

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Podpora soběstačnosti u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě.

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Ivana Chloubová R.N.

Autor:

Lenka Jirků

16. srpna 2011

Poděkování:

Ráda bych na tomto místě poděkovala paní Mgr. Ivaně Chloubové za odborné vedení bakalářské práce, za trpělivost a vstřícný přístup. Další veliký dík patří mé rodině za pomoc, trpělivost a podporu při mém studiu.

Abstract:

This thesis is entitled: Emphasis on making a hemiplegic patient self – sufficient after cerebral apoplexy.

Nowadays, cerebral apoplexy is no longer a disease that only attacks elderly people, but increasingly, persons at a productive age. The consequences of this disease are diverse and vary according to the affected person, both in extent and severity. This is why this disease fundamentally changes the way of life of both the diseased and their families.

The theoretical part of my bachelor thesis is focussed on the disease itself. The reader of this thesis will learn more about the nature and the substance of this disease. This thesis describes the types of cerebral apoplexy, the risk factors, the diagnosis and the methods of treatment. It further describes the principles of methods for nursing people suffering cerebral apoplexy, emphasising their self-sufficiency, rehabilitation and rehabilitation targets.

The second part of my bachelor thesis was research work. The applied method was based on a survey in which two types of questionnaires were deployed, one for respondents working in inpatient wards in medical facilities and one for respondents working as home carers. This part focussed on acquiring information and discovering differences in providing support to hemiplegic patients after cerebral apoplexy to help them to become self-sufficient in personal hygiene and to collaborate with a physiotherapist, both in an inpatient ward and during home care.

The objectives of my thesis have been accomplished. The research work helped to discover if nurses collaborate with physiotherapists, which compensation tools are most frequently utilized at the relevant nursing place and which tools are preferably chosen and utilized by the patients themselves. It was also found how often nurses exercise patient self-sufficiency in matters of personal hygiene. The results should contribute to better nursing care provided to patients after cerebral apoplexy.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma podpora soběstačnosti u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses. cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne.....

Podpis.....

Lenka Jirků

Obsah

ÚVOD.....	7
1. SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Úvod do problematiky.....	8
1.1.1 Základ anatomie a fyziologie nervového systému.....	9
1.1.2 Cévní mozkové zásobení	9
1.2 Dělení cévních mozkových příhod.....	10
1.2.1 Ischemické cévní mozkové příhody	11
1.2.2 Hemoragické cévní mozkové příhody	11
1.2.3 Následky cévních mozkových příhod.....	12
1.3 Rizikové faktory.....	13
1.3.1 Prevence cévní mozkové příhody	13
1.4 Diagnostika cévní mozkové příhody.....	14
1.4.1 Radiodiagnostické metody.....	15
1.4.2 Neurosonologie a metody nukleární medicíny	16
1.4.3 Angiografie	16
1.5 Léčba cévní mozkové příhody	17
1.5.1 Léčba medikamentózní a chirurgická	18
1.5.2 Trombolýza, indikace a kontraindikace.....	18
1.6 Zásady ošetrovatelské péče o nemocné po CMP	19
1.6.1 Podpora soběstačnosti při každodenních činnostech, pomůcky	20
1.6.2 Rehabilitace a její cíle.....	22
2. CÍL A HYPOTÉZY	24
2.1 Cíl výzkumu	24

2.2	Hypotézy	24
3.	METODIKA	25
3.1	Metodika výzkumu.....	25
3.2	Charakteristika výzkumného prostředí	25
3.3	Charakteristika vzorku respondentů.....	25
4.	VÝSLEDKY	26
4.1	Výsledky dotazníků pro sestry na lůžkovém oddělení.....	26
4.2	Výsledky dotazníků od respondentů z agentúry domácí péče	43
5.	DISKUSE.....	60
6.	ZÁVĚR	64
7.	SEZNAM POUŽITÉ A CITOVANÉ LITERATURY.....	66
8.	KLÍČOVÁ SLOVA	69
9.	PŘÍLOHY	70

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila proto, že mě nejenom velice zajímá, ale také již šest let pracuji jako sestra na neurologickém oddělení a péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou je moje každodenní práce a její hlavní součástí je podpora soběstačnosti. Cévní mozková příhoda není v dnešní době onemocnění pouze starších lidí, ale bohužel čím dál tím častěji postihuje mladší populaci. Pro tyto nemocné je velice důležité, aby se mohli co nejdříve zapojit zpátky do běžného života a proto kvalitní ošetrovatelská péče, podpora rodiny, včasná rehabilitace a další pomoc v domácí péči jsou hlavní faktory, aby se nemocný vrátil do běžného života a dokázal nad tímto onemocněním zvítězit.

Cílem mé práce je zjistit rozdíly podpory soběstačnosti u hemiplegických pacientů s cévní mozkovou příhodou v oblasti hygieny na lůžkových odděleních a v Agentuře domácí péče. Dále bych ráda zjistila, v jakém prostředí se nemocný lépe zapojí do podpory soběstačnosti a z jakého důvodu.

Práce obsahuje anatomii a fyziologii nervového systému a cévní zásobení mozku, dále dělení mozkových příhod, rizikové faktory, diagnostiku daného onemocnění, léčbu a zásady ošetrovatelské péče, kde je velice důležitá hlavně rehabilitace.

K mé bakalářské práci jsem si zvolila metodiku pomocí kvantitativního výzkumu, kde jsem použila metodu dotazování, technikou dotazníků podaných sestřám, jak na lůžkovém oddělení, tak v ADP. Podstatou této práce je zjistit rozdíly ošetrovatelské péče na lůžkovém oddělení a v ADP a použít to jako edukační materiál pro sestry a pokusit se zlepšit tak péči o nemocné po cévní mozkové příhodě.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Úvod do problematiky

„Cévní mozková příhoda, nebo také iktus, je podle WHO definována jako rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu.“ (12, str. 171). Cévní mozková příhoda je tedy urgentní stav, vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení terapie. V České republice roste úmrtnost na cévní mozkovou příhodu rychleji než úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční. Iktus vznikne, když dojde k ruptuře nebo k uzávěru tepny, která přivádí okysličenou krev do mozku. Díky tomu je přerušeno zásobování mozku krví a dochází k nedostatečnému okysličení mozkových buněk. Pokud mozkové buňky ztratí přísun kyslíku a živin přestanou přechodně fungovat nebo odumřou. K příčinám cévní mozkové příhody patří vysoký krevní tlak, malformace krevních cév, mozkové nádory, úrazy a další smíšené stavy. Vysoký význam na vzniku choroby mají dva patologické procesy trombóza a embolie. „Trombóza, je blokáda arterie mozku, způsobena pevnou krevní sraženinou, neboli trombem, který vzniká v systému krevních cév.“ (22, str. 13). „Embolie, je blokáda způsobena odloučenou částí trombu, který vzniká na nějakém jiném místě a pomocí krevního proudu je přinesen do mozku.“ (1, 9, 22, str. 13).

Cévní mozková příhoda tedy představuje závažný problém medicínský, sociální, ekonomický i obecně lidský. Velmi alarmující je, že v dnešní době toto onemocnění nepostihuje pouze starší lidi, ale čím dál tím častěji postihuje lidi ve středním věku. „Proto je celosvětově kladen velký důraz na preventivní léčbu cévních onemocnění.“ (12, str. 171). Následky onemocnění jsou velmi různorodé a liší se u nemocných, jak v jejich rozsahu, tak závažnosti. Často vede k poruše sebeobsluhy a invaliditě. Je to velice závažné onemocnění s trvalými následky. Obvykle jsou přítomny poruchy hybnosti a citlivosti končetin, problémy s řečí. Onemocnění tedy zásadně ovlivňuje dosavadní způsob života nemocného i jeho rodiny. V tento okamžik je pro nemocného nejdůležitější včasná rehabilitace a podpora soběstačnosti, aby se nemocný co nejdříve mohl zapojit do běžného života. (2, 19, 20)

1.1.1 Základ anatomie a fyziologie nervového systému

Nervový systém je hlavní řídicí jednotkou celého organismu. Základem je nervová buňka, tzv. neuron. Neuron má různý tvar i velikost a je stejný jako kterákoliv buňka. Má, ale navíc výběžky, tzv. nervová vlákna. Nervová vlákna jsou buď dostředivá, která se nazývají dendrity a odstředivá, která se nazývají neurity-axony. Uvnitř axonu je tekutiny, která je nutná pro metabolismus neuronů. Na konci neuritu je synaptický váček, který obsahuje vakuoly, kde se nacházejí transmitery. Nervová vlákna jsou spirálně obalena myelinovou pochvou a ta má ochrannou funkci. (7, 8, 23).

Nervová soustava je rozdělena na centrální nervovou soustavu, kterou tvoří mozek a mícha a na periferní nervovou soustavu, kam patří somatická a autoimunní nervová soustava. Mozek má dvě hemisféry a skládá se z prodloužené míchy, mostu, středního mozku, mozečku, mezimozku a koncového mozku. První tři části dohromady tvoří mozkový kmen, který obsahuje buněčná těla mozkových nervů, centrum pro řízení dýchání a krevního oběhu. Mozeček je velmi důležitý pro hybnost těla. Mezimozek je tvořen talamem a patří sem i hypotalamus. Koncový mozek se skládá z jader a z mozkové kůry. Mezi první počítáme mimo jiné bazální ganglia, důležitá pro motoriku. Mozková kůra se člení do čtyř laloků a je místem vědomého a podvědomého jednání, shromažďují se zde všechny smyslové vjemy a je sídlem paměti. (11, 17).

1.1.2 Cévní mozkové zásobení

Krev do mozku je přiváděná ze srdce především aortou, z níž odstupují velké přívodné tepny. Mozek je tedy zásobován čtyřmi magistrálními přívodnými tepnami. Jsou to dvě karotické a dvě vertebrální. Tyto tepny na spodině mozku vytvářejí tzv. Willisův okruh. Willisův okruh je nesmírně důležitá spojka mezi karotickým a vertebrobazilárním povodím, ale také mezi pravou a levou stranou mozkové cirkulace. Z Willisova okruhu dále vycházejí dva systémy arterií. A to velké párové tepny probíhají po povrchu mozku a zásobují kortikální a subkortikální oblasti mozkové tkáně. Drobné perforující arterie zásobují centrální struktury mozku, především bazální ganglia, thalamus, hypotalamus. Mozkový kmen je zásobován větvkami z vertebrobazilárního povodí a mozeček třemi párovými mozečkovými tepnami. (7, 12,

19). Žilní systém je tvořen jednak hlubokým systémem a jednak povrchovým systémem. Hluboký žilní systém odvádí krev s centrálních struktur mozku a povrchové žíly odvádějí krev z mozkové kůry a podkorových oblastí. Průtok krve řídí autoregulační mechanismy a ty zajišťují energetické nároky na kyslík. Důležité je pro optimální mozkovou cirkulaci morfologicky normální a funkčně zdatný cévní systém. Oproti jiným orgánům je funkce mozku výrazně závislá na dodávce glukózy a má mimořádné nároky na oxidační a metabolickou dodávku. (2, 12, 19).

1.2 Dělení cévních mozkových příhod

Akutně vzniklé klinické příznaky poruchy funkce mozku trvají déle než 24 hodin, bez zjevně jiné, než vaskulární příčiny. Cévní mozkové příhody se dělí na ischemické a na mozková krvácení-nebo-li také hemoragický iktus. Ischemické mozkové příhody se základně dělí na trombotické a embolické a dále dle časového průběhu na tranzitorní ischemické ataky, reverzibilní ischemické ataky, reverzibilní ischemický neurologický deficit, progredující ischemické příhody a dokončené ischemické příhody s trvalými následky. TIA-tranzitorní ischemická ataka. Je to epizoda ložiskových příznaků v důsledku nedostatečného zásobení mozku krví a příznaky mizí do 24 hodin bez reziduí. Mezi příznaky TIA může patřit monookulární slepota trvající do deseti minut a hemisferální symptomatika, jako jsou ataxie, dysfágie, hemiparéza. RIND-reverzibilní ischemický neurologický deficit. Je obdobou TIA, pouze úprava bez následků je do jednoho týdne. TIA a RIND jsou významnými varovnými příznaky hrozícího iktu. PI-progredující iktus. Postupně narůstající klinická symptomatologie vlivem zhoršující se ložiskové mozkové hypoxie. DI-dokončený iktus. Klinický obraz se po dobu 24 hodin nemění. (19). A podle vzniku mechanismu se rozdělují: na trombotické, embolizační, lakunární, hemodynamické, ischemie při nesterosklerotických vaskulopatiích, ischemie při koagulopatiích a krevních onemocnění a nedeterminované. Hemoragický iktus se může dělit na mozková krvácení, která jsou nejčastěji lokalizovaná v bazálních gangliích. Dále na putaminální krvácení, talamická krvácení, lobární a krvácení do mozečku. (2, 12, 17, 19, 21).

1.2.1 Ischemické cévní mozkové příhody

„Ischémie je difúzní nebo lokalizovaná porucha cirkulace.“ (2, str. 152). Ischemická cévní mozková příhoda tedy vznikne tehdy, když dojde ke kritickému snížení mozkové perfúze části mozku, nebo celého mozku. Je zde tedy pokles saturace mozku kyslíkem. Příčiny ischemické cévní mozkové příhody jsou tedy buď lokální, nebo celkové. Lokální příčiny způsobí ischémii v povodí postižené cévy, to se označuje jako teritoriální infarkt. Zato celkové příčiny způsobí ischémii v hraničních oblastech jednotlivých povodí a zde je cévní zásobení mozku chudší, a to se označuje jako interteritoriální infarkt. Ložiskové příčiny mohou být vaskulární, kardiální a hematologické. Z vaskulárních příčin je to hlavně ateroskleróza a z kardiálních příčin je to především embolizace. Rozsah a stupeň ischemického postižení záleží samozřejmě na řadě faktorů. Hlavně na tom je-li postižena menší či větší oblast mozku. Pokud je postižená menší oblast, stačí často kolaterální krevní oběh zajistit bazální perfúzi redistribucí krve do ischemického ložiska z jeho okolí, a to i po dobu několika hodin. Je-li však postižená větší oblast podléhá tato oblast rychle nekróze. A však v periferní části mohou mozkové buňky díky kolaterálnímu oběhu po určitou dobu přežívat. Kolaterální oběh, je tak jedním z nejdůležitějších kompenzačních mechanismů při hypoxii mozkové tkáně. Klinický obraz ischemické cévní mozkové příhody, je značně variabilní, a to v závislosti na lokalizaci hypoxie, jejím rozsahu, rychlosti jejího vzniku, celkovém zdravotním stavu nemocného, preventivní léčbě i kvalitě a včasnosti urgentní intenzivní péči v samém začátku onemocnění. (2, 6, 9, 12, 19, 26).

1.2.2 Hemoragické cévní mozkové příhody

Krvácení do mozkové tkáně vzniká přerušením stěny mozkové cévy. Nejčastější příčinou mozkové hemoragie je arteriální hypertenze, ruptura malých perforujících arterií. Skoro vždy dochází k ruptuře jedné artérie a potom se jedná o jednorázový děj. Nebo může krvácení pokračovat hodiny i dny a oddálí se tak včasná diagnostika a léčba. A proto hemoragické cévní mozkové příhody mají bohužel větší mortalitu než ischemické cévní mozkové příhody. Další příčinou mozkového krvácení může být antikoagulační léčba a u mladších jedinců to také může způsobit drogová závislost.

Krvácení mohou být tříštivé, ohraničené, globózní. Tříštivá jsou většinou způsobena rupturou cévní stěny a globózní jsou obvykle způsobena rupturou cévní anomálie. Krvácení mohou být také čistě parenchymové nebo se zároveň provalí subarachnoideálně či ventrikulárně. Klinický obraz hemoragických cévních mozkových příhod záleží na jeho příčině, rozsahu, rychlosti vzniku a celkovém stavu nemocného. Celkové příznaky, které by mohli ukazovat na hemoragickou cévní mozkovou příhodu, mohou být: bolest hlavy, nauzea, zvracení. Někdy bývá nemocný červený v obličeji a častý hlavně u centrální tříštivé hemoragie je vzestup tělesné teplota. Progrese klinického stavu závisí na rozvoji mozkového edému, stlačením okolních cév s následným hypoxickým postižením příslušné oblasti a toxickým postižením koagula. (2, 12, 19, 23).

1.2.3 Následky cévních mozkových příhod

Mozek je rozdělen na dvě hemisféry a každá hemisféra řídí a kontroluje činnost opačné strany těla. Jakékoliv postižení jedné strany mozku vede k invaliditě opačné strany těla. Proto cévní mozková příhoda v pravé hemisféře, postihne levou stranu těla. Mezi následky tedy patří: ztráta normálních kontrolovaných pohybů, svalový tonus, který je buď zvýšený, snížený nebo obojí. Při zvýšeném jde o spasticitu a při sníženém o chabost. Dále vznikají potíže při polykání, neboli dysfágie. Pacient tedy hůře přijímá potravu a následkem může být hlad, oslabení organismu a velké riziko zde představuje aspirace, neboli vdechnutí potravy do plic. Dále vzniká inkontinence, potíže se zrakem, psychologické a emocionální problémy, problémy s chápáním a problémy s řečí, neboli afázie. Proto většinou následky cévní mozkové příhody mohou vést nemocného k izolaci v rámci rodiny a společnosti. Ošetrovatelská péče, je zaměřena hlavně na dostatečnou hydrataci nemocného, prevenci vzniku dekubitů, nácviku soběstačnosti při hygieně, oblékání, vyprazdňování. Při afázii je důležité jednat s nemocným klidně, povzbuzovat ho, být trpělivý a co nejdříve zajistit kontakt s logopedem. Dobrý vliv má i zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu, aby nemocný měl pocit, že na všechno nezůstal sám a že rodina má o něho stále zájem a chce mu pomoci. (10, 20, 22).

Nemocný po prodělané cévní mozkové příhodě nemusí být jen postižen motorickou, fatickou nebo jinou poruchou symbolických funkcí, ale také jinými následnými stavy, který ovlivňují život nemocného, jeho prognózu a kvalitu jeho života jsou sem řazeny deprese, vaskulární demence, epileptické záchvaty, epileptický status a epilepsie, centrální poiktová bolest, poruchy dýchání ve spánku a jiné málo obvyklé následky po iktu. (9, 22)

1.3 Rizikové faktory

Znát rizikové faktory cévní mozkové příhody je velmi důležité pro prevenci primární a intervence. Je důležité znát jednak individuální riziko, tak i riziko pro společnost. Dále je třeba znát, které z rizikových faktorů působí samostatně, které se vzájemně potencují a které se uplatňují jen v intervenci s jinými. Faktory můžeme rozdělit na faktory ovlivnitelné a na faktory neovlivnitelné. Faktory ovlivnitelné můžeme ještě rozdělit na faktory prokázané a dobře ovlivnitelné, mezi které patří: hypertenze, nemoci srdce, fibrilace síní, infekční endokarditida, kouření, alkohol, obezita, srpovitá anémie, hormonální antikoncepce a životní styl. Hlavně hypertenze je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů iktu, ale bohužel hypertenzi udává v anamnéze velmi malá část nemocných, a je to i tím, že značná část nemocných nemá dobře kontrolovanou hypertenzi. Mezi prokázané a hůře ovlivnitelné faktory patří: Diabetes mellitus, cholesterol a lipidy, hypertrofie levé komory. Rizikové faktory neovlivnitelné jsou: věk, pohlaví, rasa a dědičnost. Nejvýznamnější faktor v této skupině je věk. Toto onemocnění nepostihuje pouze nemocné v pokročilém věku, ale bohužel v produktivním věku mezi 50-60 rokem života, se riziko cévní mozkové příhody zvyšuje dvojnásobně, a to jak u žen, tak i u mužů. U žen je však vyšší úmrtnost než u mužů. Zato u mužů je větší výskyt této nemoci. (2, 3, 9, 19).

1.3.1 Prevence cévní mozkové příhody

Riziko vzniku cévní mozkové příhody není u všech osob stejné. Vyšší riziko vzniku zde je u osob s vysokým krevním tlakem, s vysokým cholesterolem, s diabetem mellitus, u kuřáků a obézních osob. Prevence vzniku cévní mozkové příhody je zaměřena jak primárně a jejím hlavním cílem je předcházení vzniku cévní mozkové

příhody, a to hlavně eliminací etiopatogenetických významných rizikových faktorů a měla by být zaměřena na osoby s pozitivní rodinou anamnézou. Tak sekundárně, kdy hlavním cílem je snížení rizika ke vzniku recidivy cévní mozkové příhody. Z hlediska primární prevence jsou to tedy ovlivnitelné rizikové faktory. Patří sem hlavně úprava životosprávy, úprava hypertenze, zákaz kouření, omezení konzumace alkoholu, uvážlivé užívání hormonální antikoncepce, redukce váhy, dostatek fyzické aktivity a vyvarování se stresových situacím. „Sekundární prevence je zaměřena hlavně na potlačení rozvoje atherotrombotického postižení cévní stěny a zlepšení reologických vlastností krve.“ (12, str. 184). Patří sem tedy antiagregační terapie, hemoreologická terapie, antikoagulační terapie, soustavná intenzivní rehabilitace, lázeňská léčba a psychoterapie. V dnešní době se začíná soustřeďovat pozornost i na novější rizikové faktory, které také mohou hrát roli ve vzniku cévní mozkové příhody. Jedná se o různé plazmatické komponenty a i některé protilátky, které mohou být velice důležité při prevenci vzniku tohoto onemocnění. (5, 12, 14).

1.4 Diagnostika cévní mozkové příhody

V diagnostice cévní mozkové příhody je dominantní klinický obraz. Ale pouze z klinického obsahu, však nelze spolehlivě rozlišit hemoragii od ischemie. Velmi důležitý je zde podrobný rozbor anamnestických údajů. Lékař zjišťuje, za jakých okolností příznaky vznikly, zda v klidu, ve spánku, po jídle, zda trpí nemocný bolestí hlavy. Dále se zjišťují rizikové faktory. Zda nemocný nekouří, zda je obézní, léčí se vysokým tlakem a jiné choroby, s kterými se nemocný léčí a mohli by souviset se vznikem cévní mozkové příhody. U mladších žen, by se měl lékař zeptat, zda neužívá hormonální antikoncepci. Dále se provádí urgentně laboratorní a instrumentální vyšetření. Dominantní postavení, ale mají v tomto procesu zobrazovací metody. Dalším přínosem mohou být ještě ostatní diagnostické vyšetření, mezi které patří oční vyšetření, EEG vyšetření a kardiologické vyšetření. Souhrn diagnostických testů u akutního iktu: CT mozku, EKG a rengenologické vyšetření plic, vyšetření krve- Krevní obraz a diferenciál, Qwick, INR a APTT, vyšetření iontů v séru, hladina glykémie, C relativní protein a sedimentace, pulzní oxymetrie, lumbální punkce, ale pouze při podezření na

subarachoideální krvácení při negativním nálezu CT mozku, duplexní a transkraniální neurosonologie, EEG, MRI a MRA, eventuelně CT-AG, u vybraných případů difúzní a perfúzní MR vyšetření a u vybraných indikovaných případů provedení transtorakálního a transezofageálního echokardiografie. (2, 9, 12, 19).

1.4.1 Radiodiagnostické metody

Jedna z diagnostických metod pro svojí diagnostickou vytíženost a snadnou dostupnost je výpočetní tomografie, neboli CT. Větší význam má hlavně u hemoragické cévní mozkové příhody, protože s vysokou přesností zobrazí parenchymovou hemoragii, tak i subarachoideální krvácení. Při ischemické cévní mozkové příhodě je diagnostika pomocí výpočetní tomografie komplikovanější, protože se zde zobrazí pouze strukturální změny malatického ložiska. Jelikož se ischemie často vyvíjí postupně v průběhu několika hodin i dní, bývá tedy často nález negativní. Při diagnostice iktu musí být vždy CT provedeno urgentně a zhodnocení CT nálezu musí vždy předcházet zahájení cílené terapie. CT vyšetření se může provádět pouze nativně, nebo za pomoci kontrastní látky. Lékař pokud je to možné vždy informuje nemocného o plánovaném vyšetření a před vyšetření s kontrastní látkou musí nemocný s výkonem souhlasit. Úkolem sestry je u nemocného zajištění periferního žilního katétru, pokud je výkon plánován na druhý den musí nemocného informovat, že bude muset být nalačno. Dále sestra zajistí, že nemocný při vyšetření nebude mít zubní protézu a šperky, hlavně náušnice a řetízky. Pokud má nemocný v anamnéze alergii je důležité podat před vyšetřením kortikoidy dle zvyklosti oddělení a ordinace lékaře. Po vyšetření sestra informuje nemocného o nutnosti pitného režimu, aby se kontrastní látka co nejdříve vyloučila z organismu. (2, 3, 20).

Dalším vyšetřením je magnetická rezonance. Ta přináší další nové poznatky, ale pro vzácnou dostupnost a značnou finanční náročnost je vyhrazena pouze pro některá klinická centra. „Digitální subtrakční angiografie umožňuje detailní morfologické zobrazení cévního řečiště s průkazem stenóz, obliterací, aneuryzmat a jiných cévních anomálií.“ (12, str. 181). Tato metoda má zásadní význam při angiochirurgických a endovaskulárních intervencí. (2, 12).

1.4.2 Neurosonologie a metody nukleární medicíny

Sonografické vyšetření patří mezi zobrazovací metody. Ultrazvuk nám poskytuje informace o průtoku krve cévou, tzv. Doppler a dále o morfologických změnách cévní stěny, tzv. duplexní sonografie. Vyšetření je neinvazivní a rychlé, jeho hodnota je však často jenom orientační. Pro diagnostiku cévní mozkové příhody je kvalitnější duplexní sonografie. Poskytuje informace o struktuře cévní stěny, což je důležité hlavně pro posouzení charakteru aterosklerotického plátu a tím i stupně jeho rizika. V etiopatogenezi cévní mozkové příhody hraje významnou roli i echokardiografie, která podává informace o anatomických, funkčních a hemodynamických poměrech v oblasti srdce. V poslední době je také možné již ultrazvukové 3D zobrazení. „Jde o trojrozměrné zobrazení, které umožňuje zobrazení aterosklerotických plátů v oblasti karotické bifurkace.“ (9, str. 79). Možné je tedy lépe změřit velikost aterosklerotického plátu, ale můžeme i změřit jeho objem a tedy lépe sledovat progresi. (2, 12, 13).

Mezi metody nukleární medicíny patří: SPECT – jednofotonová emisní tomografie. Tato metoda má své uplatnění v klinické praxi, především v hodnocení perfúzní reverzy v mozku. Dále je to metoda PET – pozitronová emisní tomografie. Ta zobrazí nejen mozkovou perfúzi, ale také sleduje metabolické změny v mozku. U cévních mozkových příhod je to hlavně spotřeba kyslíku a metabolismus glukózy. Pro rutinní praxi je bohužel jen minimálně dostupná. Obě tyto vyšetření se provádějí za pomoci izotopů podaných před vyšetřením. (12).

1.4.3 Angiografie

Angiografie je cévní vyšetření, které je v diagnostice cévní mozkové příhody důležité a dosud nenahraditelné. Cílem tohoto vyšetření je upřesnění či stanovení diagnózy. Podstatou angiografie, je rentgenové zobrazení cév a cévního zásobení pomocí tzv. kontrastních látek vpravených do cév. Toto vyšetření se provádí Seldingerovou metodou z punkce a. femorális pomocí zaváděcí cévky. Při angiografii se dají zachytit změny průsvitu větších mozkových tepen, cévní malformace a také aneurysmata. Tato metoda je vcelku pro pacienta šetrná, ale u dětí či neklidných pacientů se vyšetření provádí v celkové anestézii. Angiografie není zcela bez rizik.

Může se objevit alergická reakce na kontrastní látku a někdy také cévní spasmy. Před vyšetřením je velice důležitá psychická příprava pacienta. Vysvětlení jak bude probíhat samostatný výkon, a jaké opatření jsou důležitá po výkonu. Pacient musí se samotným výkonem souhlasit. Důležitá je také prevence snižující riziko alergických reakcí podáváním kortikoidů. Úlohou sestry před samotným vyšetřením je zajištění žilního vstupu a oholení obou třísel. Po vyšetření, když se vytáhne zavedená cévka, se musí stlačit místo vpichu na několik minut. Sestra kontroluje fyziologické funkce a krvácení v místě vpichu. Při jakékoli změně ihned informuje lékaře. Po výkonu je nezbytný klid na lůžku po dobu 24 hodin. V dnešní době je angiografie již plně digitalizovaná. (7, 12).

1.5 Léčba cévní mozkové příhody

Léčba cévní mozkové příhody v poslední době výrazně pokročila. V akutním stádiu je velice důležité zahájení co nejrychlejší adekvátní terapie. Nejlepším řešením je zřizování center pro léčbu CMP, jejich součástí je tzv. iktová jednotka. Zde je nemocnému poskytnuta celková intenzivní terapie, cílená medikamentózní terapie, specializovaná terapie, angioneurochirurgické a endovaskulární intervence. Při léčbě rozhoduje příčina, její závažnost a celkový stav pacienta. Léčba v akutní fázi iktu, to je v prvních 12 hodinách, eventuálně 24 hodinách od vzniku prvních příznaků, by měla být zahájena na jednotce intenzivní péče. Pokud je nemocný přijat až po delší době, probíhá léčba na standartním lůžku, pokud se nevyskytnou jiné důvody pro monitorování fyziologických funkcí. Léčba v chronickém stavu je hlavně zaměřena na vhodné podání léků snižující recidivu. Jsou to zejména protidestičkové léky, hemoreologika, celková životospráva, dbát na tělesnou hmotnost a nekouřit. Dobrá spolupráce zdravotnického personálu s nemocným a rodinou. Při akutním stádiu, by sestra měla zajistit uvolnění dýchacích cest a dostatečný přísun kyslíku. Dále zajistit dostatečný příjem tekutin, kalorií a vyvážený přísun iontů. Pokud není schopen pacient sám polykat a je zde jasná porucha polykání, jsou pacientovi živiny podávány v infuzích nebo nazogastrickou sondou. Sestra by dále měla pečovat o močení, a to buď pravidelným cévkováním, nebo zavedením permanentního močového katétru. Zabránit vzniku flebotrombózy, kdy sestra sleduje dolní končetiny, provede bandáže dolních

končetin, dle ordinace lékaře podává antikoagulancia, preventivně cvičí dolní končetiny na lůžku a podkládá je do zvýšené polohy. Neustále monitoruje fyziologické funkce a sleduje stav vědomí, motorické a senzorické funkce, obtíže s řečí a ochranné reflexy. Jedna z pomůcek při zjišťování stavu vědomí je tzv. GSC – Glasgow coma scale. (Příloha č. 4). Kde se sleduje otvírání očí, verbální reakce a motorická odpověď. (3, 4, 7, 8, 10, 12, 15).

1.5.1 Léčba medikamentózní a chirurgická

Úspěšná medikamentózní léčba je možná ve fázi mozkové perfuze maximálně ve fázi mozkové ischemie. Proto je třeba, aby byla léčba zahájena hned v prvních hodinách po vzniku cévní mozkové příhody. Jedná se hlavně o léčbu antitrombotickou a ta zahrnuje 3 skupiny léků, a to antiagregační, antikoagulancia a fybrinolytika. Dále léčba hemoreologická, vazoaktivní- ale ta je v akutní fázi cévní mozkové příhody nevhodná, léčba protiedémová a léčba zlepšující metabolismus mozkových buněk. Dále je dbáno na snížení krevního tlaku. Zde si sestra musí dávat pozor a pečlivě monitorovat intraarteriální krevní tlak. Protože cílem antihypertenzní léčby je udržet u nemocného mírnou hypertenzi, nikoli snížit krevní tlak na normální hodnotu. Pokud by se krevní tlak příliš snížil, může se zhoršit mozková ischemie. (1, 7, 18)

Pro chirurgické řešení cévních mozkových příhod se hodí jen menší počet pacientů. Pouze v několika případech lze zvolit operační řešení a těmi jsou: intraparenchymová krvácení v mozečku, když se rozvíjí nitrolební hypertenze, dále krvácení lobární u normotenzíků. Rozhodující je zde nález na CT a zdravotní stav pacienta. Mezi další chirurgické řešení patří uzávěry karotid a operovat se mohou i pacienti se stenózou. U intermenigeálního krvácení způsobené rupturou aneurysmatu, je operační řešení prevencí recidivy krvácení. Operace zde by měla být provedena co nejdříve, dokud se ještě nevytvořily cévní spasmy. (2, 7).

1.5.2 Trombolýza, indikace a kontraindikace

Trombolýza je proces rozpouštění krevní sraženiny – trombu a podstatou je štěpení vláken fibrinu. Při léčbě pomocí trombolýzy je nutné přesně stanovit dobu nástupu

příznaků. Předpoklady k trombolytické léčbě, má pacient, kterému bylo poskytnuto lékařské ošetření do 3 hodin od nástupu mozkové dysfunkce. Za poslední dobu se připouští i 6 hodinový interval od prvních příznaků cévní mozkové příhody. Před zahájením trombolýzy musí však lékař posoudit možné kontraindikace a ty jsou: aktuální příznaky nitrolebního krvácení, údaj o intrakraniální operaci, závažné úrazy hlavy nebo CMP v nedávné době a přítomnost vnitřního krvácení a nekontrolované hypertenze. Indikace k podání trombolýzy jsou: klinická diagnóza k akutnímu ischemickému iktu, věk 18 až 80 let, vyloučení intrakraniálního krvácení pomocí CT vyšetření. Sestra by před léčbou měla odebrat krev na vyšetření: krevní obraz a diferenciál, biochemický soubor, qwick a APTT, všechno statimové vyšetření. Zajistit přístup do žíly a podle ordinace podávat tekutiny a elektrolyty. Pacient by je hospitalizován nejlépe na oddělení ARA a léčba by měla být zahájena za přítomnosti zkušeného lékaře v neurologické intenzivní medicíně a blízko by měla být dostupná neurochirurgie. Sestra po podání trombolýzy sleduje fyziologické funkce, stav vědomí, podává ordinace dle lékaře, kontroluje odběry krve, hlavně srážlivost. Pozor si dává na krvácivé projevy. Udržuje krevní tlak v požadované normě, při změně neurologického stavu ihned informuje lékaře. Neurologické zhoršení může signalizovat nové krvácení. Pokud, je po 24 hodinách stav stabilizovaný a neurologický nález v normě, může se pacient přeložit na standardní oddělení. Zde se pokračuje v dané léčbě, hlavně je zahájena rehabilitace. Sestra na standardním oddělení kontroluje krevní tlak, krvácivé projevy, krevní výsledky a pokračuje v antikoagulační léčbě dle ordinace lékaře. (1, 4, 27).

1.6 Zásady ošetrovatelské péče o nemocné po CMP

Při péči o pacienty po cévní mozkové příhodě je zásadní dodržování všech principů ošetrovatelské péče. Sestra by měla zajistit optimální hydrataci a optimální nutrici, zajistit péči o dýchací cesty s optimální oxygenací. Dále dbá na prevenci aspirační pneumonie, prevenci močové retence, prevence infekcí. Průběžně kontroluje tělesnou teplotu, aby se mohla zahájit včasná léčba infekce a hyperpyrexie. Největší pozornost je třeba zaměřit na prevenci vzniku imobilizačního syndromu, včetně dekubitů. U

prevence dekubitů se musí snížit tlak mezi kostí a podložkou, který vede ke kompresi cév a ischemii tkání. Sestra dbá o přísnou hygienu pacienta a udržuje lůžko čisté a suché. Největším pomocníkem jsou také antidekubitární matrace a podložky typu dekuba, kterými by mělo být vybaveno každé lůžko. Dále prevence hluboké žilní trombózy, vždy je nutné dbát na správně udělané bandáže dolních končetin a aktivní i pasivní cvičení na lůžku. Sestra si musí uvědomit, že velice důležitý je i dobrý psychický stav nemocného a dbát na zmírnění psychického diskomfortu a deprese. Vždy s pacientem jedná klidně, snaží se ho povzbuzovat, chválit vždy při jakémkoli malém pokroku. Vybízet ho ke spolupráci a do sebepečce je velice důležité zapojit i rodinu. Pro sestru i pacienta jde o činnost velmi náročnou s psychickou zátěží, srovnatelnou se zátěží jiných intenzivních činností. Potřeba ošetrovatelské péče je dána způsobilostí pro denní úkony. Stupeň závislosti pomoci při vykonávání denní potřeby pacienta nám pomůže zjistit Index Barthelové. (příloha č. 2) Zde se zjišťuje pomoc při jídle, pohyblivost, osobní péče, koupání, oblékání, stolice, mikce, chůze po schodech. Pokud je zjištěno méně jak 60 bodů, nemocný je zcela závislý na pomoci druhé osoby. Dle stupnice Rankinovo skóre lze zjistit míru závislosti. (příloha č. 3) Další hlavní význam má prolongovaná rehabilitace a ta je podřízena zájmu a potřebě nemocného. Jde zde o princip pulzatilní rehabilitace ke zvyšování motivace. Cévní mozková příhoda, je dlouhodobé a invalidizující onemocnění. Část nemocných vyžaduje dlouhodobou ošetrovatelskou péči v LDN a na sociálních lůžkách, ale vhodnější je budování domácí ošetrovatelské péče. (4, 9, 22).

1.6.1 Podpora soběstačnosti při každodenních činnostech, pomůcky

Pro nemocné po cévní mozkové příhodě je největším cílem, aby byl schopen sám, vykonávat co nejvíce každodenních činností. Každodenní činnost by měla být, nebo spíše musí být zařazena do léčebného plánu. Jsou to všechny pohyby týkající se péče o sebe sama. Patří sem přetáčení na lůžku, posazování se, vstávání z lůžka, schopnost obléknout se a svléknout se, být soběstačný pokud jde o osobní hygienu a vyprazdňování. Na začátku se vše provádí za spolupráce se zdravotním personálem a sestra by měla znát jak asistovat nemocnému při provádění každodenních činností.

Sestra dbá, aby každodenní činnosti nemocný prováděl za použití normálních pohybů, a také stimuluje jeho smysly. Sestra zde slouží jako pomocník a ne jako člověk, který danou věc vykoná za nemocného. Důležité je, aby nemocný nezapomínal zapojit do sebepečce i postiženou končetinu. Při vykonávání hygieny by se měl nemocný, se kterým cvičíme, umývat vsedě, nikoli ve stoje. Postižená končetina spočívá v umyvadle a nejprve se nemocný snaží omýt obličej, krk a postiženou paži zdravou končetinou. Pouze v případě potřeby mu poskytneme asistenci a to hlavně při omytí zdravé poloviny těla. Při oblékání sedí nemocný na židli či lůžku, chodidla spočívají na podlaze a postižená ruka visí mezi jeho kolena. Postiženou ruku vyvlékáme z rukávu jako první a nepostižená ruka svléká rukáv s postižené paže. Při potřebě vyprazdňování se nesmí zapomínat hlavně na soukromí nemocného. Při vyprazdňování na lůžku dodržet dostatečnou hygienu. Nebo použít, pojízdnou toaletu. Vše co nemocný potřebuje, by mělo být snadno dosažitelné vedle lůžka. (18, 22).

Pomůcky používáme hlavně v subakutním a chronickém období a to jako prostředek rehabilitační, tak i jako prostředek kompenzační právě ke zlepšení péči o sebe sama. Při cvičení na lůžku se používá bednička k opření dolních končetin, žebříček či hrazdička k usnadnění sedu a také polohovací dlahy. Chůze se nacvičuje za pomoci chodítka, nedoporučuje se používání jedné francouzské berle, protože vede při chůzi k asymetrii a nedostatečnému zatěžování paretické končetiny. Při provádění hygieny pomohou protiskluzové podložky, prodloužené mycí houby, madla ve sprše a sedačky do vany či sprchy. Běžně dostupné jsou i drobné kompenzační pomůcky, které umožňují provádět určité činnosti jen jednou rukou. Je také řada pomůcek pro práci v kuchyni, které umožňují krájet chléb a maso nebo otevřít konzervu jednou rukou. U většiny nemocných je horní končetina postižena více, než dolní. Úprava funkce je zde však pomalejší a při částečném návratu hybnosti je její praktické využití vzhledem k jemnější funkci ruky malé. Proto, je velice důležité, že zná nemocný využití kompenzačních pomůcek, které mu napomáhají při každodenních činnostech, a nemocný nemusí být závislý na cizí osobě. (18, 22).

1.6.2 Rehabilitace a její cíle

„Rehabilitace využívá multidisciplinárních strategií ke zvýšení funkční nezávislosti, prevenci komplikací a zlepšení kvality života nemocných.“ (18, str. 3) Včasná rehabilitace má velký význam v předcházení komplikací cévní mozkové příhody a hlavně v urychlení léčby, a dopomoc nemocnému, se co nejdříve zapojit opět do svého normálního života. Při stanovení cílů rehabilitace je důležité začít pečlivým zhodnocením stavu nemocného a stanovit si reálné cíle. Širším cílem komplexní rehabilitace je dosažení co nejdříve začlenění pacienta do běžného života, snížení závislosti na cizí pomoci a zlepšení kvality života. Pro co nejlepší výsledek léčby, je nezbytný týmový přístup, kdy se do celého procesu musí zapojit lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog, sociální pracovník a protetik. (9, 16, 18, 22, 24).

Při stanovování reálných cílů je důležité myslet na to, že žádný člověk není stejný. Schopnosti člověka je tedy napřed důležité předem posoudit a podle nálezu navrhnou rehabilitaci. Rehabilitace musí být prováděna v průběhu všech aspektů denního života, aby se stala součástí každodenní rutiny, a nelze jí provádět pouze jedenkrát za den nebo při návštěvě rehabilitačního pracovníka. Je velice důležité, aby se na spolupráci podílely i sestry na lůžkových odděleních. Při zahájení rehabilitace je důležité nejprve zajistit kontrolované pohyby horní poloviny těla a ramene a pak teprve dolní poloviny těla a kyčle. Úplně nedůležitější je pro znovunabytí funkčních schopností aktivní pohyb. Bohužel špatný zvyk je pouze provádění pasivních pohybů u pacienta dlouze upoutaného na lůžko. Pacientovi po cévní mozkové příhodě je třeba pomoci s normálními každodenními činnostmi například: posazením s nohama spouštěnými s postele, pomoci posadit pacienta vedle postele na židli, místo toho, aby se pacient vyprazdňoval do postele, pomoci mu na přenosnou toaletu nebo za pomoci rodiny odvést na toaletu.

V chronické fázi se nemocný vrací domů a rehabilitační program by měl být zaměřen na další život mimo zdravotnické zařízení. Před propuštěním do domácí péče by měly být vyřešeny všechny sociální otázky, jako je domácí péče či pečovatelka.

Nemocný i rodina by měla být informovaná, že následky cévní mozkové příhody jsou bohužel trvalé, ale že je velice důležité nadále rehabilitovat. (4, 16, 22).

2. CÍL A HYPOTÉZY

2.1 Cíl výzkumu

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jestli jsou rozdíly podpory soběstačnosti u hemiplegických pacientů s cévní mozkovou příhodou v oblasti hygieny na lůžkových ošetrovacích jednotkách nemocničních zařízení a v domácí péči. Dále také zjistit rozdíly v používání a ve výběru kompenzačních pomůcek na lůžkovém oddělení a v domácí péči.

2.2 Hypotézy

H1: Sestry na lůžkových ošetrovacích jednotkách zdravotnických zařízení spolupracují při nácviku soběstačnosti v oblasti hygieny u hemiplegických pacientů po CMP s fyzioterapeuty.

H2: Sestry na lůžkových ošetrovacích jednotkách zdravotnických zařízení provádí nácvik soběstačnosti v oblasti hygieny u hemiplegických pacientů po CMP méně často než sestry poskytující domácí péči.

H3: Sestry na lůžkových odděleních používají užší spektrum kompenzačních pomůcek než sestry poskytující domácí péči.

3. METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Abych mohla ověřit hypotézy, byla použita metoda kvantitativního výzkumu technikou dvou vlastních vytvořených dotazníků, podaných respondentům na lůžková oddělení zdravotnických zařízení a do agentur domácí péče. Všechny dotazníky byly anonymní. Oba dotazníky byly tvořeny 17 otázkami. V prvním dotazníku určený pro respondenty na lůžkovém oddělení (Příloha č. 5), měli respondenti možnost na otázku 6, 7, 12, 13, 14 a 16 vybrat několik možností z nabídnutých odpovědí. U zbývajících otázek byla možná pouze jedna odpověď. Druhý dotazník určený pro respondenty pracující v domácí péči (Příloha č. 6), obsahoval 11 otázek, kde byla možná pouze jedna odpověď a otázky číslo 6, 7, 12, 13, 16 a 17 měli zase možnost více odpovědí. V obou dotaznících se shodně otázky číslo 4, 5, 7 a 8 zaměřují na spolupráci s fyzioterapeuty. Otázka číslo 9 je zaměřena na nácvik podpory soběstačnosti v oblasti hygieny a otázky 12 a 13 jsou zaměřeny na spektrum kompenzačních pomůcek. Výzkum byl prováděn v období únor až duben 2011.

3.2 Charakteristika výzkumného prostředí

Dotazníky byly předány respondentům do třech zdravotnických zařízení. Zdravotnické zařízení Jindřichův Hradec, České Budějovice a Písek. A dále respondentům do agentur domácí péče, také v Jindřichově Hradci a Českých Budějovicích.

3.3 Charakteristika vzorku respondentů

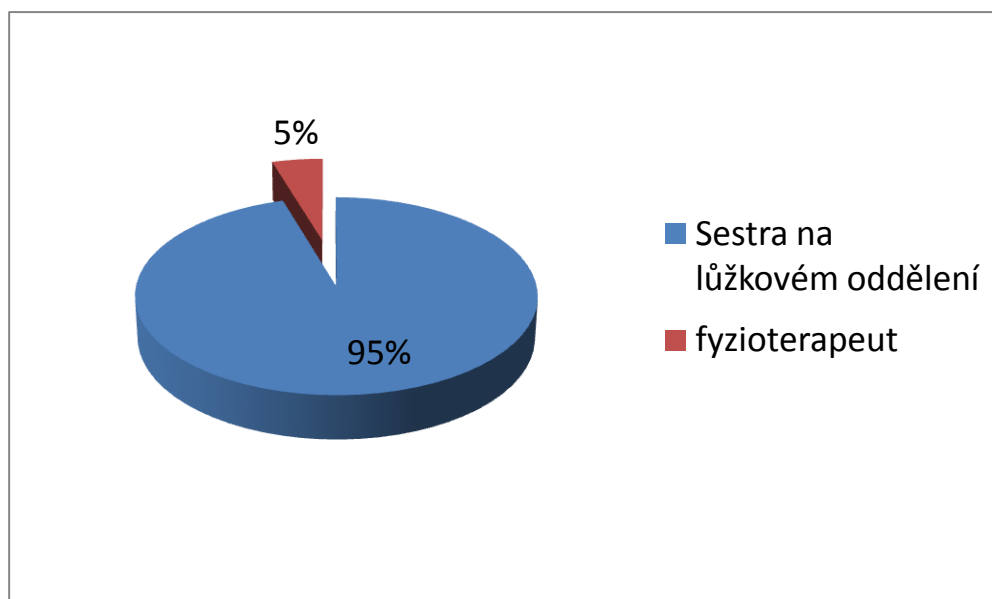
Celý soubor dotazníkového šetření tvořilo 100 respondentů. 50 respondentů bylo z lůžkových oddělení a 50 respondentů bylo z domácí péče. Na začátku dotazníku bylo respondentům vysvětleno, k jakému účelu bude tento dotazník použit. Z celkového počtu 100 rozdaných dotazníků bylo vyplněno a vráceno 43 dotazníků od respondentů z lůžkových oddělení a 42 dotazníků od respondentů z domácí péče. Zbylé dotazníky se vrátily nevyplněné. Získané výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel 2003 a byly použity pouze vyplněné dotazníky.

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky dotazníků pro sestry na lůžkovém oddělení

U těchto dotazníků pracuji s 43 vyplněnými dotazníky.

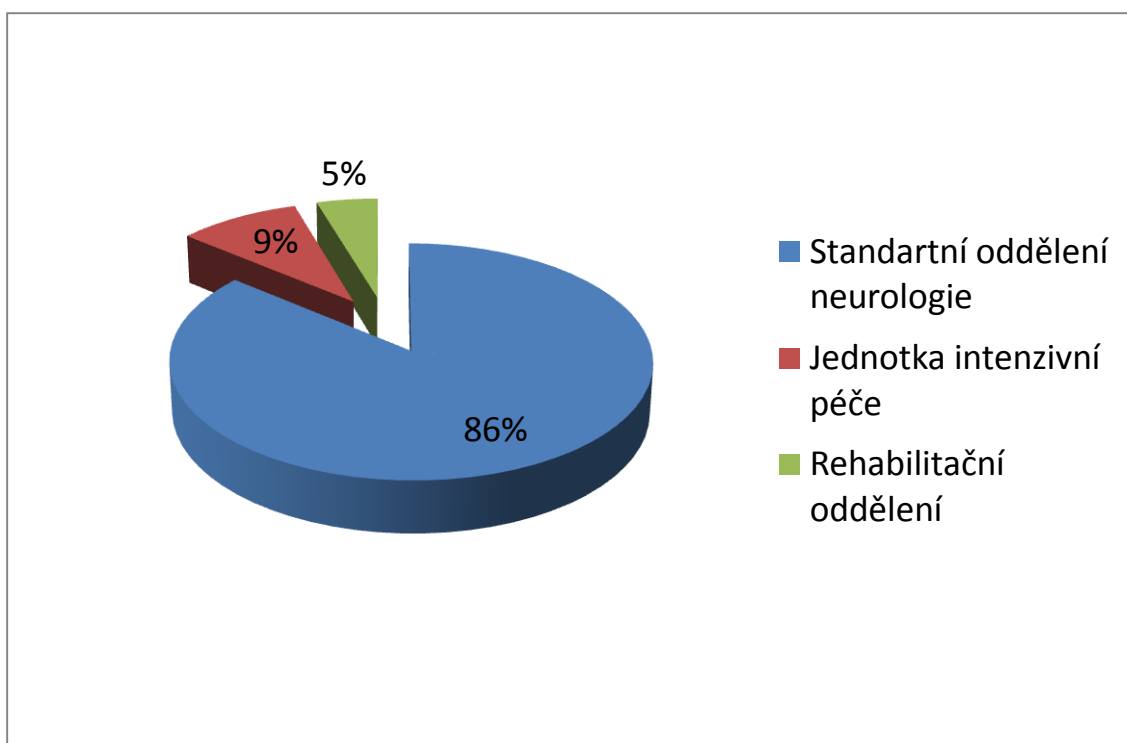
Graf 1: Zařazení respondentů (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

S celkového počtu 43 (100 %) respondentů, pracuje 41 (95 %) na lůžkovém oddělení a 2 (5 %) respondenti jako fyzioterapeuti.

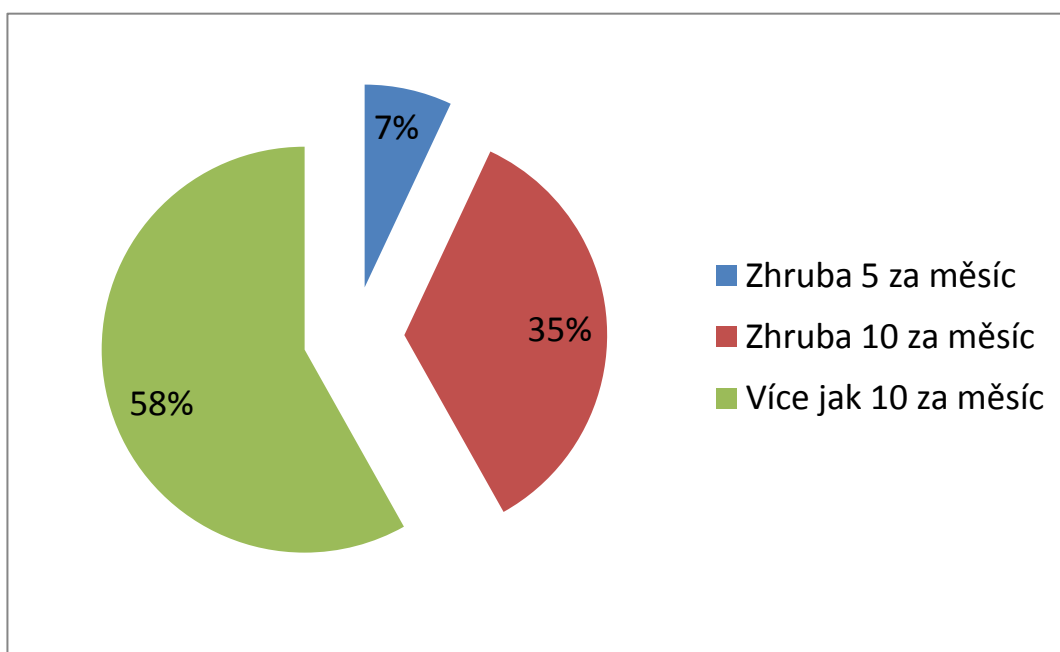
Graf 2: Zařazení respondentů na pracoviště (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 43 (100 %) respondentů, pracuje 37 (86 %) na standardním oddělení neurologie, 4 (9 %) pracují na jednotce intenzivní péče a 2 (5 %) sestry pracují na rehabilitačním oddělení.

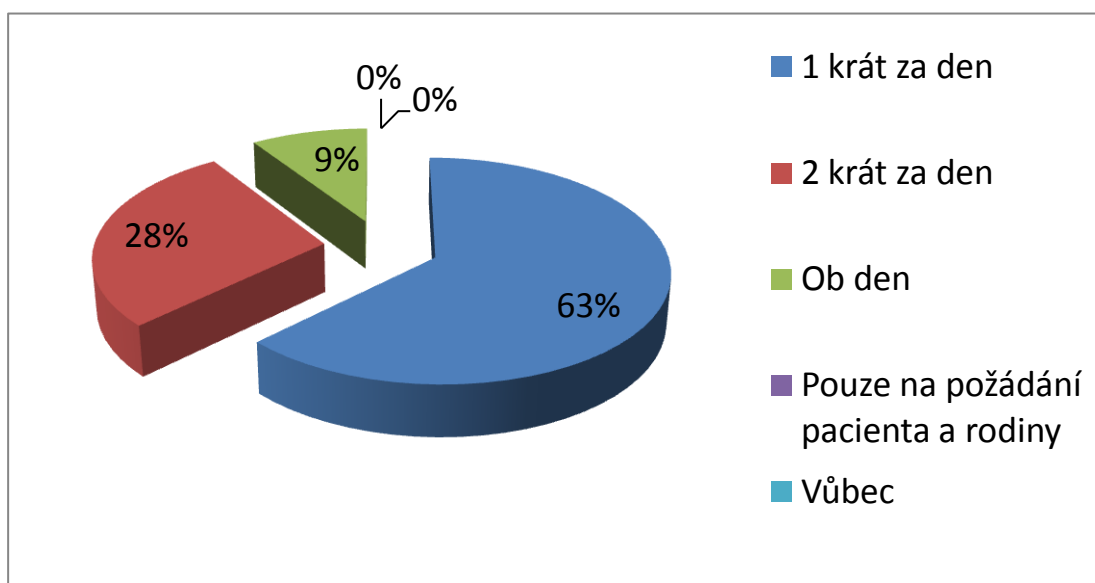
Graf 3: Celkový počet pacientů (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Na tomto grafu je znázorněno, jaký je celkový počet pacientů s hemiplegickým postižením po cévní mozkové příhodě za jeden měsíc. U možnosti 5 pacientů za měsíc, odpověděly celkem 3 (7 %) sestry. U možnosti 10 pacientů za měsíc, odpovědělo 15 (35 %) sester. A nejvíce odpovědí a to 25 (58 %) bylo u možnosti více jak 10 pacientů za měsíc.

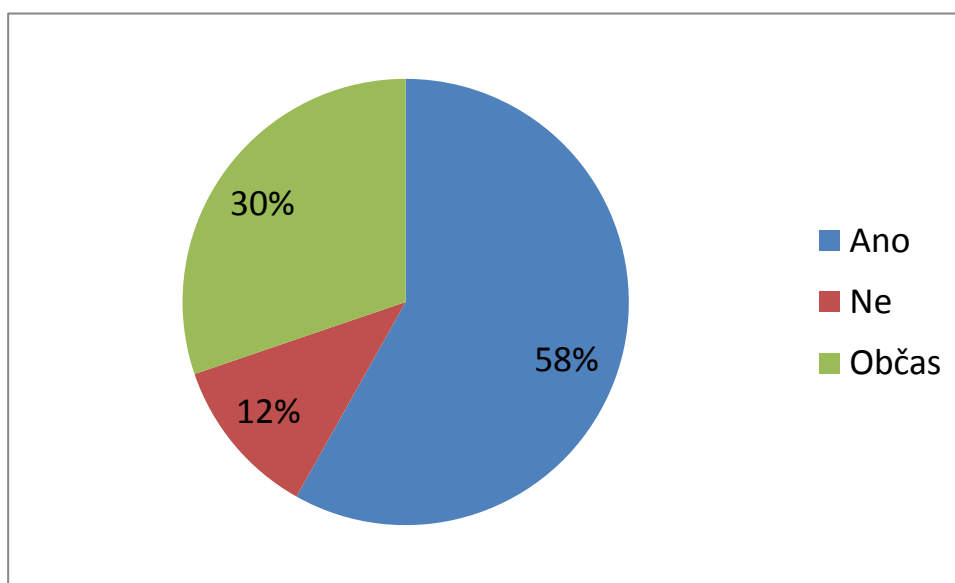
Graf 4: Návštěvy fyzioterapeuta (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 43 (100 %) odpovědí je patrné, že nejvíce odpovědí a to 27 (63 %) bylo, že fyzioterapeut dochází na dané oddělení 1krát za den. Nejméně odpovědí a to 4 (9 %) bylo, že pouze ob den. A 12 (28 %) odpovědí bylo, že fyzioterapeut dochází na dané oddělení 2krát za den. Možnost vůbec a pouze na požádání pacienta a rodiny respondenti neuvěděly.

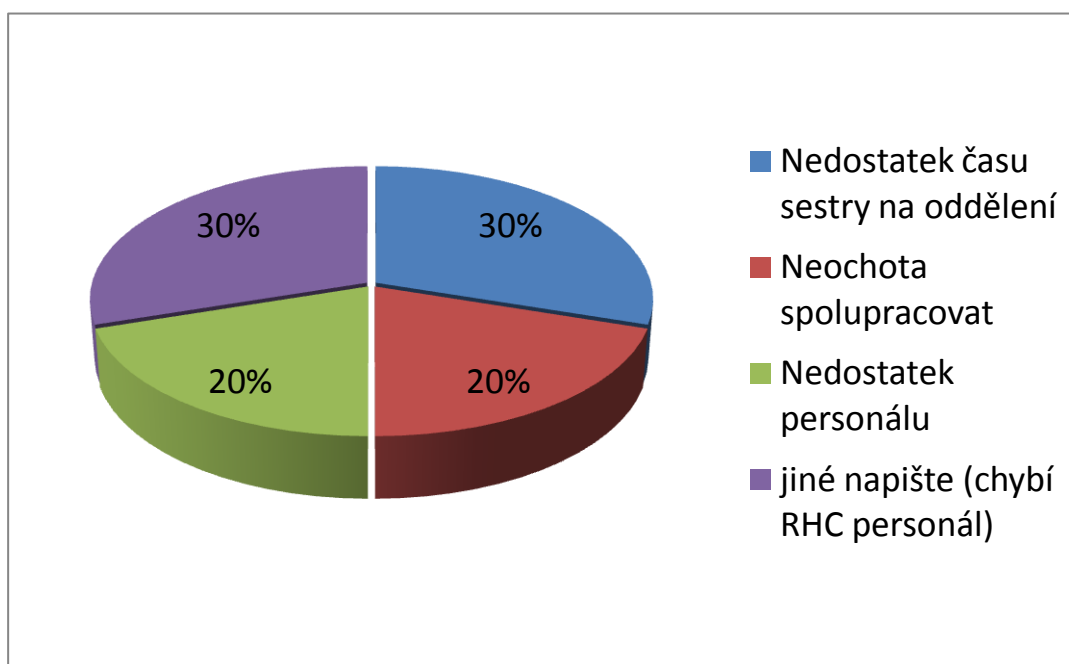
Graf 5: Spolupráce s fyzioterapeutem (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 43 (100 %) respondentů uvedlo, že spolupracují s fyzioterapeutem 25 (58 %). 13 (30 %) respondentů uvedlo, že spolupráce je pouze občas a 5 (12 %) respondentů uvedlo, že nespolupracují s fyzioterapeutem na svém pracovišti.

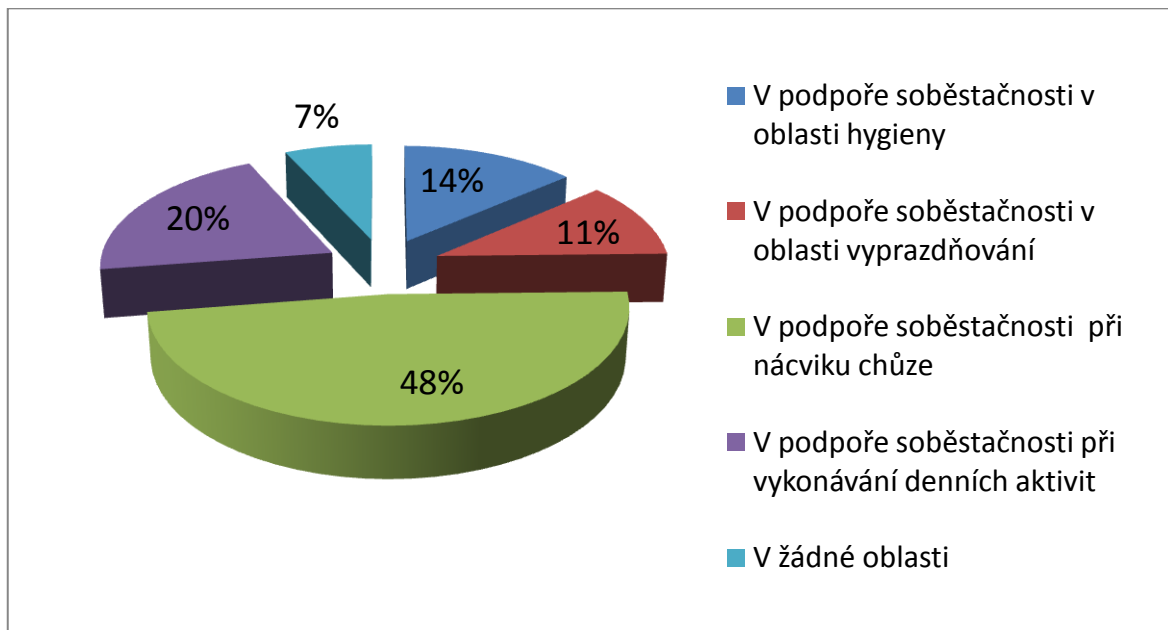
Graf 6: Nefungující spolupráce (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku číslo 6 měli odpovědět pouze respondenti, kteří nespolupracují s fyzioterapeutem na svém pracovišti a z jakého důvodu s fyzioterapeutem nespolupracují. Měli na výběr více odpovědí. Z grafu je patrné, že nejčastějším důvodem nefungující spolupráce je nedostatek času sestry na oddělení a nedostatek RHC personálu, obě možnosti uvedli respondenti shodně 3 (30 %). A 2 (20 %) krát bylo uvedeno, že za nefungující příčinou spolupráce je neochota spolupracovat a nedostatek personálu.

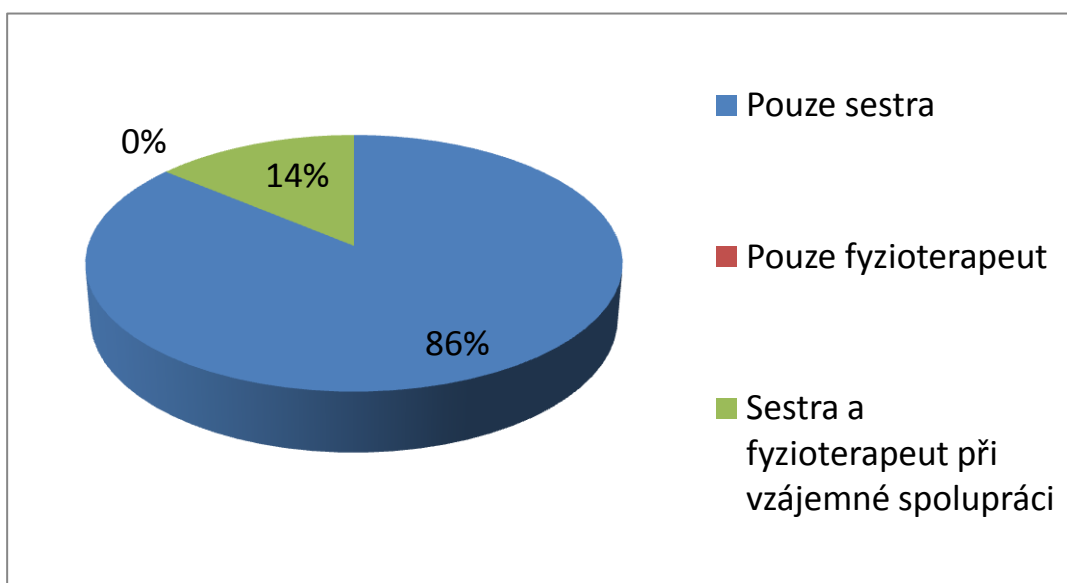
Graf 7: Oblasti podpory soběstačnosti (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce číslo 7 měli respondenti možnost uvést více odpovědí. Ze 43 (100 %) bylo nejvíce, a to 35 (48 %) odpovědí, že s fyzioterapeutem spolupracují v podpoře soběstačnosti při nácvičku chůze. 15 (20 %) odpovědí bylo při podpoře soběstačnosti při vykonávání denních potřeb. 10 (14 %) respondentů uvedlo, že spolupracují při podpoře soběstačnosti v oblasti hygieny. Nejméně odpovědí bylo při podpoře soběstačnosti v oblasti vyprazdňování, a to 8 (11 %). Možnost v žádné oblasti nespolečně pracují uvedlo 5 (7 %) respondentů.

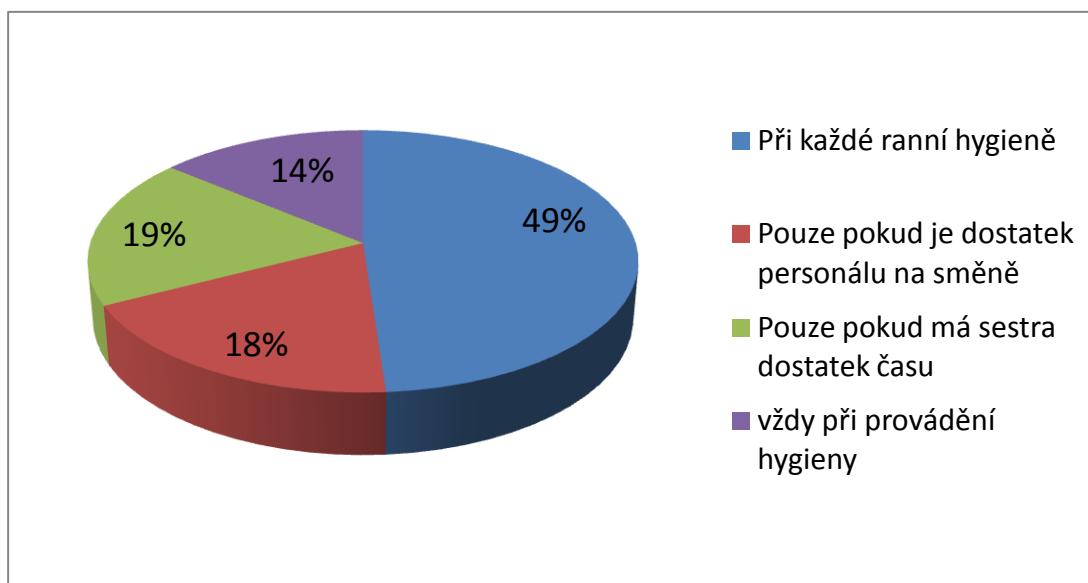
Graf 8: Nácvik soběstačnosti (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 43 (100 %) odpovědí, bylo 37 (86 %) odpovědí, že nácvik soběstačnosti v oblasti hygieny provádí na daném pracovišti pouze sestra. 6 (14 %) odpovědí, že sestra i fyzioterapeut při vzájemné spolupráci. A možnost pouze fyzioterapeut nevedl ani jeden respondent.

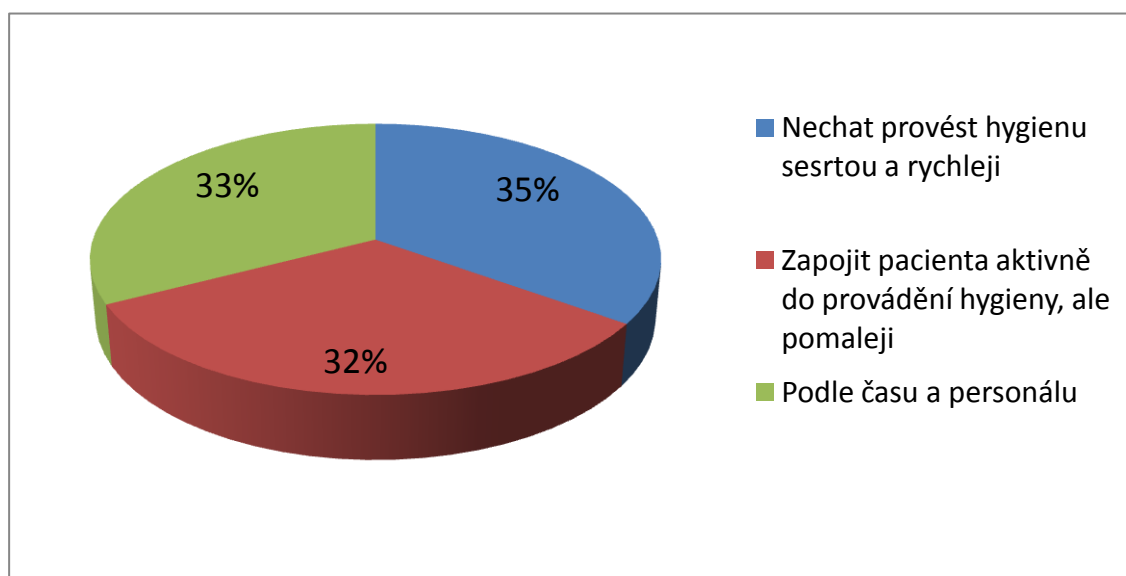
Graf 9: Nácvik sebepěče v oblasti hygieny (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 43 (100 %) respondentů uvedlo, že nácvik sebepěče v oblasti hygieny provádí, 21 (49 %) respondentů při každé ranní hygieně, 8 (18 %) pouze pokud je dostatek personálu na směně. Možnost pouze pokud má sestra dostatek času, uvedlo 8 (19 %) respondentů a 6 (14 %) respondentů uvedlo vždy při provádění hygieny.

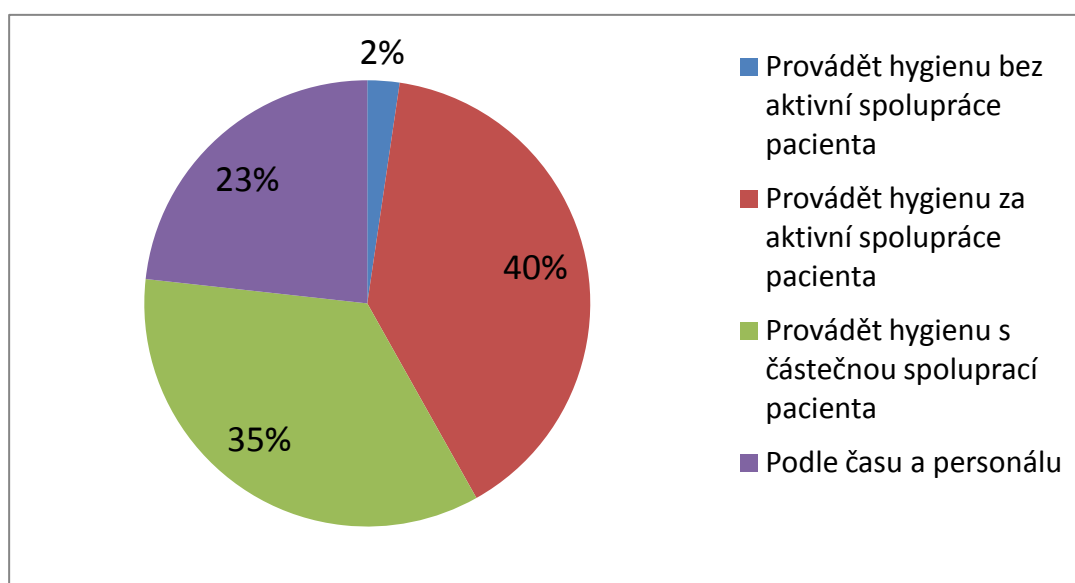
Graf 10: Návuk sebepěče na pracovišti (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku „ Na vašem pracovišti je spíše zvykem?“ uvedlo ze 43 (100 %) respondentů 15 (35 %), že nechávají provést hygienu pouze sestrou a rychleji. Nechat zapojit pacienta aktivně do provádění hygieny, ale pomaleji, uvedlo 14 (32 %) respondentů. A 14 (33 %) odpovědí bylo podle času a personálu.

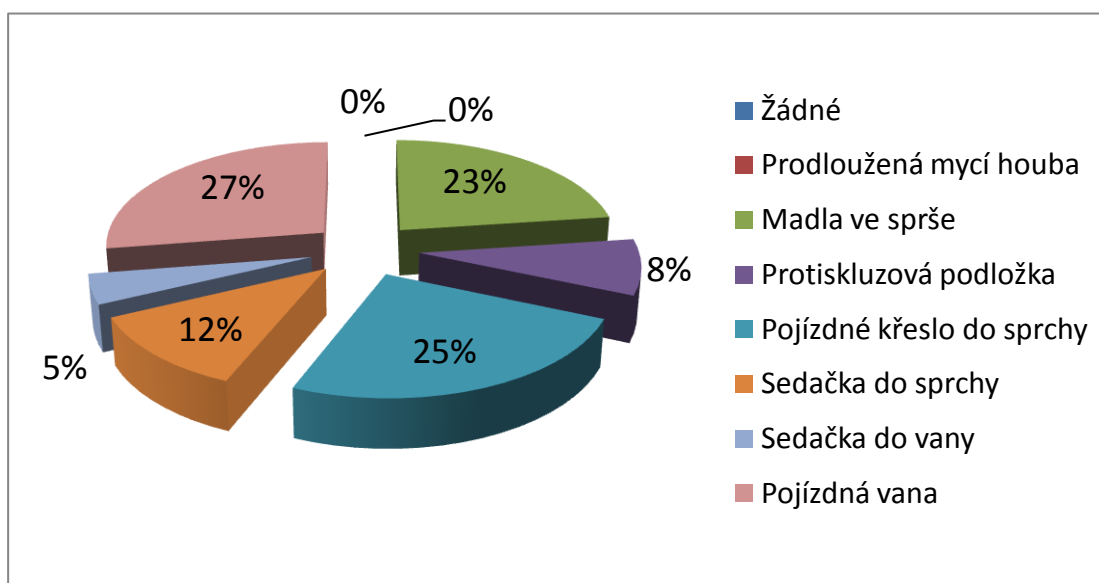
Graf 11: Návuk sebeděče na pracovišti – dle sester (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Při návku sebeděče v oblasti hygieny uvedlo ze 43 (100 %) sester, že provádět hygienu za aktivní spolupráce pacienta preferuje 17 (40 %) sester. 15 (35 %) preferuje provádět hygienu s částečnou spoluprací pacienta. 1 (2 %) sestra uvedla, že raději provádí hygienu bez aktivní spolupráce pacienta. A 10 (23 %) provádí sebeděči při hygieně podle času a personálu.

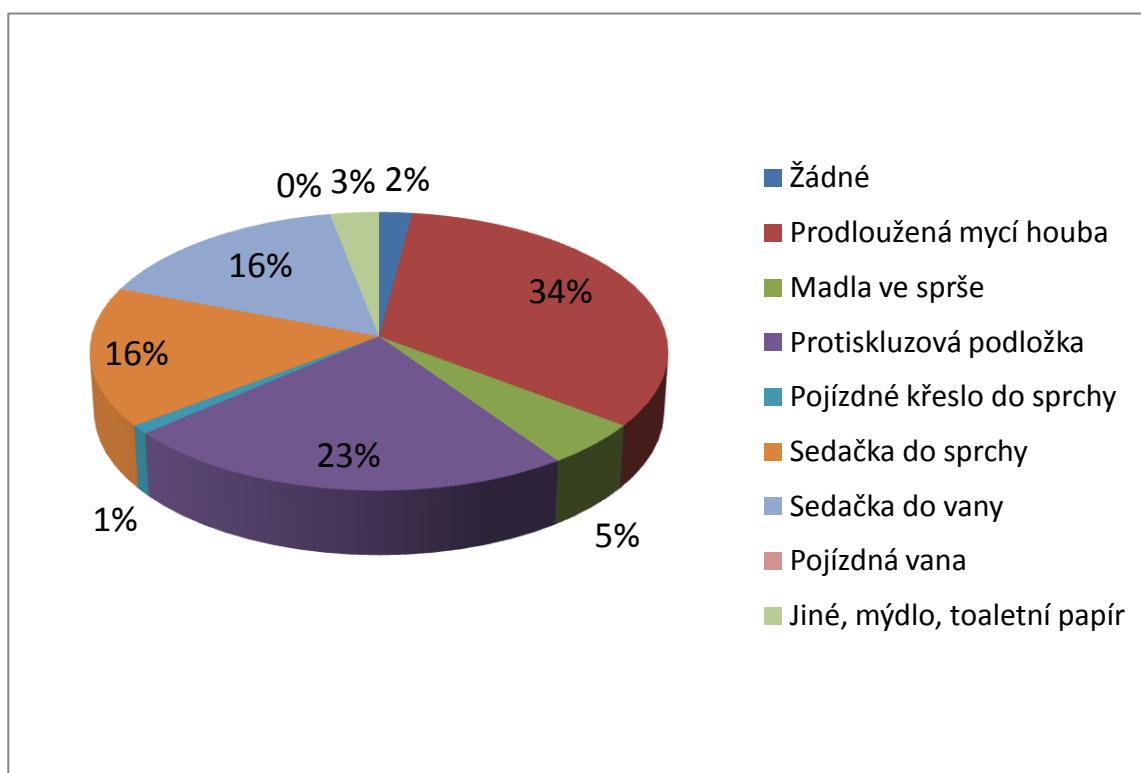
Graf 12: Pomůcky k dispozici na pracovišti (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Mezi nejčastější pomůcky, které jsou k dispozici na pracovišti patří: pojízdná vana, kterou uvedlo 42 (27 %) respondentů, dále pojízdné křeslo do sprchy 38 (25 %) a madla ve sprše 35 (23 %). Sedačku do sprchy má k dispozici na pracovišti 18 (12 %) sester. Sedačku do vany využívá 7 (5 %) sester. A protiskluzovou podložku, jako pomůcku při podpoře soběstačnosti v oblasti hygieny, uvedlo 13 (8 %) sester.

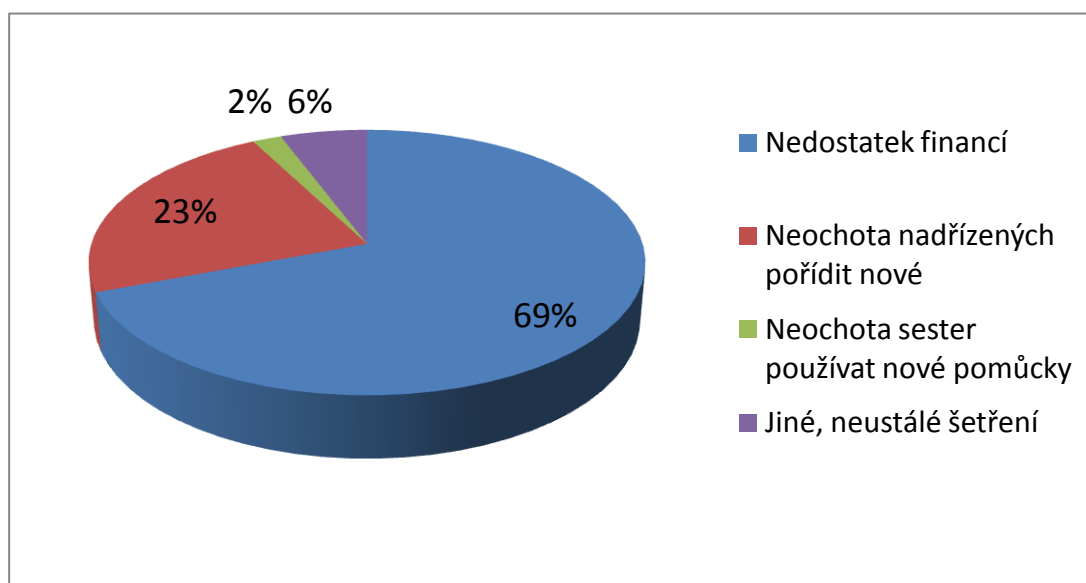
Graf 13: Pomůcky, které chybí na pracovišti (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

K Nejčastějším pomůckám, které chybí na pracovišti k podpoře hygieny patří dle respondentů prodloužená mycí houba, kterou uvedlo 33 (34 %) respondentů. 23 (23 %) respondentů postrádá na pracovišti protiskluzovou podložku. Sedačka do sprchy i sedačka do vany chybí shodně 16 (16 %) respondentům. A nejméně odpovědí bylo u možnosti: madla ve sprše 5 (5 %), mýdlo a toaletní papír 3 (3 %), pojízdné křeslo do sprchy 1 (1 %). A 2 (2 %) respondenti uvedli, že na jejich pracovišti nechybí žádné kompenzační pomůcky k podpoře soběstačnosti v oblasti hygieny.

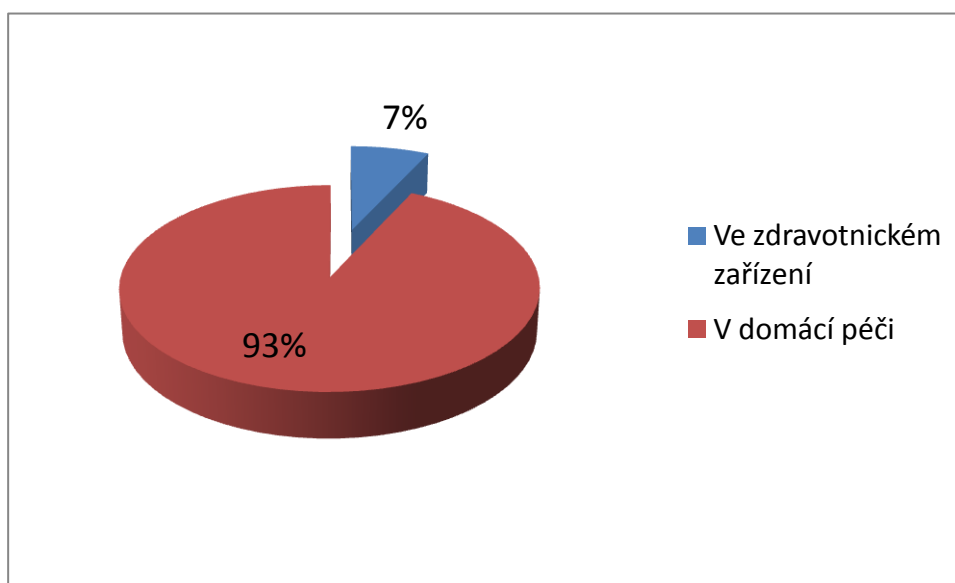
Graf 14: Důvod nedostatku pomůcek (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 43 (100 %) respondentů uvedlo, že nejčastějším důvodem a to 36 (69 %) proč chybí kompenzační pomůcky na pracovišti, je nedostatek financí. 12 (23 %) respondentů si myslí, že důvodem je neochota nadřízených pořizovat nové pomůcky. Neochota sester používat nové pomůcky, uvedl pouze 1 (2 %) respondent. A 3 (6 %) respondentů uvedlo, že nedostatek pomůcek na pracovišti je pro neustálé šetření.

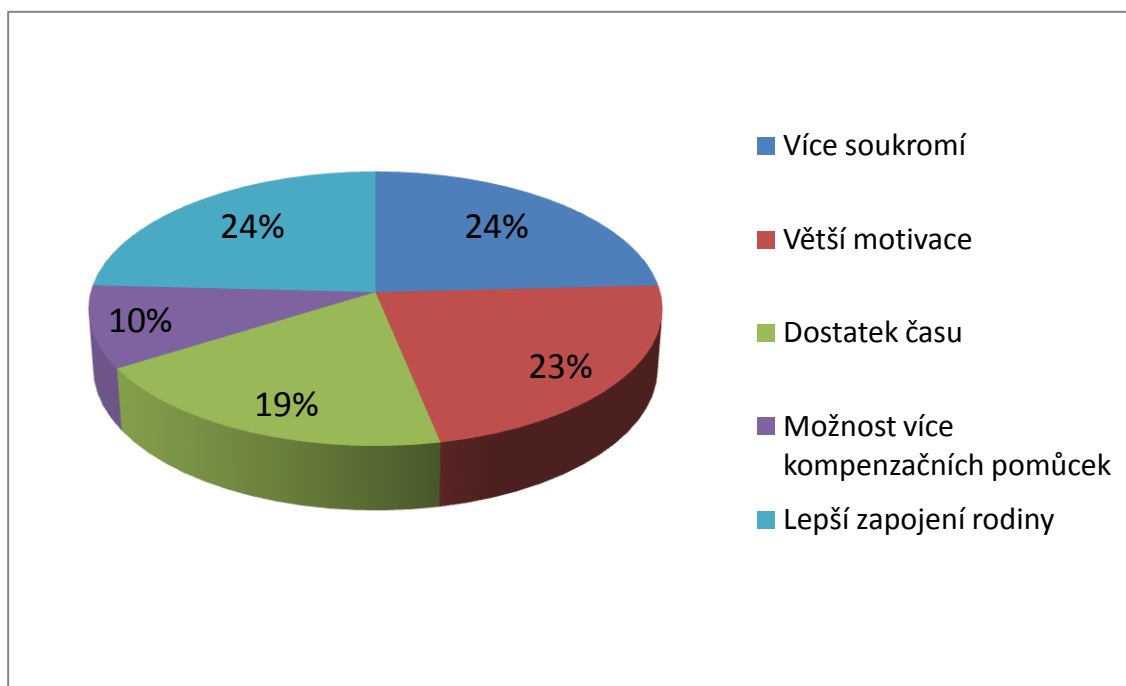
Graf 15: Prostředí pro nácvik sebeděče v oblasti hygieny (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Zde je patrné, že do nácviku sebeděče v oblasti hygieny se pacient lépe zapojuje v domácí péči. Tuto odpověď uvedlo ze 43 (100 %) respondentů 40 (93 %) respondentů. Pouze 3 (7 %) respondenti uvedli, že ve zdravotnickém zařízení.

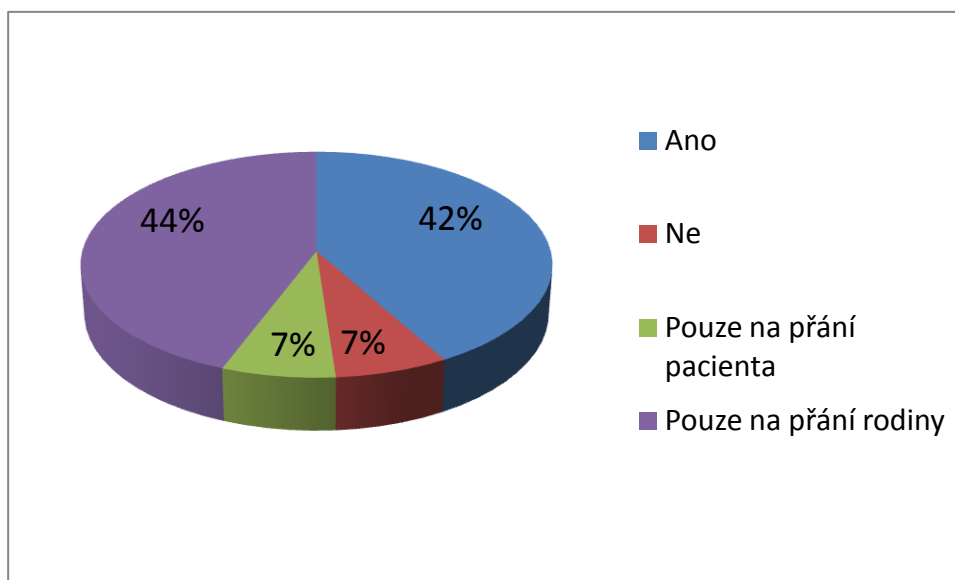
Graf 16: Důvody respondentů pro volbu možnosti domácí péče (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Možnosti většího soukromí a lepšího zapojení rodiny uvedlo shodně 30 (24 %) respondentů. 28 (23 %) odpovědí bylo, že pacient má v domácím prostředí větší motivaci. Dostatek času zvolilo 24 (19 %) respondentů. A 12 (10 %) uvedlo, že pacient má v domácí péči možnost mít více kompenzačních pomůcek ke zlepšení soběstačnosti.

Graf 17: Zapojení rodiny do nácviku sebeděče (uvedeno v %)



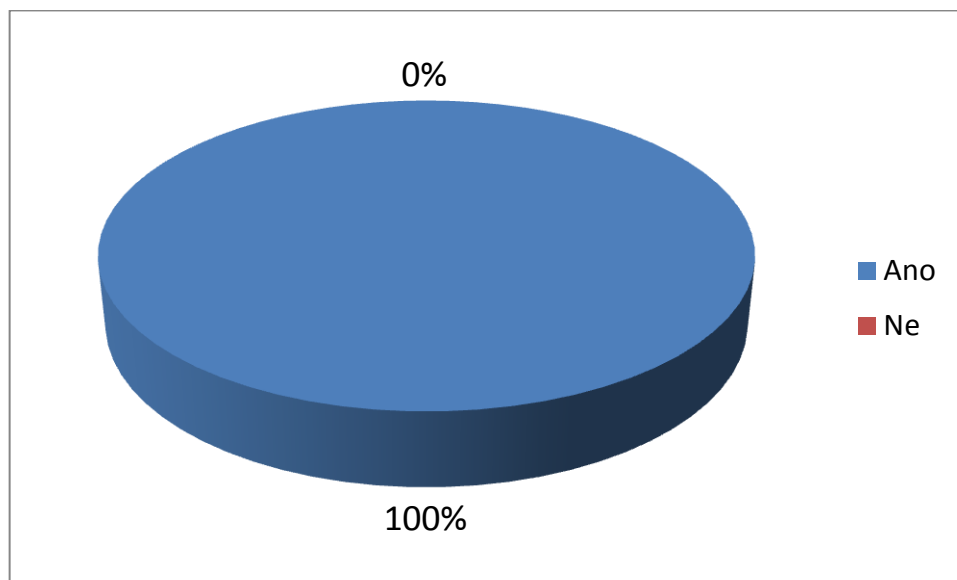
Zdroj: vlastní výzkum

Ze 43 (100 %) respondentů uvedlo 19 (44 %), že rodinu do nácviku sebeděče zapojují pouze na přání rodiny. 18 (42 %) respondentů uvedlo odpověď ANO, že zapojují rodinu do nácviku sebeděče. A shodně 3 (7 %) respondenti uvedli, že nezapojují rodinu do nácviku sebeděče a nebo pouze na přání pacienta.

4.2 Výsledky dotazníků od respondentů z agentury domácí péče

U těchto dotazníků pracuji s 42 vyplněnými dotazníky

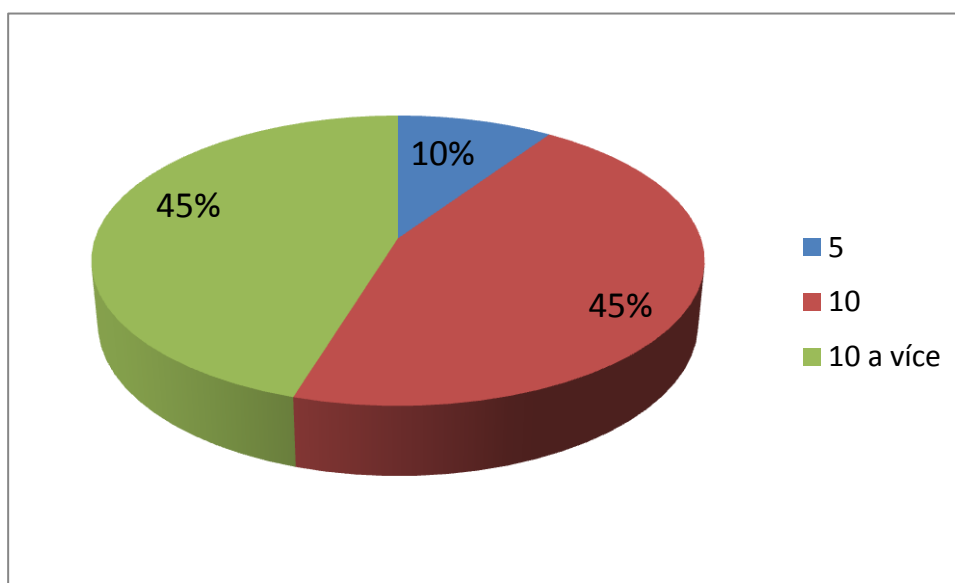
Graf 18: Registrace (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf nám znázorňuje, kolik sester v domácí péči je registrovaných. Ze 42 (100 %) odpovědí je patrné, že 42 (100 %) sester odpovědělo, že jsou registrované.

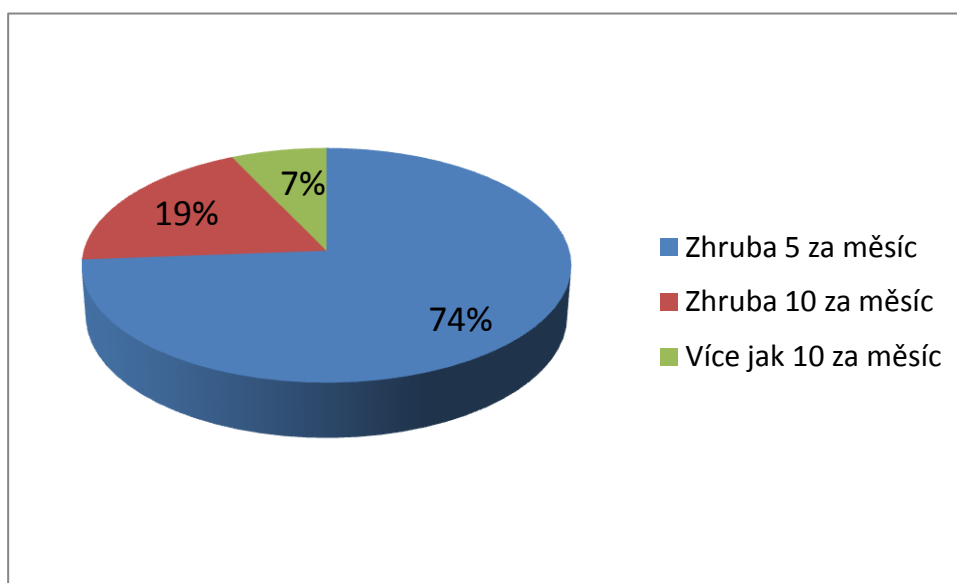
Graf 19: Počet sester v ADP (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 42 (100 %) respondentů uvedlo, že jejich agentura zaměstnává 10 nebo 10 a více zaměstnanců shodně 19 (45 %). A 4 (10 %) respondentů uvedlo, že agentura zaměstnává 5 sester.

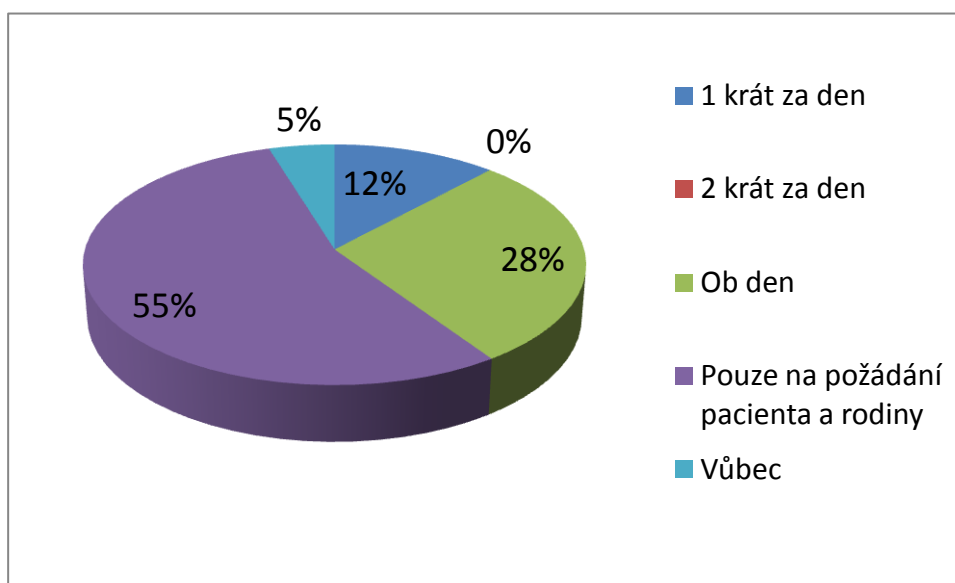
Graf 20: Počet pacientů (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 42 (100 %) uvedlo 31 (74 %) respondentů, že v domácí péči mají zhruba za měsíc 5 pacientů s hemiplegickým postižením po cévní mozkové příhodě. 8 (19 %) uvedlo, že za měsíc ošetřují zhruba 10 pacientů a 3 (7 %) respondenti uvedli odpověď, že pečují za měsíc o více jak 10 pacientů s hemiplegickým postižením po cévní mozkové příhodě.

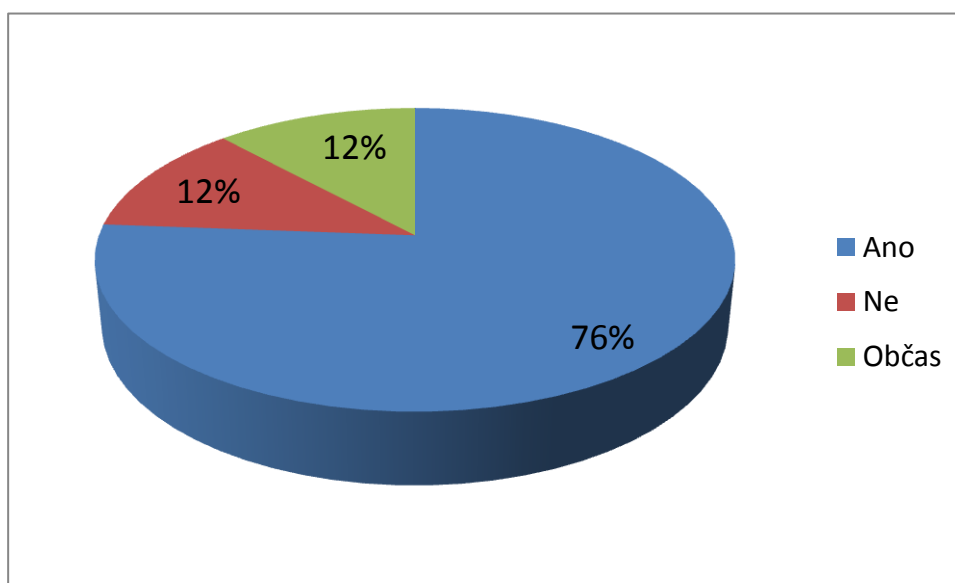
Graf 21: Návštěva fyzioterapeuta (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

23 (55 %) respondentů uvedlo, že fyzioterapeut dochází ke klientům do domácího ošetřování pouze na přání rodiny a pacienta. 12 (28 %) uvedlo, že fyzioterapeut dochází ob den. 1krát za den dochází fyzioterapeut v 5 (12 %) odpovědích a podle 2 (5 %) respondentů nedochází fyzioterapeut vůbec. Možnost rehabilitace 2krát za den neuvedl ani jeden respondent.

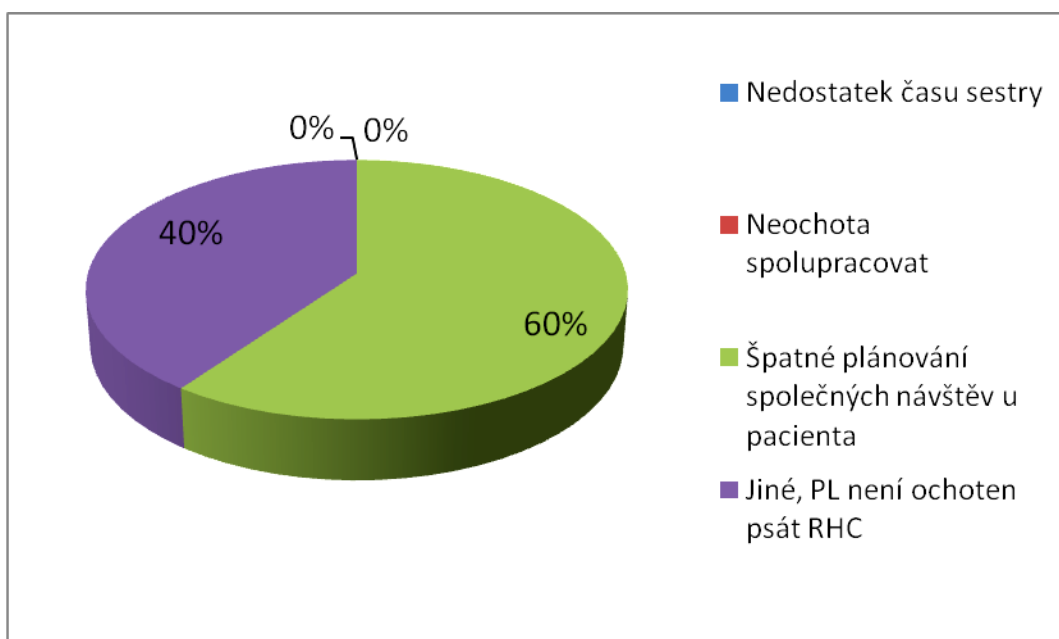
Graf 22: Spolupráce s fyzioterapeutem v domácí péči (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 42 (100 %) respondentů, jich 32 (76 %) spolupracuje s fyzioterapeutem. Shodně, a to 5 (12 %) odpovědí, bylo u zbylých dvou odpovědí (NE a OBČAS).

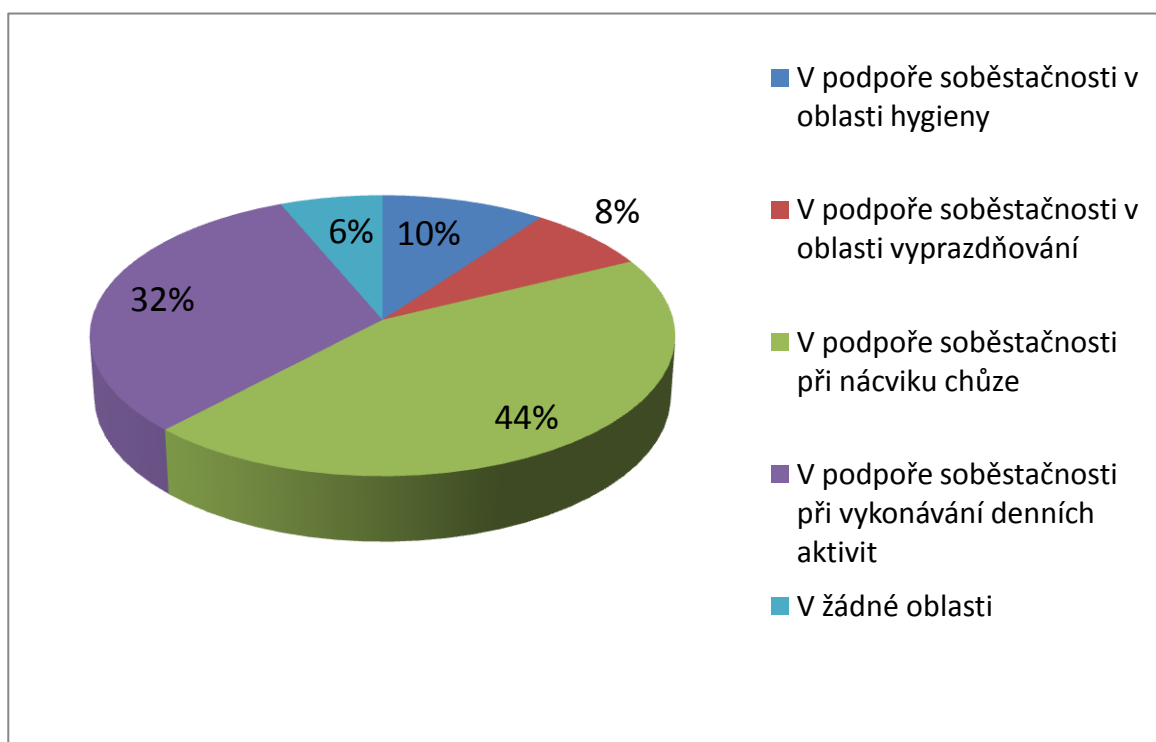
Graf 23: Důvody nefungující spolupráce – dle sester ADP (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovídalo pouze 5 respondentů. 3 (60 %) respondenti uvedlo jako důvod nefungující spolupráce s fyzioterapeutem špatné plánování společných návštěv u pacienta. U 2 (40 %) respondentů je důvodem neochota praktického lékaře ordinovat rehabilitaci. Nedostatek času sestry a neochota spolupracovat se nevyskytli v žádné odpovědi.

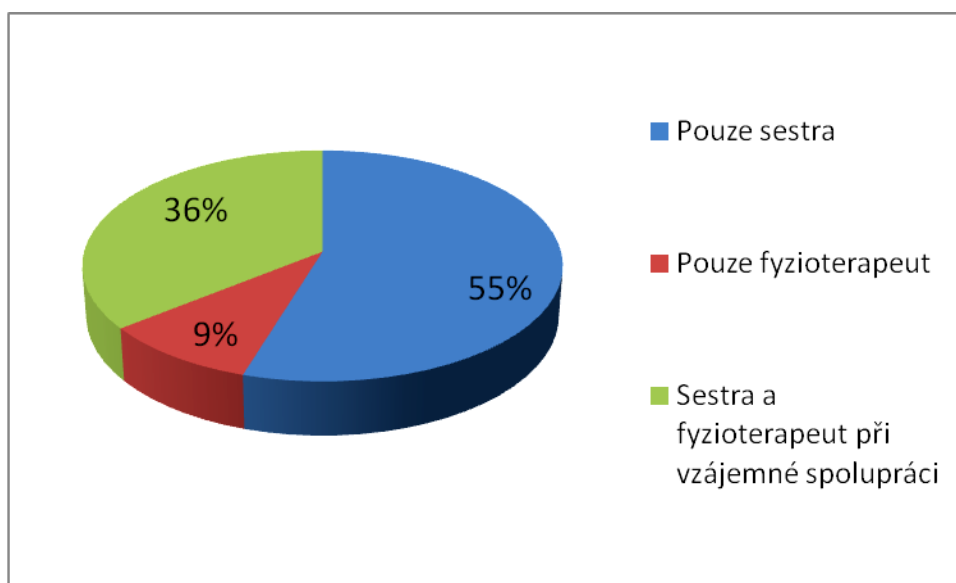
Graf 24: Oblasti spolupráce v podpoře soběstačnosti (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

V domácí péči 35 (44 %) respondentů spolupracuje v podpoře soběstačnosti při nácviu chůze. V podpoře soběstačnosti při vykonávání denních aktivit spolupracuje s fyzioterapeutem 25 (32 %) respondentů. V žádné oblasti s fyzioterapeutem nespupracuje 5 (6 %) respondentů. V podpoře soběstačnosti v oblasti hygieny spolupracuje 8 (10 %) a v podpoře soběstačnosti v oblasti vyprazdňování spolupracuje s fyzioterapeutem 6 (8 %) respondentů.

Graf 25: Návuk soběstačnosti v oblasti hygieny (uvedeno v %)

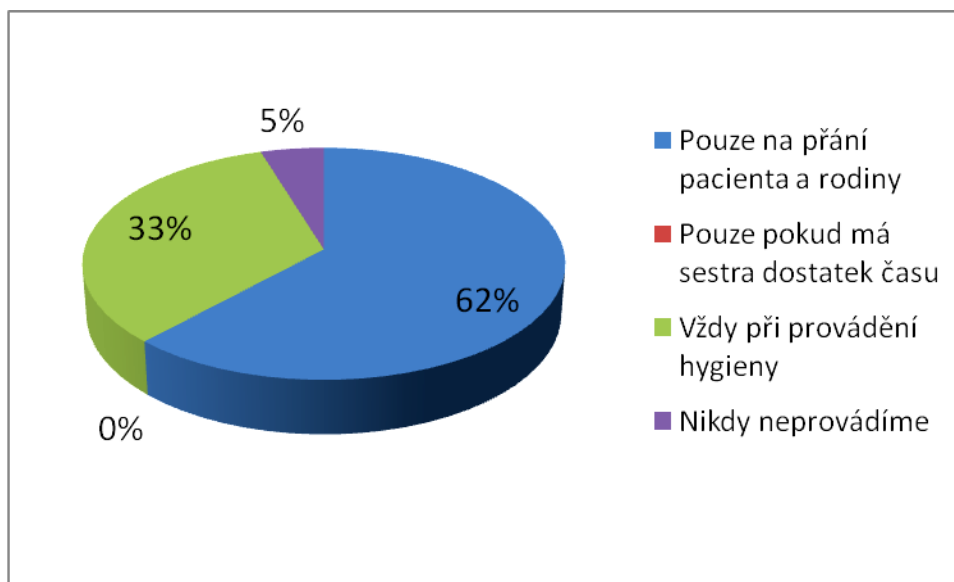


Zdroj: vlastní výzkum

Ze 42 (100 %) respondentů uvedlo, že návuk soběstačnosti v oblasti hygieny v domácím prostředí, provádí pouze sestra a tuto možnost uvedlo 23 (55 %) respondentů. 15 (36 %) respondentů uvedlo možnost, že sestra i fyzioterapeut při vzájemné spolupráci a nejméně odpovědí a to 4 (9 %) bylo u možnosti pouze fyzioterapeut.

Graf 26:

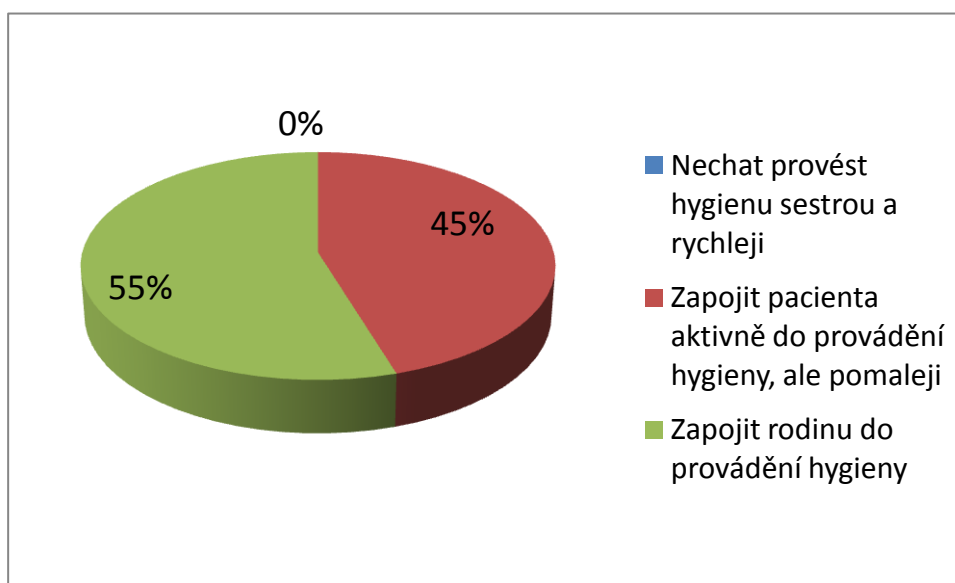
Četnost nácviku sebeděže v oblasti hygieny v domácím prostředí (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 42 (100 %) respondentů uvedlo 26 (62 %) respondentů, že nácvik sebeděže v oblasti hygieny v domácím prostředí provádí pouze na přání pacienta a rodiny. 14 (33 %) provádí nácvik sebeděže vždy při provádění hygieny. Nikdy neprovádí nácvik sebeděže v oblasti hygieny pouze 2 (5 %) respondenti. A možnost pouze pokud má sestra dostatek času neuvedl ani jeden respondent.

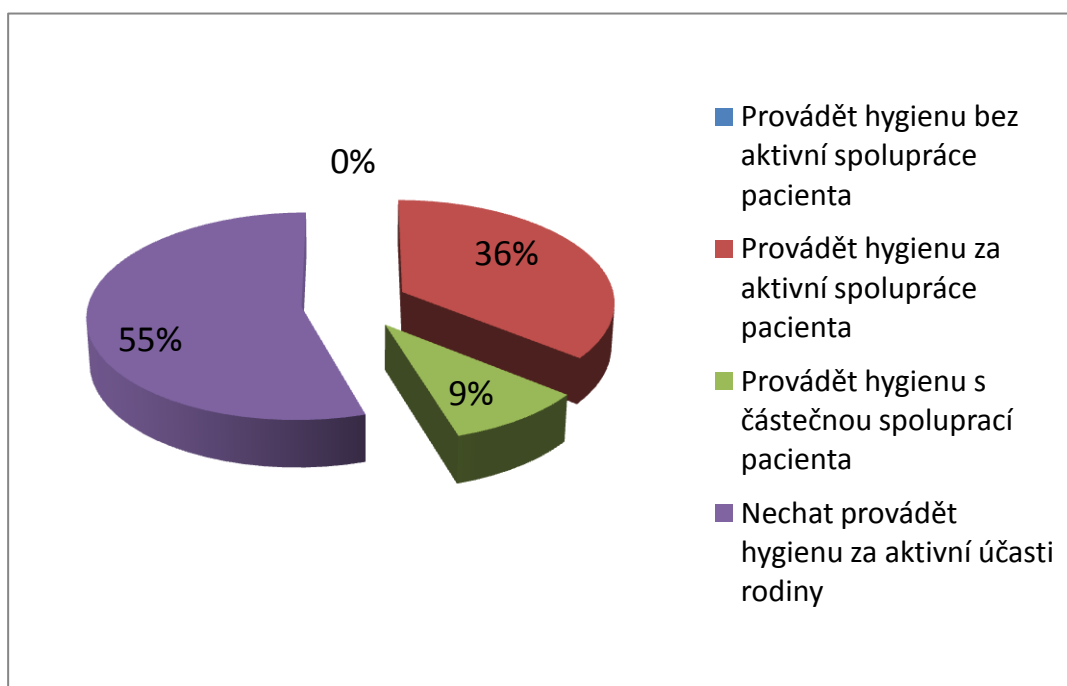
Graf 27: Návuk sebpéče v domácím prostředí (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 42 (100 %) respondentů nevedl ani jeden možnost, že při náviku sebpéče nechávají provést hygienu sestrou a rychleji. Nejvíce odpovědí a to 23 (55 %) je u možnosti zapojit rodinu do provádění hygieny. A zapojit pacienta aktivně do provádění hygieny, ale pomaleji nechává 19 (45 %) dotazovaných respondentů.

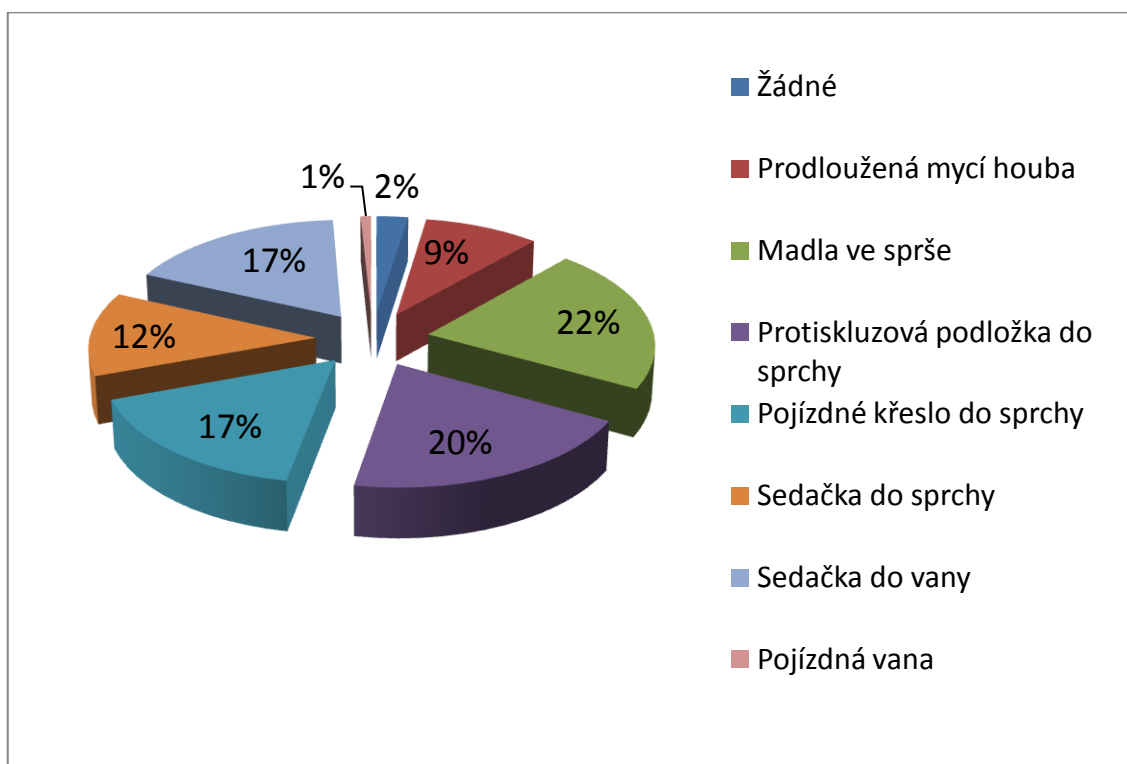
Graf 28: Nácvik sebepéče v domácím prostředí – dle sester (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Sestry v domácí péči nejvíce preferují nechat provést hygienu za aktivní účasti rodiny a to 23 (55 %). 15 (36 %) jich nechává provádět hygienu za aktivní spolupráce pacienta a nejméně odpovědí a to 4 (9 %), že nechávají provádět hygienu s částečnou spoluprací pacienta. Možnost provádět hygienu bez aktivní spolupráce pacienta neuvedl ani jeden respondent.

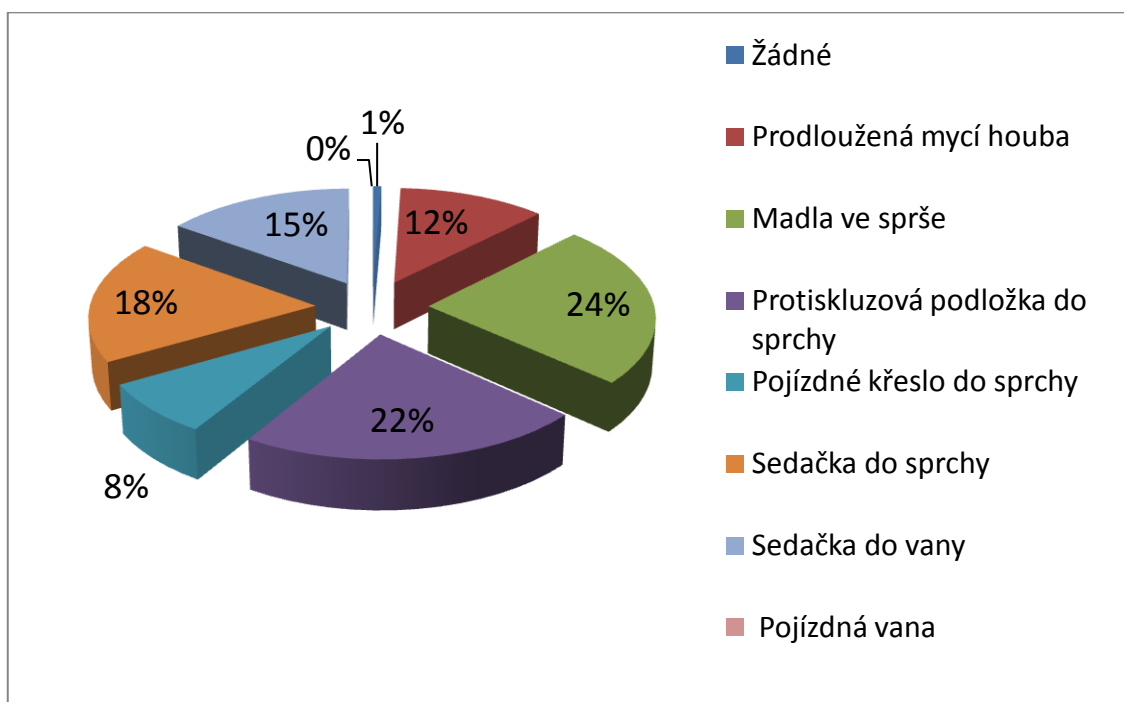
Graf 29: Kompenzační pomůcky k dispozici v domácí péči (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Zde měli respondenti možnost uvést více odpovědí. Z grafu je patrné, že v domácí péči mají pacienti k dispozici nejvíce: madla ve sprše 26 (22 %), protiskluzová podložka do sprchy 24 (20 %), pojízdné křeslo do sprchy 20 (17 %) a sedačka do vany 21 (17 %). Mezi další pomůcky jsou zařazeny: sedačka do sprchy 15 (12 %) a prodloužená mycí houba 11 (9 %). Nejméně odpovědí a to 1 (1 %) je u možnosti pojízdná vana. A 3 (2 %) respondentů odpovědělo, že v domácí péči nemají k dispozici žádné kompenzační pomůcky.

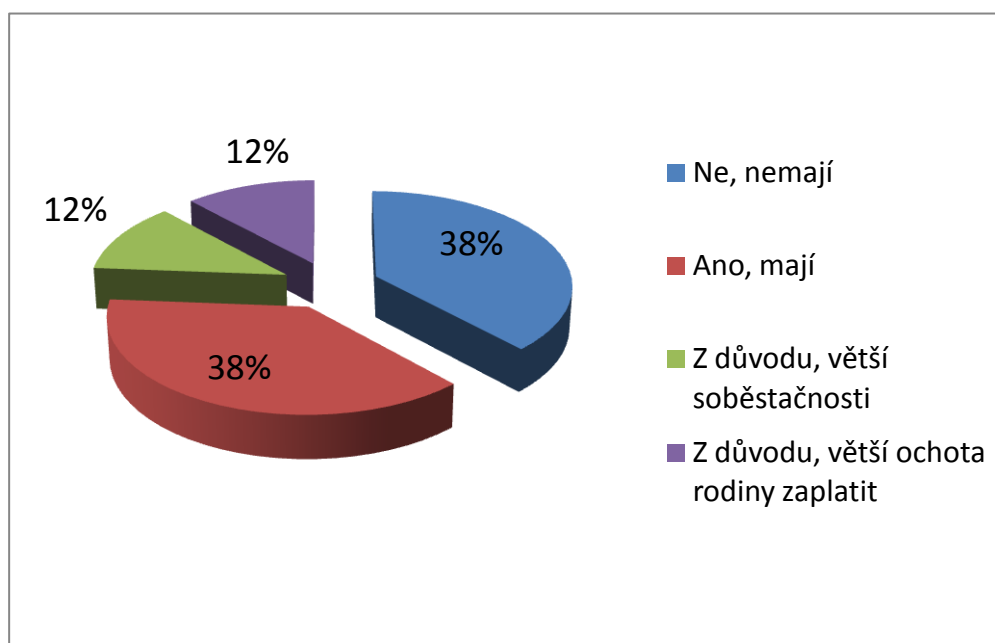
Graf 30: Nejčastější pomůcky v domácí péči (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Mezi nejčastější pomůcky, které si pacienti pořizují, k podpoře náviku soběstačnosti při hygieně po cévní mozkové příhodě do domácího ošetřování patří: madla ve sprše 37 (24 %), protiskluzová podložka do sprchy 34 (22 %) a sedačka do sprchy 28 (18 %). Mezi méně časté pomůcky patří: sedačka do vany 23 (15 %), prodloužená mycí houba 18 (12 %) a pojízdné křeslo do sprchy 12 (8 %). 1 (1 %) si nepořizuje dle respondentů kompenzační pomůcky žádné. A možnost pojízdnou vanu neuvedl ani jeden respondent.

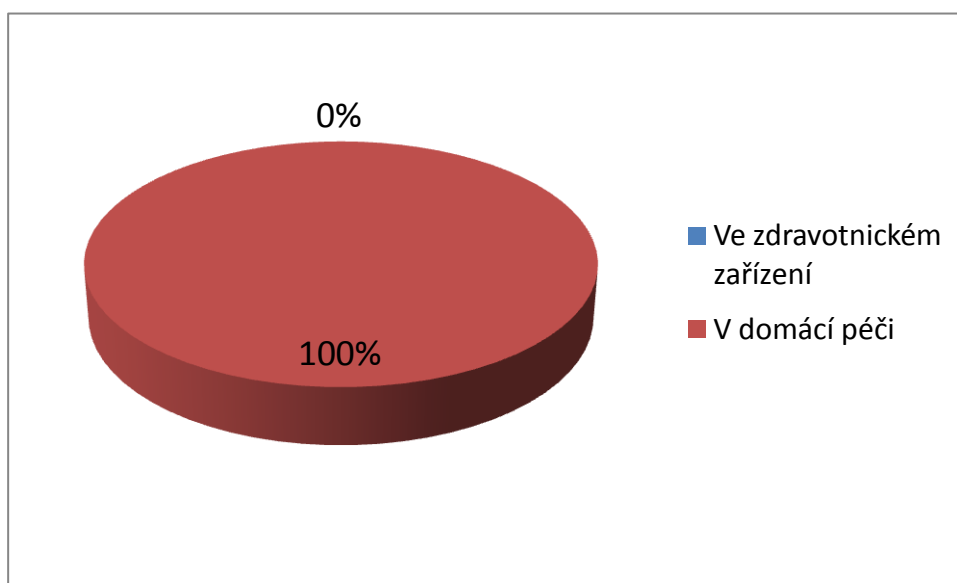
Graf 31: Poměr kompenzačních pomůcek – dle sester



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 42 (100 %) uvedlo shodně 16 (38 %), že pacienti v domácí péči nemají více kompenzačních pomůcek než pacienti ve zdravotnickém zařízení. A 16 (38 %) respondentů uvedlo, že mají pacienti v domácí péči více kompenzačních pomůcek. Z jakého důvodu mají pacienti v domácí péči více kompenzačních pomůcek, odpovědělo 5 (12 %) respondentů, že je to z důvodu větší soběstačnosti a 5 (12 %) respondentů odpovědělo, že důvod je větší ochota rodiny zaplatit za kompenzační pomůcky.

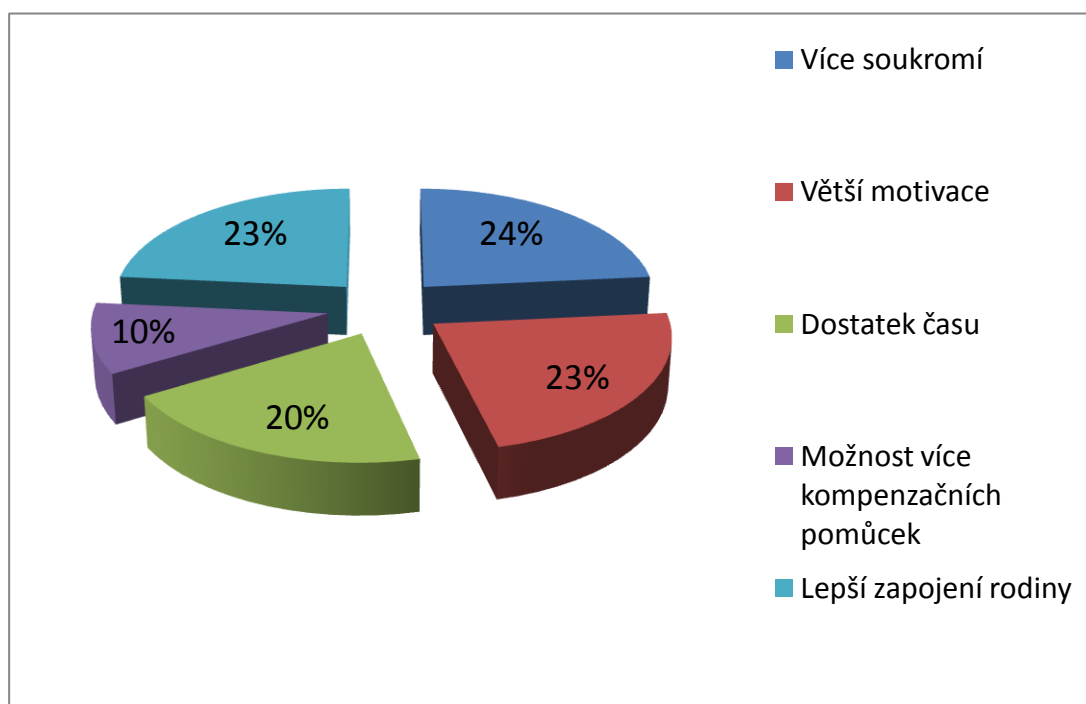
Graf 32: Prostředí nácviku podpory soběstačnosti v oblasti hygieny (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze 42 (100 %) respondentů uvedlo, 42 (100 %) respondentů, že pacient se lépe do nácviku soběstačnosti v oblasti hygieny zapojí v domácím prostředí.

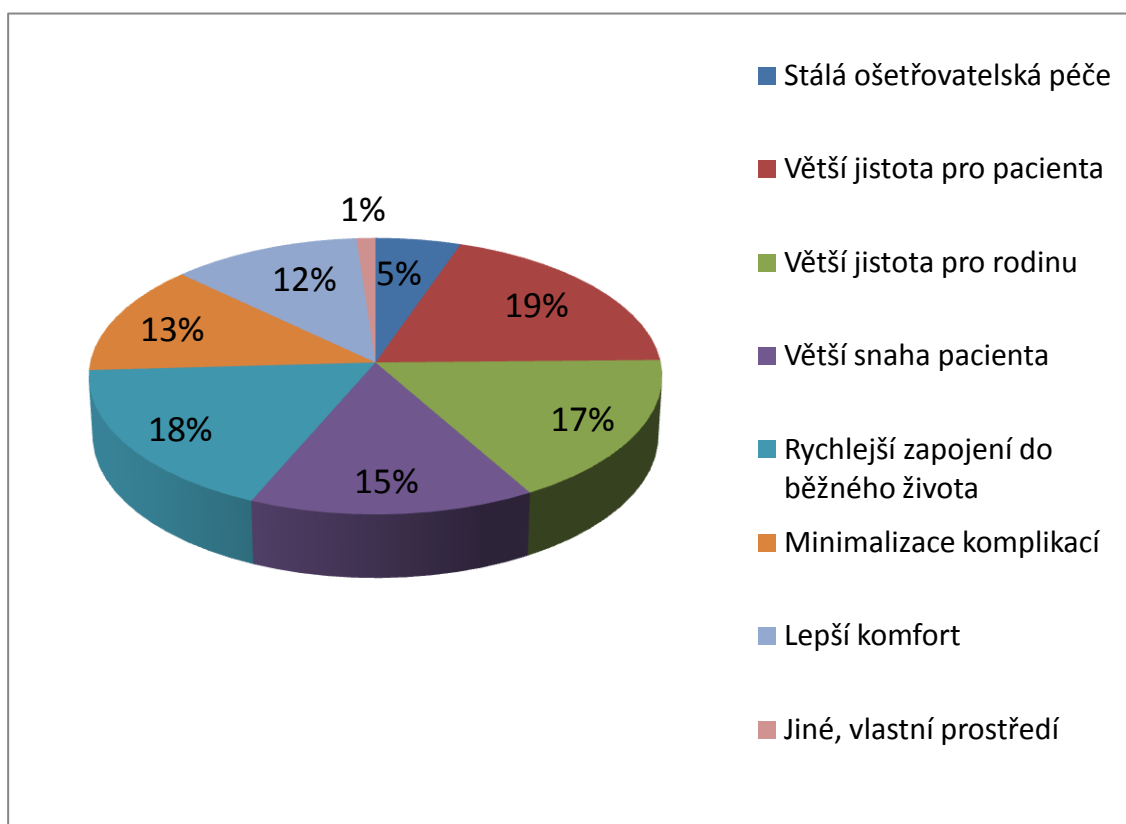
Graf 33: Důvody respondentů pro volbu možnosti domácí péče (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastější důvody, proč se pacient zapojí do sebeděže, v oblasti hygieny v domácím prostředí jsou: více soukromí 35 (24 %), lepší zapojení rodiny 35 (23 %), větší motivace 34 (23 %) a dostatek času 30 (20 %). 15 (10 %) respondentů uvedlo, že důvodem je možnost více kompenzačních pomůcek.

Graf 34: Výhody pacienta spolupracujícího s ADP (uvedeno v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Největší přínos má spolupráce s ADP pro hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě dle respondentů: větší jistota pro pacienty 33 (19 %), rychlejší zapojení do běžného života 30 (18 %), větší jistota pro rodinu 29 (17 %), větší snaha pacienta 25 (15 %), minimalizace komplikací 22 (13 %) a lepší komfort 20 (12 %). Možnost stálá ošetrovatelská péče uvedlo 9 (5 %) a 2 (1 %) respondentů uvedlo, že je pacientům lépe ve vlastním prostředí.

5. DISKUSE

V bakalářské práci se zabýváme problematikou onemocnění cévní mozkové příhody a to hlavně podporou soběstačnosti u hemiplegického pacienta v oblasti hygieny. Cílem bylo zjistit rozdíly v této oblasti na lůžkových ošetrovacích jednotkách nemocničních zařízení a v agentuře domácí péče. Dalším cílem bylo zjistit rozdíly v možnostech a používání kompenzačních pomůcek. Ve výzkumu jsme se zaměřily na spolupráci s fyzioterapeutem, na četnost provádění nácviku podpory soběstačnosti v oblasti hygieny a spektrum kompenzačních pomůcek. K ověření hypotéz jsme použily dva vlastně vytvořené dotazníky. Jeden dotazník byl určen pro sestry na lůžkovém oddělení a fyzioterapeutky a druhý dotazník byl určen pro sestry v domácí péči. Oba dotazníky obsahovaly jak shodné otázky, tak otázky rozdílné. Ze 43 (100 %) respondentů pracujících na ošetrovacích jednotkách nemocničních zařízení jsme zjistily, že jich 95 % pracuje na lůžkovém oddělení a z toho 86 % na oddělení neurologie. 9 % pracuje na jednotce intenzivní péče a 5 % pracuje jako fyzioterapeut na rehabilitačním oddělení. U respondentů z domácí péče nás zajímá, jestli jsou sestry registrované. 42 (100 %) sester pracujících v domácí péči jsou registrované. Při dotazu: „ Kolik pacientů s hemiplegickým postižením po cévní mozkové příhodě za 1 měsíc je na daném pracovišti,“ se respondenti o mnoho liší. Z našeho výzkumu je patrné, že 58 % sester na lůžkovém oddělení uvedlo, že pečují za měsíc o více jak 10 pacientů s hemiplegickým postižením. Na rozdíl od sester z domácí péče, kdy tuto možnost uvedlo pouze 7 % a 74 % těchto sester uvedlo, že za měsíc pečují zhruba o 5 pacientů s hemiplegickým postižením po cévní mozkové příhodě. Při problematice spolupráce sestry s fyzioterapeutem, pokud se zaměříme na spolupráci obecně, tak z našeho výzkumu vyplývá, že 58 % sester z lůžkového oddělení a 76 % sester z domácí péče spolupracují obecně s fyzioterapeutem. Naš výzkum se také shoduje s výzkumem pana Vaňka, který se ve své bakalářské práci také zabýval podporou soběstačnosti u pacientů po CMP a spolupráce s fyzioterapeutem. Jeho respondenti nebyli pouze sestry, jak je tomu v naší práci, ale byli to i pacienti. Ve své práci uvádí, že 6 % pacientů uvedlo, že o spolupráci sestra a fyzioterapeut vůbec neví a 3 % pacientů uvedlo, že sestry s fyzioterapeuty vůbec nespupracují. 100 % sester avšak uvedlo, že s fyzioterapeutem spolupracují.

Nevíme sice, proč pacienti uvedli, že není žádná spolupráce s fyzioterapeutem, (můžeme se pouze domnívat), ale z jeho výzkumu i z našeho je patrné, že spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem obecně funguje. Pouze malé procento respondentů v našem výzkumu uvedlo, že nespolupracují s fyzioterapeutem a důvody jsou takové, že mají nedostatek času, málo RHC personálu, špatné plánování společných návštěv u pacienta a neochota praktického lékaře psát rehabilitaci.

H1: Sestry na lůžkových ošetrovacích jednotkách zdravotnických zařízení spolupracují při nácviku soběstačnosti v oblasti hygieny u hemiplegických pacientů po cévní mozkové příhodě s fyzioterapeutem.

První hypotéza se týká sester na lůžkových ošetrovacích jednotkách zdravotnických zařízení. Zde se přímo zaměřujeme, v jaké oblasti při nácviku soběstačnosti spolupracuje sestra s fyzioterapeutem. Tuto hypotézu ověřujeme otázkami s číslem 7 a 8. V otázce č. 7 se dotazujeme respondentů, v jaké oblasti podpory soběstačnosti u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě spolupracují s fyzioterapeutem. Respondenti zde měli možnost označit i více odpovědí. Ze získaných výsledků vyplývá, že nejvíce (48 %) sester spolupracuje s fyzioterapeutem v podpoře soběstačnosti při nácviku chůze. Pouze 14 % sester spolupracuje s fyzioterapeutem v podpoře soběstačnosti v oblasti hygieny. Při otázce č. 8 jsme se zjišťovaly, kdo provádí na pracovišti nácvik soběstačnosti v oblasti hygieny u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě. Z 86 % je to pouze sestra a 14 % respondentů uvedlo, že je to sestra i fyzioterapeut při vzájemné spolupráci. Z daných výsledků je patrné, že v podpoře soběstačnosti v oblasti hygieny spolupracují sestry s fyzioterapeutem pouze minimálně. I Vaněk ve své práci uvádí, že z 94 % provádí s pacientem nácvik soběstačnosti v oblasti hygieny pouze sestra. Z obou prací tedy vyplývá, že nácvik soběstačnosti v oblasti hygieny provádí z 90 % pouze sestra bez vzájemné spolupráce s fyzioterapeutem.

V porovnání s respondenty z domácí péče vyplývá, že nejvíce (44 %) respondentů uvedlo, že s fyzioterapeutem spolupracují hlavně v oblasti podpory soběstačnosti při nácviku chůze a pouze 10 % spolupracuje v podpoře soběstačnosti v oblasti hygieny a

při nácviku soběstačnosti v oblasti hygieny je to z 53 % pouze sestra a 36 % je to sestra při vzájemné spolupráci s fyzioterapeutem. Osobně mě tedy překvapilo, že sestry z domácí péče spolupracují vzájemně častěji s fyzioterapeutem při nácviku soběstačnosti v oblasti hygieny.

H1: Nebyla potvrzena.

Při ověřování druhé hypotézy pracujeme s výsledky z obou dotazníků. Tuto hypotézu ověřujeme otázkou č. 9: „Jak často provádíte nácvik sebedpěče v oblasti hygieny u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě?“

H2: Sestry na lůžkových ošetrovacích jednotkách zdravotnických zařízení provádí nácvik soběstačnosti v oblasti hygieny u hemiplegických pacientů po CMP méně často, než sestry poskytující domácí péči.

Na lůžkovém oddělení provádí sestry nejčastěji nácvik soběstačnosti v oblasti hygieny pouze při ranní hygieně - a toto uvedlo 49 % tázaných respondentů. Vždy při provádění hygieny je to pouze 14 % respondentů. Sestry z domácí péče provádí nácvik soběstačnosti v oblasti hygieny z 62 % pouze na přání rodiny a pacienta, ale 33 % dotazovaných respondentů provádí nácvik soběstačnosti vždy při provádění hygieny. Ze shromážděných výsledků tedy vyplývá, že sestry na ošetrovacích jednotkách nemocničního zařízení provádí nácvik v oblasti hygieny sice častěji, ale pouze při ranní hygieně. Na rozdíl, ale méně často, než sestry v domácí péči, které provádí nácvik vždy při provádění hygieny. Respondenti se ale shodují (zhruba v 38 %), že raději preferují provádět hygienu za aktivní spolupráce pacienta. Rozdíl je u sester z domácí péče, které však nejvíce (z 55 %) preferují nechávat provádět hygienu za aktivní účasti rodiny, což mě osobně mile překvapilo.

H2: Byla potvrzena.

Třetí hypotéza je zaměřena na používání a spektrum kompenzačních pomůcek jak v domácí péči, tak na lůžkovém oddělení. Pracujeme opět s výsledky z obou dotazníků a tuto hypotézu ověřujeme v otázkách číslo 12 a 13.

H3: Sestry na lůžkových odděleních používají užší spektrum kompenzačních pomůcek, než sestry poskytující domácí péči.

Při porovnávání používání kompenzačních pomůcek je patrné, že sestry na lůžkovém oddělení mají nejvíce pomůcek usnadňujících jejich práci s imobilními pacienty, ale málo pomůcek, které by usnadnily nácvik sebezpečí pacientovi samotnému. Mezi nejčastější pomůcky na oddělení patří: pojízdná vana (tuto možnost uvedlo 27 % sester) a pojízdné křeslo do sprchy (25 %). 23 % sester však také uvedlo, že častou pomůckou na jejich oddělení k podpoře soběstačnosti jsou madla ve sprše. Dále je z výzkumu také patrné, což jsme očekávali, že na lůžkovém oddělení nejvíce (to uvedlo 34 % sester) chybí prodloužená mycí houba a 23 % sester uvedlo protiskluzovou podložku. Na rozdíl od sester z domácí péče, kdy právě naopak je nejčastější protiskluzová podložka (to uvedlo 20 %) respondentů. 22 % sester z domácí péče však má také k dispozici madla ve sprše, a tím se shodují se sestrami na lůžkovém oddělení. V domácím prostředí si pacienti vůbec nepořizují pojízdnou vanu, ale pouze malé procento si pořizuje pojízdné křeslo do sprchy. Důvody jsou dané nejspíš tím, že tyto pomůcky nemají ve svém bytě či domě místo. Zhruba z 15 % si však pořizují sedačku do sprchy či vany. Pacienti v domácí péči si tedy častěji pořizují pomůcky, které jim více usnadní péči o sebe sama, aby byli co nejméně závislí na druhé osobě. Na druhou stranu pacienti na lůžkovém oddělení mají k dispozici pomůcky, kde stále potřebují pomoc druhé osoby. Dá se tedy říci, že sestry na lůžkovém oddělení používají užší spektrum kompenzačních pomůcek.

H3: Byla potvrzena

6. ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zjistit rozdíly podpory soběstačnosti u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě v oblasti hygieny a rozdíly v používání kompenzačních pomůcek. Dále jsem práci také zaměřila na spolupráci sester s fyzioterapeutem, jak v podpoře soběstačnosti v oblasti hygieny, tak i ve spolupráci celkově. Před vlastním výzkumem jsem očekávala, že dostupnost fyzioterapeuta (hlavně na lůžkovém oddělení) bude nejvíce odpovědí u možnosti rehabilitace 2krát za den, ale nejvíce odpovědí (63 %) bylo u možnosti 1krát za den. Osobně si myslím, že u pacientů s hemiplegickým postižením po cévní mozkové příhodě je rehabilitace pouze 1krát denně nedostačující. V akutní fázi po cévní mozkové příhodě má rehabilitace velký vliv na zlepšení celkového stavu pacienta a dle kolegy Vaňka toto uvádí i 100 % sester z jeho výzkumu. Můj názor na daný problém je takový, že fyzioterapeut by měl být součástí daného oddělení a ne pouze na oddělení docházet. Určitě by se tak i zlepšila spolupráce sester a fyzioterapeuta. To, že fyzioterapeut na daná oddělení pouze dochází, se projevilo i v mém výzkumu, protože pouze 5 % respondentů, kteří vyplnili můj dotazník, byli fyzioterapeuti.

Cíle mé práce se dle mého názoru podařilo splnit. Výzkum mi ukázal, že sestry na lůžkovém oddělení by měli častěji provádět nácvik podpory soběstačnosti v oblasti hygieny a ne pouze při ranní hygieně. Byla jsem mile překvapená, že sestry v domácí péči provádějí nácvik podpory soběstačnosti v oblasti hygieny vždy při provádění hygieny a snaží se velmi často zapojit i rodinu pacienta, což je dle mého názoru velice důležité. Při pořizování kompenzačních pomůcek bych byla ráda, kdyby zde velkou roli přestaly hrát finance, ale více se dbalo na zlepšení péče o pacienta a pořizovaly se pomůcky, které výrazně pomohou při podpoře soběstačnosti pacienta. Vychází to i z mého výzkumu, že si pacienti v domácí péči pořizují pomůcky, které jim nejvíce vyhovují a nejvíce jim pomohou při sebeděči, na rozdíl od nemocničního zařízení. Pokud by pacient na lůžkovém oddělení měl k dispozici protiskluzové podložky, prodloužené mycí houby, sedačku do sprchy atd., zvládl by sebeděči v oblasti hygieny bez pomoci druhé osoby mnohem rychleji a měl by i lepší motivaci při celkovém uzdravování.

Tato práce by měla případnému čtenáři přiblížit problematiku onemocnění cévní mozkové příhody a velmi náročnou péči o hemiplegického pacienta. Výzkum mi pomohl ukázat, na jaké problémy se mám při péči o pacienty po cévní mozkové příhodě zaměřit, co by se mělo zlepšit a jaké pomůcky by se měly případně pořídit. Doufám, že získané výsledky budou dále využity v praxi a přispějí tak k ještě lepší péči o pacienty po cévní mozkové příhodě celkově.

7. SEZNAM POUŽITÉ A CITOVANÉ LITERATURY

1. ADAMS, B., HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8
2. AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. Praha: Karolinum, 2004. 399 s. ISBN 80-246-0894-4
3. BÁRTOVÁ, J. *Patologie (pro bakalářské studium ošetřovatelství)*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 1996. 71s. ISBN 80-7066-870-9
4. BERLIT, P. *Memorix neurologie*. Překlad MUDr. Dagmar Kolínská. Praha: Grada, 2007. 464 s. ISBN 978-80-247-1915-3
5. FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda-Prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, 2007. 207 s. ISBN 80-2762-428-8
6. HERZIG, R. *Ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, 2008. 84 s. ISBN 978-80-7345-148-6
7. KÁŠ, S. *Neurologie v běžné lékařské praxi*. Praha: Grada, 1997. 344 s. ISBN 80-7169-339-1
8. KALINA, M. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9
9. KALINA, Z., a kolektiv. *Akutní cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, 2006. 623 s. ISBN 80-85912-26-0
10. DOENGES, E. D. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2000. 569 s. ISBN 80-7169-294-8
11. MERKUNOVÁ, A., OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka*. Praha: Grada, 2008. 302 s. ISBN 978-80-7263-472-0
12. NEVŠÍMALOVÁ, S., RUŽIČKA, E., TICHÝ, J. *Neurologie*. Praha: Galén, 2002. 368 s. ISBN 80-7262-160-2. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0502-3
13. *Neurologie pro praxi*, ročník 8, 2007. číslo 4, článek Sonografická vyšetření, MUDr. Ondřej Škoda. ISSN 1213-184

14. Neurologie pro praxi, ročník 10, 2009. číslo 5, článek Terapie akutní fáze a sekundární prevence ischemického iktu, doc. MUDr. Roman Herzig, Ph.D. ISSN 1213-1814
15. Neurologie pro praxi, ročník 11, 2010. číslo 1, článek Paliativní léčba nemocných s cévní mozkovou příhodou, MUDr. Jan Hromada. ISSN 1213-1814
16. PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5
17. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Překlad Mgr. Simona Šeclová. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5
18. ŘASOVÁ, K. *Fyzioterapie u neurologicky nemocných*. Praha: Ceros, 2007. 131 s. ISBN 978-80-239-9300-4
19. SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium I praxi*. Praha: Grada, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7
20. SLEZÁKOVÁ, Z. *Neurologické Ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006. 165 s. ISBN 80-8063-218-9
21. SPENCE, J. D. *Mozková příhoda*. Edice pacienká publikace, 2008. 256 s. ISBN 978-80-7387-058-4
22. ŠECLOVÁ, S. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. Praha: Grada, 2004. 156 s. ISBN 80-247-0592-3
23. TYRLÍKOVÁ, I., a kolektiv. *Neurologie pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 287 s. ISBN 80-7013-287-6
24. VAŇÁSKOVÁ, E. *Testování v rehabilitační praxi-Cévní mozkové příhody*. NCO., NZO, Brno: 2004. 65 s. ISBN neuvedeno
25. VANĚK, F. *Soběstačnost u pacienta po cévní mozkové příhodě*, Bakalářská práce, Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Ivana Chloubová, R.N. ISBN neuvedeno

Internetové zdroje:

26. Náhlé cévní mozkové příhody, autor článku Prim.MUDr.Jarmila Drábková CSc. Dostupné na: <http://www.urgmed.cz/postupy/cpm.htm>.

27. Cévní mozková příhoda (mrtvice). Dostupné na:
<http://www.zbynekmlcoch.cz/info/neurologie/cevni-mozkova-prihoda-mrtvice-komplexni-clanek-fibrinolyza-trombolyza-htm>.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Cévní mozková příhoda

Soběstačnost

Pacient

Rehabilitace

Kompenzační pomůcky

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1- tabulka klasifikace podle NIH

Příloha č. 2- tabulka k posuzování samostatnosti – index Barthelové

Příloha č. 3- tabulka modifikovaná Rankinova Stupnice

Příloha č. 4- tabulka Glasgow coma scale (GCS)

Příloha č. 5- dotazník respondentům na lůžkových odděleních

Příloha č. 6- dotazník respondentům v domácí péči

Příloha č. 1

Klasifikace iktů podle NIH

Stav vědomí	0-bdělý 1-somnolentní (reakce na malé podněty) 2-stuporózní (reakce opakované silné podněty) 3-komatózní
Orientace Věk?, měsíc?	0-obě odpovědi správné 1-1 odpověď správná 2-obě odpovědi nesprávné
Vybídnutí Otevřít a zavřít oči	0-oba příkazy správně splněné 1-splněn 1 příkaz správně 2-aní jeden z příkazů nesplněn správně
Zaměření pohledu	0-normální 1-parciální paréza 2-zřetelná deviace
Zorné pole	0-normální 1-parciální hemianopsie 2-kompletní hemianopsie 3-balaterální anopsie nebo slepota
Mimika	0-normální 1-malá asymetrie 2-parciální faciální paréza 3- kompletní faciální paréza
Motorika paží (pro každou paži zvlášť)	0-není pokles 1-pokles do 10s. 2-pokles až do dolní polohy, možné zdvižení 3-není možné zdvižení 4-plegie
Motorika dolních končetin (pro každou nohu zvlášť)	0-není pokles 1-pokles do 5s. 2-pokles až na podložku, možné zvednutí 3-není možné zvednutí 4-plegie
Ataxie	0-normální 1-jen v jedné končetině 2-ve dvou nebo více končetinách
Senzitivita	0-normální 1-částečná ztráta citlivosti 2-těžká nebo úplná ztráta citlivosti
Řeč	0-není afázie 1-omezení plynulosti slov, schopnosti porozumět 2-těžká afázie, zlomkovité vyjadřování 3-úplná afázie nebo němota
Artikulace	0-normální 1-smazaná, ale srozumitelná 2-nesrozumitelná nebo němota
Neglect	0-normální 1-částečný jednostranný 2-kompletní jednostranný

Zdroj: Berlit (*Memorix neurologie*), str.276

Příloha č. 2

Stupnice k posuzování samostatnosti – index Barthelové

(Podle: Barthel D., Mahoney F.1965, Functional evaluation, State Med. J.2, s. 61-64)

Úkon	Vysvětlení	Bez pomoci	S pomocí	Zcela odkázaný na pomoc
Jídlo	Musí být rozkrájeno-5	10	5	0
Jízda na invalidním vozíku	Min.asistence-10 Může nasednout, pomoc při transferu-5	15	10/5	0
Osobní péče	Mytí obličeje, česání vlasů	5	0	0
Toaleta	Nezávislý při míse do postele-10	10	5	0
Koupání		5	0	0
Pohyblivost	<50m nezávisle/s chodítkem-15 >50m s malou pomocí-10 >50m s pomocí nebo na vozíku-5	15	10/5	0
Chůze po schodech	Pomoc nebo dozor-5	10	5	0
Oblékání	S pomocí, s poloviny samostatně-5	10	5	0
Stolice	Kontinentní s pomocí, někdy inkontinentní-5	10	5	0
Mikce	Dokáže pomůcky sám nasadit-10	10	5	0

Součet 100-samostatný, 60-95 samostatný s pomocí, < 60 závislý na pomoci

Zdroj: Berlit (*Memorix neurologie*), str.278

Příloha č. 3

Modifikovaná Rankinova stupnice

0	Bez symptomů
1	Může zastat všechny navyklé úkoly a činnosti
2	Neschopen vykonávat dřívější činnosti, může ale některé vlastní věci zařídit bez pomoci
3	Potřebuje určitou podporu, je alw schopen chůze bez pomoci
4	Neschopen chůze bez pomoci a neschopen starat se bez pomoci o vlastní potřeby
5	Trvale ležící, inkontinetní, potřebuje stálou péči a pozornost
6	Smrt

Zdroj: Berlit (Memorix neurologie), str. 278

Příloha č. 4

Glasgow coma scale (GCS)

(Podle: Teasdale G., Jennett B. /1976/, Assessment of coma and impaired consciousness, Acta Neurochir./Wien/ 34, s. 45)

		Body
Otvírání očí	Spontánní	4
	Na vybídnutí	3
	Na bolestivý podnět	2
	Chybí	1
Verbální reakce	Orientuje se	5
	Zmatený	4
	Jednotlivá slova	3
	Pouze zvuky	2
	Chybí	1
Motorická odpověď	Následuje po vyzvání	6
	Cílená reakce na bolest	5
	Úhybové mechanismy	4
	Atypické úhybové reakce	3
	Úlekové mechanismy	2
	Chybí	1
Max. počet bodů		15
Min. počet bodů		3

Zdroj: Berlit (Memorix neurologie), str.293

Příloha č. 5

Vážené kolegyně, vážení kolegové

Jmenuji se Lenka Jirků a jsem studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Fakulta zdravotně sociální, obor ošetrovatelství. Téma mé bakalářské práce zní – Podpora soběstačnosti u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní, a získané údaje budou použity jako podklad pro moji práci. Při vyplňování dotazníku označte Vámi zvolenou odpověď křížkem do příslušného políčka.

Předem děkuji za vyplnění

Lenka Jirků

1. Pracujete jako?

- sestra na lůžkovém oddělení
- fyzioterapeut

2. Na jakém pracovišti pracujete?

- standartní oddělení neurologie
- jednotka intenzivní péče
- rehabilitační oddělení

3. Jaký je počet pacientů s hemiplegickým postižením po cévní mozkové příhodě na vašem pracovišti?

- zhruba 5 za měsíc
- zhruba 10 za měsíc
- více jak 10 za měsíc

4. Jak často dochází fyzioterapeut na vaše pracoviště?

- 1 krát za den
- 2 krát za den

- ob den
- pouze na požádání pacienta a rodiny
- vůbec

5. Spolupracujete na vašem pracovišti s fyzioterapeutem? (pokud bude vaše odpověď NE, pokračujte v otázce číslo 6)

- ano
- ne
- občas

6. Co je podle Vás příčinou nefungující spolupráce? (možnost označit i více odpovědí)

- nedostatek času sestry na oddělení
- neochota spolupracovat
- nedostatek personálu
- jiné,
napište.....
.....

7. V jaké oblasti podpory soběstačnosti u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě spolupracujete na vašem pracovišti s fyzioterapeutem? (možnost označit i více odpovědí)

- v podpoře soběstačnosti v oblasti hygieny
- v podpoře soběstačnosti v oblasti vyprazdňování
- v podpoře soběstačnosti při nácvičce chůze
- v podpoře soběstačnosti při vykonávání denních aktivit
- v žádné oblasti

8. Kdo provádí na vašem pracovišti nácvičce soběstačnosti v oblasti hygieny u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě?

- pouze sestra
- pouze fyzioterapeut
- sestra i fyzioterapeut při vzájemné spolupráci

9. Jak často provádíte na vašem pracovišti nácvičce sebepéče v oblasti hygieny u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě?

- při každé ranní hygieně
- pouze pokud je dostatek personálu na směně
- pouze pokud má sestra dostatek času
- vždy při provádění hygieny

10. Na vašem pracovišti je spíše zvykem?

- nechat provést hygienu sestrou a rychleji
- zapojit pacienta aktivně do provádění hygieny, ale pomaleji
- podle času a personálu

11. Vy preferujete raději?

- provádět hygienu bez aktivní spolupráce pacienta
- provádět hygienu za aktivní spolupráce pacienta
- provádět hygienu s částečnou spoluprací pacienta
- podle času a personálu

12. Jaké pomůcky máte na vašem pracovišti k podpoře nácviku soběstačnosti při hygieně u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě? (možnost označit i více odpovědí)

- žádné
- prodloužená mycí houba
- madla ve sprše
- protiskluzová podložka
- pojízdné křeslo do sprchy
- sedačka do sprchy
- sedačka do vany
- pojízdná vana

13. Jaké pomůcky podle Vás chybí na vašem pracovišti a přispěli by k zlepšení podpory soběstačnosti u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě? (možnost označit i více odpovědí)

- žádné
- prodloužená mycí houba
- madla ve sprše
- protiskluzová podložka
- pojízdné křeslo do sprchy
- sedačka do sprchy

- sedačka do vany
- pojízdná vana
- jiné,
uved'te.....
- ...

**14. Z jakého důvodu si myslíte, že tyto pomůcky chybí na vašem pracovišti?
(možnost označit i více odpovědí)**

- nedostatek financí
- neochota nadřízených pořídit nové
- neochota sester používat nové pomůcky
- jiné,
uved'te.....

**15. V jakém prostředí se podle Vás pacient lépe zapojí do nácviku sebeděče
v oblasti hygieny? (pokud odpovíte, že v domácí péči, pokračujte
v otázce číslo 16)**

- ve zdravotnickém zařízení
- v domácí péči

**16. Z jakého důvodu si myslíte, že v domácí péči? (možnost označit více
odpovědí)**

- více soukromí
- větší motivace
- dostatek času
- možnost více kompenzačních pomůcek
- lepší zapojení rodiny

**17. Snažíte se na vašem pracovišti zapojovat rodinu do nácviku sebeděče u
hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě?**

- ano
- ne
- pouze na přání pacienta
- pouze na přání rodiny

Příloha č. 6

Vážené kolegyně, vážení kolegové

Jmenuji se Lenka Jirků a jsem studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Fakulta zdravotně sociální, obor ošetrovatelství. Téma mé bakalářské práce zní – Podpora soběstačnosti u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní, a získané údaje budou použity jako podklad pro moji práci. Při vyplňování dotazníku označte Vámi zvolenou odpověď křížkem do příslušného políčka.

Předem děkuji za vyplnění

Lenka Jirků

18. Pracujete jako?

- sestra na lůžkovém oddělení
- sestra v ADP
- fyzioterapeut

19. Na jakém pracovišti pracujete?

- standartní oddělení neurologie
- jednotka intenzivní péče
- agentura domácí péče
- rehabilitační oddělení

20. Jaký je počet pacientů s hemiplegickým postižením po cévní mozkové příhodě na vašem pracovišti?

- zhruba 5 za měsíc
- zhruba 10 za měsíc
- více jak 10 za měsíc

21. Jak často dochází fyzioterapeut k vašim klientům do domácí péče?

- 1 krát za den

- 2 krát za den
- ob den
- pouze na požádání pacienta a rodiny
- vůbec

22. Spolupracujete na vašem pracovišti s fyzioterapeutem? (pokud bude vaše odpověď NE, pokračujte v otázce číslo 6)

- ano
- ne
- občas

23. Co je podle Vás příčinou nefungující spolupráce? (možnost označit i více odpovědí)

- nedostatek času sestry
- neochota spolupracovat
- špatné plánování společných návštěv u pacienta
- jiné,
napište.....
.....

24. V jaké oblasti podpory soběstačnosti u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě spolupracujete na vašem pracovišti s fyzioterapeutem? (možnost označit i více odpovědí)

- v podpoře soběstačnosti v oblasti hygieny
- v podpoře soběstačnosti v oblasti vyprazdňování
- v podpoře soběstačnosti při nácvičce chůze
- v podpoře soběstačnosti při vykonávání denních aktivit
- v žádné oblasti

25. Kdo provádí na vašem pracovišti nácvičce soběstačnosti v oblasti hygieny u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě?

- pouze sestra
- pouze fyzioterapeut
- sestra i fyzioterapeut při vzájemné spolupráci

26. Jak často provádíte nácvičce sebepečce v oblasti hygieny u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě v domácím prostředí?

- pouze na přání pacienta a rodiny
- pouze pokud má sestra dostatek času
- vždy při provádění hygieny
- nikdy neprovádíme

27. Na vašem pracovišti je spíše zvykem?

- nechat provést hygienu sestrou a rychleji
- zapojit pacienta aktivně do provádění hygieny, ale pomaleji
- zapojit rodinu do provádění hygieny

28. Vy preferujete raději?

- provádět hygienu bez aktivní spolupráce pacienta
- provádět hygienu za aktivní spolupráce pacienta
- provádět hygienu s částečnou spoluprací pacienta
- nechat provádět hygienu za aktivní účasti rodiny

29. Jaké pomůcky máte k dispozici v domácím prostředí k podpoře nácviku soběstačnosti při hygieně u hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě? (možnost označit i více odpovědí)

- žádné
- prodloužená mycí houba
- madla ve sprše
- protiskluzová podložka do sprchy
- pojízdné křeslo do sprchy
- sedačka do sprchy
- sedačka do vany
- pojízdná vana

30. Jaké pomůcky si nejčastěji pořizují pacienti k podpoře nácviku soběstačnosti při hygieně po cévní mozkové příhodě domů? (možnost označit i více odpovědí)

- žádné
- prodloužená mycí houba
- madla ve sprše
- protiskluzová podložka do sprchy
- pojízdné křeslo do sprchy

- sedačka do sprchy
- sedačka do vany
- pojízdná vana

31. Myslíte si, že pacienti v domácí péči mají více kompenzačních pomůcek, než pacienti ve zdravotnickém zařízení? Pokud, bude vaše odpověď ANO, napište z jakého důvodu.

- ne nemají
- ano mají
- ano mají
- z důvodu.....

32. V jakém prostředí se podle Vás pacient lépe zapojí do nácviku sebepéče v oblasti hygieny? (pokud odpovíte, že v domácí péči, pokračujte v otázce číslo 16)

- ve zdravotnickém zařízení
- v domácí péči

33. Z jakého důvodu si myslíte, že v domácí péči? (možnost označit více odpovědí)

- více soukromí
- větší motivace
- dostatek času
- možnost více kompenzačních pomůcek
- lepší zapojení rodiny

34. Jaký přínos má podle Vás pro hemiplegického pacienta po cévní mozkové příhodě spolupráce s ADP? (možnost označit i více odpovědí)

- stálá ošetrovatelská péče
- větší jistota pro pacienta
- větší jistota pro rodinu
- větší snaha pacienta
- rychlejší zapojení do běžného života
- minimalizace komplikací
- lepší komfort
- jiné, uved'te.....

