

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s organickým psychosyndromem
při kraniocerebrálním poranění, onemocnění

Bakalářská práce

Vedoucí práce

Mgr. Ivana Chloubová, R.N.

Autor práce

Jitka Gondášová

2010

Abstract

Formerly used as a separate term, organic psychosyndrome has been currently included, according to the International Classification of Diseases, in the group of mental disorders arranged on the basis of the conclusive aetiology in the events of brain injuries, brain diseases and other brain damage leading to brain dysfunction. Organic psychosyndrome is a state of changed brain functioning resulting from an injury, cerebral apoplexy or brain tumour or from other causes. At that time the brain activity is changed, the cognitive functions are reduced, and the manner of experiencing along with the personality manifestations is changed with various intensities. Patients show overall restlessness and sometimes perception disorders. Organic psychosyndrome has a varied course and abates at various speeds. It never means a definite change of brain functioning. After the organic psychosyndrome abates, a cognitive deficit or a personality change caused by the brain injury may continue.

Nursing care is very demanding for nurses both in physical and mental terms.

The purpose of the quantitative research is to ascertain preparedness of nurses to communicate with patients with the organic psychosyndrome and to find out whether higher education influences provision of nursing care, whether nurses cooperate with the patients' families, and how nurses educate the families.

The quantitative research was conducted in the form of questionnaires in selected wards of Nemocnice České Budějovice a.s. Pursued in March 2010, the research was aimed at respondents from the wards of traumatology, neurosurgery, neurology and psychiatry. 82 questionnaires were processed.

Hypothesis 1 – Nurses do not have information concerning the specific communication with patients with organic psychosyndrome – has been disproved. The other hypotheses have been confirmed.

A nurse with a higher education has more information about the form of nursing care of a patient with the psychosyndrome, educates the patient's family continuously in the course of his/her hospitalization, involves the family members in the patient's self-sufficiency training, educates the family mostly in the form of a dialog and has no printed education material at her disposal.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s organickým psychosyndromem při kraniocerebrálním poranění, onemocnění vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

podpis studenta

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Ivaně Chloubové, R.N. za odborné vedení, cenné připomínky, rady a čas strávený při psaní této bakalářské práce. Poděkování patří také celé mojí rodině za pomoc, trpělivost, psychickou podporu a toleranci v průběhu mého studia. Poděkování patří také všem, kteří mi poskytli informace ke zpracování této práce

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav	5
1.1 Organický psychosyndrom - vysvětlení pojmu	5
1.2 Anatomie mozku	7
1.3 Úrazy mozku	8
1.3.1 Komoce kontuze, difuzní axonální poranění, penetrující poranění	9
1.3.2 Krvácení do mozku	11
1.4 Mozkové nádory, cévní onemocnění mozku	13
1.4.1 Nádory mozku	13
1.4.2 Cévní onemocnění mozku	14
1.5 Poruchy vědomí.....	15
1.5.1 Kvalitativní, kvantitativní poruchy vědomí.....	15
1.5.2 Úloha sestry při sledování stavu vědomí pacienta	17
1.6 Ošetrovatelská péče o pacienty s organickým psychosyndromem	18
1.7 Komunikace sester s pacienty s organickým psychosyndromem	21
1.8 Rehabilitace u pacientů s organickým psychosyndromem	22
1.9 Komunikace sester s rodinou pacienta s organickým psychosyndromem	23
1.10 Vliv vzdělávání sester na poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s duševními poruchami	26
2. Cíle práce a hypotézy	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Hypotézy.....	28
3. Metodika.....	29
3.1 Metoda sběru dat	29
3.2 Výzkumný soubor	29
4. Výsledky.....	30

5. Diskuze	51
6. Závěr	55
7. Seznam použitých zdrojů.....	57
8. Klíčová slova	60
9. Přílohy	61

Úvod

Funkce mozku jsou velmi složité a ještě zdaleka neprobádané. Zjednodušeně lze říci, že mozková kůra je spoluzodpovědná za vědomí, hraje podstatnou úlohu ve vnímání, myšlení, paměti, duševních schopnostech, v zahájení volných pohybů. Jednotlivé části mozku jsou navzájem velmi složitě propojeny.

Péče o nemocné, kteří se následkem úrazu či onemocnění mozku psychicky změni, je velmi náročná a specifická. Zahrnuje jak péči ošetrovatelskou, tak psychologickou. Sama se s těmito nemocnými setkávám velmi často, neboť pracuji 16 let na Neurochirurgii Nemocnice České Budějovice a.s. Proto jsem si také toto téma vybrala. Specifika péče o pacienty s organickým psychosyndromem vidím především v rozdílné komunikaci s nemocnými, kteří mohou mít následkem onemocnění nebo poranění mozku změněné projevy. Vhodná komunikace mezi sestrou a nemocným zvyšuje účinnost terapeutických zásahů a pokynů, čímž příznivě ovlivňuje průběh nemoci. Také může zabránit mnohým konfliktním situacím.

Očekává se, že sestra zvládne dnes již velmi odbornou činnost, práci s moderní technikou, unese fyzickou zátěž své práce, dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných, vykonává administrativní práce a v neposlední řadě je schopna se vyrovnat s pracovními a rodinnými problémy. Všechny tyto požadavky jsou vysoce náročné na osobnost člověka, profesionální přípravu i duševní stabilitu.

Vzájemný kontakt mezi sestrou a nemocným vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, ale také schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které proměňují psychologické znalosti v umění správně jednat s nemocným.

Role sestry vyžaduje porozumění, pochopení a laskavost neboť nemocný vnímá sestru nejen jako součást zdravotnického týmu, ale i samostatně a zasvěcuje ji do svých nálad, depresí či různých osobnostních zvláštností. Vztahy mezi sestrou a nemocným by měly být založeny na vzájemné důvěře a respektu, což znamená, že sestra by měla uznávat osobnost nemocného ve všech jeho oblastech. Nemocný ji vnímá jako člověka poskytujícího oporu a porozumění, prostředníka mezi ním a lékařem, objekt snižující

napětí mezi ním a lékařem. Sestra upevňuje důvěru nemocného v léčebný proces a je uklidňujícím prvkem pečujícím o emocionální stav nemocného.

Práce pro sestry by měla být spojena s pocitem prospěšnosti lidem i představou vlastního profesionálního růstu.

1. Současný stav

1.1 Vysvětlení pojmu organický psychosyndrom

Organický psychosyndrom, tento termín dříve používaný jako samostatný, je stále v literatuře uváděn, ale v současné době je aktuálně zahrnut dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2009) do V. kapitoly: Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F09). Tento oddíl zahrnuje skupinu duševních poruch, seskupených na podkladě průkazné etiologie u poranění mozku, mozkového onemocnění nebo jiného poškození mozku, které vede k mozkové dysfunkci (25).

Organický psychosyndrom je uveden jako součást diagnózy F07 - Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku. Tato diagnóza zahrnuje také postencephalický syndrom (reziduální nespecifické a variabilní změny chování po prodělání encefalitidy, tento syndrom je reverzibilní.). Dále je zde zahrnut postkomoční syndrom (objevuje se po úrazu hlavy, který způsobil ztrátu vědomí, a projevuje se bolestmi hlavy, závratí, únavou, podrážděností, obtížnou koncentrací a poruchou paměti, nespavostí a sníženou tolerancí ke stresu nebo emočnímu vzrušení). K diagnóze F07 patří také organická porucha osobnosti a organické afektivní onemocnění pravé hemisféry (25).

Organický psychosyndrom představuje soubor příznaků poruch psychiky souvisejících s onemocněním mozku. Vždy znamená změnu psychiky. Označuje se jím stav změněného fungování mozku v období po úrazu, při mozkových příhodách, nádorech mozku nebo z jiné příčiny. Činnost mozku je v tom období změněna, je snížen výkon kognitivních funkcí (poruchy pozornosti, paměti, orientace v čase a v prostoru), je různě intenzivně přítomna změna prožívání a projevů osobnosti (nižší kontrola emocí, lítostivost, výbuchy hněvu, netrpělivost, nižší schopnost sebereflexe). Bývá přítomen celkový neklid, někdy poruchy vnímání, vždycky vysoká unavitelnost. Organický psychosyndrom může mít různý průběh a odeznívá různě rychle v čase. Nikdy neznamená definitivní změnu fungování mozku. Po odeznění organického psychosyndromu může zůstat kognitivní deficit nebo změna osobnosti,

která je způsobena poraněním mozku. V jiném případě psychosyndrom odezní a postupně se obnoví původní výkonnost mozku.

Diagnostický proces u organického psychosyndromu zahrnuje psychiatrické vyšetření (klinický obraz, anamnéza, informace nejbližších příbuzných), EEG, CT, MR, psychologické vyšetření (baterie posuzovacích a výkonových škál), vyšetření očního pozadí, longitudinální pozorování (13, 17, 18, 22).

Organické poškození CNS bývá často spojeno s poruchami řečové komunikace. Poruchy motorické realizace řeči na základě léze v centrálním nervovém systému jsou nazývány dysartriemi. Dysartrie zahrnují skupinu příbuzných řečových poruch, způsobených obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů. Proto jsou při dysartrii poškozeny v různé míře součásti motorické realizace řeči- dýchání, fonace, rezonance a artikulace. Nejčastějšími příčinami dysartrií jsou cévní mozkové příhody, úrazy hlavy, stavy po operacích mozku (nádorů, krvácení). Takto vzniklé stavy se mohou po náhlém vzniku a těžkých projevech buď spontánně upravovat, mohou dobře reagovat na obnovovací učení, ale také mohou přetrvávat. Poruchy komunikace s různými projevy a intenzitou provázejí duševní poruchy. Projevují se poruchami kontaktu s okolím, poruchami jazykového vyjadřování, rozumění verbálního projevu a jsou spjaté s poruchami čtení a psaní (17, 18, 22).

1.2 Anatomie mozku

Anatomicky se mozek skládá z několika částí. Největší z nich je velký mozek, který je rozdělen na dvě polokoule (hemisféry), na nichž lze rozlišit několik mozkových laloků (čelní, spánkový, týlní, temenní). Na jeho povrchu, v mozkové kůře, jsou patrné rýhy a závitě. Dalšími částmi mozku jsou mezimozek, střední mozek, mozeček, Varolův most a prodloužená mícha, která plynule přechází do páteřní míchy (4).

V mozku se rozlišuje tzv. šedá a bílá hmota mozková. Šedá hmota, kterou tvoří převážně těla nervových buněk (neuronů), pokrývá jako mozková kůra povrch velkého mozku a vytváří tzv. jádra uložená uvnitř dalších oddílů mozku. Bílou hmotu tvoří výběžky nervových buněk (axony). Uvnitř mozku existují čtyři mozkové komory, mezi nimiž a prostorem okolo mozku a míchy koluje mozkomíšní mok (likvor).

Funkce mozku jsou velmi složité a ještě zdaleka neprobádané. Zjednodušeně lze říci, že mozková kůra je spoluzodpovědná za vědomí, hraje podstatnou úlohu ve vnímání, myšlení, paměti, duševních schopnostech, v zahájení volných pohybů. Sídla některých těchto funkcí jsou známa, např. centrum řeči, zrakové centrum aj. Podkorová centra mozku řídí vegetativní funkce (dýchání, oběh, příjem potravy, tělesnou teplotu, hormonální aktivitu apod.), podílejí se na řízení hybnosti a doplňují činnost kůry. Mozek je zároveň důležitým orgánem vnitřní sekrece – centrem pro řízení žláz s vnitřní sekrecí je podvěsek mozkový (hypofýza). Jednotlivé části mozku jsou navzájem velmi složitě propojeny (4, 15, 18).

Mozek je orgánem energeticky nejnáročnějším ze všech. Ač jeho hmotnost nečiní více než dvě procenta hmotnosti člověka, konzumuje plných dvacet procent vdechnutého kyslíku a dvacet procent glukosy, která je v kolující krvi k dispozici. Mozek je extrémně citlivý na nedostatek glukosy a kyslíku, bez nichž přežije (na rozdíl od jiných tělesných orgánů) pouze několik málo minut. Řada duševních poruch (například vaskulární demence, demence po otravě oxidem uhelnatým, po strangulaci, delirium při srdečním selhávání) je způsobena buď krátkým a výrazným, nebo mírným a vleklým nedostatkem kyslíku v mozku a závažnější hypoglykemie jsou také doprovázeny duševními poruchami (zejména poruchami vědomí).

Mozek je orgán citlivý na celou řadu škodlivin. Reaguje duševními poruchami na některé toxické látky z vnějšího prostředí, exotoxiny (intoxikace etylalkoholu) i na některé metabolické poruchy (příkladně funkcí jater a ledvin), kdy se některá tělu vlastní látka nahromadí ve vysoké nefyziologické koncentraci, že se stane endotoxinem.

Duševní poruchy vzniknou i tehdy, je-li mozek napaden škodlivinou živou (virem, bakterií, která může působit na nervovou tkáň a způsobí zánětlivý pochod, nekrosy či atrofie (18, 19, 22).

1.3 Úrazy mozku

Úrazy mozku patří k nejzávažnějším poraněním vůbec a často bývají doprovázeny i poraněními jiných orgánů (tzv. polytraumata). Jednotlivé úrazy mozku (níže vyjmenované) se také často kombinují.

Nejčastějšími příčinami úrazů mozku jsou autonehody, nehody na motocyklech, sportovní úrazy – cyklistika, jízda na kolečkových bruslích, lyžování a jiné. Dále násilné trestné činy, pády v opilosti, pády při epileptickém či kardiálním záchvatu, střelná poranění, sebevražedné pokusy.

Vyslovit podezření na úraz mozku může už například lékař záchranné služby při základním vyšetření (podle stavu zorniček či dechových funkcí zraněného). Při poranění mozku je primární vyšetření na CT, které je dnes dostupné i ve většině menších nemocnic. Na základě nálezu, je pacient hospitalizován na příslušném oddělení – ARO či intenzivní neurologické jednotce a pokud je třeba poranění řešit chirurgicky, je převezen na Neurochirurgii (1, 7, 15, 18, 23).

Následky mozkových úrazů mohou být dočasné nebo trvalé a vždy se odvíjejí od toho, která část mozku a v jakém rozsahu byla poraněna. V ideálním případě se poranění mozku obejde bez následků, může však skončit i smrtí.

Poškození soustředění, poruchy spánkového režimu, bolesti hlavy, poškození hybnosti končetin, postižení intelektu, poškození mnestických (paměťových) či fatických (řečových) funkcí, to vše lze zahrnout mezi následky mozkových úrazů. Při úrazu může dojít k poškození podvěsku mozkového – hypofýzy (která je centrem pro

řízení žláz s vnitřní sekrecí) – a z toho může vyplývat řada hormonálních změn, jako například poruchy tělesného metabolismu (7, 15, 18).

Pouřazová ošetrovatelská péče se zaměřuje na minimalizaci následků, plynoucích ze sekundárních komplikací, kterými mohou být hematom, otok nebo infekce. U nemocného s kranio cerebrálním poraněním, je třeba znát pokud možno přesný čas úrazu, jeho okolnosti a mechanismus. Sestra se věnuje především sledování stavu fyziologických funkcí, vědomí (pomocí GCS škály), kontroluje hybnost končetin, smyslové poruchy a další případné neurologické deficity. Monitoruje bolesti hlavy, bilance tekutin. Pouřazovými následky mohou být epileptické záchvaty, infekce nebo organický psychosyndrom (1, 7, 15, 23).

Sekundární postižení mozku zahrnuje také apalický syndrom. Jedná se o vegetativní stav, který je stabilizovaným následkem těžkého poškození mozku. Je to důsledek nezvratného poškození mozkového řídicího centra – mozkové kůry. Všechna podkorová ústředí dále fungují, apalík je tedy schopen činnosti srdeční, dýchací a dalších, ztrácí ale jakékoli lidské projevy. Apalický syndrom může být následkem úrazu, ale nejčastěji je způsoben globální ischemií, pro výpadek mozkové perfuze při zástavě srdce či dechu. Nemocný leží na lůžku, bloudí očima po pokoji, na vnější podněty nereaguje, spánek je zachován. Nemocný polyká, sám dýchá, akce srdeční je normální, krevní tlak stabilizovaný. Při dokonalé péči o vnitřní prostředí, prevenci infekcí, prevenci dekubitů, nemocný žije týdny, měsíce i roky. Prognóza je ale krajně nepříznivá (1, 15, 18).

1.3.1 Komoce, kontuze, difuzní axonální poranění, penetrující poranění

Komoce - otřes mozku, zahrnuje soubor metabolických nebo elektrofyziologických změn na úrovni mozkových buněk jako následek úrazu. Takové poškození mozkové tkáně není zobrazitelné ani na magnetické rezonanci (MR) či počítačovou tomografií (CT), protože dochází pouze ke změně některé elektrofyziologické vlastnosti buněk na úrovni neuronů nebo na úrovni jejich spojů, či ke změně některé metabolické vlastnosti. Tyto změny jsou většinou dočasné.

Projevuje se krátkodobým bezvědomím, později se mohou dostavit i další příznaky, jako poruchy chování, poruchy spánkového rytmu, trvalejší bolesti hlavy, výjimečně větší poruchy, jako např. poruchy paměti či poruchy osobnosti. Příznaky většinou časem samy ustoupí. Opakované komoce mohou ovšem zanechat i trvalé následky.

Pacienta lze léčit konzervativně – léky (proti bolesti, proti edému mozku) a klidem na lůžku. Léčba je symptomatická, zaměřuje se tedy na odstranění příznaků. Komoce se neléčí chirurgicky, léčba tedy spadá do kompetence neurologů, případně i odborníků na léčbu bolesti (7, 15, 18, 23).

Difuzní axonální poranění, bývá způsobeno těžkým úrazem mozku, při kterém obvykle dochází k potrhání vláken v bílé hmotě mozkové. Toto poranění bývá spojeno s vysokou mortalitou. Vlákná (axony) spojují jednotlivé neurony (nervové buňky), jež tvoří plášť obalující mozek, a jednotlivé oblasti mozku. Potrhání vláken bývá obvykle rozsáhlé, proto se nazývá difuzní. Charakteristickým mechanismem úrazu je velké zrychlení následované prudkým zastavením pohybu, při němž se mozek může poranit o vnitřní lebeční kost. Jedná se o tzv. deceleračně - akcelerační mechanismus.

Nastává okamžité a dlouhodobé bezvědomí, zpočátku nemusí být žádný nález na CT či MR, dochází k rozsáhlému mozkovému edému. Pacienti s tímto poraněním jsou hospitalizováni na ARO jednotkách, podává se jim podpůrná léčba, léky proti otoku mozku a další potřebné léky. Poranění nelze řešit neurochirurgicky – vlákna není možné sešít, ani nedorostou. Pacienti po probuzení z bezvědomí tedy většinou mívají těžký neurologický deficit, neboť některé oblasti mozku už nejsou schopny spolupracovat (7, 15, 18, 23).

Zhmoždění určitého mozkového okrsku, kontuze, nejčastěji čelních laloků (neboť jsou největší a lokalizované vpředu), je dalším častým úrazem mozku. Ke zhmoždění dochází většinou nárazem mozku (mozkové tkáně) do vnitřní lebky. Dojde ke krvácení a odúmrťi části buněk. Postiženy mohou být i okolní oblasti kontuze – například difuzním axonálním poraněním nebo určitými biochemickými změnami. Často dochází ke kombinaci několika příčin, nemocní tedy bývají ve velmi těžkém stavu. Kontuze je diagnostikovatelná na CT, kde postižená část mozku vypadá jako

oblast mrtvé, částečně prokrvácené tkáně. Zhmožděná tkáň může přetlačovat i okolní mozkovou tkáň a vyvolávat zvýšený tlak uvnitř lebeční dutiny. Mortalita u kontuzí, pokud není kombinovaná s jiným těžším poraněním – je zhruba kolem 10 - 15 % (15, 18, 23).

Projevy kontuze mohou být neurologické, tzv. lokalizační příznaky (například kontuze v oblasti pravého čelního laloku nebo v pravé motorické oblasti se projeví částečným ochrnutím levé části těla) nebo v některých případech bezvědomí (záleží na lokalizaci a velikosti kontuzního ložiska). Součástí následků kontuze mohou být psychické změny – organický psychosyndrom (15, 18).

Nejčastější penetrující (penetrace = průnik) poranění mozku, jsou střelná poranění (kulkou, projektilem), poranění sečnou zbraní nebo jakýmkoli jiným ostrým předmětem, který pronikne přes kožní kryt a kost (tu většinou destruuje) přímo do mozku. Obvykle se projeví přímým těžkým poškozením určité mozkové oblasti, jež je podobné mozkové kontuzi, ale může být i kombinací různých typů poranění. U penetrujících poranění navíc hrozí sekundární poškození v podobě infekce přinesené předmětem „zvenku“, nemocní jsou pak ohroženi mozkovým hnisáním (tzv. abscesem). Léčba bývá obvykle chirurgická (15, 18, 23).

1.3.2 Krvácení do mozku

Krvácení do mozku rozlišujeme podle oblasti, kde k němu dochází – epidurální, subdurální, arachnoideální a další.

Krvácení v prostoru mezi tvrdou plenou mozkovou a lebkou, krvácení z arterie (a. meningica media), často spojené s frakturou spánkové kosti se nazývá epidurální.

Po úrazu bývá pacient v krátkém bezvědomí (ale nemusí být), po probuzení se cítí dobře. Volný interval, kdy je pacient při vědomí a bez větších potíží, trvá v tomto případě obvykle jen pár hodin. Po zhruba jedné až třech hodinách se jeho stav začne opět zhoršovat (spolu s postupujícím krvácením), pacient má bolesti hlavy, zvrací, postupně se dostávají také neurologické lokalizační příznaky (například porucha hybnosti končetin). Narůstající krvácení odlupuje tvrdou plenu, která je zčásti přirostlá k vnitřní kosti, a čím větší plocha tvrdé pleny je odloupená od kosti, tím více je zdrojů

krvácení. Krvácení se zrychluje a zvyšuje se tlak v nitrolebeční dutině. Vzniklý hematom je nutné co nejdříve odstranit, aby nedošlo k nevratnému poškození mozku, neboť epidurální krvácení se spontánně nezhojí. Účinnou léčbou je zde široká trepanace, odsátí hematomu a ošetření krvácející cévy. Prognóza je závislá také na stavu vědomí pacienta před zákrokem. Čím je hlubší bezvědomí, tím je horší prognóza. Včasná operace vede k úplnému uzdravení (7, 15, 18, 23).

Akutní subdurální hematom, je obvykle následkem velmi těžkého úrazu a prakticky vždy je kombinován s nějakým přímým poraněním mozkové tkáně (kontuze aj.) Jedná se o akutně vzniklou plášťovitou kolekci mezi tvrdou a měkkou plenou mozkovou. Původ hematomu je v natržení přemostujících žil mezi tvrdou plenou a pavučnicí. Příznaky akutního subdurálního hematomu bývají podobné epidurálnímu krvácení. Volný interval je zde 8-24 hodin. Vývoj příznaků se však na rozdíl od epidurálního krvácení liší, trvá řádově dny. Vyvíjí se centrální hemiparéza, a to homolaterálně i kontralaterálně k hematomu s narůstající nitrolební hypertenzí. Klinický stav pacienta a rozsah hematomu rozhoduje, zda bude léčba konzervativní či chirurgická.

U novorozenců může být subdurální hematom následkem komplikovaného porodu. Má klinický obraz odlišný od dospělých. Dítě neprospívá, má křeče, zvrací, fontanela se vyklenuje a švy rozestupují. Hematom u dětí lze zobrazit na ultrazvuku eventuelně na CT, léčba pak spočívá v punkci přes velkou fontanelu (7, 15, 18, 23).

V případě chronického subdurálního hematomu, může k poranění hlavy dojít až několik týdnů před rozvojem hematomu. Drobná traumata zůstanou buď nepovšimnuta, nebo zapomenuta. Natržení přemostujících žil mezi tvrdou plenou a pavučnicí vede k zakrvácení. Kolikvací a ohraničením granulačních tkání přechází do chronického stadia. Zvětšování hematomu umožňují dva mechanismy: osmotické nasávání tekutiny přes pseudomembránu a opakované krvácení z granulační tkáně. Typický výskyt hematomu je ve stáří. Příznaky expanze se projeví obvykle až za několik týdnů po úrazu. Nemocný si v anamnéze většinou nevzpomene na žádné trauma hlavy. Typickými příznaky jsou bolesti hlavy, psychická alterace (vážne paměť a soustředění), poruchy vědomí a chování. Dalšími příznaky jsou frustní hemiparéza, jacksonská

epilepsie a nitrolební hypertenze s městnavou papilou na pozadí. Trepanopunkce a odsátí hematomu v lokální anestezii vede k uzdravení (15, 18, 23).

Arachnoidea (pavoučnice) je několik mikronů silná průsvitná blanka pod tvrdou plenou, jež přímo pokrývá mozek. Traumatické subarachnoideální krvácení je tedy krvácení mezi touto blankou a samotným mozkem. Toto krvácení je jinou klinickou jednotkou než subarachnoideální krvácení z prasklé výdutě. V mírné formě provází každé větší poranění centrálního nervového systému. Větší množství krve se vyskytuje při frakturách baze lebni.

Tento typ krvácení nelze nijak léčit, hematom se časem sám vstřebá, záleží vždy na průběhu a závažnosti poranění a na celkovém zdravotním stavu nemocného (15, 18, 23).

1.4. Mozkové nádory a cévní onemocnění mozku

1.4.1 Nádory mozku

Nádory centrálního nervového systému můžeme rozdělit na intraaxiální a extraaxiální. Intraaxiální nádory vycházejí z buněk mozku vlastních (například gliom, ependymom). Nádory extraaxiální vycházejí z tkání k mozku přilehlých (meningeom, adenom hypofýzy, neurinomy mozkových nervů). Nádory se projevují příznaky ložiskovými (vyplývajícími z lokalizace). Porušena je nejčastěji hybnost končetin, řeč a psychika pacienta. U 30 % nádorů supratentoriálních se vyskytuje epilepsie. Celkové příznaky ve smyslu nitrolební hypertenze vyplývající z omezené objemové rezervy mozku se projevují u nádorů uložených infratentoriálně. Nárůst nitrolební hypertenze závisí na velikosti expanze, perifokálním edému a blokádě cirkulace likvoru (nárůst obstrukčního hydrocefalu.) (15, 18).

Od nádorových expanzí je nutné odlišit jiná ložiska s expanzivním chováním. Například absces, či krvácení. Příčina vzniku nádorů není známa. Na 100 000 obyvatel připadne ročně 6 nemocných s mozkovým nádorem. U dětí je toto nádorové onemocnění na druhém místě po leukémii.

Moderní zobrazovací metody výrazně zlepšily vyšetřovací algoritmy a diagnostiku nádorů. Je to především CT, MR a angiografie. Kritériem dělení nádorů je

stupeň malignity. Z hlediska histologie tvoří 50 % nádorů gliomy - astrocytom, oligodendrogliom, ependymom. Maligní formou všech těchto typů je glioblastom multiforme. 15 % nádorů pak představují meningiomy, 6 % adenomy hypofýzy. Dalších 6 % pak neuroektodermální tumory- meduloblastom, pinealoblastom. A 6 % neurinomy.

Léčba nádorového onemocnění mozku je zpravidla kombinací několika léčebných postupů- operačního, medikamentozního (cytostatika, kortikoidy), záření, eventuálně hormonálního a symptomatického paliativního (15, 18).

1.4.2 Cévní onemocnění mozku

Subarachnoidální krvácení je v 75 – 80 % způsobeno rupturou aneuryzmatu, další příčinu krvácení tvoří ruptura arteriovenózní malformace, vzácnější jsou krvácivé stavy způsobené užíváním antikoagulancií. Aneuryzma (tepenná výduť) respektive oslabení cévní stěny, se vytváří na predilekčních místech již během embryonálního vývoje. 70 % všech aneuryzmat se nachází ve Willisově okruhu. Na typickém vakovitém aneuryzmatu rozlišujeme vak tvořený stěnou, kde dochází k ruptuře a často i krček který komunikuje s arterií. Vak může vyplňovat krev. Může být ale i částečně ztrombotizován, neboť ve stěně vaku bývají kalcifikace. Recidiva krvácení nastává nejčastěji v prvních 24 hodinách od subarachnoideálního krvácení. Každé další krvácení je závažnější a potencionálně nebezpečnější. Ale i první ruptura vaku může způsobit smrt v důsledku masivní tříštivé hemoragie (1, 7, 15, 18).

První diagnostickou metodou je v tomto případě kromě CT mozku také lumbální punkce, která může potvrdit diagnózu subarachnoideálního krvácení přítomností krve v mozkomíšním moku. Pro potvrzení diagnózy a hlavně zobrazení cévního řečiště a cévní výdutě, se provádí angiografické vyšetření, případně dle indikace lékaře CT-AG, což je méně invazivní metoda. Angiografii provádí radiolog nápichem katétru do stehenní tepny v třísele. Sestra musí před tímto vyšetřením zajistit vyšetření krve na Quick, krevní srážlivost a funkce ledvin - kreatinin. Pacienta připraví také oholením třísel. Vyšetření je obvykle prováděno pouze v místní anestezii, záleží však na stavu pacienta. Při neklidu nebo rozvíjející se poruše vědomí musí být vyšetření provedeno v celkové

narkóze. Po zákroku sestra sleduje u pacienta fyziologické funkce, neurologický stav a místo vpichu v třísle, které je na několik hodin zajištěno kompresí. V případě potvrzení diagnózy mozkové výdutě, připravuje pacienta na operaci, nebo na radiointervenční výkon (1, 7, 15, 18).

Typickými projevy subarachnoidálního krvácení jsou prudká cefalea, často provázena poruchou vědomí, nauzea, zvracení, meningeální syndrom. V některých případech může být průběh méně typický, meningeální příznaky nemusí být zpočátku přítomny a lékař může pomýšlet na migrénu či vertebrogenní původ obtíží. Meningeální syndrom se projevuje spasmu paravertebrálních svalů horních i dolních končetin, tudíž v rámci základního objektivního vyšetření lze zjistit, že má pacient ztuhlou šíji. Pacienti s tímto syndromem mívají silné bolesti hlavy, nauzeu, zvrací a jsou přecitlivělí na světlo a hluk.

Sestra u těchto pacientů stále sleduje fyziologické funkce, především krevní tlak, který nesmí před ošetřením výdutě příliš stoupat, dále sleduje stav vědomí a neurologický stav. Hodnotí také pomocí vizuální analogové stupnice bolest hlavy, podává analgetika dle ordinace lékaře a plní další stanovené intervence v rámci ošetrovatelského plánu.

Akutní operace mozkového aneuryzmatu, je možná do tří dnů od ruptury, později hrozí spasmu na mozkových cévách s vážnými následky. Odložená operace se pak provádí po třech týdnech absolutního klidu pacienta na lůžku. Dalším řešením je neurointervenční výkon, kdy se radiolog snaží po zavedení katétru do místa výdutě o její trombózu pomocí odpoutávaných spirál, tzv. coiling (1, 7, 15, 18).

1.5. Poruchy vědomí

1.5.1 Kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí

U zdravého člověka, který právě nespí, označujeme vědomí jako bdělé (vigilní), a dále jasné (lucidní). Vigilita je způsobena tím, že ascendentní část retikulární formace mozkového kmene aktivuje kortex pravé a levé hemisféry. Aktivovaná nervová soustava může pak optimálně registrovat a následně reagovat na změny ve vnitřním

vnějším prostředí. Naše vědomí je plně lucidní, pokud jsme orientováni místem a časem, svou osobou a situací. Pokud dojde k narušení fyziologických pochodů, objeví se deficit lucidity a vigility vědomí. Dojde-li k porušení vigility jedná se o kvantitativní poruchy vědomí. Mezi příčiny porušeného vědomí patří - strukturální abnormality vedoucí k otoku mozku, metabolické poruchy, kardiopulmonální poruchy, infekce nervového systému, některé léky (steroidy, antikonvulziva) a degenerativní onemocnění mozku. (1, 7, 15, 17, 18, 19).

Kvantitativní poruchy vědomí jsou rozdělovány od nejnižšího stupně. Somnolence-jedná se o chorobný stav podobající se fyzické ospalosti. Pacient má utlumenou a zpomalenou reaktivitu na oslovení či dotyk.

Dalším stupněm je soporózní stav, kdy pacient nekomunikuje, na běžné podněty nereaguje. Odpovídá na silné, bolestivé podněty.

Koma - bezvědomí, je nejtěžším stupněm kvantitativní poruchy. Pacient nereaguje ani na silné podněty a mohou mizet i základní reflexy - reakce zornic na osvit. V bezvědomí se mohou dostat do funkčního útlumu i centra pro termoregulaci, pro krevní oběh a dýchání. Z toho vyplývá vitální ohrožení pacienta.

Naproti tomu synkopa - mdloba je sice úplnou ztrátou vědomí, ale pouze krátkodobou. Je doprovázena poklesem svalového tonu a pádem k zemi, dojde k poklesu krevního tlaku (1, 7, 15, 18, 19).

Pokud se změní kvalita vědomí při nezměněné vigilitě, jedná se o kvalitativní poruchu vědomí. Tyto poruchy jsou doprovázeny větším či menším stupněm obluzenosti. Chování pacienta je ovlivněno zkreslením přicházejících informací a může být neobvyklé.

Jednou z kvalitativních poruch vědomí je delirium. Jde o stav, kdy chování pacienta může být vzrušené, neklidné, nekoordinované, nastupuje iluzorní a halucinatorní vnímání. Na tento stav bývá úplná či mezerovitá amnézie. Delirium je častou komplikací mozkových hypoxií, těžkých infekcí, atrofických mozkových procesů, nebo metabolických rozvratů.

Nepříliš častou kvalitativní poruchou vědomí je mráкотný stav (obnubilace). Jde o náhle vzniklou a náhle končící poruchu. Může mít formu stuporu, kdy člověk náhle

ustrne v pohybu a nereaguje na zevní podněty, nebo formu vigilambulantní (automatickou), kdy člověk automaticky pokračuje v motorické činnosti. Posledním typem je forma deliria.(7, 15, 18, 19).

Tyto tři formy mají společný znak a tím je po ukončení mráкотného stavu plná a ostře ohraničená amnézie. Příčiny mráкотných stavů mohou být hypoglykemické, migrenózní, psychogenní či epileptické (7, 18, 22).

1.5.2 Úloha sestry při sledování stavu vědomí pacienta

Změny vědomí mohou vznikat náhle nebo se vyvíjet postupně, podle toho jaká je jejich příčina. Časnými příznaky počínající poruchy vědomí je neklid a podrážděnost pacienta. S prohlubující se poruchou vědomí se pacient může stát zmateným a dezorientovaným. Zhoršuje se jeho bdělost, může upadnout do bezvědomí.

Hodnocení stavu vědomí, dle Glasgow Coma Scale (GCS), patří mezi základní hodnocení neurologických funkcí. Především v intenzivní péči hraje významnou roli. Sestra hodnotí neurologické funkce v hodinových intervalech a to pravidelně a celodenně. Někdy toto hodnocení provádí i častěji a to zejména po operacích mozku, či úrazech hlavy a mozku. Neustálé probouzení, opětovné vyžadování odpovědi a vyšetřování hybnosti, je pro pacienta velmi zatěžující. Při tomto bezpřístrojovém vyšetření je důležitá spolupráce pacienta se sestrou. Nejvíce bodů (15), má lucidní pacient, který je orientován časem, místem a osobou a nemá žádný neurologický deficit. Nejméně bodů (3), má pacient, který nereaguje ani na bolestivý podnět (1, 7, 18, 19, 22).

Objektivní posouzení stavu vědomí, začíná sestra normálními podněty a postupně zvyšuje jejich intenzitu, dokud pacient neodpoví. Sestra klade pacientovi otázky, aby zjistila, jaká je jeho orientace místem, časem i osobou. Sestra klade i otázky týkající se rodiny pacienta, ptá se na krátkou minulost například návštěvu. Pokud pacient odpoví, všímá si, zda odpovídá přiléhavě a zda upadá ihned znovu do spánku. Pokud pacient neodpovídá, zvyšuje mírně hlas a pokouší se upoutat pacientovu pozornost. Jestliže zůstane zvuková stimulace bez odpovědi, použije sestra silnější, taktilní podnět. Pokud pacient nereaguje na slabý periferní stimul, musí sestra použít

silnější stimul ve smyslu štípnutí, nejčastěji do trapézového svalu. Kromě stavu vědomí sestra monitoruje také hybnost končetin, zornice, smyslové poruchy nebo jiné neurologické deficity. Sestra vyzývá pacienta, aby postupně hýbal končetinami, stiskl prsty (1, 7, 18).

Při podezření na poruchu vědomí u pacienta, sestra ihned informuje lékaře. Pokud se jedná o akutní kvantitativní poruchu vědomí, může pacient rychle pokročit do bezvědomí. Takový pacient je zpravidla hospitalizován na JIP nebo ARO. Případně musí být podle stavu na tato oddělení bez prodlení převezeni. Nadále sestra sleduje neurologický stav a fyziologické funkce pacienta.

Při posuzování příčin poruchy vědomí je nutné pátrat v anamnéze po podpůrných faktorech, jako jsou medikace, poranění, případně anamnéza neurologických potíží.

Jakmile je pacient schopen spolupráce, zaměřujeme se na zlepšení jeho poznávacích schopností (1, 7, 18, 23).

1.6 Ošetrovatelská péče o pacienty s organickým psychosyndromem

Hospitalizovaný pacient nemá možnost sám saturovat své potřeby a je odkázán na pomoc ošetrovatelského personálu. Pokud je pacient v takovém stavu, že dokáže spolupracovat na uspokojování svých potřeb, je vhodné ho vést a motivovat ke spolupráci a sebeobsluze.

Uspokojení potřeb nemocného, které Maslow, americký psycholog rozdělil do pěti kategorií, (fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, potřeby lásky a sounáležitosti, potřeby uznání, ocenění a sebeúcty, potřeby seberealizace a sebeaktualizace), je náplní práce sestry, která o nemocného pečuje. Zdravý člověk má své priority, hodnoty. Nemocný člověk potřebuje uspokojovat nejprve potřeby biologické, jako je potřeba dýchání, potravy, vylučování, spánku a pak potřeby vyšší (20, 21).

Ošetrovatelská péče znamená, že sestra musí zjistit pacientovy stávající schopnosti, aby mohla být stanovena úroveň soběstačnosti. Především se zaměří na zdravotní faktory. Sestra mapuje pacientův životní styl, základní potřeby biologické

povahy, zkušenosti, názory, úroveň emocionality, schopnost adaptace, úroveň vzdělání, sociální a ekonomickou situaci, vztahy a role v rodině. Tým, který se koordinovaně o pacienta stará, tak může získat cenné informace o pacientovi, a o tom jaké vztahy má k jednotlivým členům rodiny. Při setkání s rodinou pak sestra získává informace o tom, jak se rodina adaptuje na danou situaci (5, 6, 8, 13).

Ošetrovatelská péče o pacienty s organickým psychosyndromem je velmi náročná, neboť tito pacienti jsou postupně méně schopni pečovat o své zdraví. Bývá narušena jejich schopnost komunikace, dochází ke kognitivním poruchám. Pacienti s psychosyndromem se stávají méně soběstačnými a závislími na svém okolí. Zanedbávají péči o své zdraví, i o své materiální potřeby. Tito lidé jsou zcela, nebo částečně neschopni vykonávat svoje každodenní činnosti. Cílem ošetrovatelského personálu i rodiny je v těchto případech snaha udržet co nejdéle pacienta s organickým psychosyndromem soběstačným. Náročnost ošetrovatelské péče se může projevit i v psychice ošetrovatelského personálu, který může pociťovat smutek nad změnou, která se s pacientem děje (2, 8, 13, 18).

Nejčastější ošetrovatelské diagnózy stanovené v souvislosti s organickým psychosyndromem se týkají deficitu sebezpečí (hygiena, stravování, oblékání), poruchy vyprazdňování a příjmu tekutin, bolesti, poruchy spánku, alterace kognitivních funkcí nebo násilí vůči sobě nebo svému okolí. Další ošetrovatelské diagnózy se týkají rizika pádů nebo úrazů, bloudění, nočního neklidu. Psychické rozpoložení zahrnují diagnózy strachu, úzkosti, smutku, sociální izolace a jiné (2, 8, 13, 20).

Sestra průběžně hodnotí úroveň dosažení jednotlivých cílů stanovených v plánu ošetrovatelské péče a aktuálně je přizpůsobuje stavu pacienta, neboť klinický stav u pacienta s duševní poruchou se může změnit a tím by se původně plánované cíle staly nereálnými. Hodnocení úrovně poskytované ošetrovatelské péče je doplňováno také stanovisky dalších odborníků, fyzioterapeutů, pracovních terapeutů.

Ošetrovatelský proces ve svém hodnocení pak sleduje, jaká je úroveň soběstačnosti pacienta, jaká je kvalita jeho života, i jaký je komfort jeho rodiny (2, 8, 13, 20).

Metody, které mohou pomoci sestře při posuzování aktuálního zdravotního stavu pacienta.

Hodnotící škála ADL (Activities of Daily Living-aktivity denního života) (S. Katz, 1970)

1. Koupání
2. Používání toalety
3. Uléhání a vstávání
4. Stravování
5. Oblékání
6. Kontrola vyprazdňování močového měchýře.

Tato škála hodnotí soběstačnost pacienta v základních činnostech, čím je skóre nižší tím je menší soběstačnost pacienta.

Instrumentální aktivity denního života IADL (Instrumental Activities of daily living) (M. P. Lawton a E. M. Brody)

1. Schopnost používat telefon
2. Schopnost nakupovat
3. Schopnost připravit si jídlo
4. Schopnost postarat se o domácnost
5. Schopnost vyprat si prádlo
6. Schopnost samostatného cestování
7. Schopnost užívat léky podle doporučení lékaře
8. Schopnost obhospodařovat vlastní finance

Tato škála hodnotí soběstačnost pacienta v náročnějších činnostech, čím je skóre nižší tím je menší soběstačnost pacienta (5, 8, 13, 19).

1.7 Komunikace s pacientem s organickým psychosyndromem

Pacient s organickým psychosyndromem se může projevovat podivně či neobvykle, může u něj docházet k poruše paměti, cítí, že okolí prohlédlo jeho nedostatky, může vyplňovat prázdná místa v paměti imaginárními příběhy. Mění se chování a nálady pacienta, může být podrážděný až agresivní a stát se neschopným posoudit objektivně své chování a jeho důsledky pro sebe a své okolí. Za vztekem je třeba vidět spíše způsob jak odreagovat pocit zmatenosti a úzkosti.

Ošetřovatelský personál by měl být trpělivý, nedávat najevo strach, nenadávat pacientovi a neplísnit ho. K pacientovi je vhodné přibližovat se pomalu, v jeho zorném poli a v rozumné míře volit neverbální projevy, neboť dotyk může u některého pacienta vyvolat pozitivní odezvu ale u jiného agresi. Pacientovi bychom měli naslouchat, vysvětlovat změny, kterými prochází a zdůrazňovat, že jsme s ním a že mu pomáháme. Často se jedná o pacienta, který je zmatený, má poruchu orientace, je zoufalý, nejistý, podrážděný až neklidný nebo úzkostný až apatický. Zmatený pacient má zvýšený práh vnímavosti pro bolest. Pacient může zcela zkresleně vnímat věci kolem sebe, má halucinace, nepoznává zdravotníky, kteří ho ošetřují. V těchto náročných situacích je nutné při komunikaci nezvyšovat hlas, hovořit klidně, dále zachovávat neutrální postoj nevyvracet pacientova tvrzení, a pokoušet se odvést jeho pozornost k jinému tématu. Hovořit s pacientem pomalu srozumitelně a co nejjednodušeji aby co nejlépe rozuměl a otázky opakovat. Pro lepší komunikaci je možné používat i gestikulaci či grafické znázornění, názornou ukázkou. Opakování otázek pacientem může být projevem úzkosti a upozorňování na sebe. Je-li pacient neúspěšný v komunikaci, může se stát agresivním. Od ošetřovatelského personálu je v těchto situacích vyžadována nekonečná trpělivost. Pacientovi se prolíná současnost s minulostí, což ho činí nejistým, je dezorientován a tím se cítí ztracen a osamocen ve své chorobě (2, 3, 6, 9, 10, 14, 16).

Kontakt s klientem, který vnímá nesprávně realitu, je velmi obtížný. Zdravotník by neměl sklouznout k vyslovení souhlasu s nesprávnými percepce, protože tím by podpořil pacientův pocit nejistoty a zmatenosti. Realitu je naopak třeba posilovat určitými technikami-časté připomínání času, místa, osoby, ukazování hodin, kalendáře. Dále je vhodné podporovat komunikaci pacienta s rodinou, či blízkými osobami,

povzbuzovat jeho úsilí při komunikaci, oceňovat dílčí úspěchy a tím posilovat sebeúctu pacienta. (2, 3, 6, 9, 10, 14, 16).

Pacient se může v důsledku kognitivních poruch a poruch chování reagovat agresivně vůči sobě a vůči okolí. Tyto reakce pak lze korigovat farmakologicky podáním psychofarmak dle ordinace lékaře, případně omezením pacienta v lůžku.

Léčbu pacienta s duševními poruchami můžeme rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou. Farmakologická léčba je zaměřena především na ovlivnění základních příznaků, to je kognitivních funkcí. Nefarmakologická léčba pak zahrnuje různé formy paměťových tréninků, reedukaci porušených funkcí, edukaci rodiny pečovatelů. Jednou z možností ovlivnění kognitivních funkcí je ovlivnění metabolismu acetylcholinu, nebo ovlivnění cerebrálního metabolismu. K tomu jsou využívána nootropika. K takzvané nekognitivní léčbě patří zvládnutí neklidu, psychotických příznaků, depresí či nespavosti. Používají se antipsychotika, antidepresiva, benzodiazepiny, hypnotika (3, 9, 14, 15, 17, 18).

1.8 Rehabilitace u pacientů po poranění mozku

Rehabilitace nemocných s těžkým poraněním mozku je dlouhodobý proces, který zahrnuje řešení obtíží somatických, kognitivních, sociálních a behaviorálních. Je zapotřebí koordinovat práci mnoha odborníků z medicínských i nemedicínských oborů. V týmu, který se stará o nemocného po poranění mozku jsou neurochirurg, neurolog, internista, oftalmolog, rehabilitační lékař, psychiatr, a dále fyzioterapeuti, zdravotní sestry, ergoterapeuti, psycholog, logoped, speciální pedagog, sociální pracovníci, protetik. Vzhledem k tomu, že s pacientem po úrazu pracují v různých stádiích různí lidé, doporučuje se, aby jeden odborník celý proces koordinoval. Jednotlivá stadia rehabilitace souvisejí s postupem lepšího se stavu pacienta. V akutním a postakutním období bývají pacienti hospitalizováni na ARO nebo JIP neurochirurgických či neurologických oddělení. Následuje léčba na lůžkových odděleních neurologie nebo rehabilitace. Další etapy jsou již řešeny s pomocí ambulantních složek a především rodiny. Z dlouhodobých sledování vyplývá, že k nejmarkantnějšímu zlepšení u pacienta

dochází zpravidla 6 měsíců po úrazu, pomaleji pak pokračuje další 2,5 roku. Ale lze je pozorovat i 5 let po úrazu. V prvních měsících zpravidla dochází ke zlepšení motorických funkcí, v pozdějších obdobích pak funkcí kognitivních a behaviorálních. Všeobecným názorem je, že doba nutná ke zlepšení kognitivních funkcí je třikrát delší než u funkcí motorických. Obtíže poruch kognitivních funkcí mohou velmi komplikovat celkový stav, neboť ovlivňují především soběstačnost člověka. Dlouhodobé programy zaměřené na rehabilitaci kognitivních funkcí jsou zaměřeny na trénování pozornosti, paměti verbální i neverbální, logického myšlení i prostorové orientace. Pacient správně vedený kognitivní rehabilitací je nepochybně schopen se lépe soustředit a zvládat pak úkoly v rámci ergo a fyzioterapie. S rehabilitací kognitivních funkcí je nutné začít již od akutních stadií, velmi důležitá je stimulace v průběhu bezvědomí, neboť se předpokládá, že senzomotorická stimulace aktivačního systému retikulární formace podporuje zlepšování celkového stavu. Proto je také podporována přítomnost blízkých osob již od akutních stadií po úrazech. (11, 17).

1.9. Komunikace s rodinou pacienta s organickým psychosyndromem

Nemoc člověka působí na jeho rodinný život spíše negativně. Onemocnění zpravidla vyvolává obavy ostatních o osud, soucit nebo smutek. Někdy je provázeno dokonce pocitem viny, selháním, nebo vědomím zavinění nemoci, například při přetěžování některého člena domácnosti. V každém případě je narušena rovnováha rodinného života. Je-li nemocný hospitalizován, má rodina tendenci zařídit se bez něj a vytvořit novou rovnováhu. Tato situace pak působí nemocnému starosti a je tedy vděčný, že může promluvit s někým, kdo mu rozumí. Dobré rodinné vztahy jsou významným činitelem příznivého vývoje nemoci. Vědomí, že někomu záleží na jeho uzdravení, že ho někdo potřebuje a s láskou na něj čeká, pomáhá nemocnému překonat apatii a lhostejnost k léčbě. Z tohoto pohledu je nutné věnovat pozornost návštěvám u hospitalizovaných nemocných. Návštěvy mohou působit velmi příznivě ale i negativně. Ve většině případů je rodina aktivním činitelem v zajištění podmínek pro léčbu a uzdravení nemocného a proto je důležité, aby se rodina stala spojencem zdravotníků.

Psychologie příbuzných a návštěv je dána jejich osobností, postojem k nemocnému i zkušenostmi s onemocněním jako takovým (2, 6, 12, 13, 16, 26, 27).

Ze strany příbuzných a blízkých směrem k nemocnému můžeme sledovat jejich „zájem o nemoc“, cíle vedoucí k uzdravení, množství informací, které získali o nemoci a možnostech léčby. Dále postavení nemocného v systému ošetrovatelské péče a v realizaci ošetrovatelského procesu. A především sledujeme schopnost komunikace rodinných příslušníků a personálu.

V negativním slova smyslu mohou návštěvy blízkých nemocného ovlivnit, pokud ho neúměrně zatěžují informacemi, které mohou jeho zdravotní stav negativně ovlivnit nebo jej zbytečně rozrušují (2, 6, 12, 13, 16, 26).

Pro zdravotníky platí určité zásady při jednání s rodinami nemocných. Především ubezpečit příbuzné, že je o nemocného dobře postaráno, že je využito všech dostupných léčebných metod. Je nutné poskytovat rodině vhodnou formou správné informace z diagnostické a terapeutické oblasti. Dále je vhodné sdělit příbuzným, jak mohou při léčbě spolupracovat a v neposlední řadě sestra získává dostatek anamnestických údajů, které pak mohou být prospěšné v rámci léčebného procesu. Úzká spolupráce zdravotnického týmu, rodinných příslušníků nebo blízkých a nemocného může mít velký vliv na celý léčebný proces. Rozhovor, který je nejčastěji používanou metodou komunikace může být podporující, edukační, motivující naslouchající a zjišťující důležité informace k identifikaci zdravotních potíží (2, 6, 12, 13, 16, 27).

U pacientů s organickým psychosyndromem se plán ošetrovatelské péče orientuje na dva cíle: udržení maximální úrovně soběstačnosti a zajištění komfortu pro pacienta a jeho rodinu. Plánování se zaměřuje na narušené kognitivní funkce, udržení orientovanosti v čase, místě a osobě a dále snižování úzkosti a strachu. Do plánu jsou tedy zařazovány takové denní aktivity, které podporují soběstačnost pacienta. Do plánování by měla být zahrnuta také podpora sebeúcty pacienta, poskytnutí bezpečného prostředí s přihlédnutím k předchozímu úrazu. Rodina musí být obeznámena s duševní poruchou, jejími příčinami, projevy, léčbou a prognózou, aby právě kontakt s blízkými mohl být zahrnut plánu ošetrovatelské péče. Měla by vědět jak redukovat frustrace

související s onemocněním člena rodiny (pocit viny). Lékařský a sesterský personál vysvětluje v rámci edukace příčinu choroby, nezbytnost diagnostických vyšetření, léčbu, nácvik soběstačnosti, prognózu, tak, aby rodina netrpěla informačním deficitem. Doporučují písemné materiály k dané problematice a podávají informace o svépomocných skupinách. Ošetřovatelský personál rodinu povzbuzuje, aby pacienta navštěvovala (12, 13, 16).

V současné době jsou dostupné různé kompenzační pomůcky, které mají pomáhat zachovat pacientovu soběstačnost. V rámci edukace nabízíme již v průběhu hospitalizace nebo před propuštěním pacienta další možnosti péče. Vhodné jsou denní stacionáře nebo agentury domácí péče, které pak často rodina pacienta vyhledá. Edukace rodiny se týká také úpravy domácího prostředí pro pacienta, především z důvodu prevence pádu nebo úrazu. Součástí terapie u pacientů s organickým psychosyndromem je smysluplné naplnění času, což znamená zapojení pacienta do různých stimulačních programů nebo aktivit a v tomto směru se sestra snaží edukovat i rodinu pacienta. V případě, že pacient nezvládá jednoduché práce, je možné použít receptivní techniky např. předčítání novin a časopisů, poslech rádia, televize (12, 13, 16).

Sestra si všímá povahových projevů (podrážděnost, vztahovačnost) a projevů stresu pacienta. Tyto projevy pak konzultuje s rodinou a porovnává s dřívějšími projevy. Snažíme se tak redukovat rušivé momenty, které mohou pacienta zneklidňovat.

Pokud se jedná o pacienta, který je upoután dlouhodobě na lůžko, a je ohrožen opruzeninami a dekubity, snažíme se i v tomto případě zapojit rodinné příslušníky do péče vhodnou edukací, týkající se polohování, ošetřování kůže, hygienické péče, dostatečné hydratace. Doporučujeme používání kompenzačních pomůcek.

Rodinu pacienta se snažíme využít jako zdroj opory a pomoci. Ideálem je aktivní podíl rodiny na dlouhodobé léčbě i rehabilitaci pacienta (12, 13, 16, 26, 27).

1.10. Vliv vzdělávání sester na poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s duševními poruchami

Péče o duševně nemocné patřila od počátků do rukou laiků, pak do rukou kněží a zaříkávačů. Později těmto nemocným zajišťovali základní péči řeholníci. S postupným vývojem nemocnic a ústavů se práce a důležitost odborné přípravy původně opatrovníků a později ošetrovatelů dostává do popředí. V českých zemích je důležitým mezníkem vzdělávání ošetrovatelského personálu založení všeobecné nemocnice v Praze. Z roku 1845 se dochoval projekt na založení ošetrovatelské školy při všeobecné nemocnici iniciovaný psychiatrem docentem Riedlem (1803 - 1870), který bohužel ztroskotal na nedostatku financí (13, 22).

Ve 20. století byla psychiatrie ovlivněna dílem Sigmunda Freuda, který svou teorií o duševních chorobách přispěl k psychologizaci medicíny. Ve 20. století lze také vyzorovat snahy o zrušení psychiatrických léčeben.

První kniha „Ošetřování choromyslných“ vyšla v roce 1908. Napsal ji první ředitel Bohnické léčebny Dr. Jan Hraše.

V roce 1913 vyhlásil výnos Ministerstva vnitra akci, která měla povznést odbornou úroveň ošetrovatelského povolání. V roce 1916 došlo k zahájení výuky na ošetrovatelské škole, jejíž absolventky získaly titul diplomovaná sestra. V roce 1920 bylo vedení školy předáno do rukou Červeného kříže a M. G. Personsová se stala její ředitelkou. V roce 1923 se vedení školy ujaly české sestry a škola přešla do státní správy (13, 22).

V letech 1949 - 1952 existovala psychiatrická větev Vyšší školy sociálně zdravotní v Praze. Vyučovalo se několikrát týdně formou studia při zaměstnání a odborné předměty přednášeli lékaři z léčebny v Bohnicích (13, 22).

V 50. letech v důsledku politického řádu došlo ke změně ve školském systému, která ovlivnila na dlouhou dobu vzdělávání zdravotních sester u nás. Ošetrovatelské školy byly sloučeny se školami rodinnými a sociálními a na takto vzniklých středních zdravotnických školách začaly být připravovány všechny kategorie středního zdravotnického personálu. Příprava sociálně nezralé mládeže s učivem převážně

orientovaným na biologii a s malým počtem hodin odborné praxe vedla k nedostatečné kvalitě přípravy na povolání zdravotních sester (13, 22).

Šedesátá léta pak zaznamenala rozmach v nárůstu školení, seminářů a kursů. Ošetřovatelský personál se stal důležitým partnerem pro lékaře při uskutečňování léčby. V této době začaly přibývat profese jako dietní sestra, rehabilitační pracovnice a jiné. Střední zdravotničtí pracovníci mohli vykonat kvalifikační zkoušku v Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků (13, 22).

Po roce 1989 došlo k výrazným změnám nejen v samotném ošetřovatelství a ve zdravotnictví jako takovém, ale i ke změnám ve vzdělávání. Během posledních několika let byl na středních zdravotnických školách otevřen obor Zdravotnický asistent, který nahrazuje dosavadní obor všeobecná sestra. Po získání všeobecné kvalifikace na vyšších odborných školách a universitách se bude sestra moci specializovat v oboru, který si sama vybere. Pro tyto specializace budou připraveny soubory modulů a oprávnění pro výuku budou mít pouze akreditovaná pracoviště. Sestry se kromě toho mohou vzdělávat formou kursů, probíhají odborné semináře. Změny ve vzdělávání sester vedou k profesnímu růstu středně a vysokoškolsky vzdělaných zdravotníků, ale také k pozitivním změnám v ošetřovatelské péči o nemocné. Faktory ovlivňujícími profesní chování sestry je prestiž povolání i požadavky pracoviště. Prestiž povolání je určena náhledem společnosti na výkon jejich práce. V minulosti bylo na sestry pohlíženo jako na pomocníky či služby bez vzdělání, zatímco v současné době pracují ve zdravotnictví vysoce vzdělané specialistky a sestra může dosáhnout vysokoškolského vzdělání (13, 22).

2. Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

- Cíl 1 Zjistit, jaká je připravenost sester komunikovat s pacienty s organickým psychosyndromem.
- Cíl 2 Zjistit, zda má vzdělání sester vliv na poskytování ošetrovatelské péče u pacienta s organickým psychosyndromem.
- Cíl 3 Zjistit, jakým způsobem sestra spolupracuje s rodinou pacienta s organickým psychosyndromem při poskytování ošetrovatelské péče.
- Cíl 4 Zjistit, jakým způsobem sestra edukuje rodinu pacienta s organickým psychosyndromem před propuštěním do domácí péče.

2.2 Hypotézy práce

- Hypotéza 1 Sestry nemají informace, týkající se specifické komunikace s pacientem s organickým psychosyndromem.
- Hypotéza 2 Sestra s vyšším vzděláním má více informací o poskytování ošetrovatelské péče o pacienta s organickým psychosyndromem.
- Hypotéza 3 Sestra edukuje rodinu pacienta průběžně, během jeho hospitalizace.
- Hypotéza 4 Sestra zapojuje rodinné příslušníky do nácviku soběstačnosti u pacientů s organickým psychosyndromem.
- Hypotéza 5 Sestra nejčastěji edukuje rodinu pacienta rozhovorem.
- Hypotéza 6 Sestra nemá k dispozici tištěný edukační materiál k poskytování informací o komplexní péči o pacienta s organickým psychosyndromem.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Ke sběru dat byla použita metoda dotazování – technika dotazníku. Byly použity dotazníky pro sestry z oddělení Traumatologie, Neurochirurgie, Neurologie, Psychiatrie. Dotazníky byly anonymní. Otázky byly použity polootevřené (11) a zavřené (16). Sestry měly možnost vyjádřit svůj názor. V dotazníku byly použity 3 rozřazovací otázky (pohlaví, věk, vzdělání). Dále otázka délky praxe a způsobu zvyšování vzdělání sester v oboru. Následující otázky v dotazníku se snažily mapovat znalosti sester, týkající se problematiky organického psychosyndromu, uvědomění si rozdílu v péči a komunikaci s pacientem s organickým psychosyndromem a jeho rodinou během hospitalizace i přípravou na propuštění. Další otázky se týkaly možností získávání informací o problematice organického psychosyndromu.

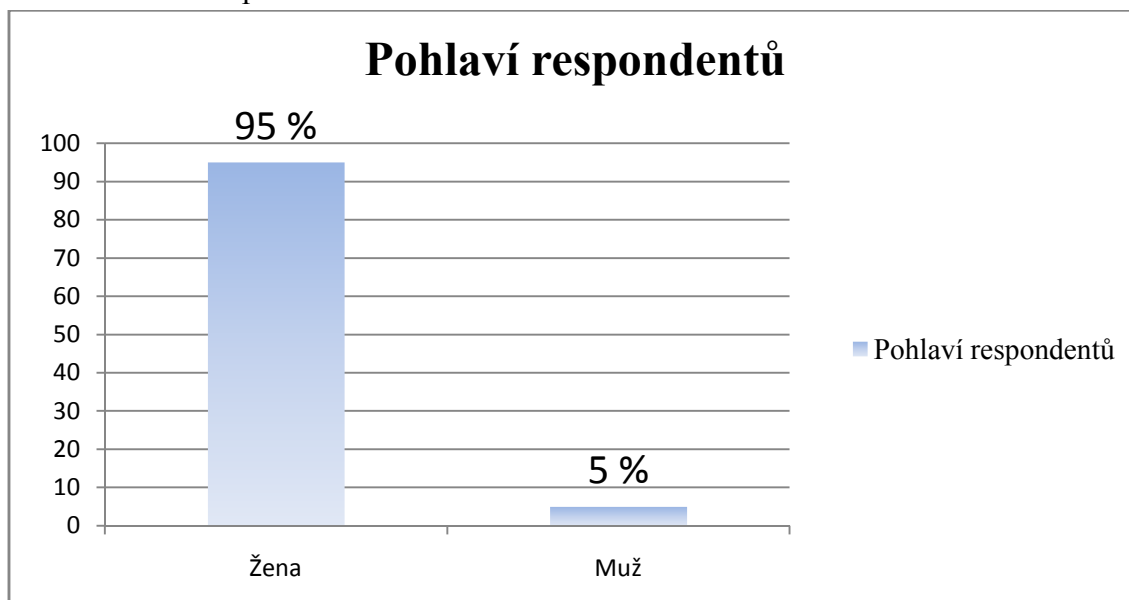
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Sledovaným souborem byly sestry z oddělení Traumatologie, Neurochirurgie, Neurologie a Psychiatrie nemocnice České Budějovice a.s. Rozdání dotazníků proběhlo se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče Nemocnice České Budějovice a.s. Mgr. Jiřiny Otáskové, MBA.

Dotazníků pro sestry bylo rozdáno 100 kusů. Vráceno bylo 89 dotazníků. Vyřadit jsme museli 7 dotazníků pro neúplnost. Celkem ke zpracování bylo zařazeno 82 dotazníků. Návratnost tedy byla 80 %. Dotazníky byly rozdány v období únor a březen 2010.

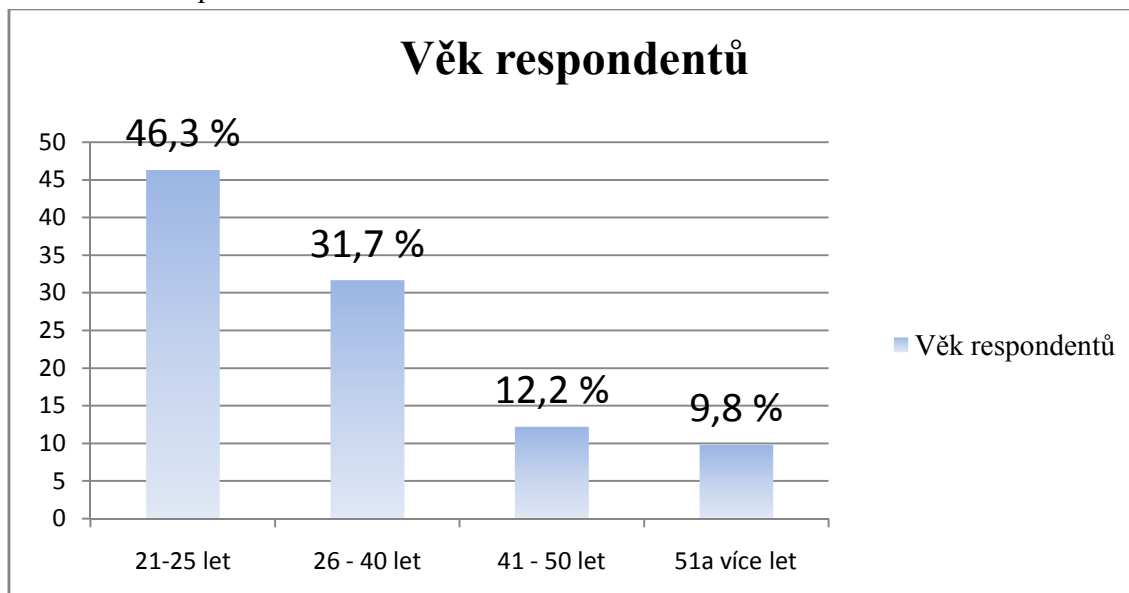
4. Výsledky

Graf 1 Pohlaví respondentů



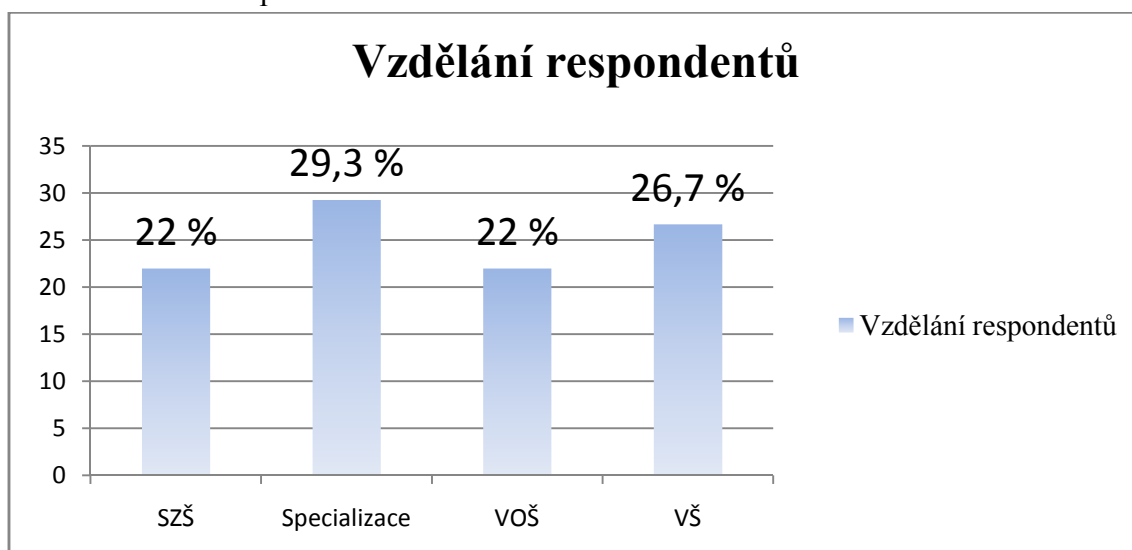
Z celkového počtu respondentů 82 (100 %) bylo 78 žen (95 %) a 4 muži (5 %).

Graf 2 Věk respondentů



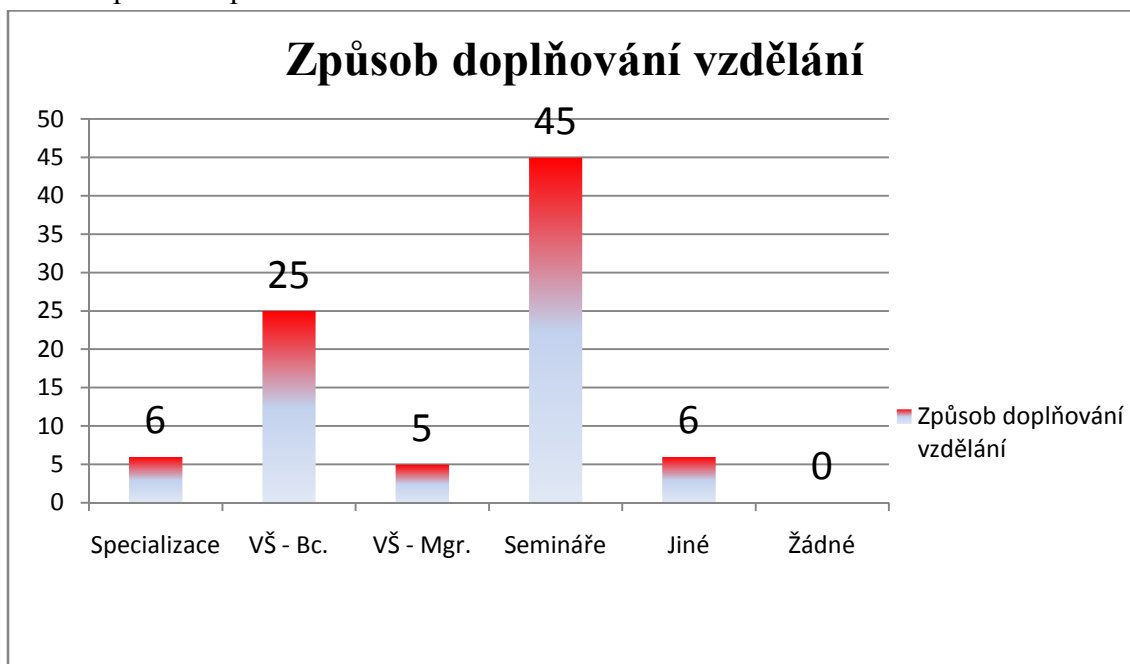
Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) tvořilo 38 respondentů (46,3 %) věkovou hranici 21 - 25 let, 26 (31,7 %) respondentů patřilo do věkové hranice mezi 26 - 40 lety. 10 respondentů (12,2 %) bylo ve věku 41-50 let. Ve věkové skupině nad 51 let bylo dotazováno 8 (9,8 %) respondentů.

Graf 3 Vzdělání respondentů



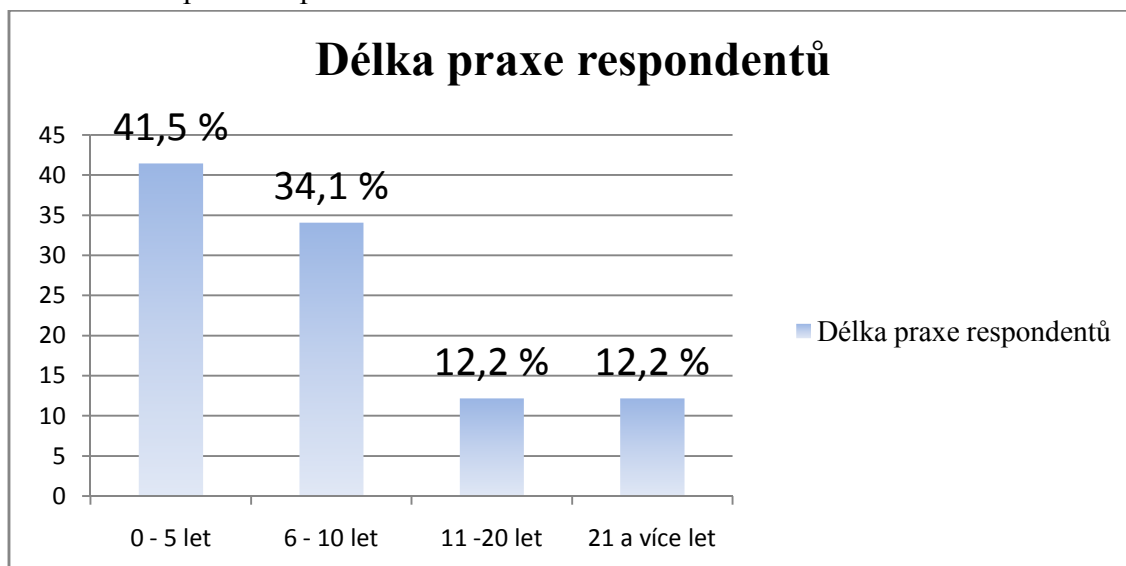
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentů mělo pomaturitní specializační studium 24 (29,3 %) respondentů, vysokoškolského vzdělání dosáhlo 22 (26,7 %) respondentů. 18 (22 %) respondentů vystudovalo Střední zdravotnickou školu, Vyšší odborné vzdělání mělo 18 (22 %) respondentů.

Graf 4 Způsob doplňování vzdělání



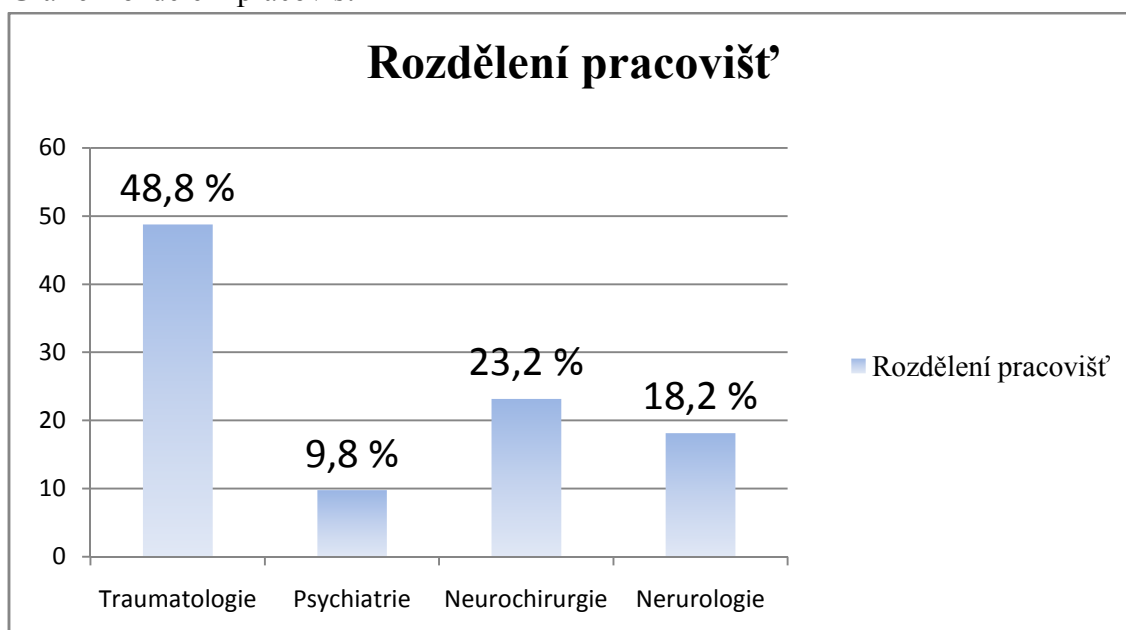
V otázce způsobu doplňování vzdělání, mohli respondenti označit více odpovědí. Graf znázorňuje četnost odpovědí. Z celkového počtu 87 odpovědí, 45 respondentů odpovědělo, že si zvyšuje vzdělání formou seminářů na pracovišti. 25 respondentů se vzdělává v rámci vysokoškolského bakalářského studia, 6 formou specializačního studia. Forma vzdělání jiné, byla taktéž v 6 odpovědích. Bohužel bez přesné formulace. Vysokoškolské magisterské studium bylo označeno v 5 odpovědích. Možnost žádné nebylo uvedeno v ani jedné odpovědi.

Graf 5 Délka praxe respondentů



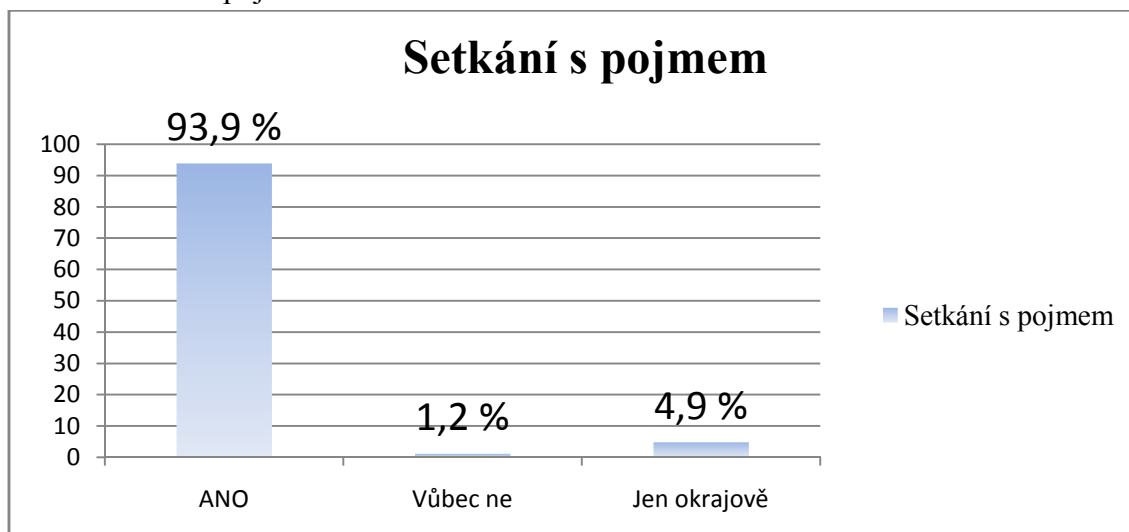
Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) má praxi 0 - 5 let 34 respondentů (41,5 %), 6 - 10 let praxe 28 respondentů (34,1 %). U 10 respondentů (12,2 %) dosáhla délka jejich praxe 11 - 20 let a u 10 respondentů (12,2 %) 21 a více let.

Graf 6 Rozdělení pracovišť



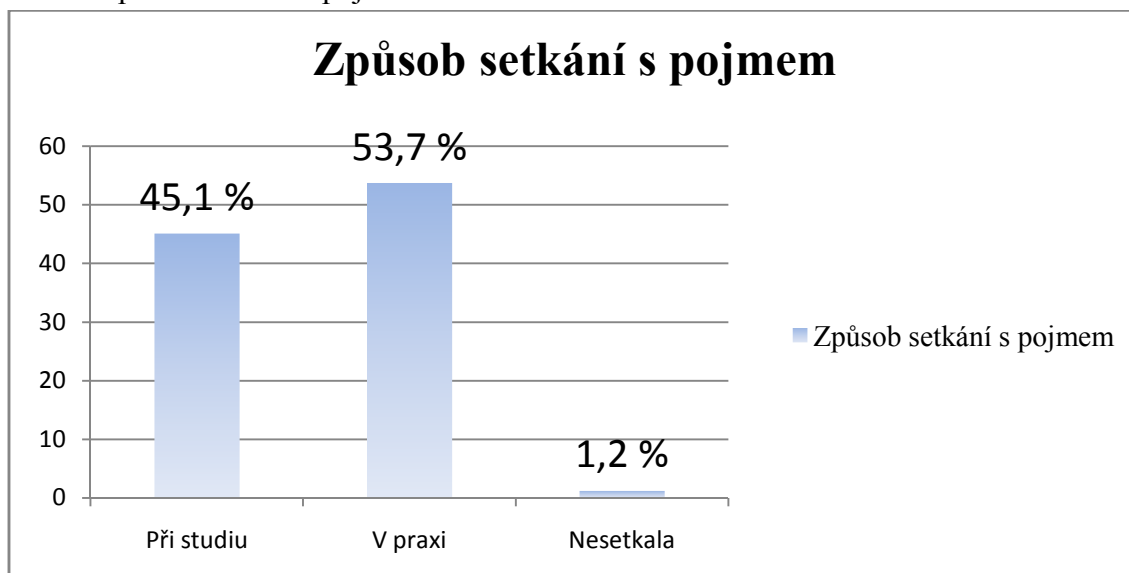
Z celkového počtu 82 respondentů (100 %), pracuje na traumatologickém oddělení 40 respondentů (48,8 %), 19 respondentů (23,2 %) je z Neurochirurgie a 15 (18,2 %) z Neurologie. Z psychiatrického oddělení odpovídalo 8 respondentů (9,8%).

Graf 7 Setkání s pojmem



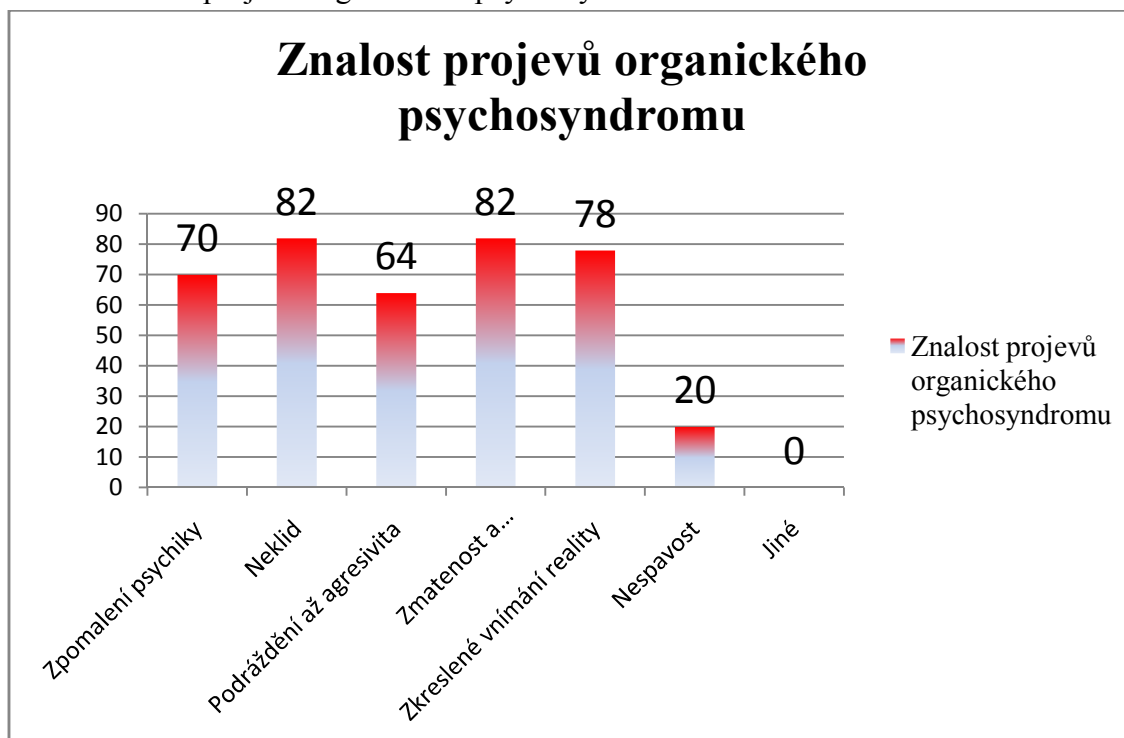
Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) se s pojmem organický psychosyndrom setkala 77 respondentů (93,9 %), jen okrajově setkali 4 respondenti (4,9 %) a vůbec nesetkal 1 respondent (1,2 %).

Graf 8 Způsob setkání s pojmem



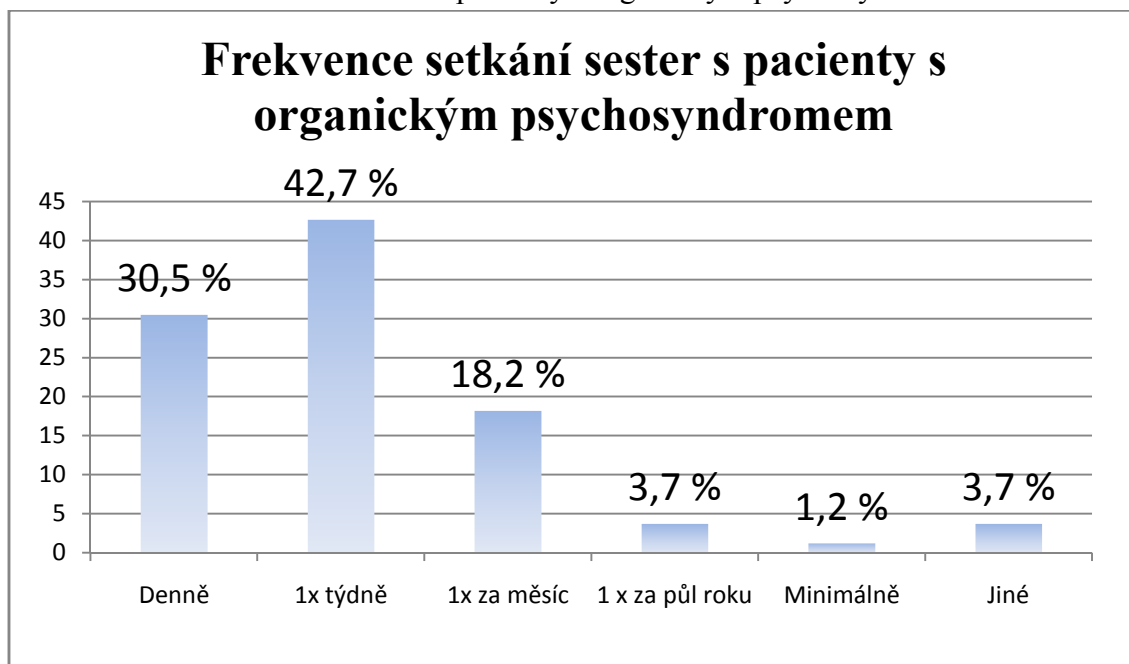
Graf číslo 8 navazuje na předchozí graf a upřesňuje setkání respondentů s pojmem organický psychosyndrom. 44 respondentů (53,7 %) se s tímto pojmem setkala v praxi a 37(45,1%) při studiu. Jeden respondent (1,2 %) se nesetkal s tímto pojmem vůbec.

Graf 9 Znalost projevů organického psychosyndromu



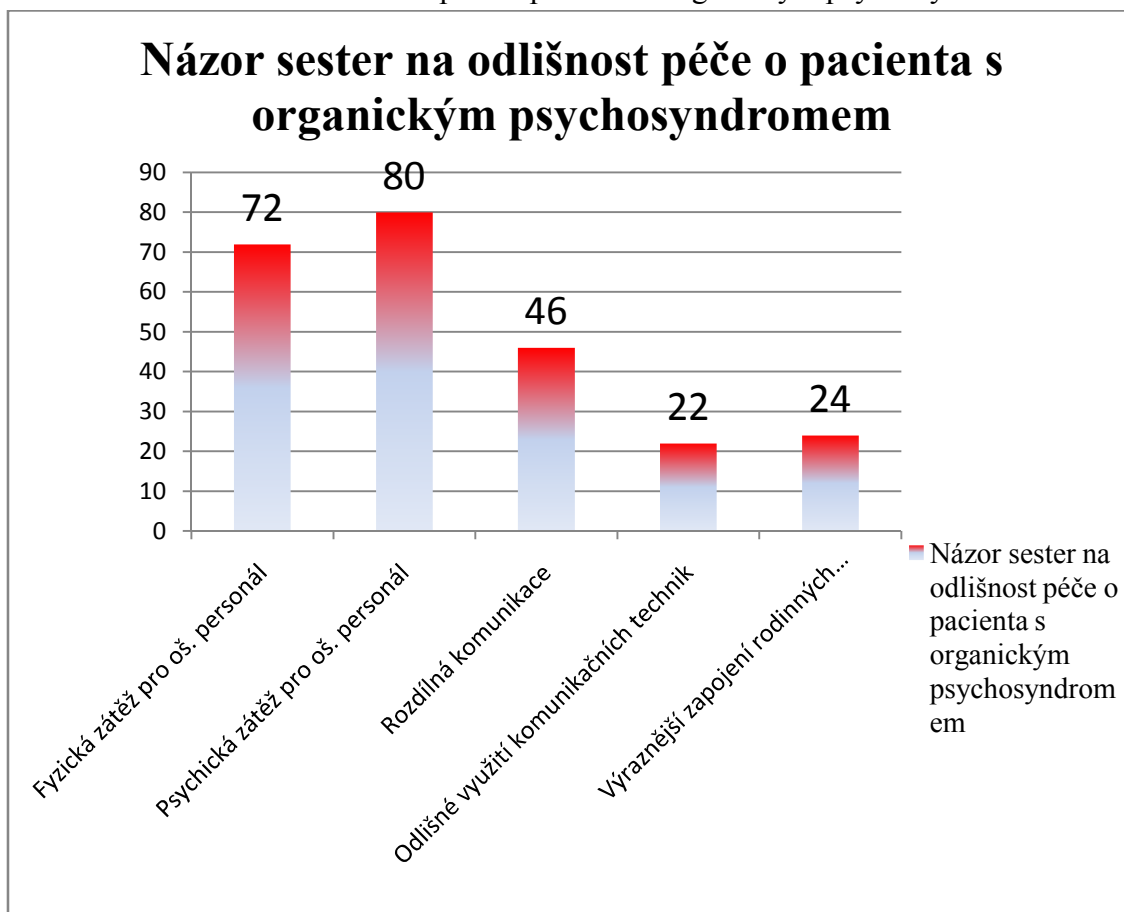
V otázce znalosti projevů organického psychosyndromu mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 396 odpovědí, 82 uvedlo, že mezi projevy patří neklid pacienta, 82 zmatenost a dezorientaci v čase pacienta. 78 uvedlo mezi projevy zkreslené vnímání reality pacienta, 70 uvedlo, že mezi projevy organického psychosyndromu patří zpomalení psychiky. 64 označilo jako projev podrážděnost až agresivitu pacienta, a 20 odpovědí nespavost pacienta. Možnost jiné, neoznačil žádný respondent.

Graf 10 Frekvence setkání sester s pacienty s organickým psychosyndromem



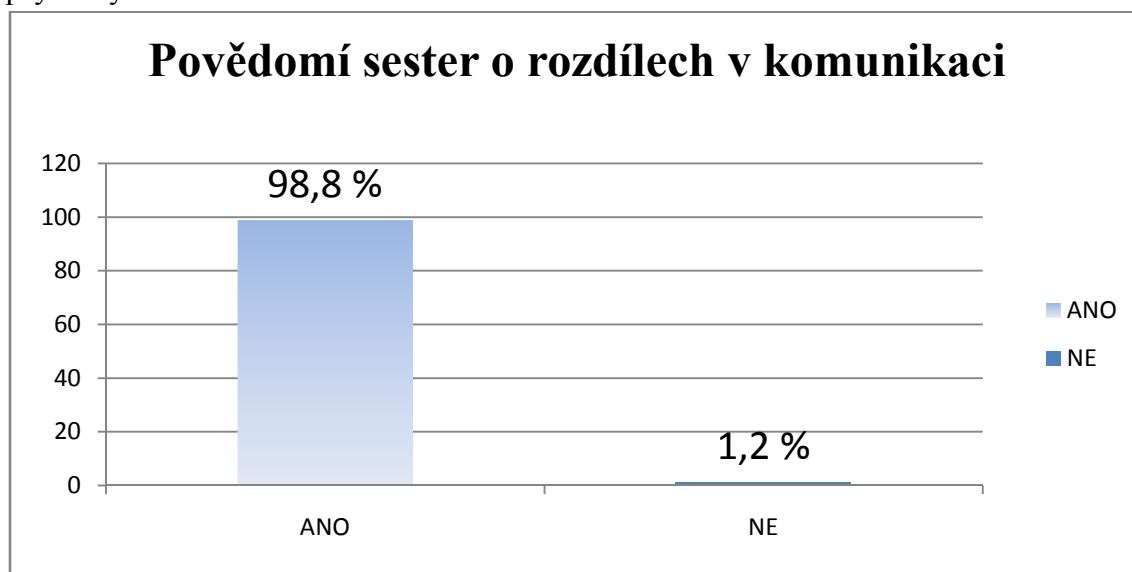
Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) se s pacienty s organickým psychosyndromem setkává 1x týdně 35 respondentů (42,7 %), denně 25 respondentů (30,5 %), dále 1x za měsíc 15 respondentů (18,2 %) a 1x za půl roku 3 respondenti (3,7 %). Minimálně se setkává s pacienty s uvedenou poruchou osobnosti 1 respondent (1,2 %).

Graf 11 Názor sester na odlišnost péče o pacienta s organickým psychosyndromem



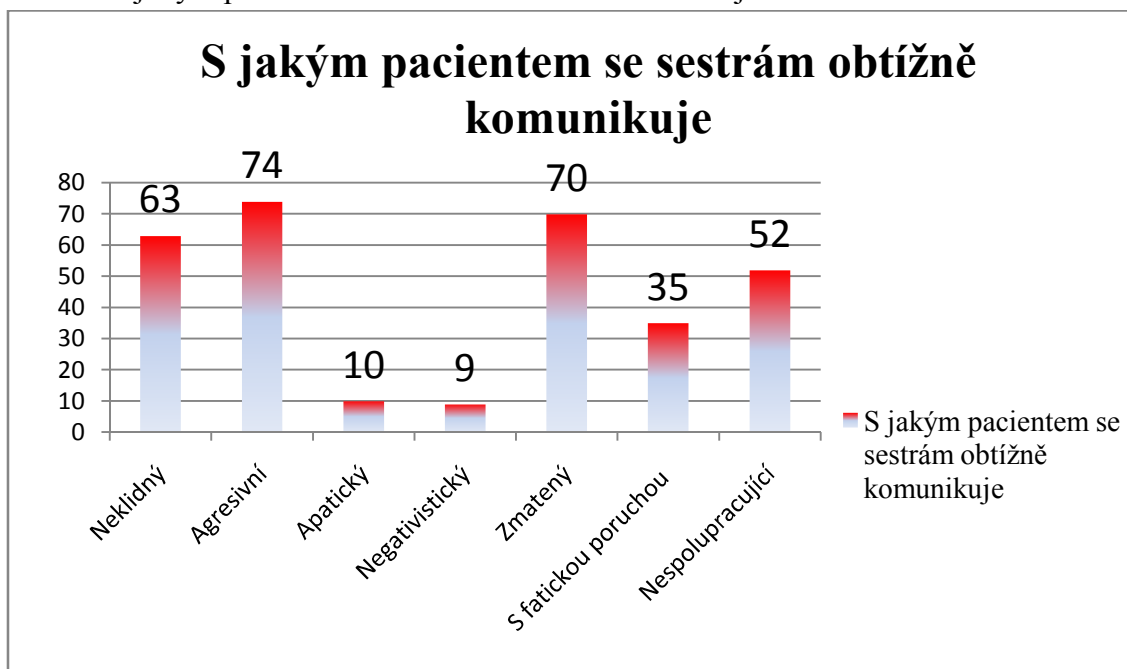
Graf č. 11 znázorňuje četnost odpovědí, neboť respondenti zde mohli označit více možností. Z celkového počtu 244 odpovědí, byl rozdíl v péči v psychické zátěži označen 80 odpověďmi, ve fyzické zátěži pro ošetřující personál bylo označeno 72 odpovědí, v rozdílné komunikaci personálu s pacientem 46. 24 respondentů vidí rozdíl v péči ve výraznějším zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienta a v odlišném využití komunikačních technik 22 odpovědí.

Graf 12 Povědomí sester o rozdílech v komunikaci s pacientem s organickým psychosyndromem



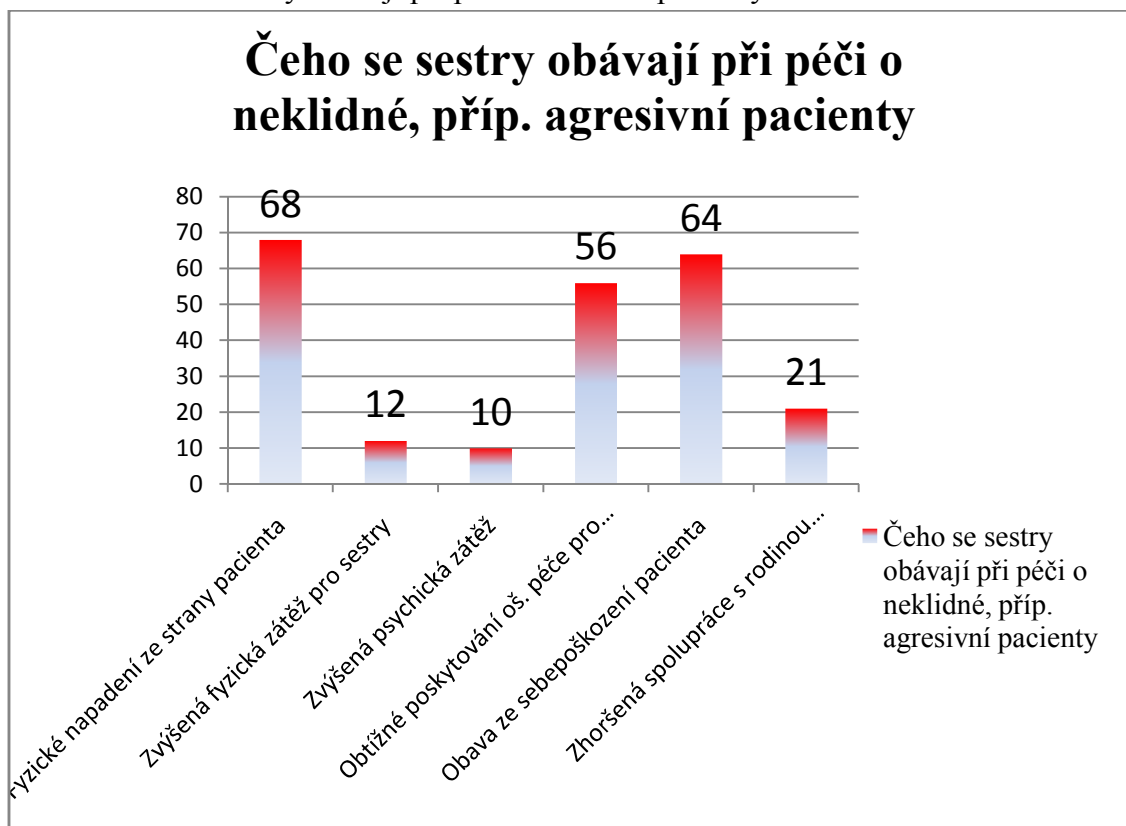
Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) si 81 respondentů (98,8 %) uvědomuje rozdíl v komunikaci a 1 respondent (1,2 %) odpověděl záporně.

Graf 13 S jakým pacientem se sestřám obtížně komunikuje



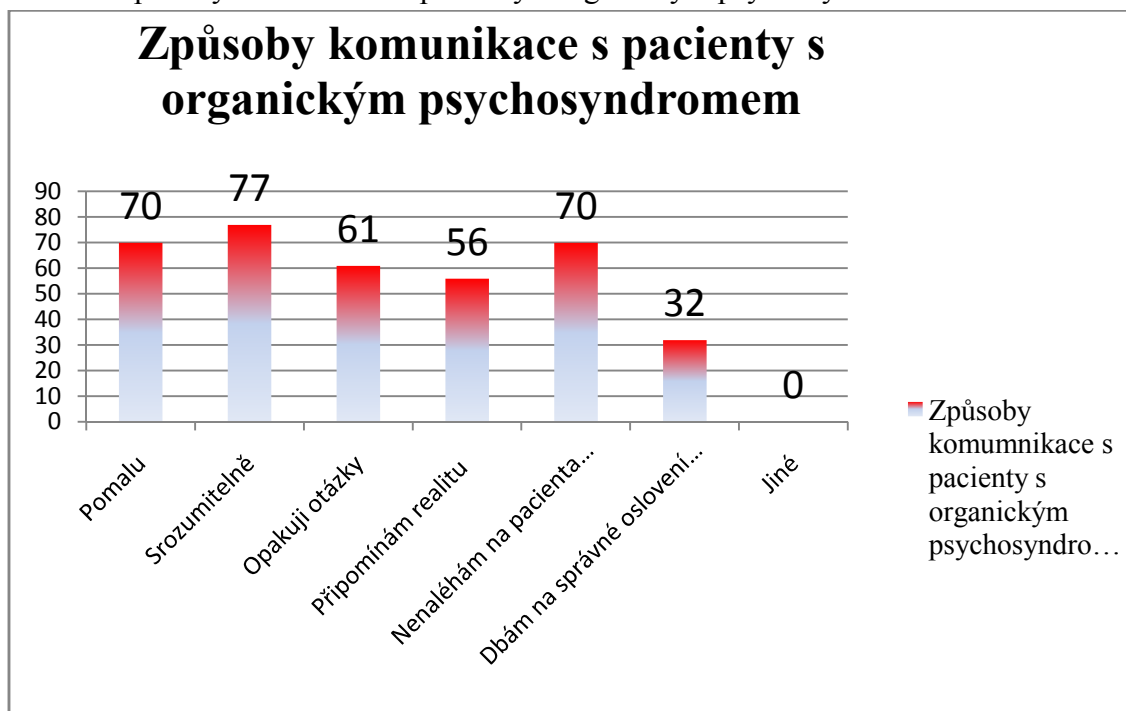
V otázce obtížné komunikace mohli respondenti opět označit více možností. Z celkového počtu odpovědí 313 se respondenti počtem 74 odpovědí vyjádřili, že je pro ně obtížné komunikovat s agresivním pacientem, 70 se shodlo v obtížné komunikaci se zmateným pacientem, 63 s neklidným pacientem. 52 s nespolupracujícím pacientem a 35 s pacientem s fatickou poruchou. Pro 10 respondentů je obtížná komunikace s apatickým a pro 9 s negativistickým pacientem.

Graf 14 Čeho se sestry obávají při péči o neklidné pacienty



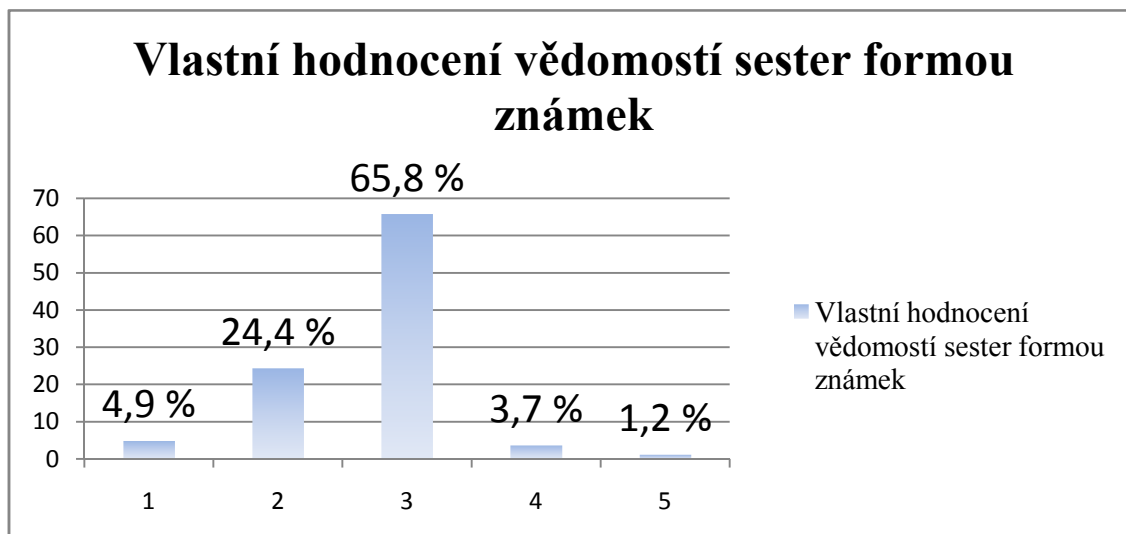
Graf č. 14 znázorňuje četnost odpovědí respondentů na otázku, čeho se sestry obávají při péči o neklidné pacienty. Z celkového počtu odpovědí 231, 68 označilo fyzické napadení ze strany pacienta, 64 sebepoškození pacienta. Obtížnosti poskytování kvalitní ošetrovatelské péče z důvodu neklidu pacienta se obává 56 respondentů. Ve zhoršené spolupráci s rodinou pacienta vidí problém 21 respondentů. 12 se obává zvýšené fyzické zátěže pro sestry a 10 zvýšené psychické zátěže.

Graf 15 Způsoby komunikace s pacienty s organickým psychosyndromem



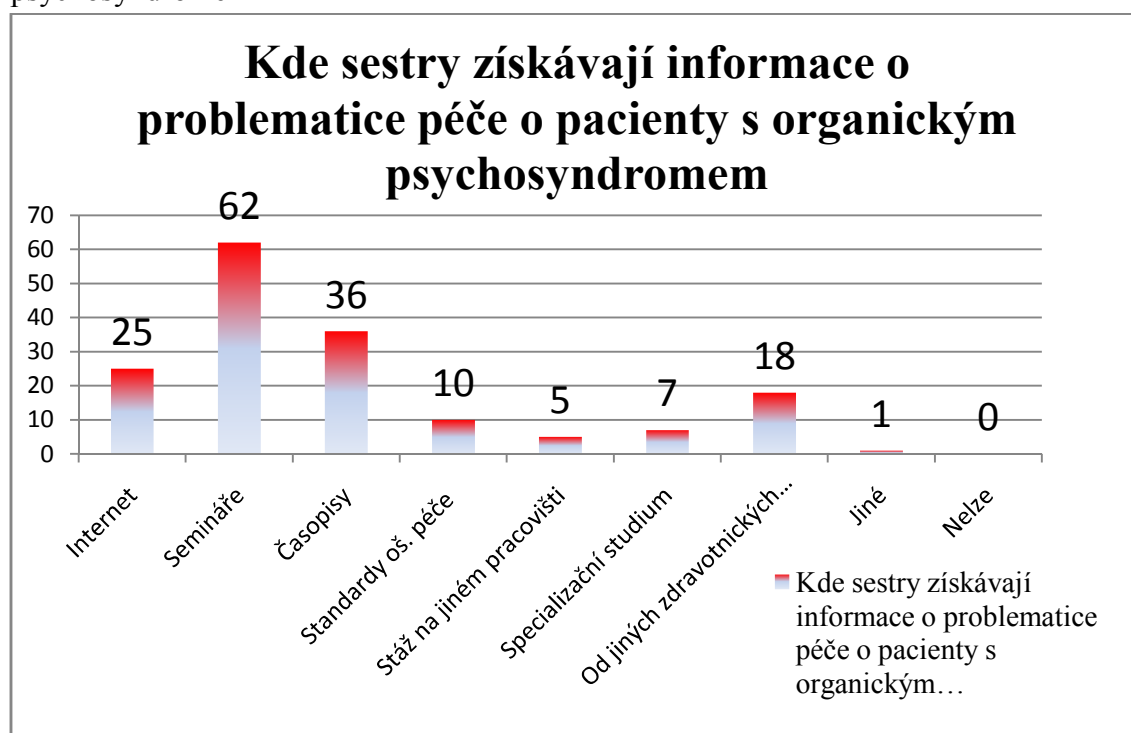
Tento graf vyhodnocuje, jaké jsou užívány způsoby komunikace sester s pacienty s organickým psychosyndromem. Respondenti opět mohli označit více odpovědí. Z celkového počtu 366 odpovědí jich 77 odpovědělo -srozumitelně, 70 – pomalu, v jednoduchých větách, 70 - nenaléhám na pacienta pokud odmítá nějakou činnost, 61 – opakují otázky, 56 -připomínám realitu, 32 - dbám na správné oslovení pacienta. Možnost jiné nevedl žádný respondent.

Graf 16 Vlastní hodnocení vědomostí sester formou známek



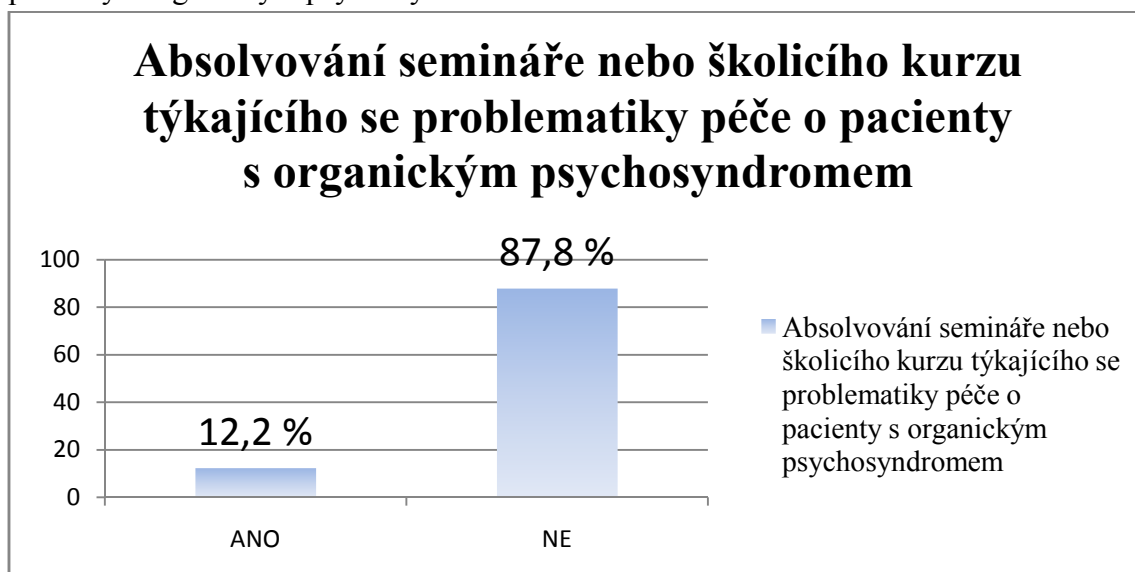
Graf 16 znázorňuje, jak sestry ohodnotily formou známek své vědomosti týkající se problematiky komunikace s organickým psychosyndromem. Z celkového počtu 82 (100 %), se nejvíce respondentů ohodnotilo známkou 3, 54 (65,8 %). Známkou 2, 20 respondentů (24,4 %), známkou 1, ohodnotili své vědomosti 4 respondenti (4,9 %) známkou 4, 3 respondenti (3,7 %) a známkou 5, se ohodnotil 1 respondent (1,2 %).

Graf 17 Kde sestry získávají informace o problematice péče o pacienty s organickým psychosyndromem



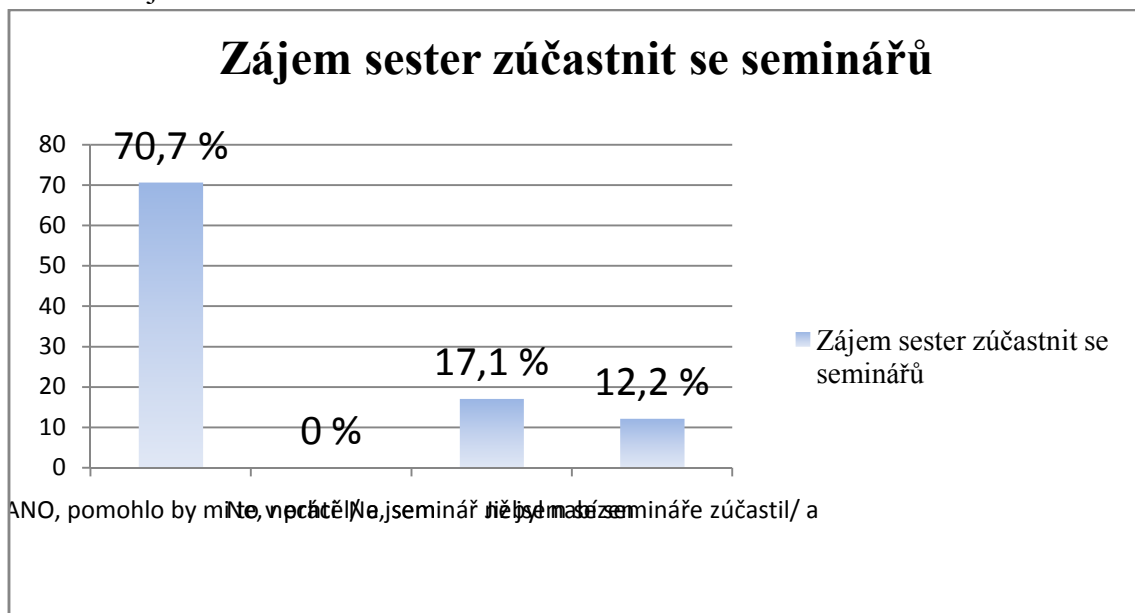
Na otázku získávání informací o problematice komunikace s pacienty s organickým psychosyndromem odpovídali respondenti označením více možností. Z celkového počtu 164 odpovědí označilo 62 respondentů odpověď- semináře, 36 odborné časopisy, 25 internet, informace od jiných zdravotnických pracovníků 18, standardy ošetrovatelské péče 10 respondentů, specializační studium 7, stáž na jiném pracovišti 5. Odpověď jiné zdroje např. knihy označil 1 respondent. Nikdo neoznačil, že nelze získat informace.

Graf 18 Absolvování semináře nebo školicího kurzu týkajícího se problematiky péče o pacienty s organickým psychosyndromem



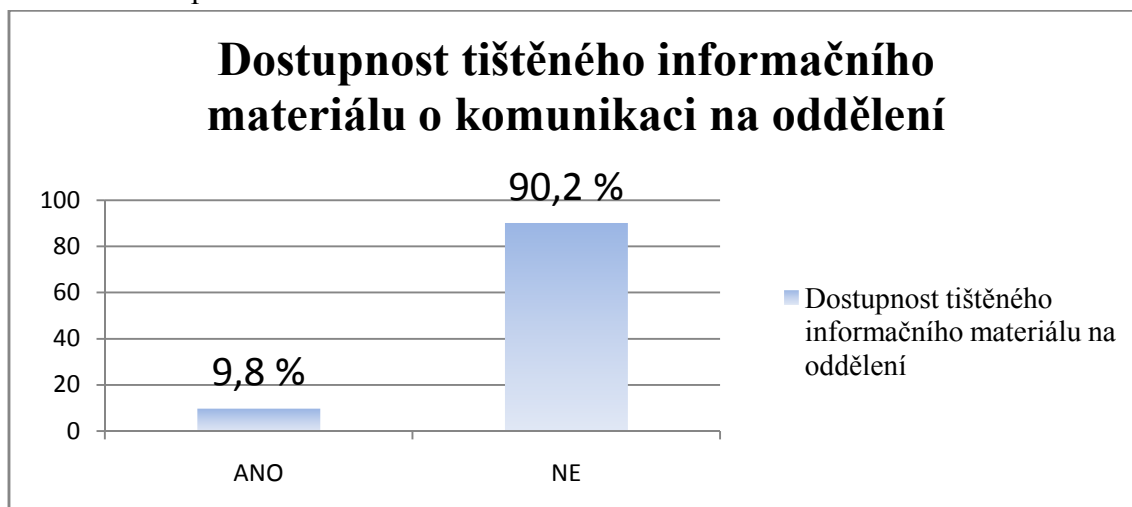
Graf 18 znázorňuje, že z celkového počtu 82 (100 %) se 72 respondentů (87,8 %) nezúčastnilo odborného semináře a 10 (12,2 %) zúčastnilo.

Graf 19 Zájem sester zúčastnit se seminářů



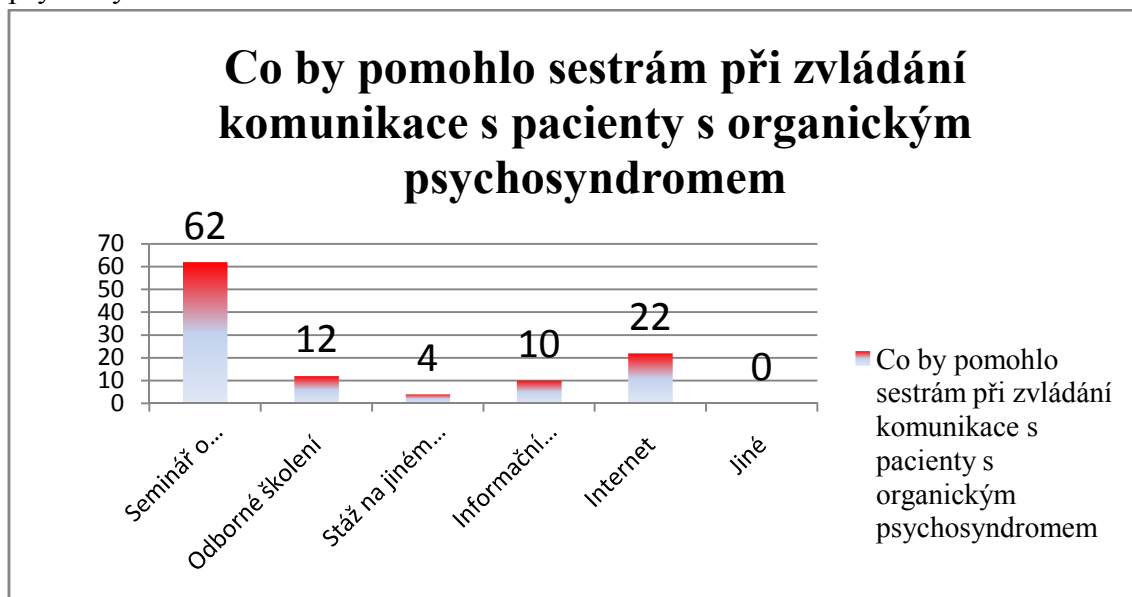
Na otázku zájmu zúčastnit se odborného semináře na dané téma, odpovědělo z celkového počtu 82 respondentů (100 %) 58 (70,7 %) -ano, pomohlo by mi to v práci, 14 (17,1 %) -ne, seminář nebyl nabízen. 10 respondentů (12,2 %) se již semináře zúčastnilo a nikdo nevyjádřil nezájem.

Graf 20 Dostupnost tištěného informačního materiálu o komunikaci na oddělení



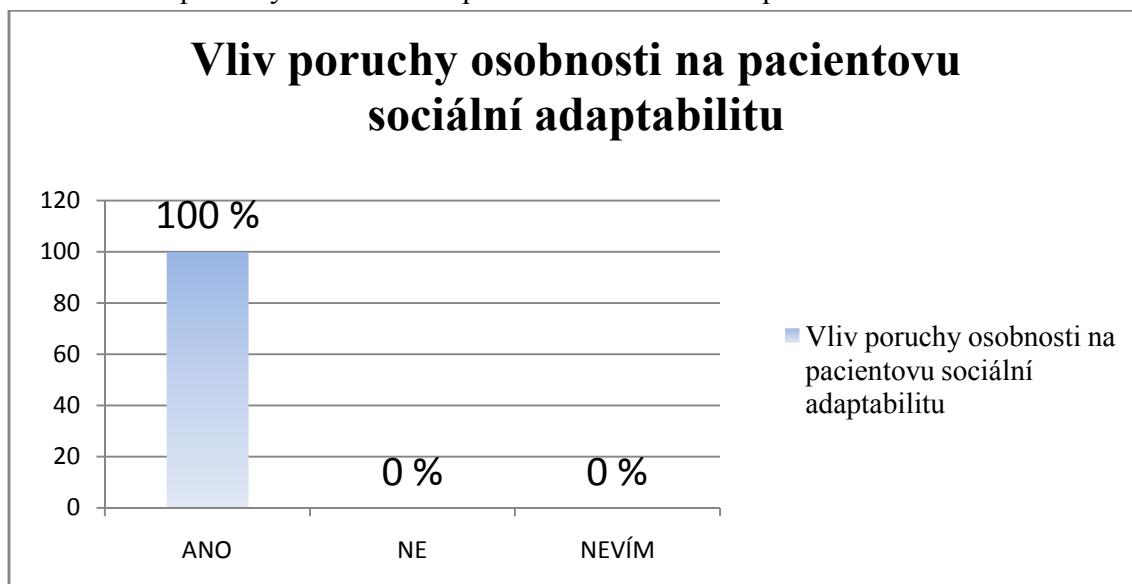
Z celkového počtu 82 respondentů (100%) odpovědělo 74 (90,2 %), že nemá k dispozici informační materiál a 8 (9,8%), že má na oddělení dostupný informační materiál o komunikaci.

Graf 21 Co by pomohlo sestřám při zvládnání komunikace s pacienty s organickým psychosyndromem



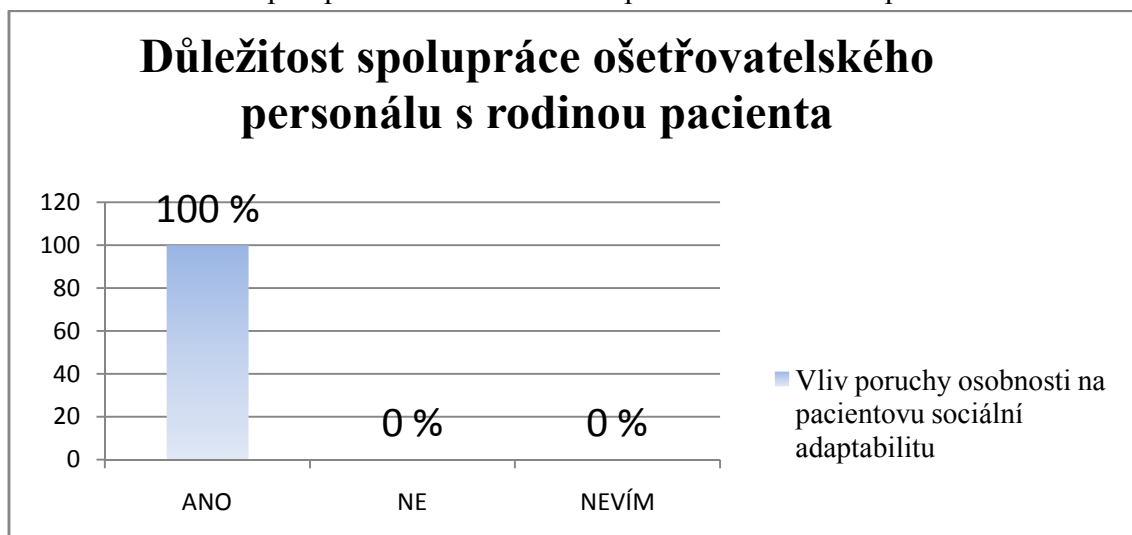
Respondenti mohli v této otázce označit více možností pomoci zvládnání komunikace s pacienty s organickým psychosyndromem. Z celkového počtu 110 odpovědí, označilo 62 respondentů seminář o komunikaci, 22 internet, 12 odborné školení, 10 informační brožury a 4 respondenti označili stáž na jiném pracovišti. Možnost jiné nevedl žádný respondent.

Graf 22 Vliv poruchy osobnosti na pacientovu sociální adaptabilitu



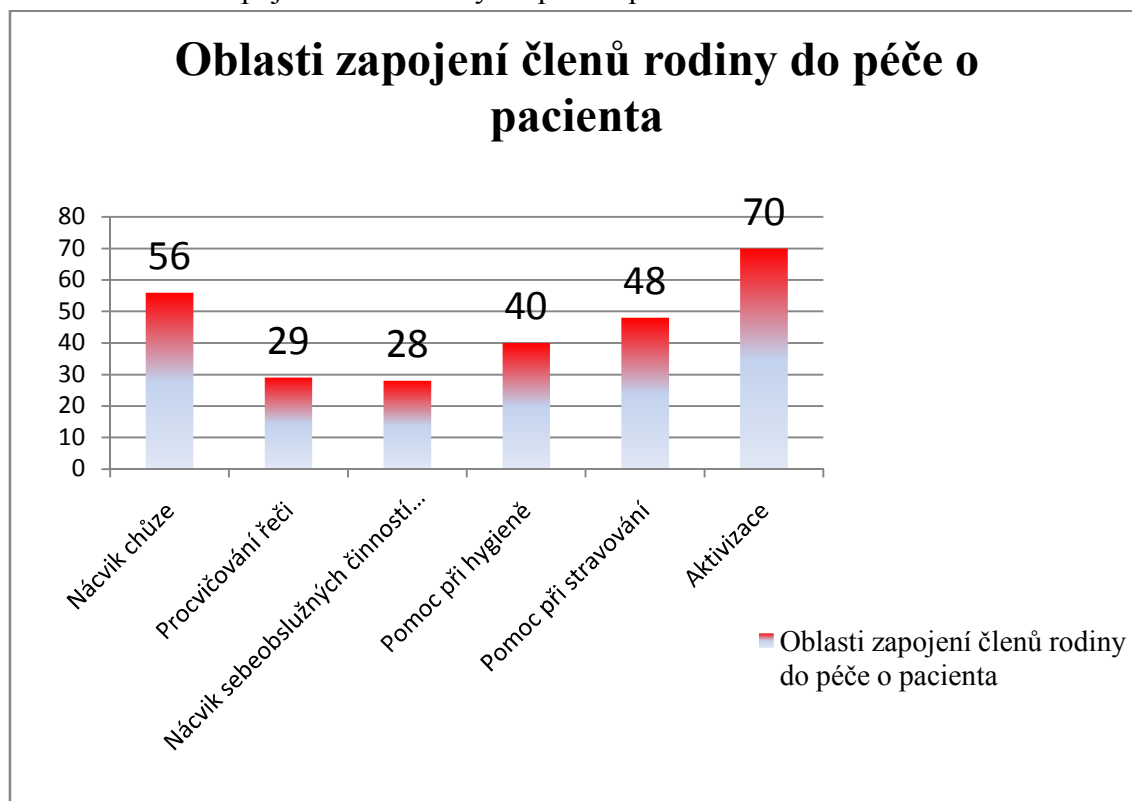
V této otázce se respondenti v počtu 82 (100 %) shodli, že porucha osobnosti a chování má vliv na pacientovu sociální adaptabilitu.

Graf 23 Důležitost spolupráce ošetrovatelského personálu s rodinou pacienta



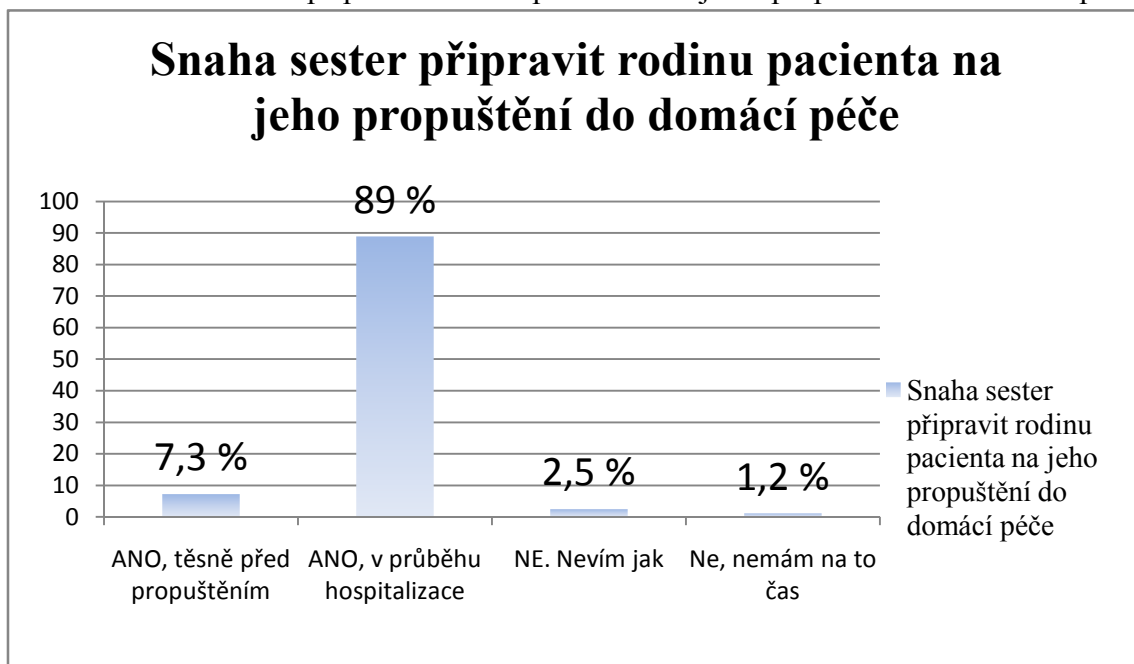
Graf 23 znázorňuje, že se respondenti v počtu 82 (100 %) shodli na důležitosti spolupráce ošetrovatelského personálu s rodinou pacienta s organickým psychosyndromem.

Graf 24 Oblasti zapojení členů rodiny do péče o pacienta



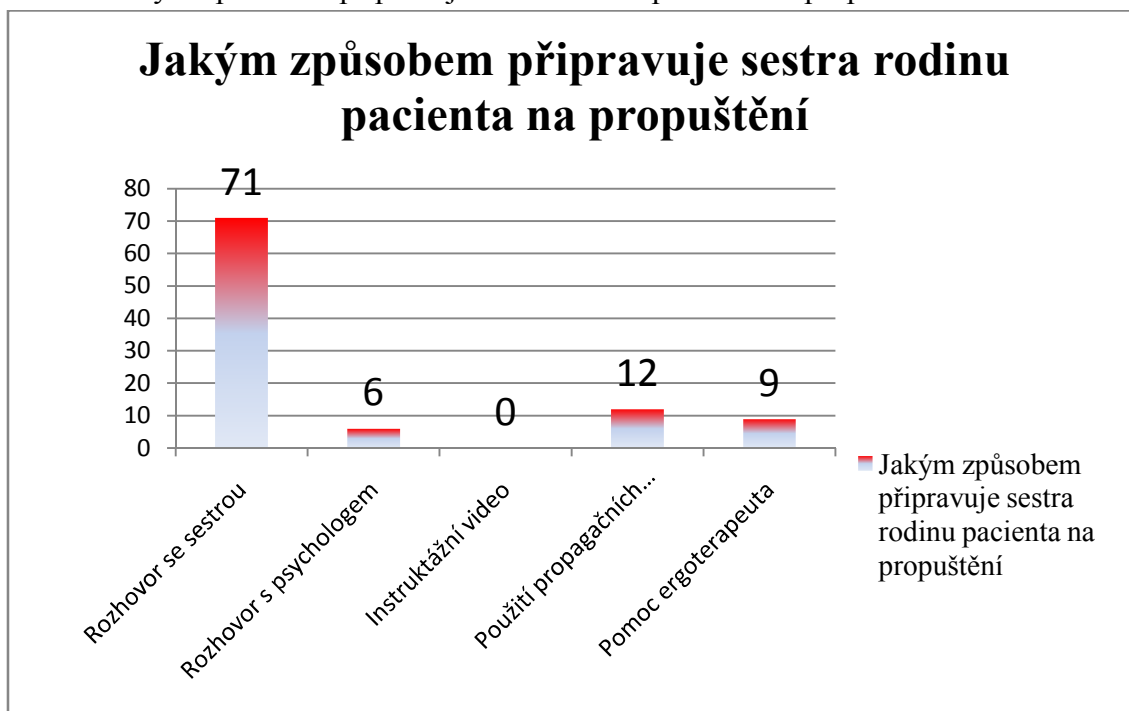
V otázce zapojení členů rodiny do péče o pacienta s organickým psychosyndromem mohli respondenti označit více odpovědí. Graf znázorňuje četnost odpovědí. Z celkového počtu 271 odpovědí bylo 70 odpovědí -pomoc při aktivizaci pacienta, 56- návuk chůze, 48 odpovědí považuje za důležité pomoc při stravování pacienta a 40- pomoc při hygieně pacienta. 29- procvičování řeči, 28 odpovědí- spolupráci při návuku samoobslužných činností pacienta.

Graf 25 Snaha sester připravit rodinu pacienta na jeho propuštění do domácí péče



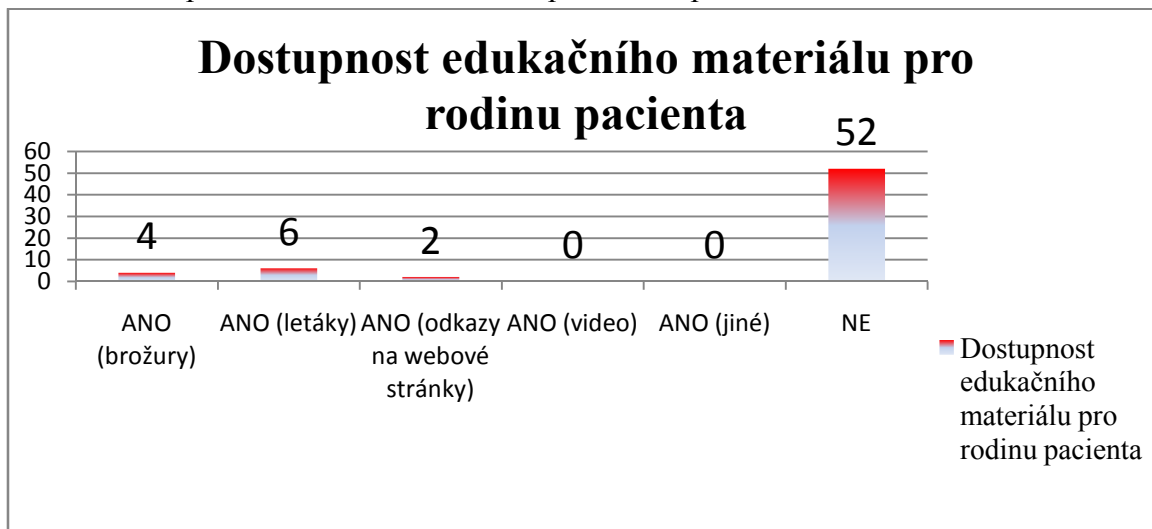
Z celkového počtu 82 (100 %) označilo 73 respondentů (89 %), že připravuje rodinu pacienta na propuštění již v průběhu hospitalizace, 6 respondentů (7,3 %) těsně před propuštěním, 2 respondenti (2,5 %) odpověděli, že neví jak rodinu na propuštění pacienta připravovat a 1 respondent (1,2 %) odpověděl, že nemá čas na přípravu rodiny.

Graf 26 Jakým způsobem připravuje sestra rodinu pacienta na propuštění



Graf 26 navazuje na graf předchozí, označuje četnost odpovědí. Respondenti zde označením více možností uvádějí, jakým způsobem připravují rodinu pacienta s uvedenou poruchou na propuštění. Z 98 odpovědí, 71 využívá rozhovoru se sestrou, ve 12 případech použijí informační letáky, v 9 případech vyhledají pomoc ergoterapeuta, a v 6 rozhovor s psychologem. Nikdo z respondentů neoznačil odpověď instruktační video.

Graf 27 Dostupnost edukačního materiálu pro rodinu pacienta



V otázce dostupnosti edukačního materiálu mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 64 odpovědí, 52 respondentů odpovědělo, že nemá k dispozici edukační materiál, 12 respondentů odpovědělo kladně, 4 odpovědi- brožury, 6 - informační letáky, 2- odkazy na webové stránky. Odpověď- video, nebo- jiné neoznačil nikdo.

5. Diskuze

Bakalářská práce byla zaměřena na specifika ošetrovatelské péče u pacientů s organickým psychosyndromem. Tento pojem, jak je již uvedeno v teoretické části naší bakalářské práce je zahrnut v diagnóze F07 - Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku (25).

Výzkumnými cíli bylo zjistit, jaká je připravenost sester komunikovat a pečovat o pacienty s organickým psychosyndromem a zjistit, zda má vzdělání sester vliv na poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s organickým psychosyndromem.

Dalším výzkumným cílem naší práce bylo zjistit, jakým způsobem sestry edukují rodinu pacienta před propuštěním do domácí péče a jakým způsobem sestry s rodinou celkově spolupracují.

Výzkumné šetření bylo prováděno v nemocnici České Budějovice a.s., na traumatologickém, neurochirurgickém, neurologickém a psychiatrickém oddělení.

K ověření hypotéz byla použita dotazníková metoda. Jedná se o kvantitativní výzkum. Bylo rozdáno 100 dotazníků pro sestry a použito ke zpracování jich bylo 82. Byli osloveni respondenti ve věku od 21 let.

Z celkového počtu 82 respondentů odpovídala převážná většina žen 95 % a 5 % mužů. (Graf 1). Výzkumu se zúčastnilo 40 sester z Traumatologie, 19 z Neurochirurgie, 15 z Neurologie, a 8 z Psychiatrie (graf číslo 6.)

Graf číslo 2 a 5 mapuje věk respondentů a délku jejich odborné praxe. Respondentů s nejkratší dobou praxe a tedy ve věku 21 - 25 let odpovídalo 46,3 % a ve věku 26 - 40 let 31,7 %, tedy nejvíce. Ve věkovém rozmezí 41-50 let a nad 51 let odpovídalo celkem 22 % respondentů.

Graf číslo 3 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvíce respondentů má specializační a vysokoškolské vzdělání. Střední zdravotnickou školu uvedlo 22% respondentů a Vyšší odbornou školu uvedlo také 22 % respondentů.

Další otázka pak měla více mapovat rozšířené vzdělávání sester. Zjistili jsme, že nejvíce sester si zvyšuje vzdělání formou seminářů na pracovišti 45, velký počet sester se věnuje bakalářskému studiu - 25. Odpovídalo také 6 sester, které studují specializační

obor a 5, které studují vysokoškolský magisterský obor. Přestože zde byla v šesti případech označena jiná forma zvyšování vzdělání, nebyla bohužel upřesněna.

Následují otázky konkretizující znalosti pojmu organický psychosyndrom. 93,9 % respondentů odpovědělo, že se s pojmem organický psychosyndrom setkala (graf číslo 7). 53,7 % respondentů zná pojem organický psychosyndrom z praxe a 45,1 % ze studia. Pouze 1,2 % respondentů tento pojem nezná.

Marková uvádí (13), že hlavními projevy organického psychosyndromu je neklid, zmatenost, zpomalení psychiky, podrážděnost, agresivita a zkreslené vnímání reality pacienta. Náš výzkum prokázal, že 100 % respondentů pojem organický psychosyndrom zná, neboť označili tyto projevy jako dominantní.

Z výzkumného šetření vyplývá, že si respondenti zvyšují vzdělání a to potvrzuje spolu s následnými znalostními otázkami hypotézu číslo 2, že sestra s vyšším vzděláním má více informací o poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s organickým psychosyndromem.

Z grafu číslo 10 je patrné, že se respondenti setkávají s pojmem často.

Otázky číslo 11-16 se více věnují komunikaci a ošetrovatelské péči sester o pacienty s organickým psychosyndromem. Respondenti si podle svých odpovědí v převážné většině případů (99 %), uvědomují rozdílnost komunikace a nejobtížněji se jim (podle našich předpokladů) komunikuje s agresivními pacienty. Nejvíce se obávají fyzického napadení za strany pacienta a možného sebepoškození pacienta. Toto šetření potvrzuje zjištění z výzkumu M. Zuzákové (28). Ve svém výzkumu zjistila, že „obtížný“, je pro sestry pacient agresivní, neklidný a zmatený.

Graf číslo 15 pak specifikuje způsob komunikace sester s pacientem s organickým psychosyndromem. Náš výzkum zde potvrdil znalosti sester stran využití komunikačních technik, které uvádí Janáčková (6). (přítakání, opakování, vysvětlení, objasnění, povzbuzení, ocenění).

Graf číslo 16 výzkumného šetření zobrazuje, jak zhodnotili respondenti (dle vlastního uvážení), své vědomosti o komunikaci s pacientem s organickým psychosyndromem, pomocí známkování. Respondenti považují své znalosti za průměrné a chvalitebné, neboť známkou číslo 2 a 3 se ohodnotilo 90 % respondentů.

Většina respondentů uvádí, že se zatím nezúčastnila semináře týkajícího se problematiky péče o pacienty s organickým psychosyndromem, ale měla by zájem se semináře zúčastnit, pokud by byl nabízen. Mohl by jim, dle odpovědí, pomoci v práci.

Z grafu číslo 17 a 21 nicméně vyplývá, že respondenti mají představu, z jakých prostředků (webové odkazy, odborné časopisy...) získávat informace o problematice komunikace a ošetrovatelské péče o pacienty s organickým psychosyndromem. Tištěný informační materiál týkající se problematiky ošetrovatelské péče o pacienty s organickým psychosyndromem mají k dispozici 90,2 % respondentů a jak z našeho výzkumu vyplynulo, tyto materiály mají na oddělení k dispozici respondenti z Psychiatrie.

Výzkumné šetření svědčí o tom, že respondenti znají komunikační techniky, které uvádí literatura (6, 9, 22) a tím vyvrací hypotézu číslo 1, že sestry nemají informace týkající se specifické komunikace s pacientem s organickým psychosyndromem.

Další otázky měly zjistit, zda sestry zapojují rodinné příslušníky do péče o pacienta s organickým psychosyndromem a jakým způsobem. Náš výzkum potvrdil to, co uvádí Marková (13). 100 % respondentů se shodlo, že organický psychosyndrom má vliv na pacientovu sociální adaptabilitu a že je spolupráce ošetrovatelského personálu s rodinou pacienta důležitá. **Graf číslo 25 nám potvrdil hypotézu číslo 3, že sestra edukuje rodinu pacienta průběžně během jeho hospitalizace, neboť 89 % respondentů odpovědělo na otázku edukace kladně.**

Graf číslo 26 potvrzuje náš předpoklad, že sestra používá k edukaci rodinných příslušníků nejčastěji komunikační metodu rozhovoru. Tím se potvrdila hypotéza číslo 5.

Sestra v rámci edukace zapojuje rodinné příslušníky do péče o pacienty s organickým psychosyndromem různými způsoby. Nejvíce respondentů označilo aktivizaci pacienta, doprovod při chůzi, procvičování řeči, pomoc při hygieně a stravování a nácvik dalších samoobslužných činností pacienta.(graf číslo 24) Tato oblast zapojení členů rodiny do péče o pacienta je rozhodně přínosem zkvalitnění ošetrovatelské péče, což ve svém výzkumu potvrdila M. Zuzáková (28). **Jak náš**

výzkum tedy předpokládal, hypotéza číslo 4 - sestra zapojuje rodinné příslušníky do nácviku soběstačnosti u pacientů s organickým psychosyndromem se potvrdila.

Na otázku číslo 27, zda mají respondenti na oddělení k dispozici tištěný edukační materiál k poskytování informací o komplexní péči o pacienty s organickým psychosyndromem, odpověděla podle našich předpokladů většina respondentů záporně.

To potvrzuje naši hypotézu číslo 6, že sestra nemá k dispozici tištěný edukační materiál k poskytování informací o komplexní ošetrovatelské péči o pacienty s organickým psychosyndromem.

6. Závěr

Pacienti s organickým psychosyndromem se mohou projevovat podivně a neobvykle. Charakteristické projevy jsou agrese, neklid, dezorientace či apatie. Anebo prostě nespolupracují, protože neví, co se s nimi děje. Ošetrovatelská péče zahrnuje kromě běžné péče at' už v bezprostředním pooperačním období nebo v horizontu dlouhodobější rekonvalescence, především zvláštní přístup k těmto lidem, kteří jsou ve své nedobrovolně změněné situaci zmatení a cítí se ztraceni. Přístup k těmto nemocným vyžaduje ze strany ošetrovatelského personálu nejen nekonečnou trpělivost, ale i znalosti a vědomosti.

Bakalářská práce byla zaměřena právě na zvláštnosti ošetrovatelské péče a především komunikace s pacienty s organickým psychosyndromem při kraniocerebrálním poranění či onemocnění mozku. Oslovili jsme v našem výzkumu sestry z Traumatologie, Neurochirurgie, Neurologie a Psychiatrie. Snahou našeho výzkumu bylo zjistit, jak jsou sestry připraveny komunikovat s pacienty s organickým psychosyndromem, zda má vzdělání sester vliv na poskytování ošetrovatelské péče. Dalšími cíli našeho výzkumu bylo zjistit, zda sestry spolupracují s rodinou pacienta s organickým psychosyndromem a jakým způsobem rodinu edukují. Cíle práce byly splněny.

Hypotéza číslo 1 „Sestry nemají informace, týkající se specifické komunikace s pacientem s organickým psychosyndromem“, byla vyvrácena. V našem výzkumném šetření jsme zjistili, že se sestry z vybraných oddělení s pacienty s organickým psychosyndromem setkávají, ví, jak se mohou tito pacienti projevovat, jak s nimi komunikovat, i kde je možné získávat informace o dané problematice.

Hypotéza číslo 2 „Sestra s vyšším vzděláním má více informací o poskytování ošetrovatelské péče o pacienta s organickým psychosyndromem“ se potvrdila.

Hypotéza číslo 3 „Sestra edukuje rodinu pacienta průběžně, během jeho hospitalizace se potvrdila.

Hypotéza číslo 4 „Sestra zapojuje rodinné příslušníky do nácviku soběstačnosti u pacienta s organickým psychosyndromem“ se potvrdila.

Hypotéza číslo 5 „Sestra nejčastěji edukuje rodinu pacienta rozhovorem“ se potvrdila.

Hypotéza číslo 6 „Sestra nemá k dispozici tištěný edukační materiál k poskytování informací o komplexní péči o pacienta s organickým psychosyndromem“ se potvrdila.

S pacientem s organickým psychosyndromem se sestra nemusí na svém pracovišti setkávat často, přesto mají specifika poskytované ošetrovatelské péče takový význam, že by jim měla být věnována pozornost.

Tato bakalářská práce by mohla vést sestry k zamyšlení, zda je jejich praxe a vzdělání dostatečně připravilo na nestandardní situace, které mohou v jejich práci nastat, při péči o pacienty, kteří se následkem poranění či onemocnění mozku projevují neobvykle a péče o ně je jistě náročnější. Sestry se pak mohou zamyslet nad možnostmi jejich dalšího vzdělávání, které by mohly využít v praxi. Zapojování rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče je trendem moderní doby a tím i výzvou pro ošetrovatelský personál.

Přínos této práce spočívá v uvědomění si nutnosti rozšiřování vzdělání sester a následného využití získaných vědomostí a schopností v praxi.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAMS, B., HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 488s. ISBN 80-7169-893-8
2. BARTOŠÍKOVÁ, I. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 203s. ISBN 80-7013-288-4
3. BOHÁČEK, P. *Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu*. Sestra. Praha: 2008, roč. 18, č. 1, s. 33 - 34. ISSN 1210-0404
4. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 309s. ISBN 80-246-1216-X
5. EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*, 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 166s. ISBN 978-80-7367-390-1
6. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*, 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 136s. ISBN 978-80-7367-477-9.
7. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*, 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 352s. ISBN 978-80-247-1830-9.
8. KRAMÁROVÁ, N. *Gerontopsychiatrie*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zemědělská fakulta, 2000. 46s. ISBN 80-7040-442-6.
9. KRISTOVÁ, J. *Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním*. Sestra.: 2008, roč. 18, č. 12, s. 23 - 24. ISSN 1210-0404.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*, 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1995. 155s. ISBN 80-7013-187-X.
11. LIPPERTOVÁ - GRUNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*, 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 350s. ISBN 80-726-231-76.
12. MAGUROVÁ, J., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*, 1.vyd.Osveta, 2009. 154s. ISBN-13:978-80-8063-326-4

13. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352s. ISBN 80-247-1151-6.
14. NĚMEC, I., STUHLÍKOVÁ, H. *Agresivní pacient*. Sestra: 2007, roč. 17, č. 11, s. 24. ISSN 1210-0404.
15. PLAS., J. *Speciální chirurgie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 111s. ISBN 80-246-0187-7.
16. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*, 1.vyd. NCO NZO,2008 104s. ISBN -13:978-80-7013-466-5
17. PREISS, M., a kol., *Klinická neuropsychologie*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 406s. ISBN 80-7169-443-6.
18. SEIDL, Z. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 168s. ISBN 978-80-247-2733-2.
19. ŠNÝDROVÁ, I. *Psychodiagnostika*, 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 143s. ISBN 978-80-7367-464-9.
20. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186s. ISBN 80-7013-324-8.
21. TRESS, W., KRUSSE, J., OTT, J. *Základní psychosomatická péče*, Praha: Portál, 2008. 394s. ISBN978-80-7367-309-3.
22. TUČEK, J., CHODURA, V. *Psychiatrie*, 3. vyd., České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 89s. ISBN 80-7040-786-7.
23. VALENTA, J., a kol. *Základy chirurgie*, 2. doplň. vydání, Galén Karolinum, 2007. ISBN 978-80-7262-403-4
24. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*, 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400s. ISBN 80-7178-740-X.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2008., *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, Desátá revize, aktualizovaná druhá verze, Praha, 2008. 860s. ISBN 978-80-904259-0-3

26. ZACHAROVÁ, E. *Úvod do studia zdravotnické psychologie*, 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2002. 128s. ISBN 80-7042-333.
27. ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5.
28. ZUZÁKOVÁ, M. *Obtížný pacient v práci sestry*, České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. 2007. 68 s., 7 s. příloh. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Hana Sloupová – Bürgerová, R.N.

8. Klíčová slova

Sestra

Psychosyndrom

Pacient

Mozek

Vědomí

Kraniocerebrální poranění

9. Seznam příloh

1. Glasgow Coma Scale
2. Dotazník
3. Hierarchie potřeb podle Maslowa

Příloha č. 1 Glasgow Coma Scale

<i>Odpověď</i>	<i>Reakce na určitý podnět</i>	<i>Body</i>
Otevření očí	spontánní	4
	na oslovení	3
	na bolestivý podnět	2
	pacient nereaguje	1
Slovní odpověď	plně orientován	5
	zmatená	4
	nepřiměřená	3
	nesrozumitelná	2
	bez odpovědi	1
Motorická odpověď	uposlechne příkaz	6
	adekvátní reakce na bolestivý podnět	5
	úhyb	4
	flexe na bolestivý podnět	3
	extenze na bolestivý podnět	2
	bez odpovědi	1
Celkové skóre		3-15

Zdroj: (7)

Příloha č. 2 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Gondášová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor Všeobecná sestra. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění tohoto dotazníku. Získané informace budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce, která mapuje specifika ošetrovatelské péče u pacientů s organickým psychosyndromem po kraniocerebrálním poranění, onemocnění. Veškeré informace jsou anonymní. Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

Pokyny k vyplnění dotazníku: Není- li uvedeno jinak, označte pouze jednu možnost

1. Pohlaví:

- Žena Muž

2. Věk:

- 21– 25 let 26 – 40
 41 – 50 51 – více

3. Uved'te prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- SZŠ specializace
 VOŠ Vysokoškolské

4. Jakým způsobem si v současné době zvyšujete vzdělání? (můžete označit i více odpovědí):

- studuji specializační obor...
- studuji VŠ bakalářský obor...
- studuji VŠ magisterský obor ...
- semináře na pracovišti
- jiné ...
- žádné

5. Jaká je délka vaší odborné praxe?

- 0 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 a více let

6. Na jakém oddělení pracujete:

7. Setkala jste se s pojmem organický psychosyndrom?

- ano
- vůbec ne
- jen okrajově

8. Setkala jste se s tímto pojmem:

- při studiu...
- v praxi
- nesetkala

9. Jaké projevy podle Vás zahrnuje organický psychosyndrom? (můžete označit i více odpovědí):

- zpomalení psychiky pacienta
- neklid pacienta
- podrážděnost až agresivitu pacienta
- zmatenost a dezorientaci pacienta v místě a čase
- zkreslené vnímání reality pacienta
- nespavost pacienta
- jiné...

10. Jak často se setkáváte s pacienty s organickým psychosyndromem?

- denně
- 1x za týden
- 1x za měsíc
- 1x za půl roku
- minimálně
- jiné...

11. V čem spatřujete rozdíl v péči o pacienta s organickým psychosyndromem, oproti běžné péči ? (můžete označit i více odpovědí):

- fyzická zátěž pro ošetřující personál
- psychická zátěž pro ošetřující personál
- rozdílná komunikace personálu s pacientem
- odlišné využití komunikačních technik
- výraznější zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienta

12. Uvědomujete si rozdíly v komunikaci s pacientem organickým psychosyndromem?

- ano
- ne

13. S jakým pacientem se Vám obtížně komunikuje?(můžete označit i více odpovědí):

- neklidný
- agresivní
- apatický
- negativistický
- zmatený
- s fatickou poruchou
- nespolupracující

14. Čeho se obáváte při péči o neklidné, případně agresivní pacienty?(můžete označit i více odpovědí):

- fyzické napadení ze strany pacienta
- zvýšená fyzická zátěž pro sestry
- zvýšená psychická zátěž pro sestry
- obtížnost poskytování kvalitní ošetrovatelské péče z důvodu neklidu pacienta
- obava ze sebepoškození pacienta
- zhoršená spolupráce s rodinou pacienta z důvodu nepochopení zdravotního stavu pacienta rodinnými příslušníky

15. Jakým způsobem komunikujete s pacientem s organickým psychosyndromem? (můžete označit i více odpovědí):

- pomalu
- srozumitelně, v jednoduchých větách
- opakuji otázky
- připomínám realitu (čas, místo, osobu)
- nenaléhám na pacienta, pokud odmítá nějakou činnost
- dbám na správné oslovení pacienta
- jiné...

16. Domníváte se, že máte dostatek vědomostí jak komunikovat s pacienty organickým psychosyndromem?

Můžete se pokusit ohodnotit své vědomosti známkou (jako ve škole):

1 2 3 4 5

17. Kde byste získávala informace o problematice péče o pacienty s organickým psychosyndromem (můžete označit i více odpovědí):

- internet
- semináře
- časopisy
- standardy ošetrovatelské péče
- stáž na jiném pracovišti
- specializační studium
- od jiných zdravotnických pracovníků (lékař, psycholog)
- jiné...
- nelze

18. Absolvovala jste někdy seminář nebo školicí kurs týkající se problematiky péče o pacienty s organickým psychosyndromem?

- ano
- ne

19. Měla byste zájem zúčastnit se seminářů na toto téma?

- ano, pomohlo by mi to v práci
- ne, nechtěla jsem
- ne, neměla jsem možnost (seminář nebyl nabízen)
- již jsem se semináře zúčastnila

20. Máte na oddělení k dispozici tištěný informační materiál o problematice komunikace s pacienty organickým psychosyndromem?

- ano
- ne

21. Označte prosím, co by podle Vás pomohlo sestřám při zvládnutí komunikace s pacienty s organickým psychosyndromem (můžete označit i více odpovědí):

- seminář o komunikaci
- odborné školení
- stáž na jiném pracovišti
- informační brožury
- internet
- jiné...

22. Domníváte se, že má organický psychosyndrom vliv na pacientovu sociální adaptabilitu?

- ano
- ne
- nevím

23. Je podle Vás spolupráce ošetrovatelského personálu s rodinou pacienta s organickým psychosyndromem důležitá?

- ano
- ne

24. V jakých oblastech zapojujete členy rodiny do péče o pacienta (můžete označit i více možností):

- nácvik chůze pacienta
- procvičování řeči s pacientem
- nácvik samoobslužných činností pacienta
- pomoc při hygieně pacienta
- pomoc při stravování pacienta
- aktivizace pacienta

25. Snažíte se připravit rodinu pacienta na jeho propuštění do domácí péče?

- ano, těsně před propuštěním pacienta
- ano, v průběhu hospitalizace pacienta
- ne, nevím jak
- ne, nemám na to čas

24. Jakým způsobem připravujete rodinu pacienta s organickým psychosyndromem na jeho propuštění do domácí péče?(můžete označit i více odpovědí):

- rozhovor se sestrou
- rozhovor s psychologem
- instruktážní video
- použití informačních letáků
- pomoc ergoterapeuta

27. Máte k dispozici edukační materiál pro rodinu pacienta? (můžete označit i

více možností

ano,

-brožury

-letáky

-odkazy na www stránky

-video

- jiné...

ne

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Zdroj: (Vlastní výzkum)

Příloha č. 3: Hierarchie potřeb dle Maslowa



Maslowova hierarchia potrieb

Zdroj: (20)