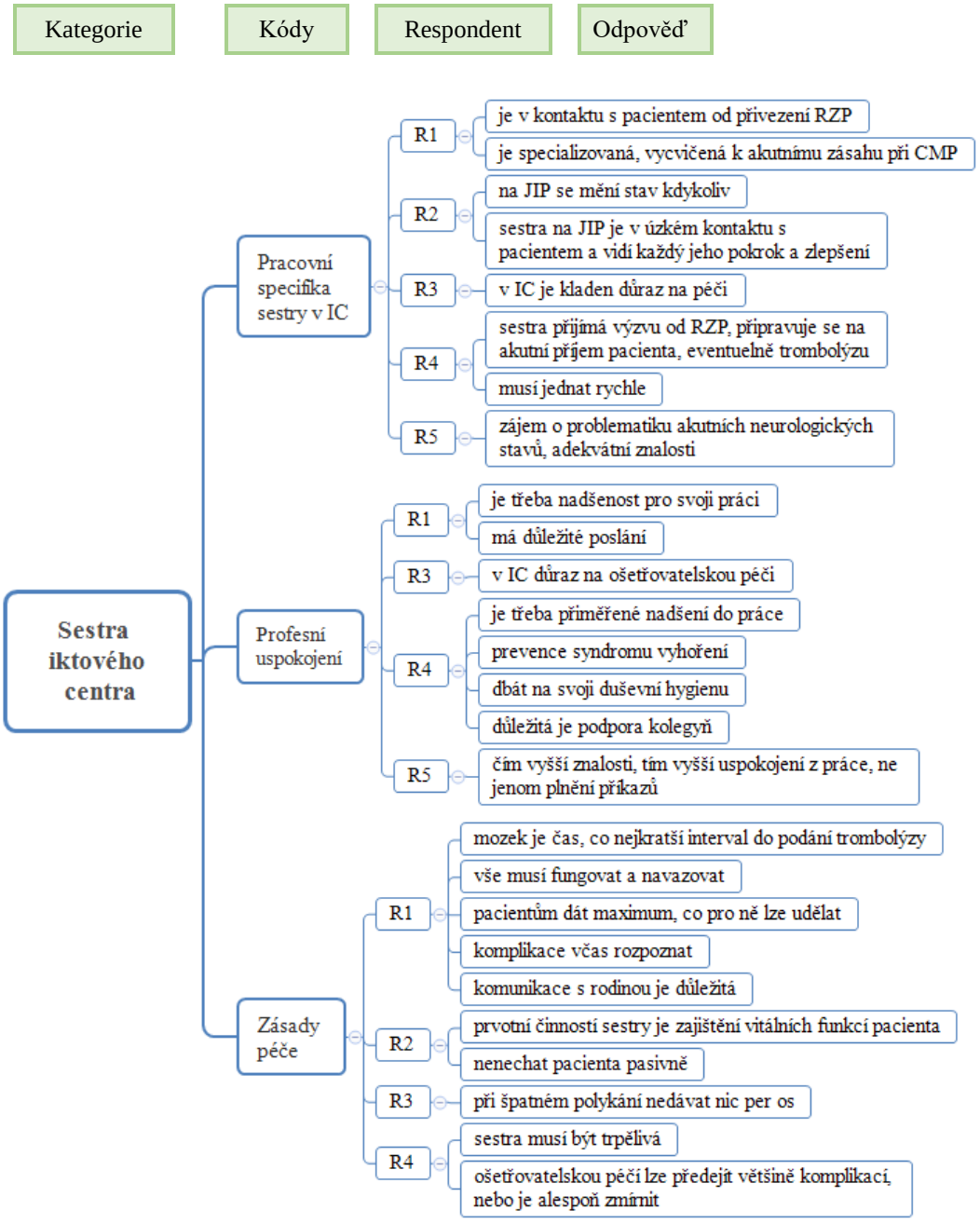
Zdroj: vlastní

5.2 Analýza výzkumných zjištění

5.2.1 Zpracování rozhovorů s osobami poskytujícími péči

KATEGORIE 1: Sestra iktového centra

Myšlenková mapa 1: Sestra iktového centra



Kategorie Sestra iktového centra přináší zjištění, jak se práce sestry v iktovém centru liší od práce na jiných odděleních. Dále nastiňuje, co přináší sestře profesní uspokojení z její práce. Poslední kód této kategorie vystihuje základní zásady péče v iktovém centru.

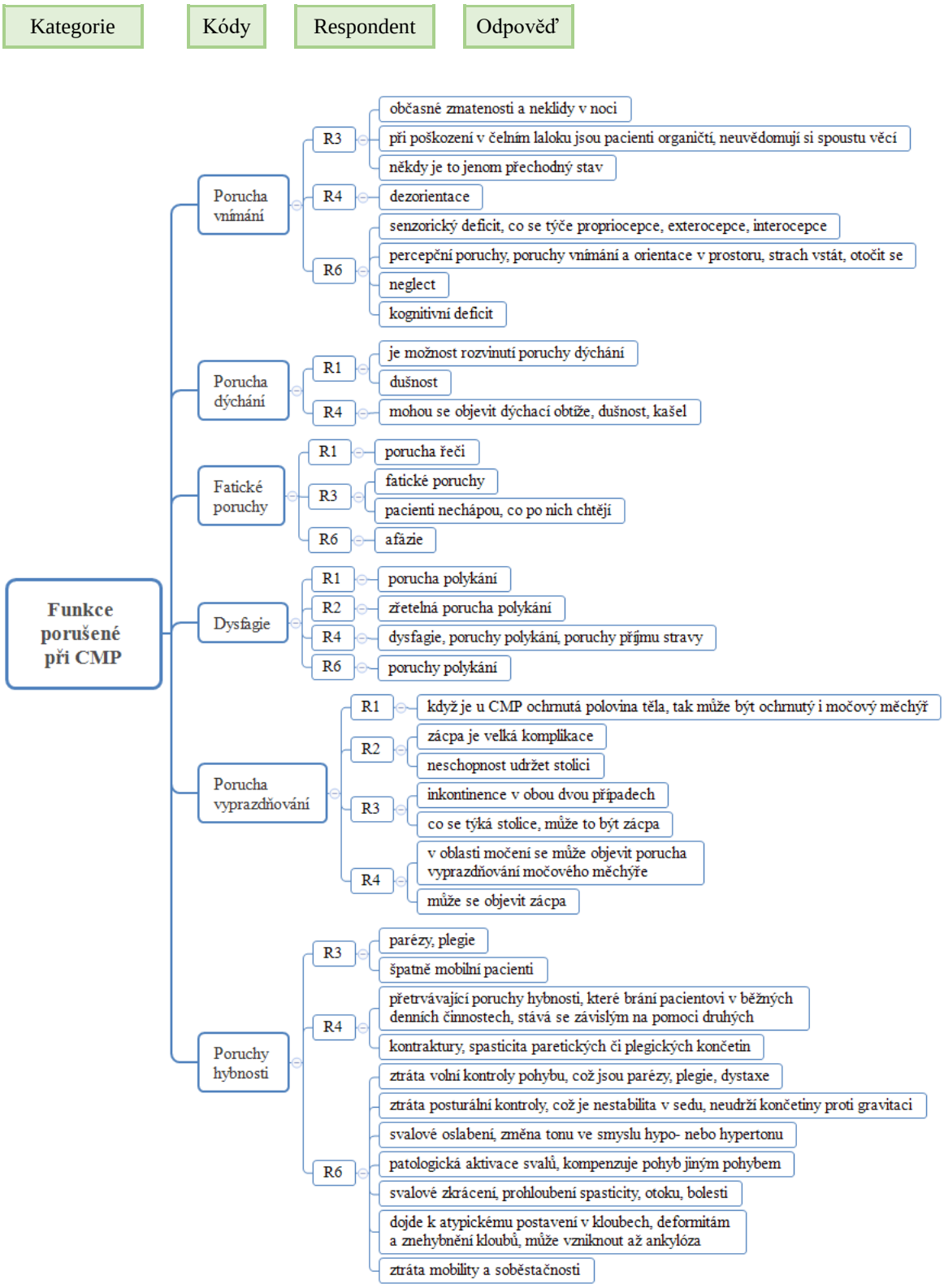
Pracovní specifika sestry v IC: Sestra je v kontaktu s pacientem již od přivezení RZP (R1). Díky tomu, že je sestra na JIP v úzkém kontaktu s pacientem, vidí každý jeho pokrok a zlepšení (R2). Sestra je specializovaná, vycvičená k akutnímu zásahu při CMP (R1). R1 vypověděla: *„Je vlastně v prvním kontaktu s tím pacientem a umí rozpoznat, je vytrénovaná, umí rozpoznat parézu, plegii, poruchu polykání, je možnost tam vlastně rozvinutí i poruchy dýchání, jo. Takže vlastně je specializovaná, vycvičená k tomu akutnímu zásahu při mozkový příhodě.“* Měla by mít zájem o problematiku akutních neurologických stavů a odpovídající znalosti (R5). R5 podotkl: *„Tak očekával bych, že když pracuje v iktovým centru, tak že jí ta problematika neurologických akutních stavů bude nějak zajímat a bude mět, bude v tom nějak vzdělaná a bude prostě tydlety věci bude číst.“* Sestra musí jednat rychle, počítat s možnými komplikacemi a být na ně připravená (R4). R2 uvedla: *„Na tý JIPce se to prostě mění ten stav kdykoliv.“*

Profesní uspokojení: Sestra v iktovém centru má důležité poslání (R1). Pokud má odpovídající znalosti, může pociťovat vyšší uspokojení z práce a neplní jen příkazy lékaře (R5). R5 doslova uvedl: *„...aby nedělala mechanicky, co řekne doktor, ale myslím si, že ji to pak musí víc zajímat.“* Sestra by měla mít přiměřené nadšení do práce (R1, R4). Měla by proto dbát na svoji duševní hygienu a předcházet syndromu vyhoření (R4). K tomu jí pomůže i podpora kolegyň (R4).

Zásady péče: Čas je v iktovém centru nejcennějším léčebným prostředkem pro záchranu pacienta, proto vše musí fungovat a navazovat na sebe (R1). Pro pacienty je třeba udělat maximum, co lze (R1). V první řadě je třeba zajistit vitální funkce pacienta (R2), při špatném polykání nepodávat nic per os (R3). V další péči je důležité včas rozpoznat případné komplikace (R1) a aktivizovat pacienta (R2). R2 doslova uvedla: *„Nenechat ho pasivně, vůbec, nehrozí.“* Správnou ošetřovatelskou péčí je možné předejít většině komplikací nebo je alespoň zmírnit (R4). Ohledně krmení pacienta R4 uvedla: *„V iktovým centru to dělá vždycky sestra, nikdy pomocný ošetřovatelský personál.“* Důležitá je také spolupráce s rodinou (R1) a trpělivost sester (R4).

KATEGORIE 2: Funkce porušené při CMP

Myšlenková mapa 2: Funkce porušené při CMP



Cévní mozková příhoda narušuje mnoho tělesných funkcí. Respondenti se vyjadřovali o poruchách vnímání, poruchách dýchání, fatických poruchách, dysfagii, poruchách vyprazdňování a poruchách hybnosti.

Porucha vnímání: R3 podotkla, že poruchy vnímání mohou být pouze přechodným stavem, který se může projevovat noční dezorientací a neklidem. Na dotaz, zda se takové stavy dají zvládnout bez medikace R3 vypověděla: *„No, nevím, jako někdy možná jo, pokud se ty pacienti třeba jenom zalijou jakoby vodou, že je to jenom přechodnej stav.“* Pokud se však poškození nachází v čelním laloku, pacienti mohou být organičtí a neuvědomují si spoustu věcí (R3). R3 pak ještě dodala: *„Ale v těch akutních stavech si myslím, že ta medikace je asi na místě, no.“* Problém dezorientace zmiňovala také R4. R6 zmiňovala senzorický deficit týkající se propriocepce, exterocepce a interocepce, kognitivní deficit, afázii a neglect syndrom, percepční poruchy, poruchy vnímání a orientace v prostoru, strach vstát a otočit se.

Porucha dýchání: U pacientů s CMP je možnost rozvinutí poruchy dýchání (R1), mohou se objevit dýchací obtíže, dušnost a kašel (R4).

Fatické poruchy: Poruchy řeči zmínili respondenti R1, R3 a R6. Konkrétně R3 při rozhovoru o spolupráci s pacientem sdělila: *„Buď jsou to pacienti, kteří prostě nepochopí v důsledku CMP, že jo, jsou to fatický poruchy, takže ti pacienti nechápou, co po nich chceme.“* Dále během rozhovoru o komunikaci s pacientem R3 vypověděla: *„Právě, protože v důsledku CMP bejvaj fatický poruchy, že jo, tak tam je důležitý odhadnout, jestli ten pacient rozumí, nerozumí, že jo, rozlišit ty fatický poruchy.“*

Dysfagie: Poruchy polykání zmínili respondenti R1, R2, R4 a R6. Problém nejvíce rozebrala respondentka R4: *„Dysfagie, poruchy polykání, poruchy příjmu stravy, dehydratace, malnutrice, úbytek hmotnosti.“* Poruchami polykání a s tím spojenými komplikacemi se dále zabýváme v subkategorii Komplikace související s poruchou fyziologických funkcí.

Porucha vyprazdňování: R1 řekla: *„Tak vlastně u tý cévní mozkový příhody je většinou, když je vochrnutý polovina těla, tak může bejt ochrnutý i to vyprazdňování, i ten močovej měchýř.“* Totéž zmínila i R4. R2, R3 a R4 sdělili, že může vzniknout také zácpa. R2 a R3 zmínili rovněž inkontinenci. R2 se o problematice vyprazdňování vyjádřila takto: *„Tak zácpa určitě, to je velká komplikace, když ten člověk zůstane prostě ležet to, anebo na druhou stranu prostě jako neschopnost udržet prostě tydlety věci. Se tam jako opakuje ten psychickej blok vůbec a vůbec pro ně je to psychickej*

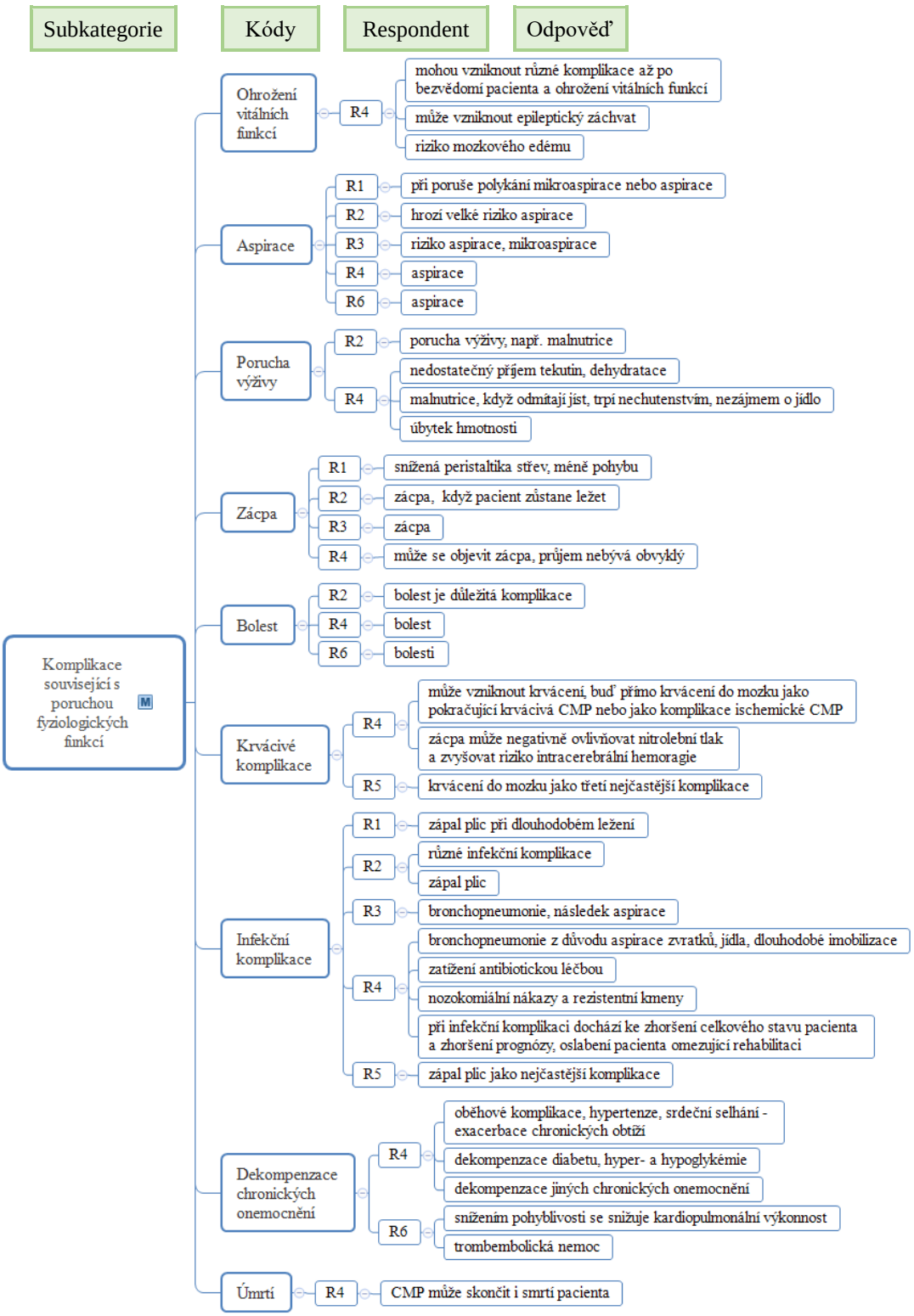
blok, i když by se měli jako vyčůrat nebo vyprázdnit na mísu, že jo, to je pro ně taky jako prostě hrozný no.“ Zácpu dále rozebíráme v subkategorii Komplikace související s poruchou fyziologických funkcí.

Poruchy hybnosti: U pacientů vznikají parézy a plegie, pacienti jsou špatně mobilní (R3). R6 kromě ztráty volní kontroly pohybu a dystaxe zmiňovala ztrátu posturální kontroly a vysvětlila: *„Taky sem patří ztráta posturální kontroly, což je třeba nestabilita v sedu, neudrží končetiny proti gravitaci a tak dále.“* R4 uvedla, že: *„Komplikací jsou i přetrvávající poruchy hybnosti, které brání pacientovi v běžných denních činnostech, stává se závislým na pomoci druhých.“* K tomu se vyjádřila také R6, která řekla, že dochází ke ztrátě mobility a soběstačnosti. Mohou vzniknout kontraktury, spasticita paretických či plegických končetin (R4). R6 hovořila o svalovém oslabení, změnách svalového tonu a patologické aktivaci svalů a hlouběji popsala vznik sekundárních poruch hybnosti: *„V důsledku primární poruchy, jak se pacient snaží o pohyb, vznikají poruchy sekundární. Začne paretickou končetinu používat jinak, nebo ji přestane používat. Začne kompenzovat pohyb jiným pohybem. Dojde k atypickému postavení v kloubech, například v rameni, v kyčli, v zápěstí. Dojde ke svalovému zkrácení, prohloubení spasticity, otoku, bolesti. Snížením pohyblivosti se snižuje kardiopulmonální výkonnost.“* R6 také uvedla, že může dojít až ke znehybnění kloubů a může vzniknout ankylóza.

KATEGORIE 3: Komplikace CMP

SUBKATEGORIE 1: Komplikace související s poruchou fyziologických funkcí

Myšlenková mapa 3: Komplikace související s poruchou fyziologických funkcí



Během analýzy výsledků výzkumu byla identifikována řada komplikací CMP, které byly pro přehlednost rozděleny do čtyř subkategorií. První z nich Komplikace související s poruchou fyziologických funkcí je nejširší subkategorií a zahrnuje devět komplikací, které mohou nastat u pacientů s CMP.

Ohrožení vitálních funkcí: U pacienta s CMP může nastat bezvědomí, ohrožení vitálních funkcí, může vzniknout epileptický záchvat nebo mozkový edém. (R1)

Aspirace: Riziko aspirace je u pacientů s poruchou polykání (R1). R2 toto riziko nazvala jako velké: *„Já osobně jako sestra se bojím tady velkýho rizika aspirace u těhlech lidí.“* V rozhovoru R2 narazila také na problém týkající se péče o pacienty s poruchou polykání: *„Si myslím jakože kolikrát vopravdu tady nás nutíjou lékaři dávat prostě spoustu léků a prostě jídla jako per os, i když je tam ta porucha polykání prostě jako zřetelná, tak kolikrát prostě tady hrozí velký riziko tý aspirace.“* R1 a R3 zmínili problém mikroaspirace. R3 se vyjádřila takto: *„Protože těch pacientů, kterým potom, že jo, zahušťujeme ty tekutiny, a tak dále, tak je tady spousta, a ty lidi vopravdu ty mirkoaspirace mají, jo.“* R4 a R6 o aspiraci hovořili, ale blíže ji nerozebrali.

Porucha výživy: R2 hovořila o malnutrici. R4 zmínila dehydrataci, malnutrici, ale také problematiku odmítání jídla, nechutenství a úbytek hmotnosti.

Zácpa: Zácpu jsme zmiňovali již v kategorii Funkce porušené při CMP. Zde se blíže zabýváme možnými příčinami zácpy. R1 uvedla jako možnou příčinu sníženou peristaltiku střev a méně pohybu. Podobně R2 uvedla, že zácpa vzniká, když pacient zůstane ležet.

Bolest: Bolest jako možný problém u pacientů s CMP zmínili R4 a R6. R2 souhlasila, že bolest je důležitá komplikace, až poté, co byla na problematiku bolesti v rozhovoru dotázána. Žádný respondent problematiku bolesti blíže nerozvedl. Intervence ke snížení bolesti jsou zmíněny až u Kategorie 4.

Krvácivé komplikace: R5 zmínil krvácení do mozku jako třetí nejčastější komplikaci CMP. R4 rozdělila, že může jít o komplikaci ischemické CMP nebo pokračující krvácivou CMP. Souvislost rizika krvácení a zácpy R4 vysvětlila následovně: *„Zácpa může negativně ovlivňovat nitrolební tlak a zvyšovat riziko intracerebrální hemoragie, proto je třeba jí předcházet.“*

Infekční komplikace: O infekčních komplikacích hovořily všechny sestry i lékař. R5 uvedl, že zápal plic je nejčastější komplikace CMP. O zápalu plic, respektive bronchopneumonii, se zmínily i všechny sestry (R1, R2, R3, R4). R1 a R4 zmínili jako

možnou příčinu pneumonie dlouhodobou imobilitu, R3 a R4 uvedli jako možnou příčinu aspiraci, podle R4 aspiraci zvratků nebo jídla. R2 uvedla, že infekční komplikace mohou být různé, nejen zápal plic, např. uroinfekt. Problematiku močové infekce blíže rozebíráme v subkategorii Komplikace související s poskytnutou léčbou z důvodu nejasné etiologie. R4 dále zmínila nozokomiální nákazy a riziko infekce rezistentními bakteriálními kmeny a podotkla, že pacient je zatížen antibiotickou léčbou, dochází ke zhoršení celkového stavu pacienta a tím i prognózy, neboť dochází k oslabení pacienta a omezení rehabilitace.

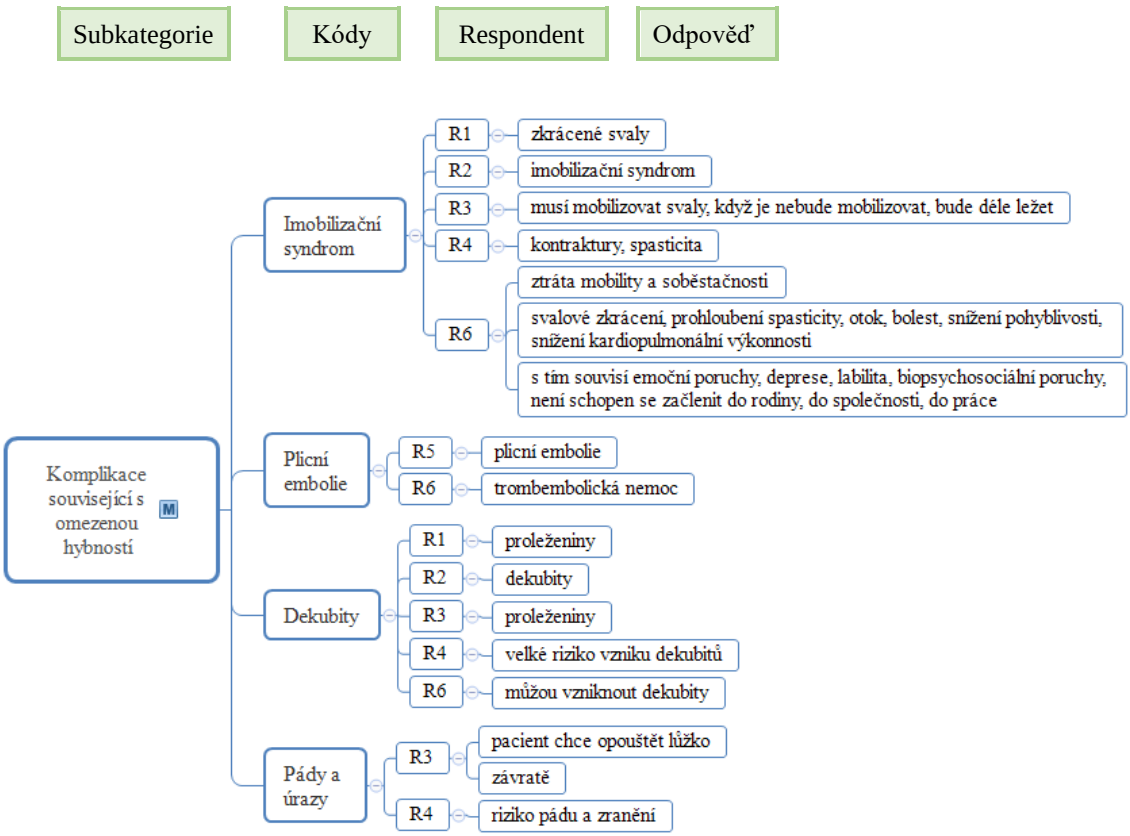
Dekompenzace chronických onemocnění: Jak již bylo zmíněno u poruch hybnosti, pacientovi se snižuje kardiopulmonální výkonnost (R6). R4 také hovořila o oběhových komplikacích, hypertenzi či srdečním selhání, o dekompenzaci diabetu a jiných chronických onemocněních. Cituji R4: *„Nevím, jestli nejčastějším, ale častým problémem jsou diabetici, hyper- a hypoglykémie, diabetici na inzulínu.“* R6 zmínila riziko vzniku trombembolické nemoci.

Úmrtí: Skutečnost, že CMP může skončit i smrtí pacienta, vyslovila R4.

KATEGORIE 3: Komplikace CMP

SUBKATEGORIE 2: Komplikace související s omezenou hybností

Myšlenková mapa 4: Komplikace související s omezenou hybností



V kategorii Funkce porušené při CMP byly popsány poruchy hybnosti. V této subkategorii rozebíráme komplikace s tím spojené.

Imobilizační syndrom: Pojem imobilizační syndrom jmenovala respondentka R2. Byla dotázána, jakým komplikacím může sestra předejít nebo je zmírnit ošetřovatelskou péčí a její odpověď zněla: *„Tak co mě prvně napadne, tak každopádně imobilizační syndrom, to stoprocentně.“* Respondenti R1, R4 a R6 jmenovali zejména svalové kontraktury. R3 se vyjádřila: *„Musí mobilizovat svaly, když je nebude mobilizovat, o to dýl bude ležet.“* Sekundární poruchy hybnosti popisované fyzioterapeutkou (R6) jsme již objasnili v kategorii Funkce porušené při CMP. Zde uvádíme ještě další následky s tím související, jak je popsala respondentka R6: *„Potom se taky objevují emoční poruchy, jako je deprese, labilita, biopsychosociální poruchy. Není schopen se začlenit do rodiny, do společnosti, do práce a tak dále.“*

Plicní embolie: O plicní embolii jako komplikaci CMP nehovořila žádná sestra, ale zmínili ji lékař i fyzioterapeut (R5, R6). R5 ji postavil na čtvrté místo nejčastějších komplikací CMP. Intervence k prevenci plicní embolie jsou zahrnuty v rámci kódu Podpora dýchání v subkategorii Intervence zaměřené na zachování základních životních funkcí.

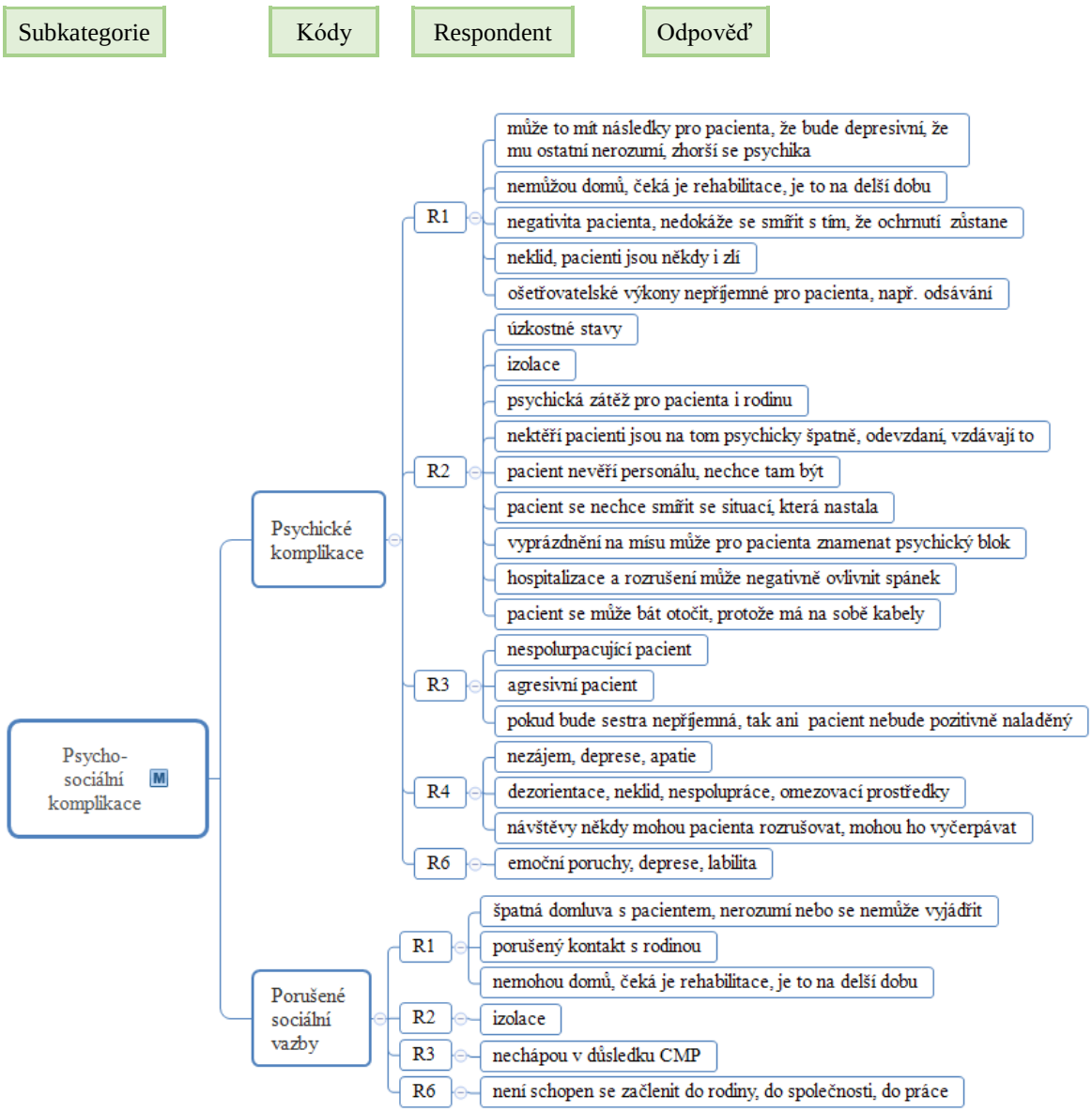
Dekubity: Na riziko vzniku dekubitů upozorňovali respondenti R1, R2, R3, R4 a R6. Všechny sestry tuto komplikaci jmenovaly jako jednu z prvních. Problematiku dekubitů blíže rozebíráme v subkategorii Intervence zaměřené na prevenci.

Pády a úrazy: R4 přímo vyjádřila, že u pacientů po CMP existuje riziko pádu a zranění a úkolem sestry je provádění preventivních opatření. R3 popsala, jak to může být někdy problematické, pokud pacienti nespolupracují: *„Někdy je to nespolupracující pacient, agresivní pacient, takže to vyloženě jakože vůbec nechce, že jo, takže třeba chce slízat a chce opouštět lůžko, že chce utíkat a tak dále a tak dále.“* R3 zmínila, že pacienti mohou mít také závratě. O riziku pádu se zmiňujeme také v kategorii Informace a dokumentace pod kódem Hodnotící škály.

KATEGORIE 3: Komplikace CMP

SUBKATEGORIE 3: Psycho-sociální komplikace

Myšlenková mapa 5: Psycho-sociální komplikace



Subkategorie Psycho-sociální komplikace vykresluje, jak se onemocnění CMP může promítat do psychiky pacientů a jak narušuje jejich sociální vztahy.

Psychické komplikace: R1 uvedla, že v důsledku onemocnění může být pacient depresivní a zhoršuje se mu psychika. R2 hovořila o úzkosti a psychické zátěži pro pacienta i jeho rodinu. R1 uvedla, že příčinou depresivního ladění pacienta může být fakt, že mu ostatní nerozumí. R2 uvádí, že onemocnění se může odrazit na špatné kvalitě spánku: *„Každopádně když ten člověk je v nemocnici a když je takovej*

vynervovanej, tak jako kolikrát aji špatně spí.“ Psychice pacienta nepomáhají ani některé nutné ošetřovatelské výkony, např. odsávání (R1). Psychickým blokem pro pacienta může být vyprázdnění na mísu nebo se může bát otočit v lůžku, protože má na sobě kabely (R2).

Pokud se pacient nedokáže smířit se svým onemocněním, může se to projevovat jeho negativitou, nebude spolupracovat, nebo to vzdá (R1, R2). Nezájem, depresi a apatii jmenovala také R4. Sestry se setkávají i s agresivními a nespolupracujícími pacienty (R3). R1 řekla: *„No, někdy je to prostě těžký s těma pacientama, protože si to nedokážou, nedokážou se smířit s tím, že prostě to ochrnutí jakoby zůstane, tak jsou kolikrát třeba i zlí na ten ošetřující personál, no.“* R2 uvedla, že pokud se pacient nesmíří se situací, může se to projevit i tím, že nebude chtít být v nemocnici a nebude důvěřovat personálu. R4 zmínila vedle dezorientace, neklidu a nespolupráce používání omezovacích prostředků a dodává: *„To je skutečně závažný problém.“*

Psychiku pacienta mohou negativně ovlivnit také návštěvy (R4). Na psychice pacienta se odráží i chování sestry, jak uvedla R3: *„Pokud to bude sestra, která bude s prominutím prudit a řvát a bude nepříjemná, tak ani ten pacient nebude potom pozitivně naladěnej, samozřejmě. To určitě jako jo.“*

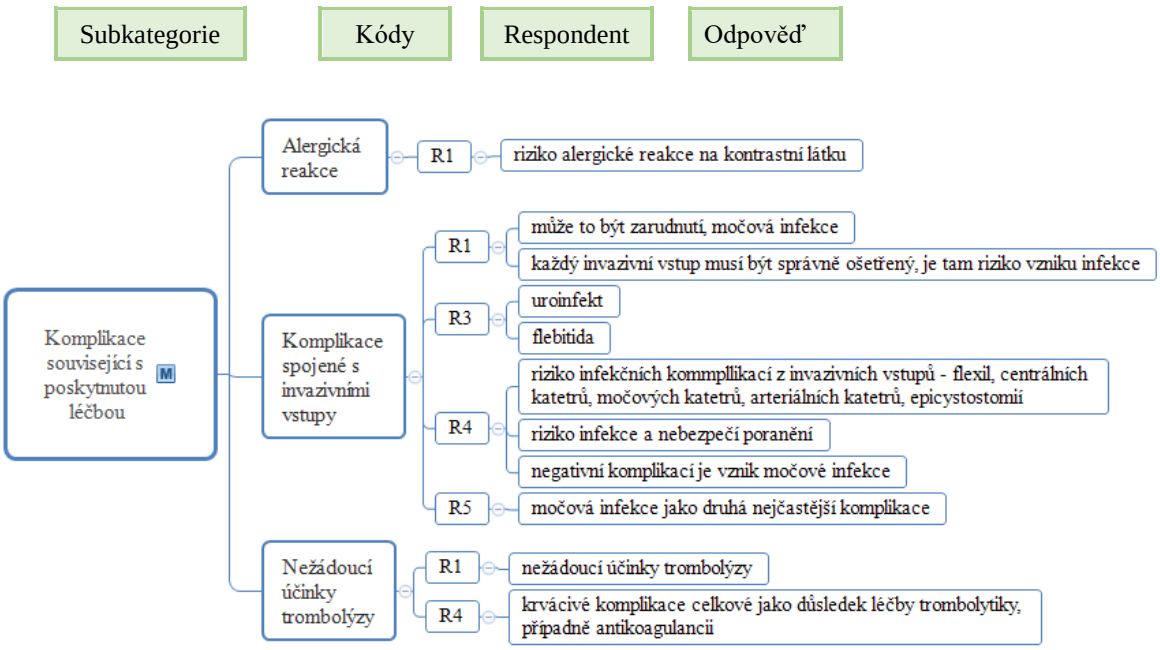
R6 jmenuje emoční poruchy, depresi a labilitu jako následek porušené hybnosti, jak již bylo zmíněno pod kódem Imobilizační syndrom. Zde ještě doplníme poznatek respondentky R6, že rehabilitací lze depresi pozitivně ovlivnit.

Porušené sociální vazby: Skutečnost, že pacient nemůže domů, péče je na dlouhou dobu a čeká ho rehabilitace, narušuje jeho kontakt s rodinou (R1). R2 zmínila problém izolace. Rodina může prožívat psychickou zátěž spolu s pacientem (R2). Vztahy mohou být zkomplikovány případnou poruchou řeči, když pacient nerozumí, nemůže se vyjádřit (R1) nebo nechápe (R3). V důsledku sekundárních poruch hybnosti pacient může mít narušenou schopnost začlenění se do rodiny, do společnosti, do práce (R6).

KATEGORIE 3: Komplikace CMP

SUBKATEGORIE 4: Komplikace související s poskytnutou léčbou

Myšlenková mapa 6: Komplikace související s poskytnutou léčbou



Přes veškerou snahu zdravotníků se nelze vyhnout určitým negativním důsledkům poskytnuté péče. Tyto komplikace shrnujeme v této subkategorii.

Alergická reakce: Riziko alergické reakce na kontrastní látku při CT vyšetření vzpomněla R1 a dodala: *„S tím vším musí sestra počítat a být na to připravená.“*

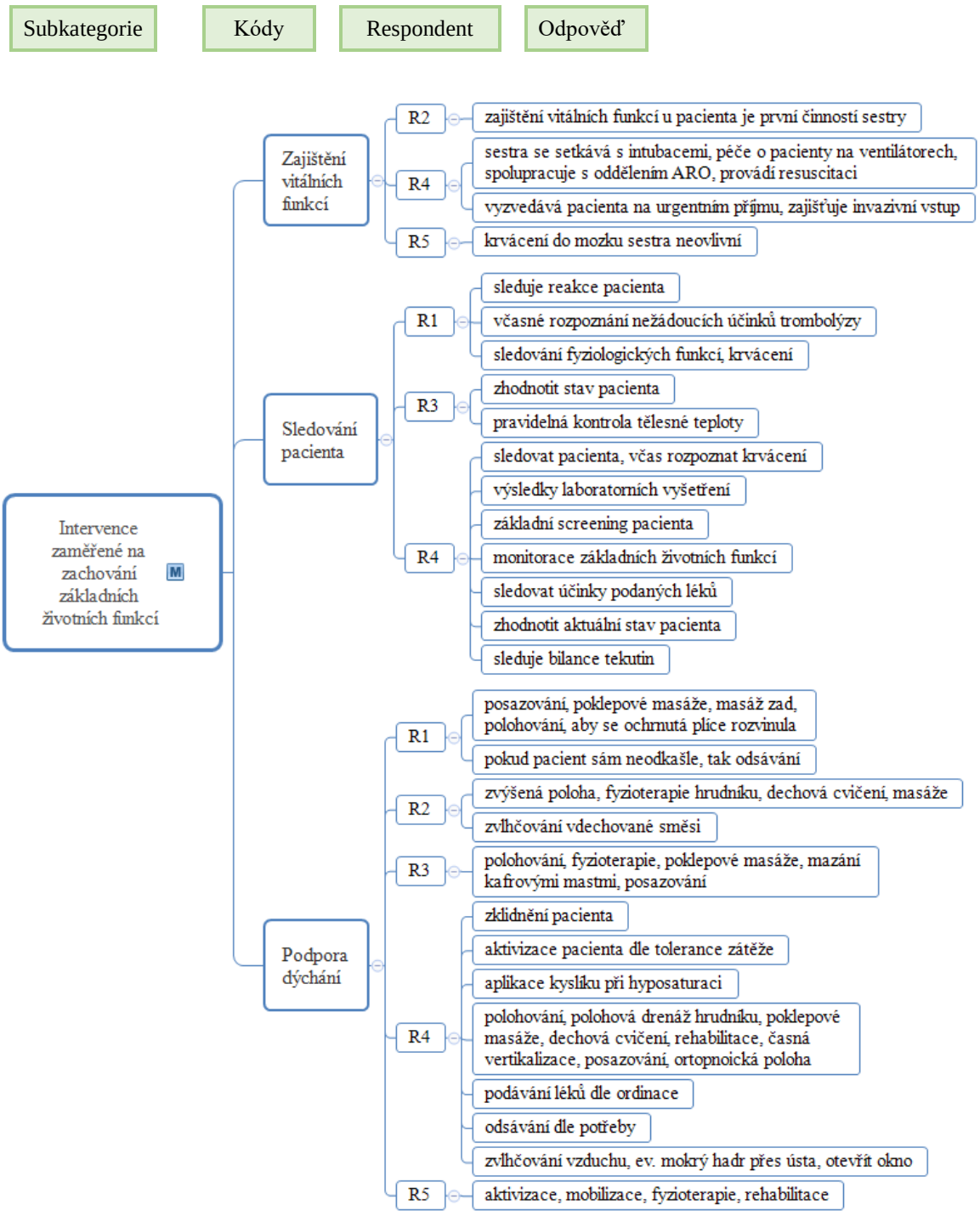
Komplikace spojené s invazivními vstupy: Nejobvyklejší komplikací v souvislosti s invazivními vstupy je podle odpovědí respondentů infekce. Sestry R1, R3 a R4 zmínily močovou infekci a infekci spojenou s intravenózní kanylou. R2 hovořila také o infekčních komplikacích, ale neuvedla je do souvislosti s invazivními vstupy. R1 zdůraznila, že každý invazivní vstup musí být správně ošetřený. R4 jmenovala široké spektrum používaných invazivních vstupů: periferní a centrální intravenózní kanyly, močové katetry, arteriální katetry, epicystostomie, tracheostomické kanyly, endotracheální kanyly, nasogastrické sondy a PICC. Při používání invazivních vstupů existuje také riziko poranění pacienta (R1). R5 uvedl, že močová infekce je druhou nejčastější komplikací CMP.

Nežádoucí účinky trombolýzy: R1 zmínila, že trombolýza může mít nežádoucí účinky. R4 uvedla riziko krvácení v důsledku léčby trombolytiky nebo antikoagulancii.

KATEGORIE 4: Ošetřovatelské intervence k prevenci komplikací

SUBKATEGORIE 1: Intervence zaměřené na zachování základních životních funkcí

Myšlenková mapa 7: Intervence zaměřené na zachování základních životních funkcí



Kategorie Ošetřovatelské intervence k prevenci komplikací je nejrozsáhlejší kategorií. Zahrnuje pět subkategorií. Některé myšlenkové mapy musely být rozděleny na několik částí pro jejich rozsah. Každá část je komentována samostatně.

První subkategorie Intervence zaměřené na zachování základních životních funkcí pojednává o zajištění vitálních funkcí, sledování pacienta a intervencích týkajících se podpory dýchání.

Zajištění vitálních funkcí: R2 uvedla, že zajištění vitálních funkcí je její první činností u pacienta. R4 popsala, že sestry iktového centra si vyzvedávají pacienty na urgentním příjmu, v další péči se setkávají i s intubacemi, péčí o pacienty na UPV, resuscitací a spolupracují s oddělením ARO. O mozkovém krvácení lékař (R5) uvedl: *„Co se týče krvácení do mozku, to sestra nějak neovlivní, to může bejt komplikace mozkový příhody ischemický neovlivnitelná.“* R4 oproti tomu uvádí: *„Prevence krvácivých komplikací, to je sledovat pacienta pro včasný záchyt krvácení, poučit pacienta a rodinu.“*

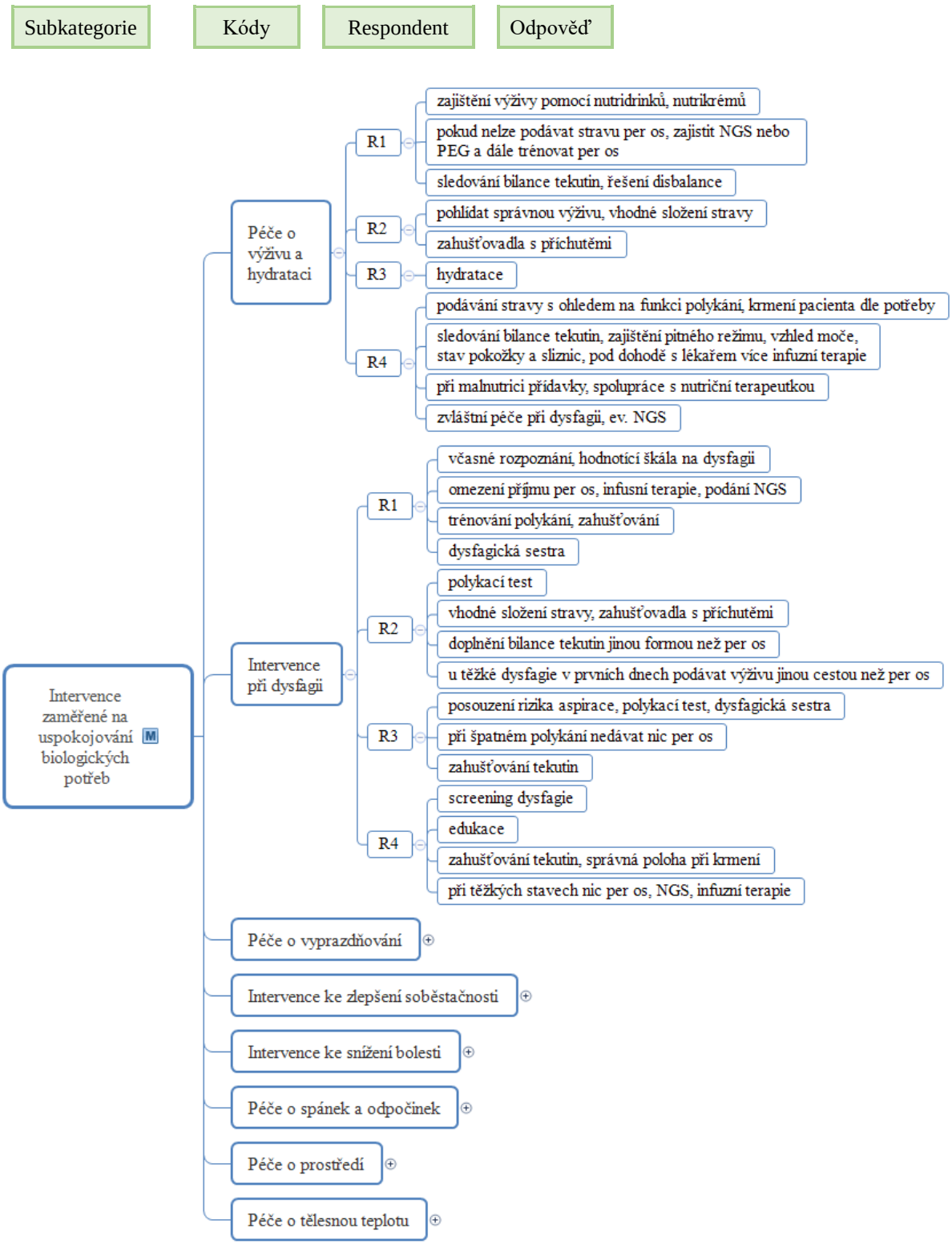
Sledování pacienta: Sestra musí zhodnotit aktuální stav pacienta (R3, R4), případně provést základní screening pacienta (R4). R4 zhodnocení aktuálního stavu blíže rozebrala: *„Zhodnotit aktuální stav vědomí, schopnost komunikace, hybnost končetinami, celkovou hybnost, schopnost spolupráce, bolest, odhadnout, jaké jsou prioritní problémy pacienta.“* Sestra dále musí sledovat reakce pacienta (R1), účinky podaných léků a výsledky laboratorních vyšetření (R4), rozpoznat včas případné nežádoucí účinky trombolýzy a výskyt krvácení (R1), monitorovat základní životní funkce (R1, R3, R4), sledovat bilance tekutin (R4).

Podpora dýchání: K intervencím na podporu dýchání patří polohování (R1, R3, R4), zvýšená poloha, posazování resp. vertikalizace (R1, R2, R3, R4), poklepové a jiné masáže (R1, R2, R3, R4), fyzioterapie a dechová cvičení (R2, R3, R4, R5). Pokud pacient sám neodkašle, je třeba odsávat (R1). Při hyposaturaci se podává kyslík (R4) a vdechovaná směs se zvlhčuje (R2). K promazání zad lze použít kafrové masti (R3). K prevenci plicní embolie R5 uvedl: *„Tak tu ovlivníš samozřejmě taky tím maximální aktivace, mobilizace, fyzioterapie, rehabilitační sestry, to všechno u pacienta.“* K úlevě při dušnosti lze použít ortopnoickou polohu a pacienta zklidnit (R4). R4 podotkla: *„Otevřít okno tady bohužel nejde.“*

KATEGORIE 4: Ošetřovatelské intervence k prevenci komplikací

SUBKATEGORIE 2: Intervence zaměřené na uspokojení biologických potřeb

Myšlenková mapa 8: Intervence zaměřené na uspokojení biologických potřeb (1. část)



Subkategorie Intervence zaměřené na uspokojení biologických potřeb zahrnuje celkem osm kódů s rozvětveným stromem odpovědí respondentů. Pro velkou rozsáhlost má tedy tato subkategorie myšlenkové mapy tři (Myšlenková mapa 8, 9, 10). Ve skutečnosti se jedná o jednu myšlenkovou mapu rozdělenou do tří částí, které na sebe navazují. V každé části jsou vypsány všechny kódy pro přehlednost, rozepsány jsou však po částech. První část popisuje intervence z oblasti péče o výživu a hydrataci a péče o pacienta s dysfagií.

Péče o výživu a hydrataci: Sestra podává pacientovi stravu s ohledem na funkci polykání a pacienta dle potřeby krmí (R4). V případě malnutrice sestra zajišťuje přídavky a spolupracuje s nutriční terapeutkou (R4). K doplnění výživy lze využít nutridrinky či nutrikrémy (R1). Při nutnosti zahušťování lze využít zahušťovadla s příchutěmi (R2). Pokud nelze podávat stravu per os, sestra zajišťuje NGS (R1, R4), případně PEG (R1). Sestra sleduje bilanci tekutin (R1, R4) a dohlíží na správnou hydrataci pacienta (R3, R4), sleduje vzhled moče, stav pokožky a sliznic (R4), disbalanci řeší (R1, R4), po dohodě s lékařem podává infuzní terapii (R4). V případě mozkového edému a antiedematozní léčby je vhodné zavedení močového katetru pro přesnější sledování bilance tekutin (R1). Při dysfagii je třeba zvláštní péče (R4). I přestože má pacient NGS nebo PEG, je vhodné dále trénovat příjem stravy per os (R1). R1 k tomu sdělila: *„Ale prostě to per os pořád trénovat, protože i dyž to třeba, nebo zkoušet, jo, že prostě každej den je přecejenom jinej a může ten stav se jakoby vylepšit, takže jeden dva dny polykat nemusí, ale ten třetí den prostě ho třeba i kolem tý sondy to už prostě pude, že se ten stav jakoby zlepší a to už musí sestra odhadnout, jestli je to vhodný nebo není.“* Sestra edukuje pacienta o dietě a pitném režimu, ev. vhodných přídavcích (R4).

Intervence při dysfagii: Porucha polykání musí být včas rozpoznána (R1), posouzeno riziko aspirace (R3). Je možné k tomu využít hodnotící škálu pro dysfagii (R1, R4), resp. polykací test (R2, R3). R2 k tomu podotkla: *„Myslím si, že by se mohly začít využívat právě ty polykací testy a tady todle ohledně toho polykání, což si myslím jako, že je jako a zrovna v těch iktovejch centrech se to hodně jakoby využívá.“* Podobně R3 uvedla: *„Myslím si, že by se ty testy u tý dysfagie mohly provádět, myslím si, že jo, ale říkám po pravdě, aspoň já za sebe, nedělám to. A neděláme to tady, si myslím, nikdo.“* Na dotaz, jak tedy sestra zhodnotí poruchu polykání, R3 odpověděla: *„No,*

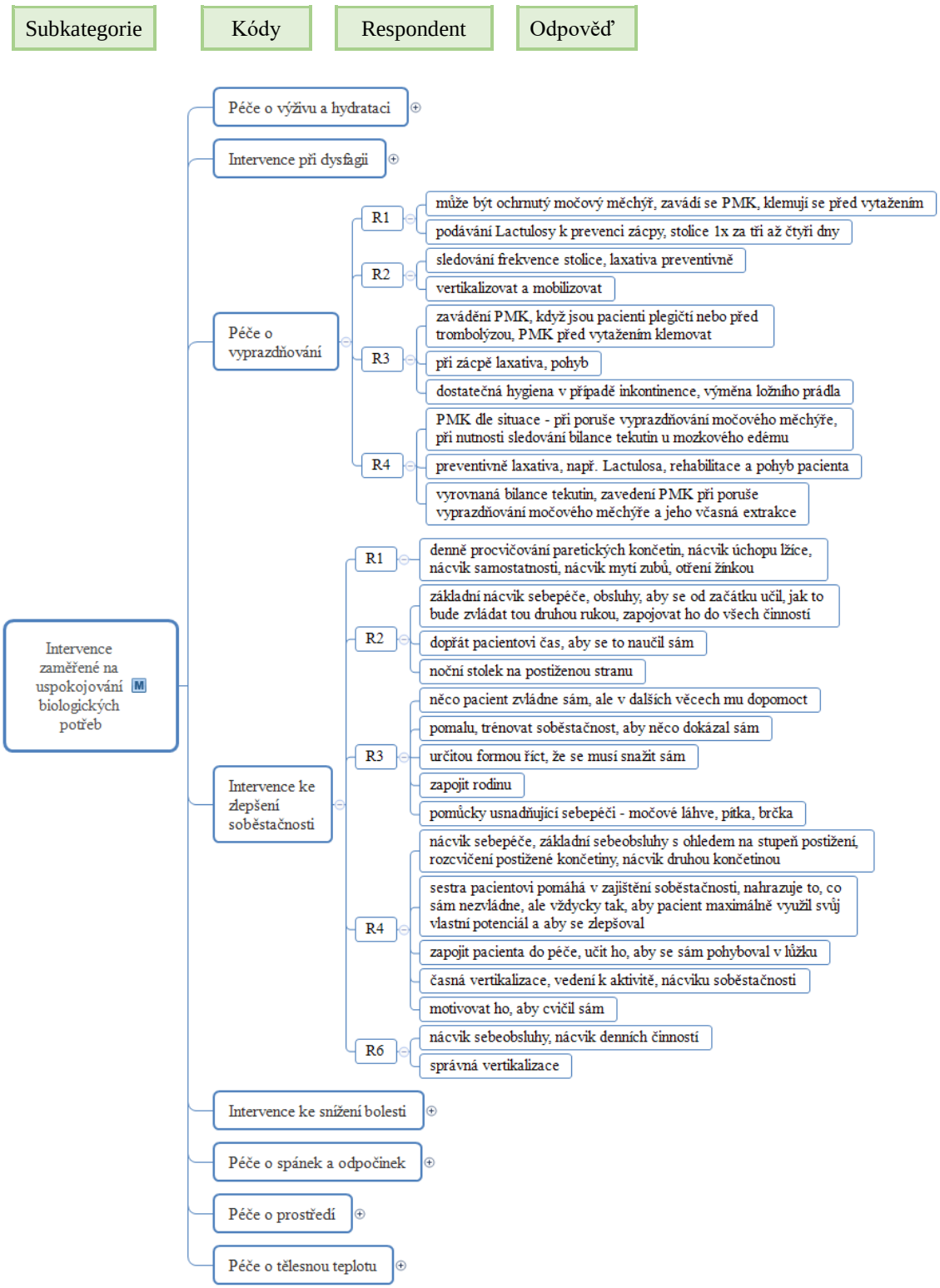
podle zkušenosti, ano, spíš podle zkušenosti, že vodhaduješ prostě.“ R4 zmínila: *„Mohl by být zajímavý ten screening dysfagie, s tím se tady teprve začíná.“*

Pokud je porucha polykání přítomna, je třeba omezit příjem per os (R1), při těžké dysfagii příjem per os zcela vyloučit (R2, R3, R4), ve spolupráci s lékařem zavést infusní terapii (R1, R2, R4), případně podat NGS (R1, R4). R4 k tomu uvedla: *„Někdy by bylo naopak lepší přidat více infuzí, když pacient špatně polyká.“* Podobně se vyjádřila i R2: *„Jako pochopím teda, když do něj mám narvat půl litru, ale nechápu, proč bych měla do člověka, kterej má akutní mrtvici narvat dva a půl litru pusou. Nevidím k tomu sebemenší důvod. ... A ještě toho zahuštěnýho. Já vím, že se snažíjou ty firmy to dělat jako s nějakejma příchutěma a kdesi cosi. Ale myslím, že já osobně jako sestra se bojím tady velkýho rizika aspirace u těhlech lidí.“* Polykání musí být trénováno (R1), musí být zajištěno vhodné složení stravy (R2), používat zahušťovadla (R1, R2, R3, R4), zajistit správnou polohu při krmení (R4). Je třeba edukovat pacienta (R4). Zvažuje se zavedení dysfagické sestry (R1, R3). R3 si posteskla: *„Tenkrát to bylo takový boom jako, že se to bude dělat, že bude dysfagická sestra a teď to strašně vyšumělo a nikdo vo tom nemluví, jo. Myslím si, že je to docela škoda.“* R1 vyjádřila nutnost předávání informací mezi sestrami: *„Je tam vlastně předávání těch informací, že prostě, jo, dneska je na tom hůř, dneska je potřeba dát toho Nutilisu dvě lžíce do toho čaje, jo, a dneska je na tom líp, dneska mu stačí dát jedna lžíce do toho.“*

KATEGORIE 4: Ošetřovatelské intervence k prevenci komplikací

SUBKATEGORIE 2: Intervence zaměřené na uspokojení biologických potřeb

Myšlenková mapa 9: Intervence zaměřené na uspokojení biologických potřeb (2. část)



Druhá část intervencí ze subkategorie Intervence zaměřené na uspokojování biologických potřeb se zaměřuje na péči o vyprazdňování a intervence ke zlepšení soběstačnosti.

Péče o vyprazdňování: Při cévní mozkové příhodě může být ochrnutý močový měchýř, proto se zavádí močové katetry (R1, R4). R3 zmínila zavedení katetrů také u plegických pacientů nebo před trombolýzou. R4 doplnila výhodu PMK při nutnosti sledování přesné bilance tekutin u mozkového edému. Extrakce PMK by měla být včasná (R3, R4). Katetry se před vytažením klemují (R1, R3).

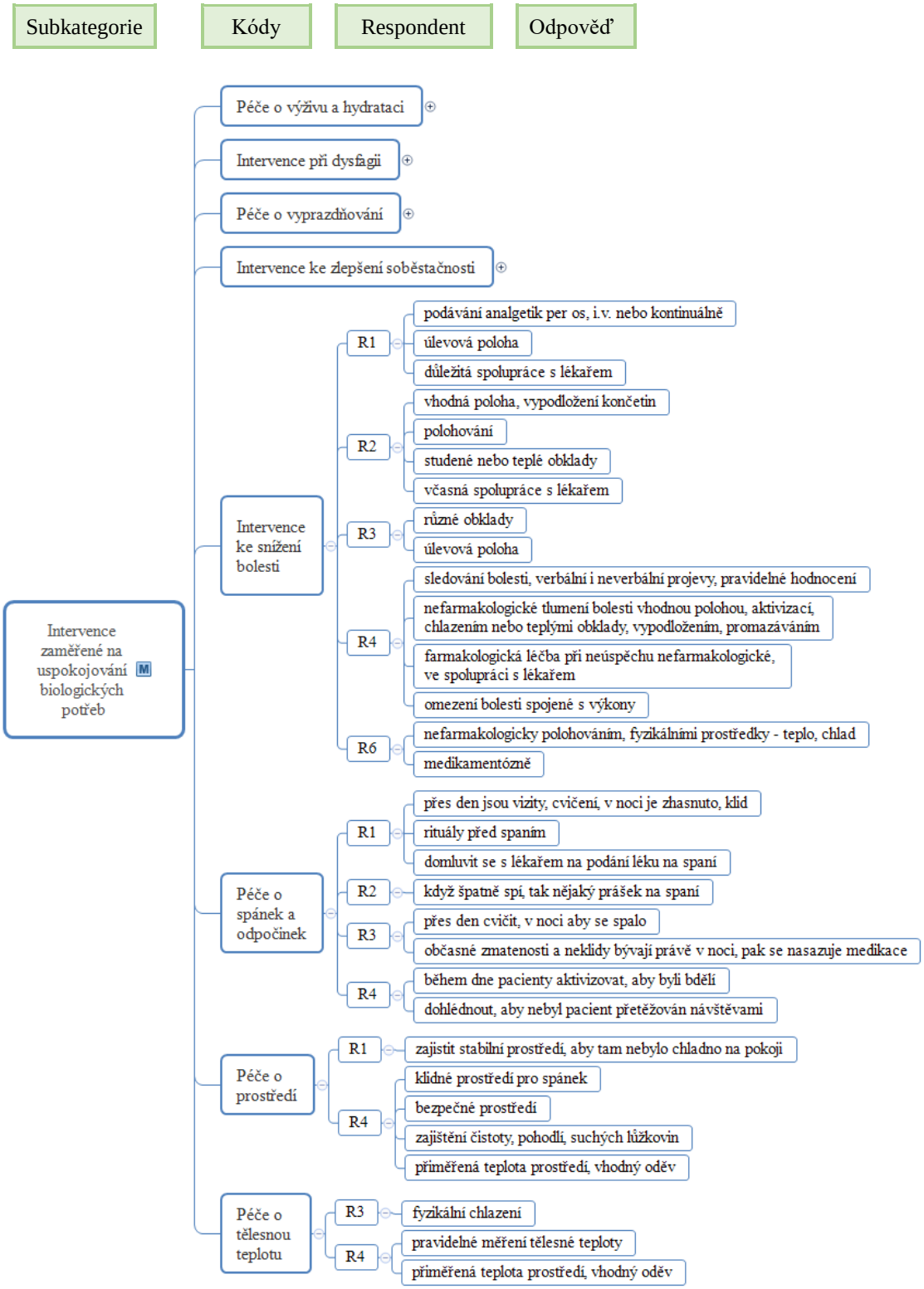
Sestry sledují frekvenci stolice (R2). Zácpě se předchází podáním laxativ (R1, R2, R3, R4), např. Lactulosy, aby byla stolice alespoň jednou za tři až čtyři dny (R1, R4). Pro prevenci zácpy je třeba pacienta také vertikalizovat a mobilizovat (R2, R3, R4). R3 zdůraznila potřebu dostatečné hygieny při inkontinenci a výměnu ložního prádla.

Intervence ke zlepšení soběstačnosti: Postižené končetiny musí být denně procvičovány, prováděn nácvik běžných činností jako je úchop lžíce, mytí zubů, otírání žínkou (R1, R4, R6). Pacient provádí základní nácvik sebepéče, učí se to zvládat druhou rukou, musí se zapojovat do všech činností (R2, R3, R4). Slovy R2: *„Prostě ho zapojovat do všech činností, co se kolem něj děje. Nenechat ho pasivně, vůbec, nehrozí.“* Důvody vysvětlila R1: *„To je prostě dennodenně s tím pacientem, aby to prostě zvládal a i dyž ty pokroky jsou třeba minimální, tak je to nutný ho do tý péče, do tý samopéče, nebo jak to nazvat, pořád nutit, aby prostě ten pacient byl co nejvíc samostatnej, protože i po jeho psychický stránce to jemu samotnýmu udělá dobře, že prostě, jo, já jsem už se prostě teď najedl sám, zvládl jsem to, jo, je to vo kousíček lepší.“* Je třeba poskytnout pacientovi dostatek času (R2), vše se provádí pomalu (R3). V činnostech, které sám nezvládne, mu sestra dopomáhá (R3, R4), ale vždycky tak, aby pacient maximálně využil svůj vlastní potenciál (R4). Sestra učí pacienta, jak se má sám pohybovat v lůžku (R4). Noční stolek se dává na postiženou stranu (R2). Sestra pacientovi musí vysvětlit, že je nutné, aby se snažil sám (R3). Pomáhá zapojení rodiny (R3). K usnadnění sebepéče lze využít různé pomůcky: močové láhve, pítka, brčka (R3). Správná a včasná vertikalizace (R4, R6).

KATEGORIE 4: Ošetřovatelské intervence k prevenci komplikací

SUBKATEGORIE 2: Intervence zaměřené na uspokojení biologických potřeb

Myšlenková mapa 10: Intervence zaměřené na uspokojení biologických potřeb (3. část)



Mapa třetí části ze subkategorie Intervence zaměřené na uspokojování biologických potřeb zachycuje intervence týkající se bolesti, spánku a odpočinku, péče o prostředí a tělesnou teplotu.

Intervence ke snížení bolesti: Sestra sleduje verbální i neverbální projevy bolesti, bolest pravidelně hodnotí (R4). K tlumení bolesti mohou sestry využít nefarmakologické prostředky, kterými jsou polohování do úlevové polohy (R1, R2, R3, R4, R6), vypodložení končetin (R2, R4), studené nebo teplé obklady (R2, R3, R4, R6), promazávání (R4). Při farmakologické léčbě bolesti je důležitá spolupráce s lékařem (R1, R2, R4). R1 uvedla: *„Tam je důležitá vlastně spolupráce s tím lékařem, kdy sestra vidí ty bolestivý grimasy, jo, nebo prostě je vidět, že toho pacienta jako něco bolí, tak prostě to tomu lékaři říct, že potřebuje třeba analgetika nebo potřebuje přidat analgetik, jo. Nebo prostě je bez bolesti, takže těch analgetik může zase ubrat, jo.“* Analgetika se podávají per os, i.v. nebo kontinuálně (R1). R4 přinesla poznatek, že sestry by se měly snažit omezit bolest spojenou s výkony.

Péče o spánek a odpočinek: Respondenti R1, R3 i R4 uváděli aktivizaci pacienta během dne a zajištění klidu na spánek v noci. R1 sdělila: *„Prostě střídat ten den a noc.“* Jako příklad aktivizace pacienta během dne R4 uvedla: *„čtením, sledováním televize, hovorem, drobnými činnostmi.“* R1 uvedla, že je vhodné umožnit pacientům oblíbené rituály před spaním: *„třeba mají polštářek svůj, to je taky pro ně důležitý, jo, že třeba si chcou poslechnout rádio než usnou, nebo prostě ty mladý třeba empétrojku než usnou.“* R1, R2 a R3 hovořili o nutnosti podat lék na spaní, pokud jsou nefarmakologické intervence neúčinné. R1 to odůvodnila takto: *„Pokud ten pacient noci neprospí, tak je lepší, když se něco malýho dá na noc, aby se vyspal, aby přes ten den mohl rehabilitovat, cvičit a prostě jen naplno.“* R3 poukázala na to, že případná zmatenost a neklid bývají problémem právě v noci. Co se týče odpočinku během dne, R4 uvedla, že je vhodné dohlédnout, aby nebyl pacient přetěžován návštěvami.

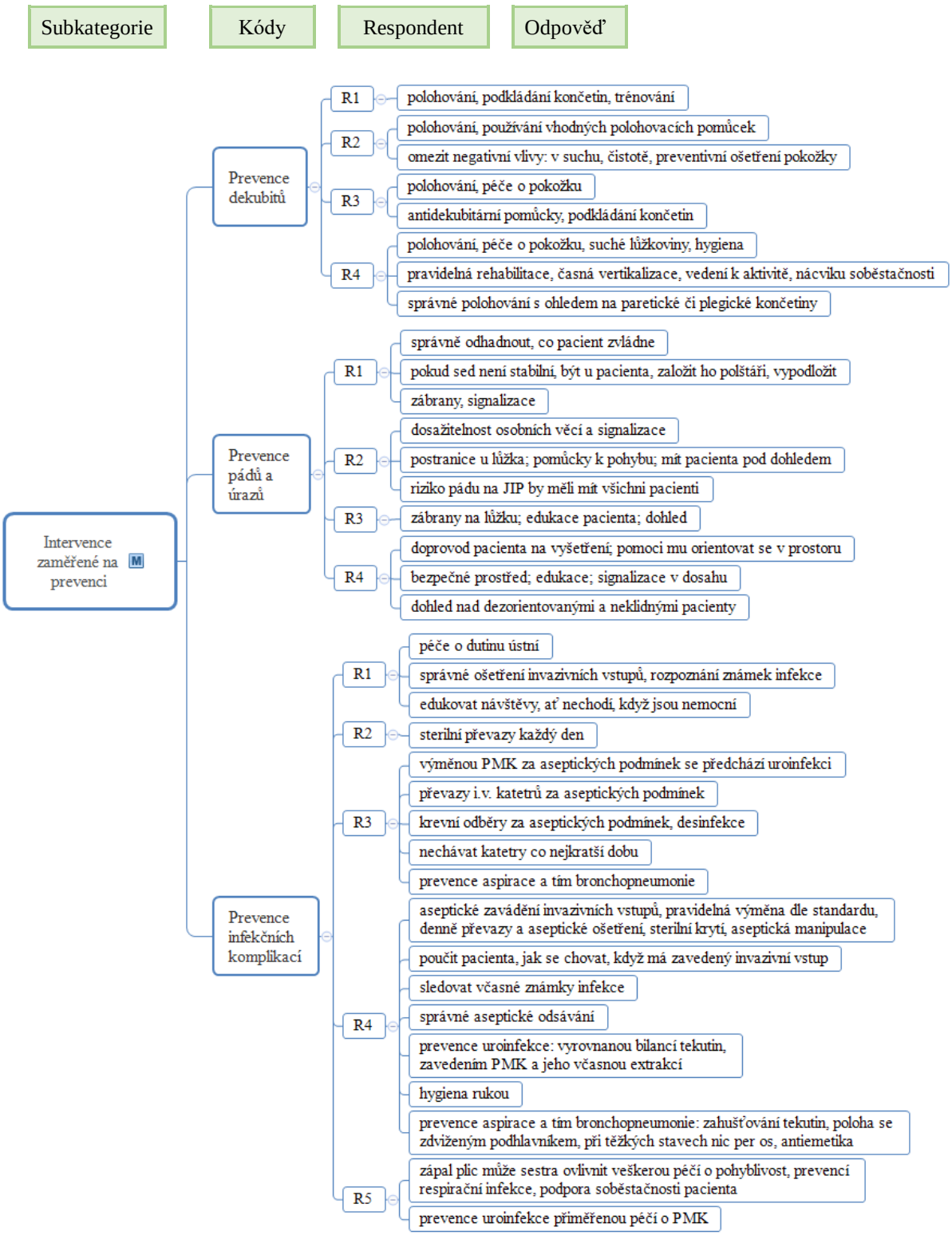
Péče o prostředí: Zajištění klidného prostředí pro spánek uvedla R4, což by mohlo náležet i k předcházejícímu kódu. Sestra dále zajišťuje, aby bylo prostředí bezpečné, čisté a pohodlné (R4). R1 a R4 sdělily, že je třeba zajistit vhodnou teplotu prostředí.

Péče o tělesnou teplotu: Sestra pravidelně měří tělesnou teplotu (R4), zajišťuje vhodnou teplotu prostředí (R4, R1) a vhodný oděv pro pacienta (R4). V případě zvýšené tělesné teploty z nefarmakologických intervencí využívá fyzikální chlazení (R3).

KATEGORIE 4: Ošetřovatelské intervence k prevenci komplikací

SUBKATEGORIE 3: Intervence zaměřené na prevenci

Myšlenková mapa 11: Intervence zaměřené na prevenci



Pod pojmem intervence zaměřené na prevenci jsou zahrnuty takové činnosti sester, které jsou cíleně zaměřeny na prevenci konkrétních problémů ovlivnitelných ošetřovatelskou péčí a to: dekubitů, pádů, úrazů a infekčních komplikací.

Prevence dekubitů: Polohování jako základní intervenci k prevenci dekubitů uvedli respondenti R1, R2, R3 a R4. Používání polohovacích pomůcek a podkládání končetin zmínili respondenti R1, R2 a R3. *„Určitě používání vhodnejch těch polohovacích pomůcek. My tady už máme ty polohovací postele, což je jakoby fajn,“* sdělila R2. Péči o pokožku uvedli R2, R3 a R4. *„Omezit ty negativní vlivy jako, aby pacient byl v suchu a čistotě, ošetřený, nějaký preventivní ošetření v rámci vzniku jako proleženin a dekubitů, jo, prostě tam ty preventivní spreje, ať už Secura nebo, já nevím Kubitan, nebo takovýdle,“* uvedla R2. R1 hovořila o trénování pacienta, R4 uvedla pravidelnou rehabilitaci, časnou vertikalizaci, vedení k aktivitě a nácvik soběstačnosti.

Prevence pádů a úrazů: V prevenci pádů a úrazů je důležité správně odhadnout, co pacient zvládne, jak uvedla R1: *„No, tam vlastně musí sestra rozpoznat, esi ten pacient zvládne sed na lůžku, esi zvládne sed na lůžku s nohama dolů, esi je ten sed stabilní nebo nestabilní, jo, musí zajistit prevence riziko pádu, ..., že prostě pokud ten sed není stabilní s nohama dolů, tak musí u něj bejt, nebo zajistit jinak, ...“* V případě nebezpečí použít zábrany u lůžka (R1, R2, R3). Přitom signalizace musí být v dosahu pacienta (R1, R2, R4). Pokud není sed stabilní, vypodložit pacienta, např. polštáři (R1). K chůzi může pacient využít pomůcky k usnadnění pohybu (R2). Je třeba mít dohled nad pacientem (R2, R3), zvláště u dezorientovaných a neklidných pacientů (R4). R2 to vysvětlila následovně: *„Protože ty lidi kolikrát si neuvědomujou, že jsou ochrnutý a prostě to si myslijou, že to prostě zvládnou a dají to a opravdu prostě ta noha nebo ruka jim neposlechne, no.“* Doprovázet pacienty na vyšetření (R4). Prostředí pacienta musí být bezpečné (R4). K tomu R4 uvedla: *„Já myslím, že dobře spolupracují. Problém je jen u těch dezorientovaných a neklidných pacientů. To se občas musí i odpojit od monitoru, jinak by ho na sebe strhl. Nebo si sundávají svody a pořád nám to hlásí chybu. Nebo se moc hýbou a lítají jim hodnoty. Nebo si vytrhnou kanyly nebo i močové katetry, že jo. No, občas se musí i kurtovat, právě kvůli tomuto riziku. Ale samozřejmě dle ordinace lékaře.“* R2 uvedla, že riziko pádu by mělo být uvažováno u všech pacientů na JIP. Pacienti mají být o riziku pádu edukováni (R3, R4).

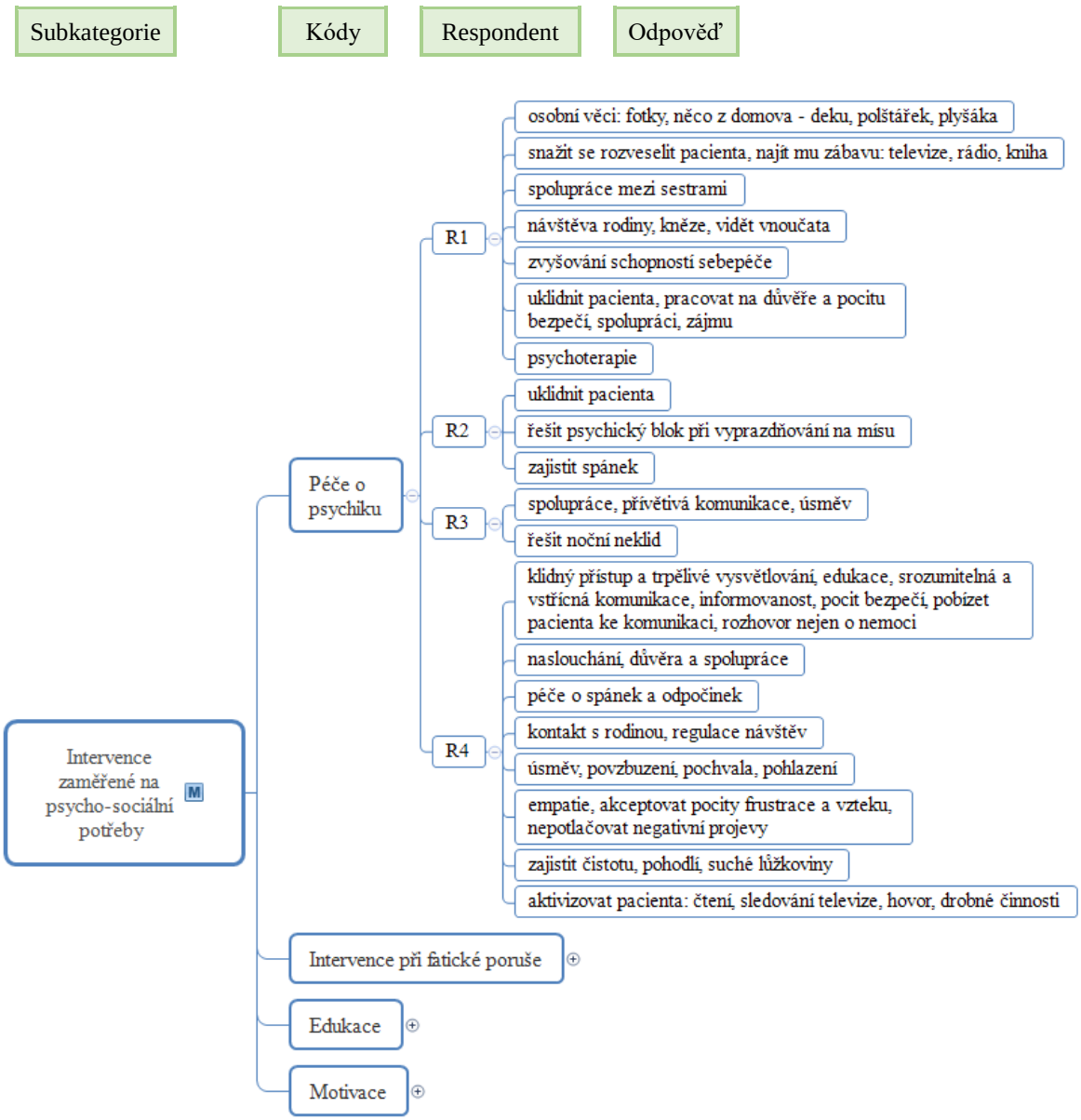
Prevence infekčních komplikací: V prevenci infekčních komplikaci je třeba správně ošetřovat invazivní vstupy a včas rozpoznat případné známky infekce (R1, R4).

Převazy se provádí každý den (R2, R4) za aseptických podmínek (R2, R3, R4). R2 sdělila: *„To si myslím, že tady děláme docela jakoby precizně a docela jakoby vzorně, že tady se vopravdu dělají sterilní převazy každej den. I když jsem teda i zažila třeba na iktovým centru v Brně, že tam mají svou vyloženě jakoby převazovou sterilní sestřičku, která jede a vyloženě s prostíráním a všechno jakoby sterilně, což tady jako nejde.“* Aseptické postupy musí být dodrženy rovněž při jejich zavádění (R4), stejně tak při krevních odběrech (R3). R4 ještě zdůraznila nutnou spolupráci pacienta: *„Poučit pacienta, aby s tím sám nemanipuloval.“* Aseptickou péčí o PMK lze předcházet uroinfekci (R3, R5). Je vhodné ponechávat katetry jen na nezbytně nutnou dobu (R3, R4), zajistit vyrovnanou bilanci tekutin (R4). U pacientů je třeba zvýšeně dbát na péči o dutinu ústní (R1). Sestry zajišťují prevenci aspirace a tím bronchopneumonie (R3, R4). Aseptické postupy musí být dodrženy i při odsávání (R4). Ohledně bronchopneumonie R5 uvedl: *„Zápal plic samozřejmě může sestra ovlivnit veškerou péčí o pohyblivost, prevence, prevenci nějaký respirační infekce a tak dál. Prostě pohyblivost, soběstačnost pacienta, že jo.“* Péče o pacienty s dysfagií byla blíže popsána v subkategorii Intervence zaměřené na uspokojování biologických potřeb. Důležitou zásadou v prevenci infekčních komplikací je podle respondentky R4 také dodržování hygieny rukou personálu a podotkla: *„Uvědomit si zodpovědnost za zdraví pacientů.“* Nesmí se zapomínat ani na edukaci návštěv a informovat je, aby nechodili na návštěvu nemocní (R1).

KATEGORIE 4: Ošetřovatelské intervence k prevenci komplikací

SUBKATEGORIE 4: Intervence zaměřené na psycho-sociální potřeby

Myšlenková mapa 12: Intervence zaměřené na psycho-sociální potřeby (1. část)



Péče o psychiku pacienta je nedílnou součástí léčby, ale zároveň představuje nejméně hmatatelnou část péče. Jaký názor mají sestry na péči o psychiku pacienta, uvádíme pod kódem Péče o psychiku.

Péče o psychiku: Význam péče o psychiku okomentovala R4: *„Taky je třeba dbát na psychiku pacienta, protože na něj může dolehnout tíha aktuálního stavu. Takže ho udržet nad věcí, aby s tím bojoval. Motivovat ho, podporovat, zapojit rodinu.“*

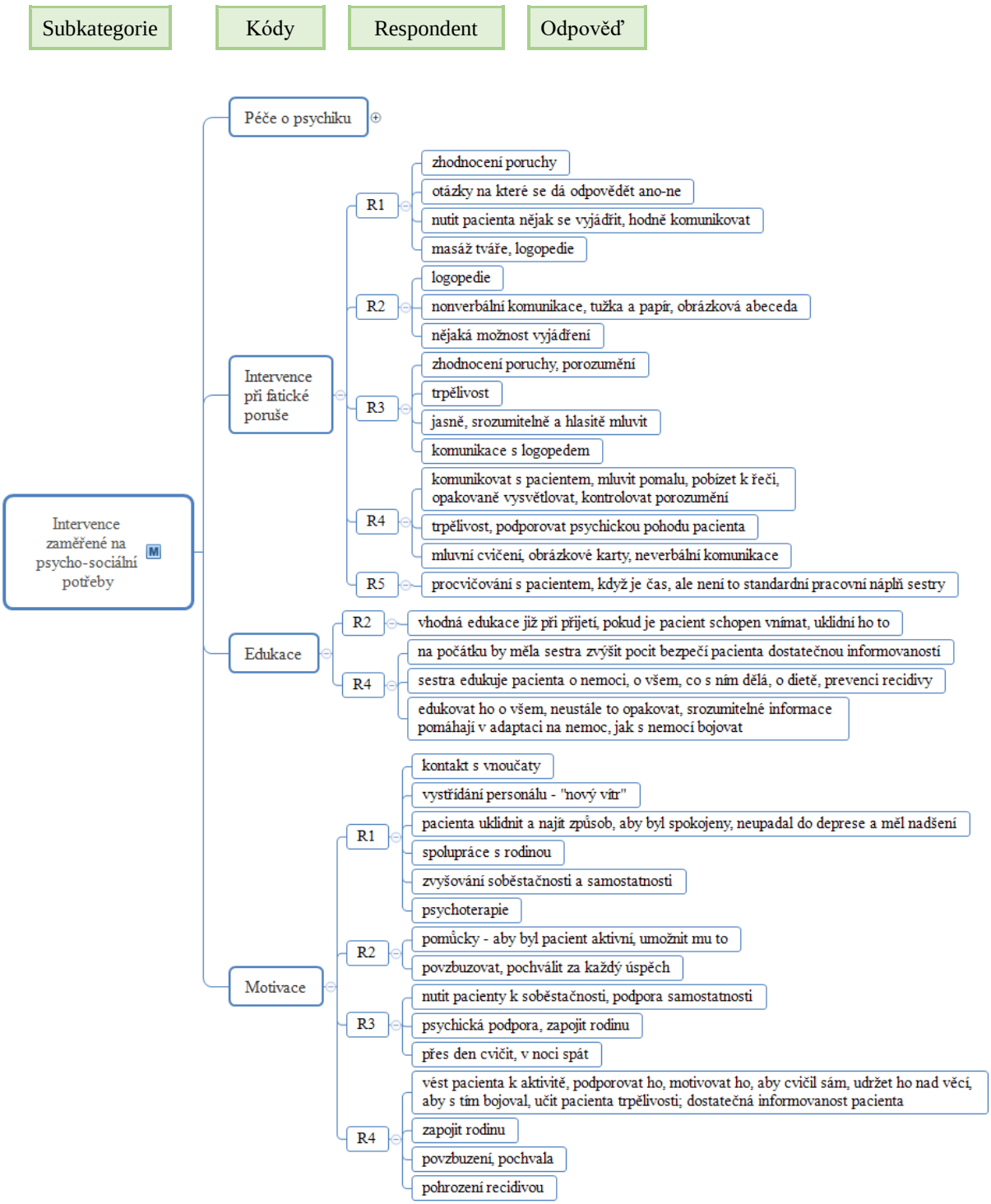
Uklidnění pacienta (R1, R2) a klidný přístup (R4) jsou hlavními intervencemi v péči o psychiku. R2 by za účelem uklidnění pacienta zařadila vhodnou edukaci hned při přijetí, pokud je pacient schopen vnímat. Do takové edukace R2 zahrnula: *„No, vysvětlit mu vůbec, co se mu stalo, kde je, co se s ním bude dít.“* Důležité je navázat spolupráci s pacientem (R1, R3, R4) a navodit atmosféru vzájemné důvěry (R1, R4). V tom může pomoci trpělivé vysvětlování, srozumitelná a vstřícná komunikace (R4), projevený zájem (R1), empatie a naslouchání (R4) a také kontakt s rodinou (R4). R1 uvedla poznatek, že návštěvy malých dětí mají na pacienty pozitivní vliv, ačkoliv nebývají povolovány. Sdělila: *„Ty malý děti třeba, jo, že vnoučata vidí, že se rozzáří, tak aspoň na chviličku, jo, těm starším, těm to taky pomůže, že je vidijou, jo, že tam je v těch dětech jakoby život, tak že prostě mají větší tu snahu se prostě rozcvičit a co nejdřív se vrátit jakoby do toho aspoň normálního stavu, no.“* Důležitá je přívětivost a úsměv (R1, R3, R4), což příhodně rozvedla R3: *„Pokud je ta sestra, která příjde, bude se smát, a bude s tím pacientem komunikovat, tak na něj může mít určitě velkej psychickej jakoby pozitivní vliv. … Protože každej se cejtíme dobře, když se na nás někdo jako směje, nebo si s náma povídá, než když je to o práci.“* Vlídný přístup může pomoci odhalit i zdánlivě nesouvisející problémy, jako je třeba psychický blok při vyprazdňování na mísu (R2). O způsobech budování důvěry a spolupráce hovořila také R4: *„Dostatečnou informovaností, tím, že se mu představíme. Že na něj nespěcháme. Třeba i tím, že se o něj bude opakovaně starat stejná sestra. Že zodpovíme jeho dotazy. Že mu dáme na výběr. Že mu řekneme, co se bude dít dál.“* Respondentka R4 se zmínila, že je třeba akceptovat i negativní projevy pacienta: *„Musí akceptovat jeho pocity frustrace a vzteku, pokud se mu okamžitě nedaří se situací vyrovnat. I negativní projevy jsou v tomto procesu důležité.“* Na psychiku pacienta lze působit také vhodným prostředím. Pacient by měl mít pocit bezpečí (R1, R4), pohodlí a čisté lůžkoviny (R4). Pomohou osobní věci v blízkosti, např. fotografie, oblíbené předměty z domova (R1). Náladu zlepší vhodná zábava jako je rozhovor, televize, rádio či kniha (R1, R4). R1 vypověděla: „*Zase je to vo tom, znalosti taky trochu psychologie a je prostě vidět …, pacient je smutnej, jo, tak se ho snažit rozveselit, dát mu tam třeba rádio, možnost knížky, možnost televize, zabavit ho prostě.“* Je třeba zajistit pacientovi kvalitní spánek (R2, R4). Podle R1 může psychiku pacienta podpořit radost z dosažených úspěchů*: „Po jeho psychický stránce to jemu samotnýmu udělá dobře, že prostě, jo, já jsem už se prostě teď najedl sám, zvládl jsem to, jo, je to vo kousíček lepší.“* Pomůže také

dostatečná informovanost (R4), což R4 zdůvodnila následovně: *„Aby se cítil v bezpečí a v dobrých rukou, nebál se, co příjde.“* Své místo má i psychoterapie, jak uvedla R1: *„Což je třeba i vhodná pak ta psychoterapie, nebo i ty sestry by měly bejt proškolený v psychologii.“* V případě komplikovaných pacientů je potřebná spolupráce více sester, jak vysvětlila respondentka R1: *„Pokud je ten pacient negativistickej a prostě třeba tu sestru ten den nebere, nebo prostě má špatnej den, a příjde tam druhá sestřička, tak je možný, že zase přinese novej vítr a je možný, že ta druhá mu třeba zase dá něco víc.“* A dále R1 uvedla: *„Tak ta třeba druhá donese větší vítr, bude na něj působit trošičku jinak, bude mít jiný impulzy, ..., tam vlastně přivítá ten pacient, když se tam ty lidi jakoby střídají.“* Zajímavý je také názor R4: *„Taky si myslím, že klidným přístupem a trpělivým vysvětlováním se často předejte zbytečné excitaci dezorientace pacienta. Aby se to nevymklo kontrole, kdy už je pacient nezvladatelný.“*

KATEGORIE 4: Ošetřovatelské intervence k prevenci komplikací

SUBKATEGORIE 4: Intervence zaměřené na psycho-sociální potřeby

Myšlenková mapa 13: Intervence zaměřené na psycho-sociální potřeby (2. část)



Do subkategorie intervencí v oblasti psycho-sociálních potřeb byly zařazeny intervence při fatických poruchách, neboť možnost verbální komunikace úzce souvisí s psychickými i sociálními potřebami. Dále sem byla zařazena edukace. Ta v sobě zahrnuje jednak komunikaci, jednak informovanost. To jsou dvě složky, které opět mohou působit na psychiku pacienta, jak již bylo zmíněno pod předchozím kódem Péče o psychiku. Zde však uvádíme jen obecné poznatky z oblasti edukace. Konkrétní témata jsou uvedena v samostatné kategorii Edukace. Posledním kódem zahrnutým v této subkategorii je motivace, která rovněž úzce souvisí s komunikací, dále s edukací a ovlivňuje také spolupráci pacienta. Tím se opět dostáváme k ovlivňování pacientovy psychiky a jeho schopnosti fungovat v sociálních vztazích během nemoci.

Intervence při fatické poruše: V péči o pacienta s poruchou řeči je v první řadě důležité poruchu zhodnotit (R1, R3). Dle zjištěných údajů pak sestra může zvolit vhodný způsob komunikace. Tím může být kladení otázek, na které lze odpovědět ano-ne nebo přikývnout, ukázat, stisknout ruku (R1), neverbální komunikace (R2, R4), tužka a papír (R2) nebo obrázková abeceda či obrázkové karty (R1, R2, R4). R1 uvedla: *„ Takže to už je potřeba jakoby vyzkoušet, na co ten pacient bude jakoby reagovat, co jemu bude vyhovovat.“* A dále R2: *„Aby ten člověk měl tu možnost se vyjádřit a říct, co potřebuje, co chce sdělit nám.“* Dle názorů respondentek R1 a R4 je vhodné pacienta pobízet ke komunikaci a hodně s ním mluvit. Vhodnost logopedie zmínili R1, R2 a R3. R2 to vyjádřila slovy: *„A určitě prostě aji ten nácvik tý základní logopedie by tady měl bejt, prostě nácvik jednotlivejch slov a vůbec těch pomůcek na to a usnadnit mu.“* R1 vyjádřila možnosti spolupráce sestry s logopedem: *„A taky je možný říct jako logopedce dneska ne, dneska prostě nechoďte, dneska je prostě unavenej, teď je po cvičení, nechte nám to tady, my to s ním pak probereme, až mu bude líp.“* Sestra by měla být trpělivá (R3, R4), mluvit jasně, srozumitelně a hlasitě (R3). R4 ještě dodala, že sestra by měla vysvětlovat opakovaně a kontrolovat porozumění (R4). R5 uvedl, že procvičování řeči s pacientem není standardní pracovní náplň sestry, ale je možná, pokud je čas. Doplnil to slovy: *„Jde vo to, když bude na JIPce prostě klid, tak může s pacientem v tu chvíli, kdy má volno, tak může s ním jít procvičovat, pokud má o to až tak zájem, no, ale asi nejde jim todleto přikazovat.“* R4 mluvní cvičení doporučila. Může pomoci také masáž tváře (R1).

Edukace: Poučení pacienta je vhodné již při přijetí, pokud je pacient schopen vnímat, neboť ho to může uklidnit a zvýšit jeho pocit bezpečí (R2, R4). Je třeba

pacienta edukovat o všem, co se kolem něj děje, informace opakovat, podávat je srozumitelně (R4). Na otázku, jak může sestra pomoci pacientovi v adaptaci na nemoc, respondentka R4 odpověděla: *„No, pomoct mu může tím, že mu podá co nejvíce srozumitelných informací. Jak s nemocí bojovat, co může udělat pro to, aby se jeho stav zlepšil. Přistupovat k němu s respektem, aby neměl pocit devalvace a méněcennosti. Být trpělivá, opakovaně zodpovídat dotazy.“*

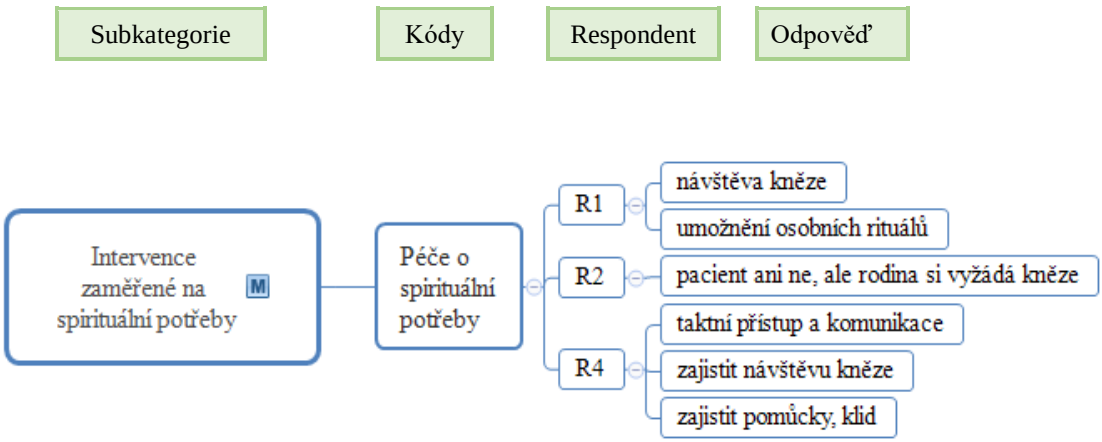
Motivace: Respondentka R1 vyjádřila význam uklidnění pacienta a dále hovořila o nutnosti hledat individuální přístup: *„… a najít nějakej způsob, aby byl spokojenej, aby neupadal do deprese, aby prostě měl to nadšení, že se s tím vyrovná, že to částečně zvládne.“* R2 se vyjádřila o motivaci následovně: *„Určitě nějakým určitým přístupem s tím pacientem za ním jakoby přijít a prostě ho povzbuzovat a motivovat toho pacienta. Prostě za každej ten malej úspěch by ho měla pochválit, jo.“* Význam pochvaly zmínila i R4: *„Snaží se jej motivovat, povzbuzuje jej, chválí za každý drobný úspěch. Učí jej trpělivosti, sama musí být trpělivá.“* R2 dále zmínila význam vhodných pomůcek: *„Ještě by to chtělo třeba nějaký ty křesla a takový věci, aby prostě jako ten člověk makal, makal, makal, makal a usnadnit mu to, no.“* Pro motivaci má význam i spolupráce s rodinou (R1, R3). Pod kódem Péče o psychiku už bylo zmíněno, že návštěvy malých dětí mohou pozitivně motivovat pacienty k tomu, aby se více snažili rozcvičit a co nejdříve se vrátit do normálního stavu (R1). Také bylo zmíněno, že v situaci, kdy je pacient negativistický a se sestrou špatně spolupracuje, může pomoci, když se u pacienta sestry vystřídají a ta druhá třeba přinese *„novej vítr“* slovy R1. U kódu Péče o psychiku jsme už také zmiňovali nutnost vést pacienta k maximální soběstačnosti, jak vyjádřila R1: *„Takže to je prostě denodenně s tím pacientem, aby to prostě zvládal, a i když jsou ty pokroky třeba minimální, tak je nutný ho do tý péče, do tý samopéče, nebo jak to nazvat, pořád nutit.“* O vztahu motivace a nácviku soběstačnosti mluvila také R3: *„To znamená, že prostě jim ano, dopomůžu jim, ale aby se snažili i sami třeba. Když mám ochrnutou pravou ruku, ale mám i tu levou, tak ji musím zapojit a třeba aby se dokrmili i tou levou rukou, jo. Neznamená to, že jim nepomůžu, ale prostě už trénovat právě i tu soběstačnost, aby ten člověk prostě dokázal něco sám. A postupně i tak jako je motivovat i psychicky, že jo, že prostě nejsou vodepsaný úplně.“* Dále R3 hovořila o tom, že v rámci motivaci je vhodné opatrně volit způsob, jakým mu informace předáme: *„Člověk se snaží mu jakoby říct určitou formou, že se musí snažit sám, jakoby mluvíš s ním hezky, ono to zní strašně, protože mu jakoby říkáš, že se má*

snažit sám se otočit, ale na druhou stranu mu to nechceš říct tím stylem, že prostě my se na něj vykašlem, jo.“ R4 zdůraznila význam edukace pro to, aby byl pacient aktivnější: *„Měla by zamezit tomu, aby pacient neupadl do pasivity, ale byl aktivním účastníkem svého onemocnění, který může průběh onemocnění ovlivnit. To je třeba pacientovi také sdělit.“* Na otázku, jak může sestra motivovat pacienta k pozitivní změně životního stylu R4 odpověděla: *„Opakovaným vysvětlováním, jak na to, co škodí, co mu pomůže. Efektivní bývá i pohrození recidivou.“*

KATEGORIE 4: Ošetřovatelské intervence k prevenci komplikací

SUBKATEGORIE 5: Intervence zaměřené na spirituální potřeby

Myšlenková mapa 14: Intervence zaměřené na spirituální potřeby

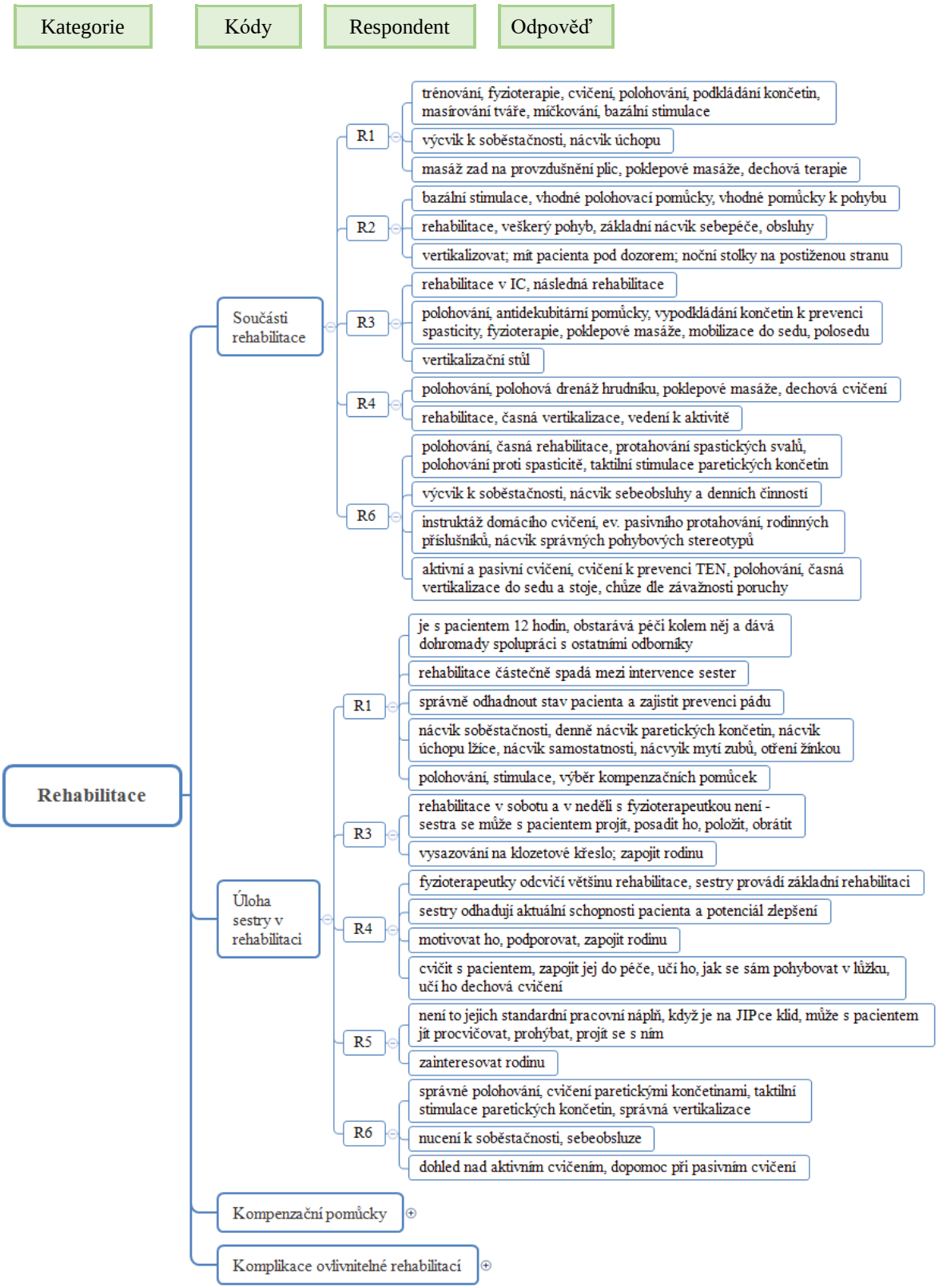


Péče o spirituální potřeby je nejméně obsáhlou subkategorií, neboť se o ní respondenti zmínili jen okrajově, třebaže byli konkrétně na oblast víry a vyznání dotazováni.

Péče o spirituální potřeby: R1, R2 a R4 uvedli, že někteří pacienti nebo příbuzní uvítají návštěvu kněze. Na otázku, jak může sestra pomoci pacientovi ve vyznání jeho víry, respondentka R1 uvedla, že k tomu patří i umožnění rituálů před spaním. R4 přinesla myšlenku taktního přístupu a citlivé komunikace o spirituálních potřebách: *„Je to hlavně o komunikaci a o taktu, protože je to většinou takové citlivé téma, které se moc neprobírá. Ale může to být pro pacienta důležité.“* Jako intervenci v péči o spirituální potřeby R4 doporučila zajištění potřebných pomůcek a klidu.

KATEGORIE 5: Rehabilitace

Myšlenková mapa 15: Rehabilitace (1. část)



Rehabilitace je velice důležitou součástí péče o pacienta s CMP. To se potvrdilo i ve výsledcích rozhovorů, protože respondenti podali značné množství podnětných výpovědí týkajících se rehabilitace. Tyto myšlenky byly seskupeny do čtyř kódů. První dvě skupiny vypovídají o tom, co všechno k rehabilitaci patří, a jaká je úloha sestry v rehabilitaci.

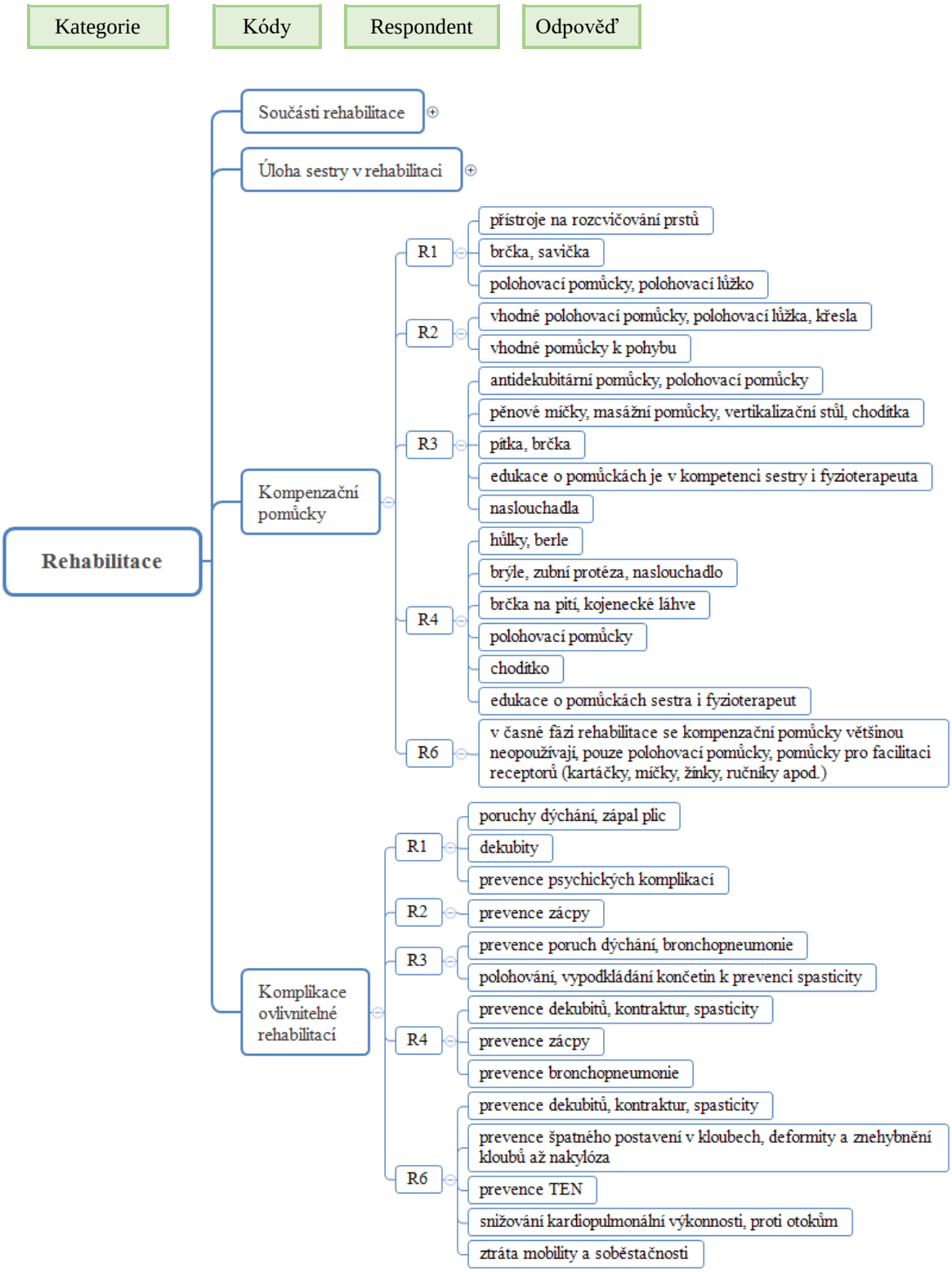
Součásti rehabilitace: O rehabilitaci nebo některé její části se opakovaně zmínily všechny dotazované sestry (R1, R2, R3, R4). Nejpodrobnější informace přinesla fyzioterapeutka (R6). Z těchto výpovědí jsme poskládali spektrum činností, které se vztahují k rehabilitaci v iktovém centru. Respondenti používali termíny rehabilitace (R2, R3, R4, R6), fyzioterapie (R1, R3), cvičení (R1), protahování (R6). Zmiňovali vertikalizaci (R2, R3, R4, R6), mobilizaci do sedu či polosedu (R3, R6), nácvik chůze (R6). R6 rozdělila cvičení na aktivní a pasivní, cvičení k prevenci TEN, hovořila o protahování spastických svalů, aktivaci paretických svalů, nácvik správných pohybových stereotypů. V souvislosti s rehabilitací bylo zmiňováno masírování tváře (R1), míčkování (R1), masáž zad na provzdušnění plic (R1), poklepové masáže (R1, R3, R4), dechová terapie (R1, R4), polohová drenáž hrudníku (R4), polohování (R1, R3, R4, R6), polohovací pomůcky (R2, R3), podkládání končetin (R1, R3), vhodné pomůcky k pohybu (R2), taktilní stimulace paretických končetin (R6). Další součástí byly intervence zaměřené na běžné denní aktivity jako trénování (R1), péče o veškerý pohyb (R2), vedení k aktivitě (R4), výcvik k soběstačnosti (R1, R2, R6), nácvik úchopu (R1), noční stolky na postiženou stranu (R2). Byla zmíněna také bazální stimulace (R1, R2). Fyzioterapeutka (R6) vzpomněla na instruktáž domácího cvičení a rodinných příslušníků před propuštěním.

Úloha sestry v rehabilitaci: Fyzioterapeutky odcvičí větší část rehabilitace, sestry provádí jen část rehabilitace (R1, R4). R1 na otázku, zda si myslí, že rehabilitace spadá mezi intervence všeobecných sester, odpověděla: *„No, částečně asi taky jo, protože musíjou, nejenom jakoby ta speciální fyzioterapeutka, ta která tam jakoby chodí dvakrát denně.“* Lékař (R5) uvedl: *„Pokud fyzioterapeutky dělají rehabilitaci dvakrát denně, pokud tam je čas, byl bych rád, když by dělaly sestry taky nějakou rehabilitaci, prostě si toho pacienta posadily, nechaly ho procvičit, prohejbat, projít s ním, jako to určitě. Čím víc, tím líp, včetně rodiny. Zainteresovat rodinu, aby tam rodina neseděla a nepovídala jenom. Můžou taky prostě posadit si toho příbuznýho a prostě procvičit ruce, nohy, prohejbat.“* Vzápětí podotýkal: *„Není jejich standardní náplň pracovní to, aby s ním*

cvičily. … Může s pacientem v tu chvíli, kdy má volno, tak může s ním jít procvičovat, pokud má o to až tak zájem, no, ale asi nejde jim todleto přikazovat.“ O víkendech fyzioterapeutky nechodí a veškerá rehabilitace a fyzioterapie je na sestře (R3). R3 k tomu uvedla: *„Záleží na tom potom samozřejmě, jakou máš obložnost, kolik tady máš prostě pacientů, jo. Je jasný, že se s tím pacientem třeba můžeš projít, že jo, můžeš prostě cokoliv. Několikrát ho posadíš, položíš, vobrátíš.“* Na otázku, jak by měla probíhat rehabilitace o víkendu při nepřítomnosti fyzioterapeuta, odpověděla respondentka R6 (fyzioterapeutka): *„Dle stavu, ideálně polohování po dvou hodinách, cvičení minimálně dvakrát denně, eventuelně dohled nebo připomínání aktivního cvičení. Vertikalizace na jídlo, dvakrát denně cílená vertikalizace do sedu – nácvik stability v sedu, eventuelně do stoje nebo chůze.“* Vzhledem k tomu, že sestry tráví s pacientem 12 hodin, obstarávají péči kolem něj a koordinují spolupráci s ostatními odborníky (R1). R1 si to představuje následovně: *„Takže ona vidí, jo teď je prostě čilej, je v pohodě, můžem přidat cvičení, jo, teď je unavenej, tak cvičit nebudeme, teď by bylo třeba lepší mluvení, takže ona vlastně si tu péči okolo toho pacienta taky obstarává sama.“* Sestry odhadují aktuální schopnosti pacienta a potenciál zlepšení (R1, R4). Význam správného posouzení pacientových schopností jsme uváděli už v rámci kódu Prevence pádů a úrazů. Sestry mohou s pacientem cvičit a zapojují jej do péče (R4), učí ho např. dechová cvičení (R4). Jedním z nejdůležitějších úkolů sestry je nácvik soběstačnosti a všech denních činností s pacientem (R1, R4, R6), posazování na klozetové křeslo (R3), učí pacienta, jak se samostatně pohybovat v lůžku (R4). R1 výstižně uvedla: *„Čím dřív se začne, tím vlastně je to do budoucna jakoby lepší.“* Sestry se z větší části podílejí na polohování (R1) a provádějí také stimulaci (R1). R6 uvedla, že polohování musí být správně provedeno. R6 dále rozvedla, že sestry mohou cvičit paretickými končetinami, provádět jejich taktilní stimulaci a správně vertikalizovat. R6 správnou vertikalizaci popsala: *„To znamená vyhnout se flekčnímu držení trupu a hlavy, ale správné držení lopatky, podkládání chodidel pokud nedosáhnou na zem a tak podobně.“* Měly by dohlížet na provádění aktivního cvičení a pomáhat při pasivním cvičení (R6). V kompetenci sester je rovněž výběr vhodných kompenzačních pomůcek (R1). Sestry se také významně podílejí na zapojení rodiny do péče (R3, R4, R5), motivují a podporují pacienta (R4).

KATEGORIE 5: Rehabilitace

Myšlenková mapa 16: Rehabilitace (2. část)



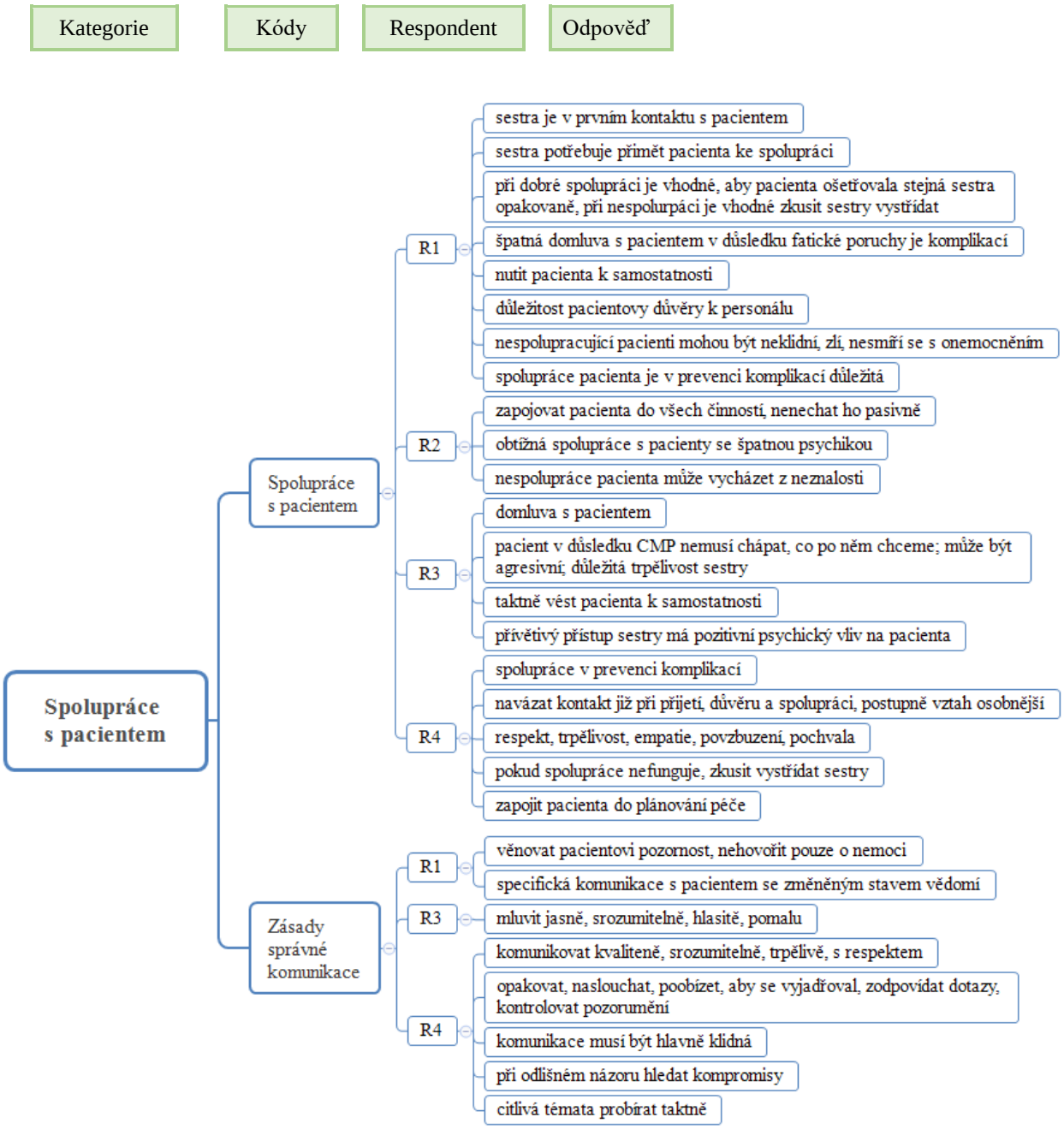
Druhá část kategorie Rehabilitace zahrnuje dva kódy. První shrnuje kompenzační pomůcky užívané v iktovém centru v rámci rehabilitace, druhý popisuje, které komplikace lze ovlivnit rehabilitací. Tyto dva kódy jsou víceméně výčtem pojmů.

Kompenzační pomůcky: Pomůcky používané v iktovém centru v rámci rehabilitace jsou následující: přístroje na rozcvičování prstů (R1), vertikalizační stůl (R3), polohovací či antidekubitární pomůcky (R1, R2, R3, R4, R6), polohovací lůžko (R1, R2), polohovací stolky na jídlo (R2), křesla (R2), pomůcky k pohybu (R2), chodítka (R3, R4), hůlky a berle (R4), pěnové míčky (R3, R6), masážní pomůcky (R3, R6), brčka (R1, R3, R4), pítka a savičky (R1, R3, R4), naslouchadla (R3, R4), brýle (R4), zubní protézy (R4). Fyzioterapeutka (R6) uvedla, že v časné fázi rehabilitace se kompenzační pomůcky většinou nepoužívají, pouze polohovací pomůcky a pomůcky pro facilitaci receptorů, mezi kterými jmenovala kartáčky, míčky, žínky, ručníky apod. Edukace pacienta o používání kompenzačních pomůcek je v kompetenci sestry i fyzioterapeuta (R1, R3, R4). Na otázku, kdo pacientovi nabízí pomůcky, R1 odpověděla: *„Tak to je vlastně v kompetenci vlastně tý ošetřující sestry, která by měla vypozorovat, co ten pacient jakoby potřebuje nebo co by bylo pro něj i vhodný, takže aby to odhadla nebo prostě vyzkoušela.“*

Komplikace ovlivnitelné rehabilitací: Komplikace ovlivnitelné rehabilitací jsou v první řadě dekubity (R1, R4, R6) a bronchopneumonie (R1, R3, R4), dále spasticita (R3, R4, R6), kontraktury (R4, R6). Rehabilitace pomáhá rovněž v prevenci psychických komplikací (R1). Dále v prevenci zácpy (R2, R4). R6 na otázku, jakým komplikacím lze předcházet rehabilitací odpověděla: *„Dekubitům, svalovým zkrácením, prohlubování spasticity, deformitám a znehybnění kloubů, protože může vzniknout až ankylóza, předcházení otokům, bolesti, depresi, snižování kardiopulmonální výkonnosti, trombembolické nemoci, ztrátě mobility a soběstačnosti.“*

KATEGORIE 6: Spolupráce s pacientem

Myšlenková mapa 17: Spolupráce s pacientem



Kategorie Spolupráce s pacientem přináší informace o aspektech vztahu sestra-pacient a o jejich vzájemné kooperaci. Přináší poznatky o tom, co dobrá spolupráce přináší, kde se může objevit problém a jak by sestra měla pacienta zapojovat. Pod kódem Zásady správné komunikace jsou uvedeny poznatky respondentů o tom, jak

by měla správná komunikace sestry s pacientem vypadat, aby vzájemná spolupráce fungovala.

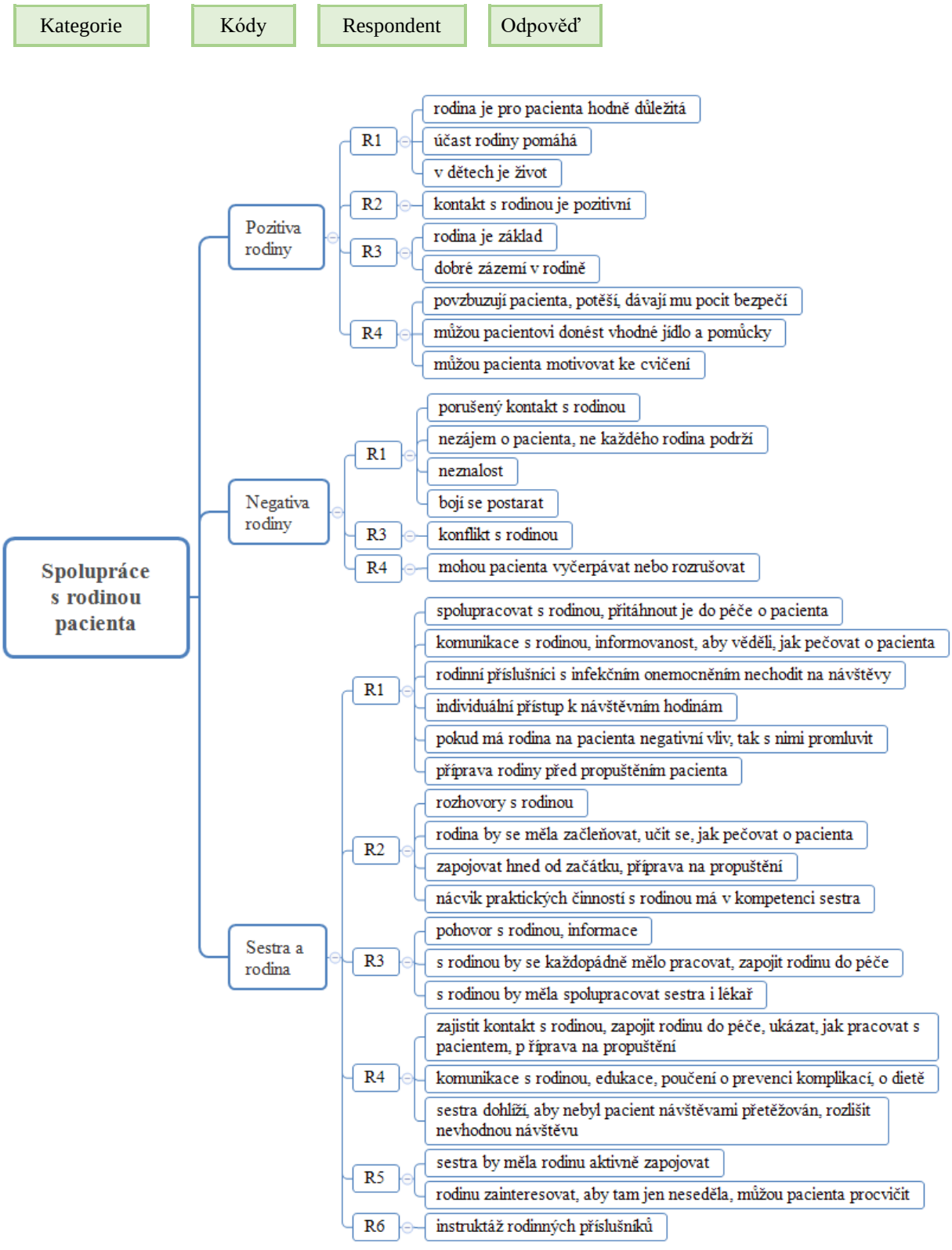
Spolupráce s pacientem: Sestra je s pacientem v prvním kontaktu (R1), potřebuje se s pacientem domluvit na řadě věcí (R3) a potřebuje s pacientem spolupracovat (R1, R4). Mezi sestrou a pacientem by měla být vzájemná důvěra (R1, R4). Případná fatická porucha může spolupráci narušit vzhledem ke ztížení komunikace a vzájemného porozumění (R1, R3). R1 to vyjádřila slovy: *„Pak je tam špatná jakoby domluva s tím pacientem, jo, že nám třeba nerozumí nebo prostě chce něco říct a nemůže se vyjádřit, jo. ... Může to mít následky pro toho pacienta, že bude depresivní, že my mu nerozumíme, že prostě i jeho psychika půjde níž než by měla jít. Při tom my ho potřebujeme vytáhnout, aby s náma spolupracoval se vším.“* Sestra se snaží přimět pacienta k co nejvyšší samostatnosti (R1, R3). Měla by ho příležitostně povzbudit a pochválit (R4). R4 dále hovořila o respektu sestry k pacientovi: *„Měli bysme je respektovat. Sestry často nechápou, že pacient má právo říct na něco NE. Pak je třeba najít alternativu, kompromis.“* Sestra zapojuje pacienta do všech činností a neměla by ho nechat v pasivitě (R2). Zapojuje pacienta i do plánování péče (R4). Stává se, že někteří pacienti nespolupracují a jsou agresivní či negativističtí (R1, R2). Spolupráce sestry a pacienta je pro prevenci komplikací důležitá (R1, R4). R4 podotkla: *„Sestra musí být hlavně trpělivá, empatická. Oni to ti pacienti opravdu nemají jednoduché.“* Přívětivý přístup sestry má na pacientovu psychiku pozitivní vliv (R3). Pokud spolupráce sestry a pacienta funguje, je dobré, když má pacienta na starosti jedna sestra opakovaně (R1). R1 to zdůvodnila následovně: *„Protože ona ho před těma dvěma dnama viděla, zná ho, ví ty jeho reakce, ví, v čem se zlepšil, ví, jakoby v čem může třeba pokračovat, kde ještě je ta možnost toho vylepšení. ... A pokud si sednou, tak je lepší, když třeba za ty dva dny ho má zase ona.“* V opačném případě je vhodné, když se sestry prostřídají (R1, R4), jak jsme již uváděli v Péči o psychiku. Zde pro doplnění citujeme respondentku R4: *„Pokud si sestra s některým pacientem tak říkajíc nesedne, je dobré, aby ji po domluvě zastoupila jiná sestra, a při tom není třeba se za to stydět. Hlavně si vyjít vstříc.“* Může se stát, že někdy vychází nespolupráce pacienta pouze z neznalosti (R2).

Zásady správné komunikace: R4 zdůraznila srozumitelnost komunikace a k tomu uvedla, že komunikace musí být hlavně klidná. R3 sdělila: *„Potom je důležitá trpělivost u nás, protože jsou to starší pacienti, tak jasně, srozumitelně a hlasitě mluvit.“* Jak již

bylo zmíněno výše, sestra musí projevit respekt k pacientovi, při odlišném názoru hledat kompromisy (R4). R1 uvedla: *„Tak pokud jsme u toho pacienta, tak se plně věnujeme jemu.“* R4 hovořila o naslouchání a zmínila: *„Aby ten pacient měl pocit, že na něj máme dost času a že jsme tady hlavně pro něj.“* Sestra by neměla hovořit pouze o nemoci (R1, R4), citlivá témata probírat taktně (R4). Sestra měla pacienta pobízet, aby se vyjadřoval, zodpovídat jeho dotazy, informace opakovat a kontrolovat porozumění (R4). Svoje specifika má komunikace s pacientem se změněným stavem vědomí (R1). Respondentka R1 uvedla, že místo verbálního pozdravu „dobrý den“ lze použít stisk ruky a ten dle potřeby jej opakovat: *„Anebo mu stisknem ruku, my jsme tady, i když je třeba v komatu a neví to. A vždycky pak prostě, aby ten pacient věděl, kdy přicházíme, jo, a kdy vod něj vodcházíme, jo. Takže nějakej ten jakoby impuls prostě, teď jsme tady, teď budem ošetřovat, aby se von nebál, jo, a teď jsme skončili, jo, a teď vod pacienta vodcházíme, aby von se neleknul.“*

KATEGORIE 7: Spolupráce s rodinou pacienta

Myšlenková mapa 18: Spolupráce s rodinou pacienta



V kategorii Spolupráce s rodinou pacienta se snažíme postihnout aspekty vztahu pacienta s jeho rodinou, pozitivní i negativní stránky tohoto vztahu. Zabýváme se tím, jak může sestra do tohoto vztahu vstoupit a modifikovat jej za účelem zlepšení péče o pacienta.

Pozitiva rodiny: Pozitivní význam návštěv a dobrého vztahu s rodinou vyzdvihli všechny respondentky z řad sester (R1, R2, R3, R4). Použily k tomu různá vyjádření: R1: *„Přitáhnout tu rodinu do tý péče o toho pacienta, prostě protože to těm pacientům pomáhá, jo. ... Ta rodina je jakoby hodně důležitá pro toho pacienta.“* R2: *„Já si myslím, že je to v každým případě pozitivní. Ta rodina by se v tomhletom měla začleňovat.“* R3: *„Pokuď je to dobrý zázemí, tak je vždycky ku prospěchu. ... Rodina je v tomhletom základ.“* R4: *„Povzbuzují pacienta, potěší, dávají mu pocit bezpečí.“* Mimo to R1 vyjádřila pozitivní vliv kontaktu s dětmi, jak bylo zmíněno u kódu Péče o psychiku. R4 vyjádřila výhody spolupráce s rodinou a to takové, že mohou pacientovi přinést vhodné potraviny a pomůcky a také mohou pacienta motivovat ke cvičení.

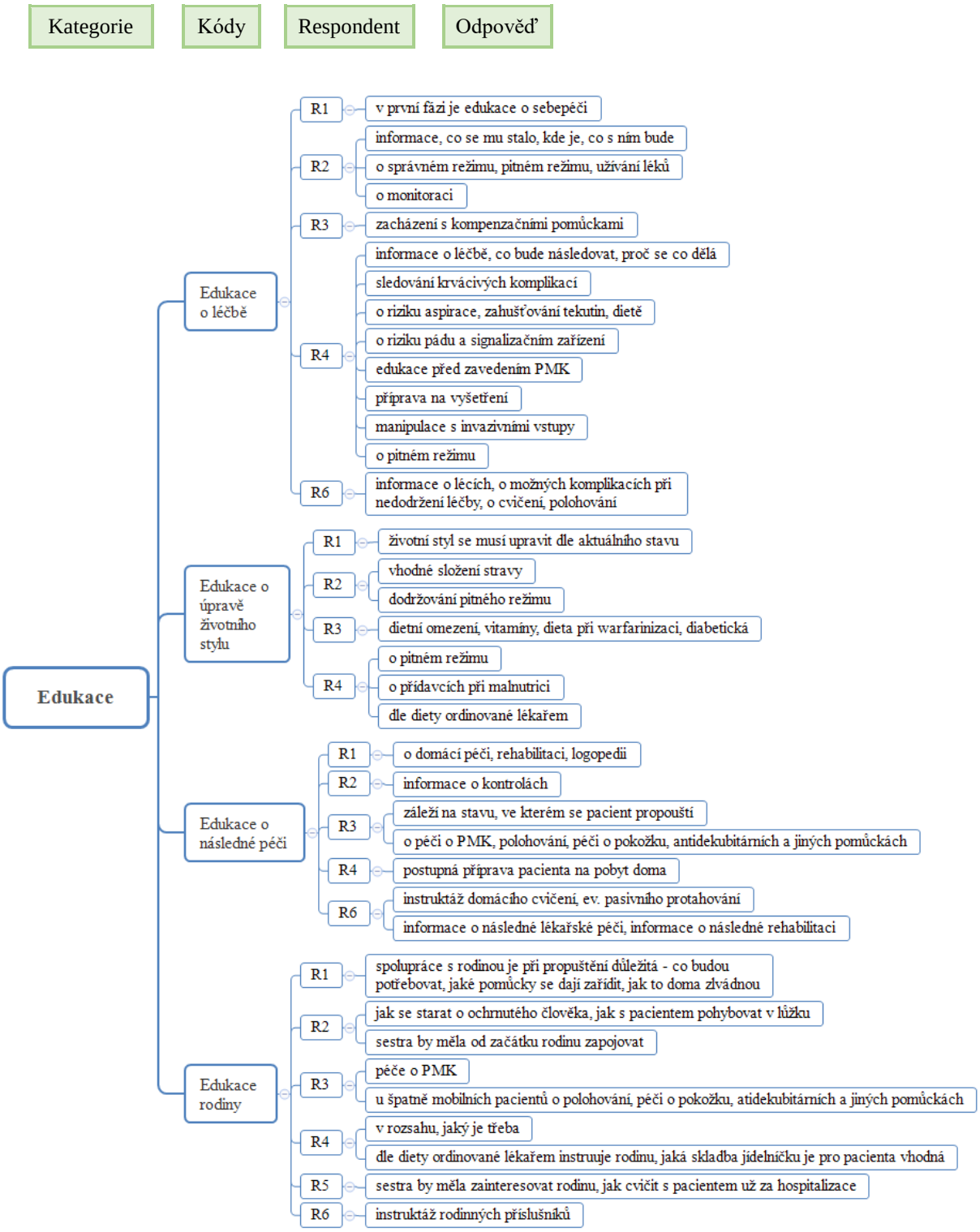
Negativa rodiny: V některých případech je kontakt s rodinou porušený, ze strany rodiny může být nezájem o pacienta (R1): *„Ne každýho vlastně ta rodina podrží.“* Rodina může pacienta vyčerpávat nebo rozrušovat (R4). R1 také uvedla, že možné problémy mohou pramenit z nedostatečné informovanosti rodiny: *„Nevědí, co a jak, jo, nedokážou si to představit, jo, nikdy se s tím nesetkali.“* Případně ze strachu postarat se o příbuzného, jak dále uvádí R1: *„Někdy se prostě bojí a bojí příjmout tu skutečnost nebo bojí se postarat o toho příbuznýho, protože jednak neví jak, nemají tu peněžní možnost a nemají tu časovou možnost.“* Případné komplikace můžou vzniknout i tím, že si rodina něco nepřeje nebo se jim něco nelíbí (R3).

Sestra a rodina: Důležitost interakce sestry s rodinou zmínily všechny dotazované sestry. R3 se vyjádřila takto: *„Tak s rodinou se pracovat by mělo, že jo, každopádně.“* Všechny se shodly na tom, že je třeba zapojovat rodinu do péče a učit je, jak se o pacienta starat (R1, R2, R3, R4). Slovy R2: *„Ta rodina by se v tomhletom měla začleňovat, aby vůbec si to tady zkusila už vůbec, pokud ten pacient prostě zůstal ochrnutej, jaký to je prostě se starat o takovýhodle člověka. Protože oni neumíjou ani prostě posunout toho člověka na posteli, jakým stylem, prostě nic. Měli by se zapojovat vod začátku, hlavně z toho důvodu, pokud by si ho pak chtěli vzít jako toho člověka domů, aby se prostě o něj uměli postarat.“* R1 uvedla, že je vhodné k návštěvním hodinám přistupovat individuálně: *„A vlastně je to v kompetenci tý sestry, jako když*

vidí, že prostě ta návštěva mu pomáhá, že prostě je to pro něj plus, tak mu tu návštěvu jako umožnit i mimo návštěvní hodiny nebo prostě individuálně s ohledem na ostatní pacienty, že jo. Takže tu návštěvu mu umožnit jakoby co nejvíce.“ Na spolupráci sestry a rodiny poukázal také lékař (R5). *„Zainteresovat rodinu, aby tam rodina neseděla a nepovídala jenom. Můžou taky prostě posadit si toho příbuzného a prostě procvičit ruce, nohy, prohejbat.“* R1 uvedla, že je třeba informovat rodinu, aby nechodili na návštěvy nemocní. R4 zmínila, že je třeba informovat rodinu o prevenci komplikací a dietě pacienta. Podle R4 by měla sestra dohlížet, aby nebyl pacient návštěvami přetěžován a případně ukončit nevhodnou návštěvu. Podobně R1 doporučila: *„Pokud vidí, že ta rodina prostě má na něj jakoby negativní vliv nebo prostě to, tak ty návštěvy třeba omezit nebo prostě si promluvit s tou rodinou co a jak, nebo proč to tam jako takový je.“* Rodinu je vhodné připravovat na propuštění pacienta (R1, R2). R1 uvedla: *„Tak při propuštění, tam je důležitá i spolupráce s tou rodinou, jak vlastně to doma zvládnou, co budou potřebovat, jaký pomůcky se dají zařídit.“*

KATEGORIE 8: Edukace

Myšlenková mapa 19: Edukace



O edukaci jsme se již zmínili v subkategorii Intervence zaměřené na psychosociální potřeby. Zmínili jsme, že edukace má psychologický efekt, zahrnuje složku komunikační a informativní. Zde v samostatné kategorii Edukace rozebíráme pouze složku informativní, tedy shrnujeme, co by měla edukace pacienta v iktovém centru obsahovat. Kategorie zahrnuje čtyři kódy dle předmětu edukace.

Edukace o léčbě: Již při přijetí, je třeba pacientovi opakovaně podat informace o tom, co se s ním stalo, kde je a co se s ním bude dít dál, a tím ho uklidnit (R2). Po přijetí je pacient informován o monitoraci (R2) a invazivních vstupech (R4), o léčebném režimu (R2, R4), sledování krvácivých komplikací (R4), prevenci aspirace (R4), prevenci pádu (R4), užívání léků (R2, R6), přípravě na vyšetření (R4). Proč by měla sestra s pacientem rozebírat užívání léků, zajímavě popsala respondentka R2: „*Si myslím, že jako není důvod proč to ta sestřička, všechno co ten pan doktor tak jakoby nakousne s tím pacientem, dat ten čas, jednotlivě rozebrat. Proč jsou ty léky, na co jsou, hlavně vysvětlit. Ten pacient dostane léky a on vůbec neví, na co je bere. Na co jsou ty léky. Ten doktor mu řekne jenom, že má prostě nasazený nový lék, ale už neřekne, na co je. Von ten člověk vopravdu neví, pak ho vysadí a pak je z toho další průser.“* Jaké informace by měly být podány v rámci prevenci aspirace, rozvedla R4: *„Edukuje ho o dietě a riziku aspirace. Nabádá k pomalému jídlu, malým soustům, pečlivému kousání, zahušťování tekutin, soustředění na jídlo.“* Záhy musí být pacient edukován o nácviku sebepéče (R1) a zacházení s kompenzačními pomůckami (R3). Intervence ke zlepšení soběstačnosti a s tím spojená edukace byly diskutovány v subkategorii Intervence zaměřené na uspokojování biologických potřeb. R6 doplnila ještě informace o následcích při nedodržení doporučené léčby, tedy cvičení a polohování: *„... ztráta pohyblivosti, soběstačnosti, trombembolická nemoc, bronchopneumonie.“*

Edukace o úpravě životního stylu: Informace o úpravě životního stylu zmiňovaly sestry jen okrajově. R1 sdělila pouze obecně, že životní styl se musí upravit dle aktuálního stavu. R2 zmínila edukaci o vhodném složení stravy a dodržování pitného režimu. R3 připomněla pouze edukaci o dietě: *„Záleží samozřejmě na dietním omezení, že jo, vitamíny, nebo když jsou pacienti warfarinizovaní, diabetici, to se všechno musí brát na zřetel.“* Podobně R4 zmínila edukaci o pitném režimu, přídavcích a dietě ordinované lékařem.

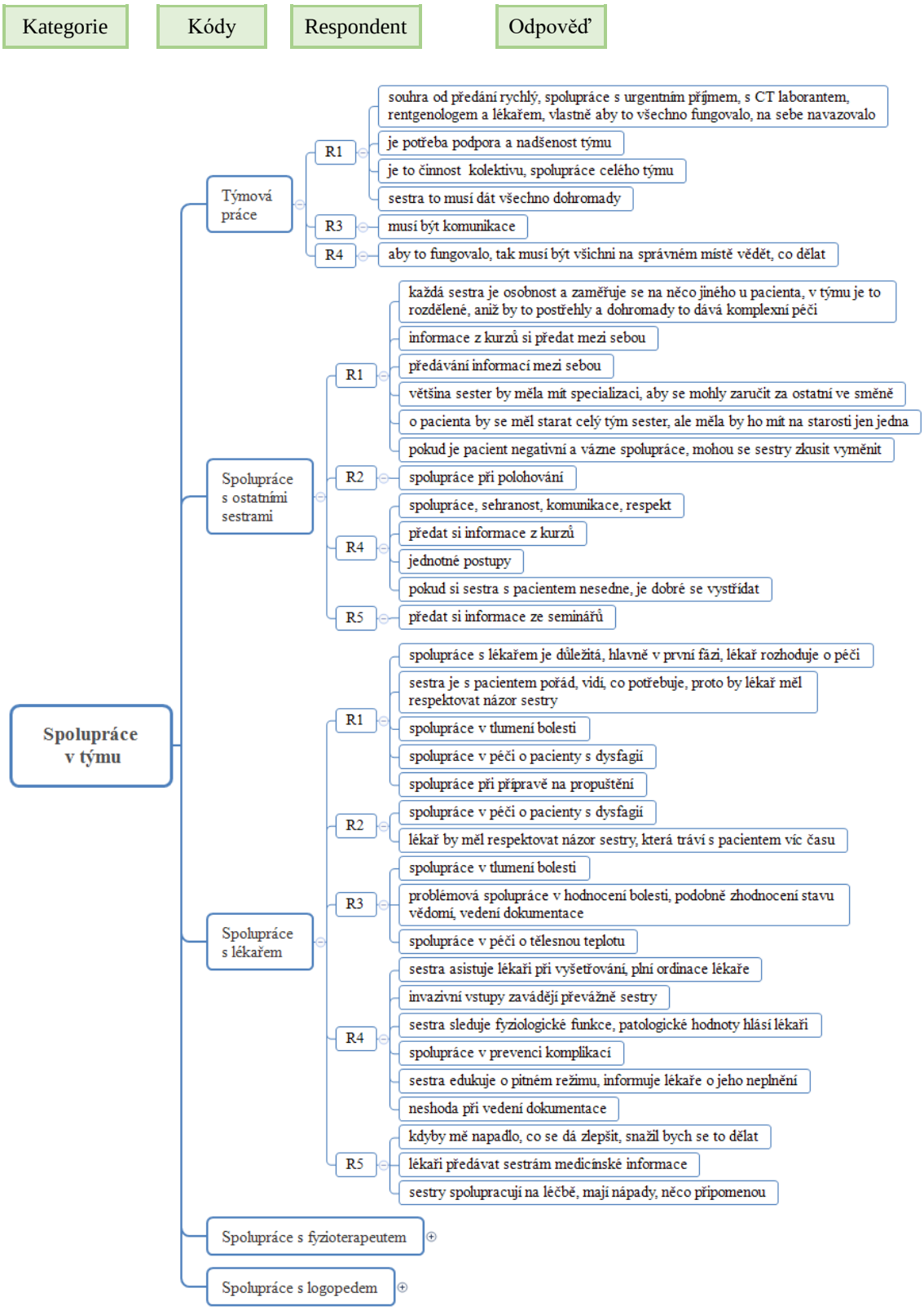
Edukace o následné péči: R4 vypověděla, že je vhodné pacienta na pobyt doma připravovat postupně. R2 uvedla možnost využití sociálního pracovníka: „K*dyž nevíjou*

co a jak dál a tady prostě na něj tlačíme, že pacient prostě buďto domů nebo prostě že bude muset jít na tu odeenku, tak příjde ta sociální sestra a udělá si ten pohovor a oni jsou strašně milí a vlídní, výjdou jim vstříc a dají jim další ty možnosti, ať už využití těch domácích agentur a týdletý péče." R3 uvedla, že obsah edukace při propuštění záleží na stavu, ve kterém se pacient propouští. Dle toho je pacient edukován o PMK, prevenci dekubitů apod. (R3). Pacient by měl být informován o kontrolních vyšetřeních po propuštění (R2), o následné rehabilitaci, logopedii, o možnosti domácí péče (R1). R2 uvedla: „*Si myslím, že vo tom taky sestra by měla mluvit, o projednanejch kontrolách. Si myslím, že jako není důvod proč to ta sestřička, všechno co ten pan doktor tak jakoby nakousne s tím pacientem, dát ten čas, jednotlivě rozebrat. Proč jsou ty léky, na co jsou, hlavně vysvětlit."* R6 zmínila podání informací o následné rehabilitaci a lékařské péči slovy*: „Informace o následné rehabilitaci většinou sdělí fyzioterapeut, ale může i lékař, eventuelně sestra."* R6 doporučila instruktáž domácího cvičení, eventuálně pasivního protahování.

Edukace rodiny: O spolupráci s rodinou jsme se zmiňovali již v předchozí kategorii. Bylo zmíněno, že sestra musí rodinu do péče o pacienta zapojovat už od začátku a učit je, jak péči správně provádět (R2). Na otázku, kdo hlavně by měl s rodinou jednat a všechno jim vysvětlit a naučit je, odpověděla R2: „*Já si myslím, že sestra. Že doktor jim může říct o zdravotním stavu, vůbec takovýdle, jak se to bude vyvíjet dál, ale tudletu praktickou činnost a takový, co to všechno prostě vobnáší, tak to by měla mít v péči jakoby sestra, no."* R3 rozvedla, že rodina by měla být informována o péči o PMK, o polohování, péči o pokožku, antidekubitárních a jiných pomůckách. R4 uvedla informování rodiny o dietě pacienta a dále dle potřeby. R5 navrhoval zapojení rodiny do péče o pohyb pacienta. Příprava rodiny na propuštění byla rovněž rozebírána již v předchozí kategorii Spolupráce s rodinou.

KATEGORIE 9: Spolupráce v týmu

Myšlenková mapa 20: Spolupráce v týmu (1. část)



Kategorie Spolupráce v týmu byla pro svůj rozsah opět rozdělena na dvě části. První z nich zahrnuje tři kódy. První z nich referuje o charakteristikách týmové práce obecně, druhý podává informace o spolupráci mezi sestrami a třetí vypovídá o spolupráci sestry s lékařem.

Týmová práce: O týmové práci se nejvíce rozhovořila respondentka R1. Zdůraznila, že péče o pacienta v iktovém centru je o kolektivní spolupráci celého týmu. R1 doslova uvedla: *„Je tam vlastně souhra od předání rychlý, spolupráce s urgentním příjmem, s CT laborantem, rentgenologem a lékařem, vlastně aby to všechno fungovalo, na sebe navazovalo. Aby prostě ten časovej odstup vlastně k podání tý trombolýzy byl co nejkratší.“* R1 také vytyčila význam role sestry v rámci celého týmu jako koordinátorky všech činností: *„A ta sestra musí to dát všechno jakoby dohromady.“* R3 zmínila důležitost komunikace mezi všemi pracovníky multidisciplinárního týmu: *„Musí bejt komunikace, že jo, když nebude komunikace, tak nebude nic, no.“* R4 sdělila: *„Aby to fungovalo, tak je důležitý, aby byli všichni na správném místě a všichni věděli, co mají dělat.“*

Spolupráce s ostatními sestrami: V kategorii Spolupráce s pacientem jsme už zmiňovali, že je vhodné, aby se o pacienta starala jedna sestra opakovaně, pouze v případě, že si pacient se sestrou tak říkajíc nesedne nebo pacient nespolupracuje, měly by se sestry vystřídat (R1, R4). Respondentka R1 dále uvedla, že i když se o pacienta stará převážně jedna sestra, ve skutečnosti se o pacienta stará celý tým sester. Tuto týmovost R1 zajímavě okomentovala: *„Každá prostě je taky svoje osobnost a každá se prostě zaměřuje na něco jinýho u toho pacienta, což je taky v pořádku že jo, jedna se zaměřuje třeba na dutinu ústní, víc na mluvení, jiná se zaměřuje třeba na ty masáže, na polohování, na bazální stimulaci, jo, takže i v tom týmu je to vlastně jakoby rozdělený, aniž by to postřehly třeba samy sestry, že prostě ten tým dohromady vlastně udělá komplexní péči u toho pacienta. ... Ale měla by ho mít na starosti jakoby ta jedna, která prostě o tom pacientovi ví všechno a ty další jí třeba dopomůžou.“* R1 zmínila ještě nutnost předávání informací mezi sestrami. Problematiku informací a jejich předávání dále rozvádíme v kategorii Informace a dokumentace. Kromě toho respondenti R1, R4 a R5 hovořili o tom, že sestry by si měly mezi sebou předávat i informace ze vzdělávacích kurzů, aby mohly být užitečné pro celý kolektiv. V rámci spolupráce ve směně ještě R1 zmínila, že ve směně by měla být vždycky nějaká sestra se specializací, aby se mohla zaručit za ostatní. R2 zmiňovala pouze fyzickou spolupráci a to konkrétně

při polohování. Bohužel hovořila v tom významu, že tato spolupráce je nedostatečná: *„Vopravdu jako to taháme, i když víme, že bysme neměly, že si nezavoláme pomoc, že prostě to fakt rveme jakoby samy kolikrát úplně zbytečně, jo.“* R4 hovořila o spolupráci sester jako takové, zmínila, že sestry by měly být sehrané: *„Hlavně při té intubaci tu sehranost, aby každá věděla, co má dělat.“* R4 dále zmiňovala, že by bylo vhodné sjednotit postupy: „*A taky, aby to všichni dělali stejně. Teď mi příjde, že si na to člověk musí přijít tak nějak sám. A taky každá sestra má na některé věci tak trochu svůj názor. Nebo třeba, když je akutní příjem, tak hrozně záleží na tom, s kým sloužíš. Jedna dělá nejdřív to, druhá zas to. Některé nerady chodí na urgent, druhá tě tam pomalu ani nepustí. Chybí v tom trochu systém a sjednocení, takový soulad. Pak je to zbytečně stresující. Myslím, že pro nás i pro pacienta.*“ Na otázku, jak by mohly sestry lépe spolupracovat mezi sebou, R4 odpověděla: „*Respektovat se. Naučit se vzájemně něco nového. Spolupracovat, komunikovat, sehrát se, pracovat jako tým.“*

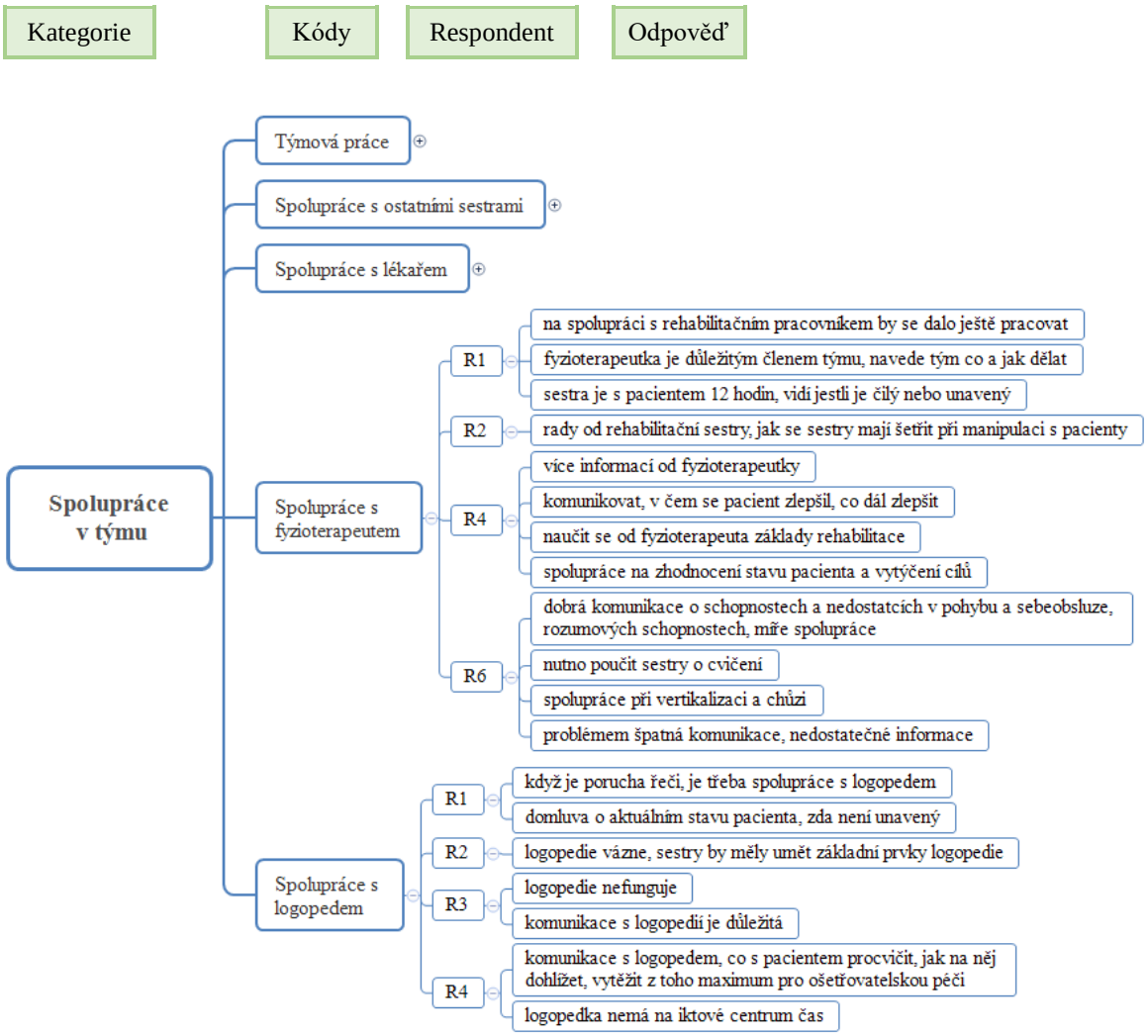
Spolupráce s lékařem: Z odpovědí respondentů vyplynulo, že spolupráce sestry a lékaře je velmi důležitá (R1). Zatímco lékař rozhoduje o zdravotní péči (R1), sestra tráví s pacientem hodně času a vidí, co potřebuje (R1, R2). Proto sestra plní ordinace lékaře a asistuje mu při vyšetřování (R4), ale i lékař by měl respektovat názor sestry (R1, R2). R1 vypověděla: *„Lékař přináší ty svoje poznatky lékařský, kdežto sestra jakoby z tý ošetřovatelský péče zase tomu lékaři.“* O tom hovořily nejen dotazované sestry, ale totéž potvrdil i dotazovaný lékař (R5) se slovy: „Sestry spolupracují na léčbě, mají nápady, něco připomenou.“ Spolupráce je důležitá zejména při tlumení bolesti (R1, R3), v péči o pacienty s dysfagií (R1, R2), v péči o tělesnou teplotu (R3), sledování fyziologických funkcí (R4), v prevenci komplikací (R4), sledování bilance tekutin (R1, R4), při přípravě na propuštění (R1). Ohledně spolupráce při tlumení bolesti R1 vypověděla: *„Tam je důležitá vlastně spolupráce s tím lékařem, kdy sestra vidí ty bolestivý grimasy, jo, nebo prostě je vidět, že ten tomu pacientovi jako něco bolí, tak prostě to tomu lékaři říct, že potřebuje třeba analgetika nebo potřebuje přidat analgetik, jo. Nebo prostě je bez bolestí, takže těch analgetik může zase ubrat jo. A to už je vlastně návaznost tý ošetřovatelský péče na lékařskou.“* Podobně R3 sdělila: *„Zavčasu informovat lékaře, aby byla nasazena medikace, aby prostě tomu pacientovi se ulevilo.“* R1 uvedla, že při dysfagii sestra s lékařem spolupracuje na udržení vyrovnané bilance tekutin a případném dohrazování tekutin infuzemi. R2 se zmínila negativně. „*Tady nás nutíjou lékaři dávat prostě spoustu léků a prostě jídla jako per os,*

i když je tam ta porucha polykání prostě jako zřetelná, tak kolikrát prostě tady hrozí velký riziko tý aspirace. ... Já mu určitě do tý pusy nebudu nic strkat, i když si pan doktor myslí, že jako bych mu to měla dát. ... Jako pochopím teda, když do něj mám narvat půl litru, ale nechápu, proč bych měla do člověka, kterej má akutní mrtvici, narvat dva a půl litru pusou. Nevidím k tomu sebemenší důvod." Co se týče přípravy na propuštění, R1 naznačila, že sestra může lékaři připomenout, aby zařídil pacientovi některé náležitosti, které jsou v jeho kompetenci a mohly by být opomenuty. O tom se pozitivně vyjádřil i lékař R5: *„Taky může spolupracovat na tý léčbě ve věcech, který já všechny nevidím, nevšimnu si, nenapadnou mě třeba někdy, tak prostě holky mají nápady a připomenou něco, že by se mělo dělat jinak."*

Neshody ve spolupráci sestry a lékaře byly zmiňovány zejména ve vedení zdravotnické dokumentace (R3, R4). O hodnocení bolesti R3 například uvedla: „*Hodnocení bolesti, dobrý. Když ji budeme hodnotit tak, jak by se hodnotit měla, že ji bude hodnotit lékař i sestra, aby se to shodovalo, tak to k něčemu samozřejmě bude. Pokud to bude fungovat tak, jak to funguje u nás, což dobře víš, tak je to prostě takový, že jeden to dělá a druhý ne, že."* Podobně hovořila R3 o hodnocení vědomí: *„Stejně tak je to kolikrát i když vememe Glasgow, že jo, tak prostě jindy si říkám, ejhle, proč je tam tolik a není tam tolik. Pacienti kolikrát v bezvědomí a mají Glasgow 10."* A dodala: *„Lékař to nebude psát podle nás, my to píšem podle lékaře všechno."* Obdobný názor měla i respondentka R4: *„Glasgow význam má, ale bohužel to, co zhodnotí lékař, občas neodpovídá tomu, co vidí sestra, která je s pacientem po celý den, nejen ráno u vizity, když je pacient ještě rozespalý a neví, která bije."* Lékař (R5) oproti tomu uvedl, že kdyby jej napadlo, co se dá zlepšit ve spolupráci sestry a lékaře, snažil by se to dělat. Kromě toho R5 uvedl, že lékaři by měli sestrám přednášet medicínské informace v rámci dalšího vzdělávání sester.

KATEGORIE 9: Spolupráce v týmu

Myšlenková mapa 21: Spolupráce v týmu (2. část)



Dalšími pracovníky, kteří se sestrami v iktovém centru úzce spolupracují, jsou fyzioterapeut a logoped.

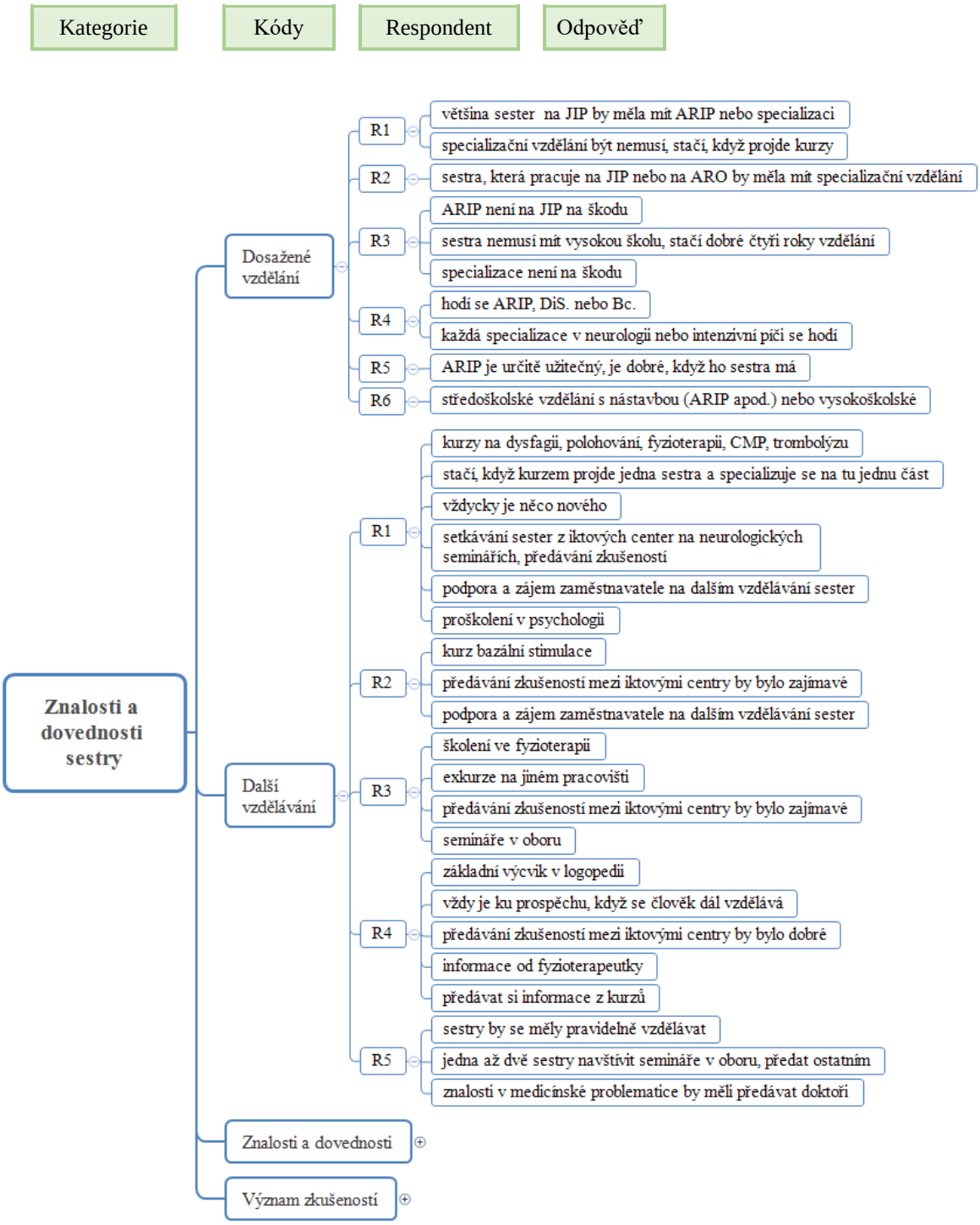
Spolupráce s fyzioterapeutem: Z odpovědí respondentů vyplynulo, že hlavním prvkem ve spolupráci fyzioterapeuta a sestry je komunikace, která však není zcela v pořádku. R1 uvedla, že by se dalo na spolupráci ještě pracovat. R2 by uvítala rady od fyzioterapeutky, jak lépe manipulovat s pacienty, aby se sestry fyzicky šetřily. Rovněž R4 by uvítala více informací od fyzioterapeutky o základech rehabilitace a chtěla by komunikovat o tom, v čem se pacient zlepšil a na co se dále zaměřit, co je špatně. Zakončila slovy: *„To vše jako reflexi ne jako vyčítání chyb.“* Také fyzioterapeutka (R6)

uvedla nutnost dobré komunikace se sestrami o schopnostech a nedostatcích pacienta, ale současně zmínila, že komunikace je někdy špatná a informace od sester nedostatečné. R6 projevila ochotu poučit sestry o cvičení a zmínila nutnost praktické spolupráce při vertikalizaci pacienta a nácviku chůze. R6 se vyjádřila slovy: *„Po odcvičení pacienta by měl fyzioterapeut informovat sestry o jeho dovednostech, co s ním trénovat dál.“*

Spolupráce s logopedem: Respondentky R2, R3 a R4 uvedly, že logopedie v iktovém centru vázne, slovy R4: *„No, tady je hlavní problém, že logopedka moc nechodí. Je zavalená prací a nemá na iktové centrum čas.“* Přitom R1 uvedla, že při poruše řeči je spolupráce s logopedem potřebná a je důležitá domluva o aktuálním stavu pacienta. Rovněž R3 zmínila, že komunikace s logopedií je důležitá. R4 by uvítala informace o tom, co s pacientem procvičit, jak na něj dohlížet, vytěžit z toho maximum pro ošetřovatelskou péči. R2 řekla, že sestry by měly umět základní prvky logopedie: *„Myslím si, že bysme měly mít všechny, umět ty základní prvky logopedie. Prostě to je ten nácvik, prostě ať to cvičení těch mluvidel, a aji ty základní slova a takovýdle věci. To bysme měly určitě všechny umět.“*

KATEGORIE 10: Znalosti a dovednosti sestry

Myšlenková mapa 22: Znalosti a dovednosti sestry (1. část)



V předchozím textu byla zmíněna spousta požadavků a nároků na schopnosti a vzdělání sester. Rozsah intervencí, které u pacienta sestry provádějí, je dle uvedeného značný. V kategorii Znalosti a dovednosti sestry rozebíráme, jaké by měly mít sestry

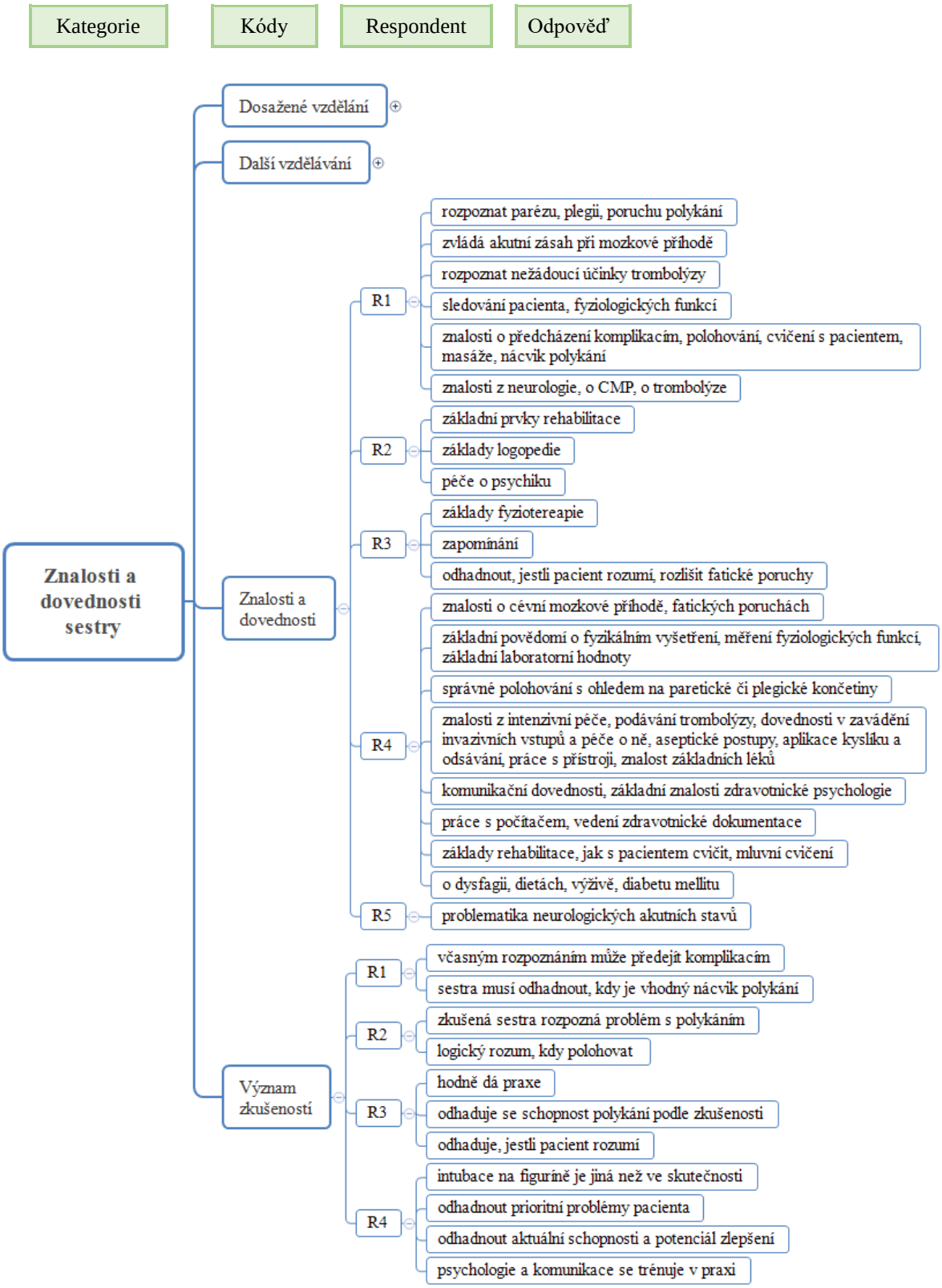
dosažené vzdělání, aby mohly v iktovém centru dobře pracovat, jak by se měly dále vzdělávat, jaké by měly mít znalosti a dovednosti a jaký je význam zkušeností sester. Pro svůj rozsah byla kategorie opět rozdělena na dvě myšlenkové mapy.

Dosažené vzdělání: Všichni respondenti ze skupiny osob poskytujících péči uvedli, že ARIP je u sester pracujících na JIP, tedy i v iktovém centru, vhodný. Vhodnost vysokoškolského vzdělání zmínili respondenti R4 a R6. Oproti tomu R3 uvedla, že sestra vysokou školu mít nemusí, když má dobré čtyři roky vzdělání (myšleno na střední škole), ale dodala: *„Neříkám, že to je špatně, když jde někdo dělat vysokou školu, rozhodně ne, ale myslím si, že to není podmínkou."* Ostatní respondenti se o vysokoškolském vzdělání nezmínili. Obecně specializační vzdělání sester v iktovém centru se vždycky může hodit (R1, R2, R3, R4 a R6). R4 vypověděla: *„Každá specializace, která se vztahuje k problematice CMP a intenzivní péči se hodí."* R1 uvedla, že postačí i další vzdělávání v různých kurzech.

Další vzdělávání: Důležitost dalšího vzdělávání sester zmínilo několik respondentů. R1 uvedla: *„Novinky jsou stále, takže je pořád něco novýho. ... Ale i zopakování těch starejch věcí kolikrát pomůže."* R4: *„To je vždycky ku prospěchu, když se člověk dál vzdělává a je v obraze, co je v tom oboru aktuálního. A pořád je co rozšiřovat, jaké znalosti si doplňovat."* R5: *„Měly by se pravidelně vzdělávat."* Opakovaně zaznělo, že sestry by si měly nabyté informace mezi sebou předávat (R1, R4, R5). Zaměstnavatel by měl další vzdělávání sester podporovat (R1, R2). R2 vypověděla: *„Nehodlám tam jezdit ve svým vlastním volnu, prostě už jsem na to moc sobecká. Volna mám strašně málo a myslím si, že by to mělo bejt placený, aji jako todle zaplacenej pobyt a všechno a bejt to jako kdybych byla v práci. Si myslím, že spoustu sester by takhle jela, ale takle z vlastního volna nikdo nepojede, ani na todleto školení."* Mezi tématy dalšího vzdělávání bylo zmiňováno: výcvik v logopedii (R4), proškolení v psychologii (R1), kurzy na dysfagii (R1), školení ve fyzioterapii (R1, R3, R4), polohování (R1), kurz bazální stimulace (R2), CMP a trombolýza (R1), neurologické semináře (R1, R3, R5), předávání zkušeností mezi iktovými centry (R1, R2, R3, R4), exkurze na jiném pracovišti (R3). R5 vyjádřil názor, že medicínské poznatky by měly sestrám přednášet lékaři.

KATEGORIE 10: Znalosti a dovednosti sestry

Myšlenková mapa 23: Znalosti a dovednosti sestry (2. část)



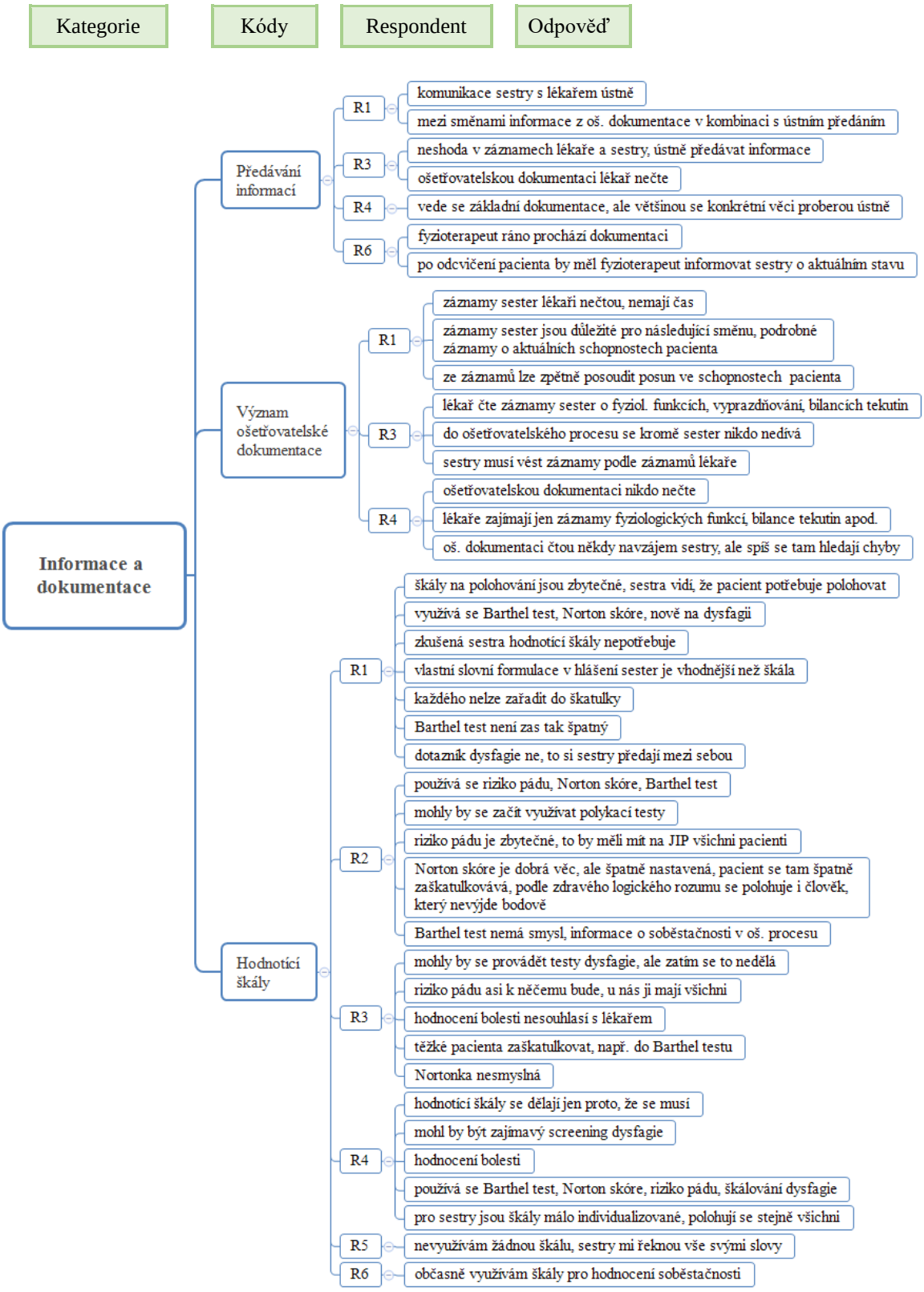
Tato myšlenková mapa je pokračováním kategorie Znalosti a dovednosti sestry.

Znalosti a dovednosti: Dle respondentů by sestra pracující v iktovém centru měla mít znalosti o těchto tématech: neurologická problematika, CMP a trombolýza (R1, R4, R5), intenzivní péče (R4), předcházení komplikacím (R1), cvičení s pacientem (R1, R2, R3, R4), polohování (R1, R4), masáže (R1), nácvik polykání a dysfagie (R1, R4), základy logopedie (R2, R4), péče o psychiku (R2, R4), základní laboratorní hodnoty (R4), aseptické postupy (R4), aplikace kyslíku a odsávání (R4), zacházení s přístroji (R4), základní léky (R4), práce s počítačem a vedení zdravotnické dokumentace (R4), výživa a diety (R4), diabetes mellitus (R4). Dále by sestra v iktovém centru měla umět: rozpoznat parézu, plegii, poruchu polykání (R1), zvládat akutní zásah při CMP (R1), rozpoznat nežádoucí účinky trombolýzy (R1), sledovat pacienta a jeho fyziologické funkce (R1, R4), rozlišit fatické poruchy (R3, R4), odhadnout porozumění pacienta (R3), mít dovednosti v zavádění invazivních vstupů a péče o ně (R4), dovednosti v komunikaci (R4).

Význam zkušeností: R3 se vyjádřila, že praxe sestře přinese hodně zkušeností. R1 sdělila, že sestra: *„Může předejít jakoby dalším komplikacím nebo rozvinutí nebo zhoršení toho stavu. Tím, že to rozpozná jakoby dopředu nebo už ví, že prostě se tam něco děje a hlásí to lékaři.“* Význam zkušeností při poruše polykání zmínila R1, R2 a R3. Ohledně nácviku polykání R1 uvedla: *„To už musí sestra odhadnout, jestli je to vhodný nebo není, což vlastně je hodně o tý zkušenosti ty sestry s těma pacientama. ... Přecejenom ta sestra, která má zkušenosti s těma pacientama, tak dokáže daleko víc odhadnout, kdy je s těma pacientama denně, jestli ten pacient na to má to zkusit nebo na to prostě ten den nemá. Tohle by měl mít jakoby doktor jako se zeptat tý sestry. ... Tohle by si myslím, že by měl brát ohled na názor ty ošetřující sestry.“* Sestra používá své zkušenosti také při polohování pacienta (R2): *„Že si myslím, že jako tam je ten zdravej logickej rozum, a prostě když vidíš, že člověk se sám nevotočí, tak ho prostě jdeš a jdeš ho votočit.“* Zkušená sestra lépe odhadne porozumění pacienta s fatickou poruchou (R3). R4 uvedla, že komunikace a psychologické dovednosti se trénují během praxe. Zkušená sestra lépe odhadne prioritní problémy pacienta, jeho aktuální schopnosti a potenciál zlepšení (R4). R4 ještě dodala: *„Tak u nás bychom mohly více potrénovat tu intubaci, to tady moc často nemáme. A naživo je to úplně jiný než na figuríně. A hlavně při té intubaci tu sehranost, aby každá věděla, co má dělat.“*

KATEGORIE 11: Informace a dokumentace

Myšlenková mapa 24: Informace a dokumentace



Do kategorie Informace a dokumentace byly zahrnuty tři kódy. Všechny souvisí se zdravotnickou dokumentací a informacemi o pacientovi, ale každý z těchto kódů pojímá tuto problematiku trochu jinak. Pod kódem Předávání informací se zabýváme zejména problematikou předávání informací mezi zdravotníky. Kód Význam ošetřovatelské dokumentace uvádí výpovědi respondentů o tom, co vedení ošetřovatelské dokumentace přináší. A v posledním kódu Hodnotící škály rozebíráme názory respondentů, zda jsou tyto škály pro praxi přínosné, či nikoliv.

Předávání informací: Mezi směnami si sestry předávají informace ústně i písemně (R1, R4). S lékařem sestra komunikuje převážně ústně (R1). Pokud hrozí neshody v záznamech lékařů a sester, které jsme zmiňovaly u kódu Spolupráce s lékařem v kategorii Spolupráce v týmu, je vhodné konzultovat nesrovnalosti ústně, jak vysvětluje respondentka R3: *„No, řekla bych, že pokud jako budeš mít pohovor osobní, že to prostě zkonzultuješ spolu, tak by to šlo.“* Ošetřovatelskou dokumentaci lékaři nečtou (R3). Fyzioterapeutka si ráno prochází celou dokumentaci pacienta, doplňuje si informace od sester ústně, po odcvičení by měla ústně předat informace sestrám o aktuálním stavu pacienta (R6).

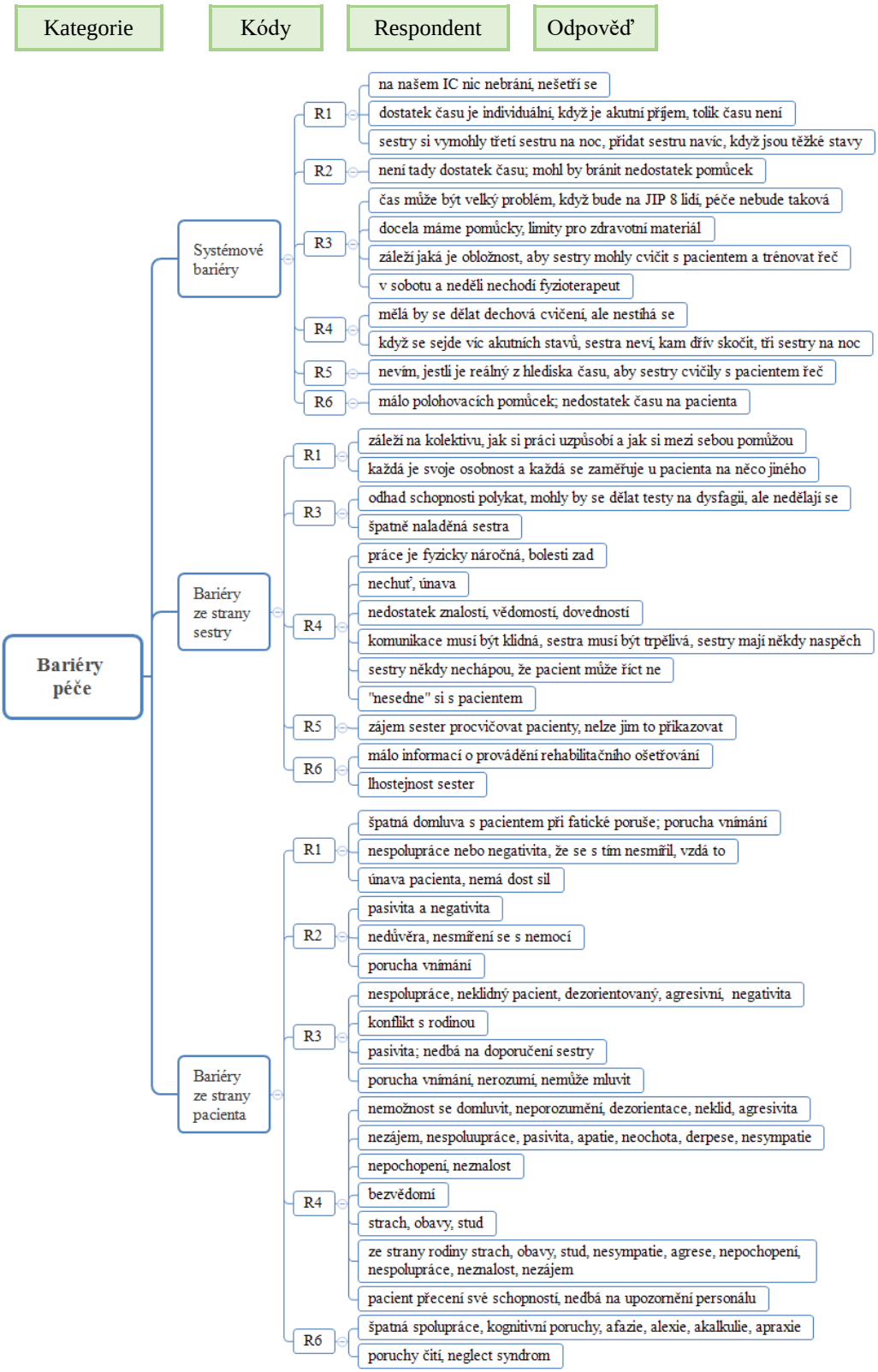
Význam ošetřovatelské dokumentace: Význam své dokumentace hodnotily sestry poměrně negativně. R3 a R4 uvedly, že ošetřovatelskou dokumentaci kromě sester nikdo nečte. Rovněž R1 sdělila, že si myslí, že lékaři záznamy sester nečtou. R3 a R4 uvedly, že lékaře zajímají pouze záznamy fyziologických funkcí, vyprazdňování a bilancí tekutin. Mezi sebou sestry využívají ošetřovatelskou dokumentaci pro předávání informací mezi směnami a sestry tam mohou najít informace o aktuálních schopnostech pacienta a jejich vývoji v čase (R1). R1 vypověděla: *„Záznamy sester jsou důležitý, když jedna směna střídá druhou směnu, tak ta příchozí vlastně si ty záznamy jakoby čte, kontroluje a ví vlastně, co se u těch pacientů jakoby dělo skrz tu ošetřovatelskou péči.“* R3 dále komentovala: *„My se díváme, že jo, zpětně, co lékař píše, protože nám se musí jakoby ty věci shodovat, takže my to, lékař to nebude psát podle nás, my to píšem podle lékaře všechno.“* Z jejího sdělení bylo zřejmé, že se jí nelíbí, že lékařská dokumentace je té ošetřovatelské v tomto ohledu nadřazená. R4 sdělila, že sestry si vzájemně v dokumentaci hledají chyby.

Hodnotící škály: Využití hodnotících škál bylo sestrami spíše kritizováno. R4 řekla, že se dělají jen proto, že se musí. R1 sdělila, že vlastní slovní formulace v hlášení sester je přínosnější než škála, neboť každého nelze zařadit do škatulky, a dále

vypověděla: *„Zkušená sestra nebo sestra, která pracuje s těma pacientama, takže si myslím, že hodnotící škály nepotřebuje, že prostě ví, že ten pacient potřebuje nakrmit, že potřebuje zvýšenou péči.“* Lékař (R5) sdělil, že žádnou škálu vedenou sestrami nepoužívá a upřednostňuje, aby mu sestry podávaly informace ústně. Všechny sestry uvedly, že se používá Barthel test a Norton skóre. R1 sdělila, že Barthel test není zas tak špatný, ale sdělila: *„Vidíš závislost 4, závislost 2, závislost 1. Je to hodnotící škála, ale přecejenom není tam napsáno, jak to zvládne, jak mu dopomůžem a to.“* R2 nazvala Barthel test nesmyslným, protože vše podstatné ohledně soběstačnosti je slovně popsáno v denních záznamech sester a řekla: *„Ani jedna z nás, si myslím, že se nepodívá do Barthela, kolik vyšel ten člověk, jo.“* R3 uvedla, že je obtížné pacienta do Barthel testu zaškatulkovat slovy: *„Je to prostě strašně těžký pacienta u nás s mrtvicí do něčeho zaškatulkovat, že jo. Protože ti lidi ti kolikrát neodpovědí, nevíš prostě, co a jak a je to prostě problém, no. Není to tak jednoduchý strčit ho do šuplíku.“* Fyzioterapeutka (R6) zmínila, že škály pro hodnocení soběstačnosti vedené sestrami občas využívá. Ohledně skóre Nortonové se R1 vyjádřila v tom smyslu, že škály na polohování jsou zbytečné, neboť sestra vidí, že pacient potřebuje polohovat. R2 uvedla, že Norton skóre je sice dobrá věc, ale špatně nastavená, protože se jí tam pacient špatně zařazuje a podle zdravého rozumu se polohuje i člověk, který na to bodově nevýjde. R3 řekla, že je Norton skóre nesmyslné. R4 uvedla, že škály jsou pro sestry málo individualizované a polohují se stejně všichni. Z dalších škál zmínila R1 nově zavedený dotazník na dysfagii, který ji ale neoslovil *„...protože to už si mezi sebou ty sestry předají“*(R1). R2 by polykací testy ráda začala využívat, podobně R3, která vyjádřila, že se zatím moc nepoužívají, ale mohly by. R4 nazvala screening dysfagie potenciálně zajímavým. R2 ještě uvedla používání testu pro riziko pádu, které je podle ní zbytečné, protože na JIP by měli mít riziko pádu všichni pacienti, to samé sdělila R3. R4 a R3 uváděly také hodnocení bolesti, R3 však komentovala neshodu v hodnocení bolesti lékařem a sestrou, jak jsme již probírali u kódu Spolupráce s lékařem.

KATEGORIE 12: Bariéry péče

Myšlenková mapa 25: Bariéry péče



Kategorie Bariéry péče zahrnuje jevy, které sestrám brání v poskytování kvalitní ošetřovatelské péče. Odpovědi respondentů jsou seskupeny pod třemi kódy, dle původu příslušné bariéry. Jako systémové bariéry jsme označili takové, které nemohou sestry a pacienti přímo ovlivnit svým jednáním a souvisí s působením jiných faktorů v rámci fungování zdravotnického zařízení. Dále nás zajímaly bariéry ze strany sestry a ze strany pacienta. Mnohé z překážek ošetřovatelské péče jsme zmiňovali již v předchozím textu u různých kategorií. Zde přehledně všechny shrnujeme.

Systémové bariéry: Respondenti zmiňovali možný nedostatek materiálu (R1, R2, R3, R6), nedostatek času (R1, R2, R3, R4, R5, R6) a nedostatek personálu (R1, R3, R4). Ohledně materiálu R1 uvedla, že u nich se nešetří, takže ten problém nemají. R2 uvedla, že problém nedostatku pomůcek by potenciálně mohl nastat. R3 sdělila, že pomůcek je dost, ale při větším počtu ležících pacientů se nedostávají polohovací pomůcky. R6 shodně uvedla nedostatek polohovacích pomůcek.

O času hovořili všichni respondenti ze skupiny osob poskytujících péči, ale každý se vyjádřil odlišně. R1 sdělila, že množství času je podle toho, jaké je aktuální dění na oddělení a kolik pacientů má sestra na starosti. R2 řekla, že času dostatek není a vysvětlila: *„Je tady osm lidí. Ráno než se udělají toalety, už je prostě čas na léky a prostě ten člověk, jako radši kolikrát mu vyčistíš ty zuby sama, než abys mu dopřála ten čas, aby se to naučil prostě sám.“* R3 také uvedla, že čas může být velký problém a sdělila: *„Záleží prostě, je to JIPka, záleží na stavu, když tady budeš mít prostě osm lidí, plnou JIPku, tak prostě ta péče nebude taková, jaká by asi měla bejt.“* Zmínila se o tom, že při vyšší obložnosti nemají sestry čas, aby cvičily s pacientem a trénovaly s ním řeč (R3). R4 se vyjádřila, že by se měla dělat dechová cvičení, ale nestíhají se. Pokračovala slovy: *„Pak může být obtížné, když se sejde víc akutních komplikovaných stavů a sestra neví, kam dřív skočit. Má jen dvě ruce.“* Rovněž R5 vypověděl, že neví, zda je z hlediska času reálné, aby sestry cvičily s pacientem řeč. R6 také poukázala na nedostatek času na pacienta. S dostatkem času souvisí i třetí bariéra, kterou je dostatek personálu. Když je více personálu, péče se lépe zvládá. To vyplývá ze sdělení R1, která hovořila o navýšení personálu o noční službě: *„Proto na tom iktovým centru si teďka vymohly sestřičky třetí sestru na noc, což je asi plus, protože když odchází někam na urgentní příjem a jedna by tam zůstala se šesti pacientama sama, tak to prostě taky nejde. Takže je to, je to i vlastně o personálu.“* R1 by přivítala, kdyby byla ve službě navíc jedna sestra při větším množství pacientů v těžkém stavu. Navýšení počtu sester

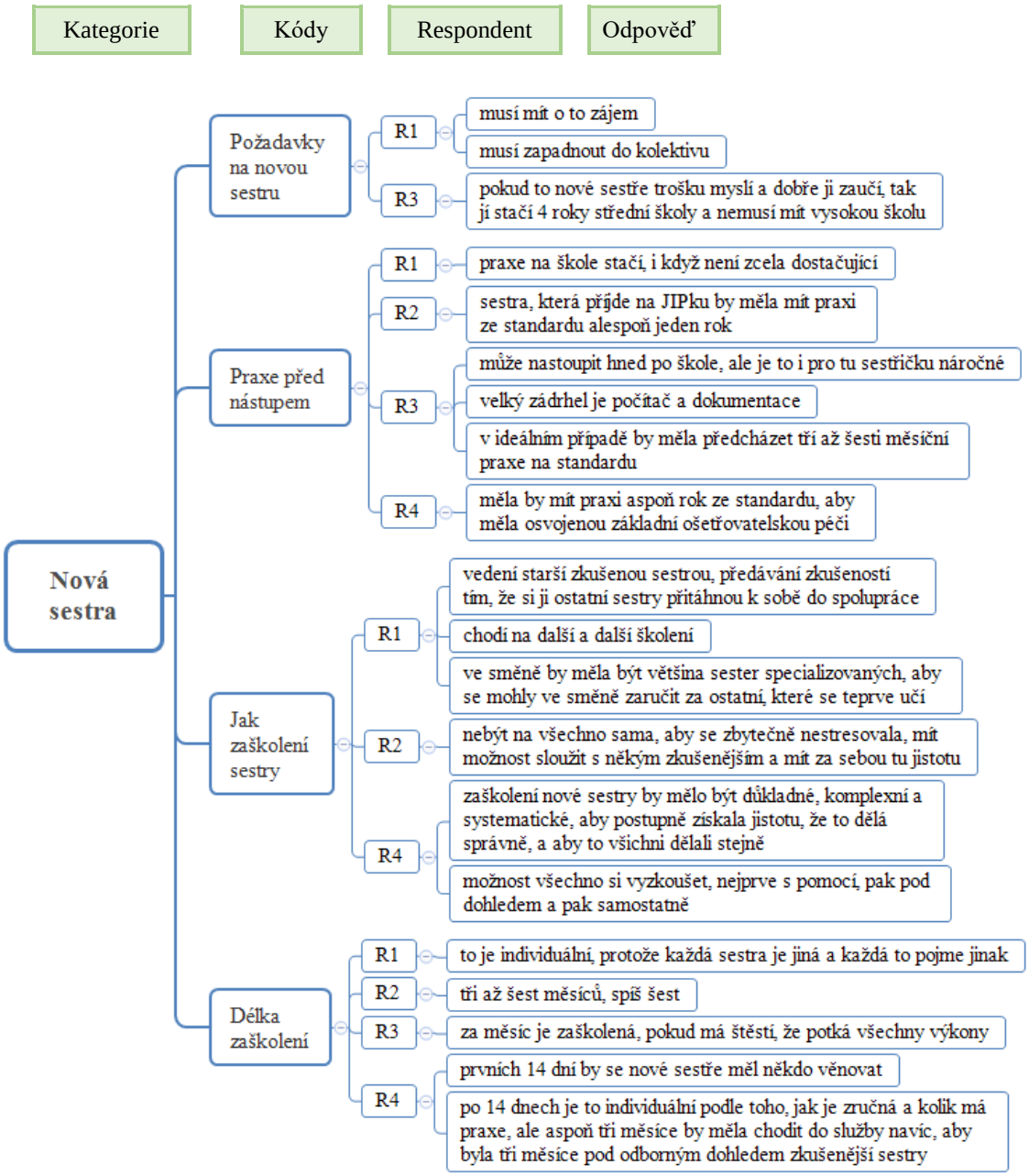
o noční směně hodnotila pozitivně i R4. R3 narazila na problém, že o víkendech není přítomen fyzioterapeut a veškerá rehabilitace je pak závislá na sestrách.

Bariéry ze strany sestry: Řada bariér vychází z osobnosti jednotlivých sester. R6 uvedla, že se setkává s lhostejností sester. R5 řekl, že sestry musí mít zájem s pacienty procvičovat a nelze jim to přikázat. R4 sdělila, že některé sestry nechápou, že pacient může říct „ne". R4 zmínila, že sestry by měly být trpělivé, ale někdy mají naspěch. Stává se, že je sestra někdy špatně naladěná (R3) nebo si s pacientem nesedne (R4). R1 řekla, že každá sestra je svoje osobnost a zaměřuje se u pacienta na něco jiného. Práce v IC je fyzicky náročná, sestry mohou trpět bolestmi zad nebo být unavené a nemít chuť do práce (R4). Nedostatečnost péče může plynout i z nedostatku informací (R6), nedostatku znalostí, vědomostí či dovedností (R4). Je také důležité, jak sestry fungují jako kolektiv, jak si uzpůsobí práci a pomůžou mezi sebou (R1). Testy na dysfagii by se mohly dělat, ale nedělají se (R3), schopnost polykat se odhaduje a to může mít své následky, jak uvádí R3: *„I když prostě si furt říkáš, že jakoby ne, že ten pacient dobrý dobrý, ale oni opravdu třeba potom nepolknou ani tu slinu a ta mikroaspirace tam je."*

Bariéry ze strany pacienta: V předchozím textu již několikrát zmiňovaným problémem jsou fatické poruchy (R1, R3, R4, R6), poruchy vnímání (R1, R2, R3, R6), a obtížné porozumění (R1, R3, R4), bezvědomí (R4). Dalším problémem ze strany pacienta je situace, kdy se pacient s onemocněním nesmířil (R1, R2), vzdá se (R1), nespolupracuje (R1, R3, R4, R6), nedůvěřuje personálu (R2), je negativní nebo agresivní (R1, R2, R3, R4), neklidný či dezorientovaný (R3, R4) nebo pasivní až apatický (R2, R3, R4) či depresivní (R4). R3 sdělila: *„Jsou pacienti, který nechcou a prostě je jim to jedno a můžeš dělat, co chceš, a to je hodně velká překážka, protože, když ty pacienti potom nechcou sami, tak prostě se můžeš stavět na hlavu a neuděláš vlastně nic, jo."* Pacient může být unavený či vysílený (R1). Sestra může být pacientovi nesympatická (R4). Pacient může mít strach, obavy, stydět se (R4). Bariérou je také neznalost (R4) nebo přecenění vlastních schopností (R2, R4). R4 vypověděla: „*Nebo když pacienti přeceňují své možnosti, sami se pouští na záchod a podobně. Říkají, to zvládnu, to zvládnu. A nedbají na upozornění zvýšeného rizika pádu a často taky spadnou. Nebo je na poslední chvíli někde odchytneme."* Může se objevit i konflikt s rodinou pacienta (R3). R6 zmínila ještě poruchy čití a neglect syndrom.

KATEGORIE 13: Nová sestra

Myšlenková mapa 26: Nová sestra



Zajímalo nás, jaké musí mít sestra předpoklady, aby mohla pracovat v IC, jaké musí mít vzdělání a dosavadní praxi. Ptali jsme se, jak by mělo probíhat zaškolení nové sestry a jak by mělo být dlouhé. Odpovědi respondentů shrnuje kategorie Nová sestra rozčleněná do čtyř kódů.

Požadavky na novou sestru: Respondenti nezmínili mnoho požadavků na novou sestru. R1 uvedla, že sestra, která jde pracovat na IC, musí mít o neurologickou

problematiku zájem. R3 zmínila, že stačí, když ji to trošku myslí, a pak se zaučí dobře i po čtyřech letech střední školy. R1 vyzdvihla, že musí zapadnout do kolektivu.

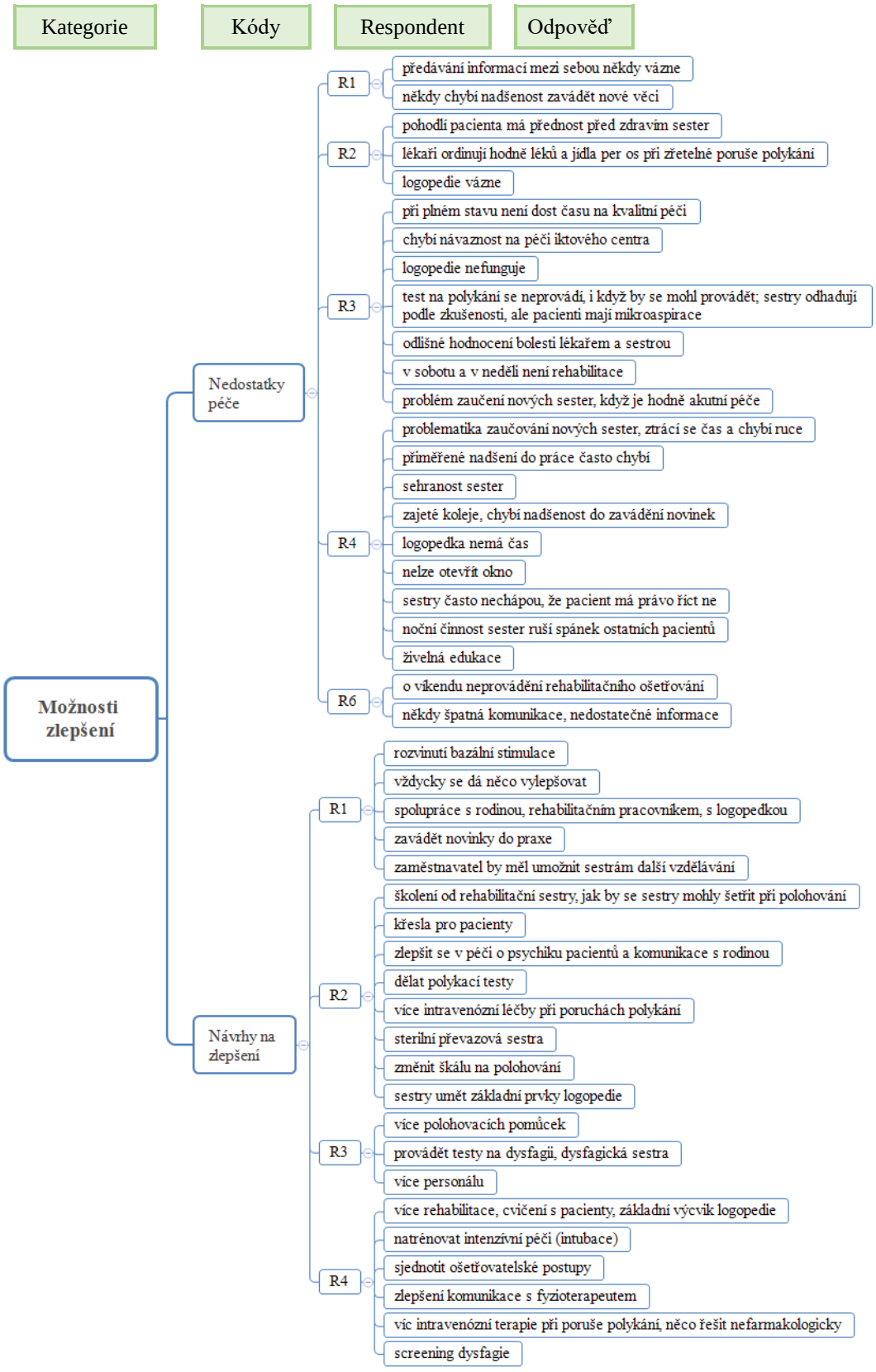
Praxe před nástupem: Z výpovědí sester vyplývá, že praxe před nástupem je vhodná, ale není nezbytně nutná. R1 řekla, že stačí praxe absolvovaná na škole, třebaže není zcela dostačující. R3 uvedla, že nová sestra může nastoupit hned po škole, ale bude to pro ni náročné. Podle R3 je největším zádrhelem počítač a dokumentace. K tomu R3 dodala: *„Když začneš prostě lítat, začneš tady někoho intubovat, tak je to potom průšvih, jo. Protože ty holky nevědí prostě co a jak.“* R2, R3 a R4 se shodly v tom, že nejlepší je předcházející praxe na standardu. R2 uvedla délku praxe na standardu alespoň rok, R3 uvedla tři až šest měsíců, R4 sdělila také aspoň rok. Důvodem je to, že sestřička si na standardu osvojí základní ošetřovatelskou péči (R4). R4 to vysvětlila následovně: *„A na JIPce není čas učit nové holky, jak se polohuje pacient a stele postel. To už musí umět. Ono je dost práce už s tím počítačem. Tak je dobré, když už to zná z jiného oddělení.“*

Jak zaškolení sestry: Při zaškolování nové sestry je vhodné vedení starší zkušenou sestrou (R1, R2, R4). R1 uvedla: *„No a časem ty zkušenosti taky nabere, tady by bylo fajn vedení ty starší zkušený sestry.“* Tím, že ostatní sestry vtáhnou novou sestru do spolupráce, předají jí své zkušenosti (R1). Nová sestra by neměla být na všechno sama, protože je to stresující (R2). K tomu by měla nová sestry absolvovat různá školení (R1). Zaškolení nové sestry by mělo být podle R4 důkladné, komplexní a systematické, postupné. R4 by uvítala, kdyby se všechny sestry naučily jednotné postupy, měly možnost si vše nejprve vyzkoušet s pomocí, pak pod dohledem a pak samostatně. Je vhodné, aby byla ve směně většina sester specializovaných, aby se mohly zaručit za méně zkušené sestry (R1).

Délka zaškolení: V délce zaškolení se sestry neshodovaly. R1 uvedla, že je to individuální, protože každá sestra je jiná. R2 doporučila tři až šest měsíců, spíše těch šest. R3 si myslí, že za měsíc je nová sestra zaškolená, pokud má štěstí a potká všechny výkony. R4 doporučila, aby se nové sestře někdo plně věnoval prvních 14 dní a dále individuálně dle její zručnosti a praxe. Každopádně by však měla být po tři měsíce navíc ve službě, aby byla pod odborným dohledem (R4).

KATEGORIE 14: Možnosti zlepšení

Myšlenková mapa 27: Možnosti zlepšení



V kategorii Možnosti zlepšení jsme shrnuli poznatky o tom, kde jsou slabá místa péče o pacienta v iktovém centru a jaké jsou možnosti zlepšení péče. Zahrnuli jsme sem poznatky o nedostatcích péče lékařské i ošetřovatelské.

Nedostatky péče: Při plné obložnosti IC není dost času na kvalitní péči, ani na zaučení nových sester (R3). Podobně uvedla R4, že při zaučování nových sester se ztrácí čas a chybí ruce. Někdy vázne předávání informací mezi sestrami (R1). R4 naznačila, že sestry by mohly být více sehrané: „*Protože pak se stane, že tady zmateně lítáme a dvě dělají totéž.“* R3 uváděla problémy ve shodě dokumentace lékařů a sester. R1 sdělila, že někdy chybí nadšenost zavádět nové věci. Podobně se vyjádřila R4: „*Může se pak třeba na oddělení něco zlepšit, zavést něco nového. To ale bohužel moc nefunguje. Tady moc nefunguje to nadšení do zavádění novinek. Jede se spíš v těch zajetých kolejích.“* R4 uvedla, že sestry často nemají pochopení pro to, že pacient může něco odmítnout. Že ve zkoumaném iktovém centru nefunguje logopedie, uvedli respondenti R2, R3 a R4. Sestry málo dbají na své vlastní zdraví, což R2 vyjádřila slovy: *„Pro nás je ještě pořád tak jako ta přednost vo to pohodlí toho pacienta, než o nás samy, jako že vopravdu jako to taháme, i když víme, že bysme neměly.“* R4 hovořila o tom, že edukace v IC probíhá živelně: „*Je hudbou budoucnosti, aby tato edukace byla více systematická, v současnosti je spíše živelná. Každá sestra sdělí, to co ví a jak to umí. Něco zapíše do edukačního protokolu, ale občas se tam bohužel dělají i zápisy o edukaci, i když skutečná edukace ve skutečnosti neproběhla.“* O problémech při dysfagii vypovídá sdělení R2: „*Tady nás nutíjou lékaři dávat prostě spoustu léků a prostě jídla jako per os, i když je tam ta porucha polykání prostě jako zřetelná, tak kolikrát prostě tady hrozí velký riziko tý aspirace.“* Výpověď R3 rovněž svědčí o tom, že péče při dysfagii by se mohla zlepšit: *„Tenkrát to bylo takový boom jako, že se to bude dělat, že bude dysfagická sestra a teď to strašně vyšumělo a nikdo vo tom nemluví, jo. Myslím si, že je to docela škoda, protože těch pacientů, kterým potom, že jo, zahušťujeme ty tekutiny, a tak dále, tak je tady spousta, a ty lidi vopravdu ty mikroaspirace mají, jo. I když prostě si furt říkáš, že jakoby ne, že ten pacient dobrý dobrý, ale oni opravdu třeba potom nepolknou ani tu slinu a ta mikroaspirace tam je. Myslím si, že by se ty testy u tý dysfagie mohly provádět, myslím si, že jo, ale říkám popravdě, aspoň já za sebe, nedělám to. A neděláme to tady si myslím nikdo.“* V oblasti rehabilitace R3 jako mínus vnímá, že o víkendech je rehabilitace nedostatečná a také chybí návaznost na péči IC: „*A podle mě tady chybí rehabilitace prostě, jako by dál*

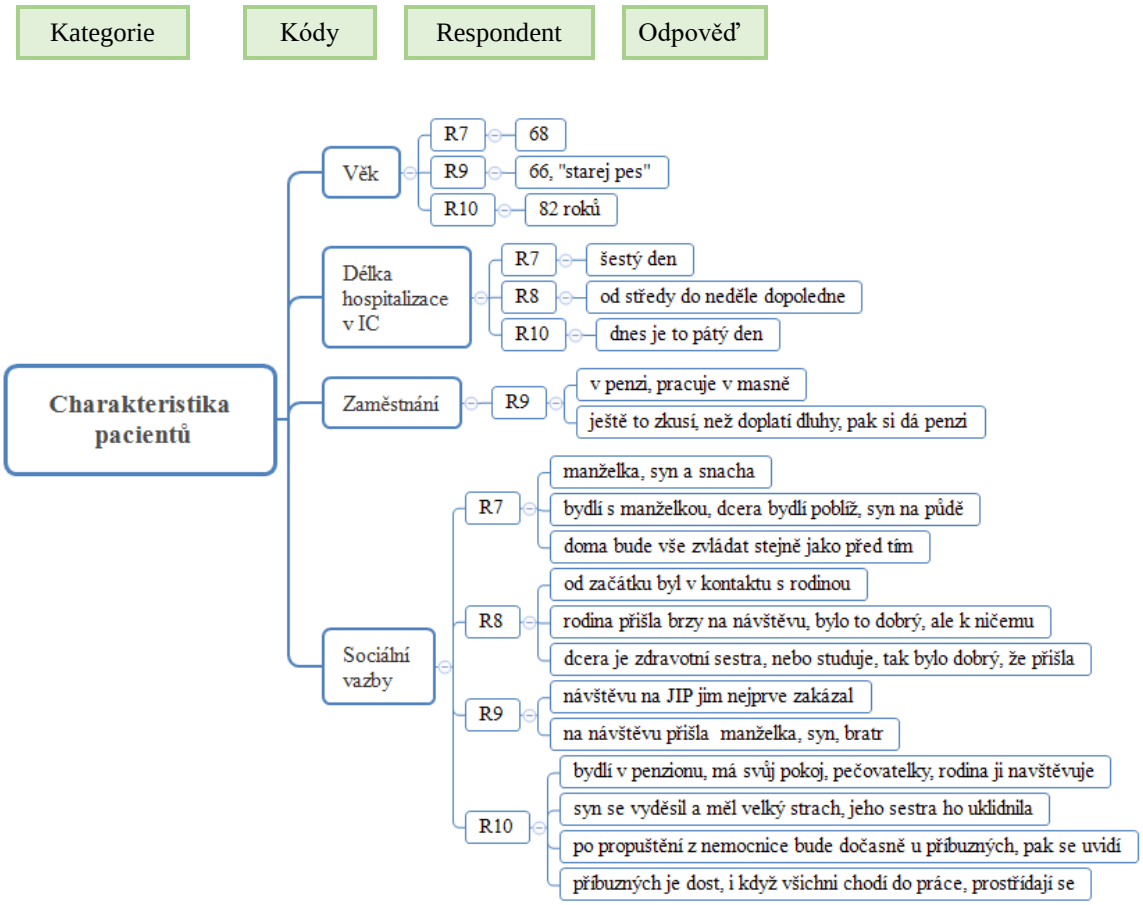
takle. My máme, že jo, naši rehabilitační, ale prostě ty pacienti, když jdou dál, tak bych řekla, že oni potřebujou tu rehabilitaci pořád. A ta rehabilitace tady není. Jo, sobota, neděle prostě mrtvá, a následně ty pacienti na rehabilitační centra čekají strašně dlouho.“ Fyzioterapeutka (R5) oproti tomu vytýkala, že sestry neprovádí o víkendu rehabilitační ošetřování. R5 také zmínila občasné nedostatky v komunikaci a předávání informací mezi fyzioterapeutem a sestrami. R4 odhalila problémy s prostorovým uspořádáním a vybavením IC v tom smyslu, že noční činnost sester ruší spánek pacientů a také může být problémem nemožnost otevření okna.

Návrhy na zlepšení: *„Vždycky se dá něco vylepšovat“*, sdělila R1. O sjednocení ošetřovatelských postupů uvažovala R4 a zmínila, že by bylo vhodné více natrénovat některé zásahy v akutní péči. Nejvíce návrhů na zlepšení se týkalo dysfagie. R2 uvedla, že by se mohly dělat polykací testy a podávat více intravenózní léčby při poruchách polykání, což uváděla i R4. R2 to vyjádřila s trochou nadsázky: *Tak jako mělo by se to, podle mě by se jako nám prd stalo, kdybysme to dělali, protože tím pádem by nikdo neprošel a nikomu by se nedávaly ty zahuštěný blafy (smích).“* Také R3 diskutovala testy na dysfagii a zmínila, že zavedení dysfagické sestry by mohlo být užitečné. R1 navrhovala, že zaměstnavatel by měl umožnit sestrám další vzdělávání, aby se mohly zavádět novinky do praxe a uvítala by rozvinutí bazální stimulace. R1 by také chtěla zapracovat na spolupráci s rodinou, fyzioterapeutkou a logopedkou. R2 by chtěla zlepšit péči o psychiku pacientů a komunikaci s rodinou a také by se ráda něco naučila od fyzioterapeutky: *„Ta rehabilitační sestra by nám měla dát školení, jak se můžeme šetřit, protože ty lidi jsou těžký, plegický, prostě tu jeho váhu valíme my, tak to bysme měli stoprocentně umět.“* Komunikaci s fyzioterapeutem by ráda zlepšila i R4 a uvedla, že cvičení s pacienty by mohlo být více. Sestry by měly umět také základní prvky z logopedie (R2, R4). Co se týče pomůcek, byly respondentky převážně spokojené, R2 by uvítala křesla pro pacienty, R3 více polohovacích pomůcek. R2 chválila zkušenost z jiného pracoviště, kde fungovala sterilní převazová sestra. Návrh na změnu polohovací škály podala také R2: „*Já bych chtěla změnit no tu Nortonku. Mně to přijde úplně nelogický, prostě jo. Prostě ten pacient kolikrát výjde prostě bez nutnosti polohování, ale je na tom tak jakoby špatně, jakože se todle. Že se nám strašně špatně ten člověk v týdletý tabulce zaškatulkovává.“*

5.2.2 Zpracování rozhovorů s osobami přijímajícími péči

KATEGORIE 1: Charakteristika pacientů

Myšlenková mapa 28: Charakteristika pacientů



Abychom přiblížili, s jakými pacienty byl prováděn rozhovor, stanovili jsme tuto kategorii. Jsou v ní uvedeny kódy vypovídající o základních charakteristikách pacientů.

Věk: Nejmladším respondentem byl R9, kterému bylo 66 let, a prohlásil o sobě, že je „starej pes“. Respondentovi R7 bylo 68 let, babičce dotazované respondentky R10 bylo 82 let. Respondent R8 svůj přesný věk neuvedl, ale byl rovněž v důchodovém věku.

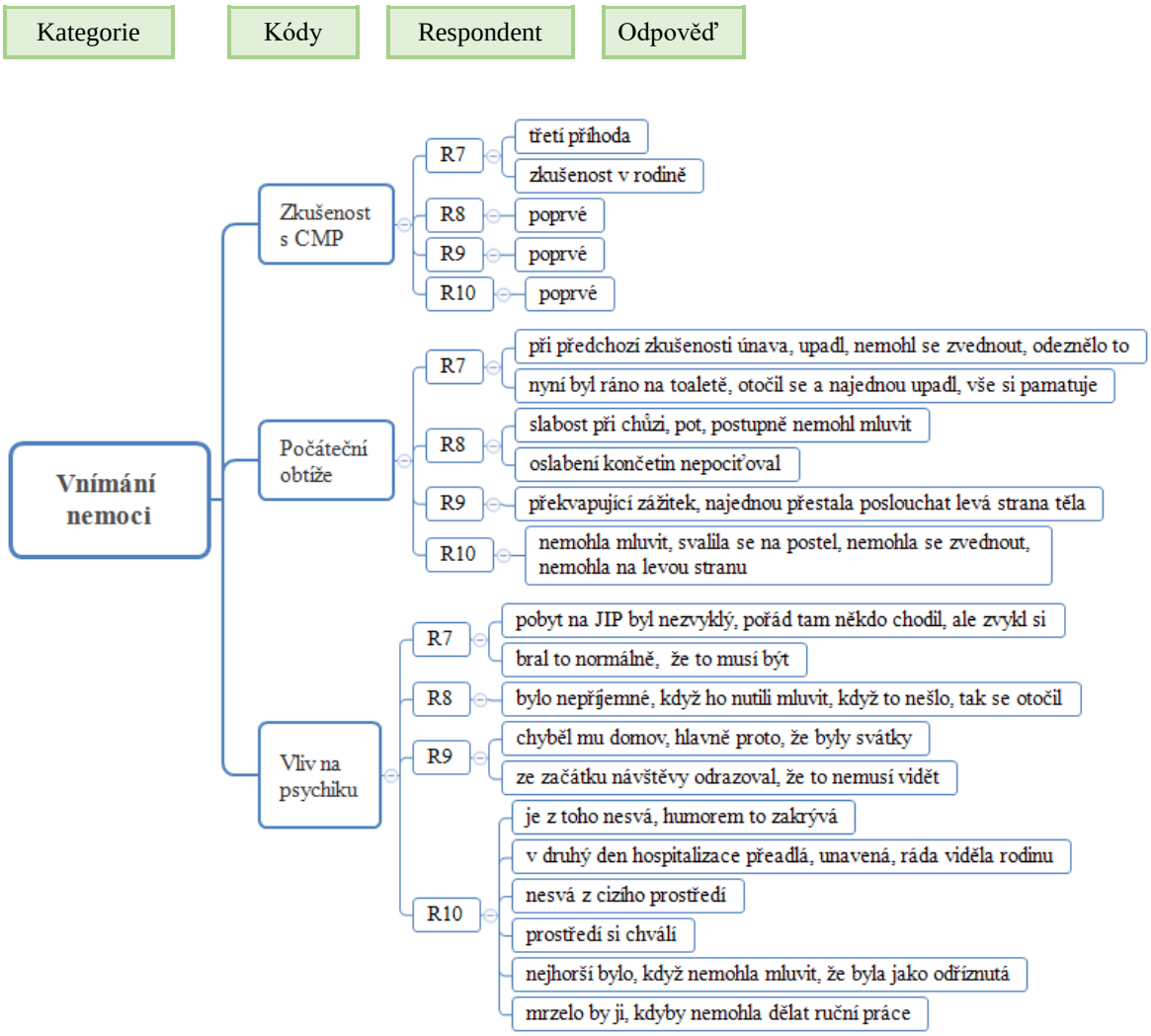
Délka hospitalizace: R7 byl dotazován v šestý den hospitalizace, R8 v pátý den hospitalizace, R9 přesnou délku hospitalizace nezmínil, babička R10 pátý den.

Zaměstnání: Všichni pacienti byli v důchodovém věku. Pouze R9 si v penzi ještě přivydělává prací v masně a jak uvedl, rád by ještě v této práci pokračoval, aby splatil dluhy.

Sociální vazby: Všichni pacienti měli poměrně dobré rodinné zázemí. R7 bydlí s manželkou, syn bydlí na půdě a dcera poblíž. R7 nemá obavy, jak doma bude vše zvládat po propuštění. R8 má dceru, která studuje na zdravotní sestru, a toho si cenní. R8 byl s rodinou v kontaktu hned od začátku a brzy za ním přišli na návštěvu. R8 řekl, že to bylo sice k ničemu, ale přesto to bylo dobré. R9 návštěvy na JIP nechtěl, ale později za ním přišla manželka, syn a bratr. Babička R10 bydlí v penzionu s pečovatelskou službou, kde má svůj pokoj, a rodina ji tam navštěvuje. Po propuštění bude babička R10 nějakou dobu u příbuzných a pak se rozhodnou, co dál. Rodina R10 neví, jak to bude babička dál zvládat, třebaže do teď se o sebe postarala sama.

KATEGORIE 2: Vnímání nemoci

Myšlenková mapa 29: Vnímání nemoci



Do kategorie Vnímání nemoci byly zařazeny poznatky o tom, jakou měli pacienti dřívější zkušenost s CMP. Dále jak vnímali počáteční obtíže při vzniku CMP. A do třetice, jak subjektivně hodnotili vliv onemocnění na svoji psychiku.

Zkušenost s CMP: Respondenti R8, R9 a R10 se s onemocněním setkali poprvé. Pro R7 to byla už třetí zkušenost, navíc se s onemocněním setkal v rodině.

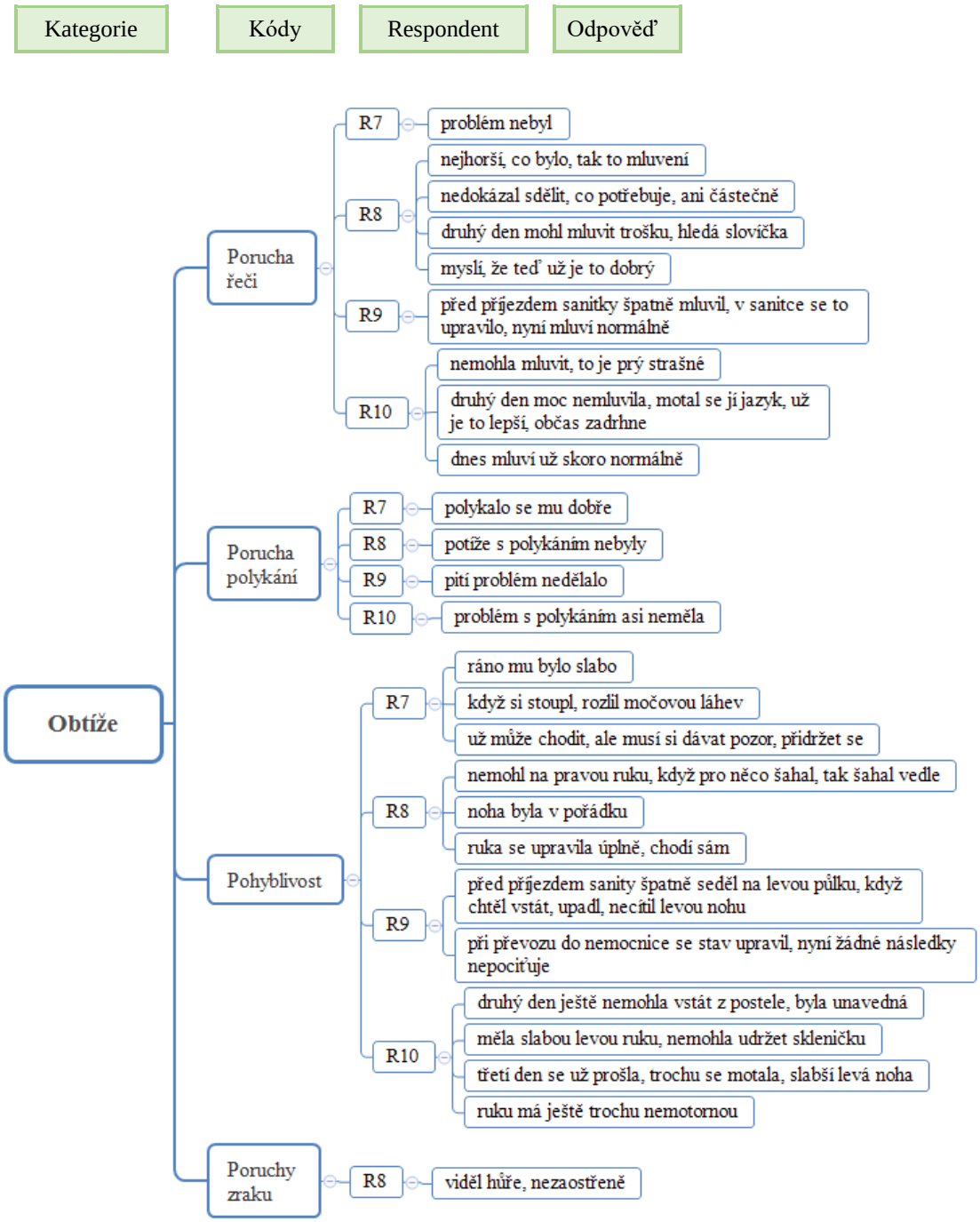
Počáteční obtíže: R7 byl ráno na toaletě a náhle upadl. Vše si pamatuje a zážitek popsal slovy: *„Teď jsem byl ráno na záchodě, votočím se, že udělám krok, a najednou, jak když mě podsekne někdo a už jsem ležel.“* Při dřívější zkušenosti R7 pociťoval únavu a také upadl, pak to odeznělo. R8 postupně pociťoval slabost při chůzi, opocení a postupně nemohl mluvit, oslabení končetin nepociťoval. Pro R9 to byl překvapující

zážitek, najednou ho přestala poslouchat levá strana těla, popsal to slovy: „*Bylo to takový pitomý, překvapující. Mně najednou přestala poslouchat levá noha, levá ruka a levá půlka huby.“* O své babičce R10 vypověděla, že nemohla mluvit a svalila se na postel, byla ochrnutá na levou stranu.

Vliv na psychiku: R7 sdělil, že svůj stav a péči o něj bral normálně, že to tak musí být. Uvedl, že pobyt na JIP byl nezvyklý, protože tam pořád někdo chodil. R8 vnímal nepříjemně, když ho nutili mluvit při poruše řeči, a jemu nešlo se vyjádřit. Reagoval na to tím, že se otočil. R9 z počátku nechtěl, aby za ním přišla rodina na návštěvu. Sdělil: *„Nemusej to vidět.“* Později mu domov chyběl, hlavně proto, že byly svátky. R10 převyprávěla sdělení své babičky, že pro ni bylo hrozné, když nemohla mluvit a cítila se jako odříznutá, ale prý si chválila prostředí nemocnice. R10 o své babičce řekla, že na ni poznala, že je nesvá, třebaže to zakrývá humorem. Druhý den hospitalizace se jí zdála přepadlá, unavená, ale byla ráda, že vidí rodinu. Podle R10 byla nesvá z cizího prostředí. O své babičce také vypověděla, že by ji mrzelo, kdyby po proběhlé mozkové příhodě nemohla dělat ruční práce.

KATEGORIE 3: Obtíže

Myšlenková mapa 30: Obtíže



Tato kategorie shrnuje, jakými obtíženi trpěli dotazovaní po vzniku onemocnění, respektive vnučka dotazované v případě R10.

Porucha řeči: R7 problém s řečí neměl, ostatní ano. R9 špatně mluvil před příjezdem sanitky, ale už v sanitce se mu to upravilo, nyní mluví normálně. Babička

R10 zpočátku nemohla mluvit, což prý bylo strašné, dle sdělení R10: „*No, říkala, že nejhorší bylo, když nemohla mluvit. To je prý strašný. Že nemohla nic říct, co potřebuje, co by chtěla, že byla jak odříznutá, povídala. Tak prý ležela a čekala, co se bude dít a čekala, kdy to přejde.“* Druhý den se již částečně vyjadřovala a nyní už mluví skoro normálně. R10 to popsala následovně: *„No, jak ji přivezli, tak hned druhý den jsme za ní přijeli. To nám toho moc neřekla, motal se jí jazyk. Ale teď už je to lepší. Občas ještě trochu zadrhne a nejde jí chvilkama se tak dobře vyjádřit, ale už si popovídáme.“* R8 nedokázal sdělit, co potřebuje, ani částečně. Bylo to pro něj velmi těžké, jak vypověděl: *„Nejhorší nejhorší co bylo, tak bylo to mluvení, jo.“* Myslí si, že teď už je to dobré, ale při rozhovoru bylo zřejmé, že se občas nedokáže přesně vyjádřit, například: „*Už jako co, no já jsem právě tohle... Jsem nemohl mluvit ... jak bych vám to řekl... nemoh jsem nic sdělit, protože jsem nemoh mluvit, jako takhle ne, tak jsem nemoh nic. Ani jsem nemluvil. Když jsem nemoh mluvit, tak jsem ani nemluvil, protože, jak bych vám to řekl.“*

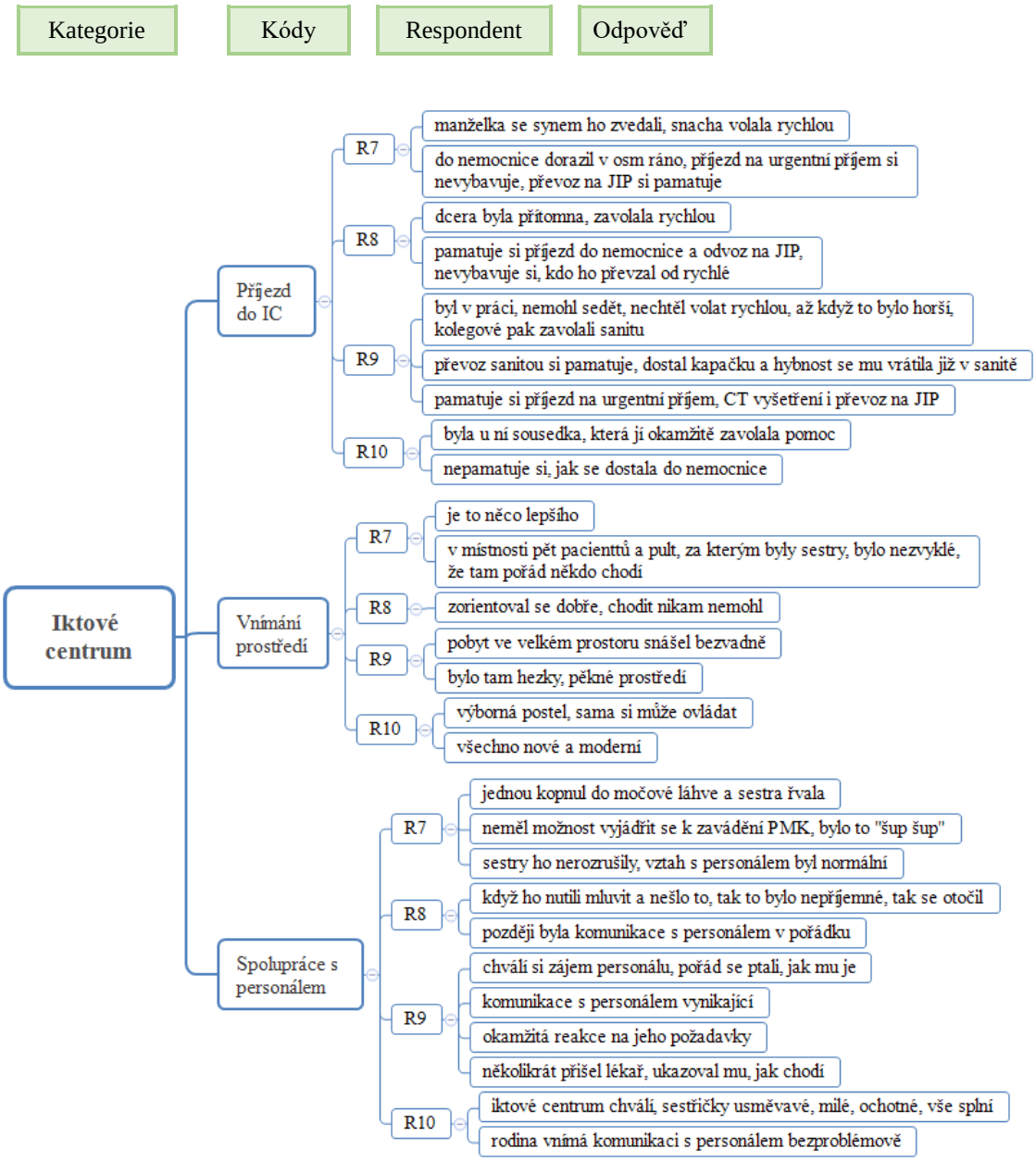
Porucha polykání: Problém s polykáním neuvedl žádný z dotazovaných respondentů.

Pohyblivost: Nějakou poruchu hybnosti popsali všichni respondenti. R7 uváděl, že mu ráno bylo slabo a když si stoupl, rozlil močovou láhev. R7 dále popsal, že už může chodit, ale potřebuje se přidržet: *„Jo, musím teda dávat bacha, když jdu. Takovej nějakej postřeh, že upadnu. Přidržet se, takovej, no, jako vnuknutí se chytit, kdyby náhodou něco.“* R8 uvedl, že nemohl na pravou ruku, když pro něco šahal, tak šahal vedle, noha byla v pořádku. Nyní se ruka upravila úplně a chodí sám. R9 před příjezdem sanity špatně seděl a pak upadl, nemohl vstát, necítil levou nohu. Vše se upravilo již při převozu do nemocnice a nyní žádné následky nepociťuje. Tento zážitek R9 hodnotil slovy: „*Už jak jsem dostal tu kapačku v sanitce, tak už se to zlepšovalo. Já povídám, podívejte se, já hejbám tou nohou, kterou jsem necejtil. Jako moc dobrý to bylo.“* Babička R10 byla slabá na levou polovinu těla, druhý den ještě nemohla vstát z postele a byla unavená. V levé ruce nemohla udržet skleničku. Třetí den se už prošla, i když se trochu motala. Ruku má pořád ještě nemotornou.

Poruchy zraku: Poruchu zraku zaznamenal pouze R8, který uvedl, že viděl hůře, jakoby nezaostřeně.

KATEGORIE 4: Iktové centrum

Myšlenková mapa 31: Iktové centrum



V kategorii Iktové centrum předkládáme výpovědi respondentů o tom, jak vnímali období od vzniku onemocnění do příjezdu do iktového centra. Dále jak na ně působilo prostředí iktového centra a jak vnímali spolupráci s personálem v iktovém centru.

Příjezd do IC: Příjezd do nemocnice si nepamatovala pouze babička respondentky R10. Při vzniku onemocnění u ní byla údajně sousedka, která jí přivolala pomoc. R7 uvedl, že v době vzniku příhody u něj byli příbuzní. Manželka se synem ho zvedali a snacha volala záchranku. Do nemocnice přijel v osm hodin ráno. Přijetí na urgentním

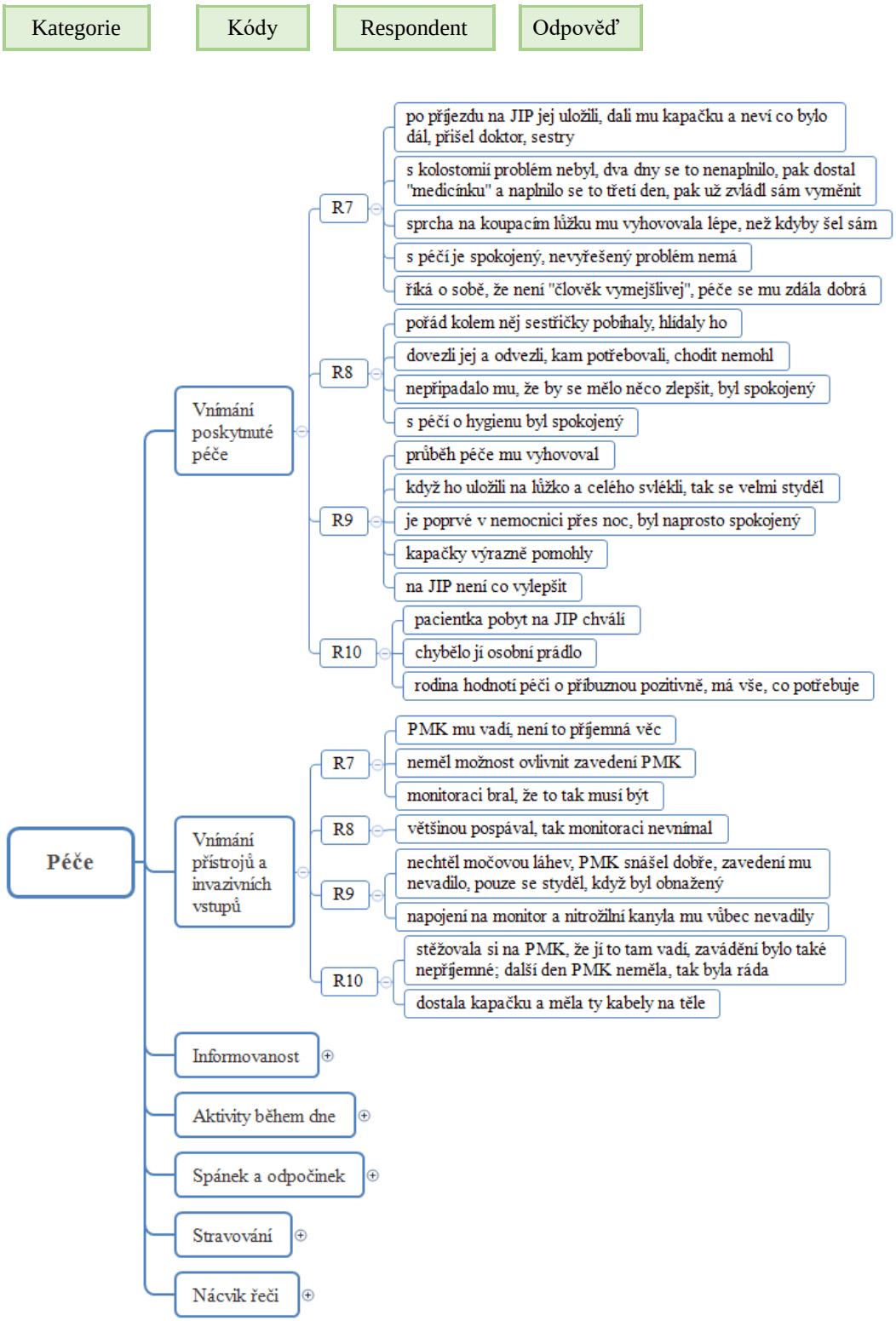
příjmu si přesně nepamatuje, až jak ho převáželi na JIP (IC). R8 uvedl, že při vzniku příhody u něj byla dcera, která mu zavolala pomoc. Pamatuje si převoz do nemocnice a odvoz na JIP, ale také si přesně nevybavuje, co se dělo po přivezení sanitkou do nemocnice. R9 byl při vzniku příhody v práci. Sanitku zavolat nechtěl, až když se jeho stav zhoršil, tak mu ji zavolali kolegové. Převoz sanitou si pamatuje, popsal vývoj svého stavu: *„Už jak jsem dostal tu kapačku v sanitce, tak už se to zlepšovalo. Já povídám, podívejte se, já hejbám tou nohou, kterou jsem necejtil. Jako moc dobrý to bylo.“* R9 si vybavuje si příjezd na urgentní příjem, CT vyšetření i převoz na JIP (IC).

Vnímání prostředí: Respondenti udávali, že prostředí iktového centra snášeli pozitivně. R7 to ohodnotil slovy: *„No, já, člověk obyčejnej, tak jsem to vnímal, že to je něco lepšího nebo za ty leta jsem nikde nebyl.“* Nezvyklé pro něj bylo, že tam bylo více pacientů v jedné místnosti a pořád tam někdo chodil (R7). R8 uvedl, že se dobře zorientoval, ale nemohl nikam chodit. R9 hodnotil prostředí velmi pozitivně, vyhovovalo mu, že se tam pořád něco dělo. R10 uvedla výpověď své babičky, že je tam výborná postel, kterou si může sama ovládat, a že je tam všechno nové a moderní.

Spolupráce s personálem: R7 uvedl, že jeho vztah s personálem byl normální a sestry ho nijak nerozrušovaly. Při rozhovoru však zmínil následující o používání močové láhve: „*Jako, to jsem aji, že budu čůrat vsedě, to mi nešlo, tak jsem si stoupl, no, to mi šlo ale dvakrát, pak jsem jednou do toho kopnul a sestra řvala. Tak tohle mám dneska už to, no, vadí to.“* A ukazoval na zavedený PMK. Na dotaz, zda mohl zavedení PMK nějak ovlivnit, souhlasit či nesouhlasit, R7 vypověděl: *„No to jsem neměl. To bylo šup šup. Já nejsu uklízečka, šup a měl jsem to, no.“* Respondentovi R8 bylo nepříjemné, když ho sestry nutily mluvit a nešlo to. Řešil to následovně: *„Když to nešlo, tak jsem se dycky otočil.“* Jak dále R8 uvedl, později byla podle něj komunikace s personálem v pořádku. R9 byl naprosto spokojený. Chválil zájem personálu, vypověděl, že se pořád ptali, jak mu je. Respondentka R10 uvedla, že komunikace s personálem je bezproblémová. Dále uvedla názor její babičky, která prý iktové centrum chválila a o sestřičkách se vyjádřila, že jsou usměvavé, milé, ochotné a vše jí splní.

KATEGORIE 5: Péče

Myšlenková mapa 32: Péče (1. část)



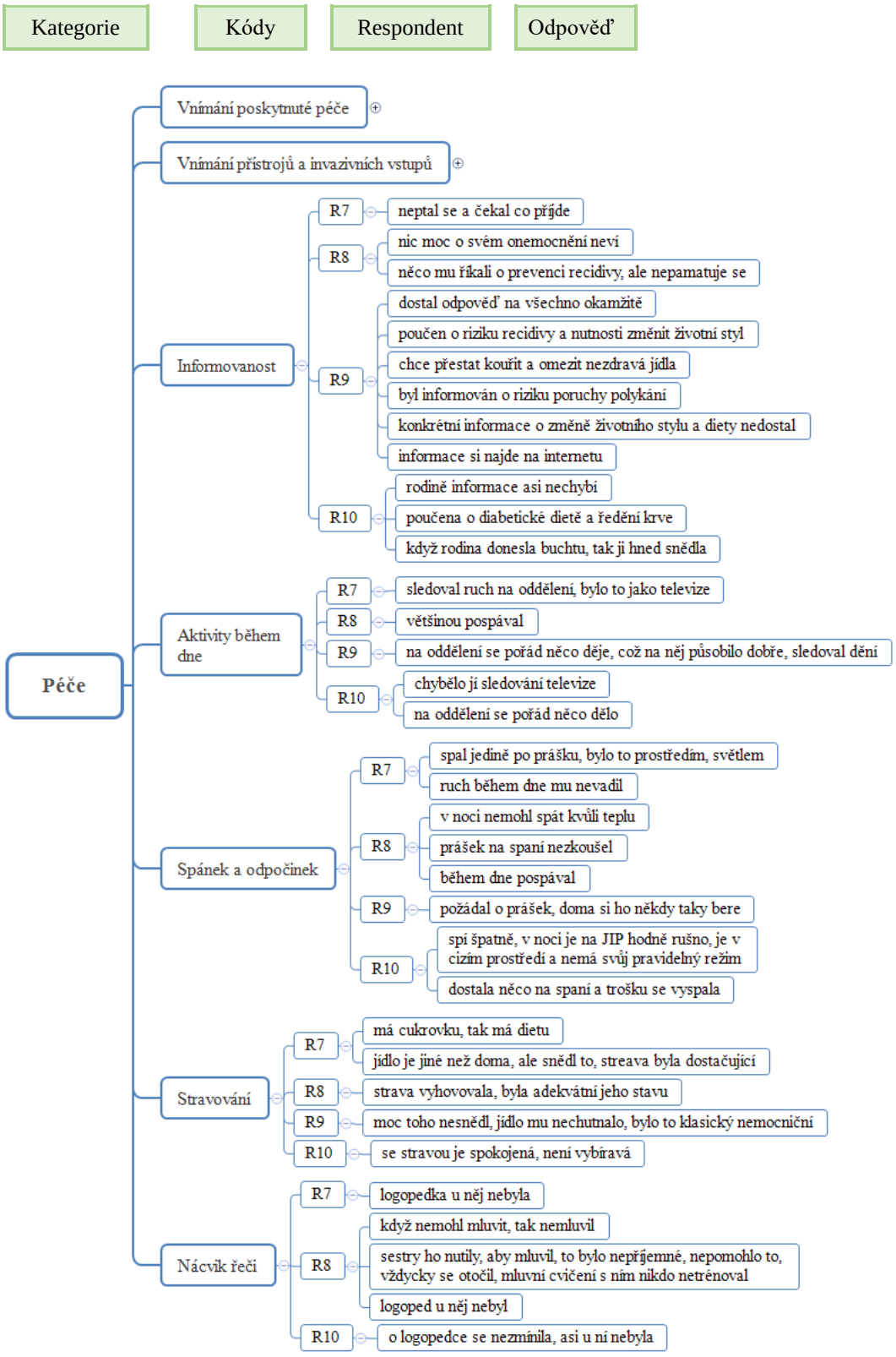
Množství různorodých poznatků, které respondenti uvedli, jako své vjemy a vzpomínky na péči v iktovém centru, jsme sjednotili do kategorie Péče. Obsahuje sedm kódů, z nichž každý shrnuje myšlenky týkající se jedné oblasti péče. Pro svůj rozsah byla kategorie opět rozdělena na dvě myšlenkové mapy.

Vnímání poskytnuté péče: R7 byl s poskytnutou péčí spokojený, při rozhovoru neudával žádný nevyřešený problém. Sám o sobě řekl, že není *„člověk vymejšlivej“,* péče se mu zdála dobrá. Podobně odpovídal R8, který byl také spokojený, a nenapadlo ho nic, co by se mělo zlepšit. R9 udával ještě větší spokojenost s péčí. Jako mírně negativní zážitek vnímal, když ho po uložení na lůžko při přijetí na IC celého svlékli: *„Uložili mě na postel. Sundali mi všecko, slipy taky. No, to jsem se sakra styděl.“* R10 hodnotila z pohledu příbuzného péči pozitivně, převyprávěla také dojem své babičky: *„Chválí si to tady velice. Prý se s takovou péčí ještě nesetkala.“* Dále vypověděla, že její babičce údajně chybělo vlastní osobní prádlo, na které je zvyklá.

Vnímání přístrojů a invazivních vstupů: Monitoraci vnímali všichni pacienti bezproblémově. R7 vypověděl, že to bral, že to tak musí být. R8 prý monitoraci ani nevnímal. R9 to taky vůbec nevadilo, ani nitrožilní kanyla. Tři respondenti měli zkušenost se zavedením PMK. R7 uvedl, že PMK není příjemná věc a uvedl, že neměl možnost zavedení PMK nějak ovlivnit. R9 PMK snášel dobře, nevadilo mu ani zavedení, vyhovovalo mu to více než močová láhev. R10 si dle sdělení vnučky na PMK stěžovala, vadilo jí to, nepříjemné bylo i zavádění. Druhý den už PMK neměla, tak byla prý ráda. Jiné zkušenosti s přístroji a invazivními vstupy respondenti neuváděli.

KATEGORIE 5: Péče

Myšlenková mapa 33: Péče (2. část)



Tato myšlenková mapa navazuje na předchozí a zaznamenává další zkušenosti pacientů s poskytovanou péčí v IC.

Informovanost: R7 řekl, že se na nic neptal a čekal, co příjde. R8 uvedl, že o svém onemocnění nic moc neví, něco mu prý říkali o prevenci nové příhody, ale nepamatuje se. R9 si pamatuje, jak byl poučen o riziku recidivy a sdělil, jaký to v něm zanechalo dojem: „*No, jedna sestřička. A ta to opravdu kecla, ta to řekla natvrdo. Podívejte se, ta mozková příhoda, to je taková zákeřná mrcha, která se i vrací. No, tím mě tak nastrašila. Já i přestanu kouřit. I životosprávu upravím. Víte, bůčánek lahodný, kachénka tažená sádlem. No, tak to si vodpustím, že jo. To je asi to nejhorší, co může bejt.“* Konkrétní informace o změně životního stylu a diety však nedostal a uvedl, že si případně informace vyhledá na internetu. R9 ještě sdělil, že když se na něco zeptal, tak odpověď dostal okamžitě. R10 jako zástupce rodiny uvedla, že jim informace nechybí. Zmínila, že její babička byla poučena o diabetické dietě a ředění krve. Také sdělila, že babičce donesla buchtu a ta ji hned snědla.

Aktivity během dne: Pacienti vnímali pozitivně, že na oddělení se pořád něco dělo. R7 uvedl: *„Čuměl jsem. Ten běží tam, ten tam. To bylo jak televize.“* R9 vypověděl*: „No, pořád se něco děje. Bezvadný. Na mě to působilo fajn. Já jsem si jako napolohoval, abych téměř seděl. A sestřičky komunikovaly furt pryč, jo. Furt se mě ptaly, co vám je, jak vám je, není vám zle? Paráda.“* R8 řekl, že většinou pospával. R10 chybělo sledování televize, na které je zvyklá.

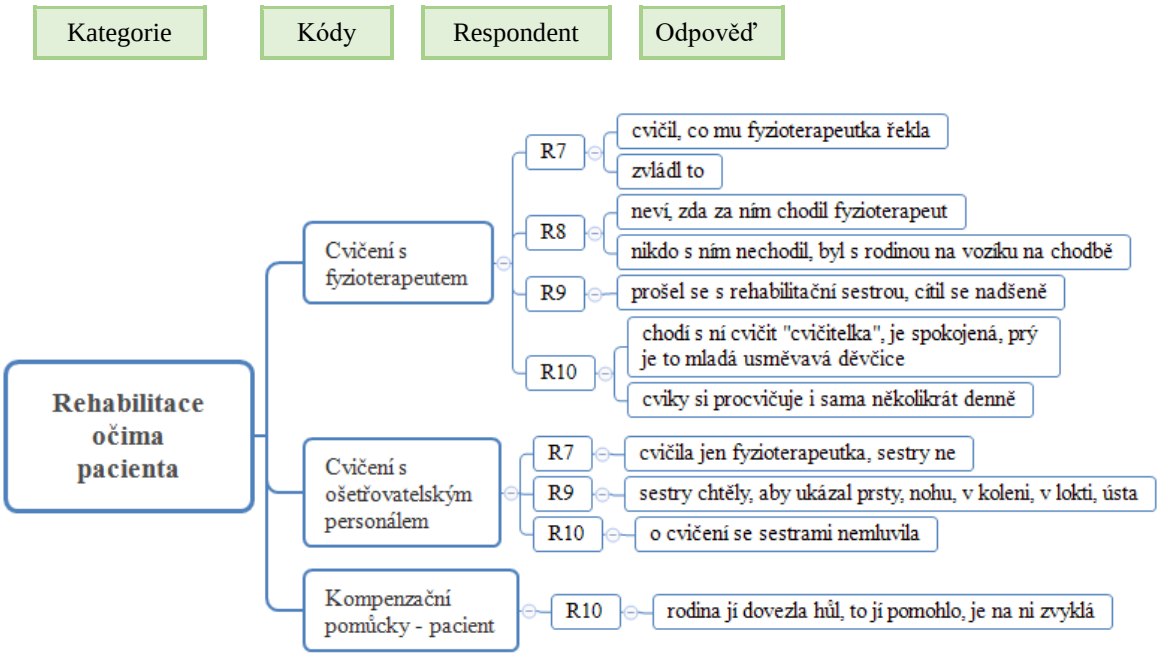
Spánek a odpočinek: Všichni respondenti vypovídali o problémech se spánkem. R7 uvedl, že spal jedině po prášku a že to bylo způsobeno prostředím a světlem. Ruch ve dne mu nevadil. R8 uvedl, že v noci nemohl spát kvůli teplu, ale prášek na spaní nezkoušel, pospával během dne. R9 požádal o prášek, doma si ho taky někdy bere. R10 vypověděla, že její babička dostala něco na spaní, jinak spala špatně, protože bylo rušno a byla v cizím prostředí, na které není zvyklá.

Stravování: Se stravou byl nespokojený pouze R9, kterému jídlo nechutnalo, a moc toho nesnědl. R8 uvedl, že strava byla adekvátní jeho stavu. Podobně stravu vnímal i R7, který sdělil, že má cukrovku, tak měl dietu. Jídlo bylo sice jiné než doma, ale snědl to. R10 uvedla, že její příbuzná není vybíravá a se stravou byla spokojená.

Nácvik řeči: Žádný z respondentů nepotvrdil návštěvu logopedky. R8 vnímal svoji poruchu řeči negativně a bylo mu nepříjemné, když ho sestry nutily mluvit, když mu to nešlo. Stejně to nepomáhalo. Mluvní cvičení s ním nikdo údajně netrénoval.

KATEGORIE 6: Rehabilitace očima pacienta

Myšlenková mapa 34: Rehabilitace očima pacienta



V kategorii Rehabilitace jsme shrnuli poznatky o tom, jak respondenti vnímali cvičení s fyzioterapeutem a s ošetřovatelským personálem a zda používají nějakou kompenzační pomůcku.

Cvičení s fyzioterapeutem: R8 uvedl, že neví, jestli u něj byl fyzioterapeut, nikdo s ním nechodil. Byl pouze s rodinou na chodbě na vozíku. R7 sdělil, že cvičil, co mu fyzioterapeutka řekla a zvládl to. R9 se s rehabilitační sestrou prošel a cítil se nadšeně. R10 uvedla sdělení babičky, že s ní chodila cvičit „cvičitelka“ a že byla spokojená. Sama si prý cviky procvičuje během dne.

Cvičení s ošetřovatelským personálem: R7 uvedl, že sestry s ním necvičily, jen fyzioterapeutka. R9 uvedl, že sestry se zajímaly o stav jeho hybnosti. R10 uvedla, že babička o cvičení se sestrami nemluvila.

Kompenzační pomůcky – pacient: R10 uvedla, že její babička je zvyklá na chůzi o holi, kterou neměla s sebou. Když jí rodina hůl donesla, tak jí to pomohlo. Jiné kompenzační pomůcky žádný z respondentů přijímajících péči neuvedl.

6 DISKUSE

V diplomové práci s názvem Ošetřovatelská péče jako nástroj prevence komplikací u pacienta iktového centra jsme se zabývali různými aspekty ošetřovatelské péče v iktovém centru. Zajímaly nás názory personálu na poskytovanou ošetřovatelskou péči, chtěli jsme poznat i vnímání poskytované péče samotnými pacienty. Snažili jsme se identifikovat stěžejní místa ošetřovatelské péče, odhalit slabá místa a případné nedostatky a usilovali jsme o nalezení východisek pro možné zlepšení péče.

Téma ošetřovatelské péče v iktovém centru jsme zvolili, protože se domníváme, že rozvoj výzkumu v oblasti ošetřovatelské péče v iktovém centru zaostává za rozvojem rychle přibývajících medicínských poznatků. A jak se rozvíjí lékařská péče, musí na to i ošetřovatelská péče pružně reagovat. To potvrzují i Cataqui a Roberts (2014), když uvádějí, že role sester je pro efektivní léčbu trombolýzou zásadní, a dále Morrison (2014), která uvedla, že po roce 2000, kdy došlo k rapidním změnám ve způsobu léčby a organizace péče o pacienty s CMP, se objevil nový požadavek na rozvoj ošetřovatelské péče o pacienty s iktem. Z osobních zkušeností usuzujeme, že akutní ošetřovatelská péče o pacienta v iktovém centru je převážně založená na zkušenostech pečujících sester. Je více intuitivní, nežli založená na důkazech. Rovněž Morrison (2014) uvádí (volně přeloženo z angličtiny): „*Po mnoho let jsem se divila, proč existuje tak málo stručných doporučených zdrojů pro sestry pečující o pacienty s iktem. Sestry chtějí poskytovat co nejlepší možnou péči. ... Kromě toho, když sestry jednou porozumí zdůvodněním pro standardy v iktové péči, stanou se silnými obhájkyněmi dodržování pokynů.“* Ošetřovatelskou péči v iktovém centru považujeme za velmi důležitou oblast ošetřovatelství, neboť cévní onemocnění mozku mají vysokou incidenci a velké následky pro zdraví osob i ekonomické následky pro společnost, což bylo vysvětleno i v teoretické části diplomové práce (Kalita, 2006; Krajíčková, 2006). Tam jsme také uvedli mínění Kality (2006), že ve tkáni obklopující ischemické ložisko přetrvává ischemický polostín, ve kterém má 95 % buněk naději na obnovu do původního funkčního stavu, pokud nedojde k progredující ischemii, ale naopak se obnoví dostatečná perfuze. Proto si myslíme, že péče v iktovém centru by měla být nejen kvalitní, ale i rychlá, a proto by ošetřovatelský personál měl přesně vědět, co dělat, a umět se rychle rozhodovat. Kalita (2006) také uvádí, že péče ve specializovaných

centrech musí být zajišťována personálem specializovaným v péči o ikty (včetně ošetřovatelského personálu), péče má zajistit optimální prevenci a léčbu komplikací a komorbidit a měla by zapojit pacienta i příbuzné do celého procesu a využívat prvky psychoterapie. Z toho vyvozujeme, že na sestry pracující v IC jsou kladeny vysoké nároky v oblasti vědomostí i dovedností. Totéž udává Rymer et al. (2014), když uvádí, že vysoká profesionální úroveň sester zapojených do péče o pacienty s akutní CMP je jedním z nejdůležitějších faktorů úspěchu při léčbě těchto pacientů v IC. S těmito východisky jsme zahajovali výzkumné šetření.

Stanovili jsme si tři cíle. Prvním bylo zjistit, které komplikace CMP jsou v akutní fázi ovlivnitelné ošetřovatelskou péčí. Druhým cílem bylo identifikovat ošetřovatelské činnosti, kterými sestry v iktových centrech zajišťují prevenci komplikací. Třetím cílem bylo zjistit překážky a omezení preventivní ošetřovatelské péče v iktovém centru. Těmto cílům odpovídají stanovené výzkumné otázky, kterých bylo celkem pět.

V diplomové práci jsme věnovali největší pozornost komplikacím CMP, neboť se domníváme, že nejlepší péče je péče bez komplikací. Zkoumali jsme, jaké komplikace mohou u pacientů s akutním iktem nastat a jak je lze ovlivnit ošetřovatelskou péčí. Do zkoumané problematiky jsme zahrnuli také potřeby pacientů. Vycházeli jsme z tvrzení Šamánkové (2011), že při nedostatečné saturaci potřeb dochází k rozvoji příznaků, které mohou pacientovi způsobovat psychické i somatické obtíže. Tyto projevy rovněž považujeme za komplikace zdravotního stavu pacienta, což neodporuje definici ve Výkladovém ošetřovatelském slovníku (2007), že komplikace je stav, který nastane během jiného onemocnění.

Pátrali jsme po konkrétních intervencích, které sestry používají v iktovém centru v péči o pacienty. Zajímalo nás, jak samy sestry tyto intervence hodnotí, zda jsou podle nich efektivní. Péče v iktovém centru je akutní a specializovaná, proto nás také zajímalo, jaké musí mít sestry pro takovou práci předpoklady, jaké musí mít znalosti a dovednosti, jaké vzdělání by měly absolvovat. Soustředili jsme se i na bariéry, které mohou sestrám bránit v poskytování kvalitní ošetřovatelské péče, protože jsme chtěli odhalit možné překážky péče. Snažili jsme se zjistit, jaké jsou slabiny péče a jaké jsou možností jejího zlepšení, abychom získali nápady a návrhy na řešení pro praxi.

Během výzkumu jsme kladli důraz na dodržení etiky výzkumu. Všechny osoby zapojené do výzkumu byly informovány o účelu výzkumu a zachování anonymity, jejich účast na výzkumu byla dobrovolná a byly informovány o možnosti kdykoliv

z účasti na výzkumu odstoupit. Se shromážděným materiálem jsme nakládali tak, aby byla anonymita zachována.

V teoretické části jsme shrnuli odborné poznatky týkající se cévní mozkové příhody. Medicínské poznatky jsme rozebírali okrajově. Zabývali jsme se tím, jak iktová centra vznikala a jaké jsou podmínky jejich zakládání. Největší pozornost v teoretické části jsme věnovali ošetřovatelské péči u pacienta v iktovém centru. Zjistili jsme, že mnohé komplikace CMP souvisí s vlastní diagnózou a léčbou, ale mnohé vyplývají také z neuspokojených potřeb pacientů. Byly to buď potřeby, které byly vznikem onemocnění narušeny, nebo potřeby, které při CMP vznikly, nebo se během hospitalizace změnil způsob uspokojování potřeby. V teoretické části jsme rozebrali, jaká je úloha všeobecných sester v uspokojování potřeb pacientů a jaké potřeby může mít pacient iktového centra. Uvedli jsme i poznatky z literatury o tom, jak se dají takové potřeby pacientů vhodně řešit.

V praktické části diplomové práce jsme navázali na teoretická zjištění. K dosažení cílů výzkumu jsme použili individuální hloubkové polostrukturované rozhovory s osobami poskytujícími péči, které se staly stěžejním zdrojem poznatků pro diplomovou práci. Ve skupině respondentů poskytujících péči převažovaly všeobecné sestry, konkrétně čtyři. Krom toho skupina zahrnovala jednoho lékaře a jednoho fyzioterapeuta. Chtěli jsme získat výpovědi také „z druhé strany“, proto jsme dotazovali i osoby přijímající péči. Byli to tři pacienti a jeden příbuzný pacienta iktového centra. Sestavili jsme podklady pro rozhovory, které měly umožnit výzkumníkovi vést rozhovor, aby bylo prodiskutováno co nejvíce možných komplikací a potřeb pacientů. Zároveň jsme měli v úmyslu dát respondentům prostor, aby sami posoudili, která témata týkající se ošetřovatelské péče v iktovém centru jsou důležitá, a umožnit jim, aby se k nim vyjádřili, případně odkryli nová, dosud neuvažovaná témata. Získali jsme rozsáhlý materiál, představující téměř 4 a půl hodiny audionahrávek, obsahující výpovědi deseti respondentů. Audionahrávky byly přepsány do textové podoby a podrobeny kvalitativní analýze pomocí programu ATLAS.ti. Kódováním bylo identifikováno celkem 104 kódů, které byly seskupeny do 20 kategorií. Rozhovory s osobami poskytujícími péči a přijímajícími péči byly kategorizovány zvlášť, neboť se ukázalo, že přístup pacientů k problematice byl natolik odlišný od přístupu zdravotníků, že byly v těchto dvou skupinách nacházeny společné kódy jen ojediněle. Vzniklo tedy 14 kategorií vztahujících se k rozhovorům s osobami

poskytujícími péči a 6 kategorií týkajících se rozhovorů s osobami péči přijímajícími. Pro všechny kategorie byly vytvořeny myšlenkové mapy, ve kterých jsme přehledně shrnuli zjištěné poznatky.

Švaříček (2007) uvádí, že cílem výzkumníka je porozumět situaci tak, jak jí rozumějí sami aktéři, což znamená pochopit situaci ve všech jejích detailech, jakoby z perspektivy subjektu. Díky profesní zkušenosti ve zkoumaném iktovém centru jsme měli výhodu hlubšího vhledu do situace na pracovišti, což jsme využili při vedení rozhovorů i při analýze výsledků, kde pro nás bylo snazší pochopit sdělení respondentů v rámci kontextu prostředí a tamějších sociálních vztahů. V dalším textu rozebíráme výzkumná zjištění k jednotlivým stanoveným cílům a výzkumným otázkám.

Cíl č. 1 *Zjistit, které komplikace CMP jsou v akutní fázi ovlivnitelné ošetřovatelskou péči* koresponduje s výzkumnou otázkou č. 1: *Jakým komplikacím CMP lze v akutní fázi předcházet ošetřovatelskou péčí?* Abychom mohli zodpovědět tuto otázku, snažili jsme se nejprve zjistit, jaké komplikace CMP mohou nastat. Odpovědi jsou obsaženy v kategorii 3, která byla označena Komplikace CMP. Pro ucelenost jsme uvedli také kategorii 2 s názvem Funkce porušené při CMP, která shrnuje výpovědi respondentů o tom, jaké tělesné funkce jsou při CMP postiženy. Zjistili jsme totiž, že komplikace CMP často vycházejí z porušených funkcí. Takto bylo identifikováno šest skupin porušených tělesných funkcí, kterými jsou: poruchy vnímání, poruchy dýchání, fatické poruchy, dysfagie, poruchy vyprazdňování a poruchy hybnosti.

V kategorii 3 Komplikace CMP byly všechny komplikace rozčleněny do čtyř skupin dle své povahy a to na komplikace související s poruchou fyziologických funkcí, související s omezenou hybností, psycho-sociální komplikace a komplikace související s poskytnutou léčbou.

Mezi komplikace související s poruchou fyziologických funkcí jsme zařadili ohrožení vitálních funkcí, aspiraci, poruchu výživy, zácpu, bolest, krvácivé komplikace, infekční komplikace, dekompenzaci chronických onemocnění, případně úmrtí pacienta. Riziko aspirace u pacientů po CMP souvisí s porušenou polykací funkcí a je sestrami vnímáno jako velmi závažný problém: *„Já osobně jako sestra se bojím tady velkýho rizika aspirace u těhlech lidí.“* (R2) Poruchy výživy souvisí s dysfagií a zahrnují poruchy příjmu stravy i tekutin. I samotná přítomnost onemocnění může způsobit nechutenství a úbytek hmotnosti. Komplikací zmiňovanou v souvislosti s vyprazdňováním byla hlavně zácpa a to z důvodu omezení pohybu a snížené

peristaltiky střev. Bolest jako komplikace CMP byla respondenty zmiňována jen okrajově, zatímco infekčním komplikacím byl přikládán velký význam a byly zmiňovány všemi sestrami i lékařem. Z výsledků usuzujeme, že nejvýznamnější infekční komplikací je bronchopneumonie či pneumonie, která vzniká následkem imobilizace nebo aspirace. Dekompenzace chronických onemocnění vzniká následkem snížené pohyblivosti, což se odráží na funkci kardiovaskulárního systému. U diabetiků hrozí riziko hyper- nebo hypoglykémie. Jak jsme uvedli v teoretické části, CMP může být fatální v 60 až 90 % případů dle místa uzávěru (Kalita, 2006).

Mezi komplikace související s omezenou hybností byl zařazen imobilizační syndrom, plicní embolie, dekubity, pády a úrazy. Z odpovědí respondentů vyplývá, že pokud pacient nebude provádět fyzioterapii, bude déle upoután na lůžko, bude ohrožen sekundárními poruchami hybnosti a svalovými kontrakturami a to se odrazí i na jeho psychické stránce a porušení sociálních vztahů. Rizika vzniku dekubitů si byly vědomy všechny sestry a zmiňovali je jako jednu z prvních komplikací.

Psychosociální komplikace byly rozděleny na dvě skupiny a to psychické komplikace a porušené sociální vazby. Onemocnění CMP má často vliv na zhoršení psychiky, emoční labilitu, pacient je ohrožen rozvojem deprese, apatií, vznikem úzkosti. Důležitým prvkem je přiměřená adaptace na nemoc, aby pacient dokázal spolupracovat s personálem a bojovat s onemocněním. To koresponduje s tvrzením Šamánkové (2011), že úkolem sestry je pomoci pacientovi příjmout existenci nemoci a pochopit podstatu léčby. Do psychiky pacientů se negativně odrážejí poruchy vnímání a fatické poruchy. K porušení sociálních vazeb patří zejména narušený kontakt s rodinou a vytržení z přirozeného sociálního prostředí, které je komplikováno případnou poruchou řeči.

Ke komplikacím souvisejícím s poskytnutou léčbou jsme zařadili alergickou reakci, komplikace spojené s invazivními vstupy a nežádoucí účinky trombolýzy. Invazivních vstupů se v iktovém centru využívá celá řada. Každý invazivní vstup je spojen s rizikem infekce a rizikem poranění.

Abychom mohli identifikovat, které z komplikací CMP jsou ovlivnitelné ošetřovatelskou péčí, musíme rozebrat kategorii 4 Ošetřovatelské intervence k prevenci komplikací. Porovnáním výpovědí z kategorie 3 a 4 pak získáme odpověď na výzkumnou otázku č. 1 a splníme první cíl výzkumu. Kategorie 4 zároveň přináší odpověď na otázku: *Jaké intervence sestra používá v akutní fázi CMP k prevenci*

komplikací?, která je výzkumnou otázkou č. 2. Jejím zodpovězením splníme cíl č. 2 *Identifikovat ošetřovatelské činnosti, kterými sestry v iktových centrech zajišťují prevenci komplikací*.

Z výpovědí respondentů bylo identifikováno množství intervencí, které sestry v iktovém centru provádějí. Tyto intervence byly rozděleny do pěti skupin podle toho, na co jsou tyto intervence zacílené: Intervence zaměřené na zachování základních životních funkcí, na uspokojení biologických potřeb, na prevenci, na psycho-sociální potřeby a na spirituální potřeby. Z toho je zřejmé, že se podařilo získat od respondentů výpovědi o všech oblastech péče v rámci holistického pojetí, tedy z oblasti biologické, psychické, sociální i spirituální. Neboť uspokojování potřeb ve všech těchto oblastech je základem ošetřovatelské péče, jak to uvádí Ščepánová (2014).

K intervencím zaměřeným na zachování základních životních funkcí bylo zařazeno zajištění vitálních funkcí, sledování pacienta a podpora dýchání. Z výpovědi R2 vyplynulo, že zajištění vitálních funkcí by mělo být první činností sestry u pacienta. Do sledování pacienta patří nejen monitorace základních životních funkcí, ale také zhodnocení aktuálního stavu pacienta a jeho další vývoj, sledování účinků podaných léků a léčby, výskytu krvácení. To souhlasí se specifickými činnostmi na intenzivních cerebrálních jednotkách, jak je popsala Slezáková (2014). Lékař (R5) uvedl, že krvácení do mozku sestra neovlivní, ale dle výpovědi R4 může sestra pomoci alespoň včasným záchytem krvácení, když bude pacienta sledovat a poučí pacienta i rodinu. Pro podporu dýchání sestra pacienta polohuje, uvádí do zvýšené polohy, ev. posazuje a vertikalizuje, provádí poklepové a jiné masáže, fyzioterapii a dechová cvičení, odsává pacienta dle potřeby, podává kyslík, zvlhčuje vdechovanou směs. Uvedené intervence pro podporu dýchání plně souhlasí se zjištěními v teoretické části (Kolář, 2009; Slezáková 2014).

Při uspokojování biologických potřeb sestra pečuje o výživu a hydrataci, provádí vhodné intervence při dysfagii, pečuje o vyprazdňování pacienta, vede pacienta ke zlepšení soběstačnosti, provádí intervence ke snížení bolesti, pečuje o spánek a odpočinek, o prostředí a tělesnou teplotu. V péči o výživu sestra vyhodnocuje polykací funkci pacienta a zajišťuje prevenci malnutrice. Zde bychom zdůraznili poznatek Kality (2006), který uvedl, že malnutrice může způsobit úbytek svalové hmoty, imunologické poruchy se sklonem k infekčním komplikacím, tendenci ke vzniku dekubitů, zhoršené hojení ran a výskyt TEN. Toto zjištění připomínáme, abychom vyjádřili význam správné výživy v procesu léčby a v prevenci dalších

závažných komplikací. Při nemožnosti příjmu stravy per os se sestra podílí na zajištění příjmu potravy pomocí NGS nebo PEG. Sleduje bilanci tekutin a dohlíží na hydrataci pacienta. Jak bylo zmíněno výše, dysfagie je sestrami vnímána jako závažný problém vzhledem k riziku aspirace. Proto bylo překvapivé zjištění, že ve zkoumaném iktovém centru není dosud zaveden spolehlivý screening dysfagie, přestože sestry R2, R3 a R4 vyjádřily názor, že by to bylo vhodné. Uvádíme výpověď R3: *„Myslím si, že by se ty testy u tý dysfagie mohly provádět, myslím si, že jo, ale říkám po pravdě, aspoň já za sebe, nedělám to. A neděláme to tady, si myslím, nikdo.“* Také Morrison (2014) uvádí, že k rychlému zhodnocení polykacích schopností sestrám poslouží screening dysfagie. Dle našeho názoru jsou sestry zdrženlivé v zavádění novinek do praxe. Myslíme si, že je to způsobeno tím, že sestry jsou historicky zvyklé poslouchat pokyny lékařů a vedoucích, spíše než být samy iniciativní v organizaci vlastní práce. Ještě si nezvykly na svoji roli organizátorky a manažerky péče v rámci ošetřovatelského procesu. Přitom usuzujeme, že ze strany lékařů by jim v tomto ohledu nebyly kladeny žádné překážky. I náš respondent R5 (lékař) sdělil, že se o ošetřovatelskou dokumentaci příliš nezajímá a informace od sester přijímá raději ústně. Mezi ošetřovatelské intervence při dysfagii dále patří tréning polykání, zajištění vhodného složení stravy, zahušťování, správná poloha při krmení a edukace. Je to řada vysoce specifických činností, které si žádají potřebné znalosti a dovednosti, stejně tak zkušenosti sester. R1 a R3 zmínily možnost zavedení dysfagické sestry, což by dle našeho názoru mohlo pomoci tuto specifickou péči zkvalitnit. Při těžké dysfagii je dle názoru sester vhodné omezit příjem per os nebo zcela vyloučit. Z výpovědí sester bylo zřejmé, že v tomto ohledu občas vázne dorozumění s lékařem na zajištění alternativního způsobu výživy a hydratace. R1 zdůraznila nutnost podrobného předávání informací mezi sestrami. V péči o vyprazdňování sestry zavádějí dle indikace močové katetry a pečují o ně. Sledují frekvenci stolice. V prevenci zácpy podávají laxativa, zajišťují vertikalizaci a mobilizaci pacienta. Při inkontinenci sestry pečují o hygienu a čisté lůžkoviny. Mezi intervence ke zlepšení soběstačnosti patří trénink postižených končetin, nácvik běžných denních činností sebepéče, zapojení nedominantní končetiny do sebeobsluhy, časná vertikalizace. Součástí je spolupráce s pacientem a jeho rodinou, edukace, případně poskytnutí vhodných pomůcek. Výpovědi respondentů souhlasily se zjištěním Kapounové (2007), která uvedla, že při porušené soběstačnosti sestra musí přebírat jen tu část aktivit, které pacient není schopen vykonávat sám. Při snižování bolesti sestra

musí bolest pravidelně hodnotit. K tlumení bolesti může použít nefarmakologické prostředky, jako je úlevová poloha, podkládání končetin, obklady nebo promazávání. Při farmakologické terapii spolupracuje s lékařem. R4 dodala, že je třeba omezit bolest spojenou s výkony. Srovnejme, že Šamánková (2011) uvádí, že bolestivé může být poranění velmi citlivé sliznice dutiny ústní při odsávání, čehož je vhodné se vyvarovat. V péči o spánek a odpočinek sestra aktivizuje pacienta během dne, zajišťuje noční klid, rituály před spaním, dle potřeby medikaci ve spolupráci s lékařem. Ve vztahu k péči o odpočinek sestra dohlíží, aby pacient nebyl přetěžován návštěvami. V péči o prostředí sestra zajišťuje, aby bylo klidné, bezpečné, čisté, pohodlné a mělo vhodnou teplotu. V péči o tělesnou teplotu sestra kromě adekvátní teploty prostředí zajišťuje vhodný oděv, ev. využívá fyzikální chlazení. Zde připomínáme poznatek Kality (2006), že hypertermie má být adekvátně tlumena, neboť zvyšuje objem infarktu.

K preventivním intervencím jsme dle výpovědí respondentů zařadili prevenci dekubitů, prevenci pádů a úrazů a prevenci infekčních komplikací. Základem prevence dekubitů je polohování, používání polohovací pomůcek, podkládání končetin a péče o pokožku. Pravidelná rehabilitace, trénování pacienta, jeho časná vertikalizace, aktivita a nácvik soběstačnosti v prevenci dekubitů pomáhají. V prevenci pádů a úrazů sestra posuzuje riziko pádu u pacienta. Respondentky R3 a R2 uvedly, že riziko pádu by mělo být vedeno u všech pacientů na JIP. Sestra využívá zábrany u lůžka, signalizační zařízení, podkládání v sedu, pomůcky k pohybu a dohlíží na pacienty, zvláště neklidné či dezorientované. Pacienty o riziku edukuje, zajišťuje bezpečné prostředí. V prevenci infekčních komplikací sestra asepticky zavádí a ošetřuje invazivní vstupy, sleduje časné známky infekce, denně provádí převazy, edukuje pacienta, zajišťuje vyrovnanou bilanci tekutin a podporuje včasnou extrakci PMK. V prevenci bronchopneumonie provádí prevenci aspirace, dodržuje aseptické postupy při odsávání, pečuje o pohyb a soběstačnost pacienta, zajišťuje prevenci respirační infekce. Shodně Šamánková (2011) a Slezáková (2014) uvádějí nutnost aseptického postupu při odsávání. R4 neopomněla zmínit důležitost hygieny rukou personálu. R1 zohlednila edukaci návštěv.

Mezi intervence zaměřené na psycho-sociální potřeby jsme zařadili péči o psychiku, intervence při fatické poruše, edukaci a motivaci. V péči o psychiku sestra navazuje spolupráci s pacientem, uklidňuje ho, zajišťuje jeho informovanost, snaží se o atmosféru vzájemné důvěry, je trpělivá, vstřícná, srozumitelně komunikuje, projevuje zájem, empatii, naslouchá. Srovnejme, že Šamánková (2011) shodně uvádí jako

intervenci ke zlepšení pocitu bezpečí a jistoty podávání informací pacientovi. Krom toho sestra zajišťuje pacientovi kontakt s jeho rodinou. Akceptuje negativní projevy pacienta. Bezpečné, pohodlné a čisté prostředí působí na psychiku pozitivně, stejně tak osobní věci a vhodná zábava a kvalitní spánek. V péči o pacienta s fatickou poruchou sestra musí zhodnotit charakter pacientovy poruchy a podle toho zvolit vhodný způsob komunikace. Dle sdělení R2 je to nutné: *„Aby ten člověk měl tu možnost se vyjádřit a říct, co potřebuje, co chce sdělit nám.“* Sestra musí být trpělivá, jasně a srozumitelně mluvit, opakovaně vysvětlovat, kontrolovat porozumění. Lékař (R5) uvedl, že procvičování řeči s pacientem sice není standardní pracovní náplň sestry, ale pokud by byl čas, je možná. Sestra tedy může provádět s pacientem mluvní cvičení, provést např. masáž tváře. Edukace pacienta je vhodná již při přijetí, pokud je schopen vnímat, protože může pomoci pacienta uklidnit a pomoci mu při adaptaci na nemoc, jak uvedla R4: *„No, pomoc mu může tím, že mu podá co nejvíce srozumitelných informací.“* Při motivaci pacienta je nutný individuální přístup. Sestra by měla pacienta povzbuzovat, pochválit ho za každý úspěch, učit ho trpělivosti a sama musí být trpělivá, snažit se mu zajistit potřebné pomůcky, aby mu usnadnila jeho obtížnou roli. V motivaci může významně pomoct i spolupráce s rodinou. Sestry hovořily o motivaci nejčastěji v souvislosti s nácvikem soběstačnosti. R4 vysvětlila: *„Měla by zamezit tomu, aby pacient neupadl do pasivity, ale byl aktivním účastníkem svého onemocnění, který může průběh onemocnění ovlivnit.“* Jak uvádí Šamánková (2011), kvalitní komunikace ošetřovatelského personálu s pacienty je bezpodmínečně nutná. Kapounová (2007) uvádí, že motivace z počátku vychází ze strany sestry, postupně by měla vycházet z přání a potřeb nemocného, který by se měl snažit vyplňovat svůj čas a radovat se z drobných úspěchů.

O péči v oblasti spirituálních potřeb sestry hovořily jen velmi málo. Z výpovědí vyplývá, že sestry mají s touto problematikou malé zkušenosti, protože pacienti obvykle nemívají v tomto ohledu žádné zvláštní požadavky. Občas si rodina pacienta vyžádá kněze, což je personál schopen zajistit. R1 uvedla, že do spirituální oblasti patří například i umožnění rituálů před spaním.

Tímto jsme shrnuli všechny zmiňované komplikace CMP a všechny ošetřovatelské intervence zjištěné při výzkumném šetření. Abychom identifikovali, kterým komplikacím CMP lze předcházet ošetřovatelskou péčí, shrnuli jsme poznatky z kategorií 3 a 4 do Tabulky 4. V ní je přehledně zobrazeno, kterým komplikacím lze

předcházet nebo je ovlivňovat a jakými konkrétními intervencemi. Uvedli jsme všechny komplikace, které byly identifikovány v kategorii 3. Z tabulky vyplývá, že všechny zjištěné komplikace CMP lze nějakým způsobem pomocí ošetřovatelské péče zmírnit nebo jim zcela předejít.

Tabulka 4: Komplikace CMP a související ošetřovatelské intervence

KOMPLIKACE CMP	PREVENTIVNÍ OŠ. INTERVENCE
1. Ohrožení vitálních funkcí	• sledování pacienta, monitorace základních životních funkcí • podpora dýchání (polohování, zvýšená poloha, posazování, vertikalizace, poklepové aj. masáže, fyzioterapie, dechová cvičení, odsávání, podávání kyslíku, zvlhčování vdechované směsi)
2. Aspirace	• vyhodnocení polykací funkce pacienta • omezení příjmu per os • tréning polykání • vhodné složení stravy, zahušťování, správná poloha, edukace
3. Porucha výživy (strava, tekutiny)	• prevence malnutrice, zajištění stravy alternativní formou (NGS, PEG) • sledování bilance tekutin, zajištění hydratace
4. Zácpa	• sledování frekvence stolice • vertikalizace a mobilizace pacienta
5. Bolest	• hodnocení bolesti • úlevová poloha, podkládání končetin • obklady, promazávání
6. Krvácivé komplikace	• sledování výskytu krvácení • včasný záchyt krvácení do mozku • poučení pacienta a rodiny
7. Infekční komplikace	• edukace pacienta i návštěv • prevence aspirace, aseptické odsávání • péče o pohyb a soběstačnost • prevence respirační infekce • hygiena rukou personálu
8. Dekompenzace chronických onemocnění	• rehabilitace, časná vertikalizace • nácvik soběstačnosti • sledování pacienta
9. Úmrtí pacienta	• zajištění vitálních funkcí • sledování fyziologických funkcí

10. Imobilizační syndrom	• trénink postižených končetin • nácvik sebepéče • časná vertikalizace
11. Plicní embolie	• časná vertikalizace • rehabilitace
12. Dekubity	• polohování, používání polohovacích pomůcek, podkládání končetin, péče o pokožku • rehabilitace, trénink, časná vertikalizace, aktivita • nácvik soběstačnosti
13. Pády a úrazy	• posouzení rizika pádu, zábrany u lůžka, podkládání v sedu • signalizační zařízení, dohled, edukace • pomůcky k pohybu, bezpečné prostředí
14. Psychické komplikace	• péče o spánek a odpočinek • spolupráce s pacientem, uklidnění, informovanost, důvěra • trpělivost, vstřícnost, srozumitelná komunikace, zájem, empatie, naslouchání, akceptace negativních projevů • bezpečné, pohodlné a čisté prostředí • vhodná zábava • specifická komunikace s pacientem s fatickou poruchou • edukace (již při přijetí) • motivace
15. Porušené sociální vazby	• zajištění kontaktu pacienta s rodinou • pomoct pacientovi najít způsob vyjadřování při fatické poruše
16. Alergická reakce	• sledování pacienta • sledování fyziologických funkcí
17. Komplikace spojené s invazivními vstupy	• aseptická péče o invazivní vstupy, denně převazy, sledování časných známek infekce • vyrovnaná bilance tekutin, včasná extrakce PMK • edukace
18. Nežádoucí účinky trombolýzy	• sledování účinků podaných léků a léčby • sledování výskytu krvácení

Komplikace, které jsme uváděli v teoretické části dle Kality (2006) a Bláhové (2010), jsou odpovídající. Kalita (2006) navíc zmiňoval mozkový edém, infarkt myokardu, epileptické záchvaty, močovou dysfunkci a časnou recidivu iktu. Infarkt myokardu, epileptické záchvaty a časnou recidivu iktu lze v naší tabulce zahrnout pod ohrožení vitálních funkcí, které je třeba zajistit a monitorovat. Močovou dysfunkci jsme zařadili nikoliv mezi komplikace, ale mezi funkce porušené při CMP. O mozkovém edému se během výzkumu zmínil jen jeden respondent (R4), třebaže

Kalita (2006) považuje tuto komplikaci za nejzávažnější a uvádí, že je hlavní příčinou smrti v prvních dnech po CMP. Nefarmakologické intervence k prevenci mozkového edému nezmínil žádný respondent, proto zde připomínáme doporučení Slezákové (2014): uložit pacienta na záda se zvýšenou hlavou do 30° a současně zajistit neutrální polohu hlavy a krku. Kromě toho jsme identifikovali další možné komplikace, které Kalita s Bláhovou neuváděli, a to: aspiraci, zácpu, imobilizační syndrom, porušené sociální vazby, alergickou reakci a komplikace spojené s invazivními vstupy. Kromě alergické reakce jde o komplikace, které jsou velmi významně ovlivnitelné ošetřovatelskou péčí. Tímto jsme ve spektru intervencí zahrnuli všechny části ošetřovatelské péče na neurologickém oddělení tak, jak je popisuje Slezáková (2014): péče o hygienu, výživu, vyprazdňování, aktivitu, spánek a odpočinek a speciální péči vztahující se ke konkrétnímu onemocnění.

Při rozebírání ošetřovatelských intervencí jsme zmínili, že důležitou sesterskou intervencí je rehabilitační ošetřování. Rehabilitaci jsme podrobně rozebrali samostatně v kategorii 5. S plněním ošetřovatelských intervencí souvisí také edukace rozebraná v kategorii 8.

Třetí výzkumnou otázkou, která dle našeho názoru souvisí s prováděním ošetřovatelských intervencí, bylo: *Jaké specifické znalosti a dovednosti sestra potřebuje k prevenci komplikací u pacienta v iktovém centru?* Na tuto otázku přináší odpovědi kategorie 10 Znalosti a dovednosti sestry a kategorie 13 Nová sestra.

Z výsledků vyplynul názor, že sestry pracující na JIP, tedy i v iktovém centru, by měly mít ARIP, přestože není podmínkou práce v iktovém centru. Byl respondenty považován za důležitější než vysokoškolské vzdělání sester. Vhodné je i specializační vzdělání v neurologické problematice, které mohou sestry nabýt prostřednictvím seminářů a kurzů zaměřených na problematiku CMP postgraduálně, při výkonu povolání. Také Kapounová (2007) uvádí, že sestry pracující na odděleních intenzivní medicíny se bez specifického vzdělání neobejdou. Respondenti hodnotili další vzdělávání pozitivně, ale upozorňovali, že by mělo být zaměstnavatelem podporováno, časově i finančně. Zaměstnavatel by měl stejně tak podporovat zavádění novinek do praxe (R1). Mezi tématy dalšího vzdělávání byla zmiňována logopedie, psychologie, dysfagie, fyzioterapie, polohování, bazální stimulace a neurologická problematika zaměřená na CMP a trombolýzu. Například R2 uvedla, že by uvítala rady od fyzioterapeutky, jak lépe manipulovat s pacienty. Také Morrison (2014) uvádí,

že sestry iktových center by měly mít znalosti o správné mechanice těla a vědět, jak zajistit bezpečný pohyb pacientů s deficitem.

Znalosti a dovednosti, kterými by sestra iktového centra měla disponovat, jsou podrobně popsány v kategorii 10. Korespondují se zmíněnými požadavky na vzdělávání sester. Už jsme předeslali náš názor, že práce sester iktového centra je z velké části založena na zkušenostech pečujících sester. Výpovědi respondentů, uvedené v kategorii 10 pod kódem Význam zkušeností to potvrzují. Sestry potvrdily důležitost zkušeností především při vyhodnocování poruchy polykání, fatické poruchy a schopnosti pacienta porozumět sdělovanému. R4 uvedla, že během praxe se trénují psychologické dovednosti a komunikace. S třetí výzkumnou otázkou částečně souvisí také kategorie 1, která obsahuje výpovědi respondentů o tom, jaká jsou pracovní specifika sestry v iktovém centru, jaké jsou hlavní zásady péče a jak dosahuje sestra v iktovém centru pracovního uspokojení.

Třetím cílem bylo *Zjistit překážky a omezení preventivní ošetřovatelské péče v iktovém centru*. S tímto cílem souvisí výzkumné otázky č. 4 a č. 5: *Jaké existují překážky v realizaci prevence komplikací ze strany klienta? Jaké existují překážky v realizaci prevence komplikací ze strany ošetřovatelského personálu?* Na tyto otázky přináší odpověď kategorie 12 Bariéry péče.

Při vytyčování výzkumných otázek jsme nebrali v potaz bariéry vyplývající z fungování zdravotnického zařízení jako celku. Při analýze výsledků jsme však narazili na několik překážek ošetřovatelské péče, které nebylo možné zařadit ani mezi bariéry ze strany sestry, ani mezi bariéry ze strany personálu. Proto jsme vytvořili ještě jednu skupinu, kterou jsme označili Systémové bariéry. Mezi tyto překážky jsme zařadili nedostatek materiálu, nedostatek času a nedostatek personálu. Jako překážky ze strany ošetřovatelského personálu jsme identifikovali lhostejnost sester, špatná nálada, špatné navázání spolupráce s pacientem, uspěchaná péče, fyzické limity (bolesti zad, únava), nedostatečná informovanost, znalosti, vědomosti či dovednosti, nedostatečná spolupráce v kolektivu. Všimněme si, že faktor času uvádím jednak jako systémovou bariéru (nedostatek času) a jednak jako bariéru ze strany sestry (uspěchaná péče). Je to z toho důvodu, že čas, který sestra může věnovat pacientovi, je ovlivněn jednak celkovým množstvím činností, které má konkrétní sestra ve směně na starosti, dále pak jejími schopnostmi organizace vlastní práce a jednak jejím zájmem poskytnout svůj čas pacientovi. Zde bychom rádi připomněli výrok R2: *„Je tady osm lidí. Ráno než se*

udělají toalety, už je prostě čas na léky a prostě ten člověk, jako radši kolikrát mu vyčistíš ty zuby sama, než abys mu dopřála ten čas, aby se to naučil prostě sám.“ A dále pak doplňujeme o sdělení Šamánkové (2011), že např. pacienti s dušností vyžadují více času na vykonávání běžných denních aktivit, než ostatní pacienti. Čas je tedy významná modalita, se kterou by se sestry měly učit pracovat.

Jako překážky ze strany klienta jsme vyhodnotili fatické poruchy, poruchy vnímání, poruchy čití, bezvědomí, maladaptace na nemoc, nespolupráce, nesympatie, nedůvěra, negace, agrese, neklid, dezorientace, apatie, deprese, únava, vyčerpání, strach, stud, neznalost, přecenění vlastních schopností, konflikt s rodinou pacienta.

Nejvíce potenciálních překážek ošetřovatelské péče bylo identifikováno ze strany pacienta. Myslíme si, že těmto překážkám se dá předcházet včasně zahájenou kvalitní ošetřovatelskou péčí, která bude obsahovat výše zmíněné doporučené intervence. Jako největší problém vnímáme, stejně jako R3, když pacient zcela odmítá spolupráci: „*Jsou pacienti, který nechcou a prostě je jim to jedno a můžeš dělat, co chceš, a to je hodně velká překážka, protože, když ty pacienti potom nechcou sami, tak prostě se můžeš stavět na hlavu a neuděláš vlastně nic, jo.“* Došli jsme k závěru, že pro funkční ošetřovatelskou péči a plnění ošetřovatelských intervencí je spolupráce sestry s pacientem velmi důležitá. Zásadní význam má i spolupráce se všemi ostatními subjekty účastnícími se procesu ošetřovatelské péče. O těchto vztazích podrobně vypovídají kategorie 6 Spolupráce s pacientem, kategorie 7 Spolupráce s rodinou pacienta a kategorie 9 Spolupráce v týmu. Případná nefunkční spolupráce může být rovněž bariérou ošetřovatelské péče.

Během výzkumu vyvstaly ještě další zajímavé skutečnosti, které se přímo nevztahují ke stanoveným cílům a výzkumným otázkám. Pro kontinuálnost ošetřovatelské péče jsou důležité informace a vedení ošetřovatelské dokumentace. O zjištěních týkajících se tohoto tématu vypovídá kategorie 11 Informace a dokumentace. V rámci této kategorie jsme vyhodnotili kód hodnotící škály, ve kterém jsme se dozvěděli, že sestry přistupují k využití hodnotících škál převážně kriticky. Přitom v literatuře se setkáváme s názorem opačným. Např. Slezáková (2014) považuje hodnotící a měřící škály jako nástroj objektivizace údajů o pacientovi, který lze využít k identifikaci a kategorizaci rizikových pacientů, specifikaci jejich potřeb a ke zhodnocení účinnosti ošetřovatelské péče. Naproti tomu respondentka R1 sdělila, že zkušená sestra hodnotící škály nepotřebuje, protože sama pozná, co pacient

potřebuje. R2 řekla: *„Ani jedna z nás, si myslím, že se nepodívá do Barthela, kolik vyšel ten člověk, jo.“* Respondentka R3 to doplnila vysvětlením, že při stanovování hodnotících škál lze pacienta s CMP jen těžko zařadit do „škatulek“ vzhledem k jeho specifickým problémům a potřebám: *„Je to prostě strašně těžký pacienta u nás s mrtvicí do něčeho zaškatulkovat, že jo.“* Dle našeho názoru není problém v samotných hodnotících škálách, ale spíše v jejich nastavení pro potřeby iktového centra.

Poslední kategorií, vytvořenou na základně rozhovorů s osobami poskytujícími péči, je kategorie 14 Možnosti zlepšení. V ní jsme shrnuli výpovědi respondentů o tom, kde by se dala péče v iktovém centru vylepšit, kde jsou její slabiny. Zde jsme narazili na zajímavá fakta, která jsme se rozhodli v rámci diskuse rozvést a zdůraznit tak možnost dalšího zlepšování ošetřovatelské péče v iktovém centru.

Podařilo se nám odhalit některá slabá místa, kdy je pro sestry obtížné zajistit pacientům co nejkvalitnější péči. Takové situace nastávají při plné obložnosti iktového centra, při obsazení pacienty náročnými na péči za současného nedostatku pečujícího ošetřovatelského personálu. K tomu dochází také při zaučování nových sester, které zatím nejsou plnohodnotnými pracovníky a musí se jim někdo věnovat. Dále jsme zjistili, že se nevyužívá žádný spolehlivý test na dysfagii a občas vázne spolupráce sestry a lékaře v zajištění výživy a hydratace za současné prevence aspirace u pacienta s dysfagií. R3 vyjádřila přání zavést funkci dysfagické sestry, což by dle našeho názoru mohlo pomoci tento problém řešit. Dále dle mínění respondentů existují nedostatky v předávání informací mezi sestrami navzájem a mezi sestrami a fyzioterapeutem, v sehranosti sester při akutních výkonech, v souladu dokumentace lékařů a sester. Aby se daly realizovat návrhy na zlepšení, je třeba nadšení pro zavádění nových věcí, které však dle sdělení R1 a R4 momentálně ve zkoumaném iktovém centru chybí. Chybí také logopedie a návaznost následné rehabilitační péče. Problémem je i víkendová fyzioterapie, kde nejsou vyjasněné kompetence a pracovní náplně. Zatímco fyzioterapeut (R6) očekává, že sestry budou o víkendu za nepřítomnosti fyzioterapeuta rehabilitaci zajišťovat, sestry se k tomu necítí dostatečně kompetentní (R3) a lékař (R5) potvrzuje, že to není jejich standardní pracovní náplň, a mnohdy na to sestry nemají čas. Oproti tomu v návrzích na zlepšení sestry často uváděly, že by si rády zlepšily znalosti v oblasti fyzioterapie a více komunikovaly s fyzioterapeutkou. Rády by také zlepšily komunikaci s rodinou pacientů a péči o psychiku nemocných. Rády by ovládaly

základní prvky logopedie, ale ocenily by, aby je zaměstnavatel v těchto aktivitách podporoval.

Rozhovory s osobami přijímajícími péči přinesly jen dílčí poznatky. Pacienti a příbuzný byli dotazování zejména za účelem zjištění dalších možných komplikací CMP, potřeb pacientů a zjištění možných bariér péče. Chtěli jsme vědět, jak jsou ošetřovatelské intervence vnímány samotnými pacienty. Výpovědi obsahovaly spíše povrchní informace. Usuzujeme, že to bylo způsobeno nedostatečným odborným vhledem pacientů do problematiky. Z jejich výpovědí tedy shrnujeme jen nejdůležitější poznatky.

Pro tři pacienty bylo současné onemocnění CMP první zkušeností, jeden pacient měl příhodu opakovaně. Nástup prvních příznaků popisovali jako náhlý, překvapující, většinou spojený s pádem. Všichni respondenti z řad pacientů byli v okamžiku vzniku příznaků ve společnosti další osoby/osob. Díky tomu byl u nich interval od vzniku příznaků do příjezdu do iktového centra poměrně krátký. Dle našeho názoru je to faktor, který přispěl k tomu, že žádný z respondentů nemá závažný reziduální deficit sebepéče. V teoretické části jsme uvedli názor Kalvacha et al. (2010), který vidí rezervy ve vzdělanosti veřejnosti o tom, že u CMP rozhodují první vteřiny, a proto nesmí otálet s přivoláním pomoci již v okamžiku prvních příznaků. R9 uvedl, že byl při vzniku onemocnění v práci. Kolegové mu chtěli volat pomoc ihned, ale R9 se tomu bránil. Až když se jeho stav zhoršoval, tak s přivoláním sanitky souhlasil. Jednalo se o prodlevu asi deseti minut dle sdělení respondenta. Pro R9 to dopadlo dobře, ale v jiných případech by zmíněná prodleva mohla zapříčinit závažné následky. Zmínili jsme, že Kalita (2006) navrhuje edukaci rizikových skupin osob. Dle našeho názoru by k této rizikové skupině měli patřit i pacienti s proběhlým iktem, zejména pacienti s TIA a také jejich příbuzní. Edukaci může zajistit ošetřovatelský personál.

Všichni respondenti byli v kontaktu s rodinou i během hospitalizace. R7 bral svůj stav normálně, zřejmě proto, že to byla již třetí zkušenost s CMP. R8 silně vnímal svoji poruchu řeči a nucení personálem k hovoru označil jako nepříjemné. Rovněž babička R10 vnímala negativně svoji poruchu řeči a dle sdělení vnučky se cítila jako odříznutá. Žádný z respondentů neměl obtíže s polykáním, proto nemůžeme posoudit, jak pacienti v iktovém centru vnímali péči při dysfagii. O poruše pohyblivosti se žádný z respondentů nezmiňoval v emocionální rovině. Z jejich sdělení jsme nabyli dojmu, že se odevzdali do rukou zdravotníků a čekali, jak situace dopadne. Pobyt na lůžku

ve zdravotnickém zařízení brali jako samozřejmost a nevadila jim ani dopomoc při hygieně, např. na koupacím lůžku v koupelně. Prostředí iktového centra vnímali pacienti spíše pozitivně. Oceňovali nové moderní vybavení. Prostorové uspořádání iktového centra (6 lůžek v jedné místnosti naproti sesterskému pultu) respondenti považovali převážně za výhodné, neboť umožňuje sledovat sestry při práci, čímž získávají zajímavou zábavu během dne. I my vidíme v tomto prostorovém uspořádání určité výhody, neboť může pomoci motivovat pacienty příkladem ostatních pacientů, rychleji získávají nové poznatky o léčbě onemocnění a také by mohlo přispět k lepší spolupráci pacienta se sestrou rychlejším navázáním bližšího kontaktu a poznáním jejich práce. Nevýhodou však je, že toto prostorové uspořádání v noci nezajišťuje pacientům dostatečně klidné prostředí na spánek, což respondenti potvrzovali. Žádný z pacientů si přímo nestěžoval na nedostatek soukromí, který je zde však zřejmý. Pouze R7 označil pobyt na JIP jako nezvyklý, protože tam pořád někdo chodil. Spolupráci s personálem hodnotili respondenti převážně pozitivně. O méně pozitivním zážitku vyprávěl R7, konkrétně jak mu byl zaveden PMK poté, co vylil obsah močové láhve. Sdělil: *„To bylo šup šup. Já nejsu uklízečka, šup a měl jsem to, no.“* Jistě není v pořádku, když pacient takto vnímá poskytovanou péči. Usuzujeme, že v tomto případě mohla být projevena větší empatie a edukace ze strany ošetřovatelského personálu. Také připomínáme poznatek Morrisonové (2014), že je třeba se vyvarovat nadbytečnému zavádění močových katetrů. Nicméně R7 uvedl, že s poskytnutou péčí byl spokojený a při rozhovoru neudával žádný nevyřešený problém. I ostatní pacienti byli s péčí spokojení. Nevadila jim ani přístrojová technika a intravenózní kanyly. PMK jako nepříjemnou věc zmiňoval R7 a také R10. Naopak R9 byl s užitím PMK spokojený. Srovnejme, že Šamánková (2011) uvádí v souvislosti s monitorací a invazivními vstupy narušení tělesné integrity pacientů, kterou lze zmírnit poskytnutím dostatku informací o účelu aplikace konkrétního čidla či vstupu a informováním pacienta o jejich přibližné době zavedení či přiložení.

Dle našich výzkumných zjištění měli pacienti nedostatek informací o svém onemocnění a následném léčebném režimu. Zřejmě to plyne ze skutečnosti, že se sami o informace nezajímali, jak sami přiznali, nebo např. R9 spoléhal, že si informace dohledá doma prostřednictvím internetu. Dle našeho názoru by pacienti měli být edukováni průběžně během hospitalizace, během pobytu v nemocnici by jim měly být informace opakovány, aby měli při propuštění potřebné znalosti o změně životního

stylu a prevenci recidivy už zafixované a byli schopni vyjmenovat konkrétní opatření, která zavedou do svého denního režimu. Toto neprojevil žádný z dotazovaných. Připomeňme, že Williams (2010) uvádí, že pacienti po prodělané CMP by měli mít individuální plán ke snížení rizika dalšího iktu, jež by měl zahrnovat i změny životního stylu. Doporučili bychom informace o úpravě životního stylu, jak je jmenuje Kalita (2006): pravidelná fyzická aktivita, omezení soli, dieta s nenasycenými tuky a vlákninou, vyšším obsahem zeleniny, nižším obsahem cholesterolu, při nadváze redukční dieta, korekce glykemie a zákaz kouření. Pro prevenci intrakraniálních aneurysmat bychom doporučili kromě výše uvedeného korekci hypertenze a omezení konzumace alkoholu, jak doporučuje Krajíčková (2006). Zde bychom rádi zdůraznili význam sekundární prevence, neboť jak uvedl Kalita (2006), proběhlá TIA nebo iCMP představují riziko recidivy během 5 let 30 – 40 %, přičemž při opakovaném iktu se zvyšuje úmrtnost, snižuje se šance na obnovu porušených funkcí, prodlužuje se hospitalizace a zvyšuje se ekonomická náročnost léčby. Kromě toho je dle Kality (2006) 30 % nemocných po iktu ohroženo infarktem myokardu nebo jiným fatálním vaskulárním onemocněním.

Již jsme zmiňovali problém s logopedií ve zkoumaném iktovém centru. To potvrdila i sdělení pacientů, neboť žádného nenavštívila logopedka. Žádný z pacientů nepotvrdil ani mluvní cvičení se sestrami. Bylo uvedeno jen to, že sestry pacienty vybízejí ke komunikaci. O fyzioterapii pacienti hovořili jen krátce. R8 rehabilitaci nezaznamenal. Ostatní pacienti potvrdili cvičení s fyzioterapeutkou, se sestrami nikdo. R9 pouze uvedl, že se sestry zajímaly o stav jeho hybnosti.

Během výzkumu jsme došli k závěru, že problematika ošetřování pacienta po CMP v iktovém centru je tak široká, že může být stěží obsažena v jedné výzkumné práci. Každá porušená funkce či potřeba pacientů by si zasloužila samostatné hloubkové pojednání. Přesto jsme se snažili obsáhnout problematiku co nejkomplexněji, abychom dostáli vytčeným cílům. Rozsah diplomové práce nedovoluje věnovat se některým zajímavým tématům podrobněji.

7 ZÁVĚR

Zlepšení diagnostiky a diferenciální diagnostiky CMP užitím moderních vyšetřovacích metod, ať už laboratorních či radiologických, přineslo mnoho velmi užitečných poznatků, které zpřehlednily četnost výskytu jednotlivých typů CMP a jejich příčin. Podařilo se zmapovat související a rizikové faktory jednotlivých typů CMP. Díky tomu může být v plném rozsahu rozvíjena primární prevence zaměřená na předcházení vzniku CMP ovlivňováním rizikových faktorů a také sekundární prevence zaměřená na snížení výskytu recidiv. Přetrvávajícím problémem je vlastní léčba již vzniklých CMP tak, aby se obnovila co nejvyšší soběstačnost nemocných a zachovala co nejvyšší kvalita jejich života. Udržení nezávislosti pacientů je důležité jednak z hlediska osobního, rodinného, jednak z hlediska celospolečenského, ekonomického. Proto jsme se v praktické části diplomové práce věnovali možnostem zlepšení léčby pacientů v akutní fázi onemocnění CMP s důrazem na zvýšení jejich soběstačnosti tak, aby nedocházelo ke zbytečným komplikacím a byl využit maximální možný potenciál zvýšení jejich nezávislosti prostřednictvím poskytování kvalitní, profesionální a cílené ošetřovatelské péče. Nácvik soběstačnosti pacientů, rehabilitační ošetřovatelství a všechny další intervence zaměřené na snížení funkčního deficitu pacientů způsobeného chorobou jsou časově náročné činnosti, které si žádají plánované rozložení během dne, a koordinaci, aby mohl pacient střídat čas odpočinku s časem tréninku a rehabilitace a mohl tak využít maximum svých sil v nápravě poškození, která mu onemocnění způsobilo. Jen ošetřovatelský personál tráví s pacientem 24 hodin denně a setkává se se všemi ostatními členy multidisciplinárního týmu i s rodinou v nejvyšším rozsahu, proto by dle našeho názoru měl zajišťovat tuto koordinační úlohu. Sestry jsou také v nejužším kontaktu s pacientem, ve kterém se téměř stírá vztah profesionální se vztahem osobním, a proto mají největší prostor k ovlivnění pacienta a získání jeho aktivní účasti na léčebném procesu. Jestliže lékař naordinuje tu nejlepší možnou léčbu, která je ve spolupráci s ošetřovatelským personálem pacientovi aplikována, pak už je jen v moci sester, aby kontinuálně pacienta sledovaly, monitorovaly, povzbuzovaly, zaměstnávaly, aby s ním procvičovaly všechny důležité činnosti sebeobsluhy, aby mu pomáhaly zvládat jeho psychické problémy, aby mu několikrát denně připomínaly cíle jeho snažení, aby jej motivovaly a udržely ho v boji

se závažným onemocněním. Právě v činnosti sester vidíme nejvyšší potenciál a rezervy, ve kterých můžeme hledat prostor pro zlepšení výsledků léčby a snížení nesoběstačnosti pacientů s CMP.

Stanovené cíle diplomové práce považujeme za splněné, neboť se nám podařilo identifikovat 18 možných komplikací CMP a ke všem jsme přiřadili ošetřovatelské intervence, které mohou pomoci předejít těmto komplikacím nebo je zmírnit. Rovněž jsme stanovili překážky, které mohou omezovat poskytování ošetřovatelské péče v iktovém centru. Nalezli jsme odpovědi na všechny výzkumné otázky vztahující se k cílům. Zároveň došlo dle našeho názoru k propojení teoretické a praktické části práce. Obě části přináší bohaté poznatky o ošetřovatelské péči v iktovém centru, vzájemně se doplňují a nenašli jsme v nich žádný rozpor.

V diplomové práci jsme uvedli řadu možných návrhů pro zlepšení ošetřovatelské péče v iktovém centru. Kromě zavedení screeningu dysfagie a funkce dysfagické sestry to bylo například další vzdělávání sester v oblasti fyzioterapie či logopedie a také psychologie a komunikace. Uvedli jsme také návrhy, jak lze pacienty motivovat a jak zlepšit spolupráci pacientů se sestrami. Zjistili jsme, že pacienti v iktovém centru nejsou dostatečně informováni o prevenci recidivy a doporučili jsme vhodný obsah edukace. Navrhujeme, aby zaměstnavatel podporoval další vzdělávání sester, což by mohlo pomoci zlepšit nadšení sester do zavádění novinek, čímž by se mohla kontinuálně zvyšovat kvalita poskytované ošetřovatelské péče. Vložené finanční náklady na podporu dalšího vzdělávání sester se dle našeho názoru vrátí, neboť efektivní prevence komplikací pak sníží náklady na péči a délku hospitalizace.

Zatímco v zahraničí vznikají příručky pro sestry pracující na iktové jednotce (např. MORRISON, K. J., 2014. *Fast Facts for Stroke Care Nursing: An Expert Guide in a Nutshell.* New York: Springer Publishing Company. 216 p. ISBN 978-0-8261-2717-4), pro české sestry iktových jednotek podobný pomocník, upravený na české podmínky, chybí. Nenašli jsme žádný literární zdroj, který by přehledně mapoval kompletní ošetřovatelskou péči v iktovém centru. Můžeme alespoň nabídnout tuto diplomovou práci jako alternativní zdroj informací. Spolupráce s lidmi, kteří pracují léta v iktovém centru, a s pacienty, kteří těmito centry prošli, během tvorby této diplomové práce pro nás byla z profesionálního hlediska velmi obohacující. Pevně věříme, že podobný dojem budou mít i čtenáři této diplomové práce a že jim přinese nové poznatky o akutní léčbě a ošetřování pacientů s cévní mozkovou příhodou.

Souhlasíme totiž s názorem Kality (2006), který říká, že vlastní rozum a vlastní zkušenosti mají své místo i v době, kdy je hlavním trendem ve zdravotnictví praxe založená na důkazech. Klinické zkušenosti sester jsou důležité a měly by přinášet poznatky pro další rozvoj ošetřovatelské péče, zvláště v úzce specializovaných oblastech ošetřovatelství.

Jako náměty na další studium problematiky bychom doporučili prozkoumat odlišnosti v péči mezi jednotlivými iktovými centry. Dále je možné prozkoumat každou námi vytvořenou kategorii izolovaně jako jednu část ošetřovatelské péče. Domníváme se, že každé toto téma by vystačilo na další diplomovou práci, neboť problematika CMP je velmi široká. Další zajímavé téma, které vyplynulo z této diplomové práce, je management času v ošetřovatelské péči iktového centra.

Našim dalším námětem je vytvoření speciálních kurzů či seminářů pro sestry pracující v cerebrovaskulární péči, kde by si mohly vzájemně předávat zkušenosti ze svých pracovišť. Bylo by přínosné, kdyby si sestry mohly samy vyzkoušet jaké to je např., oblékat se nedominantní končetinou a provést hygienu jednou rukou. Mohlo by to podpořit empatii sester s pacienty a zároveň by se mohly naučit techniky, jak si lze takovéto činnosti sebepéče ve ztížených podmínkách usnadnit. Tyto zkušenosti, nabité v rámci kreativního semináře pod vedením zkušeného lektora, by pak mohly předávat svým pacientům.

Dále bychom zdůraznili potřebu připravovat pacienta na pobyt doma již během hospitalizace. Je vhodné spolupracovat s rodinou, pacienta i rodinu seznámit se situacemi a problémy, které se u nich mohou doma vyskytnout. Vhodné je alespoň doporučit organizace, které se zabývají problematikou pacientova onemocnění nebo literaturu, která může odpovědět na důležité otázky a usnadnit tak složitou životní cestu. Takovou knihou je např. kniha Poškození mozku Trevora Powella, která, ačkoliv se zaměřuje na problematiku poúrazového poškození mozku, poskytuje mnoho přínosných a podnětných rad, které mohou pomoci i pacientům po CMP. V příloze č. 12 uvádíme seznam pacientských organizací pomáhajících neurologicky nemocným pacientům.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AMBLER, Z., 2011. *Základy neurologie.* 7. vydání. Praha: Galén. 351 s. ISBN 978-807-2627-073.

2. BARRETT, K. M., MESCHIA, J. F., 2013. *Stroke*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell. 174 p. ISBN: 978-0-470-67436-9.

3. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P., 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál. 440 s. ISBN 80-7178-550-4.

4. BLÁHOVÁ, L., 2010. Trombolýza – léčba akutní ischemické CMP. *Diagnóza v ošetřovatelství.* 6(1), 19. ISSN 1801-1349.

5. BRADY, M. C. et al., 2016. Speech and language therapy for aphasia following stroke [online]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(6), [cit. 2016-04-18], doi: 10.1002/14651858.CD000425.pub4. Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000425.pub4/abstract

6. BRAUNER, R., 2004. Fyzioterapeutické metody léčby spasticity v dospělosti. In: KAŇOVSKÝ, P., BAREŠ, M., DUFEK, J. *Spasticita: mechanismy, diagnostika, léčba.* Praha: MAXDORF, s. 249-270. ISBN 80-7345-042-9.

7. BRICHTA, J., 2008. Cévní onemocnění mozku. In: TYRLÍKOVÁ, I. et al. *Neurologie pro sestry.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. s. 129-138. ISBN 80-7013-287-6.

8. BRUNO, A. et al., 2010. Improving Modified Rankin Scale Assessment With a Simplified Questionnaire. *Stroke*. 41(5), 1048-1050, doi: 10.1161/STROKEAHA.109.571562.

9. CATANGUI, J. E., ROBERTS, J. C., 2014. The lived experiences of nurses in one hyper-acute stroke unit. *British Journal of Nursing*. 23(3), 143-148, doi: 10.12968/bjon.2014.23.3.143.

10. KALITA, Z., 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management.* Praha: Maxdorf. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.

11. KALVACH, P. et al., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie.* Praha: Grada Publishing, a.s. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.

12. KAŇOVSKÝ, P., 2004. Senzomotorická integrace v oblasti nervové soustavy a její poruchy. In: KAŇOVSKÝ, P., BAREŠ, M., DUFEK, J. *Spasticita: mechanismy, diagnostika, léčba.* Praha: MAXDORF, s. 16-48. ISBN 80-7345-042-9.

13. KAŇOVSKÝ, P., 2015. Neurologie – staré problémy, nová paradigmata. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře.* 17 (1), 3. ISSN 1212-4184.

14. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči.* Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

15. KAŠÁKOVÁ, E. et al., 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. 430 s. ISBN 978-80-7345-424-1.

16. KOLÁŘ, P., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi.* Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

17. *Kontakty na organizace pomáhající neurologicky nemocným*, 2017. [online]. Česká neurologická společnost ČLS J.E.P. [cit. 2017-08-04]. Dostupné z: http://www.czech-neuro.cz/rubrika/37-Pro-pacienty-Pacientske-organizace-a-obcanska-sdruzeni/index.htm

18. KRAJÍČKOVÁ, D., 2006. Cévní mozkové příhody. In: WABERŽINEK, G., KRAJÍČKOVÁ, D. *Základy speciální neurologie.* Praha: Karolinum. s. 17-92. ISBN 80-246-1020-5.

19. LEANDRO, T. A. et al., 2015. Urinary incontinence nursing diagnoses in patients with stroke. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 49(6), 923-930, doi: 10.1590/S0080-623420150000600007.

20. LOVE, R. J., WEBB, W. G., 2009. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy.* Praha: Portál. 376 s. ISBN 978-80-7367-464-9.

21. MASÁR, O., 2012. *Urgentná medicína pre medikov* [online]. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Lekárska fukulta. 175 s. [cit. 2016-04-12]. ISBN 978-80-223-3262-0. Dostupné z:

https://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/sluzby/akademicka_kniznica/PDF/Elektronicke_knihy_LF_UK/Urgentna_medicina_pre_medikov.pdf

22. MIKULÍK, R. et al., 2010. Volání 155 při vzniku CMP – žádná změna chování jako důsledek čtyřleté edukační kampaně. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie.* 73(106), 28. ISSN 1210-7859.

23. MORRISON, K. J., 2014. *Fast Facts for Stroke Care Nursing: An Expert Guide in a Nutshell.* New York: Springer Publishing Company. 216 p. ISBN 978-0-8261-2717-4.

24. MZ ČR, 2010a. Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice [online]. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky,* částka 2, s. 2-13 [cit. 2016-04-13]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/ vestnik-c_3703_1770_11.html

25. MZ ČR, 2010b. Metodický pokyn – cerebrovaskulární péče v ČR [online]. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky,* částka 8, s. 9-10 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-_4025_1770_11.html

26. MZ ČR, 2012a. Metodický pokyn – cerebrovaskulární péče v ČR [online]. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky,* částka 4, s. 7 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c4/2012_6288_2510_11.html

27. MZ ČR, 2012b. Metodický pokyn – péče o pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou [online]. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky,* částka 10, s. 2-21 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c10/2012_7175_2510_11.html

28. MZ ČR, 2015a. Cerebrovaskulární péče v ČR [online]. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky,* částka 4, s. 8-18 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-4/2015_10111_3242_11.html

29. MZ ČR, 2015b. Seznam center vysoce specializované cerebrovaskulární péče [online]. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky,* částka 11, s. 51-56 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c11/2015_10551_3242_11.html

30. NEUBAUER, K., DOBIAS, S., 2014. *Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie.* Hradec Králové: Gaudeamus. 347 s. ISBN 978-80-7435-518-9.

31. NEUMANN, J., 2015. Intravenózní trombolýza ischemického iktu. *Neurologie pro praxi.* 16(Suppl. A – II. konference Neurologie pro praxi v Plzni: 28.-29. 1. 2015, Parkhotel Plzeň), A23. ISSN 1213-1814.

32. PAGE, K., MCKINNEY, A., 2012. *Nursing the acutely ill adult: case book.* Maidenhead: Open University Press. 200 p. ISBN 978-0-33-524309-9.

33. POWELL, T. J., 2010. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty.* Praha: Portál. 197 s. ISBN 978-80-7367-667-4.

34. REKTOR, I., 2004. Funkční anatomie motorického systému. In: KAŇOVSKÝ, P., BAREŠ, M., DUFEK, J. *Spasticita: mechanismy, diagnostika, léčba.* Praha: MAXDORF, s. 10-16. ISBN 80-7345-042-9.

35. RICHARDS, A., EDWARDS, S., 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 376 s. Praha: Grada. ISBN 80-247-0932-5.

36. ROČEK, M. et al., 2016. Péče o pacienty s ischemickou CMP je v ČR vzorová. *Medical tribune: aktuální – nezávislá – mezinárodní.* 12(3), A3. ISSN 1214-8911.

37. RYMER, M. M. et al., 2014. *The Stroke Center Handbook: Organizing Care for Better Outcomes.* 2. issue. London: CRC Press, Taylor & Francis Group. 226 p. ISBN 978-1-4822-1478-9.

38. SANDER, R., 2013. Prevention and treatment of acute ischaemic stroke. *Nursing Older People.* 25(8), 34-38, doi: 10.7748/nop2013.10.25.8.34.e438.

39. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetřovatelství v neurologii.* Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.

40. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu.* Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

41. ŠAŇÁK, D., 2015. Rekanalizační terapie ischemického iktu. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře.* 17(1), 46-53. ISSN 1212-4184.

42. ŠČEPÁNOVÁ, Ľ., 2014. Potreby pacienta počas intenzívnej starostlivosti. *Ošetřovateľstvo a pôrodná asistencia*. 5(5), 26-29. ISSN 1339-5920.

43. ŠEBLOVÁ, J., ŠRÁMEK, M., 2014. Urgentní medicína, část 4. Akutní cévní mozkové příhody. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR.* 24(4), 51-55. ISSN 1212-6152.

44. ŠKODA, O. et al., 2016. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou – verze 2016. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie: časopis českých a slovenských neurologů a neurochirurgů.* 79(3), 351-363. ISSN 1210-7859.

45. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

46. UTĽÁKOVÁ, L., DIMUNOVÁ, L., 2014. Vnímame cievnu mozgovú príhodu ako akútny stav? *Sestra: odborný časopis s recenzovanou prílohou pre sestry, pôrodné asistentky, lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov.* 14(11), 18-19. ISSN 1335-9444.

47. VÁLKOVÁ, L., 2015. Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov v delíriu. *Sestra: odborný časopis s recenzovanou prílohou pre sestry, pôrodné asistentky, lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov.* 14(3), 9-11. ISSN 1335-9444.

48. VAŇÁSKOVÁ, E., 2004. *Testování v rehabilitační praxi - cévní mozkové příhody.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 65 s. ISBN 80-7013-398-8.

49. VAŠKO, P., 2015. Vliv změny strategie péče o pacienty s akutní ischemickou CMP ve FNKV aneb jak válčit se ztrátou času v nemocnici pavilonového typu. *Labor Aktuell: časopis pro klienty Roche Diagnostics v České a Slovenské republice*. 2015(1), 28-30. ISSN 1214-7672.

50. VEVERKA, T., KAŇOVSKÝ, P., 2015. Komplexní přístup k léčbě spasticity po iktu. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře.* 17(1), 59-64. ISSN 1212-4184.

51. VOKURKA, M., HUGO, J., 2007. *Praktický slovník medicíny.* 8., rozš. vyd. Praha: Maxdorf. 518 s. ISBN 978-80-7345-123-3.

52. *Výkladový ošetřovatelský slovník,* 2007. Praha: Grada. 568 s. ISBN: 978-80-247-2240-5.

53. WIDIMSKÝ, P. et al., 2014. Moderní léčba akutních iktů: příklad multidisciplinární spolupráce. *Vnitřní lékařství.* 60(12), 1086-1089. ISSN: 1801-7592.

54. WILLIAMS, J. et al., 2010. *Acute Stroke Nursing*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell. 368 p. ISBN 978-1-4051-6104-6.

55. ŽIAKOVÁ, K. et al., 2009. *Ošetrovateľský slovník*. Martin: Osveta. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Face Arm Speech Test (FAST)

Příloha č. 2: Organizace zabývající se problematikou CMP

Příloha č. 3: Hodnotící škála NIHSS

Příloha č. 4: Modifikované Rankinovo skóre

Příloha č. 5: Formulář přihlášky pro pracoviště usilující o zařazení do systému třístupňové cerebrovaskulární péče

Příloha č. 6: Seznam center se statutem Komplexní cerebrovaskulární centrum (KCC) a statutem Iktové centrum (IC)

Příloha č. 7: Ramsay scale pro dospělé pacienty na JIP s monitorovanou sedací

Příloha č. 8: Glasgow coma scale

Příloha č. 9: Přehled problémových a vysoce rizikových potravin u pacienta s dysfagií

Příloha č. 10: Polohování pacienta po CMP na postiženém boku v antispastické poloze

Příloha č. 11: Podklady k rozhovorům

Příloha č. 12: Seznam organizací pomáhajících neurologicky nemocným pacientům

10 SEZNAM ZKRATEK

ADL	Activities of Daily Living (aktivity denního života)
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ARIP	specializační vzdělání v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
CEA	akutní karotická endarterektomie
CMP	cévní mozková příhoda, iktus
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČNS	Česká neurologická společnost
EBM	evidence based medicine (medicína postavená na důkazech)
EBN	evidence based nursing (ošetřovatelství založené na důkazech)
ESO	European Stroke Organization
ev.	eventuálně
GCS	Glasgow Coma Scale
IC	iktové centrum
ICH	intracerebrální hemoragie
ICP	intraktraniální tlak
iCMP	ischemická cévní mozková příhoda
IVT	intravenózní systémová trombolýza
JIP	jednotka intenzivní péče
LHK	levá horní končetina
LIT	lokální intraarteriální trombolýza
KCC	komplexní cerebrovaskulární centrum
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NGS	nasogastrická sonda
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
oš.	ošetřovatelský
OTI	orotracheální intubace
PHK	pravá horní končetina
PICC	periferně implantovaný centrální katetr

PTA	perkutánní transluminální angioplastika
rCBF	regionální mozkový průtok
rtPA	rekombinantní aktivátor tkáňového plazminogenu
SAH	subarachnoidální hemoragie
TEN	tromboembolická nemoc
TIA	tranzitorní ischemická ataka
TK	krevní tlak
UPV	umělá plicní ventilace

Příloha č. 1

Face Arm Speech Test (FAST)

F =	**Facial weakness** (obličejová slabost) Může se usmát? Má spadlý ústní koutek nebo oční víčko? Sledujte nedostatek symetrie.
A =	**Arm weakness** (slabost paže) Může osoba zvednout obě paže? Padá jedna paže nebo se zdá, že je slabší než druhá?
S =	**Speech problems** (problémy s řečí) Může osoba zřetelně hovořit a rozumí tomu, co říkáte?
T =	**Test** Testujte všechny tři symptomy. Pokud je jeden či více abnormální, jde o suspektní CMP. Volejte RZP.

Zdroj:
PAGE, K., MCKINNEY, A., 2012. *Nursing the acutely ill adult: case book.* Maidenhead: Open University Press. 200 p. ISBN 978-0-33-524309-9.

Příloha č. 2

Organizace zabývající se problematikou CMP

Ve světě:

WSO	World Stroke Organization (www.world-stroke.org)
ESO	European Stroke Organization (www.eso-stroke.org)
EFNS	European Federation of Neurological Societies (www.efns.org)
ENS	European Neurological Society (www.ensinfo.com)
EBC	European Brain Council (www.europeanbraincouncil.org)
AHA, ASA	American Heart Association, American Stroke Association (www.my.americanheart.org)
SAFE	Stroke Alliance for Europe (www.safestroke.org)

V ČR:

Cerebrovaskulární sekce České Neurologické společnosti (www.czech-neuro.cz)

Sdružení osob po cévní mozkové příhodě SCMP (www.sdruzenicmp.cz)

Zdroj:
KALVACH, P. et al., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie.* Praha: Grada Publishing, a.s. s. 10. ISBN 978-80-247-2765-3.

Příloha č. 3

Hodnotící škála NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale)

1/a Úroveň vědomí

0: plně při vědomí, spolupracující
1: somnolence, po mírné stimulaci vyhoví, odpovdí
2: sopor, reakce na algické podněty, nutná opakovaná stimulace k pozornosti
3: koma, reflexní či žádná odpověď

1/b Odpověď na otázku: datum a den narození (obdoba – věk a aktuální měsíc)

0: odpovídá správně na obě otázky
1: odpovídá správně na jednu otázku, těžká dysartrie či jiná bariéra (OTI)
2: odpovídá špatně na obě otázky, afázie, kóma

1/c Provedení pokynu: otevřete a zavřete oči (ev. požadavek na stisknutí a otevření neparetické ruky)

0: vyhoví oběma pokynům
1: vyhoví 1 pokynu
2: nevyhoví žádnému pokynu

2/ Testování pohledu /okulomotorika/

0: je normální, beze změny
1: parciální paréza pohledu (deviace či pohledová paréza potlačitelná)
2: fixování deviace bulbů (nepotlačitelná deviace či pohledová paréza)

3/ Testování zorného pole

0: bez postižení
1: částečná hemianopsie
2: kompletní hemianopsie
3: oboustranná hemianopsie

4/ Testování obličeje /faciální paréza/

0: norma, symetrický pohyb
1: asymetrie, minimální paréza
2: částečná paréza dolní části obličeje
3: kompletní plegie jednostranná či bilaterální, kóma

5/ Motorické funkce horních končetin

0: norma, bez kolísání
1: kolísání nebo pokles bez úplného pádu na podložku
(vsedě HK do 90°, vleže do 45°, kolísání pokud klesá dříve než za 10 s)
2: viditelná síla proti gravitaci, ale nedosáhne požadovaného úhlu a končetina padá
3: žádná síla proti gravitaci, pohyb po podložce, pád končetiny
4: žádný pohyb, plegie, kóma
9: amputace, ankylóza aj. příčiny patologického nálezu nesouvisející s příhodou

6/ Motorické funkce dolních končetin

0: norma, bez kolísání
1: nedokončí 5 s a končetina padá (DK do 30°)
2: viditelná síla proti gravitaci, ale nedokončí 5s a pokládá dolní končetinu
3: žádná síla proti gravitaci, nedosáhne požadovaného úhlu, pád končetiny
4: žádný pohyb, plegie, kóma
9: nelze hodnotit, amputace

7/ Ataxie končetin /testování prst-nos na HK, pata-koleno na DK/

0: bez poruchy
1: ataxie unilaterálně na horní končetině nebo dolní končetině
2: ataxie unilaterálně na horní končetině i dolní končetině nebo bilaterálně
9: nelze hodnotit

8/ Senzorické funkce

0: normální bez defektu
1: částečná ztráta čití
2: těžká až úplná ztráta čití, kóma

9/ Testování řeči

0: bez afázie, normální funkce
1: lehká až střední afázie
2: těžká afázie, fragmentovaná řeč
3: globální afázie

10/ Dysartrie

0: normální artikulace
1: lehká až střední dysartrie, setřelá řeč, je mu rozumět
2: těžká porucha artikulace, pacientovi není rozumět
9: intubace, jiná bariéra

11/ Neglect /vyšetření pozornosti a percepce/

0: normální nález
1: částečný neglect, anozognozie
2: kompletní neglect, kóma

NIHSS skóre celkem:

Prognostické využití škály:

vstupní hodnota NIHSS	*prognostická informace*
skóre < 10	klinický stav po roce velmi dobrý u 60 až 70 % nemocných riziko vzniku ICH při tromboláze je 3 %
skóre > 20	klinický stav po roce velmi dobrý u 4 až 16 % nemocných riziko vzniku ICH při trombolýze je 17 %

Zdroje:

KALITA, Z., 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management.* Praha: Maxdorf. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.

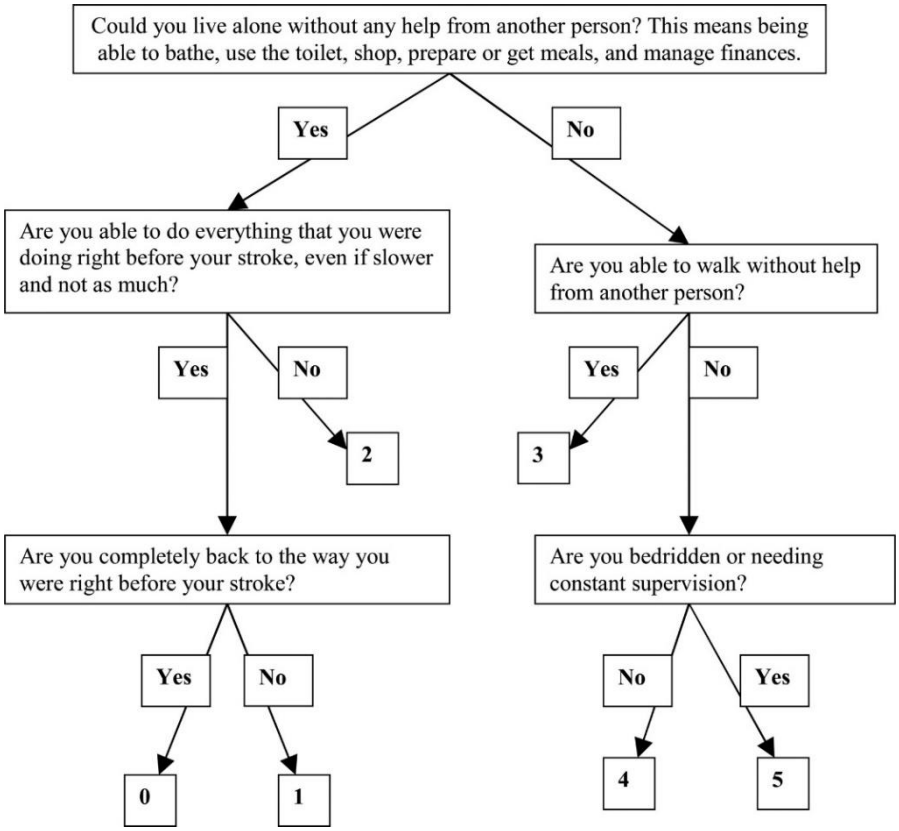
MZ ČR, 2012b. Metodický pokyn – péče o pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou [online]. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky,* částka 10, s. 3-4 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c10/2012_7175_2510_11.html

Příloha č. 4

Modifikované Rankinovo skóre

0	žádné postižení
1	postižení lehkého stupně, není ovlivněn životní styl
2	lehce postižen, je ovlivněn životní styl, pacient je schopen se sám o sebe postarat
3	lehce až středně postižen, vyžaduje pomoc při některých činnostech, je schopen chůze bez dopomoci druhé osoby
4	stav těžší neschopnosti, neschopen samostatné chůze, neschopen samostatně zajistit osobní potřeby, nutná pomoc
5	těžká neschopnost, plná závislost na druhé osobě (inkontinence, upoutání na lůžko), nutná trvalá ošetřovatelská péče a dohled

Zdroj: KALITA, Z., 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management.* Praha: Maxdorf. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.



Zdroj: BRUNO, A. et al., 2010. Improving Modified Rankin Scale Assessment With a Simplified Questionnaire [online]. *Stroke*. 2010, roč. 41, č. 5, s. 1048-1050. [cit. 2017-01-13] doi: 10.1161/STROKEAHA.109.571562.
Dostupné z: http://stroke.ahajournals.org/content/41/5/1048#T1

Příloha č. 5

Formulář přihlášky pro pracoviště usilující o zařazení do systému třístupňové cerebrovaskulární péče

Přihláška k zařazení do sítě

Komplexních cerebrovaskulárních center a Iktových center ČR

Zdravotnické zařízení: . . . . . .

Pracoviště: . . . . . .

Úplná adresa: . . . . . .

IČZ: . . . . . DIČ: . . . . . .

Statutární zástupce . . . . . .

Telefon: . . . . . e-mail: . . . . . FAX: . . . . . .

Přihlašuji se tímto k zařazení do sítě
– Komplexních cerebrovaskulárních center *
– Iktových center *

Svým podpisem na této žádosti potvrzuji, že:

1. všechny údaje uvedené v žádosti a přílohách jsou pravdivé

2. dodržím všechny podmínky a kriteria stanovená Věstníkem MZ ČR, každou změnu oznámím neprodleně Ministerstvu zdravotnictví nebo jinému zřizovateli a zdravotním pojišťovnám a umožním kontrolu jejich plnění

3. umožním místní šetření podmínek a kritérií stanovených Věstníkem MZ ČR realizované týmem auditorů jmenovaným ministrem zdravotnictví, s cílem prověření naplnění podmínek a kritérií pro poskytování cerebrovaskulární péče na příslušném stupni, a to na základě předchozího písemného upozornění,

4. souhlasím s tím, aby pro potřeby zhodnocení dosavadní činnosti zařízení poskytla zdravotní pojišťovna komisi potřebná statistická data o činnosti našeho zdravotnického zařízení (netýká se osobních údajů o pacientech).

Podpis statutárního zástupce a razítko ZZ

V . . . . . dne . . . . . .

Vyplněnou a podepsanou písemnou přihlášku zašlete do 30 dnů po uveřejnění Věstníku na adresu: Ministerstvo zdravotnictví ČR, odbor zdravotních služeb, Komise pro specializovanou péči v oboru neurologie. MUDr. Ivana Mervartová (ivana.mervartova@mzcr.cz), Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2.

* Nehodící se škrtněte

Zdroj:
MZ ČR, 2010. Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice [online]. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky,* částka 2, s. 11 [cit. 2016-04-13]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/ vestnik-c_3703_1770_11.html

Příloha č. 6

Seznam center se statutem Komplexní cerebrovaskulární centrum (KCC) a statutem Iktové centrum (IC)

Komplexní cerebrovaskulární centra:

KCC Nemocnice Na Homolce
KCC Fakultní nemocnice v Motole
KCC Ústřední vojenské nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice
KCC Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
KCC Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
KCC Fakultní nemocnice Brno
KCC Nemocnice České Budějovice, a.s.
KCC Fakultní nemocnice Plzeň
KCC Fakultní nemocnice Hradec Králové
KCC Krajské nemocnice Liberec, a.s.
KCC Krajské zdravotní, a.s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
KCC Fakultní nemocnice Ostrava
KCC Fakultní nemocnice Olomouc

Iktová centra:

IC Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
IC Thomayerovy nemocnice
IC Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje
IC Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje
IC Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
IC Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje
IC Nemocnice Jihlava, p.o.
IC Nemocnice Nové Město na Moravě
IC Nemocnice Písek, a.s.
IC Krajské zdravotní, a.s. - Nemocnice Chomutov, o.z.
IC Krajské zdravotní, a.s. - Nemocnice Teplice, o.z.
IC Krajské zdravotní a.s. – Nemocnice Děčín, o.z.
IC Městské nemocnice v Litoměřicích
IC NEMOS SOKOLOV s.r.o.
IC Karlovarské krajské nemocnice a.s. – Nemocnice Karlovy Vary
IC Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s.
IC Nemocnice Pardubického kraje, a.s. – Pardubická nemocnice
IC Nemocnice Pardubického kraje, a.s. – Litomyšlská nemocnice
IC Oblastní nemocnice Trutnov, a.s.
IC Oblastní nemocnice Náchod, a.s.
IC Středomoravské nemocniční a.s. – odštěpný závod Nemocnice Prostějov

IC Městské nemocnice Ostrava, p.o.
IC Vítkovické nemocnice, a.s.
IC Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov, p.o.
IC Karvinské hornické nemocnice, a.s.
IC Nemocnice Třinec, p.o.
IC Krajské nemocnice T. Bati, a.s.
IC Uherskohradišťské nemocnice, a.s.
IC Nemocnice Břeclav, p.o.
IC Nemocnice Vyškov, p.o.
IC Nemocnice Znojmo, p.o.
IC Nemocnice Blansko

Zdroj:
MZ ČR, 2015b. Seznam center vysoce specializované péče o pacienty s iktem. Seznam center vysoce specializované cerebrovaskulární péče [online]. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky,* částka 11, s. 51-56 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c11/2015_10551_3242_11.html

Příloha č. 7

Ramsay scale pro dospělé pacienty v intenzivní péči s monitorovanou sedací

Stupeň vědomí	Projevy
1	úzkostný, neklidný, agitovaný
2	spolupracuje, orientovaný, klidný
3	spavý, reaguje na výzvu/podnět
Stupeň spánku	**Projevy**
4	pohotová reakce na hlasitou výzvu nebo na poklep na glabelu
5	zpomalená reakce na zvukové podněty nebo na poklep na glabelu
6	žádná reakce na zvukové a taktilní podněty

Vyhodnocení

Projevy 2-3 bývají považovány za optimální skóre. Optimální hodnota se může lišit podle účelu, pro který lékař sedativa ordinuje, proto sestra postupuje individualizovaně a stav pacienta konzultuje s lékařem

Zdroj: ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

Příloha č. 8

Glasgow coma scale

Kritérium	Reakce	Body
Nejlepší reakce otevření očí	Spontánní: otevírá oči spontánně	4
	Na verbální pokyn: otevírá oči na verbální podněty, pokyn nemusí nutně znít „otevřete oči“, verbální podnět může být normální, opakovaný nebo i hlasitý	3
	Na bolest: otevře oči pouze na bolestivé podněty	2
	Žádná: neotvírá oči na žádné podněty	1
Nejlepší verbální reakce	Orientovaný v čase, prostoru a osobě	5
	Zmatený a dezorientovaný v čase, prostoru nebo osobě, schopen konverzovat, ale otázky zodpovídá nepřesně	4
	Nevhodná slova: používá slova a fráze, které dávají malý či žádný smysl, slova mohou být volena náhodně, může křičet či nadávat	3
	Nesrozumitelné zvuky (sténá a heká)	2
	Žádná reakce: nevydává žádné zvuky či řeč	1
	Jiné: jestliže je pacient intubovaný nebo má tracheostomii, poznamenejte to do dokumentu; jestliže je dysfazický či afazický, zapište D nebo A	
Nejlepší motorická reakce	Plní verbální pokyny: řídí se pokyny, i když slabě	6
	Lokalizuje bolestivé podněty: pokouší se lokalizovat či odstranit bolestivý podnět	5
	Vytlačuje bolestivé podněty: pohybem se odvrací od bolestivého podnětu nebo ohýbá či natahuje paži směrem ke zdroji bolesti, ale není schopen lokalizovat či odstranit zdroj bolesti	4
	Abnormální flexe a addukce paží spolu s extenzní nohou a plantární flexí (dekortikační poloha)	3
	Abnorální extenze, addukce a vnitřní rotace horních a dolních končetin (decerebrační poloha)	2
	Žádná reakce, ani na bolestivý podnět.	1

Vyhodnocení:

nad 13	žádná nebo lehká porucha
9 až 12	středně závažná porucha
3 až 8	závažná porucha

Zdroj: RICHARDS, A., EDWARDS, S., 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 376 s. Praha: Grada. ISBN 80-247-0932-5.

Příloha č. 9

Přehled problémových a vysoce rizikových potravin u pacienta s dysfagií

Typ potraviny	Příčina rizikovosti	Příklad
tuhé šlachovité a vláknité potraviny	vyžadují dlouhé žvýkání	maso, steaky ananas, celer, chřest
suché, křupavé a drobivé potraviny	znesnadňují tvorbu sousta	knäckebrot, toast, drobivý chléb, bramborové chipsy, koláče, sušenky, listové těsto, sladkosti nebo pečivo posypané cukrem
ovoce a zelenina se slupkou, fazole, zrna a drobné potraviny	znesnadňují tvorbu sousta	jablka, hrušky, hrozny, rajčata, fazole, hrášek, kukuřice, sója, čočka, popcorn, ořechy, sušené ovoce (rozinky), semínka
směsové konzistence a potraviny s kousky	znesnadňují tvorbu sousta	masové nebo salámové výrobky s velkými kousky (tlačenka), pečivo s tvrdšími částmi (celozrnné), omáčky s většími částmi (zrnky koření, houbami, kousky masa a zeleniny), polévky s kousky, müsli, cereálie s mlékem, jogurt s kousky ovoce, meloun s jadérky
směsové lepivé potraviny	lepí se, problém s jejich regulací v ústní dutině	tuhé (hotdog, arašídové máslo na bílém chlebu), měkké (bonbóny, karamel, banán, rýže)
tekutiny řídké konzistence	problém s jejich regulací a kontrolou	řídké tekutiny, potrava měnící se na řídkou konzistenci (zmrzlina, některé želatinové výrobky)

Zdroj:
NEUBAUER, K., DOBIAS, S., 2014. *Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus. 347 s. ISBN 978-80-7435-518-9.

Příloha č. 10

Polohování pacienta po CMP na postiženém boku v antispastické poloze

Zdroj: KOLÁŘ, P., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi.* Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

Příloha č. 11

Podklady k rozhovorům

Okruhy otázek k rozhovoru s osobami poskytujícími péči:

OBECNÉ – Pracovní zařazení? Délka praxe? Délka praxe v iktovém centru?

ROLE SESTRY V IKTOVÉM CENTRU – Jaké činnosti sestry v iktovém centru uplatňují? Které z těchto činností jsou specifické pouze pro sestry? Co je podle vás důležité, aby ošetřovatelská péče v iktovém centru fungovala? Které intervence sester jsou velmi efektivní v prevenci komplikací? Které intervence jsou méně efektivní? Jaké intervence by měly být více využívány? Které intervence a dovednosti sester by měly být dále rozvíjeny? Jaké znalosti či vzdělání by měly mít sestry pracující v iktovém centru? Je užitečné specializační vzdělání sester? Jaký typ specializačního vzdělání (ARIP, specializace v neurologii)? Měly by se sestry účastnit seminářů o specifických problémech (kurz z oblasti logopedie, rehabilitace, více medicínských znalostí, psychologické znalosti a dovednosti, komunikační schopnosti aj.)? Měly by být sestry důkladně vyškoleny v provádění fyzikálního vyšetření? Bylo by vhodné předávání zkušeností v oblasti ošetřovatelské péče mezi iktovými centry? Jak by mělo vypadat zaškolení nové sestry v iktovém centru? Jak dlouho by mělo trvat? Jakou praxi by měla mít nová sestra nastupující do iktového centra a proč?

KOMPLIKACE CMP – K jakým komplikacím může dojít u pacienta s CMP? Jak lze těmto komplikacím předcházet? Jakým komplikacím lze předcházet ošetřovatelskou péčí? Jaké intervence sestry využívají k předcházení komplikacím?

ROLE SESTRY PŘI PŘIJETÍ PACIENTA – Jaká je role sestry iktového centra bezprostředně při přijetí pacienta? Jakým komplikacím lze předcházet již při přijetí? Jaká je náplň práce sestry iktového centra v prvních 24 hodinách od přijetí pacienta, co důležitého sestra sleduje a vykonává v prvních 24 hodinách? Jaké znalosti a dovednosti k tomu potřebuje?

ROLE SESTRY V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE – Jaká je role sestry iktového centra v dalších dnech? K jakým dalším komplikacím může u pacienta dojít? Jaké intervence sestra využívá k předcházení komplikacím během celé hospitalizace v iktovém centru? Jaké další znalosti a dovednosti sestra iktového centra potřebuje? Jak může sestra pomoci pacientovi v adaptaci na nemoc?

MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM – Jak by mohla sestra lépe spolupracovat s fyzioterapeutem (plán cvičení)? Jak by mohla sestra lépe spolupracovat s logopedem (nácvik řeči, polykání)? Jak by mohla sestra lépe spolupracovat s lékařem v prevenci komplikací u pacienta? Jak by mohly sestry lépe spolupracovat mezi sebou s cílem zabránit komplikacím u pacienta? Čtou ostatní odborníci záznamy sester? Čtou sestry záznamy ostatních odborníků? Jak si předávají členové multidisciplinárního týmu informace týkající se ošetřovatelské péče? Jsou pro ostatní odborníky multidisciplinárního týmu přínosné měřící a hodnotící škály prováděné sestrami? Které konkrétně? Jaké další by byly užitečné?

LIMITY – S jakými obtížemi se sestra setkává při poskytování ošetřovatelské péče v iktovém centru? Co může bránit sestře v efektivním předcházení komplikacím u pacienta s CMP (dostatek pomůcek, času, personálu, organizace práce, spolupráce s ostatními, spolupráce s pacientem, jiné)? V jaké oblasti ošetřovatelské péče se může v iktovém centru objevit pochybení? Kdy je ošetřovatelská péče v iktovém centru problematická? Co může bránit předcházení komplikacím ze strany klienta? Co může bránit prevenci komplikací ze strany sestry? Co může bránit předcházení komplikacím ze strany blízkých pacienta?

MONITORACE A INVAZIVNÍ VSTUPY – Jaké přístroje sestry využívají při práci v iktovém centru? Jaké invazivní vstupy sestry používají? Na co si sestry při používání přístrojů musí dávat pozor? Jak sestry pečují o invazivní vstupy? Jak spolupracují pacienti při používání přístrojů a invazivních vstupů? V čem se může objevit problém?

DUŠNOST – Jak mohou sestry pozitivně ovlivnit dušnost pacienta? Jaké intervence k tomu využívají? Jaké znalosti a dovednosti k tomu potřebují?

BOLEST – Jaké způsoby tlumení bolesti jsou využívány v iktovém centru? Jak mohou sestry přispět ke snížení bolesti pacienta? Jaké znalosti a dovednosti k tomu potřebují?

TĚLESNÁ TEPLOTA – Jak sestra v iktovém centru zajišťuje péči o tělesnou teplotu pacienta? Jaké znalosti a dovednosti k tomu potřebuje? Co je nejčastějším problémem?

POHYB – Jak ošetřovatelská péče pomáhá klientovi iktového centra ve zlepšení pohybového deficitu? Jaké znalosti a dovednosti k tomu sestry potřebují? Co může být v oblasti hybnosti problematické? Jak sestry zajišťují prevenci pádu a zranění?

KOMPENZAČNÍ POMŮCKY – Jaké kompenzační pomůcky mohou využívat klienti iktového centra? Kdo jim tyto pomůcky nabízí? Může je nabídnout sestra? Může je sestra naučit s kompenzačními pomůckami zacházet?

KOMUNIKACE – Jak by měla sestra komunikovat s pacientem iktového centra? Co může udělat sestra pro zlepšení komunikačních schopností pacienta? Jaké znalosti a dovednosti k tomu sestra potřebuje? Co je nejčastějším problémem?

PŘÍJEM STRAVY A TEKUTIN – Jak sestra pomáhá pacientovi iktového centra zlepšit příjem stravy a tekutin? Jak sestra zajišťuje správnou skladbu jídelníčku pacienta? Jak sestra zajišťuje dostatečný příjem tekutin? Jaké znalosti a dovednosti k tomu sestra potřebuje? Co je nejčastějším problémem v oblasti příjmu stravy a tekutin?

SOBĚSTAČNOST – Jak sestra pomáhá pacientovi iktového centra při porušené schopnosti sebepéče? Jaké znalosti a dovednosti k tomu potřebuje? Co je nejčastějším problémem?

VYPRAZDŇOVÁNÍ – Jaké komplikace se mohou u pacienta vyskytnout v oblasti vyprazdňování? Jaké intervence sestra využívá k zajištění správné funkce trávicí a vylučovací soustavy? Jaké znalosti a dovednosti k tomu potřebuje? Co je nejčastějším problémem?

PREVENCE INFEKCE – Jaké infekční komplikace mohou nastat u pacienta iktového centra? Jak sestra v iktovém centru zajišťuje prevenci infekčních komplikací? Jaké znalosti a dovednosti k tomu potřebuje? Co je nejčastějším problémem?

SPÁNEK A ODPOČINEK – Jak sestra v iktovém centru zajišťuje péči o spánek a odpočinek pacienta? Jaké znalosti a dovednosti k tomu potřebuje? Co je nejčastějším problémem?

PSYCHIKA – Jak mohou sestry pozitivně ovlivnit psychiku pacienta iktového centra? Jak sestry předcházejí negativnímu působení hospitalizace? Jaké intervence sestry využívají pro podporu pacienta? Jak mohou sestry zvýšit pocit bezpečí pacienta? Jaké znalosti a dovednosti sestry potřebují k pozitivnímu ovlivňování psychiky pacienta? Co je nejčastějším problémem?

SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA – Jaká je role návštěv u pacienta iktového centra? Mohou být návštěvy prospěšné nebo škodlivé? Jak může sestra tyto interakce pozitivně ovlivnit? Jak může být sestra oporou pacientovi?

VÍRA – Jak může sestra v iktovém centru podpořit pacientovo vyznání víry?

EDUKACE – Jaké informace může sestra poskytnout pacientovi ke zkvalitnění péče o něj – na počátku hospitalizace, během hospitalizace, na konci hospitalizace? Jak může sestra motivovat pacienta k pozitivní změně životního stylu? Jaké znalosti a dovednosti sestra potřebuje, aby mohla správně edukovat?

MĚŘÍCÍ ŠKÁLY – Jaké měřící a hodnotící škály sestra v iktovém centru využívá (hodnocení hybnosti, soběstačnosti, poruch řeči, poruch polykání)? Jsou tyto škály vyhovující – proč ano, proč ne? Jaké další měřící a hodnotící škály by sestra mohla využívat ke zlepšení ošetřovatelské péče? Je přínosné, aby sestry denně hodnotily aktuální stav klienta, charakter postižení, pokroky v léčbě, klientovu spolupráci, efekt prevence komplikací a to pomocí objektivních měřících a hodnotících škál a proč?

JINÉ – Je ještě něco důležitého, co nebylo zmíněno a chtěl/a byste to sdělit?

Okruhy otázek k rozhovoru s osobami přijímajícími péči:

OBECNÉ – Délka hospitalizace? Věk? Povolání? Dřívější zkušenost s CMP – vlastní, v okolí? Rodinné zázemí?

PŘIJETÍ DO NEMOCNICE – Jaké pro vás bylo přijetí do nemocnice po vzniku onemocnění? Jaká pro vás byla spolupráce s ošetřujícím personálem? Co vám v počátku dělalo největší starosti?

ADAPTACE NA NEMOC – S jakými problémy jste se potýkal/a během prvních dnů od vzniku onemocnění? S jakými dalšími problémy jste se potýkal/a nebo se dosud potýkáte? Jaké změny přineslo onemocnění do vašeho života? Který problém byl pro vás nejzávažnější? Co vám pomohlo řešit vaše problémy? Jaké problémy byly zmírněny? Co pomohlo zmírnit tyto problémy? Jaké problémy nadále přetrvávají? Pomohla vám ošetřovatelská péče? Jak vám pomohla ošetřovatelská péče? Jakou další pomoc byste potřeboval/a k řešení problémů vzniklých nemocí? Co víc byste potřeboval/a od sester?

MONITORACE A INVAZIVNÍ VSTUPY – Jak jste vnímal/a využívání přístrojů a invazivních vstupů během hospitalizace? Kdo manipuloval s těmito přístroji a vstupy? Byly vám některé přístroje a vstupy nepříjemné? Mohlo být vaše negativní vnímání přístrojů a vstupů něčím zmírněno? Jak vám s tímto problémem mohly pomoci sestry?

DUŠNOST – Objevila se u vás během hospitalizace dušnost? Jak jste ji vnímal/a? Jak dlouho dušnost trvala? Co vám pomohlo?

BOLEST – Pocítil jste během hospitalizace bolest? Co tuto bolest způsobilo? Co tuto bolest zmírnilo? Jak by sestry mohly přispět ke snížení vaší bolesti?

POHYB – Jak onemocnění změnilo vaši pohyblivost? Co pro vás byl z počátku největší problém v oblasti pohybu? Potřebujete pohybovou rehabilitaci? Jak vnímáte rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení? Kdo s vámi cvičí (fyzioterapeut, ošetřovatelský personál, rodina)? Jak vnímáte cvičení s fyzioterapeutem? Jak vnímáte cvičení s ošetřovatelským personálem? Jak vnímáte cvičení s rodinou? Co byste změnil/a v oblasti rehabilitace? Co vám činilo problém při rehabilitaci? Co vám prospívalo? Můžete popsat pokrok, který u vás při rehabilitaci nastal?

KOMPENZAČNÍ POMŮCKY – Byly vám nabídnuty nějaké kompenzační pomůcky ke zmírnění omezení způsobeného nemocí? Jaké kompenzační pomůcky vám byly nabídnuty? Kdo vám pomohl při výběru vhodné kompenzační pomůcky? Umíte s kompenzačními pomůckami zacházet? Pomohly vám kompenzační pomůcky? Jaké jiné kompenzační pomůcky používáte? Jaké další kompenzační pomůcky byste potřeboval/a?

KOMUNIKACE – Jak onemocnění změnilo vaši schopnost komunikace? Jak onemocnění změnilo vaši schopnost vyjadřovat se? Jaké problémy vám to přineslo? S jakými omezeními v oblasti komunikace jste se v iktovém centru setkal/a? Jak jste komunikoval/a s ošetřovatelským personálem? Jak jste komunikoval/a s lékařem? Jak jste komunikoval/a s rodinou? Jak jste tyto problémy řešil/a? Kdo vám s těmito problémy pomohl? S čím vám pomohly sestry? Mohly by vám sestry pomoci s něčím dalším v oblasti komunikace? Navštívil vás logoped? Jaké to pro vás bylo? Ukázal vám někdo techniky cvičení ke zlepšení řečové komunikace? Trénoval s vámi někdo řečovou komunikaci? Můžete popsat pokrok, který u vás v oblasti komunikace nastal?

PŘÍJEM STRAVY – Jak onemocnění změnilo vaši schopnost příjmu potravy a tekutin? S jakými omezeními v oblasti příjmu stravy jste se po vzniku onemocnění setkal/a? Máte chuť k jídlu? Máte pocit žízně? Kolik stravy během hospitalizace sníte ve srovnání s vašimi dřívějšími stravovacími návyky? Kolik vypijete tekutin ve srovnání s dřívějškem? Máte poruchu polykání? Jaké problémy vám to přineslo? Jak jste tyto problémy řešil/a? Kdo vám s řešením těchto problémů pomohl? S čím vám pomohly sestry? Mohly by vám sestry pomoci s něčím dalším v oblasti příjmu potravy? Můžete popsat pokrok, který u vás v oblasti příjmu stravy nastal?

SOBĚSTAČNOST – Jak onemocnění změnilo vaši soběstačnost? Můžete se sám/a pohybovat v lůžku? Můžete sám/a provádět osobní hygienu? Můžete sám/a obléci? Můžete se sám/a najíst? Můžete sám/a dojít na WC? Jak řešíte vzniklá omezení soběstačnosti? Jak vám pomohly sestry? Mohly by vám sestry pomoci s něčím dalším? Jaký pokrok u vás nastal během hospitalizace?

VYPRAZDŇOVÁNÍ – Jak onemocnění ovlivnilo vaši schopnost vyprazdňování moči a stolice? Můžete vykonávat péči o vyprazdňování samostatně? Jak řešíte vzniklá omezení? Jak vám pomohly sestry? Mohly by vám sestry pomoci s něčím dalším? Jaký pokrok u vás nastal během hospitalizace?

PSYCHIKA – Jak se změnila vaše psychika po vzniku onemocnění? Jak se psychicky vyrovnáváte s nastalou situací? Jaký vliv má hospitalizace na vaši psychiku? Cítíte se v nemocnici bezpečně? Jaký vliv má ošetřovatelská péče na vaši psychiku? Mohly sestry udělat něco více pro zlepšení vaší psychiky? Setkal/a jste se s pochopením ze strany ošetřovatelského personálu? Co vám přinesla spolupráce s ošetřovatelským personálem? Přinesla vám nová situace nový pohled na svět? Jak se vám daří nyní? Jaké nejdůležitější otázky nyní řešíte?

SPÁNEK A ODPOČINEK – Jak nemoc ovlivnila váš spánek a odpočinek? Jak jste to řešil/a? Jak vám pomohly sestry? Mohly by pro vás sestry udělat něco více v této oblasti?

SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA – Jak onemocnění změnilo váš život? Kdo je vám v tuto chvíli největší oporou? Jaká byla reakce rodiny? Přijímáte návštěvy? Co pozitivního vám návštěvy přinášejí? Je něco negativního v souvislosti s návštěvami? Byl pro vás oporou ošetřovatelský personál? Byla pro vás komunikace s ošetřovatelským personálem příjemná?

VÍRA – Jste věřící? Pomohla vám víra v této situaci? Bylo vám umožněno vyznání víry?

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE – Co očekáváte od sestry v iktovém centru? Jak probíhala ošetřovatelská péče o vás? Byl/a jste spokojena s přístupem ošetřovatelského personálu? Byl/a jste schopna spolupracovat se sestrami? Existovala nějaká překážka spolupráce z vaší strany (obtížnost komunikace, stud, nechuť, nedůvěra, jiné)? Existovala nějaká překážka spolupráce ze strany sester (nedostatek času, zájmu, nepochopení personálem)? Jaké ošetřovatelské činnosti pro vás byly příjemné? Jaké ošetřovatelské činnosti pro vás byly užitečné? Jaké oš. činnosti byly zbytečné? Jaké oš. činnosti byly obtěžující?

INFORMACE – Máte informace o své nemoci a léčbě? Máte informace, jak předejít dalším komplikacím svého zdravotního stavu? Dostal/a jste všechny informace, které jste potřeboval/a? Máte nějaké nezodpovězené otázky? Víte, jak zlepšit svůj životní styl? Co vás motivuje změnit svůj životní styl? Kdo vám poskytl informace o vhodných změnách životního stylu?

JINÉ – Je ještě něco důležitého, co nebylo zmíněno a chtěl/a byste to sdělit?

Zdroj: vlastní

Příloha č. 12

Seznam organizací pomáhajících neurologicky nemocným pacientům

CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin
Křižíkova 56/75A, 186 00 Praha 8
Tel.: 226 807 048, email: info@cerebrum2007.cz
www.cerebrum2007.cz; www.poranenimozku.cz

ICTUS-CLUB
Jan Dohnálek
Tel.: 603 500 718, email: dohnalek@ictus.cz
www.ictus.cz

Občanské sdružení Klub afasie
Wuchterlova 11, 160 00 Praha 6
Tel.: 776 754 080, email: info@klubafasie.com
www.klubafasie.com

Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách o.s.
Květnového vítězství 55, 149 00 Praha 4 Chodov
Tel.: 241 721 518, email: scmp@volny.cz
www.sdruzenicmp.cz

Sdružení CMP
Elišky Peškové 741/17, Praha 5
tel: 776 721 519, 777 610 827, email: scmp@volny.cz
www.sdruzenicmp.cz

Pro Afázie
FN Brno Bohunice, Jihlavská 20, Brno
E-mail: proafazie@seznam.cz
www.proafazie.cz

Zdroj:
Kontakty na organizace pomáhající neurologicky nemocným, 2017. [online]. Česká neurologická společnost ČLS J.E.P. [cit. 2017-08-04]. Dostupné z: http://www.czech-neuro.cz/rubrika/37-Pro-pacienty-Pacientske-organizace-a-obcanska-sdruzeni/index.htm

POWELL, T. J., 2010. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál. 197 s. ISBN 978-80-7367-667-4.